Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor (kombinace): Speciální pedagogika předškolního věku

VLIV RELAXACE NA DĚTI S PORUCHOU POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

INFLUENCE OF RELAXACION AT PRE-SCHOOL CHILDREN WITH ATENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER

Bakalářská práce: 08-FP-KSS-2016

Autor:

Ivana Nováková

Adresa:

Zahradní 920

277 13 Kostelec nad Labem

Podpis:

Ivana Nováková

Vedoucí práce: PhDr. Zdena Michalová, Ph.D.

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
88	6	-	5	45	3 + 1 CD

V Liberci dne: 9.3.2009

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: Ivana Nováková
Adresa: Zahradní 920, 277 13 Kostelec nad Labem

Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku
Kód oboru: 7506R012

Název práce: VLIV RELAXACE NA DĚTI S PORUCHOU POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Název práce v angličtině: INFLUENCE OF RELAXACION AT PRE-SCHOOL CHILDREN WITH ATENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER

Vedoucí práce: PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.

Termín odevzdání práce: 15.4.2009

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář" (Bc.).

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Ivana Nováková

Datum: 28.2.2008

Podpis studenta: .....

Cíl práce:

Zjistit, do jaké míry je možno prostřednictvím relaxačních technik posílit u dětí s ADHD koncentraci pozornosti včetně dalších kognitivních funkcí a snížit hyperaktivitu.

Základní literatura:

LANGMEIER, J., BALCAR K. *Dětská psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-381-1

MICHALOVÁ, Z. *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007

MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita.* 1.vyd. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-625-X

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči.* 1.vyd. Brno: Paido, 2001, ISBN 80-7315-010-7

SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním.* 1.vyd. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-315-3

SCHIRNER, M. *Dechové techniky*. 1. vyd. Olomouc: Fontána, 2003, ISBN 80-7336-107-8

ŠULOVÁ, L. *Problémové dítě a hra.* 1.vyd. Praha: Raabe, 2004, ISBN 80-86307-15-8

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí.* 1.vyd. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-503-2

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti.* 1.vyd. Praha: Portál, 1997, ISBN 80-7178-131-2

VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0723-3

ZIKEŠOVÁ, M. *Jóga nejen pro děti*. 1. vyd. Praha: Erika, 2005, ISBN 80-7190-662-X

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do její skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Praze dne: 9. 3. 2009 Ivana Novák

.....

Děkuji PhDr. Zdeně Michalové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za trpělivost, obětavost, věnovaný čas, za cenné rady, podněty a připomínky, které mi poskytla.

Dále děkuji MŠ „Obláček“ na Praze 9 za ochotu a umožnění realizace mého relaxačního programu.

V Praze 9. 3. 2009

Ivana Novák

.....

Název BP: VLIV RELAXACE NA DĚTI S PORUCHOU POZORNOSTI S HYPERAKTIVITOU PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Název BP: INFLUENCE OF RELAXACION AT PRE-SCHOOL CHILDREN WITH ATENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER

Jméno a příjmení autora: Ivana Nováková

Akademický rok odevzdání BP: 2008 – 2009

Vedoucí BP: PhDr. Zdeňka Michalová, Ph.D.

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala problematikou ADHD u dětí předškolního věku. Jejím cílem bylo zjistit četnost výskytu jednotlivých symptomů, které jsou pro tento syndrom typické a možnosti zmírnění projevů symptomů využitím kombinace různých relaxačních technik. Tohoto cíle bylo dosaženo.

Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Část teoretická, která objasňovala jak problematiku symptomů ADHD, tak různé relaxační techniky pomocí zpracování odborných pramenů. Praktická část zjišťovala pomocí dotazníků pro učitelky mateřských škol výskyt jednotlivých symptomů u dětí s ADHD předškolního věku a jejich zmírnění využitím půlročního relaxačního programu. Výsledky ukazovaly zlepšení symptomů u všech dětí, které se relaxačního programu zúčastnily.

Za největší přínos práce bylo možno považovat zjištění, že kombinací různých relaxačních technik se mohou zmírnit symptomy ADHD a tedy vhodnosti věnovat se těmto technikám při práci v mateřské škole.

Klíčová slova: ADHD, syndrom, symptom, dotazník, experiment, relaxační techniky, jóga, mandala, arteterapie.

Summary:

The bachelor's thesis dealt with problems of ADHD relating to children of pre-school age. Its target was to determine the frequency of occurrences of particular symptoms typical for this syndrome, and possibilities to ease the signs of symptoms by using the combination of various relaxation techniques. This aim was achieved.

The thesis was formed by two fundamental areas. The theoretical part explained the problems of ADHD symptoms as well as various relaxation techniques with the help of elaborating expert sources. The practical part involved a questionnaire for nursery school teachers to trace the occurrence of particular symptoms in pre-school children diagnosed with ADHD and the modulation of these symptoms during a six-month relaxation program. The results showed an improvement of symptoms in all the children involved with the relaxation program. The biggest contribution to the task was probably the discovery that the symptoms of ADHD can be reduced by a combination of different relaxation techniques, and consequently consideration of the suitability to apply these techniques during work in nursery schools.
Keywords: ADHD, syndrome, symptom, questionnaire, experiment, relaxation techniques, yoga, mandala, art therapy.

Resümee:

Die Bachelorarbeit beschäftigte sich mit der ADHD-Problematik bei Kindern im Vorschulalter. Das Ziel bestand darin festzustellen, wie häufig die einzelnen Symptome, die typisch für dieses Syndrom sind, auftreten und darin die Erscheinungsformen der Symptome durch die Kombination verschiedener Relaxtechniken möglicherweise zu mindern. Dieses Ziel wurde erreicht. Die Arbeit bestand aus zwei Kernbereichen. Der theoretische Teil, der die Problematik der Symptome, als auch verschiedene Relaxtechniken mithilfe ausgearbeiteter Fachquellen verdeutlicht. Im praktischen Teil wurden mithilfe von Fragebögen an Erzieherinnen in Kindergärten das Auftreten einzelner Symptome bei Kindern mit ADHD im Vorschulalter und die durch das halbjährige Relaxprogramm geminderten Symptome ermittelt. Die Ergebnisse zeigten eine Verbesserung der Symptome bei allen Kindern, die am Relaxprogramm teilnahmen.Als der größte Beitrag der Arbeit könnte die Feststellung betrachtet werden, dass mit der Kombination verschiedener Relaxtechniken auch die ADFID-Symptome gemindert werden können und so auch die Zweckmäßigkeit, sich diesen Techniken bei Aufgaben in Kindergärten zu widmen.
Schlüsselwörter: ADHD, Syndrom, Symptom, Fragebogen, Experiment, Relaxtechniken, Yoga, Mandala

OBSAH:

1 ÚVOD 10

2 TEORETICKÁ ČÁST 12

2.1 ADHD 12

2.1.1 Historie 13

2.1.2 Příčiny vzniku 14

2.1.3 Symptomy 16

2.1.4 Diagnostika 18

2.1.5 Terapie 20

2.1.6 Výchovné zásady dítěte s ADHD 22

2.1.7 Prognóza 24

2.2 Relaxační techniky 24

2.2.1 Relaxace 24

2.2.2 Jóga 27

2.2.3 Techniky muzikoterapie 34

2.2.4 Techniky arteterapie 38

3 PRAKTICKÁ ČÁST 46

3.1 Cíl praktické části 46

3.2 Stanovení předpokladů 46

3.3 Použité metody 47

3.4 Popis zkoumaného vzorku 55

3. 5 Průběh průzkumu 66

3.6 Získaná data a jejich prezentace 67

4 ZÁVĚR 81

5 NAVRHOVANÁ DOPORUČENÍ 82

6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 84

7 SEZNAM PŘÍLOH 88

Seznam použitých zkratek

ADHD: Attention Deficit Hyperaktivity Disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou

ADD: Attention Deficit Disorder, porucha pozornosti

LMD: syndrom lehké mozkové dysfunkce

MŠ: mateřská škola

SPU: specifické poruchy učení

SPCH: specifické poruchy chování

1 Úvod

Škola je tu pro děti, ne děti pro školu. S touto větou nelze jinak, než souhlasit. Vyplývá z ní však závažný fakt – škola by se měla dokázat zadaptovat na jakékoliv dítě. Je od ní vyžadována vysoká flexibilita a přizpůsobivost charakteristice dítěte. Vyplývá z vysoké různorodosti dětí, které ji navštěvují. Jsou mezi nimi i jedinci, kteří nemají žádný handicap, přesto je pro ně školní docházka spojena s více problémy. Jde o děti s ADHD, které mají svůj vstup do školy značně ztížený. Jejich porucha představuje velkou zátěž, která negativně ovlivňuje sebepojetí, sebevědomí a motivaci k práci. Ve škole se pak může projevit ve formě SPU – specifických poruch učení.

Ve své práci jsem se zaměřila na využití relaxačních technik u dětí s diagnózou ADHD. Téma relaxačních technik jsem si zvolila záměrně, neboť jsem se jimi zabývala na kurzech a seminářích, které byly součástí studia na Vysoké škole psychosociálních studií, kterou jsem dva roky studovala. Navíc jsem tři roky pracovala ve speciální třídě, kam byly zařazovány mimo jiné i děti s ADHD/ADD. Zde jsem měla možnost vyzkoušet některé relaxační techniky v praxi. To mne později vedlo k tomu, že jsem si zvolila téma relaxačních technik pro svou bakalářskou práci a měla jsem tak možnost ověřit si své poznatky ze studií a praxe na větším vzorku dětí s tímto syndromem. Zaměřila jsem se jen na děti s ADHD, které navštěvují mateřskou školu a u nichž již byl syndrom ADHD diagnostikován, neboť podle poznatků ze seminářů by měly relaxační techniky pomoci především dětem s hyperaktivitou a poruchami chování. Z relaxačních technik jsem si vybrala relaxaci, jógu a s ní související správné dýchání, a prvky muzikoterapie a arteterapie, neboť s těmito druhy relaxace mám již nějaké zkušenosti, ať už teoretické nebo praktické.

V mateřských školách je hodně dětí, u kterých už byla stanovena diagnóza ADHD, nebo učitelka pozoruje symptomy, které ukazují na to, že by u dítěte mohlo jít o tuto diagnózu. Tyto děti by mohly mít po vstupu do ZŠ problémy s učením a chováním.

Je proto velmi potřebné se těmto dětem věnovat už v mateřské škole, snažit se zmírňovat jednotlivé symptomy a ve spolupráci s rodinou pomáhat dětem překonávat jejich potíže ještě před nástupem do školy.

Cílem je teoretické i praktické zmapování výskytu dětí se syndromem ADHD v mateřských školách, proniknutí do jejich problematiky a využitím relaxačních technik prokázat jejich vliv na zklidnění a zlepšení pozornosti dětí s ADHD.

V teoretické části své práce se zabývám syndromem ADHD, jeho historií, příčinami jeho vzniku, jeho symptomy i prognózou jedinců s tímto postižením do dalších let. Popisuji zde také různé relaxační techniky, jejich cíle a způsoby využití.

V praktické části jsem pomocí analýzy spisové dokumentace, vyhodnocením dotazníků, které zpracovaly učitelky mateřských škol a rozhovorem s učitelkami mateřských škol rozpracovala výskyt dětí s ADHD v šesti mateřských školách na Praze 9 a zhodnotila svou práci s předškolními dětmi s diagnózou ADHD z MŠ „Obláček“, kdy jsme u nich každodenně po dobu pěti měsíců využívali některou z výše uvedených relaxačních technik.

Závěrem bych chtěla zkonfrontovat zjištěné výsledky výzkumu s úvodními hypotézami a zamyslet se nad využitím zjištěných skutečností.

Pro téma využití relaxačních technik u dětí s ADHD jsem se rozhodla také proto, že se nám v minulých letech několik dětí s ADHD vrátilo ze školy zpět do MŠ pro nepřizpůsobivé chování a není nic horšího, než dávat takové dítě dohromady, hlavně po psychické stránce. Myslím si, že lze tomuto selhání alespoň částečně zabránit, a to nejen dostatečnou spoluprací a komunikací mateřské a kmenové školy i spoluprací s rodinou ale právě také využitím některých relaxačních technik. Domnívám se, že by potom ubylo těch smutných, nechápavých dětských očí.

2 Teoretická část

2.1 ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

ADHD je porucha psychického vývoje, která se objevuje u dětí s podprůměrným, průměrným i nadprůměrným intelektem. Projeví se v raném dětství, objeví se u těchto dětí nápadností v chování. Jde o syndrom relativně přetrvávající, pervasivní a objevuje se v různých situacích. Ovlivňuje schopnost dítěte vykonávat úspěšně některé činnosti, zvláště školní. Dítě, které nemá úspěch ve svém prostředí, se často uchyluje k nesprávnému projevu sebeuplatnění, předvádí se, šaškuje.

Definice podle Barkleye, jak ji uvádí Zelinková (2003, s. 196): „ ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.“

Termín ADHD byl vytvořen z anglického Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder**,** což česky znamená poruchu pozornosti s hyperaktivitou. V České republice se pro tuto poruchu stále ještě v terénu často užívá termín LMD.

Rozdíl pojmů LMD a ADHD/ADD můžeme najít v jejich obsahu: termín LMD označuje poruchy, které mají určitou etiologii, drobné organické poškození centrální nervové soustavy. V popředí zájmu veřejnosti je příčina, která podmiňuje chování jedince. Naproti tomu při používání termínu ADHD/ADD se do popředí zájmu dostává popis chování - typické projevy dětí a nezdůrazňuje se příčina, která k takovému chování vedla.

Hyperkinetická porucha chování má stejný projev jako u ADHD, ale s vystupňovaným agresivním a asociálním chováním (agrese k lidem a zvířatům, nepoctivost, lhaní, krádeže, záškoláctví, útěky z domova atd.)
LMD se používalo v šedesátých letech pro hyperaktivní či hypoaktivní projev specifické vývojové dysfunkce, tj. spolupráce mozkových hemisfér.
Údaje o počtu dětí s příznaky ADHD se velice různí. V USA se odhaduje rozpětí 3 až 20% dětí. V celosvětovém měřítku se výskyt odhaduje na 1-5 % obyvatelstva. Jednotně uváděným údajem je rozdělení na chlapce a dívky: u chlapců je výskyt poruchy častější než u děvčat, nejčastěji udávaný poměr je 6 : 2, dle některých výzkumů je výskyt poruchy u chlapců 90%. Je ovšem možné, že chlapci mají větší sklon k hrubosti, a proto jsou jejich problémy nápadnější, kdežto u děvčat bývají projevy poruchy méně nápadné (Munden, 2002).

2.1.1 Historie

Historie ADHD u nás má bohatou tradici a vyznačuje se samostatnou linií vývoje. Dobu chronologicky předbíhá práce prof. Heverocha, pražského psychiatra, pod názvem „*O jednostranné neschopnosti naučit se čísti a psáti při znamenité paměti*“, z roku 1904, jeho jméno je spojeno i s první zmínkou o dětech s ADHD (ale v dané době pod pojmem LMD) v roce 1905 v článku „*Dítě neposeda*“. Počátky problematiky vědeckého zkoumání ADHD (dříve LMD, MMD) se váží ke jménu Clementse. První vědecký pohled na problematiku SPU uveřejnil u nás Otokar Chlup, na problematiku ADHD (LMD) Macek a Otokar Kučera a v padesátých letech se naši autoři Kučera, Langmeier, Jirásek, Matějček a Žlab v rámci studia problémů mozkových dysfunkcí velmi intenzivně věnují otázkám dyslexie a publikují známé monografie: *Poruchy čtení a psaní* z roku 1966 a opakované vydání *Vývojové poruchy čtení* (1972, 1974, 1977) Z. Matějčka. V minulosti se k pojmenování poruchy se symptomy ADHD používalo mnoho různých termínů. Patří sem například lehká mozková dysfunkce (LMD) nebo poškození mozku, hyperkinetická reakce a hyperkineze. Porucha ADHD bývá též někdy označována ADD (Attention Deficit Disorder) – porucha pozornosti. Oba

termíny se často používají jako synonyma, ale vztahují se k různým, ačkoli velmi podobným onemocněním. Lidé s postižením

ADHD mívají potíže se soustředěním, bývají impulzivní a hyperaktivní. Lidé s postižením ADD nebývají hyperaktivní, mívají však problémy spojené s impulzivitou a nedostatečným soustředěním.

„ADHD není nemoc nová. Lidé se symptomy ADHD tu zřejmě byli odjakživa. Britský lékař Frederic Still v roce 1902 popsal „abnormální psychický stav“ u dětí a zavedl pojem „deficit morální sebekontroly“. V roce 1937 popsal Bradley v časopise *American Journal of Psychiatry* neočekávaný vliv amfetaminu na hyperaktivitu a na jiné poruchy chování. V šedesátých a sedmdesátých letech 20. století se stanovování diagnózy ADHD a předepisování amfetaminu stalo mezi pediatry ve Spojených státech velmi populární. Naproti tomu v Evropě diagnóza i léčba těchto symptomů zůstávala spíše vzácností. Během sedmdesátých a osmdesátých let 20. století proběhl intenzivní vědecký výzkum a vývoj ve směru explicitních diagnostických kritérií, jehož výsledkem bylo, že se ADHD stalo nejpopisovanější a nejcitovanější dětskou poruchou v rukověti *Index Medicus* (adresář článků zabývajících se výzkumy v medicíně). V důsledku toho je nyní ADHD považována v Británii i v jiných zemích Evropy za poruchu s biologickou příčinou, kterou je možno úspěšně léčit“ (Munden, 2002, s. 11).

2.1.2 Příčiny vzniku

V současné době nejsou všechny příčiny těchto poruch známé. Stále však není u konce bádání o tom, jak funguje mozek a co ovlivňuje naši pozornost a učení. Proto u těchto poruch nelze zatím jednoznačně určit jejich příčiny.

Podle Traina (1997, s. 43) lze mezi hlavní příčiny zařadit:

- dědičnost, genetické příčiny: „mnoho dětí má otce, který v dětství trpěl stejnou poruchou. Méně už je těch, které poruchu zdědily po matce. Vzhledem k tomu, že porucha má svůj původ v genech, nelze vyléčit, je však možné dítěti pomoci, aby se s obtížemi vyrovnalo.“

- mozková dysfunkce: „z výzkumů vyplývá, že u dětí s ADHD je narušena funkce přenašečů signálů mezi neurony (neurotransmiterů). Látky jako dopamin, norepinefrin a serotonin ovlivňují náš způsob myšlení, cítění a mimo jiné i schopnost koncentrace pozornosti. Právě nedostatek těchto látek způsobuje dysfunkci přenašečů, v důsledku čehož může být vážně porušeno chování. Pomocí léků je možné funkci neurotransmiterů posílit a tím také ovlivňovat chování dítěte.“
- poškození mozku, problémové těhotenství či porod: „jedná se většinou o drobná poškození CNS v raných vývojových obdobích.“
- alergie na stravu: „za původce hyperaktivity se označují umělá barviva, konzervační přípravky a salicyláty. Většina dietetických přístupů je však založena spíše na obohacování jídelníčku, než na jeho omezování. Je to proto, že problémové chování dítěte se připisuje spíše chemické nerovnováze v organismu než alergii na jisté potraviny. V této souvislosti se například doporučuje přijímat dostatek vitamínů.“
- otrava olovem: „je známo, že škodliviny, které dýcháme, poškozují naše zdraví. Byla i prokázána určitá souvislost mezi hyperaktivitou a zvýšeným obsahem olova v krvi. Je však také možné, že tím, že hyperaktivní dítě více běhá, těchto zplodin se i více nadýchá. To by znamenalo, že hyperaktivita není způsobena toxickými zplodinami, ale sama zvyšuje pravděpodobnost otravy olovem. Otrava olovem může způsobit i poškození mozku, ale dochází k tomu zřídka. Kromě vlivu špatného životního prostředí bylo zjištěno, že se děti s ADHD rodí častěji matkám, které kouří nebo pijí alkohol.“

  V současnosti se podíl vlivu jednotlivých faktorů odhaduje takto:

- Dědičnost: 50 - 70 %
- Komplikace během těhotenství, při a po porodu: 20 - 30 %
- Pozdější vlivy: 10 %

Jednotlivé vlivy se samozřejmě mohou vyskytnout pospolu: k dědičné dispozici se může přidat porodní trauma. Disponovaní jedinci mají pak i větší sklon k nehodám a úrazům.

2.1.3 Symptomy

V této kapitole se zaměřujeme na základní symptomy ADHD, ke kterým patří hyperaktivita, impulzivita a poruchy pozornosti. Klíčové symptomy a vzorce chování zůstávají v průběhu týdnů, měsíců i let nezměněné, ačkoli asi u poloviny postižených dětí tyto symptomy při dosažení dospělosti do značné míry vymizí.

Děti postižené ADHD jsou neobyčejně aktivní již v děloze před narozením. Po narození často hodně pláčí a málo spí. Jsou často nespokojené a nervózní. Rodiče takových dětí bývají skleslí a přetažení. Problémy těchto dětí však začínají být často patrné, až když nastoupí do školy. Mají sklon neustále povídat, vykřikovat, pošťuchovat spolužáky a rušit je od práce. Mají tendenci chovat se roztržitě a často zapomínají nebo ztrácejí pomůcky (Munden, 2002).

Klíčovým nedostatkem u těchto dětí je vlastně neschopnost zamezit reakci na impulz, a to jak vhodnou, tak nevhodnou. Právě impulzivita či jednání bez přemýšlení o tom, co by mohlo následovat, působí dětem s ADHD mnohé problémy. Tyto děti nejsou schopné kontrolovat a tlumit své projevy. Jsou často nebezpečné sobě i ostatním. Nemyslí na zranění, která by mohly utrpět, nebojí se bolesti. Jejich hry jsou nevypočitatelné, prudké a nestálé (Train, 1997).

Děti s ADHD mohou mít výrazné problémy také proto, že nejsou schopny soustředit se, dokončit úkol, koncentrovat svou pozornost. Nedokážou se soustředit tak dlouho, aby pronikly k problému a naučily se, co je potřeba. Cena za neschopnost koncentrovat se může být značná, a to nejen ve smyslu vzdělání a úspěchů ve škole, ale také co do schopnosti vést normální šťastný život s rodinou a přáteli.

Hyperaktivita, impulzivita a potíže se soustředěním mohou vážně postihnout schopnost dítěte učit se. Značná část dětí s ADHD trpí specifickými poruchami učení, zvláště poruchami čtení a psaní. Nedokážou se také soustředit tak dlouho,

jako jejich spolužáci. Hluk a okolní pohyb je snadno vyruší. Často přeslechnou důležitou informaci nebo pokyn učitele, protože právě přemýšlejí o něčem jiném. Děti s ADHD často potřebují spát méně než ostatní, v důsledku čehož jsou všichni v rodině chronicky unavení. Rodiče mívají dojem, že se jich přátelé straní, že je chování jejich dítěte vyčleňuje ze společenského života. Mohou mít pocit, že jsou neschopní. Důsledky ADHD jsou dalekosáhlé pro všechny zúčastněné, a proto by se měly brát v úvahu při rozhodování, jak nejlépe pomoci.

Dítě, které je nesoustředěné (charakteristické projevy dětí s poruchou pozornosti):

- Má problémy se samostatnou prací a má nevyrovnaný výkon v práci ve škole
- Neudrží pozornost při úkolu nebo hře
- Nesoustředí se na okrajové detaily, pracuje ledabyle, s chybami, zabývá se při jednom úkolu ještě jinými aktivitami
- Neposlouchá instrukce, dělá zbrklé, chybné závěry:
- Neumí uspořádat školní práci a svoje pracovní místo, není schopno udržet pořádek
- Zdá se být duchem nepřítomné, když mluvíme přímo k němu
- Neumí si naplánovat úkoly, pracovní, sportovní i hravé aktivity
- Nelibě nese, odmítá a vyhýbá se angažovat v aktivitách, které vyžadují mentální úsilí a trpělivost
- Často ztrácí nebo nemůže včas najít potřebné školní pomůcky, sešity, hračky, sportovní potřeby aj.
- Okamžitě reaguje na zevní podněty, nechá se jimi rozptylovat
- Zapomíná na denní aktivity či povinnosti, které má plnit

Hyperaktivní a impulzivní dítě:

- Má vysokou míru neuspořádané aktivity: vypadá, že je v neustálém pohybu; nenechá v klidu ruce, nohy, vrtí se na židli; vyhledává blízké

předměty, s nimiž si hraje, vkládá do úst apod.; opouští své místo, prochází se po třídě ve chvíli, kdy se očekává, že bude sedět – nedokáže setrvat na svém místě, má velký pocti neklidu

- Je impulzivní s malým sebeovládáním – často něco nevhodně vyhrkne; nemůže se dočkat, až na něj přijde řada; často skáče do řeči ostatním nebo je ruší; často nadměrně mluví; dostává se do nesnází tím, že si věci nedokáže předem promyslet (jeho slova a chování předchází myšlenku); nezřídka se zapojuje do fyzicky nebezpečných činností, aniž by předem zvážil možné následky (skoky z výšky, vjíždění na kole na silnici bez rozhlédnutí apod.), má problémy s činnostmi, které vyžadují klid a ticho
- Má potíže s přechodem k jiné činnosti
- Má nepřiměřeně silné emoční reakce i na drobné podněty
- Je často sociálně nevyzrálé, má komunikační obtíže

Ne všechny příznaky platí pro každé dítě a jejich stupeň se bude případ od případu lišit. Základním kritériem je nepřiměřenost projevu vzhledem k věku dítěte a také jeho dlouhodobý výskyt.

2.1.4 Diagnostika

Pro stanovení diagnózy ADHD je nezbytné, aby se alespoň některé ze symptomů hyperaktivity, impulzivity či nepozornosti vyskytly již před nástupem do školy, aby se u daného dítěte vyskytovaly výrazně častěji než u jiných dětí stejného věku. Další zásada se týká délky výskytu příznaků, která je stanovena na šest měsíců. Tím se má zabránit, aby touto diagnózou byly označovány děti, které jednotlivými příznaky pouze reagují na konkrétní náročnou životní situaci. Důležité také je, aby se alespoň některé z příznaků objevily na dvou či více místech, ve dvou či více prostředích. Tato přesnější vymezení mají předejít tomu, aby se za diagnózu ADHD skryly problémy, které jsou způsobeny neshodou dítěte v jednom prostředí V případě stanovení diagnózy ADHD se vychází spíše z behaviorálních tradic a diagnostika je zaměřena více na popis chování. U nás ještě často nacházíme

tradiční přístup k SPCH jako k lehkým mozkovým dysfunkcím ve smyslu vývojového opoždění, k němuž dochází především v oblasti intersenzorické a senzomotorické integrace a koordinace. V tom případě je diagnostika zaměřena i na příznaky v oblasti motoriky a funkcí vnímání, nejen na hodnocení poruch v regulaci a integraci chování (Michalová, 2007).

Celkové vyšetření zahrnuje pečlivé posouzení symptomů a zdravotní, psychiatrické, psychologické, studijní, osobní i rodinné anamnézy. Tyto informace se shromažďují z lékařských zpráv, z rozhovorů, které učinil někdo jiný, z klinických pozorování a vyšetření. Důležitou součástí vyšetření tvoří tedy i zhodnocení povahy a osobnosti dítěte, jeho nejbližších příbuzných a kvality vztahů v rodinném kruhu. Nezbytné je i provést všeobecný rozbor rodinné sociální situace, kde se soustředíme i na informace o bydlení, zaměstnání rodičů nebo nezaměstnanost, zajištění péče o dítě, interakce dítěte mezi vrstevníky a další členy společenství, jakékoliv problémy, které se mohou v rodině vyskytnout a které by mohly mít na dítě vliv. (Munden, 2002)

Michalová (2007) uvádí nejnovější kritéria pro určení a udělení diagnózy ADHD podle upravených kritérií Americké psychiatrické asociace takto:

1) Nejméně šest z následujících symptomů musí přetrvávat po dobu nejméně šesti měsíců, a to v intenzitě nepřiměřené pro daný vývojový stupeň dítěte:
    - Často věnuje neúměrnou pozornost detailům.
    - Dělá chyby z nedbalosti ve školních úkolech a při dalších aktivitách.
    - Mívá potíže v koncentraci pozornosti na zadávané úkoly či při hrách.
    - Často vypadá, že neposlouchá, co se mu říká, nedokončuje práci, má nepořádek ve svých věcech.
    - Má obtíže v organizování svých úkolů a aktivit.
    - Oddaluje plnění školních i domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí.
    - Často ztrácí věci nezbytné pro školu a zájmové aktivity.
    - Nechá se snadno rozptýlit cizími podněty s danou aktuální věcí nesouvisejícími.

- Je zapomnětlivý v v denních činnostech.

2) Alespoň čtyři z následujících symptomů hyperaktivity – impulzivity přetrvávají alespoň šest měsíců v takovém stupni, který je neslučitelný s vývojovou úrovní dítěte:

- Často třepe rukama nebo nohama, vrtí se na židli.
- Často opouští místo v situaci, kdy se očekává, že zůstane sedět.
- Často běhá kolem v nevhodné situaci.
- Často není schopen klidně si hrát, nebo provádět klidnější činnosti ve volném čase.
- Často vyhrkne odpověď, aniž by si vyslechl celou otázku.
- Často má obtíže při stání v řadě, při hrách nebo skupinových činnostech.

Tyto projevy se musí objevovat nejen doma, ale i ve škole a případně i při volnočasových aktivitách. Z tohoto důvodu bývá hyperaktivita považována za „interakční“ fenomén. Projevuje se totiž vždy a pouze v sociální oblasti, mezi vrstevníky, v rodině či ve škole. Zároveň se u takového dítěte nemusí jednat o deficit v oblasti poznávacích procesů. V rámci aplikace diagnostických kritérií u nás o ADHD můžeme uvažovat při výskytu deseti z celkových čtrnácti příznaků, pokud jde o dítě ve věkovém pásmu 3 – 5 let, při osmi ze čtrnácti u 6 - 12letých. Hyperkinetická porucha většinou nebývá izolovaná, je kombinovaná s poruchami dalšími, např. s poruchami učení, chování nebo emočními problémy (Michalová, 2007).

2.1.5 Terapie

Úspěšná terapie vyžaduje kombinaci mnoha metod aplikovaných přinejmenším po celý vývoj dítěte a dospívajícího. Nejefektivnějším se při léčbě hyperaktivní poruchy jeví multifaktoriální způsob léčby, to znamená psychoterapie, výchovné působení a v obtížnějších případech i psychofarmakologická léčba. Psychoterapie

by měla poskytnout podporu postiženému dítěti a jeho okolí, jejíž podstatou je přijetí dítěte, které zahrnuje akceptaci jeho obtíží, vstřícný přístup rodičů, pedagogů a přátel. Využívá se i behaviorální terapie, která je založena na využívání principu učení k získání žádoucích reakcí a vzorců chování výměnou za nežádoucí. Vhodnou metodou je i rodinná terapie a indiciální práce s hyperaktivním dítětem. Různé terapeutické metody a hry neodstraní hyperaktivitu, ale mohou ji pomoci zmírnit.

Právě hry podporují představivost, logické myšlení a kázeň dítěte a ADHD. Pro aktivní dítě je velmi důležité, seznámí-li se s rytmem hrou, skrze prožitek. Pro zmírnění hyperaktivity jsou i různé relaxační hry, jako jsou například předváděné písničky, tzv. relaxace v pohybu, kdy děti bosé skáčou při rytmické hudbě. (Munden, 2002; Šimanovský, 1996)

U dětí s těžkou poruchou může navíc pomoci užívání léků, v některých případech to může být jediná možnost, jak zajistit účinnost ostatních opatření. V každém případě

musí však předepsání léků probíhat ve spolupráci lékaře, dítěte a jeho rodičů.

Některé děti mohou mít dojem, že dostaly léky proto, že zlobí. Léčbu pak mohou pokládat za trest, nikoli za něco, co by mohlo pomoci. Názor dítěte je při zvažování léčby třeba vyslechnout.

V Británii patří k nejúčinnějším a nejčastěji používaným lékům stimulancia, především metylfenidát (Ritalin) a dexamfetamin (Dexadrin). Jedná se o deriváty amfetaminu, které jsou při správném použití velmi bezpečné a účinné. Ritalin snižuje hyperaktivitu a impulzivitu a zvyšuje rozsah pozornosti. Předepisování stimulancií je ve Velké Británii spíše výjimečné, ve srovnání se Spojenými státy, kde dramaticky stouplo – v některých školních třídách užívá stimulující léky 5 – 10 % dětí. Výsledky výzkumů ukazují, že ve Velké Británii pouze jedno z deseti dětí postižených ADHD dostává správné léky (Munden, 2002). Tato situace vystihuje i stav v České republice.

Stále převládá názor, že není správné měnit chování pomocí léků. Dítě však neužívá lék proto, aby se změnilo jeho chování, ale aby se zmírnily jeho obtíže,

které mu komplikují život. Dítě nikdy nedostane takovou dávku, která by způsobila změnu jeho osobnosti (Train, 1997).

2.1.6 Výchovné zásady dítěte s ADHD

Ze strany rodiny a školy doporučujeme uplatňovat tyto výchovné zásady

- Vůči dítěti vystupujeme s laskavostí a především ze strany rodičů s láskou, spojenou s klidem, optimismem a velkou trpělivostí.
- Posilujeme sebevědomí dítěte, především tím, že oceníme každý jeho úspěch, ale i každou projevenou snahu. Snažíme se dítěti vycházet vstříc vytvořením vhodných podmínek k tomu, abychom mohli pochvalu a ocenění co nejčastěji projevit. Snažíme se také předcházet tomu, aby se dítě něčemu naučilo špatně. Zabráněním neúspěchu předcházíme vzniku a rozvoji pocitu méněcennosti.
- Vedení dítěte k práci by se mělo odehrávat spíše formou naší aktivní spoluúčasti na společné činnosti (práci i hře) než formou zadávání úkolů. Při práci dítě vedeme, povzbuzujeme a uklidňujeme slovně i občasným přátelským dotykem. Snažíme se předejít chybám a nevhodnému chování.
- Aktivitu dítěte založíme na jeho spontánnosti a zájmu. Práci i hraní dělíme na poměrně krátké intervaly (cca po 10-15 minutách) a tyto úseky činnosti prokládáme dostatečným odpočinkem.
- Dítěti umožníme dostatek spontánní hry a pohybu vůbec, a to i v průběhu pobytu ve škole, u mladších školních dětí i v průběhu samotného vyučování.
- Řešením většinou nejsou aktivity v rámci sportovních kroužků a oddílů, neboť řízená pohybová činnost těmto dětem vždy radost a uvolnění nemusí přinést. Dítěti bychom měli umožnit volit si při hře i práci (např. při domácí přípravě na vyučování) polohu podle jeho spontánní potřeby – tedy např. vkleče, vestoje nebo i v pohybu.
- Všestrannou podporu by dítě mělo nacházet především v rodině, a to u všech jejích členů. Rodinná atmosféra by měla být prostoupena duchem podpory dítěte a

spolupráce s ním při hře i plnění povinností. Především my sami musíme dbát na posilování přesvědčení dítěte o jeho postavení jako rovnoprávného člena rodiny.

- Snažíme se předcházet nedorozuměním v komunikaci mezi rodinou a školou a co nejvíce podněcujeme vzájemnou komunikaci a spolupráci. Je třeba počítat zejména zpočátku školní docházky s nižší samostatností dítěte a s nutností vyšší míry jeho vedení a podpory. Ve školních podmínkách bychom měli podle konkrétních možností třídy upřednostňovat, aby hyperaktivní dítě sedělo v lavici v blízkém dosahu pedagoga a pokud možno samo (s ohledem na minimalizaci rušivých podnětů).
- Dbáme na dobrý celkový zdravotní stav dítěte, usilujeme o úzkou spolupráci s ošetřujícím lékařem, který by měl být o stavu dítěte a jeho vývoji podrobně informován.
- Sledujme bedlivě vývoj dítěte, jeho úspěchy, ale především jeho reakce na neúspěchy. Na nepříznivě prožívané neúspěchy (zvláště ve škole) podle situace aktuálně reagujeme oceněním i malých úspěchů doma či připomenutím pozitivních vlastností dítěte. Neponechávejme dítě prožívat jeho neúspěchy o samotě**,** šetrně je s ním probírejme a vytvářejme včas jejich hodnotné protiklady. Nevzdávejme se ani tehdy, jsou-li obtíže dítěte velmi výrazné, nezapomínejme na možnost konzultovat nesnáze s odborníky.
- Zvažujme včas střízlivě a věcně nejvhodnější perspektivu dítěte z hlediska studia nebo jiné přípravy na povolání. Pro děti se syndromem ADHD nemusí být problém absolvování střední nebo dokonce vysoké školy. Jejich intelektová kapacita je srovnatelná s běžnou dětskou populací, hyperaktivní děti však přesto bývají úspěšnější spíše v praktickém povolání. Důležitá je přitom především míra spokojenosti a seberealizace dítěte v té které činnosti.

2.1.7 Prognóza

„Ukazuje se, že někteří lidé z poruchy časem vyrostou, asi polovina postižených dětí se na prahu dospělosti projevuje normálně. V období puberty začnou patrně dozrávat dosud nedostatečně vyvinuté mozkové buňky, čímž dojde k lepšímu

uvolňování neurotransmiterů. Je ovšem naprosto jasné, že takovéto zlepšení je podmíněno správným přístupem k dítěti v době jeho potíží. V opačném případě problémy nejen nemizí, ale mohou se i vystupňovat, prohloubit, protože jsou umocňovány každým dalším konfliktem a frustrací. Ostatní budou mít i během dalšího života významné potíže. Celkově se u 30 – 80 % diagnostikovaných hyperaktivních dětí vyskytují příznaky, které přetrvávají až do dospělého života. Pokud se u nich podaří poruchu rozpoznat a správně léčit, mělo by být možné najít také profesi a životní způsob, který jim bude dobře vyhovovat a nebude jim přitom působit v životě zásadní potíže“. (Munden, 2002, s. 103).

Americké studie, které dlouhodobě sledují vývoj poruchy pozornosti a hyperaktivity, odhadují přetrvávání příznaků do dospělosti asi u 70 % případů (Michalová, 2007).

2.2 Relaxační techniky

Relaxační techniky dělíme na:

- Relaxační cvičení, relaxace s imaginacemi
- Dechová cvičení
- Relaxační a koncentrační cvičení – jóga
- Relaxační hry
- Masáže

Na klasické relaxační techniky navazují doplňkové relaxační techniky, jedná se především o techniky výtvarné, hudební a dramatické.

V této kapitole bakalářské práce jsou uvedeny všechny hlavní i doplňkové relaxační techniky, které byly využity pro tvorbu relaxačního programu. Jedná se o relaxaci, jógu, techniky dýchání, prvky muzikoterapie a arteterapie.

2.2.1 Relaxace

Relaxace spočívá v uvolnění svalů různými technikami, přičemž se zároveň uvolňujeme duševně i tělesně. V podstatě nám umožňuje snížit napětí a obnovit

rovnováhu a pohodu. Podle toho, jakou techniku použijeme, můžeme uvolnit některé části těla, některé svalové skupiny nebo celé tělo. Ať už provádíme uvolňovací cvičení, dýchací cvičení, cvičíme jógu, strávíme několik minut v sauně nebo ve vířivé lázni, cítíme, jaké pozitivní účinky to přináší na fyzické, psychické a emocionální úrovni.

Také u dětí slouží relaxace k uvolnění organismu, ke snížení svalového napětí a mentálního stresu. Relaxace přispívá rovněž k tomu, že děti jsou pozornější, lépe se zapojují do hry a jsou vnímavější. Pomáhá jim zvyšovat sebedůvěru, zdokonalovat paměť a soustředění a umožňuje tak zlepšovat kvalitu procesu umění. Relaxace rovněž přispívá k rozvoji laterality, zlepšuje schopnost učení, zvyšuje sportovní výkonnost.

Relaxace tedy usměrňuje energii dětí, upravuje úroveň jejich aktivace a přispívá k jejich celkové pohodě (Nadeau, 2003).

Dítě, které nastoupí do mateřské školy, bylo až do té doby často jediným středem zájmu v rodině. Ve školce se musí konfrontovat s novým prostředím, kde se i ostatní děti dožadují stejné péče a kde dospělí sledují, jak se dítě chová a jak jedná. Mateřská školy by měla respektovat osobnost dítěte, tempo jeho vývoje a jeho potřeby. Musí hledat a podporovat prostředky snižující napětí, které kolektivní výchovu dětí provází.

Již v tomto období se mohou děti naučit uvolňovat napětí, nervozitu nebo hyperaktivitu.

Relaxační cvičení umožní dětem uvolňovat veškeré psychické i fyzické napětí a podporuje lepší regeneraci a soustředění. Vedle uvolnění a odpočinku přispívají relaxační cvičení také k rozvoji motoriky, která významnou měrou podporuje další učení dítěte (Guillaud, 2006).

Různorodá cvičení umožní dětem, aby se naučily:

- Ovládat své pohyby a emoce, soustředit se
- Napodobovat různé věci v nejbližším okolí a prostřednictvím hry rolí
  objevovat různé způsoby, jak uvolnit své tělo
- Dokonaleji poznat své tělo

- Umět se přizpůsobit nové situaci, rozvíjet schopnost žít s ostatními
- Vyjádřit, co prožívají a cítí

U dětí se dá pro relaxaci velmi dobře využít autogenní trénink. Ten je dnes uznávaným samostatným psychoterapeutickým postupem. Je považován za účinnou prevenci, psychohygienu i léčbu zároveň. V současné době se stal nepostradatelnou pomocí při odstraňování stresu i nejrůznějších poruch a psychických potíží a zároveň může napomoci předcházet tělesnému i duševnímu vyčerpání.

Autogenní trénink vyvinul německý profesor Johanes Heinrich Schulz na základě zkušeností z hypnózy a orientálních meditativních postupů. Autogenní trénink je postup, při kterém lze prostřednictvím vědomě řízené koncentrace a soustředění působit na psychické i tělesné pochody. Prostřednictvím formulek a s pomocí autosugesce je postupně v jednotlivých končetinách a částech těla navozován a pociťován stav tíhy signalizující hluboký stav uvolnění. Tímto cvičením je pozitivně ovlivňováno i vegetativní nervstvo a jsou zmírňovány jeho poruchy.

U dětí probíhá většinou nácvik autogenního tréninku bez problémů a rychle. Je však nutné pravidelné cvičení, i když děti tolik nevnímají tlak stresorů, jejichž prostřednictvím si uvědomujeme, že bychom proti nim měli něco podniknout. Přesto se dnes ani dětem nedaří uniknout hektice a stresu. Jejich život není jen prostý a jednoduchý. Právě po relaxaci můžeme vidět, jak si považují klidu a uvolnění.

Autogenní trénink napomáhá i zlepšit poruchy spánku, kvalita spánku je potom mnohem vyšší.

Autogenní trénink je velkou pomocí k navození a získávání klidu a vyrovnanosti po celý den. Pomocí autogenního tréninku si děti mohou vytvořit jakýsi ochranný val, skrze který k nim problémy, strachy a trampoty všedního dne neproniknou tak snadno (Müllerová, 2001).

Druhou relaxační metodou je metoda dle Jacobsona. Jde zde o stahování svalů a jejich následné uvolnění. Tato cvičení, při nichž se střídá stažení a uvolnění, uklidňují nervový systém a svaly, zatěžované každodenní činností (Nadeau, 2003).

Klient se nejdříve učí, jak uvolnit svaly celého těla. Zpočátku může sedět v křesle a na pokyn terapeuta se křesla pevně chytí a zaměří se na napětí v předloktí. Pak je vyzván, aby ruce uvolnil a vnímal rozdíl mezi napětím a uvolněním. Někteří terapeuti klientovi doporučují, aby uvolnil napjatou ruku pomocí představy, jako by byla z olova, a nechal ji rychle spadnout do klína. Jiní klientům doporučují, aby relaxovali pomalu, aby vnímali, jak napětí ve svalech pomalu mizí. Svalové napětí obvykle trvá 10 až 20 vteřin a je vystřídáno stejně dlouhou relaxací. Klienti mají zjistit, že relaxace je aktivita, kterou se mohou naučit ovládat, když budou postupně napínat každou svalovou skupinu zvlášť a pak své svaly uvolní (Prochaska, 2001).

2.2.2 Jóga

Slovo jóga je nejčastěji překládáno jako sjednocení, spojení. Nejčastěji se používá k označení tělesných a duševních cvičení, filozofického systému vycházejícího z těchto cvičení nebo k označení cíle uvedených technik, tedy dosažení sebeovládání, sebepoznání, osvobození, sjednocení.

Pozitivní psychosomatické účinky jógy jsou známy již řadu let. V současné době je literatura o józe již poměrně dostupná. V knihovnách i na knižním trhu lze nalézt různé publikace věnující se tomuto tématu. Řada z nich se věnuje různým jógovým technikám, především návodům ke cvičení jógových poloh (ásán), ale i dalším technikám, například relaxačním, očistným, aj. (Hájek, 2000).

Stupně jógy

K nejznámějším klasickým textům pojednávajícím o józe patří nejspíše Jógasútra, v níž autor Pataňdžali utřídil a zaznamenal dosavadní vědomosti o józe. Dílo obsahuje 196 pouček (v doslovném překladu: sútra = poučka), v nichž líčí filozofii a metody jógy. Jeho metodika je nazývána též osmidílnou stezkou (áštángajógou). Je zde zachyceno osm stupňů, po nichž jógini postupují, aby dosáhli cíle jógy (věčný klid, vymanění se z věčného koloběhu životů)

Osm stupňů:

1. stupeň – jama – varování před nevhodnými tendencemi
2. stupeň – nijama – doporučené jednání
3. stupeň – ásana - pozice
4. stupeň – pránájáma – práce s dechem a energií
5. stupeň – pratjáhára – odtažení mysli od rušivých vlivů
6. stupeň – dhárana - koncentrace
7. stupeň – dhjána - meditace
8. stupeň – samádhi – kontemplace

První dva stupně jsou někdy označovány jako určité zákazy a příkazy. Představují v podstatě etické a morální zásady člověka. Jedná se o rozvíjení určitých lidských kvalit. Jejich přesný výčet však uvádějí prameny nejednoznačně. Za jednu z nejdůležitějších bývá uváděna ahimsá (nenásilí, neubližování). V pravém slova smyslu je nutné toto nenásilí chápat nejen jako neubližování fyzické, ale rovněž neubližování slovem či myšlenkou. Člověk by měl postupně přejít od pasivního neubližování k aktivní pomoci a lásce. K dalším zásadám patří například satja (parvdivost), astéja (nekradení), brahmačarja (zdrženlivost), tapas (sebeovládání) a mnoho dalších.

Ásana – představuje vědomá fyzická cvičení, zaujímání specifických poloh, které pomáhají zvládat ovládání vlastního těla

Pránájáma označuje techniky napomáhající ovládání dechu.

Další stupně jsou již složitější, vyžadují zvládnutí předchozích.

Existuje mnoho směrů jógy, u nás je pravděpodobně nejrozšířenější hathajóga. Asi nejvíce odpovídá představám evropského člověka o józe. Jejím cílem je harmonizace fyzického a nervového systému. Mezi tři hlavní části hathajógy patří: fyzická cvičení, dechová cvičení a očistná cvičení. Pomocí nich by měl člověk dosáhnout harmonizace těla, mysli a jemných energií (Hájek, 2000).

Dechová cvičení

Při praktikování jógy je práce s dechem velmi důležitá. V józe jsou dechová cvičení označována názvem pránájáma.

Pro lidi, kteří s jógou začínají, bývá často překvapující, že mohou vědomě ovlivňovat svůj dech a tím působit na své zdraví. Pokud se naučí správně hluboké jógové dýchání, pozitivně ovlivní obnovování životních sil, mohou též ovlivnit psychiku – stav mysli a v neposlední řadě se naučit využívat dechu k vědomému energetickému působení.

Dech je jednou z nejdůležitějších funkcí lidského těla a také první velice důležitou součástí všech jogínských cviků. Jogíni říkají, že lidský život je odměřen počtem dechů. Proto čím pomaleji dýcháme, tím déle žijeme.

V józe správný dech začíná výdechem. Neumíme-li dávat, vydat, vydechnout, nemůžeme ani brát, přijímat či nadechnout. Naučíme-li se správně dýchat, můžeme pak dech efektivně využívat při těžkých duševních i manuálních pracích nebo sportovních výkonech (Zikešová, 2005).

Dýchání můžeme rozdělit na:

- Dolní, tj. břišní dech
- Střední, tj. hrudní dech
- Horní, tj. klíčkový dech

Je dobré nejprve se naučit používat dech břišní, pak střední a až potom dech horní.

Nácvik dechu v poloze na zádech

Nácvik břišního dechu: V lehu na zádech si vydechneme, dlaně položíme na břicho, aby se prsty rukou dotýkaly. Začneme se nadechovat a sledujeme, jak se břicho zvedá a prsty rukou se od sebe oddalují. Při výdechu břicho klesá a prsty se k sobě přibližují, až se dotknou. Po celou dobu cvičení se na dech soustředíme. U dětí je dobré přisednout k nim, položit svou dlaň na jejich dlaně a pochvalou je motivovat k vědomé pozornosti.

Hrudní dech: Zůstáváme ležet na zádech a dlaně přesuneme výše na hrudník. Vydechneme a složíme dlaně, až se prsty dotýkají. Pak se nadechujeme do hrudníku a pozorujeme jeho rozpínání. Prsty se od sebe vzdalují. Při vydechování

pozorujeme, jak se hrudník smršťuje a prsty se přibližují, až se dotknou. Vše musí jít do úplného nádechu a výdechu. Dětem opět pomáháme, jako u nácviku dechu břišního.

Klíčkový dech: Stále v lehu na zádech zvedneme ruce, volně je položíme za hlavu a mírně je zde překřížíme. Pozorujeme nádech, ramena se pomalu zvedají vzhůru a paže se protahují, celé tělo se pomalu napíná. Následný výdech pak uvolňuje celé tělo až k pocitu naprostého vydechnutí.

Nácvik dechu v poloze zajíce

Poloha zajíce je výbornou polohou pro výuku dětí. Základem je sed na patách, rukama se opřeme o předloktí a lokty se dotýkají kolen. Ta jsou u sebe. Dlaně jsou položeny na zemi s prsty u sebe. Hlava je v prodloužení páteře. Dech je automaticky udržován ve spodních plicích – břišní dech.

Při dýchání hrudním se mírně napřímí záda, paže jsou napnuté, dlaně leží vedle kolen, záda jsou rovná a protažená. Dech se automaticky přesune do oblasti středních plic.

Kličkový dech nám polohu zajíce zase zvedne – záda narovnáme do vzpřímeného sedu, paže zvedneme nad hlavu, ohneme je v lokti a dlaně položíme na záda až k lopatkám. Lokty trčí směrem vzhůru – zajícovy uši.

Můžeme si odlehčit přechodem do kleku.

Fyzická cvičení

Další částí hathajógy jsou fyzická cvičení, označovaná jako ásany. Ásana je speciální poloha těla. Důležitý je způsob, jakým jsou ásany prováděny. Důraz je kladen na pevné zaujetí polohy, které je ale zároveň uvolněné, bez napětí. V ásaně cvičenci setrvávají delší dobu a je při ní používán vědomý dech.

Očistná cvičení

Poslední částí jsou tzv. šatkarmy (někdy též označovány jako krije) – očistná cvičení.

Jóga pro děti

Jóga pro děti má svou vlastní metodiku. Základem je hra, tvořivost a respektování věkových zákonitostí vývoje dítěte. Rozhodně by nebylo vhodné dětem jógu prezentovat jako duchovní cestu. Jejím prostřednictvím však u nich můžeme probouzet a upevňovat etické a morální zásady, formovat zdravý životní styl.

Jóga pro děti využívá především tělesných, dechových a relaxačních cvičení.

Tělesná cvičení vedou k odstranění svalových dysbalancí, vyváženosti pohybových funkcí páteře, její pružnosti a síly, zlepšují koordinaci pohybů, působí jako prevence vadného držení těla a některých vad páteře. Dechová cvičení jsou v naší tělesné kultuře často opomíjena. Jóga se dechovými cvičeními zabývá. Mají vliv na naši psychiku – zklidňují a zlepšují koncentrační schopnosti. Dechová cvičení rovněž přispívají ke správnému držení těla i k odstranění dechových zlozvyků, které mohou mít následky v podobě různých onemocnění horních cest dýchacích. Relaxační cvičení pomáhají odstranit stres a napětí, které je vlivem životních situací ukládáno ve svalovině.

Nešpor (Jóga pro děti, 1998) uvádí, že existují důkazy o snížení depresí, úzkostí, nebo i zlepšování školního prospěchu pomocí jógy. Jako velkou výhodu uvádí možnost mírnění některých dětských zdravotních problémů a též snižování či úplné nahrazení návykových léků.

Proč je prospěšné využití jógy při práci s dětmi?

(podle Nešpora, 1998):

Učí děti:

- umět zvládat stres a chránit tak své zdraví
- vyhýbat se návykovým látkám
- podporuje zdravý tělesný vývoj
- rozvíjet tvořivost, představivost, soustředění, pomáhá lepšímu sebepoznání a přijímání sebe i druhých

Jejím praktikováním lze:

- snižovat úzkosti, deprese, i zlepšovat školní prospěch,
- mírnit dětské potíže a některé bolestivé stavy (tím nahrazovat návykové léky)
- zprostředkovat styk s lidmi, kteří žijí spíše zdravě
- jógou lze léčit určitá onemocnění

Zvláštnosti jógy pro děti ve věku 5 až 10 let:

- u dětí většinou nepoužíváme indické názvy (sanskrt), cvičení pro ně pojmenováváme česky
- s dětmi cvičíme **bez výdrží** (nebo je zkracujeme)
- nepřepínáme schopnost soustředění
- cvičíme spíše **kratší dobu** (15 minut)
- pokud je **lekce pestrá**, vydrží děti cvičit i podstatně déle
- lze s výhodou při cvičení využívat dětské živé představivosti
- cvičení **vysvětlit, ukázat na obrázku, nakreslit, předvést**
- hovořit spíše **konkrétně** – např. o zvířátkách
- respektovat případné povídání dětí – přirozenost
- v józe pro děti je více **dynamických cvičení**
- dětem před pubertou se nedoporučují cviky s obrácenou polohou hlavy
- strava – u dětí neklademe žádné speciální požadavky
- doporučeno – dostatek vlákniny – celozrnné výrobky, ovesné vločky, luštěniny, dále ovoce a zelenina.
- při jídle nespěchat

<u>Jóga a sporty</u>

- jóga a sportování jdou dobře dohromady – jóga v mnohých směrech sporty doplňuje

- cvičení jógy se většinou provádějí zvolna, plynule, bez švihů, pohyb je pod vědomou kontrolou
- jóga podporuje schopnost učit se vnímat tělo „zevnitř“
- hodně cviků v józe je sladěno s dýcháním
- pokud není uvedeno jinak, dýcháme zásadně nosem
- jóga je nesoutěživá, cílem není naučit se co nejvíce nejobtížnějších cvičení, a to co nejdříve. Cílem je cvičit tak, aby to člověku prospívalo po stránce tělesné i duševní.

Řazení cviků

- obvykle od tělesných přes dechová k mentálním (např. relaxace)
- relaxaci je možno vkládat kdykoliv by bylo dítě unavené
- během sestavy by se měla procvičit páteř do předklonu, do záklonu i do stran

Podmínky pro cvičení

- prostor by měl být bezpečný, bezprašný a měl by dětem poskytovat dostatek prostoru pro vlastní cvičení (ne ostré hrany v blízkosti)
- teplota by měla být příjemná
- vyvětraná místnost
- za příznivého počasí je vhodné cvičit venku
- pohodlný cvičební úbor, spíše volný-nebránící dětem v pohybu
- sundat brýle, hodinky …
- podložka – kobereček, silný froté ručník, silnější deka
- nevhodné – nafukovací matrace, silná pěnová guma
- cvičíme nalačno, nebo nejméně dvě hodiny po jídle
- vhodnými pomůckami jsou: obrázky, deník (zakreslování pozic, zapisování, kdy cvičí…), plyšová zvířátka, květiny
- možno na tabuli kreslit pozice (panáčky)
- lze využívat hudební nástroje (např. triangl) k udržování rytmu cvičení

- pravidelnost zvyšuje příznivé účinky cvičení
- nejlépe je cvičit každý den v určitou denní dobu a na obvyklém místě

Ukázka z knihy:

Příběh pro děti: „Učenec a jogín“

Jistý učenec se vydal na indický venkov, aby zkoumal jogíny, kteří tam žijí. Jednoho dne přišel do malé vesnice. Poblíž na ostrově uprostřed velké řeky žil jakýsi jogín. Vesničané převezli učence na ostrov. Učenec se rozhodl, že jogína něco prospěšného naučí. Několikrát mu zopakoval jednu starobylou modlitbu v dávném jazyce, v sanskrtu. Jogín mu vděčně poděkoval a učenec se pak vracel na loďce zpět do vesnice. Když byl asi na půl cesty ke břehu, spatřil za sebou jogína. Ten, aniž by se namočil, utíkal po vodní hladině. Velmi pospíchal, aby mu učenec neujel, a volal na něj: „Ctihodný pane, zopakuj mi to, prosím, ještě jednou, já jsem to zapomněl.“
Jogín v našem pohádkovém příběhu dokázal chodit po vodě, protože cvičil pravidelně a dlouho. Lidé ale většinou necvičí proto, aby běhali po vodě. Mají závažnější důvody. Třeba si chtějí udržet dobré zdraví nebo si lépe porozumět. I tak je ale důležité cvičit pravidelně. Díky pravidelnosti dosáhnete dobrých výsledků.

2.2.3 Techniky muzikoterapie

Termín muzikoterapie má řecko-latinský původ. Řecky *moisika*, latinsky *musica* znamená hudba; řecky *therapeia, therapeineio*, latinsky *iatreia* znamená léčit, ošetřovat, starat se, pomáhat, ale též vzdělávat a cvičit. Jde tedy o použití zvuku a hudby (rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro jednotlivce nebo skupinu. Využívá se zde umění, jakožto edukačního prostředku primárně k terapeutickému cíli. To následně vede k uspokojení emocionálních,

mentálních, sociálních a kognitivních potřeb lidí, kterým se muzikoterapie dostává.

Muzikoterapie ve své tradiční podobě je zaměřena na fyzické tělo (a samo vědomí je pro ni stále bezvýznamný faktor), ale tak, jak prochází určitou revolucí celá naše společnost (a celé lidstvo), mění se názory nejen na to, co to vlastně je hudba a jak na člověka působí, ale i na umění léčit (zvukem a hudbou). Tradičně zaměřená muzikoterapie prostě jen působí na člověka - pacienta vybranou hudbou, nebo se ho snaží přemluvit, aby hrál na nějaký hudební nástroj - za účelem odbourání agresivity nebo komunikačních potíží.

Edukační muzikoterapie je cíleně řízený proces interakce a intervence, který využívá zvuku a hudby v rámci terapeutického vztahu a vede k obnovení, zachování, rozvoji a udržení mentálního, fyzického a emocionálního zdraví člověka. Je součástí komprehenzivní rehabilitační péče v pedagogické a speciálně pedagogické oblasti.

Obecné povědomí a úroveň muzikoterapie ve světě i v naší republice roste zároveň s tím, jak se rozšiřují její možnosti a oblasti využití v praxi. Rovněž mnozí dobří učitelé hudební výchovy využívají ve značné míře principů muzikoterapie, často i bezděčně.

Poslech hudby

Poslech hudby podporuje vyjádření myšlenek a pocitů nedirektivním způsobem. Usnadňuje navázání kontaktu, komunikace a interakce mezi terapeutem a klientem. Pomáhá klientovi dospět k obtížným a problematickým tématům tím, že vytváří kreativní prostředí pro jeho sebereflexi a verbální sdělení. Pokud se na setkání s klientem chceme věnovat nějakému konkrétnímu problému, poslech hudby nám usnadní začít a rozvinout komunikaci.

Hudba evokuje vzpomínky, asociace klienta a zpřístupňuje nevědomý materiál. V tradiční podobě receptivní muzikoterapie se před samotným poslechem hudby aplikovala vstupní relaxace, která usnadňovala vynoření představ, myšlenek, vzpomínek a různých imaginací. Po poslechu následoval rozhovor, zpracovávání pocitů a symbolů, které se při poslechu objevily.

Hudba může být instrumentální nebo vokální. Píseň je konkrétnější a text písně přitahuje pozornost klienta. Klient může píseň použít jako pomůcku pro vlastní sebevyjádření. Text písně direktivněji ovlivňuje následnou diskuzi mezi terapeutem
a klientem. Texty písní, které se vztahují k osobním tématům klientů, jsou v terapii užitečným pomocníkem. V písních lze obvykle najít velké množství možných pohledů a způsobů vyrovnávání s potížemi klientů.
Při poslechu hudby by měl muzikoterapeut vzít v úvahu:

- hudební preference klienta
- délku koncentrace jeho pozornosti
- terapeutický záměr, kterému by měl odpovídat výběr konkrétní hudby

Cílem poslechu hudby u dětí je naučit se vnímat hudbu pro její krásu a jedinečnost. Poslech hudby ovlivňuje současně i vývoj lidské psychiky, napomáhá ke zklidnění, k relaxaci (Lišková, 2006).

Pohybové aktivity při hudbě

Pohybové aktivity při hudbě podporují a rozvíjejí rozsah pohybů, senzomotorickou koordinaci, svalovou sílu, vytrvalost, respiraci, svalovou relaxaci a kreativní vyjadřování pohybem. Hudební rytmus dodává pohybům strukturu a usnadňuje pohybové vyjádření. Pozitivně působí při motorické reedukaci různých neurologických poruch.
Rytmické komponenty hudby pomáhají zvýšit motivaci, zájem a prožitek z pohybu a hudby.
Pro práci v MŠ je velmi vhodná publikace Zdeňka Šimanovského „Hry s hudbou a techniky muzikoterapie“
Jde o manuál her a metodických postupů, ve kterých dominuje hudba. Uváděné techniky a hry lze využít nejen k hudební a dramatické výchově, ale i k prevenci či terapii problémových jevů a sociální patologie. Hudba, pohyb a dramatické postupy k sobě neoddělitelně patří. Smysl hudby byl vždy spatřován v tom, že má na jednotlivce a skupiny pozitivní a uzdravující účinky.

Několik vhodných her pro malé i starší předškoláky:

Putovní plyšák

Rozvíjí se cit pro rytmus, rytmický pohyb a vzájemnou spolupráci

Děti stojí v kruhu těsně u sebe. Uprostřed stojí jedno z nich – hadač. Jakmile hudba začne hrát, podávají si v kruhu za zády (víceméně do rytmu) plyšového medvídka. Tajně, aby hádající nevěděl, kdo ho zrovna má. Kruh se přitom může pohybovat.

Pokud si hadač myslí, že určitě ví, kdo má zrovna medvídka, tleskne a hned zvedne ruku. Hudba přestane a on na dotyčného ukáže. Když se splete, hra pokračuje, jestliže uhodl, jde hráč, který měl medvídka, do středu kruhu.

Jednodušší formy hry na Orffovy nástroje

Rozvíjí se rytmus, muzikálnost a tvořivost.

- Hrou na nástroje doprovázíme skandování textu.
- Doprovázíme zpěv známé písničky a tanec.
- Napodobujeme na nástroje různé zvuky z reálu: bicí hodiny, dupot koní, šumění deště, kvákání žabek apod.
- Vytváříme s nástroji kulisu nějakého prostředí, vyprávěného děje, třeba písničky, básně, povídky.
- Jedna skupina hraje a druhá podle její hry vytváří spontánní pohybové kreace v prostoru.
- Všichni hrají známou pomalejší melodii pod vedením dirigenta. Ten ukazuje, kdy a kdo má zeslabit, zesílit, které nástroje mají hrát atd.

Hry s Orffovými nástroji - Opaky

Rozvíjí se rytmický pohyb, schopnost „myšlení tělem“, cit pro kontrasty

Jedna skupina hraje písničku na elementární nástroje, bubnuje a zpívá. Při hře střídá kontrastní polohy: hlasitě/tiše, vysoko/hluboko, pomalu/rychle, a různě je kombinuje navzájem. Druhá skupina podle jejich hry spontánně pohybově

improvizuje v prostoru a reaguje přitom gesty a pohyby na změny. Impulzy ke změnám plynou buď z předběžné domluvy (např. po jednom či po dvou taktech), nebo je určuje gestem vedoucí hry.

2.2.4 Techniky arteterapie

Výtvarná tvorba je vnímána jako odpočinková tvůrčí činnost, jež nějakým způsobem obohacuje náš život. Tvůrčí proces též pomáhá odvádět jeho účastníky od destruktivního chování a hraje významnou roli v překonávání jejich psychických obtíží. Od třicátých let tohoto století se moderní pedagogové nechali inspirovat názory na význam hry a tvořivosti pro vývoj jedince a podporovali volné umělecké vyjádření. Významný teoretik umění Herbert Read chápe ve svém díle „Výchova
uměním“ výtvarnou tvorbu jako činnost napomáhající intelektuálnímu, citovému a duchovnímu růstu. Na těchto myšlenkách je pak založena teorie a praxe arteterapie (Campbellová, 2000).

„Arteterapie je psychoterapeutická disciplína, která cíleně a systematicky využívá umělecké aktivity, především výtvarné projevy, k léčbě psychických a sociálních problémů. Modernistické pojetí výtvarné výchovy bylo u nás typické mezi šedesátými až devadesátými lety 20. stol. a v mnoha ohledech přetrvává i dnes. Teoreticky se opírá o psychologické teorie tvořivosti. Vyznačuje se jednak důrazem na originalitu a spontaneitu žákova tvůrčího projevu, jednak snahou co nejlépe žáka motivovat, vtáhnout ho do prožitku. Slabinou tohoto přístupu v praxi bývá vzdělávací (poznatková) a hodnotící složka výuky. Kromě toho, vliv obecné teorie tvořivosti někdy vede k oslabení zájmu o specifické stránky výtvarného projevu“ (Uždil, 1976, s. 230 – 234).

Český pedagog Zicha (in Šicková, 2002) definuje arteterapii (resp. „speciální výtvarnou výchovu“, jak tento autor arteterapii nazývá) jako: „Záměrné upravování narušené činnosti organismu takovými psychologickými a

speciálněpedagogickými prvky, které jsou imanentní umělecké činnosti nebo procesu umělecké tvorby“.

Sophia Kellyová (in Šicková, 2002) vymezuje arteterapii jako nerušivý terapeutický proces vhodný pro dospělé i děti, kteří se vyrovnávají s emocionálními problémy.

Arteterapeut využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Při práci s barvami, hlínou a jinými materiály nemusí být člověk nikterak výtvarně nadaný. Estetická úroveň vzniklých artefaktů je zcela vedlejší - cílem není vytvářet umělecká díla, důraz je kladen na samotný proces tvorby.

Arteterapie je poměrně mladá disciplína. Výraz art therapy ve svých pracích jako první použila Margaret Naumburgrová ve třicátých letech 20. století v USA. Její východisko bylo psychoanalytické. Tento termín se v Evropě začal používat až roku 1940. Základním východiskem M. Naumburgové je tvrzení, že proces arteterapie je založen na poznání, že nejzákladnější myšlenky a pocity člověka derivované z nevědomí dosáhnou výrazu lépe v obrazech, než ve slovech.

Začátky arteterapie mají však své kořeny mnohem starší, než je výraz art therapy. Sahají až do 18. a 19. století a souvisí s psychopatologií schizofrenie. Myšlenka terapeutického využití vznikla na základě zájmu odborníků o tvorbu duševně nemocných. Viktor Lowenfeld pracoval především se slabozrakými a nevidomými dětmi a dokázal, že populace se dělí na haptické a vizuální typy (Šicková, 2002).

V Čechách vznikl Ateliér arteterapie v roce 1990 při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích a založil a vedl jej pedagog, malíř a hudebník Milan Kyzour. Základem pro jeho arteterapeutický přístup byla mnoholetá terapeutická a pedagogická práce s dětmi všech kategorií.

Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. V užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním.

Arteterapie receptivní je vnímání uměleckého díla vybraného s určitým záměrem arteterapeuta.

Arteterapie produktivní znamená použití konkrétních tvůrčích činností u jednotlivce či skupiny.

Arteterapii lze aplikovat individuální nebo skupinovou formou. Při individuální terapii má klient terapeuta jen pro sebe, navazuje užší kontakt. Je vhodná pro agresivní jedince, jedince s psychózami, zpočátku vyžadují individuální terapii hyperaktivní nebo naopak anxiózní děti.

Skupinová terapie je náročnější hlavně pro terapeuta, ale jedinci s totožnými nebo podobnými problémy se mohou podpořit a cítit sounáležitost, ve skupinové terapii je lze zařadit cvičení a techniky, které jsou dynamičtější a zajímavější. Jsou-li arteterapeutické techniky uskutečňovány ve skupině, rozvíjejí pocit sounáležitosti se skupinou, s lidmi, čímž rozvíjejí prosociální chování. Výtvarná činnost, která se uskutečňuje ve zvláštní hravé atmosféře, umožňuje sebepoznání, poznání druhých, může také působit jako prevence vzniku nežádoucího chování nebo nežádoucí chování změnit. Povídání o zážitcích z tvorby posiluje sebevědomí, děti se učí vážit si a přijímat své tvořivé schopnosti na základě toho, jak jejich práci přijímají druzí.

Arteterapie je sice léčebná metoda, její techniky však můžeme využívat i v běžné mateřské škole - jako prostředek k harmonizaci osobnosti dítěte. Jedná se o výtvarné tvoření, při kterém není důležitý výsledek, ale proces tvorby, radost z činností. Způsob práce v tomto smyslu může působit jako prevence vzniku nežádoucího chování, přispívat k rozvoji osobnosti dětí, k sebepoznání, uvolnění napětí (Hadlíková, 2004).

Cíle arteterapie

K individuálním cílům patří uvolnění, sebeprožívání, poznání vlastních možností, růst osobní svobody, rozvoj fantazie, svoboda pro experimentování při hledání výrazu pocitů, emocí nebo konfliktů.

Mezi sociální cíle patří vnímání a přijetí druhých, zapojení do skupiny a kooperace, pochopení vztahů.

„Arteterapie je s úspěchem aplikována především u dětí, které mají specifické problémy – neprospívají ve škole, trpí poruchou pozornosti nebo jinými problémy

s chováním, delikventní děti, děti s emocionálními problémy“ (Šicková, 2002, s. 62).

Současní arteterapeuti si uvědomují odcizení dnešního člověka od jeho tělesnosti. Vyvinuli tělesně orientované metody v rámci arteterapie. Jednou z těchto metod je obkreslování těla v životní velikosti nebo modelování z hlíny. Při modelování hlíny v rámci arteterapie svalové napětí, haptická zkušenost, tělesná stimulace prostorové a proporční korelace mohou příznivě ovlivňovat vnímání vlastního těla.

Hlína je jedinečný materiál nejen v umění, ale i v arteterapii. Prostřednictvím modelování figur, zvláště když jde o modelování vlastní postavy, může terapeut diagnostikovat různé postoje klientů k sobě, k okolí, ke svým problémům.

Hlína jako arteterapeutický materiál a aktivity s ní – mačkání, házení, tvarování, otiskování jsou vhodné:

- pro prolomení bariér strachu
- jako materiál nahrazující verbální komunikaci
- pro eliminování agresivního chování
- pro rozvíjení představivosti

Práce s hlínou:

- posiluje sebevědomí
- je médiem kompenzace chybějícího nebo poškozeného smyslu
- působí relaxačně
- působí rehabilitačně u lidí s narušenou jemnou motorikou
- mentálně handicapovaným dětem dává možnost konkrétního tělesného vnímání

Potřeby fyzického kontaktu, dotyku, trvají celý život. Potřeba dotyků, hmatových podnětů, byla odborníky prokázána především u dětí a starých lidí. Nedostatek dotyků vede k depresi, ztrátě chuti k jídlu, k apatii. Velmi vhodný způsob, jak stimulovat hmatovou citlivost nebo kompenzovat už v minulosti zanedbaný deficit hmatových vjemů, je právě modelování z hlíny. Tělesná zkušenost tvarů u dětí je

důležitější, než vizuální vnímání. Výtvarná činnost není jen reprodukováním viděného, ale je především tvořivým procesem (Šicková, 2002).

Konkrétní aktivity s hlínou, které jsou indikovány pro všechny věkové skupiny i pro nejrůznější typy postižení a poruch:

- házení hlíny
- modelování prsty
- masáž prstů, dlaní
- otištění dlaní, chodidel
- modelování nádoby
- otisk přírodních tvarů, otisk části těla
- modelování společné krajiny
- modelování společného těla
- modelování masky

Výtvarný projev rozvíjí:

- koncentraci pozornosti
- grafomotorické dovednosti
- zrakové vnímání
- plošnou a prostorovou orientaci
- konceptualizaci práce
- při slovní reprodukci slovní zásobu a jazykový cit
- vyjádřit myšlenky, pocity, vjemy (sebevyjádření)
- posilovat kreativitu a sebedůvěru

Výtvarný projev umožňuje:

- hledat v symbolickém ztvárnění cestu ke změně
- změnit stereotypní řešení a projevy chování
- otevřít se a sdílet své potřeby a pocity s druhými

- rozvíjet komunikaci s druhými

Vhodnost výtvarných aktivit pro dítě s ADHD a s SPU

Výtvarný projev je pro dítě nejpřirozenější aktivitou již od útlého dětství. Skrze kresbu, modelování, trhání, stříhání papíru a řadu dalších tvořivých aktivit spontánně podporuje svoji fantazii, zpracovává své zkušenosti, komunikuje s okolím, uvolňuje nashromážděné emoce, rozvíjí percepci, a potvrzuje sebe samo ve svých schopnostech a dovednostech.

Výtvarný proces vede přirozenou cestou k integraci osobnosti dítěte. Pokud děti tvoří ve skupině, učí se přijímat vyjádření, prožívání a obtíže druhých. Jsou nenásilně přiváděni k větší upřímnosti a odvaze přijímat své pocity, nálady a projevy. Učí se odlišnosti, která je tvořivá a posilující, zároveň však obtížná při potřebě splynout, začlenit se. Učí se vážit si své práce. Učí se rozumět svým pocitům a potřebám. V neposlední řadě se učí komunikovat s druhými. To jsou nepostradatelné dovednosti, které umožňují řešit zátěžové situace v životě a napomáhají respektující komunikaci s druhými.

Mandaly

Mandaly jako součást arteterapie byly zvoleny z důvodu jejich vhodnosti pro děti hyperaktivní, nesoustředěné, pro děti s poruchami chování a učení.

Podle umělecké tradice buddhismu je mandala unikátní a jedinečný vzor, sestavený ze zrnek barevného písku. Milióny zrnek písků jsou po dobu několika dnů i týdnů trpělivě kladeny na své místo, na plochou desku. Po dokončení jsou zrnka smetena a vysypána do proudu blízké řeky.

V různých formách můžeme mandalu najít zřejmě ve všech kulturách po celém světě. V evropské tradici nalezneme mandaly v řadě gotických katedrál v podobě gotických růžicových oken nebo půdorysu kruhového labyrintu v dlažbě. Mandaly sice pocházejí z Tibetu, ale objevují se ve všech kulturách Evropy, Afriky a jižního Tichomoří. Jsou posvátnými uměleckými díly, ale zároveň slouží jako pomůcka pro

hlubokou meditaci. U dětí se spokojíme s tím, že jim jejich tvorba přináší uklidnění a učí je soustředit.

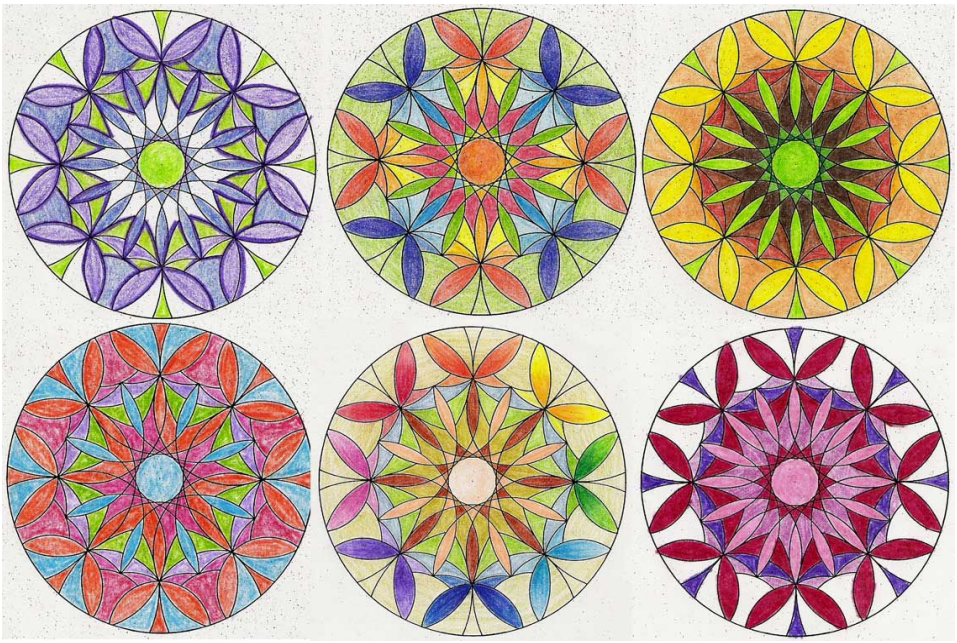
Jak vytvořit mandalu?

Je mnoho způsobů, jak mandalu vytvořit. Nejsnazší je nejdříve nakreslit na papír kružnici. Ta se potom vybarvuje buď náhodně, nebo ji vyplníme konkrétním obrazem. K vybarvování se hodí všechny možné pomůcky, od dřevěných tužek po voskové pastely a vodové barvy. Fixy mají jasnější barvy, ale svádějí k rychlému a nepřesnému vybarvování. Pro mladší děti jsou snadnější mandaly se silnějšími konturami. Mandaly jde vybarvovat zvenčí dovnitř nebo naopak. Mandaly je možno vymýšlet a malovat zcela samostatně, děti v předškolním věku už samy dokážou zapojit vlastní fantazii a nápaditost. Ale vybarvování a malování mandal není jediným způsobem práce s nimi. Mandaly se dají vytvořit ze všech možných materiálů: korálků, knoflíků, oblázků, šnečích ulit apod. Nejoblíbenější materiál pro vytvoření mandaly je barevný písek. V dávných dobách se používaly i drcené drahé kameny. Můžeme dětem vysypat velký kruhový tác pískem a děti do něj mohou malovat, vykládat jej kamínky, ulitami, mušlemi. V lese se dá vytvořit krásná mandala z přírodnin na pařezu stromu, doma zase zdobením dortu nebo kulatého koláče. Mandala se dá vytvořit i z lidí – kruhové tance nebo děti i s dospělými ležící v kruhu na zemi a vytvářející hvězdu nebo květinu.

Mandala a děti

Děti přistupují k mandalám bezprostředně a bezstarostně. Rády používají výrazné syté barvy. Nepřemýšlejí o tom, jestli se k sobě hodí podle barevného kruhu, je jim jedno, co která barva znamená. Berou pastelky tak, jak jim přijdou pod ruku a teprve na konci zjistí, jestli se jim dílo líbí nebo ne.

Dáte-li 6 dětem k vybarvení stejnou mandalu, na konci bude 6 úchvatných pravdivých originálů.



„Na dětech je krásně vidět vývoj. Při pravidelném společném malování se zlepšuje koncentrace, děti déle při malování vydrží, zpřesňují se jejich tahy pastelkami a postupně krystalizují jejich „modi operandi“ – ony stále se opakující postupy, oblíbené barvy, stálé experimenty s barvami, způsob přístupu z vnějšku dovnitř nebo zevnitř ven. V současné době si říkáme, jak jsou už i ty malé děti často roztěkané, nesoustředěné, nedokážou v klidu chvíli sedět, chybí jim vytrvalost, jsou vzteklé. Když děti vybarvují mandaly, můžeme u nich pozorovat pravý opak. Jsou soustředěné a zcela ponořené do práce. A to i ty neklidné, neposedné a zlobivé. Kreslení je zklidňuje. Právě pro roztěkané děti je to velká výhra, když si samy uvědomí, že dokážou být klidné a soustředěné a svou práci často pečlivě dovedou až do konce“ (Rossová, 1992, s. 18).

3 Praktická část

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je zjistit pomocí analýzy spisové dokumentace, pozorování, rozhovoru a pomocí nestandardizovaného dotazníku pro učitelky MŠ frekvenci výskytu předškolních dětí s diagnózou ADHD, jednotlivých symptomů těchto dětí a možnosti zmírnění těchto symptomů využitím programu relaxačních technik.

3.2 Stanovení předpokladů

Při výzkumu v oblasti předškolní pedagogiky u dětí s ADHD jsme vycházeli z těchto předpokladů:

1) Lze předpokládat, že v každé oslovené mateřské škole se bude vyskytovat alespoň jeden předškolák s diagnózou ADHD (ověřováno pomocí rozhovorů s učitelkami a analýzou dokumentů).

2) Lze předpokládat, že alespoň 50 % dětí s ADHD patří v mateřské škole mezi méně oblíbené (ověřováno pomocí rozhovorů s učitelkami a pomocí vstupního dotazníku - položkou č. 2).

3) Lze předpokládat, že každodenním využitím relaxačních technik dojde ke zmírnění alespoň jednoho symptomu ADHD u dětí experimentálního souboru (ověřováno porovnáním výsledků vstupního a výstupního dotazníku).

4) Lze předpokládat, že více než 60% učitelek, které měly možnost seznámit se s vytvořeným relaxačním programem, bude mít zájem využít některé relaxační techniky z tohoto programu v denním režimu své třídy nejen u dětí

s ADHD, ale i u všech ostatních dětí (ověřováno pomocí krátkého dotazníku pro učitelky a rozhovorem s danými učitelkami).

3.3 Použité metody

Při přípravě, vlastní aplikaci a vyhodnocení programu relaxačních technik pro děti s ADHD byla použita metoda pozorování, dotazníku a přímá práce s klienty.
Ke sběru dat posloužila metoda pozorování, rozhovoru, analýzy dokumentů a dotazníku, při výběru vzorku dokumentová analýza.
Technika experimentu byla využita při přípravě nového, neověřeného programu.
Sebraná data se zpracovávala procentuálně, a to jak v podobě grafické, tak v tabulkových přehledech.

Analýza spisové dokumentace

Prostřednictvím analýzy spisové dokumentace bylo z šesti nenáhodně vybraných mateřských škol v obvodu Prahy 9 vybráno 35 probandů s diagnózou ADHD, kteří byli přihlášeni do těchto škol k pravidelné celodenní docházce. Získaný vzorek byl rozdělen na dvě skupiny – experimentální (15 dětí) a kontrolní (20 dětí). V experimentální skupině byl aplikován po dobu pěti měsíců autorkou vytvořený relaxační program. S kontrolní skupinou relaxačně pracováno nebylo.
Stanovená diagnóza ADHD byla obsažena ve zprávách psychologických, neurologických a logopedických. Souhlas ke studiu dokumentace byl dán vedením všech oslovených MŠ.

Rozhovor

Rozhovor probíhal s učitelkami jednotlivých mateřských škol, které měly ve své třídě děti s diagnózou ADHD. Byl zvolen jako základní postup pro výběr dětí do výzkumného i kontrolního vzorku. Vycházela jsem z předpokladu, že učitelka, která předškolní děti většinou zná už třetí rok, dokáže děti mezi sebou srovnávat a má již pedagogickou zkušenost.

Cílem rozhovoru s učitelkami předškolních dětí bylo vytipovat děti s ADHD vhodné do experimentální i kontrolní skupiny, zjistit, jak silné jsou symptomy ADHD u jednotlivých dětí, jak se projevují vůči dospělým i ostatním dětem ve třídě, jaká je rodinná situace jednotlivých dětí.

Pozorování

Učitelky vybraných mateřských škol byly požádány, aby sledovaly chování dětí s ADHD, jejich vztah ke spolužákům i k autoritám, délku a hloubku soustředění nejen při práci, ale i při hrách po celou dobu průběhu relaxačního programu. Jednalo se i o učitelky, jejichž děti byly zařazeny do kontrolní skupiny, neboť bylo nutné, aby mohly na konci experimentu posoudit, zda u těchto dětí nastal nějaký posun k lepšímu jen vývojem, dozráváním a pokud nastal, ve kterých oblastech a jak výrazný.

Na konci experimentu byly učitelky opět požádány o vyplnění dotazníku podle toho, jak se jim dítě projevovalo po skončení relaxačního programu.

Dotazník

Vstupní nestandardizovaný dotazník (viz příloha č. 1) byl určen učitelkám mateřských škol, které mají děti s diagnózou ADHD ve třídě. Vybrány byly učitelky proto, že dle zkušeností autorky práce, mají srovnání s více dětmi a vědí, jaké příznaky patří k běžným projevům předškoláka a jaké příznaky a projevy už souvisí s diagnózou ADHD.

Cílem dotazníku bylo zjistit, které specifické problémy, typické pro syndrom ADHD, se vyskytují více a častěji a které méně často.

Učitelky zde hodnotily dítě v následujících položkách: intelektové schopnosti, vztah ke spolužákům, chování, klid x neklid, hloubku a délku soustředění, impulzivitu reakcí, obratnost a informace o rodině, které by mohly souviset s ADHD u dítěte.

S úrovní aktivity by mohl souviset intelekt dítěte a také jeho postavení v kolektivu. Učitelky hodnotily děti na pětistupňové škále.

Použit byl nestandardizovaný dotazník sestavený z otázek, u kterých mohla učitelka zaškrtnout vždy jednu z možností. Ty byly číslovány vždy od 1 do 5, kdy 1 znamenala nejmenší stupeň symptomu a 5 nejvyšší. Při hodnocení pak toto číslování umožnilo hodnocení výsledků v procentech. Pro sledování syndromu ADHD byly nejdůležitější otázky 4-7, ostatní umožnily lepší pohled na dítě i jeho vztah k ostatním. Maximum bylo 20 bodů (u otázek 4-7), nejméně 4 body, přičemž nejvyšší počet bodů odpovídal nejsilnějšímu výskytu všech symptomů.
Důležité také bylo jednoduché vyplňování, neboť učitelka, která dítě dobře zná, nestráví nad vyplňováním dotazníku moc času. Proto také byly ochotny všechny učitelky dotazník vyplnit.
Otázky byly tvořeny podle symptomů charakteristických pro ADHD.
Tento dotazník vyplnily učitelky na začátku experimentu.
Výstupní nestandardizovaný dotazník (viz příloha č. 2) vyplňovaly učitelky po skončení celého relaxačního programu. Otázky zaměřující se na sdělení obratnosti a intelektu dítěte se zde již nevyskytovaly. Učitelky měly posoudit dítě, jak se jim jeví po skončení celého programu – na začátku února.

Relaxační program

„Naučit se relaxovat
je jako naučit se číst:
Jakmile to jednou umíte,
nikdy to nezapomenete.“

Micheline Nadenau (Nadenau, 2003)

Relaxační program probíhal od 15. září 2008 do 30. ledna 2009. Časové dotace byly různé, od 30 minut (poslech relaxační hudby) do 90 minut (arteterapie – keramika). Časové dotace byly určeny na základě praktických zkušeností a z doporučení renomovaných autorů v odborné literatuře (Campbellová, Müllerová,

Nadeau, Nešpor, Rossová, Šicková). Každý týden se dodržoval stejný řád, aby si děti zapamatovaly, co je který den čeká (viz tabulka č. 1).

Tabulka č. 1 Týdenní rozdělení relaxačních činností

Dny v týdnu	Druh činnosti dopoledne	Druh činnosti po obědě
Pondělí	Jógová a dechová cvičení	poslech relaxační hudby před spaním
Úterý	Prvky muzikoterapie	četba z knihy Příběhy z měsíční houpačky
Středa	Prvky arteterapie	poslech relaxační hudby před spaním
Čtvrtek	Relaxační hry	četba z knihy Příběhy z měsíční houpačky
Pátek	Vybarvování a tvoření mandal	poslech relaxační hudby před spaním

Před aplikací programu byl s kolegyněmi, které se na průběhu programu podílely, proveden zácvik, jak bude která hodina programu probíhat, byl rozepsán obsah jednotlivých cvičení, aby aplikace byla ve všech hodinách stejná. Tím se minimalizovaly nežádoucí proměnné, které by narušily průběh experimentu.

Jóga

Cvičení jógy probíhalo každé pondělí dopoledne od 10 do 10.45 hodin. Cvičilo se v tělocvičně na podložkách, neboť zde byl klid a dostatek prostoru.

Při cvičení jógy bylo nutno dodržovat určitá pravidla:

- cvičit ve vyvětrané, ale teplé místnosti
- mít pohodlné oblečení
- cvičit s odstupem alespoň jedné hodiny po jídle

- nenutit děti k dlouhým výdržím v pozicích
- pochvala
- klidné dýchání nosem
- pravidelné cvičení

Na úvod hodiny patří přivítání, následuje rozcvička. Tvoří ji nové, nebo již známé pozice – většinou se jedná o různé zvířecí pozice a jde nám především o jejich procvičování a upevňování. Důležité je dbát na klidné a správné dýchání, je vhodné zařadit některé dýchací cviky. Cvičení se doprovází relaxační hudbou nebo písničkami.

Poté se zařadí četba nebo vyprávění pohádky ke cvičení jógy – využívali jsme knihy Jóga, hry a pohádky od Věry Rojové V textu se objevují odkazy na určitou pozici, např. v pohádce O berušce jde o pozici brouka, květiny. Po pohádce se s dětmi povídá o příběhu, zda jej děti pochopily, a o poučení z příběhu.

Střídavě jsme zařazovali také příběhy z knihy Jóga pro děti od Karla Nešpora **a** dětské hry z knihy Jóga nejen pro děti od Marcely Mikešové.

Na závěr hodiny je vhodné děti pochválit, rozloučit se a inspirovat je, aby si i doma zacvičily jógové pozice.

Hudební reedukace

Hudbu jsme využívali ve dvou oblastech, při poslechu k odpočinku po obědě – 3x v týdnu a každé úterý od 10 do 10.45 hodin při hudebních činnostech. Děti využívaly hru na tělo, Orffovy nástroje, hrály se hudebně-pohybové hry. Velkými pomocníky nám byly knihy „Hudební činnosti“ od Marie Liškové a „Hry s hudbou a techniky muzikoterapie“ od Zdeňka Šimanovského.

Poslech hudby jsme zařadili třikrát v týdnu, při odpočinku po obědě. Střídala se CD s vážnou hudbou upravenou pro děti a CD se zvuky z přírody, např. zvuky deštného pralesa, šumění moře, ptáci, delfíni. Při častějším poslechu byly děti vyzvány k imaginaci, aby si moře nebo ptáčky představovaly.

Prvky arteterapie – keramika

Na keramiku docházely děti pravidelně každou středu od 10 do 11.30 hodin do keramické dílny, která je součástí mateřské školy.

Práce s hlínou je výborná nejen pro děti hyperaktivní, ale pro všechny. Hlína je výborný materiál, se kterým se dá dělat spousta věcí.

My jsme několik prvních hodin hlínu jen zkoumali, osahávali, někdo se jí zpočátku odmítal dotknout. Brzy nato už děti hlínu mačkaly, házely na hromadu (i po sobě), postupně začaly ale už tvořit kuličky, válečky, učily se vyválet placku, vykrajovat různé tvary.

Každou hodinu jsme ukončili povídáním o tom, jak se nám s hlínou pracuje, jestli je nám příjemná, jestli někomu vadí na dotek. A také nikdy v závěru hodiny nechyběla pochvala.

Děti se postupně seznámily také s pecí, kde se jejich první výrobky upekly. Po měsíci se seznámily i s glazurou a o Vánocích nesly domů své první naglazované výtvory. Samozřejmě s vánoční tématikou.

Většina dětí bude s keramikou pokračovat i po skončení relaxačního programu, jen se zařadí do běžného kroužku keramiky.

Relaxační hry

Každý čtvrtek dopoledne byla půlhodina věnována relaxačním hrám. Využívali jsme knihy Michele Guillaud „Relaxace v mateřské škole“ a „Relaxační hry s dětmi“ od Micheline Nadeau.

Základem bylo využití hry, jako prostředku ke zklidnění. Každá relaxační hra trvala od 5 do 10 minut. Některé dítě se dokázalo zklidnit při stejné hře za minutu, jiné za tři minuty. Během jednoho cvičení jsme vystřídali 2-3 hry, podle zájmu dětí. Zpočátku jsme zvládali jen jednu, ke konci programu už děti vyžadovaly tři i více her.

Využívali jsme tvrdého povrchu podlahy, na kterou jsme položili cvičební koberec. Na pevném povrchu se mohou svaly lépe uvolnit a zbavit se napětí. Na měkkém povrchu jsou svaly tvrdší a udržují napětí.

Relaxační hry se hrály i vsedě na židli a vestoje. Dětem střídání těchto poloh umožnilo schopnost relaxovat v každé situaci.
Ve všech hrách je obsaženo šest základních technik v různých obměnách.

Jsou to:

- sevření – uvolnění: na několik vteřin sevřeme sval nebo svalovou skupinu a pak sevření postupně uvolňujeme
- kývání: tato technika napodobuje kývání kyvadla nebo houpačky určitou částí těla (noha, ruka)
- protažení – uvolnění: postupně protahujeme některou část těla, snažíme se ji protáhnout co možná nejdále a potom příslušnou část těla pomalu uvolňujeme
- ochabnutí: zde se využívá působení tíže na naše tělo. Nejprve určitou část těla zvedneme a pak ji necháme volně, klouzavým pohybem spadnout. Celý pohyb 2x až 3x zopakujeme.
- protřepání: opakovaně protřepáváme část nebo části těla
- znehybnění: tato technika spočívá v zaujetí polohy, v níž přestaneme vykonávat jakékoliv pohyby

Na začátku jsme všem dětem vysvětlili, o co při hrách půjde, snažili jsme se u všech dětí navodit pocit jistoty. Všechny děti věděly, že zavírat oči nemusí, pokud je jim to nepříjemné, naopak ale mohou, pokud se jim to líbí. Při všech hrách děti věděly, že nejde o nic povinného, přesto se pokaždé všichni všech her zúčastnili. Nikdy nechyběla pochvala, nejen na konci cvičení, ale i v průběhu her. Důležité bylo také dýchání, které je významným faktorem při každé relaxaci a soustředění, které je základním předpokladem úspěšného relaxačního cvičení. Důležitý je také smích, proto jsme děti nechali, pokud měly potřebu, se na začátku her smát. Smích dětem při hrách pomáhal zbavit se tísně a úzkosti.
Děti jsou po relaxační činnosti klidnější a lépe se učí.

Příběhy z měsíční houpačky

Mezi naše relaxační činnosti patřila i četba z knihy „Příběhy z měsíční houpačky“ od autorky Else Millerové. Do každé pohádky jsou včleněny standardní formulky a cvičení autogenního tréninku: cvičení tíhy, tepla, klidu, zklidnění dechu. Formulky k posílení sebedůvěry jsou zakomponovány jako přirozená součást do každého příběhu. Příběhy nabízejí uvolnění a odpočinutí. „Mají bezprostřední uklidňující vliv na vegetativní nervový systém a také pozitivně ovlivňují psychosomatické poruchy“ (Müllerová, 2001, s. 9).

Četba těchto příběhů se střídala při odpoledním odpočinku s poslechem relaxační hudby. Předčítání pohádek patří u dětí k nejoblíbenějším rituálům před spaním. Dvakrát v týdnu tedy probíhal rituál četby příběhů a pohádek. Příběhy z měsíční houpačky pomáhají k uvolnění, uklidňují a ulehčují usínání. Pohádky působí jako filtr, všechno zlé zůstane v něm a nepronikne dál. Žádná z těchto pohádek není hrůzostrašná ani děsivá, všechny končí dobře, pohádkově.

Terapeutický účinek autogenního tréninku a poslechu příběhů spočívá u dítěte v tom, že se identifikuje s hlavní postavou příběhu. Dítě je vyzýváno, aby společně s hlavní postavou pociťovalo tíhu, teplo, klid, dýchání, uvolnění.

Pohádky v knize se liší formou i obsahem. Jsou zde příběhy poetické, fantastické i téměř realistické. Ve všech hraje důležitou roli příroda. Hlavními postavami jsou často zvířata.

Všechny příběhy vyžadují od dětí zapojení fantazie, což je pro většinu dětí něco neznámého. Pohádky znají většinou z videa a počítačů, fantazie u nich zaostává, ničím se neprocvičuje. Z celé skupiny 15 dětí jen tři děti uvedly, že jim někdo z rodičů před spaním čte nebo vypráví pohádku. Ale fantazie je neodmyslitelnou součástí psychického vývoje dítěte a k dětem prostě patří. Čtené nebo vyprávěné pohádky jsou potravou pro dětskou fantazii, děti pohádky potřebují. Děti a pohádky k sobě neodmyslitelně patří. Příběhy z měsíční houpačky vnitřní fantazii obnovují. Některé pohádky se v dětské fantazii promění, budou mít jiný příběh. „Opakované čtení nejoblíbenějších pohádek v sobě skrývá efekt znovu rozpoznání, což má terapeutický účinek“ (Müllerová, 2001, s. 10).

Techniky arteterapie - mandaly

Vybarvování a tvoření mandal probíhalo každý pátek od 10 do 10.45 hodin. Během prvních hodin byly děti postupně s mandalami seznamovány, viděly ukázky nejen vybarvených mandal, ale i mandal vytvořených z různých materiálů. Mezi první mandaly dětí patřily nejjednodušší dětské mandaly, které se vybarvovaly pastelkami.

Po určité době již děti zvládaly složitější mandaly a vybarvovaly je vodovými nebo temperovými barvami, barevnou tuží i fixami (těmi nejméně, neboť při silnějším zatlačení trhají papír). Bylo využito předloh z knihy Gabriele Rossové „Mandaly pro děti“ a dětské omalovánky „Mandaly“.

Postupně se vyráběly mandaly z víček od PET lahví, z přírodních materiálů, mandalu tvořily samy děti spojené jednou rukama, podruhé chodidly. Při oslavě narozenin si děti zdobily korpus dortu různým ovocem, při keramice si každý vytvořil svou mandalu z hlíny.

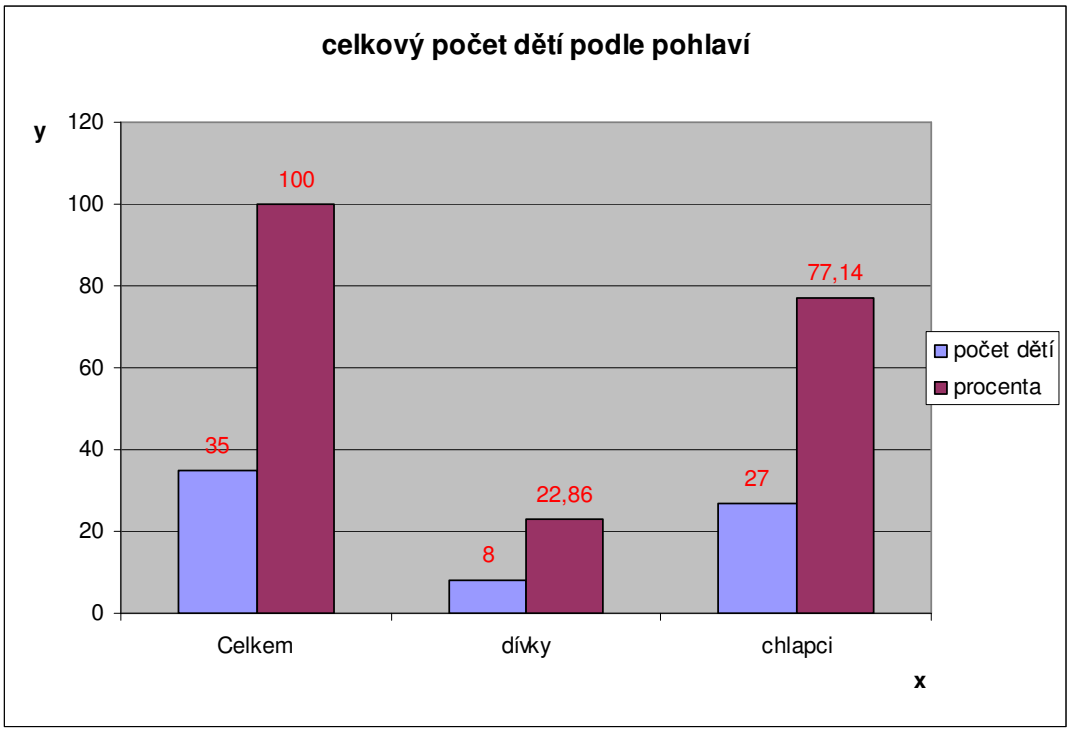
Ty nejšikovnější děti si ke konci tvořily mandaly vlastní, jen jim učitelka kružítkem vytvořila kruh.

3.4 Popis zkoumaného vzorku

Prostřednictvím analýzy spisové dokumentace bylo z šesti nenáhodně vybraných mateřských škol v obvodu Prahy 9 vybráno 35 probandů s diagnózou ADHD, kteří byli přihlášeni do těchto škol k pravidelné celodenní docházce. Jednotliví probandi měli být ve věku 5 – 7 let, tedy před nástupem školní docházky s diagnózou ADHD. V obou skupinách se mělo jednat o takové děti, které neměly žádné další smyslové či mentální postižení, a proto by měly výchozí pozici rovnocennou a tudíž by nic nebránilo porovnání symptomů mezi oběma skupinami. Celkem se jednalo o 35 dětí, z toho bylo jen 8 dívek a naproti tomu 27 chlapců (viz graf č. 1). Získaný vzorek byl rozdělen na dvě skupiny – experimentální (15 dětí) a kontrolní (20 dětí)

V rámci přímé práce s dětmi se autorka zaměřila na praktické ověření programu a jeho účinnosti na vybraném vzorku 15 dětí přihlášených k docházce do MŠ „Obláček“ v Praze 9.

Graf č. 1: Složení celé skupiny dětí podle pohlaví



Charakteristika experimentální skupiny

Do experimentální skupiny bylo vybráno 15 dětí s diagnózou ADHD, které navštěvují MŠ „Obláček“ v Praze 9. Nejmladšímu dítěti bylo v době zahájení experimentu 5,2 let a nejstaršímu 6,7 roků. Z toho počtu tvořily dívky jen 26,6% (4 dívky) a chlapci 73,3% (11 chlapců). Viz graf č. 2.

V této mateřské škole je výskyt dětí s ADHD vysoký ze dvou důvodů – jedná se o největší mateřskou školu na Praze 9, je zde 9 tříd. Z tohoto počtu je jedna třída

speciální – logopedická a jedna třída s malým počtem dětí (15), kam jsou umísťovány děti vyžadující malý kolektiv. Takže jsou zde především děti s ADHD, děti bez diagnózy ADHD, ale přesto velmi hyperaktivní, také děti hypoaktivní a také děti cizích národností. Jen v této třídě bylo vybráno pět dětí s diagnózou ADHD, které byly zařazeny do experimentu. Dalších pět dětí bylo ze třídy, ve které se vzdělávají děti s odkladem školní docházky. Zbývajících pět dětí bylo ze dvou běžných předškolních tříd.

Charakteristika jednotlivých probandů experimentální skupiny:

Eva

Věk: 6,9 -7,01 let

Charakteristika: Holčička pochází z neúplné rodiny, stará se o ni matka, která svou péči příliš nezvládá. Vadí jí, že je Eva příliš živá a nepozorná, takže se domnívá, že ji trestáním zklidní. Eva nemá žádné sourozence, o otci není nic známo.

Z anamnézy vyplývá, že dítě bylo narozeno v 35. týdnu těhotenství, křížena nebyla, v inkubátoru strávila týden.

Jde o dívku velmi hyperaktivní, impulzivní s poruchou soustředění. Největší potíže má v hloubce soustředění. Při práci je velmi roztěkaná, naprosto nesoustředěná.

V péči: logopedie, neurologie, psychologie

Diagnóza: ADHD, dyslalie

Maruška

Věk: 5,2-5,8 let

Charakteristika: Jedná se o nejmladší dítě celého experimentu, zařazena byla především pro naprosto nezvladatelnou hyperaktivitu a impulzivitu, přesto, že intelektově jde o bystrou, chytrou holčičku. Výrazné problémy má i v soustředění,

není schopna se soustředit déle, než na pár minut a i během této chvíle je roztěkaná, neklidná.

Maruška pochází z úplné rodiny, ale vychovává ji nevlastní otec. Vlastního otce Maruška nezná, odešel od matky, ještě když byla těhotná. Údajně byl alkoholik a hráč. Nového tátu Maruška považuje za vlastního a má k němu moc hezký vztah.

Maruška se narodila v 37. týdnu těhotenství, které bylo rizikové. Porod byl císařským řezem. Nebyla křišena ani v inkubátoru. Z rodinné anamnézy vyplývá, že matce Marušky byla v dětství diagnostikována LMD se silnou hyperaktivitou dyslexie.

V péči: psychologie, logopedie

Diagnóza: ADHD, breptavost

Kristýna

Věk: 6,10-7,3

Charakteristika: Jde o opačný případ, než byl předešlý – jedná se o nejstarší dítě celého experimentu.

Holčička pochází z trojčat, jedna sestra má diagnózu ADD a druhá je v hraničním pásmu IQ, jde o dívku hypoaktivní. Děvčata mají ještě staršího bratra, který je bez problémů a navštěvuje ZŠ. Rodina funguje dobře, o děti se stará matka, která nepracuje a je doma. Dívky chodí do MŠ jen na dopoledne.

Porod děvčat byl ve 30. týdnu těhotenství, těhotenství bylo od počátku rizikové. V inkubátoru strávila Kristýna 6 týdnů. Je průměrně inteligentní, živá, roztěkaná, ale milá holčička. Projevy impulzivity nejsou patrny, hyperaktivita je na průměrné úrovni. Problémy se vyskytují v především v délce soustředění. Jedná se o nejklidnější dítě experimentální skupiny.

V **péči**: psychologie, neurologie, logopedie

Diagnóza: ADHD, opožděný vývoj řeči

Veronika

Věk: 5,6-5,11 let

Charakteristika: Jedná se o dítě z rodiny, kdy rodiče žili spolu, ale nebyli sezdáni. Otec měl z předchozího manželství 10 letou dceru, která byla v péči otce a bydlela s Verunkou v pokoji. Na podzim se ale otec odstěhoval a jeho starší dcera s ním. Veronika to nesla velmi špatně, chyběla jí především sestra.

Veronika je z druhého těhotenství, poprvé matka samovolně potratila. Takže těhotenství bylo od počátku rizikové, ale proběhlo v pořádku. Veronika se narodila ve 39. týdnu a byla zdráva.

ADHD mohla zdědit po otci, který, dle slov matky, měl už od dětství diagnostikovánu LMD a ve škole trpěl poruchami učení.

Veronika je velmi chytrá dívka, ale chová e někdy velmi sobecky, děti ráda organizuje a sama své možnosti často přeceňuje. Přidáme-li k tomu hyperaktivitu, která je u Veroniky patrná na první pohled, nemůžeme se potom divit, že není v kolektivu příliš oblíbená. Impulzivita u Veroniky není příliš závažná, větší problémy můžeme pozorovat u délky i hloubky soustředění.

V péči: psychologie, logopedie

Diagnóza: ADHD, dyslalie

Pavel

Věk: 6,11 -7,4

Charakteristika: Pavel pochází z úplné rodiny. Velká část jeho výchovy je přenesena na dvanáctiletou sestru. Povahově převládá výrazný individualismus a sobeckost. Má sklony k nereálnému sebehodnocení a tím přeceňování či podceňování zadaných úkolů. Celkově se v jeho chování projevuje nejednotná výchova, kterou komplikuje výrazná hyperaktivita, impulzivita a neschopnost delšího soustředění.

V péči: logopedie, neurologie, psychologie

Diagnóza: vývojová dysfázie, ADHD

Jirka

Věk: 6,6-7,0

Charakteristika: Jde o chlapce s nižším intelektem, velkou hyperaktivitou a impulzivitou, s těžkými problémy především v hloubce soustředění. Má časté konflikty v kolektivu, na děti je zlý, nesnáší autority.

Pochází z úplné rodiny, má dvě starší sestry. Rodiče, především otec se v něm vidí a má dojem, že správný kluk si nesmí nic nechat líbit. Dle pozorování učitelky se zdá, že otec také trpí hyperaktivitou a impulzivitou.

Těhotenství bylo normální, přesto se chlapec narodil císařským řezem ve 37. týdnu.

V péči: psychologie, neurologie, logopedie

Diagnóza: ADHD, mnohočetná dyslálie

Jára

Věk: 5,7-6,1 let

Charakteristika: Pochází z rozvedené rodiny, narodil se jako čtvrté dítě v pořadí. Matka výchovu čtyř dětí těžce zvládá, starší bratr je také velmi hyperaktivní a otec se dětem po rozvodu nevěnuje. Podle matky trpěl otec také hyperaktivitou a impulzivitou, ještě i v dospělosti.

Jára je průměrně inteligentní, nevyrovnaný, méně oblíbený u ostatních dětí ve třídě. Trpí silnou, někdy až nezvladatelnou hyperaktivitou a impulzivitou. Je velmi roztěkaný, u ničeho nevydrží a nic jej nebaví.

V péči: psychologie

Diagnóza: ADHD

Filip

Věk: 5,3-5,8

Charakteristika: Jde o dítě z neúplné rodiny, matka se s otcem rozvedla, když byly Filipovi 2 roky. Údajně pro jeho agresivní sklony a nevyrovnané chování. V rodině jsou ještě dvě starší děti z matčina prvního manželství. Filip byl dítě

chtěné především otcem, matka už o třetí dítě nestála. Filip se narodil v termínu, bez komplikací.

V kolektivu je Filip neoblíben pro svou agresivitu, vztekání a ubližování dětem. Přitom jde o chytrého chlapce, ze kterého, když se zaujme něčím, co sám chce a co ho baví, se stává moc milý kluk. Filip je velmi impulzivní, zbrklý a divoký. Má velké problémy se soustředěním, u ničeho nevydrží, je roztěkaný a učitelce se s ním velmi těžce pracuje. V raném dětství u něj došlo k záchvatu s bezvědomím, bylo u něj podezření na epilepsii – ale bez diagnózy.

V péči: psychologie, neurologie

Diagnóza: ADHD, epilepsie?

Michal

Věk: 5, 5-5,10

Charakteristika: Michal pochází z úplné rodiny, má roční sestřičku. Matka chlapce velmi těžce zvládá, když byla těhotná, strpěla, že ji kopal do břicha a sprostě jí nadával. Jde o velmi chytré dítě, ale silně hyperaktivní, impulzivní a především vzteklé. Na jeho otci je vidět podobné rysy, jen agresivitu má mírnější, než jeho syn v pěti letech. Chlapec se občas projevuje zvláštně, příliš lpí na rituálech, pokud mu někdo zasedne místo u stolečku, hrozně moc se rozčílí, válí se po zemi a je k nezvládnutí. Problémy s délkou i hloubkou soustředění se projevují ve všech činnostech, které chlapce nezajímají – jde téměř o všechny každodenní činnosti. Pokud se mu ale učitelka věnuje, pokud s ním dělá to, co on chce, vydrží u práce velmi dlouho. Ale zajímají se pouze o dinosaury a ryby. Nesnáší cvičení, jakýkoliv pokus o zapojení třeba i jen do pohybových her ho přivádí ke vzteku a křiku – ne k pláči.

Pro podezření na Aspergrův syndrom bylo rodičům doporučeno vyšetření v APLE, což matka odmítla.

V péči: psychologie, neurologie, dětské psychiatrie

Diagnóza: ADHD, porucha chování

Lukáš

Věk: 5,3-5,8

Charakteristika: Lukáš pochází z úplné, velmi dobře fungující rodiny. Má starší sestru, která měla diagnostikovánu LMD, především se jednalo o poruchu pozornosti. Rodiče se o děti zajímají a věnují se jim v každé volné chvíli.

Lukáš je chytrý, ve třídě průměrně oblíbený, někdy si vydrží s ostatními v klidu hrát, jindy ale začne vyvádět, chce, aby vše bylo podle něj, ničí dětem jejich výrobky, odmítá pracovat. Je těžké ho odtrhnout od oblíbené činnosti, ale co jej nezajímá, především grafomotorika, kreslení, u toho nevydrží a ani nevnímá, co po něm učitelka chce. Je paličatý, někdy vzteklý, impulzivita je u něj na průměrné úrovni.

Těhotenství i porod proběhlo v pořádku.

V péči: psychologa

Diagnóza: ADHD

Toník

Věk: 6,5-6,10

Charakteristika: Toník pochází z úplné rodiny, má mladší sestru. O děti se stará většinou matka, otec podniká a domů chodí až večer. Toník pochází z těhotenství dvojčat, jeho dvojče zemřelo při porodu, který proběhl v 33. týdnu těhotenství císařským řezem. Toník je na pohled moc hezký, milý chlapeček. Je i velmi chytrý a v klidném rozhovoru nebo při individuální práci je snaživý a klidný. Jen v kolektivu o sobě dává stále vědět. Zúčastní se každé pranice, provokuje ostatní. U žádné práce nevydrží, pořád jej zajímá všechno, co se děje kolem. Přesto je u dětí oblíben, což ale nelze říci o učitelkách. Na autority je často hubatý, stojí si za svou pravdou a kompromisy odmítá, takže jeho obliba u učitelek je nízká.

V péči: psychologa, logopeda, neurologa

Diagnóza: ADHD, dyslálie

Honza

Věk: 5,8-6,01

Charakteristika: Chlapec pochází z úplné rodiny, je jedináček. Rodiče jej až příliš ochraňují, vyskytnou-li se nějaké problémy, hned svorně tvrdí, že otec byl stejný a taky z toho vyrostl. Těhotenství bylo bezproblémové, porod císařským řezem v termínu.

V kolektivu Honzík není oblíben, stále vyžaduje, aby jej ostatní poslouchali a dělali to, co určí. Kdo odmítá, toho Honza tluče, kouše, štípe a to se dětem samozřejmě nelíbí. Inteligentně je průměrný, pohyb a cvičení rád nemá, je spíš neobratný a je si

toho dobře vědom, takže cvičit odmítá. U Honzy jsou patrny projevy silné hyperaktivity a poruchy soustředění, impulzivita se u něj ale neprojevuje.

V péči: psychologa, logopeda

Diagnóza: ADHD, mnohočetná dyslálie

Kuba

Věk: 6,5-6,10

Charakteristika: Jedná se o dítě z úplné rodiny, má 4 starší sestry (16, 14, 12 a 9 let), které suplují matku, která pije a o děti se příliš nestará. Otec je celý den v práci, tak se děvčata musejí o Kubu postarat. Kuba je velmi drobný chlapec, výškou odpovídá mnohem mladšímu dítěti. Má velmi špatnou výslovnost, chudou slovní zásobu, je velmi nesoustředěný, roztěkaný a rozlítaný. Chvíli nevydrží na jednom místě, u žádné činnosti se nedokáže soustředit. V kolektivu je přesto oblíben, některé holčičky si s ním hrají jako s miminkem.

Podle matky bylo těhotenství i porod v pořádku, ale vážil jen 2,25 kg.

V péči: psychologie, logopedie

Diagnóza: ADHD, dysfázie

Kája

Věk: 5, 4-5,9

Charakteristika: Chlapec žije v neúplné rodině. V péči jej má otec, kdy mu s výchovou pomáhá chlapcova babička ze strany otce. Prostředí, ve kterém Jirka vyrůstá, je nepodnětné a emocionálně bipolární. Má dva sourozence, s kterými se stýká a má k nim velmi kladný vztah. Výrazná porucha paměti, soustředění a pozornosti, silně impulzivní a hyperaktivní.

V péči: logopedie, foniatrie, neurologie, psychologie

Diagnóza: vývojová dysfázie, ADHD

Martin

Věk: 5,9-6,2

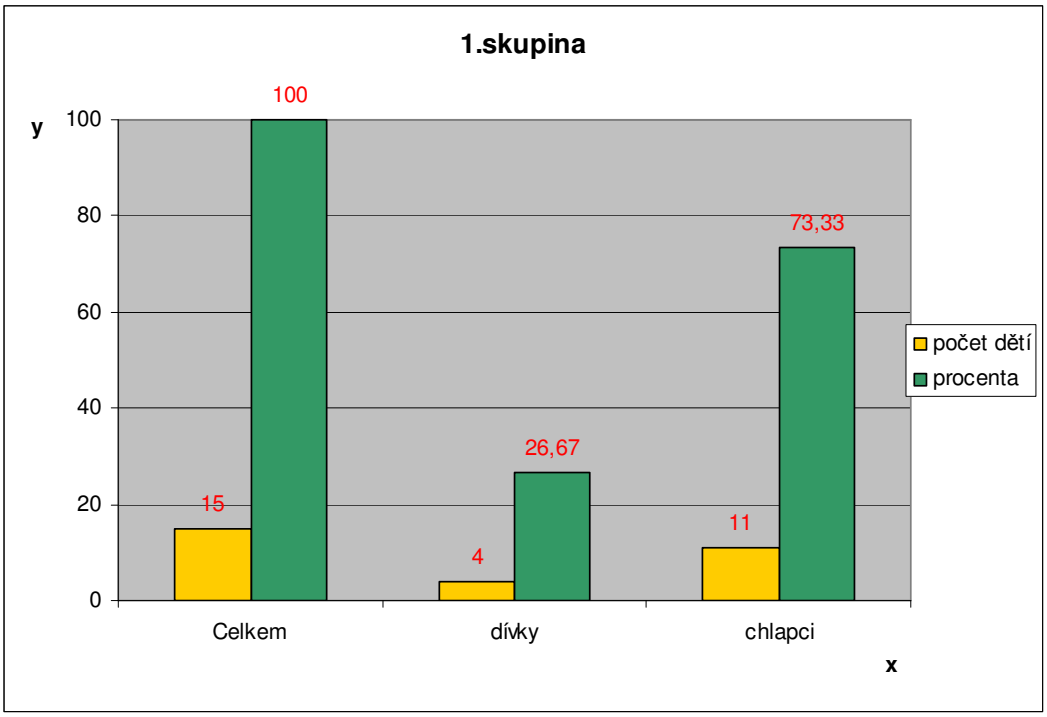
Charakteristika: Chlapec žije v úplné rodině, kde do výchovy výrazně zasahuje matka otce, což není vždy ve prospěch klidné rodinné výchovy. Matka čeká druhé dítě, zatím pracuje a o syna pečuje především babička.

Jedná se o drobného hyperaktivního a impulzivního chlapce s výrazně zkrácenou dobou pozornosti a soustředění. Má velmi špatnou výslovnost, chudou expresivní složku řeči. Matka měla v těhotenství emocionální problémy a v nervovém vypětí rodila předčasně v 35. týdnu těhotenství.

V péči: logopedie, foniatrie, neurologie, psychologie

Diagnóza: vývojová dysfázie, ADHD

Graf č. 2: Složení experimentální skupiny podle pohlaví

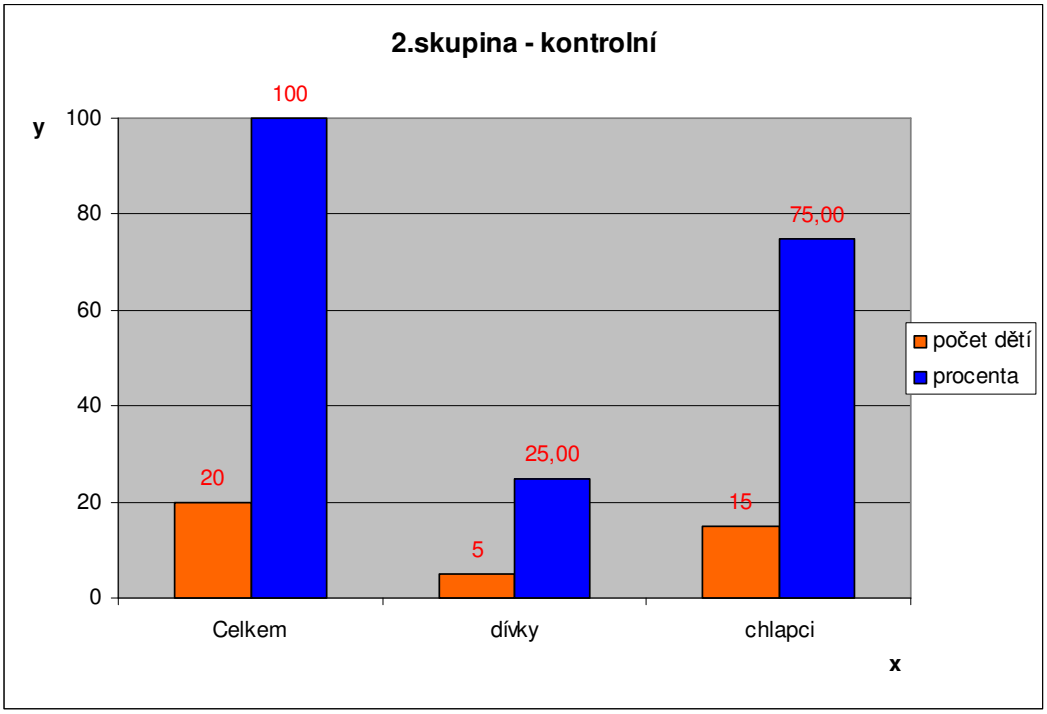


Charakteristika kontrolní skupiny

Jednalo se o vzorek 20 dětí předškolního věku z pěti různých mateřských škol z Prahy 9.

Tyto děti byly vybírány třídními učitelkami jednotlivých MŠ na základě analýzy spisové dokumentace. V každé z těchto oslovených mateřských škol se nacházelo několik předškolních dětí s diagnózou ADHD (viz Tabulka č. 1). Opět byl mnohem větší výskyt chlapců – 75% na rozdíl od dívek - 25% dívek (viz graf č. 3).

Graf č. 3: Složení kontrolní skupiny podle pohlaví



3. 4 Průběh průzkumu

Autorka již dlouhodobě s relaxačními technikami pracovala. Již před několika lety si vyzkoušela relaxaci, jógu a arteterapii při práci ve speciální třídě, kde učila tři roky. Ověřila si tak účinnost relaxace na menším vzorku dětí s ADHD/ADD i na zdravých dětech, a proto si dovolila vytvořit relaxační program, který podle předchozích zkušeností upravila a doplnila o některé další techniky pro děti s ADHD a nabídla jej na vyzkoušení učitelkám, které byly ochotny se na průběhu relaxačního programu podílet.

Průzkum byl prováděn v mateřských školách na sídlištích Černý Most I. a II. v Praze 9. Bylo nutné zjistit, zda jsou tyto MŠ ochotné spolupracovat, zda nám

umožní nahlédnout do spisové dokumentace, budou-li učitelky ochotny vyplnit na konkrétní děti dotazník a budou-li ochotny pozorovat chování dětí zařazených do experimentální skupiny po celou dobu jeho trvání. Všechny oslovené mateřské školy byly vstřícné a ochotné. Někde nebylo možno do spisové dokumentace nahlédnout, ale učitelky nám vše potřebné sdělily ústně. Návratnost dotazníků byla 100% na začátku i na konci výzkumu. Průzkum probíhal v druhém týdnu v září 2008 a v prvním týdnu února 2009, celý program potom v průběhu 13. září 2008 – 30. ledna 2009.

Studium dokumentace, kterou bylo možno vidět, bylo využito především na vyhledávání dětí, které mají stanovenou diagnózu ADHD. Jen některé zprávy obsahují informace o konkrétních symptomech této poruchy. U většiny dětí byla uváděna hyperaktivita a porucha pozornosti bez bližších údajů. Jen u některých zpráv bylo doporučení, jak s dítětem pracovat a na co se zaměřit

V mateřské škole „Obláček“ potom probíhal po celou dobu experimentální relaxační program, který měl předem daný rozpracovaný pevný řád a každý den probíhal s experimentální skupinou určitý druh relaxace (viz Tabulka č. 1).

3.6 Získaná data a jejich prezentace

Tato kapitola je zaměřena na rozbor získaných dat a ověření či vyvrácení daných předpokladů.

Ověření předpokladu č. 1:

Lze předpokládat, že v každé oslovené mateřské škole se bude vyskytovat alespoň jeden předškolák s diagnózou ADHD.

Tento předpoklad byl ověřován rozhovory s učitelkami oslovených mateřských škol a analýzou dokumentů dětí, u kterých byl diagnostikován syndrom ADHD.

V každé oslovené mateřské škole se nacházeli minimálně čtyři předškoláci s diagnózou ADHD (viz Tabulka č. 2). Tím byl zajištěn dostatečný výběr dětí k jejich účasti ve výzkumu.

Tabulka č. 2: Výskyt dětí s diagnózou ADHD ve vybraných MŠ

Mateřská škola	chlapci	dívky	Dětí celkem
1. MŠ	4	0	4
2. MŠ	2	1	3
3. MŠ	3	1	4
4. MŠ	3	2	5
5. MŠ	3	1	4
6. MŠ	11	4	15

Předpoklad č. 1 se potvrdil.

Předpoklad č. 2:

Lze předpokládat, že alespoň 50 % dětí s ADHD patří v mateřské škole mezi méně oblíbené.

Tento předpoklad byl ověřován především pomocí vstupního dotazníku otázkou číslo 2 – „Vztah ke spolužákům“. Postavení jedinců v kolektivu se hodnotilo známkou 1 – 5, přičemž 1 byla nejlepší, 5 nejhorší. Nejčastěji uvedená hodnota

byla 4 (málo oblíbený), a to téměř u celé poloviny skupiny (15), nejhorší hodnota 5 (neoblíbený) byla zvolena 10x, průměr pak byl 3,85. Učitelé tedy považují téměř tři čtvrtiny (71,4%) těchto dětí za málo oblíbené až neoblíbené. S tím patrně souvisí fakt, že právě zvýšená hyperaktivita a impulzivita se může u dítěte negativně projevovat v jeho vztazích s okolím, s postavením v kolektivu a se vztahy ke spolužákům.

Výsledky z dotazníku byly ještě ověřeny rozhovory s učitelkami o postavení dětí s ADHD v kolektivu, o jejich oblibě nebo neoblíbenosti. Z těchto rozhovorů vyplynulo, že většina dětí s ADHD je v kolektivu skutečně méně oblíbená, především pro jejich častou agresivitu a vznětlivost.

Předpoklad č. 2 se potvrdil.

Předpoklad č. 3:

Lze předpokládat, že každodenním využitím relaxačních technik dojde ke zmírnění alespoň jednoho symptomu ADHD u dětí experimentálního souboru (ověřováno porovnáním výsledků vstupního a výstupního dotazníku).

Tento předpoklad byl ověřován výsledky vstupního a výstupního dotazníku, jednalo se především o otázky na stupeň hyperaktivity, soustředění a impulzivity.

Vstupní dotazník

Učitelky zde hodnotily dítě v následujících položkách: intelektové schopnosti, vztah ke spolužákům, chování, klid x neklid, hloubku a délku soustředění, impulzivitu reakcí, obratnost a informace o rodině, které by mohly souviset s ADHD u dítěte.

S úrovní aktivity by mohl souviset **intelekt** dítěte. Učitelky hodnotily děti na pětistupňové škále, kdy průměrná hodnota intelektu byla 2,2. Nejčastější hodnota intelektu byla 3, druhá nejčastější však 1. Většinu dětí tedy učitelky považují za chytré, ale ze souboru dětí se vydělují dvě děti, u kterých učitelky shledávají

podprůměrnou inteligenci. Odhad intelektu u hyperaktivních dětí jako celku je tedy mírný nadprůměr.

Klid x neklid: Tato položka by měla nejvíc vypovídat o úrovni aktivity. Učitelky nevolily ani jednou položky 1 – velmi klidný a 2 – klidnější, než většina dětí. Nejčastější hodnota byla 4, druhá nejčastější 5. Jednou byla zvolena hodnota 3 (na stejné úrovni, jako většina dětí). Průměr hodnot byl 4,33 u experimentální skupiny a 4,45 u kontrolní skupiny. Celkově byl průměr bodů 4,39.

Soustředěnost byla hodnocena z hlediska hloubky a délky. Výsledky vycházejí obdobně, v hodnocení nebyly zastoupeny hodnoty 1 a 2. V **hloubce soustředění** byla u experimentální skupiny jednou určena hodnota 3, hodnoty 4 a 5 byly zastoupeny stejně. Průměr hloubky soustředění byl u této skupiny 4,40. U kontrolní skupiny se vyskytovaly pouze hodnoty 4, v menší míře 5. Průměr kontrolní skupiny byl 4,30. Celkový průměr byl 4,35.

V **délce soustředění** byly zastoupeny u obou skupin pouze odpovědi 4: jen krátkodobé soustředění a 5: velmi krátké, chvilkové soustředění, u ničeho nevydrží. Průměr experimentální skupiny byl 4,53. Průměr kontrolní skupiny byl 4,45. Celkový průměr 4,49.

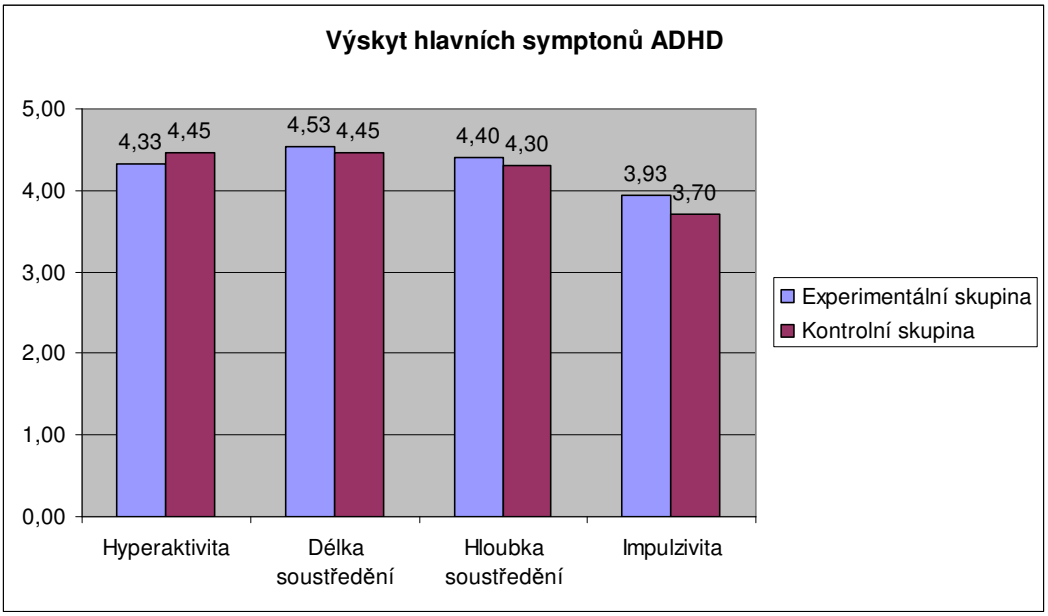
Další položkou, která s hyperaktivitou souvisí, je **impulzivita**. Učitelky nepoužily pouze horní hodnotu 1 - reaguje velmi klidně, vyrovnaně, nic ho nerozhází. Dolní hodnota oproti tomu byla použita u experimentální skupiny 6x. Průměr byl 3,93. U kontrolní skupiny se hodnota 2 vyskytla jen 1x, ostatní uváděné hodnoty byly téměř vyrovnány, průměr byl 3,70. Celkový průměr byl 3,81.

Z výše uvedeného vyhodnocení vyplývá, že u dětí s ADHD se nemusí vyskytovat všechny symptomy ADHD najednou. Nejméně symptomů vykázala Kristýna, která byla u impulzivity hodnocena 2 body, což znamená „Reakce vcelku klidné, uvážlivé“. Jen u délky soustředění vykázala 4 body, u ostatních dvou otázek byla ohodnocena jako průměrná.

U Veroniky, Lukáše a Toníka se vyskytuje průměrné hodnocení u impulzivity.

Porovnání vstupních hodnot obou skupit zobrazuje graf č. 4

Graf č. 4: Porovnání vstupních hodnot obou skupin



Hyperaktivita jako projev ADHD se často pojí s **neobratností.** Žádné dítě nebylo hodnoceno na hraničních pólech, většinou byly hodnoceny jako středně obratné, celkový průměr byl 3,06. Výrazná souvislost mezi hyperaktivitou a neobratností se neprokázala.

Otázky ohledně rodiny se týkaly výskytu ADHD u rodičů a počtu sourozenců, případně výskyt ADHD u sourozenců.

U rodičů byl výskyt hyperaktivity nebo LMD u experimentální skupiny 8x, z toho 1x se jednalo o matku. U sourozenců se výskyt ADHD nepotvrdil, to je možné ale i z toho důvodu, že ve většině případů se jednalo o sestry a u děvčat je výskyt ADHD, jak je všeobecně známo, mnohem nižší, než u chlapců.

U rodičů kontrolní skupiny byl výsledek podobný – 7 otců trpělo v dětství hyperaktivitou a poruchou pozornosti, u tří z nich se vyskytly poruchy učení. U sourozenců se vyskytla diagnóza ADHD 2x, ale poruchy učení 4x, většinou se jednalo o dyslexii.

Z těchto výsledků je patrné, že vznik syndromu ADHD může souviset s genetickými předpoklady a rodiče by si toho měli být vědomi při svých výchovných přístupech – dítě nezlobí schválně, proto by jej rodiče za projevy ADHD neměli trestat.

Výstupní dotazník

Ve výstupním dotazníku, který vyplňovaly učitelky obou skupin dětí, se zaznamenávaly jen otázky na klid x neklid, hloubka a délka soustředění a impulzivita. Tento dotazník vyplňovaly učitelky po ukončení relaxačního programu.

V položce klid x neklid byl výsledek 3, 93 oproti vstupní hodnotě, která byla 4,33. Je vidět, že došlo ke zlepšení o 0,34 bodu.

V položce hloubka soustředění byla výsledná hodnota 3,86 oproti vstupní hodnotě 4,40, což je rozdíl o 0,54 bodu.

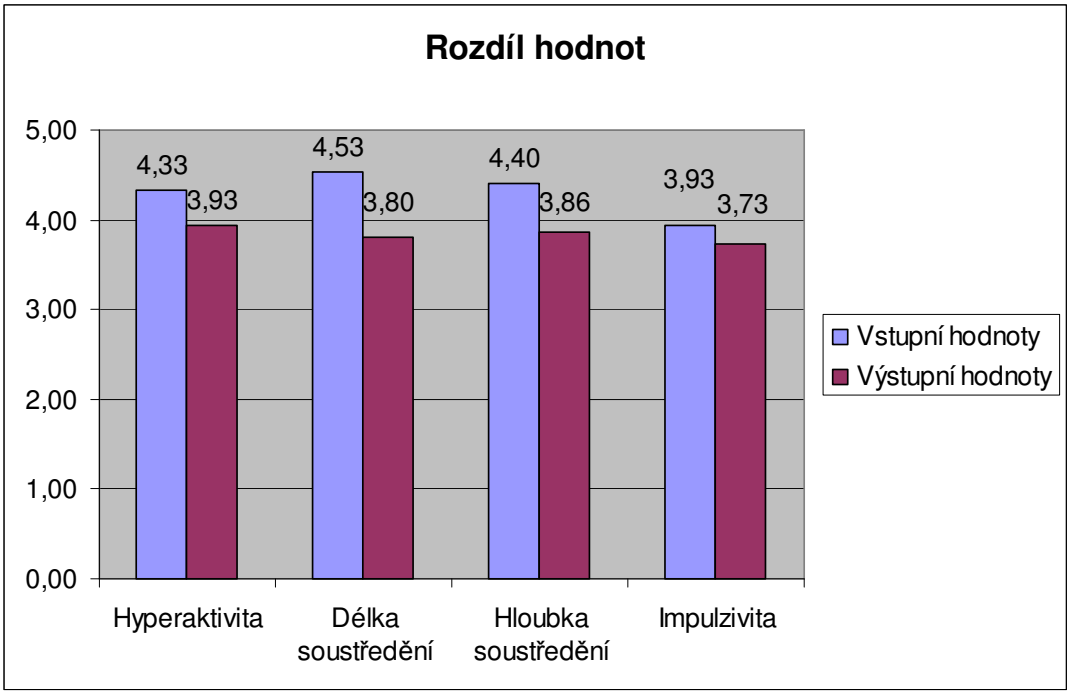
V položce délka soustředění byla výsledná hodnota 3,80 oproti vstupní hodnotě, která byla 4,53. Zde došlo ke zlepšení o 0,73 bodu.

V položce impulzivita byla výsledná hodnota 3,73 oproti vstupní hodnotě 3,93. Zde došlo ke zlepšení jen o 0,20 bodu.

U experimentálního programu je vidět velké zlepšení v oblasti soustředění, především v délce soustředění (viz graf č. 5).

U kontrolního souboru došlo ke zlepšení v oblasti délky soustředění u třech dětí, což je celkové zlepšení skupiny ze 4,45 bodů na 4,3 body. V oblasti hyperaktivity (otázka klid x neklid) došlo k mírnému zlepšení u jednoho dítěte U dalších dětí se symptomy ADHD nezlepšily, naopak u dvou dětí došlo ke zhoršení projevů hyperaktivity. Z toho vyplývá, že pouze dozráváním dětí nedochází ke zlepšení projevů symptomů ADHD.

Graf č. 5: Rozdíl vstupních a výstupních hodnot experimentální skupiny



Porovnání vstupních a výstupních hodnot dětí experimentální skupiny vyjadřuje tabulka č. 3.

Tabulka č. 3 Vyhodnocení vstupních a výstupních hodnot u dětí experimentální skupiny

Jméno dítěte		Hyperakt.	Délka soustřed.	Hloubka soustřed.	Impulziv.	Hodnota celkem
Eva	vstup	4	4	5	4	17
	výstup	4	3	4	4	15
Maruška	vstup	5	5	5	5	20
	výstup	4	4	4	4	16

Kristýna	vstup	3	4	3	2	12
	výstup	3	3	3	2	11
Verunka	vstup	4	4	4	3	15
	výstup	4	3	3	3	13
Pavel	vstup	5	5	4	5	19
	výstup	4	4	4	5	17
Jirka	vstup	4	4	5	4	17
	výstup	4	4	4	4	16
Jára	vstup	5	5	4	5	19
	výstup	4	4	4	5	17
Filip	vstup	4	4	5	5	18
	výstup	4	4	4	4	16
Michal	vstup	5	5	4	5	19
	výstup	4	4	4	5	17
Lukáš	vstup	4	5	4	3	16
	výstup	4	4	4	3	15
Toník	vstup	5	4	4	3	16
	výstup	4	4	3	3	14
Honza	vstup	4	4	4	2	14
	výstup	3	4	4	2	13
Kuba	vstup	5	5	5	4	19
	výstup	4	4	5	4	17
Kája	vstup	4	5	5	4	18
	výstup	4	4	4	4	16
Martin	vstup	4	5	4	4	17
	výstup	4	4	4	4	16

Zaměříme-li pozornost na jednotlivé probandy, zaujme nás výkonnost Kristýny, která, ač má diagnostikovánu ADHD, jevila se autorce programu i třídní učitelce,

že víc než ADHD by mohla trpět syndromem ADD. Podle výsledků v dotazníku nemá znaky impulzivity, hyperaktivitu má v průměrnou, největší problémy měla v délce soustředění, která se po relaxačním programu výrazně prodloužila. Doporučila bych nové vyšetření v PPP.

Nejvýraznějšího zlepšení dosáhla Maruška, z původních 20 bodů se jí snížilo skóre na pouhých 16 bodů. Maruška měla velmi dobrou docházku a relaxační techniky ji velmi zaujaly, moc se těšila na každou novou hodinu. Doma nutila rodiče, aby všechno procvičovali společně a tak se relaxační techniky staly součástí denního režimu rodiny.

Ve třech oblastech (délka i hloubka soustředění a impulzivita) se zlepšil také Kája, naopak nejmenší zlepšení můžeme vidět u Jirky, Martina, Lukáše a Honzy. U Jirky je možno přičíst jeho malé zlepšení nejnižší docházkou z důvodu časné nemocnosti.

Dále bylo zjištěno, že pravidelnost docházky do hodin relaxačního programu výrazně ovlivňuje účinnost cvičení.

Předpoklad č. 3 se potvrdil.

Vyhodnocení docházky na relaxační program

U každého probanda experimentálního souboru jsme pečlivě zapisovali docházku na jednotlivé lekce relaxačního programu, který probíhal denně od 13. září 2008 do 30. ledna 2009.

Všichni probandi, kteří byli zařazeni do experimentální skupiny, návštěvu relaxačního programu dokončili, i když s různou účastí.

Bylo možno celkem navštívit relaxační program 79x. Nejvyšší docházka byla 77x tj. 97,47% a nejnižší 38x tj. 48,1%.

V průměru bylo dosaženo téměř tři čtvrtinové docházky: 74,09%.

Docházku dětí na relaxační program ukazuje tabulka č. 4

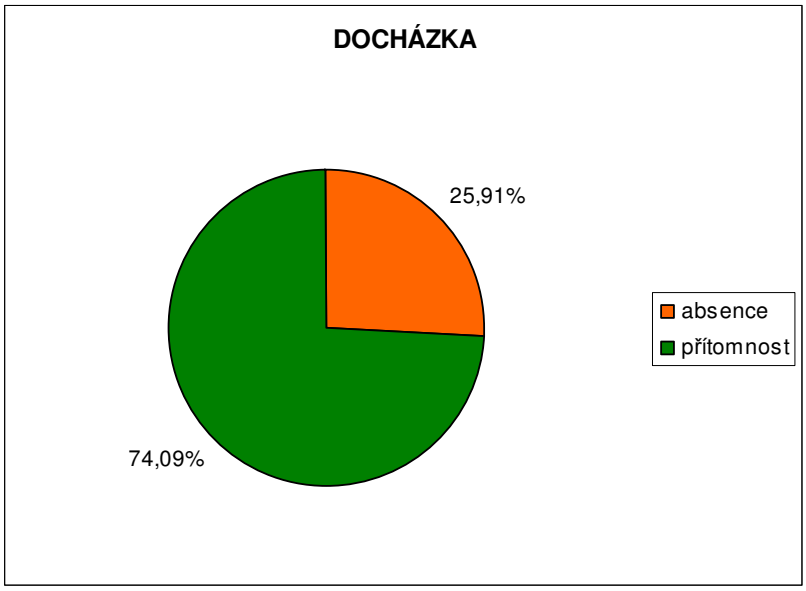
Tabulka č. 4: Docházka jednotlivých probandů na relaxační program

Docházka	*přítomnost*	*%*
Eva	64	81,01
Maruška	66	83,54
Kristýna	58	73,42
Veronika	62	78,48
Pavel	56	70,89
Jirka	38	48,1
Jára	71	89,87
Filip	54	68,35
Michal	77	97,47
Lukáš	66	83,54
Toník	64	81,01
Honza	71	89,87
Kuba	77	97,47

Kája	54	68,35
Martin	56	70,89

Průměrná celková docházka dětí na relaxační program je uvedena v grafu č. 6.

Graf č. 6 Průměrná docházka



Absence docházky do programu byla způsobena nemocností dětí, jinými aktivitami s rodiči či pouhým nedocházením. Některé děti se nezúčastnily pouze některých dní (Michal, Kuba), některé z důvodu dlouhodobé nemocnosti chyběly hodně (Jirka). Průměrná neúčast v programu byla více než jedna pětina, a proto ne pro všechny byl dostatečně účinný.

Předpoklad č. 4:

Lze předpokládat, že více než 60% učitelek, které měly možnost se seznámit s vytvořeným relaxačním programem, bude mít zájem využít některé relaxační techniky z tohoto programu v denním režimu své třídy nejen u dětí s ADHD, ale i u všech ostatních dětí.

Tento předpoklad byl ověřován pomocí krátkého dotazníku pro učitelky (příloha č. 5) a rozhovorem s danými učitelkami.

Bylo osloveno celkem 34 učitelek ze všech zúčastněných mateřských škol. Z tohoto množství bylo 14 učitelek z mateřské školy „Obláček“, kde probíhal experiment, ostatní učitelky pracovaly v mateřských školách, kam docházely děti z kontrolní skupiny.

Otázky se týkaly názorů učitelek na relaxační program, na jejich případný zájem o zařazení relaxačních technik do denního programu jejich mateřské školy.

Otázka č. 1: Líbilo se vám složení relaxačního programu, jeho týdenní rozvrh a časové dotace?

Otázka č. 2: Měla byste zájem o využití tohoto programu v denním režimu vaší třídy?

Otázka č. 3: Využila byste tento program v běžné třídě MŠ, kam nedocházejí děti s ADHD?

Výsledky tohoto dotazníku jsou uvedeny v tabulce č. 5

Tabulka č. 5 Výsledky závěrečného dotazníku pro učitelky

Odpověď	Otázka č. 1	Otázka č. 2	Otázka č. 3
ANO	34	31	32
NE	0	3	2

Z výsledků uvedených v tabulce vyplývá, že většina učitelek by vytvořený relaxační program využila, a to nejen u dětí s ADHD, ale i u dětí zdravých, které žádné problémy v chování a jednání nemají.

Předpoklad č. 4 potvrdil.

Shrnutí

Praktická část byla zaměřena na ověření účinnosti relaxačních technik, které byly prováděny pravidelně po dobu pěti měsíců u dětí experimentální skupiny.

Všechny děti se na relaxační program každý den těšily. Největší obliby se těšila práce s keramickou hlínou. Dětem se nejvíc líbilo házení hlínou, ale i výroba vlastních stop nebo otisk dlaně. Jen u jednoho chlapce trvalo několik lekcí, než si sáhl na hlínu s chutí, bez odporu. Ale zvládl to a jeho výrobky patřily k nejhezčím. Práce s hlínou navíc rozvíjela jemnou motoriku, fantazii dětí.

Také cvičení jógy patřilo k činnostem, na které se děti těšily a při kterých nedocházelo k žádným problémům. Dětem se rozvíjela nenásilnou formou i hrubá motorika, orientace v prostoru, pravolevá orientace a serialita. Bylo s podivem, jak si velmi rychle zvykly velmi hyperaktivní děti na zklidnění při dýchacích cvičeních i při cvičení různých pozic. Téměř polovina rodičů těchto dětí se začala o jógu zajímat a sami si sháněli učebnice s jógovým cvičením. Někteří je nosili do školy na ukázku a jako inspiraci.

Relaxační hry měly s jógou hodně společného, ale děti se musely víc zapojit, nejen poslouchat a opakovat cviky jako u jógy. Přesto patřily u některých dětí k oblíbenějším, než jóga.

Při hudebních činnostech šlo u dětí spíš o „vybití“ energie, než o zklidnění. Děti si oblíbily Orffovy nástroje, které využívaly aspoň na chvíli každou hodinu.

Vybarvování mandal bylo zpočátku problematické, neboť víc než polovina dětí se nebyla schopna soustředit a vybarvit celou mandalu najednou. Po krátkém protažení se ale k práci vracely a mandalu vždy dokončily. Po několika hodinách byl vidět výrazný pokrok a při tvoření vlastních mandal už byly všechny děti zaujaté a ani by je nenapadlo práci přerušit. Při vybarvování a tvoření mandal si děti zároveň rozvíjely i grafomotoriku, znalost tvarů, barev, jemnou motoriku i orientaci v prostoru.

Poslech relaxační hudby a četba „Příběhů z měsíční houpačky“ byly sladkým bonbónkem po náročném dni. Usínaly při nich i děti, které doma po obědě nespaly už od dvou let. I zde se rodiče sháněli po doporučení vhodných CD s relaxační hudbou, kterou by mohli využívat doma.

Jak jsem se již zmínila v hodnocení, nejlepších výsledků dosáhla Maruška. Nejde jen o bodové hodnocení, ale její zlepšení je patrné na první pohled i pro rodinu a jejich známé. Ke zlepšení došlo u všech dětí experimentální skupiny, jen jejich výsledky nejsou tak výrazné. Někde je to způsobeno jiným chováním dětí v MŠ a doma, u některých dětí, kde byla výchozí hodnota 4 body, došlo k mírnému zlepšení, ale ještě nebylo možno říci, že se zařadily do průměru běžných dětí. Zde bych viděla nedostatek ve výstupním dotazníku. Bylo by potřeba víc stupňů k vyhodnocení

v konečné fázi. Pod známku 3 by bylo vhodné zařadit ještě alespoň tři stupně místo dvou, tím by bylo vyjádřeno případné zlepšení např. o půl bodu.

V případě, že bych pokračovala v dalším studiu, věnovala bych se opět vlivu relaxačních technik na děti s ADHD, ale využila bych většího vzorku probandů a vyhodnocená data bych zpracovávala jinou metodou, např. kolerací.

4 Závěr

Bakalářská práce se zabývala využitím různých relaxačních technik u předškolních dětí s diagnózou ADHD. Jejím cílem bylo pomocí analýzy spisové dokumentace, pozorování, rozhovoru a dotazníku pro učitelky MŠ zjistit frekvenci výskytu předškolních dětí s diagnózou ADHD a možnosti zmírnění jednotlivých symptomů této poruchy využitím programu relaxačních technik. Stanoveného cíle bylo dosaženo, i když u každého dítěte v různé míře, jak vyplývá z přehledu sebraných dat ve výše uvedených tabulkách a grafech.

Na základě zpracování teoretické části jsem si výrazně uvědomila, na ovlivnění kterých symptomů u dětí se ve své praktické části nejvíc zaměřit.

V průběhu relaxačního programu jsem si ověřila, že relaxační techniky přinášejí dětem radost, umožňují jim sebepoznání, a tím usnadňují vytváření pozitivních vztahů k ostatním, podporují rozvoj prosociálního chování. Role pedagoga v tomto procesu vyžaduje, aby děti podporoval nenásilně a vyvaroval se přímých příkazů a zákazů.

Relaxační techniky považuji za jednu z možností přispívající k pozitivnímu rozvoji osobnosti dítěte a jeho začlenění do společnosti. Umožňuje dětem prožívat šťastnější dětství a působí také jako prevence vzniku nežádoucího chování.

Z těchto důvodů se domnívám, že práce s relaxačními technikami by se měla stát součástí výchovně vzdělávacího procesu v mateřské škole. Relaxace je vhodná pro každého, nejen pro děti. Pomáhá od stresu a nervozity, umožní zklidnění, uvolnění a to by mohli potřebovat i dospělí. Na všechny se každý den hrne spousta úkolů a povinností, a ten, kdo ví, jak dosáhnout alespoň chvilkového uvolnění a zklidnění, má velkou výhodu oproti všem ostatním. A u dětí to platí dvojnásob.

Práce pro mě tedy byla velmi přínosná, a to jak část teoretická, kde jsem si utřídila poznatky, které jsou důležité pro pochopení celé problematiky a umožňují nám hledání správné cesty, jak k těmto dětem přistupovat, jaké jim vytvořit podmínky pro lepší rozvoj a zmírnění deficitů, tak i část praktická, kde jsem si ověřila, že využití různých relaxačních technik je pro děti s ADHD velmi vhodné.

5 Navrhovaná doporučení

Vzhledem k mateřským školám

Učitelky pracující s dětmi s ADHD/ADD musí znát možnosti a hranice rozvoje dětí s tímto syndromem, přizpůsobit vnější prostředí jejich potřebám, znát metodiku práce s těmito dětmi.

Bylo by vhodné zajistit proškolení učitelek, které pracují s dětmi s ADHD/ADD, se zaměřením na různé relaxační techniky. Školení a kurzy k problematice dětí s ADHD/ADD pořádá např. DYS centrum Praha nebo Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

Vybavit školní knihovny odbornou literaturou nejen k problematice ADHD/ADD, ale i se zaměřením na relaxační techniky. V literatuře najdou učitelky inspiraci i návody pro práci.

Učitelky by měly:

- Provádět osvětu.
- Zlepšit informovanost rodičů o problematice ADHD/ADD i možnostech využití různých relaxačních technik.
- Objasnit rodičům různé techniky a možnosti jejich využití v domácím prostředí.
- Seznámit rodiče s odbornými publikacemi zaměřenými na jednotlivé formy relaxace, vysvětlit jim způsob práce s dětmi při relaxaci, při cvičení jógy nebo při různých výtvarných technikách.
- Téměř všechny relaxační techniky se dají provozovat v domácím prostředí, snad jen s výjimkou keramiky. Tam lze ale keramickou hlínu zaměnit za samotvrdnoucí hmotu, která se nemusí vypalovat a výrobek se dá po uschnutí snadno vybarvit temperovými barvami.

Vzhledem k rodině

Rodičům by bylo vhodné doporučit co nejvíc se dítěti s ADHD věnovat, chválit je za každou sebemenší snahu. A hlavně dávat dítěti najevo, že ho oba rodiče milují i přes veškeré obtíže, že vědí, že za své projevy dítě nemůže, že je nedělá schválně. Bylo by vhodné si s dítětem doma zpívat, číst nebo vypravovat pohádky, malovat, modelovat. V přístupu k dítěti je nutná důslednost, stanovení denního režimu dítěte i celé rodiny a pravidel, která se budou dodržovat. Dítě získá jistotu pevného zázemí i zájmu rodičů. Ale nelze zaměňovat důslednost s přísností. Důslednost není ani přísnost ani vláda pevné ruky. Důslednost znamená naplnění dohody nebo příkazu až do konce. Vědí-li rodiče, že nevydrží až do konce, je lepší žádný příkaz nebo pokyn nedávat. Pokyny dítěti by měly být jasné, jednoduché a konkrétní.

Bylo by také vhodné, aby se rodiče informovali u učitelek na vhodné formy relaxačních technik, na dostupnou literaturu, časopisy, kontaktní místa, kde se pořádají relaxační cvičení pro rodiče s dětmi apod. Doporučila bych např. knihu kniha „ Jóga pro děti“ od V. Miltnera nebo „ Relaxační hry s dětmi“ od M. Naderu. Náměty a vzorové mandaly obsahují omalovánky „Mandaly“, kterých je na trhu již velký výběr.

Dítě by mělo cítit lásky a zájem rodičů. To je nejlepší dar, jaký může od rodičů do života dostat.

6 Seznam použitých zdrojů

CAMPBELLOVÁ J. *Techniky arteterapie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2000, 199 s. ISBN 80-7178-428-1

GUILLAUD M. *Relaxace v mateřské škole*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006, 94 s. ISBN 80-7367-162-X

HÁDLÍKOVÁ, B. Využití arteterapeutických technik k harmonizaci osobnosti dětí v mateřské škole. In: ŠULOVÁ, L. (ed.). *Problémové dítě a hra*. 1.vyd. Praha: Raabe, 2004, s. 1-28, A 1.3. ISBN 80-86307-15-8

HÁJEK, P. a kol. *Jóga, speciální učební text.* 1.vyd. Praha: 2000.

LIŠKOVÁ, M. *Hudební činnosti*. 1.vyd. Praha: Raabe, 2006,165 s. ISBN 80-86307-26-3

MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti.* 1.vyd. Praha: Avicenum, 1986, 335 s.

MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života.* 1.vyd. Praha: Panorama, 1986, 367 s.

MERTIN, V. Intervence u specifických poruch chování. In: ŠULOVÁ, L. (ed.). *Problémové dítě a hra*. 1.vyd. Praha: Raabe, 2004, s. 1-23, E 1.4. ISBN 80-86307-15-8

MICHALOVÁ, Z. *Sondy do problematiky specifických poruch chování*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007, 207 s. ISN 80-7311-075-X

MICHALOVÁ, Z. Oblast specifických poruch chování. In: HOUSAROVÁ, B. (ed.). Speciálně pedagogická čítanka. 1. vyd. Praha: PedF UK, 2003. s. 29-44, 171 s. ISBN 80-7290-109-5

MILTNER, V. *Jóga pro děti*. 1.vyd. Liberec: Liberecké tiskárny, 1990, 32 s.

MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita.* 1.vyd. Praha: Portál, 2002, 119 s. ISBN 80-7178-625-X

MÜLLEROVÁ, E. *Příběhy z měsíční houpačky*. 2.vyd. Praha: Portál, 2001, 109 s. ISBN 80-7178-601-2

NADEAU M. *Relaxační hry s dětmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, 135 s. ISBN 80-7178-712-4

NEŠPOR, K. *Jóga pro děti - relaxace, cvičení, příběhy*, 1.vyd. Praha: Nakl. Velryba, 1998, 88 s. ISBN 80-85860-09-0

PIPEKOVÁ, J. a kol., *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: 1998, 234 s. ISBN 80-85931-65-6

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči.* 1.vyd. Brno: Paido, 2001, 165 s. ISBN 80-7315-010-7

SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním.* 1.vyd. Praha: Portál, 1999, 149 s. ISBN 80-7178-315-3

PREKOP, J., SCHWEIZER, Ch. *Neklidné dítě: Rádce pro zneklidněné rodiče.* 1. vyd. Praha: Portál, 1994, 143 s. ISBN 80-7178-019-7

PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, 479 s. ISBN 80-7169-766-4

RIEF, S. F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD* . 1.vyd. Praha: Portál, 1999, 251 s. ISBN 80-7178-287-4

ROJOVÁ, V. *Jóga, hry a pohádky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007, 115 s. ISBN 80-7367-240-9

ROSSOVÁ, G., ERKER, R. *První mandaly pro děti*. 1.vyd. Praha: Ikar, 1992, 32 s. ISBN 80-7202-506-6

SCHIRNER, M. *Dechové techniky*. 1.vyd. Olomouc: Fontána, 2003, 120s. ISBN 80-7336-107-8

SLAVÍK, J: *Umění zážitku, zážitek umění.* 1.vyd. Praha: UK- Pedagogická fakulta, 2001, 282 s. ISBN 80-7290-066-8

SLAVÍKOVÁ, V., SLAVÍK, J., ELIÁŠOVÁ, S. *Dívej se, tvoř a povídej*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007, 200 s. ISBN 80-7367-322-2

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, 168 s. ISBN 80-7178-616-0

ŠKVOROVÁ, J., ŠKVOR, D. *Proč zlobím?* 1.vyd. Praha: Triton, 2003, 129 s. ISBN 80-7254-407-1

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. 3.vyd. Praha: Portál, 1998, 248 s. ISN 80-7367-333-0

ŠIMANOVSKÝ, Z., MERTIN, V. *Hry pomáhají s problémy*. 1.vyd. Praha: Portál, 1996, 159 s. ISBN 80-85282-93-3

ŠULOVÁ, L. *Problémové dítě a hra.* 1.vyd. Praha: Raabe, 2004, ISBN 80-86307-15-8

ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z vývojové psychologie pro učitelství mateřských škol*. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003, 84 s. ISBN 80-7083-697-0

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí.* 1.vyd. Praha: Portál, 2001, 198 s. ISBN 80-7178-503-2

TRAIN, A. *Specifické poruchy chování a pozornosti.* 1.vyd. Praha: Portál, 1997, 164 s. ISBN 80-7178-131-2

UŽDIL, J. *Výtvarný projev a výchova*. 2. vyd. Praha: SPN, 1976, 314 s.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie dětství, dospělost, stáří.* 1.vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-7178-308-0

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení.* 1.vyd. Praha: Portál, 2003, 264 s. ISBN 80-7178-800-7

ZIKEŠOVÁ, M. *Jóga nejen pro děti*. 1.vyd. Praha: Erika, 2005, 141 s. ISBN 80-7190-662-X

ŽÁČKOVÁ, H., JUCOVIČOVÁ, D. Relaxační techniky. In: ŠULOVÁ, L. *Problémové dítě a hra*. 1.vyd. Praha: Raabe, 2004, s. 1-58, E 1.3. ISBN 80-86307-15-8

Články v odborných časopisech

FILLOVÁ, M. Děti a mandaly. *Arteterapie,* 2004, roč. 1. č. 3, s. 16, ISSN 1214-4460

HÁDLÍKOVÁ, B. Arteterapie a socializace dítěte. *Informatorium,* 2003, roč. X, č. 1, s. 10-11. ISSN 1210-7506

HÁJEK, P. Cvičíme jógu s dětmi. *Informatorium,* 2006, roč. XIII, č. 6, s. 14-15. ISSN 1210-7506

NEDVĚDOVÁ, S. Chápeme, chválíme, hrajeme si. *Rodina a škola,* 1996, roč. XLIII, č. 3, s. 6. ISSN 0035-7766

UHLÍŘ, J. Skupinová arteterapie jako součást komplexní péče o žáky se specifickými poruchami učení. *Arteterapie,* 2004, roč. 1, č. 3, s. 13-15, ISSN 1214-4460

Elektronický zdroj informací

KŘOVÁČKOVÁ, B. *LMD nebo ADHD?* [on line] 2005, [cit. 7. 11. 2008]
Dostupné na
http:
//www.kmen.uhk.cz/upppv/kmen/dvpp/clanky/LMD%20nebo%20ADHD.html

KOFRON, P. *Mandaly*. [on line] 2008, [cit. 12. 2. 2009].
Dostupné na http://mandaly.webnode.cz/

LUKÁŠKOVÁ, Z. *O mandalách*, [on line] cit. [14.2.2009]
Dostupné na http://mandaly.filosof.biz/mandaly.html

VALEČKOVÁ, D. Autorský materiál Pedagogicko psychologické poradny Plzeň z projektu *"Nechci stát na okraji",* [on line] 20.5.2008, cit. [14.2.2009].
Dostupné na http://pppdomazlice.webnode.cz/

7 Seznam příloh

Příloha č. 1	Vstupní nestandardizovaný dotazník učitelkám mateřských škol (viz text – str. 48)
Příloha č. 2	Výstupní nestandardizovaný dotazník učitelkám mateřských škol (viz text – str. 49)
Příloha č. 3	Závěrečný dotazník pro učitelky (viz text – str. 78)

Příloha č. 1

Vstupní dotazník

Vážené paní učitelky,

Prosím vás o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit výskyt specifických symptomů u dětí s ADHD. Výsledky budou zpracovány bez použití osobních údajů, pouze pro potřeby bakalářské práce.

Jméno dítěte: Věk:

1) Intelektové schopnosti:

1- Velmi chytrý

2- Chytrý

3- Průměrný

4- Mírně podprůměrný

5- Silně podprůměrný

2) Vztah ke spolužákům:

1- Velmi oblíbený

2- Oblíbený víc, než většina dětí

3- Průměrně oblíbený

4- Málo oblíbený

5- Neoblíbený

3) Chování

Tichý, nenápadný, až osamocený

Vyrovnaný, milý, klidný, velmi přátelský

Průměrné chování bez větších problémů

Nevyrovnaný, často se vzteká

Agresivní, vzteklý, až nepřátelský

4) Klid – neklid

1- Velmi klidný, nenápadný

2- Klidnější, než většina dětí

3- Na stejné úrovni, jako většina dětí

4- Neklidný, více pohyblivý, než většina dětí

5- Nápadně neklidný, stále v pohybu

5) Hloubka soustředění

1- Hluboce se soustředí, nic jej nevyruší

2- Lépe se soustředí, než jiné děti

3- Asi jako většina dětí

4- Málo se soustředí, snadno se dá vyrušit, rozptýlit

5- Nápadně nesoustředěný, roztěkaný

6) Délka soustředění

1- Soustředění je vytrvalé, dlouho vydrží u jedné činnosti

2- Vytrvalejší, než většina dětí

3- Stejně, jako většina dětí

4- Jen krátkodobé soustředění

5- Velmi krátké, chvilkové soustředění, u ničeho nevydrží

7) Impulzivita

1- Reaguje velmi klidně, vyrovnaně, nic ho nerozhází

2- Reakce vcelku klidné, uvážlivé

3- Průměrné reagování

4- Prudké reakce, bez rozmyslu

5- Reakce zbrklé, jedná dřív, než myslí

8) Obratnost

1- Velmi, nápadně obratný, šikovný

2- Obratný, více než jiné děti

3- Průměrně obratný

4- Méně obratný, než jiné děti

5- Velmi neobratný

9) Rodina

Výskyt ADHD nebo LMD u rodičů:

Matka

Otec

Počet sourozenců, výskyt ADHD u sourozenců:

Děkuji za ochotu a spolupráci

Ivana Nováková

Příloha č. 2

Výstupní dotazník

Vážené paní učitelky,

Prosím vás o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit zlepšení specifických symptomů u dětí s ADHD. Výsledky budou zpracovány bez použití osobních údajů, pouze pro potřeby bakalářské práce.

Jméno dítěte: Věk:

1) Vztah ke spolužákům:

Velmi oblíbený, téměř nejoblíbenější

Oblíbený víc, než většina dětí

Průměrně oblíbený

Méně oblíbený

Neoblíbený

2) Chování

Tichý, nenápadný, až osamocený

Vyrovnaný, milý, klidný, velmi přátelský

Průměrné chování bez větších problémů

Nevyrovnaný, často se vzteká

Agresivní, vzteklý, až nepřátelský

3) Klid – neklid

1- Velmi klidný, nenápadný

2- Klidnější, než většina dětí

3- Na stejné úrovni, jako většina dětí

4- Neklidný, více pohyblivý, než většina dětí

5- Nápadně neklidný, stále v pohybu

4) Hloubka soustředění

1- Hluboce se soustředí, nic jej nevyruší

2- Lépe se soustředí, než jiné děti

3- Asi jako většina dětí

4- Málo se soustředí, snadno se dá vyrušit, rozptýlit

5- Nápadně nesoustředěný, roztěkaný

5) Délka soustředění

1- Soustředění je vytrvalé, dlouho vydrží u jedné činnosti

2- Vytrvalejší, než většina dětí

3- Stejně, jako většina dětí

4- Jen krátkodobé soustředění

5- Velmi krátké, chvilkové soustředění, u ničeho nevydrží

6) Impulzivita

1- Reaguje velmi klidně, vyrovnaně, nic ho nerozhází

2- Reakce klidné, uvážlivé

3- Průměrné reagování

4- Prudké reakce, bez rozmyslu

5- Reakce velmi zbrklé, jedná dřív, než myslí

Děkuji za ochotu a spolupráci

Ivana Nováková

Příloha č. 3

Závěrečný dotazník pro učitelky

Vážené paní učitelky,
Prosím vás o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit, jak vás zaujal relaxační program, podle kterého pracovaly děti experimentální skupiny.

Otázka č. 1: Líbilo se vám složení relaxačního programu, jeho týdenní rozvrh a časové dotace?

Otázka č. 2: Měla byste zájem o využití tohoto programu v denním režimu vaší třídy?

Otázka č. 3: Využila byste tento program v běžné třídě MŠ, kam nedocházejí děti s ADHD?

Děkuji za ochotu a spolupráci
Ivana Nováková