UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH
WYDZIAŁ PEDAGOGIKI I PSYCHOLOGII

mgr Katarzyna Herda-Płonka

ŚRODOWISKO RODZINNE I SZKOLNE WOBEC ZESPOŁU ADHD U DZIECI W MŁODSZYM WIEKU SZKOLNYM

Rozprawa doktorska
przygotowana pod kierunkiem naukowym
prof. dr hab. Jerzego Zielińskiego

Katowice 2009

SPIS TREŚCI

WSTĘP

1. TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ

1.1. Pojęcie środowiska 8

1.1.1. Środowisko rodzinne 9

1.1.2. Środowisko szkolne 13

1.1.2.1. Dyrektor szkoły 14

1.1.2.2. Praca nauczyciela w odniesieniu do nauczania początkowego 16

1.1.3. Współpraca środowiska rodzinnego i szkolnego. 19

1.1.4. Podsumowanie 22

1.2. Zespół ADHD 22

1.2.1. Geneza ADHD 22

1.2.2. Definicja ADHD 25

1.2.3. Zespół ADHD w życiu człowieka 29

1.2.4. Rodzaje ADHD 30

1.2.4.1. ADHD u dorosłego 32

1.2.5. Kryteria diagnozy zespołu ADHD oraz rola specjalistów w diagnozie i terapii 37

1.2.6. Formy leczenia zespołu ADHD 41

1.2.7. Problemy dziecka z symptomami ADHD 44

1.2.8. Szkoła – nauczyciel wobec ucznia z ADHD 46

1.2.9. Podsumowanie 50

1.3. ADHD – aspekty prawne i praktyczne wskazania 52

1.3.1. Stowarzyszenia – placówki działające na rzecz ADHD. 53

1.3.2. Dyskusje na temat stosowania terapii farmakologicznej 61

1.3.3. Prawa przysługujące dzieciom z ADHD. 66

1.3.4. Praktyczne wskazania w pracy z dzieckiem z zespołem ADHD. 70

1.3.4.1. ADHD w pigułce – program CD. 74

1.3.4.2. Jeszcze kilka uwag o wychowaniu i kształceniu dziecka z ADHD. . . . 76

1.3.4.3. Program trzydziestodniowy. 79

1.3.5. ADHD w przyszłości. 83

2. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE WŁASNYCH BADAŃ

2.1. Cel badań 88

2.2. Problemy badawcze 91

2.3. Metody, techniki i narzędzia badawcze 94

2.4. Teren badań 100

2.5. Organizacja badań oraz charakterystyka placówek oświatowych . . . 102

3. ANALIZA ZEBRANEGO MATRIAŁU BADAWCZEGO 112

3.1. Poziom wiedzy rodziców o ADHD 113

3.2. Wyniki badań dyrektorów szkół podstawowych 137

3.3. Nauczyciele nauczania początkowego a ich doświadczenia z ADHD 146

3.4. Studenci i ich wiedza na temat ADHD w świetle przeprowadzonych badań 165

3.5. Porównanie trzech grup respondentów: rodzice – nauczyciele - studenci 182

3.6. Opinia pedagoga szkolnego na temat nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi 197

3.7. Analiza wywiadu w Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej – kierunki, działania skierowane ku dziecku z ADHD 206

3.8. Podsumowanie wyników badań i wnioski 216

Zakończenie 227

Bibliografia

Spis tabel, schematów i wykresów

Aneksy

WSTĘP

Współczesna szkoła pełni nie tylko funkcje dydaktyczno-wychowawcze, ale przede wszystkim przygotowuje do życia w społeczeństwie, do życia zawodowego, jest czynnikiem rozwoju. Praca edukacyjna powinna, więc polegać na kształtowaniu bogatej wewnętrznie osobowości człowieka, a także na przygotowaniu go do „otwarcia się" na świat i innych ludzi.

W tym, więc kontekście, dziecko można porównać do motyla,[1] ponieważ podobnie jak i on przechodzi odpowiednie stadia rozwoju, by w końcu przeistoczyć się „z poczwarki w motyla". Potrzebuje do tego sprzyjających warunków, to jest miłości, poczucia bezpieczeństwa, szacunku i akceptacji ze strony najbliższych mu osób. Nie jest to proste, szczególnie wtedy, gdy dziecko cierpi na zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, określanym jako zespół ADHD.[2]

Od dziecka w młodszym wieku szkolnym oczekuje się odpowiedniego rozwoju w sferze: intelektualnej, społeczno-emocjonalnej i ruchowej. Uczeń w tym okresie ma do spełnienia określone zadania, tj. opanowanie podstawowych umiejętności czytania, pisania i liczenia, wzbogacenie swojej wiedzy o sobie samym i bliskim mu otoczeniu, jak również nabycie umiejętności współżycia z otoczeniem. Jednak nie każde dziecko spełnia powyższe wymagania, zwłaszcza jeśli ma ADHD.

W szkole dziecko z ADHD spotyka się z nowym rodzajem działalności oraz nowym systemem wymagań i obowiązków. Nierzadko, przekraczając próg szkoły, dziecko z zespołem ADHD posiada już pewien bagaż doświadczeń, nawyków i umiejętności, co w konsekwencji decyduje o postępach lub trudnościach dziecka w nauce.

Istnieje przekonanie, że uczeń z zespołem ADHD, to poważny problem dla współczesnej rodziny i szkoły. Trudno jest tym dwóm środowiskom zaakceptować jego „złożoną inność". Być może wynika to z nieświadomości zrozumienia, czym tak naprawdę jest ADHD.

---

[1] I. Górka, *Mały nieszczęśliwy człowiek z ADHD*. Wyd. Edukacyjna.pl, Warszawa 2005.

[2] Po raz pierwszy skrót ten został użyty w 1987 roku, w trzecim wydaniu podręcznika *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM), wydanym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Zatem istotne jest, aby wiedza o zespole ADHD była rozpowszechniana na szeroką skalę, zarówno w środowiskach rodzinnych, jak i szkolnych. To głównie na nich spoczywa ciężar wychowania i kształcenia dzieci, w tym również dzieci z zespołem ADHD.

Uważa się, że zespół ADHD jest znany na świecie od ponad 150 lat. Tyle tylko, że w tym czasie określany był jako:

- postać, tzw. nerwicowości dziecięcej,
- niespokojne dzieci, zespół minimalnego uszkodzenia mózgu,
- zespół nadpobudliwości psychoruchowej,
- zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, inaczej z zaburzeniem uwagi,
- ZDUN - zespół deficytu uwagi i nadruchliwości,
- zespół hiperkinetyczny – („hiper" - słowo pochodzące z języka greckiego i oznacza „nad", „w nadmiarze". Słowo „kinetyka" jest także pochodzenia greckiego i oznacza ruch lub energię będącą w ruchu. Hiperkinezja to nadmierny popęd do ruchu".

Obecnie używa się zamiennie dwóch nazw, tzn. zespół ADHD – jako nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami koncentracji uwagi lub zespół hiperkinetyczny.[3] Natomiast w publikacjach naukowych i popularno-naukowych spotyka się często potoczne określenie – ADHD, zamiast – zespół ADHD. W niniejszej rozprawie występują zamiennie oba te pojęcia.

Symptomy zespołu ADHD pojawiają się u dzieci przed siódmym rokiem życia, a możliwość ich zaobserwowania i rozpoznania mają przede wszystkim rodzice i nauczyciele. Zarówno środowisko rodzinne jak i szkolne powinno mieć wiedzę o wczesnym zdiagnozowaniu zespołu ADHD u dziecka w młodszym wieku szkolnym, ponieważ późne podjęcie działań terapeutycznych, może niekorzystnie wpłynąć na rozwój emocjonalny, psychofizyczny dziecka z ADHD.

W przekonaniu autorki wiedza na temat zespołu ADHD jest niepełna, fragmentaryczna, dlatego podjęła badania w tym zakresie. Przypuszczalnie, mało wiemy o zespole ADHD. W mediach na ten temat mówi się niewiele, niejednokrotnie są to kilkusekundowe materiały.

A jak wiemy, jest to bardzo ważki problem, ponieważ tylko świadomość wyjaśnienia pewnych prawd, pozwoli lepiej zrozumieć dziecko z symptomem ADHD. I jak pisze

---

[3] T. Walończyk, A. Kołakowski, M. Skotnicka, *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*. Lublin 1999. Wydawnictwo Bifolium. s. 11.

Tomasz Wolańczyk: „dziecko nadpobudliwe nie ma czegoś za dużo. Ma za mało zdolności do wewnętrznej kontroli pobudzenia i hamowania”[4], wobec powyższego należy mu w tym pomóc. ADHD najczęściej pojawia się w szkole. Dzieci z takim zaburzeniem często odbierane są jako gorsze, nieposłuszne, niegrzeczne, a nawet leniwe.

Powstaje, zatem podstawowe pytanie: *jaki jest poziom świadomości środowiska rodzinnego i szkolnego wobec zespołu ADHD u dzieci w młodszym wieku szkolnym?*

Należy podkreślić, że pojęcie świadomości jest różnie rozumiane i definiowane. Łaciński wyraz określający świadomość, „conscientia” (czyt.: *konscjentja*), pochodzi od „con” – „z” i „scientia” – „wiedza”.[5] Zatem jaką wiedzę mają, między innymi, rodzice i nauczyciele na temat ADHD?

Właśnie naukowemu poszukiwaniu odpowiedzi na powyższe pytania poświęcona jest niniejsza dysertacja.

Praca składa się z trzech części, z których pierwsza dotyczy teoretycznych podstaw badań, część druga – zawiera założenia metodologiczne badań, a w części trzeciej, zaprezentowana została analiza wyników badań oraz wynikające z nich wnioski i zalecenia dla osób odpowiadających za wychowanie i kształcenie dzieci z ADHD.

Pierwsza część – teoretyczne podstawy badań, obejmuję trzy rozdziały. W pierwszym zawarto charakterystykę środowiska rodzinnego i szkolnego, jako najważniejszych środowisk w życiu dziecka. Dlatego też istotne jest, aby w obu tych środowiskach był wysoki poziom świadomości w odniesieniu do problemu ADHD. Warto zaznaczyć, iż tylko kompetentny nauczyciel, dzięki swojej wiedzy z zakresu ADHD, jest w stanie szybko pomóc dziecku przejawiającemu symptomy tego zespołu. Nauczyciel powinien służyć pomocą i radą rodzicom dziecka z zespołem ADHD.

Drugi rozdział zawiera podstawową wiedzę z zakresu ADHD, a w szczególności genezę powstania zespołu ADHD, głównych przyczyn, objawów zaburzenia, kryteriów diagnozy zespołu ADHD oraz typów i form leczenia. Także w tym rozdziale zawarto charakterystykę głównych trudności i problemów, z jakimi borykają się uczniowie mający symptomy ADHD oraz zaprezentowano najkorzystniejsze warunki pracy dla takich dzieci.

W rozdziale trzecim scharakteryzowane zostały aspekty prawne i praktyczne dzieci z zespołem ADHD. W związku z tym przedstawione zostały prawa przysługujące dzie-

---

[4] Ibidem, s. 14.

[5] http://pl.wikipedia.org/wiki/Świadomość.

ciom z ADHD oraz działalność stowarzyszeń na rzecz takich dzieci. Refleksji poddano poglądy na temat lekarstw przepisywanych dzieciom oraz ich refundacji. Także w tym rozdziale, co jest istotne z punktu widzenia praktyki, przedstawione zostały przykładowe rozwiązania w pracy z dzieckiem nadpobudliwym psychoruchowo. Zamieszczona została również charakterystyka pomocy dydaktycznej w formie programu na płycie CD, wspomagającej rodziców i nauczycieli w wychowaniu i kształceniu dziecka z nadpobudliwością psychoruchową.

Druga część pracy poświęcona jest metodologii, w której przedstawiono główny problem badawczy, metody i narzędzia badawcze. Także w tym rozdziale zawarto charakterystykę badanych osób oraz terenu badań.

Część empiryczna – trzecia część pracy pt.: Analiza zebranego materiału badawczego, zawiera opis własnych badań oraz analizę ich wyników. Pracę kończą wnioski i spostrzeżenia własne, które wynikają z przeprowadzonych badań dotyczących zarówno wiedzy środowiska rodzinnego i szkolnego na temat dzieci z zespołem ADHD oraz wskazówek dotyczących pracy z tymi dziećmi.

Do pracy dołączono bibliografię, spis tabel i wykresów oraz aneksy.

Praca niniejsza została napisana pod kierunkiem naukowym Pana prof. dr hab. Jerzego Zielińskiego, któremu składam serdeczne podziękowania za udzielenie wielu cennych rad i wskazówek, przyczyniających się do opracowania tej pracy.

1. TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ

1.1. Pojęcie środowiska

Po zapoznaniu się z różnymi pozycjami współczesnego piśmiennictwa pedagogicznego, mogę stwierdzić, że pojęcie środowiska jest przez różnych autorów interpretowane w sposób zbliżony.

Wincenty Okoń, środowisko definiuje w następujący sposób:

„Środowisko, całość procesów ekologicznych, ekonomicznych, politycznych, społecznych, kulturowo-oświatowych i instytucjonalnych, w ich wzajemnych związkach i zależnościach. W tym rozumieniu środowisko jest przestrzenią, w obrębie której społeczeństwo realizuje różne formy działalności, tworząc w ten sposób warunki własnego życia (...)”.[6]

W podobny sposób pojęcie środowiska charakteryzuje Helena Radlińska twierdząc, że „środowisko stanowi zespół warunków, wśród których bytuje jednostka i czynników przekształcających osobowość, oddziaływujących stale lub przez czas dłuższy. Jest zespołem zjawisk przyrodniczych, kulturalnych i osobowych”.[7]

Przez środowisko w naukach społecznych Józef Pieter rozumie „całokształt mniej lub więcej trwałych warunków świata zewnętrznego, w którym dany organizm żyje, a więc, do których się przystosowuje”.[8]

Przytoczone tu definicje ujmują pojęcie środowiska bardzo ogólnie. Dlatego też, powołam się na inny podział środowiska, według Mieczysława Łobockiego, a mianowicie dzielimy je na:

- środowiska naturalne, np.: rodzina, grupa rówieśnicza,
- środowiska intencjonalne, np.: szkoła, dom dziecka.[9]

Obydwa środowiska są środowiskami wychowawczymi.

W poniższych podrozdziałach dokładnie scharakteryzuję pojęcia środowiska rodzinnego i szkolnego, które są nieodłącznymi elementami, wpływającymi na prawidłowy rozwój dziecka.

---

[6] W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*. Warszawa 1984, PWN, s. 306.
[7] H. Radlińska, *Pedagogika społeczna*. Warszawa 1961, WSiP, s. 31.
[8] J. Pieter, *Słownik pedagogiczny*. Warszawa, s. 283.
[9] M. Łobocki , *ABC wychowania*. Lublin 1999, Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Składowskiej, s. 43- 56.

1.1.1. Środowisko rodzinne

Mówiąc o środowisku rodzinnym, należy wspomnieć o głównym czynniku, jakim jest rodzina, która w zależności od miejsca i czasu przybiera bardzo zróżnicowane formy i dlatego istnieje wiele definicji ją określających. Słusznie stwierdza J. Piotrowski, że w każdym społeczeństwie, od najbardziej pierwotnych i prostych do najbardziej rozwiniętych i złożonych, niezależnie od ustroju społecznego, rodzina jest komórką zaspokajającą podstawowe potrzeby swych członków, czyli rodzina jest nierozerwalnie związana z istnieniem ludzkiego społeczeństwa i kultury. Jest to „mała grupa społeczna składająca się z rodziców ich dzieci i krewnych".[10]

Definicję powyższą można ująć w wymiarze generacyjnym i prokreacyjnym, tzn. „rodzina generacyjna zwana rodziną pochodzenia, to rodzice, dziadkowie i krewni, stanowią ją ludzie będący przodkami niezależnie od faktu, czy ich znamy osobiście i czy mamy świadomość ich istnienia, obecnie lub w przeszłości. Natomiast rodzinę prokreacyjną, stanowią małżonkowie i ich dzieci. Dla dzieci, gdy dorosną i założą własne rodziny, stanie się częścią ich rodziny generacyjnej".[11]

Niezależnie od tego, czy przyjmiemy za „swoją" pierwszą czy drugą definicję, rodzina odgrywała i wciąż odgrywa doniosłą rolę w procesach socjalizacyjnych i wychowawczych. Zaspokaja istotne potrzeby jednostki ludzkiej, tj.: daje poczucie przynależności, miłości, bezpieczeństwa, uznania itp.

Rodzina ma decydujący wpływ na kształtowanie się prawidłowego procesu wychowawczego - osobowości dziecka. Wpływa na rozwój emocjonalny dziecka, na jego postawy moralne, a także kształtuje jego umiejętności współżycia w zespole.

Zadania wychowawcze i społeczne współczesnej rodziny są znacznie trudniejsze niż dawniej. Rodzina bowiem powinna być na tyle elastyczna, by umieć dostosować się do nowych warunków życia.

Analizując zadania rodziny, można je rozpatrywać z dwóch punktów widzenia, a mianowicie: zadań spełnianych na rzecz poszczególnych członków rodziny oraz zadań realizowanych na rzecz społeczeństwa, w którym się żyje.

---

[10] W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*. Warszawa 1984, PWN, s. 261.
[11] *Encyklopedia psychologiczna*. (pod red.) W. Szewczuk, Warszawa 1998, Fundacja Innowacja, s. 734.

Zadaniem rodziny jest wychowanie dzieci, a wychowanie dzieci wymaga, aby rodzice zdobywali potrzebne na to środki. Oprócz środków materialnych w procesie wychowawczo-kształcącym ważne są inne pośrednie czynniki, jak: wykształcenie rodziców, zakres wyznawanych wartości moralnych, postawy rodziców wobec różnych spraw istotnych z punktu widzenia wychowania dziecka. Wymienione czynniki określają poniekąd zakres zadań, jakie rodzina zamierza zrealizować wobec dziecka.

Z kolei funkcje, to ogół czynności i ich skutków związanych z wykonywaniem zadań. Zarówno Zbigniew Tyszka, jak i Maria Ziemska, podobnie klasyfikują funkcje rodziny. Do funkcji, które spoczywają na rodzinie, M. Ziemska zalicza: funkcje prokreacyjną, produkcyjną, usługowo-opiekuńczą, socjalizacyjną, psychologiczną (emocjonalną lub ekspresyjną), seksualną, pozostającą w ścisłym związku z pierwszą z wymienionych oraz ekonomiczną.

Zbigniew Tyszka określa funkcje rodziny bardziej szczegółowo. Wyróżnia on: funkcje materialno-ekonomiczną: produkcyjną, zarobkową, gospodarczą, usługowo-konsumpcyjną, opiekuńczo-zabezpieczającą, prokreacyjno-seksualną, socjalizacyjną, klasową, kulturalną, emocjonalno-ekspresyjną.

Powyższe klasyfikacje - jak widać - są ewidentnie do siebie zbliżone. Niemniej jednak najważniejszą funkcją z punktu pedagogicznego, jest wychowawcza funkcja rodziny, ponieważ to ona jest podstawową i pierwszą grupą społeczną, z którą dziecko współżyje, uzyskując pierwsze doświadczenia współżycia z innymi ludźmi. To w rodzinie uczy się również ujmować siebie jako członka grupy i oceniać siebie, porównując się z innymi.

Zofia Gierluk-Lubowicz postrzega rodzinę w aspekcie jednostkowym jako środowisko wychowawcze, które pełni funkcje:

- opiekuńczą - wyraża się troską o zabezpieczenie bytu materialnego, o zdrowie całej rodziny,
- emocjonalną - polega na zaspokojeniu potrzeb bliskich,
- kształcącą - polega na rozbudzeniu i rozwijaniu zainteresowań poznawczych, kształceniu umiejętności i nawyków pracy,
- aktywizacji twórczej - przejawia się w rozbudzeniu zainteresowań, pobudzaniu do samokształcenia i samodoskonalenia się.[12]

Środowisko rodzinne obejmuje złożony układ bodźców i sytuacji oddziałujących na dziecko, wynikających ze struktury i funkcjonowania rodziny. Należy zawsze jednak

---

[12] Z. Gierluk-Lubowicz, *Wychowanie w rodzinie wielkomiejskie.* Warszawa 1979, WSiP, s. 19.

pamiętać o tym, że każdy element środowiska rodzinnego nabiera określonego znaczenia w zależności od kontekstu, w którym występuje, a rozpatrywanie roli pojedynczych czynników w oderwaniu od innych może prowadzić do fałszywych wniosków. Dlatego też należy szukać zależności między zespołami czynników, a przebiegiem rozwoju psychicznego dziecka.

Do podstawowych czynników środowiska rodzinnego należą:

- czynniki społeczno-ekonomiczne, określające pozycję społeczną i ekonomiczną rodziny i jej członków,
- warunki bytowe - poziom dochodów, sytuacja mieszkaniowa,
- źródła utrzymania rodziny - zawód rodziców,
- więzi pomiędzy rodziną a środowiskiem - więź z dalszą rodziną, więź z sąsiadami,
- czynniki kulturalne, określające poziom kultury życia codziennego: wykształcenie rodziców i innych członków, wzorzec kulturalny obowiązujący w rodzinie, zasady wychowania dzieci i sposób spędzania czasu wolnego,
- czynniki pedagogiczne, określające metody i środki stosowane w wychowaniu dzieci: warunki opieki nad dzieckiem, normy i wartości przekazywane dziecku w wychowaniu, zabawy i wymagania, nagrody i kary,
- czynniki psychologiczno-społeczne, określające strukturę rodziny, stosunki wewnątrzrodzinne, właściwości osobowości rodziców i innych członków rodziny,
- struktura rodziny - skład osobowy, stosunki prawno-społeczne łączące członków rodziny, liczba dzieci w rodzinie, pozycja dziecka określana przez kolejność jego narodzin,
- więź uczuciowa: między dzieckiem a matką i ojcem, między matką a ojcem, między innymi członkami rodziny,
- osobowościowe cechy - matki, ojca i innych członków rodziny.[13]

We wszystkich dziedzinach rozwoju dziecka (poznawcza, emocjonalna, psychoruchowa) stwierdzić można ogromny wpływ rodziny jako środowiska wychowawczego. Nie ulega wątpliwości, że stanowi ona dla dziecka ważne, a chronologicznie pierwsze środowisko rozwojowe i wychowawcze. Wychowawczy wpływ rodziny jest dlatego tak silny, że dziecko w sposób zupełnie naturalny tkwi wewnętrznie oraz organizacyjnie w ustalonym porządku życia rodzinnego i społecznego.

---

[13] E. Jackowska, *Środowisko rodzinne a przygotowanie społeczne dzieci w młodszym wieku szkolnym.* Warszawa 1980, WSiP, s. 28.

Ponadto rola środowiska rodzinnego nie sprowadza się jedynie do utrzymania dziecka przy życiu, ale polega również na przygotowaniu go do życia w społeczeństwie i jego wymagań. Wpływ ten jest rozległy i oddziałuje na rozwój funkcji poznawczych, a później na jego osiągnięcia szkolne; za kształtowanie się jego równowagi uczuciowej i dojrzałości społecznej na formowanie obrazu samego siebie i stosunek do siebie oraz do grupy rówieśniczej, a także na późniejsze pełnienie ról rodzinnych (roli ojca czy matki wobec własnych dzieci).

Rodzina wywiera olbrzymi wpływ na wzrastające i wychowujące się w niej dziecko. Wpływ ten najczęściej jest niezamierzony.

Wielkość współczesnej rodziny należy mierzyć przede wszystkim liczbą dzieci. Mamy do czynienia raczej ze zjawiskiem rodzin małodzietnych. Uwarunkowane jest to głównie sytuacją materialną rodzin. Struktura i funkcje rodziny współczesnej ulegają nieustannym przeobrażeniom, tzn. wzrasta liczba rodzin, w której oboje rodzice pracują. Praca zawodowa zmusza poniekąd rodziny do korzystania w coraz większym stopniu z pomocy starszych dzieci, dziadków, opiekunki czy też instytucji wychowawczych typu żłobki, przedszkola, świetlice szkolne.

W instytucjach wychowawczych dzieci mają możliwość szybszego i pełniejszego rozwoju, ich zajęcia i współżycie z kolegami podporządkowane są celom wychowawczym. Tym samym istnieje duże prawdopodobieństwo w trudności ujednolicenia wpływów wychowawczych rodziny, czy a na przykład przedszkola.

Dość często spotyka się zarzut, że to szkoła jest odpowiedzialna za wychowanie dziecka, jak i odwrotnie, że to rodzice są odpowiedzialni za wychowanie.

W przekonaniu autorki, granica wychowania dziecka między tymi środowiskami jest płynna i powinna opierać się na współdziałaniu ze sobą.

Reasumując dotychczasowe rozważania na temat rodziny, jedno jest niepodważalne, że rodzina odgrywa wyjątkową rolę w rozwoju każdego dziecka, ponieważ w jej ramach zdobywa pierwsze doświadczenia życiowe, doznaje uczuć miłości i przywiązania. Bywa również i tak, że jest czasem odtrącane i niekochane. Wszystko jednak zależy od postawy, jaką rodzice przyjmą wobec dziecka.

Zdaniem M. Łobockiego na kształt oraz charakter rodziny wpływ mają następujące czynniki: „warunki materialne, nowa sytuacja życiowa dziecka w rodzinie, dezintegracja życia rodzinnego, postawy rodzicielskie i błędy wychowawcze rodziców”.[14] Z wymienio-

[14] M. Łobocki, op. cit., s. 43.

nych czynników - według własnej opinii - najistotniejsze dla prawidłowego funkcjonowania dziecka są postawy rodzicielskie, które warunkują określone błędy wychowawcze rodziców.

Wspomniano wyżej, że środowisko rodzinne powinno współdziałać ze środowiskiem szkolnym, ale będzie to przedmiotem moich rozważań w kolejnym podrozdziale.

1.1.2. Środowisko szkolne

Po rodzinie, ważnym środowiskiem dla rozwoju dziecka jest środowisko szkolne, czyli szkoła, w której dziecko zdobywa wiedzę, rozwija umiejętności przydatne w życiu, uczy się współdziałania i współżycia z innymi.

Do zadań szkoły zaliczamy:

- tworzenie optymalnych warunków rozwoju uczniów,
- zaspokojenie potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych,
- zapewnienie uczniom możliwości indywidualnego rozwoju według posiadanych możliwości,
- pomoc uczniom w wyborze określonego systemu wartości oraz w kreowaniu siebie i odnalezieniu własnej drogi do ideału pełnego człowieka.[15]

Szkołę należy „dopasować" do dziecka i jego możliwości, ponieważ każde dziecko jest niepowtarzalną indywidualnością, która realizuje swój potencjał rozwojowy na miarę swoich możliwości.[16]

W skład środowiska szkolnego - szkoły wchodzą następujące osoby: dyrektor szkoły, nauczyciele i uczniowie. Jeżeli chcemy mówić o prawidłowym funkcjonowaniu środowiska szkolnego, trzeba określić, jak ważna i odpowiedzialna jest współpraca między wyżej wymienionymi jednostkami. One bowiem wzajemnie się uzupełniają i to od nich, w dużej mierze, zależy wygląd placówki, jaką jest szkoła. Tak też można mówić o „łańcuchu pokarmowym", tzn. dyrektor szkoły oddziałuje na nauczyciela, a nauczyciel oddziałuje na ucznia. Są to ścisłe zależności, które wzajemnie się warunkują. Od dwóch pierwszych

---

[15] I. Jundziałł, *Szkoła. Opiekuńczo-wychowawcze funkcje szkoły*. [w:] *Encyklopedia pedagogiczna.* (pod red.) W. Pomykało, Warszawa 1993, Innowacja Fundacja, s. 790.

[16] J. Hanisz, *Program nauczania dla szkoły podstawowej. Zintegrowana edukacja wczesnoszkolna klas1-3.* Warszawa 1998, WSiP, s. 6.

podmiotów zależy, czy wyznaczone zadania szkoły - o których była mowa na początku podrozdziału - będą zrealizowane w całej okazałości.

Dla pełniejszego zobrazowania tematu środowiska szkolnego warto w tym miejscu przyjrzeć się pracy dyrektora szkoły i nauczyciela.

1.1.2.1. Dyrektor szkoły

Jak podaje Władysław Kobyliński, dyrektor szkoły to „formalny zwierzchnik wszystkich członków zespołu pedagogicznego, pozostałych pracowników szkoły oraz uczniów".[17]

Podstawowe zadania dyrektora szkoły:

- kieruje działalnością szkoły, odpowiedzialny jest za dydaktyczny i wychowawczy poziom szkoły,
- sprawuje opiekę nad uczniami, stwarza warunki harmonijnego psychofizycznego rozwoju poprzez obiektywne działanie prozdrowotne,
- realizuje uchwały rady szkoły oraz rady pedagogicznej podjęte w ramach ich kompetencji,
- współpracuje z radą szkoły, radą pedagogiczną, rodzicami,
- opracowuje plan nadzoru pedagogicznego na dany rok szkolny,
- gromadzi informacje o pracy nauczycieli w celu dokonania oceny ich pracy, a jednocześnie zapewnia pomoc nauczycielom w realizacji ich zadań i ich doskonaleniu zawodowym itd.[18]

Jak wynika z ogólnego zarysu podstawowych zadań dyrektora szkoły, jego naczelnym zadaniem jest podnoszenie jakości pracy szkoły, motywowanie nauczycieli do podnoszenia kwalifikacji i zapewnienia wszystkim zainteresowanym uczestnictwem w życiu szkoły możliwości pełnego rozwoju i nabywania umiejętności. Ma on być „gospodarzem" szkoły, który jest odpowiedzialny za sprawną realizację funkcji podstawowych szkoły, a więc nauczania i wychowania.

Zatem do dyrektora należy:

---

[17] W. Kobyliński, *Dyrektor szkoły (placówki oświatowo-wychowawczej)*. [w:] *Encyklopedia pedagogiczna.* (pod red.) W. Pomykało, Warszawa 1993, Innowacja Fundacja, s. 145.

[18] J. Pielachowski, *Organizacja i zarządzanie oświatą i szkołą*. Poznań 2000, Wydawnictwa eMPi^2, s. 93-195.

- przykładne spełnianie zadań dydaktyczno-wychowawczych w zakresie ustalonym w obowiązujących przepisach; to pozwala mu na stałe doskonalenie swoich kwalifikacji i na bezpośrednie oddziaływanie na nauczycieli,
- sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem i poszanowaniem praw uczniów; dbałość o tworzenie w szkole przyjemnej i bezpiecznej atmosfery, sprzyjającej procesom nauczania-uczenia się, w tym bezstresowego i motywacyjnego stylu oceniania uczniów; wymaganie przestrzegania zasady „nauczania wychowującego",

- organizowanie z gronem pedagogicznym, rodzicami uczniów korzystnego środowiska wychowawczego, które umożliwia procesy samowychowania uczniów, skuteczne rozwiązywanie sytuacji konfliktowych i uczenie zgodnej oraz partnerskiej współpracy między wszystkimi współwychowującymi podmiotami,
- ukazanie każdemu uczniowi w szkole szans powodzenia w nauce oraz sprawne zapobieganie niepowodzeniom dydaktycznym i społecznym, ograniczenie i eliminowanie z życia dzieci i młodzieży zjawisk patologii społecznej, np. przemocy,
- dbałość o obiektywne, sprawiedliwe i motywujące do uczenia się ocenianie uczniów,
- monitorowanie przebiegu pracy dydaktyczno-wychowawczo-opiekuńczej i kulturalnej,
- informowanie o osiągnięciach, podsumowanie wyników i wprowadzanie usprawnień,
- zabieganie o wysokie standardy pracy szkoły i jej wyników wychowawczych.[19]

Zakłada się, że współczesny dyrektor szkoły to lider kadry pedagogicznej, menadżer oraz kreatywny ich doradca. Powinien być dobrym negocjatorem, zwłaszcza w sytuacjach trudnych i konfliktowych. Dyrektor szkoły powinien być pozytywnie nastawiony do zmian, tym samym powinien zachęcać także innych - nie tylko pracowników - do aktywnego uczestnictwa w zmianach.

Aby spełniał powyższe funkcje, musi odznaczać się odpowiednimi cechami osobowości, o których pisze Ewa Kosińska, a są one następujące:

- poczucie wartości, tzn. dyrektor szkoły zna swoją wartość, ma określone zasady i normy, wokół których koncentruje swoje działania, potrafi kierować pracownikami i zachęcić ich do efektywniejszej pracy.

---

[19] S. Witek, *Jak kształcić profesjonalnych dyrektorów szkoły*? Kraków 2000, Małopolskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli, s. 66-67.

- temperament - najlepsze jest połączenie sangwinika z cholerykiem, gdyż takie połączenie dwóch typów wyraża się cechami, tj. zdecydowanie, twórczość, zorganizowanie, solidność, operatywność, asertywność itp.
- charakter, który kształtuje się przez całe życie; dyrektor winien mieć świadomość, że jego wiedza i umiejętności ciągle wymagają weryfikacji i poszukiwania nowych rozwiązań.
- refleksyjność - poddanie od czasu do czasu refleksji swoich poglądów, postaw, potrzeb, by przyjrzeć się roli, jaką pełni i móc ocenić wartości poczynań dla dobra społeczności, którą kieruje.[20]

Zdaniem Ireny Dzierzgowskiej, dyrektor szkoły powinien odznaczać się specyficznymi kompetencjami, jak: umiejętność identyfikowania i analizowania problemów, umiejętność oceny sytuacji i wyciąganie wniosków, umiejętność szybkiego podejmowania decyzji, przywództwo, wrażliwość, odporność na stres, komunikatywność ustna i pisemna, bogaty wachlarz zainteresowań, posiadanie własnej filozofii edukacji.[21] Wszystkie wymienione cechy są niezbędne w pracy dyrektora szkoły, który jest postrzegany, przede wszystkim, jako lider zespołu nauczycielskiego. Dyrektor powinien stwarzać przyjazne warunki do realizacji zadań dydaktyczno-wychowawczych i opiekuńczych, powinien zadbać o potrzeby psychofizyczne i społeczne nie tylko uczniów, ale także nauczycieli.

Podsumowując dotychczasowe rozważania, od dyrektora wymaga się, aby umiał:

- określić i zaplanować optymalny kierunek rozwoju placówki, zgodnie z potrzebami i możliwościami szkoły,
- poszukiwać rozwiązań problemów i założonych sytuacji,
- wyzwalać ludzkie możliwości i tworzyć warunki do rozwoju pracowników,
- komunikować się z podwładnymi, radzić sobie z konfliktami,
- tworzyć partnerskie stosunki,
- dbać o kulturę pracy,
- być liderem zmian,
- być kreatywny, konsekwentny oraz sprawiedliwy.

---

[20] E. Kosińska, *Dyrektor w szkole.* Kraków 1999, Rubikon, s. 58-64.
[21] I. Dierzgowska, *Dyrektor szkoły*. Warszawa 2001, Fraszka Edukacyjna, s. 21.

W pracy prowadzącego szkołę bardzo istotna jest postawa (biurokrata z ludzką twarzą, członek wspólnoty wszystkich podmiotów, polityczny gracz),[22] jaką dyrektor przyjmuje wobec nauczycieli. Wpływa to na jakość pracy nauczyciela, ale o tym bardziej precyzyjnie w kolejnym podrozdziale.

1.1.2.2. Praca nauczyciela w odniesieniu do nauczania początkowego

W tym podrozdziale odwołam się głównie do pracy nauczycieli klas początkowych, ponieważ stanowią oni przedmiot zainteresowań badawczych. Nasuwają się pytania: czym jest praca współczesnego nauczyciela?, jakie powinna pełnić funkcje?

Praca pedagogiczna nauczyciela, najogólniej mówiąc, polega na „oferowaniu" czegoś dzieciom, a jego funkcja sprowadza się nie tylko do „kierowania" procesem edukacyjnym dziecka, ale do wspomagania jego własnego rozwoju, do swoistego „pośredniczenia" w kontakcie dziecka ze światem zewnętrznym.[23]

Nauczyciel klas początkowych, z racji współdziałania z osobowościami o szczególnej wrażliwości i plastyczności, podejmując obowiązki zawodowe, bierze na siebie olbrzymią odpowiedzialność. To właśnie on uczestniczy w procesie tworzenia osoby. Nie ma chyba większej odpowiedzialności nad odpowiedzialność za drugiego człowieka. Z tą odpowiedzialnością wiąże się dodatnia motywacja do współpracy, która niejako wyraża się w gotowości do dawania coraz więcej z siebie. Nauczyciel musi umieć dawać. Naturalną konsekwencją takiego myślenia jest dążenie do własnej, coraz większej, doskonałości.[24]

Dążenie do doskonałości związane jest z określaniem ciągłego doskonalenia siebie, pracą nad sobą, czyli z przekraczaniem nabytych już kompetencji zawodowych. W odniesieniu do pracy nauczyciela są to kompetencje: specjalistyczne (wiedza i umiejętności w zakresie danego przedmiotu), dydaktyczne oraz psychologiczne (umiejętności inspirowania, motywowania uczniów do nauki itp.),[25] które warunkują zakres jego działań.

W meritum pracy nauczyciela jest wspomaganie rozwoju ucznia, który rozpoczyna się od etapu diagnozowania, czyli ustalenia psychofizycznych dyspozycji ucznia,

---

[22] K. Polak, *Dyrektor i szkoła. Wspomaganie rozwoju ucznia*. Kraków 2001, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 15-22.

[23] E. Marek, *Nauczyciel klas początkowych – pośrednik czy arbiter?* [w:] *Nauczyciel – uczeń*. (pod red.) M. Dudzikowa, Kraków 1996, Oficyna Wydawnicza „Impuls", s. 173.

[24] B. Jodłowska, *Start - szok zawodowy - twórcza praca nauczyciela klas początkowych.* Warszawa 1991, WSiP, s. 13.

[25] H. Hamer, *Klucz do efektywności nauczania*. Warszawa 1994, Wydawnictwo „Veda", s. 25-37.

uwzględniając w ocenie środowisko rodzinne, które decyduje o doświadczeniu życiowym, poglądach i postawach, o hierarchii wartości. Nauczyciel jest zobligowany do poszukiwania własnego stylu pracy i systematycznych ich udoskonaleń, jak również do wykorzystywania takich środków dydaktycznych, które pobudzą uczniów do myślenia, innowacji i samodzielności. Jego głównym zadaniem jest pomóc dzieciom w osiąganiu sukcesów w szkole na miarę ich możliwości. Aby wywiązać się z tego zadania nauczyciel musi i powinien być twórczy w swojej pracy, ponieważ każde dziecko jest inne, ma różne potrzeby i wymaga indywidualnego podejścia. Niejednokrotnie w literaturze podmiotowej spotyka się określenie „twórczy nauczyciel", czyli jaki?

Zdaniem I. Pufl-Struzik twórczy nauczyciel to osoba, która jest otwarta na problemy otaczającego świata, która jest oryginalna, samodzielna, wyrażająca się giętkością myślenia i tolerancją na frustrację.[26] Dyrektorzy szkół poszukują twórczych nauczycieli, zachęcają do dokształcania, czyli uzupełniania swoich kwalifikacji zawodowych, do doskonalenia się, o czym mówiłam już nieco wcześniej.

Kolejnym problemem, na który trzeba zwrócić uwagę, to fakt, że nauczyciel to przede wszystkim partner dialogu z uczniem i rodzicami. Szczególnie w nauczaniu początkowym odgrywa on znaczącą rolę w rozwoju dziecka, wraz z rodzicami kształtuje małego człowieka oraz wpływa na jego wychowanie.

W pierwszych latach nauki, bywa i tak, że zdanie nauczyciela jest ważniejsze, niż zdanie rodziców i często słyszy się stwierdzenie: *„bo Pani tak mówiła"*. Dzieci, jak gdyby wypierają rację rodziców na rzecz nauczyciela, który cieszy się wśród uczniów klas I-III wielkim autorytetem. Fakt ten można, a nawet trzeba wykorzystać w pracy z dziećmi. Jak wskazałam na początku tego podrozdziału, praca nauczyciela nauczania początkowego wymaga wielkiej odpowiedzialności. To on jako pierwszy wprowadza dziecko w świat planowej edukacji, w świat dotąd mu nieznany. Stosunek ucznia do szkoły w dużej mierze zależy od wychowawcy - od pierwszego nauczyciela w jego życiu.

Każdy nauczyciel nauczania początkowego musi zadbać o przyjazną atmosferę w klasie, musi pomóc dziecku przezwyciężać wszelkie trudności i problemy, jakie się pojawiają. Do tego właśnie potrzebne jest zarówno twórcze myślenie, jak i twórcze działanie ze strony nauczyciela.

---

[26] I. Pufal-Struzik, *Osobowość i twórcza postawa nauczycieli szkół podstawowych.* [w:] *Edukacja i rozwój - jaka szkoła, taki nauczyciel, jakie wychowanie.* (pod red.) A. Jopkiewicz, Kielce 1995, s. 278.

Od wychowawcy wymaga się, by był wnikliwym obserwatorem swoich uczniów, by potrafił dostrzec wszystkie cechy dziecka i te dobre, i te złe, by te drugie korygował w miarę swoich możliwości. Charakterystyczne cechy nauczyciela to: autentyczność, ugruntowanie w sobie postawy szacunku dla innych, optymizm i pogoda ducha, uczciwość i sprawiedliwość, dotrzymywanie zobowiązań, tolerancja, otwartość na odmienny niż własny punkt widzenia, empatia, asertywność, elastyczność oraz wiele innych cech, których nie sposób tu w całej okazałości wymienić.[27]

Uważam, że powyższe rozważania na temat nauczyciela nauczania początkowego to tylko namiastka z ogromu znaczeń, jakim powinien być.

Na zakończenie, dodam tylko, że nauczyciel to przede wszystkim „osoba otwarta - przyjmująca informacje dziwne, niepewne, wzajemnie sprzeczne, nie odrzucająca ich, lecz tolerująca; dociekliwa - umiejąca czekać na właściwą odpowiedź, poszukująca tej odpowiedzi; wrażliwa - łatwiej spostrzegająca ukryte elementy rzeczywistości, osoba odpowiedzialna, dojrzała emocjonalnie, niezależna intelektualnie".[28]

Według ustawy „nauczyciel w swoich działaniach dydaktycznych, wychowawczych, opiekuńczych ma obowiązek kierowania się dobrem uczniów, troskę o ich zdrowie, postawę moralną i obywatelską z poszanowaniem godności osobistej uczniów".[29]

1.1.3. Współpraca środowiska rodzinnego i szkolnego

Rozważania na powyższy temat rozpocznę od pytania, czy współpraca pomiędzy środowiskami jest konieczna? Odpowiedź jest oczywista, TAK, ponieważ bardzo często szkoła jest tym miejscem, w którym pojawiają się problemy dotąd niewidoczne dla środowiska rodzinnego. Z psychologicznego punktu widzenia konieczność współdziałania szkoły i domu, nauczycieli i rodziców jest bardzo istotna. Są to dwa podmioty najbliższe dziecku.

---

[27] H. Hamer, *Klucz...*, op. cit. s. 39-75.

[28] P. Kolwolik, *Nauczyciel twórczy w klasach I-III - tak. Ale jaki*?, [w:] *Twórczy rozwój nauczyciela.* (pod red.) S. Juszczyk, Kraków 1996, Oficyna Wydawnicza „Impuls", s. 87.

[29] E. Goźlińska, *Ściąga dla nauczycieli, czyli co nauczyciel musi, co może, a co powinien wiedzieć.* Warszawa 2005, WSiP, s. 6.

Tematyką współpracy tych dwóch środowisk interesowano się już pod koniec lat sześćdziesiątych XX wieku, począwszy od Edmunda Trampały, Aleksandra Kamińskgo, Haliny Filipczuk i wielu innych znanych uczonych.

Bardzo trafne sądy na temat tak przyjętej współpracy wyraziła Alicja Kuligowska, pisząc: „szkoła, a więc nauczyciele, nie mogą przyjmować wobec rodziny postawy lepiej poinformowanych i wszystko wiedzących, ale powinni wnikać w sytuację rodziny i analizować jej oczekiwania, dostrzegać wspólne problemy i wspólne cele”.[30]

Współcześnie uznaje się pogląd, Iwony Jazurkiewicz, że rodzic powinien być w szkole postrzegany jako partner a nauczyciel jako ekspert, doradca, zaufany przewodnik w trudnościach.[31]

Tę zależność można przedstawić graficznie.

Schemat 1

Wzajemne relacje dwóch środowisk



Źródło: Opracowanie własne.

Według powyższego schematu, tak powinna wyglądać współpraca między dwoma środowiskami, jakimi są rodzina i szkoła.

Jak widać podmiotem kreującym tę relację jest dziecko. Moment rozpoczęcia nauki szkolnej jest początkiem jej nawiązania. Treścią relacji jest troska o dobro dziecka. Tu współdziałanie na linii rodzic - nauczyciel winno cechować wzajemnym uzupełnianiem się. W tym założeniu tkwi warunek, że środowiska, jak rodzina i szkoła nie mogą dążyć do wzajemnego zastępowania. Muszą skutecznie i na bieżąco wyjaśniać wszelkie nieporo-

[30] B. Pawlak, *Jak współpracować z rodzicami uczniów klas początkowych?* Kraków 2003, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, s. 16.

[31] Ibidem, s. 17.

zumienia (np. wobec postępowania rodziców z dzieckiem), gdyż dziecko wymaga stabilnej sytuacji, którą można osiągnąć jedynie na drodze współpracy obu stron.[32]

Wiadomo, że styl oddziaływań domu rodzinnego jest różny od stylu oddziaływań szkoły, która naucza i wychowuje zgodnie z wyznaczonym programem szkolnym i przy pomocy specjalnie przygotowanego personelu nauczycielskiego. Zupełnie inaczej przebiegają te procesy w rodzinie, która oddziałuje na dziecko poprzez tradycje i przyzwyczajenia, nakazy i zakazy wydawane często w sposób żywiołowy i spontaniczny, nie mające nic wspólnego, z tzw. programem wychowawczym. Mimo to dla efektywności pracy szkoły istotne jest poznanie warunków rodzinnych każdego ucznia, w szczególności ucznia w młodszy wieku szkolnym, i nawiązanie współpracy, tj. w miarę jednolitego frontu oddziaływań wychowawczych. Także rodzina powinna się poczuwać do współdziałania i pomocy szkole w realizacji funkcji dydaktyczno-wychowawczych.

Jak pisze - Juraj Šatanek „prawidłowy rozwój osobowości dziecka wymaga ukształtowania w sposób właściwy sieci jego społecznych kontaktów w otoczeniu".[33] Opowiada się za humanizacją[34] stosunków rodziny i szkoły, czyli rodziców - nauczycieli. Zwraca szczególną uwagę na pośrednictwo między tym związkiem, czyli na dziecko, które jest nośnikiem wielu bardzo cennych informacji.[35]

Związek współpracy między podmiotami szkoła - rodzic, poddawany był licznym badaniom, m. in. przez Marię Mendel, która w swoich analizach dowiodła, iż szkoła powinna:

- w rodzicach dostrzegać naturalnych sprzymierzeńców w pracy podejmowanej z ich dziećmi,
- podtrzymywać gotowość rodziców do współpracy, doceniać wszelkie ich przejawy,
- dzielić współodpowiedzialność za kształt owej współpracy.[36]

---

[32] J. Šatanek, *Wybrane problemy etyczne współpracy rodziny i szkoły w klasach początkowych szkoły podstawowej.* [w:] *Pedagogiczna relacja rodzina – szkoła, dylematy czasu przemian.* (pod red.) A. W. Janke, Bydgoszcz 1995, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej, s. 123.

[33] Ibidem, s. 123.

[34] Humanizm - zdaniem Zbigniewa Kwiecińskego - oznacza odpowiedzialne rozumienie innych ludzi, ich świata, życia i kultury, otwarcie na ich odmienność, na prawo każdego do rozwoju; oznacza mądrość - jako zdolność do rozwiązywania trudnych zadań praktyki życia własnego i innych. [w:] *Pedagogika i edukacja wobec nowych wspólnot i różnic w jednolitej Europie.* (pod red.) B. Śliwierski, Kraków 2002, s. 521.

[35] Tę myśl odwołać do schematu nr 1.

[36] M. Mendel, *Rodzice i szkoła. Jak współuczestniczyć w edukacji dzieci?*. Toruń 2001, Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 167.

Kończąc rozważania na temat współpracy dwóch najbliższych środowisk dziecka, uwarunkuję takie przemyślenia:

- współpraca między rodzicami a nauczycielem przynosi korzyści dziecku,
- nauczyciele i rodzice są w szkole partnerami a każda ze stron ma zarazem prawa i obowiązki, z których powinna się wywiązać wobec dziecka,
- podstawą współpracy niewątpliwie jest zaufanie, pełna akceptacja, rzetelna informacja,
- podstawowym warunkiem współpracy jest aktywność i systematyczność.[37]

Rodzice i nauczyciele muszą współpracować i wspierać się wzajemnie, szukać w sobie tego, co najlepsze, by móc to zaoferować dzieciom.

1.1.4. Podsumowanie

W powyższych podrozdziałach zajęłam się problematyką środowiska rodzinnego i szkolnego. Rozpoczęłam od omówienia ogólnego pojęcia, jakim jest środowisko, by stopniowo uściślić to pojęcie, do dwóch najważniejszych, w kontekście podjętego tematu.

Analiza środowiska rodzinnego i szkolnego jest tematyką bardzo obszerną i nie sposób w dostatecznej formie scharakteryzować wszystkich możliwych jej aspektów. Niemniej jednak, starałam się - w miarę możliwości - ukazać, jak olbrzymią rolę odgrywają one, zwłaszcza jeżeli chodzi o pierwsze lata rozwoju dziecka.

Wymienione wyżej podmioty, tj. rodzice, dyrektorzy szkół, nauczyciele za główny cel swoich działań, obierają sobie dobro dziecka. Aby dostatecznie wywiązać się z owego celu, konieczna jest współpraca, o której mówiono w podrozdziale 1.1.3. Jest ona także podstawowym elementem działań profilaktycznych w obrębie zagadnienia ADHD, któremu zostanie poświęcony drugi rozdział niniejszej dysertacji.

1.2. Zespół ADHD

1.2.1. Geneza ADHD

---

[37] M. Borzęcka, R. Mreńca, *Z rodzicami w szkole*. Warszawa 2000, Pracownia Pedagogiczna i Wydawnicza Biblioteczka Rodziców, s. 41.

Przedmiotem rozważań w tym rozdziale jest historia powstania i określenia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi.

George Still w 1902 roku, jako pierwszy zajął się badaniem dzieci nadmiernie pobudzonych emocjonalnie, które określił jako mające „nienormalny defekt kontroli moralnej".[38] Badane przez niego dzieci wykazywały brak skupienia oraz podwyższony poziom emocji. Zaczął przypuszczać, że niepohamowane zachowania mogą być dziedziczone lub też mogą mieć podłoże biologiczne. To nowy sposób myślenia na problem ADHD.

W 1934 roku Charles Bradley dowiódł, że można leczyć dzieci z zaburzeniami zachowania przy użyciu leku psychostymulującego - benzedryny. Wówczas w tamtym czasie zaburzenie to u dzieci określono mianem MBD, czyli zespół minimalnego uszkodzenia mózgu.

Terminu takiego używano przy opisywaniu dzieci z zaburzeniami rozwojowymi w uczeniu się i zachowaniu. Z czasem termin „minimalne uszkodzenie mózgu" zamieniono na „zaburzenia koncentracji uwagi".[39]

W 1957 roku Maurice Laufer szukał związków między objawami zaburzenia nazywanego wówczas „zespołem hiperkinetycznym". W badaniach doszedł do wniosku, że za nadruchliwość dziecka odpowiada praca środkowej części mózgu.[40]

W 1970 roku C. Kornetsky wysunął katecholaminową[41] hipotezę nadpobudliwości. Jego zdaniem ADHD mogło być spowodowane niedoborem neuroprzekaźników[42] lub ich niedostatecznym wykorzystaniem. Pomimo wielu lat badań nie udało się jednoznacznie potwierdzić tej hipotezy.

Virgina Douglas w latach siedemdziesiątych badała zespół nadpobudliwości. Uczona była przekonana, że zespół ten wiąże się z:

- trudnościami w podtrzymaniu uwagi i wysiłku,
- impulsywnością,

---

[38] W. Latecka, *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej*. [w:] *Uczeń z przewlekłą chorobą i uczeń z zaburzeniami psychicznymi w szkole ogólnodostępnej.* (pod red.) T. Kott, Warszawa 2005, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, s. 81.

[39] E. M. Hallowell, J. J. Ratey, *W świecie ADHD*. Poznań 2004, Media Rodzina.

[40] Tamże.

[41] Katecholaminy to klasa substancji, do których należą noradrenalina i dopamina. Są to neuroprzekaźniki, czyli związki chemiczne, których cząsteczki przenoszą sygnały pomiędzy neuronami (komórkami nerwowymi) poprzez synapsy, a także z komórek nerwowych do mięśniowych lub gruczołowych.

[42] Piotr Palka - w swojej pracy - posługuje się pojęciem neurotransmitera, który oznacza to samo, co neuroprzekaźnik. [w:] *Program profilaktyczno-terapeutyczny dla dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej.* Kraków 2005, Oficyna Wydawnicza „Impuls", s. 13.

- problemem z kontrolą poziomu pobudzenia,
- potrzebą bezpośredniego wzmocnienia.

W wyniku jej pracy naukowej zaburzenie to nazwano w 1980 roku jako „zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi".[43]

W 1984 roku badania H. C. Lou wskazały, że u ludzi z ADHD pojawia się obniżony przepływ krwi w czołowych obszarach mózgu, szczególnie w prawej półkuli mózgu. Znawcy tematu uważają, że prawa półkula mózgu odpowiada za zdolność podejmowania decyzji, zdolność wzrokowo-przestrzenną oraz zdolność do jednoznacznego przetwarzania wielu bodźców. Niektóre niedobory związane z dysfunkcją prawej półkuli obejmują topografagnozję[44] oraz społeczno-emocjonalne problemy związane z uczeniem się, które są charakterystyczne dla objawów ADHD.[45]

Według Edwarad Hallowell i John Ratey za pierwszą publikację na temat ADHD można uznać prosty wierszyk, który ukazał się w brytyjskim czasopiśmie medycznym „Lancet" w 1904 roku (zob. aneks 3). Ich zdaniem ADHD ma swoje podłoże w centralnym układzie nerwowym.

Jest wiele badań nad ADHD. Są one pod różnym kątem prowadzone. Przyczyn powstania zespołu dopatrywano się także w dziedziczeniu. Szukano objawów zaburzenia u rodziców, potomstwa i rodzeństwa, badano także ADHD wśród bliźniąt jedno- i dwujajowych.

David i Brenda Comings prowadzili badania, które potwierdziły wystąpienie genu odpowiedzialnego za dziedziczenie ADHD. Pojawia się najczęściej tam, gdzie doszło do pewnych zmian: chemicznych, neuroanatomicznych.

Z analizy dotychczasowego dorobku badań wynika, że przyczyn ADHD należy upatrywać się głównie w płatach czołowych. W przedniej części mózgu mieszczą się obszary odpowiedzialne za umiejętności zarządzania i uwagi, takie jak: monitorowanie i regulowanie zachowania, kontrolowanie emocji, podejmowanie działań zmierzających do osiągnięcia celów i tym podobne. U dzieci dotkniętych ADHD występuje brak równowagi między bodźcem odbieranym przez jeszcze niedojrzałe centra w prawej półkuli, których zadaniem jest skupienie uwagi, a obszarem przedczołowym, który dokonuje wyboru celów i planuje, jak je osiągnąć. Dzieci i osoby dorosłe z uszkodzonym płatem czołowym

---

[43] Ibidem, s. 29.
[44] Topografagnozja odnosi się do gubienia drogi czy utraty orientacji.
[45] E. M. Hallowell, J. J. Ratey, *W świecie ADHD*. Poznań 2004, Media Rodzina.

często nie potrafią skupić uwagi i planować, co sprawia, że mogą się wydawać nieodpowiedzialne, a nawet aspołeczne.[46]

W Polsce Małgorzata Dąbrowska i Alina Borkowska przeprowadziły dwojakiego rodzaju badania dotyczące oceny aktywacji półkulowej mózgu u dzieci z zespołem deficytu uwagi i nadruchliwością oraz oceny stopnia i charakteru dysfunkcji czołowej u dzieci z ADHD w porównaniu z grupą kontrolną dzieci zdrowych.

Wyniki, jakie uzyskały potwierdzają powyższe rozważania, iż dysfunkcja płata czołowego jest jedną z głównych przyczyn ADHD u dzieci.[47] Wielu badaczy podziela przekonanie, że uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego wiąże się z nadpobudliwością.[48] Najczytelniej ilustruje to schemat neurologicznych aspektów nadpobudliwości. (zob. aneks 2)

Prowadzone badania nad zespołem hiperkinetycznym dostarczają wciąż nowej wiedzy, wynikiem czego ADHD podzielono na podtypy, o których będzie mowa w kolejnych podrozdziałach.

1.2.2. Definicja ADHD

W poprzednim podrozdziale omówiłam pokrótce historyczny rys powstania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi.

W niniejszym podrozdziale poddam pod rozważania pojęcie ADHD. Co prawda nie ma jeszcze zwięzłej definicji zespołu ADHD, dlatego też, aby opisać to zaburzenie trzeba oprzeć się o jego charakterystyczne objawy.

Jak podaje Edward M. Hallowell i John J. Ratey zespół ADHD to „zaburzenie neurologiczne, na które składa się klasyczna triada następujących objawów: impulsywność, zaburzenia koncentracji i nadruchliwość lub nadmiar energii".[49] Psychiatrzy Ci są zdania, że problem nadpobudliwych, nadmiernie ruchliwych dzieci istniał od zawsze. Zaburzenie

---

[46] A. D. Bragdon, D. Gamon, *Kiedy mózg pracuje inaczej: ADHD - alkoholizm - autyzm – dysleksja - leworęczność...* Gdańsk 2003, Wydawnictwo Psychologiczne, s. 12.

[47] M. Dąbrowska, A. Borkowska, *Badania aktywacji półkulowej mózgu u dzieci z zespołem deficytu uwagi z nadruchliwością. Neuropsychologiczna ocena dysfunkcji czołowej u dzieci i młodzieży z ADHD.* [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży.* (pod red.) I. Namysłowskiej, Kraków 2000, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, s. 35-45.

[48] P. Ognik, *Nadpobudliwość psychoruchowa jako skutek uszkodzeń mózgu.* [w:] *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia.* (pod red.) L. Cierpiałkowska, H. Sęk, Poznań 2001, Wyd. Fundacja Humanior, s. 237-254.

[49] E. M. Hallowell, J. J. Ratey, *W świecie...*, op. cit., s. 20.

to obecne było przez wieki, traktowano je wówczas na równi z przykładami złego zachowania. Dopiero w dwudziestym wieku zaczęto traktować je jako stan chorobowy.

Diagności, jako pierwszy objaw wymieniają impulsywność, która „oznacza działanie pod wpływem chwilowego pragnienia lub zachcianki bez zwracania uwagi na konsekwencje".[50]

W definicji tej wspomniano także o zaburzeniach koncentracji. Zanim jednak przejdę do określenia tego pojęcia, wyjaśnię, co rozumiemy pod kategorią zaburzeń. Termin ten dość często będzie pojawiał się w dalszych rozważaniach. Mianem zaburzenia można objąć wszelkie niekorzystne odchylenia od normalnego, prawidłowego rozwoju organizmu oraz psychiki dziecka - niezależnie od przyczyn, które je wywołały.[51]

Zaburzenia koncentracji ograniczają uwarunkowania rozwojowe dziecka, bowiem wpływają negatywnie na jego kompetencje w nauce i tym samym sprzyjają negatywnemu rozwojowi zachowania. Wyniki badań potwierdzają, że dzieci z zaburzeniami koncentracji, jako dorośli mają poważne problemy, tzn. popadają często w konflikty, podejmują gwałtownie nieprzemyślane decyzje życiowe, bywają bardzo niespokojni.[52]

Wśród dzieci mogę wyróżniać dwa typy zaburzeń koncentracji:

- typ aktywno-impulsywny,
- typ pasywno-zamyślony.[53]

W przypadku pierwszym, będą to dzieci, które charakteryzują się tym, że mają mało czasu, często pracują zrywami, ich działania nie mają charakteru celowego. Dzieci te mają trudności ze skupieniem uwagi, mają kłopoty z zapamiętywaniem. W sferze emocjonalnej cechuje je częste niezadowolenie oraz mała odporność na stres.

Natomiast drugi typ opisuje dzieci jako powolne, które potrzebują dużo czasu, by podjąć jakieś działania, by je w końcu doprowadzić do końca. Dzieci o typie pasywno-refleksyjnym są zamyślone, zaabsorbowane własnymi myślami. Bodźce zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne często odwracają ich uwagę.

Zdaniem Gordon Serfontein głównymi cechami zaburzeń koncentracji uwagi są: krótki czas koncentracji uwagi, podwyższony poziom aktywności, impulsywność, brak koordynacji, słaba pamięć krótkotrwała, nieustępliwość, zmniejszenie poszanowania wła-

---

[50] J. Elliott, M. Place, *Dzieci i młodzież w kłopocie*. Warszawa 2000, WSiP, s. 65.
[51] H. Spionek, *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*. Warszawa 1975, PWN, s. 7.
[52] R. Fischer-Tietze, *Nie ma głupich dzieci*. Kielce 2002, Jedność, s. 76.
[53] H. Weyhreter, *Zaburzenia koncentracji u dzieci.* Warszawa 2001, Klub dla Ciebie, s. 15.

snej godności, kłopoty w relacjach z rówieśnikami, kłopoty ze snem, zmiany apetytu, zaburzenia mowy.[54]

Uważa, że dzieci z zaburzeniami koncentracji uwagi mają niezmiennie pewne problemy z koncentracją lub uwagą. Pomiędzy nimi pojawia się zasadnicza różnica, tzn. uwaga to świadomość otoczenia i zmian w nim zachodzących, natomiast koncentracja to zdolność do skupienia się nad jedną specyficzną cechą w środowisku. Często zdarza się, że pojęcia, tj. „skupienie uwagi" i „koncentracja" są traktowane jednoznacznie. Ogólnie rzecz ujmując, zaburzenie koncentracji uwagi to zaburzenie zarówno uwagi, jak i koncentracji, które z reguły prowadzą do roztargnienia i zdenerwowania, a nawet fantazjowania.

Ostatnim objawem ADHD - z podanej wyżej definicji - jest nadmierna ruchliwość, zwana też hiperaktywnością lub hiperkinezją, która wyraża się w zwiększonym poziomie aktywności.

Skrót ADHD - jak wcześniej wspomniałam - to zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.

Czym jest nadpobudliwość psychoruchowa?

W opinii Wolfa Wolframa „nadpobudliwość jest zaburzeniem w rozwoju samokontroli oraz zachowań społecznych o chronicznym przebiegu i z ograniczonymi możliwościami leczenia".[55]

Zatem nadpobudliwość to: „stan nadmiernej pobudliwości, połączony z brakiem koncentracji i trudnościami w nauce".[56]

Hanna Nartowska pisze, że dzieci niespokojne, nadmiernie ruchliwe i aktywne, o zmiennych nastrojach, impulsywne i „roztrzepane" - nazywać będziemy dziećmi nadpobudliwymi psychoruchowo.[57] Są to dzieci, u których „równowaga procesów nerwowych jest zachwiana w taki sposób, że proces pobudzenia uzyskuje przewagę nad procesami hamowania".[58]

Używając terminu „nadpobudliwość psychoruchowa", sygnalizuję, iż chodzi tu zarówno o sferę ruchową, jak i psychiczną.

Najczęściej nadpobudliwość przejawia się:

---

[54] G. Serfontein, *Twoje nadpobudliwe dziecko*. Warszawa 1999, Prószyński i S-ka, s. 19.
[55] W. Wolfram, *Nadpobudliwe i niespokojne dzieci w przedszkolu*. Kielce 2002, Jedność, s. 66.
[56] *Wielka Encyklopedia Świata*. Oxford 2005, T. X, s. 136.
[57] H. Nartowska, *Wychowanie dziecka nadpobudliwego*. Warszawa 1976, Nasza Księgarnia, s. 7.
[58] M. Dąbrowska, M. Rozesłaniec: *Korygowanie zaburzeń zachowania dzieci nadpobudliwych psychoruchowo i agresywnych w grupie socjoterapeutycznej.* Toruń 2003, Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 9.

– w zwiększonej liczbie wykonywanych przez dziecko ruchów, której objawami są: wzmożona ekspresja ruchowa, ruchowy niepokój oraz nawyki ruchowe i mimowolne ruchowe wyładowania, tzn. tiki, w silnych reakcjach uczuciowych na bodźce,
– w zaburzeniach funkcji poznawczych, głównie w postaci zaburzeń uwagi oraz pochopności i pobieżności myślenia.[59]

U dzieci nadpobudliwych często można zauważyć egocentryzm uczuciowy, nieumiejętność podporządkowania się wymaganiom życia społecznego, nieobowiązkowość, nieodpowiedzialność i brak wytrwałości w dążeniach do określonego celu.

Według Józefa Pielkowa objawy nadpobudliwości mogą pojawić się w różnym wieku dziecka, także na skutek nieprawidłowego oddziaływania środowiska rodzinnego i szkolnego.

Wszystkie wyżej wymienione objawy mogą u każdego dziecka występować w różnym nasileniu i w różnych powiązaniach. Bywa tak, że objawy pobudzenia w jednej sferze stają się dominujące przy innych mniej nasilonych, ale dokładnie o tym w podrozdziale 1.2.4.

Warto w tym miejscu jeszcze nadmienić o innych objawach charakterystycznych dla nadpobudliwości, a są nimi: „zaburzenia snu pod różną postacią (trudności z zaśnięciem, budzenie się w nocy, czasami z krzykiem, zbyt wczesne wstawanie), wspomniane wyżej tiki, jak: mruganie powiekami, robienie min i grymasów, podrzucanie ramieniem, wymachiwanie rękoma, ponadto moczenie się i jąkanie".[60]

Interesujące stanowisko wobec zaburzeń prezentują Jirina Prekop i Christel Schweizer, które twierdzą, iż powodem występowania różnych zaburzeń jest chory i wywołujący choroby „duch czasu".

Być może to właśnie chory „duch czasu" warunkuje powstawanie zespołu ADHD? W swoich badaniach - wspomniane wyżej autorki - odkryły, że w krajach Trzeciego Świata nie występuje zjawisko hiperaktywności, podobnie jak i w tej części cywilizowanego świata, gdzie w procesie wychowania kładzie się duży nacisk na zahamowanie aktywności ruchowej dziecka.

Stawiają pytanie, dlaczego?

---

[59] H. Spionek, *Psychologiczna analiza trudności i niepowodzeń szkolnych*. Warszawa 1970, s. 111-113.
[60] (pod red.) Pilch T., *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. III, Warszawa 2004, Wydawnictwo „Żak", s. 474.

Może dlatego, że nie dominuje tam ideologia głosząca hasła typu: *„każde dziecko ma prawo do wolności i do własnej woli”, „nie wolno hamować aktywności ruchowej dziecka”, „nie wolno ich wychowywać sprzecznie z ich wolą”* itp., może dlatego, że społeczeństwo opowiada się za pozytywnym hamowaniem impulsów ruchowych dziecka. Jedno jest pewne, że „dopóki dziecko nie potrafi świadomie panować nad procesami hamowania i ukierunkowywania swojej aktywności ruchowej, dopóty jest tego nieświadome - potrzebuje pomocy dorosłych”.[61]

Jeżeli dziecko wykazuje skłonności do hiperaktywności - zdaniem Prekop i Schweizer - można ją osłabić poprzez „prawidłową ” naukę, tj. przez ukierunkowane sterowanie aktywnością. W ich przekonaniu, dużo zależy od sposobu wychowania dziecka. I jak mówi stare przysłowie *„czego Jaś się nie nauczy, tego Jan nie będzie umiał”*. Może w tym tkwi przyczyna ADHD?

Oto inne czynniki, które mogą pośrednio mieć wpływ na wystąpienie zespołu ADHD: urazy przy urodzeniu, przewlekłe zatrucie ołowiem, czynniki środowiskowe, które mogą znacznie pogorszyć oraz zaostrzyć stan choroby, tj. trudna sytuacja domowa, brak stałego systemu zasad i konsekwencji, szczególnie widoczne jest to w rodzinach dysfunkcyjnych.[62]

Aktualnie uznaje się, iż zespół ADHD jest szczególną przypadłością neurologiczną, o podłożu genetycznym. Na zakończenie dodam, że zespół ADHD daje o sobie znać w różnych etapach rozwoju człowieka. Zaburzenie to zmienia się w czasie, w miarę jak rozwija się osobowość i zdolności poznawcze. Nie jest to zjawisko stałe, lecz dynamiczny proces, którego oddziaływanie zmienia się z upływem czasu.

1.2.3. Zespół ADHD w życiu człowieka

Dotychczas uważano, że zespół ADHD dotyczy tylko i wyłącznie dzieci, lecz z przeprowadzonych badań - nowych analiz - wynika, że dotyczy także i ludzi dorosłych. Mimo, iż rozważania na temat ADHD dotyczą tylko i wyłącznie młodszego wieku szkolnego. Warto w tym miejscu przybliżyć, jak zespół ADHD wpływa na inne okresy życia człowieka. Na podstawie licznych analiz uważa się, że objawy nadpobudliwości psychoruchowej uzewnętrzniają się:

---

[61] J. Prekop , Ch. Schweizer, *Niespokojne dzieci*. Poznań 1997, Media Rodzina, s. 29.

[62] *Rodzina dysfunkcyjna (alkoholowa, rozbita, narkomańska), w której dziecko ma szczególnie niepomyślne warunki do rozwoju*. [za:] M. Piszczek, *Równe szanse.* Warszawa 2001, Wyd „Seventh Sea”.

- do trzeciego roku życia - w nadmiernej ruchliwości, ale w tym wieku trudno to ocenić,
- przedszkole - w nadmiernej nadruchliwości, impulsywności, a nawet agresji wobec dzieci,
- szkoła - w zaburzeniach koncentracji uwagi,
- wiek dorastający - w niepokoju, nieuporządkowaniu.[63]

Podobny podział proponuje L. J. Pfiffner w swojej pracy *Wszystko o ADHD*, w której wymienia:

1. PRZEDSZKOLE - oznaką pojawienia się ADHD w tym okresie jest wysoka aktywność, która wymaga nieustannego nadzoru ze strony dorosłych. Dzieci są nieustannie w ruchu, często popadają w tarapaty, liczne niepowodzenia są przyczyną narastającej frustracji. Dzieci są chętne do kontaktów z rówieśnikami, lecz ich zabawy zwykle kończą się zabieraniem zabawek, popychaniem. Wówczas pojawiają się pierwsze niepowodzenia przedszkolne.

2. SZKOŁA PODSTAWOWA - ADHD często w tym okresie nie jest jednoznacznie i ostatecznie dobrze zdiagnozowane, ale u takich dzieci widać problemy głównie z zadaniami domowymi, które niejednokrotnie bywają niedokończone, niskie oceny, odrzucenie przez rówieśników. Dziecko ma poważne problemy ze zrealizowaniem podstawowych wymagań szkolnych.
3. GIMNAZJUM - SZKOŁA ŚREDNIA - u dzieci pojawiają się poważne problemy z samokontrolą i poczuciem odpowiedzialności. Większość nastolatków odbiega wyraźnie od swoich rówieśników, nie spełnia wymagań adekwatnych do ich wieku. Taki stan rzeczy prowadzi do tego, że wielu uczniów nie kończy szkoły średniej.
4. DOROSŁOŚĆ - część osób, u których nie wykryto ADHD w dzieciństwie, dobrze radzi sobie w życiu dorosłym. Czasem ich „symptomy" stanowią zaletę w ich pracy, ale bywa i tak, że osoby z ADHD mają poważne problemy z pracą. Albo ją zmieniają, albo pozostają przez dłuższy czas bez pracy. Według badań trafiają do grup o wysokich współczynnikach wypadków, rozwodów czy aresztowań, u niektórych z nich pojawiają się antyspołeczne zachowania.[64]

---

[63] T. Wolańczyk, *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci*. „Wychowanie w przedszkolu" 2004, nr 3.

[64] L. J. Pfiffner, *Wszystko o ADHD*. Poznań 2004, Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Niezwykle ważne jest jak najwcześniejsze zdiagnozowanie ADHD, ponieważ - jak widać z powyższej charakterystyki - przybiera ono coraz to poważniejsze skutki w życiu człowieka.

1.2.4. Rodzaje ADHD

W rozdziale 1.2.2. wypunktowałam objawy ADHD. W zależności od ich dominacji można wyróżnić określone podtypy zachowań ADHD:

- **Typ nieuważny** - są to uczniowie, którzy często zdradzają oznaki nadaktywności umysłowej, a dodatkowo mogą być nadmiernie impulsywni.
- **Typ nadaktywny- impulsywny** - to uczniowie, których stan najłatwiej poznać po zachowaniu, bowiem ma się wrażenie, jakby mieli niespożyte pokłady energii, a ich działania mogą prowadzić do poważnych problemów edukacyjnych i towarzyskich.
- **Typ połączony** - są to uczniowie zdradzający cechy obu powyższych grup.[65]

Powyższy podział to jeden z wielu możliwych. Niektórzy badacze wymieniają jedynie dwa podtypy ADHD, tj. ADHD z nadruchliwością i ADHD bez towarzyszącej nadruchliwości.

Innym sposobem klasyfikacji jest podział na ADHD u dzieci i ADHD u dorosłych. I tak w obrębie ADHD u dorosłych wyróżniamy następujące podtypy:

- ADHD z zaburzeniami lękowymi,
- ADHD z depresją,
- ADHD z zaburzeniami uczenia się (głównie u dzieci),
- ADHD z pobudzeniem lub manią,
- ADHD z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych,
- ADHD u osób twórczych (np. Mozart),
- ADHD z zaburzeniami zachowania (u dzieci) albo cechami osobowości dyssocjalnej (u dorosłych),
- ADHD z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym /nerwica natręctw/,
- Pseudo ADHD.

Należy w tym miejscu zwrócić szczególną uwagę na ostatni podtyp - **pseudo ADHD**. W dzisiejszym świecie, kiedy to musimy wykonać wiele obowiązków przy małej

---

[65] F.J. O'Regan, *Jak pracować z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych*. Warszawa 2005, Liber, s. 13.

ilości czasu, kiedy to wciąż się spieszymy, spóźniamy, zapominany, wpadamy łatwo we frustrację, kiedy trudno nam zwolnić, jesteśmy w ciągłym wirze, możemy sądzić, że mamy pseudo-ADHD. Niemniej jednak, aby można było mówić o prawdziwym ADHD, należy wziąć pod uwagę czas i natężenie charakterystycznych dla niego objawów.[66]

Na koniec warto przytoczyć choroby i zachowania, które w swych symptomach mogą przypominać ADHD. Ilustruje je tabela nr 1.

Tabela 1

Choroby i zachowania o symptomach przypominających zespół ADHD

Choroby somatyczne	Alergie, nadczynność tarczycy, choroby reumatyczne, choroby wątroby, wady serca, choroby pasożytnicze, niedokrwistość, niedożywienie, przewlekłe zatrucie ołowiem, zażywanie niektórych leków, padaczka, uszkodzenie słuchu lub wady wzroku.
Zaburzenia psychiczne	Dzieci z niskim ilorazem inteligencji, zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania, całościowe zaburzenia rozwoju, depresja, mania.
Zaburzenia wynikające z działania czynników środowiskowych	Dziecko nieprzeciętnie zdolne, dzieci narażone na zbyt duży stres, dziecko maltretowane fizycznie, wykorzystywane seksualnie, dziecko pochodzące z domu, w którym brak jasnych reguł postępowania.

Źródło: J. Smykaj, *Jak rozpoznać ADHD u dziecka?* [w:] *Edukacja i Dialog*, Społeczne Towarzystwo Oświatowe, nr 7, 2005.

Dane z tabeli wyraźnie wskazują, że w przypadku ADHD wymagana jest ostrożna diagnoza i terapia w tym zakresie, o czym w dalszej części pracy.

Wymienione powyżej podtypy ADHD są - jak już na samym początku to podkreślałam - uwarunkowane określonymi objawami.

Podsumowując, za pierwotne objawy ADHD uważa się: skłonność do rozpraszania uwagi, impulsywność, podenerwowanie itp. Natomiast wtórne - to te, które najtrudniej leczyć. Należą do nich: niska samoocena, depresja, nuda, frustracja, lęk, nieudane kontakty z otoczeniem, czasami używanie narkotyków, kradzieże. Im bardziej opóźnia się rozpo-

[66] E. M. Hallowell, J. J. Ratey, *W świecie...*, op. cit., s. 183-231.

znanie zespołu ADHD, tym poważniejsze stają się problemy z objawami wtórnymi. Dlatego wskazane jest, aby diagnoza ADHD ustalona była w jak najkrótszym czasie.

1.2.4.1. ADHD u dorosłego

Dla pełnego zobrazowania problemu ADHD należy poruszyć wątek nadpobudliwości z zaburzeniami koncentracji uwagi u dorosłego.

W tym podrozdziale, w znacznej części, posłużę się książką Sabine Bernau[67] *„ADHD u dorosłego”*. Autorka na bazie własnego doświadczenia obrazuje zachowanie dorosłego człowieka w kilku aspektach, tj. jestem mężczyzną, jestem kobietą, mam rodzinę. Daje obraz tego, jak nadpobudliwość z zaburzeniami koncentracji uwagi zmienia nasze życie. Przytacza cechy, które wskazują na wystąpienie ADHD u dorosłego. (zob. aneks 5)

W tym miejscu podam typowe oznaki ADHD:

- niezdolność koncentracji,
- brak organizacji,
- słaba pamięć,
- niska samodyscyplina,
- niezdolność w utrzymaniu porządku i stabilizacji,
- zakłopotanie, problem w jasnym myśleniu,
- niezdolność, poddanie się w wyrównaniu intelektualnym,
- osiąganie gorszych wyników w pracy niż to jest możliwe,
- trudności w znalezieniu i utrzymaniu pracy,
- obniżenie własnej samooceny.[68]

Któż z nas nie ma takich powyższych objawów. Jak wygląda ADHD u kobiety lub mężczyzny? Przeanalizuje to teraz.

Dorosły z ADHD postrzega własne zachowanie w kategorii zachowań uciążliwych dla otoczenia i samego siebie. Z czym ma problemy? Na pewno z porządkiem oraz organizacją własnych działań. Osoby dorosłe z ADHD - to typowi „chomikarze”, tzn. gromadzą, gromadzą i jeszcze raz gromadzą różne rzeczy. Autorka zaleca dokonanie selekcji tych rzeczy według zasady trzech kartonów: na te które chcemy wyrzucić, na te które chcemy

---

[67] S. Bernau, *ADHD u dorosłego. Poradnik - jak z tym żyć.* Wyd. WAM, Kraków 2007.

[68] Ch. Green, K. Chee, *The pocket guide to understanding ADHD. Practical tips for parents*. Vermilion, London 2004, s. 162.

oddać komuś i na te które chcemy zatrzymać. W ten sposób nastanie ład i porządek na „nowej drodze życia".

Innym zaleceniem *jest uleczenie swojej duszy.* Ten moment nastąpi, gdy dorosły już wie, że ma ADHD i jest świadomy przesłanek z nim związanych. Staje się świadomy, dlaczego jego życiu towarzyszy strach, obawa, lęk przed nowym, a także zaczyna rozumieć, skąd biorą się niepowodzenia zawodowe, rodzinne czy towarzyskie. W momencie pełnej świadomości,

pełnego zrozumienia istoty ADHD u dorosłego może nastąpić *„oczyszczenie"*. Porządkuje otoczenie a potem swoje wnętrze.

Autorka przytacza hasła, które należy wdrożyć we własne życie:

- *Miłość do siebie i pełna akceptacja* – jak ciężko jest to osiągnąć, zwłaszcza dorosłemu z ADHD, który w stosunku do innych osób ma bardzo zaniżone poczucie własnej wartości.
- *Rozmowa z samym sobą* – każdy z nas powinien posiąść tę umiejętność. Pozwala ona na analizowanie własnego zachowania, poprzez dogłębną kontemplacje wewnętrzną. Czasem w myśli mówimy do siebie. Dorośli z ADHD nie mają tej umiejętności, nie słuchają własnej intuicji, która wyraża się wewnętrznymi przemyśleniami. Kierują się impulsem, nie zawsze przychylnym dla siebie samego i otoczenia. Pojawiają się wówczas sytuacje groźne i ryzykowne w swych skutkach.
- *Poznaj swoje mocne i słabe strony* – osoby z ADHD mają w sobie mocno zakorzenionego „krytyka", który mówi *„nic nie potrafisz, to twoja wina, zawsze zrobisz tak, aby było źle, jesteś niedobry…"*. By pokonać go potrzeba jest afirmacja: powtarzanie sobie, że jest się wartościową osobą, lubianą - kochaną. Afirmacje wyzwolą w nas siły przebicia się spod „płaszczyka krytyka". To jak walka ze złym duchem, pokonać go - oznacza nowe spojrzenie na siebie, swoje rzeczywiste możliwości.
- *Naucz się rozmawiać* – oto zalecenia dla dorosłego: mów jasno i wyraźnie, nie za głośno i nie za cicho, utrzymuj tempo wypowiedzi, pozwalaj wypowiedzieć się innym, wypowiadaj osąd, nie irytując innych, otwarcie spoglądaj na swojego rozmówcę, zastanów się, zanim coś powiesz.

Jeśli dorosły z ADHD zapanuje nad powyższymi wytycznymi, uda mu się je osiągnąć oznacza to, że pierwszy etap terapii został osiągnięty. Drugi odnosi się do praktycznych wskazówek, jak radzić sobie z nadpobudliwością, impulsywnością czy zaburzeniami koncentracji uwagi.

Zdaniem Sabine Bernau, dorosły z ADHD ma w dużej mierze trudności z koncentracją, by ją poprawić powinien:

– w miejscu pracy zapalić świeczkę o zapachu cytryny lub pomarańczy,
– w tle puścić cichą muzykę,
– od czasu do czasu mieć przy sobie „gniotkę" (gumowa piłeczka z wypustkami), pomaga odprężyć się,
– zaleca ruch, zwłaszcza jeśli pracuje się przy biurku, już samo zaparzenie kawy mobilizuje do ruszania się;

– zmienić smak - cukierki cytrynowe, guma do żucia, jakaś przegryzka dodaje sił,
– wzrok - widoki wody uspakajają wnętrze dorosłego, mówi się „spokój ducha, to spokój myśli, a jeśli spokój myśli, to lepsza koncentracja podczas wykonywania czynności zadaniowych".

Ostatnią rzeczą, jaką zaleca terapeutka, to nadawanie struktur: ustanowienie sobie norm czasowych, np. do godziny 10 wykonujemy wszystkie telefony i tego należy się trzymać.

Dorosły z ADHD powinien wyrobić w sobie nawyk ustalania celu ogólnego, do którego odpowiednio wyznacza cele pośrednie. Cele pośrednie należy ująć w realne ramy czasowe, by móc je zrealizować. Należy rozpoczynać od tych celów, które łatwo i szybko można wykonać, wówczas nie tracimy czasu. Podczas pracy zaleca robienie małych przerw.

Zauważmy, że dorosły ma problem z planowaniem i dokończaniem własnych czynności. U dziecka z ADHD także to możemy zauważyć. Im wcześniej nabierzemy wprawy w planowaniu i realizowaniu własnych zamierzeń, tym łatwiej jest funkcjonować w codziennym życiu. Jeśli nawyk ten zostaje wdrażany w dorosłym życiu to trudniej go osiągnąć. Czasem terapia trwa kilka miesięcy. Wówczas dorosły korzysta z pomocy lekarza, terapeuty, doradcy. Te osoby nadzorują nasze kroki i poczynania w realizowanych przez siebie celów. Kto może być naszym doradcą?

Autorka pisze, że może być nim każdy, kto ma stosowną wiedzę w zakresie ADHD. Może być to koleżanka, przyjaciel lub partner życiowy. Osoby te są odpowiedzialne za osobę z ADHD. Stosują wobec nich kontrolę, nadzorują ich opracowane plany działania. Takie postępowanie niejako wymusza w osobie z ADHD poczucie bycia odpowiedzialnym. Z czasem wywiązywanie się ze stawianych sobie celów przez dorosłego z ADHD staje się nawykiem. Wówczas nie potrzebna jest kontrola „doradcy".

ADHD u dorosłego a rodzina?

Z autopsji, autorka wie, że relacje rodzinne, gdy jest ADHD będą zaburzone. Dlaczego? Odpowiedź jest oczywista, dorosły z ADHD szybko się irytuje, denerwuje czy złości. Nie potrafi zapanować nad własnymi emocjami i uczuciami. Takie zachowania powodują rozdźwięk w rodzinie. Tym bardziej, jeśli pozostali członkowie rodziny nie są świadomi, gdzie tkwi przyczyna takich zachowań. Inaczej spogląda się na osobę, która złości się, bo złości się od tak, a inaczej jeśli wiemy, że wynika to z jej niepohamowanej natury, jej impulsywności – nadpobudliwości. Proponuje się tzw. *konferencje rodzinne*, podczas których wspólnie wszyscy członkowie rodziny omawiają różne zachowania. Następuje pełne porozumienie, rozmowa, dialog. Sabine Bernau proponuje planowanie takich konferencji, co jakiś czas.

Zdaniem autorki dysertacji nie jest to konieczne. Jestem przekonana, że wspólne porozumienie powinno następować codziennie. Na bieżąco powinny być omawiane zachowania,
zadania, plany realizowane za dnia.

Wówczas nie można byłoby ująć tego w kategoriach *konferencji,* a raczej rodzinnych wieczornych spotkań. Współcześnie brakuje nam czasu na „wszystko", rodzina pozostaje na ostatnim miejscu wśród zabiegania, ciągłej gonitwy. A przecież takie *„wieczorne spotkania"* są świetnym rozwiązaniem na zbliżenie się do siebie, zacieśnienie więzi rodzinnych.

W rodzinach, gdzie jest dorosły z ADHD są i dzieci z ADHD. W znacznym stopniu taką zależność można zaobserwować. Jeśli przyjmie się uwarunkowania genetyczne za przyczynę ADHD, wówczas nie jest to dla nas żadnym zaskoczeniem.

Przy tak „jakże burzliwych rodzinach z ADHD" ważne jest, by wszelkie spory, problemy rozwiązywać w atmosferze spokoju, przychylnego tonu głosu *podczas wieczornych spotkań.* Odkładanie problemu na potem, tj. do wieczora, daje szansę na ochłonięcie, przemyślenie stanu faktycznego, by później *„wieczorową porą"* móc konstruktywnie podejść do danego problemu, konfliktu.

Jak można pomóc dorosłemu z ADHD?

Oto propozycje:

1. Wdrożenie stałego planu dnia, podobnie jak u dzieci z ADHD.
2. Zmiana diety: zaleca się zastosować takie wytyczne, które zbiegają się z zasadami zdrowego żywienia, tj.: pięć porcji warzyw i owoców w wielkości 5 razy po 5 garści, czyli porcja tyle, ile nam zmieści się w dłoni, najlepiej surowe lub gotowane; pełnowartościowe produkty zbożowe, nabiał o niskiej zawartości tłuszczu, białko w porcji 0,8 gram na kilogram wagi ciała; ilość dozwolonych jaj do 3 tygodniowo mak-

symalnie; spożywanie tłustych ryb, w przypadku, gdy ktoś nie przepada za rybami, zaleca się uzupełnianie diety o suplement Omega 3; jeśli chodzi o tłuszcze to tylko te dobre, oleje naturalne: olej lniany, rzepakowy, oliwa z oliwek. Powinno stopniowo ograniczać się chęć na słodycze, czy alkohol. Zaleca się picie 1,5 litrów płynów dziennie. Jak widać, dieta ta nie odbiega od racjonalnego zdrowego sposobu żywienia. Omega 3 w połączeniu z witaminą E utrzymuje pracę naszego mózgu w dobrej kondycji.

3. Leki – o nich piszę w dalszej części publikacji. Jednak nadmienię tu, iż stosowanie terapii farmakologicznej nie uzależnia ani dziecka z ADHD ani dorosłego z ADHD.
4. Metody niekonwencjonalne, alternatywne, jak: medycyna naturalna, terapie relaksacyjne jedynie mogą towarzyszyć medycynie klasycznej – zastosowanie leczenia farmakologicznego. Zdaniem Sabine Bernau, nie można oprzeć leczenia ADHD tylko i wyłącznie na podstawie alternatywnych rozwiązań (na przykład suplementy, tj. witaminy; fitoteraputyki,

   czyli roślinne środki lecznicze: miłorząb japoński, zioła lecznicze, wyciągi z roślin; homeopatia „Bacha", tj. odpowiednio skomponowane zapachy odprężające i nadające odpowiedni nastrój, terapie fizjologiczne, w tym: terapia atlasu (odblokowanie kręgów szyjnych, które wpływają na złe ukrwienie mózgu); kinezjologia, jako uzyskanie równowagi cielesnej i duchowej; techniki samoregulacji: neurofeedback, trening autogenny, progresywna relaksacja mięśni według Jacobsena). Leczenie dorosłego czy dziecka z ADHD musi opierać się o leczenie farmakologiczne, a potem o dodatkowe inne formy leczenia, jako element wspierający i uzupełniający całość działań podjętych w kierunku poprawy funkcjonowania dorosłego z ADHD.

Na koniec rozważań wymienię osoby, które mają, bądź mieli ADHD, bowiem nie jesteśmy odosobnieni w tym względzie: Steven Spilberg, Jhon Lenon, George Orwell, a z kobiet: Marylin Monroe, piosenkarki Cher, Madonna.

Ku przemyśleniu *(…) jeśli masz ADHD to od pierwszego dnia życia jesteś inny od pozostałych (…). Choroba jest twoim bliźniakiem, jest częścią ciebie - ustalasz jej swoje zadania i ustanawiasz granice (…).*[69]

1.2.5. Kryteria diagnozy zespołu ADHD oraz rola specjalistów w diagnozie i terapii

[69] S. Bernau, *ADHD u dorosłego. Poradnik - jak z tym żyć.* Wyd. WAM, Kraków 2007, s. 163.

Czym jest w ogóle diagnoza?

Otóż pojęcie „diagnoza" (gr. diâgnôsis) oznacza najogólniej mówiąc rozpoznanie,[70] wykrycie przyczyn odstępstw od normy, określenie ich zakresu oraz możliwości oddziaływań, w celu ich osłabienia bądź zniwelowania.[71]

Wobec powyższego rozpoznanie zespołu ADHD nie jest zadaniem łatwym, ponieważ dokładnie nie wiadomo, gdzie przebiega linia podziału, gdzie kończy się normalność, a zaczyna ADHD.

Wiedzę oraz niezbędne doświadczenie do postawienia właściwej diagnozy w zakresie ADHD mają psycholodzy kliniczni, psycholodzy dziecięcy oraz pediatrzy specjalizujący się

w ADHD. Kwalifikacje potrzebne do oceny ADHD posiada również coraz więcej psychologów szkolnych. W tym miejscu warto nadmienić, że nie ma żadnego testu, który jednoznacznie wskazywałby na ADHD.

Aby dobrze zdiagnozować ADHD osoba uprawniona do tego musi wziąć pod uwagę następujące sekwencje kroków, a mianowicie:

- dokonać analizy przeszłości danej osoby na podstawie wywiadu. W przypadku dzieci, informacje zbiera się zarówno od samego dziecka, jak i jego rodziców i nauczycieli. Informacje najczęściej dotyczą: rodziców, przodków, występowania w pokoleniu różnych innych zaburzeń, ciąży i narodzin, przebytych chorób, tzw. „historii rozwoju" danej osoby, okresu szkolnego, środowiska rodzinnego, w przypadku dorosłych osób - okres studiów i nauki, jak też okres pracy, historii kontaktów międzyludzkich,
- wziąć pod uwagę odpowiednie kryteria diagnostyczne.

Kryteria diagnostyczne są podzielone na trzy grupy problemów, tj. zaburzenia koncentracji uwagi, nadruchliwość i impulsywność. Każdej z nich przyporządkowane są objawy, które muszą występować w określonej ilości, tzn. sześć lub więcej objawów zaburzeń koncentracji uwagi lub sześć łącznie, tj. objawów nadruchliwości i impulsywności powinno utrzymywać się przez co najmniej pół roku, aby można było mówić o zespole ADHD.

Dokładną ich charakterystykę przedstawiam w tabeli poniżej.

---

[70] S. M. B. Pecyna, *Psychologia kliniczna*. Warszawa 1999, Wydawnictwo „Żak", s. 37.

[71] M. Prokosz, *Diagnoza dziecka z zaburzeniami rozwoju – konteksty definicyjne*. [w:] *Dziecko z zaburzeniami rozwoju.* (pod red.) B. Bytkowskiej i B. Winczury. Kraków 2006, Oficyna Wydawnicza „Impuls", s. 16-17.

Tabela 2

Kryteria diagnostyczne zespołu ADHD

ZABURZENIA KONCENTRACJI UWAGI	▪ dziecko nie jest w stanie skoncentrować się na szczegółach podczas zajęć szkolnych, pracy lub w czasie wykonywania innych czynności, popełnia błędy wynikające z niedbałości, ▪ często ma trudności z utrzymaniem uwagi w trakcie wykonywania zadań i gier, ▪ często wydaje się, że nie słucha tego, co się do niego mówi, ▪ często nie stosuje się do podawanych kolejno instrukcji i ma kłopoty z dokończeniem zadań szkolnych oraz wypełnieniem codziennych obowiązków, ▪ często ma trudności ze zorganizowaniem sobie pracy lub innych zajęć, ▪ nie lubi, ociąga się lub unika rozpoczęcia zajęć wymagających dłuższego wysiłku umysłowego, takich jak: nauka szkolna lub odrabianie zadań domowych, ▪ często gubi rzeczy niezbędne do pracy lub innych zajęć, ▪ łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców, ▪ często zapomina o różnych codziennych sprawach.
NADRUCHLIWOŚĆ	▪ dziecko często wykonuje nerwowe ruchy rąk lub stóp bądź nie jest w stanie usiedzieć na miejscu, ▪ wstaje z miejsca w czasie lekcji lub w innych sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia, ▪ często chodzi po pomieszczeniu lub wspina się na meble w sytuacjach, w których takie zachowanie jest niewłaściwe, ▪ często ma trudności ze spokojnym bawieniem się lub odpoczywaniem, ▪ często jest w ruchu, ▪ często jest nadmiernie gadatliwe.
IMPULSYWNOŚĆ	▪ zwykle nie potrafi spokojnie czekać na swoją kolej, ▪ często przerywa lub przeszkadza innym, ▪ często wyrywa się z odpowiedzią, zanim pytanie zostanie sformułowane w całości.

Źródło: P. Pawlak, *Program profilaktyczno-terapeutyczny dla dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej.* Kraków 2005, Oficyna Wydawnicza „Impuls".

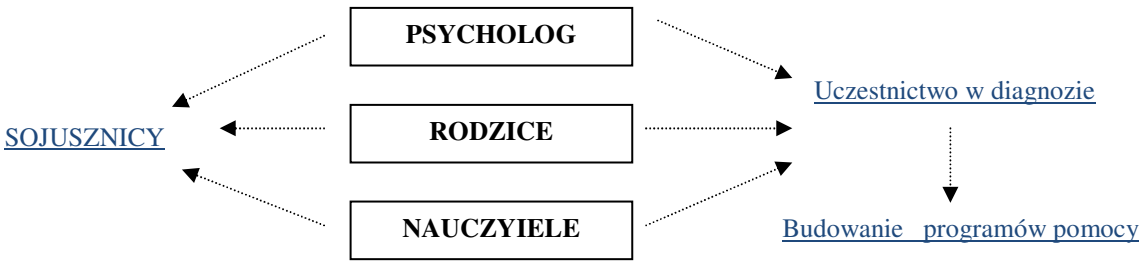
W Polsce stosowana jest ICD-10 - International Classification of Diseases (*Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych*) - (zob. aneks 4).

Pisząc o kryteriach - dla pewnej całości - w tym miejscu należy zaznaczyć, iż istnieją także kryteria diagnostyczne pozwalające rozpoznać zespół ADHD u osób dorosłych - (zob. aneks 5). Na podstawie kryteriów specjalista może określić czy dana osoba (dziecko bądź dorosły) ma zespół ADHD, czy też nie.

W ocenie i zarazem terapii zespołu ADHD zaangażowanych jest pewna liczba osób, które podejmują wspólny wysiłek jako jeden zespół. Do niego zaliczają się: lekarze - specjaliści w ADHD, personel szkolny (dyrekcja, pedagog szkolny, nauczyciel) oraz rodzice. Relacje między tymi podmiotami ilustruje schemat nr 2.

Schemat 2

Osoby zaangażowane w proces diagnozy oraz pomocy dziecku z ADHD



Źródło: J. Smykaj, op. cit., s. 17.

Spośród wszystkich wymienionych osób zasadniczą rolę, odgrywa nauczyciel, gdyż to on jako pierwszy może zauważyć ADHD i w sposób natychmiastowy podjąć odpowiednie środki, metody do pracy nad takim dzieckiem.

Jako pierwszych wymieniam nauczycieli, gdyż rodzice mogą nieświadomie zbagatelizować zachowanie dziecka, uznając je za nieposłuszne, krnąbrne, złośliwe itp. Dziecko z ADHD - jak już wcześniej wspomniałam - może mieć trudności w nauce, a złe wyniki są postrzegane przez rodziców, jako przejaw lenistwa, niechęci, itp. Wówczas stosują nieodpowiednie metody wychowawcze, które jeszcze bardziej pogłębiają zaistniały problem, nie zdając sobie zupełnie sprawy z tego, że zaistniały stan rzeczy może mieć podłoże neurologiczne, a nie jest spowodowane złą wolą dziecka. Istotna jest więc rola nauczyciela, jako pierwszego wnikliwego obserwatora dziecka.

Natomiast rola psychologa sprowadza się do wydania opinii własnej w danym przypadku, jak również do udzielenia pomocy rodzicom w formie odpowiedniego szkolenia rodziców - terapii rodzinnej. Psycholog pomaga w koordynacji programów szkolno-domowych.

Z kolei psycholog szkolny odgrywa kluczową rolę w formułowaniu wstępnej oceny oraz w organizacji spotkania przedstawicieli szkoły, specjalistów z zewnątrz oraz rodziców w celu przeanalizowania edukacyjnych potrzeb dziecka. Jego przewaga w stosunku do psychologa ogólnego tkwi w tym, że może bezpośrednio obserwować dziecko w czasie

lekcji. Taka obserwacja jest dwustronna, tzn. zarówno ze strony nauczyciela, jak i psychologa szkolnego. Wówczas staje się bardziej wnikliwa i obiektywna.

Rola lekarza specjalisty sprowadza się do wydania zaleceń, co do dalszej terapii, która wiąże się często ze stosowaniem odpowiednich środków farmakologicznych.

Zadanie dyrekcji szkoły winno sprowadzać się do tworzenia warunków sprzyjających edukacji dziecka z ADHD, zachęcaniu personelu do szkolenia w zakresie metod pracy z dziećmi z ADHD, ale o tym dokładnie wyrażę opinię w kolejnym podrozdziale.

Na koniec tych rozważań, pragnę zaznaczyć, że dla dokładniejszej diagnozy ADHD, szczególnie u osób, które mają trudności w nauce, przeprowadza się badania psychologiczne. Testy psychologiczne mogą dostarczyć dowodów na poparcie diagnozy o wystąpieniu ADHD. Najczęstszym stosowany testem jest test inteligencji Werschlera zarówno dla dzieci, jak i dorosłych, w których w pewnych punktach testu osoba z ADHD uzyskuje z reguły słabe wyniki. Jednakże należy podkreślić, że żaden test nie może definitywnie wskazywać lub wykluczać ADHD, może jedynie potwierdzić lub zakwestionować dowód kliniczny.

Na pewno diagnoza powinna opierać się na wszechstronnej, wyczerpującej historii choroby oraz historii rozwoju dziecka, na wywiadach, ocenach zachowania dokonywanych przez rodziców, nauczycieli i inne osoby odgrywające znaczącą rolę w życiu dziecka, na szczegółowej analizie konkretnych problemów i symptomów, danych szkolnych, wyników w nauce oraz na obserwacji zachowania dziecka. Po rozważeniu wszystkich danych można podjąć decyzję, czy problemy z zachowaniem oznaczają zespół zaburzenia uwagi i nadpobudliwości psychoruchowej. Wskazane jest wnikliwe badanie lekarskie, żeby wykluczyć inne czynniki. Po zdiagnozowaniu, że jednak mamy do czynienia z ADHD przystępujemy do odpowiedniego leczenia.

1.2.6. Formy leczenia zespołu ADHD

Zanim przyjmiemy odpowiednie formy leczenia, należy odpowiednio poinformować osoby mające ADHD, czym ono jest, tzn. udzielić stosownej wiedzy na temat ADHD.

Ogromne znaczenie ma umiejętność przekazania wiedzy o chorobie ludziom ze swojego otoczenia. ADHD ma głębokie społeczne oddziaływanie: wpływa na dom, pracę, środowisko szkolne, jak również na wewnętrzne życie danej osoby.

Podstawą leczenia jest nadanie życiu pewnej ścisłej struktury, dokonanie zmian w życiu zewnętrznym, jak i wewnętrznym. Struktura to „zestaw zewnętrznych środków kontrolowania, które wprowadzamy po to, by kompensować słabą, niewystarczającą kontrolę wewnętrzną".[72]

A oto wskazówki, jak nadać strukturę życiu dziecka:

- spisanie problemów, nad którymi trzeba popracować,
- środek zaradczy do każdego wymienionego problemu,
- wykorzystywanie narzędzi, takich jak spisy, notatki, terminarze, budziki, tablice do przypinania informacji, itp.,
- wymyślenie sposobu motywacyjnego do działania, bowiem dziecko z zespołem ADHD wymaga zachęcenia,
- udzielanie informacji zwrotnych,
- uczenie odpowiedzialności,

- stosowanie pochwał i pozytywnych informacji zwrotnych,
- skorzystanie z pomocy korepetytora,
- dostarczanie możliwych środków, które mogą mu pomóc w nauce,
- stosowanie reguły: nie walcz, ale negocjuj.[73]

Właściwie każde leczenie ADHD u dziecka, czy osoby dorosłej rozpoczynamy od nadania odpowiedniej struktury. Korzysta się wówczas z terapii indywidualnej, a także terapii rodzinnej, terapii par bądź też grupowej. Przy czym każda z terapii daje zupełnie inny rezultat, na przykład dziecko w terapii indywidualnej zachowa się zupełnie inaczej niż w terapii grupowej, dzięki temu mogą wyjść na jaw nie spostrzeżone dotąd problemy, tj. problemy ze skupieniem uwagi, zachowania destrukcyjne.

Terapie grupowe mają taką zaletę, że w grupie osoba z zespołem ADHD lepiej się czuje wśród innych osób z podobnym problemem, łatwiej jest jej się uzewnętrznić. Grupa daje wsparcie, akceptacje, ogromną ilość pozytywnej energii.

Oprócz odpowiednich terapii - jak podkreśla Hallowell i Ratey - ważne jest, by mieć kogoś, kto byłby „trenerem" dla osoby z ADHD. Zadaniem jej byłoby upominanie w momencie, kiedy pojawiają się niestosowne zachowania. W szkole byłby to nauczyciel,

---

[72] E. M. Hallowell, J. J. Ratey, op. cit., s. 259.
[73] Tamże, op. cit., s. 262-263.

a w domu rodzic. W przypadku osób dorosłych byłaby to osoba niezależna, która w okresie terapii odbywałaby codzienne piętnastominutowe konsultacje, których zadaniem jest udzielanie pomocy, formułowanie najbliższych planów itp.

Do powyższych form leczenia zaburzeń ADHD zalicza się:

- terapię behawioralną - zwana modyfikacją zachowania,[74] czyli chodzi o wygaszanie złych nawyków, a wzmacnianie dobrych.
- nauczanie wyrównawcze - dodatkowe zajęcia, w których dziecko nabywa pewnych nawyków pomocnych w uczestniczeniu zajęć.
- terapia mowy i języka - głównie praca z logopedą.
- terapia zajęciowa - nacisk na prawidłowy rozwój motoryczny dziecka.
- kontrola dietetyczna - istnieje przypuszczenie, że niektóre produkty spożywcze mogą dodatkowo wzmagać aktywność, np. cukier, kakao.

- leczenie farmakologiczne[75] - w Polsce jest rzadko stosowane. Najczęściej stosowanym lekiem jest RITALIN, który redukuje zaburzenia koncentracji, hiperaktywność, impulsywność i agresję. Pomaga pracować dłużej i lepiej, wpływa znacząco na zmianę zachowania dziecka.

Zdaniem Davida Pentecosta leczenie farmakologiczne zalecane jest tylko w ostateczności, gdy inne metody są mało skuteczne. W zamian za to proponuje swój program ADDapt, który jego zdaniem jest skuteczniejszy i korzystniejszy dla zdrowia dziecka.[76]

- metody relaksacyjne - trening autogenny - dla dzieci hiperaktywnych, jak i tych, które mają zaburzenia uwagi.[77]
- Metoda Ruchu Rozwijającego W. Sherborne[78] - metoda ta pomaga zarówno w rozwoju fizycznym, jak i w rozwoju osobowości dziecka.
- Metoda Symboli Dźwiękowych[79] - metoda opracowana przez B. Kaję, oparta na muzyce i ruchu.

---

[74] S. P. Rathus, *Psychologia współczesna*. Gdańsk 2004, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 656.

[75] P.C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji.* Gdańsk 2004, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 79-98.

[76] D. Pentecost, *Wychowywać dziecko z ADD i ADHD. Praktyczne strategie opanowania trudnych zachowań dzieci z ADD i ADHD.* Warszawa 2005. Wyd. Fraszka Edukacyjna.

[77] H. Weyhreter, op. cit., s. 110.

[78] W. Sherborne, *Ruch rozwijający dla dzieci*. Warszawa 1997, PWN.

[79] R. Wiącek, *Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo w wieku przedszkolnym. Program terapii i wspomagania rozwoju oraz scenariusze zajęć.* Kraków 2004, Oficyna Wydawnicza „Impuls", s. 22.

- Metoda Integracji Sensorycznej - terapia tą metodą wpływa na poprawę funkcjonowania układów zmysłowych celem lepszego przetwarzania odbieranych bodźców i właściwej do nich adaptacji; wpływa także korzystnie na poziom samoakceptacji, poprawia samoobsługę, koncentrację uwagi i zdolność wykonywania poleceń.[80]
- Programy psychoedukacyjne dla rodziców. Grupy wsparcia.
- Biofeedback - metoda modyfikowania procesu fizjologicznego i nadania mu pożądanego kierunku przez podawanie bezpośrednich informacji zwrotnych na temat parametrów tego procesu.[81]

Zdając sobie sprawę, że jest jeszcze wiele innych terapii, metod, technik prac z dzieckiem mającym ADHD - nie sposób je wszystkie wymienić - chciałam jednak w tym miejscu wymienić te najważniejsze.

Kończąc rozważania na temat leczenia dzieci z ADHD, należy powiedzieć o trzech podstawowych działaniach, które są nieodłącznym jego elementem:

1. Stworzenie uporządkowanego środowiska - dziecko z ADHD żyje w nieustannym chaosie, wymaga więc przyjaznego, uporządkowanego i stałego otoczenia.
2. Zapewnienie odpowiednich metod wychowywania i nauczania dopasowanych do możliwości i potrzeb dziecka.
3. Jeżeli jest to konieczne - wspomniana już wcześniej - terapia farmakologiczna.[82]

Do tej pory poruszono następujące zagadnienia: przyczyny ADHD, objawy ADHD, diagnoza i formy leczenia ADHD. Kolejny podrozdział poświęcony zostanie głównym problemom, z jakimi boryka się dziecko z ADHD.

1.2.7. Problemy dziecka z symptomami ADHD

Za pierwszy podstawowy problem u dzieci z ADHD - w porównaniu do swoich rówieśników - uznaje się trudności w uczeniu się. Trudności w uczeniu się to „długotrwały stan, najprawdopodobniej pochodzenia neurologicznego, który w sposób wybiórczy manifestuje się poprzez zakłócenia rozwoju, integracji i realizacji werbalnych oraz niewer-

---

[80] M. Skórczyńska, *Dziecko z zespołem deficytu uwagi z nadruchliwością (ADHD). Symptomy diagnostyczne i wybrane metody terapii.* „Szkoła Specjalna" 2003, nr 5.

[81] S. M. B. Pecyna, op. cit., s. 318.

[82] T. Wolańczyk, *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci.* „Wychowanie w Przedszkolu" 2004, nr 3.

balnych zdolności. (...) trudności w uczeniu się występują jako odmienny rodzaj niepełnosprawności przy zachowaniu przeciętnej lub ponadprzeciętnej inteligencji (...). W ciągu życia mogą wpływać na poczucie własnej wartości i samoocenę, edukację, aktywność zawodową, społeczną oraz czynności dnia codziennego.[83]

W przypadku dzieci z ADHD trudności w uczeniu wiążą się z:

- zaburzeniami procesów uwagi i pamięci /dziecku jest trudniej się uczyć, wykorzystywać dotychczasową wiedzę; ma problemy z selekcją informacji/,
- zaburzeniami językowymi, tj. trudności w budowaniu spójnych wypowiedzi, w posługiwaniu się pojęciami przestrzennymi i czasowymi, ma miejsce częste odbieganie od tematu rozmowy, bardzo głośne i szybkie mówienie, problemy z przestrzeganiem zasad dotyczących prowadzenia rozmowy,
- dysleksją, dysortografią, dysgrafią,
- niezgrabnością ruchową.[84]

Fintan J. O'Regan problemy dziecka z symptomami ADHD ujmuje w sposób bardziej szczegółowy, tzn. dzieli je na trzy kategorie:

PROBLEMY Z NAUKĄ

- nie potrafi zabrać się do pracy,
- osiąga gorsze wyniki,
- pracuje zbyt wolno lub zbyt szybko,
- zapomina polecenia lub wyjaśnienia,
- jest leniwe,
- zostawia wszystko na ostatnią chwilę,
- łatwo się rozprasza,
- zwleka z wykonaniem zadań,
- ma kłopoty z motywacją, łatwo wpada we frustrację,
- ma problemy z kończeniem podjętych zadań,
- jest źle zorganizowane, unika obowiązków.

PROBLEMY Z ZACHOWANIEM

- wykazuje postawę roszczeniową,
- przeszkadza innym,
- łatwo wpada we frustrację,

---

[83] (pod red.) W. Dykcik, *Pedagogika specjalna*. Poznań 1998, Wydawnictwo UAM, s. 244.
[84] I. Turbiarz, *Dziecko nadpobudliwe w szkole*. „Remedium" 2004, nr 9.

- nie panuje nad sobą,
- jest niespokojne i nie może usiedzieć na miejscu,
- za dużo mówi,
- lubi się rządzić i bywa nieprzewidywalne,
- jest niegrzeczne i często ulega wypadkom,
- ma kłopoty z koncentracją, miewa dobre i złe dni.

PROBLEMY W KONTAKTACH MIĘDZYLUDZKICH

- jest samolubne i egocentryczne,
- jest złośliwe, niegrzeczne i nieczułe,
- zachowuje się w niedojrzały sposób, jest przygnębione,
- ma niską samoocenę,
- jest zbyt ciche lub zbyt głośne,
- postępuje bezmyślnie,
- wycofuje się ze świata,

- nie okazuje uczuć,
- nie angażuje się we wspólną pracę lub zabawę.[85]

Wszystkie trzy grupy problemów nie są niezależne od siebie, wręcz przeciwnie wzajemnie się uzupełniają. Dwie ostatnie kategorie problemów przyczyniają się do tego, że dziecko z zespołem ADHD jest odrzucane przez grupę. To poważny problem z uwagi na to, iż w grupie rówieśniczej uczeń otrzymuje informacje zwrotne dotyczące tego, jak jest postrzegane przez innych. Jeżeli informacje są negatywne, wówczas stosunek dziecka do samego siebie jest negatywny, co ma swoje odbicie w innych płaszczyznach jego życia.

Dziecko z zespołem ADHD jest mało popularne w klasie, zaś przez dorosłych często krytykowane. Taki stan rzeczy - zdaniem Piotra Pawlaka - wynika z nieznajomości i niezrozumienia problemu, jakim jest zespół ADHD.

Dzieci, u których ta choroba nie zostanie odpowiednio wcześnie rozpoznana i leczona, bardziej niż inni są narażone na wiele problemów. W pierwszej kolejności będą to porażki w szkole oraz słabe przystosowanie społeczne, a także problemy rodzinne, emocjonalne i behawioralne. To wszystko wpłynie na niską samoocenę dziecka.

---

[85] Finatn J. O'Regan, *ADHD*. Warszawa 2005, Wyd. Liber, s. 31-32.

Brak wczesnej diagnozy może także doprowadzić do porzucenia szkoły, wkroczenia w świat przestępczości, zażywania narkotyków oraz szeregu innych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. Konieczne jest więc wczesne rozpoznanie oraz podjęcie odpowiednich działań w przypadku dziecka z ADHD. Istotną rolę w tym względzie odgrywa szkoła.

1.2.8. Szkoła - nauczyciel wobec ucznia z zespołem ADHD

Rozważania tego podrozdziału rozpocznę od tego, że nauka w szkole wymaga od dziecka wielu trudnych rzeczy m. in.:

- pracy w jednym wyznaczonym miejscu przez 45 minut – najczęściej jest to ławka uczniowska,
- skupienia uwagi w trakcie wykonywania zadań - ćwiczeń przez co najmniej kilkanaście minut,
- zajmowania się przez dłuższy czas tym samym tematem (np. wykonywanie obliczeń w zakresie dziesięciu),
- zapamiętywania na polecenie wielu istotnych informacji jednocześnie (np. zasady ortografii),
- bycie zdyscyplinowanym, a więc panowanie nad swoim zachowaniem.

Objawy ADHD często pojawiają się w szkole, kiedy dziecko nie potrafi wywiązać się z powyższych wymagań stawianych mu już na samym początku.

W trzydziestoosobowej klasie nauczyciel, mając dwóch uczniów z ADHD ma chęć pozbycia się takich uczniów, gdyż zajęcia z takimi dziećmi są naprawdę uciążliwe. Szkoła usiłuje rozwiązać problem, pozbywając się dziecka z klasy, poprzez skierowanie go do szpitala, sanatorium lub szkoły specjalnej. Innym wyjściem w przypadku dziecka nadpobudliwego jest indywidualne nauczanie, które tak naprawdę nie jest najlepszym rozwiązaniem, ponieważ w pewnym stopniu wpływa na niską samoocenę dziecka. W ten sposób pozbawia się go możliwości obcowania w grupie rówieśniczej i tym samym nie uczy się zachowań prospołecznych.

Podając za Iwoną Turbiarz, „są szkoły, które starają się przerzucić na rodziców odpowiedzialność za zachowanie dziecka na lekcji. Tymczasem, to rolą pedagoga jest nauczać i wychowywać oraz wspierać rodziców w tym niełatwym procesie”.[86]

---

[86] I. Turbiarz, *Dziecko nadpobudliwe w szkole*. Socjoterapia. „Remedium” 2004, nr 9.

Autorka wymienia idealne warunki pracy w szkole dla dziecka nadpobudliwego:

- małe klasy 12-15 osobowe,
- wskazana osoba wolontariusza, który absorbowałby „zewnętrzną uwagę" dziecka,
- miejsce pracy - pierwsza ławka, z dala od drzwi i okien,
- indywidualizacja podejścia.[87]

Oprócz wyżej wymienionych warunków pracy istotne są następujące czynniki:

- cechy nauczyciela: otwartość, elastyczność na problemy z jakimi boryka się uczeń z zespołem ADHD; jego wrażliwość na „inność" dziecka,
- sposób prowadzenia zajęć: bez pośpiechu i zachowań wywołujących zdenerwowanie u uczniów, czyli dobra organizacja zajęć oraz umiejętność planowania; podejście nieautorytarne,
- zasady pracy nauczyciela: podejście skoncentrowane na dziecku, czyli wydawanie jasnych i czytelnych poleceń, udzielanie pochwał słownych, premiowanie, sprawowanie kontroli nad uczniem poprzez bliski kontakt fizyczny (np. mina odpowiednia do sytuacji), ignorowanie zachowań, które nie są nadmiernie negatywne oraz ograniczenie wymagań, tak by nie przewyższały możliwości dziecka z zespołem ADHD.[88]

Zarówno czynniki organizacyjne, jak i personalne nauczyciela wpływają na jakość pracy dziecka z zespołem ADHD.

Powrócę jednak do tematu nauczania indywidualnego, które niejako powinno być dla dziecka nadpobudliwego najlepszym rozwiązaniem. Alternatywą jest nauczanie w grupie, realizowane na terenie szkoły. Różnica polega na tym, że podobnie, jak w nauczaniu indywidualnym, uczeń z zespołem ADHD realizuje treści nauczania zgodnie ze swoimi predyspozycjami psychofizycznymi, lecz oprócz tego jest włączane w życie klasowe na tych przedmiotach, w których będzie mogło się wykazać, tj. zajęcia muzyczne czy plastyczne. Uczestniczenie w zajęciach sprawi, że uczeń poczuje się dowartościowany przez grupę. Innym przykładem zajęć grupowych mogą być uroczystości i imprezy szkolne, które sprzyjają ekspresji ruchowej i doświadczaniu sukcesu.[89] Takie rozwiązanie jest najkorzystniejsze dla dziecka z zespołem ADHD, choć jak podają źródła rzadko praktykowane w polskich placówkach oświatowych.

---

[87] Ibidem, s. 23.

[88] M. Szmyd-Skórzewska, *Propozycja programu z dziećmi nadpobudliwymi psychoruchowo, oparta na doświadczeniach amerykańskich pedagogów*. „Nauczanie Początkowe". Kielce 2002, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, s. 64-65.

[89] B. Tomaszek, *Integracja w nauczaniu*. „Remedium" 2005, nr 4.

Odmienną formą jest nauczanie totalne, które zakłada stosowanie specjalnych metod dydaktycznych. Podstawowe z nich to: wyróżnienie najważniejszych zagadnień i informacji - w obrębie nich będą to wszelkiego rodzaju podkreślenia, wypowiedzi ustne typu: uwaga to ważne!, schematy, diagramy, użycie modeli, pomocy wizualnych. Zachęca się ucznia do pracy przez konkursy, zabawy i inne formy, które pobudzają uwagę dziecka.[90]

Praca z dzieckiem mającym zespół ADHD jest trudna i wymaga odpowiedniego nakładu czasu, wymaga wiele determinacji i zrozumienia ze strony nauczyciela. W tej kwestii dużą rolę odgrywałby nauczyciel twórczy - mówiono nieco o tym w podrozdziale 1.1.2.2. - który swym zapałem, chęcią, otwartością na rzeczy nowe oraz umiłowaniem do dzieci podjąłby wysiłek pracy z takim uczniem.

Jak piszą pedagodzy i psycholodzy zajmujący się tematyką ADHD, nie należy oczekiwać natychmiastowej poprawy w zachowaniu ucznia z zespołem ADHD, lecz mimo to warto próbować, nie poddawać się i starać się przezwyciężać wszelkie trudności, bo czyż nie to jest podstawowym zadaniem nauczyciela?

W refleksjach końcowych przytoczę opracowany przez L. J. Pfiffner model nauczania równoległego, który opiera się na zasadach:

Dostosowanie otoczenia:

- uczeń siedzi z dala od miejsc, które mogą powodować rozproszenie uwagi, a blisko nauczyciela (o czym była mowa wyżej),
- dzieci siedzą w taki sposób, aby stworzyć wyraźne granice między obszarami, w których pracują,
- nauczyciel powinien starać się, aby klasa była dobrze zorganizowana,
- korzysta z dobrze widocznych i interesujących pomocy wizualnych,
- umieszcza reguły, zasady zachowania oraz postępy w ich przestrzeganiu na tablicy pomocniczej.

Strategie nauczania:

- nauczyciel trzyma się z góry ustalonego planu lekcji,
- prowadzi w taki sposób lekcje, aby utrzymać uwagę i zainteresowanie uczniów,
- utrzymuje rytm.

Zaangażowanie uczniów w proces dydaktyczny - pomoc rówieśnicza dziecku z ADHD:

---

[90] T. Wolańczyk..., op. cit., 99.

- monitorowanie rówieśników,
- zajęcia grupowe,
- poparcie i akceptacja rówieśników.

Wymienione wyżej punkty są tylko krótkim zobrazowaniem modelu nauczania równoległego. Jak podkreśla autorka tego programu istotne w nim są:

- **struktura**: przejrzyste reguły, zwyczaje, wskazówki,
- **konkret**, tzn. stosowanie wizualnych wskazówek, zachęty, powtarzanie poleceń,
- **spójność:** rozsądne użycie korygujących informacji zwrotnych wobec dziecka z AD-HD,
- **motywacja**: częste dodatnie wzmacnianie oraz konsekwencje,
- **interesujące lekcje**: wyzwolenie wyobraźni i ciekawości dziecka przez entuzjazm, kreatywność i nowości.[91]

Nauczyciel, podejmujący pracę z dzieckiem mającym symptomy ADHD jest świadomy tego, że niepożądane zachowania dziecka są niezależne od jego woli, choć doskonale zna, ogólnie obowiązujące reguły zachowania.

Zdaniem Russela Barkleya - słynny specjalista od tematyki ADHD - dla dziecka z zespołem ADHD nie ważna jest przeszłość czy przyszłość, ale istotna jest chwila obecna.[92] Dlatego też nie hamuje ono swoich emocji, które czasem są tak silne, że niemożliwe jest ich obiektywne zrozumienie i ocenienie sytuacji. Wówczas nauczyciel ma do czynienia z działaniem w afekcie, ze wszystkimi konsekwencjami.[93] W takiej sytuacji jest zobligowany do ustalenia ściśle określonych zasad i reguł, jako narzędzia współpracy w społeczności klasowej oraz stworzenia atmosfery zachęcającej do działania.

1.2.9. Podsumowanie

W rozdziale drugim starałam się - w miarę precyzyjnie - scharakteryzować zagadnienie, jakim jest zespół ADHD. Rozpoczęłam od definicji pojęcia zespołu ADHD, głównych przyczyn i objawów. Następnie opisałam rodzaje, tzn. podtypy ADHD (z przewagą: zaburzeń koncentracji uwagi, nadpobudliwości psychoruchowej lub mieszany), jak również kryteria diagnozowania oraz formy leczenia, a także wpływ zespołu ADHD na dziecko, mam tu na uwadze szereg nieodzownych problemów, o których mówiłam

[91] L. J. Pfiffner....., op. cit., s. 32.
[92] F. J. O'Regan, *ADHD.* Warszawa 2005, Liber, s. 16.
[93] I. Wielowiejska-Comi, *Jasne zasady*. „Remedium" 2002, nr 5.

w podrozdziale 1.2.7. W tym względzie znacząca jest postawa szkoły - głównie nauczycieli - wobec ucznia wykazującego podstawowe symptomy ADHD.

Środowisko rodzinne i szkolne zaliczyć można do czynników społecznych, które korelują z czynnikami biologicznymi odpowiedzialnymi za zespół ADHD. Te dwa środowiska - najbliższe dziecku - oddziaływają w większym stopniu niż nam się wydaje.

Nieprawidłowe postawy - wynikające z braku wiedzy i tym samym braku świadomości istnienia problemu ADHD - ze strony rodziców czy nauczycieli wobec dziecka z symptomami ADHD wpływa niekorzystnie na jego prawidłowy rozwój i funkcjonowanie w społeczności.

Dlatego konieczne jest w tym wypadku postawienie wczesnej diagnozy, która nie jest rzeczą łatwą. Niewątpliwie, by mówić o zespole ADHD, objawy muszą mieć miejsce w dwóch środowiskach, a zatem w domu i w szkole, przy czym powinny być obserwowalne stale lub niemalże stale w zachowaniu dziecka.

Objawy zespołu ADHD przeszkadzają w życiu zarówno dziecku, jak i jego otoczeniu, upośledzając jego społeczne funkcjonowanie.

W Polsce nie prowadzi się badań statystycznych dotyczących ADHD, ale opierając się na opracowaniach zachodnich, wiadomo, że blisko 70 procent dzieci właściwie prowadzonych niemal całkowicie wyrasta z tego zaburzenia pod koniec wieku dojrzewania.[94] Stąd „ważne jest, by nauczyciel potrafił wstępnie rozpoznawać i odróżniać objawy ADHD od zachowań typowo niegrzecznych. Aby to ułatwić wskazane jest szkolenie całej rady pedagogicznej wraz z dyrektorem i personelem pomocniczym szkoły."[95]

Praca z dzieckiem nadpobudliwym jest czasochłonna i wymaga konsekwencji, dlatego też, powinna być oparta na trzech głównych zasadach, RRR:

- regularności, czyli działanie w ustalonym rytmie, z unikaniem gwałtownych zmian; spokojne i konsekwentne egzekwowanie ustalonych reguł,
- rutynie, czyli wykonywanie określonych czynności o ściśle określonych porach dnia według tej samej kolejności i tego samego schematu,
- repetycji, czyli nieustające powtórki, które wymagają dużej cierpliwości i wytrwałości ze strony zarówno nauczycieli, jak i rodziców.[96]

Można powiedzieć, że praca z dzieckiem nadpobudliwym każdego dnia jest podejmowana od nowa, jej celem nie jest pokonanie objawów, tylko stworzenie zewnętrznej

---

[94] I. Wielowiejska-Comi, *Praktyka w ADHD i ADD*. „Remedium" 2002, nr 4.
[95] I. Turbiarz, *Rola specjalistów w diagnozowaniu dzieci z zespołem ADHD*. „Remedium" 2005, nr 4, s. 20.
[96] U. Oszwa, *Dzieci z zaburzeniami uwagi.* „Remedium" 2002, nr 4.

struktury, dzięki której dziecko będzie mogło lepiej funkcjonować w rodzinie, w grupie rówieśniczej.[97] Efekty pracy będą tym lepsze, im wcześniej zostaną powzięte odpowiednie działania profilaktyczne.

Zdaniem Mieczysława Wojciechowskiego „do lepszej pracy są bowiem potrzebne szkolenia i zmiana priorytetów w nauczaniu oraz odstąpienie od horroru dydaktyki na rzecz działań wychowawczych i psychospołecznych."[98]

Według artykułu 29 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych *nauka dziecka ma być ukierunkowana na:*

- „rozwijanie w jak najpełniejszym zakresie osobowości, talentów oraz zdolności umysłowych dziecka;
- rozwijanie w dziecku szacunku dla praw człowieka...;

- przygotowanie dziecka do odpowiedzialnego życia w wolnym społeczeństwie, *w duchu zrozumienia, pokoju, tolerancji, równości ...*"[99]

Aby wywiązać się z powyższych ustaleń należy w pierwszej kolejności zaakceptować dziecko z zespołem ADHD takim, jakie jest. W dużej mierze zależy to od nauczyciela, który w dzisiejszej dobie uważany jest za fachowca nie tylko z zakresu nauczanego przedmiotu, ale również z pedagogiki wychowawczej. Musi być wyposażony w umiejętności pozwalające mu pracować z grupą, rozróżniać trudności poszczególnych dzieci, mieć możliwość konstruktywnego przeciwdziałania im.

Nauczyciel postrzegany jest jako „środek " do porozumienia między nim a dzieckiem, między rodzicem a dzieckiem. Od ich pełnej współpracy, umiejętności komunikacji zależy sukces pedagogiczny w przypadku dziecka z zespołem ADHD.

W chwili ustalenia diagnozy, iż dziecko ma zespół ADHD konieczne jest to, by rodzice uczęszczali na zajęcia psychoedukacyjne o tematyce ADHD, bowiem to oni muszą stać się pierwszymi specjalistami w pracy ze swoim dzieckiem. Wówczas, zdobyta wiedza i umiejętności pozwoli im świadomie modelować zachowanie dziecka.

W przekonaniu autorki pracy, nauczyciele, jako pierwsi odgrywają znaczącą rolę w trafnym diagnozowaniu zespołu ADHD. Oni powinni oszczędzić nadpobudliwym dzieciom ciernistej drogi do osiągania życiowego celu, powinni modelować styl ich myślenia i

---

[97] I. Turbiarz, *Psychoedukacja rodziców*. „Remedium" 2005, nr 6.
[98] M. Wojeciechowski, *Dziecko z dysfunkcją*. „Remedium" 2002, nr 9, s. 8.
[99] I. Wielowiejska-Comi, *Trudna sztuka nagradzania*. „Remedium" 2002, nr 11, s. 12.

działania w kierunku harmonii wewnętrznej z otaczającym światem.[100] Aby tak było powinni być świadomi powagi problemu, jakim jest ADHD, powinni być bogatsi o współczesną wiedzę, ale o tym dokładniej w kolejnym rozdziale niniejszej pracy.

1.3. ADHD – aspekty prawne i praktyczne wskazania

Teoretyczne rozważania na temat ADHD zawarte zostały w rozdziale drugim. Celem trzeciego rozdziału jest zobrazowanie stanu prawnego i faktycznego na temat ADHD, jak wygląda to zagadnienie w realiach życia codziennego. Czy potwierdza się łacińskie powiedzenie *verba docent, exempla trahunt*[101] (słowa uczą, przykłady pociągają)? Co czyni się na rzecz dzieci nadpobudliwych, jakie kroki podejmuje się, by im pomóc?

Na wymienione powyżej pytania autorka postara się udzielić odpowiedzi w kolejnych podrozdziałach. Ich treść stanowią prawa przysługujące dzieciom z ADHD, funkcjonowanie Stowarzyszeń działających na rzecz ADHD oraz rozważania dotyczące stosowania terapii farmakologicznej.

Druga część tego rozdziału stanowią praktyczne wskazania w pracy z dzieckiem z zespołem ADHD, w odniesieniu do rodziców i nauczycieli. Także wspomniano o autorskim programie na CD pt. „ADHD w pigułce".

1.3.1. Stowarzyszenia – placówki działające na rzecz ADHD

Pierwszym Stowarzyszeniem działającym na rzecz dzieci nadpobudliwych w Polsce było **Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Nadpobudliwym PONAD**[102] z Warszawy. Stowarzyszenie założono w 1999 roku z inicjatywy rodziców dzieci z ADHD.

Na czele tego Stowarzyszenia stanął lekarz, prof. dr Tomasz Wolańczyk (kierownik Poradni i Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego), dr Artur Kołakowski (dyrektor Centrum Terapii Behawioralno-Poznawczej) oraz prof. Jadwigi Komender. Wymienione osoby zapoczątkowały w Polsce zajmowanie się tematyką ADHD, zarówno od strony dia-

---

[100] I. Wielowiejska-Comi, *Jak powiedzieć rodzicom o nadpobudliwości ich dziecka?* „Remedium" 2003, nr 7-8.

[101] Z. Kraszewski, *Tajemnica życia wiecznego. 100 dowodów na życie pozagrobowe*. Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam", Warszawa , s. 14.

[102] www.adhd.net.pl

gnostycznej jak i efektywnej terapii. Naczelnym celem Stowarzyszenia jest poprawa sytuacji dziecka z ADHD i jego rodziców, dlatego też:

- prowadzone są od 2001 roku grupy wsparcia, które integrują rodziców z ADHD; ma miejsce psychoedukacja, która w dużej mierze opiera się na wymianie własnych doświadczeń i wiedzy na temat ADHD. Spotkania odbywają się raz w tygodniu, czyli nacisk położony jest na ich regularność – częstotliwość,
- kontaktuje się z mediami, w celu przekazania im rzetelnej wiedzy na temat dysfunkcji,
- prowadzi Zakład Szkoleń – jest to Niepubliczny Zakład Doskonalenia Nauczycieli i Pedagogów. Tematyka poruszana to praca z dzieckiem nadpobudliwym oraz zagadnienia im pokrewne,
- zwraca uwagę na terapie alternatywne, tj. naturoterapia – odżywianie, suplementacja,
- śledzi literaturę zagraniczną, promuję publikację w języku polskim na temat ADHD,
- nawiązuję współpracę z zagranicznymi osobami, instytucjami interesującymi się problematyką ADHD, wymienia doświadczenia, gromadzi informacje, podejmuje działania zmierzające poprawie dydaktycznych i wychowawczych odniesień,
- oprócz dostępu za pomocą strony internetowej, udostępniona jest także infolinia dla rodziców i osób zainteresowanych,
- Stowarzyszenie dąży do zapewnienia pomocy jak najszerszemu gronu dzieciom z ADHD i ich rodzinom.

Z początkiem listopada 2005 roku, Stowarzyszenie zawarło konsolidację z innymi Grupami Wsparcia. Ich wspólnym celem jest uzyskanie refundacji na leki pomagające leczyć nadpobudliwość u dzieci, o czym szczegółowo powiem w podrozdziale 1.3.2.

Porozumienie zostało zawarte z 16 organizacjami, takimi jak:

1. Grupa Wsparcia (GW) obecnie: Stowarzyszenie Rodziców Dzieci Nadpobudliwych - Bydgoszcz,
2. Grupa Wsparcia z Lublina,
3. Grupa Wsparcia z Koszalina,
4. Grupa Wsparcia z Łodzi,
5. Stowarzyszenie Kontakt – Białystok,
6. Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Nadpobudliwością Psychoruchową – Rzeszów,
7. Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z ADHD – Białogard,
8. Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Nadpobudliwym – ADHD „Ale Nasze” – Gorzów Wielkopolski,

9. Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z ADHD – Poznań,
10. Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z Nadpobudliwością Ruchową i Ich Rodzinom „Pomost" – Gdynia,
11. Terapeutyczny Ośrodek Wsparcia i Edukacji Rodziny – Lubelska Grupa Wsparcia ADHD, obecnie: Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Młodzieży "Bo Warto",
12. TPD - Koło Pomocy Dzieciom z Nadpobudliwością Psychoruchową /ADHD/ - Szczecin,
13. Warmińsko-mazurskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z ADHD i Ich Rodzinom – Olsztyn,
14. Zespół Społecznej Inicjatywy adhd.org.pl,
15. Niezwykłe dzieci – Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z ADHD i Innymi Dysfunkcjami - Katowice,
16. Tarnowskie Stowarzyszenie ADHD – Tarnów.[103]

Stowarzyszenia PONAD jest niejako bazą, podstawą, na której wzorowały się powyższe organizacje. Wszyscy członkowie wyznaczyli sobie określone wytyczne jakimi będą kierować się w swojej działalności na rzecz dzieci z ADHD - (zob. aneks 14).

Kolejne Stowarzyszenie, które wykazało się szczególną inicjatywą jest **Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Młodzieży „Bo Warto"**. Powstało ono na fundamencie konferencji z 13.02.2005 r. zorganizowanej w lubelskim Szpitalu Neuropsychiatrycznym prof. Kaczyńskiego. Inicjatorem Stowarzyszenia jest psychopedagog i terapeuta Andrzej J. Moroz. Na ówczesnej konferencji przedstawiciele środowisk ADHD z Chełma, Lublina, Katowic, Krakowa, Starogardu Szczecińskiego, Warszawy podjęli decyzję o powołaniu Polskiego Towarzystwa ADHD, jako koalicji środowisk zaangażowanych w pracę na rzecz dzieci, młodzieży i dorosłych z ADHD oraz ich rodzin. Konferencja ta przyczyniła się jednocześnie do powołania LGW (Lubelska Grupa Wsparcia ADHD), jak i Stowarzyszenia „Bo warto", a także utworzono portal www.adhd.org.pl, który prezentuje istotę dotychczasowych działań podjętych na rzecz ADHD. Stowarzyszenie nawiązuje współpracę z nauczycielami i pedagogami szkolnymi. Ma swoich pośredników w Chełmie, Włodowie, Świdniku, Zamościu, Puławach, gdzie istnieją i sprawnie działają Grupy Wsparcia (GW.) ADHD.

Andrzej Moroz, jako założyciel Stowarzyszenia jest także inicjatorem Dnia Solidarności Społecznej (DSS), które co roku poświęcone jest innej tematyce. I tak w:

---

[103] www.adhd.net.pl

2003 r. - poruszono temat ofiar przemocy domowej,

2004 r. - tematyka sierot,

2005 r. - adopcja dzieci,

2006 r. - **ADHD**.

Zaproponowano kilka propozycji do wykorzystania w DSS, tj.: marsz nadziei, anioły nadziei, ulotki, plakaty, zielone wstążki jako symbol DSS, media, konferencja – seminaria, koncert, grill, mecze piłkarskie itp. w zależności od możliwości. Dzień Solidarności Społecznej jest organizowany w pierwszą niedzielę września, a w roku 2006 idea DSS obecna była w dziesięciu największych miastach Polski.

Stowarzyszenie „Bo Warto" współpracuje z prof. dr Wolańczykiem, dr Pisulą, dr Kołakowskim z Warszawy, ściśle współdziała z psychiatrami neurologami lubelskich szpitali specjalistycznych. Wspiera wszystkich zainteresowanych problemem ADHD, prowadzi stałe szkolenia, ułatwia dostęp do specjalistów, pomaga w dotarciu do fachowej literatury.[104]

Teraz parę słów o **Polskim Towarzystwie ADHD**[105] z siedzibą w Krakowie. Towarzystwo to, wspólnie z Ministerstwem Edukacji Narodowej i Centrum CBT, przeprowadziło, co warto podkreślić, pilotażowy program *„Model opieki nad dzieckiem z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD)"*. Niepubliczna Placówka Doskonalenia Nauczycieli przeprowadziła siedem seminariów szkoleniowych rad pedagogicznych w pięciu szkołach. Szkoły z czterech różnych miast i czterech różnych województw, mowa o województwie: małopolskim, dolnośląskim, podkarpackim i łódzkim. W programie tym uczestniczyły także poradnie pedagogiczno-psychologiczne, które ściśle współpracują z wybranymi placówkami. Celem włączenia poradni to tego programu jest zoptymalizowanie działań między szkołą a poradnią. Co ciekawe, w tym programie pilotażowym uczestniczyła tylko jedna Szkoła Podstawowa oraz cztery Gimnazja.

Jak widać, ADHD ma swój odzew wśród starszych dzieci, gdzie niezrozumienie przez otoczenie tego zagadnienia w dużej mierze przyczynia się do pogorszenia zachowań, postaw dzieci dotkniętych ADHD. Dotyczy to zwłaszcza zachowań antyspołecznych, nasilonej agresji, zachowań opozycyjno-buntowniczych. Być może wyniki owego programu przyniosą efektywne rozstrzygnięcia w poprawie sytuacji w jakiej znajdują się dzieci z ADHD. Można przypuszczać, że wiele zależy od postaw nauczycieli - co potwierdzają

---

[104] http://bowarto.adhd.org.pl/

[105] http://www.ptadhd.pl/

opinie Kurt Mosetter i Reiner Mosetter - *„rzeczywiście, często dzieje się tak, że nadpobudliwe dzieci wykazują tym więcej objawów charakterystycznych dla ADHD, im bardziej nauczyciel przekonany jest, że ma do czynienia z cierpiącym na ADHD, a tym samym jest mniej skłonny do współpracy oraz postawienia sobie pytania, czy jego lekcje i wytworzona przez niego atmosfera są dostosowane do potrzeb dzieci."* Podejście nauczyciela i jego sposób komunikowania się z dziećmi, to wyznacznik powodzenia w kształceniu i wychowaniu. Im bardziej nastawiony pozytywnie pedagog, tym lepszy punkt wyjścia (…) dla dziecka, tzn. jeśli nauczyciel jest przychylny uczniowi, to uczeń częściej pokaże się z tej lepszej strony; jeśli negatywnie - to dziecko ujawni swe zahamowania i słabości. Takie wnioski wyniósł Gűnter Haffelder w przeprowadzonym przez siebie eksperymencie. [106]

W przekonaniu autorki realizowany program przyniesie konstruktywne rozwiązania, zwłaszcza, że w dużej mierze odnosi się do starszych uczniów – gimnazjum.

Polskie Towarzystwo ADHD swoją działalność rozpoczęło w 2005 roku w Krakowie, więc jest to młoda organizacja, niemniej jednak prężnie rozwijająca się, bo jak podaje zrzesza dużą liczbę swoich członków w oddziałach na terenie całej Polski. Oprócz zagadnień ADHD zajmuje się innymi zaburzeniami współwystępującymi (FAS – płodowy zespół alkoholowy, klinicznie rozpoznawalny, cechuje go wystąpienie nieprawidłowości w postaci malformacji twarzy, opóźnienia wzrostu, różnego stopnia zaburzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego[107], dysleksja, ADD – zaburzenia koncentracji uwagi bez nadruchliwości i in.).

W skład członków Towarzystwa wchodzą: rodzice dzieci nadpobudliwych, opiekunowie dzieci i młodzieży, nauczyciele, pedagodzy, psychiatrzy, psychologowie, neurologowie, w sumie ponad 300 osób. Dążenia Towarzystwa skupione są wokół wprowadzenia zmian w: edukacji (program pilotażowy), służbie zdrowia, prawie, społecznym postrzeganiu ADHD, tak by dzieci z ADHD mogły swobodnie uczestniczyć we wszystkich dziedzinach życia. Dlatego też, powołano Fundusz na Rzecz Wspierania Diagnostyki i Terapii ADHD w Polsce. Ze środków zgromadzonych na koncie Funduszu Polskiego Towarzystwo ADHD będzie dofinansowywać powstające punkty diagnostyczno - tera-

---

[106] K. Mosetter, R. Mosetter, *Nowa metoda leczenia ADHD*. Warszawa 2006, Wyd. JK, s. 13.

[107] B. Wiśniewski, *Współwystępowanie u dzieci i młodzieży z ADHD innych zaburzeń klinicznych i ich etiologia.* [w:] *ADHD – prawie normalne życie*. (pod red.) W. Baranowska, Łódź 2007, Wyd. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, s. 58. Szersze informacje na temat FAS przedstawia aneks 15.

peutyczne, poradnie oraz szkolenia dla psychologów, psychiatrów, neurologów, lekarzy pierwszego kontaktu i pedagogów. Wszystko po to, by dotrzeć do jak największego grona osób zainteresowanych tym zagadnieniem, by dotrzeć do aglomeracji małych i dużych, które jak dotąd mało wiedzą na temat ADHD, na temat pracy z dzieckiem nadpobudliwym. Polskie Towarzystwo ADHD dąży do stworzenia sieci placówek, które będą w stanie zapewnić wszystkim potrzebującym rzetelną opiekę i pomoc, dąży do zmiany postrzegania osób z ADHD, już nie jako te które sprawiają kłopoty, trudności, niejako „zło konieczne", a wręcz przeciwnie, jako osoby pełne energii, przebojowe, obdarzone nieprzeciętną wyobraźnią, pełne entuzjazmu, pomysłowe, kreatywne, jedyne w swoim rodzaju, są - co może nie jest tak widoczne na zewnątrz - wrażliwe, otwarte, szczere. Aby zmienić poglądy społeczeństwa na temat ADHD, aby pokazać, że jest ono darem, który należy odpowiednio ukierunkować, Towarzystwo zainicjowało Ogólnopolską Kampanię Społeczną pt. ADHD – Świat to za mało! Odmienność może stanowić powód do dumy, dzieci potrzebują jedynie sprzyjających ku temu warunków, by pokazać, na co je stać. Stąd w ramach Kampanii organizuje się konferencje programowe, szkolenia, pracuje się nad poprawą diagnostyki i terapii ADHD.[108]

Współcześnie istnieje przekonanie, że społeczeństwo, w jakim żyjemy jest społeczeństwem informacyjnym. Człowiek odnajduje siebie w tzw. *„szumie informacyjnym"*.

Każdy z nas czuje, że jest obciążony wieloma sprawami, wykonuje kilka czynności naraz. Taki stan powoduje, że następuje znaczny spadek koncentracji uwagi. Skoro dorosłemu trudno jest czasem odnaleźć się w życiu codziennym. To, co dopiero dziecku w młodszym wieku szkolnym, gdzie także wymaga się od niego wielu rzeczy na raz. Wspomniani wyżej autorzy - Kurt i Reiner Mosetter'owie - stawiają pytania: *czy warunki otoczenia, a także propozycje i wymagania otaczających osób są współmierne do danej osoby i jej aktualnego stanu rozwoju? Może właśnie od tego należałoby wyjść? Może tu tkwi przyczyna trudności dzieci z ADHD?* Skoro mamy coraz więcej dzieci wykazujących symptomy nadpobudliwości psychoruchowej, to może należy zmienić pewne wytyczne w edukacji, w formach i treściach pracy. Niewątpliwie nadmierne, zbyt rygorystyczne i wysokie wymagania, w stosunku do możliwości rozwoju, wymagania opiekunów mogą prowadzić do odmowy wykonania powierzonych zadań oraz do wykształcenia u osób z ADHD reakcji obronnych, tj. bunt, agresja, złość. Z drugiej strony także niedowartościowanie, zagubienie, brak odpowiedniej opieki niejednokrotnie prowadzą do zachowań

[108] http://ptadhd.pl/

aspołecznych, typowych dla dzieci z ADHD. Dziecko, które nie nabędzie odpowiednich kompetencji społecznych, zachowuje się w sposób impulsywny i często niezdyscyplinowany.[109] Poruszone tematy są zagadnieniami nadal otwartymi, skłaniającymi do refleksji. Może w nich należy upatrywać się konstruktywnych rozwiązań pomocy dzieciom nadpobudliwym.

Ponadto Polskie Towarzystwo[110] wspierane jest m.in. przez Krajowego Konsultanta ds. Psychiatrii Dzieci i Młodzieży – prof. Irena Namysłowską oraz byłą Rzecznik Praw Dziecka – Ewę Sowińską. Każde wsparcie jest cenione, gdyż jedynie wspólne powzięcie kroków może przyczynić się do poprawy sytuacji w jakiej znajduje się coraz więcej dzieci z ADHD.

Teraz parę słów o najmłodszym Stowarzyszeniu, tj. **Warmińsko-mazurskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z ADHD i Ich Rodzicom** założonym w 23.02. 2005 roku. Jego inicjatorką jest Beata Chojnicka. Dostrzegła ona, że problem nadpobudliwości dotyka coraz to większej grupy dzieci. Jej zdaniem nawet jeśli dziecko ma postawioną diagnozę, to i tak w rzeczywistości nic się nie zmienia.

Rodzice „rozkładają ręce". Dlatego zaistniała potrzeba powołania Stowarzyszenia na wzór tego, które działa w Warszawie. Stowarzyszenie pomaga nie tylko rodzicom, jest ich wsparciem, a przede wszystkim pomaga zorganizować terapię, szkolenia, spotkania ze specjalistami, nawiązuje współpracę ze studentami pedagogiki, którzy są otwarci, dynamiczni, chętni do współdziałania. Stowarzyszenie ma swoją siedzibę w Świetlicy Terapeutycznej, gdzie dodatkowo dla rodziców organizowane są specjalne *„Warsztaty umiejętności wychowawczych"*. Celem jest pomoc, tym którzy czują się zagubieni, poniekąd osądzeni przez społeczeństwo, że ADHD u ich dziecka jest ich winą, to „nieudolności wychowawczych rodziców".[111]

Niewątpliwie powstaje coraz to więcej organizacji, oddziałów powyższych Stowarzyszeń, które pragną pomagać osobom najbardziej potrzebującym, tj. dzieciom z ADHD i ich rodzinom. Wspólne działania dają większe możliwości w myśl powiedzenia tylko *„w jedności siła"*. Cenne są Grupy Wsparcia. Ich zadaniem jest integracja rodziców, którzy

---

[109]K. Mosetter, R. Mosetter, *Nowa metoda…,* s. 27-31.

[110]*Polskie Towarzystwo ADHD wiele czyni, by poprawić jakość życia dzieci nadpobudliwych. Aneks 17 przedstawia list skierowany do ówczesnego Rzecznika Praw Dziecka z prośbą o wsparcie i tym samym ochronę praw dziecka z ADHD. Jest to nawiązanie do rozdziału dotyczącego praw przysługujących dzieciom z ADHD.*

[111] http://www.olsztynadhd.republika.pl/

czują się zagubieni, często niedocenieni, bezbronni w obliczu sytuacji, która na dobrą sprawę nie jest wynikiem ich złej woli. Niestety bywa tak to postrzegane.

Takich Grup Wsparcia, powinno być – co bezsprzeczne - jak najwięcej, przykładem jest opisane powyżej *Stowarzyszenie Warmińsko-Mazurskie*, które zapoczątkowało wprowadzenie specjalnych „warsztatów umiejętności wychowawczych".
Zdaniem autorki jest to doskonała propozycja dokształcania się w zakresie umiejętności wychowawczych. Nikt z nas nie rodzi się rodzicem, stajemy się nim w ciągu życia. Uczymy się, jak nim być.

Warsztaty umiejętności wychowawczych dają sposobność do podzielenia się własnymi doświadczeniami, poglądami. W trakcie ich trwania, niejednokrotnie „na świat rodzą" się innowacyjne rozwiązania, sposoby pracy z dzieckiem, które w normalnych warunkach, być może, nigdy nie ujrzałyby „światła dziennego".

Gros stowarzyszeń podejmuje współpracę z uczelniami wyższymi, jak na przykład **Stowarzyszenie „Pomost"** (założone w 2002 - Gdańsk). Nawiązało ono kontakt z Wydziałem Nauk Społecznych, Instytut Pedagogiki, gdzie prowadzi fakultatywne zajęcia z zakresu tematyki ADHD, tym samym zachęca studentów do podjęcia wolontariatu na rzecz pomocy dzieciom z ADHD.[112]

Podobne kroki podejmuje Stowarzyszenie **Pomocy dzieciom z ADHD i innymi Dysfunkcjami „Niezwykłe Dzieci" - Katowice,** które także zachęca studentów Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego do wzięcia udziału w specjalnych szkoleniach na temat ADHD oraz podjęcia wolontariatu, a dla najlepszych stowarzyszenie daje możliwość zatrudnienia.

Stowarzyszenie Niezwykłe Dzieci, jest jednym z najważniejszych w tym regionie organizacji działającej, co istotne nie tylko na rzecz dzieci nadpobudliwych. Pomaga dzieciom z innymi dysfunkcjami. Ze statutu Stowarzyszenia wynika, że naczelnym celem jest rozwijanie, popularyzowanie oraz prowadzenie praktycznej działalności wspierającej rozwój i funkcjonowanie dzieci nadpobudliwych w społeczeństwie, pomoc rodzinom, osobom dorosłym z ADHD a za priorytetowe uważa kształtowanie postaw akceptacji, zrozumienia, tolerancji wobec problemów związanych z tym zaburzeniem. Organizacja skupia swoje działania wokół:

---

[112] I. Turbiarz, *Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z Nadpobudliwością Psychoruchową i Ich Rodzinom „Pomost"*, „Remedium" 2004, nr 4.

- edukacji rodziców, nauczycieli, pedagogów w zakresie wspierania dzieci nadpobudliwych i metod pracy z uczniem nadpobudliwym,
- rewalidacji dzieci nadpobudliwych – usprawnienie zaburzonych funkcji percepcyjnych i poznawczych (uwagi, pamięci, poprawności orograficznej),
- rozwijanie umiejętności społecznych i komunikacyjnych dzieci nadpobudliwych,
- wspomaganie edukacji dzieci nadpobudliwych poprzez tworzenie szkół terapeutycznych,
- udzielenie porad formalno-prawnych dotyczących funkcjonowania dzieci nadpobudliwych w szkole.

Realizacja powyższych celów dokonuje się poprzez prowadzenie wszechstronnej terapii dla dzieci i dorosłych z nadpobudliwością, przeciwdziałanie dyskryminacji – integracja społeczna dzieci nadpobudliwych, dążenie do uzyskania przywilejów przez dzieci z ADHD, prowadzenie terapii dla rodziców i organizowanie poradnictwa, reprezentowanie i obrona interesów rodziców oraz dzieci w relacji z instytucjami państwowymi, organizowanie szkoleń dla rodziców, lekarzy, pedagogów, psychologów, terapeutów, prowadzi działalność informacyjną, tworzenie grup wsparcia dla rodziców i opiekunów. Ponadto wspomaga dorosłych z ADHD w poszukiwaniu pracy, a dokładniej pomaga w zmianie kwalifikacji zawodowych. Stowarzyszenie dodatkowo organizuje sympozja, wydaje własne czasopismo, organizuje wypoczynek dla dzieci i ich rodzin, współpracuje z pokrewnymi stowarzyszeniami, tworzy wolontariat do pomocy dzieciom w domu i w szkole.[113]

Z przytoczonych przykładów funkcjonowania Stowarzyszeń wynika, że ich działalność jest konieczna, niezbędna, nieoceniona. Dzięki wzajemnej współpracy - zawarcie *Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Działających na Rzecz Osób z ADHD* – są w stanie znacznie więcej osiągnąć niż w pojedynkę. Stowarzyszenia dzielą się wzajemnymi spostrzeżeniami, doświadczeniami, co pozwala na inicjowanie nowych rozwiązań – metod pracy z dzieckiem mającym ADHD, wprowadzenie nowych form terapii, które muszą być dobrane odpowiednio do każdego dziecka z ADHD. Każde dziecko jest inne i wymaga innego podejścia. Ponadto, Stowarzyszenia odwołują się do władz z licznymi petycjami, prośbami o poprawę sytuacji dziecka z ADHD w Polsce. Prośby deklarowane wobec władz, są niejako apelem większości społeczeństwa. Dotyczą zawsze spraw ważnych dla dziecka z ADHD i ich rodzin (zob. aneks 14).

---

[113] http://www.verika.f.win.pl/adhd/index.php

1.3.2. Dyskusje na temat stosowania terapii farmakologicznej

O leczeniu farmakologicznym wspomniałam nieco w podrozdziale 1.2.6. Formy leczenia zespołu ADHD. Zdaniem dr n. med. Gabrieli Jagielskiej (pediatra, psychiatra dzieci i młodzieży, terapeuta rodzinny), lek nie jest najlepszym rozwiązaniem. Uważa ona, że powinny być stosowane tylko wówczas, gdy inne formy terapii, niefarmakologicznej, nie są w pełni wystarczające.

Z badań przeprowadzonych przez Rząd Stanów Zjednoczonych (MTA Study) wynika, że leczenie farmakologiczne jest skuteczniejsze od samego wsparcia psychologicznego, czy też interwencji behawioralnej.[114] Leki powinny być podawane systematycznie, o określonych porach oraz indywidualnie dopasowane do danego dziecka. Już od samego początku dokonuje się wnikliwej analizy dawkowanego leku.

Jeśli pojawią się skutki uboczne, niepożądane, wówczas lekarz, zmienia go na inny suplement. Podobnie, jak z innymi lekami stosowanymi do różnych chorób (grypa, zapalenie oskrzeli, astma, sprawy uczuleniowe), dobór odpowiedniego preparatu wymaga czasu i obserwacji. Nie od razu przepisany lek będzie dobry dla danego dziecka z ADHD.

Ponadto, domniemywa się, że odstawienie leku powoduje nawrót objawów ADHD na tym samym poziomie, jaki był zauważalny na początku.

Wielu lekarzy opowiada się za stosowaniem farmakoterapii w przypadku dzieci z nadpobudliwością psychoruchową. Istnieje przekonanie, że lek pomaga dziecku z ADHD „normalnie żyć". Aby tak faktycznie było, musi nastąpić pełna synchronizacja wspólnych decyzji i działań wszystkich zainteresowanych stron dobrem dziecka (lekarz, rodzic, nauczyciele). Jedynie pełna współpraca, dokładna informacja zwrotna podawana na podstawie obserwacji i wywiadów, daje prawdziwy obraz faktu skuteczności lub też nie, danego leku. Na tej podstawie dokonuje się selekcji wśród leków dostępnych na rynku polskim. Poniżej przedstawiam zestaw leków preferowanych w leczeniu ADHD. Są to następujące leki:

- psychostymulujące: metylfenidat - **preparat** Concerta, Ritalin, Ritalin SR. Ich skuteczność jest potwierdzona badaniami kontrolnymi; Metylfenidat, głównie - zdaniem Anety

[114] Na podstawie informacji ze strony Polskiego Towarzystwa ADHD w Krakowie oraz rozmowy z Dyrektorem Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej w Bytomiu.

Rity Borkowskiej - blokuje wychwyt zwrotny dopaminy poprzez łączenie się z transporterem, ale też ma pewien wpływ na jej uwalnianie;

- niestymulujące – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny (atomoksetyna);
- przeciwdepresyjne, inaczej antydepresanty (imipramina - **preparat** Imipramin, klomipramina - **preparaty:** AnafranilR, AnafranilRSR, Hydiphen. Najczęściej stosowane w Polsce ze względu na koszt terapii i ich dostępność. Jak podaje Gabriela Jagielska, ich skuteczność potwierdzona została u 50% pacjentów. Często odstawiany ze względu na niepożądane skutki uboczne. Według Borkowskiej, antydepresanty odpowiadają za hamowanie wychwytu zwrotnego katecholamin, szczególnie norepinefryny i serotoniny;
- alfa-mimetyki (klonidyna - **preparat** Iporel). Zmniejsza objawy nadruchliwości, nadpobudliwości i agresji. Stosowany u dzieci z współwystępującymi tikami. Jedyny minus tego leku to fakt, iż nie może być odstawiony z dnia na dzień.

Niektóre spośród leków mogą być odstawiane na okres wakacji, po których dokonuje się analizy zachowania dziecka z ADHD. Być może, zauważenie poprawy w zachowaniu dziecka pozwoli na zmianę przyjmowanego dotychczas leku.

Autorka jest świadoma, że powyższe nazwy leków są dla czytelnika mało czytelne, niemniej jednak chciała przytoczyć terminologię poszczególnych leków. Wszystkie z nich oddziaływają na ośrodkowy układ nerwowy (OUN). Powodują albo zwiększenie albo też zmniejszenie neurotransmisji przekaźników. Szczegółowo tym zagadnieniem zajęła się Aneta Rita Borkowska, która analizuje problem terapii farmakologicznej w oparciu o wiedzę z neuropsychologii klinicznej. Jest zdania, że ADHD zależy od nierównowagi wielu powiązanych ze sobą neurotransmiterów, z których największą wagę przypisuje się dopaminie i noradrenalinie (norepinefryny). Zbyt niski poziom tych substancji w OUN powoduje zakłócenia. Terapia lekowa, jak pisze Borkowska, poprawia głównie wychwyt zwrotny mediatora, skutkuje zwiększeniem koncentracji substancji w OUN i w efekcie zmniejsza objawy zaburzeń w funkcjonowaniu.[115]

Szersze wyjaśnienie pracy mózgu, neuroprzekaźników, całego mechanizmu ośrodkowego układu nerwowego, zawiera artykuł Marioli Świderskiej *Neuropsychologia mózgu*

---

[115] A.R. Borkowska, *Procesy uwagi i hamowania reakcji u dziecka z ADHD z perspektywy rozwojowej neuropsychologii klinicznej.* Wyd. Uniwersytet Marii Curii-Składowskiej, Lublin 2008, s. 40-42.

a syndrom ADHD, gdzie napisano: *„mózg to niespełna półtora kilograma galaretki, z czego 13 dekagramów to białko, a reszta to woda i trochę tłuszczu. Ta galaretka generuje prąd i stąd bierzemy się my, nasza psychika, nasze myślenie, nasze emocje, nasza pamięć”*.[116] Mózg jest jak mini komputer, który programuje nas samych, to kim jesteśmy i jacy jesteśmy. Nie zdajemy sobie sprawy, jak wiele mu zawdzięczamy. Mówisz, myślisz, czujesz, chodzisz itp. to właśnie jego zasługa. A gdy pojawi się w nim „wirus - ADHD”, to albo system przetrwa, albo i nie. Wszystko zależy od tego, jaki „system antywirusowy” wykorzystamy– terapie.

Bezsprzecznie za stosowaniem terapii farmakologicznej opowiadają się lekarze, bowiem znają wpływ wyżej wymienionych preparatów na stan psychofizyczny dziecka. Psycholodzy, pedagodzy, bowiem widzą znaczną poprawę, jeśli chodzi o relacje dziecko z ADHD – szkoła, dziecko z ADHD – dom, dziecko z ADHD – rówieśnicy. Także nauczyciele, bowiem przyjmowany przez dziecko lek, ułatwia im pracę w trakcie zajęć szkolnych.

Dziecko z ADHD przyjmując lek, jest spokojniejsze, bardziej opanowane, dzięki czemu nie dochodzi do konfliktów (bójek, potłuczeń, zranień), jest pewniejsze siebie (wzrasta samoocena, pewność siebie), uzyskuje dobre wyniki w nauce (znaczna poprawa koncentracji uwagi).

Można powiedzieć, że lek niweluje niepotrzebne napięcia w środowisku szkolnym i rodzinnym. Daje dziecku szansę na wykorzystanie w pełni swojego potencjału psychofizycznego.

Należy „głośno powiedzieć”, lek nie jest panaceum na wszystko. Oprócz niego muszą być realizowane we współudziale rodziców i nauczycieli, inne formy terapii pracy z dzieckiem nadpobudliwym.

Jeszcze podkreślenie - lek ułatwi: opanowanie dziecku emocji podczas pracy i nauki, nawiązanie więzi z grupą rówieśniczą, zdobycie tego wszystkiego, co bez leku nie byłoby możliwe, czyli zdobycie wiary w samego siebie. Z kolei, lek nie zastąpi: wypracowanych poprzez inne terapie metod wychowania i nauczania, nie usunie nabytych u dziecka od dzieciństwa trudności, jak: dysgrafia, dysortografia, dysleksja, nie usunie u dziecka agresji, jeśli jest ona stałym elementem wyrażania swojego niezadowolenia w rodzinie.

---

[116] M. Świderska, *Neurofizjologia mózgu a syndrom ADHD*. Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2007, s. 33, [w:] *ADHD – prawie normalne życie*.(pod red.) W. Baranowska

Jak już wspomniałam, za stosowaniem lekarstw opowiadają się lekarze, pedagodzy, psycholodzy i nauczyciele, zwłaszcza w trudnych przypadkach ADHD. A co na to rodzice dzieci nadpobudliwych, jakie jest ich stanowisko w tej sprawie?

Obawy rodziców w sprawie leków na ADHD, wiążą się z następującymi zastrzeżeniami:

- po pierwsze, żaden rodzic nie chce, by ich dziecko zażywało „substancje psychotropowe". Rodzic postrzega lekarstwa jako „narkotyk w mniejszej dawce",
- po drugie, wizyta u psychiatry jest czymś ubliżającym ich godności. Osoba psychiatry dziecięcego, kojarzona jest ze „szpitalem psychiatrycznym". Wizyta u psychiatry to nie powód do dumy. Uważa się, że ktoś, kto korzysta z pomocy lekarza psychiatry musi być „chory psychicznie",
- po trzecie, jeśli rodzice zrozumieją, na czym polega terapia farmakologiczna u dziecka z ADHD, jeśli wyrażą na nią zgodę, to fakt pokrycia kosztów takiej terapii w znacznym stopniu odstrasza rodzica, bowiem przeciętny koszt miesięcznej terapii wynosi od 300-600 złotych,
- po czwarte, brak rzetelnych informacji, wiedzy na temat leków oraz nieufność do osób zajmujących się leczeniem nadpobudliwości, powoduje, że gros rodziców sceptycznie podchodzi do godnych uwagi porad specjalistów.

W opinii autorki, te argumenty przemawiają za niechęcią do zastosowania terapii farmakologicznej u dziecka hiperaktywnego.

W tym miejscu należy nadmienić, że sprawą kosztów zajęło się Polskie Towarzystwo ADHD. Już nie jednokrotnie zwracano się do władz rządu polskiego o pomoc i wsparcie dla dzieci z nadpobudliwością psychoruchową. Tym razem, wystosowano pismo o refundacje leków na ADHD. Prezes zarządu Towarzystwa, Ilona Lelito, podkreślała wagę problemu, jakim jest refundacja lekarstw dla przeciętnego rodzica dziecka nadpobudliwego. W swoim wystąpieniu w sejmie, starała się przekonać posłów, że leki są przyjmowane przez dzieci tylko i wyłącznie od 7 roku życia, że podaje się je wówczas, gdy inne metody psychoedukacyjne nie dają spodziewanych efektów. Lekarstwa podaje się tylko wtedy, gdy rodzic jest świadomy takiego kroku. Podkreśliła, że ADHD to choroba genetyczna, która nie ma nic wspólnego, jak się domniemywa, ze złym wychowaniem, czy też zaniedbaniem ze strony rodziców.

Ponadto, Prezes Zarządu, starała się jak najczytelniej zobrazować problematykę nadpobudliwości, gdyż wiele osób spośród gremium w sejmie, być może nie było w pełni

świadomymi powagi problemu ADHD. Pani Lelito podała dane, jakimi dysponuje Polskie Towarzystwo ADHD, a mianowicie nadpobudliwość z zaburzeniami koncentracji uwagi występuje u 3 proc. do 8 proc. dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Dwukrotnie więcej przypadków odnotowuje się u chłopców niż u dziewcząt, ma miejsce częściej w miastach, niż na wsiach. ADHD nie leczone „skazuje" dzieci na porażkę życiową. Znaczny odsetek przypadków, gdzie dzieci, a potem już dorośli, popadają w zachowania antyspołeczne. Wykazują oni zachowania demoralizujące, powszechnie nieakceptowane przez społeczeństwo. Gros przypadków, to osoby dotknięte depresją, niechęcią życiową, są nawet skłonne do podjęcia prób samobójczych. [117]

Sprawa refundacji jest dość kontrowersyjna i trudna, bowiem rząd kieruje się nie tyle dobrem dzieci polskich, co raczej finansami publicznymi.

Zdaniem zastępcy ds. NFZ, Jacka Grabowskiego, problem z refundacją tych leków polega m.in. na tym, że przedstawiony kosztorys refundacji przez Towarzystwo wynosił 10 mln zł., co w przekonaniu ekspertów jest kwotą zaniżoną. W ocenie Pana Grabowskiego, NFZ musiałby rocznie wydać co najmniej 40 mln zł. Taka kwota jest nie do zaakceptowania na dzień dzisiejszy. Wydawać się może, że dyskusja na temat stosowania terapii farmakologicznej trwa i trwać będzie nadal.

Refundacja leków to problem, jak do tej pory rozwiązany w połowie. Otóż 24 października 2008 roku udało się Polskiemu Towarzystwu ADHD uzyskać refundacje na lek *Concerta.* Niestety spośród 23 tysięcy przypadków osób stosujących terapię farmakologiczną nie wszystkie będą mogły zażywać Concertę ze względu na skutki uboczne, które mogą być zbyt uciążliwe. Polskie Towarzystwo ADHD zamierza uzyskać refundacje na jeszcze jeden lek zalecany przy terapii farmakologicznej ADHD.[118]

1.3.3. Prawa przysługujące dzieciom z ADHD

Sprawa przysługujących praw dzieciom z ADHD jest niejednoznaczna i niedoprecyzowana w polskim ustawodawstwie. Dokładnych zapisów prawnych na temat praw dotyczących dzieci z ADHD nie ma. Można jedynie odwołać się do dwóch paragrafów z Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu - (zob. aneks 17). W myśl paragra-

[117] Na podstawie artykułu www.money.pl
[118] Informacja z oficjalnej strony Polskiego Towarzystwa ADHD, www.ptADHD.pl

fu szóstego, nauczyciel jest zobowiązany dostosować wymagania edukacyjne do potrzeb ucznia, u którego zdiagnozowano różnego typu zaburzenia. Chodzi o takie dysproporcje psychofizyczne dziecka, które w znacznym stopniu utrudniają jego rozwój w procesie kształcenia. Nauczyciel powinien, żeby nie powiedzieć musi, zapewnić takie warunki, które będą sprzyjać wszechstronnemu rozwojowi dziecka. Rozporządzenie mówi, że nauczyciel dostosowuje warunki pracy w oparciu o orzecznictwo wystawione z poradni pedagogiczno-psychologicznej lub poradni niepublicznej. Bywa tak - opinia na podstawie obserwacji, wywiadu autorki - że orzecznictwo jest tylko i wyłącznie decyzją nakazującą zmianę wymagań, bez szczegółowej interpretacji, jak i jakie zmiany należy wdrożyć. Brak w opinii wytycznych, wskazówek i rady jest znacznym utrudnieniem w pracy nauczyciela.

Rozporządzenie mówi także o wskazaniu na nauczanie indywidualne lub też o potrzebie wdrożenia kształcenia specjalnego. Niemniej jednak, takie wskazania w przypadku dziecka nadpobudliwego są sporadycznie stosowane.

Autorka w swoich badaniach spotkała się ze stwierdzeniem, opinią dyrektora w jednej ze szkół podstawowych, *uczeń z ADHD, to trudny przypadek powinien być skierowany do szkoły specjalnej*. Zdaniem osoby wypowiadającej ten osąd jest to właściwe miejsce dla ucznia nadpobudliwego. Szkoła ma liczne klasy, wobec powyższego nie ma tam miejsca dla dziecka z ADHD.

Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzenia, wysnuć można przypuszczenie, że dobrze byłoby nie mieć takich uczniów w swojej placówce.

Jeśli chodzi o sprawę nauczania indywidualnego (nieco pisałam o tym w podrozdziale 1.2.8.), to także niesie to ze sobą wiele sprzecznych opinii. Po pierwsze, na taki tok nauki muszą wyrazić zgodę rodzice dziecka, jest to warunek podstawowy. Po drugie, uzyskanie takiej zgody jest zadaniem bardzo czasochłonnym, bowiem nie każdy rodzic rozumie od razu zalecenia poradni pedagogiczno-psychologicznej czy też prośbę szkoły. Po trzecie, dziecko po części jest wykluczone ze społeczności szkolnej. Pomimo starań nauczycieli i rodziców, wdrażanie dziecka w przedsięwzięcia szkoły – klasy, nie jest adekwatne do naturalnego procesu kształcenia, do „odczuwania specyficznej atmosfery szkoły, nauki, bycia uczniem".

Analiza cytowanego już Rozporządzenia, wskazuje, że w bardzo ogólnikowej formie i niezbyt jasno określa prawa dziecka nadpobudliwego. Nie pisze w nim wprost o dzieciach z ADHD, lecz używa określenia *dzieci o specyficznych trudnościach*. Szeroko rozumiana interpretacja słów pozwala orzekać poradniom publicz-

nym lub niepublicznym, o skierowaniu dziecka właśnie do placówki specjalnej, co zdaniem autorki, jest bardzo krzywdzące dla dziecka z nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi.

Warto przypomnieć, że Stowarzyszenia działające na rzecz dzieci z ADHD, grupy wsparcia oraz rodzice dzieci z ADHD zrzeszający się pragną, by w tych klasach, gdzie jest dziecko z ADHD, oprócz nauczyciela prowadzącego, był nauczyciel wspierający. Takie rozwiązanie ma miejsce, niestety tylko w placówkach z oddziałami integracyjnymi. A te z kolei są placówkami, w opinii nauczycieli i dyrektorów, nie dla dziecka hiperaktywnego. Klasy integracyjne, głównie, zrzeszają uczniów z problemami niesprawności fizycznej. Czy zatem słuszne jest stwierdzenie, opinia dyrektora jednej z bytomskich placówek z oddziałami integracyjnymi, *iż nie ma możliwości pracy z uczniami nadpobudliwymi w klasie integracyjnej, jak Pani sobie wyobraża dwóch uczniów z ADHD i do tego uczeń niepełnosprawny oraz gromadka pozostałych uczniów. Tok pracy nawet z nauczycielem wspierającym – wspomagającym jest nie możliwy. Dla ucznia z ADHD zaleca się tylko i wyłącznie nauczanie indywidualne.*

Należałoby postawić pytanie, czy tak powinno być?

Wydawać się może, iż czyni się wiele w kierunku zmiany stanu faktycznego. O potrzebie nauczyciela wspierającego pisano w literaturze niejednokrotnie, kierowano apele do władz, niemniej jednak nie uwzględnia się tego pod żadnym pretekstem.

Mogłoby się wydawać, że nauczyciel wspierający, to zaleta w procesie kształcenia:

- przecież wspiera ucznia w procesie edukacyjnym, kontrolując jego osiągnięcia,
- pomaga nauczycielowi prowadzącemu w doborze materiału nauczania,
- zawiązuje ścisłą współpracę z rodzicami,
- nawiązuje dobry kontakt z dzieckiem, gdzie poczucie zaufania owocuje we wspólnej współpracy.

Wśród wielu zalet, należy dostrzegać fakt, że chodzi o koszty zatrudnienia dodatkowego nauczyciela w szkole. Jest to naczelny argument przemawiający za nie uwzględnieniem nauczyciela wspomagającego w zwyklej placówce, gdzie uczy się dziecko z ADHD.

Podczas badań, autorka zetknęła się z sytuacją, gdzie nauczyciel nie dający sobie rady z dzieckiem nadpobudliwym, zmuszony był do „poproszenia" rodzica o obecność podczas zajęć szkolnych. Taka sytuacja być może należy do rzadkości, lecz sam fakt jej zaistnienia, staje się czymś nie do przyjęcia.

Na podstawie powyższych rozważań, wynika wniosek, że dla dzieci z ADHD nie ma miejsca w szkołach publicznych, jak i w szkołach z oddziałami integracyjnymi. Z kolei, szkoły specjalne - w opinii autorki - są propozycją kształcenia dla uczniów z upośledzeniem w stopniu lekkim. Nieliczni rodzice dzieci z upośledzeniem lekkim, kierują odpowiednie wnioski o nie wykluczenie swoich dzieci ze „szkół tradycyjnych". Ich starania w wielu przypadkach nie są akceptowane przez dyrektorów. Dziecko z upośledzeniem lekkim, podobnie jak dziecko z nadpobudliwością psychoruchową, jest dla osób pracujących w placówkach szkolnych, potocznie rzecz ujmując *„utrapieniem"*. Stąd, w wielu wypadkach deklaruje się ukrytą niechęć w postaci argumentów: brak warunków do pracy z dziećmi stwarzającymi trudności tj. liczebność klas, wyposażenie klas, pomieszczenie, brak sprawdzonych metod pracy z dziećmi, brak osoby wspierającej proces kształcenia - nauczyciel wspierający. Te, oraz inne przyczyny, są głównym czynnikiem przemawiającym za wykluczeniem dzieci sprawiających trudności, nie tylko z ADHD, z zespołu uczniów klas publicznych. Zauważa się wyeliminowanie uczniów, którzy nie spełniają oczekiwań otoczenia, którzy odbiegają od tak zwanego wzorca „poukładanego ucznia".

Jak dotąd, nie zmieniono nic w sprawie praw przysługujących uczniom z nadpobudliwością psychoruchową. Zapisy prawne (Rozporządzenie Ministra Edukacji i Sportu – zob. aneks 16) są ogólnikowe i różnie interpretowane przez społeczeństwo. Problem nadpobudliwości jest kontrowersyjny w swej formie. Różnorodność w sposobie postrzegania przyczynia się, albo do otoczenia szczególną opieką dziecka z ADHD przez społeczeństwo szkolne, albo

sprowadza się do szukania jedynie jednej drogi, a mianowicie do usunięcia dziecka z ADHD z danej placówki szkolnej, w myśl przekonania *„to najlepsze rozwiązanie"*. Powstaje tylko pytanie, dla kogo najlepsze?

Odwołując się raz jeszcze do łacińskiej sentencji: słowa uczą, czyny pociągają, można, mając na uwadze wyniki badań, stwierdzić, iż *dużo jest informacji na temat nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, czyli słowa uczą…*

Powstaje zatem pytanie, jak przedstawia się praktyka postępowania z dziećmi z zespołem ADHD?

Odpowiedź na tak postawione pytanie daje charakterystyka organizacji działających na rzecz dzieci z ADHD. Wynika z niej, iż swoimi czynami - członkowie stowarzyszeń - wiele czynią, ku poprawie życia „Adehadowców". To wciąż za mało, jak mówi hasło Kampanii Polskiego Towarzystwa ADHD, *ADHD – świat to za mało*. Na drodze ku

poprawie warunków funkcjonowania stoi złożona procedura prawna. Brak odpowiednich ustaw, które poprawiałyby status ucznia z ADHD. Myślę tu o wprowadzeniu do systemu edukacyjnego, po pierwsze - nauczyciela wspomagającego, po drugie - refundacji leków, i po trzecie - zmniejszenie liczby uczniów w klasach z 30 obecnie uczących się dzieci w klasie I-III, do co najmniej 15 osób.

O poprawie jakości nauczania, warunków procesu edukacyjnego w literaturze polskiej pisano wiele. Wątek zmniejszenia liczby uczniów w klasie jest nadal akcentowany, zwraca się szczególną uwagę na zalety ograniczenia liczby uczniów w klasach. Trudno spodziewać się, że kiedykolwiek doczekamy takich zmian. Jak sądzę, temat ustaleń prawnych, dotyczących działania i funkcjonowania klas polskich, byłby doskonałym tematem weryfikującym powyższe założenia.

Należy zauważyć, że spośród badań na gruncie pedagogiczno-psychologicznym, gros z nich nawiązuje do porównań warunków jakości życia uczniów z regionów wiejskich i miejskich. Rzadko odnotowuje się w badaniach klas wiejskich, wysoki odsetek zachowań aspołecznych, co w przypadku ośrodków miejskich jest znamienne. Z powodzeniem można wysnuć przypuszczenie, że im mniejsza liczba osób w klasie, tym wyższy stopień nadzorowania zachowań oraz osiągnięć szkolnych uczniów. Mała liczba osób w klasie, daje możliwość pełniejszego monitorowania uczniów w różnych sferach ich rozwoju. Takie rozwiązanie, to szansa nie tylko dla ucznia z ADHD, ale dla każdego innego ucznia.

Z doświadczeń praktyki zawodowej, autorka jest skłonna wyrazić przekonanie, że zupełnie inaczej prowadzi się zajęcia w klasie piętnastoosobowej, niż w trzydziestoosobowej.

Jakość pracy jest zupełnie inna. Nauczyciel jest w stanie w pełni wywiązać się z celów, jakie stawia sobie na początku lekcji. W mało licznej klasie, dobór odpowiednich form i metod pracy oraz środków dydaktycznych jest znacznie bardziej prosty i bardziej pełny w realizacji, niż w innych warunkach.

Wracając jednak do wątku przewodniego, jakim jest sprawa praw przysługujących uczniom z ADHD, należy wskazać wątek trudności natury praktycznej. Otóż, brak jest sprawdzonych sposobów pracy z uczniami nadpobudliwymi. Brakuje takich, które byłyby w 100% trafnym rozwiązaniem. Należy pamiętać, że każde dziecko jest inne, zatem nie sposób jest opierać się jedynie o jeden wzorzec pracy postępowania z dzieckiem mającym ADHD. Spośród wymienionych poniżej metod znajdziemy takie, które wykorzystamy w praktyce, według maksymy *„od A do Z”*, ale i są takie, które wymagają weryfikacji pod

kątem potrzeb danego dziecka. Rozważania na ten temat zawarte są w podrozdziale niniejszej pracy.

1.3.4. Praktyczne wskazania w pracy z dzieckiem z zespołem ADHD

Zanim przejdę do omówienia praktycznych propozycji pracy z dzieckiem nadpobudliwym, przytoczę kilka interesujących spostrzeżeń z praktyki zawodowej dr Russella Barkleya. Badacz, od przeszło trzydziestu lat, prowadzi terapie dla dzieci i młodzieży mającej ADHD i ich rodzin. Spotkał się z wieloma przypadkami ADHD.

Jeden z przypadków znacząco utkwił mu w pamięci, o czym pisze na stronie internetowej poświęconej jego pracy i dorobku zawodowym.[119] Otóż, jako klinicysta swoje pierwsze spotkanie z rodzinami i ich dziećmi rozpoczyna od rozmowy – wywiadu. Wśród kilkuset przeprowadzonych w życiu wywiadów, jeden z nich wywarł na nim niebywałe wrażenie. Jak pisze, *przychodzą do mnie Matki, które relacjonując swoje dzieci, zwracają uwagę na ich zachowanie. Mówią, na przykład moje dziecko ma problemy w szkole, nie słucha, w ogóle nie reaguje na polecenia, prośby czy nawet groźby. Jest takie nieobecne, doprowadza mnie do furii swym zachowaniem. W szkole tylko narzekają na niego/nią….* Opinie rodziców na temat ich dzieci są często niepochlebne. Rodzice w rozmowie najczęściej podkreślają występujące problemy u dziecka, jak: trudności w kontaktach z innymi w szkole i w domu, trudności natury przystosowawczej, kłopoty z nauką (niskie osiągnięcia w nauce niejednokrotnie są przyczyną powtarzania roku szkolnego). Wśród przeprowadzonych wywiadów, tylko jeden odznaczył się nietypowym podkreśleniem sprawy, jakim jest ADHD dla dziecka i jego rodziny.

Jak wspomina Barkley *zetknięcie się z Matką, o której nieco wspomnę, było doświadczeniem, które potrząsnęło mnie umysłowo do szpiku kości. Matka ta rozpoczęła od słów: „pomóż mi, moje dziecko…”*. Opisywała, jak traci kontakt ze swoim synem. Mówi o stracie, którą można przyrównać do straty najwyższej a mianowicie utraty dziecka przez śmierć.

Gdy tracimy rodziców, to tak jakbyśmy tracili przeszłość. Z kolei, gdy tracimy dziecko, to tak jakbyśmy utracili przyszłość. Matka tracąc swego syna, traci przyszłość swojego życia. Wypowiedź jej była niezwykłym przeżyciem, bowiem nauczył się od niej czegoś, czego jeszcze nigdy nie doświadczył w swym życiu.

---

[119] http://www.russellbarkley.org/

Dr Barkley nigdy nie widział, żeby tak postrzegać swoje dziecko, zwłaszcza w sytuacji, kiedy jest ono „inne" niż jego rówieśnicy. Nie narzekała, że jest niegrzeczny, niedobry, lecz mówiła o więzi emocjonalnej, jaka niegdyś była między nimi. Oczekiwała wsparcia dla niej i jej syna. Nie szukała pomocy dla dziecka i otoczenia, w którym żyje i z którym sobie nie radzi. Wykazała się niebywałą mądrością życiową. Uświadomiła, lekarzowi, że w początkach terapii należy wyjść od najgłębszych więzi, od najbliższych relacji, czyli dziecko – rodzic. Na nic dalsza terapia, jeśli nie nawiąże się silnej więzi między najbliższymi członkami rodziny.

Nawet nie zdajemy sobie sprawy, w jak trudnym położeniu są rodzice dzieci z ADHD. Problem ADHD nie jest problemem dziecka tylko i wyłącznie, ale przede wszystkim rodzica, który w porównaniu do innych rodziców ma znacznie więcej do zrobienia. Zdaniem Barkleya, rodzic musi wyszukać odpowiednich nauczycieli, lekarzy, terapeutów, którzy pomogą w profesjonalny sposób przygotować dziecko do dalszego życia. Rodzic, do wieku pełnej dojrzałości, monitoruje zachowanie dziecka. Planuje, organizuje, przygotowuje jego życie. Powiemy, że uporządkowuje jego świat z pomocą osób wpływających na jego osobowość, uczłowieczenie, gdy stanie się w pełni osobą dorosłą. Jest to, nieustanna kreacja danej osoby, pomocy jej stania się zaradnym życiowo, zorganizowanym, w pełni odpowiedzialnym za to co robi i czyni. Jest to praca rodzica i otoczenia na całe lata, praca nieoceniona wśród wymiarów jej znaczenia i wartości dla samego dziecka. Niestety spotykamy się często z utrudnieniami natury społecznej, tj. brak zrozumienia i akceptacji otoczenia, które nie wspiera rodziców i ich dzieci z ADHD. Zapomina się o fakcie, o czym pisze Barkley w jednym z rozdziałów swojej książki o znamiennym tytule *„Przewodnia filozofia dla rodziców dzieci z ADHD"*[120], że dzieci z ADHD *pragną miłości, poczucia kochania. Niestety poproszą o to w najbardziej niekochający sposób.*

Od rodzica wiele zależy. Dzięki własnemu „poświęceniu" (kariera zawodowa, życie towarzyskie, prywatne) rodzic zobaczy, jak jego dziecko wzrasta, „unosi się", staje się szczęśliwie. Niejednokrotnie możemy spotkać przypadki, gdzie brak wsparcia ze strony rodziców, tzw. „poddanie się" jest przyczyną wspomnianej wyżej „utraty dziecka". Wówczas, zaobserwować można już nie tyle u dziecka z ADHD, co u dorosłego z ADHD sła-

[120] Powyższe rozważania opisano na podstawie fragmentu książki Barkley R. A, *Taking Charge of ADHD, Revised Edition: The Complete, Authoritative Guide for Parent.* Ze strony: www.russellbarkley.org

bość w postaci nałogów, jak alkoholizm, narkotyki. W drastycznych przypadkach ma miejsce, tzw. świat przestępczy.

By temu zaradzić zaleca się, za dr Covey, wprowadzenie do wychowania siedmiu naczelnych zasad:

1. *Rodzicu bądź proaktywny* - zanim zaczniesz działać, reagować na zachowanie swojego dziecka, zastanów się. *„Ochłoń, zrób krok”* w stronę dziecka, lecz bez niepotrzebnych emocji. Lepiej zachować dystans, przeanalizować czynniki wpływające na zaistniały stan faktyczny. Nabycie umiejętności „stoickiego spokoju” jest niebywale cenne. Bycie proaktywnym oznacza najpierw *„myśl”,* a potem działaj.
2. *Rozpocznij od końca w umyśle* - czyli uczymy się sami oraz nasze dzieci analizować zachowania dziecka. W sposób nietypowy, czyli od końca. Rozpoczynamy od stawiania pytań: *dlaczego tak się stało? Co należy zrobić, aby tego uniknąć?* Zadawane pytania oczywiście zależą od sytuacji i okoliczność. Podczas analizy powinna być zachowana atmosfera spokoju i wzajemnej akceptacji. Dialog na płaszczyźnie partnerstwa. Komunikaty powinny być, za Thomasem Gordonem, w osobie pierwszej, liczby pojedynczej. Mówimy na przykład: *Chciałabym, żebyś odrobił teraz lekcje… Nie lubię, jak mnie nie słuchasz…* Taka forma wypowiedzi kładzie nacisk na fakt, jaki chcemy zakomunikować z jednoczesnym nadaniem tonu „ciepła i zrozumienia, a nawet okazania troski, że coś nas niepokoi”. Nie ma w takich wypowiedziach wyrazu poczucia winy, oskarżania. Nie ma tu bezpośredniego *„pogłosu – jesteś zły, niedobry”*. Nauczmy dzieci myślenia „końcowego”. Zobacz „w umyśle”, jakie będą konsekwencje, jeśli zrobisz tak, a nie inaczej… Takie analizujące myślenie pozwoli uchronić dziecko przed niepotrzebnymi sytuacjami. Ponadto umiejętność „myślenia końcowego – *co wydarzy się, gdy…, albo dlaczego tak się stało”* zaciśnie więzi między rodzicami, a dzieckiem. Ma wówczas miejsce dialog, dialog konstruktywny, poszukujący wspólnego rozwiązania.
3. *Najpierw najważniejsze rzeczy* - w tej zasadzie dokonujemy selekcji pod kątem spraw nad jakimi chcemy popracować. Co chcemy zmienić u naszego dziecka? Oczywiste jest to, że nie sposób zrobić wszystkiego. Ku temu ma służyć refleksja nad najważniejszymi rzeczami, jakie chcemy zmienić. Ponadto należy pamiętać, że „rodzicem stajemy się a nie rodzimy się”. Wychowanie to „sztuka”, która od okoliczności, sytuacji, predyspozycji jest inna, ma inne znaczenie, inny wymiar. Autor mówi, zastanów się, co jest ważne, jaki cel chcesz osiągnąć. Przy weryfikacji celu pomogą nam cztery kategorie: pilny i ważny, pilny i nie ważny, ważny ale nie pilny oraz nie ważny i nie pilny. Według nich ustalamy rangę ważności wytyczanych celów.

4. *Wygrany – przegrany* - na linii dziecko – rodzic, powinno dochodzić do negocjacji. Musi być wyznaczany przedmiot negocjacji. To daje poczucie nie przegranej – nie odczuwa się „tyrani". Dziecko czuje się równoprawnym partnerem w rozstrzyganych sporach.
5. *Zrozum, a będziesz rozumiany* - odwołanie do uczuć, myśli, słów i przekonań. Dr Covey zwraca uwagę na kilka dość istotnych wątków. Dziecko musi czuć, że rodzic rozumie jego potrzeby, że widzi to, co czasem jest trudne do wyjaśnienia, że jest dobrym słuchaczem. Musi mieć przeświadczenie, że w rodzicu zawsze znajdzie ukojenie i pomoc. Jeżeli nawiąże się wspólną więź porozumienia z dzieckiem, to każdy konflikt jest rozstrzygalny w sposób zadawalający dla każdej ze stron.
6. *Odnowienie* - odnosi się do czterech sfer, odnowienie: fizyczne, umysłowe, społeczne oraz duchowo-emocjonalne. Dotyczy zarówno rodzica, jak i dziecka. Oczyścić się fizycznie oznacza zmianę trybu życia, żywienia, działania – ćwiczenia. Organizowania sytuacji, w których rodzic i dziecko z ADHD może aktywnie spędzić czas wolny. Aktywność fizyczna w przypadku dzieci hiperaktywnych jest, jak wiemy, bardzo wskazana. Nie bez powodu mówi się „ w zdrowym ciele, zdrowy duch". Mówiąc o duchu, należy wspomnieć, że sprawa oczyszczenia duchowego jest niezmiernie potrzebna. „Spokój ducha" – pomaga nam w dążeniach, w pokonywaniu sytuacji trudnych. Wprowadza nas w stan emocjonalnej harmonii. W celu utrzymania stanu wewnętrznej harmonii zaleca się różnego rodzaju ćwiczenia relaksacji, medytacji, na przykład yoga. Na podstawie tego, co zaobserwowano nasze dzieci nie znają żadnych metod relaksacji. Dzieci nie potrafią odprężyć własnego ciała i umysłu. Brakuje nam takich umiejętności. Jeśli chodzi o odrodzenie społeczne, to uczymy się poprawnej komunikacji społecznej. Na nowo wypracowujemy sposoby działania i funkcjonowania w domu, szkole, pracy. Uczymy się jakże niedocenionej, zdaniem autorki, umiejętności – asertywności.

Barkley w swojej książce pisze o wychowaniu naukowym, pisze o naukowym rodzicu. Zaleca, by rodzic dziecka z ADHD był otwarty na wiedzę na temat nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, by był wnikliwym obserwatorem, czytelnikiem dokonującym krytycznej oceny informacji, jakie zdobywa na temat ADHD. Rodzic na podstawie wiedzy, rozmów ze specjalistami, na bazie prowadzonych eksperymentów dokonuje weryfikacji pod kątem potrzeb swojego dziecka z ADHD.

Mamy ogólne wytyczne o ADHD, które obrazują dziecko w określonym świetle. Objawy ADHD są takie same dla poszczególnych dzieci, lecz uwarunkowania typu: atmosfera domowa, warunki bytowe, specyficzność rodziców i ich rodziny mogą być na tyle

odmienne, że dziecka z ADHD nie należy traktować według jednego wzorca, jednego „szablonu".

Tak jak już wspomniałam na początku, jest wiele różnych sposobów pracy z dzieckiem nadpobudliwym, lecz nie każdy z nich jest odpowiedni dla danego dziecka z ADHD. Dlatego też, należy kierować się intuicją i własnym doświadczeniem, by odpowiednio zweryfikować dany program pracy - terapii do potrzeb dziecka. Już sam fakt, że człowiek to *individuum* – całość niepodzielna, niepowtarzalna, oryginalna w swej swoistości jest wyznacznikiem do traktowania każdego człowieka zgodnie z jego cechami osobowymi. Nie można przeciwstawiać się naturze, trzeba ją „delikatnie" porządkować, normować u dziecka nadpobudliwego.

Podsumowując tę myśl, obierając drogę pracy z dzieckiem mającym ADHD, uwzględniamy nie tylko objawy i problemy nad jakimi trzeba popracować, lecz także cechy osobowościowe dziecka. Jest to, zdaniem autorki, wyznacznik powodzenia realizowanego programu terapii.

Po tak obszernym wstępie, przejdę teraz do zaprezentowania propozycji pracy z dzieckiem nadpobudliwym. Są one rezultatem wnikliwej analizy literatury, doświadczenia pedagogicznego oraz wstępnych wyników badań nad problematyką ADHD w ramach niniejszej dysertacji.

1.3.4.1. ADHD w pigułce – program CD

W celu wsparcia dzieci nadpobudliwych i ich rodzin narodził się pomysł zaprojektowania programu promującego wiedzę o ADHD. Oprócz teoretycznych odniesień program prezentuje innowacyjne sposoby wsparcia rodziców i nauczycieli w wychowywaniu dzieci nadpobudliwych, ale nie tylko.

Podkreślę, że autorka niniejszej dysertacji dążyła do przeprowadzenia badań w zakresie ADHD, ale także i do stworzenia czegoś, co w pedagogice – pedagogice wczesnoszkolnej, będzie do praktycznych działań przesłanką. Jestem zdania, że wartościowe jest to, co daje określone wyniki, wskazując przy tym na praktyczne odniesienia. Owym odniesieniem w niniejszej dysertacji, są przytaczane praktyczne wskazówki – wytyczne do pracy z dzieckiem nadpobudliwym oraz wspomniany program na CD pt. „ADHD w pigułce".

Program na CD zaprojektowany został w formie prezentacji multimedialnej. Składa się z siedmiu działów tematycznych:

1. *WPROWADZENIE,*
2. *O ADHD,*
3. *KTO POMOŻE,*
4. *ROZPOZNANIE,*
5. *PRAKTYKA,*
6. *ZAKOŃCZENIE,*
7. *INFORMACJE.*

Pierwszy dział, jak sama nazwa wskazuje, odnosi się do informacji: komu i czemu ma służyć program *ADHD w pigułce* oraz przedstawia ogólny zarys teoretycznych i praktycznych przesłanek.

Drugi, odwołuje się do tematów: *ADHD – choroba czy zaburzenie* oraz *Nieco o ADHD*, gdzie poruszone zostały ogólne informacje dotyczące zagadnienia nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi.

Trzeci dział, KTO POMOŻE, podkreśla doniosłą rolę nauczycieli w wychowaniu i kształceniu dzieci z ADHD.

Ponieważ wyniki badań dowiodły, że badani respondenci – nauczyciele czy pedagodzy szkolni – nie posiadają kryteriów diagnozujących ADHD, to w „zakładce" programu ROZPOZNANIE, autorka przedstawiła arkusz obserwacyjny, diagnozujący symptomy ADHD. Warto podkreślić, że program *ADHD w pigułce* zawiera materiały, których zadaniem jest uzupełnienie „warsztatu" pracy rodzica czy nauczyciela.

Zatem, w dziale PRAKTYKA, autorka przedstawiła dziesięć tematów odnoszących się do poprawy pracy dydaktyczno-wychowawczej nauczycieli i rodziców. Każdy z tematów zawiera specjalnie przygotowane materiały do wydruku (tabele, znaczki, symbole, obrazki, plansze), które należy traktować jako środki dydaktyczne wspomagające poczynania rodziców i nauczycieli w wychowaniu i kształceniu dzieci z ADHD. Ponadto cechą znamienną proponowanych materiałów jest to, że można je zmieniać i wykorzystywać w zależności od potrzeb dziecka z ADHD.

Dwa ostatnie działy, ZAKOŃCZENIE oraz INFORMACJE, odnoszą się do zagadnień typu: cele, jakie powinien spełniać program *ADHD w pigułce*; źródła materiałów dydaktycznych wykorzystanych w programie; literatura godna polecenia; informacje, gdzie i u kogo szukać pomocy oraz ogólne dane o autorce programu i wykonawcy projektu.

Podsumowując, komputerowy program na CD pt. ***ADHD w pigułce,*** to dobre rozwiązanie dla nauczycieli i rodziców. Gros nauczycieli wypowiada przekonanie - na podstawie badań oraz informacji uzyskany ze szkoleń – że nie ma „narzędzi", które wspierałyby ich po-

czynania w pracy z dziećmi nadpobudliwymi z zaburzeniami koncentracji uwagi. Sądzę, że płyta jest jednym z właśnie takich „narzędzi". Rodzic czy nauczyciel ma do wykorzystania publikacje w formie poradników, programów, projektów dotyczących tematyki ADHD. Brakowało autorce tej pracy odnośnika stricte praktycznego. Taki wymóg spełniła właśnie opisywana płyta, która w połączeniu ze wspomnianymi publikacjami stanowić będzie wartościowe przygotowanie osób odpowiedzialnych za wychowanie i kształcenie dzieci.

Ponadto program *ADHD w pigułce* prezentowany był na konferencjach i seminariach naukowych poświęconych tematyce wychowania i kształcenia dzieci z ADHD, m. in. w Sieradzu na konferencji szkoleniowo-naukowej pod hasłem *Wychowanie, nauczanie i terapia uczniów z ograniczeniami w rozwoju.*

Na zakończenie dodam, że *ADHD w pigułce* stanowi praktyczną część programu zajęć warsztatowych przeznaczonych dla nauczycieli i rodziców, prowadzonych przez autorkę dysertacji. Na podstawie informacji zwrotnych, mogę powiedzieć, że program cieszy się uznaniem wśród uczestników warsztatów.

1.3.4.2. Jeszcze kilka uwag o wychowaniu i kształceniu dziecka z ADHD

Odwołując się w tym podrozdziale do przedmiotowych publikacji, chcę zwrócić uwagę na kilka aspektów przydanych w wychowaniu i kształceniu dzieci z nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi.

W wielu publikacjach wskazuje się, iż należy prowadzić zajęcia aktywnie. Wspomina się o metodach aktywizacyjnych, które pobudzają ucznia do myślenia i działania. W tym miejscu przytoczę nowy trend prowadzenia zajęć - za Ireną Lokŝovă[121]. Jej propozycja, po modyfikacji jest odpowiednia dla dzieci z ADHD, ale nie tylko. Warto zastosować jej wytyczne do pracy z innymi uczniami. Lokŝovă mówi o czterech fazach. Pierwsza to **relaksacja** (czas przeznaczony to 10 minut). W tym miejscu wykorzystujemy różne techniki relaksacyjne, by nasi uczniowie skupili swe myśli, by przygotowali swój umysł do dalszego wysiłku. Rozpoczęcie zajęć w taki sposób, to odpowiedni moment do odprężenia się oraz wprowadzenia odpowiedniej atmosfery w klasie. Relaksacja może a nawet powinna nawiązywać do tematu zajęć. Druga część to, **zainteresowanie, pobudzenie, kon-**

[121] I. Lokŝovă, *New trends in creative teaching*. [w:] *The quality of education in the light of educational challenges and tendencies of the third millennium.* (pod red.) A. Kozłowska, B. Kożuh, Wyd. WSP, Częstochowa 2001, s. 81- 85.

centracja na zadaniu (pięć minut). Przedstawiamy zadania do wykonania. Zadania powinny być pobudzające i oczywiście nawiązujące do tematu lekcji. Trzecia faza odnosi się do **kreatywnych rozwiązań**, propozycji wysnutych przez uczniów (5-7min.). Ostatnia faza nawiązuje do **przedstawienia istoty zadań, rozwiązań** (20min.). Nie jest to, podsumowanie zajęć, ale zwrócenie uwagi na najistotniejsze rzeczy, poruszenie wątpliwości, uwag, pytań dotyczących niejasnych rozwiązań. Czas proponowanych faz zależy od prowadzącego, od tematu, od jakości i ilości stawianych zadań. Posługując się takim tokiem myślenia możemy przygotować świetne zajęcia dla uczniów z ADHD i jego rówieśników.

Inne proponowane przeze mnie wytyczne zalecane w wychowaniu dzieci z ADHD, za dr Christopher Green i dr Kit Chee [122] to:

1. Procedura, porządek, konsekwencja: dziecko wstaje o tej samej porze codziennie, ścieli łóżko, poduszka w tym samym miejscu co zawsze, piżamka pod poduchę; przebrany idzie do łazienki, myje buzie; potem śniadanie i jeszcze trzeba umyć ząbki po śniadaniu, potem jeszcze nakarmić rybkę i do szkoły. A tam, spotkanie z klasą i nauczycielką. Czego wymaga się od nauczyciela względem każdego dziecka? Mówimy o podmiotowym traktowaniu ucznia, czyli: skierowanie do dziecka się po imieniu, oko w oko, mowa winna być czytelna, jasna i delikatna w tonie. Sekretem poprawnej komunikacji z dzieckiem jest użycie w stosunku do niego czytelnych słów. Kierowanie poleceń krok po kroku, wówczas możemy spodziewać się, że zadanie zostanie wykonane pomyślnie.

2. Ignorancja niepotrzebnych spraw – czasem nie warto zwracać uwagi na rzeczy mało istotne, jak rozlana cola, czy pokruszone ciacho lub popisane rączki, nie zawsze są to sprawy godne naszej uwagi i niepotrzebnego stresu, wyładowania się. Lepiej jest zachować siły na prawdziwą „bitwę z dzieckiem", kiedy ku temu będzie ujawniać się owa okoliczność. Wówczas, trzeba być przygotowanym do działania, konstruktywnego działania. Choć czasem brak rodzicom, tzw. „zimnej krwi", opanowania w sytuacjach trudnych. Jeśli są to błahe sprawy, to nie warto rozniecać „ognia, jeśli jest to zaledwie mały płomyczek".
3. Jeśli dziecko przekroczy – złamie zasadę obowiązującą od samego początku, nieustannie obowiązującą, to rodzic musi zachować spokój, nie powinien irytować się, wpadać w panikę, o ile nie zagrażało to zdrowiu i życiu dziecka. Rodzic powinien zachować

[122] Ch. Green Ch., K. Chee.: *The pocket guide to understanding ADHD. Practical tips for parents*. Vermilion, London 2004, s. 98-110.

tzw. „twarz pokerzysty", głos o tonie jednolitym. Rodzic, gdy widzi złamaną regułę powinien powtarzać ją dziecku do znudzenia, jak popsuty odtwarzacz kasetowy, non stop. Bez wymiany zdań i wchodzenia w polemikę z dzieckiem, na przykład: Rodzic: *nie wolno było wchodzić na szafę, złamałeś regułę*. Dziecko: nie, nie, nie , ale ja tylko…, to nie tak… Rodzic: *nie wolno było wchodzić na szafę, złamałeś regułę.* Po kilkakrotnym powtórzeniu można dopiero wystosować odpowiednią karę do dziecka, oczywiście zgodną z etyką i prawami dziecka, czyli nie używamy przemocy.

4. W międzyczasie – dziwnie brzmiące określenie ma uprzytomnić nam pewną sprawę, a mianowicie, jeśli dziecko z ADHD w klasie wie, jak należy zachowywać się, przestrzega określonych struktur, które tam obowiązują, tak w sytuacji na przykład na placu zabaw z rówieśnikami, przypuszczalnie dziecko z ADHD będzie dzieckiem bardzo nieznośnym, bowiem jak w szkole istniały jakieś zasady, tak na placu zabaw owych zasad nie ma, co powoduje dezorientacje dziecka z ADHD. Pojawia się nam tzw. „między czas", w którym dziecko z ADHD nie mając jasnych reguł, nie będzie wiedziało, jak ma zachować się.
5. Rodzic zbyt wymagający czy zbyt ulegający? – autorzy zastanawiają się nad tą kwestią. Jaki powinien być rodzic? Są tacy, którzy są bardzo stanowczy, przestrzegający zasad, a są tacy którzy kochają, tzw. „ślepą miłością". Więc jak? Chee i Greeen proponują: w 90% wychowuj, pielęgnuj dziecko a w 10% bądź twardy, stanowczy w stosunku do tego co robi dziecko z ADHD. Są przekonani, że taka proporcja jest najbardziej słuszna.
6. Magiczne „raz, dwa, trzy" – zanim dziecko z ADHD ma zakończyć jakąś czynność w naszym przekonaniu trzeba mu to zakomunikować, najlepsza będzie formuła odliczania „raz, dwa, trzy". Dziecko wówczas wie, że za chwilę musi kończyć.
   Jeśli przyjmiemy, że każdo określenie oznacza minutę, wówczas dziecko wie, że pozostało do końca trzy, dwie i tylko jedna minuta, na przykład gry na komputerze; zasadę tę może stosować zarówno nauczyciel, jak i rodzic.
7. Już koniec – time out – jeśli nie stosujemy zasady 1-2-3- wówczas możemy powiedzieć, *już koniec,* w tym momencie dziecko musi zakończyć daną czynność bez jakichkolwiek sprzeciwów.
8. Kara – używać, ale bardzo ostrożnie. Stosownie wcześniej nadawać jasne ostrzeżenia. Przed użyciem kary należy zastanowić się czy warto? Jeśli już tak, to komunikując dziecku, spokojnie mówimy o wymiarze kary. Jasno określając, tu się zaczyna kara

a tu kończy. Na przykład od *dziś do piątku masz zakaz oglądania telewizji,* gdy tak powiemy, nie możemy zmienić zdania, tj. nasilać kary.

Powyższe wytyczne – zdaniem autorów poradnika „Zrozumieć ADHD" - są wskazówką dla rodziców i nauczycieli, którzy powinni być przekonani, że dzieci z ADHD i nie tylko w 95% są dobrymi dziećmi.

Kolejną wytyczną, którą powinno wdrożyć się w wychowaniu dziecka z ADHD, to zmiana sposobu odżywiania, ale o tym w poniższym podrozdziale.

1.3.4.3. Program trzydziestodniowy

W tym podrozdziale odwołam się do publikacji[123] autorki Marcii Zimmerman, biochemiczki, która w ramach swoich dziesięcioletnich badań, udowodniła, że istnieje plan diety, który jest alternatywą do leku Ritalin. Jest zdania, że dobrze skomponowana dieta jest wyznacznikiem lepszej koncentracji uwagi, lepszego funkcjonowania, zmniejszenia własnej nadpobudliwości. Gros osób uczestniczących w jej badaniach woli sprawdzony sposób dostarczania odpowiednich witamin i minerałów do organizmu niż receptę na lek.

Autorka szczegółowo opisuje dawkę spożywanych suplementów (minerałów - witamin) dla poszczególnych grup wiekowych. Na jakich suplementach bazuje trzydziestodniowy program zobrazuje nam tabela nr 3.

Tabela 3

Suplementy zalecane w diecie ADHD

Grupa Wiekowa	Suplementy [mg]							
	Omega 3	**Omega 6**	**Ca**	**Mg**	**Zn**	**Fe**	**K 90mg**	**Mn**
Kobieta w ciąży	200	-	750	750/30dni/500	15/30 dni/10	15	4tab.	-
Niemowlę	100	-	-	-	-	-	-	-
Dziecko z ADHD	400	-	-	-	-	-	-	-

[123] M. Zimmerman, *The ADD Nutrition Solution: A Drug-Free 30 Day Plan*, Macmillan 1999, s. 155-165.

Dziecko	200	500 x 3 tab.	250	250/30dni/150	10/30 dni/5	10	2tab.	5
Dorosły z ADHD	800	-	-	-	-	-	-	-
Dorosły	400	500 x 6 tab.	500	500/30dni/300	15/30dni/10	15	4tab,	15
Nastolatek	-	-	750	500/30dni/300		15	4tab.	**Mangan**
-			**wapń**	**magnez**	**cynk**	**żela-zo**	**Potas**	

Grupa Wiekowa	**Suplementy [mg]**						
	Cr chrom	**Se selen**	**Vit.C**	**Vit. B**		**Kwas foliowy**	**Biotyna**
Kobieta w ciąży	200	200	-	-	**B_1** /25	200	50-75
Niemowlę	-	-	-		**B_2** /20		
Dziecko z ADHD	-	-	-		**B_3** /50		
Dziecko	100	50	50	1 tab.	**B_6** /50		
Dorosły z ADHD	-	-	-	-	**B_5** /25-75		
Dorosły	200	200	75	2-3 tab.	**B_{12}**/ 50		
Nastolatek	200	200	-	2 tab.			

Źródło: *Dane z książki autorki M. Zimmerman.*

W tabeli podano zalecane dzienne dawki danego suplementu, miara w mg. Dawki obowiązują stale, chyba, że zaleca się zmianę ilości po 30 dniach (zapis, np. 500/30dni/300). Ponadto przy niektórych proporcjach określa się przewidywaną ilość tabletek o zbliżonym składzie danego pierwiastka (K – 90 mg, nastolatek 4 tabletki w ciągu dnia). Witaminy A, E, C podawane są według standardowych zaleceń dla poszczególnej grupy wiekowej osób.

Zdaniem Zimmerman, dobrze skomponowana ilość składników odżywczych dodatnio wypływa na samopoczucie i funkcjonowanie nie tylko osób z ADHD.

Proponuje spożywanie następujących produktów:

- węglowodany (ogółem 70%), w tym zboża, rośliny strączkowe, zazwyczaj rano
- białko najwyższej jakość (ryby, warzywa, rośliny strączkowe, zboża, drób, cielęcina, ograniczamy wieprzowinę i wołowinę). Dostarczamy w proporcji 40:30 wraz z węglowodanami rano i w południe. Wieczorem proporcje zmniejszamy 70% węglowodany, a 20% białko. Wykluczamy jajka z diety.

- tłuszcze – tylko naturalne, najzdrowsze oleje, jak oliwa z oliwek, masło tylko prawdziwe 82% tłuszcze oraz naturalny olej pochodzący od ryb: łosoś, dorsz, tuńczyk, śledź. Zaleca się spożywać ryby, co najmniej dwa razy w tygodniu. Oliwę oraz masło dodajemy do dwóch posiłków w ciągu dnia.

Oto przykładowy podział węglowodanów, białek i tłuszczów w ciągu dnia:

- ✓ śniadanie ($^1/_3$ węglowodanów, $^2/_3$ białka, porcja tłuszczu)
- ✓ obiad ($^{1/}_3$ węglowodanów, $^2/_3$ białka, optymalna porcja tłuszczu)
- ✓ kolacja ($^2/_3$ węglowodanów, $^1/_3$ białek, optymalna porcja tłuszczu)

Cytowana autorka zabrania spożywania cukrów, słodyczy, sztucznych produktów typu: czekolada, batoniki, płatki kukurydziane, wszystkie te produkty, które nie mają nic wspólnego z naturalnym pozyskiwaniem żywności. Wszelkiego rodzaju fast-food także należy wyeliminować z własnego menu. Produkty, które same w sobie są zabarwiane (czerwone,
zielone, zapachowo na przykład waniliowe) należy zlikwidować ze swojego planu diety. Wszelkie produkty zawierające w składzie znamienne etykiety „E" są towarami nie godnymi naszej uwagi. Im więcej oznaczeń E220, E200, E124, E122…, tym produkt jest bardziej sztuczny, nie przydatny dla diety eliminującej symptomy ADHD.

Marcia Zimmerman dokonała odpowiedniej selekcji produktów i ich ilości dla poszczególnych grup wiekowych. Wśród poszczególnych grup wiekowych, uwzględniono kobiety w ciąży. Jednak z uwagi na temat pracy, omówimy wiek z przedziału młodszy wiek szkolny, czyli dzieci od 7 do 10 lat.

I tak, poszczególnym produktom przydzielono odpowiednie miary: węglowodany, owoce - soki (pół filiżanki), warzywa (pół filiżanki gotowane, 1 filiżanka nie gotowanych) mleko - produkty sojowe, produkty białkowe (po 1 filiżance), tłuszcz (1 łyżeczka). Dana miara obowiązuje wciągu dnia, a ilość porcji uwarunkowana jest rodzajem posiłku (śniadanie, obiad, kolacja). Tabela czwarta przedstawia ilość zalecanych porcji dla dziecka w wieku 7-10 lat w ciągu jednego dnia.

Tabela 4

Posiłki i produkty w żywieniu dzieci w wieku od 7 do 10 lat

Produkty	Śniadanie	Przekąska	Lunch	Przekąska	Obiad	Kolacja
Węglowodany	1	-	1	1	4	-
Owoce	2	-	-	-	-	2
Warzywa	-	1	1	1	2	-
mleko – soja	1	-	1	-	2	-
Białka	-	-	3	4	3	-
Tłuszcze	-	-	2	-	3	-

Źródło: M. Zimmerman, *The ADD Nutrition Solution: A Drug-Free 30 Day Plan*, Macmillan 1999

Biorąc pod uwagę powyższe dane możemy według proponowanych wskazań przygotować trzydziestodniowy program zaradczy, „odtruwający z ADHD". Za Zimmerman, trzeba przyjąć, iż nie jest powiedziane, że wszystko sprawdzi się od razu. Z uwagi na to, iż jest to dość nietypowa zmiana dla dziecka (odmawia się słodyczy, zaleca się jeść ryby, a nie każde dziecko przecież to lubi) trudno spodziewać się uśmiechniętej buzi u dziecka z ADHD. Czas trwania programu jest czasem „przetrwania", przystosowania organizmu do nowych zwyczajów. Podczas trwania programu rodzic powinien robić zapiski z własnych obserwacji, być może jakiś produkt z żywności trzeba będzie zastąpić. Przystępując do wprowadzenia programu żywieniowego, należy przygotować się, tj. dokonać listy zakupów, produktów przewidzianych w diecie dziecka oraz dokonać selekcji nie tyle miejsca, gdzie zakupimy dane produkty, co selekcji pod kątem firm, które oferują nam poszczególne produkty. Pamiętajmy, o czym wspomniano wyżej, wybieramy te artykuły, które w swoim składzie mają najmniej „magicznych oznaczeń E". Są to symbole konserwujące dany produkt. Nie postawi się „znaku równości" ze zdrowym odżywianiem się.

Marcia Zimmerman w swojej publikacji podaje przykładowe menu wraz z przepisami na konkretne dania, lecz zdaniem autorki tej pracy, każda osoba rozpoczynająca 30-dniowy program powinna sama ustalić menu w poszczególnych posiłkach dnia dla swojego dziecka.

Poruszony temat diety, produktów, składników odżywczych w tym podrozdziale był celowym zamierzeniem autorki. Czasem nie zdajemy sobie sprawy, że ADHD może mieć swój początek właśnie w produktach, jakie spożywamy. W stylu życia, jaki prowadzimy. To, co jemy jest naszym „paliwem". Jedzenie daje nam siły, witalność umysłu i ciała. Może warto jest przypatrzyć się, co współcześnie jedzą nasze dzieci? Czy nie jest tak, że „pochłaniają spore ilości śmieci". Być może w tych łakociach, które jedzą znajdują się substancje niekorzystnie wpływające na mózg dziecka. To co jemy, jak jemy, wpływa na to, jacy jesteśmy i kim jesteśmy.

Odwołując się jeszcze na koniec od myśli Zimmerman, powiem tak: *jemy byle co i byle jak.* W tempie, w ruchu, w bałaganie. A przecież żywność dostarcza nam niezbędnych minerałów i witamin dla sprawnego funkcjonowania naszego umysłu. Takich wzorców uczą się nasze dzieci. Wspomniany program 30-dniowy z całą pewnością można zaliczyć do tzw. programów profilaktycznych, pokazujących jak jeść mądrze i zdrowo. Sądzę, że kilkuletnie doświadczenie biochemiczki w sprawach żywieniowych jest dobrym dowodem na to, że wszelkie nieprawidłowości, nie tylko ADHD, wynikają ze złego odżywiania naszego mózgu, nas samych. Jak będzie w przyszłości? Na to pytanie postaram się udzielić odpowiedzi w kolejnym podrozdziale.

1.3.5. ADHD w przyszłości

Wzorując się na pytaniach stawianych przez Ronalda Kotkin i Aubery Fine,[124] poruszone zostaną następujące wątki dotyczące ADHD a przyszłości:

Jak ADHD będzie diagnozowane w przyszłości?

Obecnie zdarza się tak, że dwaj lekarze w przypadku jednego pacjenta są w stanie podać dwie odmienne diagnozy o wystąpieniu, bądź braku ADHD. Czym taki stan rzeczy jest podyktowany? Na pewno wiąże się to z brakiem dostatecznie odpowiednich narzędzi badawczych, diagnostycznych. Aktualny stan wiedzy na temat ADHD nie jest na tyle pełny, by konkretnie stwierdzić, *to jest przypadek ADHD a to nie*. Współcześnie badacze zajmujący się analizą problemu, bazują tylko i wyłącznie na podstawie ogólnych symptomów. Nie ma jeszcze gruntownie potwierdzonych wyznaczników, w czym należy upatrywać ADHD. Sprawa diagnozy jest bardzo ważkim problemem. Nawet jeśli mamy diagnozę, to wielokrotnie brak jest warunków do pracy z dzieckiem nadpobudliwym. Co ważne, za Kotkin i Fine, dzięki wspólnej wymianie informacji między różnymi środowiskami (lekarze, pedagodzy, stowarzyszenia) jesteśmy w stanie więcej zrobić, dojść do bardziej analitycznych wniosków. Być może, inne spojrzenia, powstałe na bazie odrębnych doświadczeń, pozwolą na ujęcie problemu ADHD w innym świetle. Nie bez powodu są organizowane liczne konferencje o tematyce ADHD, które nie tyle mają wymiar teoretycznych rozważań, co także praktycznych propozycji rozwiązań. Wspólne przedsięwzięcia (apele, projekty, spotkania, warsztaty, prelekcje) są drogą do poszerzenia

[124] R. Kotkin, A. Fine, *Therapist's Gudie to Learning and Attention Disorders*. Academic Press 2003

wiedzy na temat ADHD. Być może dojdziemy do nowych wątków, jak dotąd nieporuszanych, nieujawnionych.

Zapewne przyszłość otworzy nam *„drzwi”*, których jeszcze nie zdążyliśmy otworzyć. Ujawni nam się „droga” do stawiania trafnych diagnoz, do obierania odpowiednich systemów działań wspierających osoby z ADHD. Autorzy żywią nadzieje, że wszystko zmierza ku lepszemu, ku poprawie życia osób dotkniętych ADHD.

Jak ADHD oceniane będzie w przyszłości z perspektywy rodziców?

Jeśli chodzi o sprawę opinii rodziców w przyszłości na temat ADHD, to zapewne wiele zależy od świadomości rodziców, ich stosunku do problemu. Na dzień dzisiejszy, o czym dokładniej w analizie wyników badań, sprawa znajomości tematu ADHD jest podstawą do stworzenia warunków pracy z dzieckiem nadpobudliwym.

Być może w przyszłości spotkamy się z poglądem, że ADHD, to coś normalnego. Przeciętny rodzic nie będzie zdziwiony, jeśli usłyszy nazwę, a tym bardziej zobaczy zachowanie dzieci hiperaktywnych. Może w przyszłości rodzice będą przygotowani do pracy z dziećmi, nie tylko z ADHD. Zauważmy, że współcześnie nie prowadzi się żadnych zajęć przygotowawczych z nabycia umiejętności wychowawczych. Nie ma kursów dla rodziców, gdzie specjaliści dzielą się swoją wiedzą z zakresu metod wychowawczych.

Nie uczy się młodzieży, przyszłych potencjalnych rodziców, do pełnienia roli rodzica. Brak takich szkoleń, rozwijających umiejętności wychowawczych w wielu przypadkach jest niekorzystnym czynnikiem pogłębienia symptomów ADHD, ale nie tylko. Przecież spotykamy dzieci z zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi. Takie zachowania zapewne wzmagają się w miarę popełnianych błędów wychowawczych rodziców. Jest to wynik niewiedzy, nieświadomości, nieumiejętności rodzica.

Oby przyszłość była przychylna dla ADHD, oby rodzice zrozumieli powagę nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, oby byli świadomi, że ADHD może być dziedziczone, czyli wywodzi się z gałęzi genealogicznych. Być może ktoś z rodziny miał ADHD, dlatego nasze dziecko jest takie a nie inne.

Postuluję za tym, by ADHD było postrzegane jako coś naturalnego, czymś co jest nietypową cechą danego dziecka. Pamiętajmy, że wielu znanych, wybitnych osobistości miało ADHD. Dlatego też pozwólmy dzieciom rozwijać się w pełni, „nie kładąc kłód” na drodze ich życia.

Jak będzie wyglądać edukacja dzieci z ADHD?

Edukacja?

Choć wiadomo, że temat ADHD jest nam znany od przeszło 150 lat, to i tak w edukacji wiele się nie zmienia. Wciąż mamy liczne klasy, wciąż brakuje odpowiednio przygotowanych programów do pracy z dzieckiem, niegdyś *niegrzecznym, złośliwym* w opinii nauczycieli starszego pokolenia. Jak to będzie w przyszłości?

Miejmy nadzieję, że doczekamy się takich zmian, gdzie osoby sprawujące odpowiedzialność za ustawy edukacyjne dojdą do wniosku, że młode pokolenie, to nadzieja dla rozwoju gospodarki państwa. Jest powiedzenie, jakie społeczeństwo, taka gospodarka. Oczekujemy stworzenia takich warunków do nauki, gdzie hasła podmiotowego traktowania ucznia, uznawania praw dziecka, realnej współpracy na linii szkoła-rodzic, naprawdę będą miały odzew w rzeczywistości.

Wprowadzenie zmian, wymienionych powyżej, jest szansą dla każdego dziecka, nie tylko nadpobudliwego. W mało licznych klasach można więcej zrobić, zdziałać. Jest to prawda znamienna, głoszona przez kilkadziesiąt lat. Każdy zapytany nauczyciel, przez autorkę niniejszej pracy, opowiadał się za zmniejszeniem liczby osób w klasie. W przekonaniu autorki, tylko wówczas wszelkie programy terapii, programy wychowawczo-wyrównawcze mają szansę osiągnięcia pełnego sukcesu.

Edukacja dzieci z ADHD może mieć inny wymiar niż współcześnie, o ile dorośli (rodzice, nauczyciele, dyrektorzy, osoby wchodzące w skład Ministerstwa Edukacji) zrozumieją powagę problemu nadpobudliwości wśród polskich dzieci.

Jaką rolę pełni psychika u dziecka z ADHD?

Psychika człowieka, nieodgadnione, jak dotąd, w pełni zagadnienie. Ile osób tyle różnych *psyche – dusz*. Aby zrozumieć dziecko z ADHD, trzeba najpierw zrozumieć jego duszę. Podobnie jest z każdym innym człowiekiem. Aby go bliżej poznać, odgadnąć jego wnętrze należy wnikliwie „wejść" w jego „duszę". Jaka jest, co ma w sobie, czym się odznacza? Poznaj psychikę dziecka z ADHD, a poznasz je, jakie jest naprawdę pod „płaszczykiem" symptomów określających jego naturę.

Zdaniem autorki, wejrzenie w „duszę" dziecka to nabycie wiedzy, o tym jakie jest naprawdę. Dorosły pracujący z dzieckiem mającym ADHD, widzącym jego „duszę", wie jak postępować z dzieckiem, jak wpływać na niego, jak pomagać mu w jego codziennym życiu. Nawiązuje się „nić" porozumienia, gdzie czasem tylko wystarczy samo spojrzenie. W takim metafizycznym porozumieniu nie potrzeba słów. Zanim ocenisz dziecko z ADHD, spójrz w jego wnętrze, w jego „duszę".

Jakie zmiany nastąpią w postrzeganiu dziecka z ADHD za lat 20?

Trudno jest prorokować, co będzie za lat dwadzieścia. Jedynie można mieć nadzieję, że postulaty wprowadzenia terapii farmakologicznej, jej refundacji urzeczywistnią się, że nauczyciel wspomagający będzie zatrudniany dodatkowo w tych placówkach, gdzie jest uczeń z ADHD, że świadomość środowisk szkolnych, rówieśniczych, domowych będzie na tyle przychylna, że temat ADHD, a tym samym wychowania i kształcenia dzieci hierpaktywnych nie będzie już żadnym problemem.

Czy behawioralne i medyczne sposoby pozwolą na pełne wyleczenie z ADHD?

Jak dotąd mówi się o osłabieniu objawów ADHD w życiu dorosłym. Czy nastąpi pełne wyleczenie? Zapewne wiele zmieni się w metodach behawioralnych i medycznych. Według prowadzonych badań wprowadza się co rusz nowe rozwiązania w terapii dzieci z ADHD.

Niegdyś, nie do pomyślenia było w medycynie klonowanie komórek macierzystych, a przecież współcześnie to czyni się. Zwalcza się choroby, na przykład rak, za pośrednictwem różnego rodzaju szczepionek. Jeśli badacze zajmujący się ADHD wynajdą „złoty środek" na pełną eliminacje objawów ADHD, szczepionkę, to lekarze powinni podjąć się promowania danego środka na większą skalę. Nie ograniczy ich rząd, czy kwestie finansowe. Trzeba wierzyć, że badania, o ile zostałyby podjęte, byłyby w pełni sponsorowane. Nastąpiłoby rozpowszechnienie danego medykamentu na dużą skalę. Oczywiście jest to założenie bardzo hipotetyczne, ale nikt nie powie, że nie możliwe. Jedynie czego możemy obawiać się w sytuacji potwierdzającej powstanie takiej szczepionki, to nieprzychylność rządu w kwestii finansowania produkcji na rzecz osób z ADHD. Może okazać się, tak jak to miało miejsce w badaniach nad rzadką szczepionką raka, bodajże kręgosłupa, że pomimo, iż zespół badaczy odkrył lek to, nie został on ujęty przez koncerny farmaceutyczne. Koncern nie chciał produkować leku. Opowiadały się za nieopłacalnością produkcji w stosunku do zachorowań na raka (jedna osoba na tysiąc ma tę chorobę). Choć były kierowane apele do rządu z prośbą o refundację badań i leków na tego typu raka, to rząd nie wyraził zgody, co zdaniem autorki jest strasznie niehumanitarnym objęciem sprawy, zważywszy na fakt, iż w grę wchodzi życie ludzkie.[125]

Jak byłoby w przypadku naszej hipotetycznej „szczepionki ADHD", nie wiemy. Życie pokaże.

---

[125] *Na podstawie programu dokumentalnego - RAK. Doświadczenia osób mających raka o różnej postaci.*

Gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy? Oto jest pytanie.

W przekonaniu autorki, na chwilę obecną jesteśmy w „chaosie informacji o ADHD", w ogromie wiedzy nieuporządkowanej. Wciąż przybywa nam dodatkowych zagadnień z zakresu propozycji rozwiązań pracy z dzieckiem nadpobudliwym, teoretycznych rozważań na temat przyczyn ADHD. Jak sądzę, brak nam pewnego skategoryzowania wiadomości, co jest faktycznie ważne w problemie ADHD. Mówi się o symptomach, powodach wystąpienia ADHD, o tym co można zrobić i jak zaradzić. Lecz często wśród tego wszystkiego zapomina się o rzeczy najważniejszej, a mianowicie najpierw jest DZIECKO, a potem jego ADHD. Przytaczając różnego rodzaju informacje o ADHD znamiennie podkreśla się nazwę. Nazwa ADHD kojarzy się, autorce niniejszej dysertacji, z piętnowaniem. ADHD to taka etykieta, współcześnie nieprzychylna dziecku. Jak będzie w przyszłości, zależy od tego dokąd chcemy zmierzyć, w jakim kierunku? Czy ku lepszemu, czy gorszemu?

Analizując działania w zakresie ADHD w warunkach Polski (stowarzyszenia, grupy wsparcia, warsztat, szkolenia, wolontariaty, a nawet wyjazdy grupowe – letniska, zimowiska) możemy sądzić, że zmierzamy ku lepszemu. Jednak, bez pomocy rządu, a na płaszczyźnie gminy: dyrektorów, ekspertów z poradni pedagogiczno-psychologicznej, nauczycieli, rodziców nie będziemy mogli wiele zdziałać w poprawieniu warunków funkcjonowania dzieci z ADHD.

W podsumowaniu, uważam, że każde ze stawianych pytań będzie weryfikowane przez nadchodzącą przyszłość. Ona pokaże, czy refleksje autorki potwierdzi samo życie.

2. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE WŁASNYCH BADAŃ

2.1. Cel badań

Każde badanie służy realizacji określonego celu.

Przez cel badań, W. Puślecki, rozumie „założony wynik dążeń, do którego osiągnięcia zmierza się w toku postępowania badawczego".[126] Mówiąc nieco inaczej, cel badań wymaga od badacza „uświadomienia sobie, po co podejmujemy badania oraz do czego mogą być przydatne uzyskane w nich wyniki".[127]

Badania w niniejszej dysertacji miały charakter badań eksploracyjnych, tj. opierały się na „teorii, tyle, że niedostatecznie rozwiniętej: mającej fragmenty ogólnikowe, nieokreślone lub niedokładne". [128] Otóż zespół zaburzeń ADHD u dzieci, jest stosunkowo mało znany zarówno, wśród nauczycieli, jak i rodziców, natomiast zapoznanie się z tym zagadnieniem, pozwoli postrzegać dziecko w innym wymiarze, tzn. jako ucznia, który wymaga wiele uwagi, troski i poświęcenia ze strony najbliższego mu środowiska, tj. szkoły i rodziny. Dotychczas dzieci z zespołem ADHD uważano za niegrzeczne, leniwe, czy wręcz złośliwe, a przecież ich zachowanie jest niekontrolowane, nie jest wyrazem złej woli. Należy zdać sobie sprawę z tego, na co już wcześniej wskazywałam, że dzieci z zespołem ADHD żyją w nieustannym chaosie, wymagają przyjaznego, uporządkowanego i stałego otoczenia. Aby stworzyć im takie warunki, konieczna jest wiedza na temat zespołu ADHD, która pozwoli zaakceptować dziecko takim, jakie jest, jego odmienność.

W przypadku ucznia z zespołem ADHD nie jest możliwe wyeliminowanie objawów, lecz tylko ich złagodzenie. Im wcześniej podejmie się odpowiednie działania, tym korzystniej to wpłynie na rozwój dziecka z zespołem ADHD. Jest to bardzo ważne, bowiem późne zdiagnozowanie oraz podjęcie działań profilaktycznych może być przyczyną m. in. zachowań antyspołecznych.

---

[126] W. Puślecki, *Badania pedagogiczne.* Warszawa 1995, s. 3.

[127] M. Węglińska, *Jak pisać pracę magisterską?* Kraków 2004, Oficyna Wydawnicza „Impuls", s. 12.

[128] K. Konarzewski, *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna.* Warszawa 2000, WSiP, s. 46.

Biorąc pod uwagę powyższe, głównym celem badań w niniejszej dysertacji było: *Zbadanie poziomu świadomości,*[129] *tj. wiedzy i stosunku środowiska rodzinnego i szkolnego wobec zespołu ADHD u dzieci w młodszym wieku szkolnym oraz opracowanie na tej podstawie propozycji rozwiązań, które uwzględniałyby doskonalenie umiejętności diagnozowania dzieci z tym zaburzeniem.*

Badania obejmowały:

w płaszczyźnie poznawczej:

- ✓ ustalenie stanu wiedzy i stosunku rodziców na temat ADHD,
- ✓ zbadanie poglądów dyrektorów szkół podstawowych odnośnie zespołu ADHD we współczesnej szkole,
- ✓ określenie poziomu wiedzy i stosunku nauczycieli nauczania początkowego na temat zespołu ADHD.

Dodatkowym celem badań było określenie poziomu wiedzy o zespole ADHD wśród studentów Wydziału Pedagogiki i Psychologii studiów magisterskich uzupełniających, jak również dokonanie porównania poziomu wiedzy nt. ADHD pomiędzy grupami respondentów, jak: rodzice, nauczyciele, studenci.

w płaszczyźnie prakseologicznej:

- ✓ ustalenie dyrektyw pedagogicznych kierowanych pod adresem rodziców,
- ✓ ustalenie dyrektyw pedagogicznych pod adresem dyrektorów szkół podstawowych i nauczycieli pragnących poszerzyć swoją wiedzę z zakresu tematyki ADHD,
- ✓ określenie danych liczbowych dzieci klas początkowych ze zdiagnozowanym zespołem ADHD na terenie miasta Bytom,
- ✓ opracowanie programu na CD pod tytułem „ADHD w pigułce", którego zadaniem jest zapoznanie nauczycieli i rodziców z podstawową wiedzą na temat ADHD, bowiem wiedza warunkuje umiejętności diagnozowania dzieci z tym zaburzeniem,
- ✓ zaprezentowanie innowacyjnych rozwiązań w pracy z dzieckiem mającym ADHD, o czym wspomniałam w podrozdziale 1.3.4.

---

[129] Świadomość jako złożony proces śledzenia i oceniania tego, co dzieje się w otoczeniu, a następnie filtrowania tych informacji. [za:] R. J. Sternberg, *Wprowadzenie do psychologii*. Warszawa 1999, WSiP, s. 80.

Głównym celem pracy było zbadanie poziomu świadomości określonych grup respondentów. Stąd zasadne jest w tym miejscu wyjaśnienie pojęcia świadomości, które jest różnie definiowane i rozumiane.

W niniejszej dysertacji: pod pojęciem świadomości należy rozumieć (...) stan psychiczny, w którym człowiek zdaje sobie sprawę z tego, co się dzieje, czyli posiada zdolność do krytycznej, obiektywnej oceny rzeczywistości i umiejętności ustosunkowania się do niej (...), to przede wszystkim wiedza o swym istnieniu, o własnych czynach oraz świecie zewnętrznym.[130]

Wiedza z kolei, to ogół wiarygodnych informacji o rzeczywistości wraz z umiejętnościami ich wykorzystania, to także wszelki zbiór informacji, poglądów, wierzeń itp., którym przypisuje się wartość poznawczą i praktyczną.[131] Potocznie świadomość oznacza uświadamianie sobie czegoś, tzn. wiedzieć - mieć wiadomości na jakiś temat, być świadomym czegoś i orientować się w czymś, zdawać sobie sprawę z czegoś.[132] Często, mówiąc o świadomości ma się na myśli (...) ogół poglądów, wierzeń, idei, opinii występujących w istotnej skali w społeczeństwie.[133]

J. Kunikowski wymienia następujące składniki świadomości, tj.:

- wiedza (opisy, poglądy),
- oceny, odwołując się do przyjmowanych wartości,
- postulaty (ideały),
- postawy ludzi.[134]

Ostatnim składnikiem jest postawa rozumiana jako względnie trwały układ przekonań, emocji i uczuć (...)[135] oraz względnie trwała dyspozycja przejawiająca się w zachowaniach, których cechą jest pozytywny lub negatywny stosunek emocjonalny do jakiegoś przedmiotu, osoby czy sytuacji.[136] Postawa warunkuje proces poszukiwania informacji na określony temat.[137] Może być inferowana w oparciu, o tzw. reakcje poznawcze, a więc przekonania, wiadomości i opinie.[138]

---

[130] (pod red.) B. Dunaj, *Słownik współczesnego języka polskiego*. T. III, Kraków 2000, Wyd. SMS, s. 16.
[131] *Nowa Encyklopedia Powszechna*. Warszawa 1996, Wydawnictwo PWN, s. 733.
[132] B. Dunaj, T. IV, op. cit., s. 187.
[133] *Nowa Encyklopedia Powszechna*. T. VI. Warszawa 1996, Wydawnictwo PWN, s. 260.
[134] J. Kunikowski, *Wiedza i edukacja dla bezpieczeństwa*. Warszawa 2002, s. 82.
[135] (pod red.) W. Pomykło, *Encyklopedia pedagogiczna*. Warszawa 1993. Fundacja Innowacja, s. 611-612.
[136] W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa 2001, Wydawnictwo Naukowe „Żak", s. 306.
[137] W. Pomykło, op. cit., s. 611-612.
[138] (pod red.) W. Szewczuk, *Encyklopedia psychologii*. Warszawa 1998, Fundacja Innowacja, s. 425-426.

W definicji postawy mamy słowo „stosunek", czyli inaczej odnoszenie się czegoś lub kogoś; sposób bycia zachowania się względem kogoś lub czegoś, np. stosunek do drugiego człowieka, stosunek do religii itp.[139]
Z przytoczonych powyżej rozważań dotyczących świadomości wynika, że należy ją ujmować wielowymiarowo. Najlepiej to oddaje schemat w aneksie pierwszym.

Powyższe rozważania upoważniają do wniosku, iż założonym celem badań w niniejszej rozprawie był poziom wiedzy w środowisku rodzinnym i szkolnym o zespole ADHD oraz stosunek do dzieci z zespołem ADHD w tych środowiskach. Powyższy cel wyznaczał kierunki poszukiwań badawczych egzemplifikowanych w kwestionariuszach ankiet, wywiadach oraz w badanych dokumentach.

2.2. Problem badawczy

Istotną sprawą w organizacji wszelkich badań jest właściwe sformułowanie problemu badawczego, który powinien „[...] w miarę precyzyjnie określać cel zamierzonych badań i jednocześnie ujawniać braki w dotychczasowej wiedzy na interesujący temat […]".[140]

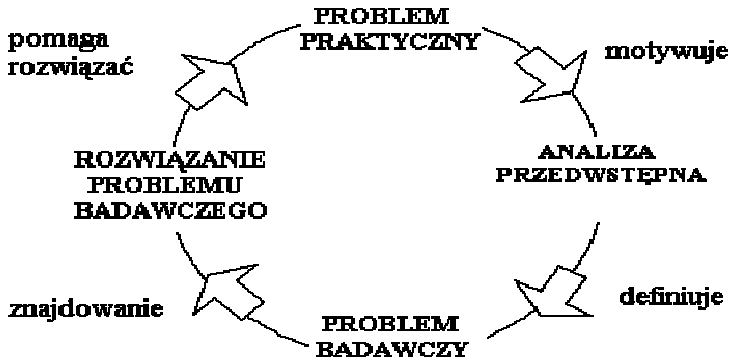
Ciekawe stanowisko do tematyki problemu badawczego reprezentują uczeni amerykańscy. W. C. Booth, G. G. Colomb, J. M. Williams uważają, że celem badań naukowych jest nie tylko znalezienie odpowiedzi na nurtujące pytania, czyli rozwiązania problemów badawczych niejako dla samego poszerzenia posiadanej wiedzy naukowej, lecz problemy badawcze powinny stanowić kluczowy element prowadzący do rozwiązania problemów praktycznych, których zdania są podstawową przesłanką do prowadzenia badań.[141] Tę myśl przedstawia poniższy schemat.

---

[139] *Słownik współczesnego języka polskiego*. Warszawa 1996, s. 165.
[140] M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Kraków 2000. Wyd. „Impuls", s. 21.
[141] C. Booth Wayne, G.G. Colomb, J. M. Williams, *The Craft of Research*. Chicago 1995, The University of Chicago Press, s. 47.

Schemat 3

Tok prowadzenia badań wg W.C. Bootha, G.G. Colomba, J.M. Williamsa



Źródło: C. Booth Wayne, G.G. Colomb Gregory, J.M. Williams, *The Craft of Research*. Chicago 1995, The University of Chicago Press, s. 49.

Zdaniem autorów, problem praktyczny wynika z poczynionych obserwacji lub własnych doświadczeń.

Generalnie należy sądzić, iż „problem badawczy sformułowany jest poprawnie, gdy określa - w miarę poprawnie - zakres naszej niewiedzy w badanym temacie, wskazuje teren poszukiwań badawczych, zawiera zależności między zmiennymi, jest empirycznie rozstrzygalny i posiada wartość praktyczną […]”.[142] Znalezienie odpowiedzi na zdefiniowane problemy powinny być rezultatem przeprowadzanych badań.

W przedmiocie badań niniejszej dysertacji, główny problem badawczy zawierał się w pytaniu:

Jaki jest poziom świadomości[143] *środowiska rodzinnego i szkolnego wobec zespołu ADHD u dzieci w młodszym wieku szkolnym?*

Rozwiązanie tak sformułowanego głównego problemu badawczego implikowało potrzebę odpowiedzi na następujące pośrednie problemy badawcze zawarte w pytaniach szczegółowych odnoszących się do:

środowiska rodzinnego:

1. *Jaki jest stan wiedzy rodziców na temat ADHD?*
2. *Jakie czynniki warunkują taki stan wiedzy?*

---

[142] J. Bogusz, *Dydaktyka wojskowa*. Warszawa 1983, Wyd. MON, s. 43-44.

[143] Schemat świadomości (zob. aneks 1).

3. *Z jakich źródeł informacji mają wiedzę odnośnie zespołu ADHD?*
4. *Czy zagadnienie ADHD kiedykolwiek było poruszane przez wychowawcę na zebraniach lub innych okazjonalnych spotkaniach? Jak wygląda współpraca na płaszczyźnie rodzic – nauczyciel, gdy jest dziecko z ADHD? Czy jest ona konieczna?*
5. *Czy rodzice są zdania, że ADHD, to zespół mało powszechnie znany wśród lokalnego społeczeństwa? Jak postrzegają problem ADHD?*

środowiska szkolnego, które obejmuje:

dyrektorów szkół podstawowych

1. *Jaki jest poziom wiedzy dyrektorów szkół podstawowych na temat ADHD?*
2. *Jak zespół ADHD jest postrzegany w myśleniu dyrektorów?*
3. *Czy zdaniem dyrektorów szkół podstawowych, nauczyciele klas początkowych powinni mieć wiedzę o zespole ADHD i czy należy to do ich kompetencji zawodowych?*
4. *Czy i jakie formy szkolenia dla nauczycieli stosują dyrektorzy szkół podstawowych w zakresie problematyki ADHD?*
5. *Czy ich zdaniem, szkoła - jako drugie środowisko po rodzinie - jest w stanie podjąć odpowiednie działania wobec dziecka z ADHD i tym samym zapewnić korzystne warunki rozwoju?*

nauczycieli klas początkowych

1. *Jak nauczyciele klas początkowych postrzegają problem ADHD? Opinia.*
2. *Na jakim poziomie oceniają swoją wiedzę na temat zespołu ADHD?*
3. *Co nauczyciele wiedzą o nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi?*
4. *Z jakich źródeł korzystają nauczyciele, by pogłębić swoją wiedzę z zakresu tematyki ADHD?*
5. *Czy nauczyciele potrafią diagnozować dziecko z ADHD?*
6. *Czy są świadomi konsekwencji, do jakich prowadzi późne zdiagnozowanie ADHD u dziecka?*
7. *Jaką pomoc w pracy dydaktyczno-wychowawczej mogą zaoferować nauczyciele uczniowi szczególnie nadpobudliwemu (ADHD)?*

Do powyższych problemów dołączono jeszcze dwa, a mianowicie:

Jaki jest poziom wiedzy na temat zespołu ADHD wśród studentów Wydziału Pedagogiki i Psychologii studiów magisterskich uzupełniających na kierunku pedagogika wczesnoszkolna.

Jaki jest poziom wiedzy pomiędzy poszczególnymi badanymi grupami respondentów: rodzice – nauczyciele – studenci?

Sformułowanie problemu badawczego i sprecyzowanie go w formie pytań pośrednich pozwoliło określić metody, techniki i narzędzia badawcze, które przedstawia poniższy podrozdział.

2.3. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Zdefiniowanie celu badań, określenie problemów badawczych umożliwia dokonanie odpowiedniego doboru metod i technik badawczych.

Na wstępie chcę zaznaczyć, iż w literaturze przedmiotu można znaleźć różne systemy klasyfikacyjne, które powstały, w moim przekonaniu, z braku jednolitych definicji, które określałyby jednoznacznie, co należy rozumieć pod pojęciami metoda, technika, czy narzędzie badawcze. Wobec czego, niektórzy autorzy przyjmują za metodę to, co u innych jest techniką i odwrotnie. Oto przykład: T. Pilch nazywa obserwację techniką badawczą, ale już J. Pieter i W. Zaczyński określa obserwację jako - metodę badań naukowych.[144]
W celu usystematyzowania pojęć stosowanych w niniejszej dysertacji przyjęłam nomenklaturę proponowaną przez A. Kamińskiego i T. Pilcha.[145]

Zanim przejdę do omówienia wybranych przeze mnie metod, technik i narzędzi badawczych, chcę pokrótce scharakteryzować wymienione terminy.

Otóż, metoda badań określa sposób poznawania, najczęściej ma charakter instrukcji, musi być plastyczna, uległa wyobraźni badacza, powinna sugerować wybór terenu i zakres badań oraz dobór odpowiednich technik badawczych. Cechuje się tym, że jest: „…celowa, planowa, obiektywna, dokładna i wyczerpująca”.[146] Każda metoda posługuje

---

[144] J. Pieter, *Ogólna…,* op. cit., s. 106.

[145] Należy wspomnieć, iż niektórzy autorzy [por. Zaczyński (1995) s. 17] krytykują podział na metody i techniki przyjęty przez T. Pilcha.

[146] W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*. Warszawa 1968, WSiP, s. 18.

się określonymi technikami badawczymi. Techniki mają więc charakter niejako wewnętrzny do metod, są kategorią bardziej szczegółową.

Próbę usystematyzowania powyższych pojęć podjął A. Kamiński twierdząc, że metoda badawcza to: „[…] zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu badawczego […]", zaś za technikę „[…] czynności praktyczne, regulowane starannie wypracowanymi dyrektywami pozwalającymi na uzyskanie optymalnie sprawdzalnych informacji, opinii, faktów[…]".[147] T. Pilch uzupełnia powyższą definicję o pojęcie narzędzia badawczego: „[…] otóż narzędzie badawcze jest przedmiotem służącym do realizacji wybranej techniki badań. O ile technika badawcza ma znaczenie czasownikowe i oznacza czynność, jak np.: obserwowanie, prowadzenie wywiadu, to narzędzie badawcze ma znaczenie rzeczownikowe i służy do technicznego gromadzenia danych z badań […]".[148]

Pragnę podkreślić, iż dobranie właściwej metody, techniki i narzędzi badawczych jest bardzo ważne po to, aby badania były wiarygodne i prawidłowe. Interdyscyplinarny charakter niniejszych badań implikował konieczność zastosowania skorelowanych metod i technik badawczych, które umożliwiłyby realizację celów i rozwiązanie problemów badawczych sformułowanych w niniejszej dysertacji. W badaniach zastosowałam metodę sondażu diagnostycznego i techniki badawcze przynależące do tej metody:[149]

- ✓ ankieta,
- ✓ wywiad,
- ✓ badanie dokumentów,
- ✓ obserwacja.

Wykorzystane zostały następujące narzędzia badawcze, umożliwiające przeprowadzenie badań:

- ✓ kwestionariusz ankiety,
- ✓ kwestionariusz wywiadu,
- ✓ arkusz badania dokumentacji.

---

[147] A. Kamiński, *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*. [w:] *Metodologia pedagogiki społecznej*. (pod red.) R. Wroczyńskiego i T. Pilcha, Wrocław 1974, Ossolineum PAN, s. 65.

[148] T. Pilch., *Zasady…,* op. cit., s. 42.

[149] T. Pilch, *Zasady…*, op. cit., s. 51.

Metoda sondażu

Metoda sondażu stanowi jedną z najważniejszych metod badawczych w badaniach socjologicznych.[150] Do przeprowadzenia badań wybrałam właśnie tę metodę, gdyż jest zalecana do zastosowania, gdy badacz chce poznać opinie i przekonania respondentów: „[…] na temat interesujących nas spraw oraz o tym, jak je oceniają i w ogóle, co o nich wiedzą, lub co chcieliby wiedzieć na ten temat […]".[151]Metoda ta „[…] jest sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości […]".[152] Jak już wspomniałam powyżej z technik badawczych przynależnych do tej metody wybrane zostały: ankieta, wywiad, analiza dokumentów i obserwacja.

Ankieta

Wspomniane wcześniej rozbieżności związane z terminologią dotyczącą metod, technik i narzędzi badawczych wyraźnie widać na przykładzie ankiety. W. Zaczyński definiuje ankietę jako wariant wywiadu, (który nazywa metodą), jako rozmowy kierowanej, w której badacz, zwany ankieterem, posługuje się specjalnym kwestionariuszem wywiadu.[153] Z kolei T. Pilch odróżnia ankietę od wywiadu i stwierdza, iż ankieta jest [...] techniką gromadzenia informacji polegającą na wypełnieniu najczęściej samodzielnie specjalnych kwestionariuszy na ogół o wysokim stopniu standaryzacji w obecności lub częściej bez obecności ankietera […]".[154]

W niniejszej rozprawie badaniami ankietowymi objęte zostały trzy grupy respondentów:

- rodzice dzieci uczęszczających do wybranych szkół podstawowych (kwestionariusz K-1, zob. aneks 6),
- nauczyciele tychże szkół (kwestionariusz K-2, zob. aneks 8),
- studenci studiów uzupełniających magisterskich na Wydziale Pedagogiki i Psychologii (kwestionariusz K-3, zob. aneks 9).

Należy nadmienić, że pytania w kwestionariuszach ankiet poszczególnych grup respondentów powtarzały się, co pozwoliło na dokonanie porównania poziomu wiedzy

---

[150] W. Trochim, *The Research*…, op. cit.
[151] M. Łobocki, *Metody…,* op. cit., s. 244.
[152] T. Pilch, *Zasady…,* op. cit., s. 51.
[153] M. Zaczyński*, Praca…,* op. cit., s.147.
[154] Ibidem, s. 87.

o nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi wśród wymienionych powyżej grup respondentów.

Wywiad

„Wywiad jest rozmową badającego z respondentem według opracowanych wcześniej dyspozycji lub w oparciu o specjalny kwestionariusz […]".[155] Rolę wywiadu jako techniki badawczej podkreśla R. Yin uważając, że wywiad jest „[…] jednym z najważniejszych źródeł informacji badawczych […]".[156]

Ta technika badawcza została wykorzystana do zbierania informacji dotyczących dwóch obszarów zainteresowań. Wywiad miał indywidualny charakter. Skategoryzowaną wersję tej techniki badawczej (zob. aneks 7 i 10) zastosowano w rozmowach z dyrektorami Szkół Podstawowych oraz pedagogami szkolnymi tych szkół. Dla uzyskania rzetelnych informacji zastosowano technikę wywiadu (zob. aneks 11) w poradni pedagogiczno-psychologicznej, która zarazem diagnozuje, jak i pomaga dzieciom nadpobudliwym. Technika wywiadu ma na celu uzyskanie cennych informacji dotyczących ustaleń prawnych, tj. warunki pracy oraz formy pomocy, jakie przysługują uczniom ze zdiagnozowanym ADHD i ich rodzicom. Informacje powyższe uzyskane na bazie wywiadu z dyrektorami Szkół Podstawowych i pedagogami szkolnymi, poddano porównaniu z faktycznymi zaleceniami poradni psychologiczno-pedagogicznej. Ustalenia prawne w przypadku ADHD są jednoznaczne, a zatem powinny być jednakowo rozumiane i przestrzegane w środowisku szkolnym.

Ponadto starałam się poddać analizie liczbę zdiagnozowanych przypadków ADHD w badanych szkołach podstawowych oraz w poradni pedagogiczno-psychologicznej, co pozwoliło ukierunkować badania realizowane za pomocą techniki badania dokumentów.

Analiza dokumentów

Głównym celem analizy dokumentów jest: „[…] potwierdzenie i powiększenie zbioru dowodów […]"[157] zgromadzonych przy pomocy innych technik badawczych. Odgrywa „[…] doniosłą rolę przy zbieraniu wszelkiego rodzaju danych […]".[158] Dokumentem może być „[...] każda rzecz mogąca stanowić źródło informacji, na podstawie której można wydać uzasadniane sądy o przedmiotach, ludziach, procesach […]".[159]

---

[155] T. Pilch, *Zasady…,* op. cit., s. 82.
[156] R. Yin R, *Case study research: Design and methods*. Sage, Thousand Oaks (CA) USA 1994, s. 84.
[157] R.Yin, *Case*…, op. cit., s. 81.
[158] Ibidem, s. 81.
[159] W. Zaczyński, *Praca…,* op. cit., s. 158.

Zastosowanie tej techniki umożliwiło zdobycie wiedzy dotyczącej informacji wynikających z programu edukacji zintegrowanej w zakresie diagnozowania uczniów. Wnikliwej analizie poddałam następujące dokumenty - za W. Zaczyńskim - pisane i cyfrowe, tj.:

- wytyczne, zarządzenia, instrukcje dotyczące diagnozowania zespołu ADHD,
- ustalenia prawne w przypadku ucznia z symptomami ADHD,
- protokoły i sprawozdania z posiedzeń rad pedagogicznych dotyczące tematyki ADHD,
- programy nauczania realizowane w badanych placówkach oświatowych,
- materiały liczbowe dotyczące struktury placówek oświatowych,
- zestawienia liczbowe uczniów poszczególnych klas I-III,
- opinie, tj. orzeczenia lekarskie o zdiagnozowanym ADHD w szkole i w poradni pedagogiczno-psychologicznej,
- programy kształcenia oraz plany szkolenia w zakresie zespołu ADHD.

Analiza dokumentów pozwoliła na zweryfikowanie danych zdobytych przy zastosowaniu innych technik badawczych.

Obserwacja

„Obserwacja jako metoda naukowa jest planowym i systematycznym spostrzeganiem ściśle określonych przedmiotów i zjawisk celem dokonania ich opisu lub charakterystyki […]”.[160] Badacze stosujący tą technikę powinni postępować, „[…] jakby wiedzieli bardzo niewiele o ludziach i miejscach, które chcą odwiedzić i obserwować. Stwierdzenie, że się dokładnie wie, jak ukończyć swoją pracę byłoby aroganckie. Plany ewoluują, gdy badacze dowiadują się więcej o otoczeniu, podmiotach i innych źródłach danych poprzez bezpośrednie oględziny. Pełny zbiór procedur jest najlepiej opisywany z perspektywy czasu, przez relację co się dzieje w rzeczywistości oraz i poprzez to, co zostało zapisane po zakończeniu obserwacji […]”.[161]

Technikę obserwacji otwartej zastosowałam w początkowej fazie badań do określenia m. in.:

- formalno-organizacyjnych warunków funkcjonowania szkoły, tj. typ szkoły, system oceniania i promocji, liczebność klas,
- warunków materialnych, tj. położenie, wyposażenie, stan higieny szkoły i klasy,

---

[160] Z. Zaborowski, *Wstęp…,* op. cit., s. 174.
[161] C. Marshall, G. Rossman, *Designing qualitative research*. Sage, Thousand Oaks (CA) USA 1992, s. 58.

- stanu opieki szkoły nad uczniami, tj. działalność pedagoga, współpraca z poradnią pedagogiczno-wychowawczą i innymi instytucjami, funkcjonowanie świetlicy, zajęć wyrównawczych, współpraca z rodziną,
- środowiska społecznego nauczycieli, tj. aktywność i innowacyjność dydaktyczno-wychowawcza nauczycieli, kultura językowa, relacje z dziećmi, postawy wychowawcze, postawy wobec istotnych problemów i zjawisk społecznych,
- sfery kultury i aktywności środowiskowej szkoły, np. organizowanie uroczystości, obrzędy, zajęcia pozalekcyjne i koła zainteresowań, imprezy kulturalne.[162]

Technika obserwacji pozwoliła ocenić wyposażenie bazy dydaktycznej środowiska szkolnego (książki, czasopisma itp.), tym samym warunkuje to poznanie źródeł wiedzy tego środowiska o zespole ADHD oraz formach i metodach diagnozowania uczniów. Dzięki obserwacji uzyskałam informacje o rzeczywistych przedsięwzięciach realizowanych w zakresie rozpoznawania symptomów ADHD u dzieci klas I-III. Dodatkowo obserwacja umożliwiła zebranie materiału niezbędnego do oceny treści, form i metod nauczania stosowanych w ramach doskonalenia nauczycieli zakresu wiedzy specjalistycznej o zespole ADHD.

Obserwacje przeprowadziłam równolegle z badaniami ankietowymi wśród losowo wybranych nauczycieli. Dokonano jej w dwóch badanych placówkach oświatowych. Pozostałe szkoły nie wyraziły zgody na przeprowadzenie obserwacji w klasach nauczania początkowego. Jednym z argumentów odmowy był fakt, iż rodzice klas I-III musieliby wyrazić zgodę na dokonanie obserwacji pośredniczącej.

Łącznie obserwacji poddałam 20 lekcji w klasach I-III w celu zweryfikowania danych uzyskanych w badaniach ankietowych oraz ustalenia, czy w badanych klasach są uczniowie wykazujący symptomy zespołu ADHD. Celem obserwacji była działalność dydaktyczno-wychowawcza nauczyciela.

Główna część materiału badawczego uzyskana w kwestionariuszach ankiet K-1, K-2, K-3, (zob. aneksy 6-8), opracowano przy użyciu komputerowego programu statystycznego STATISTICA 7.0.[163] Użyto go również do prezentacji elementów statystyki opisowej, tj. tabele. Natomiast wykresy - prezentacje graficzne zostały opracowane w oparciu o program Excel 2007.

---

[162] Obserwacja według kryteriów diagnozy sytuacji szkolnej. [w:] *Encyklopedia XXI wieku*. (pod red). T. Pilch, Warszawa 2004, Wyd. Akademickie „Żak", s. 683.

[163] A. Stanisz, *Przystępny kurs statystyki w oparciu o program STATISTICA PL na przykładach z medycyny.* StatSoft Polska, Kraków 1998, s. 205.

Taki dobór technik i narzędzi pozwolił, zdaniem autorki, na wyciągnięcie właściwych wniosków i w efekcie końcowym, przygotowanie konstruktywnych rozwiązań i propozycji.

2.4. Teren badań

Właściwy dobór badanej populacji oraz terenu badań ma zasadniczy wpływ na rozwiązanie problemów badawczych. T. Pilch twierdzi, że „[…] wybór terenu badań to przede wszystkim typologia wszystkich zagadnień, cech i wskaźników, jakie muszą być zbadane, odnalezienie ich na odpowiednim terenie, u odpowiednich grup społecznych lub w układach i zjawiskach społecznych i następnie wytypowanie rejonu, grup zjawisk i instytucji jako obiektów naszego zainteresowania […]”.[164] Podobnie stwierdza B. Hydzik, określając teren badań jako pojęcie obejmujące „[…] takie elementy procesu badawczego, jak: miejscowości, w których zamierza się prowadzić badania właściwe, zbiorowości społeczne (…) oraz stosunki i procesy występujące w badaniach zbiorowości społecznych […]”.[165]

Jako teren badań, autorka wybrała miasto z długoletnią tradycją. Bytom[166] ma już ponad 750 lat i niegdyś uważany był za jeden z ważniejszych ośrodków przemysłowych kraju, w którym działało m. in. 11 kopalń i dwie huty żelaza, co niewątpliwie wiązało się ze wzrostem rozwoju gospodarki tego regionu. Wówczas w latach osiemdziesiątych odnotowano w Bytomiu najwyższy przyrost ludności, blisko 243.400 mieszkańców. W tym czasie, co ważne, ilość oraz struktura powstałych placówek oświatowych ulegała licznym przeobrażeniom. Był to okres, w którym wprowadzono dwuzmianowy tryb pracy szkół (tryb dzienny i popołudniowy). Z biegiem czasu, relatywnie do potrzeb społeczności, system ten przestał funkcjonować. Aktualnie przy ponad 184.000 mieszkańców Bytomia działają 22 szkoły podstawowe, w tym szkoły specjalne i integracyjne.[167] Każda o specyficznym charakterze.

---

[164] T. Pilch, *Zasady…,* op. cit., s. 178.

[165] B. Hydzik, *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych w wojsku*. MON, Warszawa 1972, s. 102.

[166] Jan Drabina pisał, że działał niegdyś ów *genius loci (duch opiekuńczy*), który czuwał, nad tym, by Bytom był miastem pięknym nie tylko okazałymi budowlami, ale i wykształconymi, pracowitymi i prawymi ludźmi. [w:] *Bytom i jego dziedzictwo. W 750-lecie nadania praw miejskich*. Wyd. Śląskie Centrum Dziedzictwa Kulturowego w Katowicach, s. 22.

[167] http://pl.wikipedia.org/wiki/Bytom

Wstępnym założeniem było, iż badania zostaną przeprowadzone wśród sześciu szkół podstawowych w tym, co istotne, w szkole z oddziałami integracyjnymi. Niestety Dyrekcja szkoły integracyjnej nie wyraziła zgody na przeprowadzenie badań.

W uzasadnieniu tej decyzji, poruszono następujące kwestie:

- po pierwsze, przypuszczalnie uzyskane wyniki badań nie będą w pełni rzetelne, bowiem w niniejszej placówce w ostatnich latach, przeprowadza się gros ankiet o różnej tematyce. Zwłaszcza przez studentów, którzy w trakcie trwania praktyk zawodowych, korzystają z możliwości rozprowadzenia kwestionariuszy ankiet w szkole,
- po drugie, zdaniem Dyrekcji, szkoła z oddziałami integracyjnymi nie jest placówką, do której powinny uczęszczać dzieci z nadpobudliwością psychoruchową. *„To nie jest miejsce dla dzieci z ADHD”*, jak twierdzi Pani Dyrektor. Szkoła z oddziałami integracyjnymi jest placówką skierowaną do dzieci niepełnosprawnych, a nie takich, które *„mają trudności same ze sobą”*. Spotkano się ze stwierdzeniem: *„mając w klasie dziecko niepełnosprawne i do tego dwóch uczniów nadpobudliwych, nauczyciel nie jest w stanie pracować efektywnie. Ponadto jestem przekonana, że zatrudnieni przeze mnie nauczyciele są dobrze przygotowani merytorycznie i praktycznie do pracy z dzieckiem mającym ADHD”*.

Powyższe argumenty stanowiły podstawę do udzielenia odmownej decyzji w sprawie przeprowadzenia badań w szkole z oddziałami integracyjnymi. Natomiast zdaniem autorki badania w tej szkole mogły być cennym źródłem informacji, ponieważ szkoła integracyjna jest placówką, gdzie w klasach integracyjnych pracują dwaj nauczyciele (nauczyciel prowadzący zajęcia i nauczyciel wspomagający), co jest korzystne dla wszystkich uczestników procesu edukacyjnego.

W takiej sytuacji zakres badań obejmował następujące Szkoły Podstawowe w Bytomiu:

Tabela 5

Placówki oświatowe uwzględnione do badań

Numer placówki	Liczba oddziałów nauczania początkowego
Szkoła Podstawowa nr 3	10
Szkoła Podstawowa nr 4	9
Szkoła Podstawowa nr 5	11
Szkoła Podstawowa nr 36	10
Szkoła Podstawowa nr 46	10
OGÓŁEM	50

Źródło: Opracowanie własne.

Badania skierowano do dziesięciu dyrektorów Szkół Podstawowych oraz do trzydziestu jeden nauczycieli nauczania początkowego.

Poddani badaniu zostali także rodzice uczniów klas początkowych. Łączna ilość respondentów tej grupy, to trzysta dwadzieścia osób z pięćdziesięciu klas.

Dodatkowo badaniami objęci zostali - jak już wcześniej wspomniałam - studenci Wydziału Pedagogiki i Psychologii studiów magisterskich uzupełniających, łącznie sto trzynaście osób.

Ponadto, uzupełnieniem badań i tym samym poszerzeniem wiedzy na temat działalności owych placówek oświatowych było przeprowadzenie dodatkowo wywiadu wśród pedagogów szkolnych powyższych szkół podstawowych oraz uzyskanie cennych informacji z poradni psychologiczno-pedagogicznej.

W celu ustalenia liczby dzieci z zespołem ADHD, dokonałam przeglądu dokumentacji w wyznaczonych placówkach oświatowych oraz w poradni pedagogiczno-psychologicznej w Bytomiu. Poradnia wydaje orzeczenia o zdiagnozowanych przypadkach wystąpienia symptomu ADHD.

Reasumując, badaniami objęto:

- rodziców dzieci klas początkowych w liczbie 320 osób;
- Dyrektorów Szkół Podstawowych w liczbie 10 osób;
- nauczycieli klas początkowych w liczbie 31 osób;
- pedagogów szkolnych w liczbie 5 osób;
- studentów uzupełniających studiów magisterskich Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w liczbie 113 osób;
- Dyrektora Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej w Bytomiu.

Opracowanie wyników badań a następnie ich analiza wymagała zastosowania, przypomnę raz jeszcze, statystycznego programu komputerowego STATISTICA 7.0.

2.5. Organizacja badań oraz charakterystyka badanych placówek oświatowych

Dla potrzeb niniejszej dysertacji, badania przeprowadzone zostały w następujących etapach:

- po pierwsze, eksploracja źródeł, określenie problematyki badawczej, jej usytuowanie w literaturze przedmiotu, sformułowanie pytań badawczych,
- po drugie, wybór metod, technik i narzędzi badawczych,
- po trzecie, przeprowadzenie badań właściwych, ich podsumowanie i opracowanie wyników.

Innymi słowy - za Jerzym Zielińskim - pokierowano się, co znamienne w badaniach pedagogicznych, trzyfazowym cyklem, a mianowicie:

- faza poznania (składa się z czynności gromadzenia i opracowania uzyskanego materiału empirycznego),
- faza oceny (określenie rzeczywistego stanu dociekań poznawczych na drodze badawczej),
- faza przewidywanych projekcji zmian (wyprowadzenie odpowiednich wniosków i na ich podstawie określenie praktycznych przesłanek pedagogicznych, co należy uczynić, by było lepiej niż jest).[168]

Badania placówek oświatowych dokonałam na przełomie 2006/2008 roku. Ich wybór był celowy, bowiem wszystkie szkoły podstawowe znajdują się w ścisłym centrum Bytomia.

Spośród badanych placówek najstarszą jest Szkoła Podstawowa nr 3 im. Władysława Broniewskiego mieszcząca się w budynku z II połowy XIX wieku zlokalizowanym w centrum Bytomia. Niegdyś, od 1874 roku, mieściła się tam katolicka, żeńska szkoła powszechna, którą przeniesiono z budynku poklasztornego. Z biegiem lat, odbudowano budynek, dbając nie tyle o jego wygląd, co o odpowiedni status. Już od najwcześniejszych lat, osoby odpowiadające za placówkę, jak na przykład Mieczysław Brzychczy, Janina Żywna, Genowefa Wołoszczuk, obecnie pani Urszula Pelc czynią starania, by zatrudniać jak najlepiej przygotowaną kadrę pedagogiczną. Aktualnie placówka zatrudnia, aż 39 nauczycieli, którzy tworzą specyficzny klimat szkoły. Szkoła podstawowa jest jedną z nielicznych placówek, które prowadzą świetlice socjoterapeutyczne prężnie działające w godzinach popołudniowych. Głównym założeniem działania świetlicy jest wspieranie podopiecznych w przezwyciężaniu różnych problemów życiowych, przeciwdziałanie patologii

---

[168] J. Zieliński, *Wybrane zagadnienia dydaktyki ogólnej z elementami dydaktyki Wyższej Szkoły Wojskowej*. Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2004, s. 42.

środowiskowej, jak również zwrócenie szczególnej uwagi na profilaktykę alkoholową. Specjaliści z dziedziny uzależnień są jednomyślni w stwierdzeniu, że problem alkoholowy nie dotyczy tylko „alkoholika", lecz bezpośrednio wszystkich członków rodziny. W związku z powyższym, świetlica socjoterapeutyczna otacza szczególną troską te dzieci, które wywodzą się z rodzin alkoholowych. Pracownicy świetlicy stawiają sobie za zadanie: stworzenie warunków do wszechstronnego rozwoju dziecka, pragną pokazać jak skutecznie rozwiązywać problemy, jak racjonalnie stawiać cele, a przede wszystkim jak je osiągać. Ponadto dążą do zapewnienia odpowiedniego klimatu w trakcie zajęć. Doświadczenie uczucia bezpieczeństwa przez dziecko, zdaniem prowadzących świetlicę, jest podstawą do rozpoczęcia prawidłowych oddziaływań socjoterapii.

Oprócz świetlicy socjoterapeutycznej, działa świetlica szkolna. Jej wychowawcy, każdego dnia, kładą nacisk na rozwój różnych umiejętności u dzieci. W tym celu organizują zajęcia artystyczne (muzyka, plastyka, technika), multimedialne, ruchowe, audiowizualne oraz relaksacyjne. Ostatnie, w mniemaniu autorki, są najważniejsze z uwagi na dobro psychofizyczne podopiecznych. Zajęcia relaksacyjne, odprężające uczą, jak panować nad własnym ciałem i umysłem.

Ponadto w szkole funkcjonuje biblioteka szkolna wraz z „Internetowym centrum informacji multimedialnej". Internetowe centrum, to stanowiska komputerowe ze stałym dostępem do Internetu. Szkoła zadbała o utworzenie specjalnej strony, na której mieszczą się programy edukacyjne, jak: Klik uczy czytać, Klik uczy ortografii, Bolek i Lolek na tropie zaginionej księgi ortografii, Dookoła Polski, Tymoteusz, Dyslektyk, Multimedialny świat Jana Brzechwy, Sprawdziany szóstoklasisty, Na tropach języka polskiego, Liczę z Reksiem i inne. Hasłem przewodnim utworzonego centrum jest nauka i zabawa w procesie kształcenia.

Szkoła Podstawowa oferuje uczniom ponad 25 kół zainteresowań. Oprócz kół typowo edukacyjnych (ortograficzne, matematyczne, przygotowujące do egzaminu z języka polskiego czy matematyki, angielski) działają koła: biblijne, dziennikarskie, czytelnicze - Dyskusyjny Klub Książki, szachowe, przyrodnicze – Klub Europejski. Ilość oraz różnorodność organizowanych kół zainteresowań świadczy o potrzebach i zainteresowaniach uczniów niniejszej placówki. W szkole, co ważne zatrudniony jest pedagog szkolny, który wspiera uczniów w ich problemach emocjonalnych i wychowawczych.

Na terenie szkoły zatrudniony jest metodyk, który prowadzi szkolenia w ramach projektu Wewnętrzne Doskonalenie Nauczycieli. Podczas comiesięcznych spotkań z metodykiem, poruszane są nurtujące nauczycieli problemy metodyczne w zakresie kształcenia

i wychowania. Wspólnie ustalane są różne strategie działania w sytuacjach trudnych. Nauczyciele dzielą się swoją wiedzą oraz doświadczeniami zawodowymi.

Szkoła Podstawowa nr 3 powołała Zespół przyszpitalny, czyli szkoła w placówce leczniczej, gdzie uczeń - pacjent rozwija się intelektualnie i emocjonalnie. Nauczyciele prowadzący tam zajęcia wspierają małych pacjentów, dodają im sił i wiary w lepsze jutro.

Od 2000 roku utworzono akcje Dzieci Dzieciom, w której pacjenci aktywnie uczestniczą w imprezach integracyjno-kulturalnych organizowanych przez uczniów Szkoły Podstawowej nr 3. Jest to przedsięwzięcie prospołeczne odznaczające się wrażliwością na innych ludzi i zdolnością do bezinteresownego działania na ich rzecz.[169]

Badana placówka wywarła znaczące wrażenie na badaczu ze względu na zakres i zasięg czynionych przedsięwzięć o różnym wymiarze.

Z kolei Szkoła Podstawowa nr 4 im. Mikołaja Kopernika została zbudowana w roku 1894 roku. W odróżnieniu do poprzedniej znajdowały się tam dwie odrębne placówki – szkoła żeńska (Szkoła Podstawowa nr 4) i szkoła męska (Szkoła Podstawowa nr 11). Gdy nastąpiło połączenie placówek w jedną szkołę, utworzono wspólny dla niej sztandar oraz hymn szkolny. Rok zespolenia dwóch placówek nazwano Rokiem Kopernikowskim. Kultywowaną tradycją szkolną jest przyznawanie, co roku nagrody „Żak Kopernika" za bardzo dobre wyniki z przedmiotów matematyczno-przyrodniczych.

Obecnie dyrekcja zatrudnia czterdziestoosobową kadrę nauczycieli w 21 oddziałach. Nauczyciele tworzą dla dzieci koła zainteresowania, w tym: koło filmowe, wokalne, teatralne, instrumentalne, ekologiczne „Ekuś" oraz informatyczne. W ostatnim dzieci mają możliwość pracowania na dwóch bezpłatnych programach: „Pivot", to program do tworzenia animacji oraz „ArtRage Starter Edition" – to program umożliwiający malowanie obrazów.

Jak w każdej szkole działa biblioteka, która organizuje cykliczne imprezy, typu: Międzynarodowy Dzień Biblioteki Szkolnej, Światowy Dzień pluszowego Misia, Pasowanie na Czytelnika oraz Dni książki. Za cel priorytetowy uznaje się „czytanie to przyjemność". Pracownicy czytelni czynią starania, by „zarazić" uczniów chęcią do czytania i zgłębiania wiedzy.

---

[169] Dane na podstawie wywiadu, własnych spostrzeżeń oraz informacji ze strony: www.sp3.bytom.pl

Podobnie do Szkoły Podstawowej nr 3, działania świetlicy szkolnej skupiają się wokół: zapełnienia czasu wolnego uczniom w sposób użyteczny (zabawy edukacyjne i integracyjne), udzielenia pomocy w odrabianiu prac domowych, przygotowaniu obiadów dla podopiecznych.

Praca pedagoga szkolnego w tej placówce jest nieoceniona. Udziela pomocy nie tylko dzieciom mającym problemy, ale także ich rodzinom. Z obserwacji badacza wynika, że jest bardzo dobrze przygotowany do pracy, o czym świadczy: bogactwo literatury pedagogiczno-psychologicznej, dobra organizacja przestrzenna pokoju, w który odbywają się konsultacje oraz ścisła współpraca z psychologiem i poradnią pedagogiczno-psychologiczną.

Ponadto uczniowie tejże szkoły mogą pochwalić się licznymi nagrodami, wyróżnieniami uzyskanymi na gruncie konkursów międzyszkolnych.

Grono pedagogiczne angażuje podopiecznych w działania na terenie miasta i okolic: współpraca ze stowarzyszeniem KANA z Gliwic, Miejskim Ośrodkiem Sportu i Rekreacji a także od paru lat z Filmową Akademią Nastolatków.

Z dokonanych obserwacji wynika, że wiele czyni się na rzecz ubogich, potrzebujących pomocy dzieci, pochodzących z rodzin patologicznych. Starania dyrekcji zmierzają ku poprawie stanu materialnego rodzin (wyprawka dla uczniów, dodatkowe dożywianie). W niniejszej placówce uwzględnia się potrzeby indywidualne dzieci, o czym świadczy organizacja nauczania indywidualnego dla uczniów wymagających szczególnej opieki i troski. Są to dzieci, którym przypisany jest indywidualny plan nauczania z poszczególnymi nauczycielami. Program nauczania – w myśl kształcenia podmiotowego – jest dostosowany do możliwości psychofizycznych danego ucznia. Dodatkowo uczeń o indywidualnym toku nauczania nie jest izolowany, wręcz przeciwnie, angażuje się go we wszystkie imprezy – uroczystości organizowane na terenie szkoły.

Szkoła Podstawowa nr 4, w ocenie badacza, w stosunku do Szkoły Podstawowej nr 3 wpadła nieco słabiej pod kątem interesujących badacza kategorii obserwacji - (zob. aneks 12).

Następna szkoła poddana analizie badawczej to Szkoła Podstawowa nr 5 im. Poli Maciejewskiej. Szkołę początkowo także podzielono na żeńską (szkoła nr 5) i męską (szkoła nr 12). Po latach utworzono dwie szkoły koedukacyjne, aż w końcu w roku 1974 połączono je w jedną placówkę, której patronką jest Pola Maciejewska, jako symbol waleczności i oddania. W lipcu 2008 szkoła obchodziła jubileusz setnych urodzin funkcjo-

nowania na rzecz wszystkich uczestników procesu edukacyjnego – dzieci, rodziców i nauczycieli.

Od 1999 roku osobą stojącą na czele placówki jest Pani Marta Binias. Dyrektorka wraz z całym gronem pedagogicznym dba o rozwój intelektualny, emocjonalny, wychowawczy swoich podopiecznych. Dzięki jej inicjatywie, zadbano o bezpieczeństwo w szkole, tj. założono system monitoringu szkoły. Należy podkreślić, że jest to jedna z nielicznych placówek, mających zabezpieczenia tego typu.

Dodatkowym atutem placówki jest fakt, że na terenie budynku znajduje się przedszkole. Dzieci kończące edukacje w grupie sześciolatków bez żadnych problemów klimatyzują się w grupach pierwszoklasistów. Znają, bowiem teren placówki - budynek, rozmieszczenie sal, specyficzny klimat – co niewątpliwie korzystnie wpływa na uspołecznienie nowych pierwszoklasistów.

Uczniowie angażowani są w różnorakie inicjatywy szkoły, na przykład powstanie w 2004 roku Alpinarium. Jest to ogród szkolny, który oprócz tego, że zdobi okolice placówki, to także uwrażliwia uczniów. Uczy poniekąd etyki, uczeń staje się świadomy, iż „życie roślin" zależne jest od człowieka. W „ogrodzie" posadzono łącznie 25 rodzajów roślin, w tym także gatunki chronione. Prace w ogrodzie wiążą się z dyscypliną, obowiązkowością, poczuciem odpowiedzialności za powierzone prace.

Szkolne Towarzystwo Miłośników Bytomia, to kolejna propozycja skierowana do uczniów. W ramach towarzystwa odbywają się: wycieczki – rajdy (zwiedzanie miejsc zabytkowych w obrębie miasta, poznanie historii Bytomia), spotkania kółka historycznego (poznanie interesujących postaci Bytomia). Uczestnicy koła zdobywają w ciągu roku punkty, które są honorowane przez Polskie Towarzystwo Turystyczno-Krajoznawczego (PTTK). Ilość aktualnie przyznanych punktów warunkuje zdobycie oznaki „Ziemia Bytomska" w stopniu brązowym.

Kolejną propozycją angażowania uczniów w inicjatywy szkolne jest założenie w bibliotece Klubu Europejskiego. Klub ten oferuje uczestnikom: nawiązanie współpracy z innymi organizacjami, które rozpowszechniają wiedzę nt. Unii Europejskiej, Polski a Europy, poczucia że jestem Europejczykiem. Zapoznaje uczniów z kulturą i dziedzictwem innych państw w sposób bardzo szczegółowy z wykorzystaniem rozmaitych środków dydaktycznych. Organizuje różne warsztaty, konferencje, spotkania z ciekawymi ludźmi. Wszystko po to, by jak najbardziej pokazać odmienność, specyficzność innych państw jednego kontynentu – Europy.

Oprócz tradycyjnych kół zainteresowań (matematyczne, informatyczne, plastyczne, ortograficzne) pojawiły się dwa o znamiennej nazwie: Klub Twórczych Poszukiwań (sfera humanistyczna) oraz Redakcja szkolnej gazetki „Kumpel z budy". Gazetki jest redagowana we współudziale uczniów. Zawiera aktualne sprawy nurtujące uczniów i nauczycieli szkoły podstawowej.

Placówka składa się z licznych oddziałów klasowych. Niestety przeciętna liczba osób w klasie to ponad 25 osób. Jeśli chodzi o wyposażenie klas, w ocenie badacza, jest wystarczająca.

Ze względu na fakt prowadzenia praktyk w niniejszej placówce oraz stały kontakt z niektórymi nauczycielami, mogę twierdzić, że hasło przyświecające placówce „wychowanie polega na pozwoleniu człowiekowi stać się człowiekiem, na pokazaniu mu jak „być", a nie tylko „mieć"[170] jest adekwatne do tego, co prezentuje szkoła i jej pracownicy. Na pierwszym miejscu jest uczeń – dziecko jako dobro najwyższe, a potem inne czynniki natury często materialnej, owe „mieć". Więcej informacji na temat placówki przy analizie wywiadu z dyrektorem.

Czwartym terenem badań jest **szkoła nr 36 im. Henryka Siemiradzkiego, tzw. Szkoła Podstawowa z oddziałami sportowymi**, a dokładniej Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 7 w Bytomiu. Mieszczą się tam dwie placówki – Szkoła Podstawowa nr 36 oraz Gimnazjum nr 3. Są to szkoły sportowe o specjalizacji – hokej na lodzie. Wspomnę jeszcze, że w czasie wojny, w budynku mieścił się szpital dla żołnierzy. Co jednak nie przeszkodziło, żeby po wojnie na nowo powołać w tym budynku dwie Szkoły Podstawowe: Towarzystwa Przyjaciół Dzieci nr 36 im. Karola Świerczewskiego oraz nr 37 im. Hanki Sawickiej. Znamienne w tamtych czasach były szkoły żeńskie i męskie.

Czyli od roku 1921 mieściły się w jednym budynku dwie szkoły. Tak jest do dziś, jest to cecha niezmienna dla tej placówki. Ponadto to, co zwróciło uwagę autorki tej pracy, to fakt dobrej gospodarki klasowej. Co mam na myśli?

W szkole tej, jak w żadnej innej, klasy nauczania zintegrowanego są ewidentnie oddzielone od pozostałej części placówki. Klasy mieszczą się na pierwszym piętrze, a estetycznie wyglądająca drabinka wskazuje na fakt oddzielenie grup „maluszków" od pozostałych uczniów. Czy takie rozwiązanie można nazwać innowacyjnym?

Zdaniem autorki tak, ponieważ zapewnia to bezpieczeństwo młodszym uczniom, zważywszy na fakt, że w budynku mieści się też gimnazjum.

---

[170] www.sp5-bytom.oswiata.org.pl

Ponadto klasy są przestronne, zadbane, kolorowe, tworzą specyficzny klimat. Uczniowie klas 1-3 czują się bezpiecznie i pewnie wśród szkolnego otoczenia. Uczniom z klas nauczania zintegrowanego oferuje się szereg zajęć dodatkowych, typu: koło teatralne „Promyki radości", Radzę sobie lepiej, spotkania z literaturą dziecięcą oraz koło matematyczne i koło informatyczne. Duży nacisk kładzie się na rozwijanie umiejętności dziecięcych, poszerzanie wiedzy z różnych dziedzin.

Zjawisko globalizacji jest widoczne w każdej sferze naszego życia. Jesteśmy otaczani szeregiem informacji, informacji w różnych językach. Wymaga się od współczesnego człowieka znajomości przynajmniej jednego języka obcego oraz biegłej obsługi komputera. Idąc tym tokiem myślenia, dyrekcja szkoły podjęła wysiłek wdrożenia obowiązkowego nauczania w klasach 1-3 jednego języka obcego (angielski lub niemiecki) oraz informatyki w podstawowym zakresie informacji i wiedzy informatycznej. W tym celu są przygotowane odpowiednio sale informatyczne wyposażone nie tyle w dostęp do Internetu, ale także w szereg programów edukacyjnych.

Szkoła ma dobrze wyposażone zaplecze wychowania fizycznego - dostęp do dwóch sal gimnastycznych ze profesjonalnym sprzętem, co pozwala dbać o prawidłowy rozwój nie tylko intelektualny uczniów, ale także fizyczny. Dzieci klas 1-3 korzystają z pływalni oraz, dla bardziej zamiłowanych fanów hokeja, organizowane są zajęcia z jazdy na lodzie. Mali miłośnicy hokeja już od najmłodszych lat mogą uczyć się prawidłowej techniki jazdy na lodzie.

Być może wdrażanie dzieci do aktywnego spędzania czasu zakorzeni w nich przekonanie, że „sport to zdrowie". Widzimy, że w szkole prężnie realizuje się cel pro zdrowotny.

Szkoła w porównaniu do placówki nr 3 czy 4 jest dobrze usytuowana. Jej lokalizacja przypada nie na ścisłe centrum Bytomia, co korzystnie wpływa na bezpieczeństwo wychowanków.

Dyrekcja szkoły zapewnia opiekę dla uczniów najbardziej potrzebujących - dożywianie, pomoc materialna. Niestety Bytom jest jednym z miast, którym odznacza się wysokim poziomem bezrobotności. Jest to wynik restrukturyzacji wielu kopalń. Dlatego też oferuje się pomoc tym uczniom, którzy jej potrzebują.

Szkoła współpracuje z rodzicami, poradnią pedagogiczno-psychologiczną. W opinii rodziców - rozmowy z wybranymi rodzicami – wynika, że szkoła jest otwarta na wszelkie pytania, propozycje ze strony zainteresowanych rodziców. W tym celu wszelkie koordynacje porozumiewawcze w sprawach wychowawczych uczniów nadzoruje pedagog szkolny.

Ponadto dla stałego kontaktu z rodzicami, podobnie jak w innych szkołach, odbywają się co miesięczne spotkania - niegdyś wywiadówki – celem monitorowania nie tylko osiągnięć szkolnych, ale także zachowania uczniów.

Więcej informacji na temat tej placówki na pewno wyłoni się podczas analizowanego materiału badawczego. Przejdę teraz do scharakteryzowania ostatniej z badanych placówek oświatowych, czyli Szkoły Podstawowej nr 46 w Bytomiu im. Leona Kruczkowskiego. Szkoła ta była jedną z liczniejszych placówek okresu lat sześćdziesiątych. Oficjalna inauguracja szkoły miała miejsce w 1966/67 roku. Wówczas miała 18 sal lekcyjnych, 5 gabinetów i salę gimnastyczną. Zatrudniała 27 nauczycieli dla 950 uczniów. Na chwilę obecną znajduje się tam 21 oddziałów, w tym 533 uczniów. Jest placówką, która prowadzi popołudniowy system kształcenia – nauczanie zintegrowane. Było to dla badacza dość zaskakującą informacją, zważywszy na fakt, iż uważałam, że takich placówek już nie ma.

Warto nadmienić, że wśród wielu osób, które zasługują na uznanie „w świecie" sportu i nauki jest absolwent tej szkoły Janusz Mrzygłód, doktor chemii na Uniwersytecie Śląskim, znany m.in. jako uczestnik licznych teleturniejów telewizyjnych, autor podręcznika do nauczania chemii.

Szkoła, podobnie do poprzednich placówek, stara się udzielać pomoc najbardziej potrzebującym uczniom. Oprócz dożywienia dostarcza pomocy materialnej - podręczniki, ubrania. Posiada sponsorów zagranicznych – Anglia, Francja. Dodatkowo istnieje współpraca polsko-niemiecka na płaszczyźnie wymiany listownej między uczniami. W niedalekiej przyszłości dąży się do wymiany uczniowskiej, polsko-niemieckiej.

Uczniowie szkoły uczestniczą w różnych akcjach, także charytatywnych, co uwrażliwia młodych podopiecznych na potrzeby drugiego człowieka. Ze względu na potrzeby uczniów organizowane są zajęcia wyrównawcze, a także koła zainteresowań. Przykładem jest Klub Europek. Podobnie, jak w innych badanych szkołach, placówka kładzie nacisk na szerzenie wiedzy z zakresu Unii Europejskiej. Uczestnicy biorą udział w wielu przedsięwzięciach innych kół zajmujących się tą tematyką, między innymi brano udział w PARADZE SCHUMANA - Warszawa 2008.

Szkoła jest placówką, w której utworzono, jak w Szkole Podstawowej nr 5, ogród botaniczny. W przekonaniu autorki działania zmierzające ku tworzeniu takich ogrodów przyszkolnych są celowe, gdyż na terenie przy szkolnym brakuje miejsc ładnych dla „oka ucznia". Niestety Bytom, jako miasto ze 750 letnim stażem jest regionem zaniedbanym, gdzie kamienice - urokliwe ze swej natury, piękna architektura - niszczeją z roku na rok.

Ponieważ wybrane placówki badań nie są szkołami z osiedli, lecz z ścisłego centrum, gdzie brak miejsc zielonych, tworzy się właśnie takie mini ogrody botaniczne.

W opinii dyrekcji, jest to szkoła przyjazna dziecku, takie hasło głoszone jest w ramach programu „Przyjazna Szkoła”.[171] Z dokonanej obserwacji mogę wnioskować, iż główny cel założony przez program jest realizowany, tj. niesienie pomocy dziecku, dążenie do realizacji współpracy i współdziałania na linii rodzic – dziecko – szkoła.

Szkoła stara się zaspokoić potrzeby uczniów, zapełnić im czas wolny od nauki, na przykład świetlica szkolna, w której uczniowie mogą nie tylko bawić się, ale także odrabiać zadania domowe z pomocą wychowawcy.

Od 1991 roku organizowane są ferie zimowe i letnie, które z roku na rok cieszą się dużym zainteresowaniem nie tylko uczniów, ale także innych szkół podstawowych.

W opinii badacza, szkoła wypadła zadowalająco, jeśli chodzi o strukturę, funkcjonowanie i wyposażenie placówki.

Uzupełniając temat charakterystyki badanych placówek, pragnę podkreślić, że w szkołach nr: 4, 5 oraz 36 pracują nauczyciele i wychowawcy świetlicy, z którymi niegdyś autorka współpracowała. Rozmowy przeprowadzone z nimi pozwalają na sformułowanie rzetelnych wniosków, dotyczących faktycznego funkcjonowania i działania szkół. Na tej podstawie, przeprowadzona analiza badanych placówek, jest w przekonaniu autorki, rzetelnym zobrazowaniem stanu współczesnych szkół podstawowych.

Jestem przekonana, że pełniejszy wizerunek szkół zostanie przedstawiony po analizie wywiadów przeprowadzonych z pedagogami szkolnymi badanych szkół.

[171] http://sp46_bytom.republika.pl

3. ANALIZA ZEBRANEGO MATERIAŁU BADAWCZEGO

Wprowadzenie

Niniejsza część pracy została poświęcona analizie odpowiedzi na pytania badawcze według badanych grup respondentów: rodziców, dyrektorzy szkół podstawowych, nauczycieli nauczania początkowego, studentów studiów magisterskich uzupełniających. Następnie dokonałam porównania poziomu wiedzy między poszczególnymi grupami respondentów, na podstawie pytań powtarzających się w ankietach. Porównałam poziom wiedzy między rodzicami – nauczycielami – studentami, mając jednak na uwadze zróżnicowanie między tymi badanymi grupami w sferze doświadczenia, wieku czy wykonywanych zawodach badanych. Jednak poczyniono takie działanie, aby zbadać, czy występują jakieś znaczące różnice pomiędzy nimi. Wyniki porównania zawarte są w podrozdziale piątym.

Z kolei rozdział szósty poświęcony został interpretacji postrzegania przez pedagogów szkolnych problematyki ADHD w świetle realnych warunków szkolnych. W końcowych konkluzjach poddałam analizie wywiad przeprowadzony z dyrektorem poradni pedagogiczno-psychologicznej w Bytomiu. W dalszej części pracy poradnie pedagogiczno-psychologiczną będę określała skrótem PPP.

Ostatni rozdział to wnioski, jakie wynikają z prowadzonych badań oraz analizowania materiału badawczego. Na ich podstawie zostały przedstawione dezyderaty w odniesieniu do rodziców, nauczycieli oraz przyszłych nauczycieli, myślę tu o studentach, jak również do dyrektorów szkół podstawowych. Wnioski pozwolą na zobrazowanie ogólnego stanu faktycznego, czyli odpowiedzi na nurtujący główny problem badawczy, a brzmi on następująco: *Jaki jest poziom świadomości*[172] *środowiska rodzinnego i szkolnego wobec zespołu ADHD u dzieci w młodszym wieku szkolnym?*

Podział pracy na tak przyjęte rozdziały, zdaniem autorki, pozwoli wyłonić logiczno-analityczne wnioski z uzyskanych wyników badań. W ramach analizy jakościowo-ilościowej zastosowałam zapis *kursywą łamaną* dla przykładowych wypowiedzi badanych osób. Wypowiedzi te zostały zapisane w oryginale.

Na podstawie ostatecznych konkluzji zostały zaproponowane rozwiązania w szerzeniu wiedzy na temat nadpobudliwości psychoruchowej dziecka, a ważnym materiałem dydaktycznym, może być autorski program na CD pt. „ADHD w pigułce".

3.1. Poziom wiedzy rodziców o ADHD

Rodzicom badanych dzieci postawiono pięć zasadniczych szczegółowych pytań badawczych, odnoszących się do stopnia znajomości wiedzy. O nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi odnoszących się do: czynników, jakie warunkują stan znajomości problematyki; źródeł pochodzenia wiedzy, tj. skąd zaczerpnięto informacje; opinii czy zagadnienie ADHD było poruszane przez nauczycieli nauczania początkowego w klasach, do których uczęszczają ich dzieci oraz współpracy na płaszczyźnie rodzic – nauczyciel, gdy jest uczeń z ADHD i czy taka współpraca w ogóle jest konieczna. Zapytano także o opinię, jak temat ADHD - w opinii rodziców - jest postrzegany wśród społeczności lokalnej oraz jak ogólnie postrzegają problem nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi.

Badaniami objęto łącznie 320 rodziców. Zebranych ankiet (zob. aneks 6; 22 pytań z metryką badanego) było znacznie więcej, lecz ze względu na ich zawartość – pojawiły się ankiety nie w pełni uzupełnione, nieczytelne – autorka zmuszona była odrzucić materiał o niskiej wartości empirycznej. Ponadto posłużę się w analizie przykłada-

[172] Schemat świadomości (zob. aneks 1).

mi wypowiedzi badanych dla pełniejszego zobrazowania postrzegania problematyki AD-HD.

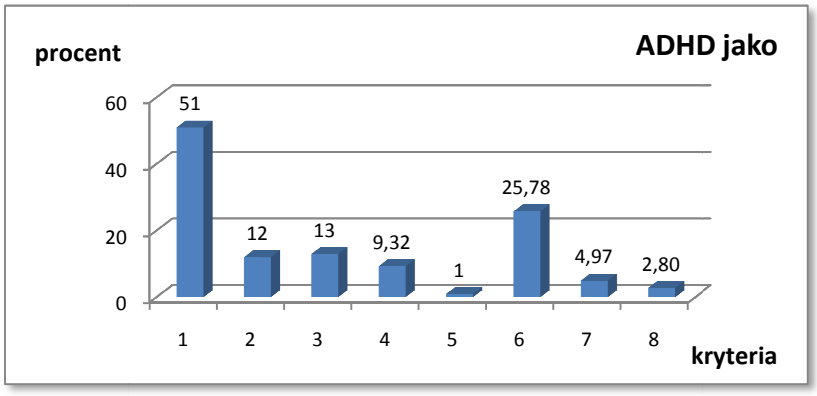
Rozpatrzymy zatem pierwsze pytanie badawcze:

Jaki jest stan wiedzy rodziców na temat ADHD?

By udzielić odpowiedzi na to pytanie, postawiłam w ankiecie szereg innych pytań stanowiących teoretyczne odniesienia do problematyki ADHD.

Pierwsze pytanie dotyczyło rozumienia przez rodziców skrótu ADHD. Poniższy wykres przedstawia odpowiedzi badanych.

Wykres 1



Źródło: Obliczenia własne.
Legenda: (1) Inne; (2) Zespół nadpobudliwości psychoruchowej; (3) Nadpobudliwość psychoruchowa; (4) Nadpobudliwość ruchowa; (5) Zespół nadruchliwości; (6) Nadruchliwość; (7) Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi – pełna nazwa ADHD; (8) Nie znam.

Respondenci w ankietach wymieniali różne określenia, stąd taka rozbieżność w liczbie obserwacji danych statystycznych. Jak widać ponad połowa badanych swą odpowiedź przedstawiła pod hasłem *inne*. A mianowicie badani postrzegają *ADHD jako chorobę, zaburzenie, niejednokrotnie jako schorzenie*, *nieświadome złe zachowanie, niechęć do uczenia się, choroba mózgu, która utrudnia kontrolowanie własnych zachowań, nerwowość, hiperaktywność, brak kontroli własnych zachowań, pobudliwość dziecka.* Pojawiło

się określenie, *że jest to skrót z języka angielskiego i ma związek z równowagą; zaburzenia emocjonalne, syndrom niegrzecznego dziecka, nadpobudliwość psychiczna i fizyczna, wynikająca z uszkodzenia mózgu; jest to określenie złego, niegrzecznego dziecka.* Jest to dość ciekawe ujęcie, dlatego powtarzające się określenia ujęto w pod kategorię *inne.* Z wykresu widać, że zbliżona liczba osób, blisko 12% i 13%, uważa ADHD jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej lub po prostu jako nadpobudliwość psychoruchową. Nieco mniej, bo zalewie 9,32% określa ADHD mianem nadpobudliwości ruchowej. Inne określenie, to zespół nadruchliwości. Z kolei nadruchliwość jest wymieniana przez 83 osoby, co stanowi 25,78% ogółu. Jedynie 4,97% osób zna pełną nazwę ADHD, jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi.

Miłym zaskoczeniem dla badacza było, iż znikomy procent osób (2,80%) nie potrafiło wyjaśnić rozumienia pojęcia ADHD, zaznaczając przy tym pod kategorię *nie znam*. Mimo, iż osoby nie znały wyjaśnienia terminologii ADHD, ich ankiety zostały ujęte do badań, ponieważ zawierały godny uwagi materiał badawczy.

Jeśli chodzi o nazewnictwo, badani wykazali się wiedzą. I najczęściej określają ADHD jako nadpobudliwość ruchową - psychoruchową, a jak wiemy jest to jeden z symptomów ADHD. Aż 39,44% wymieniło go w kolejnym pytaniu. Inne symptomy wymienione przez badanych to: brak koncentracji uwagi (33%), impulsywność (13,48%). Znikomy procent badanych udzieliło odpowiedzi *nie wiem* (8,05%) oraz *brak odpowiedzi* (6,04%).

Przy tym pytaniu pojawiła się niejednokrotnie charakterystyka danego symptomu, opis: *dziecko ciągle rusza się, biega, ciągle wykonuje jakieś ruchy* – nadruchliwość, *myśli o różnych rzeczach, jest nieskupione, nie zawsze wie, co się wokół niego dzieje, brak dłuższego skoncentrowania się na jednej rzeczy* – brak koncentracji uwagi, *jest impulsywne*. Z przytoczonych opisów wnioskować można, że badani rozumieją, jakie są symptomy ADHD, lecz nie potrafią ich doprecyzować – nazwać, stąd pojawiał się opis danego symptomu.

A oto inne wypowiedzi badanych:

- *ADHD występuje w sferze ruchowej (wzmożone ruchy, bieganie), ma bardzo silne reakcje emocjonalne, impulsywność, pobieżność, trudności w skupieniu się, brak umiejętności planowania.*
- *Nadpobudliwy, krzykliwy, nerwowy.*
- *Nieumiejętność dostosowania się do otoczenia, agresja, nadmierna ciekawość, stałe częste nieuzasadnione zmiany nastroju; ciekawość świata.*

- *Dziecko raczej biega niż chodzi, jest bardzo gadatliwe, na krótko koncentruje się, bywa agresywne i często denerwuje się.*
- *Niemożliwość skupienia się nad wykonywanymi zadaniami.*
- *Trudności utrzymania uwagi, nadmierna ruchliwość.*
- *Nie ma pojęcia dana osoba, że coś dzieje się w danym momencie, trwa to krótko.*
- *Niemożliwość usiedzenia bez ruchu, częste przewracanie się i urazy.*
- *Nerwowość, całkowity brak koncentracji.*
- *Nadpobudliwość, nie może skupić się na jednej rzeczy przez dłuższą chwilę, ma sto pomysłów na godzinę.*

Czwarte pytanie wiązało się z wyrażeniem opinii o dziecku z ADHD. Rodzic był zobligowany do dokończenia myśli: *Dziecko z ADHD to takie, które…*

Niestety wśród wypowiedzi badanych pojawiło się określenie potwierdzające fakt wystąpienia u dziecka symptomów ADHD (37,78%). Na plan dalszy wyróżniono opisy związane z otoczeniem (28,13%). Chodzi o wyrażaną przez dziecko niechęć do otoczenia, agresje, brak
dyscypliny, stwierdzenia typu: *pokazuje swoją złość, nie potrafi komunikować się z innymi.* Podkreślano znamienną cechę dziecka z ADHD, a mianowicie trudności w szkole, kłopoty z nauką, a co z tym związane brak umiejętności organizacyjnej pracy (13,14% badanych), na przykład: *nie kończy rozpoczętej pracy*.

Co ciekawe, aż 10,27% badanych zauważyło i dobre strony u dziecka z ADHD. Podkreślono, że dzieci te są zdolne, mające wiele do pokazania, lecz nie zawsze ku temu sprzyjają im warunki. Wspomniano, że dziecko z ADHD to takie, które potrzebuję pomocy specjalisty (2,26%), o czym nie zawsze pamiętamy.

Podobnie do pozostałych pytań, mało osób wykazało się niewiedzą: *nie wiem* (4,93%), *brak odpowiedzi* (3,49%) lub inaczej nieumiejętnością wyrażenia własnej opinii.

Przykładowe odpowiedzi badanych:

- *Nie potrafi skupić uwagi, nie kończy rozpoczętej pracy, posiada nadmierną aktywność, mówi się o nim „dziecko trudne, nie umie usiedzieć, często agresywne”.*
- *Nie potrafi skupić się na jednej czynności, nie reaguje na polecenia, nie potrafi pozostać w jednym miejscu przez kilka minut, głośno zachowuje się i łatwo wdaje się w bójki.*
- *Nerwowo reaguje na uwagi, o ile reaguje.*
- *Jest nadpobudliwe, żyjące w swoim świecie, zajmuje się w danej chwili tym czym ono chcę, nie reaguje na polecenia innych osób.*

- *Potrzebuję dużo miłości ze strony rodziny i otoczenia.*
- *Potrzebuję więcej uwagi ze strony rodziców, ciepła i wiele cierpliwości. Odpowiednie wychowanie.*
- *Ma trudności ze skoncentrowaniem się na zadaniu i nauce. Brak podzielnej uwagi. Dziecko w wieku szkolnym przysparza bardzo dużo kłopotów: jedzenie na lekcji, chodzenie po klasie. Miewają nieuzasadnione ataki złości i agresji.*
- *Działa pod wpływem impulsu, którego nie jest w stanie kontrolować. Dziecko takie wie, co powinno zrobić w danej sytuacji, ale zazwyczaj tego nie robi, nie zastanawia się nad konsekwencjami swego zachowania. Przykładem może być wtrącanie się do rozmowy, czy też przypadkowe, nieumyślne niszczenie rzeczy.*
- *Nie zwraca uwagi lub nie reaguje na uwagi, które mu nakazuje się, ma problemy z kontaktami z rówieśnikami; żyje jakby w swoim świecie.*
- *Jest „wszędzie", jest nadmiernie pobudzone, czasem agresywne, nie ma kolegów, ponieważ jest „trudne", nie potrafi dostosować się do otoczenia, ma problemy w szkole. Może pojawić się problem, np.: dysleksji.*
- *Wymaga częstych pochwał, ulega często urazom i wypadkom, ma kłopoty z przestrzeganiem zasad, stara się przewodzić grupie, nie kończy czynności, łatwo się zniechęca, dokucza innym dzieciom, jest gadatliwe.*
- *Zwraca na siebie uwagę, przejawia się przede wszystkim niepohamowaną agresją. Trudno jest takie dziecko angażować w życie rodzinne i otoczenia. Zazwyczaj sprawia rodzicom wiele trudu wychowania.*
- *Nie potrafi skupić uwagi dłużej niż kilka sekund.*
- *Podatne na wybuchy złości, reaguje krzykiem, a nawet biciem, silnym zdenerwowaniem, często nieproporcjonalnym do przyczyn złości, często takie dziecko ma małe potrzeby snu.*
- *Ma trudności syntetycznego myślenia, często zaburzenia mowy artykulacji, wzmożony ruch orientacyjny, podrywa się z miejsca, podskakuje, macha rękami, kiwa się na krześle, ma wzmożoną impulsywność działania i ekspresję uczuć.*
- *Podczas lekcji zwraca na siebie uwagę, zaczyna skakać, biegać, śpiewać, taka osoba jest w innym świecie (świat małego dziecka) jest to chwilowe, po czym wraca do zadania.*
- *Jest bardzo żywe, usiłuje na sobie skupić uwagę dorosłych. Ma problemy typu: dysgrafia, dysleksja.*
- *Ma często problemy z akceptacją w przedszkolu, czy w szkole.*

- *Nie usiedzi w jednym miejscu dłuższą chwilę, będzie przeszkadzał grupie swoim zachowaniem, będzie rozmawiać nawet wtedy, kiedy mu się zabroni, np. na lekcji nie pytany.*
- *Ma problemy z zaplanowaniem swojej pracy, nie potrafi czekać na nagrodę, wymaga aby jego praca została oceniona i pochwalona natychmiast.*
- *Nie panuje nad swoimi emocjami, co doprowadza często do napadów agresji oraz konfliktów z otoczeniem. Dzieci te bywają mimo swego zachowania bardzo zdolne.*

Kolejne interesujące badacza pytanie sprowadzało się do przyczyn warunkujących ADHD. Na ten temat jest wiele opinii, dlatego pozwolono uczestnikom ankiet wybrać kilka proponowanych odpowiedzi spośród sześciu kategorii. Znaczny odsetek badanych (28,14%) wśród ogółu uważa, że uwarunkowania genetyczne w dużej mierze przyczyniają się do odziedziczenia ADHD. Dużo w tym racji, zważywszy na fakt, iż diagnozowane ADHD u dziecka wywodzi się albo od rodziców, albo od drugiego pokolenia, o czym piszą Hallowell i Ratey, na podstawie własnych doświadczeń terapeutycznych. Gros osób podczas prowadzenia wywiadu dowiaduje się, że ich dziecko może mieć odziedziczoną nadpobudliwość, choć rzadko sobie to uświadamiają. Rodzice dopiero podczas wywiadów – rozmów z lekarzem dochodzą do takich wniosków.

Dość częstym zaznaczanym czynnikiem wpływającym na ADHD są uszkodzenia i dysfunkcje mózgu. Takiego zdania jest 24,85% ogółu badanych. I rzeczywiście tak jest, pierwotnych przyczyn należy upatrywać w zmianach, jakie zachodzą w mózgu.

Część badanych opowiadała się za tym, iż środowisko wychowawcze – rodzina, a dokładniej stosowane metody wychowawcze są przyczyną wystąpienia ADHD, co oczywiście nie do końca jest prawdą. Umieszczenie takiej podkategorii w pytaniu przez autorkę było celowe. Chciano zbadać, ile osób opowie się za tą, domniemaną przyczyną. Wyniki badań wskazują, że tak uważa 19,61% tj. 131 osób. Natomiast, źle dobrane metody wychowawcze jedynie mogą pogłębić istniejące już symptomy nadpobudliwości. Doprowadzić do tzw. *utraty dziecka*, o czym pisałam w podrozdziale 1.3.5.

Czy wpływ środowiska rodzinnego i szkolnego można potraktować jako przyczynę ADHD? Podobnie do powyższej kategorii, nie do końca można zgodzić się z tym stwierdzeniem. Jednak badani zaznaczali taką odpowiedź (14,22%). Dom, jak i szkoła są odpowiedzialne za wychowanie i kształcenie dzieci. Stosują różne sposoby oddziaływania na dziecko, rzadko jednak uzupełniając się w swoich poczynaniach. Brak jednomyślnych kroków działania w przypadku dziecka z ADHD, jest czynnikiem odpowiadającym za błędne prowadzenie terapii. Dlatego też, nie można uznawać wpływ rodziców i nauczycieli za

przyczynę ADHD, a tylko jako czynnik pogłębiający charakterystyczne zachowania dla dziecka (brak podporządkowania się, krnąbrność, opinia *„złego dziecka”*).

Jak wynika z badań, rodzice nie są w pełni przekonani, co do przyczyn warunkujących powstanie ADHD. Oddziaływania rodzinne i szkolne można zaliczyć do bodźców nasilających symptomy ADHD, ale nie warunkujących bezpośrednio ADHD u dziecka.

Innym czynnikiem wpływającym na powstanie ADHD u dziecka, zdaniem rodziców (4,71%) jest nieprawidłowa dieta. Co oczywiście potwierdza się w treści podrozdziału 1.3.4.3. Dieta, a raczej jej nieprawidłowe stosowanie, tj. duże ilości słodyczy, konserwantów wpływa na pobudzenie naszego organizmu. Jak potwierdzają badania, słodycze w pewnym stopniu uzależniają człowieka. Im więcej i częściej sięgamy po nie, tym więcej ich potrzebujemy. Jest to uwarunkowane zmianami, jakie zachodzą w naszym organizmie. Zaleca się stosowanie diety, na przykład wspomniany wcześniej plan 30-dniowy, łącznie z innymi rodzajami terapii dziecka z ADHD.

Jak wynika z udzielonych odpowiedzi (7,04%) niektórzy badani rodzice są zdania, że zła wola dziecka, przejawiająca się w złym zachowaniu, na przykład lenistwo, niezdyscyplinowanie, stanowi przyczynę ADHD. I znów pojawia się dylemat, czy można uznać to za prawdę?

Odpowiedź jest jednoznaczna na NIE, i tylko znikomy procent badanych udzieliło takiej odpowiedzi.

Spośród badanych tylko dziewięć osób (1,35% ogółu) nie udzieliło odpowiedzi.
W podsumowaniu można stwierdzić, że rodzice orientują się w przyczynach warunkujących ADHD u dziecka, o czym świadczą dane procentowe. Zauważmy, że najwyższy odsetek odpowiedzi oscyluje wokół przyczyn genetycznych, uszkodzeń i dysfunkcji mózgu. Zdaniem autorki są to dwie zasadnicze przyczyny, na które należy powołać się przy stawianiu diagnoz.

Następne pytanie, dość różnorodne w odpowiedziach badanych, wiąże się z określeniem czasu występowania i nasilenia objawów ADHD. Autorka przypuszczała, że pytanie to może sprawiać trudności badanym, o czym świadczą dane statystyczne:

- *nie wiem* (61,99%),
- *brak odpowiedzi* (9,03%),
- *inne odpowiedzi* (18,07%),
- *mniej niż pół roku* (1,56%),
- *pół roku* (6,23 %),
- *powyżej sześciu miesięcy* (3,12%).

Jak wiemy, by mówić o nadpobudliwości, objawy muszą nasilać się i tym samym być obserwowalne przez minimum pół roku. Rodzice mogli nie znać szczegółowego określenia czasu nasilenia się objawów. Co ciekawe pod kategorią *inne odpowiedzi*, badani wymieniali:

- *objawy widoczne są na przestrzeni 5-7 roku życia dziecka,*
- *nie można tego określić, trzeba obserwować dziecko,*
- *od najwcześniejszych lat życia,*
- *całe dzieciństwo, u osób dorosłych nie znikają, ale przejawiają się w inny sposób, zdarza się, że dzieci z tego nie wyrastają, to zależy od nasilenia,*
- *do 10 roku życia, jednak utrzymują się również u osób dorosłych (ADD[173]),*
- *przez dłuższy czas, może około pół roku albo do roku czasu,*
- *dłuższy czas, nawet najmniejszy niepokój w zachowaniu dziecka powinien być skonsultowany,*
- *kilka miesięcy,*
- *objawy muszą występować przed 7 rokiem życia.*

Czas nasilenia się objawów nie jest stricte znany badanym (61,99% - nie wiem), lecz na podstawie udzielonych odpowiedzi, można wnioskować, że mają świadomość, iż jest to okres długoterminowy, trwający klika lat *(opinia o wystąpieniu ADHD u dorosłych).*

Na pewno, by mówić o dobrze postawionej diagnozie, objawy nadpobudliwości, braku koncentracji uwagi oraz impulsywności u dziecka muszą być widoczne w dwóch środowiskach, a mianowicie w domu i szkole (10,43% badanych). Inne udzielone odpowiedzi to: *szkoła* (13,98%), *przedszkole* (5,21%), *dom* (14,93%), *grupa rówieśnicza* (12,09%), *każde środowisko* (11,85%), *nie wiem* (24,64%), *brak odpowiedzi* (6,87%). Widać znaczną rozbieżność w odpowiedziach. Niemniej jednak uznać można, że rodzice mają rozeznanie w określeniu miejsca, gdzie winny występować objawy ADHD.

Spośród wymienionych kategorii badani zaznaczyli:

- ADHD dotyczy tylko chłopców (2,16%),
- ADHD dotyczy w większej mierze chłopców niż dziewczęta (19,73%),
- ADHD występuje zarówno u chłopców i dziewcząt (26,73%),
- ADHD dotyczy głównie dzieci w wieku 6-10 lat (25,37%),
- ADHD pojawia się w chwili rozpoczęcia szkoły podstawowej (11,61%),

[173] ADD jako ADHD z zaburzeniami koncentracji uwagi bez nadruchliwości.

- ADHD daje o sobie znać w chwili pójścia dziecka do szkoły średniej (10,61%),
- nie ma ograniczeń wiekowych (25,54%),
- brak odpowiedzi (2,99%).

Blisko połowa badanych (154 osób) wyraża przekonanie, że nie ma ograniczeń wiekowych, co jest wiarygodne, ponieważ dorośli także mogą mieć ADHD, nie mając o tym żadnej świadomości. Ponadto ADHD dotyczy w znacznej mierze chłopców, niż dziewczęta. Zadawalający w analizie tych wyników jest fakt, że tylko nieliczni badani nie udzielili żadnej odpowiedzi.

Kolejne pytanie dotyczyło trudności – problemów, z jakimi boryka się uczeń z ADHD. Rodzice są świadomi, że pierwsze trudności wiążą się z nauką (30,95%). Kolejne problemy odnoszą się do zachowania, utrzymania dyscypliny (15,24%), co wiąże się łącznie z trudnościami w sferze kontaktów z otoczeniem (15,24%). Mała liczba osób wspomniała o specyficznym postrzeganiu dziecka, zazwyczaj jako *„dziecka złego krnąbrnego, niepoukładanego, takiego które robi coś źle specjalnie”*. Jest źle postrzegane przez otoczenie w opinii rodziców (7,62%). Niestety byli i respondenci, którzy nie chcieli udzielić odpowiedzi (6,24%) bądź też nie wiedzieli, z czym dziecko mające ADHD może mieć trudności (24,71%).

Interesujące wypowiedzi badanych:

- *brak cierpliwości w odrabianiu zadań, jak i w zabawie,*
- *brak koncentracji uwagi, co obniża wyniki nauczania i daje dyskomfort,*
- *trudności w procesie socjalizacji (brak kolegów, przyjaciół), niska samoocena, zaburzenia osobowości,*
- *niegrzeczny, agresywny, brak koncentracji uwagi,*
- *brak umiejętności zaplanowania swojej pracy* – wiąże się z nauką,
- *złośliwość, pobudliwość, agresywność,*
- *problemy z ortografią, czytaniem, gramatyką, dysleksja, nierozumienie poleceń,*
- *szybko denerwuje się, jak mu coś nie wychodzi,*
- *ma problemy z akceptacją, problemy z przyswojeniem materiału oraz wytrwaniem w ławce podczas lekcji, najczęściej jednak przylega do niego opinia niegrzecznego, sprawiającego kłopoty wychowawcze dziecka,*
- *te dzieci walczą same ze sobą oraz z otoczeniem w danej chwili,*

- *brak akceptacji przez otoczenie, często nieświadomych rodziców, bardzo częsta krytyka, co prowadzi do kompleksów,*
- *stałe konflikty z rówieśnikami, gorsze oceny w szkole. Czasem niska samoocena i chęć zwrócenia na siebie uwagi,*
- *brak chęci do nauki,*
- *kłopoty z przyswojeniem wiedzy oraz konflikty z nauczycielami i rówieśnikami,*
- *jest to problem z nauczycielami, którzy nie zawsze dobrze podchodzą do takich dzieci.*

Niektóre opinie wskazują, że dzieci mają niską samoocenę, czują się nieakceptowane, same niejako dążą do pogorszenia swojego statusu, jako dziecka i ucznia. Nieprzychylne opinie (agresywny, złośliwy, niegrzeczny) wpływają na to, że dziecko będzie miało trudności z pełną adaptacją dopóki otoczenie nie zmieni swojego nastawienia – na przykład opinia: *jest to problem z nauczycielami, którzy nie zawsze dobrze podchodzą do takich dzieci.* Wydawać się może, że rodzice są świadomi tego, że problemy o jakich wspomnieli nie wywodzą się od tak, ale mają swe źródło w osobach zajmujących się dzieckiem nadpobudliwym oraz warunkach, jakie im stwarzają.

Skoro pisano o trudnościach, to także zapytano rodziców o wiedzę z zakresu form pomocy dzieciom-uczniom z ADHD. Blisko połowa badanych (42,57%) nie była w stanie udzielić odpowiedzi, *nie znam*. Brak odpowiedzi, to zaledwie 12 osób (3,43%).

Z informacji jakie uzyskano, ugrupowano trzy kategorie pomocy:

- pierwsza, odniesienia specjalistyczne: odwołanie się do terapii farmakologicznej, poradni specjalistycznych (PPP), specjaliści (lekarze, psychiatrzy, psycholog, psycholog dziecięcy), wprowadzenie odpowiednich terapii, zastosowanie diety. Tak odpowiedziało 34,00% badanych,
- po drugie, odniesienia względem szkoły: wprowadzenie odpowiednich wytycznych w wychowaniu i kształceniu dziecka: *regularny tryb życia* – według jednej z ankiet, wprowadzenie nauczania indywidualnego – *jeśli zagraża dzieciom w grupie*, zajęcia wyrównawcze, ścisła współpraca z pedagogiem szkolnym i nauczycielami, współpraca z domem – 15,14% badanych,
- po trzecie – zwiększenie świadomości o zagadnieniu ADHD poprzez warsztaty edukacyjne, prelekcje dla rodziców – 4,86% badanych.

Rodzice są przekonani, że też dużo zależy od postawy wobec dziecka, jak piszą *„od naszej postawy”*. Podkreślają, że należy edukować rodziców, jak pracować z takim

dzieckiem. Do tego potrzebne byłyby metody psychoedukacyjne, *wyjaśnienie rodzinie i najbliższej rodzinie istoty objawów choroby.*

Odpowiedź na to pytanie wskazuje, że nie wszystkim rodzicom znane są formy pomocy dziecku nadpobudliwemu. Przypuszczać można, że nie każdy rodzic wiedziałby, co zrobić jeśli jego pociecha zachowuje się w sposób odmienny od współcześnie przyjętego – „domena dziecka dobrego".

Ostatnim pytaniem w ramach rozstrzygnięcia problemu wiedzy rodziców na temat ADHD było pytanie, czy rodzice znają placówki – stowarzyszenia wspierające rodziców i ich dzieci z zespołem ADHD?

Dla wyjaśnienia, w tym pytaniu nie napisano bezpośrednio dziecko z ADHD, lecz dziecko z zespołem ADHD. Otóż, nazewnictwo to można stosować zamiennie, mówiąc o zespole ADHD mamy na uwadze wszystkie symptomy wchodzące w skład ADHD - nadpobudliwości, zaburzenia koncentracji uwagi, impulsywność. Z kolei, mając na uwadze dziecko z ADHD, równie dobrze możemy mieć na myśli wszystkie objawy wchodzące w skład ADHD lub tylko wybrane z nich. Przypomnijmy raz jeszcze o typach ADHD:

- ADHD mieszane,
- ADHD z zaburzeniami koncentracji uwagi,
- ADHD z przewagą nadruchliwości.

Określenie dziecko z ADHD czy z zespołem ADHD nie jest nie poprawne merytorycznie.

Wracając jednak do postawionego pytania, jakie placówki czy stowarzyszenia wspierają rodziców i dzieci z ADHD, należy stwierdzić, że niestety ogromny odsetek rodziców (84,64%) nie zna żadnych placówek czy stowarzyszeń. Na ten temat nie mają żadnej wiedzy. Brak odpowiedzi odnotowano u jedenastu respondentów (3,45%). Wśród wymienionych stowarzyszeń, czy placówek pojawiły się poradnie: pedagogiczno-psychologiczne, a w nich grupy wsparcia dla rodziców działających przy poradni, *Katowicki Ośrodek Terapii Psychodynamicznej* (7,84%), stowarzyszenie (4,08%) – *Niezwykłe Dzieci z Katowic*.

Jedna z opinii: *jest takie stowarzyszenie w Warszawie, a przy nim grupy wsparcia dla rodziców, o ile mi wiadomo, można z nimi kontaktować się przez Internet.* Z wypowiedzi wynika, że respondent coś słyszał na temat Stowarzyszenia, niestety nie mógł tego bardziej doprecyzować.

Podsumowując, zestawienie dotychczasowych odpowiedzi na temat ogólnej wiedzy z zakresu ADHD (przypomnijmy raz jeszcze: terminologia skrótu ADHD, objawy, przy-

czyny warunkujące ADHD, czas nasilenia objawów, miejsce ich występowania, opinia dotycząca u kogo należy najczęściej upatrywać się zespołu ADHD, trudności i problemy z jakimi boryka się uczeń z ADHD, formy pomocy, stowarzyszenia – placówki wspierające rodziców i ich dzieci z ADHD), można stwierdzić, że stan wiedzy rodziców na temat ADHD jest zadawalający. Autorka spodziewała się uzyskania gorszych wyników w ramach rozstrzyganego problemu badawczego. Niski poziom wiedzy rodziców odnosi się do form pomocy i stowarzyszeń, czy placówek wspierających dzieci z ADHD. Także nie zbyt dobry poziom wiedzy rodziców dotyczy doprecyzowania czasu trwania - nasilania się objawów, lecz biorąc pod uwagę, że rodzic nie ma przygotowania pedagogicznego, uzyskane wyniki można uznać za wystarczające.

Drugie pytanie badawcze brzmi:

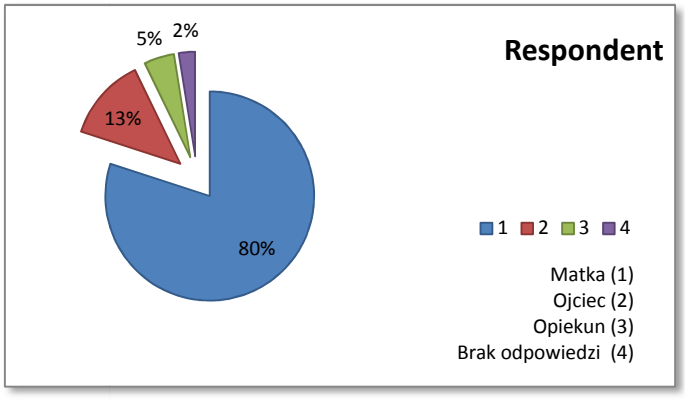
Jakie czynniki warunkują taki stan wiedzy?

By wyjaśnić poziom wiedzy rodziców na temat ADHD odwołam się do wskaźników, jakimi są dane respondentów.

Autorka jest zdania, że cechy demograficzne, społeczne[174] respondentów ankiety, takie jak wiek, wykształcenie, wykonywany zawód, struktura rodziny oraz liczba dzieci w rodzinie, są wyznacznikiem określonego poziomu wiedzy badanych. Wymienione wskaźniki warunkują ich doświadczenia życiowe. Wpływają na fakt postrzegania różnych problemów, zagadnień otaczającego nas życia, w tym tematyki ADHD.

Wykresy nr 2 i 3 ukazują charakterystykę badanej grupy respondentów.

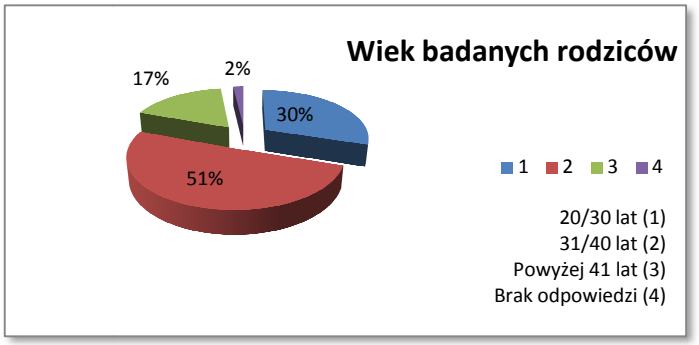
Wykres 2



Źródło: Obliczenia własne.

Wykres 3

[174] S. Juszczyk, *Badania ilościowe w naukach społecznych*. Katowice 2005, Wyd. Śląska Wyższa Szkoła Zarządzania im. Gen. Jerzego Ziętka, s. 92.



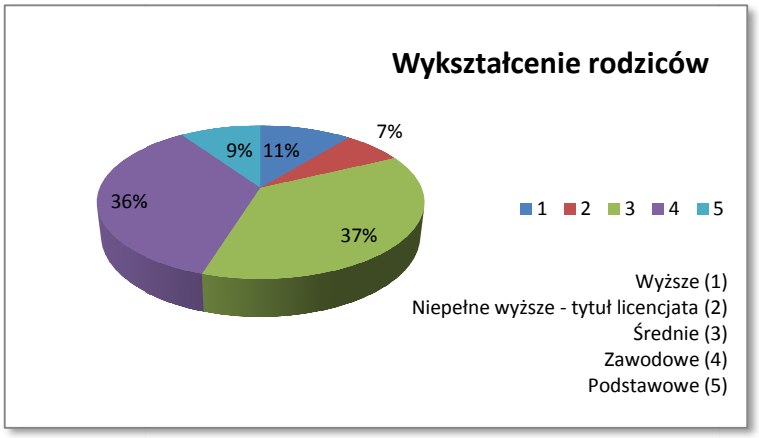
Źródło: Obliczenia własne.

Jak wynika, badani respondenci, to w przeważającej większości matki (80,00%), potem ojcowie (12,81%), opiekunowie - babcia (4,69%). Jedynie 2,50% badanych nie chciało doprecyzować, kim jest.

Ponad połowa badanych, to osoby w dojrzałym wieku (średnia wieku to od 31 do 40 lat), mającym już doświadczenie życiowe bycia rodzicem. Ich poglądy na temat wychowania i kształcenia dzieci są zapewne poddane już pewnej weryfikacji. Zatem, ich opinie na temat ADHD są wartościowym materiałem porównawczym, o czym bliżej w analizie pytania: *jak rodzice postrzegają problem ADHD?*

Zdaniem autorki wykształcenie rodziców także ma wpływ na stan posiadanej wiedzy. To kim są, co sobą prezentują, poniekąd odzwierciedla się w odpowiedziach ankietowanych i w prezentowanym poniżej wykresie.

Wykres 4



Źródło: Obliczenia własne.

Najwyższy odsetek rodziców ma wykształcenie średnie (36,25%) oraz zawodowe (35,00%). Wyższym wykształceniem legitymuje się jedynie 10,68% badanych a z wy-

kształceniem licencjackim, tzw. wyższe niepełne ma 6,88% osób. Niewielki odsetek rodziców ma wciąż wykształcenie podstawowe 9,38%. Sześciu respondentów nie podzieliło się tą informacją z ankieterem.

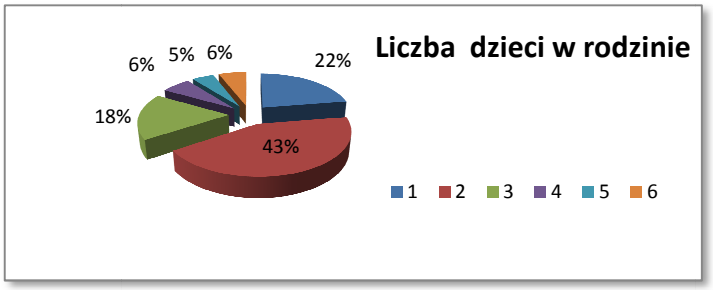
Jeśli chodzi o zawód wykonywany przez respondentów, w odpowiedziach pojawiła się różnorodność zawodów. Respondenci podali takie zawody jak: służba zdrowia 5,31% (lekarze, pielęgniarki, psycholodzy, fizjoterapeuta), edukacja 2,50% (nauczyciele), handel 11,80% (osoby mające własną działalność, sprzedawca), usługi 9,69% (krawcowa, doradztwo), ekonomia 3,44%, administracja 7,50%, wychowanie dziecka 4,38% (*Pani domu*) oraz grupa osób nie pracujących w chwili obecnej 19,38%. Brak odpowiedzi u znacznej ilości badanych - 35,94%. Jest to prawdopodobnie skutek, albo obawa przed przyznaniem się, jaki zawód rodzic wykonuje, albo po prostu przeoczenie respondenta. Prawie $^1/_3$ badanych nie udzieliła żadnej odpowiedzi (115 osób).

Istnieje przekonanie, że dobrze funkcjonująca rodzina, to rodzina pełna. Takich w badanej grupie było ponad połowę - 68,75%, a niepełnych rodzin - 28,44%. Dziewięć osób nie dookreśliła swojej struktury w rodzinie. Pełna rodzina to „zdrowa rodzina", choć różna jest interpretacja tego tematu. Psychologowie rodzin mają dwie interpretacje zagadnienia. Pierwsza odwołuje się do teorii, iż lepiej jest jeśli dziecko ma obojga rodziców, dwa wzorce: męski i żeński. Druga, odnosi się do przekonania, że jeśli w rodzinie nie istnieje porozumienie między rodzicami, jeśli brak miłości i poczucia bezpieczeństwa, to zapewne odbije się to na psychice dziecka. Życie w tzw. „trójcy" przy złych relacjach, jest niezdrowe dla wszystkich członków rodziny.

Przy powyższym założeniu, mamy ponad połowę badanych o strukturach rodzin pełnych, więc przyjmuje, że są to „zdrowe rodziny".

Niewątpliwie, duże znaczenie dla badacza ma ilość dzieci w rodzinie. Dlaczego? Otóż ten wyznacznik także warunkuje poglądy rodzica na temat wychowania. Mając co najmniej dwójkę dzieci, mogą oni określić różnice i podobieństwa między nimi. A przecież, wiemy, że każde dziecko jest inne i inaczej zachowuje się. Liczba dzieci w rodzinie jest punktem wyjściowym do rozumienia problemu wychowania dziecka. Ile dzieci, tyle odmiennych sposobów wychowawczych. Być może na tej płaszczyźnie badani zmuszeni byli do poszukiwań wiedzy z zakresu nadpobudliwości u dzieci. Stąd była prośba o podanie tych danych w ankiecie. Ich wyniki przedstawia poniższy wykres.

Wykres 5



Źródło: Obliczenia własne.
Wyjaśnienie: Liczba kategorii odpowiada liczbie dzieci w rodzinie.
Kategoria 6 to brak odpowiedzi.

Jak wynika z danych: jedynaków było 22,81%, dzieci z rodzeństwem, blisko połowa - (43,75%), tzw. trio - 17,81% i kwartet - 6,25% oraz piątka, jako spora gromadka dzieci *„wesoła rodzinka”* - 4,69%. Sześć osób nie udzieliło odpowiedzi w metryczce respondenta.

Autorka pracy jest przekonana, że dane z metryki mają znaczenie w orientacji w tematyce ADHD. Osoby odpowiadające, raczej matki, z reguły częściej zajmują się dziećmi i ich opieką. Są bardziej zorientowane w kwestiach edukacyjnych. Ich wiedza bazuje na podstawie własnych spostrzeżeń i sytuacji życiowych. Być może, spotkały się z problemem ADHD, być może ich dziecko ma ADHD, o czym wspomnę w dalszej analizie. Ten wskaźnik, jak również wiek, tj. dojrzałość badanych ma znaczenie w sposobie udzielania odpowiedzi w ankietach. Zdaniem autorki, metryczka jest nie tyle ważną sprawą z punktu widzenia poznania środowiska badanego, lecz także ma swoje odzwierciedlenie w poruszanych problemach – pytaniach badawczych.

Trzecie pytanie badawcze brzmi następująco:

Z jakich źródeł informacji mają wiedzę odnośnie zespołu ADHD?

W ankiecie pojawiły się trzy pytania szczegółowe nawiązujące do powyższego zagadnienia.

Pierwsze, nawiązywało do polecenia książki znajomemu z zakresu ADHD, gdyby o to poprosił?

Niestety przeważający odsetek badanych nie było w stanie udzielić odpowiedzi, zaznaczając przy tym odpowiedź nie znam (85,09%). Brak odpowiedzi odczytano u trzydziestu dwóch osób (9,94%). Tytuły publikacji, jakie pojawiły się w znikomym procencie to: publikacje Hallowell i Ratey’a *W świecie ADHD* (3,11% co stanowi dziesięć osób) oraz Wolańczyka, Kołakowskiego *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci* (1,87% co stanowi sześć osób).

Drugie pytanie, czy wcześniej interesowała się Pan/i tematyką ADHD?

Badani wyszczególnili następujące kategorie:

1/ tak, interesowałam/em się problematyką ADHD już wcześniej, bez szczegółowej interpretacji, wyłącznie uzasadnienie,

2/ znam kogoś, kto miał ADHD,

3/ ma lub podejrzewa ADHD u swojego dziecka,

4/ chęć poszerzenia własnej wiedzy,

5/mówi się o tym problemie, nieco się słyszy – to jest powód zainteresowania zagadnieniem ADHD,

6/zawód – zazwyczaj rodzice będący nauczycielami wymienili taki powód zainteresowania się tematyką ADHD. Inni respondenci to lekarze, psycholodzy,

7/nie, opinia nie uzasadniająca odpowiedzi,

8/ nie mam takiej potrzeby,

9/problem nie dotyczy mnie bezpośrednio,

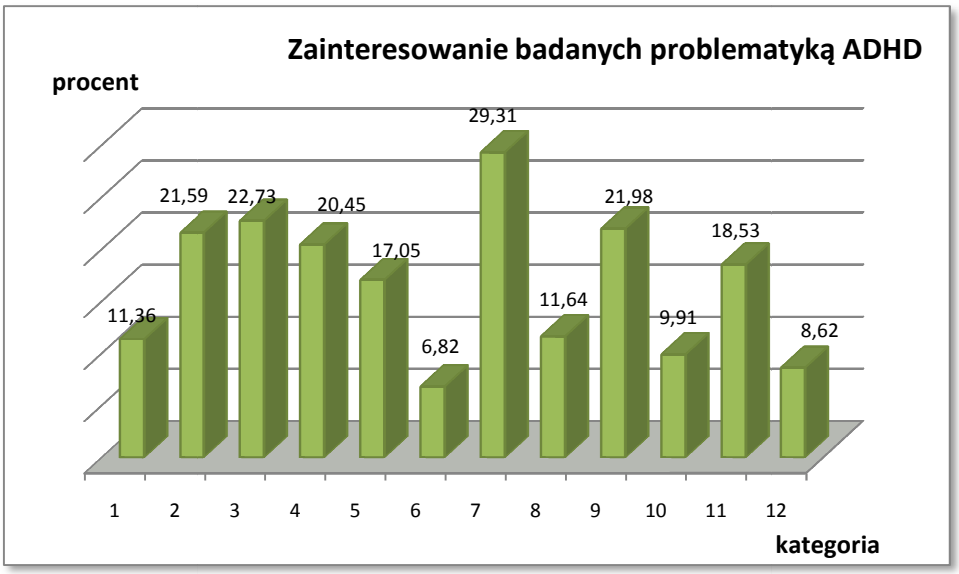
10/ mało się o tym mówi,

11/ brak kontaktu z osobami mającymi ADHD,

12/ brak odpowiedzi.

Poniższy wykres prezentuje ilość osób wypowiadających daną opinię.

Wykres 6



Źródło: Obliczenia własne.

Widzimy różnorodność w odpowiedziach. Mniej więcej są one w równych proporcjach, tzn. 22,73% podejrzewa u siebie lub u dziecka ADHD, przy czym w podobnym procencie 21,59% badani znają kogoś, kto ma ADHD. Stąd, chęć poszerzenia własnej wiedzy na ten temat. Osoby, które nie miały kontaktu z przypadkiem nadpobudliwości, to 18,53% badanych, przy czym 21,98% jest zdania, że problem ten ich bezpośrednio nie dotyczy więc, nie są w żaden sposób zainteresowani tą tematyką. Spośród osób wyrażających opnie nie interesowania się w ogóle tą tematyką (30 badanych; 29,31%) są i tacy, którzy czuli potrzebę bliższego zapoznania się z informacjami nadpobudliwości psychoruchowej. Wynika to albo z własnej osobistej chęci rozwoju, albo z potrzeb wykonywanego zawodu. Tak opowiedziało się 18 rodziców (20,45%) spośród grupy badawczej.

Trzecie pytanie, skąd pochodzi Pana/i wiedza na temat ADHD?
Pytanie półotwarte z możliwością uzupełnienia w kategorii *inne* (4,38%), a tam rodzice wymienili: *warsztaty, zajęcia na uczelni, kontakt ze szkołą, czasopisma np. „Edukacja Twojego Dziecka", znajoma ma taki problem, praca w szpitalu, od koleżanki – Matki, która ma takiego syna, obserwacje uczniów.* Znaczny odsetek badanych wiedzę czerpie z telewizji 126 osób (39,38%), co dla autorki jest zastanawiające?

Autorka nie zetknęła się z edukacyjnymi programami o tematyce ADHD w telewizji. Można przypuszczać, że badani mają na myśli uczestniczenie w szkoleniach, gdzie tematyka ADHD była omawiana w oparciu o pomoc dydaktyczną - film. Jest to jeden czynnik tłumaczący duży odsetek odpowiedzi w tej kwestii. Drugi, jaki nasuwa się związany jest z audycją telewizyjną *„Super Niania"* w programie TVN. W programie tym, Dorota Zawadzka, prezentowała sposoby wychowywania dzieci z ADHD. Podkreślała zmiany nawyków wychowawczych u rodziców dzieci „niegrzecznych, krnąbrnych".

Autorka sądzi, że na podstawie tego programu, rodzice tworzą pewną analogię do problematyki i tym samym w ten sposób określają źródła pochodzenia ich wiedzy o ADHD.

Osiemdziesiąt jeden osób (25,31%) korzystała z Internetu, gdzie jest ogrom informacji na temat nadpobudliwości. Przypomnijmy, że na wiele stron www poświęconych ADHD w niniejszej pracy powoływano się. Jestem przekonana, że i z nich korzystali respondenci.

Zdobywanie informacji przez Internet to norma. Niestety współcześnie człowiek zanim sięgnie do jakiejś publikacji, najpierw zobaczy, co na ten temat *„inni piszą"* w In-

ternecie. Potwierdzają to wyniki osób, które powoływały się na książkę, jako źródło ich wiedzy o ADHD. To jedynie 7,50% badanych. Jest to procent nieznacznie różniący się z uzyskanym wynikiem przy pytaniu odnoszącym się do sprawy polecenia znajomemu publikacji z zakresu ADHD, różnica wynosi 2%. Zatem, czy można uznać ten wynik za wiarygodny? Przyjmuję, że tak.

W podsumowaniu tej części pracy - odpowiedzi na pytanie, *z jakich źródeł informacji badani posiadają wiedzę na temat ADHD*? – należy sądzić, iż jest to wiedza bazująca jedynie na własnych spostrzeżeniach, obserwacjach życiowych. Przykładem jest odpowiedź: *informacje pochodzą od koleżanki, która ma syna ze zdiagnozowanym ADHD* oraz na poczuciu badanych, że być może ma się ADHD albo ktoś z rodziny je ma. Wiedza uwarunkowana jest przez chęć poszerzenia własnych horyzontów myślenia, choć nie wszyscy są takiego zdania. Innym czynnikiem warunkującym świadomość osób badanych na temat ADHD jest Internet, a nie jak pokazują badania, telewizja. W sprawie tego osądu byłabym ostrożna. Pod wątpliwość poddałam kwestie uzyskania informacji z telewizji. Już bardziej skłonna jestem przypuszczać, że badani korzystali z Internetu, jako tzw. *„księgi wszelkiej wiedzy”*.

Przytoczone dane wskazują, że badani posiadają wiedzę z wielu źródeł. Nacechowane jest to różnymi pobudkami poszczególnych osób. Wiedza ta jest co prawda ogólna, dająca właściwie jedynie zarys problematyki ADHD, lecz mimo to wyniki dla autorki są w pełni satysfakcjonujące, bowiem sądziła, że respondenci nie będą w stanie udzielić jakichkolwiek informacji.

Czwarty, szczegółowy problem badawczy brzmiał: *czy zagadnienie ADHD kiedykolwiek było poruszane przez wychowawcę na zebraniach lub innych okazjonalnych spotkaniach? Jak wygląda współpraca na płaszczyźnie rodzic-nauczyciel, gdy jest dziecko z ADHD? Czy jest ona konieczna?*

Starając się odpowiedzieć na to pytanie, postawiono stricte podobne do pierwszej części pytania badawczego, tj. czy zagadnienie ADHD było poruszane przez nauczyciela na zebraniu czy innym spotkaniu klasowym?

Niestety, ponad połowa badanych (52,81%) odpowiedziała negatywnie. W klasach, do których uczęszczają dzieci badanych respondentów, temat ADHD nie był omawiany przez wychowawcę. Znaczny procent, aż 31,25% badanych *nie pamięta*, czy wychowawca omawiał taki temat w ramach spotkań z rodzicami.

Określenie *nie pamiętam* jest wygodnym ukryciem pewnych faktów. Można założyć, że właśnie tak było. Wówczas wyniki negatywnych odpowiedzi znacznie powiększy-

łyby się. W złym świetle postrzegany byłby nauczyciel klasy, który nie upowszechnia wiedzy na temat ADHD. Mam bowiem na uwadze fakt, iż w badanych szkołach są dzieci nadpobudliwe, których zachowania powinny być tłumaczone na forum społeczności klasowej. Dziesięć osób nie udzieliło żadnej odpowiedzi (3,13%).

W oparciu o powyższe zagadnienie, postawiono pytanie kontrolne. Czy w badanych szkołach były organizowane warsztaty dla rodziców informujące, czym jest zespół ADHD?

Negatywnie odpowiedziało 41,56% badanych. W kategorii *nie pamiętam*, aż 46,75%. Twierdząco odpowiedziało jedynie dwadzieścia siedem osób, co stanowi 8,44%. Dwanaście osób wstrzymało się od głosu, brak odpowiedzi 3,75%.

Zestawiając te dwa pytania razem oraz zestawiając uzyskane wyniki badań, można stwierdzić, że temat ten nie był poruszany w „szkolnych murach" placówki. Świadczy o tym wysoki odsetek zaprzeczeń i stwierdzeń dwuznacznych - *nie pamiętam*.

Zatem, *jak wygląda współpraca rodziców ze szkołą, a dokładniej z nauczycielem, gdy pojawi się uczeń z ADHD w opinii rodziców. Czy jest ona konieczna?*

Wśród odpowiedzi wyróżniono:

- potwierdzenie, tak bez jakiegokolwiek uzasadnienia (14,55%),
- zauważono, że jest to pomoc podstawowa (15,79%),
- współpraca pozwala lepiej zrozumieć problem każdej ze stron (6,81%),
- pozwala wyłonić najkorzystniejsze dla dziecka wytyczne w wychowaniu i jego kształceniu (8,67%),
- współpraca to nieoceniona korzyść dla obu stron procesu edukacyjnego dziecka (8,36%),
- przekonanie, że *nauczyciel wie…*, jest kompetentny tj. posiada wiedzę z zakresu ADHD, jest w stanie zapewnić odpowiednią pomoc dziecku z nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi (6,50%),
- odpowiedź negatywna, *nie,* jako zaprzeczenie pytania (7,43%),
- nie dookreślenie opinii, *nie mam zdania* (21,36%),
- wstrzymanie się od głosu, brak odpowiedzi (10,53%).

A oto przykładowe wypowiedzi badanych:

- *współpraca jest ważna z uwagi na bezpieczeństwo tego dziecka i innych,*
- *tak, ponieważ zaburzenie to nie dotyczy tylko środowiska szkolnego,*
- *trzeba wspólnie dziecku pomóc z chorobą,*
- *każda ze stron musi wspólnie działać i obrać metodę postępowania z dzieckiem,*

- *tylko w ten sposób można pomóc dziecku,*
- *wspólnie można osiągnąć najlepszy efekt leczenia,*
- *dzięki współpracy rodziców ze szkołą można pomóc dziecku uporać się z tą chorobą i załagodzić jej skutki społeczne,*
- *jeśli nie byłoby współpracy, to zachwiane byłoby leczenie dziecka,*
- *ułatwi to pracę nauczycielowi,*
- *wspólnie trzeba wypracować metody nauczania w szkole i w domu,*
- *te dzieci trzeba traktować inaczej. Nauczyciel i rodzice powinni mieć wspólną linię działania,*
- *dzięki tylko dobrej współpracy dziecko ma szansę dalej rozwijać się,*
- *w wychowaniu dziecka z ADHD potrzebna jest stała kontrola zachowania dziecka w szkole i w domu, choć z tego co zaobserwowałam dzieci z ADHD – mają indywidualny tok nauczania,*
- *wiele problemów szkolnych nabiera mniejszej ostrości,*
- *wychowanie nie ogranicza się do zajęć szkolnych,*
- *kontakt ze szkołą zapewnia dziecku specjalną opiekę,*
- *wspólnie możemy pomóc odnaleźć się dziecku w normalnym świecie,*
- *nauczyciel ma duży wpływ na dziecko,*
- *działania rodziny - szkoły - poradni wzajemnie się uzupełniają.*

Rodzice w większości przypadków są świadomi, że pomoc może być jedynie wówczas efektywna, gdy istnieje realna współpraca między rodzicem dziecka z ADHD a nauczycielem. Wśród przykładów wymienionych powyżej wspomniano o współpracy z poradnią. Takie trio – rodzic, nauczyciel, specjaliści z poradni – są w stanie o wiele więcej zdziałać niż w pojedynkę, o czym jeszcze wspomnę przy analizie wywiadów prowadzonych z pedagogami szkolnymi.

Jeśli chodzi o kwestię poruszania problematyki ADHD wśród społeczności klasowych, to jest to temat otwarty. Autorka jest zdania, że nie czynione są takie poczynania ze strony nauczycieli. A szkoda. Spotkania z rodzicami można byłoby urozmaicić o informacje z wiedzy pedagogiczno-psychologicznej. Do tego odwołam się w dezyderatach kończących rozważania badawcze.

Ostatnim problemem badawczym adresowanym do rodziców, było pytanie: *czy rodzice są zdania, że ADHD to zespół mało powszechnie znany wśród lokalnego społeczeństwa? Jak postrzegają problem ADHD?*

Rozważenia rozpocznę od tego, czy w opinii badanych jest to zagadnienie nowe czy nienowe. Jak wiemy z przytoczonych teoretycznych odniesień w części pierwszej pracy, ADHD jest nam znane od przeszło 150 lat. Było różnie nazywane i różnie traktowane przez społeczeństwo. Na przestrzeni lat, z coraz to większym dorobkiem wiedzy w tym zakresie, możemy powiedzieć, że ADHD nie jest winą dziecka. Nie jest ono złe ze swej natury, tak jak to niegdyś postrzegano „dziecko jako łobuz". Przy obecnym poziomie wiedzy, możemy powiedzieć, że dla rodziców jest to zagadnienie nienowe. Ponad połowa badanych tak powiedziała (68,32%). Nikły odsetek badanych *nie ma zdania* w tej sprawie (18,01%), a osiem osób nie udzieliło odpowiedzi (2,48%).

Wyniki badań wskazują, że jest grupa osób, która uważa, że zagadnienie ADHD jest problematyką nową. Takiego zdania jest trzydzieści sześć osób (11,18%).

Można przypuszczać, że rodzice odpowiadający w ten sposób, wysnuli taki osąd w oparciu o nazwę ADHD. Brzmi ona nietypowo. Można rzec *„zlepek liter"*, a jak wiemy skrót wywodzi się z angielskiej nazwy Attention Deficit Hyperactivtity Disorder. Być może tym należy wyjaśnić wynik uzyskany w badaniu.

Stawiając problem badawczy, szczegółowy, *jak rodzice postrzegają problem ADHD?* odwołałam jedno z pytań ankiety do sytuacji hipotetycznej. Brzmiało to następująco: gdyby Pan/i dziecko było nadpobudliwe, co by Pan/i zmieniała w sposobie wychowania?

Wiemy już, że badani respondenci, to dojrzali rodzice z wieloletnim bagażem doświadczenia w wychowaniu dziecka. Stawiając im takie pytanie, mieli za zadanie wczucie się w sytuację rodziców mających nadpobudliwe dziecko. Odpowiadając na to pytanie w ich umyśle zapewne pojawił się obraz, *ja i moje rozbrykane dziecko*. Jak odpowiedzieli nasi respondenci?

Gros postawiło na wytyczne w wychowaniu. Rodzice zwracali uwagę na sposób reagowania na zachowanie dziecka. Na to, że trzeba dziecku nadpobudliwemu poświęcić znaczną uwagę, więcej niż normalnie. Rodzice akcentowali zmianę metod wychowawczych, dostosowanych do potrzeb dziecka. Podkreślali przymus zminimalizowania bodźców, to one rozpraszają nasze dziecko. A oto niektóre ich wypowiedzi: *dużo cierpliwości, łagodne bycie z dzieckiem, wspólna nauka i praca, ograniczenie mediów, konsekwencja, odpowiednio długi sen, sprecyzowane cele, unikanie agresji słownej i fizycznej, dużo rozmawiać, podawać przykłady co dobre a co złe, pomagać mu w czynnościach, które wykonuje źle, aby nie popełniało ich kilkakrotnie, być stanowczym, ale jednocześnie dawać dziecku dużo uczucia, aby podnieść jego wartość, przede wszystkim zaakceptować i pokierować jego energią tak, aby nie przeszkadzała otoczeniu, np. zapisać dziecko na zajęcia*

sportowe w celu wyładowania zgromadzonej energii, uczyć dziecka koncentracji, tłumaczyć mu, poświęcać mu więcej czasu, uczyć go, jak radzić sobie z nadpobudliwością, ustalić rytm dnia, trzeba zauważyć w dziecku dobre strony, chwaląc je wtedy za dobre zachowanie, nie ustępować dziecku, trzymać dyscyplinę w domu, stwarzać takie warunki w domu, by nie było zmuszone wykorzystywać własnej agresji przeciwko otoczeniu, wydawać dziecku krótkie i konkretne komunikaty, dostosować obowiązki dziecka do jego możliwości, konsekwentnie przyzwyczajać do kończenia rozpoczętej pracy, chwalić i dostrzegać u dziecka nawet najmniejszy sukces, rodzic ma być spokojny, powinien dużo tłumaczyć, a czasem powinien przymykać oczy na sprawy, które nie są warte złości, jeśli nikomu nie zagrażają, poświęcić mu więcej czasu, zrezygnować z gier komputerowych i nadmiaru filmów, rozwijać jego zainteresowania, wyciszać dziecko przez odpowiednie zajęcia, wyznaczać granice i egzekwować właściwe postępowanie, załatwiać sprawy spokojem a nie krzykiem, ustalić stały plan dnia (stałe godziny), starać się nie reagować gwałtownie.

Za wytycznymi w wychowaniu opowiedziało się 38,35% badanych.

Inne odpowiedzi, to: *konsultacja z mężem i szukałabym psychologa, tę chorobę trzeba leczyć, chodzić do lekarza*. Rodzice swoje kroki w wychowaniu własnego dziecka z ADHD oparliby na zaczerpnięciu porady specjalisty, poradni pedagogiczno-psychologicznej. Tak zrobiłoby 16,76% respondentów. Niewielki procent rodziców 8,52% skorzystałoby z literatury, własnego samokształcenia w zagadnieniu ADHD: *trudno mi powiedzieć, co bym zmieniła. Najpierw szukałabym literatury na temat ADHD, musiałabym się dowiedzieć wszystkiego na ten temat, a później po przemyśleniu podjęłabym stosowne kroki.*

Z kolei znaczna liczba, bo aż 101 osób *nie wie,* co zrobiłaby w sytuacji, gdyby ich dziecko miało objawy ADHD. Zdaniem autorki jest to znaczny odsetek (28,69%).

Niewiedza, jak postępować z dzieckiem nadpobudliwym może tylko zaszkodzić, zwłaszcza w późniejszym okresie zdiagnozowania ADHD. Niejednokrotnie nieświadome błędy w wychowaniu dziecka z ADHD prowadzą do zwiększenia nie tle objawów ADHD, co natężenia u dziecka emocji: agresji, złości, poczucia niskiej samooceny.

Dlatego zaleca się organizowanie warsztatów informacyjnych na temat ADHD, a nawet w tym względzie postuluję o krok dalej, a mianowicie warsztaty wychowawcze – metody postępowania z dzieckiem. Nasunęła się myśl, że brakuje takich zajęć fakultatywnych w ramach zajęć dla przyszłych pedagogów. To oni, w ramach późniejszej pracy za-

wodowej, kontaktu z rodzicami mogliby dokształcać rodziców, którzy nie mają fachowej wiedzy w tym względzie. Służyć im pomocą i radą. Rozwinięcie tej problematyki zamieściłam we wnioskach końcowych.

Kolejne pytanie dotyczyło styczność rodziców z dzieckiem nadpobudliwym. Odwołując się do niektórych przytoczonych wypowiedzi mogę wnioskować, że tak było. I faktycznie 23,75% badanych deklaruje, że miało kontakt z dzieckiem mającym symptomy nadpobudliwości, zaburzeń koncentracji uwagi oraz impulsywności. Dwadzieścia procent nie jest pewne, czy to było ADHD, czy jedynie objaw złego zachowania dziecka – złego wychowania. Ponad połowa (53,75%) opowiada się za stanowczym zaprzeczeniem *nie, nie spotkała/em dziecka z ADHD, nie miałam/em styczności z takim dzieckiem.* Jak w każdym pytaniu kilka osób uchyliło się od odpowiedzi, tym razem było to osiem osób (2,50%).

Odpowiedzi na to pytanie pozwoliły autorce zbadać na ile wiedza, jaką posiadają respondenci identyfikowana jest z rzeczywistością, z dzieckiem z zespołem ADHD.

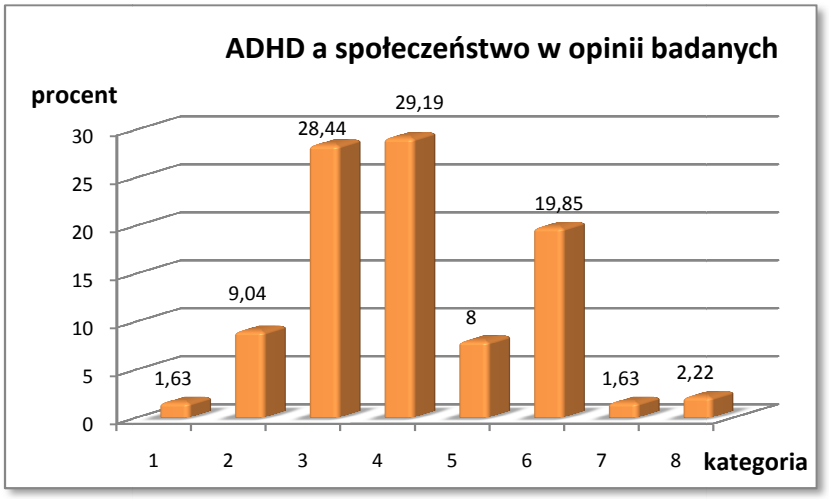
Badając wiedzę rodziców na temat ADHD, postanowiłam zbadać ich postrzeganie o występowaniu ADHD u dorosłego człowieka.

Wyniki badań wskazują, że miej więcej w takich samych przedziałach procentowych badani są zdania, że *tak* (38,44%) oraz że *nie są pewni* (39,69%). *Przecząco* odpowiedziało 17,81%, a *brak odpowiedzi* odnotowano u 4,06% badanych.

Z danych dokładnie wynika, że badani nie są przekonani o słuszności tezy, *tak ADHD jest diagnozowane u dorosłych*, *występuje u dorosłych*. Tyle tylko, że ma ono inny wymiar niż u dziecka z ADHD.

Ważna sprawa z punktu widzenia upowszechnienia wiedzy o ADHD w społeczeństwie, jest postrzeganie i rozumienie czym jest ADHD. Wyniki badań w tym zakresie zawarte są na poniższym wykresie.

Wykres 7



Źródło: Obliczenia własne.

Rozwińmy zatem analizę przytoczonego wykresu, badani są zdania, iż ADHD:

1/ to wymysł naszego społeczeństwa (1,63%),

2/ jest usprawiedliwieniem „złego, niegrzecznego" zachowania dziecka (9,04%),

3/ to problem, który dotyka coraz większej liczby dzieci (28,44%),

4/to problem, którym trzeba się zająć, trzeba pomóc dzieciom, które go mają (29,19%),

5/ nie jest chorobą, nie ma czegoś takiego, trzeba być jedynie bardziej konsekwentnym w wychowaniu naszych dzieci, wyznaczyć granice, co wolno, a czego nie (8,00%),

6/ jest chorobą i aby pomóc dzieciom z ADHD trzeba być konsekwentnym w wychowaniu, wyznaczyć ścisłe granice, co wolno, a czego nie (19,85%),

7/ inne … (1,63%),

8/ brak odpowiedzi (2,22%).

Pod kategorią *inne* badani wymienili następujące przykładowe opinie:

- *ADHD jest problemem zarówno dla dzieci jak i dla rodziców, trzeba dobrze poinformować rodziców o placówkach, gdzie mogą się z takim dzieckiem zgłosić, aby otrzymać fachową pomoc, aby nie zostali sami z tym problemem,*
- *ADHD wciąż mało omawiane zagadnienie w prasie, telewizji, szkole, każdy powinien wiedzieć jakie są objawy tej choroby,*
- *ADHD jest usprawiedliwieniem złego zachowania dziecka, jestem zdania, że pochopnie stawia się diagnozy, ADHD jest przykrywką na porażki wychowawcze nieudolnych rodziców,*
- *myślę, że duży wpływ ma środowisko, coraz szybszy tryb życia, brak czasu,*
- *ma znamiona choroby.*

Gros rodziców uważa, że problem ADHD dotyka coraz to większej liczby dzieci. Zgadzają się z przekonaniem, iż niezbędna jest pomoc, szczególna opieka. Z opinii innych wynika, że dzieciom przypisuje się etykietę ADHD, by tym samym jakoś zasłonić porażki wychowawcze rodziców. Uważa się, że stawia się nad wyrost diagnozy o ADHD. To zagadnienie zawarte zostało w analizie wywiadów z pedagogami szkolnymi.

Czy zagadnienie ADHD jest powszechnie znane wśród społeczności lokalnej?

Niestety, społeczność lokalna Bytomia nie jest rozeznana w zagadnieniu ADHD, jak wynika z danych statystycznych. Ponad połowa (66,44%) respondentów jest jednomyślna w przekonaniu, iż świadomość społeczności lokalnej na temat ADHD jest znikoma. Siedemdziesiąt siedem osób *nie ma zdania* w tej sprawie (24,06%), przy czym sześć osób wstrzymało się od „głosu" (1,88%).

Ze wszystkich jak dotąd przytoczonych odpowiedzi wynika, że rodzice mają swój własny pogląd na problematykę ADHD. W znacznym stopniu uważają, że jest to choroba, lecz są i tacy, którzy mają odmienne zdanie - ADHD nie jest chorobą. Wyniki badań wskazują, iż trzeba przyjąć jasne kryteria w wychowaniu takiego dziecka, być bardziej stanowczym, wyznaczając przy tym granice co wolno, a czego nie wolno robić dziecku hiperaktywnemu. Jeśli przyjmiemy, że coraz więcej dzieci ma nadpobudliwość i współcześnie jest to cecha typowa dla wielu z nas, także dorosłych, to powinno traktować się ADHD jako normalną cechę danego człowieka. Nie wyolbrzymiać tego do rangi problemu, z którym trudno żyć i funkcjonować. Jedynie dobrze zorganizowane działania samopomocy oraz świadomość społeczność lokalnej (rodzina, sąsiedzi, grupa rówieśnicza, środowisko szkolne) są w stanie postrzegać ADHD jako coś normalnego. Wówczas wspólne działania, kroki podejmowane na rzecz dziecka nie stają się czymś, co wymaga niebywałego poświęcenia ze strony otoczenia, a jedynie staje się zmianą pewnych założeń w stosunku do dziecka z ADHD. Jedną z dezyderat, jaka wynika z przeprowadzonych badań, to: *postrzeganie dziecka z ADHD jako normalnego, pełnego polotu dziecka. Dziecka, które wiele może, jeśli ma ku temu sprzyjające środowisko. Dziecka, które jest oryginalne, wyjątkowe, bo przecież takie są, tylko my tego nie widzimy przez pryzmat charakterystycznych zachowań dziecka z ADHD i mentalność społeczeństwa.*

Uogólnienie wniosków z wyników badań rodziców zamieściłam w konkluzjach końcowych.

3.2. Wyniki badań dyrektorów szkół podstawowych

Drugą badawczą grupą respondentów byli dyrektorzy szkół podstawowych, w sumie było dziewięć kobiet i jeden mężczyzna. Początkowym zamiarem badacza było przeprowadzenie ankiet wśród respondentów, lecz z powodu braku czasu wśród badanych oraz niekompetentnych wyjaśnień (propozycja udzielenia własnych opinii w ankiecie), zmieniono to zamierzenie na przeprowadzenie właśnie wywiadu (zob. aneks 9).

Wywiad był dobrym rozwiązaniem z uwagi na fakt nawiązania kontaktu wzrokowego z respondentem, zobaczenia, jak badany zachowuje się w trakcie rozmowy, jak wypowiada swoje opinie na interesujący badacza temat.

Przybliżymy teraz charakterystykę badanej grupy respondentów.

Wiek badanych - średnia powyżej 40 lat. Staż pracy w pełnieniu funkcji dyrektora szkoły wahał się w granicy od 4-8 lat. Każdy ma doświadczenie w zawodzie nauczyciela powyżej 15 lat, co wynika także z faktu, iż są to nauczyciele dyplomowani z wyższym pełnym wykształceniem. Gros badanych ukończyła szereg kursów doskonalących, warsztatowych. Wymieniono ukończenie studiów podyplomowych w zakresie: organizacja i zarządzanie oświatą, edukacja informatyczna, matematyka w klasach 4 - 6 szkoły podstawowej, ponownie informatyka. Wymienione studia podyplomowe łączą się z dziedzinami ścisłymi, brak nauk humanistycznych.

Pierwszym szczegółowym problemem badawczym w ramach tej grupy badanych, było pytanie: *jaki jest poziom wiedzy dyrektorów szkół podstawowych na temat ADHD?*

Z wypowiedzi wynika, że respondenci znają terminologię, najczęściej określając ADHD jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Jedna osoba przytoczyła nazwę zespół hiperkinetyczny. Niestety, żaden z rozmówców nie określił pełnej nazwy ADHD, a mianowicie zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi.

Wszyscy respondenci znają natomiast symptomy ADHD: nadpobudliwość, impulsywność, zaburzenia koncentracji uwagi. Jedna osoba mówiła o *deficycie uwagi.* Wspomniano także o agresji, która jak wiemy towarzyszy dzieciom nadpobudliwym, lecz nie jest symptomem ADHD.

Charakteryzując symptomy ADHD badane osoby nie miały problemów z dookreśleniem ich rozumienia. Badani mówili: *dziecko koncentruje się na krótko, łatwo się rozprasza, jest chronicznie nieuważne, irytująco niespokojne, szybko denerwuje się; macha rękami i nogami, wierci się stale, jest roztargnione. Pojawia się* – wspomniana powyżej –

agresja; nie kończy czynności zaczętych. Jest takim dzieckiem, które najpierw czyni, a potem myśli. Jedna z osób powiedziała: *nie stosuje się do zasad poprawnego zachowania się, dokucza innym dzieciom.*

Dwa ostatnie sformułowania badanych osób nie precyzują objawów ADHD, a jedynie obrazują nam przekonania, jakimi kierują się respondenci w tej kwestii.

Jakie są główne przyczyny ADHD w opinii badanych?

Odpowiedzi w tej sprawie były różne. W większości opowiadano się za podłożem genetycznym czy też za uszkodzeniami lub dysfunkcjami mózgu. Trzy badane osoby uważają, iż przyczyna tkwi w środowisku rodzinnym. Oczywiście nie można z tym w pełni zgodzić się, bowiem środowisko może pogłębić objawy, lecz nie jest czynnikiem bezpośrednim.

Kolejne pytanie dotyczyło środowiska w jakim może mieć miejsce ADHD oraz jak długo powinny nasilać się objawy, by można było mówić o ADHD?

Z odpowiedzi badanych wynika, że: *środowisko każde, wszędzie tam, gdzie znajduje się dziecko*. Z dookreśleniem czasu nasilania się objawów było nieco gorzej. Dwie badane osoby uważają, że w czasie 6 miesięcy, z kolei inni wyrażali przekonanie, że: *objawy powinny być ciągle; objawy ujawniają się stale; nie ma określonego czasu; trudno powiedzieć, bowiem należy długo obserwować – diagnozować dziecko, brak odpowiedzi* u trzech respondentek.

Większości badanych zna podtypy ADHD, wymienia trzy główne: z objawami nadpobudliwości, z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi oraz typ mieszany. Jedna z osób badanych stwierdziła, iż *nie zna rozgraniczeń na typy ADHD.*

Jeżeli chodzi o przekonania u kogo najczęściej występuje ADHD, to respondenci opowiadają się za przeważającą ilością u chłopców niż u dziewcząt. Badani sądzą, iż *u chłopców jest ono najczęściej obserwowalne, są ruchliwi, rzucający się w oko. Jak mówią, rzadko spotyka się dziewczynki z nadpobudliwością, jeśli już to tylko z deficytami uwagi, tzw. „marzycielki".*

W tej sprawie dyrektorzy mają słuszne przekonania, ADHD faktycznie najczęściej diagnozowane jest u chłopców.

Zapytano o test na istnienie ADHD, czy taki test istnieje do zbadania zespołu ADHD? Opinie respondentów były podzielone. Część opowiadała się jednoznacznie, iż tak, a inni iż nie, a jeszcze inni przyznawali, że tak naprawdę nie wiedzą.

Czy z ADHD można wyrosnąć? – to było kolejne pytanie wywiadu.

I na to pytanie badani mieli różne odpowiedzi, takich jak: *tak; nie wiem; nie zawsze w całości; w 50 procentach tak; nie wyrasta się przybiera ono inną formę zachowań; w pew-*

nym stopniu może da się socjalizować. Odpowiedzi te wskazują na brak jednoznacznych opinii w tej sprawie.

Znaczny odsetek badanych wyraża przekonanie, iż o ADHD można mówić w odniesieniu do osób dorosłych. Dwie osoby mówią, iż *nie lub nie są w pełni o tym przekonane, iż coś takiego ma miejsce.*

W tym miejscu autorka zamierzała zapytać się o nazwę kryteriów diagnozowania ADHD, lecz nie podjęto tego wątku z uwagi na możliwość otrzymania przeczących odpowiedzi. To z kolei mogłoby w jakimś stopniu „zahamować" rozmówcę w dalszej części wywiadu.

Badacz wysnuł przypuszczenie, iż niemożność udzielenia odpowiedzi w kwestii kryteriów diagnostycznych, może być dla respondenta – dyrektora pewnym uchybieniem, dlatego też sprawę kryteriów pominięto.

Zapytano o formy terapii, bowiem jest to znacząca sprawa w leczeniu dzieci ze zdiagnozowanym ADHD. Badani wyróżnili: *terapie behawioralne, farmakoterapie, trening dla rodziców, psychoterapia, terapia dla dziecka prowadzona przez pedagoga, psychologa i lekarza, terapia poznawczo-behawioralna, psychoedukacja*. Jedna z osób powiedziała: *należy uprościć styl życia dziecka, ograniczyć dostęp bodźców zewnętrznych, wprowadzić ustalony, choć nie sztywny plan zajęć, ustalić normy postępowania, opracować kodeks reguł, podawać krótkie komunikaty.*

Z przytoczonej wypowiedzi ewidentnie odczytujemy wytyczne, jakie należy wprowadzić do pracy z dzieckiem nadpobudliwym psychoruchowo.

Skoro zapytano o formy terapii, to zasadnym było zapytanie o placówki bądź stowarzyszenia wspierające dzieci z ADHD i ich rodziny. Rozmówcy wymienili: *poradnie pedagogiczno-psychologiczną,* jako pierwszą; *Stowarzyszenie Psychologów i Praktyków w Bytomiu, Polskie Towarzystwo ADHD, Grupy Wsparcia dla Rodziców z ADHD, choć jak wiem są owe, lecz nie mam rozeznania, gdzie konkretnie i czy w Bytomiu.* Jedna z osób nie wiedziała, jakie są placówki czy stowarzyszenia wspierające dzieci z ADHD.

Z przytoczonych tu odpowiedzi, można wnioskować, iż badani respondenci mają wiedzę o ADHD, wiedzą jakie są symptomy, objawy, mają rozeznanie w formach zalecanych terapii. Jak wypowiedziała się jedna z osób badanych: *ADHD jest i było od zawsze wśród naszych dzieci, od pokoleń. Staramy się wspierać dzieci i ich rodziny, jak tylko możemy*.

Niestety, jest to tylko jedno z przekonań, jakże przychylnych dla dziecka z ADHD. Inną dość bulwersującą wypowiedzią jest opinia dyrektora jednej ze szkół: *dzieci z ADHD*

w dużej mierze są problemem dla naszej placówki i ciężko jest zapanować nad takim uczniem, zwłaszcza o ile ten problem potęguje się i urasta do rangi ogromnego problemu dla szkoły. Mieliśmy w naszej szkole przypadek ucznia bardzo uciążliwego, lecz w tym roku opuszcza on nasze mury szkoły, więc jesteśmy już szczęśliwi (zob. aneks 17 – list, w którym inni prezentują podobne stanowiska).

Z wypowiedzi wynika, że *po cóż taki uczeń w szkole, niechaj teraz inni się martwią.* Zdaniem respondenta uczeń z ADHD powinien być skierowany do szkoły specjalnej, gdzie badacz uważa, iż jest to błędne rozumienie problematyki ADHD.

Uogólniając wnioski z analizy odpowiedzi dyrektorów szkół, można stwierdzić, iż badani dyrektorzy szkół mają rozeznanie w tematyce ADHD. Badani uznają, że ważne jest, aby zatrudnieni nauczyciele klas potrafili pracować z uczniami mającymi symptomy ADHD.

Jak zespół ADHD jest postrzegany w myśleniu dyrektorów?

Już jeden z sądów przedstawiono powyżej. Inne opinie to:

- *Jest to cecha, która zazwyczaj zmienia się z wiekiem, choć jak myślę u około 30% osób, objawy utrzymują się w wieku już dojrzałym – dorosłym. Zwykle najtrudniej jest w przedszkolu i szkole podstawowej – potem dorosły może zająć się tylko swoimi pasjami, które niczym nie są obligowane (mowa o obowiązku szkolnym).*
- *Na pewno ADHD jest trudne do zdiagnozowania.*
- *Bywa i tak, że ADHD prowadzi do zaburzeń w wieku dojrzałym.*
- *Szkoła, dom i różne instytucje powinny korelować swoje działania, by pomóc a nie szkodzi dziecku – uczniowi z ADHD.*
- *Można zauważyć, że coraz więcej dzieci przychodzi do szkoły z objawami ADHD. Często są to dzieci, które wywodzą się z rodzin patologicznych, niepoprawnych wychowawczo. Na szkole spoczywa obowiązek terapii dziecka. Niestety brak funduszy na dodatkowy etat terapeuty czy psychologa w szkole zmniejsza skuteczność naszych oddziaływań.*
- *Tym dzieciom należy pomagać indywidualnie, choć nie zawsze jest to możliwe, przykładem są dużo liczne klasy, które w swej naturze utrudniają pracę nauczycielowi.*

Z tymi opiniami niejako wiąże się kolejna, a mianowicie, poproszono rozmówców o dokończenie zdania: brak wczesnej diagnozy prowadzi do…

- *Nieodwracalnych skutków.*
- *Trudności w nauce.*
- *Nieszczęścia.*

- *Problemów emocjonalnych również w wieku dojrzałym, a ich wcześniejsze trudności w uczeniu się utrudniają osiągnięcie sukcesów zawodowych.*
- *Przedwczesnego i nie zadawalającego zakończenia edukacji, ograniczenia perspektyw życiowych.*
- *Zaburzeń relacji rodzinnych i rówieśniczych. W późniejszym okresie prowadzi do trudności w przyszłej pracy.*
- *Występuje w późniejszym okresie ryzyko wejścia w kolizję z prawem, uzależnienie się od substancji psychoaktywnych.*

Przytoczone wypowiedzi badanych świadczą o tym, iż są świadomi powagi zagadnienia ADHD. Widzą zależności między brakiem podjętych działań profilaktycznych w odpowiednim czasie, a konsekwencjami w okresie późniejszym – przyszłym dla dziecka, a potem dorosłego z ADHD.

Dlatego istotne znaczenie ma przygotowanie w tej kwestii nauczycieli.

A co sądzą dyrektorzy o wiedzy nauczycieli klas początkowych na temat ADHD, czy ta tematyka, jak gdyby wchodzi w zakres ich kompetencji zawodowych?

Wszyscy rozmówcy są zdania, że tak, to bardzo ważne, by ich nauczyciele byli odpowiednio przygotowani do rozumienia problematyki ADHD, jak mówią:

- *Nauczyciel nauczania początkowego powinien wiedzieć, jak zmniejszyć u dziecka z ADHD jego napędy ruchowe, powinien wiedzieć, jak pozwolić dziecku „wyładować się", jak niwelować u dziecka zbędne odruchy, mimowolne reakcje.*
- *Nauczyciel powinien wiedzieć jak postępować z dzieckiem mającym ADHD.*
- *Nauczyciel powinien wykazać się wiedzą teoretyczną, bowiem w ostatnich latach coraz więcej jest przypadków dzieci z ADHD i to nauczyciel jako pierwszy jest w stanie zwrócić na to uwagę, wskazać rodzicom uwagę, że dziecko ma jakieś problemy.*

Jeden z dyrektorów mówił, *iż praca z uczniami, dziećmi zobowiązuje do tego, by nauczyciel miał stosowną do tego wiedzę.*

Skoro akcentuje się konieczność rozeznania nauczycieli w temacie ADHD, to czy znają oni kryteria diagnostyczne, jako podstawę rozumienia zagadnienia ADHD? Co sądzą na ten temat badani?

Otóż, większość opowiedziała się, że zna kryteria diagnostyczne, bo jak twierdzą uczestniczyli w różnych szkoleniach, więc tego typu wiedzę posiadają, mają rozeznanie. Jedna z badanych osób stwierdziła *w większości tak, ponieważ „wyłuszczają" dzieci z podejrzeniem ADHD i kierują je do poradni pedagogiczno-psychologicznej (specjaliści).*

Jedynie dwie osoby wraziły przekonanie, iż *nie wiedzą* oraz stwierdziły, że: *nie jest im to potrzebne.* Taka wypowiedź jest kontrowersyjna w swej treści, stanowi bodziec do refleksji, jak jest rzeczywiście?

Biorąc pod uwagę odpowiedzi badanych dyrektorów, iż wiedza ich nauczycieli jest niezbędna, zatem jakie podejmuje się działania, by ją zgłębić?

W związku z tym zapytano, *czy i jakie formy szkolenia dla nauczycieli stosują dyrektorzy szkół podstawowych w zakresie problematyki ADHD?*

Wszyscy rozmówcy mówią, że tak, że w miarę potrzeb nauczycieli, temat nadpobudliwości jest omawiany. Niektórzy podali przykłady ilość omówień, średnio dwa razy do roku.

Zapytano także, czy w swoich placówkach dyrektorzy organizowali warsztaty, szkolenia dla nauczycieli przez osoby z zewnątrz szkoły (specjaliści w tej dziedzinie)? Na to pytanie także wszyscy badani odpowiedzieli twierdząco, podając nawet przykłady tytułów warsztatów, jak *Dziecko z ADHD*. Jak mówili respondenci, gros takich szkoleń przeprowadza poradnia pedagogiczno-psychologiczna, o czym szczegółowo w analizie wywiadu przeprowadzonego z dyrektorem poradni bytomskiej.

Mając na uwadze odpowiedzi dyrektorów szkół, iż prowadzą szkolenia dla nauczycieli, by z kolei mogli powiedzieć, że ich zespół pedagogiczny jest przygotowany do pracy z dzieckiem nadpobudliwym mającym zaburzenia koncentracji uwagi, zapytano o takie szkolenie dla samych dyrektorów, czy i oni uczęszczali w ramach samodoskonalenia zawodowego na takie szkolenia?

Odpowiedzi były podzielone, pół na pół. Osoby, które uczęszczały na szkolenia o tematyce ADHD wymieniły albo miejsce takiego szkolenia, albo nazwę: *konferencja na temat nadpobudliwości psychoruchowej prowadzona była w Centrum Ustawicznego Kształcenia oraz Dziecko z ADHD. Integracja oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych.* Trzy osoby potwierdziły jedynie twierdząco, że „tak" uczestniczyły w takich szkoleniach.

Z rozmów wynika, że najwięcej informacji nauczyciele uzyskują w ramach wewnątrzszkolnych spotkań rad pedagogicznych, gdzie poruszane są trudne przypadki dzieci zdiagnozowanych. Każda z placówek organizuje Wewnętrzne Doskonalenie Nauczycieli (WDN), gdzie porusza się różne tematy z zakresu wiedzy dydaktyczno-pedagogicznej. Jak mówiła jedna z badanych osób: *koleżanki wymieniają się własną wiedzą, spostrzeżeniami zawodowymi, innymi słowy doradzają sobie w sytuacjach trudnych do rozstrzygnięcia.*

Kolejny wątek badawczy pracy odnosił się do środowiska szkolnego, a dokładniej, *czy szkoła jest w stanie podjąć odpowiednie działania wobec dziecka z ADHD i tym samym zapewnić korzystne warunki rozwoju?*

Oto najważniejsze działania wymienione przez rozmówców: *współpraca przede wszystkim, konsekwencja w podejmowaniu działań, świadomość i wiedza tematu, dostęp do psychologa czy terapeuty; należy organizować środowisko zewnętrzne w formie uporządkowanej, wprowadzić porządek: dnia i nocy", ustalenie i konsekwentne egzekwowanie wytycznych, stały rozkład zajęć, nauczyciel uczący powinien być życzliwy i serdeczny, lecz jednocześnie stanowczy i konsekwentny, powinno angażować się dziecko w zajęcia dodatkowe, jak również w zajęcia wyrównawcze, reedukacyjne, aby usprawnić zaburzone funkcje. Proponuje się zajęcia socjoterapeutyczne dla dziecka z ADHD. Na pewno rodzice muszą zdobyć umiejętności znajdowania się w różnych sytuacjach, poznawać czynniki irytujące dziecko. W stosunku do szkoły proponuje się maksymę: mów co myślisz, myśl co mówisz i rób co obiecujesz zrobić". Należy chwalić dziecko i nagradzać za właściwe zachowanie lub dobrze wykonaną pracę.*

Dwóch respondentów udzieliło wymijającej odpowiedzi w porównaniu z innymi dyrektorami szkół.

1. Czy szkoła spełnia wymienione powyższe warunki zmian, jakie należy wprowadzić w wychowanie i nauczanie dziecka z ADHD? Czy jest gotowa podjąć odpowiednie działania w kierunku pracy z dzieckiem z symptomami ADHD?

Dyrektorzy, którzy odpowiedzieli na powyższe pytanie, są zdania, że tak, są gotowi, by podjąć odpowiednie kroki w kierunku pomocy dziecku z ADHD.

2. Zatem, jakie formy nauczania proponują dyrektorzy dla ucznia z ADHD?

Wszyscy rozmówcy mówią o nauczaniu indywidualnym. Jedna z osób badanych podkreśliła, iż jest to uwarunkowane nasileniem objawów, więc nauczanie indywidualne traktuje jako ostateczność. Tylko jedna osoba z badanych opowiedziała się za nauczaniem indywidualnym równolegle realizowanym z nauczaniem w zespole klasowym (nauczanie grupowe).

Autorka oczekiwała nieco innych odpowiedzi na to pytanie. Sądziła, że będzie większy odsetek opinii o nauczaniu indywidualnym z równoległym nauczaniem w zespole klasowym. Jest to jedno z najlepszych rozwiązań, tych ostatecznych dla dziecka z ADHD.

Jeżeli chodzi o sprawy działań – kroków, jakie powinien podjąć nauczyciel w momencie podejrzenia u dziecka ADHD, w opinii dyrektorów, to zaleca się przede wszyst-

kim: *konsultacje psychologiczne, psychiatryczne, innymi słowy badania specjalistyczne; skierowanie rodziców do poradni pedagogiczno-psychologicznej; prowadzić systematyczne obserwacje dziecka oraz być w ścisłym kontakcie z poradnią; starać się tworzyć odpowiednie relacje z dzieckiem i jego rodzicami.*

Z kolei jeśli chodzi o zmiany, jakie powinien wprowadzić nauczyciel – zdaniem dyrektorów – to: *konstruktywnie pracować nad zachowaniami niepożądanymi, zaleca się stosowanie indywidualnych metod nauczania (metody polisensoryczne); wprowadzić stałe zasady, o czym już mówiłam, dostosować wymagania do możliwości dziecka.* Jedna z respondentek podkreśliła, *iż nauczyciel powinien chwalić i nagradzać przed pozostałymi uczniami, zaznaczać to, co wartościowe u dziecka.*

Analiza odpowiedzi dyrektorów szkół pozwala wnioskować, iż dyrektorzy szkół wiedzą, jakie zmiany powinni wprowadzić nauczyciele w ramy klasy szkolnej. Wiedzą, jak ważne jest dobro dziecka z ADHD. Jak twierdzą, chcą pomóc na tyle ile potrafią.

Dyrektorzy są przekonani, iż są w stanie pomóc uczniowi z ADHD i ich rodzinom, są w stanie wprowadzić takie wytyczne, by zapewnić dziecku jak najdogodniejsze warunki rozwoju.

Dla zobrazowania tego tematu poproszono o stwierdzenie bądź też nie, czy w szkole są dzieci ze zdiagnozowaną nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi.

Odpowiedzi były podzielone, na tak i nie. Osoby, które nie były pewne swojej wiedzy, poprosiły o skonsultowanie tej kwestii z pedagogiem szkolnym, co niejako świadczy o braku rzetelnych informacji. Trudne jest to do zweryfikowania. Jak mówi jedna z respondentek: *dzieci nadpobudliwe są i zawsze były, więc ciężko jest uściślić, to w skali liczb.* Brak danych statystycznych utrudnia dokonania odpowiedzi o ilości dzieci z ADHD w badanych placówkach.

Badani z kolei są jednomyślni w poglądzie, iż współpraca z rodzicami jest konieczna, gdy mamy przypadek ADHD. Jak twierdzi respondentka: *powodzenie terapii zależy w dużym stopniu od zaangażowania środowiska.*

Jak to jest w rzeczywistości, także trudno ocenić, bowiem jak wynika z obserwacji placówek, szkoły spotykają się z rodzicami w ramach comiesięcznych zebrań klasowych, na których analizowane są nie tylko osiągnięcia uczniów, ale także ich potrzeby wychowawcze. Należy przypuszczać, że właśnie pierwsze sygnały o nadpobudliwości psychoruchowej zostaną poruszone w ramach spotkań z rodzicami ucznia z ADHD oraz społecznością klasową. Wiadomo, że terapia uznawana jest za powodzenie, o ile angażują się

wszystkie strony procesu edukacyjnego. Myślę tu o rodzicach, nauczycielach, rówieśnikach.

Jak wynika z przeprowadzonego wywiadu, zdaniem autorki, wszystkie poczynania, kroki świadczące o sukcesie i powodzeniu pracy z dzieckiem mającym ADHD zależą od postawy, poglądów, opinii dyrektorów szkół. Od ich świadomości, rozumienia problematyki w kontekście wychowania i kształcenia dziecka z ADHD.

Z obserwacji, wywiadów, analiz dokumentów, ewidentnie wynika, które placówki, a tym samym którzy dyrektorzy szkół, kładą nacisk na faktyczny rozwój swoich uczniów, a nie tylko tych z nadpobudliwością.

Jestem przekonana, iż jaki dyrektor, takie grono pedagogiczne, taka placówka szkolna. Koło zamyka się. Jeżeli dyrektor „zabiega" o ucznia z ADHD, jeśli staje po stronie dziecka z ADHD i rodzica, to wówczas powodzenie terapii prawie jest pewne. Wyniki badań upoważniają do wysnucia wniosku, że wiele zależy od gestii dyrektorów, na ile chcą i mogą pomóc osobom dotkniętym tym zaburzeniem. Jeśli w decyzji terapii, świadczeń niosących pomoc, jest tylko sam nauczyciel, to wówczas nie jest w stanie sam na własną rękę coś zdziałać, stąd to ładnie brzmiące hasło: *współpraca rodziców i szkoły.*

Dlatego autorka wyraża przekonanie, że jest realizowane w pełnym wymiarze jego istota: razem łatwiej.

Spotkania i rozmowy z badanymi dyrektorami szkół pozwalają sądzić, że wyznacznikiem powodzeń działań, jest osobowość ludzi z jakimi mamy do czynienia. Jeżeli rodzic dziecka z ADHD zetknie się z dyrektorami, czy nauczycielami raczej pasywnymi, wówczas trudno cokolwiek zdziałać. W mojej ocenie kilku z nich jest otwartych, zaangażowanych w to, co robi, jaką funkcję pełni.

Wyniki wywiadu, obserwacji i własnych spostrzeżeń pozwalają wnioskować, iż dyrektorzy szkół posiadają wiedzę o ADHD na dobrym poziomie. Pozwala to z kolei na dobre przygotowanie kadry pedagogów, które zależne jest od stopnia organizowania inicjatyw szerzących świadomość o ADHD wśród społeczności lokalnej. Natomiast brak danych liczbowych w tej grupie badanych o przypadkach diagnozowanych dzieci wskazuje na fakt, jak postrzega się problematykę i takie dzieci wśród społeczności szkolnej.

W opinii dyrektorów szkół, przygotowanie teoretyczne swoich pracowników jest realizowane (szkolenia, konferencje rad pedagogicznych), brakuje jednak strony praktycznej.

Podczas wywiadu autorka zaprezentowała dyrektorom szkół opracowany przez siebie program dydaktyczny na CD pt: „ADHD w pigułce". W opinii dyrektorów placó-

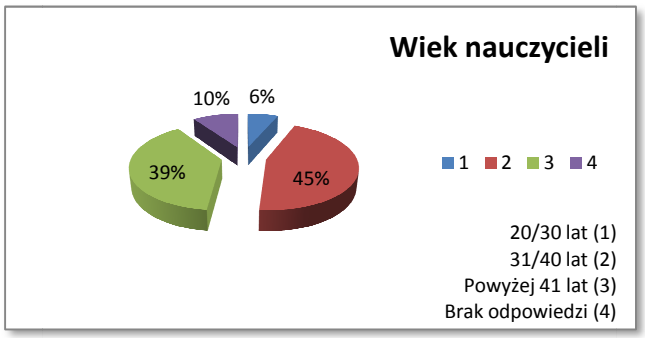
wek, przedstawiony materiał dydaktyczny, bo tak należy traktować program *ADHD w pigułce*, stanowi dobre uzupełnienie do pracy z uczniami nie koniecznie tymi nadpobudliwymi.

Uogólnienia i wnioski z przeprowadzonego wywiadu zawarłam w końcowych konkluzjach pracy.

3.3. Nauczyciele nauczania początkowego a ich doświadczenia z ADHD

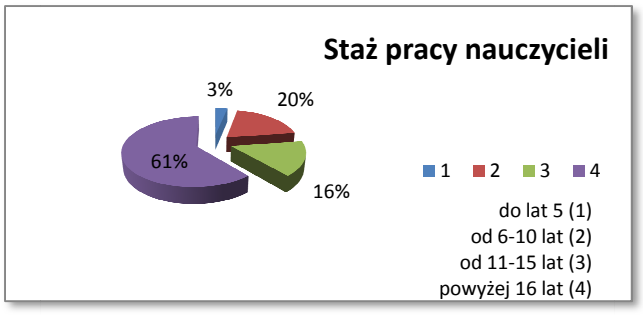
Badani nauczyciele klas początkowych, to trzydzieści jeden osób ze szkół podstawowych. Rozpocznę od charakterystyki respondentów. Poniższe wykresy przedstawiają wiek oraz staż pracy badanych.

Wykres 8



Źródło: Obliczenia własne.

Wykres 9



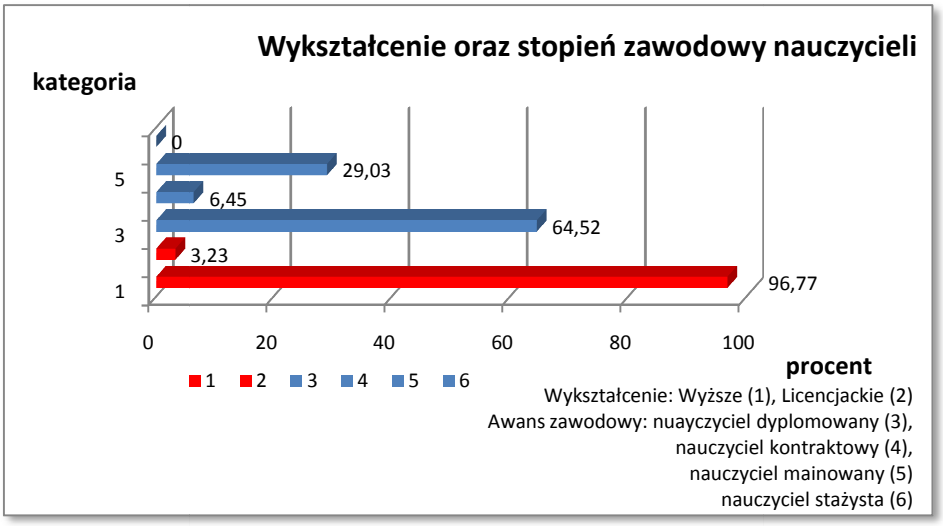
Źródło: Obliczenia własne.

Jak wynika z powyższych danych, prawie połowa badanych to nauczyciele w młodym wieku. Jeżeli chodzi o staż pracy, to najwyższy procent (61,29%) oscyluje w wieku powyżej 16 lat doświadczenia. Drugą grupę, stanowią nauczyciele ze stażem między 6 a 10 lat (co stanowi 19,35% badanych). Podobna jest liczba nauczycieli ze sta-

żem w przedziale od 11 do 15 lat (co stanowi 16,13% badanych, czyli pięć osób). Tylko jedna osoba ma staż do pięciu lat praktyki zawodowej. Biorąc pod uwagę fakt, że prawie połowa badanych nauczycieli posiada znaczny staż pracy zawodowej, należy wnioskować, że nauczyciele ci posiadają szeroką bazę dorobku praktycznego w wychowaniu i kształceniu uczniów.

Wykształcenie oraz stopień awansu zawodowego respondentów przedstawia wykres 10.

Wykres 10



Źródło: Obliczenia własne.

Prawie wszyscy nauczyciele (96,77%) mają wykształcenie wyższe. Jedynie jedna osoba ma tytuł zawodowy: licencjat (3,23%). Jak wiemy każdy nauczyciel rozwija się w ciągu swojej pracy zawodowej, zdobywając odpowiednio poszczególne stopnie awansu zawodowego. I tak, w grupie badanych mamy dwudziestu nauczycieli ze stopniem nauczyciela dyplomowanego (64,52%). Jest to stopień najwyższy w czterostopniowej skali awansu. Nauczycieli tzw. mianowanych jest dziewięciu (29,03%), a kontraktowych dwóch (6,45%). Najniższy ze stopni to nauczyciel stażysta, takich jednak brak wśród grupy badanych.

Przy zdobywaniu awansu zawodowego nauczyciele zobligowani są do ciągłego samokształcenia. Dlatego zapytano o dodatkowe formy samodoskonalenia. Niektórzy spośród badanych odpowiadali bardzo ogólnikowo, tj.: uczestnictwo wielu warsztatach, konferencjach, szkoleniach (6,45%).

Jedna z uczestniczek badań wymieniła ich sporo, o to przykłady: *szkolenie dla kandydatów na egzaminatorów sprawdzianu „W ostatnim roku szkoły podstawowej”, „Jak opracować plan wynikowy i badania osiągnięć uczniów”, „Matematyka bez niepowodzeń – nowa metoda edukacji matematycznej”, „Sposoby na ortografię”, „Zabawy językowe w edukacji elementarnej”, „Terapia przez sztukę”, „Przyczyny niepowodzeń i trudności szkolnych – podejście kinezjologii edukacyjnej” oraz „Inteligencja emocjonalna w szkole”*. Inna odpowiedź badanej to: *ok. 20 - związanych z nauczaniem zintegrowanym*. Niektóre z badanych osób napisały: *jest ich dużo, jest ich wiele* (12,90%). Część nauczycieli powoływała się na ukończenie dodatkowych studiów – studia podyplomowe (32,26%), na przykład: *Diagnoza i terapia pedagogiczna*. Niestety blisko połowa badanych nie udzieliła w tej sprawie żadnej odpowiedzi (45,16%), przy czym jedna osoba wpisała kurs językowy.

Poproszono badanych o wpisanie do kwestionariusza ankiety klasę, którą aktualnie uczą. I tak, 35,48% nauczycieli uczy w klasie pierwszej, natomiast nauczycieli klas drugich i trzecich była ta sama ilość, tj. dziewięć osób (29,03%). Dwie osoby nie podały odpowiedzi.

Przedstawiona charakterystyka daje nam obraz, kim są respondenci. Te wskaźniki wykorzystam przy wnioskach ostatecznych.

Przejdę teraz do pierwszego szczegółowego pytania badawczego spośród siedmiu postawionych w niniejszej pracy tej grupie respondentów:

Jak nauczyciele nauczania początkowego postrzegają problem ADHD?

Wśród pytań ankiety postawiłam pytanie bezpośrednie na temat, co Pani sądzi o ADHD?

Jedenastu nauczycieli (30,56%) wstrzymało się od wyrażenia swojego sądu w tej sprawie. Spośród udzielonych odpowiedzi wyróżniłam poglądy odnoszących się do:

- stawianych diagnoz, form leczenia i pomocy dziecku z ADHD (19,44%),
- ujęcia problemu ADHD, jako zjawiska powszechnego (5,56%),
- zwrócenia uwagi, iż ADHD jest problemem dla otoczenia (25,00%),
- podkreślenia faktu, iż powinno to wpłynąć na przygotowanie specjalistyczne ze strony nauczycieli (8,33%),
- do opinii ADHD a choroba, schorzenia, zaburzenia (11,11%).

By bliżej zobrazować dane procentowe posłużę się przykładowymi odpowiedziami badanych:

- *dziecko z zespołem ADHD jest dzieckiem trudnym a nie dzieckiem o zaburzonym rozwoju;*

- *jest to choroba trudna do zdiagnozowania i mam wrażenie, że w ostatnich latach zbyt pochopnie i często wiele dzieci jest błędnie zdiagnozowanych; diagnozowane lekką ręką psychiatry, wpisują to zaburzenie do kartotek dziecka;*
- *najtrafniejsze będą słowa dr Tomasza Wolańczyka, który powiedział, że „los włożył tym dzieciom do plecaka sto kamieni" i tylko od nas dorosłych zależy to, czy ten ciężar ich nie przygniecie;*
- *jeżeli w klasie jest jedna osoba z ADHD, to szczerze mówiąc jest to koszmar. W bardzo licznych klasach nauczyciel mający około 30 uczniów jest zdany na siebie, nie może oczekiwać pomocy dla siebie i innych uczniów. Dlatego uważam, że takich uczniów należy kierować do szkół integracyjnych lub skierować do lekarza – psychologa z prośbą o nauczanie indywidualne. Pracuję obecnie z jednym uczniem ze stwierdzonym ADHD i nie zawsze daję sobie radę;*
- *jest to trudny i złożony problem, wymaga cierpliwości i współpracy ze strony szkoły, domu i poradni specjalistycznej;*
- *uważam, że zespół ADHD występował od zawsze, ale go nie diagnozowano; jest coraz częściej spotykany wśród dzieci młodszych; od dorosłych zależy, czy dziecku się „poda rękę", aby mu pomóc; choroba trudna do zdiagnozowania, często mylone zachowanie z rozpieszczeniem dziecka. Ostatnio zbyt często (chyba?) mylnie diagnozowane;*
- *tylko od nas dorosłych zależy, czy dziecko nadpobudliwe psychoruchowo będzie tylko trudniejszym dzieckiem, czy też dzieckiem o zaburzonym rozwoju;*
- *ADHD jest nowym pojęciem, na temat którego społeczeństwo nasze niewiele wie. Jednak coraz więcej się o nim mówi; ważny problem, warto poszerzać wiedzę na ten temat;*
- *ADHD to choroba a nie skutki złego wychowania. Dziecko z ADHD nie jest w stanie i nie potrafi zapanować nad swoim niepohamowanym zachowaniem, czuje się winne, ale nie jest w stanie samo poradzić sobie z problemem;*
- *jest to zaburzenie wzbudzające negatywne reakcje w środowisku, często rodzice oskarżani są o nieumiejętne obchodzenie się z dzieckiem; sądzę, że zbyt często rodzice mylą nadpobudliwość i swoje zaniedbanie z ADHD – a jest to zjawisko rzadkie.*

Jestem zdania, że wypowiedzi badanych dokładnie obrazują, jak postrzegane jest ADHD. Nagminnie mylone ze złym wychowaniem, z opinią, że diagnozy są nieadekwatne do stanu faktycznego. Ponadto podkreślają, że jest to problem dla otoczenia – środowiska szkolnego, *powyżej przykład wypowiedzi nauczycielki pracującej z dzieckiem nadpobudliwym.*

Przytoczone opinie dają pełny obraz postrzegania zagadnienia ADHD w „oczach" nauczycieli śląskich szkół podstawowych.

Drugie pytanie, które postawiłam brzmiało:

Na jakim poziomie badani oceniają swoją wiedzę na temat zespołu ADHD?

Chyba najtrudniejszą rzeczą dla każdego z nas jest obiektywna ocena samego siebie, względem posiadanej wiedzy z jakiegoś zakresu. Takie pytanie jest zadawane przez autorkę studentom podczas końcowych zaliczeń. Z obserwacji widać, że mają z tym wiele trudności. A jak nauczyciele siebie ocenili w skali od 1 – 5, gdzie 1 to minimum, a 5 maximum, przy czym pierwsza liczba w poniższej analizie oznacza ilość osób określających dany poziom wiedzy o ADHD.

I tak: poziom drugi (3/9,68%), poziom trzeci (9/29,03%), poziom czwarty (11/ 35,48%) oraz poziom piąty (7/22,58%). Jedna osoba nie dokonała samooceny pod kątem poziomu wiedzy, jaką posiada.

Powyższe wyniki badań wskazują, iż spory odsetek badanych ocenia się dobrze. Natomiast autorka spodziewała się większej liczby ocen na poziomie trzecim. Zatem sprawdźmy, czy samoocena nauczycieli potwierdza się odpowiedziami na postawione pytanie: *Co nauczyciele wiedzą na temat nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi?*

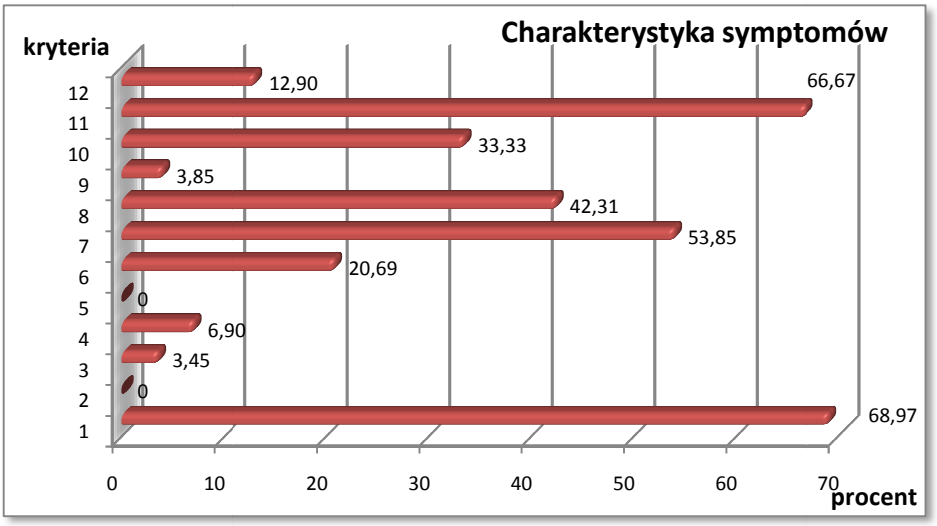
Jeśli chodzi o nazwę, a dokładniej o rozumienie skrótu ADHD, to ponad połowa badanych zna pełną nazwę (56,67%) a 33,33% pisze o zespole nadpobudliwości psychoruchowej. Nikły odsetek badanych (6,67%) mówi o nadpobudliwości. Jeden nauczyciel przyznał, że nie zna innej nazwy, jak tylko ADHD.

Dane pokazują, że nauczyciele znają symptomy ADHD: nadpobudliwość (33,33%), zaburzenia koncentracji uwagi (33,33%), impulsywność (26,39%). Cztery osoby nie wiedzą, a dwie nie udzieliło odpowiedzi w tej sprawie.

W ankiecie poproszono o scharakteryzowanie tych symptomów. Jak badani je rozumieją. Odpowiedzi można było pogrupować według klasyfikacji – ICD 10, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

Poniższy wykres przedstawia zebrane odpowiedzi badanych.

Wykres 11



Źródło: Obliczenia własne.

Co oznaczają poszczególne kryteria (dane procentowe w stosunku do ogółu):

1/ brak skupienia uwagi przez dłuższy czas (68,97%),

2/ wydaje się, że nie słucha (brak odpowiedzi),

3/ nie stosuje się do poleceń (3,45%),

4/brak organizacji pracy (6,90%),

5/gubi potrzebne rzeczy do pracy (brak odpowiedzi),

6/ zapomina o codziennych sprawach, rozproszenie (20,69%),

7/nie usiedzi, nerwowe ruchy rąk i nóg (53,85%),

8/chodzi po klasie, jest w ciągłym ruchu, jest niespokojne (42,31%),

9/ nadmiernie gadatliwe (3,85%),

10/ nie czeka na swoją kolej (33,33%),

11/przeszkadza, przerywa innym, daje odpowiedź zanim usłyszy do końca pytanie (66,67%),

12/ brak odpowiedzi (12,90%).

Z powyższej charakterystyki wynika, że badani znają i potrafią wyjaśnić w jakich zachowaniach przejawiają się symptomy u dziecka nadpobudliwego. Badani nie mieli z tym większych problemów.

Pytanie czwarte z ankiety, odnosiło się do przyczyn warunkujących ADHD. Nauczyciele w znacznej większości są zdania, że podłoże genetyczne odpowiada za wystąpienie ADHD (36,36%). Potem wyróżniali uszkodzenia i dysfunkcje mózgu (28,57%). Podobnie, jak w wypowiedziach rodziców, nauczyciele za przyczynę ADHD uważają wpływ środowiska rodzinnego – metody wychowawcze (22,08%). W nikłym procencie

odznaczono przyczynę odwołującą się do: diety (5,19%), korelacji czynników szkoła – dom (6,49%). Jedna nauczycielka jest zdania, że ADHD ma swą przyczynę w złej woli dziecka, która przejawia się w zachowaniach, np. niezdyscyplinowania czy lenistwa.

W tym miejscu zasadne jest opisanie wyników obserwacji przeprowadzonych na lekcjach w klasach I-III. Otóż, niektórzy nauczyciele „szablonowo" traktowali uczniów. Ci potencjalnie źli, przeszkadzający w klasie, mający trudności w nauce siedzieli w ostatnich ławkach klasy. Ponadto, nagminnie podczas lekcji, autorka słyszała uwagi kierowane do uczniów niegrzecznych. Oczywiście dany uczeń zupełnie lekceważył nauczyciela. Nasuwa się pytanie, gdzie jest błąd?

Z obserwacji lekcji w szkole podstawowej wynika, że typ lekcji, jego organizacja w dużej mierze zależy od nauczyciela, od jego „zaplecza dydaktycznego". Nauczyciele, którzy są dobrze przygotowani, którzy ustalili na samym początku zasady - reguły pracy efektywniej pracują. I nie chodzi tylko o staż pracy – porównano dwie lekcje – dwóch nauczycieli. Jeden z nich - młodszy – świetnie zorientowany był w sposobie wypowiadania poleceń, artykułowania wymagań w stosunku do uczniów. Komunikaty były krótkie i czytelne. Właśnie ta technika sprawdzała się podczas zajęć.

Warto nadmienić, że obserwowany nauczyciel, jak żaden inny podczas stawiania ocen dokonywał konfrontacji – uczeń – ocena – opinia. Pytał, czy uczeń zgadza się na ocenę, czy rozumie dlaczego taki jest jego wynik pracy i czy wie, nad czym powinien jeszcze popracować.

Obserwacja pracy tego nauczyciela jest dowodem na to, że można pracować efektywnie z uczniami. Z rozmowy wynikało, że młoda nauczycielka pisała pracę dyplomową z zakresu ADHD i wiele wytycznych, kierowanych do ucznia nadpobudliwego, przeniosła na klasę. Mówiła, że początki były ciężkie, ale praca, wytrwała praca dała efekty, jakie można było zaobserwować.

Drugi nauczyciel w opinii autorki był surowy, mało obiektywny w stosunku do ucznia, którego nagminnie upominał. Organizacja tej lekcji była zupełnie inna. Nie zauważono wsparcia uczniów słabych ze strony nauczyciela, czy innych uczniów. A przecież uczeń dobry mógłby być *„nauczycielem wspierającym"* dziecko, które ma trudności z nauką. W ten sposób wspiera nieco nauczyciela prowadzącego, który w tak licznych klasach, nie jest w stanie zrobić wszystkiego.

Niestety w klasie obserwowanej, nastąpiła ewidentna segregacja uczniów, na tych dobrych i gorszych. Jestem przekonana, że wspomniany przykład nie jest jedynym odosobnionym przypadkiem w polskiej edukacji uczniów klas I-III.

Wyniki badań wiedzy nauczycieli wskazują, że badani jednomyślnie wyrażają opinie, że symptomy ADHD winny być obserwowane w szkole, w domu (po 22,73%). Inni są zdania, że trzeba mówić o dwóch środowiskach jednocześnie – dom i szkoła (18,18%). Jeszcze inne odpowiedzi to stwierdzenia typu: *każde środowisko* (15,91%), *grupa rówieśnicza* (6,82%). Pięć osób nie udzieliło odpowiedzi.

Jeżeli chodzi o czas nasilania się objawów to: 29,03% uważa, że muszą trwać 6 miesięcy, a 9,68% uważa, że powyżej 6 miesięcy. Znaczny odsetek (22,58%) nie udzieliło odpowiedzi lub zaznaczyło kategorię nie wiem (16,13%). Poszczególni nauczyciele wyrażają opinie niedoprecyzowane (22,58%), na przykład: *czas dłuższy, kilka miesięcy, od określonego roku życia.*

Kolejne pytanie dotyczyło typów ADHD, a mamy ich co najmniej trzy: typ mieszany (23,40%), typ z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi (27,66%), typ z przewagą nadruchliwości (24,40%). Niektórzy wymienili inne podtypy, o których pisałam w podrozdziale 1.2.4. Dziewięciu nauczycieli było na tyle kompetentnych, że wymienili dodatkowe rodzaje ADHD. Trzy osoby z ogółu badanych nie udzieliło odpowiedzi.

A u kogo najczęściej występuje ADHD?

Zdaniem nauczycieli ADHD dotyczy w większej ilości chłopców niż dziewcząt (35,38%). Tym samym potwierdzają fakt, że ADHD dotyka dwóch płci (21,54%). Badani są zdania, że ADHD przejawia się u dzieci w przedziale wiekowym od 6-10 lat (10,77%), co również potwierdza przekonanie, *że ADHD daje o sobie znać w chwili pójścia do szkoły podstawowej* (7,69%). Prawie połowa badanych wyraża przekonanie, że nie ma ograniczeń wiekowych, jeśli chodzi o wystąpienie ADHD. Jak wynika z badań, zdania na ten temat są podzielone.

Czy istnieje test na zbadanie ADHD? Obecnie jedynie możemy bazować na symptomach ADHD, na ich charakterystyce oraz na wywiadach psychologicznych z pacjentami. Testu stricte na ADHD nie ma, natomiast ponad połowa badanych twierdzi, że jest. Blisko 20% uważa, że nie ma, a cztery osoby wstrzymały się od głosu.

Czy z ADHD „wyrasta się”? Mówi się, że tak (41,94%), lecz przyjmuje ono zupełnie inny wygląd niż w okresie dzieciństwa. Ponad połowa uważa przeciwnie. Zdania są

podzielone. Jak w wielu pytaniach ankietowych, ktoś nie podał odpowiedzi. W tym przypadku była to jedna osoba.

Poproszono o skomentowanie zachowania ucznia z nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi oraz zwróceniem uwagi z czym ma ono trudności – problemy, z czym sobie nie radzi.

Wyróżniono następujące kryteria:

zachowanie

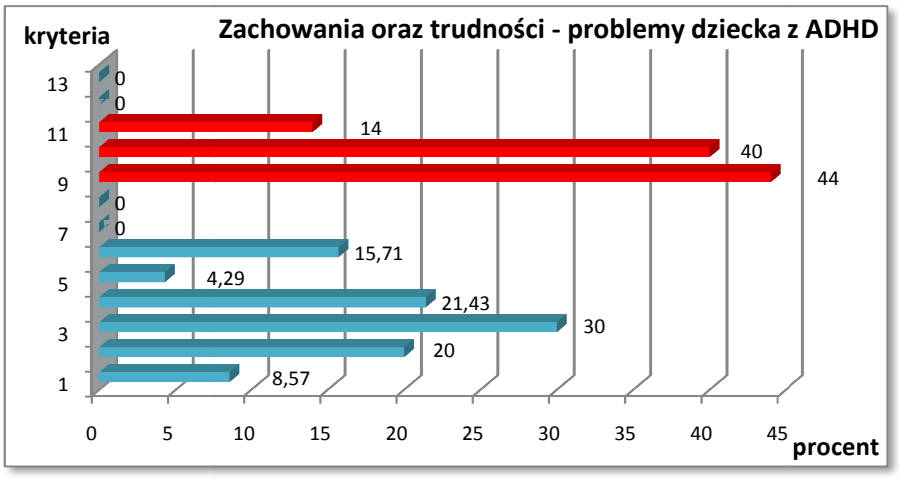
1/zaangażowanie (8,57%),
2/ efektywność pracy (20,00%),
3/ ruch (30,00%),
4/ emocje (21,43%),
5/egocentryzm (4,29%),
6/komunikacja (15,71%),
7/nie wiem (-),
8/ brak odpowiedzi (-),

trudności

9/nauka (44,00%),
10/zachowanie (40,00%),
11/ ja (14,00%),
12/ nie wiem (-),
13/ brak odpowiedzi (-).

Zanim omówię kolejno charakterystykę zachowań i trudności dziecka z ADHD spójrzmy na ilość odpowiedzi badanych; obrazuje je poniższy wykres.

Wykres 12



Źródło: Obliczenia własne. Wyjaśnienie: Zachowanie

Trudności – problemy 

Przed przystąpieniem do analizy wyodrębniono kategorie *nie wiem* oraz *brak odpowiedzi,* ale jak widać wszyscy respondenci udzielili odpowiedzi. Przytoczone kryteria już w samej nazwie obrazują znaczenie danego problemu, czy też opisują specyficzność w zachowaniu dziecka. Dla pełnej ich charakterystyki, posługując się wypowiedziami badanych dokonam ich wyjaśnienia, tj. *co badany miał na myśli…*

Zaangażowanie: *nie potrafi skupić się na jednej czynności.*

Efektywność pracy: *bałagan w otoczeniu w jakim dziecko z ADHD obraca się, nie kończy swojej pracy, zapomina o różnych sprawach.*

Ruch: *kręci się w ławce, wierci się, chodzi po klasie, manipuluje przedmiotami.*

Emocje: *krzykliwość, agresywność, drażliwość, wybuchowość, złośliwość, nerwowość.*

Egocentryzm: *brak refleksji nad własnym zachowaniem, zaczepia dzieci, obraża się często i łatwo.*

Komunikacja: *gadatliwe, przerywa innym w wypowiedziach, wtrąca się do rozmów.*

Nauka: *specyficzne trudności w umiejętnościach szkolnych: zaburzenia czytania, problemy z ortografią, dysleksja, osiągają słabe wyniki w nauce.*

Zachowanie: *używa wulgarnych słów, przeszkadza, nie dostosowuje się do obowiązujących zasad, jest często zamieszane w szkolne bójki.*

Ja: *brak możliwość przeżycia sukcesu, samoakceptacja, samoocena, strach przed różnymi sytuacjami, czuje się odrzucone, źle postrzegane przez innych, „uczucie jestem sam”.*

Nauczyciele są świadomi, z czym uczeń z ADHD ma kłopoty, jak przejawia się zachowanie ucznia. Znają nazewnictwo w większym stopniu niż rodzice, nie mają problemów z wymienieniem symptomów ADHD oraz dokonaniem ich charakterystyki. W odpowiedziach dotyczących przyczyn, pojawiła się myśl dość kontrowersyjna, że ADHD wynika ze złej woli dziecka. Jeśli chodzi o środowisko, w jakim muszą objawiać się symptomy ADHD oraz czas nasilania się objawów, odpowiedzi badanych, nie były jednoznaczne. A tego oczekiwano od respondentów, jako nauczycieli, którzy będą mieli do czynienia z uczniami z ADHD. W związku z tym postrzeganie problematyki ADHD przez nauczycieli oceniłabym na poziomie trzecim. O stopień niżej niż zrobiła to większość badanych.

Zatem *z jakich źródeł wiedzy korzystali nauczyciele, by pogłębić swoją wiedzę z zakresu tematyki ADHD?*

Gros badanych wyraziła przekonanie, że nie uczęszczała (41,94%) na żadne szkolenia, lecz ich wiedza pochodzi z TV, Internetu, publikacji, ale o tym za chwilę. Są jednak i tacy, którzy mogą pochwalić się uczestniczeniem w kursach z zakresu tematyki ADHD (32,26%). Nauczyciele przytaczali nazwy szkoleń: *ADHD – co to jest, objawy, jak pomóc, „Zespół ADHD", Gdy dziecko zachowuje się uciążliwie, Jak pomóc dziecku z ADHD, Gdy dziecko zachowuje się dziwnie i uciążliwie, Problem nadpobudliwości i nieśmiałości u dzieci w młodszym wieku szkolnym, Praca w szkole z dzieckiem z ADHD, Problem nadpobudliwości wśród dzieci i młodzieży, O nadpobudliwości psychoruchowej.* Niektórzy jedynie określili miejsce szkoleń: poradnia pedagogiczno-psychologiczna, szkoła (16,13% badanych).

W tych odpowiedziach zawarła się po części odpowiedź do innych pytań z ankiety, a może raczej stanowi to uzupełnienie pytań, czy tematyka ADHD była poruszana na konferencjach szkolnych oraz czy prowadzone były profesjonalne szkolenia dla nauczycieli z zakresu ADHD.

Jeśli chodzi o pierwszą kwestię, to TAK poruszano tematykę na spotkaniach rad pedagogicznych (60,00% badanych). Niektórzy dokonali nawet określenia ich częstotliwości: raz do roku (10,00%), dwa razy do roku (3,33%). Inne odpowiedzi to: w miarę pojawienia się problemu (20,00%), stwierdzenie NIE (6,67%).

A czy były profesjonalnie przeprowadzone szkolenia przez specjalistów z ADHD? Oto odpowiedzi: tak (21,88%), podanie przykładowych nazw szkoleń (31,25%), w ramach WDN (Wewnętrzne Doskonalenie Nauczycieli), (9,38%), stwierdzenie przeczące nie (21,88%) oraz brak odpowiedzi u pięciu osób (15,63%).

Autorka badań wysnuła założenie, że wiedza respondentów w dużej mierze opiera się na informacjach ze szkoleń, konferencji lub warsztatów. Założenie potwierdziło się, bo ponad połowa badanych deklaruje, że omawianie tematyki na forum rady pedagogicznej miało miejsce. Stwierdzenie typu: *tematyka poruszana była w miarę, jak ujawniał się taki problem na ternie szkoły*, świadczy o konsultacjach wewnętrznych między poszczególnymi członkami rady pedagogicznej.

Postawiono stricte pytanie, skąd pochodzi wiedza, jaką mają nauczyciele?
Tyle samo osób odpowiedziało, że ich wiedza wywodzi się z książek i Internetu (po 31,03%). Na drugim miejscu pojawiają się wspomniane szkolenia, warsztaty, kursy (13,79%). Taki sam odsetek badanych (po 6,90%) wskazuje na programy telewizyjne oraz rozmowy ze specjalistami z tej dziedziny – psycholodzy, lekarze. Na trzecim miejscu usy-

tuowała się prasa (5,17%) – czasopisma, artykuły oraz praktyka zawodowa nauczycieli (3,45%), inaczej kontakt z dzieckiem mającym postawioną diagnozę ADHD.
Spośród literatury najczęściej pojawiały się publikacje autorstwa Hallowell'a i Ratey'a.

Pytaniem uzupełniającym do powyższego, było pytaniem o publikację, którą nauczyciel poleciłby znajomemu?

Wyróżniono kategorie na: tak (54,84%), nie znam (9,68%) oraz brak odpowiedzi (35,48%). Przy stwierdzeniach potwierdzających najczęściej pojawiły się tytuły publikacji:

- ✓ Patycka: *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi*. Życie Szkoły.
- ✓ Komander: *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.*
- ✓ Nartowska: *Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo.*
- ✓ Elliot, Place: *Dzieci i młodzież w kłopocie: poradnik nie tylko dla psychologów*.
- ✓ Portman: *ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa. Istota zagadnienia*.
- ✓ Cooper: *Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową.*
- ✓ Chrzanowska, Święcicka: *Oswoić ADHD – przewodnik dla rodziców i nauczycieli dzieci z nadpobudliwością psychoruchową.*

Oprócz tych publikacji znamienną jest *„W świecie ADHD"* oraz *„Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci"*.

Dokonując podsumowania tej części, autorka może uważać, że faktycznie wiedza nauczycieli opiera się w większości przypadków na publikacjach oraz informacjach ze stron internetowych. Nieco odmiennie od rodziców, którzy w swych wypowiedziach byli zdania, że ich wiedza w znacznym stopniu wywodzi się z programów telewizyjnych.
Inne aspekty porównań zostaną przedstawione podczas weryfikacji wiedzy trzech grup respondentów: rodzice - nauczyciele - studenci.

Mając na uwadze wiedzę nauczycieli, postawiono kolejne pytanie: *czy nauczyciele potrafią diagnozować dziecko z ADHD? Czy potrafią dobrze rozpoznawać dziecko z prawdziwą nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi?*

Pragnę podkreślić, że autorka pytając o diagnozę dokonywaną przez nauczycieli ma na myśli trafne rozpoznanie. Nauczyciel sam nie może postawić diagnozy. Na prawidłowe rozpoznanie składa się wiele czynników, wiele opinii specjalistów. Niemniej jednak nauczyciel może, jako pierwszy przypuszczać o wystąpieniu ADHD, może zasygnalizować wprowadzenie wytycznych do wychowania i kształcenia takiego dziecka. Dodatkowo, staje się pierwszą osobą, angażującą wszystkie strony procesu edukacyjnego do rozpoczę-

cia działań zmierzających, ku postawieniu diagnozy i tym samym ku wprowadzeniu odpowiednich zaleceń w środowisku rodzinnym dziecka i środowisku rówieśniczym. Kompetentny nauczyciel staje się dla ucznia z ADHD sprzymierzeńcem, jego „aniołem stróżem".

By móc starać się dokonać wstępnego rozpoznania, nauczyciel powinien znać kryteria oceny ADHD. Wspomniałam o tym w części teoretycznej, podrozdział 1.2.5. Tam przedstawiono dwie klasyfikacje cech określających ADHD. Mowa o ICD – 10 (16,13% badanych) oraz o DSM IV (38,71% badanych). W ankiecie użyto także dwóch błędnych skrótów, które nie mają odzwierciedlenia w rzeczywistości. Były to ADHD II (38,71%) oraz ZNP IV. Tej ostatniej nikt z badanych nie zaznaczył w odpowiedziach. Skrót ADHD II był fikcyjną nazwą klasyfikacji cechy typowych dla objawów nadpobudliwości, zaburzeń koncentracji uwagi oraz impulsywności. A jednak dwunastu nauczycieli zaznaczyło ten skrót. Dwie osoby wstrzymały się od głosu.

Także zapytano o to, czy diagnozowane były jakieś dzieci w ich praktyce zawodowej? Odpowiedzi pozytywnych było 45,16% a negatywnych 51,61%. Jedna osoba chyba nie miała do czynienia z przypadkiem dziecka zdiagnozowanego, nie wyraziła żadnej opinii.

W podsumowaniu tej części mogę twierdzić, że nauczyciele nie są zorientowani w kryteriach diagnostycznych (ICD-10 oraz DSM –IV). Taki wniosek oparty jest także o rozmowy z nauczycielami oraz pedagogami szkolnymi. Badana grupa respondentów wśród swoich arkuszy diagnozujących nie posiadała kwestionariuszy z cechami objawów ADHD.

Przedostatni szczegółowy problem badawczy brzmi: *Czy nauczyciele są świadomi konsekwencji do jakich prowadzi późne zdiagnozowanie ADHD u dziecka?*

Ze względu na różnorodność odpowiedzi badanych, dokonano wyłonienia dwóch kategorii, z jakich wynika, że nauczyciele akcentują problemy wiążący się z trudnościami w ogólnym funkcjonowaniu, życiu osób z ADHD (ponad połowa badanych, 56,25%) oraz znacznym pogłębieniu objawów ADHD (25,00%). Pozostały odsetek badanych wstrzymało się od udzielenia opinii w tej sprawie.

Badani w pytaniu 23 ankiety mieli dokończyć myśl: *brak wczesnej diagnozy może doprowadzić do…*

Oto przykładowe odpowiedzi odnoszące się do pogłębienia objawów ADHD lub ogólnego stanu psychicznego dziecka:

- *nerwic; nasilenia zaburzonych zachowań i ich utrwalenia; pogłębienia stanu, depresji; zaburzenia nerwowe; zachwianie triady objawów; stałych zmian w osobowości i psychice dziecka.*

A oto przykładowe odpowiedzi odnoszące się do ogólnego funkcjonowania dziecka z ADHD przy późnym postawieniu diagnozy w opinii nauczycieli prowadzi do:

- *zachowań antyspołecznych, przestępczość; zwiększone problemy wychowawcze, brak tolerancji ze strony rówieśników; nasilenie się trudności w nauce; niska samoocena, bunt przeciwko normom społecznym, zażywania używek; niezrozumienie zachowania dziecka przez środowisko.*

Rozważania niniejsze kończy wypowiedź jednej z nauczycielek:

Brak wczesnej diagnozy może doprowadzić do zaburzeń wtórnych emocjonalno-uczuciowych. To z kolei może spowodować nieprawidłowy stosunek dziecka do: ludzi (nieufność, wrogość, dążenie do dominowania); zadań (brak wytrwałości, samodzielności, dbałości); rzeczy (brak poszanowania cudzej własności); norm (opóźnienie procesu przyswajania norm społecznych). Wzrost emocjonalny – napięcie czy surowa dyscyplina może doprowadzić takie dziecko do jąkania, nerwic, czy ruchów mimowolnych.

W przekonaniu autorki nauczyciele, w większości, są świadomi do czego doprowadza późne rozpoznanie. Jak wiemy, w najcięższych przypadkach ujawniają się u dziecka, a potem dorosłego, zachowania aspołeczne. Aby temu zapobiec trzeba wiedzieć, jakie formy pomocy zaoferować dziecku.

Zapytano o to w pytaniu badawczym: *jaką pomoc w pracy dydaktyczno-wychowawczej mogą zaoferować nauczyciele uczniowi szczególnie nadpobudliwemu (ADHD)?*

Analizę zacznijmy od zalecanych form terapii dla dziecka z ADHD. Co takiego zalecają nauczyciele?

Największy odsetek badanych odwołało się do terapii zalecanych przez specjalistów z poradni pedagogiczno-psychologicznej, poradni zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (29,82%). Ta odpowiedź jest jednoznaczna ze skierowaniem do poradni, w której dziecko otoczone zostanie odpowiednią opieką w tym zakresie. Czy faktycznie tak jest? Udzielę na to pytanie odpowiedzi przy analizie wywiadu przeprowadzonego w bytomskiej poradni pedagogiczno-psychologicznej.

Część nauczycieli (22,81%) wymienia terapię farmakologiczną oraz zalecenia dietetyczne. Niewielu badanych wspomina o terapii rodzin (14,04%) oraz terapii indywidualnej (12,28%). Należy zauważyć, że terapia rodzinna, to główne ogniwo w całej sesji tera-

peutycznej. Analogicznie możemy to przyrównać do problemu alkoholowego. Nie tylko osoba uzależniona poddaje się terapii AA, ale także rodzina. Piętno alkoholowe odbija się na wszystkich członkach rodziny. Podobnie jest w rodzinach i z dzieckiem z ADHD. Muszą na nowo nauczyć się razem żyć, ustalając nowe wytyczne w strukturze i funkcjonowaniu rodziny. Stąd terapia rodzin jest niebywale ważna. Pamiętamy opisany przykład z doświadczeń zawodowych dr Barkleya: *Matka, która traci syna z ADHD…* Terapia rodzin ma do tego nie dopuścić.

Dwie z badanych osób nie znają terapii wspierających dziecko z ADHD, co stanowi 3,51%. Aż cztery osoby nie udzieliło żadnej odpowiedzi.

Kto może wesprzeć dzieci z ADHD?

Nauczyciele są zdania, że: poradnie (38,71%) oraz Stowarzyszenia (22,58%). Po sześć osób (co stanowiło po 19,35% badanych) nie potrafiło określić placówki, czy Stowarzyszenia, które mogłyby wesprzeć dzieci z ADHD, rodziców a także nauczycieli.

Charakteryzując Stowarzyszenia działające w Polsce, wiemy że skupiają one nauczycieli. Wspierają ich działania, pomagają w rozwiązywaniu nietypowych problemów.
Te, które wymienili badani to: Stowarzyszenie „Niezwykłe Dzieci", Stowarzyszenie „Misja nadziei", Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z ADHD i innymi dysfunkcjami w Gliwicach, Stowarzyszenie „Ponad" z Warszawy.

Autorka jest zdania, że znajomość kierunków terapii oraz placówek – stowarzyszeń przez nauczycieli świadczy o kompetencji nauczycieli w rozumieniu problematyki ADHD, w orientacji odnośnie sposobów i miejsc pomocy dzieciom z ADHD i ich rodzinom. Taka wiedza warunkuje podjęte przez siebie wytyczne do pracy z dziećmi nadpobudliwymi.

Zapytano o wytyczne – warunki, jakie musi spełnić zarówno dom i szkoła w przypadku dziecka z ADHD. Wytyczne są jednym z kierunków pomocy. Ich uwzględnienie w wychowaniu i kształceniu jest niezbędne.

Przeanalizujmy poniższy wykres według wytycznych, jakie wymienili nauczyciele:
1/ atmosfera (26,32%),
2/ograniczenie bodźców (7,02%),
3/ harmonogram dnia (17,54%),
4/ wiedza – świadomość otoczenia (1,75%),
5/ pomoc specjalisty, poradnia (3,51%),
6/ wytyczne do metod wychowawczych, jakie stosują rodzice (28,07%),
7/pomoc szkoły (7,02%),
8/zalecenie dodatkowych zajęć, na przykład sportowych (7,02%),

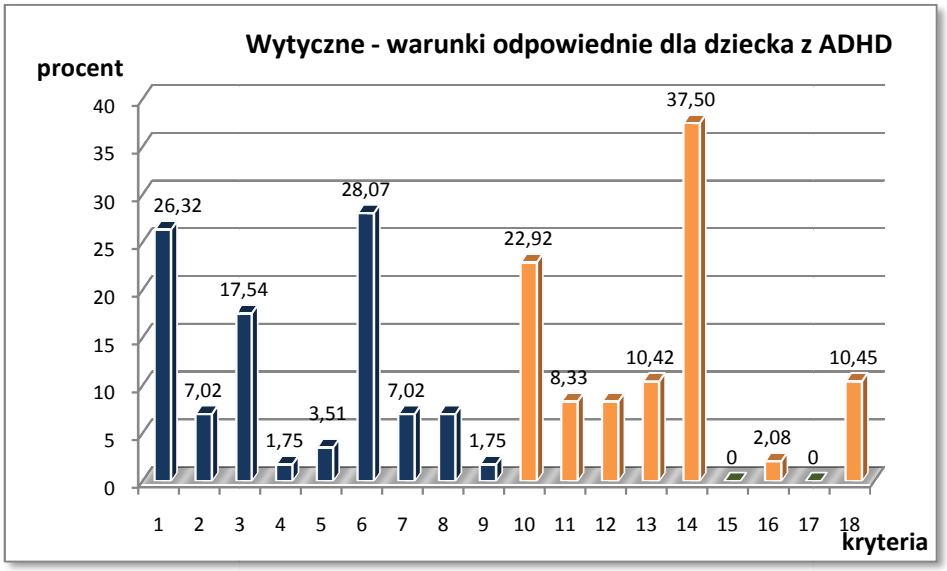
wytyczne - dom

9/ większe zainteresowanie ze strony rodziców, więcej uwagi z ich strony (1,75%),

10/ współpraca z domem (22,92%),
11/współpraca z poradnią (8,33%),
12/ wiedza – świadomość nauczyciela (8,33%),
13/ indywidualne podejście do dziecka z ADHD (10,42%),
14/ wytyczne: ograniczenie bodźców, dodatkowe zajęcia (37,50%),
15/ większe zainteresowanie ze strony nauczyciela (-),
16/ szerzenie wiedzy – informacje dla rodziców i innych uczniów (2,08%),
17/ nie wiem (-),
18/ brak odpowiedzi (10,45%).

wytyczne - szkoła

Wykres 13



Źródło: Obliczenia własne.
Wyjaśnienie: Wytyczne dla domu Wytyczne dla szkoły

W przypadku wytycznych do dwóch środowisk dziecka z ADHD widać, że obie strony powinny zastosować odpowiednie zalecenia dla dziecka nadpobudliwego, powinny przygotować wspólny plan działań zmierzający do poprawy zachowania.

Niepokojące dane dotyczą szerzenia wiedzy – świadomości na temat ADHD. Mało osób wspomniało o konieczności rozpoczęcia wszelkich działań zaradczych, wspierających dziecko z ADHD, od podstaw, czyli od wiedzy. Od zrozumienia problemu przez wszystkich uczestników procesu edukacyjnego: dziecko z ADHD, rodzice, rodzina, nauczyciele uczący dziecko hiperaktywne, rówieśnicy. Jedna osoba wymieniła fakt, że należy informacje upowszechnić wśród rodziców i uczniów klas I-III. Pominięto fakt, że nie

tylko rodzic powinien zwrócić większą uwagę na dziecko, ale także nauczyciel ma takie zadanie.

Z wypowiedzi badanych wynika, że są świadomi czego potrzebuje dziecko z ADHD ze strony rodziny, a czego ze strony szkoły. Punktem wspólnym dla tych wytycznych jest spójność w przedsięwzięciach. Od wspólnych poczynań zależy powodzenie, jakiejkolwiek terapii.

Nasuwa się taka refleksja, iż wytyczne do dziecka z ADHD, z powodzeniem stosować można do każdego dziecka. Atmosfera, ograniczenie bodźców, harmonogram – ustalony tryb dnia, dodatkowe, interesujące zajęcia angażujące i rozwijające umiejętności dziecka, zwrócenie uwagi na szerzenie tolerancji i akceptacji wzajemnej uczniów. W przypadku zwykłych dzieci także należy nawiązywać współpracę z domem i szkołą, wytyczyć wspólne pola oddziaływań odnoszących się do dzieci. Wytyczne powyższe z powodzeniem powinny być uwzględniane do każdego dziecka, a wobec dziecka z nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi, „z podwójną siłą".

Na koniec tych rozważań posłużę się słowami jednego z nauczycieli, należy: *często powtarzać, że mimo trudności kocha się dziecko* (uwaga do rodziców).

Kolejna sprawa o jaką zapytano, to formy nauczania dziecka z ADHD. Wiedzę o preferowanych formach pracy z uczniem nadpobudliwym zawarłam w podrozdziale 1.2.8.

Badani są zdania, że najlepszym rozwiązaniem byłoby nauczanie indywidualne (45,00%), potem nauczanie w grupach (25,00%), także wspomniano o nauczaniu w klasach integracyjnych (17,50%). Trzy osoby nie wypowiedziały się.

Jakie jest zdanie autorki na ten temat? Sądzę, że rozwiązaniem polecanym przez dyrektorów szkół, jest wyznaczenie nauczania indywidualnego w myśl przekonania, że to najkorzystniejsze rozwiązanie dla „ADHDowca". Prawie połowa badanych nauczycieli wyraziła taki pogląd.

Autorka nie zgadza się z tym poglądem. Uważa bowiem, że nauczanie w grupach, to alternatywa dla nauczania indywidualnego, lecz należy mieć na uwadze, że ku takiemu nauczaniu potrzebne są odpowiednie warunki organizacyjne klasy. Z kolei nauczanie w klasach integracyjnych jest różnie interpretowane. Atutem klas integracyjnych jest praca dodatkowego nauczyciela - nauczyciel wspomagający. Nie wszyscy są zdania, że jest to klasa dla ucznia z ADHD. Przykładem jest wspomniany dyrektor, który odmówił możliwości przeprowadzenia badań w jego placówce.

Część badanych wspomniała o terapiach i metodach , co nie jest adekwatne do pytania – jakie formy nauczania zaleca się uczniom z ADHD? Dwóch nauczycieli, jak widać nie rozumie pojęcia form nauczania. Zupełnie inaczej zinterpretowano to pytanie.

W pytaniu dotyczącym warunków – wytycznych do pracy z dzieckiem mającym ADHD, form nauczania, dążono do uzyskania, jak największej ilości danych, by na tej podstawie wyprowadzić konstruktywne wnioski.

W kwestionariuszach dla nauczycieli sformułowano pytanie odnoszące się do działań, jakie należy wdrożyć, gdy przypuszcza się, że uczeń przejawia symptomy ADHD?

Pierwszy krok, według danych statystycznych wynikających z badań, to: ustalenie ścisłej współpracy z rodzicami – ustalenie wytycznych (35,00%). Drugi, zasięgnięcie porad PPP, psychologa – pedagoga, wyznaczenie stosownych terapii (33,33%). Trzeci, skierowanie na badania specjalistyczne, diagnoza (20,00%). Czwarty, odnosił się do samokształcenia nauczycieli, dokonywanie obserwacji przez nauczyciela, przeprowadzanie stosownych wywiadów (8,33%).

Jeden nauczyciel wymienił nauczanie indywidualne, a jedne przyznał, że nie wie, co by zrobił w przypadku dziecka z ADHD.

Działania, jakie podjęliby nauczyciele, są w opinii autorki słuszne. Autorka jednak przyjęłaby następującą drogę działań:

1. → samokształcenie nauczyciela, wywiady, obserwacje dziecka → **2.** prośba rodziców o przebadanie dziecka, czyli skierowanie na badania specjalistyczne, które potwierdzą bądź nie istnienie ADHD – diagnoza → **3.** nawiązanie kontaktu PPP – wytyczne, ustalenie terapii (poradnia powinna wytyczyć kierunki oddziaływań dla szkoły i rodziców) → **4.** nawiązanie ścisłej współpracy z rodzicami, ustalenie konsekwentnych dróg oddziaływań → **5.** w bardzo sporadycznych przypadkach, przy dzieciach naprawdę trudnych – wprowadzenie nauczania indywidualnego.

Jestem przekonana, że według powyższych punktów należy rozpocząć rozpoznanie ADHD u dziecka.

Przyjmując założenie, że badani nauczyciele mieli w swoich klasach uczniów z ADHD, zapytano ich, jakie zmiany wprowadziliby w procesie nauczania ucznia z ADHD?

Prawie połowa badanych akcentowała zmianę wytycznych do zajęć (48,89%), jak: *klasa mniejsza!* (ten wątek poruszaliśmy przy aspekcie praw przysługujących uczniom z ADHD), *metody nauczania odpowiednie do możliwości dziecka z ADHD, dostosować organizację – uczeń blisko nauczyciela, ukierunkować jego nadmierną aktywność, polece-*

nia krótkie – zrozumiałe, jasne ustalenie zasad w klasie, ćwiczenia wyciszające, sala lekcyjna nie powinna rozpraszać, warto wprowadzać techniki audiowizualne, zapewnić mu możliwość ruchu.

Niecałe 30,00% badanych określiło zmiany w stosunku do samych siebie, jako nauczycieli, na przykład: *doceniać dziecko, często chwalić za najmniejsze osiągnięcia, starać się traktować go indywidualnie; rozmowa z uczniem – wyjaśnienie mu czym jest ADHD. Ze strony nauczyciela stała kontrola i przypominanie o obowiązkach, stosowanie nagród za dobre sprawowanie. Przedstawiać sytuacje hipotetyczne z różnych sytuacji klasowych i wówczas mówić o własnych odczuciach wobec uczniów – analiza przyczynowo-skutkowa na tle klasy.*

Jedna z osób badanych akcentowała nauczanie indywidualne, a cztery wstrzymały się od udzielenia odpowiedzi.

Oto przykładowe odpowiedzi respondentów:

- *Ograniczenie bodźców docierających do ucznia z ADHD.*
- *Zastosowanie metod skupiających jego uwagę, dopasowanie tempa pracy do jego możliwości, zachowanie spokoju i porządku.*
- *Zwrócenie uwagi na staranne wykonywanie prac oraz ich ukończenie, stopniowe wydłużenie czasu wykonywania zadań i nasilanie stopnia ich trudności.*
- *Mówienie do dzieci powoli, bez pośpiechu, głosem nieco stłumionym.*
- *Stosowanie „nauczania przez rówieśników", stosowanie przerw śródlekcyjnych i ćwiczeń relaksacyjnych.*
- *Posadzenie ucznia z ADHD z uczniem spokojnym, opanowanym, mającym dobre wyniki w nauce. Najlepiej w pierwszej ławce, blisko nauczyciela*

W powyższych przykładach pojawiło się wyrażenie „zastosowanie nauczania przez rówieśników", jest to nieco dziwnie brzmiące określenie. Przypuszczam, że nauczyciel miał na myśli wdrożenie uczniów do wzajemnego monitorowania własnej pracy na lekcji.

Odwołując się do tego, co już zostało powiedziane, należy uważać, iż nauczyciele są przygotowani, w swojej pracy dydaktyczno-wychowawczej, aby pomóc uczniowi szczególnie nadpobudliwemu. Potrafią wymienić wytyczne zmian, jakie należy wprowadzić zarówno w środowisku szkolnym, jak i domowym. Nie mają co prawda dobrego rozeznania w formach terapii – informacje były ogólnikowo ujęte – ale jakiś pogląd ogólny był zobrazowany. Wyniki badań wskazują, że studenci w tej kwestii lepiej wypadli.

Jeśli chodzi o placówki, czy Stowarzyszenia, to także nauczyciele nie mieli szczegółowej wiedzy w tym zakresie.

Reasumując, na podstawie wypełnionych ankiet – ilość i jakość zawartych w nich informacji – mogę powiedzieć, że widać, który nauczyciel jest kompetentny. Ma wiedzę nie tyle teoretyczną, co i praktyczną. Biorąc pod uwagę takie czynniki jak: wiek, staż, formy samodoskonalenia nauczycieli, mogę twierdzić, że nie są to czynniki wpływające na zakres wiedzy oraz jakość przygotowania do pracy z dzieckiem mającym ADHD. Na podstawie ankiet i dokonanych obserwacji lekcji wśród 20 nauczycieli, jestem przekonana, że zrozumienie problemu nadpobudliwości wynika z wiedzy – świadomości nauczyciela, jego przygotowania, najpierw teoretycznego a potem praktycznego. Niestety zauważa się tzw. „wypalenie zawodowe" u nauczycieli z długim stażem zawodowym. Niby nauczycielowi dojrzałemu powinno być łatwiej niż nowicjuszowi. Przykład, jaki przytoczyłam w analizie ankiet, przypomnijmy młoda nauczycielka kontra doświadczony nauczyciel, dają dowód na to, że nie jest to regułą.

Jedną z dezyderat jest: oby takich nauczycieli, jak ta młoda respondentka, było coraz więcej w każdej placówce. Zwłaszcza w klasach I-III, kiedy to kształtujemy młodych adeptów edukacji.

Więcej wniosków dotyczących postrzegania nauczycieli w świetle problematyki ADHD przedstawię w ostatnim rozdziale niniejszej pracy.

Przejdę teraz do kolejnego rozdziału, jakim jest analiza wyników badań ankietowanych wśród studentów studiów magisterskich uzupełniających na kierunku pedagogika wczesnoszkolna Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.

3.4. Studenci i ich wiedza na temat ADHD w świetle przeprowadzonych badań

Dążąc do rozwiązania głównego problemu badawczego autorka postanowiła zbadać *poziom wiedzy na temat zespołu ADHD wśród studentów Wydziału Pedagogiki i Psychologii studiów magisterskich uzupełniających na kierunku pedagogika wczesnoszkolna.*

Zamiar przebadania respondentów, jakimi są studenci, zwłaszcza na kierunku studiów uzupełniających, wynika z faktu, że są to przyszli nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej.

Studia magisterskie uzupełniające na kierunku pedagogika wczesnoszkolna skupiają różnych uczestników procesu kształcenia. Studia uzupełniające podejmują osoby w różnym wieku, z indywidualnym przygotowaniem pedagogicznym, zwłaszcza, że niektórzy już pracują zawodowo. Ponadto osoby te ukończyły różne uczelnie nadające im tytuł zawodowy: licencjat. Zdaniem autorki te uwarunkowania mogą być znaczące w poszukiwaniu odpowiedzi na zadane powyżej pytanie badawcze.

Zanim dokonam charakterystyki poszczególnych pytań ankiet, przejdę do bliższego zobrazowania, kim byli respondenci. Warto w tym miejscu nadmienić, badaniom poddane zostało 113 osób. Badania przeprowadziłam w trakcie trwania studiów magisterskich, na kierunku pedagogika wczesnoszkolna z pedagogiką przedszkolną. W jednym kierunku połączono dwie specjalności, które uprawniają przyszłych absolwentów do podjęcia pracy albo w szkole, albo w przedszkolu.

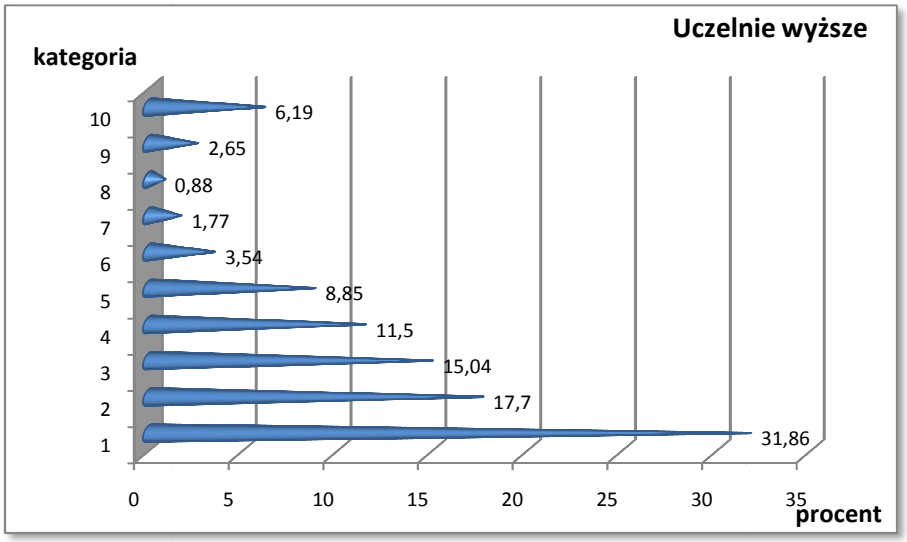
Odpowiedzmy zatem na pytanie, skąd pochodzą respondenci?

Ponieważ pojawiła się wielość odpowiedzi, dokonano pogrupowania respondentów według ośrodków najbliżej leżących blisko siebie miast. Pierwsza grupa, to Katowice, Mikołów, Sosnowiec, Dąbrowa Górnicza, Chorzów, Zabrze – mieszka tam 24,78% badanych (28 osób). Druga grupa, to Bytom, Piekary Śląskie, Ruda Śląska, Tarnowskie Góry, Gliwice - mieszka tam 22,12% (25 osób). Trzecia grupa, to tzw. miasta pozostałe, pojedyncze miasta: jak Żory, Pszczyna, Bielsko-Biała, Zawiercie, Orzesze, Kędzierzyn-Koźle, Węgierska Góra, Żywiec in. Z tych miast było 42,48% (48 osób). Dwanaście osób nie podzieliło się informacją, skąd pochodzą.

W jakich uczelniach badani otrzymali tytuł licencjata?

Poniższy wykres przedstawia uczelnie, które kształciły respondentów.

Wykres 14



Źródło: Obliczenia własne.

Kategorie uczelni wyższych wymienionych przez respondentów to:

1/ Akademia Techniczno-Humanistyczna - Bielsko-Biała (36 badanych),

2/ Uniwersytet Warmińsko-Mazurski (20 badanych),

3/ Kolegium Nauczycielskie w Bytomiu (17 badanych),

4/ Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP - Katowice (13 badanych),

5/ Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna - Mysłowice (10 badanych),

6/ Państwowa Wyższa Szkoła Zarządzania - Nowy Sącz (4 badanych),

7/ Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna - Kraków (2 badanych),

8/ Kolegium Nauczycielskie - Gliwice (1 respondent),

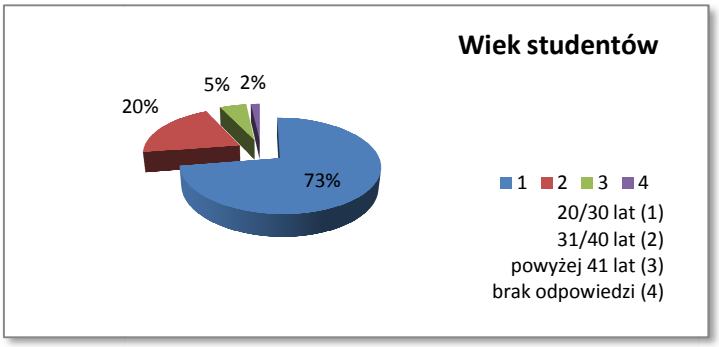
9/ Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP - Warszawa (3 badanych),

10/ brak odpowiedzi (7 badanych).

W analizie posłużono się zapisem procentowym oraz liczbowym, aby lepiej zobrazować, ilu badanych w danej uczelni otrzymało tytuł licencjata. Widać dużą rozbieżność między grupami. Zapewne jest to jeden ze wskaźników mogących wpływać na poziom wiedzy respondentów na temat ADHD.

Wiek badanych respondentów przedstawia wykres 15.

Wykres 15



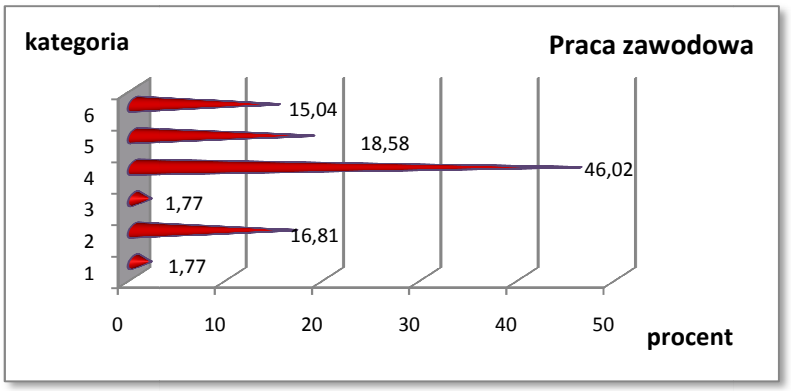
Źródło: Obliczenia własne.

Większość badanych (72,57%), to młodzi studenci, przedział wiekowy 20-30 lat. Mniej, bo jedynie 20,35% to badani w przedziale wiekowym 31-40 lat. Jedynie 6 osób (5,31%) to osoby legitymujące się wiekiem powyżej 41 lat. Z kolei dwie osoby nie dookreśliły swojego wieku.

Z danych jakie zgromadziłam wynika, iż znaczna większość respondentów pracuje zawodowo.

Spójrzmy na wykres nr 16.

Wykres 16



Źródło: Obliczenia własne.

Wśród kategorii wykonywanych prac pojawiły się obszary jak:

1/ szkoła,

2/ przedszkole,

3/ dom dziecka,

4/ praca inna niż placówki oświatowe,

5/ nie pracuje,

6/ brak odpowiedzi.

Jak wynika z danych statystycznych, blisko połowa respondentów pracuję, tyle tylko, że w innych dziedzinach niż oświata. Zaledwie dwadzieścia badanych osób pracuję w oświacie zgodnie z tytułem zawodowym.

Przypuszczałam, że dodatkowe formy doskonalenia (kursy, warsztaty itp.) będą dodatkowym wskaźnikiem warunkującym poziom wiedzy badanych o ADHD. Zapytano o nie. Niestety wyniki jakie zebrałam były niezadawalające, tzn. ponad połowa osób (52,21%) nie ma czym wykazać się, zaznaczyła odpowiedź *brak.* Blisko 30,00% badanych nie udzieliło żadnej odpowiedzi. Spośród innych odpowiedzi wyróżnić można: kursy, szkolenia (9,73%), kurs wychowawcy kolonijnego (5,31%), kursy związane z metodami, np. Metoda Weronki Sherborne (2,65%), kategoria: oligofrenopedagogika – jedna osoba (0,88%).

Autorka sądziła, że wyniki badań odnoszących się do form doskonalenia zawodowego, mogą być podstawą wniosków z ewaluacji danych o ADHD.

Przejdę teraz do analizy wyników badań dotyczących studentów w zakresie postrzegania i wiedzy o ADHD.

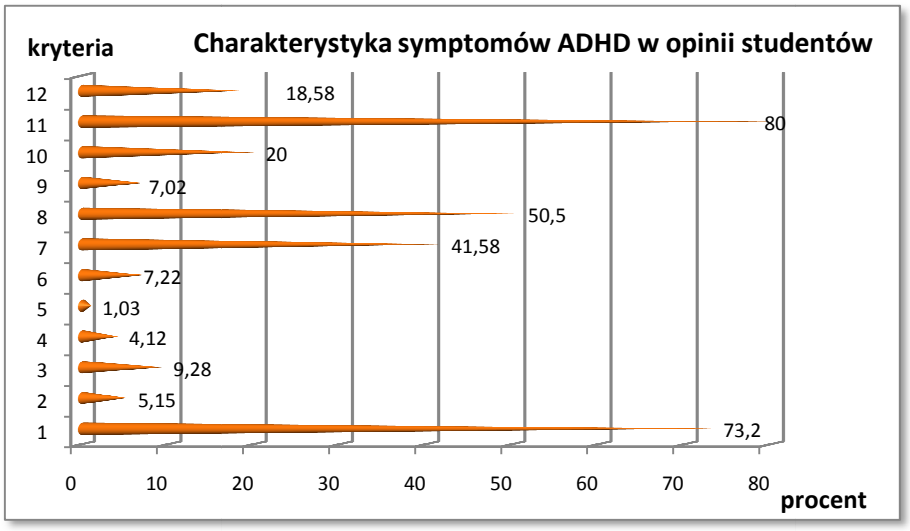
Ankieta rozpoczynała się od znajomości pojęcia ADHD, terminologii. Ponad połowa badanych określiła ADHD, jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej, nieco mniej bo jedynie 23,01%, wskazało na nadpobudliwość psychoruchową. Z kolei o ADHD jako nadpobudliwości ruchowej, opowiedziało się 8,85% osób. Mało osób zna pełną nazwę (4,42%). Taki sam odsetek postrzega ADHD w kategorii nadpobudliwości. Z ogółu badanych, sześć osób przyznało, że nie zna szczegółowej nazwy ADHD (5,31%).

Jeśli chodzi o znajomość symptomów, to respondenci wykazali się dobrą wiedzą. Blisko połowa badanych wie, że jednym z symptomów jest brak koncentracji uwagi (46,60%). Podobny odsetek (50,26%) wymienia nadruchliwość. Zaledwie jedna osoba mówi o impulsywności (0,52%). W stosunku do ogółu niewielka liczba osób wykazała się nie wiedzą (1,57%) lub po prostu brakiem odpowiedzi (1,05%).

Przy charakterystyce objawów ankietowani zwrócili uwagę na kryteria diagnozowania ADHD.

Prześledźmy poniższy wykres obrazujący symptomy ADHD w opinii studentów.

Wykres 17



Źródło: Obliczenia własne.

Wśród kryteriów pojawiły się wypowiedzi:

1/ brak skupienia uwagi przez dłuższy czas (73,20%),

2/ wydaje się, że nie słucha (5,15%),

3/ nie stosuje się do poleceń (9,28%),

4/ brak organizacji pracy (4,12%),

5/ gubi potrzebne rzeczy (1,03%),

6/ zapomina o codziennych sprawach, rozproszenie (7,22%),

7/ nie usiedzi, nerwowe ruchy rąk i nóg (41,58%),

8/ chodzi po klasie, jest w ciągłym ruchu, jest niespokojne (50,50%),

9/ jest nadmiernie gadatliwa (7,92%),

10/ nie czeka na swoją kolej (20,00%),

11/ przerywa, przeszkadza, daje odpowiedź zanim usłyszy pytanie (80,00%),

12/ brak odpowiedzi (18,58%).

Ankietowani mają rozeznanie, jak uwidaczniają się objawy dziecka z ADHD w jego zachowaniu. Świadczą o tym typowe zachowania przytoczone w kryteriach: 1, 7, 8, 11 (najwyższy odsetek odpowiedzi).

Pytanie czwarte dotyczyło przyczyn warunkujących ADHD. Zdaniem studentów w genetyce należy upatrywać przyczyn ADHD, tak odpowiedziało (32,38%). W mniejszym procencie wymieniono: dysfunkcje mózgu (27,87%), wpływ środowiska (21,72%),

korelacje czynników środowiska domowego i szkolnego (9,02%) oraz w nikłym procencie dieta oraz zła wola dziecka (po 3,69%). Cztery osoby wstrzymały się od głosu.

Jeżeli chodzi o miejsce występowania ADHD, to badani uważają, według danych procentowych, że objawy widoczne są w domu (21,59%), w szkole (20,45%), w każdym środowisku (14,77%), w środowisku rówieśniczym (10,80%), a w końcu - jednocześnie w szkole i w domu (5,68%). Na wskazaniu takiej odpowiedzi autorce chodziło o to, żeby respondent zaznaczył istotność tych dwóch środowisk. Wyniki badań wskazują, że tylko dziesięć osób wysnuło to przypuszczenie.

W zbliżonej ilości, 12 i 13 osób, nie wie lub po prostu nie odpowiedziała na pytanie.

Sprawa nasilania się objawów ADHD i określenia ich natężenia w czasie, także sprawiała trudności badanym. Prawie połowa badanych nie potrafiła odpowiedzieć na to pytanie, przy czym 13 osób zachowało milczenie (brak odpowiedzi u 11,40%). Inne odpowiedzi to: *mniej niż pół roku* (3,51%), *6 miesięcy* (8,77%), *więcej niż pół roku* (7,89%), określenie typu *od określonego roku życia* (19,30%).

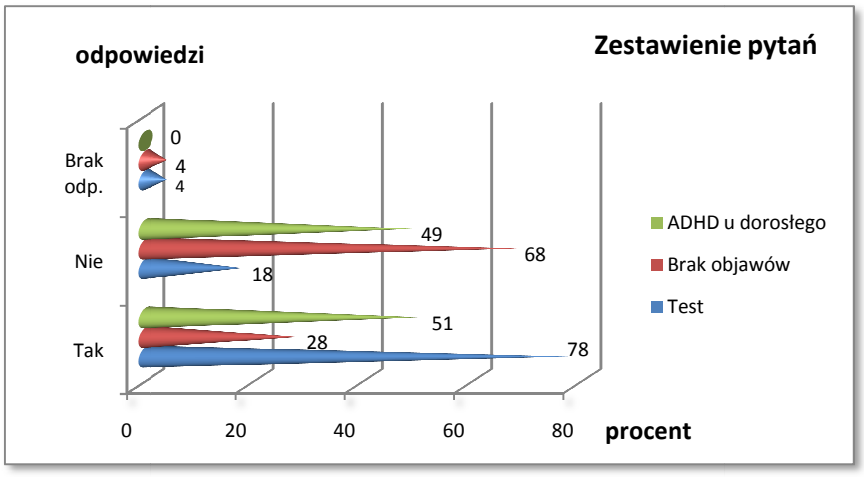
Niestety studenci, podobnie do innych grup, nie mają rozeznania w określeniu czasu trwania – nasilania się objawów ADHD.

Problemem dla nich było opowiedzenie się za typami ADHD – rodzajami. Ponad połowa nie wie jakie są typy ADHD, przy czym osiem osób wstrzymało się od głosu. Najbardziej znanym typem jest ADHD mieszane (10,08%), później z nadruchliwością (9,30%) i na ostatnim miejscu z zaburzeniami koncentracji uwagi (6,98%).

Studenci są przekonani, że ADHD dotyczy zarówno chłopców, jak i dziewcząt (32,50%), choć niektórzy uważają, że w większości dotyka to chłopców (24,50%). Inni z kolei są zdania, że nie ma przedziału wiekowego określającego ADHD (24,00%). Opinie są znacznie podzielone. Niewielki odsetek sądzi, że ADHD pojawia się w momencie pójścia dziecka do szkoły podstawowej, a jeszcze inni do szkoły średniej. Dwadzieścia jeden osób (co stanowi 10,50%) określa wiek dziecka z ADHD, przedział od 6-10 lat.

Spójrzmy teraz na poniższy wykres, obrazujący zestawienie opinii badanych dotyczących istnienia testu na ADHD, pełnego wyrośnięcia z ADHD oraz wystąpienia ADHD u dorosłego.

Wykres 18



Źródło: Obliczenia własne.

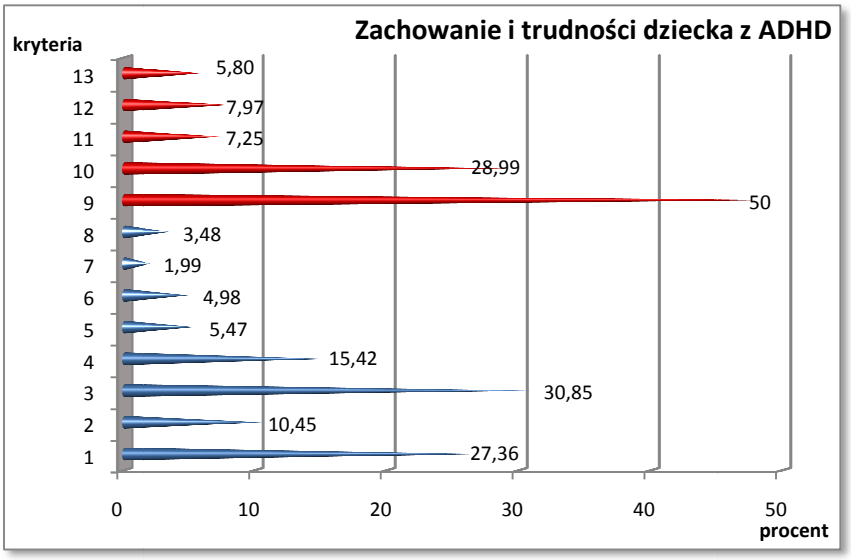
Znaczna większość badanych (78%) jest przekonana, że istnieje test na ADHD, co oczywiście jest błędnym przekonaniem. Słuszność natomiast mają ci studenci, którzy sądzą, iż z ADHD nie można w pełni wyleczyć się. Z wiekiem objawy stają się mniej widoczne – odczuwalne dla otoczenia, pod warunkiem, że ADHD wcześnie zostanie rozpoznane i objęte rzetelną terapią.

ADHD u dorosłych, tu ankietowani mieli podzielone zdania w takim samym procencie odpowiedzi.

Kolejne pytanie odnosiło się do tego, czy studenci kojarzą skrót, który stanowi klasyfikacje symptomów ADHD. Znaczna połowa badanych nie zna – nie kojarzy klasyfikacji. Dwadzieścia siedem osób zaznaczyło błędny skrót: ADHD II, a prawidłowych ICD oraz DSM IV zaznaczyło w sumie tylko trzynaście osób (12,00%). Z tym pytaniem badani mieli ewidentne trudności.

Jak zachowuje się dziecko z ADHD i z czym ma ono trudności, to obrazuje poniższy wykres oraz charakterystyka opinii badanych.

Wykres 19



Źródło: Obliczenia własne.

Wyjaśnienie: Zachowania 1/ zaangażowanie w prace, 2/ efektywność , 3/ ruch, 4/ emocje, 5/ egocentryzm, 6/ komunikacja, 7/ brak wiedzy na temat zachowania, 8/ brak odpowiedzi

Trudnośc 9/ nauka, 10/ zachowanie, 11/ „ja", 12/ brak wiedzy na temat trudności, 13/ brak odpowiedzi

Najbardziej widocznym kryterium odnoszącym się do zachowania, jest ruch (30,85%). Następnie uwidacznia się u dziecka trudność z zaangażowaniem się do pracy (27,36%). ADHD ujawnia sie w stosunku do innych dzieci, wzmagają się emocje (krzyk, złość, agresja – 15,42%). W pracy dzieci z ADHD brakuje efektywności, co stanowi 10,45%. Ich zadania nie są kończone, i o ile są w ogóle kończone, to niedbale i nie w pełni. Ponadto komunikacja (4,98%), dotarcie do dziecka nadpobudliwego jest wyczynem niebywale trudnym. Nawiązanie linii porozumienia jest o tyle utrudnione, ponieważ dziecko jest czasem egocentryczne (5,47%).

Na temat wiedzy, jak zachowuje się dziecko – uczeń, studenci nie mają wiedzy (1,99%) lub też nie wypowiadają własnej opinii (3,48%).

Trudności – problemy z jakimi nie radzi sobie dziecko, skupiły się w ramach trzech grup: nauka (50%), zachowania (28,99%), „ja" (7,25%). Pod określeniem „ja", zawarte jest postrzeganie samego siebie, czyli ja z ADHD a inni. I znów pojawia się przekonanie, że dziecko z ADHD ma niskie poczucie własnej wartości, czuje się wyalienowane. Za taki stan rzeczy należy obwiniać, niestety, przede wszystkim środowisko szkolne, które nie stwarza dziecku odpowiednich warunków dla jego pełnego rozwoju psychofizycznego (duszy i ciała).

Studenci, którzy nie wiedzą z czym dziecko z ADHD ma trudności, to 7,97% a brak odpowiedzi widoczny jest u 5,80% badanych studentów.

Istotną wiedzą o ADHD jest znajomość form terapii. A jakie formy znają studenci? Wśród wymienionych odpowiedzi pojawiły się: w takim samym procencie odpowiedzi, po 17,83%, że są to ćwiczenia relaksacyjne, wspomagające koncentrację oraz ogólne stwierdzenie, typu - terapie pedagogiczno-psychologiczne. W niewielkim procencie (9,30%) podkreślono rolę leków oraz odpowiedniej diety oraz terapii indywidualnej (6,20%), terapii rodzinnej (2,33%). Autorka ocenia, że wiedza na ten temat badanych jest znikoma, zważywszy na fakt, że znaczna grupa (34,88%) nie zna odpowiedzi, a piętnaście osób (11,63%) nie wypowiedziało się w ogóle na ten temat.

Aby stosować odpowiednią terapie wobec dziecka z ADHD, należy najpierw wyznaczyć diagnozę, czego rozpoznanie dotyczy, jakiego problemu. Być może, będzie to dziecko tylko z zaburzeniami koncentracji uwagi, z nadpobudliwością lub tylko z impulsywnością.

Zapytano studentów o to, czy kiedykolwiek zetknęli się z dzieckiem mającym postawioną diagnozę. Ponad połowa badanych, aż 81,42%, odpowiedziała przecząco. Jedynie kilkanaście osób (12,39%) stwierdziło, że „tak", a sześć (5,31%) nie jest do końca pewna, czy było to ADHD, czy też po prostu złe zachowanie dziecka. Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi.

Pisząc o diagnozie poproszono respondentów o dokończenie zdania *Brak wczesnej diagnozy może doprowadzić do…* Badani ujęli to w dwie pod kategorie: trudności w funkcjonowaniu (45,24%) oraz pogłębieniu się ADHD (42,86%). Natomiast 11,90% studentów nie wyraziło żadnej opinii w tym względzie.

A oto niektóre wypowiedzi badanych w ramach podkategorii:

Trudności w funkcjonowaniu:

- ✓ *ADHD to nieszczęście człowieka.*
- ✓ *Nie odnalezienie się w społeczeństwie czy warunkach społeczno-rodzinno-czasowych.*
- ✓ *Dużych problemów, trudności w nauce.*
- ✓ *Spóźniona diagnoza prowadzi do skrzywdzenia dziecka.*
- ✓ *Izoluje dziecko, zamknięcie się na grupę rówieśniczą, załamanie.*
- ✓ *Zaprzepaszczenia szansy na edukacje i wychowanie dziecka z ADHD.*
- ✓ *Braku kontaktu z rówieśnikami.*
- ✓ *Fobia szkolna i agresja u dziecka.*

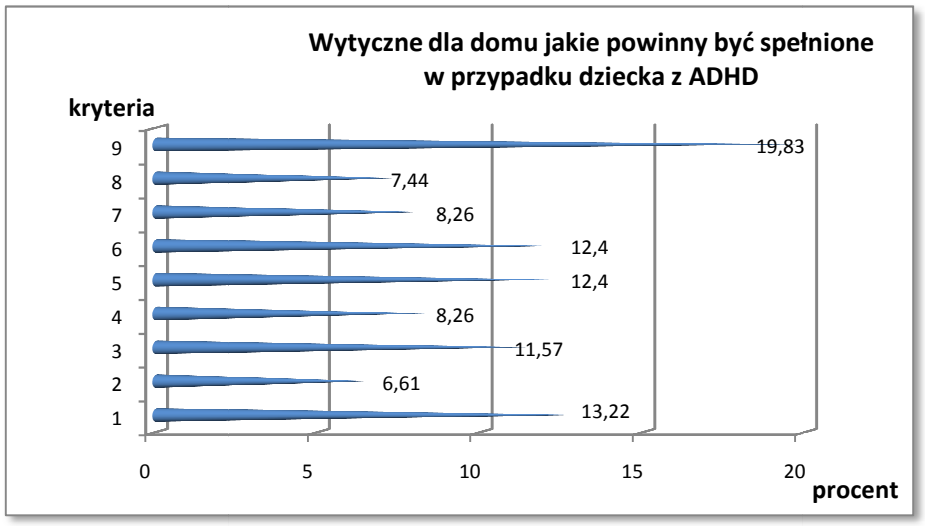
- ✓ *Dziecko z ADHD zostanie napiętnowane, będzie miało problemy z nauką, z rówieśnikami i nawet zostanie przeniesione do szkoły specjalnej.*
- ✓ *Niedostosowanie do pełnienia ról społecznych.*

Pogłębienie się objawów ADHD:

- ✓ *Jedynie wczesna diagnoza może zapobiec pogłębieniu się objawów.*
- ✓ *Pogłębienie zaburzeń, im wcześniej wykryta tym łatwiej dziecko wyleczyć.*
- ✓ *Brak wczesnej diagnozy może doprowadzić do rozwoju sfer, w których dziecko nieprawidłowo się rozwija, zostaję zaburzone, gdy wcześnie się nie zacznie terapii, trudno odbudować i naprawić cokolwiek.*
- ✓ *Nieodwracalnych zmian w osobowości i psychice dziecka.*
- ✓ *Rozwoju choroby, nieodwracalne w swych skutkach; prowadzi do nieodwracalnych zmian w psychice dziecka.*
- ✓ *Trwałych zaburzeń; zaburzenia emocjonalne.*

Z wypowiedzi badanych wynika, że zbyt późna diagnoza i tym samym zbyt późno podjęte działania zaradcze, wpływają niekorzystnie na pełny psychofizyczny rozwój dziecka. Natomiast jeśli jest dobrze postawiona diagnoza, wówczas należy wprowadzić odpowiednie zmiany w wychowaniu i kształceniu dziecka z ADHD. Czy badani są świadomi zmian, to ujawnią poniższe odpowiedzi. Przeanalizujmy poniższe wykresy.

Wykres 20



Źródło: Obliczenia własne.

Jeśli chodzi o **dom** to:

1/ powinna być zachowana odpowiednia atmosfera (13,22%),

2/ powinny być ograniczone bodźce zewnętrzne (6,61%),

3/ powinny być ustalony odpowiedni harmonogram pracy (11,57%),

4/ istotna jest wiedza- świadomość o znajomości problematyki (8,26%),

5/ zlecana jest pomoc specjalisty, kontakt z poradnią (12,40%),

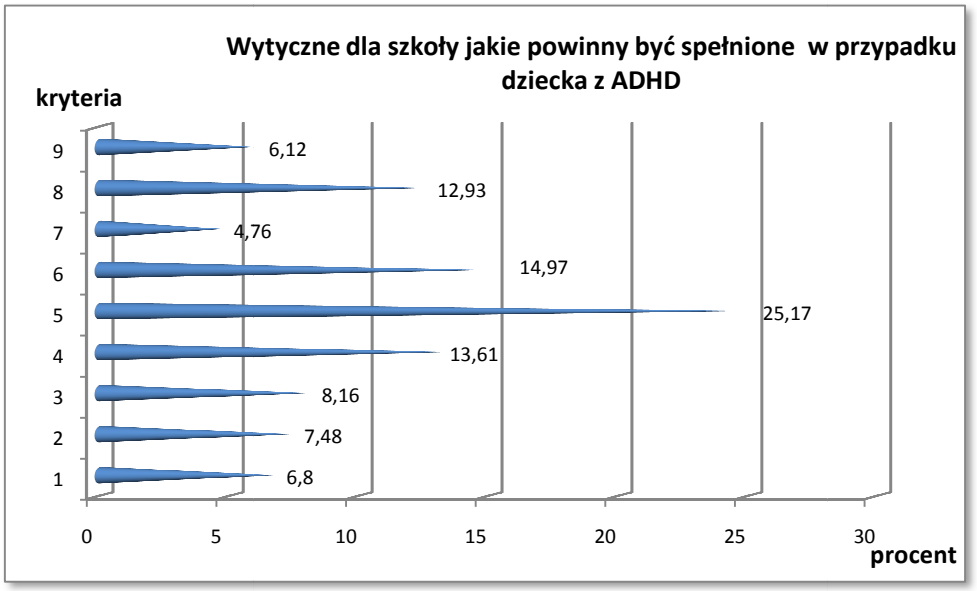
6/ powinny być ustalone wytyczne do metod wychowawczych rodziców (12,40%),

7/ zaleca się pomoc szkoły – współdziałanie (8,26%),

8/ propozycja dodatkowych zajęć, na przykład sport – wyładowanie zbędnej energii dziecka (7,44%),

9/ powinno być większe zainteresowanie ze strony rodziców, więcej uwagi (19,83%).

Wykres 21



Źródło: Obliczenia własne.

Wytyczne do **szkoły** względem dziecka z ADHD to:

1/ współpraca z domem (6,80%),

2/ współpraca z poradnią (7,48%),

3/ wiedza- świadomość nauczyciela (8,16%),

4/ podejście indywidualne do dziecka (13,61%),

5/ ustalenie odpowiednich wytycznych względem wychowania, ograniczenie bodźców, dodatkowe zajęcia (25,17%),

6/ zainteresowania ze strony nauczycieli, więcej uwagi z ich strony (14,97%),

7/ informacja dla rodziców i uczniów (4,76%),

8/ brak wiedzy na ten temat – nie wiem (12,93%),

9/ brak odpowiedzi (6,12%).

Jak wynika z powyższych wykresów, odpowiedzi badanych w dużej mierze są odpowiedziami bardzo cząstkowymi. Niemniej jednak akcentują sprawy ważne z punktu widzenia dziecka z ADHD. Na podstawie danych procentowych można wnioskować, iż studenci mają rozeznanie w warunkach, jakie powinna spełniać rodzina oraz środowisko szkolne.

Mówiąc o szkole, to dziecko z ADHD winno być objęte odpowiednią formą nauczania. Jaką? W znacznej większości, badani wskazywali, że powinno być to nauczanie indywidualne (36,00%) lub nauczanie w grupach (14,40%). Niektórzy, opowiadają się za klasami integracyjnymi (4,00%) lub za zastosowaniem różnych form terapii, czy metod (9,60%).

Odpowiedzi na to pytanie wskazują, iż badani mają trudności z doprecyzowaniem określenia pojęcia form nauczania. Spory odsetek nie ma wiedzy w tym względzie (26,40%), a 9,60% nie wyraziło opinii w tej sprawie.

Badanym studentom stworzono sytuację hipotetyczną, a mianowicie, co zrobiliby jako przyszli nauczyciele nauczania początkowego z edukacją przedszkolną, w przypadku dzieci z ADHD? Jakie kroki - działania oraz zmiany podjęliby w swojej pracy wychowawczo-dydaktycznej z dzieckiem mającym ADHD?

Badani w przypadku kroków - działań wyróżnili:

- prawie połowa badanych (43,29%) kontakt z poradnią pedagogiczno-psychologiczną, kontakt z psychologiem, zastosowanie odpowiednich ku temu terapii,
- zwrócenie uwagi na właśnie ścisłą współprace z domem, rodziną, co umożliwi określenie wspólnych wytycznych (28,66%),
- odwołanie się do samokształcenia w dziedzinie ADHD, nauczyciel jako wnikliwy obserwator, koordynator podjętych działań – wywiad (8,54%),
- prośba o nauczanie indywidualne dla dziecka z ADHD (7,93%),
- skierowanie na badania specjalistyczne (6,71%),
- nie wiem (4,88%).

W przypadku zmian dokonanych w stosunku do ucznia z ADHD, badani wymienili:

- znaczny odsetek w stosunku do ogółu opowiada się za wprowadzeniem określonych wytycznych do zajęć (39,10%),
- ustalenie wytycznych do nauczyciela (17,29%),

- uświadomienie rówieśników ucznia z ADHD o znaczeniu i istocie choroby (10,53%),
- odwołanie się do indywidualnego toku nauczania (23,31%),
- brak odpowiedzi (9,77%).

Wymienione przez badanych kategorie działań nieco pokrywają się z wytycznymi, jakie zalecane są w przypadku ustaleń określonych przez szkołę dla dziecka z ADHD. Zadawalające są wyniki, w których badani są przekonani o konieczności nawiązania kontaktu z poradnią pedagogiczno-psychologiczną, konieczności nawiązania współpracy z rodzicami, ustaleniu wytycznych do lekcji oraz przyjęciu zmian także we własnym kierunku – *ja jako nauczyciel i mój uczeń z ADHD.*

Niestety, w znikomym procencie badani wymienili informacje o ADHD dla rówieśników, a jak wiemy jest to podstawa w rzeczywistym planowaniu skutecznej pomocy dla dziecka z ADHD. Środowisko rówieśnicze kształtuje poniekąd samoocenę dziecka z ADHD. Wpływa na to jak dziecko czuje się, jak postrzega siebie przez pryzmat innych uczniów.

By uzupełnić te problematykę, uczeń z ADHD a inni uczniowie, zapytano, czy ważna jest dla dziecka z ADHD grupa rówieśnicza. Badani odpowiedzieli: zdecydowanie tak (42,48%), raczej tak (41,59%), zdecydowanie nie (7,08%), raczej nie (5,31%), brak odpowiedzi (3,54%).

Większość badanych jest zdania, że kontakt z rówieśnikami, kontakt przychylny jest niezbędny dla dziecka z ADHD, ale nie tylko. Jak wiemy każdy potrzebuje akceptacji czy to w szkole, w domu, w pracy, wszędzie gdzie się obraca, gdzie jest. Skoro tak jest, to badani powinni mieć na uwadze właśnie szerzenie wiedzy o ADHD wśród małych dzieci, o ile mamy ucznia z ADHD. W tym celu przydatny będzie program CD, który zawiera odpowiedni materiał do tego typu prelekcji z uczniami klas I - III.

W szerzeniu wiedzy pomocne są Stowarzyszenia lub inne placówki (PPP, Grupy Wsparcia), o których treści zawarłam w podrozdziale 1.3.1. Czy badani byli w stanie wymienić takie placówki?

Jeżeli chodzi o stowarzyszenia, to tylko 4 osoby wskazały stowarzyszenie Polskie Towarzystwo ADHD z Krakowa (3,48%). Inne odpowiedzi mniej znaczące w stosunku do treści pytania to: kontakt z lekarzem – specjalistą (18,26%), szkoły integracyjne (0,87%), brak odpowiedzi (7,83%). Autorka wyraża przekonanie, iż badani nie zrozumieli istoty pytania, co świadczy o braku wiedzy w tym zakresie. Ponad połowa ankietowanych

nie zna (69,57%) placówek czy stowarzyszeń szerzących wiedzę o ADHD, wspierających wszystkich uczestników procesu edukacyjnego.

Badacza interesowała jeszcze jedna kwestia, skąd pochodzi wiedza badanych, z jakich źródeł, jak oceniają zasób wiedzy, jaką posiadają o tematyce nadpobudliwości psychoruchowej?

Przyjęłam założenie, że wiedza jaką wykazali się badani w ankiecie, ich świadomość na temat istnienia i rozumienia problematyki ADHD, pochodzi ze szkoleń lub też innych form samodokształcania się? To założenie nie potwierdziły wyniki badań, bowiem znaczna większość respondentów (86,84%), nie uczęszczała – nie brała udziału w szkoleniach o tematyce ADHD. Jedynie pięć osób (4,39%) było w stanie wymienić przykładowe szkolenia. Cztery osoby podały miejsce takich szkoleń (3,51%), tyle samo określiło swoją wiedzę na gruncie rozmów ze specjalistami (3,51%), Brak opinii u dwóch osób.

Skoro wiedza nie stanowiła treści w szkoleniach lub warsztatach, to może respondenci czytali publikacje na temat ADHD? Niestety, wyniki danych statystycznych nie potwierdzają tego przypuszczenia autorki. Blisko dziewięćdziesiąt procent nie zna żadnej publikacji o tematyce ADHD, nikły odsetek (3,54%), pisze o: artykułach, artykułach z czasopisma „Bliżej Przedszkola", publikacja pod tytułem „Od chaosu…

Brak opinii u siedmiu ankietowanych (stanowi to 7,08% ogółu).

Zatem, jakie jest źródło wiedzy badanych na temat ADHD i jak ją oceniają respondenci?

Oto lista wypowiedzi:

- studia (42,11%),
- Internet, telewizja (22,56%),
- rozmowy ze specjalistami, praktyka zawodowa (21,05%),
- szkolenia, kursy (6,77%),
- brak odpowiedzi (7,52%).

Analizując powyższe wypowiedzi w stosunku do innych pytań (pytanie o ilość diagnozowanych przypadków w praktyce zawodowej, o uczęszczanie na kursy, szkolenia), mogę stwierdzić, że wyniki statystyczne w znacznym stopniu pokrywają się.

Dla wyjaśnienia, posługując się pojęciami: kurs, szkolenie, warsztat, autorka rozumie je jako formy, dzięki którym badani są w stanie poszerzyć zakres wiedzy o ADHD, dlatego też stosuje je zamiennie w analizie wyników badań.

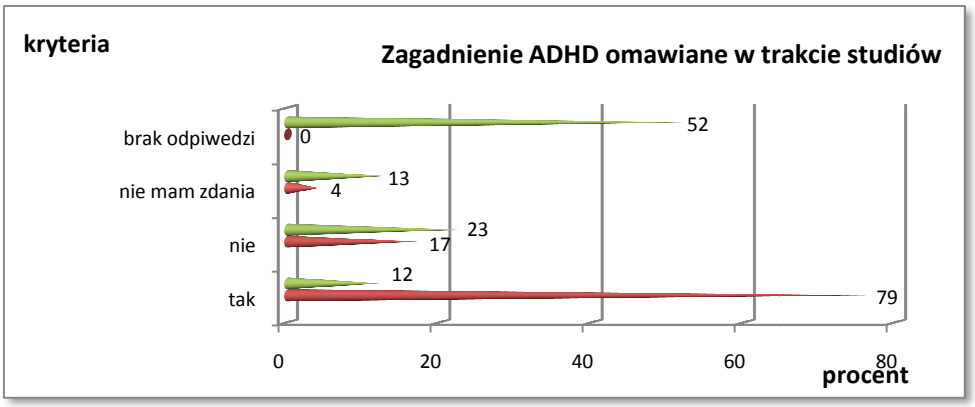
Jak badani oceniają się w skali od 1-5, gdzie 1 minimum a 5 maximum.

Ponad połowa ocenia zakres swojej wiedzy na poziomie drugim, nieco mniej (24,78%) na poziomie trzecim. Poziom pierwszy, to 18,58% badanych. Najwyższy z poziomów, to poziom czwarty w opinii badanych ocen to 3,54% badanych. Dwie osoby nie dokonały samooceny.

Dość krytycznie i tym samym racjonalnie, ocenili się ankietowani. Warto nadmienić, że ich stan wiedzy jest rzeczywistym odzwierciedleniem ich świadomości na temat nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi. Badani wypełniali ankiety w miejscu ich rozdania, co świadczy o faktycznym poziomie wiedzy o ADHD.

Ankietowani, to studenci studiów uzupełniających magisterskich. Z tego tytułu zapytano, czy tematyka ADHD poruszana była w trakcie trwania studiów zarówno licencjackich, jak i magisterskich. Spójrzmy na wykres poniżej.

Wykres 22



Źródło: Obliczenia własne.

Badani mieli możliwość wyboru pomiędzy: *tak, nie, nie mam zdania* i oczywiście pojawiły się pytania nie uzupełnione – *brak odpowiedzi*.

Jak wynika z wykresu, na studiach licencjackich znaczny odsetek badanych (79%) twierdzi, iż tematyka ADHD była poruszana na zajęciach w trakcie trwania studiów. Tylko 4% nie ma zdania na ten temat. Jeśli chodzi o studia magisterskie, to tu sprawa wygląda nieco inaczej. Ponad połowa badanych nie udzieliła odpowiedzi. Zdaniem 23% tematyka ADHD nie była omawiana w trakcie zajęć objętych w ramach programów studiów uzupełniających magisterskich, a jedynie 12% twierdzi, że tak, tematyka ADHD była poruszana na zajęciach. Jak widzimy mamy zbieżne opinie w tej kwestii, dość nie czytelne, zważywszy, że ponad połowa badanych wstrzymała się od głosu.

Idąc tym tokiem myślenia - ADHD na studiach - jaką opinię mają studenci w stosunku do myśli: *czy zagadnienie ADHD powinno wchodzić w zakres planowanych zajęć dla studentów na kierunku zintegrowana edukacja wczesnoszkolna?*

Ankietowani mieli dokończyć potwierdzenie bądź zaprzeczenie myśli.

Wśród odpowiedzi pojawiło się sześć podkategorii wyróżnionych przez badacza, *tak ponieważ:*

1. jest to coraz powszechniejsze zjawisko (31,06%),
2. nauczyciel powinien znać tę tematykę (18,18%),
3. problem z jakim spotkamy się w pracy (21,21%),
4. chęć poszerzenia własnej wiedzy, zdobycia nowych umiejętności (19,70%),
5. jest to poważny problem dla wychowania (0,79%),
6. brak odpowiedzi (9,09%).

Właściwie, prawie wszyscy (z wyjątkiem dwunastu osób, które nie udzieliły odpowiedzi) są zgodni, iż problematyka ADHD powinna być poruszana w ramach programu przewidzianego dla studentów studiów magisterskich uzupełniających.

Podsumowując, zadano pytanie, *Co pani sądzi na temat zespołu ADHD?*

Oto przykładowe odpowiedzi badanych:

- ✓ *Jest to problem dla dzieci, ponieważ bardzo zaburza jego prawidłowe funkcjonowanie w grupie, w rodzinie, itp.*
- ✓ *Jest to choroba, której nie należy lekceważyć, ponieważ bez odpowiedniej pomocy może doprowadzić do tragicznych skutków.*
- ✓ *ADHD wielu ludzi uważa, że skoro zespół już istnieje, to diagnozę u wielu dzieci stawia się od tak bez bardziej wnikliwej obserwacji.*
- ✓ *Jest to bardzo trudny problem, a nauczyciele nie do końca są kompetentni do pomocy dziecku.*
- ✓ *Jest to problem XXI wieku, jednak czasem wydaję się, że dziecku przykleja się taką etykietę ADHD, choć niekoniecznie jest on tym zespołem dotknięty.*
- ✓ *Bardzo kłopotliwe schorzenie, zwłaszcza dla rodziców takiego dziecka i dla niego samego.*
- ✓ *To nowe pojęcie, które nie wszystkim jest znane, ale coraz więcej o tym mówi się.*
- ✓ *Zbyt często, zbyt łatwo stawia się diagnozy potwierdzające ADHD. Jednak choroba staje się coraz większym problemem.*

- ✓ *Jest to z pewnością bardzo trudny problem dla rodziców, nauczycieli, w leczeniu którego należy być bardzo cierpliwym i wytrwałym.*
- ✓ *Bardzo modny ostatnio termin.*
- ✓ *Trzeba dokonać wielkich starań i starać się pomóc dziecku w przezwyciężeniu tej choroby.*
- ✓ *To temat wciąż mało znany nauczycielom i rodzicom.*
- ✓ *Zjawisko nabiera szerszego kręgu.*
- ✓ *Nie chciałabym mieć ucznia z ADHD w klasie, ponieważ takie dziecko rozbija pracę całego zespołu.*
- ✓ *Przypadłość przykra, ale można z nią żyć.*
- ✓ *ADHD jest niebezpieczne i stwarza wiele problemów dzieciom.*
- ✓ *Ludzie, którzy mają ADHD – żyją jakby byli bombą zegarową.*
- ✓ *Bardzo utrudnia pracę nauczycielowi. Nie jest winą dziecka, ale cechą wrodzoną.*
- ✓ *Podobno jest to do ujarzmienia, ale wymaga od nauczycieli nieustającej cierpliwości, także ze strony rodziców.*

Z zebranego materiału empirycznego udało się dokonać klasyfikacji myśli według kategorii:

1. opinia dotycząca diagnozy (10,00%),
2. opinia typu: problem powszechny (17,14%),
3. opinia typu: problem dla otoczenia (17,86%),
4. kwestia odnosząca się do przygotowania nauczycieli pod kątem wiedzy i pracy z takim dzieckiem (11,43%),
5. opinia, iż jest to choroba, schorzenie, zaburzenie (11,43%),
6. brak odpowiedzi (32,86%).

Przytoczone odpowiedzi badanych świadczą o tym, iż ADHD ma swój odzew w społeczeństwie. Jedna z opinii jest dla autorki dość kontrowersyjna, podkreślono ją w wypowiedziach studentów, przypomnę ją: *Nie chciałabym mieć ucznia z ADHD w klasie, ponieważ takie dziecko rozbija pracę całego zespołu.*

Jest to opinia krzywdząca dla dziecka z ADHD, nie traktująca każdego ucznia na tych samych warunkach. Jak jest respektowana zasada traktowania ucznia podmiotowo?

Podsumowując, należy postawić pytanie, *jaka jest zatem wiedza – świadomość studentów na temat ADHD?*

W przekonaniu autorki, na podstawie wyników badań, wiedza studentów jest fragmentaryczna, niepełna. Nieliczni studenci w odpowiedziach na podanie osądu w sprawie ADHD pisali tak: *mam zbyt małą wiedzę, by się wypowiedzieć.*

Jestem przekonana, iż ocena poziomu wiedzy badanych, przypomnijmy poziom drugi, w stosunku do uzyskanych wyników analiz pytań, jest jak najbardziej adekwatna. Przesłanki i wskazówki, co należy zrobić w tym względzie, by zwiększyć świadomość studentów o ADHD, zamieściłam w końcowych wnioskach.

3.5. Porównanie trzech grup respondentów: rodzice – nauczyciele – studenci

Biorąc pod uwagę, że w procesie edukacyjnym uczestniczą uczniowie, a pośrednio także i ich rodzice, nauczyciele, zarówno obecni, jak i przyszli, stąd zasadne było dokonanie weryfikacji pytań powtarzających się w ankietach.

Pomysł ten „zrodził się" w trakcie analizy poszczególnych pojedynczych pytań w każdej z grup badanych. Autorka świadoma była faktu, iż pytania powtarzają się. W momencie obliczania – weryfikacji danych ilościowych, doszła do wniosku, że być może pojawią się ciekawe wnioski, dokonując takiego nietypowego porównania.

Co prawda, badane grupy różnią się znacznie między sobą, jednak i tak poczyniono ten krok, by zobaczyć, czy pojawią się nowe wnioski w związku z problematyką ADHD. Czasem nietypowe odkrycia, wymagają nietypowych rozwiązań. Na pozór sprzeczności i niedorzeczność są niegodne uwagi, mogą jednak dostarczyć ciekawych wniosków.

Przejdę zatem do wyjaśnień zgromadzonych porównań.

Analiz dokonano wśród trzech grup respondentów: rodzice (R), studenci (S), nauczyciele (N). W tym miejscu nadmienię, że będę posługiwać się skrótami R, S, N. Znaczące różnice w wynikach, zapisane zostały czcionka pogrubioną w tabeli dla szybkiego ich rozróżnienia, gdzie wystąpił najwyższy procent wskazywanych przez badanych odpowiedzi. Analizie poddałam pytania, które nawiązują bezpośrednio do trzech grup respondentów, ale są

i też takie, które dotyczą tylko dwóch grup: nauczycieli i przyszłych nauczycieli - studentów. Dane prezentowane w tabelach pobrano na podstawie arkuszy z programu Statistica, gdzie wprowadzano poszczególne zestawienia statystyczne. Łącznie weryfikacji poddano czternaście pytań. I choć odpowiedzi na te pytania były analizowane w ramach poszczególnych grup respondentów, to w tej części będą miały inny wymiar, inne znaczenie.

Zatem przejdźmy do analizy pytania o objawy ADHD.

Spójrzmy zatem na poniższą tabelę.

Tabela 1

Objawy ADHD

	N=760	R	S	N	W
N	Brak koncentracji uwagi	164	89	24	277
%		33,00%	**46,60%**	33,33%	
N	Nadruchliwość, nadpobudliwość	196	96	24	316
%		39,44%	**50,26%**	33,33%	
N	Impulsywność	67	1	19	87
%		13,48%	0,52%	**26,39%**	
N	Nie wiem	40	3	3	46
%		**8,05%**	1,57%	4,17%	
N	Brak odpowiedzi	30	2	2	34
%		**6,04%**	1,05%	2,78%	
N	Ogółem	497	191	72	760
% z Tabeli		65,39%	25,13%	9,47%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

Wyniki badań wskazują, że jeśli chodzi o wyróżnienie objawów ADHD, takich jak: brak koncentracji uwagi oraz nadruchliwość, nadpobudliwość, najwięcej odpowiedzi udzielili studenci. Z kolei, impulsywność została, wyróżniona w największym stopniu przez grupę nauczycieli. Wydawać się powinno, że w tym względzie większą wiedzę po-

winni mieć nauczyciele, którzy na co dzień mają styczność z dziećmi, w tym z dziećmi mającymi zespół ADHD. A jednak jest inaczej.

Kolejne pytanie odwołuje się do przyczyn ADHD w opinii respondentów. Poniżej mamy kolejne zestawienie danych.

Tabela 2

Przyczyny warunkujące ADHD

	N=989	R	S	N	W
N	Wpływ środowiska	131	53	17	201
%		19,61%	21,72%	**22,08%**	
N	Genetyka	188	79	28	295
%		28,14%	32,38%	**36,36%**	
N	Dysfunkcje i uszkodzenia mózgu	166	68	22	256
%		24,85%	27,87%	**28,57%**	
N	Dieta	32	9	4	45
%		4,79%	3,69%	**5,19%**	
N	Korelacja czynników	95	22	5	122
%		**14,22%**	9,02%	6,49%	
N	Zła wola dziecka	47	9	1	57
%		**7,04%**	3,69%	1,30%	
N	Brak odpowiedzi	9	4	0	13
%		1,35%	**1,64%**	0,00%	
N	Ogółem	668	244	77	989
% z tabeli		67,54%	24,67%	7,79%	100,00 %

Źródło: Obliczenia własne.

Wyniki badań wskazują, że najwięcej prawidłowych wskazań było w grupie nauczycieli. Są oni zdania, że przyczyna leży między innymi we wpływie środowiska rodzinnego, tj. poprzez stosowane metody wychowawcze. Akcentowano wielokrotnie, że nie można tego uznać za przyczynę, a jedynie za czynniki pogłębiający objawy ADHD. Kategoria wpływu środowiska została ujęta w pytaniu pod kątem sprawdzenia, ilu respondentów odpowie w ten sposób. Było to celowe, zamierzone i podchwytliwe ujęcie pytania.

Rodzice są zdania, że korelacja czynników, jednocześnie środowiska rodzinnego i szkolnego, jest przyczyną ADHD. Niestety i ta grupa uważa, że ADHD wynika ze złej woli dziecka. Biorąc pod uwagę, iż rodzice w najwyższym procencie wśród badanych wskazali na tę przyczynę, należałoby wyjść naprzeciw z deklaracją przeprowadzenia warsztatów informacyjnych o ADHD dla rodziców, by niechlubną opinię zniwelować wśród społeczności rodzicielskiej.

Zła wola dziecka jest błędnym rozumieniem ADHD, a znaczny odsetek spośród trzech grup badanych wyraziło takie przekonanie.

Kolejna tabela wyników odnosi się do miejsca występowania objawów ADHD. Wiemy, że aby mówić o ADHD z całą pewnością, to objawy tego zaburzenia muszą mieć miejsce w dwóch środowiskach: dom i szkoła jednocześnie. Nie wszyscy takiej udzielili odpowiedzi. Pojawiły się następujące odpowiedzi, które zawiera tabela 3.

Tabela 3

Miejsce objawów ADHD

	N=642	R	S	N	W
N	Szkoła	59	36	10	105
%		13,98%	20,45%	**22,73%**	
N	Przedszkole	22	22	1	45
%		5,21%	**12,50%**	2,27%	
N	Dom	63	38	10	111
%		14,93%	21,59%	**22,73%**	
N	Szkoła i dom	44	10	8	62
%		10,43%	5,68%	**18,18%**	
N	Środowisko rówieśnicze	51	19	3	73
%		**12,09%**	10,80%	6,82%	
N	W każdym środowisku	50	26	7	83
%		11,85%	14,77%	**15,91%**	
N	Nie wiem	104	12	0	116

%		**24,64%**	6,82%	0,00%	
N	Brak odpowiedzi	29	13	5	47
%		6,87%	7,39%	**11,36%**	
N	Ogółem	422	176	44	642
% z tabeli		65,73%	27,41%	6,85%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

W tym pytaniu ponownie najlepszą wiedzą wykazali się nauczyciele. Odnotowano najwyższy odsetek, jeśli chodzi o wystąpienie objawów w dwóch środowiskach jednocześnie.

Podobnie było z innymi wymienionymi cechami – najwyższy odsetek wyróżnień.

Jedynie grupa rodziców zwróciła uwagę na fakt wystąpienia grupy rówieśniczej, gdzie objawy ADHD uzewnętrzniają się najbardziej. Biorąc pod uwagę fakt, iż dzieci z ADHD najtrudniej funkcjonują tam, gdzie nie ma ściśle określonych reguł, to rzeczywiście w grupie rówieśniczej mogą uwydatniać się o wiele mocniej niż w innym środowisku. Jednak pod warunkiem, że są tam, podkreślę raz jeszcze, ustalone zasady zachowania się.

Oprócz tego, że objawy muszą występować w dwóch środowiskach jednocześnie, muszą także nasilać się, być obserwowalne przez minimum pół roku. A jak to ujęli badani? Przeanalizujmy poniższą tabelę.

Tabela 4

Okres nasilania się objawów ADHD

	N=466	**R**	**S**	**N**	**W**
N	Mniej niż 6 miesięcy	5	4	0	9
%		1,56%	**3,51%**	0,00%	
N	6 miesięcy	20	10	9	39
%		6,23%	8,77%	**29,03%**	
N	Więcej niż 6 miesięcy	10	9	3	22
%		3,12%	7,89%	**9,68%**	
N	Od określonego roku życia	58	22	7	87
%		18,07%	19,30%	**22,58%**	
N	Nie wiem	199	56	5	260
%		**61,99%**	49,12%	16,13%	
N	Brak odpowiedzi	29	13	7	49
%		9,03%	11,40%	**22,58%**	
N	Ogółem	321	114	31	466
% z tabeli		68,88%	24,46%	6,65%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

Dane z tabeli obrazują, iż znów nauczyciele byli najbardziej kompetentni. Wiedza studentów w tej kwestii była bardzo znikoma. Rodzice w znacznej większości opowiedzieli się, że nie wiedzą, jak długo winny nasilać się objawy ADHD, by móc mówić o tym zaburzeniu u dziecka.

A u kogo można najczęściej spotkać ADHD?

Opinie wśród respondentów były podzielone. I choć było to pytanie z możliwościami wyboru, pytanie skategoryzowane, to i tak brakowało jednomyślności.

Objawy najczęściej uzewnętrzniają się przez nadruchliwość, a tę domenę przypisuje się chłopcom, lecz jak wiemy jest też ADHD z zaburzeniami koncentracji uwagi, a to z kolei jest domeną dziewczynek. Wówczas mówi się o *Marzycielkach*, które obecne są ciałem, a nie duchem. Jakie najczęściej wybierali badani odpowiedzi przedstawia tabela nr 5.

Tabela 5

ADHD u…

	N=850	R	S	N	W
N	U chłopców	13	1	0	14
%		**2,22%**	0,50%	0,00%	
N	Większość u chłopców	119	49	23	191
%		20,34%	24,50%	**35,38%**	
N	Zarówno chłopców i dziewcząt	159	65	14	238
%		27,18%	**32,50%**	21,54%	
N	Wiek 6-10 lat	70	21	7	98
%		**11,97%**	10,50%	10,77%	
N	Szkoła Podstawowa	64	9	5	78
%		**10,94%**	4,50%	7,69%	
N	Szkoła średnia	6	7	0	13
%		1,03%	**3,50%**	0,00%	
N	Bez ograniczenia wiekowego	154	48	16	218
%		**26,32%**	24,00%	24,62%	
N	Ogółem	585	200	65	850
% z tabeli		68,82%	23,53%	7,65%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

Brak jednomyślności wskazuje, że ankietowani mają podzielone zdanie na temat u kogo najczęściej występuje ADHD. W ostatniej opinii występuje podobny odsetek odpowiedzi, iż w przypadku ADHD nie ma ograniczeń wiekowych.

Jest to prawda, zważywszy na fakt, iż ADHD jest u dorosłych, lecz o tym mało mówi się, zwracając jedynie uwagę na fakt występowania tego zaburzenia u dzieci, zwłaszcza w wieku wczesnoszkolnym.

Kolejnym pytanie porównującym, jest pytanie odnoszące się do typów ADHD, a jak wiemy wyróżniamy ich trzy, jako podstawowe z uwagi na przynależności poszczególnych objawów. Niektórzy są skłonni wymieniać więcej odmian ADHD, o czym pisałam w części teoretycznej w podrozdziale 1.2.4.

Porównania dokonałam tym razem w dwóch grupach respondentów: studenci i nauczyciele, a wyniki porównania zawiera tabela nr 6.

Tabela 6

Rodzaje ADHD

	N=176	S	N	W
N	ADHD mieszane	13	11	24
%		10,08%	**23,40%**	
N	ADHD z przewagą koncentracji uwagi	9	13	22
%		6,98%	**27,66%**	
N	ADHD z przewagą nadruchliwości	12	11	23
%		9,30%	**23,40%**	
N	Nie znam	87	9	96
%		**67,44%**	19,15%	
N	Brak odpowiedzi	8	3	11
%		**6,20%**	6,38%	
N	Ogółem	129	47	176
% z tabeli		73,30%	26,70%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

W tym pytaniu ewidentnie lepszą wiedzą wykazali się nauczyciele. Wynikać ona być może z praktyki zawodowej, jednak studenci jako młodsi, mający nowy zasób wiedzy, wiedzy bardziej aktualnej, powinni byli bardziej wykazać się wiedzą. Wynik badań wiedzy w tym zakresie, zdaniem autorki, powinien być bardziej wyrównany. Zastanawiający jest fakt, że 67,44% badanych studentów odpowiedziało „nie znam". W związku z tym na plan pierwszy wysuwa się konieczność uzupełnienia wiedzy w tym zakresie przez badanych studentów.

Następne pytanie, czy istnieje test na zbadanie ADHD?

Jak wiemy nie ma jednego testu na ADHD, o czym niejednokrotnie pisano w tej pracy. Jest wiele wyznaczników decydujących o wystąpieniu ADHD i podjęciu decyzji o ostatecznej diagnozie, rozpoznaniu, iż możemy mówić o przypadku nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi.

Dokonując rozpoznania, opieramy się na testach psychologicznych, wywiadach, badaniach klinicznych oraz na klasyfikacji chorób zawartej w ICD-10.

Jak badani na to pytanie odpowiedzieli? Spójrzmy na tabele poniżej.

Tabela 7

Test na ADHD

	N=143	S	N	W

N	Tak	87	21	108
%		**76,99%**	67,74%	
N	Nie	20	6	26
%		17,70%	**19,35%**	
N	Brak odpowiedzi	5	4	9
%		4,42%	**12,90%**	
N	Ogółem	112	31	143
% z tabeli		77,47%	21,53%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

Wyniki tabeli wyraźnie świadczą o tym, iż studenci są przekonani, iż test na ADHD istnieje, co oczywiście jest błędnym myśleniem.

A czy z ADHD wyrasta się , czy dorosły może mieć ADHD i jakie są klasyfikacje objawów ADHD?

Na to pytania próbowali dać odpowiedź badani. Spójrzmy na zestawienia dwóch grup respondentów w poniższych tabelach.

Tabela 8

ADHD a wiek

	N=144	**S**	**N**	**W**
N	Tak	32	13	45
%		28,32%	**41,94%**	
N	Nie	77	17	94
%		**68,14%**	54,84%	
N	Brak odpowiedzi	4	1	5
%		**3,54%**	3,23%	
N	Ogółem	113	31	144
% z tabeli		78,47%	21,53%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

Tabela 9

Dorosły z ADHD

	N=144	S	N	W
N	Tak	58	24	82
%		51,33%	**77,42%**	
N	Nie	55	6	61
%		**48,67%**	19,35%	
N	Brak odpowiedzi	0	1	1
%		0,00%	**3,23%**	
N	Ogółem	113	31	144
% z tabeli		78,47%	21,53%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

Tabela 10

Klasyfikacja objawów ADHD

	N=144	S	N	W
N	ICD 10	3	5	8
%		2,65%	**16,13%**	
N	DSM IV	10	**12**	**22**
%		8,85%	**38,71%**	
N	ADHD II	27	12	39
%		23,89%	**38,71%**	
N	Nie znam	72	2	74
%		**63,72%**	6,45%	
N	Brak odpowiedzi	1	0	1
%		**0,88%**	0,00%	
N	Ogółem	113	31	144
% z tabeli		78,47%	21,53%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

Przedstawione zestawienia ewidentnie obrazują nam, iż nauczyciele mają znaczną wiedzę z zakresu ADHD. Nie wiemy jednak, czy taki stan rzeczy wynika z wiedzy faktycznej, czy też okoliczności i sytuacji rozdania materiału badawczego.

Bardzo istotną sprawą jest wiedza na temat zachowania się ucznia z ADHD, oraz z czym ma trudności, z jakimi problemami boryka się taki uczeń z ADHD. Wyniki tych badań zawierają tabele nr 11 i 12.

Tabela 11

Zachowania ucznia z ADHD

	N=144	S	N	W
N	Zaangażowanie	55	6	61
%		**27,36%**	8,57%	
N	Efektywność w pracy	21	14	35
%		10,45%	**20,00%**	
N	Ruch	62	21	83
%		**30,85%**	30,00%	
N	Emocje	31	15	46
%		15,42%	**21,43%**	
N	Egocentryzm	11	3	14
%		**5,47%**	4,29%	
N	Komunikacja	10	11	21
%		4,98%	**15,71%**	
N	Nie wiem	4	0	4
%		**1,99%**	0,00%	
N	Brak odpowiedzi	7	0	7
%		**3,48%**	0,00%	
N	Ogółem	201	70	271
% z tabeli		74,17%	25,83%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

Ponownie w odpowiedziach respondentów pojawiają się znaczące różnice. Jedynie przy kategorii: RUCH, jest zbliżony odsetek odpowiedzi. Ruch u dziecka z nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi, jest cechą zauważalną. Przypuszczalnie dlatego, badani w zbliżonym procencie opowiedzieli się za tą cechą dziecka z ADHD. Wśród tych kategorii nauczyciele znacznie więcej „widzą" zachowań niż studenci, być może jest to uwarunkowane doświadczeniem zawodowym.

A z czym dziecko z ADHD ma problemy w opinii studentów i nauczycieli? Wyniki zawiera tabela nr 12.

Tabela 12

Problemy dziecka z ADHD

	N=144	S	N	W
N	Nauka	69	22	91
%		**50,00%**	44,00%	
N	Zachowanie	40	20	60
%		28,99%	**40,00%**	
N	Ja	10	7	17
%		7,25%	**14,00%**	
N	Nie wiem	11	1	12
%		**7,97%**	2,00%	
N	Brak odpowiedzi	8	0	8
%		**5,80%**	0,00%	
N	Ogółem	138	50	188
% z tabeli		73,40%	26,60%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

Wyniki wskazują, iż badani mają podzielone zdania. Prawie tyle samo ankietowanych w obu badanych grupach uważa, że głównym problemem dzieci z ADHD jest nauka. Dzieci z ADHD uzyskują o wiele niższe wyniki szkolne aniżeli ich rówieśnicy, to nie jest wynikiem tzw. „lenistwa", bo niestety i takie przekonanie krąży wśród środowisk rodzinnych i szkolnych, a raczej jest typową cechą dziecka z ADHD, które przez brak możliwości skoncentrowania się na zadaniu, ogranicza tym samym swoje możliwości wykazania się.

Wśród badanych nauczycieli 40% wyraża pogląd, że poważnym problemem dziecka z ADHD jest jego zachowanie się.

Jak pomóc, jakie formy terapii zastosować, to kolejne z pytań kierowanych do respondentów. Wydawać się mogło, że nie powinno ono przysporzyć problemu badanym w udzieleniu jasnej odpowiedzi, zważywszy, że w udzielaniu pomocy dziecku z ADHD, można stosować różne terapie. Wiemy dobrze, że mamy szeroki *„wachlarz pomocy dziecku z ADHD"*, o czym było w części teoretycznej. Jednak, jak wynika z danych ilościowo-jakościowych, ankietowani mają trudności z dookreśleniem nazw terapii. Dlatego w poniższej tabeli można zauważyć hasłowe ujęcie form terapii w przypadku dziecka z ADHD. Obrazuje to kolejna tabela.

Tabela 13

Formy terapii dziecka z ADHD

	N=144	S	N	W
N	Ćwiczenia: relaksacyjne, koncentracja	23	6	29
%		**17,83%**	10,53%	
N	Leki, dieta	12	13	25
%		9,30%	**22,81%**	
N	Terapia pedagogiczno-psychologiczna	23	17	40
%		17,83%	**29,82%**	
N	Terapia rodzinna	3	8	11
%		2,33%	**14,04%**	
N	Terapia indywidualna	8	7	15
%		6,20%	**12,28%**	
N	Nie znam	45	2	47
%		**34,88%**	3,51%	
N	Brak odpowiedzi	15	4	19
%		**11,63%**	7,02%	
N	Ogółem	129	57	186
% z tabeli		69,35%	30,65%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

Ponownie grupa nauczycieli w stosunku do studentów, wykazała się lepszą wiedzą, znając terapie zalecane dla dziecka z ADHD. Nauczyciele nadmienili, iż zalecają terapie pedagogiczno-psychologiczne (29,82%). Tak, jak już wspomniano powyżej, jest to ogólnikowe ujęcie. Nie mniej jednak, warto podkreślić w tym miejscu, że wszelkie terapie są środkiem do uzyskania pożądanego celu. Tylko wzajemne uzupełnianie się, na przykład terapia farmakologiczna połączona z terapią rodziny, terapii indywidualnej może dać zadawalające efekty w przypadku dziecka z ADHD.

Ostatnie z pytań, jakie można było poddać porównaniu dotyczyło: czy respondent uczęszczał w ramach samokształcenia na warsztaty, szkolenia, kursy o tematyce ADHD?

Badani wyróżnili kategorie świadczące o ich częściowej wiedzy o ADHD.

Poniżej zestawienie „źródeł pochodzenia” wiedzy o ADHD.

Tabela 14

Wiedza na temat ADHD - jej odniesienia

	N=145	S	N	W
N	Rozmowa ze specjalistą	4	0	4
%		**3,51%**	0,00%	
N	Wskazanie miejsca obycia szkolenia	4	5	9
%		3,51%	**16,13%**	
N	Podanie nazwy przykładowych szkoleń	5	10	15
%		4,39%	**32,26%**	
N	Nie uczęszczałam	99	13	112
%		86,84%	**41,94%**	
N	Brak odpowiedzi	2	3	5
%		1,75%	**9,68%**	
N	Ogółem	114	31	145
% z tabeli		78,62%	21,38%	100,00%

Źródło: Obliczenia własne.

Podobnie jak w poprzednich pytaniach, tak i w tym, studenci wykazali się wiedzą o wiele niższą niż nauczyciele. Studenci nie mają zbytnio możliwości uczęszczania na szkolenia – warsztaty poszerzające wiedzę o ADHD, stąd prawdopodobnie prezentują taki poziom wiedzy.

Reasumując, wyniki badań zawarte w tabelach porównawczych grup respondentów, należy sformułować następujące wnioski:

- najwyżej można ocenić wiedzę nauczycieli o ADHD, o ile jest to stan wiedzy faktycznej, a nie uwarunkowanej dodatkowymi pomocami w trakcie uzupełniania ankiet. Autorka nie miała wpływu na sytuacje, w jakich wypełniane były ankiety. Zakładam, iż ankiety nauczycieli oparte są o ich własną wiedzę o ADHD, dodatkowo wsparte wiedzą pochodzącą z dorobku zawodowego,
- poziom wiedzy studentów, jest znacznie mniejsza niż w grupie nauczycieli. Wskazuje to na konieczność wprowadzania do programu studiów uzupełniających treść z zakresu ADHD. Chodzi nie tylko o dogłębne poznanie tematyki ADHD od strony teoretycznej, ale także od strony praktycznej. By mówić o praktyce trzeba wyjść od teorii, taki układ daje logiczność rozumienia i postrzegania zagadnienia ADHD,
- wyniki badań wskazują na rodziców, jako „najsłabsze ogniwo", jeśli chodzi o wiedzę o ADHD w stosunku do pozostałych respondentów. Poziom ich wiedzy jest stosunkowo

niski. Posiadają oni wiedzę cząstkową, mało spójną. Być może, jest to następstwem przeświadczenia rodziców, iż *problem nie dotyczy mnie bezpośrednio*, więc jak gdyby istnieje „przyzwolenie na niewiedzę" o ADHD.

Niestety, aby mówić o skutecznej pomocy dziecku z ADHD, każda ze stron procesu edukacyjnego musi być świadoma, co to jest ADHD, jakie są skutki późnej diagnozy lub też złego podjęcia kroków „wspierających" dziecko. Jeśli nie będzie świadomości i tym samym zrozumienia, dlaczego tak jest a nie inaczej w kontekście ADHD, to wówczas na nic wszelkie działania zaradcze. Często zdarza się, że rodzice dziecka z ADHD działają w pojedynkę, co w znacznym stopniu utrudnia terapię. Przypominając raz jeszcze, aneks 18, w którym czytamy o problemach, z jakimi boryka się nie tylko dziecko z ADHD, ale także rodzice, którzy pragną pomóc swojemu dziecku z całych sił. Brak wsparcia ze strony społeczeństwa dla osób z ADHD, jest jak „kłoda rzucona pod nogi". Nie pozwólmy na to, stąd należy popularyzować wiedzę o ADHD, lecz w sposób zrozumiały dla odbiorcy. Dobrym rozwiązaniem są prelekcje oraz przykłady z życia wzięte, które na sposób skojarzeniowy wyjaśnią wiele, jakże trudnych spraw. Istnieje opinia w społeczności bytomskiej - na podstawie ankiet - iż ADHD jest problemem powszechnym, stanowiącym problem dla otoczenia. Nasuwa się pytanie, dlaczego ADHD urasta do rangi problemu? Przecież, to od społeczności lokalnej zależy, czy będzie to problem czy nie. Jeżeli badani są w stanie współdziałać na linii – rodzice – nauczyciel – student oraz dziecko z ADHD, to już nie należy tego postrzegać w kategorii problemu. Zauważmy, iż gros badanych nie chciałaby mieć takiego ucznia w swojej klasie, mowa o nauczycielkach i przyszłych pedagogach. Jest to dla autorki trudne do zrozumienia.

Kolejne ważne wnioski wynikające z analizy porównawczej trzech grup badanych respondentów są następujące.

Po pierwsze, mogę z całą pewnością potwierdzić: wyższy jest **poziom wiedzy** nauczycieli niż studentów. Można by sądzić, iż powinno być inaczej z uwagi na fakt, iż studenci na studiach zapoznają się z aktualną wiedzą z zakresu pedagogiki i psychologii. Wszelkie nowinki z zakresu wychowania i kształcenia, powinny być im znane. Tymczasem to nauczyciele wykazali się znacznie wyższym poziomem wiedzy niż studenci. Przypuszczam, że wyjaśnieniem tej różnicy wiedzy może być miejsce i okoliczności wypełniania ankiet: student w ramach zajęć na Wydziale, mógł polegać na swej pamięci, ewentualnie doświadczeniu z pracy zawodowej; nauczyciel – zacisze własnego domu z pomocami naukowymi. Dlatego też, autorka wyraża przekonanie, że poziom wiedzy badanych grup respondentów (nauczycieli i studentów) jest wyrównany.

Po drugie, wyniki badań rodziców w analizie porównawczej wskazują na stosunkowo niski poziom ich wiedzy o ADHD. Z tabeli porównawczej wynika, że duży odsetek badanych wyrażała opinie *nie wiem, nie znam lub nie udzielam żadnej odpowiedzi*. Taka odpowiedź jest wynikiem braku wiedzy - świadomości o ADHD.

Zdaniem autorki wiedza studenta, nauczyciela i rodziców, powinna tworzyć jedność, pełne niejako uzupełnienie się. W tym kontekście zasadne jest przytoczenie przykładu zachowania nauczyciela i rodziców.

Otóż, z obserwacji podczas badań oraz z rozmowy z jednym z rodziców klas I-III szkoły podstawowej wynika, iż brak wiedzy o ADHD przyczynia się do protestu w szkole, do której chodzi jej syn. Rodzice klasy II A dążyli do napisania petycji przeciwko uczniowi z ADHD. Domagają się usunięcia ucznia – Michała S. – z klasy, bo jak twierdzą jest on zagrożeniem dla innych uczniów. Są oni w opozycji względem ośmioletniego chłopca i jego rodziców. Matka chłopca z ADHD w swych poczynaniach zaradczych jest ewidentnie sama, bowiem nauczyciel stara się być w tej sprawie bezstronny. Ta bezstronność nie znajduje zrozumienia autorki, bowiem nauczyciel powinien być wsparciem dla osób potrzebujących pomocy, zarówno dla uczniów, jak i ich rodzin. Skoro nauczyciel nie podjął żadnych kroków konstruktywnego dialogu, to w sprawę chłopca z ADHD zaangażował się dyrektor placówki oraz pedagog szkolny. Pedagog opowiadając się za udzieleniem pomocy dziecku z ADHD, tym samym starał się dotrzeć do społeczności szkolnej. Zorganizował spotkanie zmierzające do złagodzenia sytuacji i przekonania ich, że usunięcie ucznia z ADHD, usunięcie go z obecnej społeczności klasowej nie jest najlepszym rozwiązaniem. Nasuwa się pytanie, co zrobić jeśli jest 26 rodziców przeciwko, właściwie trzem osobom – Michałowi S. z ADHD i jego rodzicom. Sprawa jest dość kontrowersyjna w swej formie, bardzo zawiła, zważywszy na fakt, iż hasła: *równości, podmiotowości, współpracy stron procesu edukacyjnego* zupełnie w tym przypadku nie realizują się. Zapewne wynika to z braku wiedzy, czym tak naprawdę jest zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniem koncentracji uwagi.

W zakończeniu należy stwierdzić, że wiedza o ADHD powinna być w miarę pełna i z niej powinna wynikać umiejętność wczucia się w pozycje drugiej strony. W przytoczonym przeze mnie przykładzie, tego podejścia nie było.

3.6. Opinia pedagoga szkolnego na temat nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi

Analizę wywiadu z pedagogami szkolnymi rozpocznę od przybliżenia ich sylwetek. Badania przeprowadziłam z pięcioma pedagogami, którymi były kobiety. Jedna z nich na ogół nie miała czasu dla autorki, ilekroć poprosiłam o spotkanie. Stąd liczba czterech przeprowadzonych wywiadów, a nie jak wstępnie autorka ustaliła – pięć.

Celem wywiadu było sprawdzenie, jak pedagodzy postrzegają problematykę AD-HD w świetle wiedzy i praktyki zawodowej. Jak postrzegane jest ADHD w badanych placówkach oraz jakie przedsięwzięcia podejmuje się wobec już zdiagnozowanych dzieci z nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi.

Zanim przejdę do analizy wywiadów nadmienię, że trzej pedagodzy szkolni mają ponad dziesięcioletni staż pracy. Jedynie jedna osoba jest „nowicjuszem" w pełnieniu roli pedagoga, bowiem rozpoczęła pracę w roku, w którym rozpoczęto badania. Badani pedagodzy mają wykształcenie wyższe, przy czym trzy osoby legitymują się ukończeniem studiów podyplomowych: oligofrenopedagogika, pedagog terapeuta, pedagogika specjalna. Ponadto, osoby te uczestniczą w różnych kursach, szkoleniach z zakresu terapii i diagnozy pedagogicznej, wszystko po to, aby doskonalić swój warsztat pracy.

Przeprowadzony wywiad był obszerny w swej formie, bo zawierał, aż dwadzieścia osiem pytań, oraz dodatkowo informacje o rozmówcy wywiadu.

Pierwsze pytanie odnosiło się do tezy, czy zespół ADHD to powszechny problem, czy jest powszechnie znany wśród środowiska rodzinnego i szkolnego?

Opinie pedagogów wskazują jednoznacznie, iż nie. Dlaczego? Potwierdza to opinia jednej z osób: *za mało jest szkoleń, czy warsztatów dostępnych dla szerszego gremium, jeśli już to mają miejsce przy organizacjach i są odpłatne. Nie wszystkich stać, by móc sobie pozwolić na korzystanie z takich ofert. Jeśli jest coś bezpłatnego, to z reguły są to oferty ubogo przedstawione przez poradnię pedagogiczno-psychologiczną (PPP). Chodzi o sposób przekazywania informacji, powinny być ukierunkowane na odbiorcę - praktyka, a nie tylko teoria, ponieważ rodzic chciałby wiedzieć, jak postępować, chciałby wiedzieć, że nie jest jedyny z problemem ADHD. Nauczyciele są przesyceni teorią, którą ciężko przełożyć na praktykę.*

Jak widać problem jest mało znany w opinii respondentów. Za mało jest szkoleń, za mało praktyki, zarówno w kontekście środowiska szkolnego, jak i rodzinnego.

Co pedagodzy sądzą o wiedzy nauczycieli badanych placówek? Czy są zdania, że nauczyciele znają kryteria diagnozujące ADHD?

Zdaniem pedagogów przygotowanie teoretyczne u nauczycieli jest dobre. Z kolei, jak wspomniano powyżej, brakuje praktycznych umiejętności. Pedagodzy są zdania, że każdy nauczyciel w ich placówce zna kryteria diagnozujące ADHD i ma taki kwestionariusz w materiałach obserwacyjnych klasy. Natomiast, zdaniem autorki dysertacji, nie jest tak do końca, bowiem poproszono wyrywkowo badanych nauczycieli o przedstawienie kwestionariuszy obserwacyjnych z kryteriami ADHD. Niestety w większości przypadków badani nauczyciele nie posiadali takich materiałów, wielu z nich wyraziło przekonanie, że takie materiały ma właśnie pedagog szkolny.

Jedna z badanych osób wyraziła opinię, że: *Nauczyciele mają wiedzę teoretyczną. Gorzej jest z praktyką, bowiem brak jest wskazówek od strony specjalistów, jak pracować z dzieckiem mającym ADHD, a jeśli już coś jest, to nasuwa się pytanie, jak to przełożyć na środowisko grupy, na życie codzienne w klasie? Na przykład, jak zorganizować zajęcia relaksacyjne, nie chodzi mi tu o przerwę śródlekcyjną. Problem w dużej mierze opiera się o finanse, na przykład szkolenia metodą Klanza…, skąd na to wziąć.*

Pedagodzy twierdzą, że brakuje właśnie środków na opłacenie takich warsztatów pracy, które wspierałyby nauczycieli w ich pracy z dziećmi nadpobudliwymi. Teoria jest, ale podkreślmy raz jeszcze brak praktycznych wskazówek.

Oceniając wiedzę nauczycieli, pedagodzy posłużyli się skalą: bardzo dobry, dobry, wystarczający, przeciętny. Opinie tych respondentów są zbliżone do opinii poszczególnych grup nauczycieli. I tak, teorię oceniają na poziomie – dobrym, a praktykę na poziomie wystarczającym, rozumianym jako: *nauczyciele radzą sobie z dziećmi z ADHD, choć mogłoby być lepiej.*

Niejednokrotnie w sytuacjach trudnych nauczyciele zwracają się o poradę do pedagoga szkolnego, który stara się określić odpowiednie wytyczne do każdego dziecka z nadpobudliwością psychoruchową. Stąd opinia, iż jest to poziom wystarczający z uwagi na ilość kierowanych zapytań ze strony nauczycieli.

Jeśli chodzi o kryteria diagnostyczne, które ujmuje się przy uwzględnianiu istnienia ADHD u dziecka, to jak opowiada się jedna z respondentek: *kryteria w początkowych obserwacjach bierze się na wyczucie, intuicyjnie. Obserwuje się, jak dziecko funkcjonuje w grupie, czy przestrzega norm – zasad ustalonych wspólnie z klasą. Dokonuje się obserwacji pod kątem kontaktów interpersonalnych; sprawdza się, na ile dziecko potrafi skupić się, jak zapamiętuje informacje; patrzy się, jak dziecko wykonuje konkretne czynności, jak wypowiada się, ogólnie jak zachowuje się w grupie.*

Pedagodzy są zdania, że początkowe obserwacje wynikają na podstawie intuicyjnych spostrzeżeń, które weryfikowane są z czasem w oparciu o kryteria diagnostyczne. Prowadzi się wywiady, obserwacje konkretnego dziecka.

Czy kryteria diagnostyczne są dostępne dla nauczycieli w formie arkusza obserwacyjnego? Zdaniem pedagogów każdy nauczyciel ma taki kwestionariusz w swoim warsztacie pracy. Jak już wcześniej pisałam, nie pokrywa się to z obserwacjami badacza. Jeden z pedagogów nie posiadał kryteriów diagnostycznych. Otrzymał je po przeprowadzonym wywiadzie z badaczem.

Jeśli chodzi o czas trwania objawów ADHD, by można było przypuszczać, że jest to nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami koncentracji uwagi, to połowa badanych mówi o okresie co najmniej półrocznym, z kolei druga grupa nie potrafi uściślić czasu nasilania się objawów u dziecka.

Trudności pojawiły się w uściśleniu przez pedagogów typów ADHD, a jak wiemy mamy ich trzy, trzy jako podstawowe: typ mieszany, z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi lub z nadpobudliwością. Rozmówcy nie potrafili określić, czy występują one razem czy mogą być osobno.

Pedagodzy natomiast potrafili opisać, jak zachowuje się dziecko z ADHD. Przykładowe wypowiedzi:

- *Zachowania u dziecka z ADHD to: nadruchliwość, brak umiejętności pozostania w jednym miejscu przez dłuższą chwile. Dziecko szybko rozprasza się, bodziec wzrokowy słuchowy czy tylko wzrokowy powoduje dekoncentracje.*
- *U dziecka z ADHD pojawia sie agresja, mowa chaotyczna. Bywa, że nie są w stanie powtórzyć komunikatu.*
- *Sprawiają wrażanie, że nie są obecne, tzn. są obecne ciałem ale nie duchem.*
- *Cechą charakterystyczną dla ich zachowania jest ruch, ruch i jeszcze raz ruch.*
- *Niejednokrotnie mają problem z dokańczaniem zadań, czynności.*

Pedagodzy mówili o trudnościach dzieci z ADHD, wśród wypowiedzi pojawiły się; *trudności wychowawcze, z tzw. dostosowaniem się do norm; nieumiejętności nawiązywania komunikacji z rówieśnikami; życie tu i teraz w tej chwili w swych skutkach bywa tragiczne. Dzieci są agresywne, wyznaczają sobie cel, który chcą osiągnąć, jest to przyczyną trudności dydaktycznych. Dzieci z ADHD osiągają znacznie gorsze wyniki w nauce niż ich rówieśnicy.*

Wynika to z problemu, jakim jest zapamiętywanie i zrozumienie zadań. Dzieci te nie mają motywacji do podejmowania zadań, a gdy już zaczną, to zazwyczaj trudność im sprawia zakończenie ich.

Pedagodzy mają rozeznanie w tym, jak zachowuje się dziecko z ADHD oraz z czym najczęściej mają trudności, na jakich płaszczyznach są one najbardziej widoczne.

Zdaniem autorki o trudnościach i problemach, należy mówić w kontekście konkretnego przypadku dziecka, niemniej jednak wspomniane cechy przez respondentów są jak najbardziej trafne: dziecko z ADHD ma trudności w sferach wychowawczo-dydaktycznych, najogólniej mówiąc.

By pomóc dziecku z ADHD pedagodzy zalecają: t*erapie relaksacyjne, wyciszające emocje, arteterapie, muzykoterapie, kinezjologia ruchu, wszelkiego rodzaje zabawy ruchowe, ćwiczenia ukierunkowane na pobudzenie pamięci, uaktywnienie umysłu dziecka.*

Respondenci mówili o formach nauczania, na przykład: *szkoła integracyjna z nauczycielem wspomagającym. Jeżeli jest już mowa o szkole ogólnodostępnej, tak jak badane placówki, to proponują łączenie szkoły z placówkami wolontariatu, gdzie osoba wolontariusza uczestniczyłaby w zajęciach lekcyjnych. Ewentualnie w ramach zajęć pozalekcyjnych mogłaby wspierać ucznia z ADHD w nadrabianiu zaległości szkolnych – zajęcia wyrównawcze. Innym rozwiązaniem jest nauczanie indywidualne jako najwygodniejsze rozwiązanie dla szkoły, ale nie dla dziecka z ADHD i jego rodziców*. W tej sprawie pojawiała się pewna kontrowersja, a mianowicie pedagog, który wymienił nauczanie indywidualne, nie słyszał o nauczaniu indywidualnym z odwołaniem się do nauczania w grupie. Jak mówi: *teoretycznie indywidualny tok nauczania odbywa się w domu, chociaż poradnia pedagogiczno-psychologiczna zaleca udział dziecka w zajęciach szkolnych (grupowych: jak muzyka, plastyka, zajęcia w ramach wychowania fizycznego, uczestnictwo w imprezach szkolnych: Mikołajki, Andrzejki…), lecz nie wiem czy w praktyce jest to realizowane w takiej formie.*

Można przypuszczać, że teoria to jedno, a praktyka życiowa wygląda zupełnie inaczej. Zdaniem pedagogów wiele zależy do *siły przebicia rodzica, jak owe nauczanie indywidualne będzie wyglądało.*

Dla autorki niniejszej pracy, nauczanie indywidualne jest zalecane dla dziecka, któremu stan zdrowia uniemożliwia uczenie się w warunkach ogólnodostępnych – szkoła publiczna. Nie jest to rozwiązanie dobre dla dziecka z ADHD. Alternatywą jest wspomniane nauczanie indywidualne w połączeniu z nauczaniem w grupie, ale na ile jest to realizowane

w praktyce, trudno ocenić. Z obserwacji widać, że organizacja dla ucznia nauczania indywidualnego
jest utrudnieniem. Wymaga to od władz szkoły dokonania odpowiedniej reorganizacji pracy wszystkich zatrudnionych nauczycieli. Dopasowanie nauczania pod kątem potrzeb ucznia z ADHD. Nie wszyscy dyrektorzy placówek są „zachwyceni" pomysłem przygotowania zajęć dla pojedynczego ucznia, zaznaczając przy tym, że taka myśl nie jest regułą.

Pedagodzy dobrze wiedzą, jakie zmiany należy wprowadzić w klasie, by zapewnić dziecku odpowiednie warunki, jak mówią: *należy zmienić otoczenie, tj. zminimalizować bodźce, zmienić wystrój klasy. Ponadto powinna być zapewniona odpowiednia forma kontaktu z nauczycielem, zaleca się, aby uczeń z ADHD siedział w pierwszej ławce, blisko nauczyciela.* Odwołano się w wypowiedziach do cech nauczyciela*, a mianowicie powinien zachować stoicki spokój, być konsekwentnym oraz nawiązać ścisłą współpracę ze szkołą.*

Na tej podstawie można twierdzić, że pedagodzy są kompetentni w zalecaniu nauczycielom, zmian jakie należy wprowadzić w przypadku ucznia z ADHD. Badani pedagodzy proponują ustalenie następujących podstawowych wytycznych, tj.: *kontakt z domem, posadzenie dziecka z ADHD z uczniem spokojnym, który może mu pomagać w czasie zajęć, wyciszać, a także należy wziąć pod uwagę, jakie formy i metody pracy stosuje się u dziecka z ADHD – mowa o indywidualizacji dziecka.*

Chcąc sprawdzić rozeznanie w tematyce ADHD, zapytano respondentów, jaką literaturę z zakresu ADHD poleciliby osobie zainteresowanej? W tej kwestii pojawiły się znaczące trudności w odpowiedzi, typu: *nie pamięta nazwisk; była taka broszurka, chyba „Dzieci nadpobudliwe są wśród nas?"; Polska pozycja - seria książeczek, które dotyczą problematyki ADHD w czytaniu i pisaniu.*

W wypowiedziach badanych brakowało dokładnego tytułu pozycji, z jakiej mogliby skorzystać, czy to nauczyciele, czy też rodzice dzieci z ADHD. Natomiast, wiem, że dzieci z ADHD są w badanych placówkach. Obserwując miejsce pracy – pokój pedagoga, nie zauważono wśród publikacji z „biblioteczki" żadnej pozycji z zakresu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi. Uważam na podstawie obserwacji, iż takich publikacji na dzień dzisiejszy nie było w badanych placówkach. W przekonaniu badacza taka literatura jest potrzebna, zwłaszcza przy wstępnych ustaleniach z rodzicami, co to jest ADHD, czym się charakteryzuje i jak można pomóc dziecku z ADHD. Należy mieć na uwadze fakt, iż pedagog szkolny jest drugą osobą po na-

uczycielu, która powinna, żeby nie powiedzieć musi, stać się sprzymierzeńcem dla rodzica dziecka z ADHD. „Musi" wykazać się kompetencją, otwartością w stosunku do rodzica, by pozyskać jego zaufanie, dobrze byłoby, gdyby miał godną polecenia lekturę o ADHD, czy też inne materiały godne uwagi do polecenia. Jeśli chodzi o publikację to proponowałabym „mini książeczki", które czytelnie obrazują problematykę ADHD, dodatkowo nie „nużą" czytelnika, „nie straszą objętością".

Czy respondentom wiadomo, co tak właściwie warunkuje ADHD, co jest jego przyczyną? Oto wypowiedzi moich rozmówców: *na pewno za ADHD nie odpowiada osobowość nauczyciela, uważa się, że czynniki okołoporodowe warunkują ADHD; pojawiają się delikatne uszkodzenia centralnego układu nerwowego, to powoduje u dziecka ADHD; jestem przekonana, że uwarunkowań ADHD należy szukać w podłożach genetycznych, bo skoro dorośli mogą mieć ADHD, to tym bardziej dzieci.*

Jak widać brak jednoznacznych odpowiedzi. Wynika to zapewne z braku rzetelnych informacji wśród badanych pedagogów.

Z kolei badani są jednomyślni w przekonaniu, że ADHD nie jest nowym zaburzeniem. Oto opinie na ten temat: ADHD *istniało już wcześniej; jest eskalacją tej tematyki, każde inne zaburzenie nazywa się ADHD; rodzice „nakręcają się" do specjalistów, na przykład wizyta u psychiatry i już po dwóch wizytach ma się zaświadczenie o ADHD; niestety najczęściej bez wskazówek, co robić i jak. Fajnie jeżeli dochodzi do współpracy z rodzicami, potem z poradnią, która wyznacza kroki poprawnej pracy wychowawczo-dydaktycznej.*

Pedagodzy są zdania, że ADHD nie jest nowym zagadnieniem, lecz jedynie inaczej nazywanym współcześnie. Uskarżają się na brak rzetelnych diagnoz, o czym świadczą wydawane opinie na typowej „recepcie" lekarskiej, gdzie faktycznie brak szczegółowych wytycznych, co należy dalej czynić w przypadku danego ucznia z ADHD. W aneksie 18 zostały zamieszczone różne opinie o ADHD, tj. takie, które są tylko i wyłącznie „receptą o ADHD, jak również takie, które już w swojej charakterystyce zawierają dane o dziecku, tj. rodzinie, zachowaniach w różnych środowiskach. W tym aneksie zawarte są także przykładowe zestawienia roczne, dzieci z różnymi problemami, które podlegają opiece pedagoga szkolnego.

Nazewnictwo ADHD jest znane respondentom, mówiono o: *zespole nadpobudliwości, zespole hiperkinetycznym, zespole nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, czyli pełna nazwa ADHD.*

Zdaniem pedagogów, późna diagnoza i tym samym pomoc dziecku z ADHD oraz rodzinie dziecka, prowadzi do *patologii, a także konfliktów z prawem, ogólnie mówiąc z pogłębieniem i nasileniem się objawów.*

By temu zapobiec – zdaniem pedagogów – prowadzone są szkolenia, zazwyczaj przygotowane przez pracowników poradni pedagogiczno-psychologicznej, które chcąc upowszechnić wiedzę o ADHD i nie tylko, prowadzą od 2003 roku między innymi Bytomskie Spotkania Edukacyjno-Wychowawcze, ale na ten temat więcej przy interpretacji wywiadu z dyrektorem Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej w Bytomiu.

Pedagodzy są zdania, iż organizowane przez PPP warsztaty udoskonalające są dobrym pomysłem z uwagi na to, iż jak mówią czują się czasem *bezradni, nie wiedzą co mają zrobić, by ich poczynania były właściwe. Pedagog nie jest omnibusem, a za takiego niektórzy go uważają, a przecież każde dziecko jest inne i wymaga innych działań ze strony pedagoga, nauczyciela czy rodziców.*

I faktycznie, jak mówią rozmówcy, nie można patrzeć na pedagoga przez pryzmat osoby wszechwiedzącej. Należy mieć jednak nadzieję, że pedagodzy dokształcają się, samodoskonalą swoją wiedzę, dzięki czemu łatwiej jest im organizować pomoc osobom potrzebującym wsparcia, mowa o uczniach i ich rodzinach.

Zapytano, czy organizowano warsztaty dla rodziców z zakresu tematyki ADHD w ich placówce. Odpowiedź jest twierdząca, tak, prowadzone były przez poradnie pedagogiczno – psychologiczną o tematyce „Terapia zajęciowa, tj. dziecko z ADHD w szkole".

Owe warsztaty, czy szkolenia o nadpobudliwości psychoruchowej dziecka są bardzo istotne, zwłaszcza jeśli mamy dziecko z ADHD w klasie. Wówczas trzeba mówić o konieczności przeprowadzenia takich warsztatów w formie informacyjnej dla rodziców danej społeczności klasowej. Pomocnym materiałem do warsztatów byłaby broszurka przygotowana w tym celu dla nauczycieli z programu CD „ADHD w pigułce".

Odwołując się do opinii, czy nauczyciele są przygotowani do pracy z dzieckiem mającym ADHD, zdania są różne w tej kwestii. Nasuwa się pytanie, dlaczego? Przypuszczalnie wynika to, z ilości przypadków ADHD oraz konieczności opracowywania wspólnych planów pracy z dzieckiem nadpobudliwym. Natomiast, jeżeli chodzi o źródła pozyskiwania wiedzy o ADHD przez nauczycieli badanych placówek, to pedagodzy sądzą, iż w znacznym stopniu są to informacje pochodzące z Internetu, bądź jak mówią, *koleżeńska wymiana zdań – informacji*. Dwie osoby powołały się na informacje pochodzące z ich strony – pedagog szkolny. Analizując te informacje, uważam, że faktycznie wiedza

nauczycieli w dużej mierze pochodzi z Internetu. Wniosek ten sformułowałam na podstawie analizy danych z ankiet skierowanych do nauczycieli.

Czy szkoła posiada i wykorzystuje – w razie potrzeby – specjalistyczne programy do pracy z uczniem nadpobudliwym? Oto kolejne z pytań skierowanych do pedagogów. Programów stricte skierowanych do dzieci nadpobudliwych nie ma, ale za to pedagodzy starali się uzupełnić pytanie o wymienienie programów faktycznie realizowanych w placówce.

I tak była mowa o programach wychowawczych, profilaktycznych, które są zaopiniowane przez Radę Rodziców i Radę Uczniów, które ostatecznie zatwierdza Rada Pedagogiczna. Jednym z zadań programu jest między innymi: rozeznanie potrzeb wychowanków i pomoc w ich zaspakajaniu; wspieranie wszechstronnego rozwoju, aspiracji edukacyjnych i życiowych wychowanków. Jak podkreślają pedagodzy, dąży się do zapewnienia jak najdogodniejszych warunków uczniom. Dlatego też, dokonuje się diagnoz w zakresie uzdolnień i zainteresowań uczniów oraz potrzeb edukacyjnych uczniów. W tym celu pomocne są rozmowy z uczniami, rodzicami, nauczycielami placówek. Czasem dokonuje się analiz statystycznych na podstawie danych uzyskanych od uczniów. Dane weryfikowane są w oparciu o sprawozdania z rad pedagogicznych, w których to analizowane są osiągnięcia uczniów, ich zainteresowania oraz potrzeby.

Niestety programu pracy dla dziecka z diagnozą ADHD nie ma. Pedagodzy opierają się tylko i wyłącznie na wskazaniach od lekarzy, psychologów, które jak wynika z aneksu dziewiętnastego, bywają bardzo ogólnikowe i fragmentaryczne.

Skoro mowa o potrzebach, to jedną z głównych potrzeb dziecka z ADHD jest respektowanie jego praw, jakie mu przysługują. Jakie są te prawa?

Otóż, pedagodzy odpowiadają stwierdzeniami bardzo ogólnymi, typu: *prawa obowiązują takie same jak w przypadku innych dzieci; prawa zapewnia rozporządzenie skierowane przez poradnię pedagogiczno-psychologiczną.* Uważam, iż należy w tym miejscu nadmienić o ustawie wspomnianej w podrozdziale 1.3.3. oraz o Konwencji Praw Dziecka, w myśl art. 29 *„nauka dziecka będzie ukierunkowana na rozwijanie w jak najpełniejszym zakresie osobowości, talentów oraz zdolności umysłowych i fizycznych dziecka; rozwijanie w dziecku szacunku dla praw człowieka i podstawowych swobód (…); przygotowa-*

nie dziecka do odpowiedniego życia w wolnym społeczeństwie, w duchu zrozumienia, pokoju, tolerancji (…)".[175]

Przedostanie pytanie dotyczyło znajomości placówek bądź stowarzyszeń, które pomagają dzieciom z ADHD i ich rodzinom.

Każda z badanych osób wypowiedziała się za *poradnią pedagogiczno-psychologiczną*, które jak twierdzą teoretycznie wystarczają, ale tylko teoretycznie. Inne wypowiedzi to: *Niepubliczna Poradnia Psychologów i Pedagogów oraz Grupy wsparcia dla rodziców.*

Żadna osoba nie podała przykładów Stowarzyszeń, które prężnie działają, a zostały opisane w podrozdziale 1.3.1.

W wypowiedziach często, jak czytamy powyżej, pojawiała się nazwa poradnia pedagogiczno-psychologiczna. Warto podkreślić, że nawiązywanie do poradni, wynika ze ścisłej współpracy z tą poradnią. Każdy pedagog, jak twierdzi, jest w kontakcie ze specjalistami z poradni.

Autorce nie udało się ustalić faktycznej liczby zdiagnozowanych przypadków dzieci z nadpobudliwością psychoruchową. Pedagodzy jedynie mówią o dzieciach, które przejawiają symptomy nadpobudliwości. Brak tych danych w rozprawie, jest efektem braku zgody dyrekcji na ich udostępnienie. Jednym z argumentów jest ochrona danych osobowych uczniów. Jedynie, co autorce udało się uzyskać, to zestawienie roczne uczniów podlegających opiece pedagoga szkolnego (zob. aneks 19), gdzie czytamy o uczniach przejawiających trudności wychowawcze, o uczniach objętych nauczaniem indywidualnym, o uczniach wymagających dostosowania wymagań szklonych. Nigdzie natomiast nie ma zapisu bezpośrednio o uczniach z ADHD. Być może, dana grupa obejmuje dzieci z postawionymi diagnozami o ADHD. Niestety, autorka nie jest w stanie podać zbiorczej liczby uczniów mających ADHD w analizowanych przez siebie placówkach. Podobnych danych nie uzyskano także w wyniku przeprowadzonego wywiadu z Dyrektorem Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej w Bytomiu, ale o tym więcej w kolejnym rozdziale pracy.

Podsumowując tę cześć analizy wyników badań na podstawie wywiadów i obserwacji warsztatu pracy pedagogów, mogę twierdzić, że czynią oni wiele dla swoich podopiecznych. Wyniki badań wskazują na współpracę nauczycieli z poradnią; zaangażowa-

---

[175] Rzecznik Praw Dziecka, *Konwencja o prawach dziecka*. Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2004, s. 19.

nie w sprawy uczniów, co potwierdza obserwacja przypadkowych sytuacji szkolnych (potrzeba pomocy; próba samobójcza jednej z uczennic klasy czwartej; kontakt i współpraca z rodzicami; osobowość pedagoga – jego stosunek do uczniów). Każdy z pedagogów ustala terminy spotkań z rodzicami, uczniami. Określa zajęcia z uczniami potrzebującymi pomocy, organizuje spotkania ze specjalistami z poradni pedagogiczno-psychologicznej, na przykład psycholog). Pedagodzy starają się pomagać nauczycielom w ich działaniach i poczynaniach z uczniami mającymi ADHD.

Z obserwacji wynika, iż pedagodzy nie posiadają pełnej wiedzy o ADHD. W mojej ocenie brak w ich przygotowaniu materiałów świadczących o znajomości problematyki (notatki, wycinki z prasy, kserokopie ciekawszych artykułów z tej dziedziny, pomocy dydaktycznych dla nauczycieli, broszur informacyjnych dla rodziców, przykładowych programów do pracy z dzieckiem nadpobudliwym). Także brakowało mi dowodów materialnych – dokumentów na to, iż w związku z ADHD są podejmowane kroki zaradcze. Również brakowało
źródeł, narzędzi, materiałów wspierających pracę pedagoga w tematyce ADHD. Zasadne zatem jest pytanie: jak przeprowadza się konsultacje – spotkania z rodzicami dzieci mającymi zaświadczenie o domniemanym ADHD? Te kwestie powinny stanowić przedmiot kolejnych badań.

Z wywiadu wynika jednoznacznie, iż brakuje wytycznych praktycznych dla wszystkich stron procesu dydaktyczno-wychowawczego dziecka z ADHD. Zdaniem autorki niniejszej pracy, dobrym wsparciem dla pedagogów nauczycieli, rodziców i dzieci z ADHD będzie materiał zawarty w programie CD „ADHD w pigułce".

3.7. Analiza wywiadu w Poradni Pedagogiczno-Psychologiczna - kierunki, działania skierowane ku dziecku z ADHD

W Bytomiu od 1946 roku działa Poradnia Pedagogiczno-Psychologiczna, jako druga poradnia działająca na terenie województwa śląskiego.

Chcąc uzyskać więcej informacji na temat działania placówki Poradni Pedagogiczno-Pedagogicznej, przeprowadziłam wywiad z Dyrektorem Wojciechem Ż. Respondent, to mężczyzna z czternastoletnim stażem pracy, z wykształcenia jest pedagogiem. Jest osobą, która szczyci się znacznym dorobkiem zawodowym, szerokim zakresem dodatkowych form kształcenia, które odnosiły się do takich zagadnień, jak: doradztwo zawodowe, przed-

siębiorczość, organizacja i zarządzanie, praca z dziećmi z różnymi problemami. Wcześniej, pracował jako pedagog szkolny oraz jako dyrektor Domu Dziecka.

Wywiad, który przeprowadziłam z respondentem składał się z dwóch części. Pierwsza, dotyczyła szczegółowych informacji o działalności placówki. Druga, odwoływała się do analizowanego problemu badawczego, a więc tematyki ADHD. Chciałam wiedzieć, jak zagadnienie ADHD jest postrzegane przez dyrektora tej poradni?

Jestem skłonna przypuszczać, że przekonania, jakimi kieruje się pracodawca, dyrektor poradni, mają znaczący wpływ na postawy oraz zachowania pracowników tejże poradni. Wywiad (zob. aneks 11) składał się z szeregu pytań, których celem było wykrycie pewnych zależności, co do faktycznego rozumienia problematyki ADHD.

W niniejszej analizie wywiadu - dla łatwiejszej interpretacji - posłużę się skrótem PPP, który oznacza Poradnię Pedagogiczno-Psychologiczną.

Za główny, naczelny cel i tym samym zadanie PPP *uznaje się szeroko rozumianą pomoc dziecku już kilkumiesięcznemu, jeśli istnieje taka potrzeba.* Taką też, w opinii dyrektora, pomoc otrzyma zarówno dziecko w wieku niemowlęcym, jak i osoba dorosła – dwudziestoletnia. Szczegółowe cele i zadania, jakie powinna spełniać Poradnia Pedagogiczno-Psychologiczna zapisane są, zdaniem rozmówcy, w Rozporządzeniu Ministerstwa Edukacji. Dokumentu tego autorka nie otrzymała do wglądu od dyrektora poradni.

Bytomska poradnia nie jest poradnią specjalistyczną, tj. ukierunkowaną tylko na jeden obszar pomocy. Wręcz przeciwnie, odnosi się do wielu problemów np.: problemy wychowawcze w domu i w szkole, zagadnienia niepełnosprawności, problemy edukacyjne uczniów.

Wielość problemów, którymi zajmuje się poradnia, to wyznacznik zatrudnienia dwudziestu dziewięciu różnych specjalistów, którymi są: psycholodzy, pedagodzy, logopedzi, oligofrenopedagodzy, tyflopedagodzy, surdopedagodzy. Kwalifikacje tych pracowników są rozmaite w zależności od potrzeb, np.: umiejętności resocjalizacyjne, pracy z małym dzieckiem, z osobami niepełnosprawnymi, nieprzystosowanymi społecznie.

Poradnia Pedagogiczno-Psychologiczna współpracuje głównie ze szkołami podstawowymi i gimnazjami, bowiem najczęściej pojawiającymi zagadnieniami są: trudności wychowawcze na linii rodzice - dziecko, zaburzenia emocjonalne, problemy zdrowotne typu dziecko niedosłyszące, słabo widzące, niepełnosprawne intelektualnie lub ruchowo.

Jak już wspomniałam na początku, zadaniem PPP jest wspieranie nie tylko dzieci, ale także środowiska rodzinnego i szkolnego. Dlatego też organizuje się szereg szkoleń dla rodziców i nauczycieli. Tematyka kursów, co oczywiste, zależna jest od aktualnych po-

trzeb, np.: nauka języka migowego. Zdaniem dyrektora, poradnia zajmuje się zarówno stroną edukacyjną, jak i praktyczną, przykładem są zajęcia rewalidacyjne z określonego problemu. Zatrudnieni pracownicy organizują specjalne spotkania edukacyjne dla rodziców i nauczycieli. Z kolei w celu poszerzenia własnych kompetencji zawodowych, uczestniczą w rozmaitych konferencjach w ramach samokształcenia zawodowego.

Poradnia Pedagogiczno-Psychologiczna, o czym już wspomniano, od 2003 roku organizuje konferencje *Bytomskie Spotkania Edukacyjne.* Tematyka jest zróżnicowana. Sympozjum trwa cztery dni w połączeniu z zajęciami warsztatowymi. Dotychczas tematami sympozjum były zagadnienia dzieci zdolnych, niepełnosprawnych, problemy dotyczące pomocy psychologicznej. Co ważne, coroczny zjazd odbywa się w Sali Urzędu Miejskiego i jest bezpłatny, a słuchaczami są dwie najważniejsze grupy osób odpowiedzialnych za wychowanie i kształcenie przyszłych pokoleń, mowa o nauczycielach i rodzicach. Po każdym czterodniowym spotkaniu, redagowane jest czasopismo wydawane przez PPP, które zawiera streszczenie wystąpień wszystkich zaproszonych gości. (zob. aneks 19)

Nawiązując do drugiej części wywiadu, którą stanowiły zagadnienia związane z zespołem ADHD, oceniam, że rozmówca wywiadu był bardzo dobrze rozeznany w nazewnictwie problematyki. Wspomniał o typie ADD, czyli ADHD bez nadruchliwości psychoruchowej. Zwrócił szczególną uwagę na fakt, że problem ADHD dotyka głównie dzieci w młodszym wieku szkolnym. Co więcej, podkreślił, że diagnozę dokonuje lekarz - psychiatra. Natomiast psycholog nie orzeka o wystąpieniu choroby, jedynie może stwierdzić pojawienie się objawów. W opinii respondenta, pełne potwierdzenie diagnozy ustala, co należy zaznaczyć, psychiatra lub lekarz neurolog, który diagnozę o ADHD opiera na bazie kryteriów DSM IV, a także na podstawie szeregu przeprowadzonych badań. Dopiero na tej podstawie, na bazie jego diagnozy – psycholodzy podejmują działania profilaktyczne. Choć, jak podkreśla dyrektor poradni, często uważa się, że to psycholog jest stroną orzekającą o wstąpieniu ADHD, co jest przekonaniem mylnym. Bowiem on jedynie wydaje opinie, która stanowi uzupełnienie innych dokumentów opiniujących o wystąpieniu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi.

Mówiąc o objawach, rozmówca podkreślił, iż powinny trwać od 4 do 6 miesięcy, czyli skrócił czas występowania symptomów ADHD, gdyż powszechnie uznaje się, że muszą one występować co najmniej przez 6 miesięcy, czyli jest to minimalny okres nasilania się objawów. Wspomniane kryteria diagnostyczne, DSM IV, są znane pracownikom

placówki, czego dowodem jest dokument w postaci kwestionariusza obserwacyjnego znajdującego się w dokumentacji poradni (zob. aneks 20).

Jedno z pytań wywiadu odnosiło się do problemów charakterystycznych dla ucznia z ADHD. Pierwszy, jaki został wymieniony przez mojego rozmówcę, to problemy szkolne, tj. nieumiejętność nadążenia z materiałem szkolnym, słabe wyniki w nauce, które są spowodowane trudnością koncentracji uwagi. Kolejne to: zaniżone poczucie wartości ucznia z ADHD, problemy natury emocjonalnej.

Jeżeli chodzi o kwestie prawne, a więc jakie prawa przysługują uczniom z ADHD, respondent odwołał się do Rozporządzenia o Pomocy Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej. Określa ono dokładnie ustalenia prawne dotyczące orzecznictwa, kształcenia specjalnego, nauczania indywidualnego, itp.

Jak wspomniałam wcześniej, żadnych danych statystycznych odnośnie dzieci ze zdiagnozowanym ADHD w Bytomiu nie udało mi się uzyskać. W badanej poradni pedagogiczno-psychologicznej, nie prowadzi się takiego szczegółowego rejestru. Natomiast na wyraźną prośbę autorki, dyrektor poradni dokonał przeglądu danych z przełomu 2005/2006 roku.

Wynika z nich, że w tym czasie zostało zdiagnozowanych 59 osób, w tym 22 osoby na podstawie opinii lekarza specjalisty. A na jakiej podstawie otrzymały zaświadczenie pozostałe osoby?

Respondent odpowiedział, że pozostałe osoby, tj. 37 dzieci ma stwierdzone ADHD na podstawie danych uzyskanych za pośrednictwem rodziców. Jak to należy rozumieć?

Otóż, często rodzice - *jak mówi dyrektor* - zwracają się do poradni niepublicznych z prośbą o wydanie opinii dotyczącej domniemanego ADHD u dziecka. Poradnia oczywiście wydaje diagnozę, lecz na ile ona jest zasadna i rzetelna, tego dokładnie nie wiemy. Respondent twierdzi, że gros opinii jest wydawanych na zwykłym druku medycznym, i wyraża przypuszczenie, że są one niedokładne. Stawia pytanie, czy tak powinna wyglądać opinia specjalisty? (zob. aneks 19 – opinie o ADHD na druku zwykłej recepty).

Dyrektor powątpiewa w wiarygodność owych zaświadczeń o ADHD. Jak mówi, dane takie są uwzględnione do dokumentacji pacjentów i w stosunku do nich są podejmowane właściwe zadania wspierające rozwój dziecka.

Pragnę nadmienić, iż pisząc o poradniach niepublicznych, nie dokonuję generalizacji, iż każda z nich wydaje błędne opinie, bowiem nie mam na to żadnych dowodów. Chcę jednak podkreślić, iż takie zdarzenia mają miejsce. Opinie wydawane są pochopnie, intuicyjnie przez specjalistów. Jestem skłonna domniemywać, że sugestia respondenta na te-

mat wiarygodności niektórych opinii, może być prawdziwa. Niestety wszystko zależy od specjalisty, od lekarza, a raczej od jego cech interpersonalnych, od jego stosunku do wykonywanego zawodu, od jego podejścia do swojej pracy.

Podczas badań został wyrażony pogląd dyrektora poradni, że *niektóre opinie są wydawane na podstawie dwóch, góra trzech spotkań ze specjalistą. Ponadto nie niosą one ze sobą żadnych przesłanek, żadnych wskazań, co do pracy z dzieckiem nadpobudliwym.* Jest jedynie tylko stwierdzeniem *„dziecko wykazuje symptomy ADHD*" lub co najwyżej do tego dodają *„należy dostosować wymagania programowe"*. Zastanawiam się, czy wydając takie opinie dokonano analizy środowiska domowego, szkolnego, wnikliwej obserwacji, czy przeprowadzono wywiady, wykonano szereg innych badań po to, by wykluczyć inne symptomy niż te przypominające ADHD?

A przecież wiemy, iż właściwa, obiektywna diagnoza powinna opierać się na szeregu przeprowadzonych badań przez różnych specjalistów, a nie tylko w oparciu o jedną opinię, wydaną ad hoc.

Wystawianie nierzetelnych opinii powoduje, że respondenci badań są zdania, iż mianem ADHD określa się każde złe zachowanie dziecka. ADHD widziane jest w złym „świetle", jako coś co jest wymyślone przez rodziców, by wytłumaczyć ich błędy wychowawcze lub jako coś co jest wymyślone od tak, po prostu. Ze względu na ilość i pochopność diagnoz, mówi się potocznie niejako „o modzie na ADHD". Niektórzy rodzice są zdania, iż postawiona diagnoza jest przepustką dla dziecka, drogą do lepszego funkcjonowania. Takiego zdania jest także dyrektor poradni pedagogiczno-psychologicznej. Dyrektor podkreśla*, postawione orzeczenie o ADHD nie jest panaceum na wszystko. Potrzeba po pierwsze: osób gotowych do podjęcia pracy z dzieckiem mającym ADHD, po drugie: wyznaczenia odpowiednich programów pracy dydaktyczno-wychowawczej. Niektórzy rodzice są innego zdania i w kontakcie ze specjalistą domagają się wystawienia opinii o ADHD dla swojego dziecka.*

Jak podkreśla dyrektor poradni, orzeczenie jest narzędziem mówiącym o potrzebie dostosowania wymagań na terenie szkoły, dopasowania pomocy w środowiskach odpowiedzialnych za wychowanie i kształcenie. Pewnie dlatego, niektórzy rodzice usilnie domagają się postawienia takiej a nie innej diagnozy u swojego dziecka.

Jeśli chodzi o formy nauczania, to w przeciwieństwie do nauczycieli, dyrektor poradni uważa nauczanie indywidualne *„za najgorsze rozwiązanie, które należy traktować jako ostateczność. Czasem jest jednak konieczna w zależności od stosowanej farmakotera-*

pii, która wymaga ograniczenia kontaktu z grupą". To stwierdzenie przyznam szczerze, nieco zaskoczyło autorkę dysertacji, bowiem farmakoterapia nie ma nic wspólnego z ograniczeniem kontaktu z grupą.

Dyrektor podkreślał, że pracownicy jego poradni opierają się na zaleceniach lekarzy. Zaznaczał wielokrotnie, iż badanie dziecka z ADHD to nie tylko badania psychologiczne, ale także organiczne. Bada się sferę emocjonalną, intelektualną dziecka, prowadzi się wnikliwe wywiady ze środowiskiem rodzinnym. Duża baza informacji o funkcjonowaniu dziecka pochodzi ze szkoły, od nauczycieli i innych pracowników placówki oświatowej. Pedagog szkolny dostarcza informacji z zakresu poziomu umiejętności szkolnych, tj. pisanie, czytanie, liczenie, które znacznie odbiega od poziomu wymaganego w danym wieku szkolnym. Uczeń swoimi osiągnięciami jest daleko w tyle za swoimi rówieśnikami. Poza tymi źródłami informacji, ważna jest dokumentacja medyczna, jak: badanie słuchu, wzroku, badania neurologiczne, które wykluczą możliwość wystąpienia innego zaburzenia. Diagnoza jest niebywale trudna, dlatego ważne jest by była wnikliwa. Zadaniem lekarza jest wykluczanie innych nieprawidłowości, które tylko przypominają ADHD. O tym wszystkim w wywiadzie mówił dyrektor poradni.

Z danych liczbowych dotyczących postawionych diagnoz, które zostały policzone na prośbę autorki, wynika, iż jest znaczna różnica między opiniami stricte z ADHD a tymi, które wystawiono na podstawie tylko pewnych przesłanek: stosunek 22 do 37 diagnoz.

Jednym z pytań badacza było pytanie, *czy szkoły są przygotowane do pracy z dzieckiem mającym symptomy ADHD*? Odpowiedź, co oczywiste, była przecząca. „*Generalnie nie, w większości nie*". Uzasadnienie tej odpowiedzi to: *po pierwsze, zbyt liczne klasy, dziecko nadpobudliwe w takich klasach źle funkcjonuje; po drugie, za mało specjalistów. W szkole jest tylko pedagog, czasem psycholog, a poziom wiedzy otoczenia szkolnego nie jest zadawalający. Być może teoretycznie wystarczający, ale poziom praktyki przeciwnie. Wiele się robi, by to zmienić, są organizowane szkolenia, także prowadzone specjalnie przez poradnie dla szkół, ale to chyba troszkę za mało. Muszą być spełnione odpowiednie warunki w szkole, by móc podjąć konkretne kroki działania w pomocy dziecku z ADHD.*

Dyrektor poradni powiedział także, o:

- *formie pracy dziecka – indywidualnej, bądź bardziej zindywidualizowanemu podejściu do dziecka.*
- *cechach osobowościowych oraz umiejętnościach nauczyciela, to od nich wiele zależy. Są nauczyciele, którzy świetnie sobie radzą , a są tacy, którzy mają poważne problemy*

z zaadaptowaniem się do zaistniałej sytuacji, tzn. zamiast sami pomóc dziecku z AD-HD, potrzebują jednocześnie sami pomocy, wsparcia.

- *pomieszczeniach lokalowych, bardziej przestronne klasy.*

Innym proponowanym przez respondenta rozwiązaniem, by zapewnić dziecku korzystne warunki, mogłyby być klasy integracyjne. Natomiast Pani Dyrektor szkoły podstawowej z oddziałami integracyjnymi wyraziła opinię, że „*nie jest to rozwiązanie, gdyż takie oddziały są przeznaczone dla uczniów niepełnosprawnych*.", o czym wspomniano przy charakterystyce terenu badań. Przypomnijmy, zdaniem dyrektorki szkoły z oddziałami integracyjnymi, szkoła o takim charakterze nie jest placówką dla dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej. Wobec powyższego powstaje pytanie, co należy zrobić z takimi dziećmi? Jak powinny funkcjonować w placówkach szkolnych?

Powyższe dwa pytania zrodziły się w momencie przeprowadzenia wywiadu z Dyrektorem Szkoły Podstawowej, który twierdził, że rozwiązaniem może być nauczanie indywidualne, które z kolei w opinii dyrektora poradni jest ostatecznością, gdy zostanie zastosowana farmakoterapia. W informacjach, jakie uzyskałam od dwóch powyższych respondentów, pojawiła się druga niejasność. Zdaniem Pani dyrektor szkoły, nauczanie indywidualne może jedynie odbywać się poza szkołą, tj. tylko w domu, co jak wiemy, jest niekorzystne dla ucznia z ADHD - separacja od grupy rówieśniczej.

Takie rozwiązanie przysparza trudności. Byłoby znacznie wygodniej organizować owe nauczanie indywidualne na terenie szkoły. Nauczyciele wyznaczeni do nauczania indywidualnego byliby na miejscu, tj. w miejscu pracy, co nie wiąże się z dodatkowymi dojazdami do domu dziecka. Poza tym dziecko z ADHD łatwiej mogłoby być włączone w zajęcia plastyczne czy muzyczne odbywające się na terenie macierzystej klasy ucznia, a także łatwiej można byłoby włączać dziecko nadpobudliwe do wszystkich imprez szkolnych. Byłoby to nauczanie indywidualne w grupie, o którym napisałam w podrozdziale 1.2.8.

Sądzę na podstawie wyników badań, że dyrektorzy badanych placówek, pedagodzy, jak i nauczyciele nie słyszeli o takiej formie nauczania.

Zdaniem Pani Dyrektor jednej z badanych placówek, szkoła nie ma uprawnień do stosowania takiego sposobu nauczania. Jedynie tylko wtedy, gdyby takie zalecenie otrzymała od Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej. Z kolei dyrektor PPP uważa, że nie ma prawa do określania, jak nauczanie indywidualne ma organizować placówka szkolna, mówi, że „*oni sami mogą to dostosować od potrzeb dziecka*". Czyli proponowane nauczanie indywidualne w grupie mogłoby mieć miejsce. Dodatkowo, gdyby tak było, to można

by poszerzyć liczbę godzin nauczania indywidualnego. Obecnie przyznane jest 8 godzin tygodniowo. W zakres wchodzi: język polski, matematyka, zajęcia z przyrody, informatyki, plastyki, muzyki.

Mając na uwadze fakt, iż dziecko z ADHD nie jest mniej inteligentne od swoich rówieśników, uważam, że powinno mieć więcej godzin dydaktycznych, powinno być wdrażane do atmosfery szkolnej, powinno czuć się uczniem w szkole a nie w domu.

Powyżej przedstawiłam różnice poglądów między dyrektorką szkoły, a dyrektorem PPP w kwestii form nauczania dzieci z ADHD. Zdaniem dyrektora PPP: *„cała sprawa opiera się o przepisy prawne. Mówi się o nauczaniu indywidualnym, które według ustaleń prawnych ma odbywać się na terenie domu i otrzymują je uczniowie, którzy mają trudności natury zdrowotnej, tzn. nie są zdolni w normalnym trybie uczęszczać do szkoły”*. Zatem na dobrą sprawę takie nauczanie w tym rozumieniu, nie powinno należeć się dziecku z ADHD, ponieważ jest ono sprawne ruchowo i intelektualnie, nie jest obłożnie chore. Fakt możliwości przyjmowania lekarstw nie jest sprawą na tyle uciążliwą, by trzeba było dziecko izolować od grupy rówieśniczej. Mimo to, niektóre dzieci mają nauczanie indywidualne w domu. Zdaniem respondenta PPP, Poradnia nie jest uprawniona do ustalania wytycznych, gdzie to nauczanie ma odbywać się. W jego przekonaniu może odbywać się ono na terenie szkoły. Wszystko zależy od dyrektora placówki, jak to nauczanie indywidualne zorganizuje.

Z kolei pani dyrektor Szkoły Podstawowej, uważa, że nie może nic zrobić, bez konkretnych wytycznych z Poradni. I tak oto potwierdza się znane przysłowie „koło się zamyka”.

Kolejna kwestia, którą badałam w wywiadzie, dotyczyła form pomocy. Dyrektor PPP podkreślał znaczenie metod aktywizujących. Jego zdaniem różnorodność metod sprawia, że dziecko zacznie angażować się w to, co robi. Jak mówił: *metody tradycyjne nie są dla dziecka z ADHD.*

Jeżeli chodzi o formę pomocy, jaką jest farmakoterapia - to stosuje się ją w ostateczności, gdy inne sposoby zawodzą lub raczej są niedostatecznie wystarczające. Rozmówca uważa, że: *„one nie leczą, lecz powodują wyciszenie, możliwość nauki, uczenia się zachowań społecznie akceptowanych, ale nie zastąpi wychowania”*.

Jeżeli chodzi o programy, które stosuje się w działaniach profilaktycznych, to są takie w poradni, opracowane przez specjalistów zatrudnionych w poradni. Mowa o programach autorskich, które w zależności od przypadku dziecka są modyfikowane. Niestety

badacz nie miał wglądu w jakiekolwiek program autorski. Dyrektor argumentował to ochroną praw autorskich.

Oprócz realizowanych programów w ramach poradni, dyrektor proponuje uczniom z ADHD uczestnictwo w zajęciach świetlic terapeutycznych, które pomagają różnym dzieciom, nie tylko z zespołem ADHD. Podczas tam prowadzonych zajęć, dzieci uspołeczniają się, pracują nad sobą, nad trudnościami, a także nawiązują szereg nowych znajomości. Taka świetlica, o czym już pisałam wcześniej, funkcjonuje w Szkole Podstawowej nr 3, codziennie w godzinach popołudniowych. Dzieci otoczone są fachową opieką.

Pan dyrektor PPP, jako jedyny z respondentów wymienił stowarzyszenie działające w Gliwicach, mowa o Ośrodku Feniks, który oferuje pomoc dzieciom z ADHD.

Dalsza część wywiadu sprowadzała się do wyróżnienia pięciu naczelnych zasad postępowania z dzieckiem nadpobudliwym. Oto i one:

1. *Każda z osób pracujących z dzieckiem z ADHD przygotowuje wskazania do pracy.*
2. *Rodzice powinni być konsekwentni w działaniu, w kontaktach z dzieckiem, powinni cechować się bezwarunkową akceptacją swojego dziecka.*
3. *Organizować środowisko pracy dziecka, by mogło uczyć się, tj. ograniczenie zbędnych bodźców.*
4. *Zainteresowania – wyszukać coś, w czym dziecko będzie mogło realizować się, (sport, muzyka, plastyka), by mogło wykazać się.*
5. *Wykazać się niebywałą cierpliwością.*

Podobne zasady – wytyczne, lecz w sposób bardziej uszczegółowione, a było ich ponad czterdzieści, zostały zaproponowane przez Poradnię Pedagogiczno-Psychologiczną w Katowicach (zob. aneks 21). Takich konkretnych wytycznych brak natomiast w bytomskiej poradni.

Jeżeli chodzi o znajomość problematyki ADHD, to była ona znana już wcześniej. Jest znana nie od tak dawna, z dużym nasileniem w ostatnich czterech latach – tak wypowiada się respondent. Jest zdania, że rozpowszechnienie wiedzy na temat ADHD zmieni podejście nauczycieli i pedagogów. Jak mówił rozmówca: *do modelu ideału daleko, ale pewne kroczki są poczynione. Na pewno poziom wiedzy wymaga uzupełnienia*.

Koncepcja dzieci Indygo[176], zaproponowana przez autorkę pracy, znana była badanemu, lecz nie utożsamia jej ze swoimi poglądami. Wiedział, że jest to nowe spojrzenie na człowieka, nowa koncepcja spojrzenia na dziecko, która powstała po roku 80 ubiegłego wieku, a w niej dzieci z ADHD określa się jako dzieci Indygo, dzieci Nowych Czasów, dzieci Nowej Ery.

Na zakończenie wywiadu zapytałam o ocenę wiedzy swoich pracowników w skali od 1 - 5. Ocena respondenta to, „mocna czwórka", uargumentowana faktem, że zatrudnione osoby stale szkolą się w ramach różnych kursów, spotkań oraz tematyka ADHD stale towarzyszy poradni. Jak mówi dyrektor: *ostatnio pracownicy poradni byli uczestnikami konferencji, na której honorowym gościem był Wolańczyk – ekspert w dziedzinie ADHD.*

Ostatnie pytanie wywiadu inspirowane było obserwacją podczas pobytu w poradni. Hipotetyczne pytanie brzmiało następująco:

Do poradni Pedagogiczno-Psychologicznej przychodzi Mama dziecka, u którego zdiagnozowano ADHD, czy otrzyma pomoc ze strony poradni? Odpowiedź respondenta była twierdząca, że tak. *Poradnia skieruje dziecko na dodatkowe badania, dokona szerokiej diagnozy każdego dziecka nie tylko takiego, które ma lub podejrzewa się u niego/niej ADHD, bowiem jak wiemy, mamy rozmaite przypadki. Są u nas dzieci głuchonieme, głuchoniewidome, każdemu staram się pomóc. Jest na rynku szereg dostępnych środków dzięki, którym taką pomoc możemy oferować.*

Powyższe hipotetyczne pytanie postawiłam po obserwacji zdarzenia w poradni. Oto one: *Matka dziecka ze zdiagnozowanym ADHD przychodzi do poradni z zapytaniem, czy są organizowane jakieś zajęcia w ramach nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi?* Sekretarka odpowiada wymijająco: *nic mi na ten temat nie wiadomo, proszę przyjść w dni dyżuru psychologa*, *tam jest tablica, proszę sobie sprawdzić.* Odpowiedź, którą usłyszała brzmiała nieprzychylnie. Czy tak powinna przyjmować sekretarka petentów, czy tak powinna wyglądać kompetentna odpowiedź w kontekście odpowiedzi dyrektora poradni pedagogiczno-psychologicznej?

Reasumując, analiza odpowiedzi na pytania dyrektora poradni, pozwala sądzić, że wiedza na temat ADHD jest znana rozmówcy pomimo, iż nie potrafił wymienić pozycji

[176] Dzieci Indygo – nowa koncepcja postrzegania dziecka z ADHD. Wizja dziecka nadzwyczajnego, o delikatnej duszy, nieocenionej wrażliwości umysłowej. Zupełnie inne spojrzenie, o czym pisze w *publikacji O dzieciach Indygo, czyli ADHD bez tajemnic.*

książkowej godnej polecenia na temat ADHD. Dyrektor akcentował zaangażowanie poradni w inicjatywy szerzenia wiedzy na temat ADHD poprzez szkolenia, warsztaty dla rodziców i nauczycieli. Podobnie, jak nauczyciele czy pedagodzy, zwracał uwagę na istnienie ścisłej współpracy między szkołami a poradnią. Respondent podkreślił problem jakości stawianych diagnoz.

W świetle wywiadu wyłonił się problem rozumienia nauczania indywidualnego, a dokładniej gdzie, powinno mieć miejsce, w domu czy jednak w szkole?

Uzyskanie informacje wyłoniły wiele wątków interesujących dla badacza. Na pewno potwierdza się informacja o współdziałaniu szkół z poradnią, potwierdza się fakt, jakże ubogiej praktyki w zakresie ADHD wśród nauczycieli – zdaniem dyrektora poradni.

Autorka pracy żałuje, że nie miała dostępu do autorskich programów realizowanych w terapii z dzieckiem mającym ADHD. Ponadto w początkowym zamyśle autorka planowała sprawdzić wiedzę pracowników poradni na temat ADHD. Od tego zamiaru odwiódł ją jednak dyrektor, wyrażając przekonanie, iż wie, jaką wiedzę mają jego pracownicy w związku z czym, nie widzi konieczności przeprowadzenia wywiadu czy ankiety. Być może przeprowadzenie właśnie takich sondaży dałoby ciekawe ujęcia problemu ADHD.

Kolejną sprawą, której nie udało się ustalić w poradni, to liczba dzieci zdiagnozowanych z ADHD oraz skonkretyzowanie podstawy prawnej, obowiązującej w poradni pedagogiczno-psychologicznej. Wszyscy, tj., dyrektor poradni oraz pedagodzy szkolni powołują się na Rozporządzenie Ministra o działaniu poradni pedagogiczno-psychologicznych, lecz żadna ze wspomnianych stron nie była w stanie przedstawić takich dokumentów do wglądu.

Zdaniem autorki wywiad z dyrektorem poradni pedagogiczno-psychologicznej ujawnił kontrowersyjne wątki w postrzeganiu i rozumieniu zagadnienia ADHD.

3.8. Podsumowanie wyników badań i wnioski końcowe

W podsumowaniu wyników badań, odwołam się kolejno do zasadniczych wniosków wynikających z analizy poszczególnych pytań badawczych. Pytania te były adresowane do rodziców, nauczycieli, dyrektorów szkół podstawowych oraz do pedagogów szkolnych i pracownika poradni pedagogiczno-psychologicznej.

Uważam, że takie podejście metodologiczne, pozwoli na określenie stopnia osiągnięcia głównego celu rozprawy, jakim jest zbadanie poziomu świadomości (tj. wiedzy, poglądów, opinii) środowiska rodzinnego i szkolnego wobec zespołu ADHD u dzieci w młodszym wieku szkolnym.

1. *Jaki jest stan wiedzy rodziców na temat ADHD?*

Jeśli chodzi o wiedzę rodziców, to przyjmując poziomy: wysoki, średni, niski: ich wiedzę określiłabym na poziomie średnim. Pojawiają się niepełne informacje dotyczące różnych spraw. Z badań wynika, iż rodzice mieli trudności z dookreśleniem czasu nasilania się objawów u dziecka z ADHD. Druga sprawa odnosi się do znajomości form pomocy dziecku z ADHD. W tej kwestii duża ilość badanych miała trudności z doprecyzowaniem typowych form pomocy dziecku nadpobudliwemu. Także słaba jest znajomość literatury w świetle uzyskanych wyników. Ponadto badani nie znają placówek czy stowarzyszeń, które mogłyby wesprzeć dziecko z ADHD i ich rodziców.

Wiedza jaką wykazali się badani jest fragmentaryczna, niemniej jednak autorka sądziła, że uzyska gorszy wynik w prezentowanym poziomie wiedzy o ADHD przez rodziców.

1. *Jakie czynniki warunkują taki stan wiedzy o ADHD?*

Być może stan wiedzy uwarunkowany jest przez czynniki, jak:

- dość młody wiek badanych rodziców, przedział wiekowy to 21-30 lat (najwyższy odsetek wśród badanych),
- wykształcenie (większość badanych ma wykształcenie średnie lub zawodowe).

Zapewne dodatnim wskaźnikiem posiadanej jakiejkolwiek wiedzy jest struktura rodzin (ponad połowa rodzin tzw. pełnych) oraz posiadanie dwoje dzieci, co także może mieć wpływ na postrzeganie dzieci z różnymi problemami wychowawczymi, w tym dzieci z ADHD. Te wskaźniki warunkują stan wiedzy w świetle prowadzonych badań.

2. *Z jakich źródeł informacji mają wiedzę odnośnie zespołu ADHD?*

W dużej mierze, jak wynika z danych statystycznych wyników badań, wiedza opiera się na podstawie audycji telewizyjnych, Internetu, informacji od znajomych. Niestety nie pojawiły się odniesienia do literatury godnej polecenia przez badanych.

3. *Czy zagadnienie ADHD kiedykolwiek było poruszane przez wychowawców na zebraniach lub innych okazjonalnych spotkaniach? Jak wygląda współpraca na płaszczyźnie rodzic – nauczyciel, gdy jest dziecko z ADHD? Czy owa współpraca jest konieczna?*

W odpowiedzi na to pytanie pojawiły się nieco wykluczające się odpowiedzi. Ponad połowa badanych jest zdania, iż nie poruszano zagadnienia ADHD w ramach spotkań

z wychowawcą klas (zebrania, szkolenia). Blisko połowa rodziców wyraża pogląd, iż w ramach warsztatów szkolnych nie były prowadzone żadne szkolenia o ADHD. Podobny odsetek nie pamięta, czy coś takiego miało miejsce w ramach szkolnych oddziaływań. Stąd wniosek, iż nie było mowy o takich poczynaniach w badanych placówkach, co z kolei nie pokrywa się z opiniami nauczycieli, pedagogów szkolnych, czy opinią dyrektora poradni pedagogiczno-psychologicznej.

Rodzice, z kolei opowiadają się za współpracą między szkołą a rodziną dziecka z ADHD. Uważają, że jest to konieczne, bowiem od tego zależy jakość prowadzonej terapii.

4. *Czy rodzice są zdania, że ADHD to zespół mało powszechnie znany wśród lokalnego społeczeństwa? Jak postrzegają problem ADHD?*

Rodzice zgodnie mówią, iż zagadnienie ADHD jest zagadnieniem nienowym (ponad połowa badanych jest takiego zdania). Mimo to, społeczność lokalna nie ma rozeznania o tematyce ADHD (ponad połowa respondentów wyraziło takie przekonanie). Wynika to z braku warsztatów, informacji skierowanych do rodziców o tej tematyce. Głównie powinno być to naświetlane w sytuacjach, w których mamy do czynienia ze zdiagnozowanym dzieckiem z ADHD. Wówczas świadomość społeczności lokalnej jest podstawą prawidłowego ukierunkowania działań zaradczych – profilaktyczno-terapeutycznych. W tej kwestii wiele zależy od nauczycieli, czy podejmą działania w kierunku upowszechnienia wiedzy na ten temat. W rzeczywistości szkolnej bywa różnie. Wszystko zależy od postaw i cech osobowościowych nauczycieli. (zob. aneks 18 – listy rodziców o trudnościach, jakich doznali ze strony nauczycieli – szkoły, niejako środowiska przychylnego środowisku rodzinnemu).

Na podstawie niniejszych pytań nasunęły się dezyderaty, sformułowane przy omawianiu głównego problemu badawczego.

Podsumowanie pytań szczegółowych skierowanych do dyrektorów badanych placówek oświatowych i ich odpowiedzi.

1. *Jaki jest poziom wiedzy dyrektorów Szkół Podstawowych na temat ADHD?*

W ewaluacji wywiadu można twierdzić, iż badani respondenci mają wiedzę o ADHD. Mają rozeznanie w podstawowych informacjach, takich jak: nazwa, objawy, przyczyny ADHD, środowisko w jakim powinny ujawniać się objawy. Trudności pojawiły się w udzieleniu odpowiedzi na temat czasu nasilenia się objawów. Wiedza niejako jest

uwarunkowana przez czynniki osobowościowe badanych – przypomnę, nieprzychylna opinia jednego z dyrektorów dotycząca ucznia opuszczającego „mury szkoły". Wiele zależy od cech danego człowieka, od jego podejścia do pracy i pełnionych obowiązków dyrektora. Zdaniem badacza jest to wyznacznik zaangażowania w pomoc i wsparcie osób dotkniętych ADHD.

2. *Jak zespół ADHD jest postrzegany w myśleniu dyrektorów?*

Z przytoczonych w analizie wypowiedzi, ADHD stanowi problem dla otoczenia, dla nauczycieli i rodziców. W opinii badanych, tylko współpraca może wesprzeć dziecko z ADHD w ich jakże trudnym położeniu. Dyrektorzy są świadomi do czego może doprowadzić późne zdiagnozowanie dzieci z ADHD. Opowiadają się za udzieleniem pomocy, choć jak mówią niektórzy, brakuje narzędzi wspierających pracę nauczycieli.

Postrzeganie problematyki ADHD zależy od postawy dyrektora – od tego jak i na ile chce pomóc rodzicom i uczniowi z ADHD. To wytyczne jest odniesieniem także do poniższej odpowiedzi na zadane trzecie pytanie, dyrektorom szkół podstawowych.

3. *Czy zdaniem dyrektorów Szkół Podstawowych, nauczyciele klas początkowych powinni mieć wiedzę o zespole ADHD. Czy należy to do ich kompetencji zawodowych?*

Analiza odpowiedzi na powyższe pytanie ujawniła pewne sprzeczne opinie, tj. jedni dyrektorzy są zdania, że tak, koniecznie, a inni - przeciwnie. Czym jest uwarunkowana taka postawa? Sądzę, iż zależne jest to od wspomnianych cech, tj. gotowości do pomocy uczniom, otwartości na drugiego człowieka, pełnego zaangażowania w sprawy szkoły i uczniów, a także od tzw. „wypalenia zawodowego". Od dyrektorów zależy poziom zaangażowania zatrudnionych nauczycieli do pracy z dziećmi nadpobudliwymi.

4. *Czy i jakie formy szkolenia dla nauczycieli stosują dyrektorzy Szkół Podstawowych w obrębie problematyki ADHD?*

W odpowiedziach wskazano na współpracę z poradnią pedagogiczno – psychologiczną, a także WDN (Wewnątrzszkolne Doskonalenie Nauczycieli) w ramach, których realizuje się szkolenia – konsultacje na temat ADHD. Dyrektorzy uważają, że brakuje środków

finansowych na zaproszenie specjalistów w dziedzinie ADHD, by wesprzeć nauczycieli w ich poczynaniach w pracy z dzieckiem nadpobudliwym. Jedynie na czym polegają w obecnej chwili, to na własnych doświadczeniach, konsultacjach z poradnią pedagogiczno-psychologiczną, pedagogiem szkolnym oraz informacjach z Internetu, ewentualnie publikacjach na temat ADHD.

5. *Czy ich zdaniem, szkoła – jako drugie środowisko po rodzinie – jest w stanie podjąć odpowiednie działania wobec dziecka z ADHD i tym samym zapewnić korzystne warunki rozwoju?*

Dyrektorzy są zdania, iż tak. Wiedzą, jaka jest wiedza nauczycieli, wiedzą jakie warunki powinna zapewnić szkoła i dom, by dać dziecku z ADHD możliwie jak najkorzystniejsze warunki rozwoju.

Trudno ocenić to stanowisko, bowiem z obserwacji oraz analizy zgromadzonych dokumentów wynika, iż nie ma materiałów świadczących o typowo realizowanych projektach terapeutycznych skierowanych do dzieci z ADHD. Brak programów odwołujących się do dzieci z nadpobudliwością w klasie. Ponadto we wszystkich badanych placówkach mówi się o tym, iż są dzieci – uczniowie z objawami nadpobudliwości, natomiast brakuje danych statystycznych, określających ilość takich dzieci w danej placówce.

Dyrektorzy otwarci są na wszelkie formy pomocy nauczycielom w ich pracy dydaktyczno-wychowawczej. Pozytywnie oceniają program *„ADHD w pigułce”,* mojego autorstwa.

Reasumując, można sformułować wnioski z badań sondażowych nauczycieli:

1. Uważają problem ADHD, jako problem typowy dla otoczenia, trudny do zdiagnozowania i zastosowania odpowiednich form terapii.
2. Oceniają swoją wiedzę na poziomie drugim – trzecim.
3. Wiedzą o ADHD znacznie więcej niż pozostali respondenci. Być może wynika to z doświadczenia zawodowego, stażu pracy, ukończonych dodatkowych form doskonalących - dokształcających. W ocenie badacza jest to poziom trzeci.
4. Większość badanych, jako główne źródło informacji, uważa Internet, pedagoga szkolnego, ewentualnie poradnię pedagogiczno-psychologiczną. Natomiast gros osób przyznaje, że nie uczęszczała na żadne szkolenia na temat ADHD.
5. Niedostatecznie znają kryteria diagnostyczne (terminologia). Z kolei na podstawie dokonanej charakterystyki można sądzić, iż wiedzą jakie są typowe zachowania dziecka z nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi. Niestety nie zauważono, żeby badani respondenci dysponowali kwestionariuszami obserwacyjnymi zawierającymi kryteria

   diagnozujące ADHD. Pojawiła się niejasność w relacjonowanych odpowiedziach, tzn. część badanych twierdziła, że kryteria diagnozujące ADHD są w posiadaniu pedagoga szkolnego, tym samym dostępne dla wszystkich nauczycieli. Z kolei pedagodzy twierdzili odwrotnie, że to nauczyciele mają i znają kryteria diagnozujące ADHD. Autorka jest zda-

nia, iż nie wszyscy nauczyciele zaopatrzeni są w kwestionariusze obserwacyjne zawierające kryteria diagnostyczne dzieci z ADHD.

6. Są świadomi konsekwencji do jakich prowadzi późne zdiagnozowanie ADHD i nie podjęte w stosownym czasie kroki zaradcze, by zapewnić dziecku odpowiednie warunki rozwoju.
7. Opowiadają się za zmniejszeniem liczby uczniów w klasie. Uważają, iż jest to czynnik znacznie utrudniających dotarcie do dziecka nadpobudliwego. Z czym zgadza się autorka tej pracy. Nauczyciele znają wytyczne, jakie należy wprowadzić do klasy, np.: ograniczenie bodźców, miejsce ucznia w pierwszej ławce, kontakt wzrokowy, odpowiedni system nagród i kar, konsekwencja w egzekwowaniu poleceń. Niektórzy badani (30%) skłonni są dopatrzeć się zmian w nich samych, by pomóc dziecku z ADHD, co wynika z postaw i zachowań niektórych nauczycieli. Respondenci niestety nie znają stowarzyszeń czy placówek wspierających rodziców i dzieci z ADHD. Wymieniają jedynie poradnię pedagogiczno-psychologiczną, jako jedyne miejsce wsparcia dla osób z ADHD.

Z danych wynika, że badani nauczyciele mają wiedzę o ADHD, co prawda niepełną, fragmentaryczną, lecz w stosunku do pozostałych respondentów, najbardziej kompetentną. Ponadto z dodatkowych rozmów z badanymi wynika, iż są otwarci na wszelką wiedzę, zwłaszcza natury praktycznej. Tu także odwołam się do programu „ADHD w pigułce".

Wnioski dotyczące wyników badań studentów uzupełniających studiów magisterskich uzupełniających. A zatem, j*aka jest wiedza tej grupy respondentów?*

Badani oceniają swoją wiedzę na poziomie drugim, co jest adekwatne w świetle uzyskanych wyników. Przypuszczalnie jest to ocena wynikająca z braku doświadczenia zawodowego (znikomy odsetek pracuje w oświacie); jest to młoda grupa respondentów, której brakuje jakichkolwiek dodatkowych form dokształcających.

Z odpowiedzi studentów wynika, iż tematyka ADHD poruszana była zarówno na studiach licencjackich, jak i magisterskich. Znaczny odsetek badanych opowiada się za tym, aby tematyka ADHD wchodziła w zakres zajęć objętych programem przewidywanym dla studentów studiów uzupełniających magisterskich.

Autorka natomiast wyraża pogląd, iż tematyka ADHD powinna być przedmiotem zajęć fakultatywnych, skierowanych dla zainteresowanych tą tematyką, a więc dla tych, którzy chcą wiedzieć więcej.

Zdaniem autorki, należy dążyć do odpowiedniego kształcenia właśnie studentów, którzy są potencjalnymi pedagogami, potencjalnymi znawcami tematu o ADHD, którzy będą na tyle kompetentni, by wspierać rodziny i ich dzieci z ADHD.

Na podstawie analizy porównawczej między grupami badanych: rodzice – studenci – nauczyciele, mogę stwierdzić, iż dobrą znajomością tematyki ADHD wykazali się nauczyciele. Autorka sądziła, że studenci wykażą się większym rozeznaniem w tematyce ADHD niż nauczyciele czy rodzice. Przypuszczałam, że osoby, które studiują mają większy dostęp do aktualnych informacji, a więc do aktualnej wiedzy.

W celu poszerzenia i weryfikacji informacji uzyskanych od respondentów, w badanych grupach, dokonałam analizy materiałów dostępnych w placówkach szkolnych.

Ponadto, uzyskałam dodatkowe informacje od pedagogów szkolnych oraz od dyrektora bytomskiej poradni pedagogiczno-psychologicznej. Wyniki tych poczynań badawczych miały na celu ustalenie stanu faktycznego, w stosunku do tego, co deklarują badani.

Takie działanie wyłoniło sprzeczne informacje, odnoszące się do:

1. znajomości oraz posiadania odpowiednich kwestionariuszy obserwacyjnych z kryteriami diagnostycznymi określających symptomy dziecka z ADHD – jako podstawowego narzędzia w dokonywaniu i ustalaniu diagnozy. Pedagodzy odpowiedzieli, że nauczyciele je posiadają, z kolei nauczyciele odwrotnie, iż są udostępniane u pedagoga szkolnego,
2. braku jasnych wytycznych, co do ustaleń prawnych przysługujących dzieciom z ADHD. Ponowne odwoływanie się do Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej, że niejako ona ustala wytyczne prawne przysługujące uczniom z ADHD,
3. braku ustaleń względem nauczania indywidualnego – gdzie ono powinno mieć miejsce? Z danych ankietowych wynika, że dogodnym rozwiązaniem dla wszystkich jest właśnie skierowanie ucznia z ADHD do nauczania indywidualnego, które jak wiemy może mieć miejsce w szkole. Respondenci nie potrafili tego ustalić jednoznacznie. Dyrektorzy szkół są zdania, że wytyczne o nauczaniu na terenie szkoły ustala poradnia, a poradnia z kolei jest zdania, że zależy to wyłącznie od woli dyrekcji. Brak jest jednoznacznych opinii w tej sprawie. Nadmienię, że z otrzymanego statutu szkoły podstawowej wynika, iż takie nauczanie indywidualne może mieć miejsce na terenie szkoły. Czytamy w nim:

   Szkoła umożliwia realizowanie indywidualnych programów nauczania (…); szkoła organizuje za zgodą rodziców zindywidualizowane i indywidualne nauczanie i wychowanie dzieci, w stosunku do których poradnia pedagogiczno-psychologiczna lub inne poradnie specjalistyczne orzekną taką formę kształcenia lub wychowania. Indywidualne nauczanie

i wychowanie organizuje się w miejscu pobytu dziecka, a w szczególności w domu rodzinnym dziecka, w rodzinie zastępczej, placówce opiekuńczo-wychowawczej, a także w zakładzie opieki zdrowotnej i domu pomocy społecznej, jeżeli nie ma możliwości zapewnienia innej formy nauki. W szczególnie uzasadnionych przypadkach indywidualne nauczanie i wychowanie może być organizowane na terenie szkoły.[177]

Wynika stąd, że nie ma przeciwwskazań w realizacji nauczania indywidualnego w szkole, wszystko zależy od władz szkoły i woli osób organizujących nauczanie indywidualne oraz jak powiedziała jedna z respondentek *wiele zależy od siły przebicia rodzica.*

4. różne są opinie, jeśli chodzi o szkolenia dla nauczycieli i rodziców. Część badanych odpowiedziała, że takie szkolenia dla nauczycieli mają miejsce. Z kolei, co do szkoleń dla rodziców, autorka ma wiele wątpliwości, czy takie informacje o ADHD były poruszane w badanych placówkach w ramach spotkań z rodzicami. Zauważmy, że badani odpowiedzieli, że w ich placówkach są dzieci ze zdiagnozowanym ADHD. Więc siłą rzeczy, powinny być rozpowszechnione informacje o takich dzieciach, o przyczynach ADHD. Tylko w ten sposób – w sposób szerzenia wiedzy – świadomości o ADHD w środowisku, gdzie uczy się dziecko nadpobudliwe jesteśmy w stanie stworzyć mu przychylne środowisko. Bez prelekcji na ten temat nie jest to możliwe. Nasuwa się pytanie, dlaczego nie ma danych statystycznych o ilości takich dzieci w szkole oraz dlaczego nie ma, bynajmniej badacz nie miał wglądu do programów realizowanych w ramach pracy z dziećmi nadpobudliwymi. Jak kilkakrotnie podkreślano diagnoza to jedno, a praca z dzieckiem, to drugie. Brak dokumentów świadczących o podjęciu pracy z dziećmi nadpobudliwymi poddaje pod wątpliwość rzekomą pomoc kierowaną do tych, którzy dotknięci są nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi.

Przedstawiona powyżej weryfikacja danych uzyskanych z różnych źródeł badań pozwala z dużym prawdopodobieństwem odpowiedzieć na postawiony główny problem badawczy, który brzmiał: *Jaki jest poziom świadomości środowiska rodzinnego i szkolnego wobec zespołu ADHD u dzieci w młodszym wieku szkolnym?*

Na podstawie wyników badań uzyskanych w wywiadach, ankietach, obserwacjach oraz analizy dokumentacji, można sformułować wniosek, że wiedza – świadomość – poglądy na temat ADHD w tych dwóch środowiskach jest szczątkowa, nieadekwatna do potrzeb dzieci z ADHD.

---

[177] Statut Szkoły Podstawowej w Bytomiu.

Nauczyciele, wykazali się znacznie lepszą wiedzą niż rodzice, czy też aktualnie studiujący studenci. Wyniki badań wskazują środowiska, w których należy rozpocząć popularyzowanie wiedzy – świadomość nt. ADHD, tj. wśród dwóch grup – przyszłych nauczycieli, jak i przyszłych oraz obecnych rodziców. Chodzi o edukowanie nie tylko tych rodziców, którzy mają dziecko z ADHD, ale zwłaszcza tych, którzy niejednokrotnie stoją w opozycji do rodzica ucznia z ADHD.

Analiza wyników badań oraz wypowiedzi różnych grup respondentów, upoważnia autorkę do sformułowania następujących postulatów:

- po pierwsze, należy wprowadzić zajęcia fakultatywne dla studentów – kładąc nacisk na wyposażenie ich w wiedzę praktyczną, w przygotowanie praktyczne do pracy z dzieckiem mającym ADHD;
- po drugie, należy przeprowadzić warsztaty informacyjne dla nauczycieli, w celu usystematyzowania ich wiedzy. Wyposażenie ich warsztatu pracy w odpowiednie narzędzia do pracy z uczniami i rodzicami dzieci z ADHD. Zdaniem autorki, dyrektorzy szkół podstawowych powinni zadbać o możliwość dokształcania się, doskonalenia się nauczycieli w zakresie zagadnienia ADHD;
- po trzecie, nauczyciele powinni przeprowadzać warsztaty informacyjne dla rodziców, zwłaszcza w tych klasach, w których jest uczeń z ADHD. Prezentacja zagadnienia ADHD w sposób przystępny dla słuchaczy, z podkreśleniem akcentu, iż trzeba stworzyć dziecku z ADHD odpowiednie warunki do pracy i nauki. W gestii nauczyciela leży zintegrowanie środowiska rodziców danej klasy i akceptacji dziecka z ADHD i jego rodziców;
- po czwarte, nauczyciele powinni tworzyć przychylne środowisko grupy rówieśniczej dla ucznia z ADHD. W tym celu powinni przygotowywać prelekcje dla grupy rówieśniczej. Materiały do prelekcji zawarte są w programie autorki na CD pt. „ADHD w pigułce”;
- po piąte, pedagodzy szkolni powinni tworzyć Grupy Wsparcia dla rodziców uczniów z ADHD. Grupy Wsparcia dają, jak sama nazwa wskazuje, wsparcie i poczucie bezpieczeństwa, że nie jest się samym z problemem nadpobudliwości własnego dziecka. Takie grupy mogłyby być integrowane w ramach pracy poradni pedagogiczno-psychologicznej;
- po szóste, poradnia pedagogiczno-psychologiczna powinna „śledzić” dzieci z ADHD, tzn. powinna prowadzić dokładne statystyki już zdiagnozowanych dzieci z ADHD.

Wówczas, mogłaby inicjować różne formy pomocy dzieciom z ADHD i ich rodzinom. Między innymi mogłaby inicjować powołanie Grup Wsparcia.

Wnioski końcowe

Przedstawione w rozdziale trzecim wyniki analiz zebranego materiału badawczego dotyczącego badań środowiska rodzinnego i szkolnego, upoważniają do sformułowania następujących wniosków:

1. Poziom wiedzy na temat ADHD jest bardzo zróżnicowany. Najniższy poziom prezentują badani rodzice, także stosunkowo niskim poziomem wykazali się badani studenci. W miarę dobrą wiedzę posiadają nauczyciele, dyrektorzy szkół oraz pedagodzy szkolni i pracownik poradni pedagogiczno-psychologicznej.
2. Słaba jest znajomość literatury dotyczącej ADHD wśród badanych respondentów. Dotyczy to wszystkich badanych grup. Stąd znaczna rozbieżność wśród badanych, co do miejsca i czasu nasilania się ADHD, form terapii, czy też ośrodków - placówek wspierających dzieci z ADHD i ich rodziców. Sprzeczne opinie, przypomnę raz jeszcze, pojawiły się w kontekście nauczania dziecka z ADHD.
3. Nauczyciele uczestniczą w szkoleniach dotyczących ADHD raczej sporadycznie. W znacznej mierze ma to miejsce w WDN (Wewnątrzszkolne Doskonalenie Nauczycieli). Z uzyskanych informacji ankietowych wynika, że tematyka ADHD poruszana jest średnio raz do roku. Zdaniem autorki, to za mało w porównaniu do potrzeb, jakie mają dzieci nadpobudliwe z zaburzeniami koncentracji uwagi.
4. Brakuje programów. Autorka nie spotkała się z żadnym programem mającym wspierać rodziców i nauczycieli w wychowaniu i kształceniu dzieci z ADHD. W placówkach oświatowych, na dzień dzisiejszy, nie spotkano się z propozycją rozwiązań, jak efektywnie pracować z dzieckiem mającym ADHD.
5. W badanych placówkach nie ma danych statystycznych odnoszących się do liczby faktycznie zdiagnozowanych dzieci z ADHD. Informacje, jakie zdobyła autorka w tym zakresie są niepełne. Dotyczy to zarówno weryfikacji danych ilościowych wśród pedagogów szkolnych, jak i w Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej.
6. Badani nauczyciele i pedagodzy szkolni nie posiadają arkuszy obserwacyjnych, odnoszących się do kryteriów diagnozowania dzieci z ADHD. Zdaniem autorki, takie

materiały powinien mieć każdy nauczyciel nauczania początkowego, jak i pedagog szkolny.

7. Badania wskazują, że dyrektorzy szkół pedagogicznych mają wiedzę o ADHD, niemiej jednak nie jest ona podstawą do wsparcia dziecka z ADHD i ich rodzin. Spośród badanych dyrektorów są tacy, którzy otwarcie deklarują pomoc w przypadku dziecka z ADHD, ale są i tacy, którzy w poszukiwaniu alternatywnych rozwiązań, wybiorą te, które niekoniecznie będą korzystne dla ucznia z ADHD, na przykład zalecenie indywidualnego toku nauczania. Autorka jest zdania, że im większe zrozumienie istoty problemu ADHD, tym większe zainteresowanie i pomoc ze strony dyrektora i pracowników szkoły podstawowej.
8. Poradnia pedagogiczno-psychologiczna w Bytomiu nie udziela pomocy dzieciom z ADHD i ich rodzicom. Brak w Poradni dokumentów świadczących o tym, że taka pomoc była komukolwiek udzielana. Nie ma w Poradni analiz danych statystycznych dotyczących liczby diagnozowanych dzieci z ADHD, nie ma długoterminowych projektów – programów zalecanych do pracy z dzieckiem nadpobudliwym, co świadczy o pewnej „marginalizacji" problematyki ADHD.

Propozycje zmian wynikające z badań

1. Dzieciom z zespołem ADHD należy tworzyć warunki do normalnego funkcjonowania w rzeczywistości szkolnej i rodzinnej, poprzez lepsze rozumienie ich potrzeb i podejmowanie odpowiednich do tego działań.
2. Istnieje konieczność ścisłej współpracy między rodzicami dzieci z ADHD, dyrektorami szkół i nauczycielami oraz pedagogami szkolnymi i poradnią pedagogiczno-psychologiczną, w celu wczesnego zdiagnozowania dziecka z nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami koncentracji uwagi. Na podstawie diagnozy wszystkie strony procesu dydaktyczno - wychowawczego powinny podjąć działania zaradcze, w celu zminimalizowania skutków ADHD. Jedynie prawdziwa współpraca, wszystkich wymienionych powyżej osób, jest w stanie przynieść zamierzone osiągnięcia.
3. Wykorzystanie programu na CD „ADHD w pigułce" ma na celu „wyposażenie" rodziców, nauczycieli oraz wychowawców w skuteczne „narzędzie" pracy z dzieckiem mającym ADHD. Podjęta współpraca z Polskim Towarzystwem ADHD w Krakowie oraz Centrum Terapii Poznawczej i Behawioralnej w Warszawie ma na celu rozpowszech-

nienie programu, tak aby trafił on do szerokiego gremium osób borykających się z ADHD u dziecka. Warto podkreślić, że zawarte w programie propozycje rozwiązań pracy z dzieckiem nadpobudliwym, można zastosować do każdego dziecka w wieku wczesnoszkolnym, które przysparza nam problemy wychowawcze.

4. Tworzenie Grup Wsparcia przez pedagogów szkolnych bądź poradnie pedagogiczno-psychologiczne jest cennym źródłem pomocy. W początkowych spotkaniach Grup Wsparcia proponuję zrealizowanie programu wstępnego, autorstwa Arthura Anastopoulos i Suzanne Farley.[178]

   Program składa się z dziesięciu sesji tematycznych, każda po 90 minut. Gdy zaistnieje taka konieczność, to czas pojedynczej sesji zostaje przedłużony tak, aby osiągnąć pożądane zmiany w uczestnikach programu. Sesje odnoszą się do następujących tematów:

   - Ogólne wiadomości na temat ADHD.
   - Omówienie teorii 4 czynników odwołujących się do przedstawienia zasad kontroli zachowań.
   - Stosowanie umiejętności pozytywnej uwagi i ignorowania. Kształcenie właściwej niezależności w zabawie i spełniania prostych próśb; skuteczniejsze wydawanie poleceń.
   - Ustanowienie systemu nagradzania za pomocą domowych symboli lub punktów.
   - Stosowanie kosztu reakcji za nieposłuszeństwo i drobne wykroczenia.
   - Procedury przerw (time-out) za poważne wykroczenia.
   - Radzenie sobie z zachowaniem dziecka w miejscu publicznym.
   - Radzenie sobie z przyszłymi problemami, wygaszanie programu domowego, rozmowa o sprawach szkolnych; kwestie zakończenia programu i dodatkowych wskazań.
   - Sesja wspomagająca w celu oceny postępu i rozwiązywania ewentualnych problemów.

   Zadaniem programu jest „wyposażenie" rodziców i nauczycieli w skuteczne sposoby radzenia sobie z nadpobudliwością dziecka. Dlatego też, po każdej sesji tematycznej zadaje się „pracę domową", której celem jest przyswojenie umiejętności wychowawczych prezentowanych w programie. Na początku kolejnej sesji sprawdza się, czy „pra-

---

[178] A. Anastopoulos., S. Harley, *Program treningu poznawczo-behawioralnego dla rodziców dzieci z zespołem nadpobudliwości ruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi* (rozdz. 11), [w:] A. Kazein, J. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

ca domowa" została odrobiona. Na tej podstawie wiedza i umiejętności są „dostrajane" tak, aby uzyskać oczekiwane rezultaty. Po zrozumieniu danej partii programu, można przejść do następnego działu tematycznego.

Realizacja powyższego programu pozwala nabyć umiejętności i nawyki wychowawcze w pracy z dzieckiem nadpobudliwym. Poza tym, podczas spotkań, uczestnicy programu wymieniają się własnymi doświadczeniami wychowawczo-dydaktycznymi, co jest istotnym czynnikiem kształcącym.

Innym rozwiązaniem w szerzeniu wiedzy - świadomości o ADHD jest program zajęć warsztatowych przeznaczonych dla rodziców i nauczycieli. Proponowany program zajęć składa się z dwóch części. Pierwsza to, część teoretyczna, odnosząca się do tematów jak:

1. ADHD na przestrzeni wieków – definicja, typy ADHD, kryteria diagnozujące nadpobudliwość z zaburzeniami koncentracji uwagi.
2. ADHD w życiu człowieka. Dorosły z ADHD.
3. Formy leczenia nadpobudliwości u dziecka.
4. Szkoła – nauczyciel – rówieśnicy a dziecko nadpobudliwe.
5. Problemy dziecka z ADHD.
6. Sposoby współpracy z dzieckiem mającym ADHD.
7. Nieco inne spojrzenie na dziecko z ADHD – koncepcja dziecka Indygo.

Druga część warsztatów, to prezentacja programu *ADHD w pigułce*, z uwzględnieniem tematów:

1. Co może zrobić nauczyciel dla społeczności klasowej, w której uczy się dziecko z ADHD?
2. Ocena zachowania dziecka nadpobudliwego.
3. Metody pracy: *znaczki, liczby, symbole, plany zajęć, obrazki sytuacyjne, nieco autorefleksji, sposoby relaksacji itp.*

Czas realizacji zajęć prowadzonych w formie warsztatów uzależniony jest od grupy oraz od prowadzącego, jak zorganizuje spotkania z grupą w obrębie proponowanej tematyki zajęć.

Nakreślając kierunki zmian w niniejsze rozprawie, jakie powinniśmy wprowadzić, aby pomóc dziecku z ADHD, należy jednoznacznie powiedzieć, że bez świadomości, a tym samym bez odpowiedniej wiedzy, nie zrozumiemy, czym tak naprawdę jest ADHD.

ZAKOŃCZENIE

W niniejszej dysertacji autorka skupiła się na problematyce poziomu świadomości środowiska rodzinnego i szkolnego wobec zespołu ADHD u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Zdaniem autorki znajomość tematyki ADHD stanowi ważny, aczkolwiek nie zawsze należycie doceniany element procesu dydaktyczno-wychowawczego. W rezultacie, czego, brak jest wczesnego zdiagnozowania dziecka z tym zespołem, i wynikających stąd właściwych oddziaływań zarówno w szkole, jak i w rodzinie.

Celem niniejszej rozprawy doktorskiej było ustalenie stanu wiedzy na temat ADHD wśród rodziców, nauczycieli szkół podstawowych i ich dyrektorów oraz pedagogów szkolnych i pracowników Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej. Wyniki tych badań z kolei, stanowiły podstawę określenia dyrektyw pedagogicznych kierowanych pod adresem tych środowisk.

Znajomość problematyki ADHD przez wszystkich uczestników procesu dydaktyczno-wychowawczego ma istotny wpływ nie tylko na poziom i jakość podejmowanych działań wobec dziecka z zespołem ADHD, ale także na efektywną współpracę między tymi środowiskami. Chodzi o to, aby rodzice nie pozostawali samotni ze swoim dzieckiem, aby mogli liczyć na pomoc szkoły tj. nauczycieli, pedagogów szkolnych i różnego rodzaju poradnie. Dlatego też, ważne jest właściwe przygotowanie nauczycieli do pracy z uczniem z zespołem ADHD. Powinno ono rozpocząć się na studiach, a doskonalenie wiedzy i praktycznego doświadczenia, w praktyce szkolnej. Stąd badaniom poddano także studentów uzupełniających studiów magisterskich.

Przeprowadzone badania wykazały, iż poziom wiedzy w badanych środowiskach jest zróżnicowany, i nie jest wysoki. Potwierdzeniem tego jest, słaba znajomość fachowej literatury odnoszącej się do tematyki ADHD oraz brak zdiagnozowanych dzieci z zespołem ADHD. Szczególnie ten ostatni fakt jest niepokojący w odniesieniu do braku takich danych u pedagogów szkolnych oraz w Poradni Pedagogiczno- Psychologicznej.

Mimo, iż przeprowadzone badania empiryczne miały ograniczony zasięg, bowiem dotyczyły tylko jednego miasta Bytomia, to dają one pewien obraz stanu wiedzy i stosunku do dzieci z zespołem ADHD w środowisku szkolnym i rodzinnym. Wyniki pozwoliły nakreślić kierunki i obszary oddziaływań, których udoskonalenie pozwoli podnieść poziom wiedzy i umiejętności praktycznych badanych środowisk w zakresie tematyki ADHD.

Autorka zdaje sobie sprawę, iż niektóre postulaty jak np. zwiększenie liczby szkoleń o problematyce ADHD, przygotowanie bądź realizowanie programów autorskich

przez nauczycieli lub pedagogów szkolnych, wiążą się ze pewnym nakładami finansowymi. Jednakże część propozycji, jak np. program nauczania czy też kursy doskonalące dla nauczycieli, można opracować na bazie programu autorki pt. „ADHD w pigułce”. Program ten był prezentowany podczas konferencji naukowych oraz w niektórych badanych szkołach, zyskując aprobatę.

Autorka ma także świadomość, iż niniejsza dysertacja oraz zaproponowane w niej wnioski i rozwiązania nie wyczerpują całego spektrum problemów związanych z przy

gotowaniem rodziców i nauczycieli do podejmowania właściwych oddziaływań pedagogicznych. Dlatego też problematyka badań zaprezentowana w niniejszej rozprawie będzie kontynuowana przez autorkę zarówno w pracach naukowo-badawczych, jak i popularyzowana podczas konferencji naukowych.

Autorka ma nadzieję, iż szkoły podstawowe i poradnie pedagogiczne wymienione w niniejszej pracy, zainteresują się przedstawionymi wynikami badań i propozycjami rozwiązań oraz będą otwarte na współpracę mającą na celu doskonalenie nauczycieli.

BIBLIOGRAFIA:

1. Anielska A., Wróblewska V.: *Moje dobre i złe uczucia*. „Edukacja i Dialog" 2002, nr 3.
2. Baczyńska E., Borowiec-Janczak B., Kuchciak A.: *Praca z dzieckiem nadpobudliwym psychoruchowo*. „Życie Szkoły" 2002, nr 1.
3. Badegruber B.: *Nauczanie otwarte w 28 krokach*. WSiP, Warszawa 1997.
4. Bałusz M. [i in.]: *Praca z dzieckiem zaniedbanym, krzywdzonym*: *scenariusz warsztatów*. „Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole" 2003, nr 7.
5. Baranowska E.: *Urwisy w klasie*. „Życie Szkoły" 2003, nr 1.
6. Barkley Russell A.: *Dzieci nadpobudliwe i roztargnione*. „Świat Nauki" 1998, nr 11.
7. Barłóg K.: *Dzieci nadpobudliwe oczekują empatii*. „Edukacja i Dialog" 1993, nr 3.
8. Bartkowicz. Z.: *Terapia nieletnich nadpobudliwych psychoruchowo*. „Opieka Wychowanie - Terapia" 1998, nr 2.
9. Bernau S.: *ADHD u dorosłego. Poradnik - jak z tym żyć.* Wyd. WAM, Kraków 2007.
10. Beverly J.: *Leczenie dzieci po urazach psychicznych*: *nowe spojrzenie i twórcze metody działania*. Państ. Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2003.
11. Borkowska A.: *Nadpobudliwość psychoruchowa w neuropsychologicznej koncepcji Russela A. Barkleya*. [w:] *Neuropsychologia emocji*: *poglądy, badania, klinika*. (pod red.) Herzyk A., Borkowska A., Wyd. UMCS, Lublin 1999.
12. Booth C., Colomb J. M., Williams J. M.: *The Craft of Research*. The University of Chicago Press, Chicago 1995.
13. Borkowska A.: *Pozycja dziecka nadpobudliwego psychoruchowo w klasie szkolnej*. „Życie Szkoły" 1991, nr 8.
14. Borkowska A.R., *Procesy uwagi i hamowania reakcji u dziecka z ADHD z perspektywy rozwojowej neuropsychologii klinicznej.* Wyd. Uniwersytet Marii Curii-Składowskiej, Lublin 2008.
15. Borkowska A. R.: *Procesy uwagi i hamowania reakcji u dziecka z ADHD z perspektywy rozwojowej neuropsychologii klinicznej.* Wyd. Uniwersytet Marii Curii-Składowskiej, Lublin 2008
16. Borzęcka M., Mreńca R.: *Z rodzicami w szkole*. Pracownia Pedagogiczna i Wydawnicza Biblioteczka Rodziców, Warszawa 2000.
17. Bragdon A. D., Gamon D.: *Kiedy mózg pracuje inaczej*: *ADHD – alkoholizm – autyzm – dysleksja – leworęczność*... Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
18. Buda B.: *Problemy szkolne dziecka z zespołem hiperaktywności w klasach I-III*. „Kwartalnik Edukacyjny" 2002, nr 1.
19. Cooper P., Ideus K.: *Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową*: *poradnik dla rodziców i nauczycieli*. Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2000.
20. Czarnecki K.: *Naukowy rozwój człowieka*. Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2001.
21. Dąbrowska J., Kwiatkowska E.: *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*. „Nowa Szkoła" 2004, nr 7/8.
22. Dąbrowska M., Borkowska A.: *Badanie aktywacji półkulowej mózgu u dzieci z zespołem deficytu uwagi z nadruchliwością*. [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. (pod red.) I. Namysłowskiej, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
23. Dąbrowska M., Borkowska A.: *Neuropsychologiczna ocena dysfunkcji czołowej u dzieci i młodzieży z ADHD*. [w:] *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. (pod red.) I. Namysłowskiej, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
24. Dąbrowska M., Rozesłaniec M.: *Korygowanie zaburzeń zachowania dzieci nadpobudliwych psychoruchowo i agresywnych w grupie socjoterapeutycznej*. Adam Marszałek, Toruń 2004.

25. Dierzgowska I.: *Dyrektor szkoły*. Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2001.
26. Drachal H.: *Bez etykiet*. „Głos Nauczycielski" 2003, nr 46.
27. Drachal H.: *Uparte, leniwe, złe?* „Głos Nauczycielski" 2003, nr 12.
28. Dudek M.: *Niedostosowanie społeczne dzieci z syndromem deficytu uwagi i nadruchliwości*. [w:] *Młodzież wobec współczesnych zagrożeń*. (pod red.) Kozaczuk F., Wydaw. Uniw. Rzeszowskiego, Rzeszów 2003.
29. Dunaj B. (pod red.): *Słownik współczesnego języka polskiego*. Wyd. SMS, Kraków 2000.
30. Duniec B. M.: *Wpływ zajęć muzyczno-ruchowych z elementami muzykoterapii na dzieci z nadpobudliwością psychoruchową*. „Nauczyciel i Szkoła" 2001, nr 1-2.
31. Dyjas B., Kowalik A., Cichecka J.: *Zagrożeni?* „ Problemy opiekuńczo-wychowawcze" 2001, nr 10.
32. Dykcik W. (pod red.): *Pedagogika specjalna*. Wydawnictwo UAM, Poznań 1998.
33. Elliott J., Place M.: *Dzieci i młodzież w kłopocie*: *poradnik nie tylko dla psychologów*. WSiP, Warszawa 2000.
34. Fhaner S.: *Słownik psychoanalizy*. GWP, Gdańsk 1996.
35. Filus M., Taracha M.: *Dziecko nadpobudliwe psychoruchowo a oddziaływanie środowiska szkolnego*. „Annales UMCS. Sectio J Pedagogia-Psychologia"1999, vol. 12.
36. Filus M., Taracha M.: *Problemy nauczycieli w pracy z dziećmi nadpobudliwymi psychoruchowo*. *„Z*eszyty Wszechnicy Świętokrzyskiej' 2000, Z. 12.
37. Filus M.: *Przejawy ekspresji twórczej dzieci nadpobudliwych psychoruchowo*. „Annales UMCS. Sectio J Pedagogia - Psychologia." 2000, vol. 13.
38. Fischer – Tietze R.: *Nie ma głupich dzieci*. Jedność, Kielce 2002.
39. Florkiewicz V. (pod red.): *Terapia pedagogiczna – scenariusze zajęć*. Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno–Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2003.
40. Frankfort-Nachmias Ch.: *Metody badań w naukach społecznych*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Warszawa 2001.
41. Geldard D., Geldard K.: *Jak pracować z dziecięcymi grupami terapeutycznymi*. GWP, Gdańsk 2005.
42. Gierluk-Lubowicz Z.: *Wychowanie w rodzinie wielkomiejskiej*. WSiP, Warszawa 1979.
43. Gindrich P.: *Współwystępowanie zespołu ADHD i innych zaburzeń - przegląd badań*. „Zeszyty Wszechnicy Świętokrzyskiej" 2002, Z. 15.
44. Glinka A. M.: *Dziecko nadpobudliwe*. „Nowa Szkoła" 2003, nr 10.
45. Glińska J.: *Zajęcia relaksacyjne*. „Wychowanie w Przedszkolu" 2000, nr 9.
46. Gnitecki J.: *Metodologiczne problemy pedagogiki prakseologicznej*. Wyd. WSP im. T. Kotarbińskiego, Zielona Góra 1996.
47. Gnitecki J.: *Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej*. Wyd. WSP im. T. Kotarbińskiego, Zielona Góra 1993.
48. Goodman R., Scott S.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wyd. Medyczne Urban i Partner, Wrocław 2000.
49. Gołębiowskiego A. (pod red.): *Żyć razem z...*: *pedagogika bliska życiu*. Ośrodek Profilaktyki i Edukacji, Radom 2002.
50. Goźlińska E.: *Ściąga dla nauczyciela, czyli co musi, co może, a co powinien*. WSiP, Warszawa 2005.
51. Górka I.: *Mały nieszczęśliwy człowiek*. Wyd. Edukacyjna.pl, Kraków 2005.
52. Grabowska M., Tomaszek B., Wrotna B.: *Dać szansę*. „Remedium" 2004, nr 6.
53. Green Ch., Chee K.: *The pocket guide to understanding ADHD. Practical tips for parents*. Vermilion, London 2004.
54. Grochowska B. [i in.]: *Zasady pracy z dzieckiem nadpobudliwym*: *scenariusz warsztatów*. „Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia" 2003, nr 7.
55. Grzywniak C.: *Nadpobudliwość psychoruchowa a trudności szkolne*. „Życie Szkoły" 2000, nr 6.

56. Grzywniak C.: *Sposoby postępowania z dziećmi nadpobudliwymi w szkole i w domu*. „Auxilium Sociale" 2000, nr 3-4.
57. Hallowell E.M., Ratey J.: *W świecie ADHD*: *nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*. Media Rodzina, Poznań 2004.
58. Hamer H.: *Klucz do efektywnego nauczania*. Wydawnictwo „Veda", Warszawa 1994.
59. Hanisz J.: *Program nauczania dla szkoły podstawowej. Zintegrowana edukacja wczesnoszkolna klas 1-3*. WSiP, Warszawa 1998.
60. Harland S.: *Dziecko nadpobudliwe czy genialne*. Amber, Warszawa 2004.
61. Heininger J., Sharon K.: *Od chaosu do spokoju. Skuteczne wychowanie dzieci z ADHD lub innymi zaburzeniami zachowania.* Media Rodzina, Poznań 2005.
62. Hehenkamp C.: *Fenomen indygo*. Wydawnictwo KOS, Katowice 2005.
63. Jackowska E.: *Środowisko rodzinne a przygotowanie społeczne dzieci w młodszym wieku szkolnym*. WSiP, Warszawa 1980.
64. Herda K.: *O dzieciach Indygo, czyli ADHD bez tajemnic.* Wyd. ZNP, Kielce 2007.
65. Jakubiak-Zapalska E.: *Funkcjonowanie w szkole dzieci nadpobudliwych psychoruchowo*. „Prace Naukowe. Pedagogika - Politechnika Radomska im. K. Pułaskiego" 1998, nr 4.
66. Jakson L.: *Świry, dziwadła i Zespół Aspergera*. Wyd. Edukacyjna Fraszka, Warszawa 2006.
67. James B.: *Leczenie dzieci po urazach psychicznych*: *nowe spojrzenie i twórcze metody działania.* Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2003.
68. Jaros C.: *Dziecko nadpobudliwe psychoruchowo*: *pedagogizacja rodziców*. „Doradca" 2001, nr 26.
69. Jaskułowska E.: *Nadpobudliwość psychoruchowa - opis i analiza przypadku*. „Życie Szkoły" 2004, nr 1.
70. Jodłowska B.: *Start - szok zawodowy - twórcza praca nauczyciela klas początkowych*. WSiP, Warszawa 1991.
71. Jundziłł I.: *Opiekuńczo-wychowawcze funkcje szkoły*. [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*. (pod red.) Pomykało W., Innowacja Fundacja, Warszawa 1993.
72. Juszczyk S.: *Metodologiczne podstawy badań empirycznych w informatyce*. Oficyna Wydawnicza „Impuls". Kraków 2003.
73. Juszczyk S.: *Badania ilościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*. Wyd. Śląska Szkoła zarządzania im. Gen. Jerzego Ziętka w Katowicach. Katowice 2005.
74. Kaja B., Hołtyń B.: *Zespół hiperaktywności z deficytem uwagi = Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. [w:] *Wspomaganie rozwoju*: *psychostymulacja i psychokorekcja*. T. IV. (pod red.) Kaja B., Wydaw. Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2002.
75. Kaja B.: *Zarys terapii dziecka*. Wyd. Uczelniane Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2001.
76. Kendall P.C.: *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
77. Kisch A., Pauli S.: *Co się dzieje z moim dzieckiem?*: *zaburzenia rozwoju ruchowego i postrzegania*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
78. Klimek B.: *Mały wiercipięta*. „Wychowawca" 2003, nr 9.
79. Kłaś K.: *Nadpobudliwość i zaburzenia koncentracji uwagi.* Cz. 2. „Remedium" 2003, nr 6.
80. Kłaś K.: *Nadpobudliwość i zaburzenia koncentracji uwagi*. Cz. 3. „Remedium"2003, nr 7/8.
81. Kłaś K.: *Nadpobudliwość i zaburzenia koncentracji uwagi*. Cz. 4. „Remedium" 2003, nr 9.
82. Kłaś K.: *Techniki pomocne w terapii*. „Remedium" 2004, nr 4.
83. Kobyliński W.: *Dyrektor szkoły (placówki oświatowo-wychowawcej)*. [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*. (pod red.) Pomykało W., WSiP, Warszawa 1993.
84. Kolber G.: *Zajęcia z gliną jako terapia dla dzieci nadpobudliwych*. „Wychowanie w Przedszkolu" 1997, nr 5.

85. Kołakowski A.: *Kłopoty z planowaniem*. „Głos Nauczyciela" 2004, nr 16.
86. Komender J.: *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi*. Warszawa 1997.
87. Konarzewski K.: *Jak uprawiać badania oświatowe*. *Metodologia praktyczn*a. WSiP, Warszawa 2000.
88. Kosińska E.: *Dyrektor w szkole*. Rubikon, Kraków 1999.
89. Kotkin R., Fine A.: *Therapist's Gudie to Learning and Attention Disorders*. Academic Press 2003.
90. Kowolik P.: *Nauczyciel twórczy w klasach 1-3 – tak. Ale jaki?* [w:] *Twórczy rozwój nauczyciela*. (pod red.) Juszczyk S., Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 1996.
91. Kozaczuk F. (pod red.): *Młodzież wobec współczesnych zagrożeń*. Wydawnictwo. Uniwersytetu. Rzeszowskiego, Rzeszów 2003.
92. Kozłowska A.: *Dziecko nadpobudliwe psychoruchowo*. „Życie Szkoły" 1993, nr 4.
93. Krawiec W., Szadkowska A.: *Praca z dziećmi nadpobudliwymi psychoruchowo*. „Problemy opiekuńczo-wychowawcze" 2003, nr 2.
94. Kuczyńska J. A.: *Nadpobudliwość psychoruchowa jako zespół deficytu uwagi*: *procesy poznawcze u dzieci z zespołem ADD lub ADHD*. „Test" 1996, nr 4.
95. Kunikowski J.: *Wiedza i edukacja dla bezpieczeństwa*. Warszawa 2002.
96. Latecka W.: *Zespół Nadpobudliwości psychoruchowej*. [w:] *Uczeń z przewlekłą chorobą i uczeń z zaburzeniami psychicznymi w szkole ogólnodostępnej*. (pod red.) T. Kott, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Warszawa 2005.
97. Leszek W.: *Badania empiryczne*. Instytut Technologii Eksploatacji, Radom 1997.
98. Levine M.: *Jak nie tracić głowy w szkole*. Media Rodzina, Poznań 2004.
99. Łobocki M.: *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2004.
100. Łobocki M.: *ABC wychowania*. WSiP, Warszawa 1992.
101. Ługowska I.: *Diabeł w skórze dziecka*: *wychowanie - problem niesfornych i ruchliwych dzieci*. „Życie Siedleckie" 2002, nr 47.
102. Łupicka-Szczęśnik D.: *Nadpobudliwość psychoruchowa dzieci w młodszym wieku szkolnym*. [w:] *Nauczyciele i rodzice*: *inicjowanie procesu współpracy i doskonalenie warsztatu*. Cz. 2. (pod red.) Jerulank H., Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, Zielona Góra 2002.
103. Łyskawka I.: *Niespokojne, kłótliwe, złe...* Głos Nauczycielski" 2002, nr 11.
104. Łyskawka I.: *Praca z uczniem nadpobudliwym*. „Nowa Szkoła" 2002, nr 12.
105. MacKenzie R.: *Kiedy pozwolić? Kiedy zabronić? Dzieciom od 2 do 16 lat*. Gdańskie Wydaw. Psychologiczne, Gdańsk 2001.
106. Majerowicz-Klaus M.: *Jak pomóc dziecku nadpobudliwemu psychoruchowo w szkole?* „Katecheta" 2003, nr 10.
107. Makowska J.: *Dzieci trudne do kochania*. Instytut Wydawniczy CRZZ.
108. Maliszewska H.: *Jak pomóc w nauce dziecku nadpobudliwemu*. „Nowe Echo Podlasia" 2001, nr 22.
109. Małkiewicz E.: *Letni program terapeutyczny - forma pomocy dziecku z nadpobudliwością psychoruchową w USA*. [w:] *Wspomaganie rozwoju*: *psychostymulacja i psychokorekcja*. T. V. (pod red.) Kaja B., Wydaw. Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2003.
110. Marek E.: *Nauczyciel klas początkowych – pośrednik czy arbiter?* [w:] *Nauczyciel - uczeń*. (pod red.) Dudzikowa M., Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 1996.
111. Marshall C., Rossman G.: *Designing qualitative research*. Sage, Thousand Oaks (CA), USA 1992.
112. Mendel T.: *Metodyka pisania prac doktorskich*. Wyd. Akademii Ekonomicznej, Poznań 1995.
113. Mendel M.: *Rodzice i szkoła*. *Jak współuczestniczyć w edukacji dzieci?* Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2001.
114. Meyer R.: *Psychopatologia, studia przypadków*. GWP, Gdańsk 2003.

115. Myers D.G.: *Psychologia społeczna*. Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2003.
116. Michalik A.: *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej*. „Wychowawca" 2003, nr 9.
117. Mihilewicz S.: *Nadpobudliwość psychoruchowa*. [w:] *Dziecko z trudnościami w rozwoju*. (pod red.) Mihilewicz S., Oficyna Wydawnicza "Impuls", Kraków 2001.
118. Mihilewicz S.: *Współwystępowanie Zespołu Nadpobudliwości z Deficytem Uwagi u dzieci z dysleksją*. [w:] *Dziecko z trudnościami w rozwoju.* (pod red.) Mihilewicz S., Oficyna Wydawnicza "Impuls", Kraków 2001.
119. Mozalewska B., Zarzycka D.: *Zabawy z dziećmi nadpobudliwymi*. „Wychowanie w Przedszkolu" 2004, nr 3.
120. Mozolewska B., Zarzycka D.: *Zachowanie dziecka nadpobudliwego*. „Edukacja i Dialog" 2001, nr 7.
121. Munden A., Arcelus J.: *Nadpobudliwość psychoruchowa*. Dom Wydawniczy Bellona, Warszawa 2006.
122. Muszński H.: *Wstęp do metodologii pedagogiki*. PWN, Warszawa 1971.
123. Nartowska H.: *Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1972.
124. Nehring A., Sawicka L.: *Dziecko nadpobudliwe psychoruchowo w edukacji zintegrowanej.* „ Wychowawca" 2003, nr 9.
125. Neuhaus C.: *Dziecko nadaktywne*: *niedobór uwagi i nadpobudliwość ruchowa u dzieci*: *jak pomóc?* Bauer-Welbild Media, Warszawa 2003.
126. Neuhaus C.: *Dziecko nadpobudliwe*. *Jak zrozumieć objawy i znaleźć odpowiednie rozwiązania*. PZWL, Warszawa 2005.
127. Niemiec G.: *Pozajęzykowe formy porozumiewania się z dziećmi nieśmiałym i nadpobudliwymi ruchowo*: *komunikat z badań*. „Bytomskie Zeszyty Pedagogiczne" 2000, Nr 1.
128. Niewiedział D.: *Współpraca z rodzicami i kierunki pracy z dziećmi z zespołem ADHD*. [w:] *Nauczyciele i rodzice*: *inicjowanie procesu współpracy i doskonalenie warsztatu*. Cz. 2. (pod red.) Jerulank H., Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, Zielona Góra 2002.
129. Nowak R.: *Jak pomóc dziecku nadpobudliwemu?* „Wychowanie w Przedszkolu" 1996, nr 5.
130. Nowak B.: *Nie lekceważmy nadpobudliwości*. „Wychowawca" 2003, nr 9.
131. Nowak S.: *Metodologia badań społecznych*. PWN, Warszawa 1985.
132. Okoń W.: *Nowy słownik pedagogiczny*. Wydawnictwo Naukowe „Żak", Warszawa 2001.
133. Ognik P.: *Nadpobudliwość psychoruchowa jako skutek uszkodzeń mózgu*. [w:] *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*. (pod red.) L. Cierpiałkowska, H. Sęk, Wyd. Fundacja Humanior, Poznań 2001.
134. Olek U.: *Nadpobudliwość u dzieci*: *propozycje zabaw*. „Wychowawca" 1995, nr 12.
135. Olek U.: *„W zgodzie z naturą i samym sobą"*: *program pracy z dziećmi nadpobudliwymi psychoruchowo* . „Wychowawca" 2003, nr 9.
136. Oleszkiewicz J.: *Zaburzenie koncentracji, nadpobudliwość to uleczalne choroby cywilizacyjne*. Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej. Zakład Wydawniczo- Poligraficzny, Warszawa 1996.
137. Opolska T., Potempska E.: *Dziecko nadpobudliwe*: *program korekcji zachowań*. Wyd. 2. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1999.
138. Oszwa U.: *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży*. „Remedium" 2003, nr 7-8.
139. O'Regan F.J.: *Jak pracować z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych*. Liber, Warszawa 2005.
140. O'Regan F.J.: *ADHD*. Liber, Warszawa 2005.
141. Patycka B.: *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi*. „Życie Szkoły" 2002, nr 7.
142. Pawlak B.: *Jak współpracować z rodzicami uczniów klas początkowych?* Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2003.

143. Pawlak P.: *Program profilaktyczno-terapeutyczny dla dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej*. Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2005.
144. Pecyna M. B.: *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo „Żak", Warszawa 1999.
145. Pecyna M.B.: *Jak leczyć i wychowywać dziecko ze wzmożoną aktywnością psychoruchową*. Część I, „Szkoła Specjalna" 1997 nr 5.
146. Pecyna M.B.: *Jak leczyć i wychowywać dziecko ze wzmożoną aktywnością psychoruchową*. Część II, „Szkoła Specjalna" 1998 nr 1.
147. Pentecost D.: *Wychowywać dziecko z ADD i ADHD*. Wyd. Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2005.
148. Pennock K.: *Katowanie dzieci z uszkodzeniem mózgu*: *porażenie mózgowe, upośledzenie umysłowe, opóźnienie psychoruchowe, nadpobudliwość, zespół Downa, padaczka, autyzm*. Booklinista, Toruń 1992.
149. Perzyńska E.: *Zaburzenia koncentracji uwagi*. „Edukacja i Dialog" 2002, nr 1.
150. Pętlewska H.: *Pippi w szkolnej ławie – czyli o nadpobudliwości psychoruchowej*. „Opieka - Wychowanie - Terapia" 2000, nr 4.
151. Pielachowski J.: *Organizacja i zarządzanie oświatą i szkołą*. Wydawnictwa eMPi^2, Poznań 2000.
152. Pieter J.: *Ogólna metodologia pracy naukowej*. Ossolineum, Wrocław 1967.
153. Pietkiewicz B.: *Diabły za szklaną szybą*. „Polityka" 2001, nr 39.
154. Pilecka W., Rudkowska G., Wrona L.: *Podstawy psychologii*. Podręcznik dla studentów kierunków nauczycielskich. Kraków 1999, Wydawnictwo Naukowe AP.
155. Pilch T.: *Zasady badań pedagogicznych*. *Strategie ilościowe i jakościowe*. Wyd. „Żak", Warszawa 2001.
156. Pilch T. (pod red.): *Encyklopedia XXI wieku*. Wydawnictwo „Żak", Warszawa 2004.
157. Pfiffner L. J.: *Wszystko o ADHD*. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.
158. Płażewska B.: *Kółko ortograficzne – forma pomocy dziecku nadpobudliwemu i dyslektycznemu w szkole podstawowej*. „Edukacja przyrodnicza w Szkole Podstawowej" 2003, nr 1-2.
159. Płażewska B.: *Specyficzne problemy z zachowaniem uczniów klas 4-6. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.* „Edukacja przyrodnicza w Szkole Podstawowej" 2002, nr 2.
160. Pokinko J.: *Pociągi nie będą czekać*... „Nowa Szkoła" 2003, nr 10.
161. Polak K.: *Dyrektor i szkoła. Wspomaganie rozwoju ucznia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
162. Pomykało W. (pod red.): *Encyklopedia pedagogiczna*. Fundacja Innowacja, Warszawa 1993.
163. Potemska E., Opolska T.: *Program korekcji nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Cz. 1. „Opieka - Wychowanie - Terapia." 1998, nr 2.
164. Potemska E., Opolska T.: *Program korekcji nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Cz. 2. „Opieka - Wychowanie - Terapia" 1998, nr3.
165. Prekop J., Schweizer Ch.: *Niespokojne dzieci*. Media Rodzina, Poznań 1997.
166. Pufal-Struzik I.: *Osobowość i twórcza postawa nauczycieli szkół podstawowych*. [w:] *Edukacja i rozwój – jaka szkoła, taki nauczyciel, jakie wychowanie*. (pod red.) Jopkiewicz A., Kielce 1995.
167. Pużyński S. Wciórka J. (pod red.): *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius" Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków - Warszawa 1997.
168. Radlińska H.: *Pedagogika społeczna*. WSiP, Warszawa 1961.
169. Rathus P. S.: *Psychologia kliniczna*. GWP, Gdańsk 2004.
170. Rzecznik Praw Dziecka, *Konwencja o prawach dziecka*. Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2004.
171. Salański W.: *By ich nie stracić*. „Głos Nauczycielski" 2003, nr 12.

172. Sawczuk E.: *Jak pomóc dziecku nadpobudliwemu?* „Wychowanie w Przedszkolu" 2004, nr 3.
173. Schafer U.: *Dlaczego dzieci się wiercą?*: *zespół nadpobudliwości psychoruchowej*: *poradnik dla rodziców, wychowawców i nauczycieli*. Erda, Warszawa 2001.
174. Serfontein G.: *Twoje nadpobudliwe dziecko*: *poradnik dla rodziców*. Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
175. Sherborne W.: *Ruch rozwijający dla dzieci*. PWN, Warszawa 1997.
176. Skórczyńska M.: *Dziecko z zespołem deficytu uwagi z nadruchliwością (ADHD)*: *symptomy diagnostyczne i wybrane metody terapii.* „Szkoła Specjalna" 2003, nr 5.
177. Smykaj J.: *Jak rozpoznać ADHD u dziecka?* „Edukacja i Dialog" 2005, nr 7.
178. Sobczyńska K.: *Nadpobudliwe dziecko wyzwaniem dla oświaty i medycyny*. „Problemy opiekuńczo-wychowawcze" 2004, nr 1.
179. Specncer A., R.: *Psychologia współczesna*. GWP, Gdańsk 2004.
180. Spionek H.: *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*. PWN, Warszawa 1975.
181. Spionek H.: *Psychologiczna analiza trudności i niepowodzeń szkolnych*. Warszawa 1970.
182. Stanek J.: *Wybrane problemy etyczne współpracy rodziny i szkoły w klasach początkowych szkoły podstawowej*. [w:] *Pedagogiczna relacja rodzina - szkoła, dylematy czasu przemian.* (pod red.) Janke A. W., Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły.
183. Stanisz A.: *Przystępny kurs statystyki w oparciu o program STATISTICA PL na przykładach z medycyny*. StartSoft Polska, Kraków 1998.
184. Szczęsna M.: *Dziecko nadpobudliwe w szkole*. „Dyrektor Szkoły" 2003, nr 10.
185. Szewczuk W. (pod red.): *Encyklopedia pedagogiczna*. Fundacja Innowacja, Warszawa 1998.
186. **Szmalec D.: *Potrzebne są rozwiązania prawne* . „Nowa Szkoła" 2003, nr 10.**
187. Szmyd-Skórczewska M.: *Propozycja programu pracy z dziećmi nadpobudliwymi psychoruchowo, oparta na doświadczeniach amerykańskich pedagogów.* „Nauczanie Początkowe Kształcenie Zintegrowane" 2002/2003, nr 1.
188. Szperlich E., Gruszczyńska D.: *Diabły wcielone*. „Charaktery" 2003, nr 4.
189. Sztajnert K.: *Mali buntownicy*. „Wychowanie w Przedszkolu" 2003, nr 3.
190. Sztumski J.: *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Śląsk, Katowice 1995.
191. Szulska-Wyrwa E.: *Kuba - dziecko nadpobudliwe*. „Wychowanie w Przedszkolu" 2003, nr 7.
192. Szurmiak M. (pod red.): *Rozpoznawanie i reedukacja uczniów o częściowo zaburzonym rozwoju psychomotorycznym*. Kraków 1982, Wydano nakładem Wojewódzkiej Poradni Wychowawczo-Zawodowej.
193. Szymerowska B.: *Pomoc dzieciom o zaburzonym rozwoju*. „Problemy opiekuńczo -wychowawcze" 2002, nr 6.
194. Święcickiej M. (pod red.): *Problemy psychologiczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej*. Emu, Warszawa 2003.
195. Świst J.: *Zajęcia terapeutyczno-wychowawcze z uczniami nadpobudliwymi jako forma profilaktyki alkoholowej*: *informacja wstępna*. „Problemy Poradnictwa Psychologiczno -Pedagogicznego"1999, nr 2.
196. Tomaszek B.: *Jak pracować z dzieckiem nadpobudliwym w szkole i w domu*. Rubikon, Kraków 2005.
197. Trela D.: *Trudne zachowania*. „Remedium" 1996, nr 9.
198. Trochim W.: *The Research Methods Konwledge Base*. Atomic Dog Publishing, Cincinnati 2000.
199. Turbiarz I.: *Dziecko nadpobudliwe w szkole*. „Remedium" 2004, nr 9.
200. Turbiarz I.: *Sytuacja rodziców dziecka z ADHD*. „Remedium" 2004, nr 2.
201. Turecki S.: *Jak zrozumieć problemy emocjonalne dziecka*. Amber, Warszawa 1997.
202. Turek M., Wolańczyk T.: *Tiki u dzieci*. „Remedium" 2003, nr 11.

203. Yin. R.: *Case study research*: *Desing and methods*. Sage, Thousand Oaks (CA), USA 1994.
204. Weyhreter H: *Trudności z koncentracją uwagi*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
205. Weyhreter H.: *Zaburzenia koncentracji u dzieci*: *wskazówki dla rodziców*. Klub dla Ciebie, Warszawa 2001.
206. Węglińska M.: *Jak pisać pracę magisterską?* Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2004.
207. Wiącek R.: *Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo w wieku przedszkolnym – program terapii i wspomagania rozwoju oraz scenariusze zajęć*. Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2004.
208. Wielowiejska-Comi I.: *Czytelne intenc*je. „Remedium" 2002, nr 9.
209. Wielowiejska-Comi I.: *Jak powiedzieć rodzicom o nadpobudliwości ich dziecka?*
210. „Remedium" 2003, nr 7-8.
211. Wielowiejska-Comi I.: *Jasne zasady*. „Remedium" 2002, nr 5.
212. Wielowiejska-Comi I.: *Modelowanie zachowania*. „Remedium" 2002, nr 6.
213. Wielowiejska-Comi I.: *Nauczanie indywidualne*. „Remedium" 2003, nr 6.
214. Wielowiejska-Comi I.: *Praca z klasą wspierającą ucznia z ADHD*. „Remedium" 2003, nr 9.
215. Wielowiejska-Comi I.: *Reguły działania*. „Remedium" 2002, nr 7-8.
216. Wielowiejska-Comi I.: *Rozwijanie odpowiedzialności*. „Remedium" 2003, nr 3.
217. Wielowiejska-Comi I.: *Społeczność rodziców wobec pomocy dziecku z ADHD*. „Remedium" 2003, nr 10.
218. Wielowiejska-Comi I.: *Wytrwałości!* „Remedium" 2003, nr 4.
219. Wielowiejska-Comi I.: *Praktyka w ADHD i ADD*. „Remedium" 2002, nr 4.
220. Wielowiejska-Comi I.: *Trudna sztuka nagradzania*. „Remedium" 2002, nr 11.
221. Wielowiejska-Comi I.: *Żeby sukces rodził sukces*. „Remedium" 2003, nr 2.
222. Wiśniewski D.: *Nadpobudliwość psychoruchowa dzieci*. „Edukacja i Dialog" 2004, nr 1.
223. Witek S.: *Jak kształcić profesjonalnych dyrektorów szkoły?* Małopolskie Centrum, Doskonalenia Nauczycieli, Kraków 2000.
224. Wojak W.: *Niektóre przyczyny trudności i niepowodzeń szkolnych*. „Problemy opiekuńczo-wychowawcze" 1997, nr 6.
225. Wojciechowski M.: *Dziecko z dysfunkcją*. „Remedium" 2002, nr 9.
226. Wojciechowski M.: *Kłopotliwy uczeń*. „Remedium" 2003, nr 3.
227. Wolańczyk T. [i in.]: *Nadpobudliwość psychoruchowa dzieci*. „Edukacja i Dialog" 2004, nr 6.
228. Wolańczyk T. [i in..]: *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci*: *informacje i wskazówki dla pedagogów i rodziców*. Komitet Ochrony Praw Dziecka, Warszawa 2001.
229. Wolańczyk T. [i in.]: *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci*. „Wychowanie w Przedszkolu" 2004, nr 3.
230. Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M.: *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*: *prawie wszystko co chcielibyście wiedzieć*: *książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy*. BiFolium, Lublin 1999.
231. Wolańczyk T., Komender J.: *Zaburzenia hiperkinetyczne*. [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*. (pod red.) I. Namysłakowska, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
232. Wolfram W.: *Nadpobudliwe i niespokojne dzieci w przedszkolu poradnik dla wychowawców i rodziców*. Jedność, Kielce 2002.
233. Wójcik M., Dąbrowska U.: *Praca w przedszkolu z dzieckiem nadpobudliwym psychoruchowo*. Beseder, Kraków 2003.
234. Wójtowicz E.: *Jak pomóc dzieciom, którym trudno się uczyć?* „Życie Szkoły" 1998, nr 3.
235. Wójtowicz E.: *Zrozumieć trudne dziecko*. „Życie Szkoły" 1997, nr 8.

236. Kraszewski Z:, *Tajemnica życia wiecznego. 100 dowodów na życie pozagrobowe*. Oficyna wydawniczo-Poligraficzna „Adam", Warszawa .
237. Zaczyński W.: *Praca badawcza nauczyciela*. WSiP, Warszawa 1979.
238. Zasłony Z. (pod red.).: *Szkolne spotkania z rodzicami*. Kolegium Nauczycielskie w Nowym Sączu, Nowy Sącz 1995.
239. Zieliński J.: *Wybrane zagadnienia dydaktyki ogólnej z elementami dydaktyki Wyższej Szkoły Wojskowej.* Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2004.
240. Zimmerman M.: *The ADD Nutrition Solution: A Drug-Free 30 Day Plan*, Macmillan 1999.

Strony internetowe:

1. www.adders.org
2. www.addiss.co.uk
3. www.adhd.info.pl
4. www.dzieci.org.pl
5. www.adhd.strefa.pl
6. www.ADHD.org.pl
7. www.olsztynadhd.republika.pl
8. www.russellbarkley.org
9. www.verika.f.win.pl/adhd/index.php
10. bowarto.adhd.org.pl/
11. www.money.pl
12. www.adhd.net.pl
13. www.sp5-bytom.oswiata.org.pl
14. www.sp3.bytom.pl
15. http://pl.wikipedia.org/wiki/Bytom

SPIS
TABEL, SCHEMATÓW I WYKRESÓW

ROZDZIAŁ I

Schemat 1. Wzajemne relacje dwóch środowisk 20

Schemat 2. Osoby zaangażowane w proces diagnozy oraz pomocy dziecku z ADHD. 39

Tabela 1. Choroby i zachowania o symptomach przypominających zespół ADHD. 32

Tabela 2. Kryteria diagnostyczne zespołu ADHD. 38/39

Tabela 3. Suplementy zalecane w diecie ADHD. 80

Tabela 4. Posiłki i produkty w żywieniu dzieci w wieku od 7 do 10 lat 82

ROZDZIAŁ II

Schemat 3.Tok prowadzenia badań wg. W.C. Bootha, G.G. Colomba, J.M. Williamsa 92

Tabela 5. Placówki oświatowe uwzględnione do badań 101

ROZDZIAŁ III

Wykres 1. ADHD jako 114

Wykres 2. Respondent 124

Wykres 3. Wiek badanych rodziców 124

Wykres 4. Wykształcenie rodziców. 125

Wykres 5. Liczba dzieci w rodzinie. 126

Wykres 6. Zainteresowanie badanych problematyką ADHD 128

Wykres 7. ADHD a społeczeństwo w opinii badanych 135

Wykres 8. Wiek nauczycieli 146

Wykres 9. Staż pracy nauczycieli 146

Wykres 10. Wykształcenie oraz stopień zawodowy nauczycieli 147

Wykres 11. Charakterystyka symptomów 150

Wykres 12. Zachowania oraz trudności – problemy dziecka z ADHD 154

Wykres 13. Wytyczne – zachowanie odpowiednie dla dziecka z ADHD 160

Wykres 14. Uczelnie wyższe 166

Wykres 15. Wiek studentów 167

Wykres 16. Praca zawodowa 167

Wykres 17. Charakterystyka symptomów ADHD w opinii studentów 169

Wykres 18. Zestawienie pytań 171

Wykres 19. Zachowanie i trudności dziecka z ADHD 172

Wykres 20. Wytyczne dla domu jakie powinny być spełnione w przypadku dziecka z ADHD 174

Wykres 21. Wytyczne dla szkoły jakie powinny być spełnione w przypadku dziecka z ADHD 175

Wykres 22. Zagadnienie ADHD omawiane w trakcie studiów 179

Tabela 1. Objawy ADHD 183

Tabela 2. Przyczyny warunkujące ADHD 184

Tabela 3. Miejsce objawów ADHD 185

Tabela 4. Okres nasilania się objawów ADHD 186

Tabela 5. ADHD u... 187

Tabela 6. Rodzaje ADHD 188

Tabela 7. Test na ADHD 189

Tabela 8. ADHD a wiek 189

Tabela 9. Dorosły z ADHD 190

Tabela 10. Klasyfikacje objawów ADHD 190

Tabela 11. Zachowania ucznia z ADHD 191

Tabela 12. Problemy dziecka z ADHD 192

Tabela 13. Formy terapii dziecka z ADHD 193

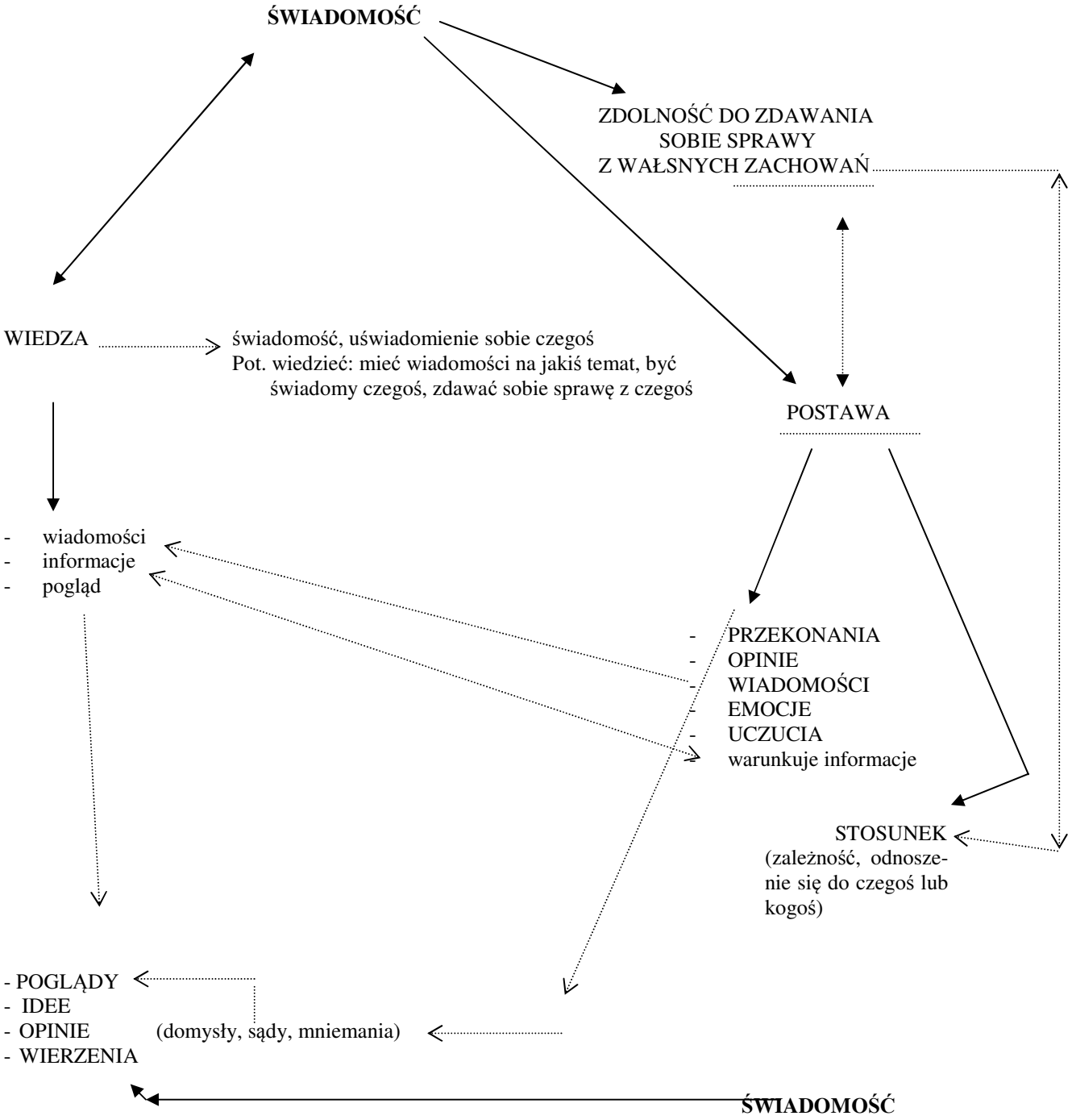
Tabela 14. Wiedza na temat ADHD – jej odniesienia . . . . . .\ 194

. . .

ANEKS 1

Schemat świadomości

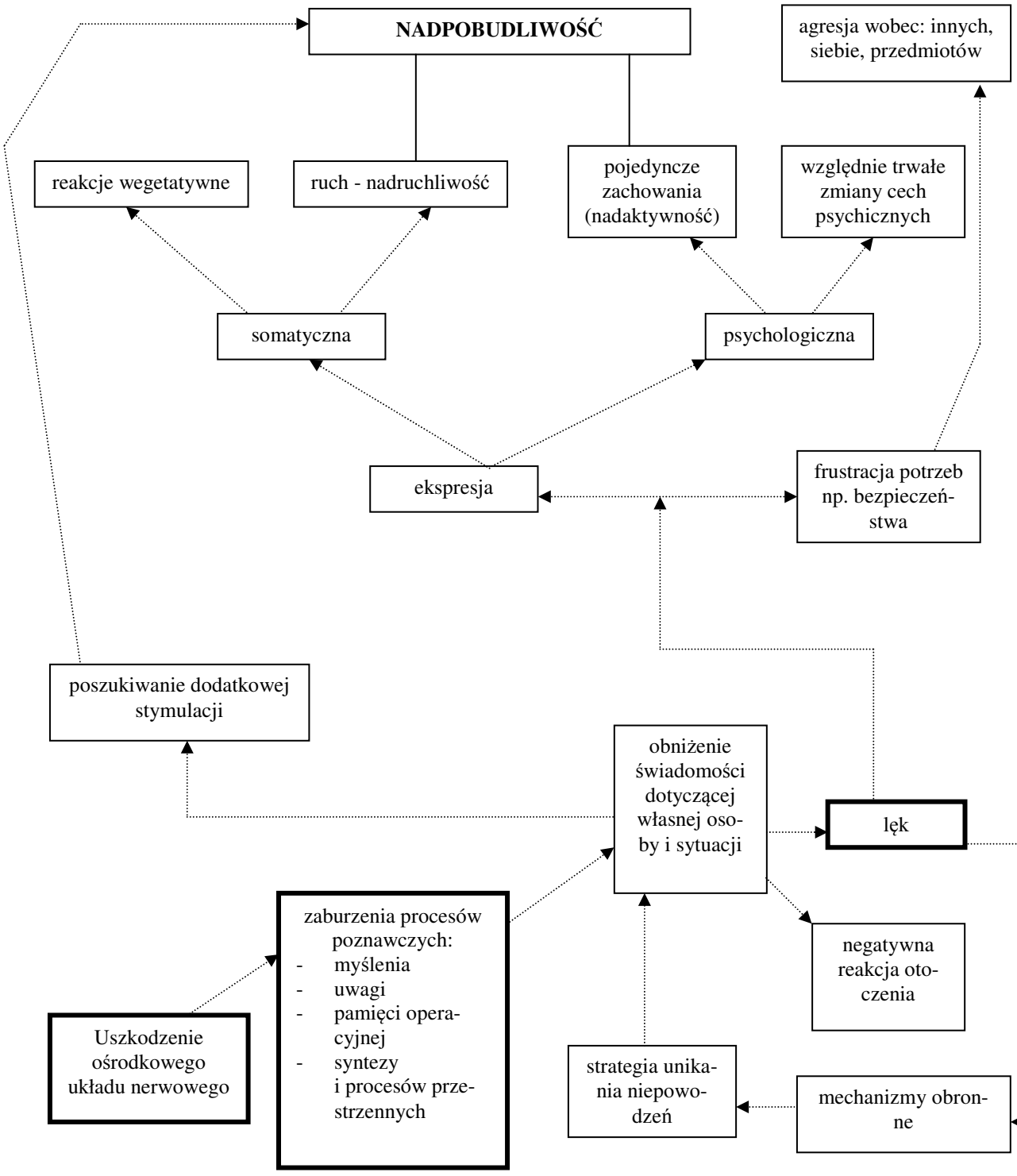
- linia ciągła – to, co wynika bezpośrednio z definicji,
- linia przerywana – to, co jest zamienne w definicjach bądź co je określa.



Źródło: Opracowanie własne.

ANEKS 2

Schemat neurologicznych aspektów nadpobudliwości



Źródło: P. Ogonik, *Nadpobudliwość psychoruchowa jako skutek uszkodzeń mózgu.*[w:] *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia.* (pod red.) Cierpiałkowska L., Sęk H., Poznań 2001, Wyd. Fundacji Humanior, s. 253.

ANEKS 3

Wiersz opublikowany w magazynie „Lancet" uznawany za pierwszą publikację na temat ADHD w literaturze medycznej.[1]

Historia niespokojnego Filipa

Czy Filip potrafi być małym dżentelmenem?
Czy grzecznie usiedzi przy stole?
Tato zwraca uwagę,
Mama patrzy na niego z bólem.
Ale niespokojny Filip
nie usiedzi ani chwili!
Wierci się i chichocze,
kiwając się w przód i w tył,
huśta się na krześle
jak na koniu na biegunach.
„Filipie, to nie do wytrzymania!"
Jakie to niedobre, niespokojne dziecko!
Ale Filip rozrabia coraz bardziej,
aż wreszcie wywraca się z hukiem.
Wrzeszczy, ile sił w płucach,
chwyta za obrus,
lecz tylko pogarsza sprawę!
Zrzuca ze stołu
szklanki, talerze i całą zastawę!
Ależ Mama się zmartwiła,
że wszystko już na dywanie.
A Tato zrobił groźną minę.
Teraz Filip dostanie lanie...

[1] E. M. Hallowell, J. J. Ratey, *W świecie*. Poznań 2004, Media Rodzina, s. 313.

ANEKS 4

W Polsce stosowana jest klasyfikacja ICD-10 Internatinal Classification of Diseases. (Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych). Wyróżniamy 7 grup:

G1. Brak uwagi

Co najmniej 6 z następujących objawów braku uwagi utrzymuje się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnych z poziomem rozwoju dziecka.

- częste nie zwracanie bliżej uwagi na szczegóły lub częste beztroskie błędy w pracy szkolnej, pracy lub innych czynnościach,
- częste niepowodzenia w utrzymaniu uwagi na zadaniach lub czynnościach związanych z zabawą,
- często wydaje się nie słyszeć, co zostało do niego (niej) powiedziane,
- częste niepowodzenia w postępowaniu według instrukcji albo w kończeniu pracy szkolnej, pomocy w domu lub obowiązków w miejscu pracy (ale nie z powodu zachowania opozycyjnego, ani niezrozumienia poleceń),
- częsta upośledzona umiejętność organizowania zadań i aktywności,
- częste unikanie lub silna niechęć do takich zadań, jak praca domowa, wymagająca wytrwałego wysiłku umysłowego,
- częste gubienie rzeczy niezbędnych do niektórych zadań lub czynności, jak wyposażenie szkolne, ołówki, książki, zabawki lub narzędzia,
- często łatwa odwracalność uwagi przez zewnętrzne bodźce,
- częste zapominanie w toku codziennej aktywności.

G2. Nadmierna aktywność

Co najmniej trzy z następujących objawów nadmiernej aktywności utrzymywały się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:

- często niespokojnie porusza rękoma lub stopami, albo wierci się na krześle,
- opuszcza siedzenie w klasie lub w innych sytuacjach, w których oczekiwane jest utrzymanie pozycji siedzącej,
- często nadmiernie rozbiegane lub wtrącanie się w sytuacjach, w których jest to niewłaściwe,
- często przesadna hałaśliwość w zabawie lub trudności zachowania spokoju w czasie wypoczynku,
- przejawia utrwalony wzorzec nadmiernej aktywności ruchowej, praktycznie nie modyfikowany przez społeczny kontekst i oczekiwania.

G3. Impulsywność

Co najmniej jeden z następujących objawów impulsywności utrzymywał się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:

- często udziela odpowiedzi, zanim pytanie jest dokończone,
- często nie umie czekać w kolejce lub doczekać się swej rundy w grach lub innych sytuacjach grupowych,
- często przerywa lub przeszkadza innym,
- często wypowiada się nadmiernie bez uwzględnienia ograniczeń społecznych.

G4. Początek zaburzenia nie później niż w wieku 7 lat

G5. Całościowość

Kryteria są spełnione w więcej niż w jednej sytuacji, np. połączenie braku uwagi i nadaktywności występujące w szkole i w domu lub zarówno w szkole, jak i w innych okolicznościach, gdzie dzieci są obserwowane, takich jak klinika.

G6. Objawy G1-G3 powodują istotne kliniczne cierpienie lub upośledzenie w zakresie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego

G7. Zaburzenie nie spełnia kryteriów całościowych zaburzeń rozwojowych, epizodu maniakalnego, epizodu depresyjnego, ani zaburzeń lękowych[2]

Różnica między powyższą klasyfikacją, a DSM- IV polega na tym, że w tej pierwszej rozpoznajemy zespół hiperkinetyczny, natomiast w tej drugiej należy zastanowić się, jaki podtyp ADHD obserwujemy u badanego dziecka, o których była mowa w podrozdziale 2.4.

[2] (pod red.) S. Pużyński, J. Wciórka, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Kraków – Warszawa 1997, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius", Instytut Psychiatrii i Neurologii, s. 217-219.

ANEKS 5

Kryteria diagnostyczne dotyczące zespołu zaburzeń uwagi u dorosłych

A. Chroniczne zaburzenia, w których występuje co najmniej 12 następujących cech:

1. Poczucie braku osiągnięć, niespełnienia własnych celów.
2. Trudności z organizacją.
3. Chroniczne odkładanie spraw lub popadanie w kłopoty.
4. Rozpoczynanie zadań jednocześnie, kłopoty z ich dokończeniem.
5. Skłonności do mówienia tego, co przyjdzie do głowy, bez rozważania stosowności danej uwagi i jej ewentualnych skutków.
6. Częste szukanie silnych wrażeń.
7. Nietolerowanie nudy.
8. Łatwość rozpraszania uwagi, trudności ze skupieniem się, skłonność do wyłączania się w środku czytanego tekstu lub podczas rozmowy, często połączona z okresową tendencją do nadmiernego skupiania się.
9. Kreatywność, intuicja, wysoki poziom inteligencji.
10. Trudności z przestrzeganiem ustalonych zasad i reguł oraz trzymaniem się „właściwych" procedur.
11. Niecierpliwość, skłonność do frustracji.
12. Impulsywność werbalna.
13. Skłonności do ciągłego i niepotrzebnego zamartwiania się.
14. Poczucie niepewności, zmienność nastroju, ciągły niepokój.
15. Skłonność do uzależnień.
16. Problemy z samooceną, niedokładna samoobserwacja.
17. Przypadki ADHD, zaburzenia choroby afektywnej dwubiegunowej, depresji, nadużywania substancji psychoaktywnych lub innych zaburzeń kontrolowania popędów w rodzinie.

B. Przypadek ADHD w dzieciństwie (może nie być formalnie zdiagnozowany, ale ponownie analizując przeszłość pacjenta, znajdziemy w niej oznaki i symptomy zaburzenia).

C. Brak innego wyjaśnienia objawów w kategoriach medycznych lub psychiatrycznych.[3]

Powyższe kryteria można uznać za spełnione tylko wtedy, gdy dane zachowanie pojawia się częściej niż u większości osób.

[3] E. M. Hallowell, J. J. Ratey, *W świecie ADHD*, Poznań 2004, Media Rodzina, s. 240-241.

ANEKS 8

Kwestionariusz (K-2)

Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Pedagogiki
Uniwersytet Śląski

KWESTIONARIUSZ ANKIETY SKIEROWANY DO NAUCZYCIELI KLAS POCZĄTKOWYCH

Szanowni Państwo:

Przedstawiam Państwu kwestionariusz, którego pytania wiążą się z zagadnieniem zespołu ADHD. Jestem ciekawa Państwa opinii, poglądów na ten temat. Odpowiedzi, które uzyskam zostaną wykorzystane w opracowaniu naukowym.

Pragnę zaznaczyć, że kwestionariusz ten jest anonimowy, proszę o uważne przeczytanie poniższych pytań oraz o szczere i wyczerpujące odpowiedzi.
(odpowiednie dane proszę podkreślić lub wpisać)

Prowadząca badania: *mgr Katarzyna Herda-Płonka*

1. Czy termin ADHD jest Pani znany?
tak (proszę podać pełną nazwę lub inne określające ADHD) . . . .
nie

2. Proszę wymienić trzy główne symptomy (objawy) świadczące o ADHD:
. . . .
. . . .
. . . .
nie wiem

3 . Proszę pokrótce scharakteryzować powyższe objawy, tzn. jak Pani je rozumie?
. . . .
. . . .
. . . .

4. Która z poniższych przyczyn warunkuje ADHD u dziecka? (proszę zaznaczyć wybrane przez siebie odpowiedzi, może być kilka)
- ❑ wpływ środowiska rodzinnego – metody wychowawcze
- ❑ podłoże genetyczne
- ❑ uszkodzenia i dysfunkcje mózgu
- ❑ niektóre produkty spożywcze – niewłaściwa dieta
- ❑ korelacja czynników środowiska szkolnego i rodzinnego
- ❑ zła wola dziecka, która przejawia się w zachowaniach np. niezdyscyplinowanie, lenistwo

5. Aby można było mówić o ADHD u dziecka, objawy muszą mieć miejsce (chodzi o środowisko)
. . . .

6. Przez jaki okres czasu muszą nasilać się – trwać objawy, aby można było stwierdzić, że jest to zespół ADHD?
. . . .
nie wiem

7. Jakie zna Pani typy - rodzaje zespołu ADHD?
. . . .
nie znam

8. Z którym zdaniem Pani się zgadza? (proszę zaznaczyć wybrane przez siebie odpowiedzi, może być kilka)
- ADHD dotyczy tylko chłopców.
- ADHD dotyczy w większej mierze chłopców niż dziewcząt.
- ADHD występuje zarówno u chłopców jak i u dziewcząt.
- ADHD dotyczy głównie dzieci w wieku 6-10 lat.
- ADHD daje o sobie znać w chwili pójścia dziecka do szkoły podstawowej.
- ADHD daje o sobie znać w chwili pójścia dziecka do szkoły średniej.
- Nie ma ograniczeń wiekowych w przypadku zespołu ADHD.

9. Jak Pani myśli, czy istnieje test na zbadanie zaburzenia ADHD?
tak nie

10. Czy Pani zdaniem z ADHD się wyrasta?
tak nie

11. „ADHD u dorosłych", czy słyszała Pani o tym?
tak nie

12. Które z poniższych kryteriów diagnozowania dotyczą zespołu ADHD /proszę podkreślić/?

- ❑ ZNP-III
- ❑ ICD-1O
- ❑ DSM-IV
- ❑ ADHD II

13. Jak **zachowuje się** uczeń mający ADHD?

. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
nie wiem

14. Z jakimi **trudnościami – problemami** w szkole boryka się uczeń mający ADHD?

. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
nie wiem

15. Jakie **formy terapii** zalecane są w przypadku zespołu ADHD?

. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
nie znam

16. Czy w ramach samokształcenia uczęszczała Pani na warsztaty związane z zagadnieniem ADHD?
tak (jakie?) . . . . . .
. . . . . .
nie uczęszczałam

17. Czy zna Pani stowarzyszenia – placówki, które pomagają w pracy z uczniami mającymi zespół ADHD?
tak, (jakie?) . . . . . .
nie znam . . . . . .

18. Jakie **warunki** musi spełniać szkoła i dom, aby można było korzystnie wpływać na rozwój dziecka z ADHD?

szkoła -. . . . . .
. . . . . .

dom - . . . . . .
. . . . . .
nie wiem

19. Jakie **formy nauczania** są najlepszym rozwiązaniem dla ucznia z zespołem ADHD?

. . . . . .
. . . . . .
nie wiem

20. Jakie **działania – kroki** powinien podjąć nauczyciel, jeżeli ma przypuszczenia, że uczeń ma zespół ADHD?

. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

nie wiem

21. Jakie **zmiany** powinien wprowadzić nauczyciel w klasie, jeżeli chodzi o ucznia z ADHD?
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
nie wiem

22. Czy w Pani dotychczasowej praktyce zawodowej zdiagnozowano oficjalnie przypadek ADHD?
tak (ile) . . . . . nie nie wiem

23. Proszę dokończyć myśl:
Brak wczesnej diagnozy może doprowadzić do . . .
. . . . . .
. . . . . .

24. Czy tematyka ADHD poruszana była na konferencjach szkolnych?
tak (jak często?) . . . . . .
nie (dlaczego?) . . . . . .

25. Czy prowadzone były w Pani placówce szkolenia dla nauczycieli z zakresu tematyki ADHD?
tak (jakie?) . . . . . .
. . . . . .
nie

26. Co Pani sądzi na temat zespołu ADHD?
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

27. Jaką publikację z zakresu ADHD poleciłaby Pani znajomemu?
. . . . . .
. . . . . .
nie znam

28. Skąd pochodzi Pani wiedza na temat ADHD?
- Książka (jaka?) . . . . . .
- Inne (tzn.?) . . . . . .

29. Jak ocenia Pani swoją wiedzę na temat zespołu ADHD w skali 1-5?
(1-min/5-max) Proszę zakreślić

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Dziękuję za wypełnienie ankiety. Proszę o uzupełnienie metryczki, która jest anonimowa.

METRYCZKA NAUCZYCIELA

Klasa, w której Pani uczy . . . . . .

A. Wiek: . . . . . .

B. Staż pracy w zawodzie nauczyciela . . . . . .

- ❑ do 5-ciu lat
- ❑ od 6-ciu do 10 lat
- ❑ od 11 lat do 15lat
- ❑ powyżej 16 lat

C. Wykształcenie:

- ❑ wyższe
- ❑ zawodowe wyższe
- ❑ niepełne wyższe (po SN)
- ❑ studia podyplomowe (jakie?) . . . . . .

D. Stopień awansu zawodowego:

- ❑ nauczyciel stażysta
- ❑ nauczyciel kontraktowy
- ❑ nauczyciel mianowany
- ❑ nauczyciel dyplomowany

E. Dodatkowe formy kształcenia (kursy, szkolenia itp.)

Jakie? . . . . . .
. . . . . .
Brak

ANEKS 6

Kwestionariusz (K-1)

Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Pedagogiki
Uniwersytet Śląski

KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA RODZICÓW

Przedstawiam Państwu kwestionariusz ankiety, której pytania dotyczą tematyki ADHD. Informacje, jakie Państwo udzielą, będą miały ***charakter anonimowy*** *i zostaną wykorzystane w zbiorczym opracowaniu naukowym.*

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie wiarygodnych odpowiedzi na niżej postawione pytania poprzez podkreślenie jednego z wariantów: tak, nie, nie wiem, nie mam zdania, nie jestem pewna(y) lub wybrnie jednej z możliwych odpowiedzi.

Przy wyborze TAK lub NIE proszę wpisać własną odpowiedź (jeżeli to konieczne).

Proszę także o wypełnienie metryczki, która jest ***anonimowa****.*

Dziękuję za poświęcony czas.

Prowadząca badania
mgr Katarzyna Herda-Płonka

1) Czy wie Pan/i co to jest ADHD?
TAK, jest to inaczej . . . . . .
nie wiem

2) Jak Pan/i sądzi, czy jest to zaburzenie?

nowe nienowe nie mam zdania

3) Czy potrafi Pan/i powiedzieć, jakie są trzy główne objawy ADHD?
TAK , są to . . . . . .
. . . . . .
nie wiem

4) Proszę dokończyć zdanie

Dziecko z ADHD to takie, które. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

nie wiem

5) Która z poniższych przyczyn warunkuje ADHD u dziecka? (proszę zaznaczyć wybrane przez siebie odpowiedzi, może być kilka)

- ❑ wpływ środowiska rodzinnego – metody wychowawcze
- ❑ podłoże genetyczne
- ❑ uszkodzenia i dysfunkcje mózgu
- ❑ niektóre produkty spożywcze – niewłaściwa dieta
- ❑ wpływ czynników środowiska szkolnego i rodzinnego
- ❑ zła wola dziecka, która przejawia się w zachowaniach np. niezdyscyplinowanie, lenistwo

6) Czy wie Pan/i jak długo powinny występować – nasilać się objawy, by można było powiedzieć, że to ADHD?
tak, powinny trwać. . . . . .
nie wiem

7) Proszę dokończyć zdanie:

Objawy muszą mieć miejsce (środowisko). . . . . .
. . . . . .
nie wiem

8) Z którym zdaniem Pan/i się zgadza? (proszę zaznaczyć wybrane przez siebie odpowiedzi, może być kilka)
- ADHD dotyczy tylko chłopców.
- ADHD dotyczy w większej mierze chłopców niż dziewcząt.
- ADHD występuje zarówno u chłopców jak i u dziewcząt.
- ADHD dotyczy głównie dzieci w wieku 6-10 lat.
- ADHD daje o sobie znać w chwili pójścia dziecka do szkoły podstawowej.
- ADHD daje o sobie znać w chwili pójścia dziecka do szkoły średniej.
- Nie ma ograniczeń wiekowych w przypadku zespołu ADHD.

9) Gdyby Pana/i dziecko było nadpobudliwe, miało ADHD, co by Pan/i zmieniła w sposobie wychowania?
należy . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
nie wiem

10) Czy wie Pan/i z jakimi **trudnościami - problemami** boryka się uczeń mający zespół ADHD?
tak, są to: . . . . . .
. . . . . .
nie wiem

11) Czy spotkał/a się Pan/i z dzieckiem mającym postawioną diagnozę ADHD?
tak nie nie jestem pewna(y)

12) Czy wie Pan/i jakie **formy pomocy** stosuje się w przypadku dziecka z zespołem ADHD?

tak, należy . . . . . .
. . . . . .
nie

13) Czy temat „zespołu ADHD" był kiedykolwiek omawiany przez nauczycielkę Pana/i dziecka np. na zebraniach lub przy innych okazjach?

tak nie nie pamiętam

14) Czy były prowadzone w szkole Pana/i dziecka warsztaty dla rodziców mających dziecko z zespołem ADHD?
tak nie nie wiem

15) Czy zna Pan/i stowarzyszenia - placówki wspierające rodziców i dzieci z zespołem ADHD?

tak (jakie?) . . . . . .
nie znam

16) Jak Pan/i uważa, czy współpraca rodziców ze szkołą - nauczycielem jest konieczna, gdy pojawia się uczeń z zespołem ADHD?
tak, ponieważ . . . . . .
nie
nie mam zdania

17) Jak Pan/i sądzi, czy tematyka zespołu ADHD jest powszechnie znana wśród lokalnego społeczeństwa?
tak nie nie mam zdania

18) Jaką książkę mógłby/mogłaby Pan/i polecić znajomemu z zakresu ADHD, gdyby o to poprosił?
. . . . . .
nie znam

19) Czy wcześniej interesował/a się Pan/i tematyką ADHD?
tak, ponieważ . . . . . .
nie, ponieważ . . . . . .

20) Skąd pochodzi obecna Pana/i wiedza na temat ADHD?
- ❑ z telewizji
- ❑ z internetu
- ❑ z książki
- ❑ inne (proszę wpisać). . . . . .

21) Z którym zdaniem Pan/i zgadza się? (proszę zaznaczyć te zdania, z którymi się Pan/i zgadza lub wpisać własną opinie o ADHD)
- ❑ ADHD to wymysł naszego społeczeństwa,
- ❑ ADHD jest usprawiedliwieniem „złego, niegrzecznego" zachowania dziecka,
- ❑ ADHD to problem, który dotyka coraz większej liczby dzieci,
- ❑ ADHD to problem, którym trzeba się zająć, trzeba pomóc dzieciom, które go mają,
- ❑ ADHD nie jest chorobą, nie ma czegoś takiego, trzeba być jedynie bardziej konsekwentnym w wychowaniu naszych dzieci, wyznaczyć granice co wolno, a czego nie,
- ❑ ADHD jest chorobą, i aby pomóc dzieciom z ADHD trzeba być konsekwentnym w wychowaniu, wyznaczyć ścisłe granice co wolno, a czego nie.
- ❑ . . . . . .

22) Jak Pan/i sądzi, czy ADHD mogą mieć osoby dorosłe?
tak nie nie mam zdania

Dziękuje za uzupełnienie ankiety.
Proszę jeszcze o uzupełnienie metryczki, która jest anonimowa.

METRYCZKA

Kto wypełnia ankietę - proszę podkreślić: OJCIEC MAMA OPIEKUN (KA)

Wiek:
- Od 20-30 lat
- Od 31-40 lat
- Powyżej 41 lat

Wykształcenie:
- wyższe
- niepełne wyższe
- średnie
- zawodowe
- podstawowe

Liczba dzieci w rodzinie . . . . . .

Wykonywany aktualnie zawód . . . . . .
. . . . . .

Struktura rodziny:

- pełna
- niepełna

ANEKS 9

Kwestionariusz (K-3)

Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Pedagogiki
Uniwersytet Śląski

KWESTIONARIUSZ ANKIETY SKIEROWANY DO STUDENTÓW WYDZIAŁU PEDAGOGIKI I PSYCHOLOGII

***Szanowni Państwo*:**

Przedstawiam Państwu kwestionariusz, którego pytania wiążą się z zagadnieniem zespołu ADHD. Jestem ciekawa Państwa opinii, poglądów na ten temat. Odpowiedzi, które uzyskam zostaną wykorzystane w opracowaniu naukowym.

Pragnę zaznaczyć, że kwestionariusz ten jest anonimowy, proszę o uważne przeczytanie poniższych pytań oraz o szczere i wyczerpujące odpowiedzi.

(odpowiednie dane proszę podkreślić lub wpisać)

Prowadząca badania
mgr Katarzyna Herda-Płonka

1. Czy termin ADHD jest Pani znany?
   TAK (proszę podać pełną nazwę lub inne określające ADHD) . . . .
   . . . .
   nie znam

2. Proszę wymienić trzy główne symptomy (objawy) świadczące o ADHD:
   . . . .
   . . . .
   . . . .
   nie wiem

3. Proszę pokrótce scharakteryzować powyższe objawy, tzn. jak Pani je rozumie?
   . . . .
   . . . .
   . . . .

4. Która z poniższych przyczyn warunkuje ADHD u dziecka? (proszę zaznaczyć wybrane przez siebie odpowiedzi, może być kilka)

- ❑ wpływ środowiska rodzinnego – metody wychowawcze
- ❑ podłoże genetyczne
- ❑ uszkodzenia i dysfunkcje mózgu
- ❑ niektóre produkty spożywcze – niewłaściwa dieta
- ❑ korelacja czynników środowiska szkolnego i rodzinnego
- ❑ zła wola dziecka, która przejawia się w zachowaniach np. niezdyscyplinowanie, lenistwo

5. Aby można było mówić o ADHD u dziecka, objawy muszą mieć miejsce (chodzi o środowisko)
   . . . .

   nie wiem

6. Przez jaki okres czasu muszą nasilać się - trwać objawy, aby można było stwierdzić, że jest to zespół ADHD?
   . . . .

   nie wiem

7. Jakie zna Pani typy – rodzaje zespołu ADHD?
   . . . .

   nie znam

8. Z którym zdaniem Pani się zgadza? (proszę zaznaczyć wybrane przez siebie odpowiedzi, może być kilka)

- ❑ ADHA dotyczy tylko chłopców.
- ❑ ADHD dotyczy w większej mierze chłopców niż dziewcząt.
- ❑ ADHD występuje zarówno u chłopców jak i u dziewcząt.
- ❑ ADHD dotyczy głównie dzieci w weku 6-10 lat.
- ❑ ADHD daje o sobie znać w chwili pójścia dziecka do szkoły podstawowej.
- ❑ ADHD daje o sobie znać w chwili pójścia dziecka do szkoły średniej.
- ❑ Nie ma ograniczeń wiekowych w przypadku zespołu ADHD.

9. Jak Pani myśli, czy istnieje test na zbadanie zaburzenia ADHD?
   tak nie

10. Czy Pani zdaniem z ADHD się wyrasta?
    tak nie

11. „ADHD u dorosłych", czy słyszała Pani o tym?
    tak nie

12. Które z poniższych kryteriów diagnozowania dotyczą zespołu ADHD /proszę podkreślić/?

- ❑ ZNP-III
- ❑ ICD-1O
- ❑ DSM-IV
- ❑ ADHD II

nie znam

13. Jak **zachowuje się** uczeń mający ADHD?
    . . . . . .
    . . . . . .

nie wiem

14. Z jakimi **trudnościami - problemami** w szkole boryka się uczeń mający ADHD?

TAK (jakimi?) . . . . . .
. . . . . .
nie wiem

15. Jakie **formy terapii** zalecane są w przypadku zespołu adhd?
    . . . . . .
    . . . . . .
nie znam

16. Czy Pani w ramach samokształcenia uczęszczała na warsztaty związane z zagadnieniem ADHD?

tak (jakie?) . . . . . .
. . . . . .
nie uczęszczałam

17. Czy zna Pani stowarzyszenia - placówki, które pomagają w pracy z uczniami mającymi zespół ADHD?

tak (jakie?) . . . . . .
. . . . . .
nie znam

18. Jakie Pani zdaniem muszą być spełnione **warunki** w szkole i w domu, aby wpływać korzystnie na rozwój dziecka z ADHD?

Szkoła - . . . . . .
Dom - . . . . . .

nie wiem

19. Jakie **formy nauczania** są najlepszym rozwiązaniem dla ucznia z zespołem ADHD?
. . . . . .
. . . . . .

nie wiem

20. Jakie **działania – kroki** powinien podjąć nauczyciel, jeżeli ma przypuszczenia, że jego uczeń ma zespół ADHD?
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

nie wiem

21. Jakie zmiany powinien wprowadzać nauczyciel w klasie, jeżeli chodzi o ucznia z ADHD?
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

nie wiem

22. Czy w Pani dotychczasowej praktyce zawodowej zdiagnozowano oficjalnie przypadki ADHD?

tak (ile?) nie nie wiem

23. Czy grupa rówieśnicza ma wpływ na dziecko z zespołem ADHD?
- ❑ zdecydowanie tak
- ❑ raczej tak
- ❑ zdecydowanie nie
- ❑ raczej nie

24. Proszę dokończyć tę myśl*: Brak wczesnej diagnozy może doprowadzić do*….
. . . . . .
. . . . . .

25. Co Pani sądzi na temat zespołu ADHD?
. . . . . .
. . . . . .

26. Czy temat: „zespół ADHD u dzieci w młodszym wieku szkolnym" bądź pokrewny dotyczący ADHD był poruszany na zajęciach w trakcie studiów:

licencjackich	tak	nie	nie mam zdania
magisterskich	tak	nie	nie mam zdania

27. Jak Pani sądzi, czy zagadnienie ADHD powinno wchodzić w zakres planowanych zajęć dla studentów na kierunku zintegrowana edukacja wczesnoszkolna?

Tak, ponieważ . . . . . .
Nie, ponieważ . . . . . .

28. Jaką publikację z zakresu ADHD poleciłaby Pani znajomemu?
. . . . . .
nie znam

29. Skąd pochodzi Pani wiedza na temat ADHD?

- Książka /jaka?/ . . . . . .
- Inne /tzn.?/ . . . . . .

30. Jak ocenia Pani swoją wiedzę na temat zespołu ADHD w skali 1-5?
(1-min/5-max) Proszę zakreślić.

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Dziękuję za wypełnienie ankiety.
Proszę jeszcze o uzupełnienie metryczki studenta, która jest ***anonimowa****.*

METRYCZKA STUDENTA

A. Wiek: . . . . . .

B. Miejsce pracy:
- ❑ Dom dziecka
- ❑ Pogotowie opiekuńcze
- ❑ internat
- ❑ świetlica
- ❑ szkoła podstawowa, (proszę wpisać klasę) . . . . . .
- ❑ przedszkole
- ❑ inne . . . . . .
- ❑ nie pracuję

C. Dodatkowe formy kształcenia (kursy, szkolenia itp.)

Jakie? . . . . . .
Brak

D. Mieszkam w (proszę wpisać nazwę miejscowości). . . . . .
E. Tytuł licencjata uzyskałam (nazwa uczelni) . . . . . .

ANEKS 7

KWESTIONARIUSZ WYWIADU SKIEROWANY DO DYREKTORÓW SZKÓŁ PODSTAWOWYCH

Poziom wiedzy dyrektorów na temat ADHD?

1. Czy termin ADHD jest Pani/u znany?
   . . . . . .
2. Proszę wymienić trzy główne symptomy (objawy) świadczące o ADHD, dokonać ich charakterystyki:
   . . . . . .
   . . . . . .
   . . . . . .
3. Przyczyny warunkujące u dziecka?
   . . . . . .
4. Miejsce oraz czas nasilania się objawów ADHD w opinii badanych?
   . . . . . .
5. Jakie zna Pan/i typy – rodzaje zespołu ADHD?
   . . . . . .
   Nie znam
6. U kogo najczęściej występuje ADHD?
   . . . . . .
7. Jak Pan/i myśli, czy istnieje test na zbadanie zaburzenia ADHD?
   tak nie
8. Czy pan/i zdaniem z adhd się wyrasta?
   tak nie
9. „Adhd u dorosłych", czy słyszała pan/i o tym?
   tak nie
10. Jakie **formy terapii** zalecane są w przypadku zespołu ADHD?
    . . . . . .
    . . . . . .
    nie znam
11. Czy zna Pan/i stowarzyszenia - placówki, które pomagają w pracy z uczniami mającymi zespół ADHD?
    tak (jakie?) . . . . . .
    . . . . . .
    nie znam

Opinie o ADHD

12. Co Pan/i sądzi na temat zespołu ADHD?
. . . . . .
. . . . . .

13. Proszę dokończyć myśl:

Brak wczesnej diagnozy może doprowadzić do . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Nauczyciele a problematyka ADHD w opinii dyrektorów

14. Czy Pan/i zdaniem nauczyciele - zwłaszcza nauczania początkowego - powinni być zorientowani w tematyce ADHD, czy należy to do ich kompetencji zawodowych?

tak (dlaczego?) . . . . . .
. . . . . .

nie

15. Czy Pana/i zdaniem nauczyciele znają kryteria diagnostyczne ADHD?

tak (dlaczego?) . . . . . .
nie, ponieważ . . . . . .

Formy szkolenia dla nauczycieli w zakresie ADHD

16. Czy tematyka ADHD poruszana była na konferencjach szkolnych?

tak (jak często?) . . . . . .
nie (dlaczego?) . . . . . .
. . . . . .

17. Czy prowadzone były w Pana/i placówce szkolenia dla nauczycieli z zakresu tematyki ADHD?

tak (jakie?) . . . . . .

nie

18. Czy Pan/i w ramach samokształcenia uczęszczał/a na warsztaty związane z zagadnieniem ADHD?

tak (jakie?) . . . . . .
. . . . . .
nie uczęszczałem

Szkoła jako drugie środowisko dziecka z ADHD

19. Jakie **warunki** musi spełniać szkoła i dom, aby korzystanie wpływać na rozwój dziecka z ADHD?

dom - . . . . . .
. . . . . .
szkoła - . . . . . .
. . . . . .

20. Czy Pana/i szkoła spełnia wymienione powyżej warunki i tym samy jest gotowa podjąć odpowiednie działania w kierunku dziecka z symptomami ADHD?

tak
nie(dlaczego?) . . . . . .

21. Jakie **formy nauczania** są najlepszym rozwiązaniem dla ucznia z zespołem ADHD?

. . . . . .
nie wiem

22. Jakie **działania – kroki** powinien podjąć nauczyciel, jeżeli ma przypuszczenia, że uczeń ma zespół ADHD?

. . . . . .
. . . . . .
nie wiem

23. Jakie **zmiany** powinien wprowadzić nauczyciel w klasie, jeżeli chodzi o ucznia z ADHD?

. . . . . .
. . . . . .
nie wiem

24. Czy w Pani dotychczasowej praktyce zawodowej zdiagnozowano oficjalnie przypadek ADHD?

tak (ile) . . . . nie nie wiem

25. Czy współpraca w przypadku dziecka nadpobudliwego z rodziną jest konieczna?

tak (ponieważ) . . . . . .
. . . . . .
nie

Metryczka:

- Płeć: mężczyzna kobieta
- Wiek: . . . .

1. Staż pracy w pełnieniu funkcji:

dyrektora szkoły . . . . . .

2. Staż pracy w zawodzie nauczyciela:

- ❑ do 5-ciu lat
- ❑ od 6-ciu do 10 lat
- ❑ od 11-stu do 15 lat
- ❑ powyżej 16 lat

3. Stopień awansu zawodowego:

- ❑ nauczyciel stażysta
- ❑ nauczyciel kontraktowy
- ❑ nauczyciel mianowany
- ❑ nauczyciel dyplomowany

4. Wykształcenie:

- ❑ wyższe
- ❑ zawodowe wyższe
- ❑ studia podyplomowe (jakie?) . . . . . .
- ❑ inne formy kształcenia? . . . . . .

ANEKS 10

KWESTIONARIUSZ WYWIADU SKIEROWANY DO PEDAGOGÓW SZKÓŁ PODSTAWOWYCH

Szkoła Podstawowa nr . . . .

1. Jak Pani sądzi, czy zespół ADHD to problem powszechnie znany wśród środowiska rodzinnego i szkolnego?

   tak . . . . . .
   nie (dlaczego?) . . . . . .

2. Czy nauczyciele posiadają wystarczającą wiedzę na temat ADHD, by w miarę rzetelnie postawić wstępną diagnozę, i tym samym znają podstawowe kryteria diagnostyczne?

   sądzę, że tak . . . . . .
   nie jestem pewna (dlaczego?) . . . . . .
   nie . . . .

3. Wiedza nauczycieli - w Pani opinii - jest na poziomie:

   - ❑ bardzo dobrym,
   - ❑ dobrym,
   - ❑ wystarczającym,
   - ❑ przeciętnym.

4. Jakie kryteria diagnostyczne bierze się pod uwagę przy wnikliwej obserwacji dziecka z domniemanym zespołem ADHD?

   . . . . . .

4. Czy kryteria diagnostyczne są dostępne nauczycielom np. w formie specjalnego arkusza obserwacyjnego?

   tak nie

5. Jak długo powinny trwać objawy, aby można było przypuszczać, że jest to zespół nadpobudliwości psychoruchowej?

   . . . . . .
   nie wiem

7. Jakie typy – rodzaje są charakterystyczne dla ADHD?

   . . . . . .

8. Czy występują one łącznie, czy też mogą się pojawić osobno?

   . . . . . .
   . . . . . .

9. Jak zachowuje się dziecko z zespołem ADHD?
. . . . . .
. . . . . .

10. Z jakimi trudnościami – problemami boryka się uczeń z ADHD?
. . . . . .
. . . . . .

11. Jakie formy terapii zaleca się w przypadku zespołu ADHD?
. . . . . .
. . . . . .

12. Jaka forma nauczania jest najkorzystniejsza w przypadku tego zaburzenia?
. . . . . .
. . . . . .

13. Jakich zmian dokonuje nauczyciel w klasie, w której funkcjonuje uczeń mający symptomy zespołu ADHD?
. . . . . .
. . . .

14. Jakie naczelne wytyczne ustaliłaby Pani przy pracy z dzieckiem nadpobudliwym?
. . . . . .
. . . . . .

15. Gdyby nauczyciel poprosił o fachową literaturę z zakresu ADHD, jaką by Pani poleciła?
. . . . . .
. . . . . .

16. Co jest przyczyną ADHD, jak Pani sądzi?
. . . . . .
. . . . . .

17. Czy ADHD jest zaburzeniem nowym?
tak nie

18. Nazwa ADHD, to jedno z współczesnych określeń, jak wcześniej nazywano to zaburzenie?
. . . . . .
. . . . . .

19. Późna diagnoza lub jej brak w przyszłości może doprowadzić do . . . . .
(chwila refleksji, proszę dokończyć tę myśl)
. . . . . .
. . . . . .

20. Czy w Pani placówce dotychczas były prowadzone szkolenia dla nauczycieli, a może Pani organizowała warsztaty o takiej tematyce?
tak (jakie?) . . . . . .
nie . . . . . .

21. Czy prowadzone były warsztaty dla rodziców mających dziecko z zespołem ADHD?

tak (w jakim wymiarze godzinowym?) . . . . . .
nie

22. Czy w Pani opinii, nauczyciele są przygotowani do pracy z dzieckiem mającym zespół ADHD?
tak nie

23. Jakie źródła informacji z zakresu ADHD dostępne są nauczycielom w tutejszej placówce?
. . . . . .

24. Czy szkoła posiada i wykorzystuje - w razie potrzeby - specjalistyczne programy do pracy z uczniem nadpobudliwym?

tak (jakie?) . . . . . .
nie

25. Jakie prawa ma dziecko z zespołem ADHD?

. . . . . .

26. Czy zna Pani placówki bądź stowarzyszenia, które pomagają dzieciom z zespołem ADHD, a także wspierają ich rodziców?

tak, są to . . . . . .
nie

27. Czy szkoła współpracuje z poradnią pedagogiczno-psychologiczną?
. . . . . .

28. Ilość zdiagnozowanych dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji

uwagi . . . . . .
. . . . . .

DANE:

Szkoła Podstawowa nr
Wiek respondenta -
Wykształcenie -
Staż pracy -
Dodatkowe formy kształcenia –

ANEKS 11

KWESTIONARIUSZ WYWIADU
PORADNIA PEDAGOGICZNO-PSYCHOLOGICZNA

1. Ogólne informacje o działaniu i funkcjonowaniu poradni pedagogiczno-psychologicznej.

Od kiedy działa, kiedy powstała? . . . . . .
Jakie stawia sobie naczelne zadania, cele do realizacji? . . . . . .
Komu oferuje swoją pomoc? . . . . . .
Jakich i ilu zatrudnia pracowników? . . . . . .
Jakie przedsięwzięcia podejmuje (warsztaty, kursy, zajęcia…)? . . . . . .

Pytania odnoszące się do problematyki ADHD

2. Jak postrzegane jest zagadnienie ADHD? (terminologia, nowe czy nie nowe zaburzenie, typy ADHD, czas trwania objawów, opinia dotycząca diagnozowania ADHD)

. . . . . .
. . . . . .

3. Problemy z jakimi mają do czynienia dzieci z ADHD?

. . . . . .

4. Prawa przysługujące dzieciom z ADHD w kontekście poradni pedagogiczno-psychologicznej?

. . . . . .

5. Dane statystyczne – ile dzieci zdiagnozowano w poradni pedagogiczno-psychologicznej?

. . . . . .
. . . . . .

6. Jak Dyrektor poradni pedagogiczno-psychologicznej postrzega przygotowanie nauczycieli do pracy z uczniami mającymi zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi?

. . . . . .
. . . . . .

7. Jakie są formy, metody pomocy uczniom nadpobudliwym w opinii Dyrektora poradni?

. . . . . .
. . . . . .

8. Jakie programy realizowane są w ramach pracy z dziećmi z ADHD przez pracowników poradni?
   . . . . . .
   . . . . . .

9. Kto oprócz poradni może zaoferować pomoc dziecku z ADHD? (placówki, stowarzyszenia)?
   . . . . . .
   . . . . . .

10. Jakie wymieniłby Pan/i pięć naczelnych zasad w postępowaniu z dzieckiem mającym ADHD?

    1. . . . . .
    2. . . . . .
    3. . . . . .
    4. . . . . .
    5. . . . . .

11. Jak respondent postrzega problematykę ADHD - początki ADHD…?

    . . . . . .
    . . . . . .

12. Dziecko Indygo, tak czy nie w opinii rozmówcy?

    . . . . . .
    . . . . . .
    . . . . . .

13. Jak ocenia wiedzę - przygotowanie pracowników do pracy z dzieckiem mającym ADHD?

    . . . . . .
    . . . . . .

14. Sytuacja hipotetyczna, *Matka i dziecko z ADHD*…

    . . . . . .
    . . . . . .

15. Jaką literaturę zna Pan z zakresu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi?

    . . . . . .

Rozmówca:
Wykształcenie:
Staż pracy:
Dodatkowe formy kształcenia:

ANEKS 13

Ogólnopolskie Porozumienie Inicjatyw i Organizacji

społecznych działających na rzecz pomocy dzieciom z ADHD
/ zespołem nadpobudliwości psychoruchowej /
zawarte w Warszawie w dniu 6 listopada 2005

I. Cel porozumienia. Mając na uwadze poprawę warunków życia dzieci z zespołem ADHD oraz ich rodzin, niżej wymienieni postanowili zawrzeć porozumienie w celu podejmowania wspólnych działań i ich koordynacji.
Obszarem wspólnych działań będzie występowanie wobec instytucji ustawodawczych, wykonawczych naszego Państwa wszędzie tam, gdzie decydują się losy dziecka z ADHD i jego rodziny. Zawarcie porozumienia ułatwi dotychczasową współpracę i umożliwi bardziej skuteczne osiąganie zadań i celów jakie stoją przed uczestnikami porozumienia.

II. Stanowisko wspólne. Uczestnicy porozumienia uznają za podstawę merytoryczną wiedzę o ADHD opartą o udokumentowane źródła naukowe i przyjęte standardy postępowania w krajach wysoko rozwiniętych / EBM – Evidence Based Medicine (*medycyna oparta na faktach*) *.

III. Zadania uczestników. Zważywszy na naszą wiedzę o ADHD uważamy, że dla dobra dziecka i jego rodziny należy:

1/ w sferze modyfikacji otoczenia dziecka z ADHD dążyć do opracowania metod postępowania z dzieckiem z ADHD w szkole i ich wdrożenia w drodze uzupełnień ustawowych i rozporządzenia Ministra Edukacji, które zapewnią dziecku prawo do nauki w szkole zwykłej, nakładając na szkołę obowiązek dostosowania metod pracy do potrzeb dziecka,

2/ w celu zapewnienia skutecznego leczenia umożliwić dostęp do leków przez ich refundację, umieszczenie odpowiedniej do tego pozycji w wykazie leków refundowanych oraz uruchomienie stosownych programów terapeutycznych,

3/ dążyć do uznania zespołu ADHD za niepełnosprawność w celu umożliwienia objęcia zasiłkiem dziecka, jego rodziny z powodu dodatkowych kosztów pielęgnacji, opieki i niezbędnej terapii,

4/ upowszechniać wiedzę o przyczynach zaburzeń oraz powiązaniach ADHD z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi i zaburzeniami zachowania w organach orzekających (oraz biegłych) wymiaru sprawiedliwości w celu ułatwienia obiektywnej oceny osobowości sprawcy i tła zdarzeń,

5/ propagować pozytywny (a także współczujący) obraz dzieci i ludzi dotkniętych ADHD, jednocześnie prostując utarte negatywne stereotypy.

IV. Sposób działania Porozumienie współpracuje z centralnymi organami państwa przez resortowych **koordynatorów** Ministerstwa Oświaty, Ministerstwa Zdrowia (NFZ), Ministerstwa Sprawiedliwości oraz innych resortów (spraw społecznych / ZUS / oraz inicjatorów obywatelskich nawiązujących kontakty z posłami na Sejm RP, w szczególności członkami odpowiednich komisji.
Działalność inicjatorów oraz koordynatorów jest wspomagana przez **łącznika** oraz sekretarza niniejszego porozumienia.

[4] http://www.olsztynadhd.republika.pl

Karta etyczna organizacji członkowskich
”ADHD.org.pl” Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Działających na Rzecz Osób z ADHD

Do wspólnych, bliskich wartości organizacji członkowskich ADHD.org.pl należą: niezależność, tolerancja, podmiotowe traktowanie klientów, jawność, rzetelność, współpraca.

1. Niezależność:

- plany działania oraz formy i metody pracy organizacji są wynikiem ich własnych,
- decyzji, organizacje przestrzegają zasady neutralności politycznej,
- każda organizacja ma prawo do samodzielnego określania realizowanej misji,

2. Tolerancja:

- nadrzędną wartością dla organizacji jest człowiek potrzebujący pomocy, niezależnie od jego przekonań i sytuacji społecznej.

3. Podmiotowe traktowanie klienta:

- oferowanie pomocy każdemu potrzebującemu w oparciu o jednakowe, jawne i jasne kryteria,
- respektowanie potrzeb i decyzji klientów przy planowaniu i realizacji pomocy, stosowanie zasady nienaruszalności dóbr osobistych klientów,
- przekazywanie informacji o innych możliwościach pomocy,
- nadrzędnym celem organizacji jest uzyskanie przez klientów samodzielności,
- organizacja ma służyć klientom, natomiast nie może ich wykorzystywać dla realizacji własnych celów.

4. Jawność:

- aktywne rozpowszechnianie informacji o działaniach realizowanych przez organizacje
- podawanie do wiadomości publicznej raportów merytorycznych i finansowych.

5. Rzetelność:

- podejmowanie zadań na miarę kompetencji i możliwości organizacji,
- wywiązywanie się z umów i zobowiązań,
- monitorowanie procesu pomocy i jego systematyczna ocena,
- troska o jakość świadczonych usług.

6. Współpraca:

- lojalność w kontaktach z innymi organizacjami,
- dążenie do rozwiązywania problemów na zasadach współpracy kilku organizacji,
- aktywny udział w działaniach wspólnoty ADHD.org.pl.

Karta została przyjęta na Walnym Zebraniu Organizacji Członkowskich ADHD.org.pl w dniu 26.11.2006 r.

ANEKS 14

Listy kierowane do przedstawicieli Ministerstw Rządu Polskiego

Wnioski z konferencji w Sieradzu 26 kwietnia 2006 r. skierowane w formie petycji do (byłego) Ministra Edukacji Narodowej R.P. Romana Giertycha.

Minister Edukacji Narodowej

Rzeczpospolitej Polskiej

Sz.P. Roman Giertych

Szanowni Panie Ministrze,

Informujemy, że w dniu 26 kwietnia 2006 roku w siedzibie naszej Uczelni odbyła się KONFERENCJA naukowo- szkoleniowa pod hasłem:

„ADHD- PRAWIE NORMALNE ŻYCIE".

Neurofizjologia, współwystępowanie innych zaburzeń oraz sposoby wspierania rozwoju dziecka z ADHD.

W konferencji wzięło udział blisko sto osób reprezentujących środowisko nauczycieli, pedagogów, psychologów oraz rodziców dzieci i adolescentów dotkniętych tym problemem. Kopię list obecności załączamy do niniejszego pisma wraz z programem obrad.

W wyniku przeprowadzonej dyskusji na temat istniejących realnie systemów wspomagania rozwoju tej grupy dzieci, wsparcia na jakie mogą liczyć ich rodzice i nauczyciele, Uczestnicy sformułowali następujące wnioski, wnosząc do Organizatorów Konferencji o zapoznanie z nimi Władz Oświatowych naszego Kraju, w formie petycji:

1. W związku z koniecznością indywidualizacji pracy szkolnej - dydaktycznej i wychowawczej- z dzieckiem z ADHD należałoby powołać do życia instytucję „nauczyciela wspierającego" w klasach o charakterze powszechnym, nie integracyjnym, do których uczęszczają dzieci z ADHD. Ponadto, zwracamy uwagę, że pochopnie wydawane decyzje o nauczaniu indywidualnym nie są zgodne z zapisami w aktach prawnych, a co najważniejsze- uniemożliwiają socjoterapeutyczne oddziaływanie na dorastających „nadpobudliwców".

2. W priorytetach zagadnień szkoleniowych dla nauczycieli, pedagogów i psychologów wytyczyć na najbliższy okres zadania związane z rozumieniem istoty ADHD, umiejętnością diagnozowania ADHD na terenie szkoły i poradni psychologiczno- pedagogicznej, modyfikowania narzędzi pracy z takim dzieckiem oraz wspierania rodziców w wychowaniu dziecka.

3. Dostosować przepisy związane z ocenianiem ucznia oraz jego egzaminowaniem do ograniczeń jakie niesie ze sobą ADHD- zaburzeń uwagi o różnym charakterze i nasileniu, które uniemożliwiają wykonywanie zadań dydaktycznych w tzw. „klasycznym wydaniu"- na przykład: w krótkim czasie, w nie respektujących ograniczeń dziecka szatach graficznych i sposobach formułowania poleceń.

4. Popularyzować wiedzę o ADHD w środowiskach wiejskich.

W ramowych, obowiązkowych planach nauczania w szkołach podstawowych i gimnazjalnych uwzględnić zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, bez możliwości ich zamiany na zajęcia wyrównawcze lub całkowitego wykluczenia. W opinii Uczestników konferencji, Zarządzający szkołami, mając z jednej strony obowiązek, ale z drugiej możliwość rezygnacji z zajęć o tym charakterze wybierają dobro

5. ekonomiczne placówki, nie zaś wspomaganie rozwoju dzieci i młodzieży.

Mając nadzieję na uwzględnienie postulatów Uczestników i Organizatorów Konferencji w pracach nad poprawą realnego wymiaru wczesnego wspomagania dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, z upoważnienia i w imieniu Uczestników Konferencji, życząc sukcesów w pracy, z wyrazami szacunku

Organizatorzy

List skierowany do prof. Zbigniewa Religii

Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Nadpobudliwym "pO*N*ad" wystosowało pod adresem, byłego już, Ministra Zdrowia prof. Zbigniewa Religi apel, mający na celu zajęcie się problemem wysokich kosztów leczenia ADHD, a konkretnie refundację przynajmniej jednego z zarejestrowanych leków.

Sz. Pan
prof. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Apel

Piszemy ten list-apel w imieniu rodziców i nauczycieli, którzy borykają się z wychowaniem dzieci chorych na Zespół Nadpobudliwości Psychoruchowej z Deficytem Uwagi (ADHD). Od wielu lat pozostawieni jesteśmy sami sobie! Stąd nasz list-apel kierujemy do tych środowisk, które odpowiedzialne są los naszych dzieci: Ministra Zdrowia, członków Sejmowej i Senackiej Komisji Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej.

Pragniemy zaapelować o refundację leków stosowanych w terapii dzieci cierpiących na ADHD, oraz stworzenie warunków dla prawidłowej diagnostyki tych dzieci. Cierpią one bowiem na jednostkę chorobową o podstawach neurologicznych, której diagnostyka jest bardzo żmudna i musi być wykonana przez specjalistów. Dla tych dzieci wsparcie farmakologiczne oznacza udaną terapię z psychologiem i kontynuowanie edukacji ze swoimi rówieśnikami, brak napiętnowania przez otoczenie jako „niegrzeczne dziecko" i przyklejenie łaty „łobuz" - często już na całe życie. Rodziców tych dzieci, przy braku refundacji, na leczenie po prostu nie stać! Dziecko z rozpoznanym zespołem ADHD to nie po prostu „dziecko niegrzeczne", które źle wychowują rodzice.

Źle prowadzone dziecko z ADHD traci wiarę w siebie, może stać się agresywne, jest podatne na uzależnienia (alkoholizm, narkomania), funkcjonuje poniżej swoich możliwości intelektualnych. Dzieci te nie powinny być kolejny rok pozostawione bez pomocy!

Liczymy na pomoc i zrozumienie,

Irena Wielowiejska-Comi — z-ca Prezesa Zarządu

Jarosław Wajchert — Prezes Zarządu

Załączniki:

Korzyści, które będą wynikiem prawidłowej terapii dzieci chorych na ADHD

Podstawowe informacje o chorobie „Choroba nie wybiera"

Załącznik nr 1

Korzyści, które będą wynikiem prawidłowej terapii dzieci chorych na ADHD:

Dla dzieci i młodzieży dotkniętych zespołem ADHD:

Efektem końcowym naszych działań terapeutycznych u dzieci nadpobudliwych będzie ukształtowanie u nich zdolności kontroli poziomu pobudzenia i mechanizmów samoregulacji zachowania. Dzięki temu mogą się uczyć w publicznych placówkach oświatowych, mają możliwość rozwoju społecznego i sukcesu edukacyjnego a tym samym zapobieżenie długofalowym skutkom manifestującym się w antyspołecznym zachowaniach dzieci w ich kolejnych fazach rozwoju.

Dla innych uczniów w klasie z dziećmi z w/w zaburzeniami:

Zrealizowanie prawa do nauki. Zazwyczaj jest ono niedotrzymane dla uczniów klas,

w których jest dziecko z zespołem ADHD. Kierowane są do dyrekcji szkół protesty rodziców innych dzieci przeciwko obecności w klasie uciążliwego ucznia z zespołem ADHD, którego zachowanie utrudnia innym uczniom realizację prawa do nauki.

Korzyści dla podatników:

Uzyskanie bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego w szkole;

Istotne ograniczenie kosztów nauczania indywidualnego (średnio 8 tys. zł miesięcznie na jednego ucznia) i zamkniętego, zwłaszcza w świetle obostrzeń MENiS z dnia 29.02. 2003. Odciążeniem kosztów wykolejenia społecznego bądź niepełnosprawności (renta) osób dotkniętych zaburzeniami. Ok. 90% wypadków jest z udziałem osób nadpobudliwych.

Korzyści dla rodziców:

Poprzez wprowadzenie terapii farmakologicznej rodzice mogą pracować zawodowo, bowiem często rezygnują z pracy, aby móc opiekować się dzieckiem. Nabywają również umiejętności lepszej pracy z dzieckiem: postępowania z własnym dzieckiem, radzenia sobie z własnymi emocjami, współpracy z placówką oświatową, innymi rodzicami i ich dziećmi. Otóż dzieci obarczone zespołem ADHD przeżywają otaczający świat bardziej emocjonalnie i same wzbudzają silne emocje rówieśników i dorosłych. Są tak trudne do prowadzenia, że rodzice muszą świadomie, systematycznie i konsekwentnie stosować w codziennej pracy nowoczesne metody wychowawcze.

Korzyści dla pracowników oświaty:

Umożliwienie skutecznej terapii dzieci o nasilonych objawach zespołu ADHD przy pomocy leku zapewni, że objawy te ustaną lub zostaną ograniczone w stopniu, który pozwoli na prowadzenie w sposób prawidłowy pracy dydaktyczno - wychowawczej w placówkach oświatowych. Skuteczna terapia lekowa może być zastosowana w potrzebnej skali jedynie w przypadku istotnego ograniczenia bariery ekonomicznej w dostępności leków. Taką sytuację stworzy jedynie refundacja leku. Wprowadzenie refundacji przy niewielkim stosunkowo wymiarze finansowym, pozwoli docenić szerokim kręgom pracowników oświaty, wysiłek tych, polityków którzy tego dokonają. Uwiarygodni w ich opinii rzeczywiste przemiany, udowodni, że możliwe jest skuteczne działanie zarówno wobec społecznej patologii jak i dysfunkcji - zespołu ADHD, dając możliwość leczenia w przypadkach, gdy jest to niezbędne.

Załącznik nr 2

Choroba nie wybiera

Choć na pełnoobjawową nadpobudliwość psychoruchową cierpi 3-5% dzieci na całym świecie, to pewne zachowania typowe dla tej choroby ma aż ok. 20% uczniów. Zbyt ruchliwy, impulsywny i rozkojarzony młody człowiek - takie dziecko może urodzić każda matka.

O zaburzeniach związanych z nadruchliwością i impulsywnością dzieci medycyna wie od ok. 150 lat, jednak dopiero w połowie XX wieku oficjalnie uznano je za chorobę. Wcześniej zbyt ruchliwe czy rozkojarzone pociechy przywracano społeczeństwu przy użyciu rózgi i kozy, a brak postępów w nauce przypisywano nieudolności rodziców i nauczycieli. Pierwszy krok na dobrej drodze uczynili w latach pięćdziesiątych lekarze ze Stanów Zjednoczonych, którzy zauważyli, że takie zachowanie dziecka czy później nastolatka jest w dużym stopniu od niego niezależne. Dlatego należałoby mu raczej pomóc, niż się nad nim znęcać.

Równie często jak podejście do zjawiska zmieniały się jego określenia. Kiedyś mówiono raczej o dzieciach niespokojnych, nerwowości dziecięcej czy zespole hiperkinetycznym. Dziś najczęściej stosowaną nazwą jest ADHD, skrót od angielskiego Attention Deficit Hyperactivity Disorder czyli zespół napobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi.

Kłopoty na łączach

Choć jeszcze nie do końca poznano tę chorobę, wiadomo już, że za jej objawy odpowiadają zaburzenia procesów odbywających się w mózgu. Mianowicie komórki nerwowe nie łączą się ze sobą bezpośrednio, lecz przekazują informacje za pomocą substancji zwanych neuroprzekaźnikami. Od połowy lat 90 wiadomo, że głównymi odpowiedzialnymi w zaburzeniach ADHD są dopamina i noradrenalina. Pierwsza z nich pomaga selekcjonować i przetwarzać informacje oraz skupić się na wybranym bodźcu. Druga odpowiada za kontrolowanie naszych zachowań, umiejętność oceny zagrożenia i w razie potrzeby pobudzenia organizmu do działania - lub za jego wyhamowanie, aby do działania nie doszło. Niedobór w/w enzymów powoduje, że dziecko jest zbyt ruchliwe, działa pod wpływem impulsu i na niczym nie

potrafi się skupić.

Szukamy winnego

Fakt, że umysł młodego człowieka działa „nadpobudliwie", może wynikać z kilku przyczyn. Jedną z przyczyn jest mikrouszkodzenie mózgu jeszcze w okresie okołoporodowym. Powodem może być także zatrucie ołowiem, jeśli stężenie tej substancji w środowisku było zbyt duże. Wiadomo także, że za nadpobudliwość dziecka odpowiada alkoholowy zespół płodowy (choć zwykle z jego pojawieniem się związanych jest więcej objawów niż tylko ADHD). Do grupy wysokiego ryzyka należą również dzieci matek palących.

Jednak najczęstszą przyczyną jest genetyka. Jeśli ktoś w rodzinie chorował na ADHD, to prawdopodobieństwo pojawienia się dysfunkcji w kolejnych pokoleniach wzrasta pięcio- czy nawet siedmiokrotnie. Natomiast jeśli jedno z rodziców jest dotknięte nadpobudliwością, ich potomek ma 50% szans na podobne kłopoty. Niestety, za dziedziczenie dysfunkcji odpowiada jednocześnie wiele genów i nie można ich po prostu wyłączyć.

To nie jest coś, przeciwko czemu można się zaszczepić. Może się przydarzyć dziecku każdego z nas. Możemy nawet nie wiedzieć, ile osób w naszej rodzinie cierpiało lub wciąż cierpi z powodu nadpobudliwości z deficytem uwagi.

Mamo, czy ja z tego wyrosnę?
Wielu rodziców żyje tą nadzieją.

Wszystko zależy od tego, jak definiujemy wyrośnięcie. Jeśli przyjmiemy kryteria ADHD skonstruowane dla wieku dziecięcego, to u około 70% objawy zmniejszają się bądź ustępują w wieku dorastania, a pełnoobjawowe adhd ma zaledwie 5%. Natomiast 50% dorosłych wciąż ma jakieś symptomy zaburzeń, które nadal utrudniają im życie. Dużo gorzej dzieje się jednak wtedy, gdy nie zauważymy w porę, że nasze dziecko ma problem.

Dziecko z ADHD musi szczególnie pracować, żeby wyuczyć się zachowań społecznych. Jeśli w młodości nie nabierze nawyku mobilizowania się i długotrwałego wysiłku, w jego mózgu nie powstaną połączenia nerwowe, które odpowiadają za te obszary działalności. A umysł z tego, czego się wcześniej nauczył, korzysta automatycznie. Jeśli wcześnie nie pomożemy nadpobudliwcowi, z wiekiem będzie mu coraz trudniej normalnie funkcjonować.

Szukanie pomocy dla nastolatka z ADHD, jeśli do tej pory nic w tym kierunku nie zrobiliśmy, to już o wiele za późno. Zwłaszcza gdy pojawiły się zaburzenia zachowania, jak agresja, kradzieże, częste kłamanie czy wagarowanie, nocowanie poza domem. Na świecie mówi się o wczesnej interwencji zaburzeń zachowania w grupie wiekowej 11-13 lat. Wtedy można coś zrobić. Natomiast nastolatek z ADHD wymaga znacznie więcej pracy niż dziecko z analogicznym problemem, ponieważ oprócz objawów dysfunkcji ma już symptomy zaburzeń jej towarzyszących. Może to być niska samoocena, skłonność do depresji, prowadząca do podjęcia impulsywnej próby samobójczej. Do tego dochodzi niepopularność

wśród rówieśników i problem w relacjach z dorosłymi. Taki młody człowiek już od dłuższego czasu żyje z przekonaniem, że i tak mu nic nie wyjdzie, więc po co się starać?

Dlatego praca z nastolatkiem polega przede wszystkim na terapii zintegrowanej. Polega ona na harmonijnej współpracy między rodzicami, nauczycielami i specjalistami: psychiatrą, psychologiem.[5]

Warszawa, 5 styczeń 2007 rok

[5] www.adhd.org.pl

Apel skierowany do prof. Zbigniewa Religi, ówczesny Minister Zdrowia RP

Prezes Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom Nadpobudliwym PONAD - Warszawa
mgr Irena Wielowiejska – Comi - psycholog

W związku z opublikowaniem w dniu 5 stycznia projektów rozporządzeń Ministra Zdrowia sprawie refundacji leków i pominięciu w nich grupy leków posiadających wskazanie medyczne do stosowania leczeniu zespołu nadpobudliwości psychoruchowej apelujemy o: - dodanie na liście leków refundowanych pozycji dot. zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, umieszczenie w tej pozycji leków ze wskazaniem medycznym do stosowania w nadpobudliwości

Reprezentujemy społeczność rodziców i dzieci z zespołem nadpobudliwości (ADHD) całej Polski jako przedstawiciele Porozumienia z dnia 6 listopada 2005 roku skupiającego przedstawicieli 17 organizacji i inicjatyw z różnych regionów kraju zajmujących się pomocą dzieciom z ADHD i ich rodzinom. Skala problemu, którym się zajmujemy dotyczy bezpośrednio od ok. 70 tysięcy dzieci i ich rodzin. Część dotkniętych dysfunkcją dzieci wymaga leczenia farmakologicznego, które jest niedostępne dla większości ze względu na barierę ekonomiczną. Istotą schorzenia są zarówno zaburzenia zachowania oddziaływujące niekorzystnie na pracę szkoły i rodzinę, jak i trudności dziecka w sprostaniu wymogom nakładanym przez szkołę i społeczeństwo oraz ryzyko wystąpienia powikłań niosących poważne konsekwencje społeczne. Problem dotyka nie tylko samych pacjentów i ich rodziny, ale także pośrednio kilka milionów innych uczniów oraz kilkusettysięczną rzeszę pracowników oświaty.

Nasze rozczarowanie przedstawionym projektem rozporządzeń dodatkowo wzmacnia wiadomość, że problem ten jest znany w Ministerstwie Zdrowia, był omawiany zarówno w Komisjach Zdrowia Sejmu i Senatu jak i w Ministerstwie. W ich przebiegu wypływały deklaracje ze strony osób mających decydujący wpływ na zawartość projektu, które świadczyły o pełnym zrozumieniu potrzeb dziecka z ADHD i możliwości pokonania wszystkich przeszkód stojących na drodze objęcia refundacją tej grupy leków.

Deklarowana w ub. r. szczególna troskę o rodzinę, matkę i jej dziecko w roku, w którym dodatkową uwagę kierowano na osoby dotknięte chorobą psychiczną wskazywała, że uczynienie kroku na rzecz poprawy warunków leczenia dziecka z ADHD stanie się priorytetem. Bez refundacji leków, chociażby częściowej deklaracje te pozostaną jedynie niespełnioną chęcią, a więc pustym frazesem. Uprzejmie prosimy o modyfikację projektu przez umieszczenie na liście leków refundowanych, leków posiadających wskazanie medyczne w leczeniu zespołu nadpobudliwości psychoruchowej / ADHD

Ogólnopolskie Porozumienie Inicjatyw i Organizacji działających na rzecz dzieci z ADHD[6]

[6] www.adhd.net.pl

ANEKS 12

ARKUSZ OBSERWACYJNY BADANYCH PLACÓWEK SZKLONYCH

ORGANIZACJA PRACY SZKOŁY	SP 3	SP 4	SP 5	SP 36	SP 46
Budynek					
▪ przestrzenność, układ sal	1	2	3	3	3
▪ wyposażenie sal: materiały dydaktyczne, sale komputerowe	2	2	3	3	3
▪ duża liczebność klas	2	2	2	2	2
▪ stan higieny szkoły - klas	3	2	3	3	3
Stan opieki szkoły nad uczniami					
▪ działalność pedagoga	2	3	2	2	2
▪ współpraca z PPP	2	3	2	0	0
▪ współpraca z innymi instytucjami	3	2	3	2	1
▪ współpraca z rodzicami	3	2	3	2	1
▪ funkcjonowanie świetlicy szkolnej	3	3	3	2	1
▪ zajęcia wyrównawcze	3	2	3	2	1
Środowisko społeczne nauczycieli					
▪ aktywność, innowacyjność nauczycieli	2	0	3	0	0
▪ kultura językowa	2	0	2	0	0
▪ relacje z dziećmi	2	0	2	0	0
▪ postawy wychowawcze wychowawców	2	0	2	0	0
Klimat grupy rówieśniczej					
▪ podział uczniów na grupy	2	0	2	0	0
Sfery kultury i aktywności środowiskowej szkoły					
▪ organizowanie uroczystości szkolnych	3	3	3	2	2
▪ zajęcia pozalekcyjne	3	1	3	2	2
▪ koła zainteresowań	3	2	2	2	2
▪ uczestnictwo w imprezach kulturalnych	3	2	2	2	2

Stopień nasilenia zjawiska:

0 – trudne do zinterpretowania, bowiem Dyrekcja nie wyraziła zgody na dokonanie obserwacji klimatu wewnątrz klas.

1 – 2 – 3 [gdzie 1 to min, a 3 to max]

ANEKS 15

FAS, termin użyty po raz pierwszy przez K.L. Jon i D.W. Smith w 1973 roku.

Zaliczany jest do grupy fizycznych i umysłowych zaburzeń wrodzonych spowodowanych piciem alkoholu przez ciężarną matkę. Współwystępuje wielu wypadkach z ADHD.

FAS jest encefalopatią (gr. *encephalicus* - mózgowy; gr. *pathos* choroba, cierpienie; ogólne określenie uszkodzenia mózgu przez czynniki różnego pochodzenia, którego skutkiem są różnego rodzaju zaburzenia zachowania, zwane charakteropatią).[7] Charakteryzuję się następującymi objawami:

- znaczne opóźniony wzrost przed i po urodzeniu (niska waga dziecka, znaczny mniejszy obwód głowy dziecka w stosunku do norm przyjmowanych powszechnie),
- wady kostno-stawowe, wady serca,
- opóźnienia psychoruchowe,
- zaburzenia zmysłów, koordynacji ruchowej, ruchowej,
- anomalie struktury i funkcji mózgu,
- nieprawidłowa budowa głowy, jak wspomniano powyżej,
- obniżony poziom sprawności intelektualnej,
- zaburzenia zachowania, huśtawka emocjonalna,
- trudności w nauce,
- ADHD.

Przy tym należy podkreślić, że każde zaniedbanie ze strony przyszłej mamy, używki typu papierosy czy alkohol, są czynnikami zagrażającymi wystąpienie encefalopatii, a tym samym współistnienia ADHD, bowiem przyczyn ADHD należy upatrywać nie tylko w genetycznych uwarunkowaniach, ale także w czynnikach ciążowo-porodowych.[8]

---

[7] http://pl.wikipedia.org/wiki/Encefalopatia

[8] B. Wiśniewska, *Współwystępowanie u dzieci i młodzieży z ADHD innych zaburzeń klinicznych i ich etiologia.* [w:] *ADHD – prawie normalne życie.* (pod red.) W. Baranowska, Łódź 2007, Wyd. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, s. 59.

ANEKS 16

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ I SPORTU

z dnia 7 września 2004 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych

Na podstawie art. 22 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

Rozdział 2

Ocenianie, klasyfikowanie i promowanie uczniów w szkołach dla dzieci i młodzieży.

§ 4

Nauczyciele na początku każdego roku szkolnego informują uczniów oraz ich rodziców (prawnych opiekunów) o:

- wymaganiach edukacyjnych niezbędnych do uzyskania poszczególnych śródrocznych i rocznych (semestralnych) ocen klasyfikacyjnych z obowiązkowych i dodatkowych zajęć edukacyjnych, wynikających z realizowanego przez siebie programu nauczania;
- sposobach sprawdzania osiągnięć edukacyjnych uczniów;
- warunkach i trybie uzyskania wyższej niż przewidywana rocznej (semestralnej) oceny klasyfikacyjnej z obowiązkowych i dodatkowych zajęć edukacyjnych.

Wychowawca klasy na początku każdego roku szkolnego informuje uczniów oraz ich rodziców (prawnych opiekunów) o warunkach i sposobie oraz kryteriach oceniania zachowania oraz o warunkach i trybie uzyskania wyższej niż przewidywana rocznej oceny klasyfikacyjnej zachowania.

§ 6

1. Nauczyciel jest obowiązany, na podstawie opinii publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej, dostosować wymagania edukacyjne, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1, do indywidualnych potrzeb psychofizycznych i edukacyjnych ucznia, u którego stwierdzono zaburzenia i odchylenia rozwojowe

lub specyficzne trudności w uczeniu się, uniemożliwiające sprostanie tym wymaganiom, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. Dostosowanie wymagań edukacyjnych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1, do indywidualnych potrzeb psychofizycznych i edukacyjnych ucznia, u którego stwierdzono specyficzne trudności w uczeniu się, uniemożliwiające sprostanie tym wymaganiom, następuje także na podstawie opinii niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym niepublicznej poradni specjalistycznej, o której mowa w art. 71b ust. 3b ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, zwanej dalej „ustawą", z zastrzeżeniem ust. 3.

W przypadku ucznia posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego albo indywidualnego nauczania dostosowanie wymagań edukacyjnych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1, do indywidualnych potrzeb psychofizycznych i edukacyjnych ucznia może nastąpić na podstawie tego orzeczenia.

ANEKS 17

LIST SKIEROWANY DO RZECZNIKA PRAW DZIECKA PRZEZ POLSKIE TOWARZYTWO ADHD

Polskie Towarzystwo ADHD

zwraca się w liście otwartym do Rzecznika Praw Dziecka z informacją o skandalicznym łamaniu praw dzieci chorych na zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (ang. ADHD) oraz ich rodziców, które mają miejsce w różnych placówkach opiekuńczych: przedszkolach, szkołach, a także w zakładach zamkniętej opieki zdrowotnej jak szpitale psychiatryczne czy ośrodki dla dzieci z nerwicami itp. w naszym kraju. Sytuacja dotyczy łamania praw dziecka w tych placówkach.

Pamiętając o fakcie, iż dziecko z ADHD posiada normę intelektualną bądź jest ona powyżej przeciętnej – umieszczanie dziecka z racji zaburzonych zachowań w szkołach specjalnych o zaniżonych wymaganiach edukacyjnych jest jakąś trudną do zrozumienia pomyłką i świadczy o braku orientacji w specyficznych potrzebach dziecka dotkniętego zaburzeniami nadpobudliwości. (…)

Nasz apel ma na celu wyrażenie oburzenia z powodu coraz częściej zdarzających się przypadków łamania praw dzieci polegających na:

- usuwaniu bądź wymuszaniu na rodzicach przenoszenia dzieci do innych przedszkoli bądź szkół z powodu objawów choroby ADHD przez zastraszanie ich najróżniejszymi argumentami z sądami włącznie;
- lekceważenia przez nauczycieli zaleceń specjalistów Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych, w których sprecyzowano metody radzenia sobie z dzieckiem z ADHD;
- organizowaniu zebrań rodziców bez wiedzy rodzica dziecka z ADHD w celu przeprowadzenia swoistego „sądu kapturowego”;
- nie stosowanie zasad równego prawa dla wszystkich dzieci, piętnując odmienne zachowania dziecka z ADHD, będące zachowaniem charakterystycznym dla tej jednostki chorobowej, jednocześnie lekceważąc prawo dziecka do wytłumaczenia swych intencji;
- stosowaniem wobec dzieci inwektyw godzących w ich poczucie godności;
- wydawaniem decyzji o „konieczności” izolowania dziecka od rówieśników kierując je na tzw. indywidualne nauczanie w miejscu zamieszkania dziecka, co nie daje możliwości pełnego uspołecznienia dziecka;

Listę łamanych praw uzupełni Pan z pewnością po zapoznaniu się z przypadkami, jakie miały miejsce w naszym kraju. Do apelu załączamy opis kilku przypadków oraz maile od rodziców dzieci szykanowanych i dyskryminowanych w różnych państwowych placówkach.

Pierwszym z przypadków, jakim posłużę się jest „List Pawła". Proszę go przeczytać z uwagą:

„List Pawła

Ja i moje ADHD

Miałem pecha ..... Moje dzieciństwo było bardzo specyficzne, a moja nadpobudliwość psychoruchowa wszystko utrudniła. Nie chcę rozczulać się nad sobą. Motywacją do napisania mojego listu jest to, aby uchronić innych przed ceną jaką ja zapłaciłem.
Mam nadzieję, że osoby które przeczytają mój list zastanowią się i lepiej niż ja poradzą sobie z tym problemem.
Obecnie mam 21 lat i z trudem odrabiam stracone lata, stracone dla mnie, nie przeze mnie.
Na dzień dzisiejszy jest prawie idealnie. Odrabiam szkołę, robię kolejne prawo jazdy, chce mi się żyć.
Oczywiście zdarzają się trudne chwile, problemy z organizacją czasu, napady lenistwa, jednak już nie uciekam, nie biegnę przez życie jak dzikie zwierze wpuszczone na autostradę.

DZIECIŃSTWO i wczesna młodość
Fatalne w skutkach było dla mnie to, że miałem pięcioro rodzeństwa i do tego byłem w samym środku całej dziatwy.
Z jednej strony musiałem nauczyć się szybko samodzielności, z drugiej zaś ADHD utrudniało mi wszystko.
Pomimo zdiagnozowanej szybko choroby, już w pierwszych latach życia przylepiono mi łatkę niegrzecznego, zdolnego dziecka.
Jak każdy człowiek nadpobudliwy, niesamowicie byłem wyczulony na niesprawiedliwość. Niestety ta cecha łamała moje dzieciństwo. Zamknięty w sobie, atakowany przez środowisko, bez większego wsparcia w rodzinnym domu brnąłem w kłopoty.
Ponieważ jako wczesnoszkolny uczeń chodziłem po klasie, wtrącałem się do rozmowy ze starszymi, gubiłem książki, zapominałem o zadaniach – to w rezultacie stałem się niewygodnym uczniem.
Szkoła wybrała najłatwiejszą metodę – zaczęto oskarżać moją mamę o błędy wychowawcze.
I tak karany za objawy ADHD zacząłem się bronić.
Niestety obrona moja (teraz już wiem) była typowo książkowa – większość ludzi nadpobudliwych tak się broni. Tak, tak, metoda standardowa i niesamowicie bolesna w skutkach.
Dzieci, jak to dzieci zaczepiały mnie – a ja broniłem się biciem, nauczyciele oskarżali mnie o rzeczy których nie zrobiłem , więc ja broniłem się krzykiem i ucieczkami ze szkoły. W domu często nie wysłuchany byłem potwornie samotny wśród ludzi.
Brak akceptacji, samotność, zaległości w szkole niszczyły moją psychikę , zabijały marzenia i chęć życia.
Boże !!! Jak wspomnę jakie myśli rozdzierały moją duszę , to cud, że ja żyję.
Objawy ADHD utrudniały moje życie, a moje problemy narastały.
Nie leczony, niszczony przez środowisko, niszczona i oskarżana moja rodzina – to był mój świat.
Lęk, lęk, lęk, ucieczka, ucieczka – mój świat.
Samotność i walka z wiatrakami – taka była moja rzeczywistość i taka jest codzienność ludzi z nadpobudliwością psychoruchową.
Tylko ja wiem, jak trudno było mi się skupić na czymkolwiek, przetrwać każdy dzień, każdą niesprawiedliwość, dźwigać mój krzyż!!!!!
W wieku 10 lat pierwsze przesłuchania przez policję – nieważne kto zaczął ja uderzyłem kolegę, nieważne, że nauczyciel oskarżył mnie o to czego nie zrobiłem – uciekłem więc ze szkoły.
Sam chodząc ulicami zaglądałem ludziom do okien. Dlaczego tak jest??? - pytałem.
Odpowiadał mi trzask złamanej gałęzi, kropla deszczu spływająca po policzku, a może to nie był deszcz.....
Policja też była ukierunkowana na łamanie człowieka, pomoc ADHD-owcom nie była potrzebna w odczuciu dorosłych.
Znowu oskarżania , a moja samoocena praktycznie była w punkcie krytycznym.
Ja zagubiony w tym wszystkim resztką sił trwałem po tej stronie życia. Nie wiem jakim cudem uniosłem ten ciężar.
Zaległości rosły, poczucie osamotnienia stawało się olbrzymie i tak buntując się przed wszystkim dożyłem do 12 roku życia.
Szukając wszędzie akceptacji wypalałem się jak kawałeczek drewna.
Dożyłem w ten sposób do 12 roku życia.
Z opinią okropnego dziecka , z rozdartą duszą dostałem kolejny cios w plecy.
,, Dobrzy Ludzie,, postanowili mnie ulokować w domu dziecka – to miało nauczyć mnie zachowań społecznych. Teraz wiem , że była to kolejna zbrodnia na dziecku ze zdiagnozowanym ADHD.
Skutek – jeszcze gorzej, ucieczki, agresja – każdy to wie lęk budzi agresję!!!!!

Ponieważ efekt był mierny, postanowiono ,, wyleczyć,, mnie pogotowiem opiekuńczym w Witkowicach.
Myślę, że poprawczak dla dwunastoletniego chłopca był kolejnym gwoździem do trumny.
Ale w tym kraju tak się leczy ludzi z ADHD !!! Nie chcę być cyniczny, ale efekt był taki sam, jakby zmuszano ludzi na wózku inwalidzkim do biegu przez płotki.
Moja samoocena już nie istniała, a ja miałem wmówione , że jestem z gruntu zły i skończę w więzieniu.
Ponieważ ludzie nadpobudliwi reagują natychmiastowo i reakcja wyprzedza przemyślenie sytuacji moje problemy narastały niewyobrażalnie szybko.
Oczywiście uciekałem, byle gdzie , byle przed siebie. Uciekałem przed sobą, przed ludźmi, przed ADHD.
Skutek – brak pomocy – zamknięcie dzikiego zwierzaka w Łańcucie.
Tam są kraty, zaostrzony rygor, tam się łamie dzieci.
Ja już dawno ze złamaną psychiką miałem jedno na myśli – uciec , znaleźć poczucie bezpieczeństwa. Nie wiedziałem do końca co to jest, ale poobijany przez życie pragnąłem tego. Zasypiając w nocy przypominałem sobie swoją ulubioną książkę ,,Lessi wróć,, - być tak silny jak ona tylko o tym marzyłem.
Wykorzystałem swoją inteligencję, desperację i ból – uciekłem . I w wieku 13 lat przeszedłem na piechotę trasę Łańcut – Kraków. Bałem się wsiąść do okazji i jak ta Lessi bocznymi drogami, głodny, poobijany, brudny , szedłem cztery dni do domu.
Cóż z tego jak nadal nikt nie mógł zrozumieć, dlaczego tak robię i efektem mojej przeprawy był powrót do Łańcuta – nawet nie wiecie jak czuje się dziecko skute kajdanami.
Potem Ostrowiec. Nauka zaczęła mi iść dobrze, ale uciekałem.....
W wieku 15 lat wmówione miałem to, że jestem po drugiej stronie prawa.
Przy kolejnej ucieczce w wieku 16 lat (decyzją sądu) , zostałem zamknięty w Tarnowskim więzieniu (paranoja) . Trudno jest mi o tym pisać. Dwa i pół roku za błędy popełnione przy nie leczonym ADHD.
Myślałem, że wszystko jest skończone.....
Początek nowego życia

Obdarty z marzeń wróciłem do Krakowa. Scenariusz na swoje życie miałem co najmniej czarny.
Poznałem Tomka - dzieciaka z ADHD. Poznałem jego matkę. Zacząłem kojarzyć pewne fakty. Czytałem o ADHD, same odpowiedzi przychodziły mi do głowy.
Poznałem psychologów, rodziców innych dzieci, które mają ADHD.
Postanowiłem rozpocząć wszystko na nowo, walczyć o takich ludzi jak ja.
Nadrabianie jest trudne, ale jak Edison po 3 miesiącach edukacji został wydalony ze szkoły i tak wiele osiągną w życiu, to ja też dam sobie radę . Mamy coś wspólnego - ADHD.
Dla mnie było to niezmiernie trudne, dlatego inne dzieciaki należy chronić przed takim scenariuszem jakie pisze nam życie.

Pozdrawiam Paweł."

Panie Rzeczniku, to nie życie napisało scenariusz temu chłopcu; **to ludzie dorośli zgotowali mu ten los!!! To dorośli – ludzie z odpowiednim wykształceniem psychologicznym, pedagogicznym, prawniczym, resocjalizacyjnym ponoszą odpowiedzialność za łamanie psychiki i zaszczucie tego chorego dziecka**!!! Nie znam danych dotyczących liczby takich przypadków, ponieważ nikt nie badał wszystkich nieletnich przestępców osadzonych w placówkach szkolno-wychowawczych i w więzieniach pod kątem ADHD, w związku z czym nie dysponuję takimi statystykami!

Zastanawiamy się nad źródłami dzisiejszej przestępczości wśród nieletnich oraz coraz bardziej obniżającej się średniej wieku młodocianych przestępców**!!! Przecież w przypadku Pawła zrobiono wszystko, by wyrósł na przestępcę**. **Ale nie udało się**!!! Chłopiec na swej drodze spotkał takich samych jak on, chorych na zespół nadpobudliwości psychoruchowej, powodujący ogromne zamieszanie i chaos informacyjny w życiu każdego chorego na ADHD oraz ich rodziców, gotowych na wszelkie poświęcenia dla swego dziecka. I tylko dzięki dziwnemu zbiegowi przypadków nie skończył z następnym wyrokiem w więzieniu, bo powodów do nienawiści miał tyle, że starczyłoby na kilku ludzi.

Oto następny przykład bezmyślności, głupoty i cynizmu osób wydawałoby się kompetentnych; artykuł opisujący charakterystyczną atmosferę wokół dzieci z ADHD:

Dziennik Polski, 22.02.2005

Ośmiolatek na komisariacie

Nauczyciele nie radzą sobie z uczniami chorymi na ADHD

Ośmioletni Aleksander, uczeń Szkoły Podstawowej nr 12 w Krakowie,
podrapał kolegę. Do szkoły wezwano policje, chłopiec został przesłuchany na komisariacie. Alek jest chory na ADHD, czyli zespól nadpobudliwości psychoruchowej. Ma również padaczkę, a gdy był niemowlakiem, przeszedł wylew.

- *Mimo to już dwukrotnie, gdy był w I i II klasie, dyrekcja wzywała do szkoły policje z powodu jego złego zachowania* - mówi Marzena W., mama chłopca. - *Wychowawcy nie rozumieją, ze syn jest chory i nie potrafią postępować z dziećmi z ADHD.*

- *Nauczyciele są słabo przygotowani do pracy z uczniami z ADHD, a zamiast dowiedzieć się czegoś na ten temat, wpisują głupie uwagi do dziennika, np. ze uczeń nie siedzi na lekcji w ławce lub wychodzi z sali podczas zajęć* - przyznaje Roman F., rzecznik praw ucznia w kuratorium oświaty w Krakowie. Wzywanie do szkoły policji z powodu złego zachowania ucznia z zespołem ADHD Roman F. uważa za błąd i nadużycie. - *Przesadzono, strasząc ośmiolatka policja* - dodaje rzecznik. - *Po to jesteśmy pedagogami, by umieć sobie radzić z takimi przypadkami*.

- *On bardzo przeżył to policyjne przesłuchanie, mimo że byłam przy tym obecna. Był przerażony, płakał, zapewniał, ze to niechcący. Będę musiała przenieść syna do innej szkoły* - mówi Marzena W.

Wiemy, ze ten uczeń cierpi na ADHD, ale jego rodzicom wydaje się, ze choroba upoważnia go do atakowania innych dzieci. Zapisali go na kung-fu, a on wykorzystuje to, czego tam się nauczył przeciwko innym dzieciom - mówi Danuta T., dyrektor szkoły w Krakowie, gdzie uczy się Alek.

- *Nie możemy tolerować agresji w szkole.* Dyrektorka podkreśla, ze podrapanie kolegi nie było jedynym wybrykiem dziecka. - *Uderzył tez dziewczynkę w brzuch tak, ze trafiła do szpitala, a na korytarzu podstawił nogę koleżance* - wylicza Danuta T. - *Musimy dbać o bezpieczeństwo innych dzieci.* Alek dostał zakaz opuszczania klasy w czasie przerwy. - *Nie wolno mu wychodzić, bo zdaniem nauczycieli stanowi zagrożenie dla innych dzieci* - mówi Marzena W. - *Tymczasem syn wrócił kiedyś ze szkoły z siniakami, bo został poszarpany przez nauczycielkę*.

Mama ośmiolatka zapewnia, ze wielokrotnie rozmawiała z nauczycielami, dawała im wskazówki, jak postępować z dziećmi chorymi na ADHD. - *Przede wszystkim nie można na nie krzyczeć ani zmuszać do robienia czegokolwiek. Tu groźby nic nie pomogą* - twierdzi mama Alka.

- *Dzieci z ADHD nie są agresywne, tylko impulsywne i nadruchliwe* - mówi Stanisław Bobula, psycholog zajmujący się problemem ADHD. - *Wzywanie policji do ośmioletniego ucznia to moim zdaniem strzelanie z armaty do wróbli. Może to niekorzystnie wpłynąć na rozwój dziecka; może się przerodzić w rożnego rodzaju leki, brak poczucia bezpieczeństwa, fobie szkolne. Uczeń może mieć tez trudności z nauka.*

- *Dzieci z ADHD to problem niemal wszystkich krakowskich szkol. Ostatnio gwałtownie wzrosła liczba takich dzieci* - mówi dyrektor T. Według kuratorium oświaty w Krakowie w ciągu jednego roku liczba dzieci z zaburzeniami zachowania wzrosła aż o 45 proc.

- *W roku szkolnym 2002/2003 w Małopolsce było 368 takich uczniów. W ubiegłym roku szkolnym liczba orzeczeń lekarskich wzrosła do 667* - mówi Jacek U., zastępca dyrektora Wydziału Opieki i Szkolnictwa Specjalnego w kuratorium oświaty. Wkrótce w Krakowie ma powstać poradnia dla dzieci z ADHD i ich rodziców. Inicjatywę poparła małopolska kurator oświaty. - *W tej poradni bezpłatną pomoc znajda nie*

tylko dzieci i rodzice, ale również nauczyciele - zapewnia kurator Elżbieta L.

Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna zostanie uruchomiona, gdy tylko uda się znaleźć odpowiedni lokal. ANNA K.-K."

A oto list Pani Marzeny, matki Aleksandra:

Pani Wanda J.

Szanowna Pani, chciałabym w paru zdaniach opisać sytuacje jaka ma miejsce w szkole syna . Aleksander ma ADHD jest po wylewie ma padaczkę oraz wszczepioną zastawkę . Uczęszcza do klasy 2 Szkoły Podstawowej , jest w grupie integracyjnej , w klasie liczącej 12 uczniów , w tym troje dzieci objętych integracją , czyli Pani wspomagająca ma 3 uczniów . Problemy zaczęły się już w pierwszej klasie . Syn biegając na przerwie nie patrząc za siebie wyciągnął nogę do tyłu i kopnął dziewczynkę w brzuch , był to wypadek. Dziewczynka starsza od syna z innej klasy. Zabrano ją do lekarza żądnych obrażeń nie stwierdzono. Rodzice nie rościli pretensji. Natomiast szkoła wezwała policję. Po miesiącu odwiedziła nas w domu kurator sądowy, w danych jakie otrzymała z policji wpisany był czy demoralizacyjny. Pani Dyrektor powiedziała, że każdy incydent w którym Aleksander będzie brał udział zostanie zgłoszony na policje. Zadecydowała, że syn nie może opuszczać klasy podczas przerw. Pani od rewalidacji. która ma pomóc synowi w uzupełnianiu braków szarpie się z nim , tłumacząc że nie chce by dziecko spadło z balustrady. To są metody pedagogiczne jakimi rozwiązuje się tego typu problemy w tej szkole. Syn został uderzony w głowę oraz kopnięty w nogę przez ucznia 2 klasy. W odwecie podrapał napastnika. Pani dyrektor wezwała policje a mój syn os każony o uszkodzenie ciała kolegi. Obrażenie syna były nie widoczne , lecz gorsze w skutkach: ból głowy, napad padaczkowy. Syn od roku nie miał napadów. Lekarz potwierdził, że mógł być to skutek uderzenia w głowę. Po tym zdarzeniu zostaliśmy wezwani na komisariat. Alek został przesłuchany. Przeżył to bardzo poważnie, nie mógł spać w nocy , zrywał się i płakał. Od tej pory syn się bardzo zmienił. Zaczął się coraz gorzej uczyć, Pani psycholog szkolna zrobiła synowi ponowne badania psychologiczne i okazało się , że " uzyskane wyniki wskazują na obniżenie funkcjonowania intelektualnego w stosunku do poprzednich badań". Rozmowy z nauczycielami oraz Dyrekcją nie przynoszą żadnych rezultatów w odniesieniu do mojego dziecka. Od nauczyciela wspomagającego dziecko słyszy same nagany. W dzienniczku są uwagi dotyczące zachowania " Mimo wielu próśb Aleksander wychodzi na drabinki w sali gimnastycznej i z nich zeskakuje", "Aleksander nie chciał pracować, chodził po klasie w czasie lekcji". Nauczyciel z wykształceniem pedagogicznym powinien wiedzieć, że takie metody nie zdają egzaminu w przypadku dzieci ADHD. Próbowałam nauczycielom wskazać jak pracować z synem, przynosiłam do szkoły różne książki i publikacje na ten temat.
Dziękuje bardzo za zajęcie się problemem mojego dziecka.

Marzena W.

Z pewnością zauważył Pan pełną determinację matki do współpracy ze szkołą dziecka: z jakim skutkiem? Nauczyciele uważają siebie za takie wyrocznie w sprawach wychowania i postępowania z uczniami, że byle laik nie będzie ich pouczał! Szanowne Nauczycielstwo: odrobinę pokory!!! Nie jesteście Alfą i Omegą! Człowiek mądry, inteligentny uczy się przez całe życie! Czy zauważył Pan, że sprawa dotyczy dziecka chorego na serce, epilepsję i ADHD? Czy sam ten fakt nie wystarcza, by dzieckiem zająć się z wyjątkową troską i życzliwością? Kim są ludzie stanowiący ciało pedagogiczne w jego szkole, bez żadnej żenady okazując swą twarz w telewizji? Krótki reportaż bowiem został wyemitowany w programie. Wydarzenia na kanale Polsat w godzinach największej oglądalności po 18.

Warto również zauważyć, iż wszelkie wypowiedzi specjalistów pytanych o ten konkretny przypadek były jednoznaczne: skrzywdzono to dziecko! W żadnym wypadku nie wolno nam pozostawić tej sprawy samej sobie bądź matki Alka bez pomocy! Sytuacja ta może doprowadzić do umieszczenia chłopca w jakiejś placówce w celu „prawidłowego uspołecznienia", jak to miało miejsce niejednokrotnie w historii

naszego sądownictwa – a przykład Pawła jest tego wyrazem.

Cyniczne reakcje nauczycieli i pedagogów szkolnych nie są przecież odosobnione. Oto kolejny na to przykład:

Nazywam się M. T., pochodzę z Jaworzna w woj. śląskim. Mój syn - obecnie 13 latek ma stwierdzone ADHD w wieku 7 lat. Obecnie jest leczony w Poradni Neurologicznej i zażywa lek Neurotop retard 300.

Od najmłodszych lat W. był "żywym srebrem": zawsze biegał, nie umiał spokojnie usiedzieć, coś zaczynał, nie kończył i zaraz zabierał się za coś nowego, rozkładał wszystkie zabawki na elementy pierwsze. Nie lubił rysować, malować, układać puzzli - niecierpliwiło go to, nudził się przy tym. Lubił natomiast układać klocki lego - to był jego mały świat. Tylko przy tym zajęciu potrafił maksymalnie się skoncentrować.
Do przedszkola chodził od 3 roku życia - na początku nie było źle, tolerowano jego nadruchliwość. W wieku 5 lat zaczęły pojawiać się zaburzenia w jego zachowaniu: agresywne zachowania w stosunku do niektórych rówieśników w grupie, przeszkadzał w grach i zabawach, wtrącał się notorycznie w wypowiedzi innych, wyrywał się do odpowiedzi nie pytany. Stał się trudny do zaakceptowania. Dzieci przestały go lubić, wychowawcy ciągle się skarżyli, a on, aby być akceptowalny, lgnął do innych dzieci z zaburzeniami zachowania, tzn. do takich które przeklinały, biły się między sobą, były krnąbrne i nieusłuchanie. W. też taki się powoli stawał, bo w tej grupie przynajmniej go lubili. Żaden z nauczycieli nie sygnalizował mi problemu w inny sposób niż: W. bije dzieci, jest nieusłuchany, chamski, jest źle wychowywany, nie zna zasad kultury. Wówczas sama zaczęłam szukać przyczyn jego zachowania.

Poszłam z synem do miejscowej poradni psychologiczno - pedagogicznej, gdzie po przeprowadzeniu testów pani psycholog stwierdziła, ze ma problemy z koncentracją i zaleciła terapię jogą. Wskazaniem również były zajęcia manualne typu rysowanie. Terapia się skończyła (kilka spotkań), a ja pozostałam z problemem znowu sama.

Zaczęła się szkoła. Pierwsza klasa nie była najgorsza, najwięcej problemów było na świetlicy, bo przeszkadzał, bo biegał, bo się nudził. Chcę nadmienić, że w tym czasie czułam się całkowicie bezsilna, nie wiedziałam, co z tym powinnam zrobić. Wciąż dawano mi do zrozumienia, że nie umiem sobie poradzić z krnąbrnym dzieckiem, że powinien czasem dostać solidne lanie. I niestety często bywało, że syn był karany za zachowanie, którego tak naprawdę nie był świadom do końca i które od niego nie było zależne.

Ze względu na zmianę zamieszkania W. poszedł do nowej szkoły. Klasę II i III przeżyliśmy bardzo, zarówno ja, jak i syn. Pani wychowawczyni była kompletnie "niereformowalna", nie akceptowała W., nie widziała w nim żadnych pozytywnych cech (a jest bardzo pomysłowy, wesoły i inteligentny). Gdy był organizowany wyjazd na Zieloną Szkołę postawiła warunek, że jak W. pojedzie, to ona zrezygnuje. Wszelkimi sposobami dawała mi do zrozumienia, że nie zabierze go na wyjazd, bo on jest niebezpieczny dla innych dzieci i ona nie będzie brać za niego odpowiedzialności. Nie istotny był dla niej argument, że W. od 6 roku życia jeździ na kolonie/zimowiska i jest bardzo samodzielny i jeszcze dotychczas nikomu nie wyrządził żadnej krzywdy. Powoływała się na regulamin szkolny, w którym rzekomo było zawarte, że za złe zachowanie na lekcji może odmówić dziecku nagrody w formie wyjazdu na Zieloną Szkołę. Po sprawdzeniu okazało się, że warunek ten został mocno naciągnięty przez wychowawcę. Nadmienię, że na początku nauki w tej szkole wychowawca dostał ode mnie opinię psychiatry potwierdzającą zespół ADHD wraz ze wskazówkami, jak pracować z dzieckiem na lekcji. Nikt mi wówczas nie powiedział, że zaświadczenie lekarskie nie jest dokumentem ważnym dla szkoły i że powinnam starać się o takowe w poradni psychologiczno - pedagogicznej. Nikt mi również nie zasugerował, ze mam prawo starać się o orzeczenie pozwalające na naukę syna w klasie integracyjnej, która istniała w tej szkole! W. codziennie przynosił kilka uwag na temat swojego zachowania, byłam wzywana co najmniej raz w tygodniu do szkoły, żeby usłyszeć, że znów nie usiedział na lekcji lub że biegał na korytarzu. Nigdy nie zdarzyło się, aby kogoś pobił czy zrobił komuś poważną krzywdę. W. do tej pory wspomina swoja panią z nauczania początkowego jak najgorszy koszmar, nienawidzi jej i wspomina, jak pani na Zielonej Szkole wyzywała go od debili i …. Straszne!

Klasa IV i V - to dopiero było piekło. Chciałoby się o nim zapomnieć raz na zawsze, ale nie jest to możliwe. Pomimo moich wszelkich prób nawiązania kontaktu z nauczycielami uczącymi syna, wychowawcą i pedagogiem szkolnym, pomimo moich co tygodniowych wizyt w szkole, nie udało się osiągnąć jakiej-

kolwiek nici porozumienia. Osobiście rozdawałam nauczycielom wskazówki, jak pracować z dzieckiem z ADHD na lekcji, dawałam rady, ale im nawet się nie chciało zerknąć do zeszytu ucznia, aby sprawdzić, czy zanotował zadanie domowe. Tylko jedna młoda nauczycielka (zaraz po studiach) przeczytała książkę dr Wolańczyka i mi za nią podziękowała. I właśnie na jej lekcji zachowanie syna poprawiło się, potrafiła sobie z nim poradzić, W. angażował się w lekcje i miał dobre oceny. Wychowawca od wychowania fizycznego (a syn był w klasie sportowej) walczyła ze mną przez dwa lata, aby się go pozbyć z tej klasy. Najpierw chciała go wyrzucić, twierdząc, ze nie umie ustać na zbiórce spokojnie i słuchać poleceń. Potem twierdziła, że jest niebezpieczny, bo nie można przewidzieć jego zachowań, a na koniec - już podczas rozmowy w obecności dyrektora szkoły - zaprzeczyła powyższym i podała argument, że W. nie rozwija się pod kątem sportowym, wręcz cofa się w swoich umiejętnościach i wyparła się wielokrotnie kierowanych do syna uwag "że jak się nie zmieni, to go karnie wyrzuci z klasy sportowej" ! Zaznaczam, ze syn miał wówczas ocenę dobrą z tego przedmiotu! Ostatecznie syna nie wyrzucono z klasy sportowej, ale to co w niej przeżył do końca klasy piątej, to tylko on będzie pamiętał na zawsze. Klown klasowy, pośmiewisko szkoły, prowodyr wszystkich bójek, oskarżany i winny wszelkim niewyjaśnionym zdarzeniom - to tylko niektóre określenia. **Nikt w nim nie widział DZIECKA, które czuje, boi się, jest wystraszone od ciągłej nagonki.** Na koniec klasy V nawet wychowawczyni stwierdziła, że W. jest jej całkowicie obojętny i przestaje się nim interesować, bo ma go już dość. Syn miał wtedy złamaną rękę i był w gipsie od pasa po szyję, a jego wychowawczyni kazała mu nie przychodzić do szkoły, bo kogoś jeszcze zabije tym gipsem, a na moja uwagę, kto z synem nadrobi wszystkie zaległości odpowiedziała, że jej to nie obchodzi.
Ponadto chcę zaznaczyć, że opinia psychiatryczna, która była w posiadaniu pedagoga szkolnego i wychowawcy z nauczania początkowego nie została przekazana nauczycielom uczącym W. w klasach IV i V ! Karygodne!

Na swoją prośbę przeprowadziłam badanie psychologiczne i pedagogiczne syna, otrzymałam opinię o ADHD i przeniosłam syna do innej szkoły. W tej dotychczasowej nie było już szans na to, aby on choć trochę się zmienił, bo nikt mu takiej szansy nie chciał dać. Tam był skreślony.

Obecnie W. kończy VI klasę w jego już trzeciej szkole. Nie jest różowo, bo młodzież w tym wieku jest generalnie trudna**, ale co najważniejsze wychowawczyni klasy i pedagog szkolny wspierają mnie w pracy nad synem, a przede wszystkim akceptują go takim jakim jest, lubią go i pomagają mu wszelkimi sposobami, aby mógł się wykazywać od tej dobrej strony. Zachowania agresywne, które tak bardzo pogłębiły się we wcześniejszych klasach, zanikły.** W. stara się dobrze uczyć, mimo że problemy z koncentracją ma bardzo duże. Potrafi usiedzieć na lekcji nie wstając ani nie chodząc pomiędzy ławkami, ma oceniane zachowanie na każdej lekcji i jest ono dobre i bardzo dobre! Uczęszcza na zbiórki harcerskie, pełni funkcje wiceprzewodniczącego klasy, angażuje się w różnego typu akcje na terenie szkoły, startuje w konkursach szkolnych - TEGO WSZYSTKIEGO WCZEŚNIEJ NIE BYŁO!

Bardzo się cieszę, że nie bałam się przedstawić problemu obecnej szkole i dobrze się stało, że całkiem świadomie został przyjęty do niej z całym swoim bagażem niepowodzeń i przyklejonej mu etykietki "łobuz", "agresor", "cham". Cieszę się, że nie jestem sama z naszym problemem, że są ludzie, którzy chcą nam pomóc, ale niestety jest to tylko kropla w morzu potrzeb...

Ale niestety, mimo moich i życzliwym nam osób starań, W. czuje się nadal nieakceptowany w środowisku rówieśniczym. Ma o sobie jak najgorsze zdanie, nie czuje się wartościowym człowiekiem. Często o sobie mówi: "jestem głupek, idiota, nic nie potrafię". Ale ja często mu powtarzam, że jest bardzo mądry, inteligentny, pomysłowy, odkrywczy, pełen energii, ale on słucha tego sceptycznie.

Teraz stoję przed wyborem gimnazjum dla W. Wiem, ze powinna to być szkoła niewielka, w której dyrekcja i rada pedagogiczna będą otwarte na nowe doświadczenia wychowawcze. Wiem, że czeka mnie i syna ciężka praca od nowa, aby wszystkich małymi kroczkami przekonać, że ADHD to choroba, a nie chamstwo i złe wychowanie, i że są metody, którymi można pracować z takimi dziećmi. Wierzę w to, że nam się to uda i że W. kiedyś spełni swoje marzenie, aby zostać informatykiem.....

Oto kolejny list:

(...) Co do ignorancji nauczycieli w dziedzinie traktowania dzieci z ADHD, to jest to o tyle bardziej przerażające, że tak naprawdę one rzadko wymagają specjalnego traktowania. Właściwie należy do nich podchodzić identycznie jak do "zdrowych" rówieśników: dużo ciepła, życzliwości, cierpliwości i cóż jeszcze?! Jak będzie to, to będzie wszystko! Nie trzeba żadnych specjalnych metod wychowawczych czy peda-

gogicznych. Wystarczy kilka sprytnych chwytów, żeby "podejść" dziecko.
Nauczyciele chyba dlatego tak nienawidzą pracować z maluchami z ADHD, bo te bezlitośnie punktują ich braki - jako pedagogów i jako ludzi. Tylko, że nauczać skoncentrowane dziecko to nie jest wielka sztuka.

Niestety ten zawód wymaga powołania, które ma niewielka część kadry pedagogicznej. Ja sama jestem z wykształcenia nauczycielką, ale nigdy w zawodzie nie pracowałam, bo się nie nadaję i już.
Nie przeskoczymy faktu, że wielu spośród pracowników szkół nie ma predyspozycji, ale możemy stworzyć siłę nacisku, która ich zmusi do doskonalenia się i... trzymania nerwów na wodzy. Osoby na wózkach inwalidzkich też były dyskryminowane przez lata, a teraz jest już w tym względzie lepiej. Nam też się uda.

Pozdrawiam Ilona

Kolejna i może ostatnia już wypowiedź matki dziecka chorego na nadpobudliwość psychoruchową: Moniki O., jednej z inicjatorów Kampanii na temat ADHD:

Jako matka 12 letniego chłopca z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej często zadawałam sobie pytanie: Co jest nie tak???

Już od maleńkiego Tomek wyróżniał się od swoich rówieśników. Wcześnie zaczął chodzić, wręcz biegać. Mówił pełnymi zdaniami i pytał o wszystko. Od pierwszych miesięcy życia absorbował wszystkich swoją osobą. Już w wieku przedszkolnym pewne cechy ADHD ujawniły się u mojego syna: łatwość popadania w konflikty, trudność w skupieniu się, nadruchliwość.

Diagnozę postawiono w przedszkolu – ADHD.

Problemy prawdziwe zaczęły się w szkole. Moje dziecko było karane za objawy, niedoceniane, a efektem tego była spadająca u niego samoocena!!!! Mnie jako rodzicowi też nie było łatwo. Oskarżana o brak umiejętności wychowawczych, niszczona przez innych walczyłam o mojego wspaniałego syna. Wszyscy dziwili się ,, taki niegrzeczny, a tak dobrze się uczy.

Tomek nie radząc sobie z naciskami otoczenia wylewał swoje frustracje w domu – tak z nimi bywa. A ja patrzyłam z rozdartym sercem jak niszczą mojego syna.

Całe szczęście, że rodzina, wspaniała psycholog Ela K. wspierali nas. Dzięki naszej pracy Tomek zaczął wierzyć w siebie i dostrzegać masę pozytywów w sobie.
Tak z nimi jest – dzieci te są dobre, wrażliwe i bliźniemu oddały ostatnią kromkę chleba.

Owszem bywają takie dni, że trudno je opanować , poradzić sobie z ich reakcjami, zmobilizować ich do czegokolwiek. Mieszanka nastrojów, burza emocji, trudności w zorganizowaniu dnia. Takie jest z nimi życie.

Jednak wytrwałość, wiara we własne dzieci i maksimum cierpliwości dają efekty.
Wiem, że warto cieszyć się każdym sukcesem dziecka, każdym udanym dniem, każdym sygnałem, że są ludzie którzy są po naszej stronie. W mojej walce o Tomka dotarłam już do kilku fundacji, do autorów książki o ADHD – Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka – lekarze ci też mają ADHD.

Wraz z rodzicami dzieci dotkniętych tym problemem zrobiliśmy program w tv o nadpobudliwości psychoruchowej. Ale jest to początek!!!!!

Wiem jedno Edison został usunięty ze szkoły i nazwany skrajnym idiotą – był geniuszem!!!!
Tak działo się z dużą grupą takich ludzi.

Cieszę się, że mam takiego syna i pewna jestem tego, że Tomasz wykorzysta swoje zdolności.

Monika O.- matka dziecka z ADHD

Kończąc tę smutną lekturę wypowiedzi o przeżyciach rodziców dzieci z ADHD, a przede wszystkim samych dzieci dotkniętych chorobą uzupełnię te doświadczenia relacją niemal z ostatniej chwili:

W dniu 21 lutego otrzymałam informację telefoniczną od zrozpaczonej matki dziecka z ADHD, mieszkanki Starej Wsi Tucholskiej spod Słupska, która szukając pomocy dla siebie i dziecka za namową pediatry oddała syna do Szpitala Neuropsychiatrycznego w Gdańsku.

Tam doszło do zatrucia chłopca z powodu zwiększania dawek leku psychotropowego i przedawkowania

go. Dziecko jest obecnie odtruwane!!! Nie wiadomo, jakie konsekwencje pociągnie za sobą to zatrucie, wiadome jest jednak, że żaden lek przedawkowany nie jest obojętny dla organizmu, a psychotropowy w szczególności. Eksperymentowanie na nie świadomym niczego pacjencie jest niedopuszczalne. Warto przyjrzeć się praktyce lekarskiej psychiatrów w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej. Nawet nie chce się myśleć o tym po niedawnych doniesieniach o przestępstwach popełnianych na dorosłych pacjentach szpitali psychiatrycznych, bezbronnych wobec silnych pielęgniarzy, kaftanów i leków psychotropowych.

W związku z zaistniałą sytuacją budzą się następujące wątpliwości:

1. Czy prawa dziecka w szkołach obejmują równomiernie wszystkich uczniów, czy też są one przywilejem silniejszej większości: tzn. rodziców dzieci zdrowych (nieraz będących członkami miejscowych elit)?;
2. Kto powinien ponosić odpowiedzialność za brak stosowania prawidłowych metod oddziaływań pedagogicznych w stosunku do dzieci nadpobudliwych, ograniczając w ten sposób lub wręcz uniemożliwiając ich optymalny rozwój intelektualny (pamiętając, że w większości przypadków dzieci z ADHD to jednostki inteligentne, o ilorazie często powyżej przeciętnej, w związku z czym należy wykorzystać te możliwości w celu najszerzej pojętego rozwoju psycho-społecznego)?
3. W przypadku, gdy szkoła nie okazuje dobrej woli w zapewnieniu dziecku właściwych metod dydaktycznych i pedagogicznych, czy dopuszczalne jest izolowanie dziecka od rówieśników, czy raczej szukanie takiego nauczyciela, który potrafi zastosować odpowiednie metody wychowawcze?
4. Czy właściwe jest tworzenie szkół przeznaczonych dla „dzieci nietypowych", czym przysłużymy się do tworzenia specyficznych „gett", pamiętając o tym, że dziecko z ADHD znajduje się w normie intelektualnej?
5. Czy nauczyciel ma prawo obniżać dziecku oceny za objawy choroby?
6. Kto ma czuwać nad przestrzeganiem prawa dziecka w szkole, skoro nie robi tego pedagog szkolny?
7. W jaki sposób powinna być regulowana sytuacja prawna dziecka jawnie szkalowanego i dyskryminowanego w przedszkolu lub szkole z powodu objawów choroby ADHD?
8. Dlaczego dzisiejsza szkoła zamiast współpracować z rodzicem stoi po przeciwnej stronie „barykady"? W tej walce zawsze przegrywa rodzic i jego dziecko, a w dalszej konsekwencji całe społeczeństwo! Dlatego wielu rodziców nie walczy o swe dziecko, lecz godzi się z sytuacją bądź ulega sugestiom pseudonauczyciela.

Pytania można mnożyć w zależności od konkretnego przypadku.

Powyższe wątpliwości uświadamiają fakt, iż większość nauczycieli nie posiada kwalifikacji ani minimalnego przygotowania do podjęcie wyzwania i sprostania zmieniającym się rzeczywistym problemom społecznym. A skoro tak jest, to czy mają moralne prawo do wychowywania powierzonych im z ufnością dzieci?

Niestety, prawa dziecka łamane są nie tylko w przedszkolach i szkołach, ośrodkach wychowawczych i szpitalach psychiatrycznych. Łamane jest podstawowe prawo dziecka jako obywatela Rzeczpospolitej (tutaj dziecka chorego) do leczenia poprzez ograniczanie dostępu do odpowiednich specjalistów, terapii, niezbędnych profesjonalnych oddziaływań oraz leków, których większość dostępna jest tylko dla wybranych w imporcie docelowym.

W wielu specjalistycznych publikacjach[9] dowiedziono, iż nie zdiagnozowanie dziecka w odpowiednim czasie, a za tym idący brak terapii farmakologicznej biegnącej równolegle z właściwymi oddziaływaniami psychologiczno-pedagogicznymi pociągają za sobą konsekwencje w przeważającej większości trudne do odrobienia bądź naprawienia (w przypadku samobójstw). Okresy oczekiwania na zdiagnozowanie dziecka w państwowym ośrodku wynoszą nawet dwa lata!

Zbyt wysoką cenę muszą płacić dzieci chore na ADHD, by nie doceniać powagi sytuacji.

Stąd nasza determinacja w walce o prawo chorych dzieci do:

- zwiększonej dostępności fachowej diagnostyki;
- szerszego dostępu do środków farmakologicznych, które są uznane na całym świecie, a i w Polsce stosowane tylko dopuszczone w imporcie docelowym;
- prawidłowego prowadzenia dziecka pod względem psycho-pedagogicznym i edukacyjnym;
- poszanowania jego odmienności oraz godności;
- pełnej i życzliwej współpracy szkoła-dom!

Mamy nadzieję, że po tym liście, w wyniku Pańskiej interwencji nasza walka o:

- **uznanie prawa dziecka z ADHD do nauki w tzw. szkole "normalnej' bądź integracyjnej,**
- **uznanie go za ucznia ze specyficznymi potrzebami edukacyjnymi i pedagogicznymi**

wreszcie znajdzie odzwierciedlenie w praktyce pedagogicznej w każdej szkole. Nauczyciel natomiast zrozumie powagę swojej roli w procesie wychowania każdego dziecka, i tego „krnąbrnego" również, bo na tym polega jego praca; że stanie się współtwórcą sukcesów dzieci, a pocieszycielem w jego porażkach

Dzieci są przede wszystkim nasze, rodziców, a szkoła jest na ICH usługach!!!

Dlatego należy przypominać o tym władzom na wszystkich szczeblach. Jeśli to do nich nie dociera, dla bezpieczeństwa naszych dzieci i ich pomyślnej przyszłości konieczne będzie otwieranie instytucji (przedszkola i szkoły) profesjonalnie przygotowanych do pracy z dzieckiem o specyficznych potrzebach (nie mylić ze szkołami specjalnymi).

Korzystając z tej drogi pragniemy poinformować wszystkich zainteresowanych dobrem dziecka w ogóle, a ze specyficznymi potrzebami psycho-edukacyjnymi w szczególności, że wraz z kampanią na temat ADHD rozpoczynamy kampanię SZKOŁA PRZYJAZNA DZIECKU Z ADHD. Towarzystwo nasze na swojej stronie będzie zamieszczać informacje o takich szkołach i wyróżniać nauczycieli podejmujących

[9] Edward Hallowell, John Ratey: *W świecie ADHD* ,Poznań 1994, Media Rodzina**.**
Tomasz Wolańczyk. Artur Kołakowski, Magdalena Skotnicka, *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*, Wydawnictwo BiFolium, Lublin 1999.

trud poprowadzenia dziecka nadpobudliwego do pełnej dojrzałości społecznej towarzysząc w tym procesie rodzicom!

W związku z powyższymi faktami prosimy o podjęcie działań w celu wyjaśnienia zaledwie zasygnalizowanych w tym liście przypadków łamania prawa dzieci chorych i w konsekwencji przyczynienie się do zapobiegnięcia w przyszłości pojawiania się podobnych sytuacji dziecka z ADHD, traktowanego do tej pory jak zło konieczne w klasie a nie jak dziecko ze specyficznymi potrzebami pedagogiczno-edukacyjnymi.

Prosimy również o poinformowanie nas o wyniku Pańskich działań

Rada Koordynacyjna Polskiego Towarzystwa ADHD[10]

Przytoczenie w aneksach powyższego listu było celowym zamierzeniem autorki. Chciano w ten sposób przybliżyć zagadnienie ADHD **widziane** z perspektywy osób trzecich. Tych, które podejmują trud wychowania dziecka z ADHD (rodzice) oraz tych osób, które kładą nacisk na poszanowanie praw dziecka z ADHD. (organizacje pozarządowe)

[10] List ze strony Polskiego Towarzystwa ADHD

ANEKS 18

ZESTWIENIE ROCZNE UCZNIÓW PODLEGAJĄCYCH OPIECE PEDAGOGA SZKOLNEGO

	Zagadnienie	Liczba uczniów
Liczba uczniów ogółem		426
w tym dziewczęta		218
w tym chłopcy		208
1.	*Uczniowie z rodzin o trudnych warunkach*	217
2.	*Uczniowie z rodzin wielodzietnych*	168
3.	*uczniowie z rodzin niepełnych*	109
4.	*Uczniowie objęci nadzorem kuratorskim*	18
5.	*Uczniowie sprawiający trudności wychowawcze*	27
6.	*Uczniowie drugoroczni*	14
7.	*Uczniowie niepełnosprawni*	11
8.	*Uczniowie z dostosowaniem wymagań edukacyjnych*	10
9.	*Uczniowie proponowani do badań w PPP*	21
10.	*Uczniowie przewlekle chorzy*	20
11.	*Nowi uczniowie w klasie*	12
12.	*Uczniowie korzystający z bezpłatnego dożywienia*	161
13.	*Uczniowie ubiegający się o stypendium szkolne*	222
14.	*Uczniowie zakwalifikowanie na zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze*	80
15.	*Udział uczniów w zajęciach pozalekcyjnych*	154
16.	*Uczniowie objęci nauczaniem indywidualnym*	2

Źródło: Zestawienie otrzymane od jednego z pedagogów szkolnych.

ANKES 19

PORADNIA PEDAGOGICZNO-PSYCHOLOGICZNA

Przedstawiam poniżej jeden z programów spotkań edukacyjno-wychowawczych organizowanych przez Poradnie Pedagogiczno-Psychologiczną w Bytomiu z 18-22 kwietnia 2005 r.

III Bytomskie Spotkanie Edukacyjno-Wychowawcze
„Pomoc psychologiczno-pedagogiczna – wyzwania, oczekiwania, kierunki rozwoju"

Szanowni Państwo,
Dyrektorzy Przedszkoli, Szkół i Placówek Oświatowych Miasta Bytom
Dyrekcja oraz pracownicy poradni Pedagogiczno-Psychologicznej we współpracy z Wydziałem edukacji Urzędu Miasta w Bytomiu oraz doradcą metodycznym mgr Teresą T. organizują kolejne Bytomskie Spotkanie Edukacyjne.

W ramach spotkań kilkudniowych zapraszamy dyrektorów szkół i placówek oświatowych, pedagogów szkolnych, nauczycieli i rodziców na konferencję miejską, która odbędzie się 18 kwietnia 2005 roku o godz. 10.00 w Sali Sesyjnej Urzędu Miejskiego w Bytomiu.

Program konferencji

Rozpoczęcie konferencji
PORUSZANE ZAGADNIENIA:

1. *Rola i zadania nauczyciela wychowawcy w spieraniu psychospołecznego rozwoju ucznia.*
2. *Diagnoza agresywnych zachowań dzieci i młodzieży.*
3. *Funkcjonowanie w rolach rodzicielskich a możliwości rozwoju indywidualnego dziecka.*
4. *Poradnia jako specyficzna forma relacji międzyludzkich.*
5. *Bytomskie forum wychowawców jako grupa wsparcia dla nauczycieli.*
6. *Rola młodzieżowych doradców świadczeniu pomocy rówieśniczej.*
7. *Pomoc psychologiczno-społeczna wyzwaniem w pracy pedagoga szkolnego.*
8. *Pomoc osobom uzależnionym.*
9. *Nowe koncepcje dysleksji wyzwaniem dla współczesnej diagnozy i terapii dzieci i młodzieży. Kierunki pomocy terapeutycznej z dziećmi mającymi zaburzenia języka mówionego i pisanego.*
10. *Dyspersja u dzieci i młodzieży.*
11. *Współpraca w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej a efektywność oddziaływań terapeutycznych – mutyzm dziecięcy.*
12. *Społeczne konsekwencje równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku. Wykład z prezentacją multimedialną.*
13. *Dyskusja – zakończenie.*

Zapraszamy także do udziału w warsztatach i spotkaniach szkoleniowych organizowanych w dniach 18-22 kwietnia 2005 roku.

Poradnia pedagogiczno-psychologiczna organizuje co roku spotkania z osobami zainteresowanymi sprawami dydaktyczno-wychowawczymi, terapeutyczno-profilaktycznymi. Po każdych spotkaniach zostaje wydany poradnik poradni w nakładzie wydania 200 egzemplarzy.

Poradnik z 2006 roku poświęcono dziecku z trudnościami emocjonalnymi i zaburzeniami zachowania w rodzinie, szkole i grupie rówieśniczej. Czytamy tam o nadpobudliwości psychoruchowej, a kłopotach wychowawczych i trudnościach szkolnych dzieci.

W jednym z artykułów wymieniono wytyczne do pracy z dzieckiem nadpobudliwym w szkole i w domu. Przytoczymy je za autorką artykułu – Alicja Jaroń, pedagog - która dokonała podziału wytycznych uwzględniając pięć sfer w rozwoju dziecka.

SZKOŁA

Sfera ruchowa:

- Nadmierną ruchliwość należy wykorzystać na rzecz prac pożytecznych dla całej klasy i szkoły.

Sfera poznawcza:

- Dziecko powinno siedzieć w pierwszej ławce, wówczas można wspierać jego/jej jakże krótką możliwość koncentracji uwagi na zadaniu poprzez przywoływanie wzroku dziecka, lekkie dotknięcie go i powtórzenia poleceń, upewnienie się, że wie, co ma zrobić.

Nauczycielu!

- Nie odpytuj ucznia z ADHD na ocenę, gdy uczeń jest w momencie pobudzenia i zaburzenia Koncentracji uwagi.
- Rezygnuj z oceny za pierwszą odpowiedź, która bywa z reguły pochopna, zachęcaj do zastanowienia się, przemyślenia odpowiedzi.
- Przy odpytywaniu stosuj pomocnicze pytania, ułatwiające uporządkowanie wiadomości.
- Chwal ucznia, jak to tylko możliwe.
- W miarę możliwości ogranicz docierające bodźce, które niejednokrotnie zakłócają możliwości skupienia się na danym zadaniu.

Sfera emocjonalna:

Nauczycielu!

- Wystrzegaj się pochopnego karania ucznia za jego wybuchowość i pobudliwość.
- W sytuacjach trudnych poszukuj wspólnych dróg rozwiązań. Unikaj wracania do przeszłych przewinień dziecka.
- Stwarzaj spokojną i przychylną atmosferę, wzmacniaj wiarę we własne możliwości dziecka, pomagaj gdy pojawi się porażka życiowa.
- Nie reaguj agresywnie na agresywne zachowania dziecka.

Sfera wegetatywna:

Nauczycielu!

- Eliminuj stresowe sytuacje szkolne.
- Nie utrwalaj tików poprzez zwracanie na nie wagi dziecka.
- Dbaj o to, aby dziecko nie czuło się wyśmiewane i karane za swoje jakże nietypowe zachowania.

DOM

Sfera ruchowa:

- Zapewniaj dziecku pożyteczne rozrywki, jak sport dla zdrowia dziecka. Niechaj nie przesiaduje przed telewizorem, czy komputerem zbyt wielu jakże straconych godzin. Ruch – zajęcia sportowe pozwolą wyładować dziecku nadmierny zapas jego energii.

Sfera poznawcza:

Rodzicu!

- Zorganizuj dziecku odpowiednie warunki do pracy, tak aby nie wzmagać bodźców wzorkowych czy słuchowych dziecka.
- Ureguluj dziecka dzień. Niech każdego dnia rano, po południu i wieczorem mają miejsce te same rzeczy, sprawy do wykonania. Jak na przykład: toaleta poranna, posiłki, zajęcia dodatkowe itp.
- Powtarzać z dzieckiem materiał szkolny, aby w pełni utrwalił się.
- Chwal dziecko, jak to tylko możliwe. Niech czuje, że potrafi i także może osiągnąć wiele. Wspieraj w sytuacjach kryzysowych, bądź mu wsparciem „na dobre i na złe".

Sfera emocjonalna:

Rodzicu!

- Zadbaj o spokojną atmosferę w domu.
- Stosuj konsekwentne wychowanie, jeśli powiesz raz to tego trzymaj się od samego początku.
- Określ jasno co wolno, a czego nie, by nie było wątpliwości. Najlepiej spisz wraz z dzieckiem umowę dotyczącą zasad panujących w domu.
- Kary cielesne to najgorsze zło dla dziecka, raczej stawiaj na pozbawienie dziecka nagród, jakie mogło uzyskać za dobre sprawowanie.
- Bądź dla dziecka przykładem. To jakie wychowanie dostanie od ciebie w dużej mierze będzie owocować w przyszłości.
- Dbaj o zdrowie dziecka: higiena, odpowiednia ilość snu, czas na pracę – naukę, ale także na zabawę.

Sfera wegetatywna:

Rodzicu!

- Eliminuj sytuacje stresowe w domu, które niepotrzebnie potęgują zachowania agresywne u dziecka.
- Nie zwracaj uwagi na tiki, w ten sposób jedynie spotęgujesz ich nasilenie – częstotliwość.
- Daj aby inni nie wyśmiewali dziecka – nie karali go za jego zachowanie.
- Współpracuj ze specjalistami: lekarze, psycholodzy, pedagodzy, środowisko szkolne.

Nikt jak dotąd nie zrobił takiego rozróżnienia wytycznych na sfery rozwojowe u dziecka, dlatego pozwolono sobie na jego przytoczenie za Pani Alicją Jaroń.

Uważam, że dla osób interesujących się tematyką ADHD stanowi to cenne uzupełnienie, usystematyzowanie wiedzy o wytycznych kierowanych do dzieci z ADHD.

ANEKS 20

KWESTIONARIUSZ OBSERWACYJNY SYMPTOMÓW ADHD

z poradni pedagogiczno-psychologicznej

Dla nauczycieli

Proszę o zaznaczanie (krzyżykiem w kwadraciku) obserwowanych u dziecka zachowań.

Imię i nazwisko ucznia: . . . . . .

Data urodzenia: . . . . . .

Klasa: . . . . . .

Zaburzenia uwagi

- ❑ przerywa pracę pod wpływem bodźców zewnętrznych, z trudnością powraca do wykonywanych wcześniej czynności
- ❑ wymaga ciągłego przypominania o wykonywanych czynnościach i zachęcania do pracy
- ❑ *przepisuje tekst z tablicy z błędami*
- ❑ *nie zapisuje tematu pracy domowej, nie pamięta co jest zadane*
- ❑ sprawia wrażenie nieobecnego, znudzonego, zamyśla się podczas lekcji
- ❑ *nie potrafi powtórzyć polecenia nauczyciela*
- ❑ pozostawia bałagan na stole, zapomina spakować swoich rzeczy,
- ❑ pracuje szybko ale niestarannie

Nadmierna aktywność

- ❑ podczas lekcji kręci się, rozgląda się po klasie, odwraca od kolegów,
- ❑ wstaje z miejsca, prosi o możliwość wyjścia z klasy,
- ❑ chodzi po klasie podczas zajęć, podchodzi do kolegów,
- ❑ *porusza nogami pod ławką,*
- ❑ *rysuje po książkach i zeszytach*
- ❑ *psuje długopisy, łamie ołówki*
- ❑ *kilkukrotnie podczas lekcji wyrzuca papierki do kosza*

Impulsywność

- ❑ udziela odpowiedzi nie słuchając pytania do końca
- ❑ *przepycha się w kolejce przed innymi dziećmi*
- ❑ wyrywa się do odpowiedzi przed innymi dziećmi
- ❑ przerywa innym, wypowiada się za kolegów
- ❑ *zaczepia i bije kolegów*
- ❑ *bez zastanowienia zwraca się w sposób obraźliwy, wulgarny do nauczycieli*

data . . . . . imię i nazwisko nauczyciela . . . . . .

PPP Bytom

Wymienione powyżej kryteria diagnostyczne nieco różnią się od przyjętych kryteriów diagnostycznych ustalonych przez Międzynarodową statystyczną klasyfikacje chorób i problemów zdrowotnych. Różnice podkreślono kursywą łamaną. Wychodzi na to, że poradnia pedagogiczno-psychologiczna inaczej interpretuje kryteria diagnozujące dziecko z ADHD.

ANEKS 21

PRAKTYCZNE PORADY DO PRACY Z DZIECKIEM MAJĄCYM ADHD
PORADNIA PEDAGOGICZNO-PSYCHOLOGICZNA
W KATOWICACH

1. Ustalenie i funkcjonowanie hierarchii w szkole – częste przypominanie o tym uczniom.
2. Uzyskanie informacji o problemach i formach pomocy dla uczniów z nadpobudliwością.
3. Okazywanie uczniom szacunku, akceptacji i cierpliwość.
4. Akceptowanie ucznia, lecz nie jego zachowań.
5. Indywidualizacja pracy i stała bezpośrednia praca z uczniem.
6. Zapewnienie uczniowi miejsca w pierwszej ławce, blisko nauczyciela, uczeń powinien siedzieć sam albo z bardzo spokojną/ym koleżanką/kolegą.
7. Poznanie indywidualnych stylów uczenia się wśród wszystkich uczniów w klasie i dobranie odpowiednich technik do głównych stylów występujących w klasie.
8. Rozpoczynanie zajęć lekcyjnych od ćwiczeń odprężających, a następnie kinestetycznych.
9. Opracowanie wspólnie z uczniem systemu zasad, reguł oraz związania z nim nagród i konsekwencji. System ten powinien być zrozumiały dla dziecka.
10. Umieszczenie aktualnie obowiązujących zasad w formie graficznej na widocznym dla ucznia miejscu w klasie.
11. Stałe przypominanie uczniowi o zasadach.
12. Korzystanie w czasie lekcji z pomocy ucznia nadpobudliwego w wykonywaniu prostych czynności.
13. Dostosowanie tempa pracy do możliwości ucznia.
14. Ograniczenie ilości bodźców dochodzących do ucznia.
15. Zastosowanie metod, które skutecznie skupiają uwagę ucznia na tym, co w danej chwili uważamy za najważniejsze (np. poprzez wyróżnienie najważniejszych informacji – podczas przekazywania zagadnienia, zaznaczenie fragmentu słowami – sygnałem: *uwaga, ważne*, podkreśleniem innym kolorem, używanie pomocy wizualnych).
16. Stosowanie odpowiedniego systemu komunikacji: proste, krótkie zwroty, słowa – symbole stosowane często w celu lepszej koncentracji uwagi lub polecenia rozpoczęcia czynności przez ucznia.
17. Przedstawienie na początku lekcji planu, kolejności poszczególnych etapów, w przypadku zmiany poinformowanie o tym.
18. W łączenie ucznia do aktywnego udziału w lekcji.
19. Wyznaczenie uczniowi konkretnego celu i podzielenie zadania na mniejsze, możliwe do zrealizowania etapy.
20. Udzielanie uczniowi komunikatów zwrotnych.
21. Pomaganie uczniowi w skupieniu uwagi na danej czynności.
22. Wydawanie na raz tylko jednego polecenia uczniowi.
23. Skracanie zadań poprzez dzielenie zadań na mniejsze porcje materiału.

24. Prezentowanie materiału na konkretnych przykładach, zanim przejdziemy do ogólnego stwierdzenia.
25. Używanie wyrażeń znanych uczniowi, tak by nie było nie porozumień pojęciowych.
26. Praca domowa zadawana w sposób jasny i przejrzysty.
27. Ilość informacji przepisywanych z tablicy czy książki ograniczyć do minimum.
28. Zachęcanie uczniów do zadawania pytań czy komentarzy.
29. Przed rozpoczęciem zadania, poproś ucznia, by powtórzył polecenie.
30. Kontrolowanie na bieżąco, co uczeń zrobił, na jakim etapie jest. Wówczas mamy kontrolę nad mogącymi powstać zaległościami.
31. Pobudzanie ucznia di działania, zaangażowanie ucznia w konkretne działania.
32. Przypominanie uczniowi, że obowiązują zasady i reguły.
33. Pobudzanie zainteresowań ucznia.
34. W razie trudności w rozwiązaniu zadań, polecać uczniowi alternatywne sposoby rozwiązania zadań.
35. Motywowanie ucznia do podejmowania wysiłków względem nauki i udoskonalania swoich umiejętności.
36. Pomaganie uczniowi w planowaniu jego pracy.
37. Należy stosować zasadę, że uczeń łatwiej przyswoi ciekawie i zwięźle przedstawiony materiał.
38. Dbanie o poprawę analizy wzrokowej i słuchowej poprzez stymulacje polisensoryczną, wielokrotne powtarzanie ćwiczeń, modyfikowanie poszczególnych zadań i ćwiczeń, korzystanie z ciekawych technik prezentacji nowego materiału wiadomości.
39. Przewidywanie, kiedy nastąpi niepożądane impulsywne zachowanie i powstrzymywanie ucznia przed wykonaniem takiej czynności, mówiąc jednocześnie o następstwach i konsekwencjach.
40. Staranie się o wprowadzenie nowych technik dotyczących zapamiętywania.
41. Szukanie i przekazywanie uczniowi możliwych do zaakceptowania przez otoczenie form rozładowania nadpobudliwość, złości lub agresji.
42. Chwalenie ucznia przynajmniej raz dziennie.
43. Dziękowanie dziecku za każde poprawnie wykonane zadanie: gestem, uśmiechem, życzliwym potwierdzeniem.
44. Używanie dużo i często słów miłości a także słów grzecznościowych, jak: proszę, przepraszam, dziękuje.[11]

[11] www.adhd.org.pl