

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**2010**

**Hana Országová**

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU



## **Ověření individuálního přístupu při relaxaci u dětí s ADHD**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Miroslava Plívová**

Vypracovala:

**Hana Országová**

Praha, červenec 2010

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Praze, dne

.....

podpis diplomanta

### Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

---

### Poděkování:

Chtěla bych poděkovat Mgr. Miroslavě Plívové za odborné vedení diplomové práce, za poskytované rady a informace. Také děkuji Mgr. Kateřině Jónové za spolupráci a pomoc při provádění a vyhodnocování psychologických testů a odborné konzultace.

## **Abstrakt**

**Název:** Ověření individuálního přístupu k dětem s ADHD

**Cíle:** Hlavním cílem této práce je zjistit, zda individuální, pravidelný, pohybově relaxační program bude mít pozitivní vliv na děti ve věku 9 – 14 let trpící syndromem ADHD.

**Metody:** Pro výzkum byly vybrány děti s diagnózou ADHD. Diagnóza byla stanovena jak lékařem, tak školním psychologem. Děti byly hodnoceny dle dvou psychologických testů – Trail Making Test a test Číselný čtverec. Dále byli dotazováni pedagogové a rodiče, přičemž byla použita Mezinárodní klasifikace nemocí . Po vyšetření byla pravidelně dvakrát v týdnu prováděná relaxační cvičení a hry a to po dobu sedmi měsíců a ne déle, než 30 minut. Po uplynutí sedmi měsíců byla provedena stejná diagnostika a sepsána případová studie.

**Výsledky:** Z testů vyplynulo, že uvedená relaxační cvičení nezlepšila projevy hyperaktivity, impulsivity ani nepozornosti. Přesto dle mého názoru měla na děti pozitivní vliv .

**Klíčová slova:** Hyperkinetický syndrom, ADHD, relaxační cvičení, impulsivita, nepozornost, hyperaktivita.

## **Abstract**

**Title:** Verification of an individual approach to children with ADHD

**Objectives:** The main objective of this work is to determine whether an individual regular, physical wellness program will have a positive impact on children aged 9-14 years suffering from behavioral problems.

**Methods:** Children diagnosed with ADHD were selected for research. The diagnosis was made both a physician and school psychologist. Children were evaluated by two psychological tests - Trail Making test, and Numeric test square. Teachers and parents were also interviewed, whereas the International Classification of Diseases was used. After the examination there were regularly carried out twice a week, relaxation exercises and games for a period of seven months and not longer than 30 minutes. After a period of seven months, there was made the same diagnosis, and case studies drawn.

**Results:** The tests showed that the relaxation exercises did not improve the symptoms of hyperactivity, impulsivity, or inattention. Yet, in my opinion, they had a positive impact on children.

**Keywords:** Hyperkinetic syndrome, ADHD, relaxation exercises, impulsivity, inattention, hyperactivity.

# OBSAH

<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>11</b>
<b>2. CÍLE A ÚKOLY PRÁCE.....</b>	<b>12</b>
<b>3. HYPOTÉZY.....</b>	<b>13</b>
<b>3. 1 Hypotéza č. 1 .....</b>	<b>13</b>
<b>3. 2 Hypotéza č. 2.....</b>	<b>13</b>
<b>3. 3 Hypotéza č.3.....</b>	<b>13</b>
<b>4. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>14</b>
<b>4. 1 ADHD vysvětlení pojmu.....</b>	<b>14</b>
<b>4. 1. 1 Deficit pozornosti.....</b>	<b>14</b>
<b>4. 1. 2 Impulsivita.....</b>	<b>15</b>
<b>4. 1. 3 Hyperaktivita.....</b>	<b>16</b>
<b>4. 1. 4 ADHD s poruchou emocí a chování .....</b>	<b>17</b>
<b>4. 2 Hyperkinetická porucha – příčiny vzniku, příznaky.....</b>	<b>17</b>
<b>4. 2. 1 Výskyt ADHD v populaci.....</b>	<b>17</b>
<b>4. 2. 2 Příčiny vzniku ADHD.....</b>	<b>18</b>
<b>4. 2. 3 Další příznaky ADHD.....</b>	<b>21</b>
<b>4. 2. 3. 1 Variabilita při plnění úkolů .....</b>	<b>21</b>
<b>4. 2. 3. 2 Situační změny .....</b>	<b>21</b>



4. 2. 3. 3 Inteligence, řeč a paměť .....	21
4. 2. 4 Zdravotní problémy a problémy se spánkem .....	24
4. 2. 5 Zneužívání drog a alkoholu a ADHD.....	24
<b>4. 3 Diagnostická kritéria .....</b>	<b>25</b>
<b>4. 4 Terapeutické postupy u hyperkinetických poruch.....</b>	<b>28</b>
<b>4. 5 Hlavní výchovné a pedagogické postupy při práci s dětmi s ADHD.....</b>	<b>30</b>
<b>4. 6 Relaxační cvičení a hry pro děti s ADHD.....</b>	<b>32</b>
<b>5. PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>36</b>
<b>5. 1 Metoda výzkumu.....</b>	<b>36</b>
5. 1. 2 Metoda sběru dat.....	36
5. 1. 3 Charakteristika výzkumného souboru.....	39
5.1.3.1 Případová studie Marek.....	39
5.1.3.2 Případová studie Daniel .....	40
5.1.3.3 Případová studie Radka.....	42
5. 1. 4 Popis intervence.....	43
5. 1. 4. 1 Vzorová relaxační hodina.....	46
5. 1. 5 Rozsah platnosti.....	49
<b>6. VÝSLEDKY.....</b>	<b>50</b>
<b>6. 1 Případové studie.....</b>	<b>50</b>
6. 1. 1 Případová studie Marek (výsledky) .....	50

6. 1. 2 Případová studie Daniel (výsledky).....	51
6. 1. 3 Případová studie Radka (výsledky).....	52
<b>7. DISKUSE.....</b>	<b>53</b>
<b>8. ZÁVĚR .....</b>	<b>64</b>
<b>9. POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>66</b>
<b>10. SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>69</b>
<b>11. PŘÍLOHY.....</b>	<b>70</b>

# 1. ÚVOD

V diplomové práci volně navazuji na problém, kterému jsem se již věnovala ve své bakalářské práci. Je to problém, kterým trpí poměrně velké množství dětí a zároveň postihuje jejich rodiče i pedagogy. Je to problematika dětí s ADHD – poruchou pozornosti s hyperaktivitou. Nejen, že diagnostika této poruchy není jednoduchá, ale je k ní potřeba spolupráce všech zainteresovaných stran. Problém jedinců s ADHD přerůstá do rodinného prostředí stejně jako do prostředí školy či zájmové činnosti. Děti bývají neoblíbené a neúspěšné. Při svých potížích někdy nemohou vyjádřit své intelektové schopnosti. Problémy často přetrvávají do dospělosti, v některých případech musí jedinci vyhledat psychiatrickou pomoc a zde již problémy mohou vyústit v poruchy osobnosti, vážné poruchy chování nebo závislosti na psychotropních látkách. Další postižené osoby se mohou v uvozovkách potýkat pouze s osobní či profesní neúspěšností.

Proto je velmi důležitá včasná diagnostika, spolupráce a pomoc jak ze strany lékařů, tak psychologů, pedagogů a v neposlední řadě rodiny.

Jelikož pracuji jako pedagog pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami, ve svém zaměstnání se s těmito hyperaktivními dětmi setkávám. Mohu potvrdit, že práce s hyperaktivním, impulsivním a nepozorným dítětem vyžaduje mnoho rozvahy, důslednosti, trpělivosti a času.

V bakalářské práci jsem rozpracovala pohybový relaxační program pro děti s ADHD a pravidelně s nimi cvičila, jedinci se téměř všichni naučili relaxační cvičení respektovat a ke konci čtyřměsíčního období si již relaxaci dokázali i užít. V konečném hodnocení cvičení však nemělo prokazatelný vliv na jejich problémy. V magisterské práci jsem se zaměřila na individuální přístup při cvičení pozornosti, vědomé relaxace a uvolnění.

## **2. CÍLE A ÚKOLY PRÁCE**

Cílem práce je zjistit, zda individuální, pravidelný, časově vymezený pohybově relaxační program v rozsahu dvakrát týdně 20 minut bude mít prokazatelně pozitivní vliv na děti ve věku 9 – 14 let trpící syndromem ADHD.

Úkoly :

1. Prostudovat dostupnou odbornou literaturu, studie, články týkající se ADHD, relaxace, vhodných přístupů k těmto dětem
2. Poznatky zpracovat v teoretické části
3. Stanovit hypotézy práce
4. Stanovit metodologii výzkumu
5. Stanovit kritéria a diagnostiku pro výběr probandů
6. Vybrat vhodné probandy pro relaxační cvičení
7. Vyšetřit účastníky experimentu na začátku prováděné intervence
8. Provádět intervenční relaxační cvičení
9. Vyšetřit probandy na konci sedmiměsíčního relaxačního programu
10. Zpracovat výsledky
11. Vyhodnotit výsledky výzkumu
12. Zpracovat závěry

### **3. HYPOTÉZY**

#### **3.1 Hypotéza č. 1**

Předpokládám, že pohybově relaxační program povede ke zlepšení projevů hyperaktivity probandů..

#### **3.2 Hypotéza č. 2**

Předpokládám, že pohybově relaxační program povede ke zlepšení projevů impulsivity probandů.

#### **3.3 Hypotéza č. 3.**

Předpokládám, že pohybově relaxační program povede ke zlepšení projevů nepozornosti probandů.

Při tvoření hypotéz jsem vycházela z tvrzení několika autorů, např. Žáčková a Jurovičová (2005, s.5) uvádějí, že: *„Celkově tedy relaxační techniky u dětí s LMD přispívají k jejich zklidnění, zlepšení jejich výkonnosti, sebeovládání a sebekontroly“*.

Také Train (1997) doporučuje naučit děti s ADHD co nejrychleji pracovat s technikami relaxace a předpokládá, že jsou pro děti prospěšné a zlepší jejich stav. Škvorová a Škvor (2003) doporučují dětem s ADHD relaxační cvičení a cvičení ve vodě. *„Žáci s ADHD a ADD ve škole mnohdy prožívají stresové situace. Následky stresu můžeme zmírnit, jestliže děti naučíme strategie, které jim pomohou ke zklidnění a uvolnění.“* (Reifová, 1999, s.129)

## 4. TEORETICKÁ ČÁST

### 4.1 ADHD – vysvětlení pojmu

Zelinková (2003) dělí symptomy ADHD do tří subkategorií:

a) Prostá porucha pozornosti (ADD) – diagnostikujeme ji u dětí s poruchami pozornosti, ale úroveň aktivace je normální – tito jedinci mají problémy především se zaměřením pozornosti na informace, které jsou jim předávány.

b) Hyperaktivita a impulsivita

c) Spojením obou typů obtíží vzniká porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulsivitou (ADHD). Do této kategorie patří nejvíce dětí.

#### 4.1.1 Deficit pozornosti

Pozornost se vyznačuje aspekty, jež lze samostatně posuzovat (tenacita, koncentrace, kapacita, selektivita, intenzita, oscilace, přepojování, stabilita a distribuce). Poruchy chování nazýváme hypo – a aprosexie, hyperprosexie a paraprosexie.

Problémem, se kterým se děti s ADHD setkávají, je problém s udržením pozornosti. V dnešní době je problém dle Paclta (2007, s.13) „*multidimenzionální a může se vztahovat k deficitu činnosti, vzrušivosti výběrovosti podnětů a soustředěné pozornosti, k těkavosti, k nedostatečnému chápání*“.

Svoboda, Krejčířová a Vágnerová (2001) ve své knize Psychodiagnostika dětí a dospívajících uvádějí podrobnější rozdělení poruch pozornosti do těchto skupin: slabá koncentrace pozornosti – pozornost lze velice snadno narušit jakýmkoliv vnitřním nebo vnějším podnětem, tenacita pozornosti – délka soustředění je velice krátká, pozornost neumí dítě zaměřit žádoucím směrem, distribuce – tj. rozsah pozornosti je příliš malý. Tyto děti jsou schopné vnímat pouze velice malé množství informací., vigilita – pružnost pozornosti bývá také často narušena, jedinci často ulpívají na určitých podnětech, selektivita – pozornost bývá nevýběrová, dítě se nedokáže soustředit jen na podstatné znaky situace .

Také Munden a Arcelus (2006) popisují problémy nepozorných dětí, nejen že jsou problematické ve škole, ale často mají potíže i v praktických dovednostech a

motorických schopnostech – jízda na kole, plavání apod. Podle Drtílkové (2007) se poruchy pozornosti u dětí projevují tím, že nedokáží dokončit úkol, nebo práci předčasně přerušit. Přechází od jedné činnosti ke druhé dopouští se chyb z nepozornosti a prospěch ve škole bývá nestabilní. Většinou jsou jejich výkony horší, než odpovídá jejich inteligenci. Tyto děti se dále projevují tím, že stále něco ztrácejí a následně hledají, při rozhovoru jsou nesoustředěné, jakoby neposlouchaly. V kognitivní oblasti nejsou schopny usměrnit pozornost k podstatným informacím a mají poruchu analýzy a syntézy. Jsou neschopné organizovat práci nebo volný čas. „*Výzkum v typických případech zjišťuje, že tyto děti nejsou v důsledku vnější stimulace tékavější než normální děti, avšak irelevantní stimulace v rámci úlohy snižuje či zhoršuje výkon dítěte spíše než stimulace mimo úkolové materiály. Významné je rovněž snížení vytrvalosti při plnění úloh, zvláště takových, které nepřinášejí bezprostřední pozitivní odezvu, která je pro děti významná.*“ (Paclt, 2007, s. 13).

#### **4.1.2 Impulsivita**

Po klinické stránce bývá nápadné, že tyto děti velice často odpovídají, aniž by znaly odpovědi. Nedokáží úkol adekvátně zhodnotit, potom vzniká množství chyb z nepozornosti. Typické pro děti v určitém věku je také vybírání si nepřiměřených aktivit nebo přeceňování schopností. „*S touto impulsivitou souvisí i zvýšené riziko úrazů. Pro tyto děti je totiž rovněž problematické čekat, až na ně přijde řada ve hře, či postávat ve skupině za postranní čarou, než se zapojí do nějaké (sportovní) činnosti (mající určitý řád).*“ (Paclt, Ptáček, Florián, 2006, s.7) Podobný klinický obraz impulsivity popisují Drtílková a Šerý (2007). Pro svoji impulsivitu se děti často dostávají do potíží, jejich přestupky jsou však z větší části neúmyslné. V kognitivní oblasti se to projevuje zbrklým a překotným chováním. Jednají hned a zbrkle. Pouští se bez rozmyslu do nebezpečných aktivit hrozí jim tak větší množství úrazů mohou vběhnout do vozovky, nebo lezou do velkých výšek. Jejich mluvený projev je bez sociálních zábran a ve škole vykřikují bez přihlášení. Nedokáží čekat a těžce se podřizují autoritám. Paclt (2007) popisuje impulsivitu jako (ne)vytrvalost ve volném úsilí a nedostatečnost v útlumovém chování. Podle autora je to jakási nezbržděnost v reakcích a chování. Impulsivita je podobně jako pozornost multidimenzionální. Také Malá (2001/3, s. 121-122) uvádí že, „*děti jsou dráždivé, výbušné a impulzivní. Jejich činy jsou náhlé, zbrklé, bez rozmyslu. Nejsou schopny odložit akci, jednají bez zřetele*

*na konsekvenci (napřed jedná, pak myslí), nepoučí se z úrazů, z trestů. Dělají rychlé ukvapené závěry, často k vlastní škodě, nedokáží využít svůj intelekt.“* Stejně hodnotí impulsivitu Reifová (1999). Impulsivita a malé sebeovládání komplikuje dětem život, jak ve škole tím, že často mluví skáčí do řeči a ruší, tak při volnočasových aktivitách nedočkavostí, náchylností k úrazům. Také mají problémy v rodině, reagují nepřiměřeně a dříve než si něco promyslí. Paclt, Ptáček, Florián (2006) uvádějí, že netlumené formy chování nebo slabé sebeovládání jsou skutečnou charakteristikou této choroby. Výrazný je podíl neřízené motorické aktivity horních končetin, ale i dolních končetin, které narušují období komunikačních pauz ostatních komunikujících subjektů. Dochází tím k disharmonii mezi dítětem a okolím. Zdá se tedy pravděpodobné, že impulsivní projevy souvisí se striálními postižením (striánium – oblast zodpovědná za útlum reakcí).

#### **4. 1. 3 Hyperaktivita**

Nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity. Podle výše jmenovaných autorů je to také neklid, nepokojně vrtění se a všeobecně parné pohyby těla, které nejsou ani nezbytné ani potřebné. Autoři Munden a Arcelus (2006) také uvádějí, že hyperaktivní dítě je již neobyčejně aktivní před narozením v děloze. Podle Drtílkové a Šerého (2007, s. 74) se *„hyperaktivita projevuje jako puzení k neustálému pohybu, k neúčelné činnosti, děti mají potíže zůstat v klidu, relaxovat, vykonávají různé neúčelné pohyby, při nucené inaktivitě se objevuje dysfórie“*. Hyperaktivitu, která je zdrojem celkového neklidu popisuje (Šebek, 1990, s. 47) takto: *„Hyperaktivní děti mívají často poruchu vlastní identity: chybí jim jasný a pevný prožitek sebe sama, své vlastní „ohraňčenosti“ od okolí. To se odráží např. v jejich malé schopnosti „být sám“. V jasnějším uvědomování si sebe sama jim brání jejich nerozvinuté vztahy, a to nejen k lidem, ale přeneseně i k věcem a činnostem“*. Rodiče hyperaktivních dětí je shodně charakterizují: *„Nikdy nespí, pořád někde běhá, někam leze, neposedí, pořád si pro sebe něco bručí, stále mluví, nedokáže si klidně hrát.“* Rodiče hyperaktivních dětí mají pocit, že je nezvládají a selhávají ve výchově. U adolescentů a dospělých často pozorujeme pocity neklidu, nervozity, neschopnost setrvat chvíli v klidu a pokud chybí dostatečná činnost, jedinec je rozladěný.



#### **4. 1. 4 ADHD s poruchou emocí a chování**

Je všeobecně známé, že děti trpící ADHD mívají další jiné potíže. Častěji trpí depresemi, úzkostmi, mívají nižší sebehodnocení, bývají také častěji afektivní. Někdy se výrazněji projevuje vzdorovité a opoziční chování, děti bývají více agresivní nebo despotické. Mívají také problémy v sociálních vztazích jak s vrstevníky, tak s dospělými jedinci. Potíže jim dělá přiměřeně reagovat na sociální situace, přehnaně reagují i na nepatrné provokace, objevují se drobné krádeže, rvačky. Děti se sklony k agresivitě pochází častěji z dysfunkčního rodinného prostředí.

### **4. 2 Hyperkinetická porucha - příčiny vzniku a příznaky**

ADHD (Attention Deficit Hyperaktivity Disorder) – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou. Dříve se pro tuto poruchu používalo různých názvů. Například lehké mozkové dysfunkce, minimální mozkové dysfunkce, nebo lehké dětské encefalopatie. V současné době pracují odborníci právě nejvíce s termínem ADHD. „*Máme tu na mysli zejména celkovou úroveň aktivace, jež bývá narušena v důsledku poruchy rovnováhy základních procesů podráždění a útlumu, až panickým převládáním jedněch či druhých.*“ (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 127) Náleží sem dále schopnost sebekontroly, potíže s nedostatkem zábran, překotnosti a impulsivity. Krejčířová a Říčan (1997) dále uvádí, že děti mívají potíže s pozorností zejména se selekcí podnětů a schopnosti vybírat ty, které jsou důležité.

#### **4. 2. 1 Výskyt ADHD v populaci**

Hyperkinetická porucha patří v současné době mezi velice diskutovaná témata. Děti s tímto syndromem mají problémy nejen v rodině, také ve škole, nebo s vrstevníky. Tento syndrom se tak stává jednou z nejčastějších příčin psychiatrické léčby školáků.

Paclt (2007) uvádí ve své publikaci, že hyperkinetický syndrom se u dětí vyskytuje asi v 6%. Poměr chlapců a dívek je asi 5:1. Podobnou teorii potvrzuje i Drtílková (2007). Ta uvádí 5-8% a potvrzuje častější výskyt u chlapců. Malá (2001) uvádí 2-12% a opět uvádí větší poměr chlapců než dívek, a to 6:2. Zástupce psychiatrické kliniky 1. LF UK Hellerová a Uhlíková (2003) na základě rozsáhlých

populačních studií poukazují na kolísavý výskyt ADHD mezi školáky a to mezi 2% až 9% .

#### 4. 2. 2 Příčiny vzniku ADHD

**Organické a genetické příčiny** – podle Paclta, Ptáčka a Floriána (2006) se pohled na otázku etiologie během let změnil. Nejdříve se uváděla jako hlavní příčina minimální mozková dysfunkce, nebo následek infekce či traumatu mozku v perinatálním, nebo prenatalním stádiu vývoje. Nejnovější výzkumy uvádějí jako příčiny vzniku ADHD problémy v těhotenství, nebo porodní komplikace, porod dlouhý, nebo krátký, či porod kleštěmi. Riziková je též nízká porodní hmotnost dítěte. Užívání léků v posledním trimestru těhotenství, kouření matky nebo užívání alkoholu může mít také významný vliv na vznik poruchy ADHD .

*„Etiologie hyperkinetických poruch je ovlivňována jak negenetickými tak genetickými předčasný, protrahovaný porod a jinak komplikovaný porod, úraz hlavy (zvl. v prefrontální oblast atd.) čili jde o perinatální komplikace a úrazy. V poslední době se předpokládají i vlivy ekologické – zvýšený dopad těžkých kovů a radioaktivity interferující se změněnou aktivitou neurotransmiterů, sníženým průtokem krve v prefrontálním a motorickém kortexu.“ (Malá, 2001/3, s. 122)*

Drtílková a Šerý ( 2007) poukazují na určité etiopatogenetické modely:

- Hereditární model – klade důraz na genetické faktory a zdůrazňuje existenci genů, které se následně podílejí na patogenezi poruchy. Je to však jen jeden z úhlu pohledu, které se navzájem prolínají a doplňují.
- Neurobiologický model osvětluje vznik poruchy jako změny neurotransmiterů. Jedná se o určité abnormality v dopaminergní a noradrenergní transmissi .

Podle Malé (2001/3) jsou u dětí určité neurologické odchylky a ty vysvětlují organické postižení . „*Projevují se :*

- *v kojeneckém období- poruchou základních biorytmů*

- *v batolecím a předškolním věku – desinhibici*

- *ve školním věku – kognitivní dysbalanci*

- *v adolescenci – poruchou chování*

- v časně dospělosti – sociální maladaptací spojenou často s kriminalitou

- Neurofyziologický model – vymezuje příčinu syndromu jako formu psychomotorické poruchy. Příčiny hledá v poškození podkorových struktur (souhra volných a mimovolných pohybů). Na mozku se potvrzují strukturální a funkční abnormality.

Nejdůležitější genetické aspekty hyperkinetického syndromu se dají popsat také takto: „*Hyperkinetický syndrom je 5x častěji u příbuzných dětí s ADHD v první linii než u kontrolní skupiny rodin zdravých dětí. U těchto příbuzných byly častější než u kontrolní skupiny ostatní diagnostické jednotky, které jsou komorbidní u ADHD onemocnění.*“ (Paclt a kol., 2007, s. 30)

Hellerová a Uhlíková (2003) uvádějí, že mezi důležité faktory získání hyperkinetické poruchy patří okolnosti působící v časném těhotenství ( 1. trimenon).

- Genetické faktory – chromozomální aberace

Teratogenní faktory – těžké infekce matky léky, toxíny, ionozující záření .

„*V tomto období patogenezi vyvolá většinou těžké anomálie CNS s hrubými poruchami funkce, což může vést až k odumření plodu.*“ (Hellerová, Uhlíková, 2003)

Paclt (2007) rozdělil děti s ADHD do čtyř subtypů .

Subtyp I – výrazná porucha pozornosti a učení

- důležitá je farmakoterapie
- zhoršená sociální adaptace
- bez agresivity

Subtyp II

- výrazná hyperaktivita a porucha pozornosti
- bez agresivity

Subtyp III.

- výrazná impulsivita
- časté konflikty a brachiální projev
- intermitentní explosivita ( občasná podrážděnost, nebo vzteklost)

- disocialita
- léčba antidepressivy

#### Subtyp IV.

- nechápe rozdíl mezi pochvalou a trestem
- nedostatek přichylnosti a empatie
- slabé sociální dovednosti
- riziko poruch učení
- disocialita, případně trestná činnost

Podle Hellerové a Uhlíkové (2003) jsou ke vzniku ADHD významné také poporodní faktory. Patří sem hypoxie novorozence, novorozenecký icterus (při inkompatibilitě v Rh či ABO systému), iontová dysbalance (hypoglykémie, hypokalcémie), nebo infekce přenesená od matky při porodu. V období časného dětství se na vzniku ADHD mohou podílet vrozené vady metabolismu.

*„Za vznikem syndromu ADHD nestojí jediná příčina, ADHD je klasickým příkladem bio-psycho-sociální poruchy. Symptomy jsou výsledkem spojení biologických a psychických vlastností jedince, jeho životních zkušeností a vlivu okolního prostředí. Existují však četné teorie a výzkumy, pokoušející se vysvětlit etiologii ADHD.“* (Munden, 2002, s.120).

Otázka problému ADHD není jednoduchá a její řešení není zdaleka jednoznačné. Některé děti vykazují řadu let klasické problémy charakteristické pro hyperaktivitu, impulsivitu nebo nepozornost a v mnoha případech obtíže s přibývajícím věkem vymizí. Mladý člověk se potom vyvíjí zcela bez těchto komplikací. *„Nelze předpokládat prosté vymizení symptomů s přibývajícím věkem. Symptomy jsou sice méně závažné, ale přibližně u 65-80% jedinců přetrvávají. Dospělí většinou dosahují nižší socioekonomické úrovně a mění zaměstnání častěji, než je běžné.“* (Zelinková, 2003, s. 197)

### 4. 2. 3 Další příznaky ADHD

#### 4. 2. 3. 1 Variabilita při plnění úkolů

Děti s ADHD mají obecně velkou variabilitu, jak při plnění úkolů, tak v pracovní výkonnosti. Odchylky od běžných norem tak mohou být dosti značné. Stane se pak, že jedinec je schopen zadaný úkol jednou vyřešit bez potíží a chyb a jindy je jeho práce nedbalá, nebo pracovat odmítne. Z těchto situací pak plyne školní neúspěšnost, pocity méněcennosti, či záškoláctví. Na tom se shoduje většina autorů. (Paclt, Ptáček, Florián, 2006) Bartoňová a Kozáková (2008) ve své studii uvádějí také slabé kognitivní strategie a impulsivní kognitivní styl, nebo poukazují na to, že děti s ADHD vykazují horší výkony v úkolech, jež vyžadují skupinovou spolupráci.

#### 4. 2. 3. 2 Situační změny

Příznaky a symptomy tohoto postižení se většinou zvyrazňují při neobvyklých situacích či změnách, na které dítě není momentálně připraveno, nebo v situacích, kdy je po nich žádáno určité omezování svobody a přizpůsobení se nastalé situaci. Existuje však také několik situačních faktorů, které spolu se správným přístupem mohou dané symptomy mírnit, např. míra únavy, opakování instrukcí, míra dohledu dospělých apod.

#### 4. 2. 3. 3. Inteligence, řeč a paměť

*„Děti s ADHD nemívají vážné paměťové problémy a ani nemívají zvlášť charakteristický testový profil ve standardních neuropsychologických testových bateriích . Místo toho jim však vznikají problémy s výkonem , když musejí při plnění úkolů aplikovat výkonné strategie.“ ( Paclt, Ptáček, Florián, 2006, s. 12)*

Ve své publikaci (Paclt, 2007) také potvrzuje, že děti s ADHD mohou selhávat jak koncentrací pozornosti, labilitou, ale i opožděným vývojem řeči. Nejen, že neumí udržet pozornost, ale mají i potíže s integrací vjemů .

Přesto, že tito jedinci se vyznačují povídavostí, můžeme v jejich řečovém projevu zaznamenat některé zvláštnosti (řečové pauzy, přerývanost řečového projevu, vsuvky typu „ach“, „hmm“, „jo jo“ a problémy s uhlazením a uspořádáním řečového projevu. *„Tyto děti s poruchami artikulace bývají artikulačně neobratné, což znamená, že mají potíže s vyslovováním obtížnějších slov např. shluky hlásek (čtvrtek, cvrčci), dalších*

*slov (lokomotiva) nebo slov cizích. Tato porucha souvisí s poruchou jemné motoriky mluvidel“ (Žáčková, 2005, s. 14).*

Senzorické a motorické problémy – podle Paclta, Ptáčka a Floriána (2006) v oblasti sluchu nemívají děti s ADHD větší potíže, než ostatní děti. Některé však mohou mít větší potíže než ostatní děti. Mohou mít zrakové poruchy, zvláště šilhání (strabismus).

Až 52% dětí s ADHD je charakterizováno jako děti se zhoršenou motorickou koordinací, což se zvláště výrazně týká úloh vyžadující jemně motorické dovednosti. U těchto dětí se může objevovat rovněž větší počet „měkkých“ soft neurologických příznaků, vztahujících se k hrubé motorické koordinaci a k nadbytečným motorickým pohybům během neurologického screeningového vyšetření, v němž byly děti s ADHD srovnávány s kontrolními skupinami jednak intaktních dětí, jednak dětí s poruchami učení. O mnoha jedincích s ADHD je známo, že mívají potíže s rukopisem a zvláště s krasopisem. Hana Žáčková (2005, s. 3) dále uvádí: *„Poruchy motoriky se dále u těchto dětí projevují obtížemi v jemné nebo i hrubé motorice (pohybech). Tyto děti bývají neohrabané, neobratné, nešikovné. Jejich pohyby jsou málo koordinované, nepřesné, zvláště souhra pohybů horních a dolních končetin.“* Na jistou motorickou neobratnost poukazuje též Bartoňová a Uhlíková (2008).

Komorbidní poruchy - dle Hellerové a Uhlíkové (2003) se tyto poruchy vyskytují u 50- 80% pacientů s hyperkinetickou poruchou. Uvádí také, že nejčastější jsou poruchy chování, poruchy nálad a především depresivní porucha. Paclt (2007) ve své knize tuto teorii dále podrobněji rozpracovává: *„Koexistence ADHD s dalšími psychickými poruchami je všeobecně známá. Až 44% dětí s ADHD nejméně ještě jednou další psychickou poruchou 32% trpí dvěma dalšími poruchami a 11% dokonce třemi.“* (Paclt, 2007, s. 20) Dále uvádí, že děti s ADHD trpí více úzkostmi, depresi, poruchami učení, nebo tikovými poruchami.

Munden a Arcelus (2006) poukazují na častější poruchy autistického spektra, nebo na Turnerův syndrom. *„Zahraniční výzkumy ukazují, že u čtyřiceti procent lidí se syndromem ADHD se během vývoje objeví dva typy poruch – porucha chování (krádeže, lhání, agrese a další) a porucha opozičního typu ( neposlušnost, vzdorovitost, odmítnutí).“* (Bartoňová, Uhlíková, 2008, s. 7).

Sekundární důsledky – dle Bartoňové a Kozákové (2008) jsou nízká motivace, propast mezi tím, co by člověk měl zvládnout a co zvládne, nebo depresivní nálady.

Autorky také poukazují na to, že lidé s ADHD se častěji stěhují, mají obecně větší problémy v mezilidských vztazích, mění častěji zaměstnání. Hůře navazují vztahy s opačným pohlavím a vztahy bývají kratší. Udržovat kontakty s rodiči a přáteli bývá velice komplikované.

#### **4. 2. 4 Zdravotní problémy a problémy se spánkem**

U hyperaktivních dětí se častěji vyskytují chronické zdravotní problémy, zejména infekce horních cest dýchacích, alergie, astma. Častější je také enuréza, zejména noční. Zejména děti hyperaktivní a impulsivní jsou více náchylné k úrazům, zlomeninám, úrazům hlavy, podlitinám nebo náhodným otravám.

Je známo, že děti s ADHD mají problémy se spánkem a s příjmem potravy. Starším dětem trvá dlouho než usnou a problematické je také noční probuzení, a to již v kojeneckém věku. „Přes 55% dětí je, jak rodiče uvádějí, unavených po probuzení, ve srovnání s 27% zdravých dětí. Tento vyšší výskyt poruch spánku se může objevit už u kojenců, a to u plných 52% dětí s ADHD ve srovnání s 21% zdravých dětí.“ (Paclt, 2007, s. 21). Také kolektiv autorů v Knize technik učení tréninku paměti a koncentrace (2006) poukazuje na důležitost spánku a potvrzují, že dostatek spánku podporuje schopnost soustředit se.

#### **4. 2. 5 Zneužívání drog a alkoholu a ADHD**

Paclt (2007) uvádí, že studie, které se zabývali spojitostí mezi hyperaktivitou a zneužíváním alkoholu a drog, nejsou jednotné. Některé studie vazby potvrzují, jiné nikoliv. Ale tyto souvislosti jsou v podstatě možné, jelikož osobnostní vlastnosti dětí s ADHD je v dospělosti predisponují k užívání těchto látek více, než v běžné populaci.

Bartoňová a Kozáková(2008) také uvádí, že nadužívání drog a alkoholu je častěji spojováno s jedinci trpící v dětství syndromem ADHD. Zvláště potom, pokud tito lidé v dospělosti trpí antisociálním chováním. Problémy s drogovými delikty může mít až 19% osob s ADHD. Problémy s alkoholem 28% lidí s ADHD.



### 4.3 Diagnostická kritéria

Abychom mohli klasifikovat diagnostiku ADHD, je potřeba vzít v úvahu některé okolnosti (Paclt, Ptáček, Florián, 2006), které mohou jedince ovlivňovat a nebudou do diagnostické kategorie patřit. Jsou to například prosté poruchy učení, vážné emoční poruchy, mentální retardace. Je potřeba odlišit jedince, jejichž porucha pozornosti je závislá např. na :

- náhlém akutním přívalu stresujících potíží (rozvod, úmrtí v rodině apod.)
- zneužívání nebo týrání
- traumatizující onemocnění
- narušení prostředí, ve kterém žije
- nedostatku příležitosti ke vzdělání

Proto, aby byla diagnostika ADHD řádně stanovena, je nutné vyšetření dostatečně kvalifikovaného a zkušeného odborníka nejlépe psychiatra, neurologa nebo lékaře pro děti a mládež. Tito lékaři často spolupracují ještě s psychology a pedagogy. „*Významným zdrojem informací jsou rodiče a učitelé, kteří poskytují údaje formou dotazníků a rozhovoru, ale též podrobně popisují konfliktní situace v celé šíři. Dlouhodobé pozorování všech zúčastněných i dalších odborníků v různých podmínkách je zaměřeno na popis chování, frekvenci určitých způsobů chování a dobu trvání. Sleduje se, co situacím předcházelo, aby se v případě účelového chování podnikla patřičná opatření.*“ (Zelinková, 2003, s. 199). Podle Paclta (2007) se dají rozlišit dva diagnostické systémy, které vycházejí z podobných přístupů k problematice. MKN – ICD-10 (1996) rozlišuje mezi poruchou pozornosti a aktivity, poruchou hyperkinetickou, poruchou chování. Je nutné klinicky popsat poruchy pozornosti, hyperaktivitu a impulsivitu. Příznaky se musí vyskytovat jak v domácím prostředí, tak i ve škole. Pokud jedna z uvedených položek chybí, není popsána hyperkinetická porucha. Diagnostická kritéria DSM- IV se od předchozí klasifikace nepatrně liší. ADHD je diagnostikováno vždy, pokud se u jedince vyskytuje alespoň jedna porucha ze dvou (porucha pozornosti, nebo hyperaktivita nebo impulsivita). Celkově se dá říct, že diagnostika hyperkinetické poruchy popisuje o něco závažnější poruchy než diagnóza ADHD. Theiner (2007) uvádí základní předpoklady dobré diagnostiky. Jako

nejúčelnější se jeví řada vyšetření, rozhovorů a pozorování. Například – rozhovor s rodiči, podrobné klinické vyšetření, informace od učitele, dotazníkové škály, laboratorní, zobrazovací a elektrofyziologické vyšetřovací metody, psychologické vyšetření. Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí nápadnosti v chování, kterých bychom si měli všimnout při diagnostice ADHD a následně na ně reagovat.

### **Porucha pozornosti**

- nedokáže se soustředit na detaily, dělá chyby z nedbalosti
- neudrží pozornost při úkolech ani při hře
- vypadá, že neposlouchá
- neumí organizovat úkoly a činnosti
- ztrácí věci
- je zapomětlivý, snadno se dá vyrušit vnějšími podněty

### **Hyperaktivita**

- pohrává si z rukama a nohama
- nevydrží sedět na místě
- neustále pobíhá
- příliš mluví
- neumí trávit volný čas

Toto potvrzují i autoři Gooman, Sčoty, Rothenberger (2000). Dodávají, že děti jsou neposedné, stále pobíhají, hrají si s oblečením a nevydrží na jednom místě, většinou bývají i impulsivní.

### **Impulsivita**

- vyhrkne odpověď předčasně
- nedokáže počkat až na něj přijde řada
- přerušuje ostatní, skáče do řeči

Při diagnostice ADHD je důležité, aby uvedené příznaky trvaly nejméně půl roku, objevovaly se ve stejné intenzitě doma i ve škole, a měly by se objevit již před sedmým rokem života dítěte. Není-li tomu tak, lze předpokládat, že máme před sebou dítě

nezvladatelné a možnou příčinou jeho chování může být výchova, školní prostředí, nebo jiné okolnosti.

Krejčířová, Svoboda, Vágnerová (2001, s. 668) doporučují : „*K diagnostikování poruchy pozornosti je možné použít zkoušky Číselného čtverce, který umožňuje posoudit i výkonnost pozornosti v čase. U starších dětí může být užitečná i Bourdonova zkouška a také v tomto případě můžeme sledovat průběh soustředění v čase a typické způsoby reagovat.*“ Krejčířová, Svoboda, Vágnerová (2001) dále doporučují hovořit s rodiči, sledovat zprávy pedagogů a v neposlední řadě pozorovat dítě, přičemž se většinou projeví typické narušení pozornosti spojené s dalšími projevy jako je impulsivita nebo hyperaktivita.

V posledních letech se také k diagnostice ADHD využívají neuroanatomické metody, jimiž je možné hodnotit strukturu a anatomii mozku. Nejdůležitější metodou je využívání magnetické rezonance.

Mezi metody neurofyzilogické, které hodnotí aktivitu při duševní činnosti patří elektroencefalografie( EEG). Podobně při magnetoencefalografii (MEG) jsou z povrchu hlavy snímány magnetické impulsy. Z nejnovějších metod jsou významné ty, které využívají radioaktivního záření pozitronová emisní tomografie ( PET) a jednofotomová emisní výpočetní tomografie(SPECT). Tato vyšetření umožňují hodnotit metabolickou aktivitu mozku. Nejvyužívanější z těchto metod je funkční magnetická rezonance (fMR), ta nám umožňuje podobně jako u výše zmíněných metod sledovat průtok krve určitými oblastmi mozku.

Při neurochemickém vyšetření se měří činnost mozku a přenos signálu mezi jednotlivými mozkovými buňkami. Nejnovější metodou je spektroskopie magnetickou rezonancí (MRS). Využívá chemické analýzy vzorků látek. (Drtilková, Šerý, Žáčková, 2007)

#### 4.4 Terapeutické postupy u hyperkinetických poruch

*„U dětí s hyperkinetickou poruchou musí být odlišné strukturální prostředí, než u jejich souvěkoců. Z toho důvodu byly zakládány dyslektické třídy a vyrovnávací třídy se speciálním režimem (např. přestávky každých 20 minut, učení se v leže, možnost měnit polohu i místo během vyučovacího procesu). Z hlediska psychoterapie je nejvhodnější kognitivně behaviorální terapie (KBT) . Jde o skupinový trénink sociálních dovedností (včetně paralelního nácviku ve skupině rodičů), trénink vizuomotorické koordinace a všech sensorických vstupů, procvičování „školních“ dovedností s tréninkem rodičů, jak tyto děti odměňovat a smysluplně trestat.“ (Malá, 2001/3, s. 123- 124)*

Obecně doporučovaná je také farmakoterapie, která významně ovlivní chování a sebeovládání dítěte. Avšak většina autorů se shoduje na tom, že léčba musí být komplexní a nezahrnuje pouze farmakoterapii. Je potřeba spolupráce lékařů, psychologů, pedagogů i rodičů.

Drtilková, Šerý (2007, s. 212-213) rozdělují terapeutické postupy dle AAP :

*1. „ Terapie cílená na základní symptomy ADHD, indikována u většiny pacientů*

*Psychoaktivní medikace*

- stimulancia*
- antidepressiva*
- a2 adrenergní atomisté*
- transkvilizéry/ neuroleptika a další*

*Behaviorální léčba(různé modifikace)*

- vedení tréninku rodičů*
- konzultace s učiteli*
- karty s denními záznamy (pochvaly, odměny)*
- trénink schopností*

*2. Léčba cílená na specifické případy ADHD indikovaná u malých podskupin s prokázanými deficity a poruchami.*

*Tyreoidální preparáty*

*Detoxifikace*

*Desenzitizace nebo imunoterapie*

*Eliminační diety( oligoantigenní nebo omezující)*

*Nutriční doplňky při prokázaném deficitu železa, zinku, magnézia, kalcia, vitamínů*

*3. Léčba nepodložená dostatečnými důkazy pro klasifikaci*

*- EEG biofeedback*

*- Vestibulární stimulace*

*- Specifický percepční(kanálový) trénink*

*- Další experimentální metody (rostlinné přípravky, esenciální mastné kyseliny, akupunktúra).*

Jednou z pomocných technik, která pomáhá dětem v soustředění, zklidnění, sebeovládání a zlepšení sebekontroly je relaxace.

## 4.5 Hlavní výchovné a pedagogické postupy při práci s dětmi s ADHD

*„Pro učitele je hyperaktivní dítě s poruchou pozornosti ve třídě značnou zátěží dráždí jej a není možné jej zvládnout běžnými pedagogickými zákroky.“ (Vágnerová, 2005, s. 111 ).*

Základní pedagogické postupy se dají shrnout dle Paclta (2007)

- je potřeba jasně sdělit požadavky na práci a chování žáků
- je potřeba dostatek času abychom vysvětlili co chceme a co ne
- strukturujeme vyučovací hodinu
- důslednost v jednání učitele
- cvičíme žádoucí chování
- důslednost v plnění úkolů
- trpělivost, porozumění
- individuální přístup k žákům

Také Train (1997) uvádí některé zásady práce s hyperaktivními dětmi. Jako mezník uvádí nástup do školy. Pro mnoho dětí s ADHD jsou školní povinnosti obtížné a pokud děti nezvládají nároky na výuku horší se nejen jejich prospěch, ale i jejich chování. Důležitý je kvalifikovaný přístup pedagoga. Dítě je problémové a může se stát neoblíbeným nejen u spolužáků, ale i neinformovaný učitel může nevhodně na dítě působit. Zamýšlí se také nad velikostí třídy, kam jsou děti s ADHD zařazovány. Specifické citové a vzdělávací potřeby předurčují vzdělávání dětí v menších třídách, kde se mohou žáci lépe soustředit a vnímat potřebné informace. Učitel musí mít dále na zřeteli, že dítě s ADHD má více nepřátel, než kamarádů, rádo by se zařadilo, ale jeho porucha mu to nedovoluje.

Učitel by si měl uvědomit, že každý z jeho žáků je jiný a dítě s ADHD dvojnásobně. Je určitým způsobem handicapované, není možno ho sice vyléčit, ale můžeme mu pomoci.. Už jen tím, že mu budeme zadávat úkoly, které je schopno zvládnout, dopřejeme mu pro práci dostatek času a soukromí, snažíme se též dítě co nejvíce

začlenit do kolektivu třídy a vzbudit v dětech pocit sounáležitosti. Pokud se nám podaří dítě začlenit a získá si ve skupině nějaké kamarády, je to pro pedagoga velký úspěch, na kterém může dále stavět. „*Pokrok se dostaví pouze za předpokladu, že k dítěti přistupujeme jako k handicapovanému. Domníváte-li se naopak, že dítě by mohlo vše zvládat, jen kdyby nebylo tak líné a neobratné, pak se pozitivních výsledků nedočkáte.*“ ( Train, 1997, s.135 ).

Základní pedagogické postupy také shrnuli Zelinková (2003), Reifová (1999), Paclt, Ptáček, Florián (2006) takto:

- Pozitivní posilování – pochvaly by měly být zaměřeny ke všem projevům žádoucího chování. Tresty musí být jasně definované, přímé, včasné.
- Důležitá je včasná zpětná vazba, pro dítě musí být dostatečně srozumitelná.
- Instrukce k práci musí být stručné a jasné snažíme se, aby dítě bylo co nejméně rušeno.
- Sebekontrola a sebehodnocení vede u dítěte k regulaci impulsivity a může být nástrojem k postupné změně nežádoucích vzorců chování.

Podle Vágnerové (2005) jsou také rodiče a vychovatelé hyperaktivních dětí značně přetížení, jelikož běžné výchovné metody na ně neplatí. Rodiče mohou selhávat a dítě nepřiměřeně trestat, nebo na výchovu rezignují. Rodiče potřebují podporu a pomoc jak od školy, tak od pedagogicko- psychologické poradny. Odborníci by měli rodičům ukázat cestu jak dítěti porozumět a přistupovat k němu účelným a efektivním způsobem. Munden a Arcelus (2006) doporučují rodinné terapeuty, kteří dokáží být neutrální a poskytnou členům rodiny hovořit v nekonfliktním a bezpečném prostředí. Měl by umožnit hledání a nacházení řešení problémů.

Většina výše uvedených autorů se shoduje, že dítě trpící ADHD potřebuje, aby se v jeho režimu dne pravidelně střídala doba aktivity a doba klidu a odpočinku .

## 4. 6 Relaxační cvičení a hry pro děti s ADHD

*„Dnešní moderní doba přináší ve zvýšené míře stres a s tím i zvýšenou úzkost, strach, potlačování emocí a spontaneity. To vše způsobuje vnitřní napětí, které může přejít do chronického stavu. Člověk není ani schopen si své vnitřní napětí uvědomit, natož je uvolnit. Tento stav sebou později přináší různé druhy psychosomatických potíží, které se projeví např. zvýšenou nemocností, alergickými obtížemi a může ústít až v různé druhy kardiovaskulárních onemocnění. Klesá tak nejen výkonnost člověka, ale snižuje se i jeho odolnost vůči zátěžovým situacím a jejich zvládnutí. Snižuje se schopnost radovat se ze života, čímž se život člověka stává chudším. Jednou z cest jak předejít těmto situacím, nebo alespoň zmírnit jejich dopad, je naučit se plnohodnotně odpočívat a uvolnit se, a to nejen během spánku a v noci, ale i během dne. To je důležité nejen u nás dospělých, ale i u dětí. Žít zdravě totiž neznamená se jen zdravě stravovat, dodržovat hygienické zásady nebo sportovat, ale i řídit svůj denní režim tak, aby v něm byl prostor i na odpočinek (nejen aktivní), vytvoření psychické pohody, uvolnění. K tomu nám v nemalé míře mohou přispět relaxační techniky, protože fyzickým uvolněním svalového napětí dosáhneme i uvolnění psychického.“ (Žáčková, Jurovičová, 2005, s. 3).*

Relaxace podle Nadeu (2003, s. 13 ) *„spočívá v uvolnění svalů různými technikami, přičemž se zároveň uvolňujeme duševně i tělesně. V podstatě nám umožňuje snížit napětí a obnovit rovnováhu a pohodu.“*

*„Při relaxačních cvičeních jde v podstatě o vědomé, koncentrované a jemné úsilí, o uvolnění tělesného a duševního napětí. Stav, který vzniká v průběhu této činnosti, nazýváme relaxací. Prostřednictvím relaxačních cvičení vedeme cvičící k vědomé schopnosti uvolňovat úroveň svalového napětí, čímž přispíváme i k ovlivňování psychického napětí.“ (Hošková, Matoušková, 2005, s.121)*

Tyto autorky rozdělují relaxaci na:

- **mimovolní** – jedná se o relaxaci ve spánku, kde dochází k hlubokému útlumu a relaxaci centrálního nervového systému
- **volní**- je uvědomělá cílená činnost, která vede k odpočinku celé nervové soustavy



Rozlišujeme metody:

- **psychoterapeutické** – Schulzův autogenní trénink: „*Autogenní trénink pracuje se dvěma základními principy, jimiž jsou relaxace a koncentrace.*“ (Lokšová, Lokša, 1999, s. 86). Další využívaná metoda dle Vymětala (2010) je sugesce, která dovede navodit u dětí s ADHD relaxaci a zároveň se využívají také prvky autogenního tréninku.

- **fyzioterapeutické** – Jakobova progresivní relaxace: „*Technika je založena na náviku uvolnění svalstva všech částí těla. Cílem je nacvičit vědomé ovládání svalového napětí při tělesném odpočinku centrální nervové soustavy*“ (Lokšová, Lokša, 1999, s. 85).

- **psychoanalýzy**

Žáčková a Jurovičová (2005) rozdělují relaxační cvičení na :

- **psychofyzické** – nacvičuje se svalové uvolnění, pocit tíhy, tepla, ovládání dechu, pozorování srdeční frekvence. Pro děti je tato relaxace velice náročná a je potřeba dlouhodobý trénink

- **fyziologická**- používají se pro děti, protože jsou názorné a rychlé, dělí se na – aktivní – (střídání aktivního napětí a uvolnění) a – pasivní – (pomocí druhé osoby, protřepávání, protřásání)

Nadeu ( 2003) uvádí ve své knize několik relaxačních technik vhodných pro děti.

**Sevření – uvolnění** – technika je uplatňována v Jakobsonově metodě a spočívá v jednoduchém svalovém sevření a následném uvolnění.

**Kývání** – technika napodobuje pohyb kyvadla nebo houpačky, pohyb dopředu dozadu , doleva nebo doprava.

**Protážení – uvolnění** – protahujeme jednotlivou část těla, pomalu uvolňujeme, v poloze setrváme několik minut.

**Ochabnutí** – na tělo působí tíže.

**Protřepání** – opakujeme protřepávání určitých částí těla.

**Znehybnění** – zaujmeme polohu a přestaneme dělat jakékoliv pohyby.

**Imaginace** – každá relaxace je spojena s určitou představou, která nám navozuje uvolnění, u hyperaktivních dětí autorky doporučují pohybové imaginace.

**Masáže** - působí přímo na svalové uvolnění a to působením druhé osoby, nebo provádíme formou automasáže.

**Doplňkové relaxační techniky** – rytmické techniky, bubnování, hatlanina, relaxačně činnostní terapie – výtvarné, dramatické, pohybové, jóga, smích.

Mezi pomocné cvičení k provádění správné relaxace patří **dechová cvičení**, která podle Hoškové a Matouškové (2005) dělíme na: cvičení bez doprovodných pohybů částí těla, cvičení s doprovodnými pohyby částí těla, cvičení při periodických lokomočních pohybech. Při provádění dechových cvičení je vhodné využít také jógová cvičení určená dětem. *„Vědomé řízení dechu prospěje v každém cviku, zvláště když víme, že s nádechem zvýšíme svalové napětí, s výdechem je naopak uvolníme.....oslabeným zlepší a odstraní drobné nevyváženosti tělesné i psychické, zejména neklid, nesoustředěnost a jiné.“* (Miltner, 1990, s. 29)

Abychom mohli s dětmi pracovat na relaxaci, je potřeba zapojit další kategorie a to pohyb a hru.

**Pohyb** – je jeden ze základních projevů života, přináší pocit uvolnění a radosti ze života již od nejútlejšího věku. Dle autorky Blume (2006) potřebují děti s hyperkinetickým syndromem mnoho volného pohybu, aby mohly dát průchod svojí hyperaktivitě. Doporučují například pohyb v houpací síti, skateboardy, pohyb na šikmých plochách, nebo houpání na laně.

**Hra** – je typická činnost v dětství, v níž se dítě uvolní a prostřednictvím hry lze sdělit mnohé, co by bylo velice těžké vyslovit a prostřednictvím čehož můžeme velice dobře s dítětem komunikovat a poznávat ho. (Pazlarová, Nedvědová, Pilařová, 1999)

Nadeu (2003) uvádí relaxační techniky, které užívá při hrách – tzv .opakované hraní. Poukazuje na - sevření a uvolnění – maximální sevření umožňuje pocit uvolnění příslušné svalové skupiny. Kývání - podporuje pocit uvolnění . Protážení a uvolnění – několikavteřinové natažení a potom postupné uvolnění pomalými pohyby. Ochabnutí – využíváme zemské přitažlivosti a tíhy našeho těla. Protřepání – protřepávání částí těla. Znehybnění – cvičenec přestává vykonávat všechny pohyby .

Proč tedy provozovat relaxační cvičení s dětmi trpícími ADHD? Nadeu (2003, s.14) uvádí: *„Relaxace usměrňuje energii dětí, upravuje jejich aktivace a přispívá k jejich celkové pohodě.“* Také Hošková a Matoušková (2005) potvrzují: *„Při vědomém relaxovaném pohybu se zlepšuje koordinace nervové činnosti . Dochází k duševnímu*

*uvolnění k „rozpuštění“ tenzí – napětí úzkostných, zlobných i nutkavých.*“ Dále Guilaud (2006) upozorňuje, že relaxační cvičení pomáhají navodit pocit uvolnění a klidu a podporují rozvoj dovedností, které si děti v běžném životě osvojují.

## 5. PRAKTICKÁ ČÁST

### 5.1 Metoda výzkumu

Předkládaná práce je zpracovaná jako experiment, používám formy kvalitativního výzkumu jak popisuje (Hendl, 2005, s. 51): „*Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince, či skupiny jedinců.*“ Pracovala jsem metodou evaluačního výzkumu, který mi dovolil sociální intervence, tyto ve svém důsledku vedly ke zmírnění určitých sociálních problémů. Použila jsem model systémové analýzy, měřila jsem vstupní a výstupní proměnné, hodnotila efektivitu a užitečnost programu. (Hendl, 2005). V tomto případě jsem pracovala se vstupním nezávislým intervenčním faktorem relaxačních cvičení a výstupními proměnnými závislými, kterými byla míra hyperaktivity, impulsivity a nepozornosti. Tyto proměnné mohou být závislé na faktorech jako nemoc dítěte, změny v rodině, změny ve škole apod.

Relaxační cvičení bylo realizováno se třemi vybranými dětmi ve věku devět až čtrnáct let. Děti mají diagnostikován syndrom ADHD, diagnostika je potvrzena lékařem i školním psychologem., který provedl pro moji práci potřebnou psychodiagnostiku. Každé z dětí trpí rozdílnou mírou intenzity problému. V experimentu jsem pracovala se dvěma chlapci a jednou dívkou. Relaxace byla prováděna pravidelně dvakrát v týdnu po dobu sedmi měsíců, formou relaxačních her a cvičení, a to ne déle než třicet minut.

Cvičení jsem s dětmi prováděla po dobu sedmi měsíců a to od října 2009 do dubna 2010 v pravidelném čase dvakrát týdně v prostorách základní školy, kam děti dochází. Psychodiagnostika byla provedena na začátku sledování dětí a následně po uplynutí sedmi měsíců.

#### 5.1.2 Metody sběru dat

Diagnostika byla prováděna formou standardizovaných testů, rozhovorů, dotazování rodičů, pedagogů a pozorování. Psychologickou diagnostiku provedla a vyhodnotila školní psycholožka.

Jako pomocný diagnostický nástroj jsem použila Mezinárodní klasifikaci nemocí (1996) (dále MKN), kde se uvádí přesné příznaky hyperkinetických poruch – nepozornosti, hyperaktivity a impulsivity. Příznaky, které jsou uvedeny v MKN, musí

trvat nejméně šest měsíců a u testovaného by se mělo objevit nejméně šest příznaků a jsou takového stupně, který je maladaptivní a v rozporu s úrovní vývoje dítěte.

Otázky byly položeny rodičům, v jednom případě prarodičům a pedagogům. Nejprve na začátku testování a dále potom po ukončení experimentu. (viz Příloha č. 3) Získané informace sloužily v rámci experimentu k porovnání projevů chování a ke zjištění míry intenzity projevů ADHD u probandů, před zahájením a po ukončení pravidelných relaxačních cvičeníh. Tento diagnostický nástroj byl doplněn o rozhovory s rodiči, vychovateli a pedagogy.

Vzhledem k tomu, že jsem sama jedním z pedagogů školy, diagnostické metody jsem mohla doplnit o přímé pozorování dětí ve výuce, v zájmových kroužcích i jejich chování mezi vrstevníky. Z tohoto pozorování čerpám nejen z doby trvání výzkumu, ale jde o dlouhodobé sledování projevů chování vybraných žáků.

Dále byly v experimentu použity dva druhy standardizovaných testů. Testy se používají při psychodiagnostice ADHD, v našem experimentu jsem výsledky testů použila jako další porovnání míry ADHD u probandů před zahájením a po ukončení pravidelných relaxačních cvičeníh.

a) TRAIL MAKING TEST PRO DĚTI - dále jen TMT je původně součástí armádních zkoušek a prováděla se s ním individuální diagnostika. Poprvé byl zveřejněn v roce 1944. Test je citlivým ukazatelem poškození mozku a ukazatelem psychomotorického tempa. K jeho zvládnutí je potřeba rozpoznání písmen a čísel, důležitá je flexibilita, zrakové vyhledávání a psychomotorické schopnosti. *„Úkol je snadný: proband má spojovat čarou čísla (v části A) nebo čísla a písmena ( v části B). Je motivován k nejvyššímu výkonu a je mu měřen čas. Pokud udělá chybu, je hned informován examínátorem a musí jí opravit. Verze pro děti, upravená Reitanem, sestává pouze z menšího počtu koleček.“* (Preiss, Panamá, 1995, s.5)

Využití testu u dětí - screening poruch učení a poškození mozku

- diagnostika psychomotorického tempa, pozornosti a flexibility, operuje se zde s čísly a písmeny, které jsou doménou levé hemisféry a se zrakovým vyhledáváním, které přísluší hemisféře pravé. Rychlost a výkonnost nám napoví o obecném fungování mozku. V psychodiagnostice tento test slouží jako ukazatel

psychomotorického tempa a organicity. Dále je důležitý při hodnocení školního výkonu dítěte a jako screening hyperkinetických poruch a organicity.

b) TEST ČÍSELNÝ ČTVEREC – (Jirásek, 1999) Tento test patří dle autora k tzv. hledacím zkouškám. Osoba vyhledává na přiložené podnětové tabulce čísla 1 – 25 tak, jak jdou vzestupně po sobě, proband je má ukazovat a odříkávat. Je mu měřen čas. Vyhledávání opakuje testovaný celkem desetkrát. V diagnostice se používá ke zjištění pracovní rychlosti, temperamentu, koncentrace pozornosti. Test je určen pro děti od osmi a půl roku do patnácti a půl roku. V psychiatrické diagnostice ověřuje test lehké dětské encefalopatie, v dnešním pojetí ADHD, ADD, hyperkinetické poruchy.

U obou testů dbáme, aby dítě nebylo ničím a nikým rušeno, nezapomeneme dítěti dobře a srozumitelně popsat průběh testování. V našem případě byly oba testy provedeny ve spolupráci se školní psycholožkou, která oba testy také vyhodnotila .

Jako podpůrnou metodu experimentu jsem použila pozorování dětí, neboť se s nimi setkávám jako jejich učitelka.

V diplomové práci používám fiktivní jména dětí i rodičů tak, aby skutečné osoby nebyly rozpoznatelné.

### 5. 1. 3 Charakteristika výzkumného souboru

#### 5. 1. 3. 1 Případová studie Marek – 14 let

Osobní anamnéza - Marek má velice komplikovaný a pohnutý život již od narození. Pochází ze starousedlické rodiny, prababička byla známá pro mnoho lidí z našeho města, protože prodávala v místních potravinách. Praděda byl sice pracovitý, nicméně byl alkoholik a zemřel velice brzy. Jejich dcera, babička Marka to také neměla lehké, muž ji opustil brzy po narození dcery a ona si stálého partnera nemohla najít. Dceru vychovala jak nejlépe uměla, stále pracovala a snažila se držet rodinu. Dcera bohužel odešla z domu velice brzy a přerušila s matkou kontakt. Po nějakém čase se paní Novotná dověděla, že v kojeneckém ústavu v Ostravě má ročního vnuka. Opravdový šok zažila tato prostá žena, když byla seznámena s osudem Marka. Dítě bylo nechtěné a nezletilá matka si s ním nevěděla rady, proto Marka odložila do kontejneru na odpadky. Svědomí jí ale nedalo a vše oznámila sama na policii. Dítě bylo převezeno do nemocnice. Bylo zdravé, jen podchlazené. Matka byla údajně souzena, ale tyto informace již nemám. Babička se tady chlapce ujala a dala mu potřebnou lásku a domov. Jak z předchozího vyplývá, prostředí, ze kterého dítě pochází není ideální. Babička roli matky zvládá s obtížemi, je závislá na alkoholu a těžko hledá práci, a až v posledních letech si našla stálého partnera. Ten se stal v rodině dominantní, pomáhá vychovávat chlapce, a je mu vzorem. Marek je vděčný za pozornost a tu mu děda dopřává. Marek je dítě, které vyžaduje kontakt s dospělými, rád s nimi hovoří a často je sám vyhledává a oslovuje. Přes všechny problémy má své zájmy, je aktivní ve skautském oddíle, zajímá se o přírodu. Navštěvuje sedmý ročník ZŠ praktické. Učivo zvládá dobře a patří k žákům s lepším průměrem. Nemocen nebývá často, ale běžnější jsou u něho drobné úrazy. Před třemi lety v důsledku své nesoustředěnosti byl sražen autem, utrpěl otřes mozku a komplikovanou zlomeninu bérce s trvalými následky a postižena je v současné době zejména základní lokomoce, čímž se stal terčem dalšího posměchu.

V jeho diagnostice najdeme hyperkinetický syndrom - impulsivitu, hyperaktivitu i deficit pozornosti. Chlapec je medikován, užívá Ritalin .

Marka učím již třetím rokem a stejnou dobu pozoruji jeho projevy. Jako velice problémovou hodnotím jeho hrubou motoriku, špatně běhá, hází míčem, skákat do

dálky se mi nepodařilo jej doposud naučit. Přesto rád sportuje, nechá si poradit. Jeho soustředění je krátkodobé a je velice jednoduché jej vyrušit. Proto je nutné, aby seděl v první lavici a nebyl ničím rušen. Jeho slovní projev je dosti překotný, rád skáče do řeči a nenechá nikoho domluvit. Jeho projevy bývají často impulsivní a nepromyšlené. Vyžaduje pozornost, ale je velice těžké udržet s ním oční kontakt. Mezi spolužáky není pro své typické chování příliš oblíben. Pozornost spolužáků si získává drobnými „službami, nebo úplatky“, a tím se někdy stává obětí šikany. S nastupujícími projevy puberty začíná vyhledávat různé vzory chování i negativní, čímž se jeho chování stává i z pohledu pedagogů více problémové. Ve výchově dle mého názoru potřebuje přísnější hranice, je pro něj důležitý mužský vzor. Pokud bych srovnala jeho projevy v průběhu tří let, kdy s ním pracuji, je evidentní, že CNS dozrává a negativní projevy, přesto, že přetrvávají, jsou mírnějšího rázu.

#### 5. 1. 3. 2 Případová studie Daniel – 11 let

Osobní anamnéza - Jestliže jsem psala, že Marek měl pohnutý osud, u Daniela tomu není jinak. Chlapec žije u dědečka a babičky. Jeho matka je jejich adoptivní dcera, trpí mentálním postižením a poruchami chování. Také v sociální oblasti neakceptuje běžné normy. Často měnila partnery a z jednoho nahodilého svazku se narodil Daniel. Již z jeho fyzického fondu můžeme usuzovat, že otec nebyl české národnosti. Po rozhovoru s matkou jsem zjistila, že otec chlapce pochází z Turecka. Danielova matka nebyla schopna se o chlapce starat. Od narození dítě odmítala, z těchto důvodů se stali opatrovníky chlapce její rodiče. Odmalička se chlapec začal projevoval jako problémové dítě. Byl plačtivý, neklidný a někdy hodně vzteklý. Již v sedmi letech mu byl diagnostikován syndrom ADHD v kombinaci s těžkou poruchou pozornosti a chování. Daniel má bohužel od útlého věku také problémy s agresivitou. Vrstevníky je odmítán a i dospělý člověk si k němu hledá cestu jen těžce. V kolektivu se chová neadekvátně a proto je často vyřazován. Stále na sebe upozorňuje a to zejména nevhodným chováním, stálým poletováním, pokřikováním, popichováním spolužáků i učitelů. Je to zvláštní dítě, na práci se dokáže soustředit pouze krátkodobě, ve vyučování pracuje s pedagogickým asistentem, avšak má velice dobrý všeobecný přehled a když je s ním jednáno individuálně je ochotný částečně akceptovat obecné normy chování a také přijímat nové poznatky. Nesnáší jakékoliv změny. V mluveném



projevu se stále projevuje dyslalie. Zejména špatně vyslovuje sykavky, nahrazuje je souhláskami závěrovými. (Ohnezorg, 1985) Jeho jemná motorika je velmi špatná, píše dosti nečitelně, ale rád maluje. V hrubé motorice má také velké nedostatky, je to jen pár měsíců, co se naučil střídavě skákat po jedné a druhé noze. Plete si pravou a levou stranu. Nemá rád fyzický kontakt s druhou osobou a pokud ho Danek dovolí, je to již známka velké důvěry. V minulosti býval také dosti fyzicky trestán, ale efekt byl pouze krátkodobý. Dělá mu problém skok daleký, práce s míčem a velice špatně chápe kolektivní hry. Není schopen stát v řadě, pobíhá a zlobí, bývá agresivní. Má velice špatnou prostorovou orientaci. Pokud ho chceme zvládnout musíme mu stále dávat úkoly navíc a být s ním v neustálém kontaktu. Velice rád sportuje, zajímá se o auta a líbí se mu autority jako policie, hasiči, nebo vojáci. Je možná až s podivem, že při všech svých vlastnostech má velice dobré sociální citění a rád pomáhá slabším. Přesto bývá pro své vrstevníky i pro starší děti jistým ohrožením. Dříve jezdíval na Školu v přírodě, nebo se mohl účastnit víkendového pobytu ve škole. Bohužel jeho chování natolik ohrožovalo ostatní děti, že jsme od těchto aktivit museli ustoupit. V letošním školním roce mu nebyla nabídnuta ani Škola v přírodě a ostatní děti si vše mohly užít v klidu. Na takovéto akce Danek potřebuje osobního asistenta a to si jeho pěstouni nemohou dovolit. V opačném případě jsou v určitém „ohrožení“ ostatní děti. V takových situacích je Danek naprosto nezvladatelný. Nikdo s ním nechce spát v jedné místnosti, protože neustále všechny zlobí, bere jím věci, nebo je nenechá odpočívat. Je nutno pro něj mít zvláštní místnost, kde bude spát sám a to je velice náročné .

Často povoluje uzdu své fantazii a představuje si jak tráví čas s matkou a zároveň k ní uvádí velice negativní vztah. Je citově deprivovaný. Prarodiče na výchovu takového chlapce nestačí a trpí také. Přesto si myslím, že pokud by byl chlapec umístěn do výchovného zařízení, mělo by to pro něj dalekosáhlé negativní důsledky.

Chlapec je v péči psychologa, psychiatra i speciálně pedagogického centra. Je mu předepsána medikace, kterou často odmítá a následně jsou problémy ještě většího rázu. V péči o něj se významně podílí také škola, která mu zajišťuje i náplň volného času. Může navštěvovat školní kroužky, kde si s ním pedagogové vědí rady a dokážou ho zvládnout. Do běžných dětských aktivit je velice problematické ho zapojit.

### 5. 1. 3. 3 Případová studie Radka – 9 let

Osobní anamnéza - Radku znám od prvního dne, kdy k nám nastoupila do školy. Bylo to koncem října, kdy přestoupila ze základní školy. Ani jsem nemusela číst její dokumentaci a hned bylo jasné, že dívka trpí hyperkinetickým syndromem. Nezapomenu na její příchod do třídy, kdy začala pobíhat z jedné části místnosti do druhé, všechno brala do rukou a v zápětí zase pokládala, oči jí přejížděly po knížkách, pomůckách. Na oslovení vůbec nereagovala. V současné době ji učím třetím rokem, po prázdninách nastupuje teprve do třetí třídy, protože třídu první nezvládla a musela ji opakovat. Radka pochází z funkční rodiny, otec se o dívku velice dobře stará a přesto, že chodí do zaměstnání, věnuje se jí více než matka. Výchovu má spíše protektivní, zejména ze strany matky. Ta ji nechce pouštět na školní akce (např. Škola v přírodě, různá cvičení v přírodě, nebo víkendový pobyt ve škole). Údajně má strach, že by se jí mohlo něco stát. Co se týče sociálních návyků, do školy přišla absolutně nepřipravena. Neuměla slušným způsobem jíst ( dodnes s tím má potíže), stále brala cizí věci, neuměla pozdravit, poděkovat . Tyto návyky však již během tří let získala. Jinak se projevuje typicky její ADHD. Stále hledá svoje věci, neposedí, je neobratná, ale velice ráda cvičí. Její pozornost je velmi krátkodobá, ale během tří let se také o něco zlepšila. Při práci je rychlá a dělá chyby z nepozornosti. Ve výtvarné a pracovní výchově je nedbalá , ale velice ráda pomáhá uklízet. Má velmi dobrý všeobecný přehled. Pozornost je rozdělena a při samostatné práci reaguje i na věci, které se jí netýkají. Je pro ni také těžké vydržet dívat se na pohádku, nebo poslouchat. Do školy chodí Radka velice ráda a s kolektivem nemá větší problémy. V mluveném projevu přetrvává dyslalie, také neumí vyslovit hlásku „ř“. Třetím rokem ji vedu v tanečním kroužku. Hrubá motorika je dosti špatná, neumí vyskočit, potíže jí dělá přenášet váhu a nemá vůbec pojem o prostoru. V letošním roce poprvé s tanečním kroužkem vystupovala a tady jsem viděla jak velké úsilí musela vynaložit, aby se připravila. Také jsem zaznamenala pokrok. Již se nevyřazovala z tanečního tvaru a pamatovala si většinu prvků a dokázala alespoň částečně zapojit horní a dolní končetiny. Když vidím, jak Radce při tancování září oči, považuji to za jeden ze svých největších pedagogických úspěchů. .

Radka měla v letošním roce podezření na epilepsii, ale to se zatím nepotvrdilo. V současné době je bez medikace. Syndrom ADHD je u dívky v lehce nadprůměrné intenzitě.

#### 5. 1. 4 Popis intervence

Při práci jsem použila tyto relaxační techniky a hry :

**Sevření – uvolnění** – tato technika je jednoduchá a spočívá vlastně pouze v tom, že na několik sekund sevřeme sval a potom jej následně uvolníme. Sevření nám umožní následné uvolnění svalové skupiny . Tato technika není podle mého názoru vhodná pro menší děti, které dobře nerozumí pokynům. Podrobněji se touto technikou zabývá Jacobsonova metoda. K tomu, aby relaxace byla úspěšná, potřebujeme dostatek tréninku a času. Instrukce a pokyny vždy přizpůsobuji intelektu a mentální úrovni dítěte. Tato metoda se mi opravdu osvědčila u nejstaršího chlapce, se kterým jsem pracovala.

*„Nyní soustředte pozornost na levou ruku . Sevřete prsty v pěst....., svírejte pěst postupně...,silněji...a ještě silněji...uvědomujte si napětí, které se vytváří ve svalech levé ruky...,konstatujte ztuhlost ..., potom pomalu ..., uvolňujte toto napětí,....pomalu natáhněte prsty.....Cítíte jak se svaly levé ruky uvolňují.“ (Nadeu, 2003, s.132).*

**Kývání** - další relaxační technika, kterou jsem se svými žáky provozovala bylo kývání. Jak uvádí Nadeu (2003), technika napodobuje pohyb kyvadla nebo houpačky. Cílem je také reagovat na dané podněty, soustředit se, na určený podnět kývání zastavit a znovu spustit. Posiluje se tím především koncentrace pozornosti. Mně se tato technika osvědčila u nejmladší dívky, na kterou měla zvlášť uklidňující účinek. Například pokud jsem potřebovala dívku připravit na relaxační hodinu. Předcházel tomu tichý rozhovor, kdy si Radka sedla ke mně na klín a během rozhovoru jsme pohupovaly horní polovinou těla. Je až neuvěřitelné, jak dítě pozitivně reagovalo na toto zklidnění. Potom jsme mohly pracovat a rozvíjet jiné relaxační techniky.

**Autogenní trénink** – vyvinul ho německý lékař Schulz, pomáhá účinně odbourávat stres, osvědčil se u hyperaktivních dětí, kde je dosahováno zklidnění a lepšího soustředění. Dětem čteme poutavé kratší příběhy a učíme se pomocí fantazie vnímat vlastní tělo – rytmus dýchání, tlukot srdce, nacvičujeme pocit tepla nebo tíhy v končetinách. Ke zvládnutí tohoto cvičení je důležitá klidná místnost, celkově příjemná atmosféra.

**Protážení a uvolnění** – protahujeme některou část těla a následně ji uvolníme. Hošková a Matoušová doporučují zaměřit se na běžné lidské činnosti, jako je příjemné

protážení po probuzení a kdy následně nastane spontánní uvolnění. Tady hráváme s menšími dětmi na koťátka po probuzení, nebo na miminka v kočárku.

**Techniky rozvíjející soustředění** – pro děti poměrně složité, je lépe zařazovat na úvod relaxace, kdy ještě dítě není unaveno. Úkolem je například vypozorovat co dospělý člověk neslyšně říká, anebo pozoruje pohyby dospělého a opakuje je co nejvěrněji.

**Ochabnutí** – zde využíváme tíže zemské přitažlivosti, tělo necháme volně spouštět a odpočíváme.

**Protřepání** – děti si velice rády nechaly protřepávat jednotlivé části těla . Pro učitele je to poměrně fyzicky náročná technika.

**Znehybnění** - nebo odpočinek, dítě si lehne a přestane vykonávat jakékoliv pohyby. Pro hyperaktivní děti poměrně těžká záležitost. Pokud jsme se však naladili na vlnu odpočinku, dalo se i takto s dětmi pracovat.

**Imaginace** – myšleno imaginace pohybové, tato relaxace se mi opravdu osvědčila, děti ji mají velmi rády, mohou uplatnit svoji fantazii a velice rády „něco,“nebo „někoho“ napodobují.. Střídá se tempo, zadání i situace, dítě aktivujeme a znova uklidníme...dětí se vcítí do hry a velmi pěkně reagují.

**Volný pohyb** – snímá úzkost a je důležitý pro odpočinek nervového systému. Můžeme ho doplnit rytmicizací i tleskáním.

**Masáže** – tuto techniku jsem ve skupinové relaxaci nikdy nepoužila, ale na doporučení psycholožky jsem v individuálních relaxacích masáže zavedla a musím konstatovat, že zejména u dvou mladších dětí jsem dosáhla úspěchu. Masáže probíhaly pomocí masážních pomůcek – ježků, válečků, overbalů. Bavilo je psaní na záda, hnětení těsta nebo naklepávání řízků. Také je důležité promasírovat chodidlo, vlasatou část hlavy a nebo ušní boltce. Tato technika dokáže navodit velice příjemnou atmosféru mezi dítětem a dospělou osobou. U starších dětí doporučuji automasáž. Čerpala jsem z doporučení Žáčkové a Jurovičové (1999).

## **Doplňkové relaxační techniky**

- oficiálně se sice nazývají doplňkové, ale dle mého názoru jsou nedílnou součástí celkového relaxačního cvičení

– rytmické techniky

– je obecně známo, že děti s ADHD mívají problém s rytmizací, je dobré, když je dítě zcela uvolněno, postupně pak ztrácí prvotní ostych. Začínáme s jednoduchou rytmizací slov, nebo vlastních jmen. Pomáhá rytmus chůze nebo srdce. Autoři většinou doporučují použít rytmické nástroje, později hrajeme na tělo, nebo vyluzujeme zvuky. Relaxace je náročná a tak zpočátku zařazujeme pouze kratší úsek

- další pomocnou kategorií, která by se dala zařadit k rytmizaci je bubnování, je to specifická technika, která v dětech vzbuzuje mnoho emocí. Společné bubnování je: „*jednoduchý, ale účinný způsob, jak se navzájem na sebe vnitřně naladit, jak zharmonizovat rytmy....*“ (Šímanovský, Mertin, 2000, s. 29)

- hatlanina – tuto techniku jsem získala z Oranžové knihy meditačních technik, zdálo se mi, že vyluzování nesmyslných zvuků a slov, tak jak je popsal OSHO, může dětem pomoci k uvolnění a odreagování...a skutečně děti reagovaly vesele a pozitivně

- metoda smíchu - tak jak již řekl Christian Morgenstern: „Smích a úsměv jsou brány, jimiž se dá do člověka propašovat mnoho dobrého“. Stejně tak popisuje výhody smíchu Nešpor (2009). Smích dle autora zvyšuje odolnost vůči stresu, mírní úzkost, strach i hněv, dává nadhled a mírní bolest, podporuje tvořivost, uvolňuje napětí mezi lidmi, cvičíte si bránici a břišní svaly. Autor doporučuje nechat děti dosyta vysmát a práce s nimi půjde jistě lépe.

Další kategorií jsou výtvarné a dramatizační techniky – volíme s ohledem na zájmy dětí a techniky by měly navazovat na relaxační cvičení a měla relaxační charakter. Žáčková a Jurovičová (2005) doporučují volit techniky, kde děti mohou uplatnit fantazii, neklást důraz na přesnost. Vhodné jsou archy papíru, kam dítě zaznamená své dojmy, pocity. Použijeme prstové barvy, houbičky a štětce s větší plochou.. Ideální je kombinovat techniky a materiály, koláže, trhání, stříhání...

V dramatizaci předvádíme různé lidské činnosti, nebo pocity a nálady.

Oblíbené je také cvičení jógy, které velice pěkně přizpůsobil dětem ze staroindického originálu (V. Miltner 1990). V knize jsou popsány jednotlivá jógová

cvičení a pává přizpůsobená dětem autor zve „*Pojďte děti, zvu vás ke hře – budeme si hrát na zvířátka*“ (Miltner,1999). Jóga má pro děti zklidňující a harmonizující účinky, posiluje koncentraci, přispívá tak k harmonizaci těla i duše. Také Nešpor (1998) ve své knize doporučuje praktikovat jógová cvičení pro děti s poruchami pozornosti, hyperaktivitou a poruchami chování. Říká: „*Někdy takové děti reagují impulsivně a bez rozmyslu . Obtížněji se soustředují a mívají problémy ve škole, i když mohou být chytré. Nároky na rodiče těchto dětí jsou velké. Vyčítat nebo trestat dítě za jeho problém nemá smysl. Děti s tímto problémem velmi potřebují pohyb a jóga jim může být neobyčejně prospěšná.*“ (Nešpor, 1998, s. 12) Poukazuje také na prospěšnost cvičení pro děti se sklony k agresivitě, pomocí jógových cvičení se děti mohou naučit lépe vnímat sami sebe a také se lépe ovládat a uvolnit se .

V příloze jsem demonstrativně zaznamenala několik jógových cvičení, které moji žáci rádi cvičili. (viz Příloha č. 2)

**Dechová cvičení** – nutno zvolit správnou polohu (ne poloha na břiše). Učíme správný nádech a výdech, použijeme hru pití čaje. Později se zaměřujeme na zadržování dechu, prodlužování nádechu a výdechu. Zaměříme se na dechová cvičení bez doprovodných pohybů a později je vhodné zařadit i doprovodné pohyby končetin. Pazlarová, Nedvědová, Pilařová (1999), Guiloud (2006), Millerová (2001), Nadeu (2003), Žáčková, Jurovičová (2005).

#### 5. 1. 4. 1 Vzorová relaxační hodina

Tato hodina je zcela autentická, protože z některých jsem si dělala podrobné poznámky. Pracuji tady s jedenáctiletým Danem a je to hodina z listopadu minulého roku, tedy ze začátku experimentu.

**Cíl hodiny** : seznámit Dana s dechovým cvičením

**Doba trvání** : 20 minut

**Metody, techniky relaxace**: střídání napětí a uvolnění, pohybová imaginace, dechová cvičení, nácvik autogenního tréninku

**Úvod**: přivítání, hra „Štronzo – Portamento“ – uvolnění, pohyb, příprava na koncentraci

**Hlavní část:** pohybové imaginace, pohádky, dechová cvičení, nácvik nádechu nosem a výdechu ústy, výdech by měl být co nejsilnější ( soutěž kdo nejdále odfoukne pířko), základy autogenního tréninku, čtení relaxační pohádky

**Závěr:** zhodnocení hodiny, rozloučení

**Místo:** relaxační místnost

**Průběh relaxační hodiny:**

„ Dobrý den Danku“, Danek odpoví a okamžitě přejede celou místnost pohledem, není – li tu něco, co by ho mohlo zajímat. „Pojď se posadit za mnou, jak se máš?“ Chlapec neodpovídá, jeho oči stále jezdí po místnosti, sedá, znova vstává a odpovídá: „ Mám se špatně, nechtěl jsem svačinu a paní učitelka se na mne zlobila...“ Prochází kolem relaxačního bazénku a hraje si s míčky. Pokračuje: „Nechutnají mi svačiny,co dělá babička, nebudu je jíst, nechci, do jídelny taky nechci chodit! Nemám hlad!“ Stále si něco brouká, mračí se ,přehazuje míčky. Zeptám se ho jestli si chce povídat, nebo hrát ? Trucovitě odpoví, že hrát. Vyzvu ho, aby se připravil a seznámím ho s tím, co nás čeká. Opět trucovitě kýve hlavou “ano!”.

„Tak se Dane připrav, budeme hrát hru „Štronzo - Portamento“. Tuto hru již nemusím vysvětlovat, hrajeme ji od samého začátku našich setkání. Snažím se vyslovovat pokyny nahlas a srozumitelně. Danek neběhá, jen rychle chodí, někdy se splete, nezkažení, anebo nezaregistruje pokyn. Musím ho potom znova opakovat. Hra ho baví, ale po nějaké chvílce již začíná vymýšlet, jak mne pozlobit, poskakuje, mění polohy ... Cítím, že potřebuje změnu.

„Tak Dane, teď změníme hru. Co říkáš?, minule nám to šlo dobře pamatuješ jak jsme si hráli na Policii?“ „Ano, ano na Policii, to se mi líbilo.“ Vysvětlím chlapci, že dneska budeme napodobovat pohádkové bytosti. „Ne nechci pohádky, já chci Policii a hasiče a zloděje“ Přistoupím na kompromis a Dan může předvést Policii – chodí a hraje, zastavuje auta , dává pouta.... Jde mu to dobře. Potom už je připraven dělat pyšného prince, hodnou babičku a kouzelníka.....

Ukončím činnost a plynule přecházím k dalším technikám.

Vyzvu Dana, aby si přišel odpočinout na koberec a významně ho pochválím, jak mu imaginace šla. Dále mám připravená dechová cvičení. Budeme sfoukávat pírků z dlaně. Danek zaregistroval položená pírků. „Paní učitelko z čeho ta pírků jsou?“ Vysvětlím, že jsou umělá, nevěří, bere je do ruky, je přesvědčen, že jsou z nějakého ptáčka. Asi z papouška, protože jsou barevná. Vybízím ho, aby je zkusil sfouknout z mojí dlaně, nechce. Stále mi je bere a schovává, směje se a laškuje. Snažím se ho uklidnit, opakuji vyzvu. Nerespektuje. Pírků schovávám.

Dechové cvičení se nezdařilo. Pokračuji tedy další naplánovanou činností.

Dana vyzvu, aby si pohodlně lehl. „Přečtu ti pohádku“. Souhlasí a hned se zajímá o čem budeme číst. V klidu mu vysvětlím, že pohádka bude o holčičce a slonovi. Klidně předčítám, chlapec se vrtí, hraje si s rukama. Nabádám ho, aby se snažil poslouchat, co je v knížce, na chvíli se zklidní, příběh ho zaujal. Začínají otázky „Proč u nás nemůžeme mít slony? Proč jsou v Indii chudí a nemají domy?“ Klidně a stručně mu odpovídám. Pokouším se ukončit pohádku nácvikem autogenního tréninku: „*Bimbo těžce pracoval. Je unavený a zcela uvolněný. Nohy i tělo má těžké, jako z olova. I ty můžeš zřetelně cítit, jak je těžké. Celé tělo jako z olova...*“ (Müllerová, 1998, s. 54)

Danek se chvíli uvolní, netrvá to však ani minutu a už se zase rozhlíží, vrtí...Pomaloukonečuji hodinu, vyzvu chlapce ať zlehka vstává...Samozřejmě vyskočí a začne pobíhat a otáčet se...

„Tak co, jak se ti líbilo dnešní cvičení?“ Ptám se. Kýve hlavou: „Zítřka zase dojdeme hrát na Policii.“ Rozloučíme se, slíbím mu to a pokouším si promluvit o pírků. „Tak co Dany vyzkoušíme ještě jednou to pírků?“ Danek neodpovídá, ale přemýšlí. Pochválím ho za to, jak pěkně poslouchal pohádku. Zdá se, že je spokojený. Odchází.

Přesto, že je Dankovi již jedenáct let, jeho projevy jsou velmi dětinské a odpovídají věku minimálně o dva roky mladšímu dítěti. Tento názor mají také ostatní moji kolegové a potvrdila ho i školní psychologka.

Tuto hodinu bych hodnotila jako zdařilou, přesto, že se mi nepodařilo úplně dodržet plán. Chlapec se neprojevoval agresivně a ke konci relaxace již zmizela i rozladěnost, kterou jsem popisovala na začátku hodiny.



### **5. 1. 5 Rozsah platnosti**

Vymezení - vyšetření dětí byla prováděna na začátku a také po ukončení sedmiměsíčního intervalu, kdy bylo cvičení ukončeno. Výsledky lze tedy aplikovat na střednědobé intervenční relaxační programy. Nelze vyloučit, že po několikaleté aplikaci programu budou výsledky jiné .

Omezení – je možné, že výsledky mohou být omezeny psychickým stavem dětí a to nejen tím, že vyrůstají v sociálně slabších a někdy i méně funkčních rodinách, ale především hraničním pásmem mentální retardace, kterým tyto děti trpí.

## 6. VÝSLEDKY

### 6.1 Případové studie

#### 6.1.1 Případová studie Marek (výsledky)

Marek ke mně docházel na relaxaci dvakrát týdně. Bylo mi umožněno s ním pracovat individuálně v rámci vyučování, tím jsem dosáhla toho, že chlapec docházel na cvičení pravidelně. Relaxace trvala v průměru 20 minut. Testy, kterým byl chlapec podroben lehce pochopil a snažil se dosahovat dobrých výsledků. Oba testy hyperkinetický syndrom potvrdily s mírnější intenzitou. Větší potíže mu dělal test Trail Making Test, a to část druhá, kde musel postupně spojovat čísla a písmenka.

Pokud bych měla Marka subjektivně hodnotit, pracoval velmi dobře a nikdy se nestalo, že bych musela práci s ním přerušit. Je pravda, že někdy byl roztěkaný a tak mu trvalo déle, než se dokázal soustředit a následně uvolnit a připravit na relaxaci, někdy potřeboval hovořit o problémech v rodině nebo s vrstevníky. Nakonec jsme však vždy našli společnou řeč a chlapec si v relaxaci odpočinul.

Na konci sedmi měsíců psychologka provedla retesty a v konkrétních výkonech se výsledky mírně zlepšily. Při celkové interpretaci testu však výsledky zůstaly stejné. Dle rozhovorů a dotazování rodičů a pedagogů však došlo po sedmi měsících k výraznému zlepšení v některých projevech v chování. Marek se ve výuce delší dobu soustředil, nedocházelo tak často k impulzivním výbuchům doma ani ve škole, únosnější byla jeho překotnost v mluvení, redukovaly se konflikty mezi spolužáky, částečně se také zlepšil v prospěchu. Prarodiče u Marka uvedli zlepšení v položkách MKN a to konkrétně v dotazu na nepozornost položka 8. „Dá se snadno rozptýlit vnějšími podněty“. Na začátku testování uvedli jednoznačně ano a ke konci období vybrali položku někdy. Také v položkách hyperaktivita odpověděli někdy k otázce 4. „často je při hraní nadměrně hlučné“ nebo „má potíže se zabývat ve volném čase tichou činností“. Nejvíce však zlepšení udávají pedagogové a také rodiče u impulsivity. Ze čtyř položek, na které odpovídali, ve třech nastalo zlepšení, a to z odpovědi ano na odpověď někdy. Jedno vyplněné dotazování dokládám na porovnání do přílohy . (viz Příloha č. 3)

### 6. 1. 2 Případová studie Daniel (výsledky)

Také Daniel byl podroben na začátku a na konci experimentu testování. Byly u něj provedeny standardizované testy TMT a test Číselný čtverec. Při vyplňování testů byl velmi nervózní a největší potíže měl s vyplněním druhé části TMT testu, kde se spojovala postupně písmenka a čísla. U Číselného čtverce se postupně dokázal orientovat, ale výsledky obou testů dokazovaly hyperkinetický syndrom v dosti velké intenzitě.

Při opakování testů po sedmi měsících Dan nevykázal žádné zlepšení v testovém hodnocení. Výsledky na začátku i na konci experimentu byly téměř stejné.

Přesto jsem pozorovala určité zlepšení v relaxačních hodinách, dokázal se rychleji zklidnit a pozorovala jsem méně negativních projevů. Také prarodiče a učitelé uvedli několik zlepšení, a to v diagnostických otázkách MKN, týkajících se poruch chování a agresivity. Shodně uvádějí, že Dan není tolik agresivní a nepřizpůsobivý. Přesto, že se však dále u chlapce agresivita vyskytuje a je stále velice impulsivní. V projevech chování objevili pedagogové i prarodiče novou dimenzi a to určitou lítost. Pokud je Dan na svoje spolužáky, učitele nebo prarodiče agresivní, po afektu si své chování částečně uvědomí a následně se dokáže omluvit. Toto chování před relaxačním cvičením pedagogové ani prarodiče nikdy nezaznamenali.

### 6. 1. 3 Případová studie Radka (výsledky)

Radka chodila na relaxaci stejně jako chlapci, dvakrát týdně a pracovali jsme nejdéle 20 minut.

Radka byla podrobena našemu tetování a výsledky byly na začátku i na konci testovaného období téměř stejné.

U dívky se projevovaly příznaky ADHD ze všech tří dětí nejvíce. Dokazovaly to i výsledky testů, které dívka zpracovávala. Měla značné problémy již s prvním TMT testem a to spojováním pouhých čísel, pokud měla za úkol spojovat čísla a písmenka zdála se velmi zmatená a byla nutno jí velice často opravovat. Výsledky testů ukázaly ADHD v poměrně silné intenzitě. Stejně problémy měla s vyplněním testu Číselný čtverec a ten intenzitu hyperkinetického syndromu pouze potvrdil. Také diagnostika MKN vyplněna pedagogy a rodiči ukázala jednoznačně, s jakými problémy se dívka setkává. Po plynutí sedmi měsíců se odpovědi rodičů ani pedagogů nijak významně nelišily od prvních výsledků.

Jsem však zcela přesvědčena, že relaxační cvičení mělo pro Radku veliký význam, mohla zde projevit svoji osobnost nebyl na ni činěn nátlak a bylo plně respektováno její pracovní a motorické tempo. U tohoto dítěte jsem přesvědčena, že ve spolupráci s rodiči lze dosáhnout velkého posunu jak v oblasti vzdělávání, tak v mezilidských vztazích. Náповědou mi je to, že před rokem byla Radka daleko více odmítána svými spolužáky a i někteří pedagogové měli o ní pochybnosti. To však již dnes zcela neplatí, udělala pokroky jak ve výuce (tady je nutno zmínit kvalitní práci třídní učitelky a psychologky), tak ve vztazích s kamarády. Vrstevníci ji tolik neodmítají a berou ji téměř jak sobě rovného partnera.

Dovolím si tvrdit, že tento posun vyvolalo mimo jiné také relaxační cvičení, kdy jsem se snažila Radku nejen učit uvolnění, ale také posilovat její sebevědomí a osobnost. Relaxační hodiny by dle mého názoru měly pokračovat, protože jak jsem zjistila, děti s ADHD si dokážou relaxaci náležitě užít a některé techniky umí využít jen pro svůj prospěch. Zdálo se mi, že Radka nabývá sebevědomí a umí lépe komunikovat a hodnotit sebe samu, což samozřejmě souvisí i s dozráváním centrální nervové soustavy.

## 7. DISKUSE

K vypracování magisterské práce mne přivedla moje práce učitelky v Základní škole praktické a speciální a také praxe vychovatelky v Dětském domově. Všude tam jsem se setkávala a setkávám s nepozornými, hyperaktivními a impulsivními dětmi. Tito jedinci mají takové problémy, které přímo zasahují do jejich života a bezprostředně ho ovlivňují. Není to pouze hraniční pásmo mentální retardace, jež se u všech sledovaných dětí objevuje, jsou to i problémy s nefunkční nebo špatně fungující rodinou. Navíc trpí syndromem ADHD, který je pro děti jen těžce zvladatelný a ve velké míře může přetrvávat do dospělosti.

Při podrobném sledování dětí jsem se přesvědčila, jak je pro ně těžké žít v našem normami svázaném světě. Rádi by se začlenily a přizpůsobily, ale jejich diagnóza jim to neumožňuje. My je mnohdy nechápeme a myslíme si, že nás zlobí úmyslně, že ve škole schválně ruší a neposlouchají, a mnohdy si ani rodiče ani pedagogové neuvědomují, že tomu tak není. Vždyť kolik podnětů a impulsů musí člověk s ADHD zpracovat! Potom se není schopen soustředit, je impulsivní nebo příliš aktivní, ale v podstatě jeho aktivita nemá žádné pozitivní výsledky. Toto vše se nejprve projeví v rodině, kdy si s tímto dítětem neví rodiče rady a často ho nepřiměřeně a zcela zbytečně trestají, následně se jeho problémy projeví v komunikaci s vrstevníky a v neposlední řadě také ve škole. Dítě bývá neúspěšné a neoblíbené. To vede k jeho sociální izolaci a někdy se mohou objevit i závažné poruchy chování.

Chtěla jsem vyzkoušet, zda pohybově relaxační aktivita, prováděná pravidelně, dokáže pozitivně ovlivnit syndrom ADHD. Ke svému záměru jsem si vybrala individuální práci s dítětem. Chtěla jsem zjistit, zda tato aktivita dokáže prokazatelně zlepšit projevy hyperaktivity, impulsivitu a nepozornost.

### **Hypotéza č. 1**

Předpokládám, že pohybově relaxační program povede ke zlepšení projevů hyperaktivity probandů..

Tato hypotéza se na základě provedených retestů prokazatelně nepotvrdila. V dotazování uvedli pedagogové a rodiče částečné zlepšení projevů u všech dětí, ale v konečném hodnocení konkrétních testů se děti stále pohybovaly v pásmu, které je pro ADHD typické. V žádném z dotazování se odpovědi nezměnily natolik, že by rodiče

nebo učitelé uvedly, že se konkrétní příznak již nevyskytuje. Zlepšení bylo v tom smyslu, že se příznak projevuje někdy.

### **Hypotéza č. 2**

Předpokládám, že pohybově relaxační program povede ke zlepšení projevů impulsivity probandů.

Také tato moje hypotéza se nepotvrdila, stejně jako v předešlém případě nebylo retestem dosaženo prokazatelného výsledku. Projevu impulsivity si nejvíce všimli učitelé a proto i na sebemenší zlepšení reagovali. U všech tří dětí shodně uvádějí třídní učitelé jakousi umírněnost v projevu a snahu o sebekontrolu. V tomto směru se dle pedagogů nejvíce zlepšil nejstarší chlapec Marek.

### **Hypotéza č. 3**

Předpokládám, že pohybově relaxační program povede ke zlepšení projevů nepozornosti probandů.

Přesto, že jsem do relaxačních technik pravidelně zapojovala cvičení na koncentraci pozornosti, také tato hypotéza nebyla potvrzena výsledky použitých metod v experimentu.

Jako v předešlých případech mírné zlepšení uvádějí rodiče a pedagogové. Tyto názory mohu jen potvrdit, jelikož jsem sama jedním z učitelů a s testovanými dětmi se pravidelně ve výuce setkávám.

Prokazatelně se tedy hypotézy, které jsem vytvořila na podkladě dostupné literatury, nepotvrdily. Na druhé straně nemohu než souhlasit s Žáčkovou a Jurovičovou (2005), že se projevy hyperaktivity, nepozornosti a impulsivity při relaxaci mírně zlepšují. Relaxace vede k lepšímu sebepojetí a sebekontrolu dítěte. Nevím, zda autorky své tvrzení o zlepšení mají potvrzené standardizovanými testy nebo pouze subjektivním hodnocením. Ale u dětí, se kterými jsem v experimentu pracovala se toto jednoznačně projevilo, což tvrdily také rodiče a pedagogové.

Také Train (1997) uvádí, že pokud se děti naučí pracovat s relaxačními technikami, pomůže toto k celkovému zlepšení stavu dítěte. Tady bych byla více opatrná, protože celkového zlepšení stavu není možno dosáhnout pouze relaxačními technikami. Je potřeba komplexního a celostního přístupu. Jak jsem již uvedla, je nutné, aby se zlepšení potvrdilo ve standardizovaných testech.

Naprosto souhlasím s Reifovou, a mohu jen potvrdit, že děti s ADHD prožívají často velké stresy. Jsou ve stálém napětí. Relaxační strategie jim umožňují se stresem pracovat a učit se uvolnění a odpočinku. Toto se myslím i v mé práci jednoznačně potvrdilo. Nejen, že děti relaxační hodiny rády navštěvovaly, ale po dobu sedmi měsíců jsem zaznamenávala pomalé pokroky v uvolňovacích cvičeních, děti se naučily správnému dýchání, snažily se soustředit a v konečném důsledku z relaxačních cvičení chodily usměvavé a odpočaté.

### **Případové studie**

Pracovala jsem se třemi dětmi, dvěma chlapci a jednou dívkou, v individuálním programu. Ve své práci neuvádím pravá jména dětí, používám pseudonymy. Věkové rozmezí devět až čtrnáct let. U všech dětí byl diagnostikován hyperkinetický syndrom ADHD. Starší z chlapců se pohyboval v mírnějším pásmu poruchy. U obou mladších dětí bylo pásmo hyperaktivity, nepozornosti a impulsivity vyšší. Oba psychologické testy provedla a vyhodnotila školní psycholožka, se kterou jsem mohla konzultovat také terapeutické postupy v relaxačním cvičení.

Na základě testů a pomocné diagnostické metody MKN jsem začala s dětmi provozovat relaxační program. Snažila jsem se, aby hodiny byly „šité na míru“ konkrétnímu dítěti. Setkávali jsme se vždy ve stejnou dobu a den dvakrát v týdnu. Pracovali jsme v relaxační odpočinkové místnosti a v pracovně psycholožky. Bylo velmi důležité pro děti místnost před cvičením upravit tak, aby se cítily dobře a bezpečně. Důležité bylo odstranit neznámé předměty a nechávat nábytek na stejném místě. Jakmile bylo něco trochu jinak, děti to rušilo a musela jsem vše vysvětlovat. Doba relaxace se s postupujícím časem prodlužovala a ke konci sedmiměsíčního působení jsem mohla někdy s dětmi pracovat i přes dvacet minut.

Zkušenosti a postřehy, které jsem při práci získala jsou pro mne jako učitelku a cvičitelku neocenitelné a některé z nich si dovoluji interpretovat také ve své práci.

Marka znám již delší dobu, věděla jsem, že to bude trvat déle, než si principy relaxace osvojí. Chce stále mluvit a nebo se na něco ptát. První hodinu jsme vlastně strávili pouze povídáním o tom, co nás během sedmi měsíců čeká. Vysvětlila jsem mu pozitivní účinky relaxace a taky si s ním pohovořila o některých technikách, které bychom mohli vyzkoušet. Chtěla jsem, aby se uvolnil a věděl, že ho nebudu do ničeho nutit a budeme se snažit postupovat tak, aby mu bylo na hodinách příjemně a skutečně

si odpočinul. Jak jsem již psala v předchozí části, Marek nebývá nemocen a tak chodil relaxovat opravdu pravidelně. Další hodiny jsem se snažila navázat s chlapcem bližší kontakt a tak jsem kombinovala techniky a hledala, co by mu nejlépe vyhovovalo. Několik prvních lekcí jsme zahajovali smíchem. Radkovi je totiž s nastupující pubertou všechno směšné, stačilo nějaké slovní spojení a smích se nedal utišit. V této souvislosti jsme taky vyzkoušeli hatlaninu. (OSHO, 1991, s.197) „*Sami nebo ve skupině zavřete oči a začněte vydávat nesmyslné zvuky – hatlaninu.....Dovolte vyjádřit cokoli potřebujete.*“ Tato technika spolu se smíchem mi otevřela bránu k Markovu uvolnění, mohl vyjádřit co cítil a učil se tak určitému sebepojetí, mohl se vyjádřit svobodně a nikdo vlastně ani nevěděl, co má na mysli. Potom se tomu smál. Po tomto úvodu byl připraven na zklidnění. Marek se lehce naučil protahovat a uvolňovat, rychle si dokázal uvědomit, co je napětí. Dobře střídal při pokynech napětí a následné uvolnění. Postupně jsem začala pomalu zařazovat autogenní trénink. Rád poslouchal příběhy. Zpočátku se samozřejmě zase vyptával na podrobnosti, ale postupně si odvykl a snažil se soustředit. Techniku masáží jsem u něho neprováděla, ale naučil se krátké automasáže. Co nechtěl dělat byla imaginace. Několikrát jsem to zkusila a následně jsem od této relaxační techniky ustoupila. Učili jsme se správnému dýchání a to je také obecně pro děti dosti složité. Na zklidnění jsem využívala návod od (A.Train,1997,s.124)“ *Zavři oči a zhluboka se nadechni společně se mnou..... „Potichu, klidně a zhluboka se nadechni...a nyní pomalu vydechni....Znova se nadechni...a pomalu vydechni.... Znova nádech a výdech....Poslouchej zvuky kolem sebe....pokus se zaslechnout zvuky zvenku.....Znovu naslouchej okolní zvuky....zaposlouchej se do zvuků uvnitř pokoje...Znova se pomalu nadechni a vydechni.....Počítej si v duchu společně se mnou a jak počítáš, představuj si čísla.....Jedna...dva....tři..zastav se u čísla tři...a představ si ho větší....nyní si představ jakou má asi barvu....“* S Markem jsme se dostali tak daleko, že jsme trénovali hrudní dech, dech podklíčkový i břišní dýchání. Střídali jsme nádech a výdech nosem i ústy, střídavě. Také jsme se pokusili nadechovat jednou a následně druhou nosní dírkou

Marek rád cvičil některá jógová cvičení, naučil se pozici „zajíce“ a také dobře zvládal „Pozdrav slunci“..Problémy mu dělala pozice „volavky“, ale i tu se ke konci sedmiměsíčního cyklu naučil. Kromě jógy se mi dobře osvědčilo rytmické bubnování a rytmizace. Marek sice má s rytmem velké problémy, ale chtěl se naučit bubnovat a tak



se opravdu snažil a postupně i rytmus udržel. Bubnování bylo jedno s nejoblíbenějších relaxačních cvičení .

Je předmětem diskuse, zda toto zlepšení bylo vlivem relaxačního cvičení, nebo zda se odrážela na Markovi rodinná „pohoda“, která v poslední době u nich panuje. Děda se chlapci poměrně dosti věnuje, jezdí s ním na ryby, koupil auto a bere ho i s babičkou na výlety. Pozorovala jsem, a tak se i chlapec poslední dva měsíce vyjadřoval, že je doma spokojený.

Otázkou zůstává, zda po ukončení pravidelných relaxačních cvičení se bude Marek i nadále zlepšovat, zda projevy hyperaktivity, impulsivity a nepozornosti budou přetrvávat či nikoli. Jsem přesvědčena, že by měl v relaxaci pokračovat, alespoň po dobu povinné školní docházky.

Daniel chodil od začátku na relaxační cvičení velice rád. V počátku vykazoval ve svém projevu veliký neklid, nedokázal se vůbec soustředit a neakceptoval moje pokyny. Postupně zjistil, že se mohou věnovat pouze jemu a začal se více na relaxaci soustředit. Když Dan přicházel na cvičení, snažila jsem se eliminovat nové podněty, protože chlapec si všeho povšiml a okamžitě byl nesoustředěn. Při relaxaci také nesměla hrát hudba.

V posledních dvou měsících se s ním dalo pracovat i 15 minut. U Daniela jsem volila relaxaci více uklidňující aktivity, aktivační cvičení jsem prováděla méně často.

Osvojil si hry, kde jsem s ním procvičovala střídání napětí a uvolnění. Problém jsem mu nejdříve vysvětlila a Dan se snažil dle mých instrukcí pokyny plnit. Hráli jsme hru „Štronzo – Portamento“ Na můj pokyn „Štronzo“ musel Dan zkamenět a naopak „Portamento“ znamenalo pohyb. Tato hra se mu velice líbila. Na hru často navazovalo protažení a uvolnění. *„V této etapě nácviku se zaměřujeme na vybavení pocitů, které známe z běžného lidského chování a které v nás vzbuzují určité blaho. Takové příjemné pocity prožíváme např. při protahování po probuzení, kdy následuje spontánní uvolnění. Příjemné pocity přicházejí z protažených senzitivních orgánů a svalových vřetének.“* (Hošková, Matoušková, 2005)

Nejoblíbenější relaxací pro Dana byla imaginace, pracoval soustředěně a bezvadně. Mohl se „převtělit“ do svých oblíbených hrdinů – policistů, hasičů, nebo hokejistů. Tuto techniku si oblíbil a nikdy jsme ji nevynechali. Postupně jsem s ním začala

procvičovat autogenní trénink. Chlapec byl dosti nesoustředěn a stále kladl otázky typu: „ Proč má být moje ruka těžká? Proč tady nemám policejní auto? Už si budeme povídat? „Takto jsme pracovali dva měsíce, než si Danek zvykl poslouchat a částečně relaxovat.

Důležité bylo naučit chlapce také správně dýchat. Dle Hoškové a Matouškové (2005) má správné dýchání několik významů .

1. Metabolický – výměna plynů
2. Mechanický – tlakové změny ovlivňují oběh, peristaltiku střev, podporují funkce jater
3. Formativní – dechem působíme na svalové napětí kosterního svalstva
4. Regulační – reguluje napětí a uvolnění svalů a zároveň takto reaguje nervstvo

Všimla jsem si, že Dan má obecně velice povrchní dýchání a tak jsem s ním začala provozovat hry, které dech stimulují a ovlivňují. Např. „Pití čaje.“, „Nafukování balónku“, „Sfukování pírká“. Chlapec pracoval a v relaxaci se již po kratší době na dýchání soustředil, avšak jak jsem ho pozorovala v běžných činnostech, stále byl jeho dech dosti povrchní. Správné dýchání tedy neměl ještě zafixované .

Další technikou, kterou jsme prováděli byla rytmizace. Danek neměl potíže se zapojením horních končetin při vytleskávání tuto techniku již znal z hodin tělesné a hudební výchovy . Ovšem pokud jsem změnila techniku a musel rytmus například vydupat, nebo zahrát na tělo, to již byl problém. Rytmizaci jsme trénovali a také se ji Danek částečně naučil.

U chlapce bylo zajímavé, že velice špatně dokázal zapojit diferencovaně sluchovou percepci. Pokud měl oddělit sluch a zrak, případně i hmat, jeho vnímání bylo velmi chudé a v úkolech dělal chyby. Proto jsem do relaxačních her zařadila techniky podporující soustředění . Například – dospělý neslyšně odříkává slova nebo věty a dítě musí pouhým odezíráním poznat co říká. Také jsme se snažili poznávat věci s vyloučením zraku. S Danem jsem používala hodně výtvarné techniky – například jsme v rámci Velikonoc malovali veliké vajíčka z Velikonočního ostrova, čerpala jsem od (Pazlarové, Nedvědové, Pilařové, 1998 s. 28) „*Ideální je tuto aktivitu zařadit v období velikonoc. V každém vajíčku se přece skrývá nějaké tajemství. A proto do vajíčka může dítě nakreslit, co by si přálo ze všeho nejvíc.*“ S Dankem jsme také

zkoušeli cvičit jógu, ale zvládli jsme pouze jednoduchá cvičení. Pozici zajíce, žáby nebo tygříka.

Nejraději měl Danek masáže, přesto, že nemá příliš rád osobní kontakt, masáže si opravdu uměl užít. Používala jsem masážních míčků, válečků a overbalů. Chlapec byl při masážích klidný. Dokázal se maximálně uvolnit a působil spokojeně. Masáže na Danka měly opravdu terapeutický účinek. Dokázal se natolik zklidnit, že až usnul.....

Myslím, že by bylo vhodné nadále s tímto „problémovým“ chlapcem pracovat, protože v jeho případě to není pouze ADHD, jako největší problém, do jeho života velice významně promlouvají genetické faktory a ne zanedbatelný problém agresivita, která ho zřejmě bude i v budoucnu provázet a ohrožovat.

Radka, nejmladší dítě se kterým jsem pracovala, byla zpočátku velmi roztěkaná a často ani nechápala, co po ní chci. Relaxace mohla probíhat pouze pár minut. Práce s Radkou byla ze všech tří dětí nejnáročnější.

Radka je velice společenská dívka a to, že se mohla plnohodnotně zapojit do tanečních vystoupení a také práce v relaxaci jí pomohlo vysloveně získat určité sebevědomí a respekt spolužáků. Má ráda školu, ráda se učí, i když to tak nevypadá, školní prostředí je pro ni motivující, stejně jako uznání spolužáků a učitelů. Dívka velice lpí na pochvale a uznání, potom se dokáže také lépe soustředit a dokonce bych mohla říci, že pozitivní posilování je pro ni nejvýznamnější motivací.

Při relaxačních technikách často odváděla pozornost jinam a bylo velice náročné ji motivovat. Pokud jsem motivaci dobře zvládla, začalo se mi postupně dařit Radku relaxacím učit. Poznala jsem, že se dokáže zklidnit při kývání. Stalo se to téměř naším společným rituálem. Dívka se posadila vedle mne na koberec, objaly jsme se kolem pasu a začaly se rytmicky pohupovat ze strany na stranu. Takto se Radka připravila na relaxaci a zklidnila se. Měla ráda také techniku protřepávání, ráda si lehla a nechala si protřepávat končetiny, vždy se u toho rozesmála a tak jsem obě techniky, smích a potřepávání, spojily. Radka má také poměrně velké problémy s rytmizací a tak jsme pravidelně rytmizaci prováděly. Snažila jsem se, aby dívka bezchybně vytleskávala jednoduchá slova, nebo svoje jméno. Bylo to pro ni velice těžké a úplně bez chyb to nebylo nikdy. Bubnování se nám nedařilo, Radka nebyla schopna udržet rytmus jednou ani oběma rukama.

Dívka také dobře reagovala na masáže, dokázala v klidu ležet a užívat si. Někdy si i sama o masáže řekla.

Dále jsem s ní pracovala na technikách upravující dýchání a tak jsme hrály podobné hry jako s Danem. „Pití čaje“, foukaly jsme do pířka, posouvaly papír .

Protože vím, že Radka je při práci dosti nedbalá, snažila jsem se s ní provádět některé výtvarné techniky. Jednak na uvolnění a také na posílení pozornosti a tvořivosti. Malovala jsem s ní na velké archy balícího papíru. Obkreslovaly jsme např. svoje postavy a pěkně jsme je vymalovaly. Radku tyto techniky bavily pouze tehdy, když jsme si mohly radit a byla semnou v úzkém kontaktu v okamžiku, kdy měla tvořit samostatně znova práci odbyla. Radku jsem učila také jógu, předčítala jsem jí z knihy *Jóga pro děti* a musím říct, že ze začátku vůbec nedokázala spojit sluchové vnímání s pohybem. Stále se ptala : „ Jak to mám dělat?“ „Proč žába.“ Nebo odváděla pozornost jiným směrem.

Také jsme posilovaly správné držení těla a koncentraci. Hrály jsem „Indický závod“ Zkusily jsme něco podobného jako indické ženy, na hlavu jsme umístily knihu a snažily jsem se ujít co největší vzdálenost. Snažily jsme usednout a vstát, překročit překážku. (Šimanovský, Mertin, 2000).

Jako nejnáročnější jsem shledala nácvik autogenního tréninku. Postupovala jsem dle návodu Müllerové (1998), kdy její krátké pohádky navozují pocit klidu a uvolnění. Podstatou každého příběhu je nabytí vnitřního klidu. *„Hodnota klidu a pokoje je jedním z nejdůležitějších poselství zprostředkovaných v pohádce.“* (Müllerová, 1998, s. 23). Každé cvičení autogenního tréninku jsem se snažila také patřičně ukončit. *„Každé cvičení je zakončeno takzvaným návratem do výchozí pozice. Začněte prudce pohybovat rukama opakovanými přísunými k tělu. Potom se natáhněte a protáhněte, jako při vstávání.“* (kol. autorů, 2006, s. 54)

Pro Radku to byl velice těžký úkol a zvládala ho až na konci sedmiměsíčního tréninku.

Další náročnou technikou pro dívenku bylo progresivní uvolnění podle Jacobsona. Autoři doporučují podobný postup (Nadeu, 2003):

1. Zatnout pravou ruku v pěst a pár sekund držet – pak uvolnit
2. To samé provedeme na levé ruce

3. Svraštíme čelo

4. Sevřeme víčka

5. Napneme krk

Podobný postup je na dolních končetinách. Radka pracovala dle momentálního zájmu a nálady. Někdy se nám hodina vydařila, jindy jsme pracovat nemohly.

Také jako u chlapců mohu pro Radku relaxační program jen doporučit. Do hodiny chodila velice ráda a pochvalně se vyjadřovala i doma .

Přesto, že jsem svým intervenčním programem nedosáhla takových výsledků, které bych očekávala a úspěch byl pouze částečný, vzpomněla jsem si na doporučení (Pazlarové, Nedvědové, Pilařové, 1998, s. 14): „ *Zapomeňme na krásné výkony. Jak již bylo řečeno, tyto děti většinou nedosahují žádných dovedností, které bychom mohli na první pohled chválit. Jsou proto v tom, co dělají kdekoliv a kdykoliv zklamány, že z vlastního neúspěchu či jen nedoceny za to, jakou energii do dané činnosti museli vložit. Nechme jím zažít pocit, že to, co dělají je prima originální a zajímavé právě tím, že to dělají jinak.* “

Domnívám se, že právě takovéto „malé“ úspěchy jsme s dětmi v relaxačním programu dosahovaly, ne vždy se dařilo tak, jak bychom si představovali, ale práce byla plná emocí, důvěrných sdělení, klidu, ale i nabytá energií, plná smíchu a uvolnění.

Myslím si, že pro děti s ADHD je velice dobrý individuální přístup při relaxačních programech, nejen proto, že program je přesně připraven pro konkrétního jedince, ale také terapeut má větší možnosti dítě dobře poznat a snažit se mu konkrétně vyhovět. V případě skupinové terapie, sice dítě prochází intenzivním sociálním kontaktem, avšak je také závislé na okolí. Stačí pouze malé podněty ostatních dětí a jedinec je hned vyrušen, hůře se soustředí. Pokud máme v relaxaci více dětí může se nám stát, že nebudeme moci pracovat několik hodin. A důvodem je nevyrovnanost probandů.

Během praktického provozování relaxace jsem dospěla k názoru, a nemusíte se mnou souhlasit, že pouze relaxačním cvičením se nedá dosáhnout uspokojivých výsledků a pokroků a tato teorie je vyslovena také v mnou prostudované literatuře. Terapie pro děti postižené hyperkinetickým syndromem musí být globální a komplexní. Je potřeba do ní zařadit všechny možné prostředky. Jak farmakologickou léčbu, tak

kognitivně behaviorální terapii, či pomocné terapie, do kterých lze zařadit i relaxační metody. (Drtilková, Šerý, 2007) Důležitá je jak spolupráce s rodinou, tak s učiteli a vychovateli. Jednotný přístup a odborné vedení může jistě těmto dětem významně pomoci.

Pro mne zůstává otázkou, zda by děti s ADHD neměly být automaticky zařazeny do individuálních relaxačních programů, které mohou provádět speciální pedagogové v rámci školy nebo psychologové v poradnách. Je totiž zajímavé, že po sedmiměsíčním cvičení určité zlepšení pozorovali jak rodiče tak pedagogové. Je to ovšem běh na dlouhou trať a děti by se těchto aktivit podle mne měly účastnit nejméně po dobu povinné školní docházky a rozhodně bych uvítala větší informovanost rodičů. . Otázkou je intenzita, forma a časová dotace intervence..

Dalším poznatkem je pro mne ocenění kolegů pedagogů, kteří jednoznačně navrhují v takovéto relaxaci pro děti pokračovat a v tomto počínání mne velmi podpořili. Tato podpora mne vede k myšlence, že práce kterou jsem s dětmi odvedla nebyla pouze „splnění“ si jakési povinnosti, ale měla konkrétní význam pro praxi. Přesto, že ověřená je pouze na naší škole.

Jednoznačně pozitivně musím zhodnotit proces, kterým všechny děti prošly. Domnívám se, že proces učení se relaxaci prostřednictvím pohybu, her, uvolnění, odpočinku a radosti, poznávání sebe sama, byl pro děti novou zkušeností.

Je pravdou, že konkrétní výsledky testů neprokázaly zlepšení hyperaktivity, impulsivity ani nepozornosti, ale domnívám se, že děti se za dobu sedmi měsíců naučily základy relaxačních technik, a pokud jim tato činnost bude nabízena, nebude to pro ně nic neznámého a nového a jistě plynule naváží na to, co jsme se v relaxaci naučili.

Ráda bych se ještě pozastavila nad osobností pedagoga a cvičitele, který se rozhodne s takto postiženými dětmi pracovat. Jednoznačně bych všem, kteří se takto rozhodnou, doporučila velký nadhled a neutuchající optimismus a trpělivost. Měl by z něj vyzařovat klid a pohoda.

Odbornost, pedagogické vzdělání a znalost problematiky hyperkinetického syndromu je samozřejmostí.

Důležité je umět dítě zaujmout a dokázat mu vytvořit prostředí, kde by se cítilo dobře a opravdu se mohlo náležitě uvolnit a relaxovat. Toto vše nejde bez jedné podstatné věci. Musíme mít k dětem kladný a bezprostřední vztah, založený na

vzájemné úctě a důvěře. Vždyť si uvědomme, kolik negativních ohlasů na svůj projev a chování dítě ve svém životě slyšelo. Potom máme založeno na částečné a pomalé úspěchy, které nám mohou všem dělat velkou radost.

## 8. ZÁVĚR

V magisterské práci se zabývám problematikou snížení negativních příznaků u dětí s ADHD. Je to především hyperaktivita, impulsivita a nepozornost. K tomuto účelu jsem si vybrala tři děti z naší školy, které této diagnóze odpovídají. Pravidelně jsem s nimi prováděla relaxační cvičení.

Pracovala jsem s dětmi celých sedm měsíců a předpokládala jsem, že dosáhnu zlepšení uvedených symptomů. Tato teorie se nepotvrdila, ale v subjektivním hodnocení pedagogů a rodičů k určitému zlepšení došlo. Pedagogové uvádějí zlepšení ve školním výkonu, také zaznamenali delší dobu koncentrace ve výuce. Rodiče uvádějí celkové zklidnění nežádoucích projevů v chování. Toto mohu také potvrdit například v případě Radky, kdy jsem ji vybrala na poměrně velkou sportovní akci, kde jsem opět sledovala její projevy a přes to, že byla hodně živá, držela se kolektivu a nebyl s ní větší problém.

Při práci s těmito dětmi je potřeba skutečně trpělivého a odborně vzdělaného člověka, který si dokáže k dětem najít cestu a ta je potom vodítkem jak s jednotlivým dítětem pracovat.

Pro pedagoga je nesmírně náročné, zvládnout takto handicapované dítě v kolektivu ostatních dětí a mnohdy musí i určitým způsobem chránit ostatní děti.

Proto mne stále napadá, že relaxační hodiny by měly být nedílnou součástí terapie pro děti s ADHD nejméně po dobu školní docházky.

Pro mne osobně to byla neocenitelná zkušenost a vlastně velice podrobná sonda do života dětí. Navázala jsem s nimi velice úzký vztah a mnoho se dozvěděla nejen o nich samotných, ale také o syndromu, kterým trpí a také sama o sobě.

Při práci jsem byla nucena stále hledat nové postupy, hry a relaxace, abych děti dokázala zaujmout. Děti byly nabity energií, kterou nebylo jednoduché směřovat správným směrem. Toto spolu s jejich nepředvídatelným chováním, bylo velice těžké a vyčerpávající. Přesto jsem měla ze své práce dobrý pocit. Vedly mne k tomu nejen ohlasy dětí, ale i kladné hodnocení pedagogů a rodičů.

Během svého experimentu jsem se alespoň částečně dokázala vcítit do role rodičů takto handicapovaného dítěte a nezbyvá mi nic jiného než je obdivovat. My se ve škole



s dítětem setkáváme poměrně krátkou dobu a někdy se nám zdá, že je to neúnosné. Co teprve musí prožívat rodiče, když dítě vychovávají odmalička.

Myslím, že v tomto ohledu by měla škola i poradenské pracoviště být rodičům nápomocna s radou a doporučením. Myslím, že v současné době jsou v této oblasti dost velké nedostatky. Ještě dnes se setkávám s názorem, že dítě není handicapováno, ale mělo by se spíš za své chování potrestat. Proto mohu jedině doporučit spolupráci s psychologem, psychiatrem a speciálním pedagogem.

Po zkušenosti s relaxačním programem vím, že na naší škole v něm budu s dětmi dále pokračovat.

..

## 9. POUŽITÁ LITERATURA

BLUME, R. *Agression bei Kindern. Arten Ursachen Intervention*. Grin Verlag 2006. ISBN 978-3-640-38674-1.

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ O., et al. *Hyperkinetická porucha / ADHD*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978- 80-7262-419-5.

GUILLAUD, M. *Relaxace v mateřské škole*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-162-X.

GOODMAN, R., SCOTT, S., ROTHENBERGER A. *Kinder psychiatrie Kompakt*. Stainkopf Verlag, 2000. ISBN 3-7985-1234-5.

HOŠKOVÁ, B., MATOUŠOVÁ, V. *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy pro studující FTVS UK*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-7184-621-X.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

JIRÁSEK, J. *Číselný čtverec*. Bratislava: Psychodiagnostika, 1992.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Velká kniha technik učení tréninku paměti a koncentrace*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3023-3.

KAVALE - PAZLAROVÁ, M., NEDVĚDOVÁ, S., PILAŘOVÁ, M. *Psychorelaxační cvičení a hry pro děti s LMD*. Praha: MŠMT, 1999.

LOKŠOVÁ, I., LOKŠA, I. *Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-205-X.

*Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Bohunice, 1996. ISBN 80-85121-64-6.

MILTNER, V. *Jóga pro děti*. Liberec: Liberecké tiskárny, 1990. ISBN 80-85269-00-7.

MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-188-3.

MULLEROVÁ, E. *Příběhy z měsíční houpačky*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-601-2.

NADEU, M. *Relaxační hry s dětmi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-712-4 .

- NEŠPOR, K. *Jóga pro děti*. Praha: Velryba, 1998. ISBN 80-85860-09-0.
- OHNEZORG, K. *Fonetika pro logopedy*. Praha: Univerzita Karlova, 1985. ISBN 60-124-84.
- OSHO: *Oranžová kniha. Meditační techniky*. Jihlava: Pragma, 1991. ISBN 80-85213-13-3.
- PACLT, I. a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.
- PACLT, I., PTÁČEK, R., FLORIÁN, J. *Hyperaktivita*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-71-7.
- PREISS, M., PANAMÁ, J. *Trail Making Test pro děti*. Brno: PPPV, 1995.
- RIEFOVÁ, A.,F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-287-4.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 3.vyd. 1997. ISBN 80-7169-512-2.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠEBEK, M. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. ISBN 80-04-23643-X.
- ŠKVOROVÁ, J., ŠKVOR, D. *Proč zlobím*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-407.
- ŠIMANOVSKÝ, Z., MERTIN, V. *Hry pomáhají s problémy*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-408-7.
- TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.
- VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.
- ŽÁČKOVÁ, H., JUROVIČOVÁ, D. *Relaxace nejen pro děti s LMD*. Praha: D+H, 2005.

ŽÁČKOVÁ, H. *Metody práce s dětmi s LMD – především pro rodiče a vychovatele*. Praha: D+H, 2005.

### **Literatura – odborná periodika**

HELEROVÁ, P., UHLÍKOVÁ, P. Perinatální rizika a hyperkinetický syndrom.. *Psychologie pro praxi*, 2003, č.6, s.244-246.

MALÁ, E. Hyperkinetické poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 2001, č.1, s. 121- 124.

### **Internetové zdroje**

HENDL, J., BLAHUŠ, P. Metodologie závěrečné práce. FTVS UK Praha [online].[cit.2010-05-01]. Dostupné z: [http:// www.cuni.cz/hendl/index/1.html](http://www.cuni.cz/hendl/index/1.html).

NEŠPOR, K. Léčba smíchem - Zůstat střízlivý. [online]. [2010-06-07]. Dostupné z [http:// www.drnespor.eu](http://www.drnespor.eu).

### **Příspěvek ve sborníku**

BARTOŇOVÁ, M., KOZÁKOVÁ, K. Problematika jedinců s poruchou pozornosti (ADHD) v zahraničním výzkumu. In KLENKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností. Vzdelávání žáků s specifickými vzdělávacími potřebami*. Výzkumný záměr MSM 00216 22 443. Brno: Paido, 2008, s. 19 – 29. ISBN 978-80-7315-167-6.

## **10. SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Etický kodex

Příloha č. 2 – Obrázky

Příloha č. 3 - Dotazník pro vychovatele, rodiče a učitele

## 11. PŘÍLOHY

## **Příloha č. 1 - Etický kodex**



UNIVERZITA KARLOVA  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU  
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6 – Veleslavín  
tel. (02) 2017 1111  
<http://www.ftvs.cuni.cz/>

## Žádost o vyjádření etické komise UK FTVS

k projektu diplomové práce, zahrnující lidské účastníky

**Název:** Ověření individuálního přístupu při relaxaci u dětí s ADHD

**Forma projektu:** diplomová práce

**Autor/ hlavní řešitel/** Hana Országová

**Školitel** (v případě studentské práce) Mgr. Miroslava Plívová, Mgr. Kateřina Jönová

### Popis projektu

Cílem projektu je zjistit zda pravidelné individuální relaxační cvičení po dobu sedmi měsíců zmírní typické negativní příznaky ADHD u tří vybraných probandů. Na počátku a taktéž na konci budou provedeny ve spolupráci s psychologkou dva psychotesty a to ( TEST ČÍSELNÝ ČTVEREC a TRAIL MAKING PRO DĚTI), jako diagnostická pomůcka bude využito dotazování, které doporučuje Mezinárodní klasifikace nemocí.

### Zajištění bezpečnosti pro posouzení odborníky

V průběhu projektu nebude použito invazivních metod.

### Etické aspekty výzkumu

Rizika pro účastníky výzkumu nejsou žádná. Žáci byli informováni o průběhu projektu a rodiče (zákonní zástupci) byli seznámeni s průběhem a cílem projektu.

**Informovaný souhlas** přiložen

V Praze dne

Podpis autora.....

## Vyjádření etické komise UK FTVS

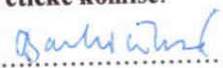
**Složení komise:** doc.MUDr.Staša Bartůňková, CSc  
Prof.Ing.Václav Bunc, CSc.  
Prof.PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc  
Doc.MUDr.Jan Heller, CSc.

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: ..... 0133/2010

dne: ..... 4. 8. 2010

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnici pro provádění biomedicínského výzkumu, zahrnujícího lidské účastníky.

**Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.**

  
.....  
podpis předsedy EK

razítko školy





## **Příloha č. 2 - Obrázky**



OBRÁZEK Č. 1: Pozice zajíce – výchozí poloha



OBRÁZEK Č. 2: Pozice zajíce



OBRÁZEK Č. 3: Pozice volavky



OBRÁZEK Č. 4: Pozdrav slunci – výchozí poloha

### **Příloha č. 3 – Dotazník pro vychovatele, rodiče a učitele**

## Dotazník pro vychovatele, rodiče a učitele

Údaje získané z tohoto dotazníku budou použity pouze pro účely magisterské práce

### a) NEPOZORNOST

---

1. Dítě není schopno věnovat plnou pozornost detailům nebo dělá chyby z nepozornosti ve školních úlohách, při práci, nebo jiných aktivitách.

ANO  NĚKDY  NE

---

2. Často není schopno udržet pozornost při úkolech nebo hře.

ANO  NĚKDY  NE

---

3. Často se zdá že neposlouchá.

ANO  NĚKDY  NE

---

4. Často není schopno sledovat instrukce nebo dokončit školní úlohu, běžné pracovní povinnosti (nikoliv pro opoziční chování, nebo neschopnost pochopit instrukce).

ANO  NĚKDY  NE

---

5. Často má potíže s organizováním úkolů a aktivit.

ANO  NĚKDY  NE

---

6. Často se vyhýbá úkolům, které vyžadují trvalé duševní úsilí, nebo je má velice nerado.

ANO  NĚKDY  NE

---

7. Často ztrácí věci, které potřebuje pro určité aktivity jako – školní potřeby, tužky, hračky,,,,

ANO  NĚKDY  NE

---

8. Dá se často rozptýlit vnějšími podněty,

ANO  NĚKDY  NE

---

### b) HYPERAKTIVITA

---

1.. Dítě často pohybuje neklidně rukama nebo nohama, nebo se vrtí na židli

ANO  NĚKDY  NE

---

2. Vstává ze židle ve třídě nebo v jiných situacích, kde se očekává, že bude sedět

ANO  NĚKDY  NE

---

3. Často nadměrně pobíhá nebo stoupá v situacích, kdy je to nevhodné

ANO  NĚKDY  NE

---

4. Často je při hraní nadměrně hlučné nebo má potíže zabývat se ve volném čase tichou činností.

ANO  NĚKDY  NE

---

5. Trvale projevuje příliš vysokou motorickou aktivitu, která se podstatně nepřizpůsobuje sociálním, nebo společenským požadavkům.

ANO  NĚKDY  NE

---

### c) IMPULSIVITA

---

1. Dítě často vyhrkne odpovědi na otázky, které nabyly dokončeny

ANO  NĚKDY  NE

---

2. Často není schopno čekat ve frontě nebo čekat, až na něho přijde řada ve hře, nebo ve skupinových situacích.

ANO  NĚKDY  NE

---

3. Často přerušuje nebo se vnucuje jiným lidem (skáče do řeči, plete se jiným do hry...)

ANO  NĚKDY  NE

---

4. Často příliš mluví bez ohledu na sociální zábrany....

ANO  NĚKDY  NE

---

Cítíte potřebu k tomuto tématu něco závažného sdělit ?

## Dotazník pro vychovatele, rodiče a učitele

Údaje získané z tohoto dotazníku budou použity pouze pro účely magisterské práce

### a) NEPOZORNOST

---

1. Dítě není schopno věnovat plnou pozornost detailům nebo dělá chyby z nepozornosti ve školních úlohách, při práci, nebo jiných aktivitách.

ANO  NĚKDY  NE

---

2. Často není schopno udržet pozornost při úkolech nebo hře.

ANO  NĚKDY  NE

---

3. Často se zdá že neposlouchá.

ANO  NĚKDY  NE

---

4. Často není schopno sledovat instrukce nebo dokončit školní úlohu, běžné pracovní povinnosti (nikoliv pro opoziční chování, nebo neschopnost pochopit instrukce).

ANO  NĚKDY  NE

---

5. Často má potíže s organizováním úkolů a aktivit.

ANO  NĚKDY  NE

---

6. Často se vyhýbá úkolům, které vyžadují trvalé duševní úsilí, nebo je má velice nerado.

ANO  NĚKDY  NE

---



7. Často ztrácí věci, které potřebuje pro určité aktivity jako – školní potřeby, tužky, hračky,,,,

ANO  NĚKDY NE

---

8. Dá se často rozptýlit vnějšími podněty,

ANO  NĚKDY NE

---

### b) HYPERAKTIVITA

---

1.. Dítě často pohybuje neklidně rukama nebo nohama, nebo se vrtí na židli

ANO  NĚKDY  NE

---

2. Vstává ze židle ve třídě nebo v jiných situacích, kde se očekává, že bude sedět

ANO  NĚKDY  NE

---

3. Často nadměrně pobíhá nebo stoupá v situacích, kdy je to nevhodné

ANO  NĚKDY  NE

---

4. Často je při hraní nadměrně hlučné nebo má potíže zabývat se ve volném čase tichou činností.

ANO  NĚKDY  NE

---

5. Trvale projevuje příliš vysokou motorickou aktivitu, která se podstatně nepřizpůsobuje sociálním, nebo společenským požadavkům.

ANO  NĚKDY NE

---

### e) IMPULSIVITA

---

1. Dítě často vyhrkne odpovědi na otázky, které nabyly dokončeny

ANO  NĚKDY NE

---

2. Často není schopno čekat ve frontě nebo čekat, až na něho přijde řada ve hře, nebo ve skupinových situacích.

ANO  NĚKDY NE

---

3. Často přerušuje nebo se vnučuje jiným lidem (skáče do řeči, plete se jiným do hry...)

ANO  NĚKDY NE

---

4. Často příliš mluví bez ohledu na sociální zábrany....

ANO  NĚKDY NE

---

Cítíte potřebu k tomuto tématu něco závažného sdělit ?