

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Karolína Adamcová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Karolína Adamcová

**Možnosti integrace dětí se specifickými poruchami chování
v podmínkách základní školy**

Olomouc 2012

vedoucí práce: Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 26. 3. 2012

.....

Karolína Adamcová

Poděkování

Děkuji vedoucí mojí bakalářské práce Mgr. Miluši Hutýrové, Ph.D. za odborné vedení, konzultace a přínosné rady, které mi pomohly při vypracování této bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	- 6 -
1 Syndrom ADHD	- 8 -
1.1 Dřívější a současná terminologie	- 9 -
1.2 Etiologie	- 10 -
1.3 Diagnostika	- 11 -
2 Symptomatologie ADHD	- 15 -
2.1 Jednotlivá vývojová stadia dítěte	- 15 -
2.2 Hyperaktivita	- 17 -
2.2.1 Hyperaktivita a hypoaktivita	- 17 -
2.2.2 Projevy hyperaktivity	- 18 -
2.2.3 Diagnostika symptomu hyperaktivita	- 19 -
2.2.4 Doporučené zásady	- 19 -
2.3 Impulzivita	- 20 -
2.3.1 Projevy impulzivity	- 20 -
2.3.2 Diagnostika impulzivity	- 21 -
2.3.3 Doporučené zásady	- 21 -
2.4 Deficit pozornosti	- 22 -
2.4.1 Projevy poruchy pozornosti	- 22 -
2.4.2 Diagnostika poruchy pozornosti	- 23 -
2.4.3 Doporučené zásady	- 23 -
2.6 Přidružené obtíže	- 24 -
2.6.1 Psychické poruchy	- 24 -
2.6.2 Poruchy motoriky	- 25 -
2.6.3 Poruchy percepčních a kognitivních funkcí	- 25 -
2.6.4 Poruchy paměti, myšlení a řeči	- 26 -
2.6.5 Emoční poruchy	- 27 -
2.6.6 Porucha opozičního vzoru	- 27 -
2.6.7 Specifické poruchy učení	- 28 -
3 Žák s ADHD v podmínkách základní školy	- 30 -
3.1 Legislativní východiska	- 30 -
3.2 Edukační zásady	- 32 -

3.3	Pomoc a poradenské služby školám	- 32 -
3.3.1	Školské poradenské pracoviště.....	- 33 -
3.3.2	Pedagogicko-psychologické poradny	- 34 -
3.3.3	Střediska výchovné péče	- 36 -
3.3.4	Sociálně právní ochrana dětí.....	- 37 -
3.4	Školská integrace	- 38 -
3.4.1	Faktory ovlivňující úspěšnost školské integrace	- 40 -
3.4.2	Individuální vzdělávací plán.....	- 42 -
3.5	Kázeň ve škole	- 43 -
3.5.1	Příčiny školní nekázně.....	- 44 -
3.5.2	Projevy nekázně.....	- 45 -
3.5.3	Kázeňské prostředky.....	- 46 -
3.6	Ovlivnění projevů ADHD pomocí relaxačních technik v podmínkách školy	- 47 -
3.6.1	Jak působí relaxační techniky.....	- 48 -
3.6.2	ADHD a specifika relaxace	- 49 -
Závěr		- 51 -
Použitá literatura		- 52 -

Úvod

Tématem mojí bakalářské práce jsou možnosti integrace dětí se specifickými poruchami chování v podmínkách základní školy. Syndrom ADHD neboli porucha pozornosti s hyperaktivitou patří v dnešní době k velmi “frekventovaným” termínům. Děti, jejichž obtíže jsou nejčastěji hyperaktivita, porucha pozornosti a impulzivita, jsou často vnímány jako ty, které zlobí, nechťejí se učit, nedávají pozor a vyrušují. Mnohdy se však nejedná pouze o výchovný problém, nebo o neochotu dětí, ale právě o syndrom ADHD. I toto je jeden z důvodů, proč jsem si vybrala uvedené téma.

Na problematiku ADHD syndromu lze v dnešní době nahlížet z několika úhlů pohledů. Existují tedy různé přístupy k této problematice, jako je medicínský, či speciálněpedagogický přístup. Ve svojí bakalářské práci se zaměřuji spíše na speciálněpedagogický přístup, jelikož právě tento přístup řeší často otázky včasné intervence s cílem zamezit vlivu symptomů v chování dítěte s ADHD poruchou na jeho vzdělávání. Snažím se tedy ve svojí práci shromáždit a utřídit co nejvíce dostupných poznatků a informací o hyperkinetické poruše, protože jsem přesvědčena, že pouze znalostí těchto informací je člověk (učitel, vychovatel, rodič) schopen rozpoznat možný výskyt syndromu ADHD u dítěte. Následně je třeba stanovit a dodržet určité postupy a metody, aby dítě s hyperkinetickou poruchou nebylo nijak ovlivňováno či segregováno. Díky stanovení správných metod a postupů by tak pro dítě nemělo být obtížné, aby bylo vzděláváno se svými vrstevníky v podmínkách běžné základní školy. Integraci dětí s ADHD syndromem považuji za velice důležitou především pro dítě samotné.

Bakalářská práce se skládá ze tří hlavních kapitol. První kapitola se nazývá Syndrom ADHD a zabývám se zde dřívější a současnou terminologií syndromu, etiologií a diagnózou. Při rozhodování vhodného způsobu vzdělávání dítěte, jsou informace o vzniku poruchy a výsledná diagnóza klíčové. V první kapitole se tedy snažím vymezit základní pojmy a obecné informace o hyperkinetické poruše. Kapitulu druhou jsem nazvala Symptomatologie ADHD a jak už sám název napovídá, zabývám se zde projevy hyperkinetické poruchy. Nejdříve jsem se snažila přiblížit symptomy dle jednotlivých vývojových stádií dítěte, dále jsem se zaměřila na nejčastější projevy jako hyperaktivita, impulzivita a porucha pozornosti a nakonec jsem popsala nejčastější přidružené obtíže, které se mohou vyskytovat společně s hlavními. U hyperaktivity, impulzivity a poruchy pozornosti jsem se zaměřila jak na jejich konkrétní projevy, tak na diagnostiku i doporučené zásady. Symptomy ADHD jsem se snažila

popsat podrobně, jelikož velice často ovlivňují výchovně-vzdělávací proces. Stále častěji se dnes setkáváme se situací, že právě učitel bývá první osoba, která si symptomů povšimne a dává dále podnět k vyšetření. Proto jsem toho názoru, že každý pedagog (i budoucí) by měl tyto symptomy znát podrobně, aby mohl případně včas zasáhnout. Pokud tyto symptomy zůstanou bez povšimnutí a dítěti dále nebudou poskytnuta potřebná opatření (IVP, asistent pedagoga atp.) nemůže své schopnosti a vědomosti rozšiřovat tak, jako by to bylo možné s danými potřebnými opatřeními. Třetí kapitola nazvaná Žák s ADHD v podmínkách ZŠ se zaměřuje na konkrétní potřeby a možnosti žáka, jehož edukace se uskutečňuje na běžné základní škole se zdravými vrstevníky. Kapitola je rozdělena do podkapitol, které popisují legislativní východiska, edukační zásady, poradenskou pomoc (jak pro děti s ADHD, tak pro jejich rodiče i pro školy a jejich zaměstnance), dále integraci těchto dětí, se zřetelem na bariéry, potencialitu a doporučení, jak k těmto dětem přistupovat. Snažím se také vymezit faktory, které ovlivňují úspěšnost integrace. Bez jejich dodržení by se taková integrace stala pouhým vložením dítěte se specifickými vzdělávacími potřebami do běžné základní školy, což by rozhodně nevedlo k úspěchu dítěte v jakékoliv formě.

Jako budoucí pedagožka vím, že se děti s ADHD syndromem na běžné základní škole vyskytují v dnešní době zcela pravidelně. Velmi často je však tento syndrom dětem diagnostikován až v průběhu docházky na základní školu, kdy podnět k diagnostice často pochází ze strany učitele. Proto jsem toho názoru, že právě učitelé by o této poruše měli mít dostatečně široký přehled.

Cílem mojí bakalářské práce je tedy zjistit, zda je pedagog schopen získat v dnešní době dostatečné informace o této poruše a i o tom, jak dále vhodně postupovat a vzdělávat děti s ADHD syndromem a tyto informace přehledně vymezit. Moje bakalářská práce se skládá pouze z teoretické části.

Toto téma jsem si zvolila především proto, že jsem měla několikrát možnost sama hlídat osmileté dítě s ADHD syndromem, které navštěvuje běžnou základní školu a nejčastějším tématem našich rozhovorů během her byla právě škola, kterou navštěvovalo s radostí a neuvěřitelným nadšením. Tohoto chlapce jsem také znala již z dřívější doby, kdy jsem jako studentka střední pedagogické školy vykonávala praxi v mateřské škole. Tehdy se rozhodovalo o jeho dalším vzdělávání a paní učitelky tehdy doporučovaly, aby nastoupil na základní školu speciální. S tímto rozhodnutím nesouhlasili rodiče a dle mého názoru nástup jejich syna do běžné základní školy bylo nejlepším rozhodnutím.

1 Syndrom ADHD

Syndrom ADHD, neboli hyperaktivita s poruchou pozornosti je formou specifické poruchy chování. Tato specifická porucha chování často způsobuje problémy ve vzdělávání dítěte a je často vnímána jako bariéra v perspektivní životní cestě dítěte k dospělosti. (Vojtová, 2010) Ráda bych poukázala na rozdíl mezi poruchami chování a specifickými poruchami chování, jelikož soudobá společnost bohužel velice často tyto termíny neodlišuje. *„Porucha ADHD a porucha chování jsou samostatné kategorie, nejsou na sebe vázané. Pokud se však vyskytuje porucha pozornosti s hyperaktivitou, zvyšuje se pravděpodobnost výskytu poruchy chování za přítomnosti dalších nepříznivých psychosociálních okolností. Při současném výskytu se porucha pozornosti a porucha chování navzájem posilují.“* (Kauffman, 2004, Rost, 2008 in Vojtová, 2010, s. 152) Z uvedeného tedy jednoznačně vyplývá, že se jedná o dva odlišné pojmy, které nelze považovat za synonyma, avšak tyto pojmy se vzájemně mohou ovlivňovat. Pro upřesnění si proto uvedeme všeobecně platné a uznávané definice těchto pojmů.

„Poruchy chování jsou takové projevy jedince, jimiž se vymyká z přiměřeného chování. Hovoříme o obtížné vychovatelnosti, která má příčinu sociální, výchovnou nebo je příčinou zanedbanost. Poruchy chování souvisí s porušováním normy, kterou stanovuje daná společnost. V závažnějších případech jde o nedodržování právních norem.“

„Specifické poruchy chování jsou, obdobně jako specifické poruchy učení, podmíněny narušením dalších funkcí, které jsou zodpovědné za řízení, regulaci a integraci různých projevů chování. Tyto potíže lze diagnostikovat u dětí, jejichž inteligence není závažným způsobem snížena.“

„ADHD je psychiatrická diagnóza, která se vztahuje na děti (a dospělé) s vážnými sociálními a kognitivními obtížemi.“ (Train, 1997, s. 31) Hyperaktivita s poruchou pozornosti se v dnešní době řadí k velice „frekventovaným“ termínům. Ačkoliv je možné, že se o tomto syndromu mluví více než v dřívějších letech, není pravdou, že by se jednalo o problematiku dnešní doby. Hyperaktivní děti zde byly vždy, je však možné, že byly označovány jinými termíny. V následující kapitole si tedy vymezíme dřívější termíny a seznámíme se s novými

názory, díky kterým se neustále mění a rozvíjí poznatky o příčinách, symptomech a následných terapiích tohoto syndromu.

1.1 Dřívější a současná terminologie

První poznatky o hyperaktivních dětech jsou známy podle Jucovičové a Žáčkové (2010) přibližně od roku 1830. Drtíková a Šerý (2007) popisují ve své publikaci vyšetření dvaceti neklidných dětí doktorem G. F. Stillem v roce 1902, kdy doktor popsal projevy hyperaktivity, narušené pozornosti a různé další poruchy chování (častěji u chlapců) a vyvodil nejpravděpodobnější biologické příčiny. Další zmínky popisující hyperkinetickou poruchu byly zaznamenány například v krátkém článku časopisu Lancet s názvem „Případ neposedného Filipa“. První termín pro označení hyperkinetické poruchy vznikl v roce 1930 a ve světě byl běžně užíván – minimální mozková dysfunkce (MBD - Minimal Brain Dysfunction). U nás byl tento termín používán jako malá mozková dysfunkce (MMD), později lehká dětská encefalopatie (LDE) a v šedesátých letech *lehká mozková dysfunkce (LMD)*. V různých zemích a v různých obdobích vznikala řada terminologických označení. Drtíková a Šerý uvádějí například minimal brain damage, brain injured child, hyperactive child, chronic brain syndrome, Strauss syndrome, Prechtel choreiform syndrome, perceptually handicapped child atd. „*Snad pro žádnou jinou psychiatrickou poruchu nebylo použito takové množství terminologických variant, které postupně odrážely změnu v pohledu na její psychopatologii, etiologii a patogenezi.*“ (Drtíková, Šerý, 2007, s. 21) Termín LMD byl po tomto „maratonu“ přejmenování užíván cca 30 roků, proto se poté u nás nová terminologie prosazovala velmi pomalu a do dnešní doby termín LMD úplně nevymizel. Jucovičová a Žáčková vymezují zásadní rozdíl mezi starou a novou terminologií, a sice oblast zaměření. Zatím co dříve se vycházelo z etiologie syndromu, od devadesátých let se zaměřujeme spíše na symptomatologii syndromu.

ADHD je anglická zkratka neurovývojové poruchy *Attention Deficit Hyperaktivity Disorder - hyperaktivita s poruchou pozornosti*. V odborné literatuře se často také setkáváme s názvem hyperkinetická porucha, hyperkinetický nebo hyperaktivní syndrom. Charakteristické pro hyperkinetickou poruchu jsou: *porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita*. Příznaky impulzivity a hyperaktivity se projevují častěji u chlapců než u dívek. Avšak i díky tomu je u chlapců ADHD snadněji rozpoznatelná než u dívek, u kterých se často projevuje spíše porucha pozornosti, která na ně neupozorňuje tolik, jako na chlapce jejich „uličnické“ chování. Jak uvádí Paclt (2007), vyskytuje se hyperkinetická

porucha u 6 % dětí v poměru chlapců a dívek 3 až 5 : 1. Velice často se vyskytují další přidružené obtíže (emoční poruchy, poruchy motoriky, agresivita, specifické poruchy chování aj.), které si společně s hyperaktivitou, impulzivitou a poruchou pozornosti přiblížíme v dalších kapitolách.

Jak bylo již řečeno, termín ADHD označuje syndrom deficitu pozornosti spojeného s hyperaktivitou. Ne vždy se však hyperaktivita projevuje a u dítěte mohou přetrvávat pouze poruchy pozornosti tedy tzv. syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity označovaný termínem ADD (prostá porucha pozornosti). Příznaky ADD jsou tedy v podstatě identické jako u ADHD, avšak nejsou doprovázeny hyperaktivním chováním, a proto se může snadno stát, že u dítěte vůbec není ADD syndrom diagnostikován a na dítě je tak nahlíženo pouze jako na lenivé, nebo hloupé. Typické jsou potíže při samostatné práci, potíže se soustředěním, nedostatečné studijní dovednosti, potíže s nasloucháním atd.

1.2 Etiologie

Zjištění příčin vzniku hyperaktivity je důležitou součástí diagnostiky. Pokud známe příčiny vzniku, můžeme se zaměřit na jejich odbourání, či zmírnění, což je většinou efektivnější, než odbourávání projevů. *„Mezi odborníky neexistuje shoda, která neurobiologická nebo biochemická skutečnost vyvolává hyperaktivní poruchy. Někteří autoři udávají, že genetické vlivy mohou být zjištěny u poloviny případů. Jiní upozorňují na další vlivy: opožděné neurologické zrání, prenatální a postnatální poškození, zvýšený spád těžkých kovů a vliv radioaktivity, otrava olovem, vliv některých léků a konečně vliv prostředí, především charakteristické rysy interakce mezi dítětem a rodiči. Samostatnou otázkou je i osobnost dítěte, jeho celkový obraz, temperament, zranitelnost, plasticita nervové soustavy, podpora, která je mu dáвана, schopnost adaptace, míra úzkostnosti, tolerance k zátěži apod. Je nutné brát v úvahu jak složku organickou, tak psychologickou.“* (Pokorná, 2001, s. 131, 132)

Podle příčin vzniku tedy rozlišujeme hyperaktivitu vrozenou (geneticky podmíněnou) a hyperaktivitu jako důsledek poškození nebo nezralosti mozku. Nyní si uvedeme alespoň základní informace k jednotlivým příčinám.

V některých případech může být ADHD syndrom dědičnou záležitostí. Častěji dochází ke zdědění tohoto syndromu od otce, u něhož se v dětství syndrom projevoval, než od matky. Poškození mozku má rovněž vliv na vznik ADHD syndromu, avšak toto poškození není zjištěno u všech dětí s tímto syndromem. Existuje mnoho studií, jež zkoumaly vztah

mezi poškozením mozku a vznikem ADHD syndromu, ale žádný přímý důkaz objeven nebyl. „*O poškození mozku svědčí nové studie založené na vysoce citlivých zobrazovacích postupech (pozitronová tomografie, magnetická rezonance), jež dokazují sníženou hustotu mozkové tkáně v některých oblastech a zhoršení krevního zásobení mozku.*“ (Matoušek, 1998 in Renotierová, Ludíková a kol., 2006, s. 266) Poškození a nezralost mozku může být následkem komplikací během těhotenství či porodu, nebo působením toxinů na matku z vnějšího prostředí (drogy, alkohol, nikotin atd.). (Train, 1997, Riefová, 2007, Škvorová, Škvor, 2003).

Dodnes se spekuluje o dalších příčinách vzniku hyperaktivity, ale žádné z dosud zkoumaných nejsou objasněny. Většina odborníků se většinou k těmto teoriím staví skepticky. Uvedeme si pár dosud neobjasněných a zkoumaných příčin vzniku hyperaktivity:

- fosfáty ve stravě;
- alergie na potraviny;
- otrava těžkými kovy (především olovem);
- léky (především barbituráty);
- pohlavní hormony (chlapci jsou 4-5 krát častěji postiženi než děvčata);
- psychické příčiny (neklidné děti mají zpravidla rodiče, kteří si plní prostřednictvím svých dětí svoje nesplněné sny a kladou na ně příliš veliké nároky, aby bylo vše dokonalé, často se jedná o jedináčky);
- sociologické příčiny.

„Přestože příčiny vzniku hyperaktivity mohou být často nejasné a nepodaří se nám je odhalit, je zřejmé, že se u dětí jedná vždy o problematiku vrozenou (nebo časně získanou) a že se jedná o obtíže, které dítě samo nemůže z velké míry ovlivnit. Tyto projevy však lze vhodně zvolenou terapií a výchovným přístupem k dítěti postupně ovlivnit tak, aby pro ně nebyly zatěžující.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 13)

1.3 Diagnostika

K úspěšnému odstranění, či zmírnění obtíží, které způsobuje hyperkinetická porucha, vede především správné stanovení diagnózy. I Munden a Arcelus (2008) zdůrazňují, že při stanovení diagnózy je nutné, aby všichni lékaři a odborníci došli ke stejnému závěru. Při stanovení správné diagnózy se totiž dále volí vhodné terapeutické postupy, které vedou

ke zmírnění nebo dokonce k odstranění symptomů. Pokud by tedy byla diagnóza nesprávná, další stanovené terapeutické postupy by neměly v léčbě smysl. Konečné stanovení diagnózy vnímá tedy mnoho odborníků za nejdůležitější krok, jelikož na něj navazuje následná léčba a vlastně první pomoc dítěti.

Jak bylo již řečeno, diagnóza je výsledkem práce mnoha odborníků (neurologové, psychiatři, speciální pedagogové, lékaři), kteří provádějí vyšetření ve zdravotnických zařízeních, střediscích výchovné péče, či ve školských poradenských zařízeních (pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum). Stanovení diagnózy je poměrně dlouhý proces, jelikož odborníci u dítěte pozorují různé stavy (neklid, agrese, hyperaktivita atd.), které však nemusí být vždy bezpodmínečně způsobeny syndromem, ale například nevhodnou výchovou, nebo nepříznivým rodinným prostředím. Totéž uvádějí také Drtílková a Šerý (2007) a dále ve své publikaci popisují, že v případě přítomnosti hyperkinetické poruchy tyto situace mohou symptomy ještě zhoršovat.

Při diagnostické činnosti je nutné znát normu pro určitý věk a vzhledem k ní dítě posuzovat. Za rozdílné považujeme, zda si dítě plácem a vztekem vynucuje pozornost ve třech, nebo v sedmi letech. Cílem diagnostiky není přidělení nálepky specifická porucha chování, ale snaha projevy pochopit, využít je k porozumění dítěti a následně k jeho ovlivňování v pozitivním slova smyslu.

Vojtová (2010) uvádí, že právě učitel bývá první osoba, která vysloví požadavek na hlubší analýzu chování dítěte. Obvykle se jedná o období, kdy rostou nároky výuky na žáka (pokud se symptomy projevují ještě v předškolním věku, nepřikládá jim většinou okolí nijak velký význam). „*Učitel vnímá potřebu včasné diagnostiky, neboť potřebuje odlišit ADHD od jiných poruch, jako například lehkého mentálního postižení.*“ (Bowen, Jenson, Clark, 2004 in Vojtová, 2010, s. 153)

Konkrétní metody využívané při diagnostice syndromu ADHD jsou především přímé pozorování, řízený rozhovor, analýza školních prací žáka a srovnávací škály. Tyto primární diagnostické metody využívá především pedagog (popř. školní psycholog) pro diagnostiku ve školním prostředí. (Vojtová, 2010)

Při přímém pozorování chování žáka je třeba, aby si pedagog vedl průběžné záznamy (projevy jeho chování v různých prostředích školy – třída, chodba, školní hřiště atd., i projevy jeho chování při různých činnostech – hra, práce). Přitom musí pedagog současně dohlížet i na školní práci a na výkony ve výuce. „*Pozorováním vyplynou na povrch kritické projevy v chování žáka, které jej omezují v učení popř. v sociálním začlenění, které jsou východiskem pro individuální edukační plány a současně i objektivním měřítkem pro efektivitu intervence.*“

(Kauffman, 2001 in Vojtová, 2010, s. 154) Analýza školních prací většinou pouze dokládá zjištěné závěry pozorování a potvrzuje tak úsudek pozorovatele. Naproti přímému pozorování řízený rozhovor většinou nebývá veden pouze s žákem, ale také například s jeho spolužáky, rodiči, či dalšími lidmi z okolí daného dítěte. (Vojtová, 2010) Se srovnávacími škálami se v České republice bohužel nesetkáváme tak často, jako v jiných zemích. „*V české škole není doposud vytvořena tradice využívání škál chování pro posuzování míry problémů v chování žáka, stále zde přetrvává tendence učitelů spoléhat se na externí diagnostiku ať medicínskou, psychologickou nebo speciálněpedagogickou. Přitom škála chování opírající se o normu vývoje dává učiteli možnost poměrně spolehlivě vyhodnotit odlišnosti žáka a charakteristiku jeho jednání a strategii chování.*“ (Pavlovská, Vojtová, 2009 in Vojtová 2010, s. 153) Vojtová (2010) dále ve svojí publikaci zdůrazňuje, aby se na speciálněpedagogické diagnostice ve školním prostředí podíleli nejméně dva učitelé, popř. učitel a školní psycholog.

K diagnostikování poruchy pozornosti je dále možné použít zkoušky Číselného čtverce, který umožňuje posoudit i výkonnost v čase. Test "Číselný čtverec" měří čas, kvalitu a kolísání tempa při vyhledávání v souboru informací. Vypovídá o schopnostech pohotového rozlišování tvarů a diferenciaci tvaru významného od nevýznamného. Můžeme také použít Wechslerův test inteligence.

Diagnostická kritéria pro syndrom hyperaktivity se vyvíjí společně s novými poznatky v oblasti nemocí a poruch. Diagnostická kritéria ADHD uvádějí ve své knize Munden a Arcelus (2008). V současné době existují hlavní dva klasifikační systémy:

1. **Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace** (The International Clasificetion of Diseases, the tenth edition, neboli ICD-10 – u nás Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize, neboli **MKN-10**)
2. **Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace** (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the fourth edition, neboli **DSM-IV**)

Jak uvádí Paclt (2007), vycházejí oba tyto systémy z podobných, ne však totožných přístupů k dané problematice. Drtílková a Šerý (2007) popisují hlavní rozdíl mezi těmito klasifikačními systémy v rozdílném vyčlenění subtypů:

1. Hyperkinetické poruchy podle kritérií MKN-10 zahrnují subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (F 90.0) a subtyp hyperkinetické poruchy chování (F 90.1)

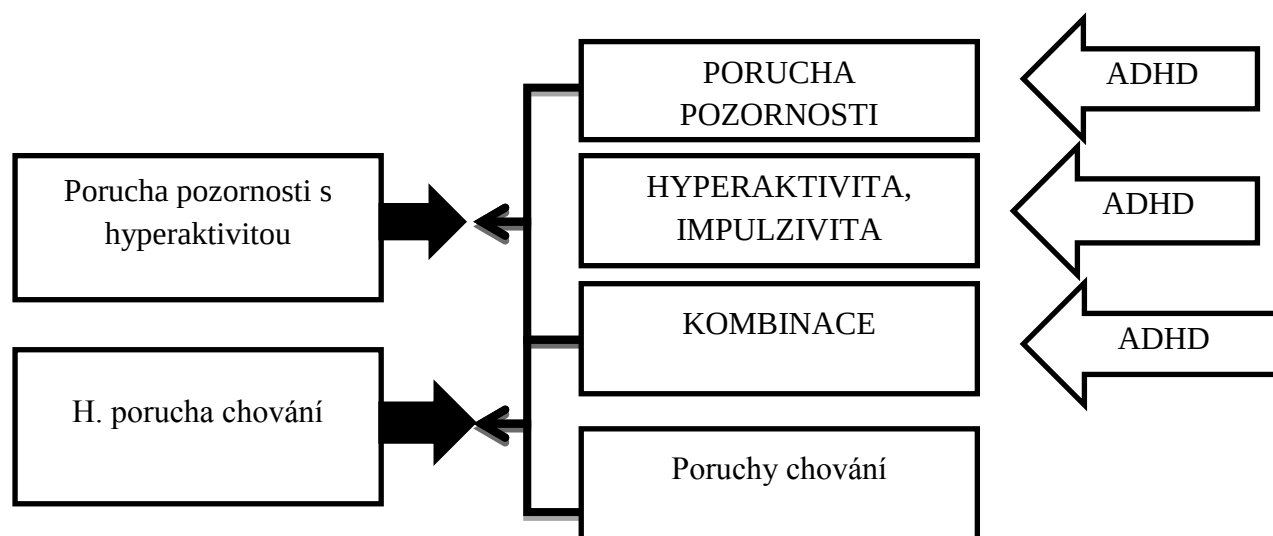
2. DSM-IV dělí ADHD do tří podtypů:
- a) inattentive type (převládající porucha pozornosti)
 - b) hyperactivity/impulzivity type (převládající hyperaktivita a impulzivita)
 - c) combined type (smíšený typ)

MKN-10

Hyperkinetické poruchy

DSM-IV

Attention Deficit Hyperactivity Disorder



Obr. 1 – Porovnání klasifikace podle MKN-10 a DSM-IV.

2 Symptomatologie ADHD

Projevy hyperkinetické poruchy mohou být u každého dítěte odlišné, či mohou mít různý stupeň. Aby byla stanovena správná diagnóza, je nezbytně nutné dané projevy dobře znát a orientovat se v nich. U každého dítěte se symptomy vyskytují individuálně a na základě těchto projevů se rozhoduje také o možnostech vzdělávání dítěte. Mezi základní projevy patří hyperaktivita, impulzivita a porucha pozornosti. Existují ale také další tzv. přidružené obtíže, které mohou základní projevy doprovázet. *„Aby byly symptomy ADHD klinicky významné a aby splňovaly diagnostická kritéria, musí se vyskytovat ve významném počtu a v dostatečném stupni vážně postihovat schopnosti daného jedince. Rovněž se musí vyskytovat v rozsahu, který překračuje meze normální pro jedince daného věku a vývojového stadia.“* (Munden, Arcelus, 2008, s. 21)

Jestliže se tedy u dítěte projevují symptomy ve větší míře a není na ně působeno žádným terapeutickým postupem, který by je zmírňoval, či je odstraňoval, je integrace takového dítěte do prostředí běžné ZŠ téměř nemožná. Nejen proto, že by dítě samo nebylo schopné si režim v ZŠ osvojit a podřídit se, ale také proto, že by mohlo negativním způsobem ovlivňovat ostatní spolužáky a kvalitu výuky.

Abychom byli schopni včas rozpoznat, zda se jedná o hyperaktivitu s poruchou pozornosti, popíšeme si v této kapitole blíže nejčastější projevy. Ačkoliv o konkrétních projevech můžeme mluvit až od narození dítěte, existují tvrzení matek, že jejich děti s pozdější diagnózou syndromu ADHD byly aktivní již v děloze matky a pohybovaly se více než jejich případní sourozenci. Proto si přiblížíme, jak se projevují tyto symptomy v jednotlivých vývojových stádiích dítěte.

2.1 Jednotlivá vývojová stadia dítěte

V kojeneckém věku nelze hyperkinetickou poruchu diagnostikovat, ale může se projevovat např. nepravidelným režimem kojence, nebo zvýšenou dráždivostí. U většiny kojenců, u kterých se vyskytují tyto projevy, se však nakonec syndrom vůbec nerozvine. *„Hyperaktivní kojenci někdy také hůře sají, bývají proto dokrmováni, nebo je nutné přejít na umělou výživu. Často a zdánlivě bez příčiny pláčí. Matky se cítí unavené, frustrované tím, že neuspokojují potřeby svého dítěte, nerozumí mu a nedokážou jej uklidnit, a tak již od té doby může být ohrožen vztah matky a dítěte.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 23) Mnohdy

také dochází k obviňování matky partnerem, nebo prarodiči, že se není schopna o dítě postarat, a to vede k následnému narušení stability psychiky matky.

V batolecím a předškolním věku jsou již projevy konkrétnější. U dětí lze pozorovat zvýšenou aktivitu, podrážděnost, vyžadování pozornosti. Jucovičová a Žáčková popisují v období batolete první afektivní výbuchy, které jsou pro hyperaktivní děti typické. *„Jako batolata jsou k nezastavení a stále se někam ženou. Když začínají mluvit, žvatlají nepřetržitě jedno přes druhé, zkoušejí všechno, všude se cpou a nedají si pokoj. Zkrátka jsou to vyčerpávající děti.“* (Train, 1997, s. 26)

Nejvíce patrné však jsou projevy při nástupu dítěte do školy, kde je vyžadována soustředěnost, pozornost a kázeň. V kolektivu ostatních dětí je tedy většinou na první pohled zřejmé, pokud má dítě problém s udržení pozornosti, s hyperaktivitou či se schopností se ovládat. Výsledkem těchto projevů bývá často zhoršený prospěch dětí, jelikož nejsou schopny plnit zadané úkoly, nebo soustředit svoji pozornost na učivo. Často dochází k potrestání dítěte nejen ve škole, ale za špatný prospěch následně i doma. Právě díky těmto projevům jsou hyperkinetické poruchy diagnostikovány nejčastěji mezi šestým a devátým rokem dítěte. Některé projevy se postupně zmírňují, či vytrácejí s růstem věku dítěte. Například na 2. stupni ZŠ může u dítěte s ADHD docházet ke snížení hyperaktivity a tak i k mylnému závěru, že poruchy pozornosti s hyperaktivitou ustupují. Pravdou ovšem je, že projevy, které se vytratí, zmírní, či postupně odeznívají, bývají často nahrazeny problémy jinými, spojenými s věkem dítěte, jako je například zneužívání návykových látek. *„Dítě má rovněž problémy s podřizováním se pravidlům práce v kolektivu, s dokončováním úkolů a nezřídka i s podřizováním se autoritě dospělého. První negativní, pro dítě ale silně traumatizující zážitky tak dítě může získat velmi brzo po nástupu do základní školy...“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 25)

Během dalšího vývoje dítěte se projevy mohou měnit, či se k daným mohou přidružovat další. V adolescentním věku to mohou být deprese, úzkosti, nespolehlivost, poruchy chování a zřejmě nejčastější již zmíněné zneužívání návykových látek. V dospělosti jsou tyto jedinci pak charakterizováni jako impulzivní, chaotičtí, neklidní a častěji zapomínají. Průzkumy prokázaly, že dospělí, u kterých přetrvává ADHD syndrom, jsou častými původci dopravních nehod. Na druhou stranu u těchto jedinců bývá rozvinuta kreativita.

K nejčastějším projevům hyperkinetických poruch patří především hyperaktivita, impulzivnost a deficit pozornosti. Tyto hlavní projevy bývají často doprovázeny množstvím dalších, jako jsou například deficity v percepční oblasti, problémy jemné a hrubé motoriky,

kázeňské problémy, poruchy myšlení, řeči a paměti, problémy s motivací, socializací a s emocemi.

2.2 Hyperaktivita

Pro dnešní společnost se stal pojem „hyperaktivita“ a označení „hyperaktivní dítě“ jakýmsi fenoménem. Stále častěji se setkáváme s případy, kdy rodiče označí své dítě za hyperaktivní, než aby připustili fakt, že jeho výchovu nezvládají. Bohužel je pro takové rodiče únosnější přijmout, že jejich dítě je hyperaktivní, než neposlušné. Ve skutečnosti je hyperaktivita fyzický stav. Typické projevy tohoto stavu jsou abnormální aktivita, vznětlivost a impulzivnost. Avšak tyto projevy jsou součástí osobnosti, proto o hyperaktivitě mluvíme až ve fázi, kdy se pro člověka nebo pro jeho okolí stávají problémem.

2.2.1 Hyperaktivita a hypoaktivita

Hutyrová (2011) řadí složky *podráždění* a *útlum* do jednoho procesu. Vzájemně se tyto složky ovlivňují a vývojově prvotní dráždivost je při dospívání tlumena. U dětí se specifickou poruchou chování jsou tyto dvě složky narušeny, nebo opožděny, dochází tak k jejich nerovnováze a k následné změně aktivační úrovně. Podle toho, zda převažuje podráždění či útlum rozlišujeme hyperaktivní typ a hypoaktivní typ dítěte.

Train (1997) poukazuje na společný problém dětí hyperaktivních a hypoaktivních, a sice neschopnost soustředit se a vydržet u dané činnosti, což může narušovat interakci s okolím. Zejména děti na základních školách vyjadřují nesouhlas ke svým vrstevníkům, kteří jsou neklidní, vyrušují a nespolupracují. Ačkoliv jejich první reakce na takové dítě může být neutrální, či jim jejich chování dokonce může připadat zábavné, postupem času i je neustálé vyrušování či pošťuchování začne rozčilovat. Vyjádření takového nesouhlasu, ať už odmítavým postojem k jedinci, či napomínání, vyvolává ovšem v hyperaktivním dítěti potřebu upoutat na sebe pozornost a nebýt odmítán. Nejčastěji dítě volí různé nadávky, fyzické napadání, nebo bere spolužákům jejich věci. Avšak tato potřeba upoutat na sebe pozornost se vyskytuje pouze u hyperaktivního dítěte, hypoaktivní dítě se naopak stáhne do svého vlastního světa, je zmatené a často bohužel vystavené posměchu svých vrstevníků.

U hyperaktivních dětí převládá podráždění nad útlumem a projevuje se neustálým neklidem a různými pohyby, které jak uvádí Paclt (2007), nejsou pro fungování dítěte nezbytné a neodpovídají dané situaci, zkrátka nemají žádný účel.

Některé z mnoha popisů rodičů „... *stále je vzhůru a pořád někde rejdí – jako by měl v zadku motorek – pořád někam leze – chvilku klidně neposední – moc povídá – často si pro sebe brumlá a vydává podivné zvuky – pořád se nějak kroutí*“ (Paclt, 2007, s. 14)

Pojem hypoaktivita není v českém školství tolik frekventovaný jako hyperaktivita. Samotný název již napovídá, že se jedná o snížení úrovně aktivity pod normu. Dle již uvedených složek podle Hutýrové (2011) převládá u hypoaktivity útlumová složka nad podrážděním. Hypoaktivní děti bývají často unavené, zasněné, apatické, pomalé, neprojevují o nic velký zájem nebo nadšení. Díky těmto projevům mohou být tyto děti chybně označovány za líné či málo aktivní. „*Pomalé pracovní a osobnostní tempo je pro hypoaktivní dítě charakteristické, vrozené a nelze je v podstatě „učit“ zrychlovat, protože při vyvíjení tlaku na ně ohledně zvýšení rychlosti často znejistí, mohou se dostavit i panické reakce a dítě může být neurotizováno.*“ (Jucovičová, Žáčková in Hutýrová, 2011, s. 5)

Jucovičová s Žáčkovou (2010) uvádějí rozdíl mezi hyperaktivním a hypoaktivním dítětem i jen pouhým přirovnáváním, a sice označením hyperaktivního dítěte za „živé stříbro“ a hypoaktivní dítě za „spící pannu“ nebo tzv. „mouchy, snězte si mě“. Dále Jucovičová s Žáčkovou (2010) popisují problém dnešní doby, že hyperaktivita si vydobyla synonymum zlobení a hypoaktivita nedostatek nadání. Přitom je prokázané, že inteligence nesouvisí s rychlostí projevů, či činností a i hypoaktivní jedinci mohou být v určitých pracovních oborech velmi úspěšní.

2.2.2 Projevy hyperaktivity

Projevy hyperaktivity vymezila Holá (2010)

- u dítěte je zřejmý *celkový neklid*, nevydrží chvíli na místě, neustále pobíhá, houpe se na židli atd.;
- vměšuje se do hovoru ostatních. Pokud chce něco říci, nečeká na vhodnou chvíli, ale jedná impulzivně a okamžitě;
- dítě je celkově hlučné;
- patrná je *roztržitost*, děti často někde zapomínají či ztrácejí věci, špatně se delší dobu soustředí na jednu činnost;
- u dětí je zřejmá vysoká čínorodost před narozením, jsou velmi aktivní již v děloze. Po narození málo spí a hodně pláče;
- děti s touto poruchou často mají další zdravotní obtíže - objevují se u nich ekzémy, alergie či onemocnění dýchacích cest;

- děti napřed jednají a pak až o svém činu přemýšlí. Často si tak neuvědomují nebezpečí, které jim při jejich jednání může hrozit;
- problémy obvykle vystupují do popředí zejména v době, kdy dítě nastoupí do školy.

2.2.3 Diagnostika symptomu hyperaktivita

Munden a Arcelus (2008) vymezují diagnostiku podle MKN-10 i podle DSM-IV. Jelikož jsou diagnostická kritéria těchto klasifikačních systémů velmi podobná – ne identická, ale podobná, uvedeme si konkrétně jen kritéria podle MKN-10.

Aby mohla být diagnostikována hyperaktivita podle MKN-10, musí nejméně tři z následujících příznaků přetrvávat po dobu nejméně šesti měsíců a to v takové míře, že způsobují nepříznivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu:

- často pohybuje rukama nebo nohama, vrtí se na židli;
- v situacích, kdy by mělo sedět, vstává ze židle (vyučování);
- často pobíhá nebo popochází ve chvílích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu);
- často je příliš hlučné při hraní nebo má potíže chovat se tiše při odpočinku;
- trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou nedokáže podřizovat společenským podmínkám nebo požadavkům.

2.2.4 Doporučené zásady

Jen málo z nás si asi dokáže představit, jak skutečně probíhá výchova hyperaktivního dítěte. Avšak jisté je, že vyžaduje od rodičů nutnou dávku trpělivosti. Sebeovládání rodičů musí být jejich součástí, zlost a agrese by neměla mít místo ani ve výchově hyperaktivního jedince. Rodiče nejdříve musí pochopit, v čem spočívá problém, měli by si zvyknout na nejrůznější obtíže, které jim jejich dítě způsobuje a uvědomit si, že to nedělá záměrně. (Train, 1997) Hyperaktivitu v dítěti žádný rodič neodbourá, ale existuje pár tipů, rad a doporučení, které ve výchově takových dětí pomáhají:

- trpělivost a sebeovládání;
- pevný řád (pravidelné přestávky, zpestřování činnosti různými úkoly a aktivitami);
- potlačení stereotypu;
- posilování sebevědomí dítěte (pochvala);
- přijetí pomoci odborníků (pedagogicko-psychologická poradna atp.).

2.3 Impulzivita

Jedná se o sklon *jednat náhle, bezmyšlenkovitě*, ze silného popudu a bez adekvátního důvodu. Okamžitá reakce, při níž jedinec nepromyslí následky ani důsledky svého jednání, může být právě u jedinců s hyperaktivitou velice riziková. Lidé často jednají impulzivně například z emočního, či afektového popudu, avšak s dospíváním člověk získává schopnost potlačovat a ovládat svoje reakce na určité impulzy. Právě potlačování těchto reakcí je však u hyperaktivních dětí problém. Děti s ADHD nedokáží tyto reakce ovládat a proto se dají tak snadno nechat vyrušit, nejsou schopni čekání ani předvídání důsledků. Dítě nejdříve koná a až poté si uvědomí chybu. V běžném modelu podnět – promyšlení – reakce, zcela chybí fáze promyšlení.

„Jejich problémy s nepozorností jsou pouze jedním důsledkem neschopnosti zdržet se čehokoli, co je „na ráně“, ať se jedná o zvuky, myšlenky, nebo vytrženou nit na svetr. Snadná vyrušitelnost, neschopnost plánovat a organizovat, nevyrovnanost, zdánlivá absolutní neschopnost předvídat důsledky pramení v tomto smyslu z primárního problému, jímž je neschopnost posečkat. Kořenem ADHD je relativní neschopnost zdržet se reakcí na cokoli, co je v dané chvíli nejzajímavější nebo nejpritažlivější.“ (Gordon in Munden, Arcelus, 2008, s. 22)

2.3.1 Projevy impulzivity

„Jejich chování bývá hlučné, spontánní, živelné, zbrklé – bývají označovány jako „velká voda“.“ (Jucovičková, Žáčková, 2010, s. 33)

Projevy impulzivního, nepromyšleného jednání jsou rizikové v každém věku dítěte, či adolescenta. Impulzivním jednáním může snadno vzniknout zranění. V mladším školním věku uvádí Munden a Arcelus (2008) jako velké riziko pohyb dítěte na ulici. Dítě může kdykoliv cokoli upoutat a i přes opatrnost a zvýšenou pozornost dospělého se může bezmyšlenkovitě rozběhnout na silnici, i když právě pojede auto. Odpověď na otázku učitele, která ještě nebyla celá vyřčena je jeden z nejčastějších projevů neschopnosti krotit své reakce ve škole.

Co je dále typické i ve starším školním věku je *hazardní chování*, kterým na sebe chtějí tito jedinci upoutat pozornost, či se jen “vytáhnout“ před svými vrstevníky. Jako takové chování můžeme označit například skákání z veliké výšky. Impulzivní jednání však s sebou nenese problémy pouze ve škole, ale i dále v sociální sféře. Klasickým příkladem, kdy člověk není schopen ovládat své reakce na nějaký podnět je “skákání“ do řeči a bezmyšlenkovité

“plácání“. S takovým jednáním se již setkal jistě každý z nás. V adolescenci jako příklad můžeme uvést různé aktivity s negativními následky jako je užívání drog, alkoholu, rychlá riskantní jízda a porušování dopravních pravidel. V dospělosti je pak člověk většinou schopen nejprudší reakce ovládat a krotit, skákání do řeči bývá například bráno u dospělých jako nevychovanost. Ale i v dospělosti stále přetrvává ukvapenost a radikálnost řešení. (Munden, Arcelus, 2008)

2.3.2 Diagnostika impulzivity

Munden a Arcelus (2008) vymezují diagnostiku podle MKN-10 i podle DSM-IV. Jelikož jsou diagnostická kritéria těchto klasifikačních systémů velmi podobná, uvedeme si konkrétně jen kritéria podle MKN-10.

Aby mohla být diagnostikována impulzivita podle MKN-10, musí alespoň jeden z následujících příznaků přetrvávat po dobu nejméně šesti měsíců a to v takové míře, že způsobuje nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:

- často vykřikne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
- často nedokáže stát v řadě nebo počkat, až na ně přijde řada;
- často skáče do řeči nebo se plete ostatním do hovoru;
- často příliš mluví bez ohledu na společenské normy, zvyklosti a omezení.

2.3.3 Doporučené zásady

Rodiče, učitelé a všichni další lidé, kteří se nacházejí v okolí dítěte a je od nich očekávána jakákoli péče o dítě se zvýšenou impulzivitou, si musí uvědomit, že tyto děti mají dobré a nevinné záměry, i přesto, že mohou budit opačný dojem. Nemělo by docházet k mylnému zaměňování s opozičními, či asociálními činy, kdy je snaha dosáhnout negativního výsledku záměrná. Bohužel velmi často k těmto omylům dochází a výsledkem je, že tito jedinci si v dospívání vlivem neustálých problémů a obviňování osvojí opoziční, či antisociální vzorce chování. (Train, 1997)

Zmírnit impulzivní jednání u dítěte není jednoduché, avšak ne nemožné. Nelze potlačit zájem dítěte o různé podněty či situace, ale například stanovením a dodržováním pevného řádu se můžeme vyhnout nepříjemným následkům. Další způsob, kterým můžeme zabránit nepříjemným následkům, či v horších případech i zranění, je pravidelný rozhovor s dětmi. Rodiče a učitelé, kteří budou dítě znát, jeho názory, zájmy a pocity tak budou lépe připraveni

na to, co může dítě vyvést. Mohou lépe předpokládat, co by mohlo dítě upoutat a včas tak reagovat. (Train, 1997)

2.4 Deficit pozornosti

I přesto, že porucha soustředění, či deficit pozornosti, patří společně s hyperaktivitou a impulzivitou mezi hlavní tři projevy ADHD, je od hyperaktivity a impulzivity tento symptom v mnoha směrech odlišný. Pro deficit pozornosti je typické, že svůj zájem dítě není schopné udržet u jedné činnosti, popř. hry. Není schopné *se soustředit*, dokončit úkol a koncentrovat pozornost na jeden podnět. I když se jedná o činnost, kterou má dítě rádo, nevydrží u ní dlouho, žádný zájem není trvalý, i proto se těžko zjišťuje, co vlastně dítě baví. Nemusí se jednat pouze o činnosti, ale i o myšlenky. Pokud na dítě mluvíme, můžeme mít pocit, že je myšlenkami někde jinde a nevnímá nás.

2.4.1 Projevy poruchy pozornosti

Pro děti s poruchou pozornosti představuje velký problém hlavně učení. Problém vzniká v důsledku neschopnosti soustředit se delší dobu, a proto si nestihnou osvojit vše, co je třeba. Tyto děti nejsou schopny si něco osvojit, dokud jim nepomůžeme udržet jejich pozornost, delší dobu, než zvládnou oni sami.

Paclt (2007) uvádí příklad herního testu typu World-test, ve kterém má dítě k dispozici volnou plochu a velké množství hraček různého typu. Děti s poruchou pozornosti hračky velmi často střídají a svoji pozornost na jednu hračku udrží jen krátkou dobu. Hračky rychle vyměňují a chvílemi se může zdát, že nejsou schopny se rozhodnout, která je jim “nemilejší”.

Pokud se vrátíme k hyperaktivitě a impulzivitě, zjistíme, že oba tyto symptomy se ve většině případů vzájemně doprovázejí. Dokonce se říká, že hyperaktivita společně s impulzivitou je skvělá kombinace jak dostat rodiče do bláznince. Avšak co se týče poruchy pozornosti, nemusí být vždy doprovázena těmito dalšími projevy. Munden a Arcelus (2006) uvádějí, že stále větší pozornost je ve školách věnována především dívkám, které se sice neprojevují jako hyperaktivní, impulzivní, či násilné, avšak mají značné potíže se soustředit. Většinou jsou tiché a zůstávají bez povšimnutí, což je zásadní chyba, protože léčením právě takových případů by mohly uspět. Tyto děti označujeme termínem ADD (porucha pozornosti bez hyperaktivity).

2.4.2 Diagnostika poruchy pozornosti

Munden a Arcelus (2008) vymezují diagnostiku podle MKN-10 i podle DSM-IV. Jelikož jsou diagnostická kritéria těchto klasifikačních systémů velmi podobná, uvedeme si konkrétně jen kritéria podle MKN-10.

Aby mohla být diagnostikována impulzivita podle MKN-10, musí nejméně šest z následujících příznaků přetrvávat po dobu nejméně šesti měsíců a to v takové míře, že způsobují nepříznivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu:

- často se mu nedaří pozorně se soustředit na detaily nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci nebo při jiných aktivitách;
- často není schopné udržet pozornost při plnění zadaných úkolů nebo při hraní;
- často působí dojmem, že neposlouchá, když mu někdo něco říká;
- často nepostupuje podle pokynů, či zadání a není schopné dokončit tak školní práci, domácí práce, nebo povinnosti na pracovišti;
- často není schopné si uspořádat činnosti a úkoly;
- často se vyhýbá úkolům, jako jsou domácí práce, jelikož vyžadují soustředěnost;
- často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů (školní pomůcky, pera, knížky, nástroje atd.);
- často zapomíná i při běžných denních činnostech.

2.4.3 Doporučené zásady

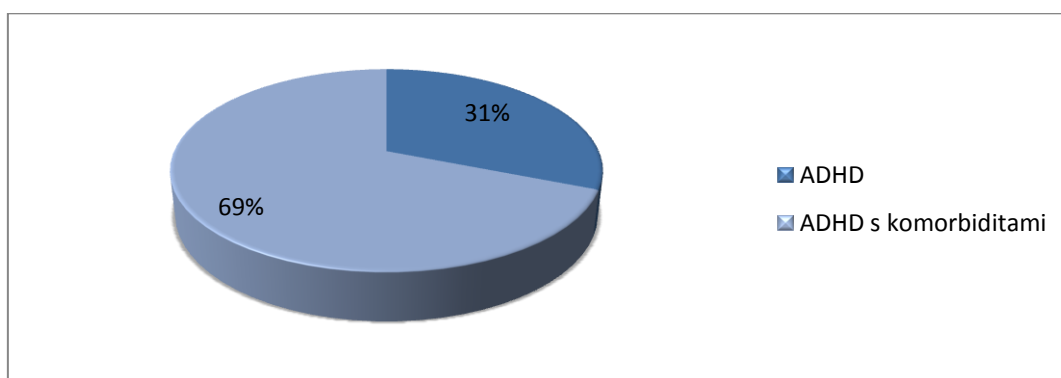
Stejně jako u hyperaktivity a zvýšené impulzivity, i u poruchy pozornosti existují zásady, jejichž dodržováním můžeme následné potíže zmírnit. Je třeba si uvědomit, že čím větší dáme dítěti prostor, tím více podnětů jej bude rozptylovat. Proto je třeba přizpůsobit pracovní prostor jak ve škole, tak i doma, aby dítě kolem sebe nemělo příliš mnoho „zbytečných“ podnětů odvádějící pozornost. Ve škole je třeba, aby měl učitel dítě stále pod dohledem a udržoval jeho pozornost, proto je vhodné jej posadit do prvních lavic. Doma je potřebný dohled rodičů, protože samo dítě není schopné udržet pozornost při psaní úkolů až do konce a má tendence úkoly a povinnosti odkládat na jindy. Je třeba dávat pozor, aby rodiče nekladli na dítě příliš vysoké nároky. Dobré je dělat pravidelné přestávky, dítě odměnit, či pochválit. To u dítěte zvyšuje motivaci. Rodič i učitel se snaží dítěti vštípit jeho úkoly a povinnosti dovést vždy do konce. (Train, 1997)

„Velkou roli ve schopnosti koncentrovat pozornost u dítěte s ADHD hraje motivace a adekvátní situace.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 2)

2.6 Přidružené obtíže

Jak uvádí Train (1997), nemusí vždy kombinace hyperaktivity, impulzivity a narušené pozornosti jednoznačně znamenat specifické poruchy chování. Jedná se tedy sice o tři nečastější projevy, ale tyto symptomy jsou doprovázeny řadou jiných poruch a obtíží.

Jucovičová a Žáčková (2010) popisují syndrom ADHD jako *multidimenzionální záležitost* a uvádí další poruchy, kterých bychom si měli všimnout: percepčně motorické poruchy (poruchy motoriky, motorické a senzomotorické koordinace), poruchy percepčních funkcí (zejména poruchy zrakového a sluchového vnímání), poruchy kognitivních funkcí (především poruchy paměti), porucha koncentrace pozornosti, poruchy v oblasti myšlení a řeči, emoční poruchy, poruchy chování a vývojové poruchy učení.



Obr. 2 Celkový podíl komorbidit u ADHD

2.6.1 Psychické poruchy

Existují vážné psychické poruchy, které mají velice podobné symptomy jako hyperkinetická porucha a proto je třeba tyto poruchy a jejich symptomy dobře znát, aby nedošlo k mylné diagnóze ADHD. Munden a Arcelus (2008) do těchto psychických poruch řadí zejména poruchy autistického spektra (dětský Autismus, Aspergerův syndrom), obsedantně kompulzivní poruchu a Tourettův syndrom. Vedle těchto psychických poruch vymezují další, které jsou naopak velmi často přítomny u dětí s hyperkinetickou poruchou a mohou zakrývat problémy, které ADHD způsobuje, což vede k nepřesné diagnóze a následnému nesprávnému terapeutickému postupu:

- porucha opozičního vzdoru – 60% dětí s ADHD;
- porucha chování – 45% dětí s ADHD;
- asociální nebo delikventní chování – 25% dětí s ADHD;

- deprese – 33% dětí s ADHD;
- úzkostné poruchy – 30% dětí s ADHD;
- emoční problémy – více než 50% dětí s ADHD;
- problémy v oblasti sociálních dovedností – více než 50% dětí s ADHD.

2.6.2 Poruchy motoriky

Hutyrová, Růžička a Spěváček (2011) uvádějí, že se jedná jak o obtíže v hrubé, tak i v jemné motorice. Charakterizuje tyto děti jako neobratné, nešikovné, či neohrabané a jejich pohyby jako nekoordinované a nepřesné. Z důvodu obtíží v oblasti jemné motoriky mají děti problém se sebeobsluhou a mohou často působit jako nemotorné. Ve škole se poruchy jemné i hrubé motoriky projevují v tělesné, výtvarné a hudební výchově.

Paclt (2007) uvádí, že až 52% dětí s ADHD trpí zhoršenou motorickou koordinací zejména při vykonávání úkolů, u kterých je vyžadována jemná motorická dovednost. Velkým problémem je úhledné psaní. Pro některé děti je lepší, když mohou psát tiskacím písmem, tato metoda se ovšem nejdříve musí vyzkoušet a především musí vyhovovat dítěti. „*O mnoha dětech s ADHD je notoricky známé, že mívají potíže s rukopisem vůbec a zvláště s krasopisem.*“ (Paclt, 2007, s. 19). Poruchy hrubé motoriky se objevují v menší míře než poruchy jemné motoriky. Vyznačují se například nemotornou chůzí, nebo problémy s jízdou na kole.

Dále existuje ještě třetí složka motoriky – tzv. senzomotorická koordinace. Senzomotorická koordinace slouží ke schopnosti učinit pohyb rukou nebo nohou vzájemně v harmonii se zrakem. Tuto koordinaci využíváme hlavně při psaní, opisování, chytání míče.

Jucovičová a Žáčková (2010) zmiňují ve své knize starší označení dětí s poruchou pozornosti a hyperaktivity užívaného v anglosaské odborné literatuře: syndrom nemotorného dítěte.

2.6.3 Poruchy percepčních a kognitivních funkcí

Podle Jucovičové a Žáčkové (2010) trpí děti s ADHD deficity v oblasti zraku i sluchu. Zdůrazňuje, že se však nejedná o poruchu orgánu, nýbrž funkce. Mohou se projevovat poruchy pravolevé orientace a orientace v prostoru. Dále může dítě sluchově hůře rozlišovat podobné zvuky nebo hlásky, což vede k obtížím při psaní diktátů. Často bývá narušeno vnímání vlastního tělesného schématu, což má za následek neúspěšnost dítěte v hodinách tělesné výchovy, či v jiných pohybových aktivitách a zájmových činnostech.

Jak ovšem uvádějí Munden a Arcelus (2008), některé problémy se sluchem nebo se zrakem mohou způsobit, že dítě nerozumí mluvenému slovu, nebo nechápe okolí a je zmatené. Jejich zmatenost často doprovází zoufalství a potíže s učením, což vede k poruchám chování. Je tedy třeba myslet na to, že některé děti s poruchami smyslů mohou mít ADHD, ale u některých se jedná pouze o poruchy chování, které jsou způsobeny právě poruchou zraku nebo sluchu.

Všechny výše zmíněné percepčně motorické poruchy přímo souvisí se vznikem specifických vývojových poruch učení, jako jsou dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie atd.

2.6.4 Poruchy paměti, myšlení a řeči

Poruchy paměti dětí s ADHD přirovnávají Jucovičová a Žáčková (2010) k rčení „jedním uchem tam, druhým ven“. Dále uvádějí, že u těchto dětí se vyskytují především poruchy v oblasti krátkodobé paměti. Dítě může informaci vnímat, ale nemusí si ji zapamatovat, výsledkem je, že si pak pamatuje pouze část informace, nebo dokonce vůbec nic. Riziko „výpadku“ pozornosti při sdělování informace dítěti snížíme používáním jednoduchých a ne příliš dlouhých pokynů. Složitě pokyny si většinou nepamatují děti vůbec, nebo jen jejich část. Jucovičová a Žáčková (2010) dále ještě uvádějí, že u dětí může nastat problém v podobě vybavení si konkrétní situace. Ačkoliv dítě informaci vnímalo a „zapsalo“ ji do paměti, nemůže si na ni vzpomenout. Pokud není dítě schopno si vybavit konkrétní situaci z paměti, může to například ve škole působit, jakoby se neučilo a navíc lhalo. V takové situaci je dobré dítěti pomoci například ve formě nápodoby nebo klíčového slova. *„Rodiče i učitelé bývají velmi často po prázdninách nebo někdy i jen po prodlouženém víkendu zděšení, že dítě působí jako „tabula rasa“ – nepopsaná tabule. Nejenže si dítě již naučené a procvičené učivo již nepamatuje, ale dokonce tvrdí, že „to ještě nikdy neslyšelo, že to ještě nebrali“.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 39)

Jelikož se myšlení i řeč rozvíjí současně, vzájemně se i ovlivňují. *„Myšlení se rodí v činnosti a rozvíjí se v úzkém sepětí s řečí.“* (Černá in Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 40) Již v předchozích kapitolách bylo zmíněno, že nejsou narušeny intelektové schopnosti dětí, ale pouze jejich struktura. Co se týká myšlení, přirovnávají jeho charakter Jucovičová a Žáčková (2010) k paměti a pozornosti u dětí s ADHD. Myšlenku nejsou schopny děti dlouho udržet, nebo se od ní naopak nejsou schopny odpoutat. Myšlení je nepružné, stereotypní nebo naopak chaotické. Jak bylo již zmíněno, s poruchami myšlení souvisí i poruchy řeči. Jucovičová a Žáčková (2010) uvádějí rozdělení poruch řeči do dvou skupin

podle Vágnerové (1999): poruchy porozumění řeči a poruchy aktivní řeči. Zatímco u poruchy porozumění řeči děti nechápou význam některých slov, u poruchy aktivní řeči mohou zcela rozumět, avšak neobratnost mluvidel způsobuje, že vyslovují jednu nebo více hlásek špatně. Jucovičová a Žáčková dále uvádějí i jiné poruchy: specifické asimilace, nesrozumitelná řeč, neadekvátně hlasitá řeč, omezení jazykového citu. U hyperaktivních dětí je často vývoj řeči opožděn, vyskytuje se porucha tvorby pojmů a jejich řečový projev je celkově chaotický a neupravený.

2.6.5 Emoční poruchy

Děti se specifickými poruchami chování bývají velmi často emočně labilní a lze v jejich chování pozorovat časté výkyvy nálad. Jejich citové reakce jsou většinou nepředvídatelné a mohou nabrat prudký spád. Je samozřejmé, že u některých dětí s ADHD se emoční poruchy vyskytovat nemusí, nebo ne ve stejné míře jako u ostatních. Jucovičová a Žáčková (2010) přebírají popis citů od Vágnerové (1999): citová nezralost, labilita, infantilnost, rychlé přechody od mrzutosti k euforii, neadekvátní a bouřlivé reakce (někdy až agresivní). To ovšem souvisí s nízkou frustrační tolerancí, která je pro děti s ADHD typická. Nízká frustrační tolerance způsobuje, že podněty, které jiným dětem nevadí, nevyvádí je z míry nebo si jich dokonce nevšímají, dokáží dohnat dítě s ADHD k afektivnímu výbuchu. Dále Jucovičová a Žáčková (2010) uvádějí, že nepřiměřené reakce na podnět mohou souviset se zvýšenou potřebou bránit se, protože tyto děti se dostávají mnohem častěji do situací, kdy se samy cítí být ohroženi reakcemi okolí, než děti jiné. Jejich citové rozpoložení má také velký vliv na výkonnost. Ačkoli se zdá, že tyto děti mají přehnanou citlivost kvůli afektivním výbuchům, naopak s tzv. empatií neboli vcítěním se mají velké problémy. Proto se velmi často stává, že tyto děti mohou někomu citově ublížit, aniž by si toho byly vědomy, nebo nedokáží rozeznat závažnost svého chování a následně tak nechápou, proč je jejich okolí nepříjemá. Teoreticky jsou schopné říct, co je špatně a jak by se měly zachovat, ale prakticky se potom zachovávají impulzivně. „*Nácvik sebeovládání je náročnou a dlouhodobou záležitostí, která však při systematickém zpevňování vhodného chování pochvalou a oceněním přináší své plody.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 46)

2.6.6 Porucha opozičního vzoru

ODD (Opposition Defiance Disorder) – porucha opozičního vzoru se vyskytuje u 60% dětí s ADHD syndromem. Jak uvádějí Munden a Arcelus (2008), projevuje se porucha

opozičního vzdoru častými konflikty jak s vrstevníky, tak i s dospělými, odmítáním spolupráce a častým rozčilováním. Děti trpící poruchou opozičního vzdoru se velmi často nejsou schopny ovládat a ze svých chyb viní ostatní. Typickým projevem je dle škodolibost a mstivost. Všechny tyto projevy se samozřejmě mohou vyskytnout i u dětí, které netrpí ODD, avšak ne v tak vysoké míře.

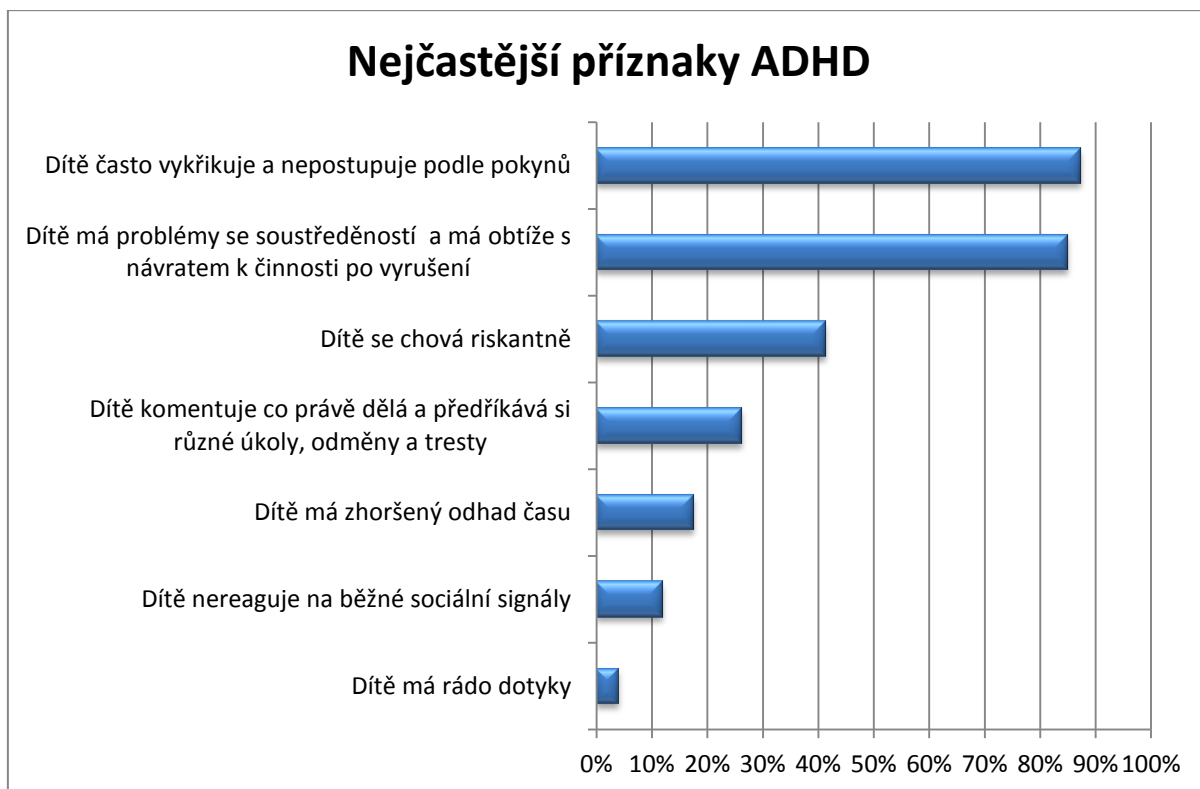
2.6.7 Specifické poruchy učení

Pokorná (2010) uvádí, že u 20-40% dětí s ADHD syndromem se vyskytují specifické poruchy učení. Nejčastěji se u těchto dětí vyskytuje dyslexie, dysgrafie a dysortografie. Výsledky amerických výzkumů, které uvádějí Munden a Arcelus (2008) ukázaly, že 90% dětí trpících ADHD není během vyučování dostatečně výkonných, 90% nepodává ve škole takový výkon, který odpovídá jejich schopnostem, 20% dětí trpí poruchami čtení, 60% má velké problémy s psaním a 30% z nich nezvládne v USA dokončit školní docházku.

I přesto, že většina autorů v dnešní době uvádí, že ADHD a SPU jsou diagnosticky rozdílné a nesouvisí spolu, řada projevů je velice podobných a velmi často se vyskytují společně. Munden a Arcelu dále (2008) uvádějí, že děti s ADHD syndromem mají velice často neúhledné písmo. Dysgrafií často trpí děti, u kterých se často vyskytuje dyspraxie, neboli porucha koordinace především jemné motoriky. Velmi často se také stává, že učitel nevezme poruchu v potaz a ohodnotí hyperaktivní dítě poznámkou.

Na závěr této kapitoly si uvedeme graf nejčastějších příznaků ADHD podle výzkumu Richnákové z roku 2012. Výzkum byl prováděn na území ČR, dotazováno bylo 126 respondentů a sloužil jako podklad pro maturitní práci s názvem ADHD. Podle výzkumu jsou nejčastější příznaky ADHD:

- dítě často vykřikuje a nepostupuje podle pokynů;
- dítě má problémy se soustředěností a má obtíže s návratem k činnosti po vyrušení;
- dítě se chová riskantně;
- dítě komentuje, co právě dělá a předfíká si různé úkoly, odměny a tresty;
- dítě má zhoršený odhad času;
- dítě nereaguje na běžné sociální signály;
- dítě má rádo dotyky.



Obr. 3 Nejčastější příznaky ADHD

3 Žák s ADHD v podmínkách základní školy

Již v předchozích kapitolách bylo zmíněno, že problémy v chování dítěte s ADHD se často projeví právě při zahájení školní docházky. To může být způsobeno mnoha okolnostmi, avšak hlavní roli zde většinou hrají vysoké nároky, které klade na dítě škola.

Co se týče přístupů ke vzdělávání žáků s ADHD syndromem v českých školách, jsou většinou odlišné. *„Některé děti s touto poruchou dostávají dostatek příležitostí k rozvoji strategií a učení, aniž by pociťovaly své znevýhodnění. V těchto případech školy využívají možnosti školního vzdělávacího programu k diferencovanému plánování cílů ve výuce a učení (RVP ZV, 2005) a různými metodami výuky dávají všem žákům prostor pro aktivní účast na školní práci (ICF, 2001). Pro intervenční podporu žáků vyhodnocují jejich strategie chování a učení interní speciálněpedagogickou diagnostikou. V jiných školách postupují cestou integrace, ať individuální, nebo skupinovou (zákon 561, 2004 Sb.). (Vojtová, 2010, s. 160)*

Stejně tak ale bylo již v předchozích kapitolách zmíněno, že syndrom ADHD/ADD nesnižuje intelektové dovednosti dítěte, proto lze dítě za doprovodu vhodných výchovných postupů plně integrovat do prostředí běžné ZŠ. Pokud integrace není pro dítě vhodná, může být dítě vzděláváno na speciálních základních školách.

3.1 Legislativní východiska

Školský zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání vstoupil v platnost od 1. ledna 2005. Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, kam patří mimo jiné i děti s ADHD/ADD syndromem, je vyhrazeno v §16 zákona č. 561/2004Sb.

Podle §16 odst. 1 je dítětem, žákem, nebo studentem se speciálními vzdělávacími potřebami osoba se zdravotním postižením (mentální, tělesné, zrakové, sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení s více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování), osoba se zdravotním znevýhodněním (zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc, lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování), osoba se sociálním znevýhodněním (ohrožení sociálně patologickými jevy, nízká sociální a kulturní úroveň v rodině, nařízená ústavní, nebo uložená ochranná výchova, postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území České republiky). Dále v §16 odst. 6 zakotvuje právo dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením, zdravotním a sociálním znevýhodněním

na vzdělání způsobem, který odpovídá jejich potřebám při současném využití speciálních pomůcek, které jim takové vzdělávání umožní. Při přijímání těchto žáků ke studiu, jejich hodnocení, či ukončování studia se vždy přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění a ve výjimečných případech lze i prodloužit délku středního a vyššího odborného vzdělání. Toto prodloužení schvaluje ředitel školy. Ředitel MŠ, ZŠ, ZŠ speciální, SŠ a VOŠ dále může spolu se souhlasem krajského úřadu zřídit pro dítě, žáka se speciálními vzdělávacími potřebami funkci asistenta pedagoga. Funkce asistenta pedagoga pro žáky se zdravotním postižením a pro žáky se sociálním znevýhodněním vytyčují Informace MŠMT k zabezpečení vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami s podporou asistence č. j. 14 453/2005-24. V souladu s §16 odst. 7 pak mají právo děti, žáci a studenti se zdravotním postižením bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační učební pomůcky poskytované školou. (Školský zákon č. 561/2004 Sb. § 16).

Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních a dále Vyhláška č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných jsou neoddelitelnou součástí při výchově a vzdělávání dětí se syndromem ADHD/ADD.

Podle vyhlášky č. 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních jsou poradenské služby poskytovány dětem, rodičům a také školám. Dále se tato vyhláška zabývá integrací dětí (stanovuje podmínky pro integraci). Před nedávnem nabyla účinnosti *Vyhláška č. 116/2011 Sb.*, která mění a doplňuje „původní“ známou vyhlášku č. 72/2005 Sb. o poradenských službách. Nejedná se však o změny nijak radikální, spíše o doplnění právní přesnosti a schopnosti právní normy vystihnout podstatu daného společenského jevu.

Vyhláška č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných se také zabývá integrací dětí, žáků a studentů, individuálním vzdělávacím plánem, asistentem pedagoga atd. Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných nabyla účinnosti dne 25. května 2011

Další nedílnou součástí při vzdělávání dětí se syndromem ADHD/ADD je *individuální vzdělávací plán*. Individuální vzdělávací plán se řídí dle § 18 školského zákona č. 561/2004 Sb. a dle §6 Vyhlášky č. 73/2005.

3.2 Edukační zásady

V následující kapitole si uvedeme vhodné zásady podle Valenty (2003), které bychom měli dodržovat při výchovně-vzdělávacím procesu dětí se specifickými poruchami chování.

- orientace v situaci dítěte a znalost vlivů, které s touto situací souvisí;
- spolupráce s rodinou (případná rodinná terapie);
- schopnost naučit se předvídat problémy, které by dítě mohlo mít;
- zadávání přiměřených pokynů a úkolů a trvat na jejich dokončení;
- časté pochvaly, odměny;
- stanovit všeobecně platná pravidla;
- dělit úkoly na menší celky;
- najít a poskytnout v pravý čas “únikovou cestu”.

Valenta (2003) vymezuje vhodné výchovné strategie – působit společenským tlakem, osobnostním vlivem, režimovým tlakem nebo systémem činností. Dále Valenta (2003) uvádí, že k zabránění krizové situace (např. agresivní jednání dětí, žáků) stačí, když učitel nebude vytvářet podmínky, které by pro vznik krizové situace byly vhodné (např. nepřenášet vlastní problémy do výchovného procesu).

Jelikož ve výchovně-vzdělávacím procesu má důležitou roli pedagog, uvedeme si i zásady pro učitele, které vymezil školní psycholog Martin (1997, in Renotierová, 2006):

- učitel by měl často pověřovat dítě různými úkoly;
- učitel by měl jasně vyslovit požadavky na chování dítěte;
- učitel by měl snížit pracovní zatížení žáka;
- učitel by měl zařadit do vyučování častější přerušení práce;
- učitel by neměl odměňovat za rychlost, nýbrž za správnost;
- učitel by měl učit žáky sebeoceny.

3.3 Pomoc a poradenské služby školám

I přes snahu poskytnout dítěti co nejvhodnější podmínky k jeho úspěšnému vzdělávání se může stát, že některé jeho projevy chování stále znemožňují průběh vyučování. Právě v této chvíli přicházejí na řadu školská poradenská zařízení. Nejčastěji pedagog doporučí rodičům vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně, jelikož on, jako kvalifikovaná

osoba, která se podílí na výchovně-vzdělávacím procesu, si většinou všimne prvních obtíží (či projevů chování), které tento proces narušují. Podnět k vyšetření dává většinou rodina, ale může jej dát i škola po dohodě a se souhlasem rodičů dítěte. Odborné vyšetření je pak podkladem pro zařazení dítěte do speciálního vzdělávání. Na základě tohoto odborného vyšetření je také dítěti (popř. rodině) poskytována speciálněpedagogická péče ze strany školy, školského poradenského zařízení, či střediska výchovné péče. Tato speciálněpedagogická péče je tedy poskytována dětem, žákům a studentům, kteří jsou zařazeni do speciálního vzdělávání ve speciální škole nebo specializované třídě, nebo kteří jsou vzděláváni formou individuální integrace. (Richter, Hutýrová, Elznerová, Kupka, 2011) Jelikož se v dnešní době nachází celá řada zařízení, která se zabývají specifickými poruchami chování, vymezíme si alespoň nejzákladnější, jako jsou pedagogicko-psychologická poradna, střediska výchovné péče, OSPOD.

3.3.1 Školské poradenské pracoviště

Pokorná (2010) uvádí, že pro rodiče je velice výhodné, pokud mohou hned při prvních náznacích jakékoli poruchy spolupracovat s třídním učitelem. Třídní učitel se totiž také většinou stává první osobou, která si těchto náznaků povšimne. Pro rodiče je přijatelnější domluvit se právě s ním na strategii a dalších postupech, než vyhledávat ihned pomoc poradenského zařízení.

Další osobou, která se zabývá poradenstvím ohledně specifických poruch chování v rámci ZŠ, je výchovný poradce. Jeho pomoci je využíváno většinou současně při spolupráci s třídním učitelem, nebo tehdy, kdy se spolupráce rodičů s třídním učitelem z různých důvodů nedaří. Funkce výchovného poradce je zřízena na každé základní škole, proto by pro rodiče neměl být problém jeho pomoc vyhledat. Výchovný poradce je učitel, který se mimo výuku zabývá speciálními potřebami žáků dané školy. Většina výchovných poradců prochází speciálními dvouletými vzdělávacími kurzy. (Pokorná, 2010) Povinnosti výchovného poradce vycházejí ze Školského zákona č. 561/2004 Sb. Vyhlášky č. 72/2005 Sb. o poradenských službách ve školách a školských poradenských zařízeních, která je doplněna vyhláškou č. 116/2011 Sb. Uvedeme si alespoň některé povinnosti výchovného poradce, které se týkají mimo jiné i problematiky dětí s ADHD syndromem:

- kariérové poradenství a poradenská pomoc při rozhodování o další vzdělávací a profesní cestě žáků;

- vyhledávání a orientační šetření žáků, jejichž vývoj a vzdělávání vyžadují zvláštní pozornost a příprava návrhů na další péči o tyto žáky;
- zajišťování nebo zprostředkování diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb a intervenčních činností pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami;
- příprava podmínek pro integraci žáků se zdravotním postižením ve škole, koordinace poskytování poradenských služeb těmto žákům školou a školskými poradenskými zařízeními a koordinace vzdělávacích opatření u těchto žáků;
- zprostředkování nových metod pedagogické diagnostiky intervence;
- metodická pomoc pedagogickým pracovníkům školy (v otázkách kariérového rozhodování, integrace, IVP, práce s nadanými žáky);
- předávání odborných informací pedagogickým pracovníkům školy;
- poskytování informací o činnosti školy, školských a dalších poradenských zařízeních v regionu, o jejich zaměření, kompetencích;
- shromažďování odborných zpráv a informací o žácích v poradenské péči v dalších poradenských zařízeních;
- řešení kázeňských a prospěchových problémů;
- pomáhají v případech vztahových, citových či rodinných problémů u jednotlivých žáků.

3.3.2 Pedagogicko-psychologické poradny

Poradny spadají pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a jsou veřejnosti nejznámějším typem poradenského zařízení. „*Kromě základních i odborných informací poskytuje PPP také diagnostické služby, konzultace, pomoc při volbě povolání, spolupracuje při vytváření individuálních vzdělávacích plánů, příp. zajišťuje služby rané péče, půjčování speciálních pomůcek apod.*“ (Slowík, 2007)

Pokorná (2010) ve svojí publikaci uvádí, že doporučení k návštěvě pedagogicko-psychologické poradny dostávají rodiče nejčastěji právě od třídního učitele a výchovného poradce. Je samozřejmé, že konečné rozhodnutí je na rodiči, který doporučení může, ale i nemusí akceptovat. K návštěvě pedagogicko-psychologické poradny se však rodič může rozhodnout také sám, z vlastní vůle, bez jakéhokoliv doporučení. K návštěvě PPP je třeba VŽDY nutný souhlas rodiče (popř. zákonného zástupce) dítěte! Pokorná (2010) se dále zmiňuje, že pedagogicko-psychologické poradny jsou již rozšířeny po celé ČR a své sídlo mají v každém okresním městě. V každé PPP se nachází psycholog, který má na starosti příslušnou základní školu a právě na něj rodiče dostávají kontakt od vedení školy, či přímo

od třídního učitele. Mimo psychologa najdeme v PPP dále ještě speciálního pedagoga, logopeda a sociální pracovníky. Činnost poraden se uskutečňuje ambulantně (na pracovišti poradny) a terénně (návštěvy zaměstnanců).

V pedagogicko-psychologické poradně bývá žák s ADHD syndromem podroben psychologické a speciálně pedagogické diagnostice. PPP tedy provádí individuální psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku dětí předškolního věku, žáků základních škol a žáků středních škol s problémy v adaptaci a s výchovnými problémy, včetně specifických poruch chování. Tuto diagnostiku může provádět také speciálněpedagogické centrum, avšak v České republice se, jak uvádí Vojtová (2010), nachází pouze jedno speciálněpedagogické centrum pro děti se specifickými poruchami chování a to v Praze na Zlíchově. Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika slouží jako podklad:

- pro integraci žáků se specifickými poruchami učení a chování nebo pro specializovanou péči v rozsahu integrace;
- pro návrhy na zařazování a přerazování žáků se specifickými poruchami učení a chování do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy pro tyto žáky.

Další důležitou činností, kterou provádí PPP je psychologická a speciálně pedagogická intervence. Vojtová (2010) zmiňuje, že u dětí s ADHD syndromem není cílem intervence odstranění potíží, nýbrž podpora kompetencí dítěte/žáka, které by mu pomohly symptomy poruchy ovládat a řídit v co nejširší míře. Jako další, neméně důležitý intervenční cíl, uvádí posilování odolnosti rodičů a učitelů vůči negativním vlivům symptomů poruchy ADHD. *„Sociální vztahy a interakce jsou důležitým intervenčním prostředkem, který intervenční účinky posiluje nebo oslabuje. Zdravé sociální prostředí rodiny a třídy jsou pak předpokladem úspěchu intervence.“* (Vojtová, 2010, s. 162)

Psychologická a speciálněpedagogická intervence:

- poradenská intervence (včetně telefonické) u dětí předškolního věku, žáků základních škol a žáků středních škol, zákonných zástupců a pedagogických pracovníků v životní krizi či nouzi a individuální pomoc těmto jedincům při zpracování krize v případech problémů, které negativně ovlivňují vzdělávání dítěte nebo žáka;

- individuální práce s dětmi předškolního věku s nerovnoměrným vývojem, s obtížemi v adaptaci apod.;
- základní individuální a skupinová reedukace žáků se specifickými poruchami učení a specifickými poruchami chování, jejichž problémy vyžadují odborně mimořádně náročnou speciálně pedagogickou péči;
- individuální práce se žáky základních škol a žáky středních škol s obtížemi v adaptaci, s osobnostními, sociálně-vztahovými a podobnými problémy, které negativně ovlivňují jejich vzdělávání;
- kariérové poradenství pro žáky základních a středních škol a studenty vyšších odborných škol (individuální a skupinové);
- poradenské nebo terapeutické vedení rodin s dítětem nebo žákem (v případech problémů, které negativně ovlivňují vzdělávání dítěte nebo žáka);
- poradenské konzultace a krátkodobé poradenské vedení zákonných zástupců dětí předškolního věku a žáků základních škol (popřípadě i žáků středních škol), kterým je poskytována individuální nebo skupinová diagnostická a intervenční péče poradny;
- poradenské konzultace a doporučení pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím děti a žáky, kterým je poskytována individuální nebo skupinová diagnostická a intervenční péče poradny (tzv. intervence ve škole pro žáky).

V neposlední řadě provádí PPP informační a metodickou činnost a přípravu podkladů pro vzdělávací opatření, dokumentace apod. Tato příprava podkladů slouží:

- pro integraci žáků se specifickými poruchami učení a chování do základních a středních škol;
- pro zařazení žáků se specifickými poruchami učení a chování do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy pro tyto žáky.

3.3.3 Střediska výchovné péče

Střediska výchovné péče zajišťují preventivně-výchovnou péči pro děti, žáky a studenty s rizikem vzniku a vývoje poruch chování, přičemž poskytují svou intervenci také rodičům (zákonným zástupcům) nebo škole. Ve střediscích pracují pedagogičtí pracovníci, speciální pedagogové a psychologové, na které se lze obracet v případech problémů v chování dětí, žáků a studentů.

Střediska výchovné péče jsou od roku 1991 součástí sítě školských zařízení preventivně výchovné péče a školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy. Vychází ze zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ze zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, z vyhlášky č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče.

formy činností:

- poskytování jednorázové poradenské intervence;
- individuální činnosti s klientem;
- skupinová činnost s klienty;
- poskytování služeb zákonným zástupcům nezletilého klienta;
- spolupráce se školami;
- spolupráce se školskými poradenskými zařízeními;
- spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí;
- spolupráce se zdravotnickými zařízeními.

rozsah činností:

- Jednorázové vedení klienta – odborná poradenská pomoc poskytnutí dítěti, kdy není zájem o další spolupráci, může se jednat také o konzultaci poskytnutou zákonnému zástupci dítěte (osobní a telefonická) - nevede se dokumentace;
- Krátkodobé vedení klienta – odborná činnost s klientem v ambulantním zařízení, která je ukončena do 2 měsíců;
- Dlouhodobé vedení klienta - poskytování diagnostických, preventivně výchovných a poradenských služeb v oddělení ambulantním, popřípadě celodenním nebo internátním, které trvá celkem déle než 2 měsíce.

3.3.4 Sociálně-právní ochrana dětí

„Mělo by se zabránit trvalejšímu konfliktu mezi rodinou a školou. Škola se má obrátit na OSPOD, pokud už vyčerpala všechny své možnosti a mechanismy – jako jsou integrace, asistent pedagoga, spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou a dalšími odborníky. OSPOD může s rodinou pracovat nebo zprostředkovat pobyt např. ve středisku výchovné péče

či zdravotnickém zařízení (dětské oddělení psychiatrické léčebny).“ (Richter, Hutytová a kol., 2011, s. 14)

Orgán sociálně-právní ochrany dětí je odbor péče o děti a mládež příslušného pověřeného městského úřadu. OSPOD je veřejností velmi často nazýván tzv. “sociálkou“. Tento orgán má mimo jiné zastupovat zájmy dítěte v řízeních, ve kterých se rozhoduje o nezletilých dětech.

Pro představu konkrétní práce Orgánu sociálně-právní ochrany dětí s dětmi s ADHD syndromem si můžeme uvést aktuální projekt Centra pro rodinu a sociální péči, který vypracovala Mgr. Zdeňka Rohrerová pod názvem Podpora a další doprovázení dětí z neúplných rodin, dětí se syndromem ADHD a jejich rodičů. Tento projekt byl realizován od ledna do prosince 2012 Centrem pro rodinu a sociální péči ve spolupráci právě s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí Jihomoravského kraje. Cílem projektu je pomoc při zajištění co nejvhodnějších podmínek pro vývoj dětí, kterým je díky podpoře MPSV možné poskytnout další aktivity a formy podpory.

Hlavní aktivity projektu:

- individuální pravidelné poskytování vzdělávacích a psychosociálních činností, zaměřených na rozvoj klíčových kompetencí dětí;
- konzultace.

Cíle projektu:

- podpora dětí v neúplných rodinách a dětí s ADHD v souvislosti s eliminací či zamezení sociálně patologickému chování.

3.4 Školská integrace

Pojem integrace, respektive školní integrace představuje přístupy a nejrůznější způsoby zapojení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do vzdělávání do běžných škol. To znamená, že žáci navštěvují školy v jejich okolí, běžné třídy odpovídající jejich věku a nejsou nijak segregováni. Dochází tedy ke vzdělávání dětí intaktních společně s dětmi s jakýmkoliv handicapem. Úspěšnost školské integrace si vymezíme v následující kapitole, jelikož se jedná o kombinaci mnoha složek.

Podmínky, formy a zabezpečení integrovaného vzdělávání ve škole vymezuje *Vyhláška č.73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*.

Při integraci dětí s hyperaktivitou a poruchou pozornosti se tak snaží učitelé, vychovatelé a další odborníci včetně rodičů najít a uplatnit postupy, které svojí náročností odpovídají schopnostem integrovaného žáka. Během procesu integrace dochází ke snaze využít potenciál žáka, zapojit jej do školního klimatu. I žáci se specifickými poruchami chování jsou schopni podávat dobré výkony, avšak za podmínky vytvoření vhodných podmínek a zvolení správných postupů jak ve výchově, tak i ve vzdělávání.

Integrace žáka s ADHD syndromem však není snadná. Jedná se o nelehký úkol nejen pro učitele a pro integrované dítě, ale také pro ostatní spolužáky. Na samotného pedagoga jsou přitom kladeny vysoké nároky – musí být schopen věnovat se všem dětem ve třídě a současně zvýšenou pozornost směřovat na integrovaného žáka. Na integraci dítěte s ADHD/ADD syndromem má veliký vliv také klima třídy. Při integraci se doporučuje rodičům konzultace se speciálním pedagogem, psychologem výchovným poradcem a metodikem prevence na dané ZŠ.

Výhody integrace:

- integrace připraví dítě lépe na dospělý život v běžném prostředí;
- integrace do běžné základní školy klade na jedince vyšší nároky, proto za splnění vhodných podmínek a postupů může být integrovaný jedinec vzděláván kvalitněji;
- kontakt dětí se speciálními vzdělávacími potřebami s ostatními vrstevníky (schopnost navázat přátelství, snazší přijetí a pochopení rozdílů, ochota pomáhat);
- týmový práce (učitelé běžné základní školy, speciální pedagogové, psychologové, pedagogický asistent, rodiče);
- větší zapojení rodičů.

Integrace by se mohla tedy zdát jako nejvhodnější a pro dítě vždy nejlepší forma vzdělávání, ale mnohdy je třeba si dát pozor, aby se nebylo zanedbáno splnění všech zásad a podmínek a aby se tak z integrace nestalo pouhé umístění žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do běžné základní školy bez podpory a služeb, které k úspěšné integraci dítě potřebuje. Je také nutné, aby si učitel uvědomil, že pokud má ve svojí třídě integrovaného

žáka, nemůže očekávat, že se všichni žáci budou učit tytéž věci, ve stejnou dobu a stejným způsobem.

Formy integrace:

1. *individuální integrace* – začlenění jedince s postižením do běžné třídy základní školy (mezi zdravé spolužáky);
2. *speciální třídy* – třída na běžné základní škole, do které je zajištěn minimální počet dětí s postižením, působí zde speciální pedagog, užívají se speciálněpedagogické metody.

3.4.1 Faktory ovlivňující úspěšnost školské integrace

Jak uvádí Valenta (2003), snaží se publikace zaměřené na integraci žáků většinou vymezit podmínky, které napomáhají k úspěšné integraci. Sám jako hlavní faktory vymezuje *rodinu a rodiče, školu, učitele, poradenství a diagnostiku, prostředky speciálněpedagogické podpory a další faktory* (architektonické bariéry apod.). Faktory se nedají řadit dle důležitosti, jelikož každý handicap upřednostňuje jiné potřeby. Samo dítě přirozeně nepatří do faktorů ovlivňujících úspěšnost školské integrace, jelikož je přímo aktérem procesu. „*Dítě není do školy přijímáno proto, a není ani smyslem integrace, aby bylo „znormalizováno“.* Podstatou a základním předpokladem úspěšné integrace je naopak poskytnutí odpovídajících prostředků speciálněpedagogické podpory.“ (Valenta, 2003, s. 35)

Rodina

Podle Valenty (2003) má rodina v životě dítěte výsadní postavení. To platí také při integraci dítěte. Prvním důležitým aspektem, kterým může rodina, popř. rodiče ovlivnit školskou integraci dítěte je fáze přijetí, ve které se rodiče nacházejí. Jedná se o způsob reakce rodičů na oznámení toho, že jejich dítě je (bude) těžce postižené. Valenta (2003) vymezuje nejčastější variantu stupnice: *šok, zavržení, bolest, pochopení, přijetí*. Další aspekty ovlivňující úspěšnost školské integrace mohou být již citově ovlivněny, či zvýrazněny povahou a přístupem rodičů, patří sem např. obavy o zdraví dítěte, nedůvěra vůči škole, ekonomická nejistota, zvýšená psychická i fyzická unavitelnost.

Pokud rodiče uvažují o integraci svého dítěte, vymezuje Valenta (2003) nejdůležitější specifika, které by k tomuto kroku měla být dodržena:

- dospět k pevnému rozhodnutí o daném typu vzdělávání;
- najít schopnou a ochotnou školu přijmout a vzdělávat dítě s postižením;
- zabezpečit nespočet obslužných činností a počítat s vyšší angažovaností.

Škola a prostředky speciálněpedagogické podpory

Valenta (2003) uvádí, že při rozhodnutí integrovat dítě do běžné základní školy by měl být respektován princip návštěvy školy nejbližší místu bydliště žáka. V současnosti se jedná však spíše o výjimku, než o pravidlo. Ne všechny školy jsou připraveny na přijetí žáka s různým druhem postižení. Rozhodující roli zde má především *možnost poskytnutí speciálních pomůcek, výchovná atmosféra ve škole a postoje jednotlivých pedagogů vůči integraci.*

Škola, ve které je integrovaný žák, má samozřejmě právo využívat prostředků speciálněpedagogické podpory jako *je podpůrný učitel, asistent, rehabilitační pomůcky, kompenzační a učební pomůcky.*

Učitel by jistě měl k integrovanému dítěti mít speciální přístup. O tom, zda berou učitelé ohled na žáka s ADHD např. při klasifikaci dělala průzkum Reicheltová ve svojí bakalářské práci s názvem Vzdělávání dětí s ADHD (2011).



Obr. 3. Výzkum Reicheltové (2011)

3.4.2 Individuální vzdělávací plán

Během vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je mnohdy nutné, či dokonce nezbytné, aby bylo dítě vzděláváno za pomoci individuálního vzdělávacího plánu. Individuální vzdělávací plán (dále jen IVP) je nedílnou součástí při integraci dětí, žáků a studentů se specifickými vzdělávacími potřebami do běžných ZŠ popř. SŠ. Jak bylo již zmíněno v předchozí kapitole, řídí se IVP dle §18 školského zákona č. 561/2004 Sb. a dle §6 vyhlášky č. 73/2005. IVP je součástí dokumentace žáka a současně slouží jako podklad pro požadavek ředitele na navýšení finančních prostředků a pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka.

Jak bylo již zmíněno, IVP se stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, také pro žáka skupinově integrovaného a dále pak pro žáka s hlubokým mentálním nebo pro žáka speciální školy. IVP vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, případným doporučením praktického lékaře nebo dalšího odborníka, a vyjádřením zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. Zpravidla je vypracováván ještě před nástupem žáka do školy, nejpozději však 1 měsíc po jeho nástupu do školy, popřípadě po zjištění speciálních vzdělávacích potřeb. IVP může být následně během roku doplňován a upravován. Za zpracování IVP odpovídá ředitel školy a jeho tvorba probíhá ve spolupráci se školským poradenským zařízením a zákonným zástupcem žáka (popř. zletilým žákem). Tímto však činnost školského poradenského zařízení nekončí, dále totiž dvakrát ročně kontroluje a vyhodnocuje dodržování postupů v IVP a poskytuje žákovi, škole i zákonnému zástupci žáka poradenskou pomoc.

Individuální vzdělávací plán obsahuje:

- informace o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče žákovi včetně zdůvodnění;
- informace o cíli vzdělávání žáka, časovém a obsahovém rozvržení učiva, včetně případného prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání, volbě pedagogických postupů, způsobu zadávání a plnění úkolů, způsobu hodnocení, úpravě konání závěrečných zkoušek, maturitních zkoušek nebo absolutoria;
- vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem a rozsah práce;

- seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nutných pro výuku žáka nebo pro konání příslušných zkoušek;
- jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka;
- návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák vzdělává;
- předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků nad rámec prostředků státního rozpočtu poskytovaných podle zvláštního právního předpisu;
- závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření.

3.5 Kázeň ve škole

„Kázeň je jako šuplík, který když není dobře srovnaný, vzpříčí se a nelze ho zavřít.“
(Bendl, 2004, s. 19)

Zejména v posledních letech je bídný počet učitelů na školách až alarmující. Co se změnilo od dob, kdy byl učitel považován za autoritu, za člověka, který vždy umí poradit, který se ve všem vyzná a který je pro děti vzorem, co se týče slušného chování, ukázněnosti, vědomostí a přístupu k lidem? Nejčastější odpovědí je dnes „V dnešní době jsou děti nevychované, to za nás nebylo.“ Ano, technologie i poznatky se neustále vyvíjí obrovskou rychlostí, také podmínky, možnosti a prostředky jsou jiné než v dřívějších dobách, ale lidská povaha? A právě s vývojem těchto možností se současně vyvíjí i kázeňské problémy. Nekázeň je totiž neoddělitelnou součástí vzdělávání a výchovy již od prvopočátků.

Články v novinách, či reportáže různých médií o kázeňských problémech na školách jsou v podstatě již na denním pořádku a staly se již jakousi neoddělitelnou součástí dnešního světa. Šokující případy, kdy mladistvý žák zastřelil na svojí škole několik učitelů a spolužáků se prozatím České republice úspěšně vyhýbají, ale není žádným tajemstvím, že obchody se zbraněmi, prostituce či užívání drog jsou učitelům i na českých školách velice známé. K nejčastějším kázeňským problémům patří v dnešní době slovní napadání, drogy (alkohol), šikana. Většinou se objevují na 2. stupni základních škol, ale bohužel jsou i případy, kdy se s nimi setkáme již na 1. stupni ZŠ.

„Existuje celá řada definic kázně. Někteří autoři hovoří o kázni jako o souboru opatření pro dodržování určitých norem chování (Lindner, Bagley), jiní chápou kázeň jako soubor zákonů, kterými se řídí skupina jednotlivců, kteří mají tytéž potřeby, povinnosti

i ideál (Kádner, Girardová). Jedni rozumí kázní podřízení se autoritě, pořádku, či určitému řádu (Uher, Hendrich), druzí rozumí kázní kombinaci znalostí a zachování pravidel určených pro určenou oblast (Raskin), další hovoří o kázni v širším a užším slova smyslu, jiní zase zdůrazňují více její vnitřní, či vnější aspekt.“ (Bendl, 2011, s. 33)

Z řad definic a názorů vyplývá, že kázeň je pevně spojena s normami, respektive s *dodržováním norem*. Bendl (2004) definuje kázeň jako dodržování zadaných norem, kterého si je člověk plně vědom. Dále uvádí, že co se týče norem chování, je kázeň velice úzce spojena s mravností, avšak nejedná se o synonyma. Kázeň i morálka jsou založeny na pravidlech lidského chování i jednání, dodržování příkazů a respektování zákazů, či zásad. Miroslav Cipro (1996, in Bendl, 2011) označuje kázeň jako přísnější sestru morálky.

Co se týká přímo školní kázně, vymezuje Bendl (2011) dvě hlavní normy. První normou je školní řád (psaná norma), druhou normou jsou slovní pokyny vedení školy, učitelů a jiných zaměstnanců školy (nepsaná norma). Nedílnou součástí norem je legislativa (povinná školní docházka, ohrožování mravní výchovy mládeže aj.) - s ní nejsou žáci seznamováni, ale to podstatné bývá většinou součástí školního řádu nebo pokynů pedagogických pracovníků.

Čapek (2010) uvádí, že kázeň je jednou z hlavních položek třídního klimatu. Třídní klima můžeme chápat celkové rozpoložení, které třídy utváří. Další aspekty utvářející klima třídy jsou: vyučovací metody a edukační aktivity, komunikace ve třídě, již zmíněné kázeňské vedení třídy, vztahy mezi žáky ve třídě, participace žáků a prostředí třídy. Tyto aspekty jsou vytyčeny učitelům a žákům, ale vedle nich jsou důležitým tvůrcem klimatu současně rodiče. Způsoby, jak přimět rodiče ke spolupráci jsou například profesionalita učitele, vhodná komunikace s rodiči (popř. s rodičem), optimismus a pozitivní postoj, vstřícnost.

3.5.1 Příčiny školní nekázně

Příčiny neukázněného chování nemusí být vždy zřejmé a může se jednat o celou řadu faktorů. Některé příčiny jsou stejné už řadu let, jiné mohou vznikat působením prostředí, či okolností, ve kterých jedinec vyrůstá.

Hlavní příčiny nekázně žáků:

- větší dávka vrozené agresivity u některých dětí;
- některé formy onemocnění či poruchy chování;
- nedostatky ve výživě dětí;
- nedostatečná výchova v rodině;

- životní prostředí;
- nekázeň ve společnosti;
- negativní vliv mediálního násilí;
- přetíženost dětí;
- skutečnost, že některým dětem déle trvá, než přivyknou školnímu režimu;
- nuda;
- předvádění se chlapců před děvčaty a naopak;
- boj žáků (zejména chlapců) o moc;
- vzájemné antipatie mezi žáky, popř. mezi učiteli a žáky;
- nevábivé školní prostředí;
- neuspokojivé hygienické podmínky včetně nedostatku příležitostí pohybu o přestávkách;
- snaha některých žáků na sebe upozornit;
- málo učitelů – mužů na základních školách;
- „fyziologická neposlušnost“;
- „testování“ učitele;
- školní neúspěšnost;
- nevyhovující atmosféra ve školách;
- chování některých učitelů.

(Bendl, 2004)

3.5.2 Projevy nekázně

„Za projevy špatného chování dětí je třeba vidět cíl, kterého chtějí svým chováním dosáhnout.“ (Bendl, 2011, s. 79) I takto by se dala jednou větou vyjádřit teorie rušivého chování žáků podle psychiatra Rudolfa Dreikurse. Autor teorie vychází z názoru, že pokud chceme nevhodné chování dítěte napravit, musíme nejdříve pochopit důvody a příčiny tohoto chování. Hlavním předpokladem této teorie rušivého chování je, že dětem, které zlobí, chybí jistota. Tyto děti jsou podle Dreikurse přesvědčeny, že se nemohou prosadit běžným způsobem chování, a proto volí cestu záporného jednání. Dreikurs rozlišuje 4 „cíle“ (skupiny), a sice podle toho, čeho chce dítě svým záporným chováním dosáhnout.

1. *upoutání pozornosti* – dítě se mylně domnívá, že si ho všimá někdo pouze tehdy, když na sebe upozorňuje;
2. *moc* – dítě se mylně domnívá, že někam patří pouze tehdy, pokud poroučí a je pánem;

3. *msta* – dítě se mylně domnívá, že někam patří pouze v případě, kdy ubližuje jiným;
4. *předvádění vlastní neschopnosti* – dítě se mylně domnívá, že někam patří pouze tehdy, kdy svému okolí ukazuje svoji neschopnost.

3.5.3 Kázeňské prostředky

Podle Bendla (2004) jsou kázeňské prostředky vše, co napomáhá k ukáznění žáků. Z toho tedy vyplývá, že ke kázeňským prostředkům řadí sociální a jiné kompetence učitele, sociální dovednosti učitele, motivace žáků, přísnost-důslednost učitele, přirozenou autoritu učitele, estetické prostředí školy, třídy aj. Z velkého množství kázeňských zásad uveďme alespoň pár, které vymezil Bendl (2004)

- zvyšování sebevědomí žáků;
- pěstování důvěry a spolupráce mezi žáky;
- rozvíjení pozornosti, soustředěnosti a sebeovládání žáků;
- charakteristiky učitele napomáhající ukázněnosti žáků,
- výchovný styl učitele;
- náhodné situace, které žákům ukáží, jak mají učitelé náročné povolání.

Uvedené zásady nemají pouze funkci nápravy nekázně, ale jejich primární funkce spočívá v udržování kázně a vedení ke kázni.

Bendl dále přebírá nejzákladnější rozdělení kázeňských prostředků, které jsou: *příklad, slovo, zaměstnání, dozor, trest, odměna*. (Švadlenka in Bendl, 2004, s. 65)

Pojďme si nyní představit alespoň okrajově základní kázeňské prostředky podle Bendla (2004)

- „*příklad*“ vymezuje jako prostředek, jež lidem prezentuje chování ve smyslově vnímatelné či alespoň konkrétně představitelné podobě;
- kázeňským prostředkem „*slovo*“ označuje skupinu, do které patří rozkaz, napomenutí, výstraha, vysvětlování, přesvědčování, rada, poučení, prosba;
- „*zaměstnání*“ neumožní čas na vytváření „lumpáren“;
- „*dozor*“ neboli kontrola popisuje jako pozorování sledování někoho, nebo něčeho, co je svěřeno do naší péče.

Odměna a trest patří mezi nejznámější a současně také mezi nepoužívanější kázeňské prostředky a přitom se od sebe značným způsobem liší. Zatímco odměna je typický kázeňský prostředek, trest je spíše prostředek nápravy nekázně, jeho primární funkcí je tedy na rozdíl od odměny právě náprava. Sám Bendl (2004, s. 106) definuje trest jako „*nepříjemný následek zla, resp. neukázněného či nezákonného jednání.*“ Čapek (2010) uvádí, že dobře realizované odměny a tresty jsou základním bodem kázeňského vedení třídy. Podle něj, žák v očekávání odměny zvýší výskyt odměňovaného chování a v očekávání trestu sníží výskyt trestaného chování.

Druhy trestů podle Bendla (2004)

- administrativní opatření k posílení kázně;
- testy založené na zesměšňování a ironii;
- omezení volného času žáků;
- pracovní trest;
- vtipný trest;
- hromadný trest;
- odebrání věcí;
- peněžitý trest;
- vyloučení z kolektivu;
- přirozený trest (náhrada škody, náprava škody, vystavení opačné situaci);
- alternativní trest.

3.6 Ovlivnění projevů ADHD pomocí relaxačních technik v podmínkách školy

„*Relaxační techniky u dětí s ADHD přispívají k jejich zklidnění, zlepšení jejich výkonnosti, sebeovládání a sebekontroly. To vše vede k naučení zvládat zátěžové situace.*“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 133) Relaxační techniky zklidňují projevy hyperaktivity, neboť při nich dochází k fyzickému uvolnění, k uvolnění svalů a tím i k uvolnění psychického napětí. Pokud dítě tráví hodně času ve škole, školní družině nebo chodívá z MŠ až ke konci pracovní doby, bývá neklidnější, nesoustředěnější a více unavené neboť nemá zajištěno pravidelné střídání práce s odpočinkem. Relaxace může alespoň z části ovlivnit mechanismy, které jsou pro dítě porušené.

Nejčastější ovlivnění projevů:

- *tlumení zvýšené aktivity* – můžeme využít klasické relaxační cvičení (KRCv), která se zaměřují na uvolnění a odpočinek, další možností je použití dechových cvičení (DCv), která buď tlumí, nebo povzbuzují k aktivitě;
- *zmírnění zvýšené unavitelnosti* – dosáhneme KRCv nebo i použitím relaxačními aktivizačními cvičeními (RACv);
- *zlepšení koncentrace pozornosti* – ovlivníme KRCv, jógovými koncentračními cvičeními i DCV;
- *zlepšení úrovně myšlení a paměti* – KRCv, DCv, jógová koncentrační cvičení;
- *zlepšení celkové motorické neobratnosti a koordinace* – jógové cviky, KRCv;
- *ovlivnění agresivity a afektivity* – různé relaxační cviky.

Děti s ADHD syndromem bývají úzkostnější, v dospělosti jsou náchylnější k depresivním stavům.

3.6.1 Jak působí relaxační techniky

„Uvolněním svalového i fyzického napětí a regulací rytmu dýchání dosáhneme uvolnění psychického.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 136) Z tohoto poznatku můžeme mluvit též i o psychofyzických technikách.

Součástí RT bývá i **imaginace**, představy pomáhající prohloubit duševní a vnitřní klid jedince. Můžeme říci, že jde o záměrné snění. Abychom se mohli správně přenést do imaginace, musíme si vycvičit **koncentraci**. Schopnost soustředit se na danou představu, jež ovlivňuje organismus. Tím pádem se naučíme rychleji přepínat mezi aktivitou a klidem. *„Dechová cvičení ovlivňují okysličení krve a výměnu všech dýchacích plynů. Čím nižší je okysličení krve, tím vyšší jsou koncentrace CO₂ a tím pádem je vyšší nervová dráždivost.“* (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 136)

Z fyziologického hlediska víme, že nádech má aktivizující funkci a výdech je založen na uvolnění. Nácvik DC můžeme navodit pomocí autogenního tréninku, ale jak uvádí Jucovičová (2010) pro děti s ADHD je toto užití sporné. Více se k této spornosti nevyjadřuje. Pokud dítě kontroluje svůj dech, koncentruje se a tím pádem využívá schopnost práce s dechem, dle jeho potřeby. Při zklidnění dýchání, dochází ke zklidnění mysli a tím pádem může dítě zachovat klidnou hlavu v situacích pro něj nepříznivých.

Jako vhodné sporty pro jedince se syndromem ADHD vidíme hlavně v skupině, která není zaměřena na celkový dokonalý výkon, ale na koncentraci, uvolnění a uspokojení vlastních dovedností. Též ty při, kterých se nacvičuje správný postoj těla, a posilují svaly. Mezi vhodné sporty můžeme zařadit jógu, power jogu, pilates, jízdu na kole, jízdu na koni, in-line bruslích, plavání, šipky.

3.6.2 ADHD a specifika relaxace

Jelikož jsou relaxační techniky náročné na soustředění a na pozornost, musíme být při jejich nácviku s dětmi se syndromem ADHD trpěliví, zpočátku postupovat po malých, krátkých krocích (zhruba 2-3 minuty, později prodloužit na 5-10 minut či déle). Při používání imaginace musíme dávat u dětí pozor na negativní reakci, neboť děti v mladším věku mají nadmíru rozvinutou fantazii. Imaginaci volíme vždy s ohledem na věk dítěte, využíváme jemu známých, představitelných činností, postav (pohádkové postavy, povolání). Pokud se nám však stane, že se imaginace dostane do negativních hranic, měli bychom mít vždy připravené a smluvené heslo, které tento pochod utne a pokusí se vrátit do přijatelné roviny. „Kouzelný dědeček nás převede na místo, kde...“

„Cílem je naučit tyto děti rychle se uvolnit i v běžných životních situacích a zase se rychle aktivizovat.“ (Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 138)

Relaxační techniky můžeme využívat neustále, v každé době, na vhodném místě a máme mnoho variabilit poloh nácviku. Děti v rodinách by si měli cvičit před usínáním. Techniky se mají měnit, podle potřeby a cíle využití. Vždy se přikláníme ke známější a kratší relaxaci, která využívá imaginaci či dechová cvičení.

Obecné zásady pro nácvik

Nejdůležitější zásadou je seznámení se s danými dětmi, hlavně s problematikou týkající se jejich specifík a zdravotního stavu. O každém dítěti, se kterým provádíme relaxaci, bychom měli mít dobré mínění, neboť při relaxaci jde i o vytváření přátelských, pozitivních vazeb, toleranci, pochopení a úcty.

- relaxační techniky musíme sami znát a věřit jim;
- děti dopředu seznámíme s účinky a cílem relaxace - když budou vědět, co se bude dít, můžeme předejít nežádoucím reakcím;
- relaxaci by měl doprovázet pohyb – je známo, že po vykonané aktivitě lépe přecházíme do klidové fáze;

- vytvoření hranic pro děti s ADHD;
- zábavné zaměření imaginace;
- délka relaxace je přizpůsobena potřebám dětí;
- při nácviku technik není žádný pohyb špatně – RT neděláme pro efekt vnějšího okolí, ale pro každého z nás;
- pokud dítě nereaguje tak, jak bychom chtěli, nesmíme dávat najevo zklamání – důvodem mohou být jakékoliv rušivé elementy z venku, zdravotní stav, pro ně nepříliš dobře časově zvolená délka;
- na relaxaci by měla následovat reflex;
- pravidelnost cvičení;
- nikdy děti do cvičení nenutíme – kvůli dostavení negativního efektu;
- čím dříve u dítěte ukotvíme základy relaxace, tím bude lépe připraveno zvládat zátěžové chvíle.

(Jucovičová, Žáčková, 2010, s. 132-143)

Závěr

Ve svojí bakalářské práci jsem se zabývala dítětem s ADHD syndromem. Vymezila jsem symptomy tohoto syndromu a dále jsem se zaměřila na žáka s ADHD syndromem v podmínkách běžné základní školy. K souhrnu všech informací jsem využila množství publikací českých i zahraničních autorů, zabývajících se problematikou hyperkinetického syndromu, elektronické publikace a v neposlední řadě také legislativní vymezení. Ve svojí práci jsem se snažila postupovat a třídit informace tak, aby byly prospěšné především pro pedagogy, před nimiž stojí úkol kvalitně a v co nejvyšší možné míře vzdělávat a vychovávat jedince s ADHD syndromem tak, aby nedocházelo k segregaci těchto jedinců, či k jakémukoliv jinému znevýhodňování ve výchovně-vzdělávacím procesu.

Jak jsem již zmínila v úvodu svojí práce, cílem bylo zjistit, zda je v dnešní době pedagog na běžné ZŠ schopen poskytnout dítěti s ADHD syndromem kvalitní vzdělání a výchovu a zda je mu k tomu poskytnuto dostatečné množství informací z učitelského pohledu. Zjistila jsem podrobné informace o nejčastějších projevech ADHD, o diagnostice, o poradenské pomoci (dětem, jejich rodičům, školám i jejich zaměstnancům), o doporučených postupech a zásadách, díky kterým by se výchovně-vzdělávací proces dětí s ADHD syndromem měl vyvíjet bez větších obtíží, či neočekávaných problémů. Možnosti pedagoga zjistit dostatečné množství informací o dětech s ADHD syndromem a o přístupu k nim jsou tedy v dnešní době široké a proto by pro pedagogy neměl být problém zajistit těmto dětem kvalitní výchovně-vzdělávací proces i na běžné základní škole.

Během vytváření této práce jsem se dozvěděla mnoho zajímavých a užitečných informací, týkajících se především přístupů k dětem s ADHD syndromem. Tato práce by tedy mohla přispět k lepšímu pochopení dětí se syndromem hyperaktivity jak ze strany rodičů, tak především učitelů či vychovatelů. Jejich pochopení totiž vede ke vstřícnému jednání, jež vnímá i dítě samotné a mnohdy je pak pro něj snazší překonávat důsledky této poruchy.

Použitá literatura

BENDL, S. *Jak předcházet nekázni aneb kázeňské prostředky*. 1. vyd. Praha: ISV, 2004, 208 s. ISBN 80-86642-14-3.

BENDL, S. *Kázeňské problémy ve škole*. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Triton, 2011, 260 s. ISBN 978-80-7387-436-0.

ČAPEK, R. *Třídní klima a školní klima*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 325 s. ISBN 978-80-247-2742-4.

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. a kol. *Hyperkinetická porucha/ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 208 s. ISBN 978-80-247-2697-7.

MATĚJČEK, Z. *Po dobrém nebo po zlém?* Portál: Praha 1994. ISBN: 80-85282-00-3.

MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008, 120 s. ISBN 978-80-7367-430-4.

NAVRÁTIL, S., MATTIOLI, J. *Problémové chování dětí a mládeže*. Praha: Grada, 2011, 120s. ISBN 978-90-247-3672-3.

PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.

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

RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 314 s. ISBN 80-244-1475-9.

RIEFOVÁ, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7178-287-4.

RICHTER, K., HUTYROVÁ M., ELZNEROVÁ I., KUPKA R. *Co s tím mám dělat?: Problematika rizikového, problémového chování a možného ohrožení dítěte*. Olomouc: Magistrát města Olomouc, 2011. ISBN 978-80-87602-03-4.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.

ŠKVOROVÁ, J., ŠKVOR D. *Proč zlobím?: lehká mozková dysfunkce LMD/ADHD*. Praha: Triton, 2003. ISBN 8072544071.

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997, 168 s. ISBN 80-7178-131-2.

VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.

VOJTOVÁ, V. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 330 s. ISBN 978-802-1051-591.

Elektronické zdroje

ADHD asociace dospělých pro hyperaktivní děti [online]. 2009 [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: <http://www.adehade.cz/>

HUTYROVÁ, M. RŮŽIČKA, M. SPĚVÁČEK, J. *Prevence rizikového a problémového chování*. Olomouc, 2011. Dostupné z: unofor.upol.cz

HOLÁ, M. Hyperaktivita - její projevy a řešení. In: *Zdravě.cz* [online]. 1.9.2010 [cit. 2012-02-18]. Dostupné z: <http://hyperaktivita.zdrave.cz/hyperaktivita-projevy-a-reseni/>

JŮNOVÁ, A. *Nekázeň a agresivita školní mládeže* [online]. Brno, 2010 [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/327220/pedf_m/DIPLOMOVA_PRACE.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

KOLÁŘOVÁ, V. *Problematika dětí spojená se syndromem hyperaktivity (ADHD) v podmínkách prvního stupně základní škol* [online]. Olomouc, 2010 [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: <https://library.upol.cz/aRLreports/kp/85089-854126028.pdf>. Diplomová práce. Univerzita Palackého.

KONEČNÁ. *Edukace žáků s ADHD na základních školách* [online]. Brno, 2008 [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/105594/pedf_m/DP_Konecna.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

MALÁ, E. Farmakoterapie ADHD. In: *Postgraduální medicína* [online]. 2.1.2012 [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/farmakoterapie-adhd-462916>

MATĚJKOVÁ, A. *Žák s ADHD na běžné základní škole* [online]. 2009, Brno [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/209811/pedf_b/Bakalarska_prace.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.

NEHYBA, J. *Řešení kázeňských přestupků ve volném čase (Případová studie sdružení JUNÁK - svaz skautů a skautek ČR)* [online]. Brno, 2010 [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/106930/ff_m/DP_RESENI_KAZENSKYCH_PRESTUPKU.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

RICHNÁKOVÁ, K. *ADHD (nebo-li hyperaktivita)*. In: *VYPLŇTO.CZ* [online]. 2012 [cit. 2012-03-28]. Dostupné z: <http://www.vyplnto.cz/realizovane-pruzkumy/20762/>

RICHNÁKOVÁ, K. – *ADHD (nebo-li hyperaktivita) (výsledky průzkumu)*, 2012. Dostupné online na <http://20762.vyplnto.cz>.

REICHELTOVÁ, K. *Vzdělávání dětí s ADHD*. In: *VYPLŇTO.CZ* [online]. 2011 [cit. 2012-03-28]. Dostupné z: <http://www.vyplnto.cz/realizovane-pruzkumy/vzdelavani-deti-s-adhd/>

REICHELTOVÁ, K. – *Vzdělávání dětí s ADHD (výsledky průzkumu)*, 2011. Dostupné online na <http://vzdelavani-deti-s-adhd.vyplnto.cz>.

ROHREROVÁ, Z. Podpora a další doprovázení dětí z neúplných rodin, dětí se syndromem ADHD a jejich rodičů. *Centrum pro rodinu a sociální péči* [online]. 2012 [cit. 2012-06-18]. Dostupné z: <http://www.crsp.cz/projekty/98-podpora-a-dali-doprovazeni-dti->

Zákony a vyhlášky

Informace MŠMT k zabezpečení vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami s podporou asistence č. j. 14 453/2005-24

VYHLÁŠKA č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky

VYHLÁŠKA č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních.

VYHLÁŠKA č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

ZÁKON č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Karolína Adamcová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Miluše Hutytová, Ph.D
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Možnosti integrace dětí se specifickými poruchami chování v podmínkách základní školy
Název v angličtině:	Possibility of integration of children with specific behavioral disorders in conditions of primary school
Anotace práce:	Hlavním tématem méj bakalářské práce je syndrom ADHD neboli porucha pozornosti s hyperaktivitou. Popisuji všeobecné informace o syndromu, dále se podrobněji věnuji projevům hyperkinetické poruchy a vzdělávání žáků s ADHD, zejména integraci a legislativnímu rámci.
Klíčová slova:	hyperaktivita, impulzivita, pozornost, integrace, specifické poruchy chování, vzdělávání, syndrom ADHD
Anotace v angličtině:	The main topic of my bachelor work is syndrome of ADHD, which means Attention Deficit Hyperactivity Disorder. I describe some basic informations about the syndrome of ADHD, I describe in detail the symptoms of ADHD and education of pupils with ADHD, especially integration and legislative facts.
Klíčová slova v angličtině:	hyperactivity, impulsivity, attention, integration, specific behavioral problems, education, ADHD syndrome
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	55 s.
Jazyk práce:	CZ

