

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Integrace dětí s ADHD do vzdělávacího procesu

The Integration of Children with ADHD in the Education System

Vedoucí práce:

PhDr. Jitka Cintlová

Autor práce:

Jitka Orišová

Praha 2015

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Jitce Cintlové za vedení mé bakalářské práce, za trpělivost, kterou se mnou měla a za cenné rady. Dále bych ráda poděkovala paní Mgr. Terezii Pemové za rady a odbornou korekturu. V neposlední řadě bych za podporu ráda poděkovala své rodině a partnerovi.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou prací „Integrace dětí s ADHD do vzdělávacího procesu“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury.

V Berouně dne 20. 6. 2015

Jitka Orišová

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se věnuje především možnostem vzdělávání dětí s AD(H)D v českém školském systému. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je věnována základním informacím o AD(H)D. Obsahuje, kromě jiného, údaje o výskytu, příčinách, možnostech léčby či způsobech stanovení diagnózy. Praktická část je sestavena na základě osobních zkušeností s dětmi trpícími touto poruchou. Jejím hlavním úkolem je na základě sestavených kazuistik a pozorování, zmapovat chování dětí ve školním prostředí a možnosti jejich vzdělávání.

## **Anotain**

This bachelor's thesis is especially about educational opportunities of children with AD(H)D in the Czech schools. The work is divided into theoretical and practical part. Theoretical part is based on my experience with these children. The main target of this thesis is compiled on the basis of case reports and observations to map the behavior of children in the school environment and the education.

## **Klíčová slova**

AD(H)D, hyperaktivita, impulzivita, porucha, dítě, škola

## **Key words**

AD(H)D, hyperactivity, impulsiveness, disorder, child, school

# Obsah

Úvod .....	8
Teoretická část .....	10
1. Základní informace .....	10
1.1 projevy ADHD u dětí školního věku podle MKN 10.....	11
1.2 výskyt.....	13
1.3 příčiny.....	13
1.3.1 organické příčiny .....	14
1.3.2 genetika.....	14
1.3.3 vliv prostředí .....	14
1.3.4 kouření v těhotenství a jeho vliv na vznik AD(H)D .....	15
1.3.5 vliv stravy .....	15
1.4 historie .....	16
2. Diagnostika .....	18
2.1 klasifikační manuály .....	18
2.2 MKN vs. DSM.....	18
2.3 stanovení diagnózy.....	19
2.4 diagnostická kritéria podle MKN – 10 .....	20
2.5 přidružené poruchy.....	21
3. Léčba .....	22
3.1 psychoterapie.....	22
3.2 farmakoterapie .....	23
3.3 další přístupy .....	24
3.4 pomoc rodičům .....	25
4. Vzdělávání dětí s ADHD .....	27
4.1 historie .....	27
4.2 pojmy integrace a inkluze .....	28
4.3 vzdělávání dětí s AD(H)D .....	29
4.4 systém vzdělávání dětí s AD(H)D v České republice .....	31
4.4.1 základní školy .....	31
4.4.2 specializované třídy.....	31
4.4.3 speciální školy pro děti se specifickými poruchami učení a chování .....	31
4.4.4 pedagogicko – psychologická poradna .....	32
4.4.5 speciálně pedagogická centra .....	32

4.5 individuální vzdělávací plán .....	32
4.6 zásady práce s dětmi s ADHD .....	33
4.7 právní úprava vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami .....	33
Praktická část .....	36
1. Cíl .....	36
2. Metody .....	36
3. Charakteristika zkoumaného vzorku .....	36
3.1 charakteristika respondentů .....	37
3.1.1 pedagogové .....	37
3.2.1 spolužáci .....	37
4. Kazuistika .....	38
4.1 Vojta .....	38
4.2 Petr .....	42
5. Pozorování .....	46
5.1 zápis z prvního setkání .....	46
5.2 Vojta .....	48
5.3 Petr .....	49
5.4 shrnutí .....	50
5.5 shrnutí v tabulce .....	51
6. Rozhovor .....	52
6.1 s pedagogy .....	52
6.2 s dětmi .....	54
6.3 zhodnocení rozhovorů .....	55
7. Shrnutí praktické části .....	56
Závěr .....	57
Seznam citací, parafrází .....	58
Zdroje .....	62
1. Primární zdroje .....	62
2. Sekundární zdroje .....	63
3. Elektronické zdroje .....	63
Přílohy .....	65
Příloha č. 1 – kazuistika vzor .....	65
Příloha č. 2 – Vojtova kresba .....	67
Příloha č. 3 – Petrův dotazník .....	68
Příloha č. 4 – Petrův obrázek .....	69

Příloha č. 5 - Struktura pozorování .....	70
Příloha č. 6 – struktura rozhovoru s pedagogy .....	72
Příloha č. 7 – struktura rozhovoru s dětmi.....	73
Summary .....	74

## Úvod

Výskyt lidí s AD(H)D (zkratka odvozená od anglického názvu poruchy – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) v uplynulých letech rapidně narostl, i proto se o AD(H)D hovoří jako o jedné z nejrozšířenějších poruch u dětí. Příčin tohoto zvýšeného výskytu může být několik, mj. za zvýšeným výskytem diagnostikovaných případů může stát skutečnost, že se oproti minulým létům o této poruše daleko více hovoří. Na trhu je k dostání řada publikací, jsou prováděny stále nové výzkumy na toto téma, jejichž výsledky bývají publikovány nejen v odborné literatuře. Ať už je příčina tohoto nárůstu jakákoliv, jedno se dá říct s určitostí – AD(H)D není novou poruchou.

Děti s AD(H)D jsou děti jako každé jiné. Mají svá přání, potřeby, touhy. Neodlišují se fyzickým vzhledem, jako je tomu u jiných onemocnění. Odlišují se projevy ve svém chování. Z toho důvodu bývají většinou společností často kritizovány, odmítány a jsou mnohdy velmi osamělé.

Téma své bakalářské práce jsem zvolila především proto, že mám k dětem s AD(H)D blízko. Teoretickou, ale především praktickou část, stavím kromě informací od odborníků z občanského sdružení NIDAR (Národní institut pro děti a rodinu) či literatury, i na svých osobních zkušenostech s dětmi s AD(H)D. S danou problematikou se setkávám od svých čtrnácti let.

Zatímco teoretická část se věnuje převážně základním informacím o poruše, o možnostech léčby, apod., praktická část je složena ze dvou kazuistik konkrétních dětí, z popisu jejich práce, chování ve škole a s rozhovorů s jejich pedagogy i vrstevníky. Na základě toho je hlavním cílem této práce zhodnotit úspěšnost pedagogické integrace u daných dětí.

První kapitola teoretické části je věnována základním informacím. Obsahuje popisy projevů, příznaků, možné příčiny a ve zkratce se věnuje historickému pohledu na AD(H)D.

Jednou z nejdůležitějších věcí u této poruchy je včasná diagnostika. Čím dříve se podaří zjistit příčiny odchylek v chování dítěte, tím dříve se může začít pracovat na nějaké nápravě za pomoci terapií či léků. Proto je diagnostice, diagnostickým kritériím i diagnostickým systémům věnována druhá kapitola.



AD(H)D je porucha, jejíž projevy mohou, ale nemusí v průběhu života vymizet. Nedá se říct, že by se dala stoprocentně vyléčit. Existují ale prostředky, jak projevy poruchy zmírnit. Terapiím je věnována další kapitola.

Čtvrtá část mojí práce pojednává o možnostech vzdělávání a o legislativě, která vzdělávání dětí s AD(H)D upravuje.

Praktická se snaží na základě sestavených kazuistik, pozorování a rozhovorů zmapovat chování dítěte ve školním prostředí a především zhodnotit úspěšnost pedagogické integrace. Kromě toho by měla přiblížit vztah mezi pedagogem a jedincem s AD(H)D, zároveň se snaží zjistit, jaký vztah k němu mají jeho spolužáci.

## Teoretická část

### 1. Základní informace

O problematice AD(H)D již byla napsána řada publikací. Informace v nich však mnohdy nejsou ucelené a v různých publikacích si jednotlivé informace dokonce odporují.

Pro poruchu AD(H)D jsou charakteristické sociální a kognitivní potíže. V minulosti se užívalo k pojmenování této poruchy například označení lehká mozková dysfunkce (LMD) nebo minimální mozkové poškození. V současnosti se lze, kromě označení AD(H)D, setkat i s označením hyperkinetická porucha. Hyperkinetický syndrom je označení, které používají lékaři v České republice při stanovování diagnózy.

AD(H)D je dnes nejčastější příčinou psychiatrické léčby. Jedná se o zkratku odvozenou od anglického názvu Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Jedná se o termín, který je typický pro Americké diagnostické manuály psychiatrických poruch (DSM IV, DSM V). *„Porucha pozornosti s hyperaktivitou je neurologické onemocnění, zahrnující problémy s nepozorností, hyperaktivitou a impulzivitou, které nejsou v souladu s vývojovým věkem dítěte“*. (1) Zkratka AD(H)D se velmi často v laické veřejnosti chybně zaměňuje se zkratkou ADD (Attention Deficit Disorder). Podobně jako AD(H)D je i ADD označení pro poruchu pozornosti spojenou s impulzivitou, nedostatečným soustředěním se, ale na rozdíl od lidí s AD(H)D nebývají jedinci s ADD hyperaktivní. I přes četné rozdíly mají tyto poruchy jedno společné. U obou se příznaky vyskytují v takové míře, která je vzhledem k jedincovu věku a intelektu abnormální.

Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou není u dnešní populace ničím výjimečným. Jedná se o poměrně běžné onemocnění, které nemusí mít vždy stejné projevy, ale nepozornost, netrpělivost, neposednost jsou společným jmenovatelem pro všechny nemocné. Mezi další problémy, charakteristické pro tuto poruchu, můžeme zařadit, např. problémy v sociálním styku, problémy s učením, zvýšené riziko úrazů a nehod, poruchy spánku, časté změny nálad.

Problémy se školním prospěchem u dětí nemusí nikterak souviset s jejich inteligencí, ba naopak tyto děti mohou být velmi inteligentní a nadané.

## **1.1 projevy ADHD u dětí školního věku podle MKN 10**

Období nástupu dítěte do školy s sebou nese velké množství změn. Dítě musí sedět v lavici, soustředit se na výklad pedagoga, nemluvit, spolupracovat s ostatními dětmi... Pro děti s AD(H)D nastávají první výrazné problémy. Impulzivita, která je součástí poruchy, je příčinou problematického chování, problémů se soustředěním se, navíc se začínají vyskytovat problémy s učením.

Pokud hovoříme o AD(H)D v souvislosti s dítětem školního věku, musíme si uvědomit, že toto onemocnění s sebou nese řadu dílčích poruch. Ty se nemusí vyskytovat u všech dětí, u některých se mohou vyskytovat jen některé. Kromě již zmíněné hyperaktivity a impulzivity, se jedná o poruchy pozornosti, poruchy percepčně motorických funkcí, poruchy paměti, poruchy myšlení a řeči, emoční poruchy, poruchy chování.

### **- poruchy pozornosti**

Poruchy pozornosti jsou u dětí školou povinných velkým problémem. Právě na pozornost je kladen ve škole velký důraz.

Charakterizuje je nesoustředěnost, nepozornost, snadná unavitelnost. Pozornost je u dětí s AD(H)D kolísavá, velmi snadno se nechají rozptýlit okolním ruchem. Velkým problémem je, že nedovedou rozlišit, co je podstatné a co naopak není. Často se stane, že ulpí na jednom podnětu či způsobu řešení daného úkolu. S tím souvisí neschopnost dokončit rozdělanou práci. Hyperaktivní děti jsou typické svou netrpělivostí, roztěkaností. S poruchami pozornosti se mohou i další obtíže. Nejčastěji se jedná o komunikační potíže, zejména ve chvílích, kdy je potřeba zapojit tyto děti do skupinové práce.

Poruchy pozornosti nejsou problémem jen ve škole, ale i v běžném životě.

### **- hyperaktivita**

Hyperaktivita se u dětí často naplno projeví až ve chvíli, kdy usednou do školní lavice. Projevují se jako děti neposedné, vrtící se, neustále si hrající s rukama či s pomůckami, vyskakující, pohupující nohama. Zároveň vykřikují, skáčou ostatním do řeči. Jsou rychle unavitelné.

### **-impulzivita**

Děti s AD(H)D jednají bez rozmyslu, nedomýšlejí následky. Jsou zbrklé, nemají zábrany. Svou zbrklostí se často vystavují nebezpečným situacím a z nich plynoucím úrazům. Jejich reakce jsou nepřiměřené, prudké. Mají sníženou schopnost ovládnání se. Často zbrkle jednají, aniž by doposlechly zbývající část pokynů. Typickým projevem je nedokončování započaté práce.

### **-poruchy percepčně motorických funkcí**

Děti s AD(H)D mívají problémy s pohybovou koordinací. Velmi typickou poruchou, pojící se s AD(H)D, je porucha jemné i hrubé motoriky. Rychlá unavitelnost, má za příčinu výkyvy ve výkonnosti. Poruchy percepčně motorických funkcí, konkrétně problémy se zrakem či sluchem, často tvoří jakýsi podklad pro specifické poruchy učení, které jsou velmi často k AD(H)D přidruženou poruchou.

### **-poruchy paměti**

Hovoříme – li o poruchách paměti, máme na mysli zejména poruchu té krátkodobé. Typické je časté zapomínání, ať už věcí nebo pokynů. U dětí s AD(H)D se vyskytuje rovněž porucha vytváření asociační paměti.

### **-poruchy myšlení a řeči**

Myšlení dětí s AD(H)D bývá nepružné, ulpívavé, impulzivní a chaotické. Mají problémy s chápáním pojmů, se schopností zobecňovat a logicky uvažovat. S kolísavou pozorností souvisí neschopnost rozlišit podstatné od nepodstatného. Intelektové funkce se rozvíjejí nerovnoměrně.

V řeči se často objevují agramatismy, slovní zásoba je výrazně chudší než u dětí bez poruchy. Velkým problémem je i opožděný vývoj řeči. S tím vším souvisí poruchy komunikace.

### **-emoční poruchy a poruchy chování**

Emoční poruchy a poruchy chování jsou velkým problémem při navazování kontaktů s okolím. Dětem s touto poruchou totiž chybí schopnost empatie, v jejich jednání se mnohdy vyskytuje egoismus a agresivita.

Kromě výkyvů výkonnosti jsou v jejich jednání často patrné výkyvy nálad a zvýšená efektivita. Velkým problémem jsou nepřiměřené reakce (verbální či fyzická agrese, útěk) na kritiku, či negativní hodnocení. Ty jsou důsledkem reaktivní poruchy chování.

Děti s AD(H)D jsou typické svým negativismem, nízkým sebevědomím a sebepojetím. Často se u nich vyskytují neurotické projevy, mezi které patří tiky, koktavost, zvýšená úzkostnost. V důsledku toho se velmi často objevují i zdravotní obtíže - bolesti hlavy, břicha, apod. V nejhorších případech se poté z neurotických projevů mohou vyvinout až deprese či fobie.

## 1.2 výskyt

Údaje o výskytu nejsou jednotné. Většinou se uvádí, že poruchou AD(H)D trpí přibližně 7% školou povinných dětí. Nejednotnost údajů vyplývá mj. i z důvodu, že existují dva různé klasifikační systémy (blíže ve druhé kapitole). „*Epidemiologické údaje ukazují, že v zemích, ve kterých je ke klasifikaci používán manuál DSM-IV, je prevalence dětí s AD(H)D podstatně vyšší (4-19%) než v zemích, ve kterých je používána klasifikace MKN-10 (1-3%)*“. (2) Výskyt AD(H)D je vyšší u chlapců než u dívek.

## 1.3 příčiny

AD(H)D je vývojová porucha, která postihuje tu oblast mozku, která zpracovává a řídí impulzy.

„*Z počátku byla za hlavní příčinu AD(H)D považována minimální mozková dysfunkce, a to buď jako následek infekce, která postihla mozek, anebo traumatu či jiných zranění a komplikací, které se objevily ještě v prenatálním nebo perinatálním stadiu vývoje*“. (3)

V současnosti je za hlavní příčinu vzniku poruchy považován nerovnoměrný vývoj mozku. U dětí s AD(H)D byla při specializovaných vyšetřeních zjištěna menší aktivita jedné části kůry mozku (jedná se o oblast čelního laloku) i bazálních ganglií. (4) Zároveň bylo zjištěno, že jedinci s tímto onemocněním mají v průměru o několik procent menší

objem mozku než zdraví lidé (uvádí se, že objem mozku dětí s AD(H)D je menší zhruba o 3-4%). (5)

Přesné příčiny vzniku AD(H)D nejsou stále objasněny. Jsou prováděny stále nové výzkumy, které přináší nová tvrzení nebo se snaží vyvrátit či potvrdit ty již existující. Nejčastěji skloňovanými příčinami vzniku jsou genetika, organické příčiny, vliv prostředí či stravy.

### **1.3.1 organické příčiny**

*„Z počátku byla za hlavní příčinu vzniku AD(H)D považována mozková dysfunkce, která vznikla buď jako následek nějaké infekce, traumatu či jiných zranění, komplikací, které se objevily v prenatálním nebo perinatálním stádiu vývoje.“* (6) Toto tvrzení bylo podpořeno některými výzkumy. Skutečně se ukázalo, že u dětí s touto poruchou byl výskyt podobných komplikací vyšší než u dětí bez poruchy. Je však důležité zdůraznit, že podle dostupných informací, nelze tuto příčinu určit jako hlavní, protože u většiny dětí s AD(H)D nebyly úrazy či porodní komplikace dokázány.

Jako jedna z možných příčin, budeme-li hovořit o organických, je mnohými autory, např. Paclt a kol., uváděna i nízká porodní hmotnost.

### **1.3.2 genetika**

Na základě výzkumů (např. výzkum doktora Bierdemana a jeho kolektivu z Massachusettské všeobecné nemocnice z roku 1990 (7)) se jako nejpravděpodobnější příčina vzniku AD(H)D uvádí genetika. Z mnoha studií, které probíhají již několik let, vyplynulo, že AD(H)D je onemocnění s dědičným podkladem. Studie byly prováděny například u jednovaječných dvojčat. A právě tento výzkum přinesl zajímavé poznatky, z nichž jednoznačně vyplývá, že se AD(H)D až z 80% vyskytuje právě na dědičném základě. (8) I přesto, že se dědičnost ukázala jako jednou z nejpravděpodobnějších příčin vzniku, není pravdou, že se rodičům s tímto typem poruchy musí vždy narodit hyperaktivní dítě.

### **1.3.3 vliv prostředí**

Ve srovnání s genetikou hrají vlivy prostředí na vznik AD(H)D menší roli. Ale i tady byl určitý vliv potvrzen.

Některé důkazy naznačují, že zvýšené množství hladiny olova v krvi u dětí může být příčinou vzniku AD(H)D (9). Jak ale uvádí někteří autoři, např. Train, „*Otrava olovem se u dětí může vyskytnout a může dokonce způsobit i poškození mozku, ale dochází k tomu zřídka. Nelze ji tedy považovat za příčinu AD(H)D, protože u většiny postižených dětí se zvýšený obsah olova v krvi neprokázal.*“ (10)

Co lze ale jednoznačně považovat za možnou příčinu vzniku je kouření či konzumace alkoholu matky v těhotenství.

### **1.3.4 kouření v těhotenství a jeho vliv na vznik AD(H)D**

Na téma vlivu kouření rodiček v těhotenství byla, převážně ve Spojených státech, provedena řada studií (např. studie S. Milbergera v letech 1996 a 1998 či E. Micka z roku 2012). Četné výzkumy na toto téma přinášejí stále nové poznatky o negativním dopadu škodlivin obsažených v cigaretách na dosud nenarozeného jedince. Výsledky provedených studií jsou značně znepokojivé, ukazují nám totiž, že nicotin neovlivňuje pouze psychické zdraví dětí, ale i jejich kognitivní funkce. (11)

*„Mezi časté důsledky patří syndrom náhlého úmrtí kojenců, astma či jiná respirační onemocnění (záněty průdušek, hrtanu). Kromě toho data zjištěná výzkumy ukázala, že u dětí, které byly v děloze „vystaveny“ tabákovému kouři, je v dětství zvýšené riziko výskytu problémů s chováním, zejména AD(H)D.“* (12) Kouření těhotné ženy způsobuje tři různé poruchy plodu, od narušení hormonální rovnováhy až po snížené krevní zásobení. (13) Souhrnně lze říct, že všechny vedou k poruchám nervové soustavy. V souvislosti s AD(H)D je potřeba zmínit poškození monoaminu, které má za následek poruchy chování. (14) Mezi monoaminy řadíme serotonin, adrenalin, noradrenalin a dopamin.

Podle posledních údajů Českého statistického úřadu bylo v České republice evidováno 24,1% pravidelně kouřících osob starších patnácti let, z toho 18,1% tvoří ženy. (15)

### **1.3.5 vliv stravy**

Vliv stravy, respektive jejího složení, patří k nejdiskutovanějším a zároveň nejspornějším možným příčinám vzniku. Názor, že AD(H)D vzniká jako důsledek konzumace některých přísad do jídla, má svůj původ v USA. (16)

Mezi látky, o jejichž vlivu na vznik této poruchy se neustále spekuluje, patří cukr. Ve spoustě publikací (většinou se jedná o publikace, které se nedají považovat za odborné, jsou díly laiků či rodičů, př. Vaříme hyperaktivnímu dítěti od nakladatelství Grada) se můžete dočíst o tom, jak je cukr pro zdravé dítě nevhodný, jelikož může způsobit AD(H)D. Cukr svým způsobem aktivitu člověka skutečně ovlivňuje, ale tvrdit, že je příčinou vzniku této poruchy, není na místě.

Pro potvrzení tohoto tvrzení bych si dovolila uvést obsáhlejší doslovnou citaci:

*„V roce 1994 proběhla nápaditá studie u 31 chlapců ve věku mezi 5-7 lety, jejichž matky uváděly, že děti jsou citlivé na cukr. Při zahájení studie bylo matkám sděleno, že každý den jejich dítě dostane nápoj buď s umělým sladidlem aspartamem, nebo cukrem. Ve skutečnosti, aniž by o tom matky věděly, všechny děti dostaly nápoj oslazený aspartamem. Po celý den pak měly matky hodnotit chování svého dítěte a zároveň bylo sledováno vzájemné chování mezi matkou a dítětem. Ukázalo se, že matky, které se domnívaly, že jejich syn vypil nápoj s cukrem, v průběhu dne hodnotily v dotaznících své děti jako více hyperaktivní ve srovnání s matkami, které dostaly informaci, že jejich dítě dostalo skutečně aspartam. Matky domnívající se, že dítě dostalo cukr, byly v interakcích s dítětem více kritické, častěji na ně hovořily a vyskytovaly se ve větší fyzické blízkosti svých dětí“.* (17)

Dalšími diskutovanými příčinami jsou některé typy emulgátorů a barviv, tzv. éčka. *„Někteří lidé tvrdí, že strava obsahující potravinářská aditiva způsobuje hyperaktivitu. Konkrétně, žlutá potravinářská barviva, jako jsou azo-barvy (na bázi dusíku), mohou způsobovat hyperaktivitu a některé děti trpící AD(H)D mohou být po jejich požití extrémně hyperaktivní“.* (18)

## **1.4 historie**

Do 20. století byly projevy AD(H)D považovány za důsledek špatné výchovy. Nikdo nehledal, co by za negativními odchylkami v chování dítěte, mohlo stát. Prvním, kdo se hlouběji věnoval výše zmíněným odchylkám byl G.F.Still. (19) Stillova práce se dá považovat za průlomovou, jelikož byl prvním, kdo popsal příznaky této poruchy. Ve své práci uváděl jako hlavní příčinu vzniku poruchy biologický podklad.

V roce 1904 vyšel v britském časopise Lancet článek o neposedném chlapci Filipovi, který byl dalším pokusem o popsání projevů hyperkinetické poruchy. (20)



Ve 30. letech 20. století Charles Bradley navázal na Stillovu práci a posílil tvrzení, že se AD(H)D zakládá na biologickém podkladě. Bradley v léčbě poruchy chování úspěšně použil psychostimulační látku – benzedrin. (21)

V roce 1963 byla v Chicagu vypracována definice této poruchy a byl zaveden termín LMD (lehká mozková dysfunkce). Definici ve své knize citují Drtílková se Šedým: „*Jedná se o děti vyšší, průměrné nebo podprůměrné inteligence s různými poruchami chování nebo učení, které jsou spojeny s odchylkami funkcí CNS (centrální nervové soustavy). Tyto deviace se mohou manifestovat v různých poruchách percepce, tvoření pojmů, paměti, řeči, pozornosti, impulzivity nebo motorických funkcí. Změny mohou vznikat z genetického nebo biochemického porušení regulace, z poškození perinatálního nebo jinými nemocemi a poruchami vzniklými v době, která je typická pro vývoj a vyzrávání CNS*“. (22)

Od roku 1994 je používán termín AD(H)D.

V České republice se této poruše velmi intenzivně věnovali či věnují, např. doc. MUDr. Ivo Pacl, CSc.; PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, PhD. MBA.; Mgr. Terezie Pemová; PaedDr. Drahomíra Jucovičová; PaedDr. et Mgr. Hana Žáčková. Všichni zmínění se výrazně podílejí či podílejí na objasnění příčin této poruchy, ať už výzkumy nebo vydání řady publikací.

## 2. Diagnostika

Pokud budeme hovořit o diagnostice, je v první řadě důležité zmínit dva existující klasifikační systémy. Při stanovování diagnózy totiž velmi záleží, který z existujících manuálů odborník používá. Pojetí AD(H)D, respektive kritéria potřebná ke stanovení diagnózy, se v jednotlivých manuálech značně liší.

### 2.1 klasifikační manuály

První z diagnostických manuálů je Americký diagnostický manuál DSM. První verze toho manuálu byla sepsána v roce 1952. Doposud prošel tento dokument celkem pěti revizemi, z nichž ta poslední, DSM-V vešla v platnost v roce 2013.

Druhým dokumentem je Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Mezinárodní klasifikace nemocí prošla rovněž řadou revizí, v nichž se postupně formovalo označení pro tento typ poruchy. Zatímco americký DSM používá označení AD(H)D či ADD, MKN užívá označení hyperkinetické poruchy (v minulosti užívala označení lehká mozková dysfunkce). Zatím poslední desátá revize MKN proběhla v roce 1993.

Čeští lékaři při stanovování diagnózy používají MKN-10 (Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi).

### 2.2 MKN vs. DSM

Rozdíly v obou manuálech jsou poměrně velké, proto se i údaje o výskytu, jak už bylo řečeno v kapitole 1. 2, liší. Byť mají oba ve své podstatě stejný úkol, v mnohém se rozcházejí. To je problémem, mj. i ve chvíli, kdy by evropští odborníci, používající MKN – 10, chtěli aplikovat výsledky výzkumu, dělaného na základě DSM.

Kromě již jednou zmíněného rozdílného označení pro poruchu, je další z věcí, kterou se oba systémy liší, množství příznaků, podle nichž by se mělo AD(H)D určit. V obou manuálech najdeme rozdělení příznaků do tří skupin, z nichž každá má několik bodů (podskupin), které obsahují popis chování (příznaků). Třemi skupinami jsou nepozornost, hyperaktivita, impulzivita. Zatímco MKN – 10 vyžaduje, aby se z každé skupiny vyskytoval určitý počet projevů (co se nepozornosti, musí se vyskytovat alespoň šest z uvedených devíti projevů, u hyperaktivity jsou to tři z pěti, u impulzivity jeden ze čtyř),

DSM k tomu přistupuje benevolentněji. Uvádí, že k tomu, abychom mohli hovořit o AD(H)D, je z uvedených popisů potřeba, aby se vyskytovalo šest nebo více z uvedených příznaků. DSM tedy nevyžaduje, aby se vyskytovaly příznaky ze všech skupin. Právě podle aktuálních projevů pak americký manuál určuje, o jaký podtyp AD(H)D se jedná.

Dalším z rozdílů mezi oběma manuály, o kterých se okrajově zmíním, je dělení poruchy. Oba manuály totiž poruchu dále dělí, ale každý trochu jinak. Zatímco MKN-10 hovoří o dvou subtypech – subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou a subtyp hyperkinetické poruchy chování, DSM definuje AD(H)D širěji. (23) DSM dělí AD(H)D do tří podtypů – AD(H)D s převládající poruchou pozornosti, AD(H)D s převládající hyperaktivitou a impulzivitou, smíšený typ AD(H)D. (24)

### **2.3 stanovení diagnózy**

Včasná diagnóza je základem úspěchu. I proto se oba manuály shodují v tom, že by se diagnóza měla stanovit před sedmým rokem života, ideálně však ještě před nástupem do školního zařízení. Pokud se včas zjistí důvod odlišného chování dítěte, dá se s tím lépe pracovat jak ve škole, tak v rodině. Nalezení způsobu řešení může dítěti ulehčit vstup do školy a může vést ke zlepšení jeho doposud existujících mezilidských vztahů.

Stanovení diagnózy však není vůbec jednoduché a vyžaduje spolupráci odborníků z více odvětví. Pro stanovení diagnózy je potřeba kromě psychického, i fyzické vyšetření, o které se postará pediatr. Ten by měl podle svého zjištění doporučit rodičům další vyšetření. Dalším odborníkem, který se na diagnóze podílí, je psycholog. Ten musí, mj. potvrdit nebo vyloučit výskyt přidružených poruch, případně jiného postižení. Ve spolupráci s pracovníkem pedagogicko psychologické poradny poté může škola, jako další instituce podílející se na nápravě poruchy, vytvořit tzv. individuální vzdělávací plán (blíže v kapitole 4.).

Jak už bylo řečeno, lékaři používají pro stanovení diagnózy Mezinárodní klasifikaci nemocí. Na rozdíl od lékařů, poradny žádný takový manuál nemají. Neexistuje ani žádný test, který by jim diagnózu usnadnil. Závisí pouze na pracovníkovi, jakou diagnózu stanoví.

Ve světě neexistuje systém speciálně pedagogických center. V těchto zemích dítě diagnostikuje lékař, ve školách jsou přítomni psychologové.

## 2.4 diagnostická kritéria podle MKN – 10

*„Nepozornost: alespoň šest z následujících příznaků přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:*

- 1. často se mu nedaří pozorně se soustředit na podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;*
- 2. často neudrží pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;*
- 3. často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká;*
- 4. často nedokáže postupovat podle pokynů nebo dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti;*
- 5. často není s to uspořádat si úkoly a činnosti;*
- 6. často se vyhýbá úkolům, například domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí;*
- 7. často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností (školní pomůcky);*
- 8. často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;*
- 9. často je při běžných denních činnostech zapomnětlivě.*

*Hyperaktivita: alespoň tři z následujících příznaků hyperaktivity přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stádiu:*

- 1. často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;*
- 2. při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;*
- 3. často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu);*
- 4. často je nadměrně hlučné při hraní nebo má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech;*
- 5. trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podržovat společenským podmínkám nebo požadavků.*

*Impulzivita: alespoň jeden z následujících příznaků impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stádiu:*

- 1. často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;*
  - 2. často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, až na ně přijde řada při hře nebo v kolektivu;*
  - 3. často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře);*
  - 4. bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví“.*
- (25)

## **2.5 přidružené poruchy**

Porucha AD(H)D se může často vyskytnout v kombinaci s dalšími přidruženými poruchami, tzv. komorbiditami. Spolu s hyperkinetickou poruchou se mohou vyskytnout další dílčí poruchy, mezi něž patří dys-poruchy, porucha opozičního vzdoru, různé úzkostné poruchy či poruchy chování, tiky či deprese. Závažnost poruch se vyvíjí s věkem. Přidružené poruchy se vyskytují u přibližně 65 % pacientů s AD(H)D.

### 3. Léčba

AD(H)D je onemocnění, které se nedá léčit. Jeho příznaky a projevy se mohou správným přístupem či medikací zmírnit, ale úplné vyléčení ani léky nezajistí. Může se ale stát, že se projevy v dospívání vymizí.

*„Odborníci se shodují v tom, že nejefektivnější je multifaktoriální přístup k léčbě, který zahrnuje kromě psychoterapie i rehabilitaci, trénink učení, výchovné působení, úpravu prostředí a v těžších případech i farmakoterapii“.* (26) Úprava prostředí se doporučuje při činnostech, kdy je vyžadováno soustředění dítěte. Jedná se třeba o školní prostředí, kde by dítě nemělo sedět u okna, které mu poskytuje řadu rušivých podnětů. Výchovné působení v sobě nese řadu úprav, kterou je potřeba udělat pro zlepšení práce s dítětem. Zahrnuje prostředí rodinné i školní, respektive přístup rodičů a pedagogů. Výchovné působení doma může udávat společně s dítětem či odborníkem sestavený řád, který stanoví denní úkoly, pravidla či případné tresty. Jedná se o plán závazný jak pro dítě, tak pro rodiče. Pod školní výchovné působení můžeme zařadit individuální vzdělávací plán, přístup pedagoga k dítěti.

#### 3.1 psychoterapie

Práci s dítětem s AD(H)D usnadňují terapie, kterých nám dnešní psychologie nabízí hned několik typů. Ne všechny se však dají využít. V souvislosti s tímto onemocněním se často uvádí behaviorální, kognitivní či rodinná terapie. Velmi často se užívá i kognitivně behaviorální terapie, která v sobě nese základní principy obou již zmíněných přístupů. Ať zvolíme jakýkoliv typ, musíme si uvědomit jedno. Terapie není krátkodobou záležitostí a rozhodně u ní nejsou zaručeny žádné výsledky. Jediným krátkodobým typem je již zmíněný kognitivně behaviorální přístup.

Behaviorální terapie je užívána u více postižení. Při správně zvoleném přístupu lze tuto terapii aplikovat i na onemocnění AD(H)D. Pokud o behaviorální terapii budeme hovořit v souvislosti s hyperkinetickou poruchou, je důležité zmínit dvě techniky, které se při práci s takto postiženým jedincem jeví jako nejúčinnější. Jednou z využívaných technik je analýza ABC. Jedná se o jakýsi ukazatel toho, jak se v daných situacích cítí, jak reagují rodiče i dítě. Je to technika, která má pomoci terapeutovi lépe pochopit rodinnou situaci, a podle toho stanovit účinnou metodu práce. Pro tuto analýzu jsou důležité tři věci –

předcházející událost, popis chování v dané situaci, následné chování. Druhou metodou je pozitivní posilování.

*„Kognitivně behaviorální terapie učí rozpoznávat zažitá a opakující se schémata myšlení a jednání a na základě racionálního rozboru nalézt a nacvičit výhodnější či emočně přijatelnější postup“.* (27) Vyžaduje direktivní práci terapeuta, jeho role v tomto přístupu je aktivní, není tedy jen posluchačem, ale je v roli toho, kdo práci s dítětem organizuje, vede, zasahuje do ní. Je založená na principech terapie kognitivní. Ta se zaměřuje na myšlenky jedince, s nimiž pracuje. Užívá se především u úzkostných a depresivních poruch. (28) A na principech behaviorální terapie. *„Ta je založena na využívání principu učení k získání žádoucích reakcí a vzorců chování výměnou za nežádoucí. Terapeut používá konkrétní příklady ze života dítěte a snaží se, aby je dítě pochopilo a dokázalo jich využít při řešení potíží, které se vyskytují v každodenním životě“.* (29)

AD(H)D je porucha, které velmi významně ovlivňuje vztahy v rodině. Rodiče jsou vyčerpaní, nervózní, je u nich častá rozvodovost. Rodinná terapie je proto zaměřená na práci s rodinou, na nápravu vztahů mezi jejími jednotlivými členy. *„Je vhodná zejména v rodinách, kde problémy plynou z nejasné a nejednoznačné komunikace, a v rodinách, kde jsou vztahy mezi jednotlivými příslušníky rodiny napjaté nebo se bortí“.* (30)

### **3.2 farmakoterapie**

Farmakoterapie je samostatnou kapitolou, která patří k nejdiskutovanějším tématům. Léčba, resp. terapie za pomoci medikamentů má řadu odpůrců. I přesto však patří k nejčastěji užívaným. Jak už bylo řečeno, AD(H)D se nedá vyléčit, medikace pouze zmírňuje projevy poruchy. Proto se nám nabízí otázka, zda je opravdu bezpodmínečně nutné zatěžovat dětský organismus látkami obsaženými v lécích, když poruchu stejně úplně nevyléčí. Pokud máte doma dítě s touto poruchou, zjistíte, že i pouhé zmírnění projevů je jak pro rodiče, tak i děti samotné vítanou změnou.

Na trhu je v dnešní době k dostání řada léků, od antidepresiv, antipsychotik až po stimulanty. Řada zahraničních příruček, např. ADHD - Parents Medication Guide, dělí léčiva předepisována na tento typ poruchy na léky se stimulačními účinky (stimulanty) a na léky bez nich (tzv. non stimulanty). (31)

Psychostimulancia jsou nejběžnějším a nejčastěji předepisovaným typem léku na AD(H)D. Mají velkou výhodu v tom, že je lidský organismus poměrně snadno a rychle vyloučí. Navíc nejsou návykové. Stimulanty pomáhají zmírnit hyperaktivitu a zlepšit tak koncentraci dítěte, současně je potřeba zdůraznit, že nevedou k jeho útlumu. Stimulanty mají podobně jako ostatní léčiva i své nevýhody. Jejich účinky se sice dostaví poměrně rychle, ale naopak rychle odezní, takže je potřeba je užívat několikrát denně (dvakrát až třikrát denně).

Nejpoužívanějším lékem tohoto typu je bezpochyby Ritalin. Předepisuje se dětem od šesti let, jeho součástí je látka methylfenidát. (32) Jak uvádí Státní ústav pro kontrolu léčiv, tento typ léku není určen na celoživotní užívání. Nejpozději po skončení období puberty by mělo dojít k jeho úplnému vysazení. Pokud je léčba dlouhodobá, doporučuje se pravidelná kontrola u lékaře (alespoň jednou ročně).

Kromě Ritalinu se u nás od roku 2002 užívá i lék Strattera. Ten nepatří mezi stimulanty, ale jeho účinky jsou na podobné bázi. Na rozdíl od Ritalinu působí dlouhou dobu, čímž mizí potřeba užívat lék vícekrát denně. Jeho výhodou je, že ho na rozdíl od Ritalinu mohou užívat děti i dospělí.

Relativně novým lékem, který se u této poruchy používá, je Concerta. Podobně jako výše zmíněná Strattera se tento přípravek užívá jednou denně, což je jeho nesporná výhoda.

### **3.3 další přístupy**

Kromě těchto typů léčby či terapie existuje ještě řada dalších přístupů. Jedná se většinou o metody, jejichž účinky jsou pouze individuální a nelze je tedy s jistotou doporučit pro všechny děti.

V souvislosti se stravou, kterou někteří autoři uvádí jako možnou příčinu (více v kapitole 1.2), se jako jeden z možných přístupů uvádí zdravá strava či výživové doplňky, jako jsou minerály, vitamíny. Tato metoda se musí brát s velkou rezervou, protože jak již bylo řečeno ve výše zmíněné kapitole, vliv stravy a jejích složek na vznik AD(H)D není jednoznačně prokázán.

Další metodou, která se uvádí, je tzv. EEG biofeedback. *„Měl by fungovat na principu zpětné vazby a trénovat schopnost jedince. Stručně lze říci, že dítě si hraje na počítači a tato hra, kterou dítě vidí na monitoru, je ovlivňována zpracováním současně*



*snímaného záznamu EEG“.* (33) „*The American Academy of Pediatrics (AAP) v současné době nezařazuje EEG biofeedback mezi dostatečně ověřené a účinné léčby u AD(H)D. Různé metody EEG biofeedbacku mohou – pravděpodobně jako jiné rehabilitační a tréninkové metody – některým jedincům pomáhat při nácviku pozornosti, relaxace, případně vizuomotorické koordinace a v těchto případech mohou být doplňkovou technikou léčby. Nejsou však zahrnuty v oficiálním algoritmu léčby AD(H)D, a neměly by být nabízeny místo standardních postupů“.* (34)

V některých publikacích se uvádí jako relativně úspěšná metoda pevného objetí, která je založená na pevném sevření dítěte v náručí rodiče až do chvíle, než se dítě zklidní. Tato metoda se však ukázala jako nevhodná, a proto se nedoporučuje!

### **3.4 pomoc rodičům**

V zahraničí jsou poměrně běžné svépomocné skupiny. V nich si rodiče navzájem vyměňují své rady a zkušenosti. V České republice, na rozdíl od Německa, kde vznikla i zastřešující organizace zastupující zájmy postižených v i mimo politiku, svépomocné skupiny neexistují. (35) „*Děti, žáci a studenti se speciálně vzdělávacími potřebami (a také jejich rodiče) se mohou obracet na tzv. školská poradenská zařízení, mezi která patří pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra“.* (36)

Za účelem pomoci rodinám dětí s AD(H)D u nás vznikla různá občanská sdružení. Kvalita jimi poskytovaných služeb je však různá.

Z existujících občanských sdružení můžeme zmínit např. občanské sdružení NIDAR – Národní institut pro děti a rodinu. Jedná se o občanské sdružení založené v roce 2003 a sídlící v Praze. Mnozí lidé ho znají pod původním názvem Hyperaktivita - Institut pro studium a terapii hyperaktivity a poruch pozornosti. Vzhledem k postupnému rozšíření rozsahu nabízených služeb, došlo ke změně názvu. Hlavní cíle v oblasti pomoci rodinám s dětmi s AD(H)D zůstaly. NIDAR poskytuje kromě komplexního zhodnocení psychického stavu dítěte a výchovných postupů rodičů i řadu poradenských služeb, mezi něž patří výchovné poradenství pro rodiče, individuální psychoterapii dítěte, rodinnou terapii i sociální poradenství. (37) Kromě těchto aktivit pořádá občanské sdružení každoročně letní dětský tábor, kterého se účastní proškolení dobrovolníci.

Dalším sdružením, které pomáhá rodinám dětí s AD(H)D je brněnské Centrum pro rodinu a sociální péči. „*Centrum organizuje skupinové aktivity pro děti a jejich rodiče. Ty*

*jsou zaměřeny na trénink sociálních a emočních dovedností a na pozitivní ovlivňování psychomotorického vývoje dítěte. Ve skupinové práci jsou využívány terapeutické prvky muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie“.* (38) Kromě těchto aktivit na svých oficiálních webových stránkách sdružení uvádí další, např. rodičovskou skupinu pro rodiče s hyperaktivními a neklidnými dětmi, terénní podporu rodiny, trénink sociálních a emočních dovedností, apod..

Kromě výše zmíněných poskytují pomoc rodinám dětí s tímto typem poruchy i tzv. Dys-centra.

## 4. Vzdělávání dětí s ADHD

### 4.1 historie

Začlenění či vzdělávání dětí s postižením v minulosti téměř neexistovalo. Zlom nastal v 18. století. „*Díky průmyslové revoluci došlo k postupnému vyčleňování prostředků na organizovanou péči o děti s postižením. V období osvícenství, kdy bylo raženo heslo „svornost, svoboda, bratrství“, začaly ve Francii vznikat instituce péče o handicapované“.* (39)

V roce 1954 v Pensylvánii soud rozhodl, že inkluze všech žáků do státních škol je čestná, etická a spravedlivá. (40)

Dalším významným časovým milníkem byl rok 1959, kdy byla sepsána Deklarace práv dětí. Ta ve své páté zásadě doslovně stanovila, že „*dítěti, které je fyzicky, duševně nebo sociálně postižené se poskytuje zvláštní zacházení, výchova a péče tak, jak to vyžaduje jeho zvláštní postavení“.* (41)

„*Před rokem 1970 byly miliony dětí v Americe při zápisu do škol odmítnuty z důvodu svého postižení. Až do poloviny tohoto roku bylo právo odmítnout zapsat dítě na školách. Aby došlo k odstranění diskriminace, věnoval se v letech 1960 až 1975 tomuto tématu velmi intenzivně Kongres Spojených států amerických. V roce 1975 vyšlo najevo, že přibližně 3,5 milionu dětí nebylo vzdělání vůbec umožněno. Výsledkem bylo přijetí zákonů, které upravovaly vzdělávání handicapovaných na školách a způsob jejího financování. Změny přijaté Kongresem se v roce 1983 staly oficiálním zákonem. V roce 1990 byly v USA přijaty další zákony, které upravovaly práva amerických handicapovaných“.* (42)

Významnými dokumenty, které přispěly ke zkvalitnění péče o děti s postižením, je kromě již výše zmíněné Deklarace práv dětí, Konvence OSN z roku 2006 a Úmluva o právech dítěte z roku 1989, která navázala na již zmíněnou deklaraci.

V České republice je integrace handicapovaných stále ještě v počátcích. Zatímco ve světě se tento způsob vzdělávání dlouho vyvíjel, v Česku se o něm dá hovořit až od nedávna. V dřívější době existoval v České republice systém speciálních škol, které se dělily podle typů postižení. Pokud budeme hovořit konkrétně o integraci dětí s AD(H)D do běžných škol, musíme říct, že tento typ integrace je stále nedokonalý.

Ukázkový případ toho, jak bylo dítě s AD(H)D vnímáno v dřívější době, je seriál *My všichni školou povinni* z roku 1984. Případ malého Jirky Olivy, který vykazuje typické příznaky AD(H)D, je neustále terčem zloby své třídní učitelky, a který je nakonec přeřazen do vyrovnávací třídy, je dokonalým obrazem toho, jak bylo dítě s tímto handicapem vnímáno za minulého režimu, a jak je mnohými pedagogy vnímáno ještě dnes. Jednání tehdejší soudružky učitelky částečně omlouvá neznalost, možná i tabuizovanost poruchy. Dnes je informovanost pedagogů daleko vyšší, bohužel i přesto je tato problematika často nerespektována.

## 4.2 pojmy integrace a inkluze

Integrace a inkluze jsou pojmy, které spolu úzce souvisí. Dá se říct, že oběma jde o jedno – o začlenění.

Integrace sama o sobě znamená proces začleňování postižených do běžných škol mezi děti intaktní. Z myšlenek integrace vychází inkluze. Inkluze je v současnosti hodně používaný termín, který se snaží o zdokonalení základních myšlenek integrace. Bohužel výklad inkluze není jednotný. Někteří autoři experti hovoří o inkluzi jako o synonymu k integraci. Podle nich se oba pojmy zároveň překrývají. Jiní autoři hovoří o tom, že na rozdíl od integrace, která podle nich zdůrazňuje rozdíly, inkluze tyto rozdíly stírá a snaží se o jakousi jednotnost.

Rozdíly mezi integrací a inkluzí popisuje ve své knize *Základy inkluzivní pedagogiky* Lehta takto: „*Žáci se v rámci inkluzivního edukačního konceptu už nedělí na dvě skupiny (tj. ty, kteří mají speciální potřeby, a ty, kteří je nemají), ale jde tu o jedinou heterogenní skupinu žáků, kteří mají rozličné individuální potřeby. Velmi zjednodušeně by bylo možné říci, že integrace vyžaduje větší přizpůsobení dítěte ve škole, zatímco inkluze se víc snaží přizpůsobit edukační prostředí dětem. Změna z integrace na inkluzi znamená mnohem víc než jen jakousi módní změnu směřující k politicky korektní sémantice. Integrace zahrnuje přípravu žáků na začlenění do běžných škol: žák se musí přizpůsobit škole a nepředpokládá se, že škola sama se musí změnit, aby dokázala pojmout větší heterogenitu, různorodost žáků. Naproti tomu inkluze implikuje radikální reformu školství v kurikulární oblasti, v oblasti hodnocení a vytváření skupin žáků. Je založená na akceptování různorodosti, pokud jde o pohlaví, národnost, rasu, jazykový původ, sociální pozadí, úroveň výkonu nebo postižení“.* (43)

### 4.3 vzdělávání dětí s AD(H)D

Právo na vzdělání vychází mj. z Úmluvy o právech dítěte, z Listiny základních práv a svobod. Vzdělávání v České republice můžeme rozdělit na (44):

- předškolní – zajišťují ho mateřské školy
- základní – dále se dělí na primární a nižší sekundární
- střední neboli vyšší sekundární
- terciální – patří sem vyšší odborné školy, vysoké školy

V České republice v současné době platí povinná školní docházka. Ta byla zavedena v roce 1774. Výše povinné školní docházky se v průběhu let měnila, než došlo ke konečnému stanovení její výše na devět let. Dítě nastupuje do školy obvykle po dovršení šesti let věku. Není však výjimkou, že dochází k odkladu nástupu. Chtějí – li rodiče školní docházku odložit, musí o to písemně požádat ředitele dané školy a doložit posudky dvou odborných zařízení (lékaře a poradenského zařízení). Odložit školní docházku lze maximálně do osmi let.

Před nástupem do základní školy musí dítě absolvovat na dané škole zápis. Cílem zápisu je zjištění zralosti dítěte. Forma zápisu na základních školách není jednotná. Některé školy ho organizují formou rozhovorů mezi pedagogem a dítětem, při nichž učitel zjišťuje úroveň slovní zásoby dítěte a jeho schopnost odpovédět na základní otázky (jak se jmenuje, kde bydlí, apod.), na jiných probíhá tento druh přijímacího řízení zábavnější formou, kdy dítě plní úkoly na stanovištích.

Pokud dítě uspěje, nastupuje do základní školy. Pokud však neuspěje, následuje většinou jednoletý odklad, případně doporučení speciální školy.

Přechod dítěte z mateřské školy pro něj představuje velkou změnu. Pokud se navíc jedná o dítě s AD(H)D, nese s sebou tento přechod mnohdy ještě stresovou zátěž. Najednou se po dítěti chce, aby sedělo v klidu, nevykřikovalo, dodržovalo pravidla, soustředilo se. Impulzivita a hyperaktivita však dodržování těchto pravidel dítěti znemožňují. Proto je potřeba, aby byla včas stanovená diagnóza a mohly se vypracovat opatření k vzájemné spolupráci.

Pracuje-li pedagog s dítětem, které je nějakým způsobem odlišné, neměl by ho ihned odsoudit jako hloupé. U dětí s AD(H)D jejich intelekt s poruchou nesouvisí. O AD(H)D hovoříme, je-li IQ jedince minimálně v pásmu průměru. V českých školách je téměř polovina pedagogů starších 45 let (podle statistických údajů o genderové problematice zaměstnanců ve školství z roku 2012 se jedná o 48,6% učitelů na základních školách, na středních školách se jedná přibližně o 57,9% kantorů v tomto věku). (45) Pedagogové v této věkové kategorii již mají zažité své postupy výuky, které jen neradi mění. Většinou nejsou otevření novým možnostem, své vzdělání a praxi začínali v době minulého režimu, kdy byly některé poruchy v České republice tabuizované a vzdělávání dětí s poruchami často probíhalo formou segregace ve speciálních školách. Proto jsou mnohdy přesvědčeni, že na tyto poruchy nemusí brát ohledy. Při své práci s dětmi s AD(H)D jsem se s takovýmto přístupem již setkala, když jsem před lety doučovala hyperaktivního chlapce. Jednalo se o mimořádně chytré dítě, kterému i přes diagnózu AD(H)D a pomoc odborníků, dělala jeho třídní učitelka velké problémy. Tento případ ale není jediný. V odborné literatuře se můžeme setkat s řadou podobných kazuistik, a obrátíme-li se s tímto na odborníky, kteří se touto problematikou zabývají, jistě nám pár podobných příkladů povypráví.

Problémem Českého školství je i nedostatečný prostor pro individuální práci pedagoga s dítětem. Na rozdíl od některých zahraničních vzdělávacích systémů, kde je menší počet dětí ve třídě, české školy jsou typické počtem větším. O možném snížení počtu dětí ve třídách se pořád hovoří, ale nějaké konkrétní řešení je zatím stále v nedohlednu. Jedním z možných řešení je zřízení funkce asistenta pedagoga. Jedná se o školskou funkci, hradí ji škola ze svého rozpočtu (na rozdíl od funkce osobního asistenta, která patří mezi sociální služby a je hrazena rodiči). Činnost asistenta pedagoga, stejně jako náležitosti žádosti o zřízení této funkce, obsahuje § 7 Vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Pokud pedagogové poruchu nerespektují, jednají s dítětem jako s problematickým, nezbyvá rodičům mnohdy nic jiného, než přeložit dítě na jinou školu.

## **4.4 systém vzdělávání dětí s AD(H)D v České republice**

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice zajišťují běžné základní školy, specializované třídy, speciální školy pro děti se specifickými poruchami učení a chování. (46)

Pro snadnější práci s dětmi s AD(H)D je důležitá spolupráce mezi školou a dalšími odbornými institucemi. V České republice zajišťují péči o děti se specifickými vzdělávacími potřebami zejména tyto typy institucí: zdravotnická zařízení (služby pediatra, klinického psychologa, logopeda), speciálněpedagogická centra (liší se podle typu postižení), dyscentra, pedagogicko-psychologické poradny.

### **4.4.1 základní školy**

Vzdělávání dětí s AD(H)D v základních školách probíhá formou integrace do běžných tříd. Vzdělávání dětí s SPU je upraveno legislativou (viz. kapitola 4.6).

### **4.4.2 specializované třídy**

Specializované třídy jsou třídy s menším počtem dětí ve třídě určené pro vzdělávání dětí se specifickými vzdělávacími potřebami (SPU). Jak už bylo řečeno, počet dětí v těchto třídách je menší než v běžných, je zde tedy větší prostor pro individuální práci pedagoga s jedincem. Děti, pod vedením kvalifikovaných kantorů, využívají pro práci speciálních metod, pomůcek, učebnic. Větší prostor pro vlastní tempo dětí, pro časté střídání činností, je pro děti trpící AD(H)D obrovskou výhodou. Oproti speciálním školám nemá výuka redukované učivo, ba naopak probíhá podle osnov. Dítě tedy není v porovnání s vrstevníky z běžných tříd nijak pozadu, což je jednak pozitivum pro jeho intelekt (jak již bylo řečeno výše, děti s touto poruchou bývají velmi chytré), navíc v pozdějším věku může díky rozsahu probíraného učiva volit klasickou střední školu bez strachu, že by zaostávalo.

Ve specializovaných třídách je rovněž možné využívat služeb asistentů pedagoga.

### **4.4.3 speciální školy pro děti se specifickými poruchami učení a chování**

Speciální školy jsou určeny dětem, které nesplňují kritéria pro přijetí do běžných škol. Výuka v nich je uzpůsobena potřebám žáka. Na rozdíl od specializovaných tříd dochází k redukci učiva, ve třídách mohou být zařazeny děti z více ročníků.

#### **4.4.4 pedagogicko – psychologická poradna**

Pedagogicko-psychologická poradna je instituce, která má za úkol pomáhat rodinám s dětmi s poruchami školních dovedností. Dochází do nich děti od tří let. Jsou zřizovány podle zákona č. 564/1990 Sb., o státní správě a samosprávě ve školství, ve znění pozdějších změn. Kromě poradenských činností cílených na rozvoj osobnosti a sebepoznání, poskytují služby v oblasti diagnostiky. Podílí se i na tvorbě individuálních vzdělávacích plánů či posudků, na jejichž základě mohou být děti přeřazeny do jiných typů školských zařízení. Setkat se zde můžeme s psychology, speciálními pedagogy a sociálními pracovníky. Pedagogicko-psychologické poradny se nacházejí v městech, která dříve byla označována jako okresní. V souvislosti s pedagogicko-psychologickými poradnami je potřeba si ujasnit jednu důležitou věc. Rodiče, jejichž dítě potřebuje služby tohoto zařízení, nemusí využít služby poradny v místě svého bydliště, ale mohou se rozhodnout pro libovolnou instituci.

#### **4.4.5 speciálně pedagogická centra**

Speciálně pedagogická centra jsou rovněž školskou poradenskou institucí. Jejich služby jsou orientovány na žáky a studenty s postižením, kteří jsou integrováni v běžných školách, či ve specializovaných školách. Jejich činnost je vymezena ve školském zákoně a v doplňujících vyhláškách. Jejich hlavním úkolem poskytování pomoci při integraci. Pro jejich práci je důležitá vzájemná kooperace mezi všemi zúčastněnými stranami. Mezi jejich další činnosti patří, např. komplexní diagnostika, přímá práce s žákem, sociálně právní poradenství, krizová intervence, zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek podle potřeb žáků.

#### **4.5 individuální vzdělávací plán**

Individuální vzdělávací plán je dokument, který upravuje vzdělávání dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami. Jeho forma a náležitosti jsou vymezeny v zákoně (viz. Následující kapitola).

Skládá se ze tří částí – první vyplňuje škola, druhou školské poradenské zařízení a třetí část je určena pro vyučujícího předmětu, pro nějž je individuální vzdělávací plán vytvořen.



## **4.6 zásady práce s dětmi s ADHD**

Předlohou při psaní této podkapitoly byl metodický pokyn ZŠ Kunratice „Jak pracovat s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami“. (47)

Hlavními zásadami pro práci s dítětem s AD(H)D jsou pečlivost, důslednost, jasné stanovené hranice, srozumitelnost, tolerance a trpělivost. Práce s hyperaktivním dítětem není nic jednoduchého, a pedagog, jakož to autorita a vůdčí osobnost, by měl umět vstupovat do konfliktů, měl by je umět vhodně řešit. Jasná komunikace a stanové normy mu mohou jeho práci velmi usnadnit.

Děti trpící touto poruchou mají větší tendence nechat se rozptýlit i drobnými podněty, proto je dobré posadit dítě ideálně do míst, kde by nebylo ničím a nikým rušeno, tzn. dále od okna, buďto do blízkosti pedagoga nebo do zadních lavic.

Je důležité podporovat ty činnosti, které jdou dítěti lépe. Tato zásada pramení ze skutečnosti, že hyperaktivní dítě se během svého života zpravidla častěji setkává s kritikou než s pochvalou, proto je zde potřeba chválit ho za správně provedenou činnost. Pedagog by se měl během své práce s dítětem snažit omezit kritiku i případné poznámky do žákovských knížek.

Další zásadou, která může pedagogovi práci usnadnit je učit dítě už od počátku dokončovat započatou práci. V tom mu může pomoci i včasné oznámení konce činnosti případně vyučovací hodiny, případně častější kontroly jeho práce.

Pokud má učitel možnost, měl by dítěti práci rozdělit do kratších časových úseků a umožnit mu tak činnost po určitém období vystřídat.

## **4.7 právní úprava vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami**

Jak již bylo řečeno, v minulosti byly problémové děti a děti se specifickými poruchami učení často překládány do speciálních (pomocných) škol, popř. do vyrovnávacích tříd. Dnes je snaha integrovat handicapované děti do běžných škol, tříd. Za tímto účelem byla vytvořena právní úprava školského zákona, která upravuje vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami upravuje § 16 zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). K tomuto paragrafu byly vydány další předpisy, směrnice a vyhlášky, kterého ho dále rozvíjejí, doplňují. Mezi tyto dokumenty patří Směrnice MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení, a na ně navazující Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování. § 18 a § 19 Školského zákona obsahují ujednání ohledně individuálního vzdělávacího plánu.

Paragraf 16 Školského zákona vymezuje pojem „žák se speciálními vzdělávacími potřebami“. V článku 1 tohoto paragrafu se doslovně říká, že *„dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním“*. (48) V dalších člancích tohoto paragrafu se dále rozvíjí jednotlivé pojmy z prvního článku, jsou zde rovněž stanovena práva dotyčných osob a možnosti práce s nimi.

Individuálním vzdělávacím plánem se blíže zabývají přílohy Směrnic MŠMT a také § 6 Vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Jsou zde uvedeny náležitosti, doporučený postup i doporučená struktura.

Směrnice MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení obsahují vymezení pojmů. Kromě pojmů dítě a žák se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávací potřeby, jsou zde dále vymezeny pojmy individuální a skupinová integrace. Budu-li vycházet z tohoto dokumentu, lze zjednodušeně říct, že individuální integrací je integrace dítěte s poruchou do běžné třídy. V případě speciálních škol se pak individuální integrací rozumí integrace dítěte s poruchou do třídy dětí s jiným typem poruchy. *„Skupinovou integrací se rozumí vzdělávání žáka ve speciální třídě nebo specializované třídě zřizované podle zvláštních předpisů. V některých vyučovacích předmětech se žáci mohou vzdělávat společně s ostatními žáky školy a v rámci svých možností jsou zapojeni do všech aktivit mimo vyučování“*. (49)

Dalším zákonným opatřením, které upravuje vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, je již zmíněná Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Tato vyhláška vešla v platnost 17. února 2005. První část obsahuje obecná

ustanovení, ve kterých jsou mj. vymezeny podpůrné potřeby. V druhé části se vyhláška zabývá speciálním vzděláváním. V jednotlivých paragrafech jsou kromě zásad a cílů tohoto typu vzdělávání, vymezeny typy zařízení, ve kterých se speciální vzdělávání uskutečňuje. Tyto zařízení jsou rozdělené převážně podle toho, pro jaký typ postižení jsou zřízeny, př. školy pro zrakově postižené, školy speciální a praktické. Jeden z paragrafů je rovněž věnován individuálnímu vzdělávacímu plánu. § 7 této vyhlášky se zabývá funkcí osobního asistenta, přičemž hlavní činností osobního asistenta je podle této vyhlášky pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí a pomoc pedagogům při práci s těmito dětmi. (50) V roce 2011 byla tato vyhláška novelizována, v platnost vešla Vyhláška č. 147/2011 Sb., která upravuje, popř. ruší některé body předchozího dokumentu.

Metodický pokyn navazuje a dále rozvíjí Směrnice MŠMT. Kromě jakéhosi úvodního ustanovení, kde se mj. říká, že za vzdělávání žáka se speciální vzdělávacími potřebami zodpovídá škola nebo poradenské zařízení, obsahuje informace k individuálnímu vzdělávacímu plánu a další důležité body týkající se tohoto vzdělávání. Informace v tomto dokumentu se týkají vzdělávání na základních, středních a vyšších školách. Jsou zde pokyny k vedení dokumentace, k hodnocení a klasifikaci. Metodický pokyn stanovuje, že *„do výuky ve speciálních základních školách pro žáky se specifickými poruchami chování a ve specializovaných třídách pro žáky se specifickými poruchami chování se zpravidla zařazuje jedna až dvě hodiny týdně speciální výuky sociálních dovedností se zaměřením na korekci nežádoucích projevů chování s využitím postupů nácviku pozornosti, tlumení impulzivity, hyperaktivity, nácvik relaxačních technik apod. podle konkrétních vzdělávacích potřeb žáků“*. (51) V neposlední řadě jsou zde vymezeny úkoly poradenských zařízení.

## **Praktická část**

### **1. Cíl**

Hlavním cílem praktické části je zhodnocení úspěšnosti dosavadního průběhu pedagogické integrace vybraných chlapců. Spolu s hlavním cílem práce jsem si stanovila ještě tři dílčí. Prvním z nich je sestavení kazuistiky u dvou vybraných dětí. Dalším cílem je popis chování dítěte ve školním prostředí. V neposlední řadě je úkolem této práce zjistit, jaké vztahy panují mezi pedagogy a dítětem, mezi vrstevníky a dítětem.

### **2. Metody**

Jako metody zjištění vytyčených cílů jsem zvolila dlouhodobé, zúčastněné, strukturované pozorování. Pozorování jsem zvolila proto, že mi přišlo jako nejlepší způsob pro zjištění chování zkoumaných osob v daném prostředí, vzhledem k tomu, že se jedná o přímou účast. Struktura pozorování je přiložena v příloze č. 5. Pozorování probíhalo na základní škole, kterou oba chlapci navštěvují, resp. ve třídách, v nichž probíhala výuka. Samotné pozorování probíhalo po dobu pěti týdnů, od začátku dubna do konce května.

Další použitou metodou je rozhovor, resp. strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Rozhovor jsem zvolila z důvodu přímého kontaktu s respondenty, kdy byla v případě určitých nejasností možnost klást doplňující otázky. Rozhovor jsem dělala s pedagogy (příloha č. 6) a se spolužáky obou chlapců (příloha č. 7).

Při sestavování kazuistik byla použita metoda výpisu ze spisové dokumentace (vzor kazuistiky – příloha č. 1).

### **3. Charakteristika zkoumaného vzorku**

Hlavním bodem mého zájmu byli dva chlapci ve věku 8 a 9 let. U chlapců je různý stupeň (míra) postižení. Oba navštěvují stejnou základní školu v Praze, zároveň navštěvují i stejnou třídu, což mi práci hodně usnadnilo. Chlapci jsou klienty občanského sdružení NIDAR. Během svého výzkumu jsem měla možnost být přítomná při prvotním setkání pracovníků s rodiči i s dětmi, což posloužilo jako základ pro sestavení kazuistik. Z důvodu ochrany osobních údajů dětí, zachování anonymity jejich i jejich rodin, po dohodě s občanským sdružením, neuvádím v kazuistikách skutečná jména, data narození ani konkrétní základní školu, kterou navštěvují.

Rozhovory, které jsem zaznamenávala, byly vedeny s pěti pedagogickými pracovníky téže školy, z nichž jeden působí jako asistent pedagoga, a se čtyřmi spolužáky chlapců. U pedagogů se jednalo o čtyři ženy a jednoho muže, v případě dětí byl pak poměr mezi pohlavími vyrovnaný – dva chlapci, dvě dívky. I zde z důvodu zachování anonymity neuvádím skutečná jména.

Občanské sdružení NIDAR jsem kvůli spolupráci oslovila již v loňském roce. Paní magistra Pemová, která je jednou ze zakladatelek sdružení, mi vyšla ve všem maximálně vstříc. Na společné schůzce jsme se domluvily, jak by měla spolupráce vypadat, co od nich vše budu potřebovat. Zároveň byla přítomna při mém setkání s dětmi.

### 3.1 charakteristika respondentů

Podrobnější údaje o respondentech obou rozhovorů jsem dala do tabulky.

#### 3.1.1 pedagogové

Pedagog	Pohlaví	Délka praxe (v letech)	Pozice	Vyučované předměty ve třídě
Paní A.	Žena	25	třídní učitelka	český jazyk, matematika, přírodověda, hudební a výtvarná výchova
Pan V.	Muž	1	asistent pedagoga	přítomný na český jazyk, matematiku
Paní N.	Žena	5	učitelka	vlastivěda
Paní L.	Žena	8	učitelka	tělesná výchova
Paní M.	Žena	15	ředitelka školy	anglický jazyk

#### 3.2.1 spolužáci

Dítě	Pohlaví	Věk
Ondra	kluk	8
Anička	holka	8
Michal	kluk	8
Vanessa	holka	9

## 4. Kazuistika

Vzorů, jak by měla kazuistika vypadat, je několik. Já jsem pro sestavení kazuistik zvolila příklad případové studie, který na svých webových stránkách uvádí brněnská Masarykova univerzita (příloha č. 1).

*Struktura kazuistiky:*

1. Osobní údaje
2. Rodinná anamnéza
3. Osobní anamnéza
4. Školní anamnéza

### 4.1 Vojta

#### I. Osobní údaje

**Jméno:** Vojta  
**Rok narození:** 2007  
**Místo bydliště:** Praha  
**Třída:** 2.

#### II. Rodinná anamnéza

**Matka:** *Rok narození:* 1973  
*Zaměstnání:* prodavačka  
**Otec:** *Rok narození:* 1950  
*Zaměstnání:* důchod  
**Sourozenci:** bratr 9 let

Dítě žije v úplné rodině, vztah rodičů trvá 20 let. Pro otce je to druhé manželství. Z předchozího svazku má dvě, dnes již dospělé, děti. Je pětinasobným dědečkem. Dle svého vyjádření se však Vojta se svými nevlastními sourozenci a jejich rodinami moc nestýká.

Vztahy v rodině jsou bezproblémové. Mezi rodiči nedochází k hádkám. S bratrem Vojta vychází velmi dobře, občas mezi nimi dojde ke konfliktu, podle tatínka se jedná spíše o klasické sourozenecké hádky. Podle rodičů dává bratr Vojtovi peníze.

S dětmi tráví většinu času otec, který je v důchodu. Matka tráví hodně času v zaměstnání. Společný čas rodina organizuje aktivně, chodí hodně na výlety.

Co se zdravotního stavu rodičů týká, oba rodiče vykazují známky hyperaktivity, jsou hodně živí. V rodině se vyskytuje onemocnění ledvin a problémy s vysokým krevním tlakem.

Ekonomická situace rodiny je v pásmu průměru. Matka je zaměstnaná na plný úvazek, otec pobírá starobní důchod.

### **III. Osobní anamnéza**

Vojta byl plánované dítě. Podle vyjádření otce si dalšího potomka přála spíše jeho manželka. Pro matku to bylo druhé těhotenství, při prvním porodu nastaly velké komplikace, které jí málem stály život. Průběh druhého těhotenství se zpočátku zdál bezproblémový. Vojta se však narodil předčasně v sedmém měsíci. Kvůli předčasnému porodu, nízké porodní váze (vážil 1040 gramů) a zdravotním obtížím musela být matka s chlapcem dlouho v nemocnici. Po všech vyšetřeních lékaři zjistili, že se Vojtovi nevyvinula jedna ledvina.

Vojta byl už jako malý hodně živý, plačtivý, často se v noci budil s křikem. U žádné činnosti nevydržel dlouho. Vlivem zbrklosti docházelo často k drobným zraněním (odřená kolena, lokty...).

Vývoj dítěte podle informací od rodičů probíhal v normě. Bližší informace neuvědli.

Podle rodičů je Vojta hudebně nadaný, velmi ho baví zpěv, tanec a hra na hudební nástroj (flétnu). Žádný hudební kroužek ale nenavštěvuje. Ve škole hraje florbal. Jeho oblíbenou hračkou je stavebnice Lego, velmi rád lepí modely letadel. U televize tráví několik hodin denně, u počítače rodiče uvádějí zhruba 1, 5hodiny.

Vojta nemá problém navázat kontakt s dospělým. Zadané úkoly plní ochotně. Je velmi snaživý. Od začátku je patrná snížená schopnost koncentrace pozornosti. Při delší spolupráci se přidává motorický neklid, impulzivita, zbrklost. Je proto potřeba činnost přerušit, umožnit mu věnovat se chvíli něčemu jinému, poté je schopen práci dokončit.

Chlapec nemá problém navázat kontakt s vrstevníky. Mimo školu má bližší kamarády, stýká se se spoluhráči z florbalu. Podle rodičů si velmi rozumí se svým bratrancem, se kterým tráví hodně svého volného času. Otec tvrdí, že na něj však nemá dobrý vliv, jedná se o problematiku dítěte.

Největší problém nastává ve chvíli, kdy po něm některý z vrstevníků chce, aby udělal něco, co se mu nelíbí. V té chvíli dochází ke konfliktům, které mnohdy končí i menším

fyzickým kontaktem. Pokud se chlapci něco nelíbí, dává to, často nepřiměřeným způsobem, najevo.

Vojta nemá problém s respektováním autority vůči rodičům, paní učitelce či trenérovi.

Jeho vyjadřovací schopnosti jsou na dobré úrovni. Nedělá mu problém vyprávět příběh. Vypráví rád, dlouze. Bez problémů zvládá tvořit a následně klást otázky. Tempo řeči je rychlé, řeč je chvílemi nesrozumitelná. Objevují se příznaky dyslálie. Z hlásek mu dělají problémy písmenka „R“ a „Ř“, které často navzájem zaměňuje.

Kognitivní schopnosti - z výsledků testů rozumových schopností je patrný mírný nadprůměr, u slovního myšlení se jedná o lepší průměr, obrazové myšlení je nadprůměrné. Vyniká schopnost plošné orientace v systému znaků a schopnost řadit obrázky do děje.

V percepční oblasti se projevuje tendence rychlé práce bez delšího přemýšlení. Je nejistý při rozlišování tvarů. Stejně tak se projevuje mírná nejistota při rozlišování, zda jsou řečená slova shodná či nikoliv.

Rychlost čtení je podprůměrná. Při čtení delších slov (slovních spojení) hodně slabikuje, občas dvojí čtení. Dochází k záměně krátkých a dlouhých samohlásek.

Lateralita je u Vojty shodná - vedoucí pravá ruka, pravé oko.

Jemná motorika je u chlapce mírně narušená. Občas mívá problém s koordinací pohybů, což se projevuje mj. v manipulaci s drobnými předměty či kresbě. Čáry při kreslení nejsou rovné, při vybarvování přetahuje (příloha č. 2). Při malbě využívá plochy celého papíru. Při překreslování se soustředí na menší, méně důležité detaily, jimiž začíná. Špatný je úchop tužky.

Písmo chlapce je méně úhledné, v delších větách vynechává interpunkční a diakritická znaménka. V diktátech komolí slova.

Počty do 10 mu nedělají žádný problém, při počtech chybuje.

Vojta nově po dohodě užívá lék Stratera pro zmírnění projevů poruchy.

#### **IV. Školní anamnéza**

Dítě navštěvovalo od tří do šesti let mateřskou školu, kde se mu velmi líbilo. Docházelo však ke konfliktům s ostatními dětmi, jelikož si Vojta dle vyjádření rodičů nenechal nic líbit.

Odklad povinné školní neproběhl, do školy nastoupil v šesti letech. Nástup do základní školy zvládal dobře. Výraznější problémy s přechodem z předškolního zařízení neměl.



Do své školy docházel jeden školní rok. Dva měsíce po nástupu do druhého ročníku se Vojta s rodinou přestěhoval, došlo ke změně základní školy. V předchozí škole, jak vyšlo najevo, byl Vojta bit spolužákem.

V nové škole se Vojtovi líbí, je u něj ale patrný problém s adaptací. Po počátečním ostychu se začíná postupně začleňovat do kolektivu spolužáků. Probíranou látku zvládá, je schopný pracovat samostatně, potřebuje však činnosti po chvíli střídat, což mu mikro třída, do níž chodí, a hlavně paní učitelka, umožňují.

Nejvíce Vojta vyniká v českém jazyce, vlastivědě, přírodovědě. Tyto předměty ho baví, zajímá se o ně, což se projevuje i v celkovém prospěchu (nejlepší známky na pololetním vysvědčení má právě z nich). Nejslabší je v jeho případě matematika spolu s anglickým jazykem. Tady má problémy se soustředěním se na zadání, oba předměty má i nejhůře hodnocené na vysvědčení (z obou ohodnocen známkou 3).

Co se hodnocení chování ve škole týká, spolužáci ho hodnotí kladně. Občas prý zlobí a paní učitelka ho musí napomínat, výraznější problémy však jeho vrstevníci nevidí. Podobného názoru jsou i jeho vyučující, kdy největší problém s ním má paní tělocvikářka. Vojta je v tělocviku hodně nesoustředěný, jeho pozornost snadno rozptýlí jiné cvičební náčiní. Přesto, jak sama paní učitelka říká, dá se chlapec usměrnit. Sníženou známku z chování navrženou nemá, neměl ji ani v pololetí.

Spolupráce školy a rodiny v tomto případě funguje dobře, podařilo se jim najít společnou cestu, jak eliminovat Vojtovo zapomínání – vytvoření „úkolníčku“. Pokud to není nezbytně nutné, vídají se rodiče s třídní paní učitelkou i s ostatními pedagogy pouze na třídních schůzkách.

Na vyšetření byl chlapec poslán na základě doporučení nové školy z důvodu potíží s adaptací a hyperaktivitou. V pedagogicko psychologické poradně bylo dítěti diagnostikováno podezření na AD(H)D, na jehož základě byl chlapec doporučen na vyšetření k dětskému psychiatrovi, který v červnu 2014 potvrdil podezření stanovenou diagnózou. Vzhledem k tomu, že Vojta nemá výraznější problémy s učivem či pobytem ve školním prostředí, nebyla dosud shledána potřeba vytvoření individuálního vzdělávacího plánu či jiného způsobu hodnocení. Chlapec je integrován v běžné základní škole. Je dlouhodobě v péči neurologa.

## 4.2 Petr

### I. Osobní údaje

**Jméno:** Petr  
**Rok narození:** 2006  
**Místo bydliště:** Mladá Boleslav  
**Třída:** 2.

### II. Rodinná anamnéza

**Matka:** *Rok narození:* 1979  
*Zaměstnání:* manažerka, v současné době na mateřské dovolené  
**Otec:** neuveden v rodném listě  
**Sourozenci:** žádní, maminka je těhotná

Petr žije s matkou a nevlastním otcem. Vlastní otec o dítě od narození nejeví zájem. Na výchově chlapce se podílí matčin partner. Petr sourozence nemá, maminka je v současnosti těhotná. Chlapec se na sourozence moc těší.

Vztahy v rodině jsou bezproblémové, pouze občas se vyskytne konflikt mezi Petrem a nevlastním otcem. Nejvíce času tráví s chlapcem matka, která je v současné době na mateřské dovolené.

V rodině se nevyskytují žádné zdravotní obtíže. Poruchu AD(H)D žádný z Petrových příbuzných diagnostikovanou nemá.

Ekonomická situace je na poměrně vysoké úrovni. Matčin partner je podnikatel, rodinu ze svého příjmu zvládá hravě uživit.

### III. Osobní anamnéza

Petr se narodil jako neplánované dítě. Pro matku to bylo první těhotenství, neprobíhalo hladce. Porod musel být z důvodů špatného stavu matky vyvolaný. Chlapec se narodil císařským řezem, měřil 47 cm, vážil 2600 gramů. Po porodu se u Petra objevila žloutenka. Aktuálně dítě nemá žádné zdravotní problémy.

Už od mala se Petr projevoval jako hodně živé, vznětlivé dítě. Jako kojeneček měl problémy se spánkem, často se budil hladový, vyžadoval neustálou pozornost matky, kontakt s ní. Hodně věcí řešil bez rozmyslu, do všeho šel „po hlavě“, byl pořád samá modřina a šrám. Až do nedávna se pomočoval.

Psychomotorický vývoj byl u Petra mírně opožděný – začal se později přetáčet na bříško, dlouho mu trvalo, než začal lézt. Podle maminky začal chodit až v 15. měsíci. Bližší informace neuvedla

Petr má rád jízdu na kole, oblíbenými hračkami jsou pro něj lego a další stavebnice. Nemá rád kreslení.

Petr je v kolektivu vrstevníků spíše samotářský, ostatní děti nebere, pokud je bez nálady, nevyhledává jejich společnost. Je velmi konfliktní, impulzivní. Mimo třídu má bližšího kamaráda, se kterým se pravidelně vídá.

O tom, že Petr s ostatními dětmi příliš nevychází, svědčí i odpovědi v dotazníku, který vyplňoval při vyšetření. Chlapec měl mj. doplnit věty „jsem rád když“ a „jsem naštvaný když“. V prvním případě napsal, že je rád, když je jeden z jeho spolužáků (Ondra) nemocný, druhou větu doplnil slovy, že je naštvaný, když ho někdo otravuje (příloha č. 3).

Navázat kontakt s dospělým mu nečiní problém. Reaguje pozitivně, s respektem.

U chlapce byla diagnostikována vývojová dysfázie. Je upovídaný, ale na otázky které se mu nelíbí (př. ty, které se týkají školy) neodpoví. Má nižší slovní zásobu. Tempo řeči je rychlejší se sklonem k breptavosti. Matka dochází s Petrem na logopedii, což ale dítě špatně nese. Chodit na logopedii odmítá, doma se před každou návštěvou vzteká.

Rozumový vývoj je mírně nerovnoměrný, u chlapce je výrazně lepší neverbální úsudek. Projevuje se u něj dobrý postřeh k detailům, má velmi dobrou prostorovou představivost. Zrakové rozlišování je u chlapce na velmi dobré úrovni, drobné chyby jsou způsobené zvýšenou impulzivitou a zhoršenou schopností koncentrace.

V percepční oblasti chlapec nemá výraznější problémy. Rozlišování tvarů i shodnosti slov je na dobré úrovni.

Lateralita je u Petra shodná – vedoucí levá ruka, levé oko.

S počty problém nemá.

Mírné narušení jemné motoriky a zhoršená schopnost koordinace pohybů se projevuje mj. v neúhledném písmu a v kresbě. Při obkreslování je Petrem nakreslená čára kostrbatá, písmo nepříliš upravené, chlapec pracuje rychlejším, zbrklejším tempem. Při kresbě postavy nevyužívá celý prostor papírů, zaměřuje se na drobné, méně podstatné detaily. Proporce postavy jsou nevyvážené. Při vybarvování nedodrhuje jeden směr tažení tužky. (příloha č. 4)

Petr užívá dlouhodobě Ritalin, reaguje na něj dobře, žádné vedlejší účinky se neobjevily. Matka zpočátku jakoukoliv medikaci pro dítě odmítala, vzhledem k rostoucím

problémům s Petrovým chováním doma i ve škole, nakonec svolila. Účinky medikace si velmi chválí. Zmírnila se nervozita dítěte, chlapec se výrazně zklidnil, přestal se pomočovat.

#### **IV. Školní anamnéza**

Petr vystřídal 3 mateřské školy. Špatně nesl odloučení od matky, s dětmi nevycházal, bral jim hračky, docházelo k fyzickému napadání. Byl nepřizpůsobivý, paní učitelky chlapce nezvládaly, projevila se potřeba osobního asistenta.

Petrovi byl doporučen jednoletý odklad školní docházky z důvodu opožděného vývoje řeči. Na základě psychologického vyšetření ve speciálně pedagogickém centru byla chlapci z důvodu problematického chování doporučena individuální integrace do třídy s menším počtem dětí ve třídě a s podporou asistenta pedagoga.

V současnosti navštěvuje mikro třídu, do níž kromě něj chodí dalších dvanáct dětí. Ve třídě je přítomen asistent pedagoga.

Co se prospěchu týká, i přes individuální vzdělávací plán pro některé předměty, s ním má chlapec problém. Dobrý je v českém jazyce, který má z daných předmětů hodnocen nejlépe (známka 2 v pololetí). Nejhuře pracuje při vlastivědě, přírodovědě, které ho viditelně nebaví, nesoustředí se na ně (tady byl hodnocen z obou předmětů známkou 3). Velké problémy mu dělají i anglický jazyk, matematika. Pro tyto předměty má vytvořený individuální vzdělávací plán (v pololetí z obou předmětů hodnocen známkou 4).

S chováním měl Petr na začátku školního roku výrazný problém. Byl nezvladatelný. Po vyšetření u specialisty a nasazení léku na utlumení projevů došlo u chlapce ke zlepšení. Přesto ho spolužáci hodnotí hodně negativně, jako nepřátelského, zlého, zlobivého. Co se hodnocení pedagogů týká, je hodnocen o poznání kladněji. Učitelé se velmi chválí účinky Ritalinu, kdy se chlapec výrazně zklidnil. V pololetí měl sníženou známku z chování (mj. se popral se spolužákem), podle vyjádření třídní paní učitelky by měl být na závěrečném vysvědčení hodnocen lépe.

Spolupráce mezi Petrovou matkou a třídní paní učitelkou se velmi usnadnila poté, co chlapec začal brát léky a celkově se zklidnil. V současné době se společně schází jednou měsíčně ve škole, kde probírají Petřův prospěch, chování.

Do evidence občanského sdružení NIDAR se dostal na doporučení základní školy, kterou navštěvuje. Vedení školy doporučilo matce psychoterapie, podle nich je dítě hodně depresivní. Ředitelka školy nebyla příliš přístupná, matce dítěte vyhrožovala vyloučením dítěte. Třídní učitelka si s chlapcem nevěděla rady, od začátku školního roku do data evidence (od září do února) již několikrát volala matce, aby si syna ze školy odvedla dřív.

Podle učitelky má chlapec nepředvídatelné chování, rozvrací třídu. Na základě doporučení školy byl chlapec v únoru 2015 vyšetřen dětským psychiatrem, který chlapci diagnostikoval AD(H)D. U Petra nebyla shledána potřeba vzdělávat ho ve speciálních školách, byla doporučena integrace do třídy s menším počtem dětí a s asistentem pedagoga.

Pro chlapce byl ve spolupráci odborníků s pedagogy vytvořen individuální vzdělávací plán pro předměty matematika a anglický jazyk. V anglickém jazyce bylo mj. doporučeno vytvoření tabulky, do které si chlapec bude zaznamenávat aktuálně probíraná slovíčka. Zároveň bylo doporučeno nehodnotit známkou cvičení založená na poslechu, tzn. diktáty a poslechová cvičení. V matematice bylo doporučeno omezení časově limitovaných úkolů (př. „pětiminutovky“). Pro oba předměty platí, že by měl být chlapci poskytnut dostatečný čas pro přemýšlení u slovně položené otázky, příkladu, měla by proběhnout kontrola, že chlapec porozuměl zadání. Klasická forma hodnocení by měla být mírnějšího charakteru.

Petr je dlouhodobě v péči pedagogicko psychologické poradny, logopeda, psychologa, psychiatra. V občanském sdružení NIDAR navštěvuje dramaterapii, absolvoval s ním letní dětský tábor pro děti s AD(H)D.

## 5. Pozorování

*„Pozorování je cílevědomé a plánovité sledování pedagogického procesu v jeho přirozených podmínkách“.* (52)

Školu, do níž oba chlapci chodí, jsem navštěvovala pravidelně po dobu pěti týdnů. Při první návštěvě jsem se soustředila na chování obou chlapců naráz. Další návštěvy již pak byly cíleně zaměřené – na Vojtu, na Petra, na pedagogy, na spolužáky.

Svoje poznatky jsem zaznamenávala do vytvořeného záznamového archu (příloha č. 5). Vytčené oblasti zkoumání byly rozděleny do tabulek. Svě postřehy jsem zaznamenávala pomocí škálového hodnocení a krátkých poznámek.

Tuto kapitolu bych rozdělila do pěti podkapitol. V první jsem se rozhodla popsat chování obou chlapců z našeho prvního setkání. Toto setkání pro mě bylo velmi důležité. Udělala jsem si obrázek o tom, jak se chlapci chovají, na co se u nich mám soustředit. Další podkapitoly se postupně věnují popisům projevů u jednotlivých chlapců. Poslední dvě části jsou věnovány závěrečnému shrnutí.

### 5.1 zápis z prvního setkání

Jak již bylo řečeno, oba chlapci navštěvují stejnou mikro třídu na běžné základní škole. Bíle vymalovaná místnost, se zelenou skříňovou stěnou, která svou zářivostí možná zpočátku působí až příliš řvavě. Skříňky jsou až na výjimky plně uzavíratelné, takže děti nemají potřebu zkoumat během hodin jejich obsah, jako je tomu třeba u tříd s vitrínami. Lavice jsou rozmístěny do čtyř sloupců a čtyř řad. Vzhledem ke sníženému počtu dětí (12-13) je možné v případě potřeby děti přesouvat. Nejedná se o klasické lavice pro dvě děti. Tyto jsou menší, určené pouze jednomu. Vybavení třídy je na dobré úrovni – televize, klasická tabule, počítadlo, umyvadlo. Během přestávky mohou děti využít k sezení žíněnky, která je umístěna v zadním rohu třídy. Celkově třída budí přátelský dojem.

Vojta s Petrem chodí do 2. třídy spolu s dalšími jedenácti dětmi (celkem je ve třídě třináct dětí). S paní učitelkou bývá na některých vyučovacích hodinách přítomný ještě asistent pedagoga, o kterého se dělí dvě třídy. Paní učitelka působí trochu nepřístupně, po počáteční averzi vůči nám, kdy jsme vnímáni jako „vetřelci“, přichází a krátce si s námi povídá. Patří ke zkušeným pedagogům, kteří ve školství působí již řadu let.

Návštěvu školy neabsolvuji sama. Ve škole je se mnou přítomná pracovnice občanského sdružení NIDAR.

Ve škole jsme přítomni až od druhé hodiny. Přicházíme na přestávku a usedáme do poslední lavice. Na první pohled působí kolektiv ve třídě jako jednotný, téměř všechny děti, až na menší výjimky jsou v hloučku v rohu učebny a navzájem spolu komunikují. Na rozdíl od Vojty, který se zapojuje do činnosti s ostatními dětmi, Petr si připravuje věci na následující hodinu, od své školní lavice se nevzdálí. Paní učitelka je po dobu přestávky ve třídě přítomná, nijak zvlášť si však dětí nevšímá, jejich aktivity během přestávky nekoriguje, nechává jim prostor. Když zazvoní, oba kluci jsou přítomní u své lavice, Petr má věci připravené, Vojta je teprve vyndává z tašky. Při počátečním pozdravu ve formě stání je u Vojty patrný neklid. Nevydrží stát v klidu, houpe se ze strany na stranu. Petr stojí relativně v klidu, má však potřebu neustále si s něčím hrát, otáčí se po ostatních dětech. Hodinu začíná paní učitelka písničkou, kterou v tomto případě doplňuje menší pohybové cvičení.

V první hodině jsme svědkem výuky českého jazyka. Paní učitelka má na tabuli napsaná slovní spojení, kam mají děti doplnit „y“ nebo „i“. Děti si rozdávají obálky, v nichž jsou daná písmenka vystříhaná. Každé z dětí přečte slovní spojení, ostatní zvedají písmenka podle toho, které tam patří. Vojta čte slovní spojení na tabuli s menšími problémy, ale poměrně rychle. Po celou dobu spolupráce s paní učitelkou pracuje soustředěně, probíranou látku zvládá velmi dobře. Podobně je na tom i Petr, který při plnění chybí jednou.

Po slovní spolupráci následuje diktát. Vojta sedí v relativním klidu, je soustředěný, pracuje dobře. Dle reakcí učitelky to vypadá, že danému učivu opravdu rozumí. Chyby, které u něj avizuje, se týkají hlavně interpunkčních znamének. Petr pracuje o poznání hůř. Na židli se vrtí, nechá se snadno rozptýlit. Paní učitelka každou chvíli upravuje jeho polohu na židli. Dle jejích připomínek má v diktátu drobné chyby, jak v podobě vynechaných písmen, tak i v doplněných.

Pro zbývající část hodiny jsou děti rozděleny do dvoučlenných skupin. Skupinkám jsou rozdány obálky, které obsahují vystříhaná slova. Úkolem každé skupiny je vytřídit z daných slov podstatná jména a slovesa.

Vojtovi spolupráce ve skupině nedělá viditelný problém. Jeho skupina pracuje rychle, tiše a jako jediná řeší zadaný úkol bez jediné chyby. Po zkontrolování splnění zadání od asistenta pedagoga, Vojta papírky vkládá bez předchozího upozornění zpět do obálky, což se paní učitelce nelíbí a Vojta musí svou práci zopakovat.

Petrovi se přiřazení ke spolužačce Vanesse příliš nelíbí. Pracují pomalu. Petr spolužačku kritizuje, snaží se být hodně dominantní a prosazuje svůj způsob řešení. Je u něj vidět touha být nejlepší. Během plnění úkolu se nechává snadno vyrušit okolním děním, vybavuje se s vedle pracujícím spolužákem, je hodně nesoustředěný. Nakonec mají v práci dvě chyby.

Během druhé přestávky se situace ve třídě trochu mění. Vojta se pohybuje spíše u své lavice, povídá si se spolužákem, svačí. Petr po zvonění vybíhá ze třídy, zpět se vrací až se signálem oznamujícím konec přestávky. Zatímco první z chlapců si stihl během přestávky připravit věci na vyučování, druhý to, vzhledem ke své přestávkové nepřítomnosti, dohání ve chvíli, kdy by měl stát.

Hodinu zahajuje paní učitelka opět společnou písničkou. Vzhledem k tomu, že děti nejsou schopné žádnou vybrat, stojí dlouho, což se projevuje u obou chlapců značným neklidem. Když si povídají o tradicích, Petr vykřikuje, otáčí se po ostatních. S postupujícím časem se i u Vojty začíná projevovat nesoustředěnost, roztěkanost a snadná unavitelnost zadaným úkolem.

## **5.2 Vojta**

Vojta je chytrý, šikovný kluk. Ve škole je rád, jak sám říká, baví ho to.

Na vyučování se umí nachystat. Jsou přestávky, kdy nachystání pomůcek zvládá rychle, ale byly k vidění i momenty, kdy svou činnost přerušil a radši se věnoval jiné aktivitě. Z domova měl pomůcky vždy kompletní. Hodně k tomu napomáhá i skutečnost, že si veškeré domácí úkoly či případné mimořádné pomůcky, potřebné k výuce, zapisuje do tzv. „úkolníčku“. Jak mi bylo vysvětleno, tento sešit u Vojty zavedla paní učitelka po dohodě s rodiči. Ona vždy zkontroluje, zda si Vojta skutečně zapsal poznámku, na rodičích je pak domácí příprava.

V hodinách pracuje poměrně dobře. Je na něm ale velmi patrné, které předměty ho baví, zajímají, a které naopak ne. Na své oblíbené předměty se umí připravit, snaží se soustředit se, je patrná snaha o udržení pozornosti. U těch pro něj neatraktivních se kvalita jeho práce postupně snižuje.

Pokud jde o zvládnutí učiva, z toho, co mohu hodnotit, zvládá Vojta velmi dobře probíranou látku v českém jazyce. Je schopný pracovat téměř bez chyby. Podobně je na tom i v předmětech jako vlastivěda či přírodověda. Nejslabším předmětem je pro něj matematika. V tělocviku, jak jsem se sama opakovaně přesvědčila, mu trošku chybí schopnost věnovat se zadané činnosti. Vzhledem k tomu, že tělocvična školy disponuje



řadou náčiní, Vojta během hodin neustále utíká k jiné činnosti – v jednu chvíli se houpe na provaze, vzápětí leze po žebřinách.

Někdy mu činí problém zapojit se do kolektivu spolužáků, vyjít s nimi. Hodně se projevuje jeho vůdčí povaha. Nerad se dělí o věci a nenechá si v ničem poroučet. Jakmile se střetne se stejně dominantním spolužákem, dochází ke konfliktu v podobě slovní výměny názorů, strkanic. Na rozdíl od Petra je však schopný zapojit se během přestávky do kolektivu.

Jeho vztah k třídní paní učitelce, kterou má na většinu předmětů, je velmi kladný. Vychází s ní dobře. Je vidět, že mu styl její výuky, kdy hodinu začíná pohybovou aktivitou a často střídá činnosti, vyhovuje. Jako autoritu ji i ostatní pedagogiky respektuje. Občas má problém s respektem autority asistenta pedagoga, který má tendenci všechny děti ve třídě kritizovat, což Vojta ve svém případě nenese dobře.

Pokud mám shrnout celkový dojem z Vojtova působení ve škole, pak musím říct, že projevy poruchy AD(H)D nejsou u Vojty tak výrazné. Chlapec má problém se soustředěním, často si během vyučování hraje s tužkou, vrtí se, přesto je schopný pracovat bez větších problémů. U Vojty se jako krizový jeví konec třetí hodiny, kdy je roztěkaný. Klesá u něj koncentrace, projevuje se únava.

### **5.3 Petr**

Pokud to mohu říci, Petr je živel. Projevy poruchy jsou u něj hodně patrné. Chvíli neposedí, pořád je v pohybu.

Přípravenost na výuku byla u Petra horší. Chlapec je schopný se velmi dobře na vyučování připravit během přestávky, z domova je připravenost horší. Vzhledem k tomu, že často zapomíná sešity či knížky ve škole, několikrát se stalo, že nepřinesl domácí úkol. Jak jsem se dozvěděla od paní učitelky, učebnice má Petr dvoje. Vzhledem k jejich častému zapomínání, byli rodiče nuceni pořídit mu ještě jedny domů. Podobný „úkolníček“ jako má Vojta je u něj, vzhledem k zapomínání, zbytečný. Ostatní pomůcky, jako tužky, pastelky, má v penálu rozházené, u většiny ulámanou tuhu.

Kvalita jeho práce v hodinách se odvíjí od toho, která vyučovací hodina je. První dvě vyučovací hodiny zvládá udržet koncentraci, v tomto časovém úseku pracuje poměrně dobře. S přibývajícím časem jeho koncentrace klesá, jeho práce ztrácí na kvalitě.

Probíranou látku v rámci možností zvládá. Je schopný se na daný předmět naučit. Z probírané látky zvládá nejlépe tu v matematice. Český jazyk mu také nečiní větší potíže, chyby jsou zde ale častější. Předměty typu vlastivěda, přírodověda ho nebaví, jak sám říká, považuje je za nudné a zbytečné, nechápe, proč by se jim měl věnovat. Tělocvik patří

k jeho oblíbeným předmětům, tady se v případě skupinové aktivity (př. vybíjená) snaží být hodně dominantní, organizuje ostatní. Asi nejhůř pracuje při výtvarné výchově, v níž naprosto ignoruje zadání. Kreslit ho nebaví.

Do kolektivu ostatních dětí se zapojuje jen výjimečně. Kontakt se spolužáky nevyhledává, ostatně jak jsem se sama mohla přesvědčit, ostatní děti kontakt s ním také nevyhledávají. Nejhorší vztah má se spolužákem Ondrou, s nímž se často dostává i do mimoslovních potyček.

Vztah k autoritě pedagoga má dle mého názoru dobrý. S kantory vychází vcelku dobře, výraznější konflikty má jen s třídní paní učitelkou, která je vůči němu občas až příliš kritická.

Na základě pozorování mohu konstatovat, že u Petra jsou projevy poruchy soustředění při práci velmi patrné. Ve chvíli, kdy se po něm vyžaduje sedět v klidu a soustředit se na jednu činnost (př. psaní), má tendenci vrtět se na židli. Pozornost u chlapce začíná klesat v průběhu druhé vyučovací hodiny. Je u něj vidět snaha být nejlepší. Přítomnost ostatních nevyhledává, je nespolečenský, při práci v kolektivu se ale snaží být dominantní, což některým dětem vadí.

## **5.4 shrnutí**

Poruchy pozornosti s hyperaktivitou způsobují neschopnost dítěte soustředit se delší dobu na zadanou práci. U Vojty hodně záleží, o jaký předmět jde. Jeho pozornost, jak již bylo řečeno, klesá se třetí vyučovací hodinou, přesto pokud je probírané téma zajímavé, dokáže se ovládat. U Petra nezáleží, o jaký předmět jde, jeho pozornost má klesající tendenci. Projevy poruchy jsou u Petra výraznější. Je hodně aktivní, neustále se vrtí, snadno se nechá rozptýlit.

Paní učitelka je dáma s praxí, působí hodně přísně až nepřístupně. Chvillemi jsem z ní měla pocit, jako by ji práce nebavila. Na prvním stupni základní školy se pohybuje již řadu let. Probíranou látku dětem vysvětlit umí, používá k tomu v některých předmětech i speciální pomůcky, např. při doplňování dlouhých a krátkých samohlásek používá jako pomůcku „pípák“. Děti s jeho pomocí slabikují. Volí vhodné metody pro udržení pozornosti u dětí, střídá aktivity, v hodinách zařazuje pohybové aktivity pro uvolnění. Celkově mi ale přijde, že není příliš otevřená novým věcem, což mi svým způsobem potvrdila i během společného rozhovoru. Vojtu jako individualitu respektuje, za celou dobu mé přítomnosti mezi nimi nevznikl žádný konflikt. Jeho práci umí ocenit. V Petrově případě je možná kritičtější než vůči ostatním dětem, přesto je z mého pohledu její kritika zcela v pásmu snesitelnosti. Nedá se říct, že by si na něj nějakým způsobem zasedla.

Pokud hodnotím práci paní učitelky s dětmi, nedá mi to a neodpustím si zhodnocení práce asistenta pedagoga přítomného při vyučování. Asistentem pedagoga v této třídě je zhruba šestadvacetiletý kluk, který místo pomoci, děti spíše kritizuje, plete se paní učitelce do výkladu. Při individuálních činnostech kolem dětí obchází, jejich práci kontroluje. Pomoc slabším dětem jsem u něj za celou dobu nezaznamenala. Je patrný velký nesoulad mezi ním a paní učitelkou (spolu jsou od začátku školního roku), která však i přes svůj viditelný nesouhlas, je schopná asistenta před dětmi podržet. Přiznám se, že jsem význam asistenta pedagoga v této třídě nepochopila. Přišla mi i po opakovaných návštěvách zbytečná.

### 5.5 shrnutí v tabulce

Pro přehlednější zhodnocení obou chlapců jsem na základě svých poznámek a zaškrtnutých škálových políček v záznamovém archu vytvořila jednoduchou tabulku. V tabulce je uvedené průměrné hodnocení Petra s Vojta za všechny pozorované dny<sup>1</sup>.

x	Vojta	Petr
Připravenost na výuku z domova	1,2	2,6
Práce v hodině	1,6	2,4
Zvládnutí řešené a probírané látky	1,8	2,2
Schopnost připravit se na další hodinu	2,2	1,2
Komunikace s vrstevníky	1,2	2,8
Zapojení se do přestávkových činností	1	3

---

<sup>1</sup> Systém hodnocení – škálové hodnocení, čísla od 1 do 3, přičemž 1 odpovídá slovnímu ohodnocení dobrý, 2 ucházející/chvalitebný, 3 špatný. Čísla v tabulce jsou průměrem všech hodnocených dní.

## 6. Rozhovor

*„Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor, jež můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.“ (53)*

Strukturu rozhovorů uvádím v přílohách č. 6 a 7.

### 6.1 s pedagogy

Rozhovor probíhal po dohodě s vyučujícími v jejich kabinetě. Rozhovor byl strukturovaný, skládal se z otevřených otázek. Odpovědi od pedagogů jsem zaznamenávala pomocí diktafonu, který je součástí mého mobilního telefonu. Vzhledem k délce rozhovorů neuvádím přepis všech odpovědí.

Co se délky praxe týká, nejdéle se ve školství pohybuje třídní učitelka chlapců (25let), která je zároveň i nejdéle působícím pedagogem na této škole. Naopak nejkratší dobu uvedl její asistent, který je ve školství prvním rokem.

Podle mého nejuvštější odpověď na otázku o zhodnocení dané třídy mi poskytla paní N., která ve třídě učí prvouku: *„Pokud se budeme bavit o studijních výsledcích, jedná se v porovnání s ostatními třídami o hodně slabou třídu, v níž žádné z dětí vyloženě vědomostně nevyčnívá. Ve třídě jsou dvě děti s diagnostikovanou poruchou pozornosti, jsou zde tři děti z romské menšiny, z nichž dvě děti výrazně zaostávají za zbytkem, u jednoho z dětí je podezření na lehčí formu autismu. Práce s touto třídou je proto pro pedagoga náročnější“.*

Názor pedagogů na problematiku AD(H)D mě velmi zajímal, pro mě nejzajímavější byla odpověď asistenta pedagoga, pana V.: *„Problematika AD(H)D je velmi aktuálním tématem. U každého dítěte je projev poruchy individuální a velmi těžce se stanovuje jednotný postup. Ono, když se podíváme na děti v této třídě – Vojtu a Petra – jsou jasným důkazem toho, že je to pokaždé jinak. Práce s takovými dětmi je velmi náročná na přípravu. Tento typ poruchy vyžaduje kreativní přístup, trpělivost a zkušenosti“.*

Na otázku ohledně zhodnocení spolupráce s dítětem s AD(H)D během výuky mi odpověděla paní tělocvikářka: *„Spolupráce s takovýmto dítětem je náročná. Každé dítě je jiné, potřebuje jiný přístup. Vzhledem k tomu, že učím tělesnou výchovu je pro mě vždy výuka třídy, do níž chodí nějaké dítě s AD(H)D, složitější. V tělocvičně je dost míst, na nichž si dítě může snadno ublížit“.*

Pro zhodnocení spolupráce s Vojtou, Petrem a jejich rodiči mi přišla jako nejkompetentnější odpověď jejich třídní paní učitelky: „*Vojta je v porovnání s Petrem o poznání klidnější, když chce, umí se se na zadanou práci soustředit. Petr je ve svém projevu daleko výraznější, často zapomíná, je potřeba na něj dohlížet, aby si v danou hodinu vzal léky. S chlapci v současnosti nemám výraznější problém. Samozřejmě jsou chvíle, kdy mě naštvou, kdy je potřeba být k nim kritičtější. S Petrem byl problém hlavně zpočátku, kdy byly jeho projevy neúnosné, byl nevladatelný, pral se. Petrovy projevy se poté, co začal brát léky, výrazně zlepšily.*

*S rodiči obou se spolupracuje poměrně dobře. S Vojtovými rodiči jsme zvolili oboustranně vyhovující způsob, jak zajistit, aby měl veškeré pomůcky na výuku. Pokud není vyloženě potřeba, vidáme se jen na třídních schůzkách. U Petra je velkým problémem jeho zapomínání, které se nám zatím nepodařilo příliš vyřešit. Vzhledem k tomu, že ve škole často nechává učebnice, byli rodiče nuceni pořídit si domů ještě jedny, aby byla jistota, že doma bude vždy nějaké mít. S jeho rodiči jsme měli zpočátku velké neshody. Petr byl opravdu nevladatelný. Proto jsem také chtěla, aby začali uvažovat o nějaké odborné péči pro něj. Poslední dobou se ale chlapec zlepšil. S maminkou a s paní ředitelkou se pravidelně, jednou měsíčně scházíme a probíráme jeho prospěch“.*

I pro otázku ohledně speciálních metod ve své výuce jsem si vybrala odpověď od třídní učitelky: „*Nemyslím si, že bych volila nějakou speciální metodu. Vzhledem k tomu, že učím již poměrně dlouho, měla jsem možnost zvolit podle mého nejvhodnější přístup pro všechny děti bez ohledu na poruchu. Moje třída je celkově v pásmu hlubokého průměru, co se intelektu týká, takže celkově je potřeba s ní spolupracovat trošku jinak. Jediné, co volím, je časté střídání aktivit“.*

Jednou z otázek byla i úvaha nad tím, zda v posledních letech výskyt této poruchy vzrostl. Nejzajímavější odpovědi a zároveň úvahou, s níž se ztotožňuji i já, byla ta od paní ředitelky: „*Vzhledem k tomu, že se v posledních letech všechno tak nějak zrychluje, je to možné. Podle mého však zvýšený výskyt této poruchy svědčí spíše o její větší medializaci. Dříve se o této poruše u nás buď nevědělo, nebo se o ní tolik nemluvalo. Dítě s těmito projevy bylo většinou považováno za nevychované, v případech výraznějších problémů rovnou přeřazeno do nějaké vyrovnávací třídy. V dnešní době o ní čtete v souvislosti se vším možným, třeba i se složením potravin, takže je to téma neustále probírané“.*

Na otázku ohledně integrace dětí s AD(H)D do běžných škol, zda je správná či ne, všichni odpověděli stejně: „Ano“. Zdůvodnění své odpovědi mi paní ředitelka podala takoveto: *„Podle mého ano. To, že mají problémy s udržení pozornosti, jsou aktivnější než ostatní, přeci neznamena, že by se měly vzdělávat selektivně. Jejich integrace je možná náročnější pro pedagoga, ale vzdělávat je odděleně není řešení. Je to stejné jako s dítětem s lehčí formou mentální retardace. Děti se od sebe mohou spoustu věcí naučit. Za mě je integrace rozhodně správná. Ideálním řešením je vzdělávání těchto dětí v menších třídách za přítomnosti asistenta pedagoga. Bohužel je to však řešení finančně náročnější“.*

## 6.2 s dětmi

Rozhovory s dětmi probíhali individuálně ve třídě. Vzhledem k tomu, že jsem se pro rozhovory s nimi rozhodla na poslední chvíli a podepsané souhlasy od rodičů, že souhlasí s kratším, anonymním rozhovorem, se mi vrátily jen čtyři, jsou rozhovory dělané se čtyřmi dětmi. Některé odpovědi byly až příliš stručné, jiné se nedají vzhledem k použitým výrazům doslovně použít, takže ani zde neuvádím přepis všech rozhovorů. Jména, která jsou u otázek uvedena, nejsou skutečná.

V první otázce jsem se děti ptala na jejich názor na Vojtu s Petrem. Asi nejobsáhlejší odpověď mi poskytl Ondra: *„S Vojtou se dá dobře bavit, hrajeme spolu hry na tabletu, často mu ho půjčuji a on mi zase půjčuje jiné věci. Občas je protivný, ale většinou je v pohodě. Chodíme spolu někdy po škole i ven nebo on chodí k nám domů.*

*Petr je hrozný. Nemám ho rád. Pořád se spolu pereme. Něco mu řeknu a on mi hned nadává. On mě taky nemá rád. Nejlíp je ve škole, když tady není“.*

Na otázku se kterým z nich se děti více baví, mi Anička odpověděla, že *„ se moc nebaví ani s jedním, oba jsou zlobivý. Paní učitelka je musí pořád napomínat“.*

Během přestávek se prý kluci chovají dobře, i když občas velmi zlobí. Jak říká Michal: *„Vojta občas hodně běhá po třídě, ale také s námi někdy sedí vzadu ve třídě a hraje si s námi. Petr se s námi moc nebaví, ale třeba teď se s námi bavil o hokeji, hodně toho o něm ví“.*

Chování v hodinách je podle ostatních dětí trošku horší, Vojta si pořád s něčím hraje, otáčí se po ostatních. Podle Vanessy je *„Pěťa takový upovídáný, pořád něco dělá. Paní učitelka ho musí pořád napomínat“.*

Hodně mě zajímalo, jestli si děti myslí, že paní učitelka klukům nějak výrazněji nadřazuje, zda mají pocit, že je hodnotí nějak jinak. Na této odpovědi se shodli všichni „*asi ne*“.

### **6.3 zhodnocení rozhovorů**

Rozhovory probíhaly v přátelské, uvolněné atmosféře. Děti na otázky odpovídaly s jistou rozvahou, přesto se mi v rozhovoru vyskytlo několik ne zrovna publikovatelných odpovědí. Na základě reakcí dětí se dá říct, že v kolektivu je oblíbenější Vojta, který se s dětmi zapojuje do přestávkových činností, hraje si s nimi, půjčuje jim věci, s některými se vídá i mimo školu. Petr je u dětí vnímám dost negativně. Podle dětí hodně zlobí, je agresivní, konfliktní a sobecký. Příliš si s nimi nepovídá, nehraje si s nimi. Je hodně samotářský.

Rozhovory s pedagogy probíhaly v soukromí, překvapila mě otevřenost, s jakou odpovídali na otázky. Neměla jsem pocit, že by si některý z kantorů odpovědi vymýšlel. Myslím si, že vztahy mezi pedagogy ve škole jsou dobré. Pokud mám zhodnotit vztah učitelů k oběma chlapcům, myslím si, že je velmi kladný. Nezaznamenala jsem nějakou výraznější kritiku jejich chování. Třídní paní učitelka hodnotí spolupráci s nimi kladně. Z toho důvodu si myslím, mohu říct, že vztah mezi kantorem a dítětem s AD(H)D na této škole je dobrý.

## **7. Shrnutí praktické části**

Pokud mohu na základě svých poznatků zhodnotit úspěšnost pedagogické integrace u Vojty a Petra, musím říct, že v tomto případě je úspěšná. Vzdělávání u Vojty je na dobré úrovni, je přizpůsobivý, snaživý, dobře se začlenil do kolektivu spolužáků. U Petra se vzdělávání v běžné škole zpočátku nevyvíjelo dobře, paní učitelka hodně naléhala na jeho přeřazení do speciální školy. Díky diagnostice poruchy mohla být přijata opatření, která usnadnila práci nejen Petrovi, ale i pedagogům. Chlapec se velmi zlepšil. Do budoucna je u něj ale potřeba zapracovat na zlepšení vztahu k ostatním dětem.



## **Závěr**

V teoretické části této práce jsem se snažila prostřednictvím základních informací představit poruchu AD(H)D. Při její tvorbě jsem kromě svých osobních zkušeností stavěla jak na literatuře běžně dostupné u nás, tak na poznatcích získaných četbou a následným překladem cizojazyčných článků, příruček. Vzhledem k tomu, že tématem mé práce byly děti trpící touto poruchou, věnovala jsem část práce informacím, které se přímo týkají práce s nimi.

Praktickou část jsem se rozhodla pojmout jinak než obvyklými výzkumy. Chtěla jsem díky ní proniknout blíže do dané problematiky. Pomocí spolupráce s občanským sdružením NIDAR se mi to alespoň částečně podařilo naplnit.

Pokud se vrátím k vytyčeným cílům práce, za pomoci metod přímého pozorování při diagnostice se mi povedlo nasbírat poznatky, které jsem pak užila při sestavování kazuistik. Zároveň jsem měla možnost zúčastnit se přímo vyučovacích hodin v základní škole a na tomto základě si pak vytvořit nějakou představu o tom, jak se tyto děti vzdělávají, jak se chovají v kolektivu. Z tohoto pohledu si myslím, že se mi vytyčené cíle podařilo splnit. Rozhovory s pedagogy a spolužáky chlapců mi pak pomohly objasnit vztahy mezi nimi. Na základě všech svých poznatků hodnotím pedagogickou integraci v tomto případě jako úspěšnou a prospěšnou jak pro chlapce, tak pro jejich spolužáky.

## Seznam citací, parafrází

1. U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Service. *Identifying and Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Resource for School and Home*. Washington 2003. [cit 2015-04-15]. Dostupné z: <http://www2.ed.gov/teachers/needs/speced/adhd/adhd-resource-pt1.pdf>
2. DRTÍLKOVÁ, I., O. ŠEDIVÝ et al., *Hyperkinetická porucha/ ADHD*. Praha: Galén, 2007. Str. 29. ISBN 978-80-7262-419-5
3. PACLT, I., R. PTÁČEK a J. FLORIÁN. *HYPERAKTIVITA*. Praha: VIOD o.p.s., 2006. Str. 15. ISBN 80-86991-71-7
4. GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén, 2009. Str. 67. ISBN 978-80-7262-630-4
5. GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén, 2009. Str. 67. ISBN 978-80-7262-630-4
6. PACLT, I., R. PTÁČEK a J. FLORIÁN. *HYPERAKTIVITA*. Praha: VIOD o.p.s., 2006. Str. 15. ISBN 80-86991-71-7
7. MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. Str. 51. ISBN 978-80-7367-430-4
8. GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén, 2009. Str. 69. ISBN 978-80-7262-630-4
9. PACLT, I., R. PTÁČEK a J. FLORIÁN. *HYPERAKTIVITA*. Praha: VIOD o.p.s., 2006. Str. 17. ISBN 80-86991-71-7
10. TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál, 1997. Str. 46. ISBN 80-7178-131-2
11. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. *Maternal Smoking Contributes to the Development of Childhood ADHD*. Nova Southeastern University, 2005. Str. 2. ISSN 1540-580X
12. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. *Maternal Smoking Contributes to the Development of Childhood ADHD*. Nova Southeastern University, 2005. Str. 1. ISSN 1540-580X
13. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. *Maternal Smoking Contributes to the Development of Childhood ADHD*. Nova Southeastern University, 2005. Str. 2. ISSN 1540-580X

14. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. *Maternal Smoking Contributes to the Development of Childhood ADHD*. Nova Southeastern University, 2005. Str. 2. ISSN 1540-580X
15. Český statistický úřad
16. PACLT, I., R. PTÁČEK a J. FLORIÁN. *HYPERAKTIVITA*. Praha: VIOD o.p.s., 2006. Str. 17. ISBN 80-86991-71-7
17. GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén, 2009. Str. 71. ISBN 978-80-7262-630-4
18. MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. Str. 57. ISBN 978-80-7367-430-4
19. DRTÍLKOVÁ, I., O. ŠEDIVÝ et al., *Hyperkinetická porucha/ ADHD*. Praha: Galén, 2007. Str. 15. ISBN 978-80-7262-419-5
20. DRTÍLKOVÁ, I., O. ŠEDIVÝ et al., *Hyperkinetická porucha/ ADHD*. Praha: Galén, 2007. Str. 15. ISBN 978-80-7262-419-5
21. DRTÍLKOVÁ, I., O. ŠEDIVÝ et al., *Hyperkinetická porucha/ ADHD*. Praha: Galén, 2007. Str. 16. ISBN 978-80-7262-419-5
22. DRTÍLKOVÁ, I., O. ŠEDIVÝ et al., *Hyperkinetická porucha/ ADHD*. Praha: Galén, 2007. Str. 16. ISBN 978-80-7262-419-5
23. DRTÍLKOVÁ, I., O. ŠEDIVÝ et al., *Hyperkinetická porucha/ ADHD*. Praha: Galén, 2007. Str. 22. ISBN 978-80-7262-419-5
24. DRTÍLKOVÁ, I., O. ŠEDIVÝ et al., *Hyperkinetická porucha/ ADHD*. Praha: Galén, 2007. Str. 22. ISBN 978-80-7262-419-5
25. Mezinárodní klasifikace nemocí, MKN 10
26. LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. Str. 347. ISBN 978-80-7367-679-7
27. GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén, 2009. Str. 94. ISBN 978-80-7262-630-4
28. DRTÍLKOVÁ, I., O. ŠEDIVÝ et al., *Hyperkinetická porucha/ ADHD*. Praha: Galén, 2007. Str. 177. ISBN 978-80-7262-419-5
29. MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. Str. 89. ISBN 978-80-7367-430-4
30. MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. Str. 93. ISBN 978-80-7367-430-4

31. AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY AND AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Parents Medication Guide*.
32. NOVARTIS s. r. o.. *Příbalový leták Ritalin*. Datum revize textu 1. 10. 2014
33. GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén, 2009. Str. 153. ISBN 978-80-7262-630-4
34. DRTÍLKOVÁ, I., O. ŠEDIVÝ et al., *Hyperkinetická porucha/ ADHD*. Praha: Galén, 2007. Str. 209. ISBN 978-80-7262-419-5
35. WOLFDIETER, Jennet. *ADHD: 100 tipů pro rodiče a učitele*. Brno: Edika, 2013. Str. 30. ISBN 978-80-266-0158-6
36. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Str. 56. ISBN 978-80-247-1733-3
37. Občanské sdružení NIDAR. Pro rodiče. Hyperaktivita.cz [online]. [cit. 2014-02-01]. Dostupné z: <http://www.hyperaktivita.cz/pro-rodice>
38. Centrum pro rodinu a sociální péči. Rodiny s hyperaktivními a neklidnými dětmi. Crsp.cz [online]. © 2011 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: <http://www.crsp.cz/rodiny-s-hyperaktivnim-ditetem>
39. LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. Str. 25. ISBN 978-80-7367-679-7
40. LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. Str. 26. ISBN 978-80-7367-679-7
41. DEKLARACE PRÁV DĚTÍ, 1959
42. MARTIN, E., W., R. MARTIN, D. TERMAN. *The Legislative and Litigation History of Special Education*. [online článek]. 1996 [cit 2015-04-15]. Dostupné z: <http://wwfinductionmodules-resources.wiki.educ.msu.edu/file/view/History+of+Special+Education.pdf>
43. LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. Str. 29. ISBN 978-80-7367-679-7
44. JŮVA, Vladimír. *Základy pedagogiky pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido, 2001. Str. 118. ISBN 80-85931-95-8
45. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. Vzdělávání. MŠMT.cz [online]. © 2013 – 2015 [cit 2015-04-15]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/statistika-skolstvi/genderova-problematika-zamestnancu-ve-skolstvi>

46. RIEFOVÁ, Sandra F.. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2007. Str. 245. ISBN 978-80-7367-257-7
47. FOŘTOVÁ, Kateřina. *Jak pracovat s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami*. Praha: ZŠ Kunratice, 2013. Str. 5 Projekt CZ.2.17/3.1.00/36336
48. ČESKO. §16 zákon č. 561/2004 Sb. ze dne 1. ledna 2005 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. In: Školský zákon České republiky.
49. ČESKO. Směrnice MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení ze dne 6. června 2002, č. j.: 13 710/2001-24
50. ČESKO. § 7 Vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
51. ČESKO. Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování č.j.: 13 711/2001-24, Čl.II bod 1)
52. JÚVA, Vladimír. *Základy pedagogiky pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido, 2001. Str. 12. ISBN 80-85931-95-8
53. ŠEĐOVÁ, K., R. ŠVAŘÍČEK a kol., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. Str. 159, ISBN 978-80-7367-313-0
54. Masarykova univerzita Brno. Případové studie. Muni.cz [online]. [cit 2015-04-15]. Dostupné z: [is.muni.cz/th/79887/pedf\\_m/Priloha\\_36\\_-\\_45.pdf](http://is.muni.cz/th/79887/pedf_m/Priloha_36_-_45.pdf)

# Zdroje

## 1. Primární zdroje

1. DRTÍLKOVÁ, I., O. ŠEDIVÝ et al., *Hyperkinetická porucha/ ADHD*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5
2. GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD: porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4
3. WOLFDIETER, Jenet. *ADHD: 100 tipů pro rodiče a učitele*. Brno: Edika, 2013. ISBN 978-80-266-0158-6
4. JÚVA, Vladimír. *Základy pedagogiky pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-85931-95-8
5. LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7
6. MUNDEN, Alison a Jon ARCELUS. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-430-4
7. PACLT, I., R. PTÁČEK a J. FLORIÁN. *HYPERAKTIVITA*. Praha: VIOD o.p.s., 2006. ISBN 80-86991-71-7
8. RIEFOVÁ, Sandra F.. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-257-7
9. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3
10. ŠEĐOVÁ, K., R. ŠVAŘÍČEK a kol., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
11. TRAIN, Alan. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2

## 2. Sekundární zdroje

1. AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY AND AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Parents Medication Guide*.
2. Český statistický úřad
3. ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb. ze dne 1. ledna 2005 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. In: Školský zákon České republiky.
4. ČESKO. Směrnice MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení ze dne 6. června 2002, č. j.: 13 710/2001-24
5. ČESKO. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
6. ČESKO. Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování č.j.: 13 711/2001-24, Čl.II bod 1)
7. DEKLARACE PRÁV DĚTÍ, 1959
8. FOŘTOVÁ, Kateřina. *Jak pracovat s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami*. Praha: ZŠ Kunratice, 2013. Projekt CZ.2.17/3.1.00/36336
9. Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10
10. NOVARTIS s. r. o.. *Příbalový leták Ritalin*. Datum revize textu 1. 10. 2014
11. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. *Maternal Smoking Contributes to the Development of Childhood ADHD*. Nova Southeastern University, 2005. ISSN 1540-580X

## 3. Elektronické zdroje

1. Centrum pro rodinu a sociální péči. Rodiny s hyperaktivními a neklidnými dětmi. Crsp.cz [online]. © 2011 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: <http://www.crsp.cz/rodiny-s-hyperaktivnim-ditetem>
2. MARTIN, E., W., R. MARTIN, D. TERMAN. *The Legislative and Litigation History of Special Education*. [online článek]. 1996 [cit 2015-04-15]. Dostupné z: <http://www.inductionmodules-resources.wiki.educ.msu.edu/file/view/History+of+Special+Education.pdf>

3. Masarykova univerzita Brno. Případové studie. Muni.cz [online]. [cit 2015-04-15].  
Dostupné z: [is.muni.cz/th/79887/pedf\\_m/Priloha\\_36\\_-\\_45.pdf](http://is.muni.cz/th/79887/pedf_m/Priloha_36_-_45.pdf)
4. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. Vzdělávání. MŠMT.cz [online]. © 2013 – 2015 [cit 2015-04-15]. Dostupné z:  
<http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/statistika-skolstvi/genderova-problematika-zamestnancu-ve-skolstvi>
5. Občanské sdružení NIDAR. Pro rodiče. Hyperaktivita.cz [online]. [cit. 2014-02-01]. Dostupné z: <http://www.hyperaktivita.cz/pro-rodice>
6. U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative Service. *Identifying and Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Resource for School and Home*. Washington 2003. [cit 2015-04-15]. Dostupné z:  
<http://www2.ed.gov/teachers/needs/speced/adhd/adhd-resource-pt1.pdf>



## Přílohy

### Příloha č. 1 – kazuistika vzor

#### ÚDAJE Z PŘÍPADOVÉ STUDIE (54)

#### FILIP

Z případové studie jsou vypsány pouze stěžejní informace z rodinné, osobní a školní anamnézy, vynechány byly identifikační údaje a informace, které nejsou pro účely této práce podstatné.

#### I. OSOBNÍ ÚDAJE

<i>JMÉNO:</i>	Filip
<i>DATUM A MÍSTO NAROZENÍ:</i>	1995, Brno
<i>BYDLIŠTĚ:</i>	Brno

#### II. RODINNÁ ANAMNÉZA

<i>MATKA</i>	<i>ROK NAROZENÍ:</i>	1967
	<i>ZAMĚSTNÁNÍ:</i>	nezaměstnaná, často pracuje „na černo“
<i>OTEC</i>	<i>ROK NAROZENÍ:</i>	1965
	<i>ZAMĚSTNÁNÍ:</i>	nezaměstnaný
<i>SOUROZENCI</i>	bratr ( 1985 ) a sestra ( 1994 )	

Vztahy uvnitř rodiny velmi problematické, časté hádky v rodině, střídavé odchody a návraty otce, občasná přítomnost jiného partnera. U otce zanedbávající rodičovský styl, matka je ve výchově dětí přísná, často však nedůsledná, nemá na děti dostatek času. Rodina žije v pavlačovém domě. Nejstarší bratr byl trestán pro krádež a přepadení, drobné delikty se objevily i u otce a matky. Rodina je pod stálým dozorem sociální kurátorky. V domácnosti se často střídá počet členů. V malé bytě žije rodina pohromadě někdy i s babičkou, jindy se odstěhuje otec a místo něj je zde nový partner matky. Chybí denní režim a řád, což se podepisuje na psychickém stavu Filipa. Volný čas tráví v prostorách pavlačových domů v okolí

bez jakéhokoliv dozoru a kvalitní náplně volného času. Filip se necítí v místě bydliště v bezpečí, otcem je nabádán, aby se v případě konfliktů nebál použít i hrubé násilí.

### **III. OSOBNÍ ANAMNÉZA**

Nízká porodní hmotnost, diagnostikována LMD, hyperaktivita. V předškolním věku spíše plačtivý, konfliktní, těžko si zvykal na změny, nepravidelný denní režim, neklidný spánek. Ve školním věku pak nadměrná mrzutost, podrážděnost, zvýšená unavitelnost, výrazná hyperaktivita, neschopnost soustředění a ovládnání emocí, agrese, časté afekty.

### **IV. ŠKOLNÍ ANAMNÉZA**

V předškolním věku časté konflikty s dětmi, mrzutost, plačtivost, neschopnost zapojení do kolektivu vrstevníků. Odklad školní docházky. Na první stupni diagnostikována dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dyskalkulie. Požadavky základní školy však zvládá. Od čtvrté třídy se objevují výrazné problémy v chování, agrese, nedůvěřivost, podrážděnost. Potřebuje individuální pozornost a podporu. Časté afekty, záškoláctví. Částečně se situace lepší po každém zásahu ze strany školního psychologa a sociálních pracovníků.

## Příloha č. 2 – Vojtova kresba



**Příloha č. 3 – Petrův dotazník**

JSEM RÁD, KDYŽ..... JE ONDRA NEMOC-  
NĚS.....

JSEM NAŠTVANÝ, KDYŽ..... MNĚ NĚGDO  
OTRAVOU.....

JSEM SMUTNÝ, KDYŽ..... JE ONDRA VE ŠKO-  
LE.....



## Příloha č. 5 - Struktura pozorování

### Základní informace

*Škola (městská část):*

*Třída:*

*Typ třídy:*

### Základní informace o pedagogovi

*Muž/žena*

*Délka praxe*

### Dítě

#### Chování dítěte ve třídě

X	1	2	3
Připravenost na výuku			
Práce v hodině			
Zvládnutí řešené a probírané látky			

#### Chování dítěte během přestávek

X	1	2	3
Schopnost připravit se na další hodinu			
Komunikace s vrstevníky			
Zapojení se do přestávkových činností			

### Pedagog

#### Přístup pedagoga – didaktické dovednosti obecné

X	1	2	3
Schopnost vysvětlit zadanou látku			
Struktura výuky			
Reakce pedagoga na děti a jejich chování			

Managment třídy			
-----------------	--	--	--

### Reakce pedagoga na chování dítěte

X	1	2	3
Průběh výuky			
Schopnost motivovat dítě, ocenit ho			
Atmosféra ve třídě			

### Vrstevníci

#### Reakce vrstevníků během výuky

X	1	2	3
Reakce na nestandardní chování dítěte			
Reakce na neporozumění dítěte dané látce (špatný způsob řešení)			
Reakce na specifické opatření pedagoga vůči dítěti			

#### Reakce vrstevníků během přestávek

X	1	2	3
Jak spolužáci reagují na dítě			
Koordinace aktivity dětí během přestávek			

Pozn. Škálové hodnocení, hodnocení jako ve škole – 1 = dobré, 3 = velmi špatné

## **Příloha č. 6 – struktura rozhovoru s pedagogy**

- 1) Délka praxe
- 2) Jak dlouho učíte na této škole?
- 3) Jak byste zhodnotil danou třídu jako celek?
- 4) Jak vnímáte problematiku AD(H)D?
- 5) Jak se Vám s takovým dítětem spolupracuje?
- 6) Jak byste zhodnotil/a spolupráci s Vojtou a Petrem, jejich rodiči, odborníky?
- 7) Volíte pro práci s dítětem nějakou speciální metodu, jakou?
- 8) Myslíte si, že v posledních letech výskyt této poruchy narostl?
- 9) Je podle Vás správné integrovat děti s AD(H)D do běžných škol? Proč?



## **Příloha č. 7 – struktura rozhovoru s dětmi**

- 1) Co si myslíš o Vojtovi/Petrovi?
- 2) S kterým z nich se bavíš víc a proč?
- 3) Co si myslíš o jejich chování o přestávce?
- 4) Co si myslíš o jejich chování v hodině?
- 5) Myslíš si, že mají kluci oproti ostatním dětem u Vás ve třídě při hodině nějakou výhodu?

## Summary

In the theoretical part of this work I tried through basic information present to solve AD (H) D. When I create my personal experience built on both the literature readily available to us, so on the knowledge gained from reading, and then the translation of foreign-language articles, manuals. Due to the fact that the theme of my work were children suffering from this disorder, I'm part of the work of the information that is directly related to the work with them. The practical part I decided to accommodate differently than usual. I wanted to thank it closer to the issue. Through cooperation with the civic association NIDAR it at least partially succeeded. If I go back to work, the objectives pursued with the help of the methods of direct observation in the diagnosis I managed to collect evidence, which I then enjoyed in compiling case reports. At the same time I had the opportunity to participate directly in the elementary school lessons, and on this basis then create some idea about how these children educated, how they behave in the team. From this point of view, I think that I managed to meet objectives. Interviews with teachers and classmates the boys helped me to clarify the relationships between them. On the basis of its findings review pedagogical integration in this case as a successful and beneficial for both boys, as well as for their classmates.