

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2009

Kateřina Šmídová

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Rozvoj grafomotoriky u předškolních dětí s příznaky hyperaktivity

Diplomová práce

Jméno autora: Kateřina Šmídová

Jméno vedoucího práce: Mgr. Josef Hošek

25. 5. 2009

Rozvoj grafomotoriky u předškolních dětí s příznaky hyperaktivity.

Grafomotorika je soubor pohybových dovedností v grafické oblasti. Její rozvoj je závislý na celkové úrovni psychomotorického vývoje, zejména hrubé a jemné motoriky.

Hyperaktivita znamená nadměrné nutkání k činnosti, nadměrné pohyby. Velmi často se proto u dětí, které mají příznaky hyperaktivity, vyskytují problémy s některou oblastí psychomotoriky.

Cílem práce bylo zjistit, nakolik úroveň rozvoje grafomotoriky ovlivňuje u hyperaktivních dětí odklad školní docházky a také jak se mateřské školy věnují u těchto dětí rozvoji jemné a hrubé motoriky. Oba cíle byly splněny.

Teoretická část práce se zabývá podrobným popisem problematiky, snaží se podat ucelený přehled o tématu. Výzkumná část je tvořena integrovaným výzkumem. Kvalitativní výzkum probíhal pomocí řízených rozhovorů se zástupci mateřských škol. Rozhovor byl zaznamenáván písemně a následně analyzován a zpracován do tabulek. Kvantitativní část výzkumu byla postavena na sběru dat pomocí dotazníků a na následné analýze dat. Výsledky byly zpracovány do grafů. Dotazníky byly celkem dva, oba anonymní. Jeden byl určen pro pedagogické pracovníky mateřských škol, zaměřoval se na zachycení dětí s příznaky hyperaktivity a orientační posouzení úrovně jejich psychomotorického vývoje. Druhý dotazník vyplňovali rodiče dětí, které byly pedagogy uvedeny jako hyperaktivní. Zjišťoval úroveň hrubé i jemné motoriky, grafomotoriky a případný odklad (i zvažovaný) školní docházky.

Byly stanoveny dvě hypotézy. Výzkum obě hypotézy potvrdil. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že nedostatky v rozvoji grafomotoriky u předškolních dětí jsou závislé na rozvoji hrubé motoriky a koordinace a že u hyperaktivních dětí jsou v těchto oblastech větší nedostatky.

V předškolním věku by se proto měl psychomotorický vývoj, hlavně pohybová koordinace, hrubá a jemná motorika, cíleně podporovat a rozvíjet. Tím lze zvláště u hyperaktivních dětí předejít problémům s grafomotorikou.

Development of graphomotor skills in pre-school children with symptoms of hyperaktivity.

Graphomotor skills are a set of motoric skills in the field of graphics. Their development is dependent on the overall level of psychomotor development, especially gross and fine motor skills.

Hyperaktivity means excessive compulsion to perform activities, excessive movements. This is why children with symptoms of hyperaktivity are very frequently prone to occurrence of problems in some area of psychomotor skills.

The aim of the thesis was to ascertain to what extent the level of graphomotor development influences postponement of school attendance and also how kindergartens handle development of fine and gross motor skills in these. Both aims were fulfilled.

The theoretical section of the thesis deals with a detailed description of the problems, attempting to present a comprehensive overview of the topic. The research section is made up of integrated research. Qualitative research took place with the aid of controlled interviews with representatives of kindergartens. The interview was recorded in writing and subsequently analysed and elaborated into tables. The quantitative section of the research was based on gathering of data with the aid of questionnaires and subsequent analysis of the data. The results were elaborated into graphs. There were a total of two questionnaires, one for pedagogical workers and second for parents of children cited by teachers, both anonymous. Those questionnaires ascertained the level of gross and fine motor skills, graphomotor skills and any possible postponement (even considered) of school attendance.

Two hypotheses were determined. The research confirmed both hypotheses. It was evident from the results of the research that deficiencies in the development of graphomotor skills in pre-school children are dependent on the development of gross motor skills and coordination and that hyperactive children show greater shortcomings in these areas.

This is why development of psychomotor skills should be supported and developed in a targeted manner during pre-school years. This can help to prevent problems with graphomotor skills, especially in hyperactive children.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Rozvoj grafomotoriky u předškolních dětí s příznaky hyperaktivity, vypracovala samostatně pouze z pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou Univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 25.5.2009

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Josefu Hoškovi za ochotu, odborné vedení diplomové práce, za poskytování rad a cenných připomínek k obsahu práce. Také děkuji pedagogům a rodičům dětí za poskytnutí informací, bez nichž by tato práce nevznikla.

Obsah

Úvod.....	11
1. Současný stav.....	12
1.1 Předškolní věk.....	12
1.1.1 Tělesný vývoj	12
1.1.2. Pohybový vývoj.....	13
1.1.2.1. Hrubá motorika	13
1.1.2.2 Jemná motorika.....	14
1.1.2.2.1 Orofaciální motorika	14
1.1.2.2.2 Řeč.....	14
1.1.2.2.3 Jemná motorika ruky.....	15
1.1.3 Psychický vývoj.....	15
1.1.3.1 Vývoj poznávacích procesů	16
1.1.3.2 Rozvoj osobnosti.....	17
1.1.3.3 Hra	18
1.1.4 Emoční vývoj.....	19
1.1.5 Sociální vývoj.....	20
1.1.5.1 Socializace	20
1.1.5.2 Normy chování	21
1.1.5.3 Význam mateřské školy.....	21
1.1.5.4 Odklad školní docházky.....	22
1.2 Grafomotorika	24
1.2.1 Vlivy ovlivňující vývoj.....	24

1.2.2	Přehled grafomotorického vývoje	25
1.2.3	Stádia počátečního psaní	27
1.2.4	Úchop	28
1.2.4.1	Vývoj úchopu.....	28
1.2.4.2	Druhy úchopu	30
1.2.4.3	Úchop tužky	31
1.2.5	Problémy s rozvojem grafomotoriky	31
1.2.5.1	Příčiny	32
1.2.5.2	Projevy	32
1.2.5.3	Prevence	33
1.2.5.4	Dysgrafie.....	33
1.3	Kresba	34
1.3.1	Význam kresby	34
1.3.2	Vývoj kresby	35
1.3.3	Zvláštnosti kresby dítěte	38
1.3.4	Diagnostika pomocí dětské kresby	39
1.4	Hyperaktivita.....	40
1.4.1	Pojem, definice	40
1.4.2	Hyperaktivní dítě	41
1.4.3	ADHD -Attention Deficit Hyperactivity Disorders	42
1.4.3.1	Definice.....	42
1.4.3.2	Příznaky	43
1.4.3.3	Nejčastější komorbidní poruchy u dětí	44
1.4.4	Hyperkinetická porucha.....	45

1.4.4.1	Definice.....	45
1.4.4.2	Rozdělení hyperkinetických poruch	46
1.4.5	ADD (Attention Deficit Disorder).....	47
1.4.6	Výskyt.....	47
1.4.6.1	Výskyt u dětí.....	48
1.4.6.2	Výskyt u dospělých.....	49
1.4.7	Diagnostika.....	50
1.4.7.1	Diagnostická kritéria.....	50
1.4.7.1.1	Diagnostická kritéria podle MKN- 10.....	51
1.4.7.1.2	Diagnostická kritéria podle DSM – IV	51
1.4.7.2	Klinické vyšetření	52
1.4.7.3	Psychologické vyšetření	53
1.4.8	Etiologie	54
1.4.8.1	Genetické faktory.....	54
1.4.8.2	Negenetické faktory.....	54
1.4.8.3	Psychosociální faktory.....	55
1.4.9	Léčba	55
1.4.9.1	Psychoterapie	56
1.4.9.2	Poradenství.....	57
1.4.9.3	Rehabilitace	58
1.4.9.4	Farmakoterapie	58
1.5	Psychomotorický vývoj u hyperaktivních dětí.....	59
1.5.1	Hrubá motorika.....	59
1.5.2	Pohybová koordinace	60

1.5.3	Jemná motorika	60
1.5.3.1	Řeč	61
1.5.3.1.1	Poruchy řeči	61
1.5.3.2	Grafomotorika.....	62
1.6.	Rozvoj psychomotoriky	64
1.6.1.	Psychomotorika	64
1.6.1.1	Senzomotorika	64
1.6.1.2	Sociomotorika.....	65
1.5.1.3	Neuromotorika	65
1.6.2	Rozvoj v mateřské škole.....	67
1.6.3	Rozvíjení hrubé motoriky a koordinace	68
1.6.4	Rozvíjení jemné motoriky	69
1.6.5	Rozvíjení grafomotoriky	69
1.6.5.1	Pracovní návyky	71
1.6.5.2	Výběr psacího náčiní	71
1.6.5.3	Předpoklady pro psaní	72
1.6.5.4	Metody rozvíjení grafomotoriky.....	74
1.6.5.4.1	Metoda dobrého startu.....	74
1.6.5.4.2	Metodika rozvoje grafomotoriky a počátečního psaní dle J. Svobodové.....	74
1.6.5.4.3	Grafomotorika pro děti předškolního věku	75
1.6.5.4.4	Rozvoj grafomotoriky podle Heyrovské.....	75
1.6.5.4.5	Metodika rozvoje grafomotoriky Bednářové	76
1.6.5.5	Uvolňovací a rozcvičovací grafomotorické cviky.....	76
2.	Cíl práce a hypotézy	78

2.1 Cíl práce	78
2.2 Hypotézy	78
3. Metodika	79
3.1 Použité metody.....	79
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	80
4. Výsledky	81
4.1 Výzkum v mateřských školách	81
4.2 Výsledky – hyperaktivní děti	93
4.2.1 Výsledky – hrubá motorika u hyperaktivních dětí	94
4.2.2 Výsledky – jemná motorika.....	98
5. Diskuze	109
6. Závěr	117
7. Klíčová slova	119
8. Seznam použitých zdrojů.....	120
9. Přílohy.....	129

Úvod

Diplomová práce se zabývá problematikou grafomotorického rozvoje u hyperaktivních dětí v předškolním věku. Poukazuje na vzájemnou závislost rozvoje grafomotoriky a dalších oblastí psychomotoriky. Rozvoj grafomotoriky je vždy vázán na celkový vývoj dítěte, a pokud se tento vývoj nějakým způsobem odlišuje od běžné normy, projeví se to negativně i na úrovni grafomotoriky. Přestože je tato souvislost všeobecně známa, nepřikládá se rozvíjení psychomotoriky velký význam. Podpora psychomotorického vývoje, zvláště hrubé motoriky, koordinace a jemné motoriky je v předškolním období velmi důležitá. Nejen jako včasné řešení v případě, kdy už je patrná nějaká nerovnoměrnost ve vývoji, ale také jako prevence případných vývojových problémů a poruch. U hyperaktivních dětí je značná pravděpodobnost, že k problémům v různých oblastech psychomotoriky dochází nebo bude docházet. Z toho následně vyplývají i problémy s grafomotorikou, což je zvláště ke konci předškolního období, kdy se dítě připravuje na vstup do školy, velký problém.

Toto téma jsem si zvolila záměrně, pracuji s předškolními dětmi a zvláště u hyperaktivních dětí vidím běžnou příčinu pozdějších obtíží s grafomotorikou a nácvikem psaní v nerovnoměrném psychomotorickém vývoji. Často by přitom postačovala adekvátní stimulace a cílené rozvíjení. Téma hyperaktivity i grafomotoriky je velmi aktuální, málokdy je však poukazováno na souvislosti s celkovou motorikou.

Práce se snaží pomocí výzkumu poukázat na tuto čím dál více aktuální problematiku, snaží se nabídnout alespoň rámcový teoretický návod k předcházení problémům s grafomotorikou, zvláště u hyperaktivních dětí.

Pro citace použitých zdrojů v textu je využito harvardského způsobu, v souladu s citační normou ČSN ISO 690 a 690 - 2. V případě více autorů než dva je v textu uveden pouze první z autorů.

1. Současný stav

1.1 Předškolní věk

vývojová stádia rozdělují dětský věk následovně:

- Kojenecký věk - 0 – 1 rok
- Batolecí věk 1 - 3 roky
- Předškolní věk 3 – 6 let
- Mladší školní věk 6- 12 let
- Dospívání – pubescence 12 - 15
-adolescence 15 – 18 let

Předškolní věk (mezi 3. a 6. rokem věku) není vždy určen jen fyzickým věkem, ale závisí také na zralosti dítěte a posuzuje se i sociálně, to znamená, že končí nástupem dítěte do základní školy.

Období předškoláka je z hlediska správného vývoje velmi důležité období. A to jak z hlediska vývoje tělesného, tak i psychického. Pro toto období je typický velký rozvoj pohybové aktivity a intenzivního smyslového a citového vnímání. Formují se základy osobnosti, v souvislosti s nástupem do předškolního zařízení (mateřské školy) se zrychluje se proces osamostatňování. [LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006]

Nástup do mateřské školy je velkým a důležitým mezníkem v životě dítěte. Povinnost navštěvovat mateřskou školu alespoň jeden rok před nástupem do základní školy vyplývá ze zákona. [ČESKO, 2004]

1.1.1 Tělesný vývoj

V průběhu předškolního věku jsou přírůstky hmotnosti a výšky relativně stálé (2,3 kg/rok a 6 cm/rok). Průměrná výška u dětí v tomto věku je 111–120 cm, průměrná hmotnost 25–28 kg. Mění se postava - dochází k celkovému protáhnutí postavy, většina

děti je hubenějších než v předchozím období, což je způsobeno tím, že svalová tkáň převažuje nad tukovou. Končetiny se prodlužují, nárůst dlouhých kostí je asi 5-6 cm za 1 rok, což je vzhledem k váze neúměrné (2 – 2,5 kg za 1 rok). Pokračuje proces osifikace, zpevňují se kostní spojení, chrupavky. Osifikace kostí asi ve věku 6let se završuje postupnou osifikací zápěstních kůstek, což je velmi důležité pro rozvoj jemné motoriky. Vzhledem k rychlému růstu je předškolní dítě ohroženo deformací páteře, plochou nohou a dalšími vývojovými problémy. Roste obličejová část - více než kraniální, čelistní část se rozšiřuje, jako příprava na prořezávání trvalého chrupu. Do 30. měsíce se obvykle prořeže 20 zubů. Zlepšuje se imunita dítěte, na druhou stranu dochází díky stálejšímu kontaktu s vrstevníky k častějším infektům a nemocem. V tomto období se také objevují první pohlavní rozdíly, rozšiřují se ramena – (hmotnost plic, srdce se zvyšuje 3x), chybí zúžení v pase. [VÁGNEROVÁ, 2005]

1.1.2. Pohybový vývoj

Pohyb je nejpřirozenější potřebou dítěte. Pro předškolní věk je charakteristická obrovská potřeba pohybu, pro dítě je namáhavější klid než pohyb. Zdokonalují se pohybové schopnosti (hrubá motorika), koordinace pohybu se zlepšuje. Děti zvládají běžné pohybové aktivity – jízda na kole, kotrmelec, jízda na koloběžce, chůze na lavičce, poskoky na jedné noze, základy lyžování, hod vrchem, chytání míče. Důležitá je všestranná pohybová aktivita. Nedoporučuje se jednostranná fyzická zátěž ve formě intenzivního sportu (tenis apod.). V předškolním věku by dítě mělo postupně zvládat sebeobslužné činnosti. [LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006]

1.1.2.1. Hrubá motorika

Se zdokonalováním pohybové koordinace, přibýváním hbitosti a rozvojem elegance pohybů se zlepšuje také hrubá motorika. Pohyby jsou stále účelnější a závislejší na vůli a vědomí – psychomotorickém vývoji. Přibližně ve 3 letech dítě umí střídat nohy při

vystupování do schodů, stát chvíli na jedné noze. Ve 4 letech zvládá sestupování ze schodů bez držení, dobře utíká, v 5 letech umí skákat po jedné noze i přes nízké překážky, umí chytit a hodit míč. [PEARCE, 1994] Zručnost se projevuje i v jeho soběstačnosti – svlékání, převlékání, obouvání, umývání rukou, atd.

Rozvíjí se jeho jemná motorika, zejména souhrn drobného svalstva prstů. S rozvojem manuálních schopností souvisí také zdokonalování konstruktivních schopností dítěte, které vyúsťují do her. [KLENKOVÁ a KOLBÁBKOVÁ, 2004]

1.1.2.2 Jemná motorika

Zahrnuje:

- Pohyby ruky, grafomotoriku
- Pohyby mimického (obličejového) svalstva - mimika, oční pohyby
- Pohyby jazyka a mluvidel – oromotorika

Rozvoj jedné oblasti často ovlivňuje rozvoj ostatních oblastí a celý vývoj. [BEDNÁŘOVÁ, 2006]

1.1.2.2.1 Orofaciální motorika

Ohebnost jazyka a jeho artikulační schopnost je závislá na úrovni obratnosti rukou, především té dominantní. [BERANOVÁ, 2002] Předškolní období je velice senzitivní pro vznik řeči.

1.1.2.2.2 Řeč

Úroveň řeči odpovídá stupni rozvoje poznávacích procesů. Po 3. roce života dítě používá pojmy týkající se prostoru, času, příčiny a výkonu, je schopno dát dohromady 2 až 3 věty, umí nějaké říkanky. V průběhu 4. roku dítě udrží konverzaci na dané téma,

věty jsou gramaticky dokonalejší, osvojuje si hraní rolí. Egocentrická řeč se v průběhu předškolního období vyvíjí k sociálnímu zaměření. Zvyšuje se schopnost konkretizace, dítě zvládá vyjádření svých vlastních potřeb a požadavků. Slovní zásoba je tvořena asi 3 – 3,5 tisíci slov, obsahuje podstatná jména, slovesa, přídavná jména, příslovce, číslovky. [VÁGNEROVÁ, 2005] Snižuje se dětská patlavost. Předškolní dítě začíná cíleně používat řeč k regulaci svého chování. [LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2005]

1.1.2.2.3 Jemná motorika ruky

Lidská ruka umožňuje kontakt se sebou samým i s okolím. Během vývoje získává i funkci komunikační. Signály jako hlazení, dotýkání a potřepávání jsou pro člověka nezbytné pro sociální kontakty a spadají do kategorie neverbální komunikace. [PIAGET a INHELDEROVÁ, 2007] Funkční vývoj ruky probíhá od nitroděložního vývoje. Během kojeneckého vývoje dítě využívá ruce k poznávání vlastního těla i okolí, mění se úchop ruky. Po celý další život se tato funkce zdokonaluje, aby našla uplatnění v rozličných pracovních činnostech, včetně činností sebeobslužných. Vnímání vlastního těla v pohybu přináší dítěti důležitou psychomotorickou zkušenost, která umožňuje další rozvíjení. V předškolním věku je již jemná motorika natolik rozvinuta, že zvládá některé činnosti sebeobsluhy a vytváří si návyky. Postupně ovládá činnosti spojené s oblékáním, zipy, knoflíky, zavázání tkaniček. Zvládne aktivity jako stříhání, zatloukání hřebíku, práci s tvarovací hmotou. [PEARCE, 1994]

1.1.3 Psychický vývoj

Závisí na dozrávání nervové soustavy, na prostředí a stimulaci dítěte, úzce souvisí s vývojem tělesným. Předškolní věk je charakterizován jako věk iniciativy, hlavní potřebou dítěte je aktivita (a to nejen fyzická), která je však účelná. Dochází také k diferenciaci vztahu ke světu. [ERIKSON, 2002]

1.1.3.1 Vývoj poznávacích procesů

Poznávání je v tomto věku cíleno na nejbližší okolí a prostředí dítěte. Mění se způsoby, jakými dítě poznává, také způsob výběru informací je charakteristický. Dítě také poznává samo sebe. Mezi poznávací procesy patří vnímání, myšlení, řeč, představivost, fantazie, paměť

➤ **Vnímání**

patří v předškolním věku k nejdůležitějším. Vnímáním dítě získává informace o okolí. Je velmi subjektivní, největší význam mají vlastní prožitky. Vnímání lze rozdělit na základě receptorů, smyslů, kterými dítě vnímá:

- *zrakové vnímání*

- orientace v základních barvách, postupné poznávání doplňkových barev
- upřesňování orientace v prostoru, vzdálenosti

- *sluchové vnímání*

- vzdálenost předmětu (daleko, blízko)
- důležité pro rozvoj řeči
- nápodoba zvuků

- *hmatové vnímání*

- úzká souvislost s rozvojem jemné motoriky

- *čichové vnímání*

- *vnímání času a prostoru*

- důležitost předchozí zkušenosti
- rozlišení delších časových úseků (den a noc, ráno a večer)

➤ **Myšlení**

Kognitivní vývoj dítěte je na úrovni intuitivního (názorového) myšlení, uvažování je již v celostních pojmech. [PIAGET a INHELDEROVÁ, 2007] Pokrok je patrný ve všech formách myšlení, stále však přetrvává egocentrické a prelogické myšlení. Typická

je i tendence k upravování reality podle svých potřeb - tak, aby byla srozumitelná a přijatelná. [HORT et al., 2000] Myšlení je stále útržkovité, nekoordinované, dítěti chybí komplexní přístup. Také abstraktní myšlení přechází ještě do konkretizace a personifikace. [KLENKOVÁ a KOLBÁBKOVÁ, 2004] Vyjádření vlastního názoru probíhá prostřednictvím různých činností - kreslením, vyprávěním nebo hrou. Úroveň myšlení ovlivňuje i úroveň verbálního vyjadřování.

➤ **Paměť**

Rozvoj paměti je závislý na zralosti příslušných mozkových struktur, na úrovni kognitivních schopností a na zkušenosti. V předškolním věku dominuje nejvíce mechanická paměť. Silnější prožitky mohou být fixovány už trvale. Zvyšuje se kapacita paměti i rychlost zpracování informací. Paměťové strategie ani logické souvislosti dítě ještě nepoužívá. [VÁGNEROVÁ, 2005]

➤ **Fantazie**

Stejně jako ostatní poznávací procesy i fantazie prochází intenzivním rozvojem. Je uplatňována při hrách i v běžném životě. Představivost pomáhá v poznávání okolního světa, ovlivňuje také zpracovávání informací.

1.1.3.2 Rozvoj osobnosti

V předškolním věku se významně rozvíjí sebepojetí dítěte. Závisí především na vlivu nejbližšího okolí, zkušenostech s osamostatňováním se, prosazováním se ve společnosti. Aktuální sebehodnocení zdůrazňuje vývoj a osvojení si nových dovedností, je nekritické, egocentrické. Zcela běžná je tendence přehánět a vychloubat se. [GOLDSTEIN, 2003] Projevují se také určité temperamentové rysy, povahu dítěte ale nelze vždy přesně určit, tyto projevy mohou být také reakcí na deprivaci [MUSSEN et al., 1990]. Součástí dětské identity je jeho osobní teritorium a s tím úzce souvisící potřeba vlastnictví [VÁGNEROVÁ, 2005]. V průběhu předškolního období je dítě

schopno odložit uspokojení některých svých potřeb, podělit se s ostatními o materiální i nemateriální věci. Díky citové a rozumové nezralosti je dítě stále závislé na hodnocení jiných osob, především rodičů. [VÁGNEROVÁ, 2005] Identifikace s rodiči posiluje také sebevědomí dítěte, je důležitá pro rozvíjení genderové identity. Proto je pro rozvoj dětské osobnosti důležitá přítomnost obou rodičů, případně osoba, která chybějící vzor zastoupí. Od počáteční fáze, kdy dítě gender používá jako diferenciací kritérium, se dostává až k pochopení genderové konstantnosti a tím i k pochopení stálosti vlastní pohlavní identity. Z pohledu psychoanalytické teorie dítě v předškolním věku řeší konflikt vlastního pohlaví. Uvědomuje si ho, a to ho vede k touze zaujmout roli rodiče stejného pohlaví. [MUSSEN et al., 1990] Tento konflikt nazval Freud podle postav z řeckých bájí *oidipovským, resp. Elektřiným komplexem*. Zvládnutím tohoto komplexu se potvrzuje určitá zralost osobnosti, která se projevuje schopností regulovat vlastní chování. [VÁGNEROVÁ, 2008] K uspokojení potřeby seberealizace vedou v předškolním věku aktivity, které jsou pozitivně hodnoceny a dítě se prostřednictvím nich prosazuje. Jako zpětná vazba slouží názor a uznání dospělých. Každý úspěch zvyšuje dětskou sebeúctu a z ní vyplývající sebejistotu.

V souvislosti s rozvojem osobnosti a sebepojetím dochází k rozvoji vnímání vlastního těla. *Tělesné schéma* je součástí identity dítěte, má převážně vizuální charakter [VÁGNEROVÁ, 2005]

1.1.3.3 Hra

Hra je stejně jako kresba neverbální symbolickou funkcí. Je to nezastupitelná činnost v dětském životě. Pro dítě předškolního věku je to nejpřirozenější činnost. Poskytuje emocionální uspokojení, má neobyčejně velký význam pro jeho celkový rozvoj. Hra je způsob vyjádření svého postoje k sobě samému i k okolí. Je to spontánní činnost, která poskytuje dítěti uspokojení. U předškolních dětí má velký sociální význam - vede dítě k zapojení do kolektivu, pomáhá mu k osamostatnění se, formování postoje a rolí. Hra posiluje jednotlivé volní vlastnosti, podporuje emocionální rozvoj - vyvolává radost, nadšení a zájem. Prostřednictvím hry poznává okolní realitu, dává mu

pocit bezpečí. Hra je provázána kladnou motivací, což je předpoklad pro učení, ukládání nových poznatků do paměti. V závislosti na vývoji se hra mění, vylučuje tím možnost přetížení. Rozvíjí se kooperativní hry v kolektivu, úlohové hry. V předškolním období jsou hry charakteristické soutěživostí. [PIAGET a INHELDEROVÁ, 2007]

Symbolická hra umožňuje dítěti vyrovnávat se s realitou, chovat se podle svých představ, odstraňuje případné komunikační bariéry. Díky velkému podílu fantazie umožňuje uspokojit jinak nereálná přání.

Tematická hra slouží především k nacvičování budoucích rolí, řešení situací, prožívání různých sociálních rolí. [ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006]

Kromě *úlohových her* (hra na někoho, na něco..), dochází k rozvoji her *konstruktivních* (stavebnice, různé materiály – plastelína, písek apod.), *didaktických* (stolní hry - člověče, pexeso, puzzle, domino) či *her s pravidly* (pohybové – pešek, zajíček, rybáři). [PAULÍK, 2002]

V průběhu předškolního období se hra postupně mění v cílenou činnost – práci. Nejčastěji k tomu dochází nápodobou činnosti dospělých.

1.1.4 Emoční vývoj

Pro předškolní období je příznačná bohatá schopnost emočního prožívání a diferenciací pocitů v interpersonálních vztazích [HORT et al.,2000]. Emoce jsou stabilnější a vyrovnanější, stále však velmi intenzivní. Emoční prožitky jsou spojeny s aktuální situací. Rozvíjí se emoční paměť, ubývá negativních emočních reakcí. K typickým způsobům emočního prožívání patří strach, vztek a zlost, veselost. Rozvíjí se smysl pro humor, dítě se dokáže těšit na něco. [VÁGNEROVÁ, 2005] Zlepšuje se porozumění emocím, jejich příčinám. K tomu pomáhá i rozvíjející se emoční inteligence, která umožňuje dítěti ovládnutí svých emocí, orientaci v emocích jiných lidí, rozvíjení vztahových emocí. Poprvé se objevují sebehodnotící emoce, pocit viny. [MATĚJČEK, 2008]

1.1.5 Sociální vývoj

V oblasti sociálního vývoje dochází k další diferenciaci. Vztahy s rodiči jsou stále na prvním místě, dochází k identifikaci s dospělým stejného pohlaví, nápodobě dospělých. Genderové role bývají dětmi zveličovány, psychoanalytické teorie hovoří o předškolním období jako o *falické, genitální fázi*, kdy je dítě výrazně zaměřeno na sexuální otázky. [PAULÍK, 2002]

1.1.5.1 Socializace

V předškolním období začíná proces socializace. Její rozvoj významně ovlivňují i vztahy s vrstevníky. Tyto vztahy jsou ovlivněné zkušenostmi z rodiny. Na kognitivní a psychosociální vývoj předškolního dítěte mají velký vliv nejen rodiče, ale také sourozenci. Předškolní dítě začíná vyhledávat kontakty s vrstevníky, postupně se zapojuje do činností s ostatními dětmi. [MATĚJČEK, 2005] Kontakt s vrstevníky napomáhá utvářet vztah k sobě samému. Socializace tedy probíhá současně s procesem individualizace.

Osvojování sociálních dovedností pomáhá dítěti zvládat sociální role a lépe se začlenit do rodiny i mezi vrstevníky. [BARKER, 2007] Vyvíjí se schopnost sociální kontroly. Těžištěm prvních sociálních návyků je stále rodina, velký význam začínají mít i jiná sociální prostředí dítěte. Zvyšuje se schopnost adaptovat se na pobyt ve skupině mimo domov (u nás nejčastěji v mateřské škole). [PROVAZNÍK, 1998] V předškolním období si dítě osvojuje sociální dovednosti a vlastnosti jako například schopnost spolupráce, družnost, solidarita, obětavost, tolerance, soucit. V souvislosti s vývojem v intelektové a emoční oblasti se kladou základy pro vznik přátelství. [MATĚJČEK, 2001]

1.1.5.2 Normy chování

Nástup do mateřské školy je důležitým sociálním mezníkem. Adaptace dítěte ve školce je závislá také na schopnosti chápání a dodržování norem. Velkou motivací k jejich dodržování je pro dítě systém odměn a trestů (pozitivní a negativní hodnocení). Přijetí norem umožňuje snadnější orientaci v sociálním prostředí. Přiměřený vývoj v osvojování norem chování a s tím související rozvoj v emoční oblasti – uvědomění si pocitu viny je důležitý pro rozvoj svědomí. Tato oblast lidské osobnosti ovlivňuje další vývoj osobní identity, především v oblasti sebehodnocení a sebeúcty. Normy chování tvoří racionální základ autoregulačního systému (rozlišování činů na žádoucí a nežádoucí, dobré a špatné). Jejich hlavním zdrojem by měla být rodina. [MUSSEN et al., 1990]

1.1.5.3 Význam mateřské školy

Mateřská škola je předškolní zařízení, které doplňuje výchovu, vzdělávání a rozvíjení v rodině. Předškolní vzdělávání v České republice upravuje Zákon č.561/2004 Sb., O předškolním, základním, středním, vyšším odborném vzdělávání (Školní zákon) a jeho novela Zákon č. 49/2009 Sb.. Zákon obsahuje hlavní zásady a cíle vzdělávání. Vymezuje také rámcové vzdělávací programy. Na školský zákon navazuje Vyhláška č.72/2005 Sb., O poskytování poradenských služeb ve školách a školních zařízeních, vymezující úkoly a cíle těchto poradenských zařízení, a Vyhláška č.73/2005 Sb., O vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a studentů mimořádně nadaných. [ČESKO, 2004, 2005]

Potřeba řádu je pro dítě přirozená, dává mu určitou jistotu. Mateřská škola je k tomu velice vhodnou příležitostí, zvláště v situaci, kdy výchovné postoje rodiny nejsou zcela v souladu s normou, kterou vyžaduje společnost. Volný přístup do mateřské školy by měly mít všechny děti, její absence je do jisté míry může ochuzovat. Samozřejmě existují výjimky, kdy je vhodnější zvolit jiné socializační postupy, například u dětí

s poruchami osobnosti, úzkostnou poruchou apod. U dětí s tělesným, smyslovým, mentálním nebo kombinovaným postižením je volba integrace do běžné nebo speciální mateřské školy velice individuální.

Mateřská škola napomáhá rodině ve výchově dětí, do jisté míry může i kompenzovat určité nedostatky. [MATĚJČEK, 2007] Při výskytu některého z patologických jevů v rodině (rozvod, zanedbávání dítěte apod.) je přítomnost citově příznivého prostředí v mateřské škole velice přínosná, dává dítěti možnost odpočinku od neadekvátní zátěže. Velký význam mateřské školy je také v oblasti norem chování, zvláště pokud se v rodinném prostředí odchyľují od běžných norem přijímaných okolní společností. [PEARCE, 1994]

Díky odborným poznatkům z pedagogiky a z dětské psychologie, které jsou pro mateřskou školu a pedagogy v ní pracující dostupnější, má mateřská škola oproti rodině širší záběr a možnost odborného působení na dítě, stejně tak i možnost diagnostiky případných odchylek a poruch. [MATĚJČEK, 2001] V případě hyperaktivity dítěte bývá školka první impulz, který motivuje rodiče k řešení situace.

Výhodou kolektivních zařízení jsou také znalosti a zkušenosti s vedením dětí k osvojení základních návyků (hygiena, oblékání, udržování pořádku, atd.) a dalších účelných dovedností (zacházení s tužkou, barvičkami a jinými pomůckami k tvořivé práci). [MATĚJČEK, 2007]

1.1.5.4 Odklad školní docházky

Odklad školní docházky je preventivní opatření. Slouží k ochraně dětí, které ještě nejsou zralé na školu, před případnými problémy a selháním. Počáteční neúspěchy se mohou negativně projevit i v pozdější školní činnosti, snižují sebevědomí dítěte, jeho motivaci ke škole.

O odkladu školní docházky o jeden rok rozhoduje ředitel základní školy, podle školského zákona. [ČESKO, 2004] Rozhodnutí je na základě žádosti rodičů a je třeba k němu odborný posudek pediatra, případně dalších odborníků, kteří mají dítě ve své péči, který doporučuje odklad ze zdravotních důvodů a odborný posudek psychologa z

pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra, který doporučuje odklad z jiných důvodů. Nejčastějšími důvody pro odklad školní docházky ze zdravotních důvodů je snížená imunita dítěte a z toho vyplývající častá nemocnost. Z ostatních důvodů je to nejčastěji *problémy s koncentrací, pozorností, nezralost dítěte, a to v sociální nebo emoční oblasti, poruchy řeči a problémy s jemnou motorikou a grafomotorikou, problémy s prostorovou orientací*. Školní zralosti se vždy hodnotí komplexně, ve všech složkách vývoje. Pedagogickou – psychologickou poradnu je vhodné navštívit již dříve než těsně před nástupem do školy, aby byla možnost cíleně podpořit v rozvoji ty oblasti, které dítěti činí obtíže. Nejčastěji k nim patří právě oblast grafomotoriky, zraková a sluchová percepce. [KLÉGROVÁ, 2003]

Pro vzdělávání předškolních dětí je závazný Rámcový vzdělávací program, který je rovněž východiskem pro přípravu školních vzdělávacích programů. Snaží se, aby vzdělávací nabídka byla co možná nejpestřejší, aby se co nejvíce prolínala a aby děti co nejvíce zaujala. [RÁMCOVÝ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM PRO PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ, 2004]

1.2 Grafomotorika

Pojem *grafomotorika* označuje celé spektrum psychomotorických činností, které jedinec vykonává při psaní. Psaní a kreslení není pouze výsledkem manuálních pohybů ruky, ale je řízené psychikou [PRŮCHA et al., 2008]

Grafický projev dítěte je vyjádřením jeho myšlenkového pochodu, stejně jako mluvená řeč, řeč těla, chování. [LIPNICKÁ, 2006] V ideálním případě následuje na adekvátní stimul adekvátní odpověď. Toto lze posuzovat v případě projevů chování, v obsahu a formě řeči, ne však na grafickém projevu. Dítě v předškolním věku získává poznávacími procesy určité návyky, osvojuje si společenské normy, které pak ovlivňují jeho chování a mluvený projev. Grafický projev, přestože má své přesné zákonitosti a vývojová stádia, lze normami ovlivnit jen částečně. (Dítě ví, že tráva se kreslí zeleně, nakreslí ji tedy tak. Ale bude-li chtít ji nakreslit modře, udělá to a vůbec nemusí vysvětlovat proč.) Grafický projev dítěte je proto velmi přesným odrazem jeho duše (na rozdíl od dospělých, kteří se snaží leccos skrýt), lze z něj často vyčíst i záležitosti jinak skryté. [DAVIDO, 2001] Je třeba ovšem vždy vzít v úvahu, že i psaní a kreslení je závislé na rozvoji psychomotoriky. Bez potřebné zralosti CNS a z ní vyplývající zralosti mentální, úrovně koordinace a jemné motoriky, nemůžeme od dítěte očekávat odpovídající projevy. Vědním oborem, který se zabývá rozbořem a terapií (nejen) grafických a výtvarných výtvorů je arteterapie.

1.2.1 Vlivy ovlivňující vývoj

Mohou to být nepřímé životní vlivy, jako například různé druhy psaných textů a symbolů – reklamy, nápisy, časopisy, grafické symboly a ikony v počítači. [LIPNICKÁ, 2007] Nejvíce podnětů by mělo pocházet od rodiny a obvykle tomu tak bývá, i přesto, že ne vždy jsou tyto podněty v souladu s vývojovým stádiem dítěte. Současným trendem ve výchově dětí bohužel často bývá nabízení neadekvátních podnětů, zahlcování dětí příliš velkým množstvím stimulů. V dnešní medializované době dítě

často vstřebává informace, kterým nerozumí a nejsou mu nijak vysvětleny. Jeho myšlenkové pochody jsou tím bezpochyby ovlivněny a dříve nebo později se objeví i v jeho projevu – mluveném, psaném, kresleném. Rodiče ve snaze dítě všestranně rozvíjet ho často zahrnují činnostmi a podněty, na které ještě nemusí být zralé a připravené. Neuvědomují si, že pokud je těchto podnětů příliš, nevedou k rozvoji dítěte, ale spíše k jeho brždění a někdy i k vzniku vývojových poruch. V opačném případě – při nedostatku podnětů z okolí – závisí úroveň rozvoje také na povaze konkrétního dítěte. Některé děti dokáží vyhledávat podněty sami, jiné méně. V obou případech je však velmi důležité včas podchytit a využít potenciál dítěte ve všech složkách jeho osobnostního vývoje, tedy i v oblasti grafomotorického rozvoje, nejlépe přímou podporou a vedením dítěte. [LIPNICKÁ, 2007]

1.2.2 Přehled grafomotorického vývoje

- 1 – 2 roky - experimentace s uchopováním pastelky, držení pastelky v dlani
- vedení tužky je těžkopádné a křečovité
 - čmárání – bez záměru, kdekoliv a na cokoliv
 - při kreslení pohyb celou rukou
- 2 – 3 roky -nástup úchopu třemi prsty
- koordinovanější a jemnější pohyby
 - nejprve hranaté, později kulaté tvary
 - pohyb pastelkou je spontánní, většinou už po papíru
 - nápodoba dospělého – v kreslení kruhu a přímky
 - krouživé čmárání klubíček a spirál
 - kreslení svislých a vodorovných čar -
- pojmenovávání nakreslených tvarů
- postupná fixace správného držení pastelky

- 3 – 4 roky (hlavonožec) -znázornění postav kreslením kruhových tvarů, končetiny čárami
 -napodobováním kresba kruhu, sluníčka, spirály
 -začátek kresby čtverce, trojúhelníku, kříže (neuvědomuje si ještě pojmový obsah)
 -začátek pravidelných, kontinuálních pohybů při kreslení
 -příčný úchop s nataženým ukazováčkem
 -zlepšení tvarových variací
- 4 – 5 roků -přecházení kresby do obrázkového stádia
 -postava s trupem a končetinami
 -kombinace různých tvarů v jedné kresbě
 -nepřesné vybarvování předkreslených tvarů
 -v námětech kresby obsahová zaměřenost na svět okolo
 -rozvíjení vnímání tvarů a barev
 -zvětšuje se rozmanitost forem, grafické formy dávají smysl
- 5 – 6 let -kresba hlavních částí postavy s trupem
 -obsahově bohatá kresba
 -spojování bodů čarou; použití štětce
 -znázornění geometrických tvarů, dům, sluníčko, plot, auto, strom
 -nápodoba velkých tiskacích písmen a zjednodušených symbolů
 (oblouky, vlnovky, smyčky, kombinované čáry)
 -změna směru při pohybu tužkou
- 6 – 7 let -zmenšování písma a kreseb
 -kreslení a psaní do linek
 -správný úchop tužky
- Od 7 let -individuální vyhraňování písma

-spojitější a plynulejší písmo

1.2.3 Stádia počátečního psaní

Volné čmárání -počátky grafomotorické organizace pohybů

-čáry různými směry

-označuje to za psaní, čáry mají konkrétní obsah a význam

Lineární čmárání -záměrné vedení čar různých délek

-snaha uspořádat čáry do tvarů nebo vzorů (horizontálně x vertikálně)

-objevují se některé prvky konvenčně používaných tvarů písmen

Experimentování s písmeny -cílené pozorování a napodobování tvarů písmen

-první pokusy psát tvarově jednodušší velká tiskací písmena

(A, E, O, M, K, R, B, T, D, I); bez správného názvu

-slovní komentář k psaní písmen

Psaní vlastního jména -nejdříve pokusy o iniciály, ev. zkratku jména

-uvědomování si potřeby použití určitých tvarů

-označování jménem své výtvořky

Psaní vycházející z emocionálních zážitků -používání kombinací písmen, slov, zkratek

-psaní jmen blízkých osob, přisouzení významu

-motivace citově zabarvenými zážitky, spojenými se vztahem

k osobám, zvířatům, oblíbeným hračkám předmětům

Objevy psaní slov -přemýšlení nad tvarem slova, počtem písmen

-uvědomění si důležitosti těchto charakteristik pro komunikaci

-psaní celých slov, která si dítě pamatuje

Konvenční psaní -uvědomění si písemné komunikace, nácvik psacího písma

-psaní (převážně tiskace) jednoduchých slov a vět

1.2.4 Úchop

Grafomotorika se nemůže vyvíjet bez adekvátní úrovně úchopové funkce ruky. Úchop je jednou ze základních funkcí člověka. Stejně jako ostatní funkce i úchop prochází během psychomotorického vývoje řadou zásadních změn. Od úchopového reflexu k aktivnímu úchopu, který se stále zdokonaluje. V prvním roce života je, stejně jako v případě rozvíjení hrubé motoriky, tento vývoj nejmarkantnější. Je zcela závislý na zrání CNS a poměrně dobře ho můžeme odhadnout podle vývojového stádia hrubé motoriky. Pokud si například kojeneček zvládne přendat hračku z jedné ruky do druhé, víme, že se umí už přetáčet ze zad na břicho. Takovéto souvislosti provází celý vývoj a lze je využít k diagnostice případných obtíží s rozvojem jemné motoriky ruky a úchopu. [VOJTA, 1993]

1.2.4.1 Vývoj úchopu

Dle A. C. Looseové, 2001:

1. – 3. *měsíc* – reflexní úchop ruky – při podráždění dlaně se ručka automaticky zavře, dokáže spojit prsty obou rukou
3. – 4. *měsíc* - hraje si s rukama ve střední linii, uchopí předmět, s nástupem aktivního úchopu mizí reflexní úchop ruky, úchop je z ulnární strany
4. – 6. *měsíc* – předmět chytá současně oběma rukama, začíná přendávat předmět z jedné ruky do druhé, *dlaňový úchop*, uchopí i v poloze na břicho
6. – 8. *měsíc* – souhra oko - ústa, sahá po předmětu, uchopuje vše, co může, umí držet dva předměty, začíná se orientovat v prostoru - hází vše na zem, úchop je z radiální strany – *nůžkový úchop*
8. – 10. *měsíc* - uchopuje korigovanou silou, začátek *pinzetového úchopu*, vede předměty před sebe a zpátky [LAGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006]

10. -12. měsíc – izolované používání ukazováčku - používá jemný pinzetový (klíčkový) úchop, třese předměty, ohmatává předměty, umí sebrat ze stolu dvě věci

1,5 roku – zvládá vědomě pustit předmět, umí jíst lžičkou, samostatně pít z hrnečku, rozbaluje zabalené věci, tluče předměty o sebe

1 - 3 roky – spojí dva body čarou, modeluje kuličky a válečky, dokáže otáčet klíčem v zámku, samostatně si umývá a utírá ruce

2 roky – samostatné svlékání oblečení, čmárání na papír, staví věž ze dvou až tří kostek, navléká kroužky na tyč, hází míč neurčeným směrem

2,5 roku - dítě staví věž ze čtyř kostek, hází míčem s rukama nad hlavou, zasune tyč do roury, vysypává kuličky z lahve a vkládá je zpět, listuje stránkami v knize

3 roky - používá *příčný úchop s nataženým ukazováčkem*, zvládá se najíst vidličkou, chytá velký míč oběma rukama, hází velkým míčem v určitém směru, maluje zakulacené tvary, přelévá z hrnku do hrnku, skládá papír, navléká kuličky na drát

3,5 roku - dítě drží tužku prsty, kreslí kruh, staví věž z osmi kostek, rozbaluje bonbóny, svléká si oblečení

4 roky - dovede uchopit štětec, chytit malý míček, stříhá nůžkami, zapíná a rozepíná knoflíky

4,5 roku - kreslí kříž, skládá jednoduché obrazce ze zápalek

5 let - chytá malé míčky s rukama nad hlavou, navléká nit do jehly, stříhá podél čáry

5,5 roku - chytá vyhozený míč, chytá jednou rukou, hází za současného pohybu těla

6 let - kreslí se správným držením tužky, kreslí dům, strom, slunce a podobné obrázky, samostatně se obléká

6,5 roku - kreslí postavu asi s osmi detaily, váže uzel okolo tužky

7 let - napodobí deset písmen, kreslí kosočtverec, dotkne se palcem špičky prstu, vystřihuje tvar

1.2.4.2 Druhy úchopu

➤ *Úchop prstový – štipka*

Tvoří ho prsty, případně pouze jeden prst – nejčastěji ukazováček, a palec v opozici. Diagnostikuje se při práci s modelovací hmotou. Dítě uštípne kousek modelíny a udělá mezi prsty placičku.

➤ *Štipkový úchop*

Štipku tvoří bříška palce a ukazováku, která působí proti sobě. Je velmi důležitý pro nácvik správného držení tužky. Tlaku prstů proti sobě by mělo postupně ubývat a tužku by měly prsty pouze přidržovat a lehce opírat o prostředníček, který tužku přidržuje zespodu.

➤ *Nehtový úchop*

Úchop tvoří dotýkající se nehty palce a ukazováku, jako například při sebrání jehly nebo párátko. Nehtový úchop se využívá při manipulaci s velmi drobnými předměty, na které již nestačí úchop štipkový.

➤ *Klíčový úchop*

Palec je v menší opozici, v kontaktu s radiální stranou ukazováku, nikoliv s bříškem ukazováku ze strany. Tlak vyvíjí postupně obě strany. Klíčový úchop je důležitý pro držení tužky.

➤ *Špetkový úchop*

Úchop třemi prsty. Při diagnostice se používá sypký materiál (sůl, písek). Špetkový úchop omezuje pohyblivost ruky při kreslení. Je typický pro menší děti při kreslení křídou.

➤ *Cigaretový úchop*

Jedná se o úchop mezi ukazovákem a prostředníkem. Některé děti tak uchopují tužku před nácvikem správného držení tužky.

➤ *Válcový úchop*

Používá se nejčastěji u dětí bez zkušenosti s psacím náčiním. Sevřená ruka bývá většinou kolmo k podložce. Pohyb obvykle nevychází ze zápěstí, ale z lokte a celé paže.

➤ *Dlaňový úchop*

Vyskytuje se většinou u těžšího postižení horní končetiny. U tohoto druhu úchopu je vhodné využívat různé didaktické pomůcky, například nástavce, které respektují fázi uchopování nebo podložky, které pomáhají zvedat horní končetinu nad psací plochu a tím pomáhají uvolnit ruku v zápěstí.

➤ *Dynamický úchop*

Rozděluje ruku na dva funkční celky. Využívá se při stříhání nůžkami nebo modelování. Kvalita stříhání vypovídá o celkové zručnosti a pohyblivosti prstů.

[SVOBODOVÁ, 2001]

1.2.4.3 *Úchop tužky*

Ideální držení tužky je třemi prsty - prostředníkem, ukazovákem a palcem. S podložkou tužka svírá úhel asi 45°, ruka je opřena o podložku o malík, což umožňuje posun ruky při psaní. Horní konec tužky směřuje k stejnostrannému rameni. Celý úchop nesmí být křečovitý, ukazovák se neprohýbá. Tento druh úchopu bývá někdy nazván *špetkový úchop* (75, 76).

Pokud dítě nedrží tužku tímto úchopem, je třeba držení co nejdříve korigovat. Jinak dojde k zafixování nesprávného držení a zlovyk se velmi špatně odstraňuje.

1.2.5 *Problémy s rozvojem grafomotoriky*

Odchylky v rozvoji grafomotorických schopností se projevují nejčastěji jako opožděný nebo nerovnoměrný vývoj. Pokud je kvalitativní úroveň grafomotorického rozvoje nižší než by mělo odpovídat věku, nebo některé potřebné schopnosti se nerozvíjejí optimálně, hovoříme o poruchách grafomotoriky. [LIPNICKÁ, 2007] Problémy v oblasti grafomotoriky nejsou nikdy (kromě pórůzového postižení ruky ve smyslu parézy) izolované. Současně s nimi nalezneme i další, více či méně závažné odchylky ve vývoji, což je důsledek vztahu motorického vývoje a vývoje psychického. Typické jsou problémy v dalších oblastech jemné motoriky – vývojové poruchy řeči.

Bývají nápadnější, a proto jejich diagnostika a léčba je v současné době dostupnější a rozšířenější než v oblasti grafomotoriky. Jak bylo uvedeno v kapitole o motorickém vývoji v předškolním období, jemná motorika je přímo závislá na úrovni hrubé motoriky, a proto se velmi často u dětí s poruchou grafomotoriky setkáme i s problémy v této oblasti.

Velmi významné je včasné rozpoznání problémů s rozvojem grafomotoriky pro další vývoj, zejména pro nácvik psaní. Pokud jsou nerovnoměrnosti v grafomotorickém vývoji zachyceny včas a použije se adekvátní preventivně rozvojový program, je možné předejít pozdějším obtížím s psaním.

1.2.5.1 Příčiny

K hlavním příčinám patří poruchy CNS – dětská mozková obrna (jednotlivé formy se od sebe svými projevy liší, k nejtypičtějším projevům obecně patří spasticita, ataxie, atetotické -mimovolní pohyby, hyperkineze a hypokineze) [VOJTA,1993], centrální koordinační porucha, hyperaktivita, poruchy pozornosti a vnímání, poruchy zpracování informací, poruchy tělesného vnímání. Problémy s grafomotorikou mohou být způsobeny i řadou dalších organických i funkčních a vývojových onemocnění. [LOOSEOVÁ et al., 2001a]

Výše uvedené poruchy naruší vývoj hrubé a jemné motoriky, způsobí poruchy automatizace, koordinace a kontroly pohybů, poruchy rovnováhy, ovlivní regulaci svalového napětí. [SVOBODOVÁ, 2001]

1.2.5.2 Projevy

Za dítě, které má problémy s grafomotorikou se považuje pěti- až šestileté dítě u kterého lze zachytit následující projevy: [LIPNICKÁ, 2007]

- Kreslí nerado, někdy kreslení dlouhodobě odmítá

- Má problémy se správným držením tužky, úchop je křečovitý, nebo drápovitý v dlani
- Nedovede vybrat námět kresby, případně ho nedokáže zpracovat
- Kresba postavy je bez adekvátních detailů, podobá se „hlavonožci“
- Neumí správně obkreslit základní tvary (kruh, čtverec, trojúhelník, čáry, vlnovky, kříž)
- Není schopno v kreslení dodržovat instrukce a zadání
- Je neobratné v celkovém tělesném projevu
- Objevují se poruchy řeči
- Nemá vyhraněnou laterální, střídá ruce během kreslení
- Špatně se orientuje v prostoru podle instrukcí
- Má problémy s udržením pozornosti, často odbíhá od činnosti, neumí se soustředit
- Špatně rozlišuje různé tvary [TYMICOVÁ, 1994]

1.2.5.3 *Prevence*

Protože standardizované psychologické a speciálně-pedagogické testy nelze v předškolním věku vždy využít, je důležité sledovat případné projevy a odlišnosti v grafomotorickém vývoji, zejména v grafickém projevu dítěte. [LIPNICKÁ, 2006]

1.2.5.4 *Dysgrafie*

(nebo také *agrafie*) je specifická porucha grafického projevu. Postihuje celkovou úpravu písma. [PRŮCHA et al., 2008] Charakteristické je křečovitě a neúhledně písmo. Tato porucha psaní nijak nesouvisí s inteligencí.

Vzhledem k tomu, že psaní se cíleně nacvičuje až v základní škole, v předškolním období se ještě nedagnostikuje. Vždy jí však předchází problémy s grafomotorikou. Projevuje se problémy s osvojováním správných tvarů písmen, narušenou úpravou písma – písmo je kostrbaté, neupravené, až nečitelné. [TYMICOVÁ, 1994]

1.3 Kresba

1.3.1 Význam kresby

Kresba patří do přirozeného vývoje každého dítěte. Je to pro dítě zábava, hra, možnost vyjádřit se a projevit vnitřní emoce, které ještě třeba neumí projevit jinak. Ne všechny děti však tuto činnost vyhledávají. Kreslení je velmi důležité pro osvojování si dovednosti psaní v pozdějším věku. Pomáhá rozvíjet jemnou motoriku, grafomotorické schopnosti a dovednosti, vizuomotoriku. Úroveň jemné motoriky, senzomotoriky a grafomotoriky je jedním z důležitých kritérií při posuzování školní zralosti. [DAVIDO, 2001] K této diagnostice se používá například *Jiráskův orientační test školní zralosti* obsahující kresbu lidské postavy, auta nebo květiny, napodobení geometrických tvarů, psacího písma a skupiny teček. [HRABAL, 2004] Námětová kresba poskytuje nejen orientační informace o úrovni kresby, ale využije se i při hodnocení vizuomotorické koordinace. Kresba má také velký význam pro vývojovou diagnostiku, diferenciální diagnostiku a diagnostiku osobnosti. [DAVIDO, 2001]

Kresba poskytuje informace o celkové vývojové úrovni, o úrovni jemné motoriky a grafomotoriky, o zrakovém a prostorovém vnímání, o vizuomotorice, o emocionalitě, o vztazích a postojích dítěte. [POKORNÁ, 1998]

Kresba se velice často používá pro posouzení vývojové úrovně dítěte. Je to však problematické, faktorů, které ovlivňují vývoj a úroveň kresby dítěte je více. Mezi nejdůležitější z nich patří. [DAVIDO, 2001]:

- inteligence a mentální vyspělost dítěte
- úroveň hrubé motoriky
- lateralita
- zrakové vnímání
- paměť
- schopnost představivosti a reprodukce
- pozornost

Dalšími faktory, spíše „vnějšími“, je prostředí, ve kterém dítě žije, množství a kvalita podnětů.

1.3.2 Vývoj kresby

Dětská kresba se vyvíjí v závislosti na vývoji jednice, a to bez ohledu na jeho umělecké schopnosti. Každému věku odpovídá specifický typ kresby. Dětská kresba prochází stadii, která těsně souvisejí s vývojem intelektu a motoriky dítěte. Vývoj kresby je ovlivněn duševním vývojem a případným omezením v jemné motorice. Na kresbách se podílí psychický stav dítěte, individuální vlastnosti a záliby. [CASEOVÁ a DALLEYOVÁ, 1995]

Období skvrn:

Přibližně do *jednoho roku* věku se u dětí, které by se graficky projevovaly, setkáme s kresbou „skvrn“. Kresba je v tomto věku nepříliš častá a děti tuto činnost ještě nevyhledávají. [DAVIDO, 2001]

Stádium čmáranic:

Kolem jednoho roku věku dítě prochází stádiem čmáranic. Tužka je jakýmsi prodloužením ruky a čáry přímo souvisejí s „já“ dítěte, což o něm může leccos prozradit. V prvních letech života se jedná převážně o motorickou hru, protože dítě kreslí pohybem celé paže (pohyb vychází z ramenního kloubu). Tyto pohyby jsou často neobratné, avšak osobité. Šťastné a spokojené dítě kreslí silné čáry, které na papíře zaberou mnoho místa. Naproti tomu nevyrovnané dítě tužku záhy odhodí. O leccems vypovídá také způsob držení tužky. Děti s nerovnoměrným vývojem neumějí obvykle tužku držet. Toto stádium ještě neovlivňuje žádný intelektuální faktor. [CASEOVÁ a DALLEYOVÁ, 1995]

Stádium čárání:

Ve věku od *jednoho do dvou let* se v kresbě objevují čáranice, zpravidla ještě nemívají žádný obsah, motivací je pro dítě samotný proces čárání, nikoliv výsledek. [LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006] Hovoříme o **bezobsažných čáranicích**. Toto

období přímo souvisí s rozvojem organických funkcí dítěte. S rozvojem intelektu se dítě snaží napodobovat psaní dospělých a lépe držet tužku. Čáranice mívají tvar oblouku, pohyb stále vychází z celé paže. [CAMPBELLOVÁ, 2000] Později, kolem *dvou až tří let*, se do pohybu zapojí i loket a zápěstí a dítě tak dokáže vést čáry všemi směry a směr kdykoliv změnit. [CASEOVÁ a DALLEYOVÁ, 1995] Vidíme zde již v počátcích rozvoje grafomotoriky zásadní závislost jemné motoriky na hrubé motorice. V tomto stádiu dostávají čáranice také svůj obsah, hovoříme o **obsažných čáranicích**, přestože obsah je kresbě zpravidla určen dodatečně - **náhodný realismus**. Někdy se původní nápad mění během kreslení, nebo se kresba ani nedokončí. Období mezi druhým a třetím rokem věku se také někdy nazývá **stadium „nezdařeného realismu“**, dítě kreslí uzavřené smyčky, motivováno je nápodobou písma dospělých.

Kolem *třetího roku* se dítě dostává do dalšího stádia - zvládnutím kruhovitěho tvaru, vodorovných a svislých čar. Dítě začíná lépe ovládat jemnou motoriku ruky a tužku již drží v konečkách prstů. [UŽDIL, 2002] Svým obrázkům přikládá určitý význam.

Stádium „hlavonožce“

Začíná *mezi třetím a čtvrtým rokem* věku. Je charakteristické kresbou *hlavonožce*. Hlavonožec představuje lidskou postavu. Postava je první, co dítě v kresbě vědomě znázorňuje. [KUCHARSKÁ a MÁJOVÁ, 2005] Z počátku je hlavonožec tvořen nepravidelným kruhem nebo oválem, ze kterého vystupuje různý počet čar znázorňujících končetiny. Dítě zobrazuje to, co je pro něj důležité, proto postava ještě nemá trup. Hlava – uzavřený kruhový tvar, představuje hlavu i trup současně, zepředu i zezadu. Symbolizuje vymezení vlastního „já“, osobního prostoru. Čáry vycházející z těla označují končetiny – důležitý komunikační prostředek dítěte s okolním světem. [BABYRÁDOVÁ, 1999]

Postupně, v závislosti na mentální úrovni dítěte, se v kresbě objevují detaily (převážně obličej), nejprve oči, ústa, nakonec nos, dále případně pupek.

Ve *čtyřech letech* jsou v kresbě zachyceny hlavní části těla (vlasy, uši, oči, nos, pusa).

Kolem *pátého roku* věku je díky lepší motorické koordinaci kresba detailnější, více odpovídá stanovené představě. Dítě začíná záměrně používat barvy, obsah kresby je bohatší. Postava je obohacena o další detaily, má hlavu, trup, nohy, ruce, ústa, oči, nos. Znázornění končetin je ještě pomocí jednoduchých čar. Začíná rozlišování typických znaků (dlouhé vlasy, vousy, korunka pro princeznu), rozlišení pohlaví (převážně podle oblečení – sukně, šaty a podle vlasů). Postava předškolního dítěte je obvykle zobrazena zepředu, ruce mívá v různé výšce.

V *šesti letech* má lidská postava hlavu a trup, končetiny bývají dvojdimenzionální a jsou k tělu připojeny na správných místech. [BABYRÁDOVÁ, 1999]

Naivní realismus

V tomto období se dítě nachází mezi *pátým až sedmým rokem* věku. Dítě kreslí převážně to, co zná, to, co vidí, pro něj není rozhodující. Rádo si vymýšlí, veškerý jeho projev je ovlivněn fantazií. Nejčastějšími motivy kresby jsou člověk, domy, slunce, květiny, stromy a dopravní prostředky. Zobrazení se příliš neřídí skutečností ani pravidly perspektivy. Typické je pro naivní realismus i sklápění (roviny neodpovídají skutečnosti, obtížné rozeznávání horizontály a vertikály) a disproporčnost (největší jsou důležité věci). V kresbě se vyskytují znaky - jako jednoduché zobrazení konkrétní věci. [KUCHARSKÁ a MÁJOVÁ, 2005]

V předškolním období je kresba typická také transparencí, vyprávěním, deformací předmětů, ustálenou barevností (žluté slunce, zelená tráva) a zájmem o tvar (kulatá hlava, hranatý domeček). [PIAGET, 2007] Dítě ještě není schopno syntézy, jednotlivé prvky kresby jsou zobrazeny vedle sebe nikoliv v celku (klobouk nad hlavou, knoflíky vedle sněhuláka). [UŽDIL, 2002]

Vizuální realismus

Vizuální realismus se obvykle objevuje mezi *sedmým až dvanáctým rokem*. Dítě se snaží kreslit to, co vidí. Kresba je objektivnější. Dítě dokáže kreslit podle modelu, kopírovat předlohu. Kreslí-li dítě dům, zobrazí jej zvnějšku. Kreslí-li jeho vnitřek, zobrazuje jen to, co je vidět okny. Kolem *sedmého roku* lze pozorovat velmi důležitý vývojový skok - zobrazení profilu. [BABYRÁDOVÁ, 1999]

Přibližně v *osmi letech* dítě zaplňuje kresbu detaily- např. loď s hřebíky, princezna a moře šperků, pokoj a tapety, květiny apod. Začíná se měnit i technika kresby, také tělesné proporce kreslených postav jsou výraznější. V kresbě se poprvé objevuje pohyb a vztah. Kolem *devátého roku* věku dokáže dítě zakreslit pohybující se lidskou postavu. [DAVIDO, 2001] V tomto období se ukončuje vývoj kresby lidské postavy. Klesá i zájem dítěte o kreslení.

Zobrazování v prostoru

Odpovídá staršímu školnímu věku. Kolem *dvanáctého roku* věku vývoj dětské kresby končí. Dětské kresby jsou v tomto období vyumělkovanější a propracovanější, objevuje se stínování, tvarování. V kresbě se ztrácí přirozený spontánní výraz a projev se mění v uvědomělý. [DAVIDO, 2001]

1.3.3 Zvláštnosti kresby dítěte

- *Transparentnost* (tzv. rentgenové obrázky) – vnější a vnitřní prostor splývají, předměty jsou průhledné (nohy pod oblečením, auto z boku má 4 kola)
- *Schematismus* - každý podnět má zjednodušené schéma
- *Kolorit*- většina dětí preferuje jasné barvy (červená, žlutá, zelená..)
- *Deformace* – tvarová i velikostní
- *Automatismus* (nepravý ornament) - tendence dítěte opakovat jednoduché a dříve osvojené tvary.
- *Antropomorfismus* - jde o přenášení lidských znaků na neživé předměty, přírodní síly, nadpřirozené bytosti apod.
- *Princip symetrie, rytmu, opakování* - kresba působí harmonicky a rovnovážně.
- *Grafoidismus* - tendence naklánět kresbu ve směru písma, ostré úhly se zakulacují
- *R-princip* (pravidlo pravého úhlu) - chápání bližšího okraje papíru jako země, vzdálenější okraj papíru jako nebe. Obliba pravoúhlosti
- *An face* – smíšený profil, dítě kreslí předměty zároveň z profilu i zepředu

- *Zdůraznění a vypuštění* - upřednostňování důležitých a zajímavých objektů a jejich zvětšování
- *Sklápění* – v kresbě chybí perspektiva, roviny neodpovídají skutečnosti, nerozlišování horizontály a vertikály (komín kolmo ke střeše)
- *Výtvarné vyprávění* (simultaneita) – do kresby je zahrnuto více situací celého děje [UŽDIL, 2002]

1.3.4 Diagnostika pomocí dětské kresby

Dětská kresba je spontánní a přirozený projev dítěte. Má své zákonitosti, díky kterým lze kresbu velmi dobře využít k diagnostice nejrůznějších patologií ve vývoji. Odhalí i skrytá nebezpečí (zanedbávání, sexuální zneužívání). Diagnostikou se zabývá arteterapie - léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. [CAMPBELLOVÁ, 2000] Kvalifikovaný arteterapeut je schopen rozpoznat, kdy se jedná pouze o nerovnoměrný vývoj, který se projeví i v kresbě a kdy se jedná o závažnou patologii. [CASEOVÁ a DALLEYOVÁ, 1995] Nejčastěji se k diagnostice dětí používá:

- Kresba lidské postavy
- Tématická kresba (posuzuje vývojové hledisko, dítě kreslí např. dům, strom, rodinu, zvířata, volná kresba)
- Kreslené a písemné testy (obkreslování tvarů, kresba prsty, písmo)

1.4 Hyperaktivita

1.4.1 Pojem, definice

Předpona **hyper** pochází z řečtiny a znamená *nad, nadmíru*. **Aktivita** vychází z latiny a vyjadřuje jak *pohyb*, tak i *vnější jednání, dostat se do pohybu, být činný*. **Kinetický** je opět z řečtiny a znamená *zakládající se na pohybu*, resp. na pohybové energii. Doslovný překlad slova **hyperaktivita** tedy znamená: *nadměrné nutkání k činnosti, nadměrné pohyby* a **hyperkinetický** znamená *nadměrné nutkání k pohybu*. [PREKOPOVÁ, 1994]

- ❖ Hyperaktivita znamená nepřiměřenou úroveň motorické nebo hlasové aktivity. Obvykle se projevuje neklidem, neustálým vrtěním, pohyby těla, které nejsou adekvátní k situaci a jsou často bezúčelné. [PACLT, 2007]
- ❖ Hyperaktivitou také bývá označena nadměrná čilost, čipernost, neposednost a neklid dětí. [DRTÍLKOVÁ, 2007]
- ❖ Hyperaktivita označuje neúčelné, nadbytečné pohyby (častou hru s věcmi, pohyby bez ohledu na okolí a situaci), zvýšený řečový projev (to jak hlasitost, tak množství, časté zvuky během činnosti, komentář k činností). [PRŮCHA et al., 2008]

Projevy hyperaktivity jsou nejvíce nápadné zejména v situacích, které vyžadují velkou sebekontrolu chování. [DRTÍLKOVÁ, 2007] Toho však hyperaktivní jedinec, tím spíše dítě, není schopno. Obvykle se vzhledem ke zvýšené aktivitě okolí domnívá, že hyperaktivita výrazně unavuje, je však prokázáno, že je naopak často provázena poruchami spánku, večerními problémy s usínáním, odmítáním spánku během dne. [BARKLEY, 1998]

1.4.2 *Hyperaktivní dítě*

- Projevuje se nepřiměřenou motorickou aktivitou, bývá neklidné, neustále v pohybu
- Jeho pohyby jsou bezděčné a často zbytečné
- Pohybová aktivita bývá irelevantní k dané situaci
- Rodiče je popisují slovy „pořád někam leze“, „neposedí chvíli na místě“, „pořád je ho slyšet“, brouká si pro sebe a vydává divné zvuky“
- Vydává atypické zvuky
- Často skáče do řeči, mluví, i když není tázáno [ZELINKOVÁ, 2003]

V odborné literatuře se termín *hyperaktivita* obvykle samostatně nepoužívá, většinou se s ním setkáme v souvislosti s *ADHD*, *hyperkinetickou poruchou*, ve starší literatuře v souvislosti s pojmem *LMD*. Hyperaktivita je u těchto poruch jedním ze základních příznaků. Tyto termíny jsou však už závazné z hlediska diagnostiky a vzhledem k tomu, že tuto diagnostiku mohou provádět jen dětské psychologové, případně speciální pedagogové, je velmi obtížné hodnocení, protože velké množství dětí se k těmto specialistům nedostane. [HRABAL, 2004] Výjimky tvoří děti s velmi výraznými odchylkami chování, kde se však jedná obvykle o poruchu jiného charakteru (osobnostní, poruchu chování, atd.).

Terminologie označení hyperaktivních poruch je velmi široká – odráží změny pohledu na etiologii, patogenezi a psychopatologii. Liší se také v různých zemích a během historie prošla poměrně velkým vývojem. [DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, 2007]

Hyperaktivní chování s poruchou pozornosti se může nazývat také *lehká mozková encefalopatie*, *syndrom hyperaktivního dítěte*, *hyperactive child*, *minimal brain dysfunction*, *minimal brain damage*, *brain injured child*, *Strauss syndrome*, *Prechtl choreiform syndrom*, *perceptually handicapped child*, *chronic brain syndrome* a další. [ACCARDO et al., 2000] V terminologii je zcela patrný posun – dřívější názvy vycházejí převážně z představ o organickém poškození mozku, postupem času se vychází více ze symptomatologie a behaviorálních příznaků nemoci. [DRTÍLKOVÁ a ŠERÝ, 2007]

V případě hyperaktivity se jedná o typickou neurovývojovou poruchu. Kromě typických příznaků je také charakterizována vývojovým opožděním a častým minimálním organickým poškozením s kumulací zevních stresů, které vedou k maladaptivnímu chování s vysokou psychiatrickou komorbiditou. [WIENER a DULCAN, 2003]

1.4.3 ADHD -Attention Deficit Hyperactivity Disorders

1.4.3.1 Definice

- ❖ ADHD - hyperaktivita s poruchou pozornosti- je onemocnění objevující se u některých dětí v prvních letech života, může přetrvat až do dospělosti. ADHD znesnadňuje jedincům kontrolu chování a někdy je doprovázeno dalšími symptomy [WHO, SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE]
- ❖ ADHD je označení pro řadu typických projevů na bázi strukturálních změn CNS, které se odchyľují od běžné normy. Jedná se o nápadně nerovnoměrný vývoj intelektových chorostí, poruchy v dynamice psychických procesů, hyperaktivitu, nesoustředěnost, malou vytrvalost, impulzivitu, výkyvy nálad, tělesnou neobratnost a poruchy vnímání. [TRAIN, 1997]
- ❖ Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD) představují skupinu vývojových poruch charakteristických *nepřiměřenou úrovní pozornosti, nadměrnou aktivitou a impulzivitou*. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Řadí se mezi nejčastější psychiatrická onemocnění dětského věku. [HORT et al., 2000]
- ❖ ADHD je "psychopatologická diagnóza, která je odvozena z určitého souhlasu jednotlivých ukazatelů v životní historii dítěte, zahrnující těhotenství, období

kolem porodu a po porodu, dále ukazatelů v nálezech neurologických a pediatrických a konečně v tzv. klinickém obrazu čili v chování dítěte". [LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006]

- ❖ ADHD lze definovat jako vývojovou poruchu, charakterizovanou nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emocionálních problémů. Patří mezi tzv. spektrální poruchy, protože se u různých lidí vyskytuje v různých stupních závažnosti. [POKORNÁ, 2001]

Porucha je roztržena do 3 skupin:

1. *ADHD s poruchou pozornosti*
2. *ADHD s impulzivitou a hyperaktivitou*
3. *ADHD – kombinovaný typ*

- přičemž skupina hyperkinetická porucha chování není přítomna, pohybová aktivita může být i snížena. Tento typ snáze unikne pozornosti, je méně nápadný pro okolí. Častěji se vyskytuje u dívek. Poruchy chování jsou v americké klasifikaci nemocí brány jako komorbidní. [DULCAN, 1997]

1.4.3.2 Příznaky

- **Deficit pozornosti (nepozornost)**
 - krátké intervaly zaměření na jednu věc
 - neschopnost soustředění
 - problém s udržení volního úsilí při plnění nějakého úkolu nebo činnosti
 - časté střídání činností, roztěkanost
 - nepořádnost, špatná organizovanost

-nedokončování úkolů a činností

-zapomnětlivost, ztráty věci

- **Impulzivita**

- rychlé, neadekvátní reakce

- špatné porozumění vlastním pocitům (často i neschopnost je verbalizovat)

- nižší sebehodnocení, vztahovačnost

- reakce předcházejí instrukce

- nezdrženlivost v řečovém projevu

- **Hyperaktivita**

- neúčelné, nadbytečné pohyby (často si hrají s věcmi a pohybují se bez ohledu na okolí a situaci)

- zvýšený řečový projev (hlasitost i množství)

- časté komentáře k činnostem, doprovázení zvuky [HYPERAKTIVITA, 2009]

Jedincům s ADHD bývá také přisuzována nižší inteligence, toto tvrzení však vychází pouze z toho, že výsledky dětí s ADHD (nejčastěji ve škole) jsou horší. Ne však z důvodu nižší inteligence, ale díky typickým příznakům ADHD – poruše pozornosti, impulzivitě. [WIENER a DULCAN, 2003]

1.4.3.3 Nejčastější komorbidní poruchy u dětí

ADHD může být často provázena dalšími jevy a zdravotními problémy. Jejich výskyt je velmi častý – asi 44 % dětí s ADHD trpí další psychickou poruchou (například nějakým typem specifické poruchy učení, nočními děsy, poruchami spánku, depresí a úzkostí, neuznáváním autorit atd.) a 32 % až dvěma poruchami. Komorbidita ADHD v dětství výrazně zvyšuje výskyt psychiatrických poruch v dospělosti. [LEWIS, 2007]

Mezi nejběžnější komorbidní poruchy patří:

- *specifické vývojové poruchy motorické funkce a školních dovedností*
 - dyslexie (porucha čtení)
 - dysgrafie (porucha psaní)
 - dyskalkulie (porucha matematických schopností)
 - dysortografie (porucha pravopisu)
- *poruchy chování*
- *poruchy spánku, noční děsy*
- *zneužívání návykových látek*
- *tikové poruchy (včetně Touretteova syndromu)*
- *emoční poruchy (deprese a hypomanické stavy)*
- *úzkostné poruchy, enuréza a balbuties*
- *poruchy pohybové koordinace a senzomotorických funkcí*
- *psychosomatické obtíže (bolesti hlavy, břicha, zad, závratě, únava, bolesti svalů)*

1.4.4 Hyperkinetická porucha

1.4.4.1 Definice

Hyperkinetické poruchy jsou diagnostickou kategorií, která se objevuje v každém věku, od dětství do dospělosti, predilekčně ve školním věku. [RUTTER, 1994]

Hyperkinetická porucha nebo také *hyperkinetický syndrom* vychází na rozdíl od termínů LDE (lehká mozková encefalopatie), MMD (minimální mozková dysfunkce), které vychází z etiopatogeneze, ze symptomatického popisu poruchy. [PACLT et al., 2007] Někdy bývá ztotožňován s termínem ADHD, někteří autoři uvádí, že diagnostická kritéria pro ADHD jsou mírnější.

1.4.4.2 Rozdělení hyperkinetických poruch

Dle mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize se hyperkinetické poruchy dělí na:

- *poruchy pozornosti s hyperaktivitou* - ADHD
- *hyperkinetické poruchy chování* - zde se k hyperaktivitě, impulzivitě a poruše pozornosti přidává ještě porucha chování

Klinický obraz hyperkinetické poruchy se v průběhu vývoje mění v závislosti na maturaci mozku. První projevy můžeme pozorovat již v kojeneckém věku, tyto děti bývají nápadně neklidné a ukřičené, mají problémy s ustálením základních biorytmů, hlavně spánkového režimu - někdy ho mají zcela převrácený. Dožadují se neustálé pozornosti. [PACLT, 2006] Také svalové napětí u těchto dětí bývá obvykle vyšší než u ostatních vrstevníků. V předškolním věku se prodlužuje fáze vzdoru s výskytem výrazných záchvatů vzteku. Typické je také rychlé střídání činností a her, divokost, neschopnost si něco odepřít následovaná až agresivní reakcí, ničení hraček, ztráta zábran a to i v cizím prostředí. Celkově jejich chování odpovídá vývojově mladšímu věku. [DRTÍLKOVÁ, 2007] Ve školním věku dominuje obvykle porucha v kognitivní oblasti. Následkem toho bývá selhávání v oblasti prospěchu a chování, což vede k pocitům neúspěšnosti a selhávání, které mohou sekundárně způsobit rozvoj neurotických poruch a poruch chování. [BARKLEY, 1998] V adolescenci mezi příznaky převažuje impulzivita a poruchy chování, což s sebou nese riziko sociální maladaptace.

Hyperkinetické poruchy mají v různé míře (uvádí se asi 40–60 %) vyjádřenou sociální maladaptaci a jak již bylo uvedeno výše, také vysokou komorbiditu s ostatními psychiatrickými poruchami (téměř v 50 %). Tyto poruchy proto velmi ovlivňují celý vývoj dítěte, a to v mnoha oblastech. [VÁGNEROVÁ, 1999] Výskyt komorbidních poruch je mnohem častější u dětí v předškolním věku, než u dětí školního věku. [WILENS et al., 2002]

Hyperkinetické poruchy vyžadují multidisciplinární přístup, protože je to problematika:

- psychiatricko-psychologická
- neurologická
- pediatrická
- rodinná
- školská
- sociálně-ekonomická

1.4.5 ADD (Attention Deficit Disorder)

= porucha pozornosti bez hyperaktivity

Termíny ADD a ADHD bývají často uváděny jako synonyma. Jedná se o velmi podobné, příbuzné, nikoli však totožné diagnózy. K hlavním příznakům ADD patří impulzivita a problémy s udržením pozornosti. Zcela chybí hyperaktivita, tyto děti bývají méně nápadné svým chováním, což je zvláště z hlediska správné diagnostiky často problematické – neupozorňují na sebe, jsou až zakřiklé, tiché, zasněné, často nevnímají okolí. [LEWIS, 2007]

1.4.6 Výskyt

Hyperaktivita je v současné době velmi často používaný termín. Za hyperaktivní je označováno téměř každé dítě, které projevuje větší aktivitu. Vývojová stádia, která jsou provázena různou mírou aktivity, nejsou bohužel zohledňovány a nálepka hyperaktivity je často mylně používána. Úroveň motorické aktivity od narození do věku zhruba tří let neustále narůstá. Poté se pomalu snižuje a nejvýraznější utlumení přichází se zahájením povinné školní docházky. [PACLT, 2006] Z diagnostického hlediska je – obzvláště pro širší veřejnost a rodinné příslušníky - velice obtížné rozhodnout, zda už se jedná o hyperkinetickou poruchu či hyperaktivitu nebo zda dítě vykazuje pouze zvýšenou

aktivitu, která může mít naprosto odlišnou příčinu. Může tomu tak být například u dětí, které trpí nedostatkem pozornosti okolí nebo nejsou dostatečně citově rozvíjeny. Tyto děti mají potřebu na sebe upoutávat pozornost okolí, a to téměř za jakoukoli cenu. Příčin hyperaktivních projevů v chování dětí může být mnoho. Hyperkinetická porucha se projevívá obvykle v prvních pěti letech života. [DRTÍLKOVÁ, 2007]

Některé výzkumy prokázali, že hyperaktivní děti bývají velmi aktivní již během prenatálního období. [PACLT et al., 2007]

1.4.6.1 Výskyt u dětí

Celosvětově odhadovaný průměr pro výskyt hyperaktivity je 2-7 %. U nás trpí syndromem hyperaktivity v míře, jež vyžaduje léčebná opatření, asi 5 % dětské populace, což je zhruba 85 tisíc dětí. Hrubší výzkumy odhadují 3 – 7 % dětí školního věku, u předškolních dětí 3 – 6 %. [PACLT et al., 2007] Důvodem nižšího výskytu u předškoláků je pravděpodobně fakt, že výzkumy se zabývají zachycením dětí s ADHD, hyperkinetickou poruchou a ta nebývá v předškolním věku diagnostikována příliš často. Souvisí to pochopitelně s tím, že teprve s nástupem do školy se mohou všechny příznaky plně rozvinout – na dítě jsou kladeny větší nároky, například, aby sedělo tiše, zapojilo se do nějaké činnosti a dokončilo ji, naslouchalo instrukcím.

Třikrát častěji se hyperaktivita vyskytuje u chlapců než u dívek. V období puberty - zhruba od čtrnácti let- začínají problémy obvykle ustupovat. Není to však pravidlem. [RUTTER et al., 1994] Hyperaktivita, která je v dětství nejnápadnějším příznakem, má v průběhu vývoje sestupnou tendenci, takže může být porucha někdy mylně považována za odeznělou. V tomto věku však převažují nad bezděčnými pohyby hlavně vnitřní pocity neklidu, problémy s respektováním pravidel a autorit, práce ve škole je nesystematická, jsou narušeny vztahy s vrstevníky, přetrvává impulzivní chování, které může být i velmi rizikové (úrazy, dopravní nehody, atd.). [GOLDSTEIN, 2002] V období adolescence se mohou manifestovat také velmi závažné poruchy chování spojené s krádežemi, výtržnictvím apod. [BARKLEY, 2002]. Až u 60 % dětí přetrvávají některé potíže i v dospělosti.

Vývoj ADHD je nesmírně závislý na psychosociálních vlivech. Oslabení centrální nervové soustavy je jen začátkem. Konečnou podobu poruchy vytváří sociální a emocionální prostředí, tedy převážně rodina, přátelé, škola.

1.4.6.2 Výskyt u dospělých

Ze současných výzkumů vyplývá, že třetina těchto dětí ze svých problémů „vyroste“, druhá třetina se v dospělosti chová impulsivně a poslední třetina je na okraji společnosti. [ACCARDO, 2000] Projevy hyperkinetické poruchy však nejsou v dospělosti už tak nápadné jako u dětí, a proto jsou snadno přehlédnutelné nebo zaměnitelné za povahové zvláštnosti nebo za příznaky neurózy, poruchy osobnosti, poruchy chování. [DRTÍLKOVÁ a ŠEDÝ, 2007]

S hyperaktivitou se ve smyslu, v jakém ji vidíme u dětí, nesetkáme, přetrvávají spíše *impulzivita a poruchy pozornosti*. Lidé jsou roztěkaní, netrpěliví, působí nesystematicky a nesoustředěně, zapomínají termíny i věci, mají problém s organizací času i práce. Uvádí se, že je pro ně obtížnější udržet partnerský vztah, jsou náchylnější k rizikovému chování, k závislosti na alkoholu a dalších drogách, způsobují více dopravních nehod. Mají větší pravděpodobnost vyloučení ze školy, ztráty zaměstnání, méně jich dokončí vysokou školu. Až u 25 % se vyskytují poruchy osobnosti. [ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 1997]

Poměr výskytu mezi pohlavími se oproti výrazné převaze chlapců v dětství vyrovnává. Komorbidní poruchy jsou i v dospělosti velmi časté, někdy mohou být považovány za primární. Převažují především *úzkostné poruchy a deprese* (až u 50 %), *poruchy nálady* (30 %), *poruchy chování* (25%), *závislosti na alkoholu a drogách* (až 50 %). [BARKER, 2007]

V České republice nebyli dospělí s hyperkinetickou poruchou dosud nijak systematicky sledováni. Oproti tomu v jiných evropských zemích a také v USA je jim poskytována komplexní péče, včetně spolupráce s rodinou a farmakoterapie. [ACCARDO, 2000]

1.4.7 Diagnostika

Diagnóza hyperaktivity bývá považována někdy za spornou. Nepozornost, neklid a zlobení jsou problémy, které má jedna šestina dětí. Je proto velice důležité odlišit jiné příčiny těchto projevů. Mohou to být například problémy v rodině, nedostatky ve výchově, jiné psychické onemocnění apod. [ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 1997].

Těžiště diagnostiky poruchy spočívá v klinickém sledování projevů dítěte a jeho anamnézy a psychologickém vyšetření dítěte (kognitivní a percepčně-motorické funkce, pracovní-volní a emočně-sociální úroveň dítěte), ve vážnějších případech bývají také využívány neurologické vyšetřovací metody, jako je elektroencefalografické vyšetření (EEG) a další zobrazovací metody vyšetření mozku. Rozbor záznamu z EEG vyšetření umožňuje odhalit i závažnější funkční abnormality. U části dětí s ADHD syndromem se vyskytují některé znaky epileptické aktivity, i když nikdy záchvat neměly a s největší pravděpodobností také mít nikdy nebudou. Jejich včasné rozpoznání je důležité pro prevenci a odstranění rizika.

1.4.7.1 Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria se neustále aktualizují podle nejnovějších poznatků v oblasti nemocí a poruch. V současné době se používají dva nejdůležitější klasifikační soubory:

- Klasifikační systém **Americké psychiatrické asociace** (*The Diagnostical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, 1994 - **DSM – IV**)
- Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (WHO), (*The International Clasification of Diseases*, 10th edition – **ICD- 10**)
V ČR jako *Mezinárodní klasifikace nemocí*, 10. revize z roku 1992 - **MKN – 10**

Tyto diagnostické systémy vychází z podobných, ale ne totožných přístupů k problematice hyperaktivity a hyperkinetické poruchy. Vzhledem k této nehomogenosti je velmi obtížné určit výskyt těchto poruch a srovnat terapeutické postupy, což působí jisté komplikace ve výzkumu a vědě. V běžné praxi se však tyto jemné rozdíly příliš nezohledňují.

1.4.7.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN- 10

- diagnostikují **hyperkinetickou poruchu**
 - poruchu pozornosti s hyperaktivitou* (F 90.0)
 - hyperkinetickou poruchu chování* (F 90.1)
- pro stanovení diagnózy je nutná přítomnost obou základních příznaků poruchy (hyperaktivita a porucha pozornosti, případně i impulzivita)
- neuvádí typ hyperkinetické poruchy s převažující poruchou pozornosti, bez hyperaktivity. Tento typ nesplňuje kritéria dle MKN -10 a tudíž uniká diagnostice i léčbě
- porucha začíná před 7. rokem života
- příznaky trvají alespoň 6 měsíců, v míře nepřiměřené věku
- projevy jsou trvalé, objevují se ve více (nebo ve všech) situacích – doma, ve škole,..
- přesná diagnostická kritéria v příloze č. 1
[MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 1992]

1.4.7.1.2 Diagnostická kritéria podle DSM – IV

- rozlišují tři typy – *ADHD – inattentive type – s převládající poruchou pozornosti*
 - ADHD – hyperaktivity/impulsive type – s hyperaktivitou a impulzivitou*
 - ADHD – combined type – smíšený typ*
- méně přísná a širěji definovaná

- nevyžadují současnou přítomnost všech základních příznaků
- některé ze symptomů hyperaktivity, nepozornosti a impulzivity se vyskytují už před 7. rokem věku
- příznaky trvají nejméně 6 měsíců, v míře neodpovídající věku
- některé z příznaků se objevují na více místech (doma, ve škole,..)
- přesná diagnostická kritéria v příloze č. 2

[AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION . 1994]

1.4.7.2 *Klinické vyšetření*

Stanovení diagnózy přísluší dětskému psychiatrovi. Přesto je spolupráce dalších odborníků, zvláště pediatra, psychologa, ale i pedagogů a dalších osob, jako jsou rodiče dítěte, často nezbytná. V předškolním věku je velmi těžké rozeznat příznaky hyperkinetické poruchy od dalších poruch, proto je velmi důležité stanovení diferenciální diagnostiky. Předškoláci jsou zachyceni nejčastěji pediatry, rodiči a učiteli v mateřských školách. Jsou odesíláni do Pedagogicko – psychologických poraden, případně dětským psychiatrům, kde probíhá diagnostika.

Vyšetření bývá často komplikováno věkem dítěte a jeho špatnou spoluprací. V první fázi je zásadní odlišit ostatní možné příčiny abnormálních projevů dítěte – stanovit diferenciální diagnostiku.

Klinické vyšetření by mělo probíhat ideálně v podmínkách, které nejsou dítěti cizí, mělo by mít dostatečný časový prostor, nejlépe formou hry a rozhovoru. Vyšetření by mělo probíhat bez rodičů, není to však vždy nezbytné a mělo by být zahájeno rozhovorem s rodiči. Komplexní vyšetření zahrnuje:

- *anamnézu*
 - - *zdravotní* – těhotenství, porod, prodělané nemoci, které mohou mít souvislost s poruchou, zdravotní stav, užívané léky
 - - *rodinnou* – duševní a tělesné zdraví rodičů a dalších rodinných příslušníků

- - *sociální* – rodinná situace, bydlení, kontakty s vrstevníky
- *posouzení symptomů*
- *tělesné vyšetření* – zvláště kvůli diferenciální diagnostice
- *psychologické / psychiatrické vyšetření* – pozorování, rozhovor, dotazníky a škály
- *neurologické vyšetření, elektroencefalogram (EEG)*
- *zobrazovací metody* – CT, MR mozku
- *laboratorní vyšetření* – krevní obraz, jaterní testy, štítná žláza, apod.)
- *EKG* – v souvislosti s plánovanou farmakoterapií

[PACLT et al.,2007]

1.4.7.3 Psychologické vyšetření

- *Pozorování dítěte*
 - nejlépe v podmínkách, ve kterých se běžně pohybuje (školka, rodina)
 - *Rozhovor s rodiči, s pedagogy, s dítětem*
 - měl by probíhat odděleně
 - *Testové metody*
 - WISC - IV (Wechslerova inteligenční škála)
 - testy pozornosti (Burdonův test, Číselný čtverec, Test koncentrace pozornosti, Testy pozornosti D2,...)
 - testy emočních a behaviorálních poruch (Connersové škály pro rodiče a učitele, škála dětského chování, projektivní testy, aj.)
 - objektivní výkonové testy (Gordonův diagnostický systém, aj.)
 - testy zaměřené na percepci (Reverzní test – zrková percepcie, Zkouška sluchové diferenciacce a analýzy)
 - testy zaměřené na paměť (Rey-Osterriethovy komplexní figury, Paměťový test verbálního učení, aj.)
 - další testy dle individuálního posouzení
- [MAYES a CALHOUN, 2006]

1.4.8 Etiologie

I přes stále se zdokonalující se poznatky o fungování lidského mozku zůstává etiologie hyperkinetických poruch v mnohém neobjasněná. Na vzniku hyperaktivity (ADHD, hyperaktivní poruchy) se podílí více faktorů. K nejdůležitějším z nich patří genetické faktory. Syndrom ADHD může vzniknout v období prenatálním, perinatálním či postnatálním, a to i drobným poškozením centrální nervové soustavy. [JUCOVIČOVÁ, 2005] Nejnovější studie ukazují, že ADHD má biologickou vývojovou podstatu.

1.4.8.1 Genetické faktory

Podle současných poznatků se jedná o onemocnění s výraznou genetickou predispozicí (50–60 %), s předpokládanou polygenní dědičností. Vliv dědičnosti na vznik poruchy je prokázán mnoha výzkumy a studii. Dědí se změny ve struktuře (nukleus caudatus, prefrontální a parietální oblasti, bazální ganglia, mozeček, frontální lalok) a fungování mozku (hladiny a aktivita enzymů, neurotransmiterů dopaminu a noradrenalinu) [MUNDEN a ARCELUS, 2006]. Genetické vlivy potvrzují i neuropsychologické testy, zaměřené na funkce frontálního laloku. [GOLDMAN, 1998] Ve velkém množství případů se mozek dětí s ADHD už během těhotenství vyvíjí jinak než u ostatních. Nervové buňky, a tím pádem i celé svalové skupiny, které dané motoneurony inervují, se rychleji unaví. (Pravděpodobně z tohoto důvodu dlouho nevydrží u stejné činnosti a snadněji se unaví.)

1.4.8.2 Negenetické faktory

Přestože se v současné době vychází z toho, že děti přichází na svět s genetickou dispozicí a s různě velkou náchylností k propuknutí poruchy, ke vzniku přispívají také další negenetické faktory, které na dítě negativně působí během vývoje. Jakýkoli

problém v prenatálním nebo perinatálním období zvyšuje zranitelnost mozku. Mezi nejdůležitější patří vlivy, které působí na dítě během prenatálního vývoje. Poškození - v této době velmi nezralého - mozku může způsobit například vystavení cigaretovému kouři, alkoholu a dalším drogám, nadužívání kofeinu a dalších látek a farmak, zdravotní komplikace a onemocnění v těhotenství, inkompatibilita krevní skupiny a Rh faktoru matky a plodu, nedostatek některých vitamínů, stopových prvků a minerálů (např. jód), znečištěné životní prostředí a strava.

Další faktory mohou nastat perinatálně – předčasný porod, protražovaný porod, hypoxie (nedostatek kyslíku) v průběhu porodu (mozkové struktury jsou obzvlášť citlivé na nedostatečné zásobování kyslíkem v průběhu porodu), porodní trauma.

K postnatálním příčinám řadíme silnou novorozeneckou žloutenku, encefalitidu, infekce nebo úraz mozku v raném věku. [ŠEBEK, 1990]

1.4.8.3 Psychosociální faktory

Vliv prostředí, ve kterém dítě vyrůstá – nejčastěji rodinném, hraje na intenzitu příznaků hyperkinetické poruchy velkou roli. Může působit pozitivně i negativně – stresovými faktory, disharmonií a nestabilitou, špatnými vztahy v rodině, nepřiměřenými tresty, zanedbáváním, citovou frustrací, velkými nároky na výkon, psychickou zátěží, traumatickými událostmi (úmrtí, rozvod, změna bydliště apod.). [DRTÍLKOVÁ, 2007]

Přes všechny tyto faktory je třeba si uvědomit, že porucha ADHD není způsobena špatnou, nevhodnou nebo zanedbávající výchovou.

1.4.9 Léčba

Všechny příznaky a obtíže, které provází syndrom hyperaktivity a hyperkinetickou poruchu, jsou léčitelné. Vzhledem k tomu, že symptomy jsou závislé na mnoha faktorech, které se mění během vývoje, intenzita projevů se také mění. Specifické problematice je třeba přizpůsobovat i léčbu a multidisciplinární péči.

Úspěšná terapie je postavena na kombinaci více metod, které jsou aplikovány dlouhodobě. Nejefektivnějším se při léčbě hyperaktivní poruchy jeví multifaktoriální způsob léčby, tzn.

- *psychoterapie*
- *výchovné působení, rodičovské poradenství*
- *psychofarmakologická léčba* (v obtížnějších případech)

Důležitá jsou také *režimová opatření a úprava prostředí*.

Léčba vždy vyžaduje spolupráci všech zúčastněných stran – rodičů, pedagogů i terapeutů. Léčebné postupy se individuálně přizpůsobují dítěti, léčba je však vždy dlouhodobá. Důležitou součástí by mělo být také podání informací okolí dítěte o projevech poruchy a možných přístupech. [BARKER, 2007]

1.4.9.1 Psychoterapie

Smyslem psychoterapie by mělo být poskytnutí podpory nejen dítěti, ale i jeho okolí. Velké množství rodin se opakovaně a dlouhodobě setkává s neúspěchem, frustrací. U někoho již nastoupila fáze rezignace, vzdávají svou situaci. Děti si tuto frustraci nesou s sebou a vzhledem k nízkému sebehodnocení, které způsobuje, se negativně podepisuje na celém dalším životě. Podstatou podpory je přijetí dítěte, které zahrnuje akceptaci jeho obtíží, vstřícný přístup rodičů, pedagogů i přátel.

Většina používaných a terapeuticky nejúčinnějších postupů vychází z *kognitivně – behaviorální terapie*. [PELHAM et al., 1998] Postupy se dají modifikovat dle potřeb a zaměření terapie. Behaviorální terapie je založena na využití principu učení k získání žádoucích reakcí a vzorců chování, kterými se snaží nahradit ty nežádoucí. Využívá konkrétních případů a situací k tomu, aby dítě pochopilo a naučilo se řešit každodenní problémy. [MUNDEN a ARCELUS, 2006]

Psychoterapii můžeme rozdělit na: *-individuální psychoterapii*
-rodinnou psychoterapii

Individuální psychoterapie

brání vzniku sekundárních poruch chování a podílí se na příznivějším sociálním přijetí a přizpůsobení dítěte v rodině i mezi vrstevníky. Zvláště u mladších dětí je vhodné terapii postavit na prvcích hry, využít terapie postavené na dramatickém (dramaterapie) nebo výtvarném projevu (arteterapie), na hraní rolí, dále muzikoterapii, psychomotorickou terapii, ergoterapii (terapie založená na činnosti, práci). Úspěch terapie je vždy závislý na vztahu terapeuta a dítěte, na důvěře. [GOLDMAN, 1998]

Rodinná terapie

je velmi důležitá z hlediska aktivního zapojení rodičů do průběhu terapie. V současné době je stále poměrně malá informovanost rodinných příslušníků o příznacích, projevech a specifikách hyperaktivní poruchy. Rodinná terapie je zaměřená na zlepšení komunikace mezi všemi členy rodiny, na vzájemném porozumění si, učí rodiče efektivní kontroly dítěte, analyzuje problémové situace a chování, zlepšuje schopnosti rodičů reagovat na tyto situace. Její výhodou je také to, že poskytuje možnost se na problémy podívat z různých úhlů pohledu. [LEWIS, 2007]

1.4.9.2 Poradenství

je nejdůležitější v počátečních fázích terapeutické intervence, pomáhá rodičům k lepší orientaci v problematice, motivuje je ke spolupráci, informuje o dalších možnostech a přístupech, pomáhá k navázání kontaktů na rodiny s podobnými problémy. Mezi zájmové a rodičovské organizace patří např. *střediska výchovné péče*. Tato ambulantní (a někdy i lůžková) pomoc se vyhledává obvykle až tehdy, když všechny ostatní možnosti selhávají a výchovné nebo sociální problémy mají již velmi závažné rozměry. [OPATŘILOVÁ et al., 2006] Mezi další zařízení, která se zabývají touto problematikou, patří *Pedagogicko-psychologické poradny, Speciálně pedagogická centra*. Tyto organizace by měly úzce spolupracovat nejen s rodinou, ale také se školským zařízením, které dítě navštěvuje a případně doporučit také různá opatření,

kterými se může škola řídit (úprava učebního prostředí, výchovná opatření, úpravy v hodnocení apod.).

1.4.9.3 Rehabilitace

by měla být další podpůrnou součástí léčby. Pro dítě s hyperaktivitou je fyzická aktivita velmi důležitá, proto je žádoucí její umožnění v dostatečném množství. Doporučují se různé sporty, které nejsou příliš náročné na pohybovou koordinaci (tyto děti mají velmi často problémy s koordinací hrubé i jemné motoriky), bojová umění jako karate, dále pak běh, plavání a jiné. Cílená rehabilitace by se měla zaměřit na *relaxační techniky*, dále na *psychomotorická cvičení*, *koordinační cvičení*, *sensomotoriku*. [SZABOVÁ, 1999]

1.4.9.4 Farmakoterapie

Tuto léčbu smí zahájit pouze psychiatr. Předpokladem je kompletní diagnostika a stanovení diagnózy. Využívá se u dětí se závažnými projevy hyperaktivní poruchy, u mírnějších forem se upřednostňují ostatní druhy terapie. S farmakoterapií i děti s hyperkinetickou poruchou jsou zkušenosti téměř 70 let. Nejčastěji se používá v kombinaci s psychoterapií a toto spojení je mnoha studii potvrzeno jako nejúspěšnější. [WIENER a DULCAN, 2003]

V současné době se používají především následující skupiny psychofarmak:

- *Psychostimulancia* (ritalin, dextrin,..)
- *Antidepresiva* (tricyklická - imipramin, heterocyklická – velbutrin)
- *Antipsychotika* (haloperidol, chlorpromazin, risperdal,..)
- *Antihypertenziva* (clonidin, propranolol..)
- *Nootropika* (nootropil, encephabol, cetrexin,..)

Používá se také kombinace léků, v průběhu vývoje se mění dávkování i léky. [BIEDERMAN et al., 1999]

1.5 Psychomotorický vývoj u hyperaktivních dětí

Jak vyplývá z příznaků hyperaktivní poruchy, dochází k určitým odchylkám ve všech oblastech psychomotorického vývoje. Obvykle se jedná o komplex různých obtíží z více oblastí. Tyto odchylky lze velice často pozorovat již v kojeneckém věku, není jim však přikládán náležitý význam. Proto se v průběhu vývoje prohlubují a způsobují nerovnoměrný rozvoj v dalších oblastech. Odlišnosti v psychomotorickém vývoji se projevují přeskočením některých vývojových stádií v konkrétní oblasti nebo změnou přirozeného průběhu a narušeným propojením jednotlivých oblastí. [LOOSEOVÁ, 2001a]

1.5.1 Hrubá motorika

Poruchy hrubé motoriky se projevují především jako neobratnost při běžných pohybových aktivitách, například při chůzi, běhu, jízdě na kole apod. Zvýšená fyzická aktivita, neklid a neustálé pohyby znemožňují hyperaktivnímu dítěti cílené pohyby. Stav únavy, který prameni z neustálého pohybu a zvýšeného svalového napětí se neprojevuje útlumem, ale naopak ještě zvýšenější aktivitou. Vážně také vytváření automatických pohybů a obtížně se mohou vytvářet pohybové stereotypy. [BLAHUTKOVÁ, 2003]

Snížená schopnost cílených pohybů je dána zvýšeným motorickým napětím, které neumožňuje relaxaci svalstva a pohyby jsou pak křečovité, nepřirozené a nepřesné. [KIRBYOVÁ, 2000] Pohybový neklid dítěte závisí do určité míry na emoční jistotě a pocitu bezpečí. Je proto běžným příznakem, že je něco v nepořádku. Pokud se pohybový neklid stává trvalým projevem chování dítěte, jedná se o poruchu. [ŠEBEK, 1990] Neklid, který se neprojevuje zvýšenou motorickou aktivitou, se může koncentrovat dovnitř a vytvářet tak zvýšené vnitřní napětí. Dochází k tomu například při záměrném potlačování pohybové aktivity dítěte. Dítě je pak frustrováno, negativně motivováno například trestem, trpí pocitem viny a toto se ještě umocňuje ve chvíli, kdy

již není schopno se ovládnout a naakumulovaná energie v něm doslova „vybouchne“. Motorické projevy hyperaktivní dítě nedokáže přímo ovlivnit svou vůlí. [WEISS a TROKEBERG, 1993]

1.5.2 Pohybová koordinace

Poruchy pohybové koordinace a senzomotorických funkcí jsou pro děti s ADHD/hyperaktivitou velice typické. Jedná se o narušení harmoničnosti pohybů, plynulosti a schopnosti vedení pomalého pohybu. Jedním z dříve užívaných názvů pro tyto děti byl dokonce syndrom nemotorného, nešikovného dítěte. [KIRBYOVÁ, 2000] Díky dezorganizaci motorického jednání je provedení pohybu zbrklé a rychlé, což snižuje jeho přesnost a koordinaci. Dovednosti náročnější na koordinaci jsou pro děti s hyperaktivitou velmi složité a zvládají je s obtížemi nebo později než ostatní vrstevníci. Patří mezi ně například zvládnutí jízdy na kole, lyžování, plavecký styl prsa a další. U hyperaktivních dětí je zvýšený výskyt úrazů, což souvisí i s narušením hrubé motoriky a pohybové koordinace. [BLAHUKOVÁ, 2005]

Potřeba fyzické aktivity a dostatek možností k pohybu je u hyperaktivních dětí ještě vyšší než u ostatních vrstevníků. Velmi důležité je umožnit dítěti volnost a neorganizovaný pohyb. Uspokojení této potřeby je předpokladem pro spolupráci na jakýchkoli dalších aktivitách. Pohybová činnost hyperaktivních dětí však nesmí být vždy neorganizovaná. Těmto dětem prospívá též střídání aktivit, při déletrvající činnosti alespoň krátkodobá změna polohy (např. si chvíli stoupnout). Do pohybových aktivit je také vhodné zařadit uvolnění a relaxaci. [JUCOVIČOVÁ, 2007] Schopnost relaxace bývá narušena díky neideálnímu svalovému napětí a typickým projevům hyperaktivity.

1.5.3 Jemná motorika

Problémy s pohyby svalů ruky, odlišnosti ve vývoji úchopu, poruchy řeči a další řadíme mezi poruchy jemné motoriky. Pro dítě jsou velmi obtížné činnosti sebeobsluhy závislé na jemných pohybech rukou - zapínání knoflíků, zavazování tkaniček. Během

vývoje úchopu často nedochází k zautomatizování opozice palce. To bývá také příčinou omezení schopnosti provádět některé úkony, ke kterým je opozice třeba. Nedokonalá opozice způsobuje potíže při manipulaci s předměty. Hyperaktivní dítě na rozdíl od jeho vrstevníků často nevyhledává tolik činnosti spojené s jemnou motorikou – drobné stavebnice, korálky, Lego apod. Je to způsobeno jednak neschopností déle setrvat u jedné činnosti, soustředit se, jednak obtížným vykonáváním těchto činností vyplývajícím z neideálního rozvoje jemné motoriky. [HARVEY a REID, 1997] Také kreslení nebývá příliš oblíbené, což se negativně odráží i v případných výtvarných projevech.

1.5.3.1 Řeč

Vývoj řeči je závislý na mnoha faktorech, z nichž některé bývají obvykle narušeny. Proto se u hyperaktivních dětí často objevují poruchy řeči. Oproti ostatním dětem je jejich náprava složitější, trvá déle, poruchy řeči někdy přetrvávají až do školního věku. Dítěti převážně činí obtíže vyslovování delších a obtížnějších slov, objevuje se artikulační neobratnost. [KLENKOVÁ a KOLBÁBKOVÁ, 2003]

1.5.3.1.1 Poruchy řeči

K základním poruchám řeči v předškolním období patří [SLOWÍK, 2007]:

- *opozdění ve vývoji řeči* - pokud dítě ještě po 3. roce nepoužívá řeč k verbální komunikaci, má velmi malou slovní zásobu
- *vývojová dysfázie* – komunikační porucha, zasahuje schopnost porozumění řeči, i vyjadřování – expresivní složku, projevuje se bez zřejmé příčiny
- *rhinolalia (huhňavost)* - porucha zvuku řeči, příčinou bývá zvětšená nosní mandle, rozštěp horního patra
- *balbuties (kóktavost)* – porucha plynulosti řeči, patří k nejnápadnějším a nejzávažnějším poruchám; projevuje se přerušováním řeči; je způsobeno

křečovými stahy orgánů, které se podílejí na řeči (dýchací svaly, artikulační, hlasivky); často je tato porucha provázána nonverbálními projevy (tiky, grimasy, vegetativní projevy) [KLENKOVÁ a KOLBÁBKOVÁ, 2003]

- *tumultus sermonis (breptavost)* – porucha tempa řeči; řeč je překotná, artikulačně nedbalá, špatně srozumitelná, vynechávání a slabik, komolení slov
- *dyslalie (patlavost)* – porucha výslovnosti hlásek; nejčastější poruchou, nahrazování nebo vynechávání hlásek (např. rotacismy – patologická výslovnost „R“, sigmatismus – „S“)

1.5.3.2 Grafomotorika

Vzhledem k tomu, že správný vývoj grafomotoriky závisí na vývoji v ostatních oblastech, bývá téměř vždy narušen. [BLAHUTKOVÁ, 2005] O poruchách grafomotorického vývoje je podrobně psáno v kapitole o grafomotorice. Pro hyperaktivní děti jsou problémy s grafomotorikou příznačné. Problémy mají už s fixováním základního pracovního návyku – sezením a držením těla. Jejich neustálá pohybová aktivita se promítá ve výsledném grafickém projevu (vrtění na židli, houpání nohou ovlivňuje držení ruky, která pak není schopna provádět jemné a přesné pohyby). [BLAHUTKOVÁ, 2005] Odlišný vývoj úchopové funkce ruky, také častý u hyperaktivních dětí, se projeví nesprávným držením tužky, neklid, roztěkanost a nesoustředěnost se promítá v odbíhání od činnosti, případně rychlým zkracováním grafomotorických činností – výsledek je co nejjednodušší, působí odbytě, často odpovídá nižší vývojové úrovni, než je mentální zralost dítěte. [BLAHUTKOVÁ, 2003]

Bohužel u hyperaktivních dětí je obvykle středem pozornosti právě hyperaktivita se svými charakteristickými projevy a rozvoji grafomotoriky se nepřikládá velký význam. To může mít za následky nerozvíjení grafomotoriky, poruchy a se zahájením povinné školní docházky i vznik dysgrafie. [JUCOVIČOVÁ, 2005] Prevence je zde proto důležitá, i přestože činnosti podporující rozvoj grafomotoriky jsou někdy náročné i pro okolí dítěte. Velký vliv má v předškolním věku také motivace. Adekvátní motivací se rozumí taková, která dítě stimuluje k určité činnosti. [MATĚJČEK, 2005] Hyperaktivní

dítě by nemělo být přemotivováno, ať už pozitivně (odměnou, pochvalou) nebo negativně (trestem, rodičovskou nepřízní), protože jeho přílišná snaha mívá přesně opačný výsledek a každý neúspěch dítě prožívá podstatně intenzivněji. [VÁGNEROVÁ, 2005]

Není pravidlem, že všechny hyperaktivní děti odmítají činnosti spojené s grafomotorikou. [JUCOVIČOVÁ, 2007] Následky těchto aktivit ale občas odnáší i okolí (rozlité barvy, modelína zašlapaná do koberce, pokreslené předměty apod.), v případě mateřské školy jsou na to připraveni, ale rodičům někdy po určité době dojde trpělivost a tyto činnosti dítěti záměrně nenabízejí. Tím ovšem rozvoj v této oblasti nepodpoří. Obzvláště u hyperaktivních dětí by se rodiče neměly spoléhat pouze na mateřskou školu, protože za běžných okolností má doma dítě pro grafomotorické aktivity optimálnější podmínky – větší klid, méně rušivých faktorů, prostor, čas a v případě potřeby pomocnou osobu jen pro sebe.

Některé děti s projevy hyperaktivity pouze potřebují vyhovující podmínky. Mezi ně můžeme kromě prostředí, odbourání rušivých faktorů a času počítat například dostatek pohybové aktivity (pokud má dítě možnost uvolnit svou energii pohybem, bývá jeho spolupráce při „klidových“ aktivitách, jakou grafomotorické činnosti jsou, lepší). Důležité je dítě nepřetížít ani náročností ani délkou trvání aktivity. [MATĚJČEK, 2005] Také kladné hodnocení, trpělivý přístup a povzbuzení jsou dobrou motivací pro další spolupráci. Co se týká domácího prostředí, bývá zvykem, že děti mají k dispozici vlastní pracovní plochu (nejčastěji psací stůl) až s nástupem do školy. U dětí, které mají problémy s grafomotorikou, by bylo vhodné tento prostor mít už v předškolním věku, a to právě z důvodů motivace, nároků na prostor a klid.

1.6. Rozvoj psychomotoriky

1.6.1. Psychomotorika

Pojem psychomotorika vyjadřuje úzkou souvislost a vzájemné prolínání se psychických procesů a motoriky (tělesných procesů a pohybů). [THE EUROPEAN FORUM OF PSYCHOMOTRICITY, 2009]

Tento pojem se začal poprvé používat v souvislosti s rehabilitací mentálně postižených, postupem času se začal používat nejen při terapii různých postižení, ale také v prevenci zdravých. [SZABOVÁ, 1999] Význam psychomotoriky je také v komplexním pohledu, mezioborové působnosti.

Motorické projevy jsou vždy bezprostředním výsledkem činnosti nervové soustavy, jsou výrazem psychických procesů. [SZABOVÁ, 1996] Zjednodušeně řečeno označuje psychomotorika všechny pohyby, které jsou výsledkem duševní činnosti člověka. Psychomotorika zahrnuje všechny motorické aktivity, které jsou odpovědí na podněty z oblasti psychických procesů nebo psychických stavů. Zahrnuje více oblastí, které se však vzájemně prolínají:

- neuromotorika
- senzomotorika
- sociomotorika

Toto rozdělení je převážně teoretické, v praxi ho nelze díky vzájemnému prolínání se jednotlivých oblastí příliš použít. [SZABOVÁ, 1999]

1.6.1.1 Senzomotorika

zahrnuje příjem informací důležitých pro hybnost, jejich zpracování a intergaci v centrální nervové soustavě a výstup, který se projevuje svalovou hybností. [VOJTA,

1993] Je to spolupráce vnímání a pohybu. Podněty jsou zachycované exteroceptory (smyslové receptory, tlakové) i proprioceptory (receptory ve svalech a šlachách, které přijímají informace o poloze a pohybu). Tyto podněty prostřednictvím nervové soustavy působí na pohybový systém a vyvolávají odpověď - výsledný pohyb. [SZABOVÁ, 1996]

1.6.1.2 Sociomotorika

označuje pohybové projevy, které vyjadřují existenci člověka v jednotlivých sociálních skupinách. Je to motorická odpověď na podněty ze sociální sféry. Může to být chování a pohyb vyjadřující vztah, schopnost pohybovat se v různých skupinách. Sociomotorika je předpoklad pro sociální komunikaci. [HERMOVÁ, 1997]

1.5.1.3 Neuromotorika

zahrnuje motorické odpovědi uskutečňované na základě činnosti nervové soustavy jako reakce na podněty z vlastního těla i z okolí. Jsou to pohybové aktivity založené na podmíněných i nepodmíněných reflexech, volní (závislé na vůli, uvědomělé) i mimovolní (automatické, neuvědomělé). Patří sem následující oblasti [KIPHARD, 1995]:

- *hrubá motorika*
- *jemná motorika*
- *koordinace pohybů* (=souhra svalů a svalových skupin, vytváří se schopností současného pohybu různými částmi těla. Je to zkoordinování pohybů na základě informací z jednotlivých smyslů.)
- *rovnováha* (je závislá nejen na úrovni rovnovážného systému, ale také na schopnosti jednotlivých svalových skupin udržet stabilitu těla. A to nejen

v rovnovážné (vyrovnané) poloze, ale i při vychýlení – je to schopnost navrátit se zpět.)

- *orientace v prostoru* (označuje všechny aktivity zaměřené na určení polohy a směru, zaujmutí stanoviska při vnímání prostoru a jeho vlastností. Jedná se o stereognozi (schopnost vnímat okolí svým tělem), stranovou, výškovou, středovou orientaci, orientaci k prostoru a osobám)
- *tělesné schéma* (uvědomování si svého těla a jednotlivých částí, jeho vlastností, proporcionality a umístění v prostoru. K rozvoji vnímání vlastního těla dochází v souvislosti s rozvojem osobnosti a sebedojetím. Tělesné schéma je součástí identity dítěte, má převážně vizuální charakter [VÁGNEROVÁ, 2005])

V průběhu vývoje dochází v závislosti na psychickém vývoji k rozvoji všech oblastí psychomotoriky. Tento vývoj nemusí být vždy rovnoměrný, proto má velký význam její stimulace. A to jak přirozená, tak i cílená dle specifických potřeb jednotlivce. Podpora a rozvíjení motorického vývoje musí být vždy adekvátní vývojovému stádiu, zrání nervové soustavy. Vhodnou stimulací je možné upravovat i nežádoucí pohybové stereotypy a hyperaktivitu. Základem stimulace je imitace – napodobování. Je zásadní pro osvojování motorických schopností i pro rozvoj psychických, především kognitivních procesů. [KIPHARD, 1995]

Stimulovat psychomotorický vývoj lze v podstatě od narození. V kojeneckém a batolecím věku ještě není dítě schopno si zajistit dostatek podnětů samo, proto je již zde význam podpoření rozvoje psychomotoriky velký. Od předškolního věku dále má dítě přirozenou stimulaci z různých prostředí, což je za normálních okolností dostačující. V případě, že vývoj dítěte je z nějakého důvodu nerovnoměrný, zpomalený až opožděný, dochází i k odlišnému psychomotorickému vývoji. [PREKOPOVÁ, 1994] Poruchy psychomotorického vývoje mohou nastat například při poruchách centrálního nervového systému (centrální koordinační porucha, dětská mozková obrna, periferní parézy) a při psychomotorické deprivaci (nedostatek podnětů v důsledku tělesného nebo smyslového postižení, v důsledku nedostatečné péče). [KIPHARD, 1995] V takovémto případě je vhodná cílená a terapeuticky zaměřená stimulace.

Psychomotorický vývoj dítěte je vhodné podporovat vždy, nejen v případě nerovnoměrného vývoje. Každé dítě potřebuje k ideálnímu vývoji adekvátní podněty. Za obvyklých okolností je dostává ze svého prostředí, nejčastěji z rodiny a mateřské školy. U hyperaktivních dětí je však běžná stimulace někdy neadekvátní, což zvláště rodiče nemusí vždy dobře rozpoznat. [PIEK et al., 1999] Proto je třeba u nich psychomotorický vývoj podpořit ve všech jeho složkách. Usnadní to dítěti veškeré dovednosti a schopnosti, které si musí během vývoje osvojit. Aktivita podporující psychomotorický rozvoj na sebe navazují a kopírují ideální vývoj. [BLAHUTKOVÁ, 2005] Jsou vedeny formou aktivního odpočinku, proto se dají využít také ke kompenzování duševní námahy. [TRÁVNÍKOVÁ et al., 2007]

Při psychomotorických aktivitách se využívá hodně pomůcek a náčiní, které je někdy velmi netradiční, obvykle ale jednoduché a běžně dostupné. Mezi základní pomůcky patří například padák, molitanový míč, deky, noviny, balanční pomůcky (čočka, chůdy, rolovací deska s válcem, káča). Psychomotorická cvičení jsou založena na adekvátní motivaci a jednoduchosti, jsou koncipována formou hry. Dítě je motivováno už netradičností a barevností pomůcek. [EMCK et al., 2009] Psychomotorické hry se zaměřují na zlepšení hrubé i jemné motoriky, orientace v prostoru, tělesného schématu, koordinace, taktilně – kinestetického vnímání. [SZABOVÁ, 1999] K dalším důležitým oblastem patří rovnováha, hmatové vnímání, optické vnímání a akustické vnímání. [HERMOVÁ, 1997]

1.6.2 Rozvoj v mateřské škole

Záměrem předškolního vzdělávání je rozvíjet každé dítě po stránce fyzické, psychické a sociální. Vést ho tak, aby na konci předškolního vzdělávání bylo jedinečnou a samostatnou osobností připravenou na budoucnost. [RÁMCOVÝ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM PRO PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ, 2004] Ze zákona mají mateřské školy stanovený *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*, který vymezuje hlavní úkoly, cíle, formy, délku i povinný obsah vzdělávání.

Předškolní vzdělávání probíhá v přirozených souvislostech, plánované činnosti vychází ze života dětí. Vše se plánuje podle aktuálních potřeb dětí. Do předškolního vzdělávání patří i spontánní sociální učení, díky kterému dítě získává vzory správného chování a postoje v souladu se společenskou normou. Na konci předškolního vzdělávání by mělo být dítě připraveno uplatnit své zkušenosti, dovednosti a schopnosti v praktickém životě a dalším vzdělávacím procesu. [RÁMCOVÝ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM PRO PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ, 2004]

1.6.3 Rozvíjení hrubé motoriky a koordinace

Hrubá motorika se rozvíjí téměř *jakýmkoliv pohybem*, proto je třeba dítěti umožnit dostatek prostoru a možností k pohybu. U hyperaktivních dětí toto platí dvojnásob. Motorický vývoj dítěte podpoříme také hrami zaměřenými na *běh, skákání, překonávání různých překážek a nerovností, balančními cviky*. [HARVEY, 1997] Koordinaci pohybů podpoříme například aktivitami zaměřenými na *pohyb různými částmi těla současně, střídáním těchto částí, rytmizací pohybu*. [BLAHUTKOVÁ, 2005] V případě významnějších nedostatků ve vývoji a úrovni hrubé motoriky je vhodná konzultace s fyzioterapeutem a dalšími odborníky zabývajícími se motorikou člověka. Dítě by mělo mít v první řadě adekvátní stimulaci v rodině, dostatek sportovních a pohybových aktivit. [PSYCHOMOTORICKÉ HRY, 1997] U dětí s problémy v hrubé motorice nebo pohybové koordinaci se nedoporučuje výkonnostní sport a aktivity příliš náročné na koordinaci. [PIEK, 1999] Vývoj hrubé motoriky lze podporovat jak skupinově, například ve školce, tak individuálně, nejčastěji doma. Výhodou individuálního přístupu je možnost využití různých pomůcek, nevýhodou pak menší motivace dítěte. [ZELINKOVÁ, 2001] U kolektivních her je motivace velká, ale je obtížnější uhlídat správné provedení aktivity, v některých případech je otázkou i bezpečnost. Při volbě aktivit rozvíjejících hrubou motoriku je dobré se zaměřit na konkrétní cíl a aktivity střídat. [ULRICH, 2000]

1.6.4 Rozvíjení jemné motoriky

Pro ideální rozvoj jemné motoriky je třeba dobré koordinace příslušného svalstva, optimální úrovně hrubé motoriky a percepce. [SANTLEROVÁ, 1994] U posouzení jemné motoriky hodnotíme nejen výsledek, ale i způsob provedení, spolupráci obou rukou, případné souhyby, kvalitu úchopů, přesnost cílených pohybů a další. [BEDNÁŘOVÁ, 2006] Na činnosti cílené na rozvoj jemné motoriky je třeba se zaměřit až po zdokonalení motoriky hrubé. Tyto aktivity je opět vhodné provádět formou her. Výsledky jsou u rozvíjení jemné motoriky méně znatelné, je třeba se jim věnovat delší dobu. Žádná aktivita by však neměla být pro dítě příliš časově náročná. Doporučuje se využívat každodenních činností, rozptýlených do celého dne. [SANTLEROVÁ, 1994]

Mezi aktivity rozvíjející jemnou motoriku řadíme každou *manipulaci s drobnými předměty, stavebnice, skládání a stavění z kostek, kuliček, mozaiky, navlékání korálků a jiných materiálů (těstovin apod.), provlékání šňůrek otvory různých tvarů, modelování z nejrůznějších materiálů (plastelína, těsto), malování nejrůznějšími technikami, obtiskování (razítek, přírodnin), stříhání, lepení, skládání, puzzle. Ze sebeobslužných činností jsou to třeba zavazování tkaniček, zapínání knoflíků a zipů, oblékání drobných kusů oblečení (ponožky).* [PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ PORADNA, 2009]

1.6.5 Rozvíjení grafomotoriky

V předškolním věku má rozvíjení grafomotoriky velký význam. Dítě se připravuje na vstup do školy, což je pro něj zlomové období, a k tomu již potřebuje dostatečně rozvinuté grafomotorické dovednosti. Problémy s grafomotorikou patří mezi poměrně časté důvody odkladu školní docházky. Nároky kladené zvláště v prvním ročníku jsou obrovské, k nejdůležitějším z nich patří osvojení si základů gramotnosti. [SPÁČILOVÁ a ŠUBOVÁ, 2004] Pro hyperaktivní dítě je často tato doba zlomová. Bez podpory a často i odborné pomoci může mít nepříliš úspěšné zahájení školní docházky negativní dopad na celý průběh dalšího vzdělávání. Žáků, kteří mají potíže se zvládnutím techniky čtení a gramatické stavby jazyka stále přibývá. [ŠINDELÁŘOVÁ, 1993] Pokud se

nedostatečná znalost psaní a čtení prohlubuje, ovlivňuje prospěch i ve vyšších ročnících a celkový přístup dítěte ke škole.

Grafomotorický rozvoj dává do souladu psychomotorické funkce a grafické aktivity. Ke správnému rozvíjení patří také dílčí schopnosti – taktilně-kinestetické vnímání, představivost, paměť, řeč, jemná motorika a sensomotorika. [LIPNICKÁ, 2007]

Z výše uvedeného vyplývá, že u předškolních dětí s příznaky hyperaktivity je velká pravděpodobnost, že některá a nejčastěji více funkcí současně bude narušeno. Proto se na ně při podpoře grafomotoriky nesmí zapomínat.

Všechny tyto funkce jsou pro správné osvojení psaní a čtení velmi důležité, a proto je již příprava v předškolním věku velmi důležitá. Neznamena to však, že budeme tříletému dítěti předkládat různé listy s grafomotorickými cvičeními. V této době je důležité rozvíjet více hrubou motoriku a koordinaci a dávat dostatek všestranných podnětů k rozvoji jemné motoriky. [SPÁČILOVÁ a ŠUBOVÁ, 2004] Je důležité děti motivovat ke kresbě. V případě, že ani po čtvrtém roce nevyhledává tužky, pastelky a barvičky, doporučuje se mu tyto činnosti nenásilně nabízet, pomáhat mu svou přítomností, oceňovat ho. [MATĚJČEK, 2005] Kolem pátého roku je vhodné se věnovat grafomotorickým cvičením pravidelně a systematicky. U dětí s projevy hyperaktivity bývá již v tomto věku patrný opožděný vývoj grafomotorických schopností a dovedností. Může se projevit zejména nevyhledáváním až odmítáním kreslení, tím, že kresba neodpovídá věku, je vývojově mladší, obsahově chudá, linie čar jsou nerovnoměrné apod. [SPÁČILOVÁ a ŠUBOVÁ, 2004]. Je důležité se zpočátku zaměřit na podporu hrubé motoriky a koordinace pohybů, protože všechny základní pohyby, které dítě potřebuje při grafomotorice, vycházejí z hrubé motoriky – z pohybů velkých kloubů a až později na zvyšování obratnosti jemných svalových skupin a koordinaci oko – ruka. A teprve poté na samotný rozvoj grafomotoriky. [SPÁČILOVÁ a ŠUBOVÁ, 2004]

1.6.5.1 Pracovní návyky

Patří k základním předpokladům grafomotoriky a závisí na nich také míra úspěšnosti zvládnutí základů psaní. Děti by si návyky měly vytvářet co nejdříve, avšak nenásilnou formou. [BEDNÁŘOVÁ a ŠMARDOVÁ, 2006]

K pracovním návykům se řadí:

1. Poloha těla

Při správném držení těla se chodidla opírají celou plochou o podlahu, sed je na celé ploše sedadla. Trup se mírně naklání dopředu, ramena jsou ve stejné výši, hlava je v prodloužení těla. Hrudník se neopírá o stůl. Předloktí leží volně na stole a lokty mírně od trupu. Vzdálenost očí od papíru je asi 25 až 30cm. [MICHALOVÁ, 2002a]

2. Držení psacího náčiní

Úchop tužky je třemi prsty – palec a prostředník drží tužku a opírá se o prsteník. Prsty jsou uvolněné, mírně ohnuté. Tužka svírá s podložkou úhel asi 45° a horním okrajem směřuje k rameni. [SVOBODOVÁ, 2001] Důležité je postavení ukazováčku, často bývá v křečovitém postavení a v pravém a menším úhlu. [SPÁČILOVÁ a ŠUBOVÁ, 2004]

3. Pohyby ruky při psaní

Potřeba automatizace psacích pohybů je důležitá pro schopnost vytváření správných tvarů, stejnoměrnost a jednotažnost. To by mělo probíhat bez zrakové kontroly, jen pohybovou kontrolou. [SVOBODOVÁ, 2001] Pohyb musí vycházet z ramenního kloubu, nejen z loketního a ze zápěstí. K nácviku správných pohybů jsou vhodné uvolňovací cviky.

1.6.5.2 Výběr psacího náčiní

Při výběru potřeb pro kreslení a psaní je důležité se rozhodovat podle účelu jejich použití. Pro kresbu a cvičení grafomotoriky jsou vhodné měkké tužky a pastelky. Pro

vybarvování jsou vhodnější různé druhy barev (prstové, temperové, vodové), pastelky s širšími tuhami, křídly. Důležitý je i tvar psacího náčiní. V ideálním případě podporuje špetkové držení. Doporučuje se trojhranný tvar, kde je zaručena opora pro všechny prsty. [SVOBODOVÁ, 2001] Pomůcek je v současné době velké množství, doporučuje se je střídat. Stejně jako pracovní plochu. Od svislých ploch k vodorovným, od velkých formátů k menším za nejmenší vhodný formát papíru je považován formát A4. [HEYROVSKÁ et al., 1996]

1.6.5.3 Předpoklady pro psaní

Ke správnému rozvoji čtení a psaní je třeba souhra a vyváženost určitých dílčích funkcí a úroveň psychických a motorických dovedností. [SPÁČILOVÁ a ŠUBOVÁ, 2004] Mezi ně patří především úroveň rozvoje jemné motoriky a grafomotoriky, dále sluchové a zrakové vnímání, orientace v prostoru, vnímání tělesného schématu, funkce intermodality a seriality.

➤ **Zrakové funkce**

K dílčím funkcím v oblasti zraku patří: **zraková diferenciacie tvarů, zraková analýza, syntéza a paměť**. [BEDNÁŘOVÁ a ŠMARDOVÁ, 2006] Diferenciacie je schopnost vidět odlišnosti, detaily, určit stejné tvary, rozlišit tvary nakreslené zrcadlově. Důležitou funkcí je **zraková pozornost**, což znamená schopnost rozlišit objekt a pozadí., schopnost vnímat část celku a celek. S tím souvisí i analýza a syntéza – schopnost rozložit celek a tvary na části a zároveň je umět spojit. Zraková paměť je schopnost všimnout si a zapamatovat si více zrakových vjemů. [SPÁČILOVÁ a ŠUBOVÁ, 2004]

➤ **Sluchové funkce**

Mezi tyto funkce řadíme **sluchovou analýzu a syntézu, pozornost, paměť a diferenciaci**. Analýza je důležitá zvláště pro psaní - rozložení jednotlivých slov na hlásky, slabiky, vět na slova. Syntéza – skládání slov z jednotlivých hlásek, je velmi

důležitá pro čtení. Dovednost rozlišování – sluchové diferenciaci úzce souvisí se sluchovou pozorností. Patří sem schopnost naslouchat, poznávat různé zvuky, určovat délku a intenzitu zvuku, přítomnost určité hlásky ve slově, určení prvního a posledního písmene ve slově, diferenciaci slabik, rozlišení délky slabik a měkkých a tvrdých slabik. Sluchová paměť je schopnost pamatovat si obsah i formu toho, co slyšíme. [SPÁČILOVÁ a ŠUBOVÁ, 2004]

➤ **Orientace v prostoru**

Tato funkce je pro psaní velmi důležitá. Projeví se zvláště při schopnosti dodržet tvar a velikost písmen, rozvržení umístění na stránce, ovlivňuje také matematickou představivost. [RENOTIÉROVÁ, 2003]

➤ **Tělesné schéma**

S orientací v prostoru souvisí vnímání vlastního těla. Jde o uvědomování si celkového schématu vlastního těla, o rozvoj hrubé motoriky, zpřesnění a koordinaci pohybů. Bez rozvoje těchto dovedností se nemůže rozvíjet jemná motorika, která je zásadní pro rozvoj grafomotoriky. Také zraková kontrola pohybů ruky je velmi důležitá. Koordinace ruky a oka se nazývá *vizuomotorická koordinace*. [SPÁČILOVÁ a ŠUBOVÁ, 2004]

➤ **Intermodalita**

Patří mezi základní funkce myšlení a učení. Znamená vytváření souvislostí a spojů mezi jednotlivými vjemy, které vnímáme smysly. Je to schopnost spojovat vjemy z jedné smyslové oblasti s vjemy z jiné smyslové oblasti. Například název s předmětem. Pro správný grafomotorický rozvoj je nezbytné umět spojit grafický symbol s názvem písmene. Teprve po zautomatizování těchto spojení, při dobré sluchové a zrakové diferenciaci je možno se soustředit na obsah. [SPÁČILOVÁ a ŠUBOVÁ, 2004]

➤ **Serialita**

Znamená pochopení určité posloupnosti, probíhání v řadě za sebou. Při deficitu této funkce dochází k vynechávání, vkládání nebo přehazování písmen.

1.6.5.4 *Metody rozvíjení grafomotoriky*

1.6.5.4.1 Metoda dobrého startu

Autorkou metody dobrého startu je francouzská fyzioterapeutka Theá Bugnet. Z originálu ji přeložila a upravila Marta Bogdanowicz. Výchovně terapeutické cíle a význam základních cvičení se nezměnily. Metoda respektuje vývojové zvláštnosti dětí, sleduje rozvoj psychomotoriky ve všech aspektech. Je určena pro děti předškolního a mladšího školního věku, proto je její využití velké. Nejen pro předškolní děti při rozvíjení grafomotoriky, ale lze ji s úspěchem použít i u dětí s odkladem školní docházky nebo u dětí se specifickými poruchami učení a chování, s mentální retardací. Využívá se v mateřských, základních i speciálních školách, stejně tak i v Pedagogicko – psychologických poradnách. [BOGDANOWICZ, 1998]

Metoda dobrého startu je akusticko-opticko-motorickou metodou. Jedná se o syntézu jednotlivých cvičení, které se zaměřují především na percepčně-motorický rozvoj, rozvoj řeči a utváření sociálních vztahů. Metoda napomáhá nejen jemné motorice a grafomotorice, ale i vnímání tělesného schématu, prostorové orientaci, zrakovému a sluchovému vnímání. Všechny postupy a cvičení mají rytmické schéma, jsou provázeny prvky muzikoterapie (písni), dramaterapie a arteterapie. [BOGDANOWICZ, 1998]

1.6.5.4.2 Metodika rozvoje grafomotoriky a počátečního psaní dle J. Svobodové

Tato metodika částečně vychází z Metody Dobrého startu. Jedná se o soubor námětů a cvičení, která lze neustále doplňovat, rozšiřovat a také aktuálně přizpůsobovat dítěti. Metodika plně respektuje individualitu dítěte, dává důraz na jeho pozitivní ladění, respektuje jeho vzdělávací potřeby. Metodika rozvoje grafomotoriky a počátečního psaní se zaměřuje na podpůrné činnosti, nejedná se o nápravu obtíží. S úspěchem se využívá při prevenci grafomotorických poruch.

Přístup této metodiky je multifaktoriální a multisenzorický, do činností se zapojují všechny smysly. Činnosti jsou provázány rytmem, díky tomu se zlepšuje plynulost a koordinace pohybů, tedy i psacích pohybů. Metodika využívá toho, že kresba a další činnosti s ní spojené (obkreslování, vybarvování) jsou v předškolním věku přirozené a zároveň jsou to aktivity podporující grafomotorický rozvoj. [SVOBODOVÁ, 2001]

1.6.5.4.3 Grafomotorika pro děti předškolního věku

Tato koncepce, kterou zpracovaly autorky Looseová, Piekertová a Dienerová, je založena na hře. Respektuje dítě, jeho schopnosti, nepodporuje jednostranný trénink, ale snaží se pomocí úspěchu zvyšovat motivaci dítěte. Jedná se o podpůrnou koncepci, zaměřující se na prevenci vzniku grafomotorických poruch. [LOOSEOVÁ et al., 2001b]

Koncept je tvořen třemi částmi. První část obsahuje teoretické základy, informuje o grafomotorickém vývoji, vývoji kresby, základních faktorech ovlivňujících psychomotorický vývoj dítěte. Druhá část je tvořena příběhy (příběhy o ježkovi), má motivační význam. Poslední část jsou praktické prvky - průpravná cvičení. Tato cvičení jsou zaměřena na hrubou a jemnou motoriku, vizuomotoriku, taktilně – kinetické vnímání. Využívají velké množství různých materiálů, převážně přírodních. Celou metodiku završují grafomotorické listy. [LOOSEOVÁ et al., 2001a]

1.6.5.4.4 Rozvoj grafomotoriky podle Heyrovské

Tento tréninkový program je optimální pro děti s odkladem školní docházky. Používá se samozřejmě i u ostatních předškolních dětí. Odlišuje se především využitím netypických poloh těla, pomocí kterých se snaží naučit děti vnímat a ovládat své tělo. Jednotlivé cviky se provádí v kleku a v předklonu. V těchto polohách může dítě lépe uvolnit svalové partie, které jsou pro grafomotoriku důležité. Lépe se také odstraňují nesprávné návyky, stimuluje se správný úchop, zabraňuje se přílišnému přitlaku na tužku. Pozornost je zaměřena také na rozvoj zrakového a sluchového vnímání.

Program je provázen prvky relaxace a muzikoterapie. K základním používaným technikám patří práce s barvami, pastely, špejlemi, houbou. Program také dává důraz na důkladné zvládnutí jednoho prvku před přechodem na obtížnější. Grafomotorické aktivity a cvičení jsou zakončeny zvládnutím správného držení pera a práci s ním. [HEYROVSKÁ et al., 1996]

1.6.5.4.5 Metodika rozvoje grafomotoriky Bednářové

Metodika se zaměřuje nejen na děti, u kterých zdůrazňuje motivaci, ale také na rodiče. Poukazuje na důležitost jejich spolupráce. [BEDNÁŘOVÁ, 2005b] Doporučovaná grafomotorická cvičení rozvíjí jemnou motoriku, psychické funkce i grafomotorické dovednosti. Metodika zdůrazňuje význam kresby, zabývá se osvojováním pracovních návyků, podmínek pro grafomotoriku, zabývá se vývojem jednotlivých grafomotorických prvků. [BEDNÁŘOVÁ a ŠMARDOVÁ, 2006] Autorka vydala několik publikací, které obsahují jak teoretické poznatky, tak i soubory grafomotorických cvičení. [BEDNÁŘOVÁ, 2005a,b, 2006] Také se zabývá problematikou dětí, které mají v oblasti grafomotoriky určité problémy. Zmiňuje souvislost rozvoje grafomotoriky a ADHD.

1.6.5.5 Uvolňovací a rozvíčovací grafomotorické cviky

Uvolňovacím cvikům předchází činnosti rozvíjející hrubou a jemnou motoriku, dítě by mělo alespoň částečně pracovat se svalovým napětím a s relaxací. Uvolněná ruka je základním předpokladem pro optimální grafický výkon. [LOOSEOVÁ et al., 2001a]

Horní končetinu je třeba uvolňovat od ramenního kloubu, přes loket k zápěstí a drobným kloubům ruky. Je to složitý, pro dítě náročný a často velmi zdlouhavý proces. K uvolnění samotné ruky někdy dochází až po zautomatizování pohybu. [BEDNÁŘOVÁ a ŠMARDOVÁ, 2006] Schopnost relaxace je závislá i na celkové koordinaci pohybů, která bývá často narušena. Cviky se proto zaměřují nejen na

uvolnění, ale i zlepšení koordinace svalů horní končetiny. Pokud se zanedbá uvolnění ramenního kloubu a pohyb vychází z lokte nebo pouze ze zápěstí, projeví se to i v písmu. Grafický projev pak mívá nerovnoměrné linie, nepravidelný sklon. [SVOBODOVÁ, 2001]

Obtížnost uvolňovacích cviků se časem zvyšuje. Doporučuje se také využít při grafické činnosti rytmicizaci (říkadla, říkanky, písničky). [HEYROVSKÁ et al., 1996] Zpočátku se také nedoporučují cviky, které mění směr pohybu. Při křečovitém úchopu se ruka zastaví v místě změny směru pohybu a tím je narušena plynulost celkového pohybu. [BEDNÁŘOVÁ a ŠMARDOVÁ, 2006]

Cviky se provádí nejdříve na svislé ploše, potom na šikmé a teprve pak na vodorovné podložce. Stejně tak se postupuje i při volbě velikosti – od největších ploch k nejmenším.

Cílem uvolňovacích cvičení není obkreslování nebo obtahování tvarů, ale plynulé a rytmické pohyby, které vedou k uvolnění celé horní končetiny.

Pro rozvoj grafomotoriky je kromě všeho, co již bylo uvedeno, velmi důležitý také psychický stav dítěte a atmosféra, která je při grafické činnosti. Pokud bude dítě z jakéhokoliv důvodu stresováno, výsledný efekt všech preventivních, podpůrných, rozvíjejících a nápravných aktivit bude velmi omezen.

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

1. Prvním cílem této práce je zjistit nakolik úroveň rozvoje grafomotoriky způsobuje u předškolních dětí, které mají příznaky hyperaktivity, odklad školní docházky.

Předmětem výzkumu jsou hyperaktivní děti v předškolním věku. U těchto dětí je sledován jejich grafomotorický vývoj a úroveň jemné motoriky. Vzhledem k tomu, že grafomotorika a jemná motorika se vyvíjí v závislosti na hrubé motorice, bude pozornost věnována i jí.

2. Druhým cílem je zjistit, zda mateřské školy věnují u dětí s příznaky hyperaktivity zvýšenou pozornost rozvoji jemné a hrubé motoriky.

Výzkumem bude zjišťováno, jakým způsobem se odlišuje přístup k hyperaktivním dětem při podpoře jejich rozvoje, jaké metody a techniky jsou ve školkách používány.

2.2 Hypotézy

1. Nedostatky v rozvoji grafomotoriky u předškolních dětí jsou závislé na rozvoji hrubé motoriky a koordinace.
2. U hyperaktivních dětí jsou větší nedostatky v rozvoji hrubé motoriky i koordinace.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Vzhledem ke stanoveným cílům a hypotézám se jedná o výzkum integrovaný. Výzkum probíhal koncem roku 2008 a v prvním čtvrtletí roku 2009. Kvalitativní část byla zkoumána pomocí řízených rozhovorů se zástupci mateřských škol, nejčastěji ředitelkami. V rámci rozhovoru jim byly pokládány předem připravené otázky, rozhovor byl zaznamenáván písemně a následně analyzován. Otázky jsem připravila a pokládala tak, aby vedly ke zjištění, jak a na co se školky zaměřují u dětí s příznaky hyperaktivity, co konkrétního dělají pro podporu rozvoje grafomotoriky u předškolních dětí, jaká je míra spolupráce s rodinami dětí.

Kvantitativní část výzkumu je postavena na sběru dat pomocí dotazníků a na následné analýze dat. Dotazníky byly celkem dva, oba anonymní. Jeden byl určen pro pedagogické pracovníky v mateřských školách, viz příloha č. 3, zaměřoval se na zachycení dětí s příznaky hyperaktivity a orientační posouzení úrovně jejich psychomotorického vývoje. Dotazník obsahoval osm otázek týkajících se hrubé motoriky, jemné motoriky a grafomotoriky. Druhý dotazník vyplňovali rodiče dětí, viz příloha č. 4, které byly pedagogy uvedeny jako hyperaktivní. Obsahoval šestnáct otázek zaměřených na příznaky hyperaktivity, hrubou i jemnou motoriku, grafomotoriku, zjišťoval věk a případný odklad (i zvažovaný) školní docházky.

Dotazníky přinesly dostatečné informace o úrovni grafomotoriky, jemné i hrubé motoriky, díky cíleným standardizovaným otázkám dle MKN – 10 se podařilo zachytit děti s příznaky hyperaktivity. Návratnost dotazníků byla v případě pedagogů stoprocentní, u rodičů byla ochota spolupracovat podstatně menší – návratnost byla asi šedesátiprocentní. Z tohoto důvodu jsem oslovila větší počet mateřských škol v Praze - 19. Ve dvou školách nebyla ochota spolupracovat ani ze strany vedení, v dalších dvou školách dle slov ředitelky nejsou v letos žádné děti s příznaky hyperaktivity. Ostatní školky se aktivně zapojily. Data byla zpracována do přehledných tabulek a grafů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří děti v předškolním věku, které mají příznaky hyperaktivity dle MNK – 10. Informace o těchto dětech jsem získávala od pedagogů z mateřských škol a také od samotných rodičů těchto dětí. Mateřské školy byli vybírány náhodně, všechny se nachází v Praze. Velikost výzkumného souboru je 50 dětí.

4. Výsledky

4.1 Výzkum v mateřských školách

Tabulka 1: Přístup školek k rozvoji grafomotoriky

Přístup	Výhody přístupu	Nevýhody přístupu	Počet škol
Činnosti v rámci dopoledního programu	dostupnost pro většinu dětí, menší únavnost dětí	u heterogenních tříd málo prostoru pro případnou pomoc	6
Činnosti v rámci odpoledního dobrovolného kroužku	kroužek je navíc, zaměřuje se na přípravu dětí do školy, možnost individuálního přístupu	menší dostupnost pro všechny děti, o docházení rozhodují rodiče, časová náročnost pro školku	4

Zdroj : vlastní výzkum

Na rozvoj grafomotoriky se školky zaměřují především ke konci předškolního období, před vstupem dětí do školy. K cílenému rozvoji používají školky grafomotorické listy různých autorů. [BEDNÁŘOVÁ, 2005a,b, 2006; LIPNICKÁ, 2007; MICHALOVÁ, 2002a,b; SMOLÍKOVÁ a SMOLÍK, 2004; SVOBODA, 2009; UŽDIL, 2002; VARGOVÁ, 2005; aj.] Soubory těchto grafomotorických cvičení jsou běžně dostupné v tištěné podobě. Všechny dotazované školky volí skupinový přístup, z rozhovorů vyplývá, že převážně z časových důvodů. Dalším důvodem je malá spolupráce rodiny (nedostatečná domácí příprava, podceňování činností) a tudíž i malá efektivita individuálního přístupu. Tento důvod je u čtyř školek i důvodem, proč se na grafomotoriku zaměřují jen v dopoledním programu, odpolední dobrovolný „kroužek“ považují za neefektivní. Školky s věkově smíšenými třídami volí možnost odpoledního předškolního kroužku ve třech případech ze čtyř.

Tabulka 2: Přístup školek k hyperaktivním dětem

Přístup	Výhody přístupu	Nevýhody přístupu	Počet škol
Montessori pedagogika	individuální přístup, respektování specifik těchto dětí, umožnění dostatku pohybu	možná izolace od ostatních	1
Klasický přístup	„stejný metr na všechny“, začleňuje děti do kolektivu	nezohledňuje individualitu a odlišnosti těchto dětí	3
Izolace	zadávání jiné – jednodušší práce - možnost úspěchu	vyčlenění z kolektivu, tresty za zlobení	1
Věkově smíšené (heterogenní) třídy	dítě lépe zapadá do kolektivu, může se realizovat a rozvíjet ve všech složkách vývoje	možná tendence k jednání jako s mladšími dětmi	3
Specializovaná třída	individuální a specializovaný přístup, možnost cílené podpory problémových oblastí, větší vybavenost pomůckami	nelze v každé školce	1
Integrace s mladšími	zažití úspěchu, možnost individuální práce s dítětem	přesunutím k mladším dětem může docházet k zaostávání ve vývoji	1

Zdroj : vlastní výzkum

Přístup školek k hyperaktivním dětem je velmi odlišný, každý má své pozitivní ale i negativní stránky. Z rozhovorů vyplývá, že negativní stránky převažují u přístupů, které hyperaktivní děti izolují nebo integrují s mladšími. Většina školek žádný speciální přístup k hyperaktivním dětem nemá, nevyčleňuje je z kolektivu, ale bohužel také někdy opomíjí individuální přístup k těmto dětem. Jedna školka má zřízenou speciální třídu pro hyperaktivní děti, kde pracuje i psycholog, speciální pedagog a logoped.

Tabulka 3: Četnost činností podporujících grafomotorický rozvoj

Četnost	Počet školek
denně	0
několikrát týdně	1
pravidelně jedenkrát týdně	4
nepravidelně přibližně jedenkrát týdně	3
nepravidelně méně než jedenkrát týdně	2

Zdroj : vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že školky, které mají samostatný kroužek zaměřený na přípravu dětí na školu, se cílenými činnostmi podporujícími grafomotorický rozvoj zabývají pravidelně jednou týdně. Častěji se grafomotorikou zabývá pouze jedna školka, s věkově oddělenými (homogenními) třídami. Ostatní homogenní třídy se cílenou podporou grafomotoriky zabývají nepravidelně, nejčastěji z důvodu náročnosti, časové náročnosti a nezájmu dětí o tyto činnosti. Z rozhovorů vyplynulo, že dvě školky cílený rozvoj grafomotoriky nepovažují za příliš důležitý, zaměřují se více na celkovou podporu jemné motoriky.

Tabulka 4: Techniky rozvíjení grafomotoriky

Technika grafomotoriky	Počet školek, který ji pravidelně používá
uvolňovací cviky a rozvíčovací grafomotorické cviky	3
kresba na svislou plochu	4
grafomotorické pracovní listy	10
rytmizace, básničky, říkanky	2
obkreslování a obtahování	10
vybarvování	10
nácvik grafomotorických prvků	2
práce se speciálními pomůckami	1

Zdroj : vlastní výzkum

Všechny školky používají běžně dostupné grafomotorické listy, v rámci školních programů děti pravidelně obkreslují a vybarvují připravené obrázky. Kreslení na svislou plochu využívají čtyři školy, dvě na tabuli a dvě na zavěšený balicí papír. Dětskou tabuli má celkem osm školek, šest ji nevyužívá k cílené činnosti, ale děti mají možnost na ni kdykoli kreslit křídami. Pouze tři školky se věnují uvolňovacím grafomotorickým cvikům, ze školek, kde mají heterogenní třídy, ani jedna. Využitím rytmizace, písniček a básniček pro rozvoj grafomotoriky a cíleným nácvikem grafomotorických prvků se zabývá pouze školka se specializovanou třídou a jedna školka s přístupem Montessorri. Speciální pomůcky využívá jen školka se specializovanou třídou.

Tabulka 5: Metody používané k rozvíjení grafomotoriky

Metoda	Počet školek
metoda dobrého startu	2
metodika rozvoje grafomotoriky a počátečního psaní dle Svobodové	3
metodika rozvoje grafomotoriky dle Bednářové	3
rozvoj grafomotoriky dle Heyrovské	1

Zdroj : vlastní výzkum

Ve školce se specializovanou třídou pro hyperaktivní děti využívají všechny zmíněné metody, jedna školka využívá Metodu dobrého startu. Dvě školky používají metodu dle Svobodové, stejný počet metodiku dle Bednářové. Všechny pracují podle grafomotorických listů a cvičení.

Popis jednotlivých metod viz kapitola Grafomotorika.

Tabulka 6: Rozvíjení grafomotoriky u hyperaktivních dětí

Přístup	Důvody	Počet školek
stejný přístup jako k ostatním dětem	hyperaktivní děti v této školce nemají problémy s grafomotorikou	2
stejný přístup a odeslání do PPP	mají problémy s grafomotorikou	7
snaha o částečně individuální přístup, odeslání do PPP	kolektiv dětí, které mají stejné problémy, motivuje a má lepší výsledky	1

Zdroj : vlastní výzkum

Přístup školek se liší dle toho, zda hyperaktivní děti mají nebo nemají problémy s grafomotorikou. Z výzkumu vyplývá, že školky se nezabývají rozvíjením grafomotoriky u hyperaktivních dětí jiným způsobem, než u ostatních dětí. Nejčastějším důvodem je malý počet hyperaktivních dětí ve školce a jejich různá věková struktura, která by vyžadovala individuální přístup, čemuž zabraňují časové možnosti. Věkově smíšené třídy mají lepší možnost individuálního přístupu a podpory dětem, které mají problémy s grafomotorikou. U dětí, které mají problémy s rozvojem grafomotoriky, všechny oslovené školky pouze doporučují rodičům návštěvu jiného specialisty, obvykle Pedagogicko – psychologické poradny, s dětmi pracují stejným způsobem jako s ostatními a spoléhají na aktivitu rodiny a její spolupráci s PPP.

Tabulka 7: Rozvíjení hrubé motoriky a pohybové koordinace

Způsob rozvíjení	Výhody	Počet školek
standardní pohybové hry v rámci denního programu	dostupnost, malá závislost na prostoru	5
odpolední pohybový kroužek + běžné činnosti v rámci denního programu	dostatek pohybu v průběhu celého dne	3
odpolední pohybový kroužek pro „nešikovné“ a méně aktivní děti + běžné činnosti v rámci denního programu	možnost specifikace her dle potřeb dětí	1
cílené činnosti zaměřené na rozvíjení hrubé motoriky	střídání zaměření jednotlivých aktivit, rovnoměrný rozvoj všech oblastí	1

Zdroj : vlastní výzkum

Omezujícím kritériem pro pohybové aktivity byla pro všechny školky bezpečnost. Z tohoto důvodu se rozvíjení hrubé motoriky omezuje u poloviny školek na běžnou pohybovou aktivitu (procházky a volné hry na hřišti nepovažují za cílené rozvíjení hrubé motoriky), je to přibližně jedenkrát až dvakrát týdně hry ve vnitřní tělocvičně, a stejně často hry venku na hřišti nebo zahradě. Převažují hry na obratnost, rychlost. Hry podporující koordinaci uvedla pouze jedna školka. Tři školky mají odpolední pohybový kroužek, zaměřený hlavně na hry s míčem a obratnost. Důvodem zřízení těchto kroužků je ve všech případech potřeba dětí větší fyzické aktivity, uvolnění energie, „vyřádění se“, nikoliv cílené rozvíjení motoriky a koordinace. Kroužek zaměřený na rozvíjení hrubé motoriky i koordinace u méně pohybově vybavených (a často i hyperaktivních) dětí má jedna školka. Jedna školka se ve svém plánu podrobněji zabývá podporou vývoje hrubé motoriky, pravidelně jednou týdně. Cílené rozvíjení koordinace probíhá jen ve třech školkách, ostatní z prostorových důvodů žádná cvičení a koordinační hry nedělají. Tělocvičnu mají všechny školky, dvě uvádí, že kapacitně nevyhovující.

Tabulka 8: Volitelné kroužky zaměřené na hrubou motoriku a koordinaci

Kroužek	Důvody	Počet školek
dětská jóga	podporuje uvědomění si tělesného schématu, všestrannost, dýchání, rozvíjí koordinaci	4
taneční kroužek	nenásilné rozvíjení pohybové koordinace	5
plavání	Oblíbená a nenásilná aktivita, ovlivňuje pozitivně svalové napětí, vhodná i pro děti majícími problémy s hrubou motorikou	6
cvičení na velkých míčích nebo s overbally	rozvíjení koordinace, tělesného schématu, sensomotorická stimulace	1

Zdroj : vlastní výzkum

Nejběžnější volnočasovou pohybovou aktivitou pořádanou školkami je plavání. Je dostupné v šesti školkách, obvykle pro nejstarší děti. Na plavání se dojíždí. Taneční kroužek má pět mateřských škol, ve dvou případech je vedený učitelkou dané školky. Kroužek dětské jógy je ve čtyřech školkách, veden vždy externistou. Školka se specializovanou třídou pro hyperaktivní děti má i cvičení na míčích. I přestože tyto kroužky nenavštěvují všechny děti, jako podporu koordinace a hrubé motoriky to školky považují za dostatečné.

Tabulka 9: Rozvíjení jemné motoriky – četnost

Četnost	Počet školek
denně	7
několikrát týdně	3

Zdroj : vlastní výzkum

Jemnou motorikou se zabývají pravidelně všechny školky. Sedm z nich má zařazenou nějakou cílenou činnost denně, tři několikrát týdně s tím, že ostatní dny mají možnost děti rozvíjet jemnou motoriku pomocí stavebnic (nejčastěji Lego, Merkur), korálků, skládání puzzle a dalších pomůcek a her.

Školky uvádí, že činnosti zaměřené na rozvíjení jemné motoriky jsou dostupné z prostorového, časového i materiálního hlediska, jsou u dětí oblíbené. Všechny školky mají činnosti podporující jemnou motoriku zařazenou ve školním vzdělávacím plánu.

Tabulka 10: Rozvíjení jemné motoriky- způsob

Činnosti během jednoho týdne	Význam pro jemnou motoriku - Výhody	Počet školek
výtvarné činnosti	práce s různým materiálem a technikami, radost z vlastního výtvaru motivuje	10
keramika, modelování, práce s hlinou	vhodné pro každého, dostupnost, zapojení jiných smyslů (hmat)	10
stříhání nůžkami	upevnění dominance ruky, zlepšení koordinace prstů	9
lepení, skládání, vytrhávání z papíru	přínosný samotný proces, koordinační náročnost lze přizpůsobit	7
hra se stavebnicí	přirozená forma rozvíjení, oblíbená	8
hra s korálky, zažehlovací korálky, navlékání	rozvíjí přesnost, potřeba koncentrace	5
kostky – hra, stavění	přirozená forma rozvíjení, oblíbená,	10
dětská dílna	neobvyklost činností, nápodoba činnosti dospělých	3

Zdroj : vlastní výzkum

Nejčastějšími aktivitami zaměřenými na rozvoj jemné motoriky jsou výtvarné techniky a práce s tvarovací hmotou (hlína, modelína, těsto). Alespoň jednou týdně se jimi zabývají všechny dotazované školky, stejně je tomu tak v případě volné hry s kostkami. Velmi rozšířené jsou i hry se stavebnicemi, stříhání nůžkami, práce s papírem. Práce s korálky (mozaiky, navlékání, zažehlování) je hodnocena jako náročnější na organizaci i materiál, který se snadno vysype, poztrácí. Dětskou dílnu mají jen tři školky, z bezpečnostních a prostorových důvodů.

Tabulka 11: Spolupráce mateřských škol s rodinami

Úroveň spolupráce	Komentář	Počet školek
výborná	není třeba nic měnit	6
velmi dobrá	v některých případech by se mohla zlepšit	3
průměrná	rodiče mají spíše pasivní přístup	1

Zdroj : vlastní výzkum

Spolupráci hodnotily zástupci mateřských škol v šesti případech jako výbornou, na které není třeba nic měnit, ve třech jako velmi dobrou, kdy je rodin, které příliš nespolupracují více. V jedné školce nepovažují úroveň spolupráce za příliš dobrou, uvítali by větší zájem a aktivitu ze strany rodičů.

Úroveň spolupráce je velmi obtížně zhodnotitelná a porovnatelná, protože se jedná o subjektivní názor zástupce mateřské školy. Hodnocení je zde uvedeno pro srovnání, zda se nějak výrazněji liší spolupráce rodin s hyperaktivními dětmi.

Tabulka 12: Spolupráce mateřských škol s rodinami hyperaktivních dětí

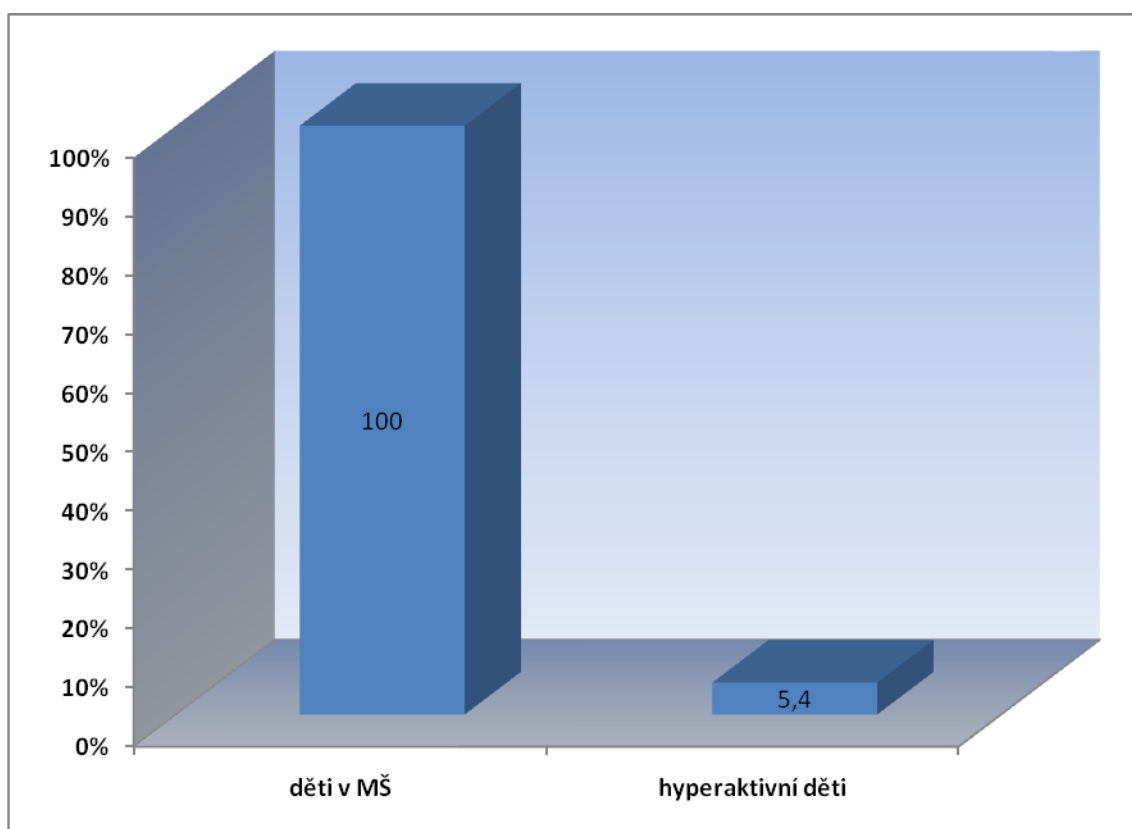
Úroveň spolupráce	Komentář	Počet školek
výborná	výborná zpětná vazba a komunikace	5
spíše dobrá	někteří rodiče navštěvují další odborníky, se školkou příliš nekonzultují	3
spíše špatná	celkově negativní přístup k hyperaktivitě dětí	2

Zdroj : vlastní výzkum

S rodinami hyperaktivních dětí je spolupráce a komunikace horší než u ostatních rodin. Nejčastěji rodiče nechtějí slyšet, že se jejich dítě nějakým způsobem odlišuje, podceňují problémy, které děti mají nebo mohou mít, cílené rozvíjení některých oblastí psychomotoriky považují za zbytečné. Většina rodičů je ochotna na doporučení mateřské školy navštívit dalšího odborníka, obvykle Pedagogicko – psychologickou poradnu. Komunikace se školkou je zhoršena u rodin, které si nepřipouští rozsah problému, omlouvají chování svého dítěte a vinu přikládají školce za nezvládnutí pedagogického vedení. Přístup rodin je individuální a může se velmi odlišovat.

4.2 Výsledky – hyperaktivní děti

Graf 1: Počet hyperaktivních dětí (v %)

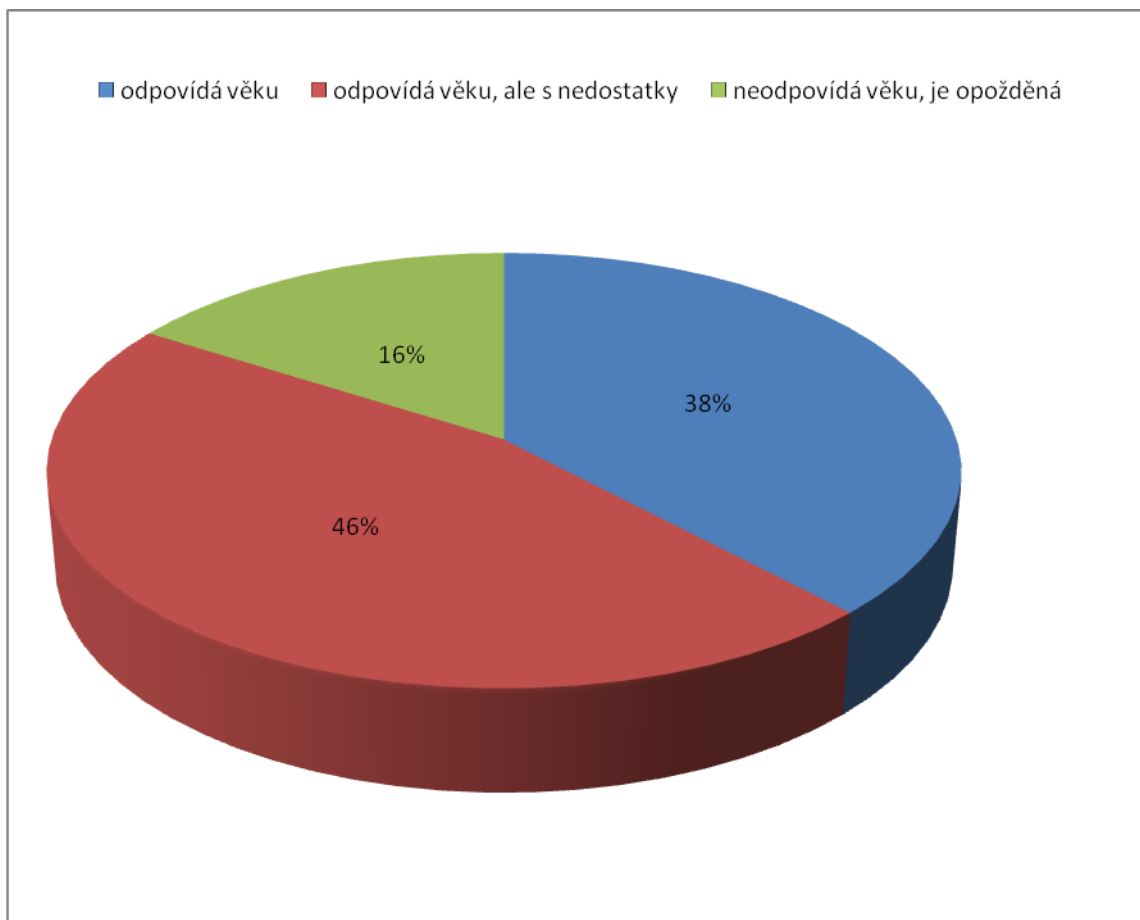


Zdroj: vlastní výzkum

Levý sloupec vyjadřuje celkový počet dětí (100 %) v oslovených školkách, celkem jich je 926. Pravý sloupec počet dětí, které pedagogové označili jako hyperaktivní, odpovídá výzkumnému souboru 50 dětí, je to 5.4 %.

4.2.1 Výsledky – hrubá motorika u hyperaktivních dětí

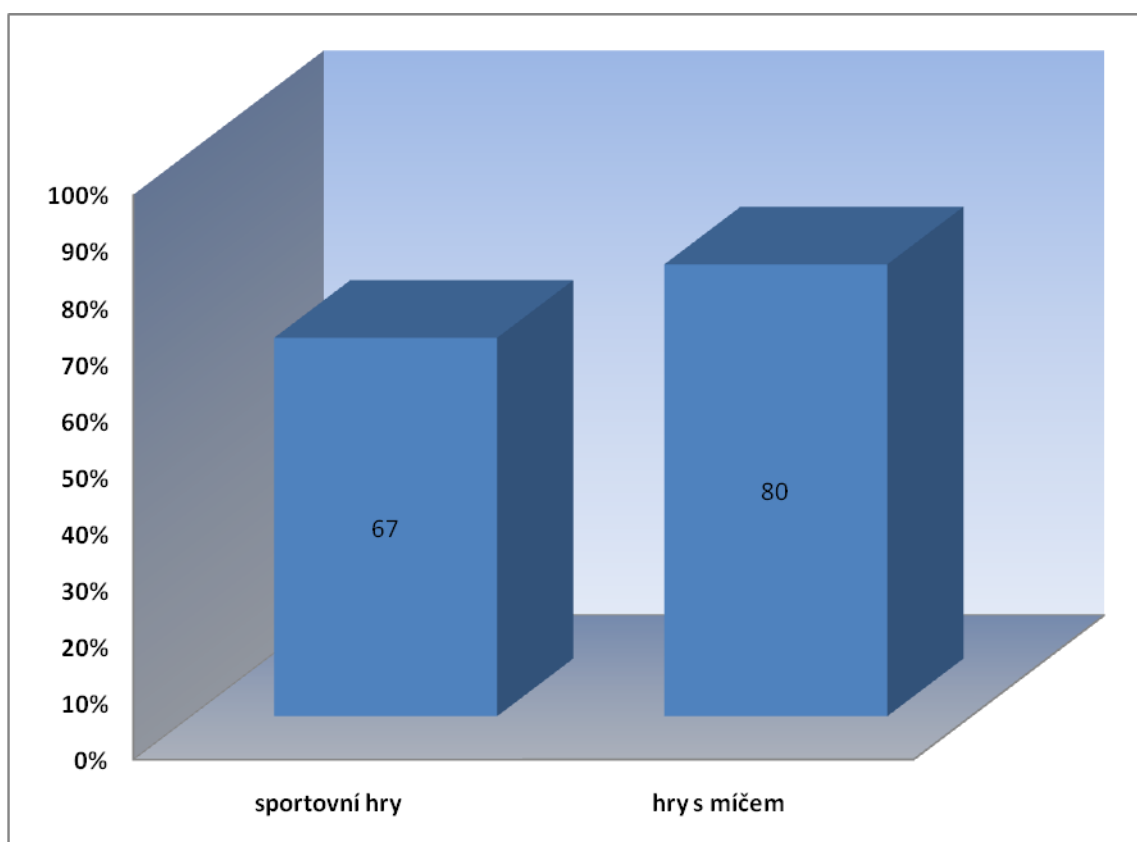
Graf 2: Tělesná aktivita a hrubá motorika (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

U 46 % dětí jsou nedostatky ve vývoji hrubé motoriky a v tělesné aktivitě. Zcela v normě je u 38 %. Zbývajících 16 % má vývoj hrubé motoriky opožděný, neodpovídající věku.

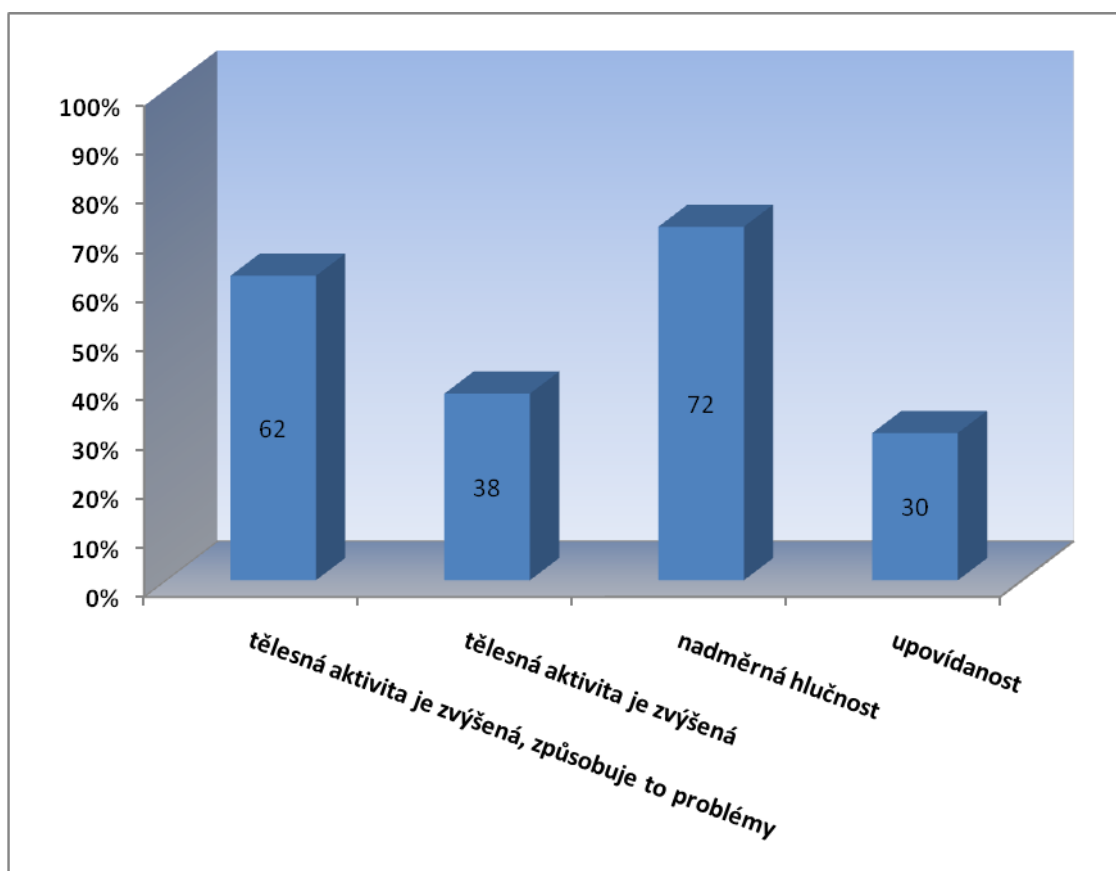
Graf 3: Oblíbenost sportovních a míčových her (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Míčové hry jsou oblíbené u 80 % hyperaktivních dětí. Ostatní sportovní hry u 67 %. Graf nehodnotí úroveň motorických dovedností u těchto her, pouze oblíbenost.

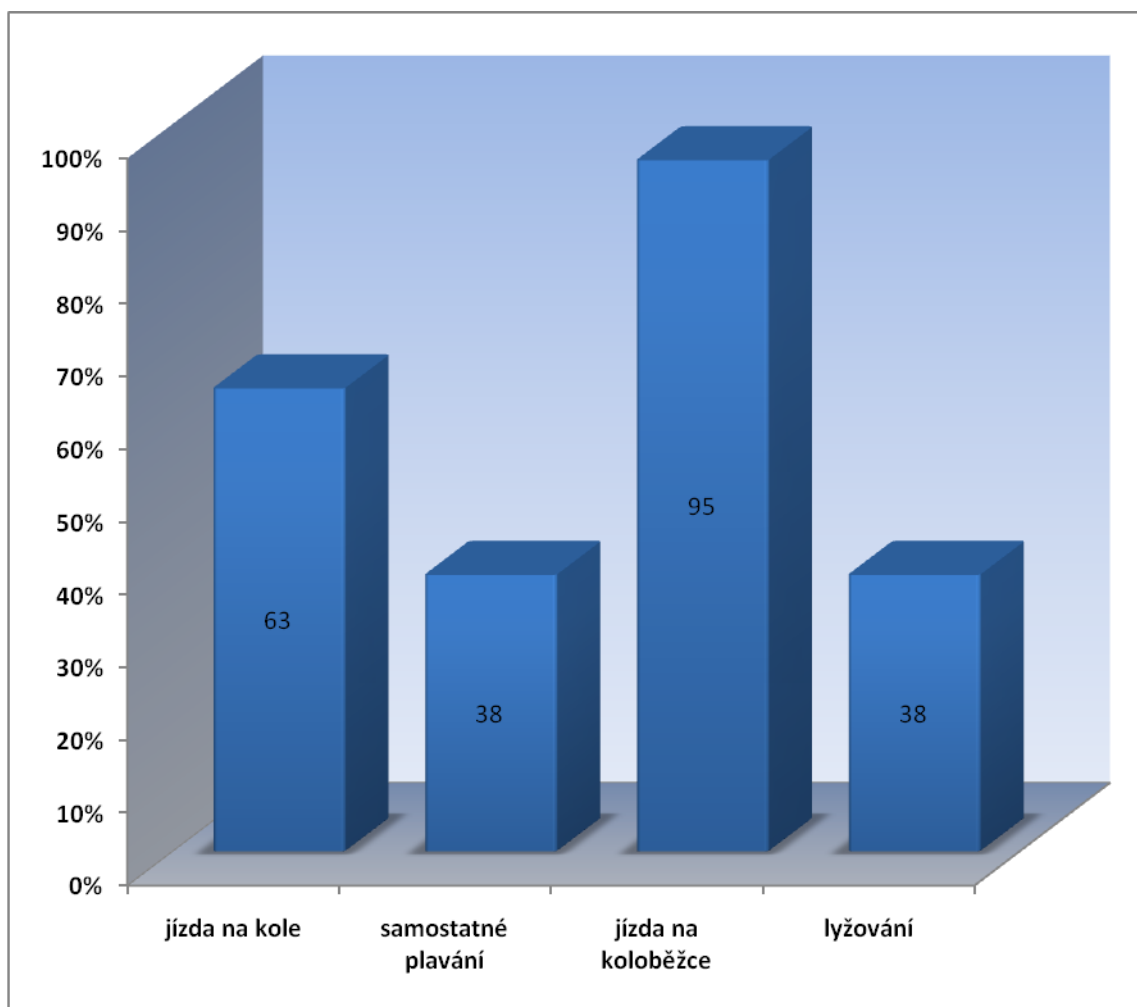
Graf 4: Úroveň motorické aktivity hodnocená rodiči (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že hyperaktivita způsobuje problémy 60 % rodin. 40 % rodin nevidí hyperaktivitu jako příčinu dalších problémů. 70 % dětí je podle svých rodičů nadměrně hlučných, nepřiměřeně nebo nadměrně upovídaných dětí nepodstatně méně – 30 %.

Graf 5: Motorické dovednosti, které děti ovládají (v %)

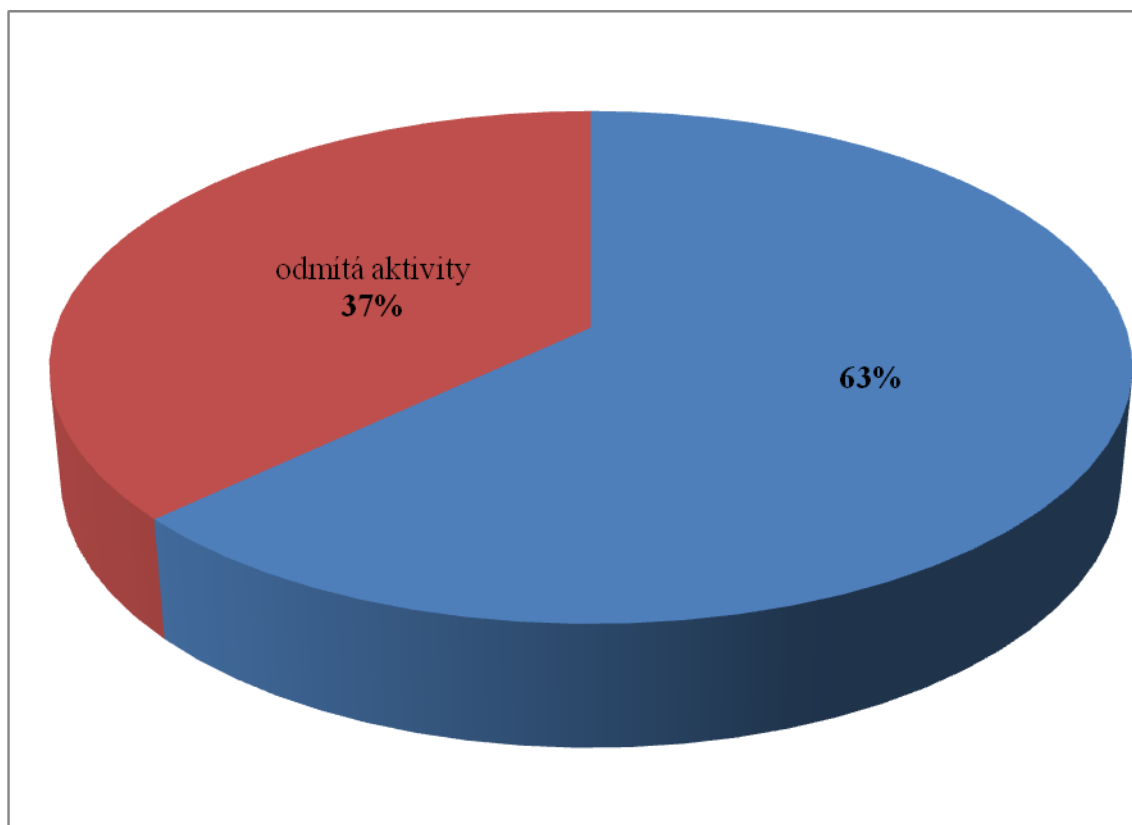


Zdroj: vlastní výzkum

Jízdu na koloběžce ovládá 95 % předškolních dětí s hyperaktivitou. Koordinačně náročnější jízdou na kole zvládá 63 % dětí. V případě samostatného plavání a lyžování je to 38 %.

4.2.2 Výsledky – jemná motorika

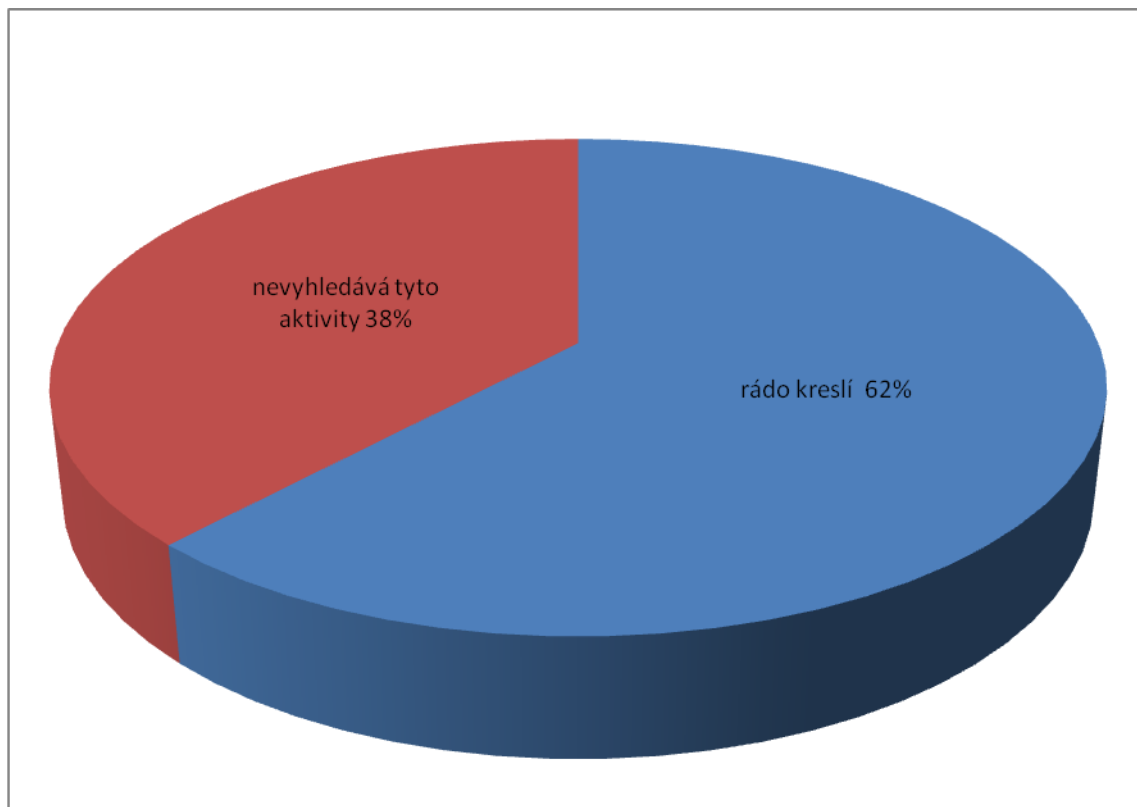
Graf 6: Oblíbenost činností spojených s jemnou motorikou (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf zobrazuje, kolik % dětí z testovaného souboru odmítá aktivity spojené s jemnou motorikou. Nerozlišuje, zda se jedná o aktivity sebeobslužné, o výtvarné techniky, o hry, ke kterým je třeba jemná motorika. Je to celkem 37 %.

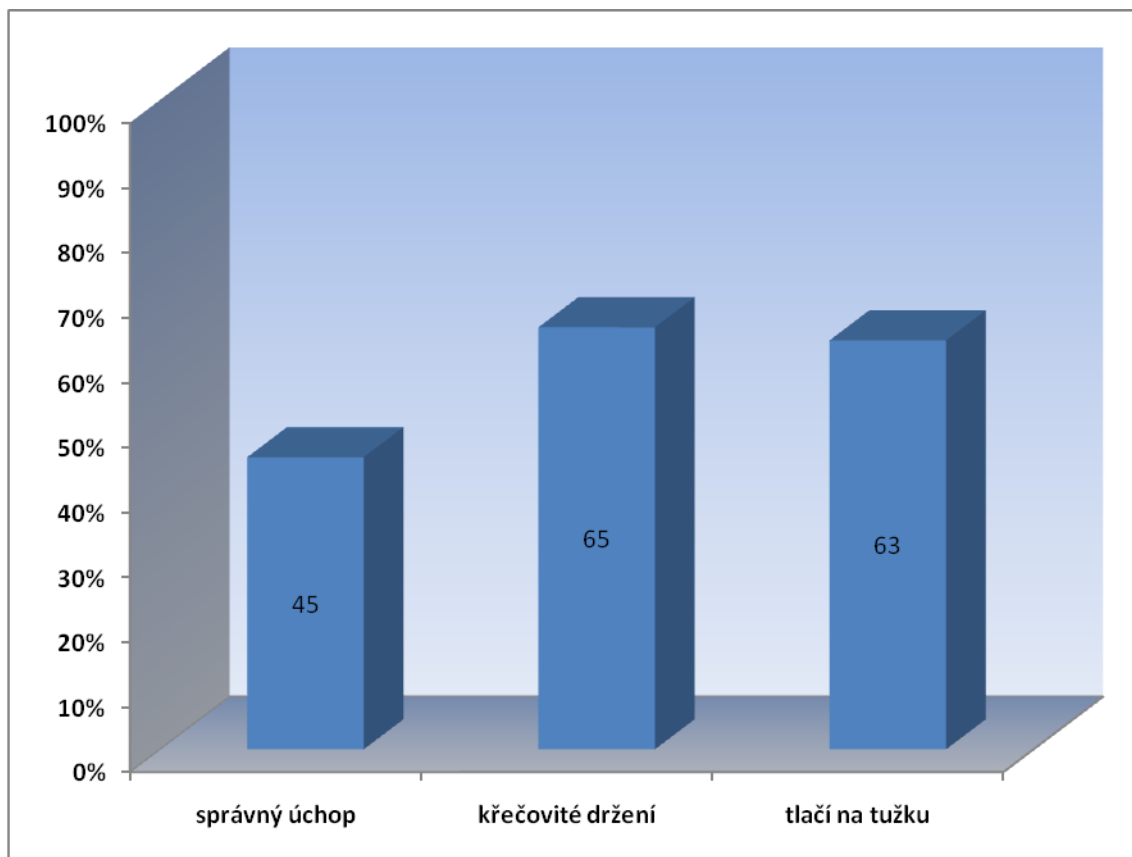
Graf 7: Oblíbenost kreslení a dalších výtvarných aktivit (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplynulo, že 62 % hyperaktivních dětí rádo kreslí, případně se věnuje podobným výtvarným technikám.

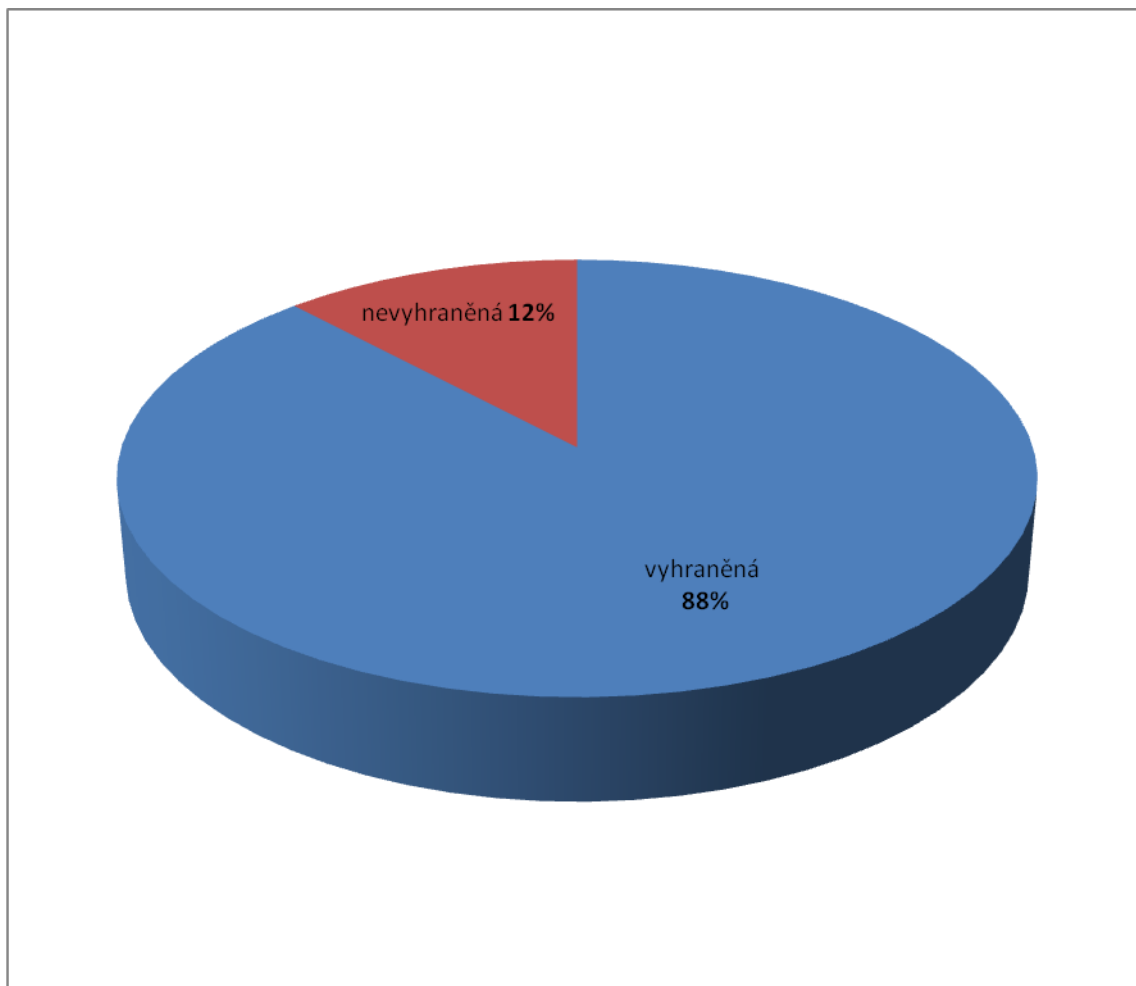
Graf 8: Úchop (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Dle pedagogů v MŠ má správný úchop 45 % hyperaktivních dětí. Toto číslo zcela nekoreluje se zjištěním, že 65 % dětí má křečovitě držení tužky a 63 % dětí na tužku tlačí.

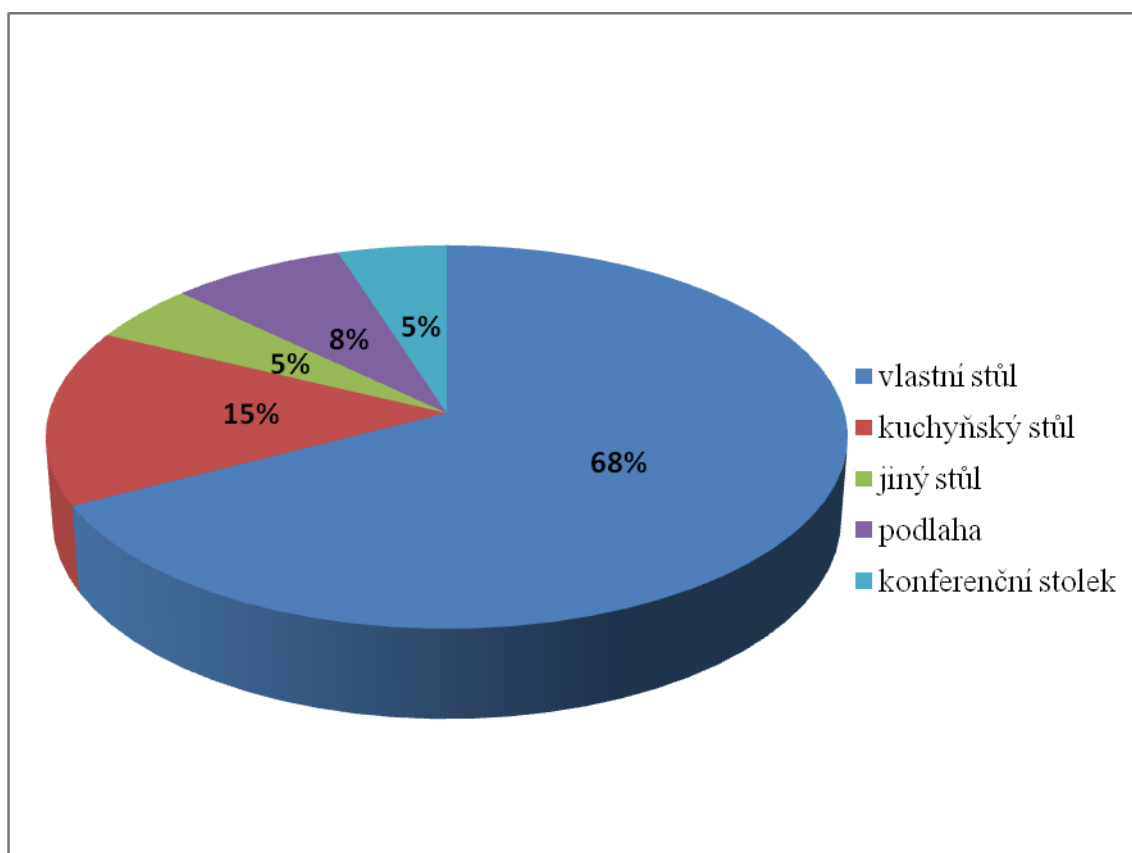
Graf 9: Vyhraněnost laterality (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že 88 % hyperaktivních dětí má vyhraněnou laterality, při činnostech spojených s jemnou motorikou a grafomotorikou používá převážně stejnou ruku. Zastoupení levostranné dominance výzkum nezjišťoval.

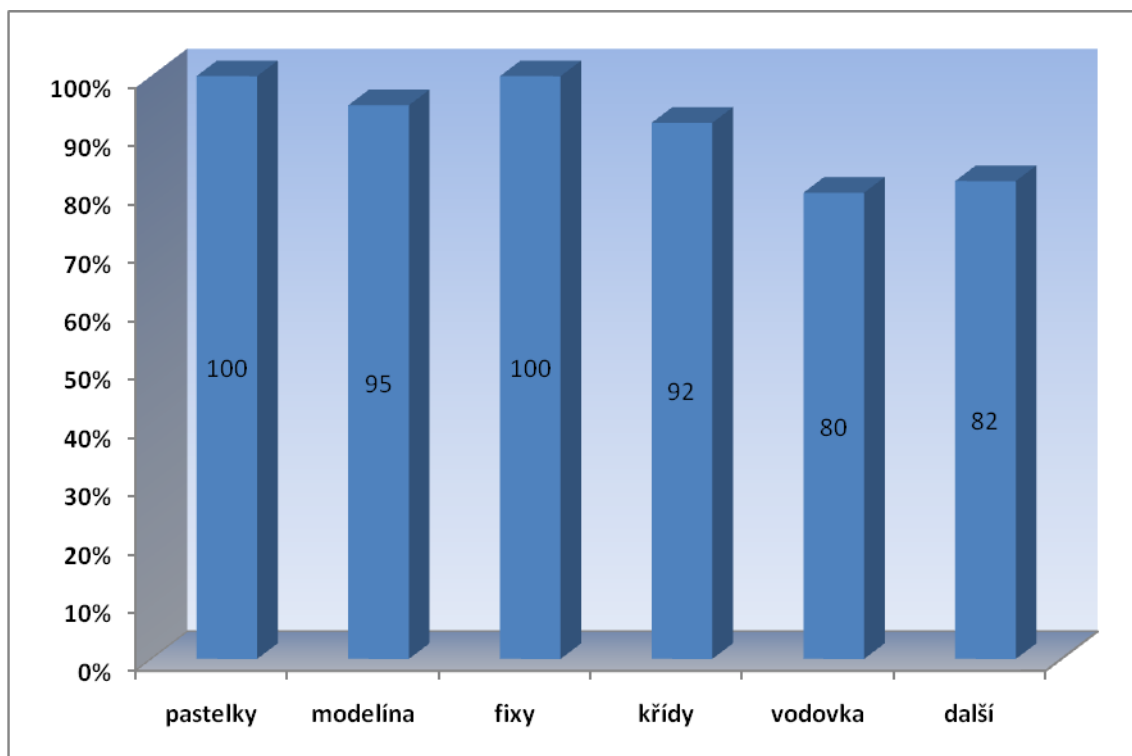
Graf 10: Používaný prostor při grafomotorických aktivitách v domácím prostředí



Zdroj: vlastní výzkum

Z informací od rodičů vyplynulo, že 68 % předškolních dětí má vlastní stůl. Nejedná se však vždy o psací stůl s potřebnými parametry velikosti, ale započítávají se sem i nejrůznější dětské stolky, které nejsou vždy vyhovující pro rozvíjení grafomotoriky. 15 % dětí využívá nejčastěji ke svým aktivitám kuchyňský stůl, 8 % podlahu a shodně 5 % konferenční stolek nebo jiný stůl.

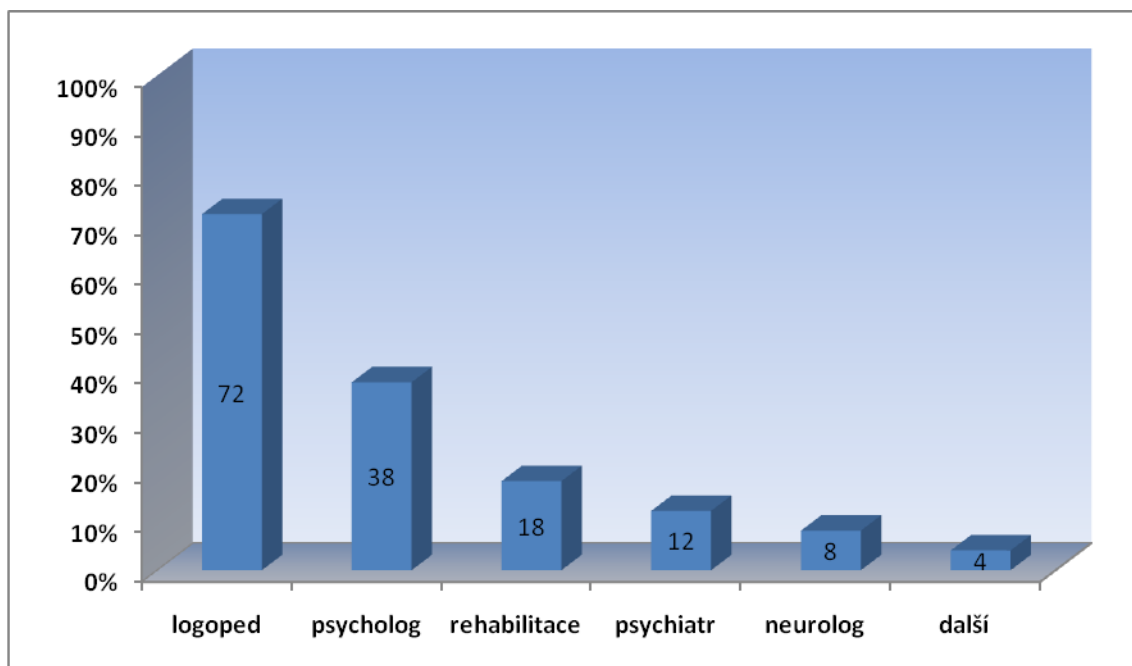
Graf 11: Rozšířenost výtvarných potřeb v rodinách (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf zobrazuje, že všechny rodiny mají doma základní výtvarné potřeby – pastelky, fixy. Modelínu má doma 95 % rodin, křídly 92 %. Mezi další rozšířené výtvarné pomůcky patří vodovky, má je doma 80 %. Tempery, voskovky, prstové barvy nebo jiné další potřeby má doma 82 %. Graf neuvádí, do jaké míry děti s těmito výtvarnými potřebami pracují.

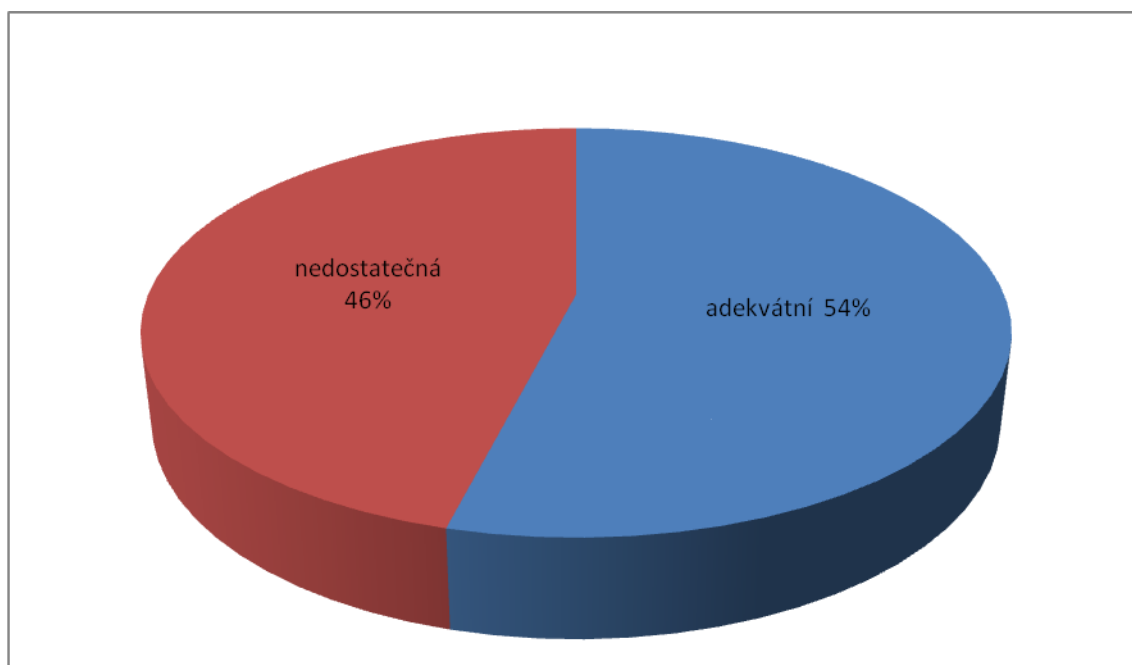
Graf 12: Péče odborníků (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Nejrozšířenější je u hyperaktivních dětí péče logopeda, pravidelně k němu dochází 72 % dětí. Psychologa navštěvuje 38 %, následuje rehabilitace s 18 %. Psychiatra vyhledalo jen 12 % dětí, ještě méně – 4 % - je sledováno na neurologii. Mezi další odborníky rodiče nejčastěji uváděli somatické lékaře, jako alergologa a speciálního pedagoga.

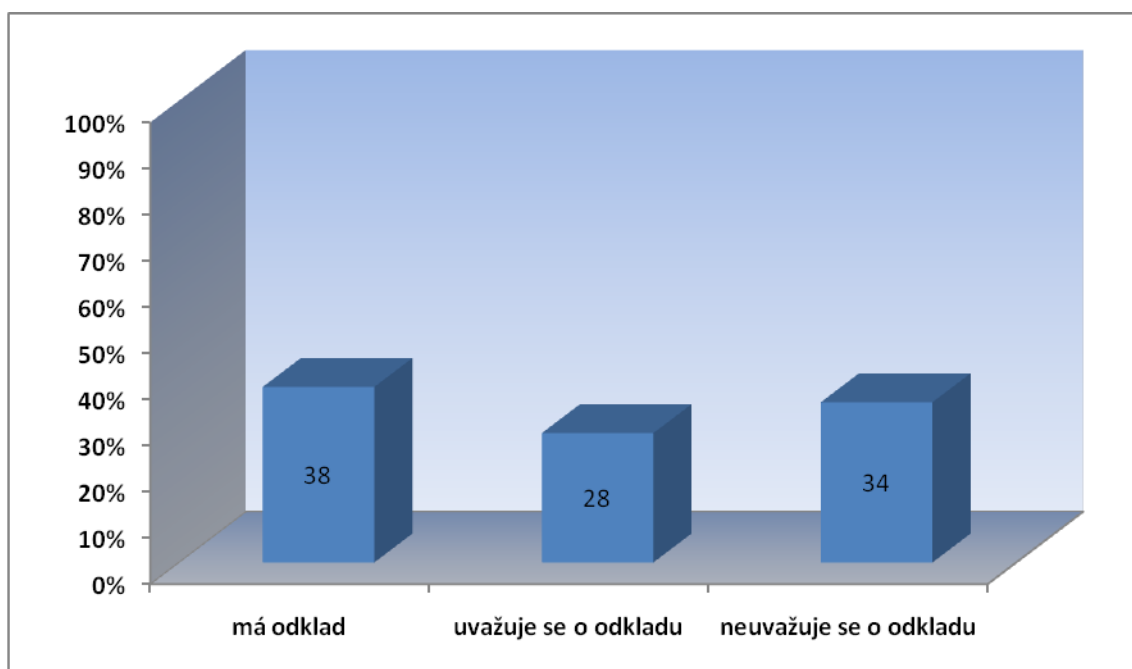
Graf 13: Adekvátnost stimulace v rodině (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12 znázorňuje poměrně neobjektivní údaje – stimulaci v rodině, tak, jak ji hodnotí pedagogové v daných školkách. Otázka byla pokládána s ohledem na podporu psychomotorického vývoje a grafomotoriky. Vzhledem k velmi hrubé možnosti toto zhodnotit, z grafu vyplývá, že 46 %, které dle pedagogů nemají adekvátní stimulaci v rodině, má výrazné nedostatky v optimální stimulaci svého rozvoje.

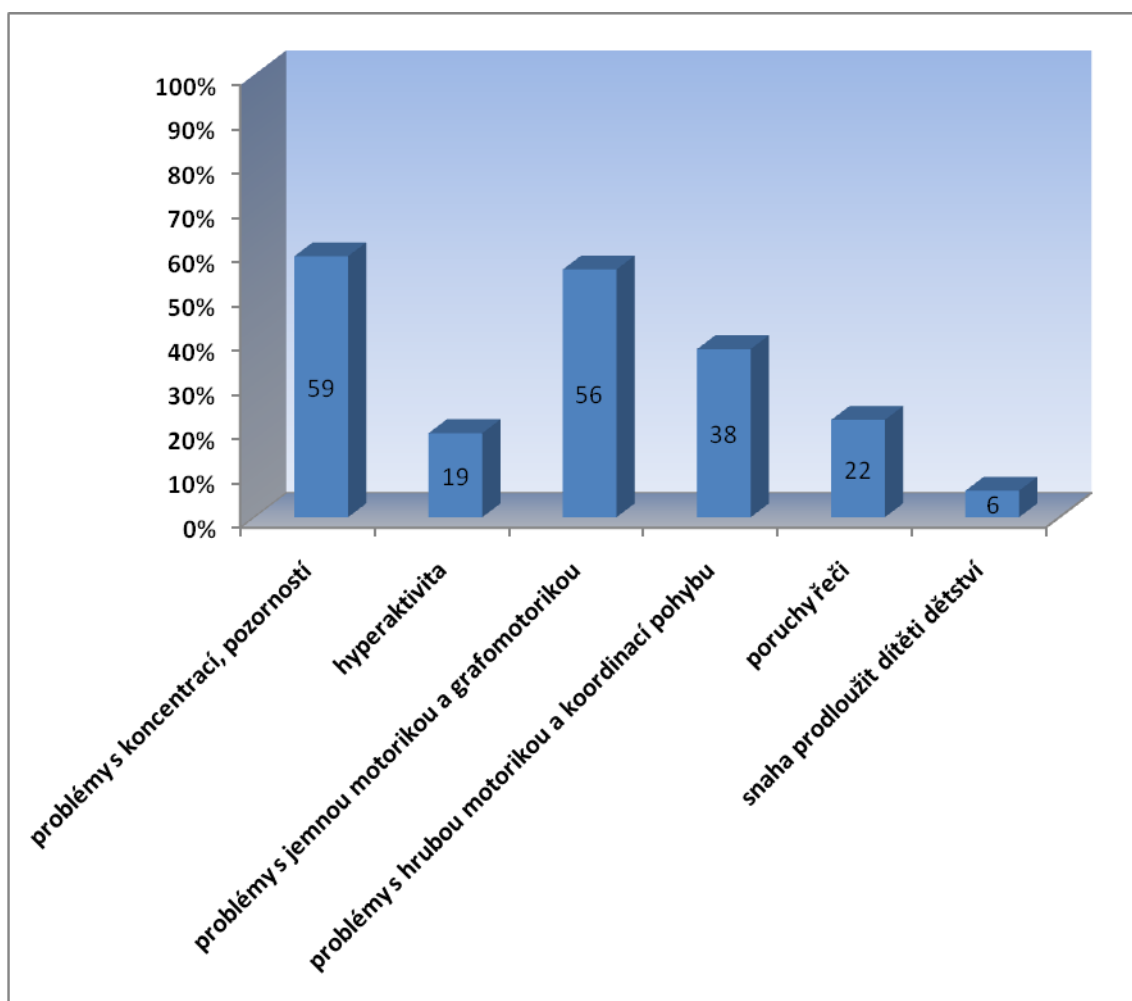
Graf 14: Odklad školní docházky (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru má 38 % dětí již odloženou školní docházku o jeden rok, 28 % o tom uvažuje, nebo v letošním roce o odložení žádá. Zbývajících 34 % o odkladu školní docházky neuvažuje.

Graf 15 : Důvody odkladu (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastějším důvodem k odkladu školní docházky jsou poruchy koncentrace a pozornosti, ve sledovaném souboru celkem u 59 % dětí. Druhým nejčastějším důvodem – v 56 % - jsou problémy s jemnou motorikou a grafomotorikou. U 38 % jsou hlavní

příčinou nebo jednou z příčin odkladu problému s hrubou motorikou a pohybovou koordinací. Poruchy řeči jsou důvodem u 22 %, samotná hyperaktivita u 19 %. Pouze 6 % (což ze souboru dětí, kterých se odklad týká, jsou dvě děti) uvádělo jako důvod snahu „prodloužit dítěti dětství“. Rodiče uváděli i více možností. Výzkum se nezabýval odklady ze zdravotních důvodů, jako zdravotní postižení, chronické nemoci, častá nemocnost a další.

5. Diskuze

Téma rozvoje grafomotoriky je v odborné literatuře velmi dobře zpracováno. Touto problematikou se u předškolních dětí zabývá také řada výzkumů. Stejně je tomu tak i v případě hyperaktivity. Naproti tomu rozvoji grafomotoriky u předškolních dětí s příznaky hyperaktivity se nevěnuje zdaleka taková pozornost. Pravděpodobně je to způsobeno tím, že hyperaktivita a k ní často přidružené další příznaky hyperaktivního syndromu, je sama o sobě příčinou nejrůznějších problémů a problémy s rozvojem grafomotoriky jsou jen jedním z nich. Podceňování těchto problémů se však může negativně projevit s nástupem do základní školy. Nedostatečný nebo neideální rozvoj grafomotorických funkcí se projeví při osvojování psaní a způsobí značné potíže, které se zvyšováním nároků na dítě ještě zhoršují. Včasná prevence je proto zcela zásadní. Předpokládá spolupráci předškolního zařízení, rodiny i dítěte. Měla by být prováděna během celého předškolního věku, ne až ke konci tohoto období nebo v případě, když už problémy způsobily odklad školní docházky.

Práce se snaží na tuto problematiku poukázat a pomocí výzkumu prokázat souvislost psychomotorického rozvoje, který bývá u hyperaktivních dětí narušen, a rozvoje grafomotoriky.

První část výzkumu se zaměřuje na mateřské školy. Cílem této části bylo zjistit, zda mateřské školy věnují u dětí s příznaky hyperaktivity dostatečnou pozornost rozvoji jemné a hrubé motoriky. Výzkum pomocí rozhovorů se zástupci mateřských škol zjišťoval, jak se přistupuje k hyperaktivním dětem při podpoře jejich rozvoje, jaké metody a techniky jsou používány, v kterých oblastech mají děti největší problémy.

Rozvoj grafomotoriky školky podporují převážně až u dětí ke konci předškolního období, v rámci určité přípravy na vstup do základní školy. Z literatury vyplývá, že v tuto dobu je již často pozdě, že podporovat tento vývoj by se měl v průběhu celého předškolního věku, ať už se jedná o nácvik správného úchopu, uvolňovací cviky nebo cílené aktivity rozvíjení. Přístup ve všech školkách je skupinový. I ve skupině lze pracovat do určité míry s každým individuálně, co však už pravděpodobně není vždy možné, je zajistit a uhlídat základní návyky, jako správné držení těla, úchop tužky,

polohu papíru na stole apod. Některé školky mají odpolední kroužek, jakousi přípravku na školu. Jiné to naopak považují za neefektivní, vzhledem k malé spolupráci rodin. Kroužky se na rozvoj grafomotoriky cíleně zaměřují. V případě nerovnoměrného vývoje grafomotoriky je třeba, aby na něj navazovaly další podporující aktivity a cvičení. Výhoda těchto kroužků je v tom, že je zajištěna pravidelnost grafomotorických aktivit. Většina školek se cíleným činnostem rozvíjejícím grafomotoriku věnuje zhruba jednou týdně. Nepočítají se sem ostatní aktivity zaměřené na jemnou motoriku. Mezi nejčastěji používané techniky rozvoje grafomotoriky patří práce s grafomotorickými listy, obkreslování a vybarvování. Kreslení na svistou plochu využívají méně než polovina dotazovaných školek, což vzhledem k tomu, že se tato technika velmi doporučuje, není mnoho. Stejně je tomu i v případě uvolňovacích grafomotorických cviků. Metodiky zpracované pro podporu grafomotorického rozvoje nepoužívají všechny školky, pouze šest mateřských škol. Vzhledem k svému zaměření je nejvybavenější školka se specializovanou třídou pro hyperaktivní děti, kde se na rozvoj grafomotoriky cíleně zaměřují. **Celkově z výzkumu vyplývá, že v běžných školkách se rozvíjení grafomotoriky příliš nevěnují a obdobné je to i u hyperaktivních dětí.** Přístup k nim se neliší, pouze v případech, kdy děti mají problémy s grafomotorikou, je jim doporučena návštěva Pedagogicko – psychologické poradny nebo Speciálně pedagogického centra. Je dále na rodičích, zda a jak budou své dítě podporovat a rozvíjet. Tento postup považuji za správný, zařízení jsou k tomuto účelu určena a mají lepší podmínky pro cílené rozvíjení nebo nápravu grafomotoriky a více možností navázat potřebnou spolupráci s rodinou i dítětem.

Dalším posuzovaným kritériem, kterým se výzkum zabýval, je přístup školek k rozvíjení hrubé motoriky a pohybové koordinace. Potřeba pohybu je pro děti v předškolním věku jedna z nejpřirozenějších, u hyperaktivních dětí ještě více. Všechny školky mají v každodenním plánu procházky a volné hry na hřišti nebo na zahradě, Polovina školek se cíleně věnuje pohybovým aktivitám jedenkrát až dvakrát týdně, obvykle formou her v tělocvičně nebo na hřišti (zahradě). Koordinací pohybu a jejím rozvíjením se zabývají jen tři školky. Přestože tělocvičnu mají všechny školky, uvádí často nedostatek prostoru jako důvod, proč se cíleně hrubou motorikou nezabývají.

Vlastní zahradu mají taktéž všechny, jedna se v současné době rekonstruuje. Poměrně rozšířené jsou kroužky, jejich přítomnost považují školky za dostatečnou v rozvíjení hrubé motoriky. Tyto pohybové činnosti však už mají svá zaměření a dětem chybí všeobecná pohybová průprava. K nejrozšířenějším patří plavání, taneční kroužek a dětská jóga. Ve školce se specializovanou třídou je cvičení na míčích a s overbally. Tyto aktivity nenavštěvují všechny děti, nelze je tedy považovat za cílené rozvíjení hrubé motoriky.

Výzkum ukázal, že pohybu mají děti ve sledovaných školkách dostatek, ale hrubá motorika a pohybová koordinace se záměrně nijak nerozvíjí.

Podstatně lépe je na tom jemná motorika. Tou se školky zabývají denně, ať už konkrétní činností nebo stimulací pomocí herních pomůcek jako stavebnice, korálky, kostky apod. Tyto činnosti jsou pro školky dostupnější, méně náročné a bezpečnější. Ale bez patřičné úrovně hrubé motoriky a svalové koordinace jsou pro děti aktivity zaměřené na jemnou motoriku velmi náročné a mohou způsobovat nesprávné návyky.

K rozvíjení jemné motoriky školky používají nejrůznější výtvarné techniky, práci s tvarovací hmotou, pracují s nůžkami, papírem a dalšími pomůckami. V každé školce jsou kostky, stavebnice, korálky, puzzle a další pomůcky rozvíjející jemnou motoriku. Dostupné jsou i didaktické pomůcky.

Jedním z důvodů, proč se rozvoji jemné motoriky dává velký důraz a hrubá motorika se nepovažuje za potřebnou rozvíjet, může být i fakt, že stimulace v rodinách je obvykle zaměřená opačně. Motorických dovedností předškolní dítě musí zvládnout většinou hodně, pro rozvíjení jemné motoriky je méně možností. Někdy i z časových důvodů se rodiny méně věnují výtvarným technikám a modelování, dalším faktorem je jistě i časová náročnost na úklid po těchto aktivitách.

Přístup jednotlivých školek se v některých směrech značně odlišuje, například v přístupu k hyperaktivním dětem, jak ukazuje tabulka 2. Obecně lze říci, že školky žádný speciální přístup k hyperaktivním dětem nemají. Někde se je snaží izolovat, jiné školky raději volí integrační přístup. Nejlepší možnosti podpory rozvoje hyperaktivních dětí má školka se specializovanou třídou. Bohužel takovýto zařízení není mnoho a z pochopitelných důvodů pravděpodobně ani nebude.

Výzkum zjišťoval také míru spolupráce rodin s mateřskou školou. Kromě jedné školky je hodnocena jako velmi dobrá nebo výborná. V případě rodin hyperaktivních dětí už tomu tak není, spolupráci takto hodnotí jen polovina školek. Pedagogové se setkávají s negativním přístupem způsobeným pravděpodobně malou informovaností rodičů o problému hyperaktivity. Přesto jsou rodiče většinou ochotni navštívit odbornou pomoc. Z rozhovorů tak vyplývá, že školky často mají jakousi záchytnou funkci, dokáží zavčas rozpoznat příznaky hyperaktivity a dalších problémů. Přestože tyto problémy obvykle dále neřeší, je jejich přínos nezanedbatelný.

Hodnocení úrovně spolupráce je z výzkumného hlediska problematické. Získané údaje jsou subjektivní a proto obtížně porovnatelné. Do výzkumu jsem je zařadila z důvodu srovnání, zda se spolupráce liší u rodin dětí, které mají příznaky hyperaktivity od ostatních.

Druhá část výzkumu se zaměřovala na zjišťování případných nedostatků v rozvoji hrubé a jemné motoriky u hyperaktivních dětí a také příčinami odkladu školní docházky. Data byla sbírána pomocí dotazníků pro učitele a rodiče dětí s příznaky hyperaktivity, následně analyzována a zpracována pomocí grafů.

Literatura uvádí, že v předškolním věku se hyperaktivita projevuje asi u 2- 7 % dětí. Výzkum v různých mateřských školách ukázal, že výskyt v nich je celkem 5.4 %.

Nedostatky ve vývoji hrubé motoriky a v tělesné aktivitě byly zjištěny celkem u 46 % dětí a u dalších 16 % je vývoj opožděný, neodpovídající věku. Zcela v normě je hrubá motorika hodnocena jen u 38 %. Ukazuje to, že **problémy s hrubou motorikou jsou u hyperaktivních dětí časté a je třeba se tímto problémem zabývat**. Přestože není hrubá motorika zcela v pořádku, u hyperaktivních dětí je velká obliba pohybových her. V případě míčových her je obliba na 80 %, ostatní sportovní hry má rádo 67 %. Pravděpodobně to souvisí s tím, že výskyt hyperaktivity je v předškolním věku převážně u chlapců a chlapci mají obvykle větší potřebu pohybu a také aktivní hry jsou u nich oblíbenější. Výzkum se nezabýval úrovní motorických dovedností u těchto her, která pravděpodobně nebude u většiny dětí optimální.

Z hodnocení motorické aktivity rodiči vyplývá, že hyperaktivita způsobuje problémy 60 % rodin. Spolu s nadměrnou hlučností, kterou uvedlo 70 %, je příčinou

velké většiny problémů provázejí hyperaktivní děti. Hodnocení hlučnosti je velmi subjektivní, může se lišit u jednotlivých rodin, je ovlivněno dalšími faktory, jako sourozenci apod. Přestože tento údaj nelze relevantně srovnávat s ostatními, je důležitý z hlediska rodiny, protože vypovídá o tom, jak rodina vnímá hyperaktivitu dítěte.

Na rozdíl od hlučnosti upovídánost rodiče nevnímají jako problém, ve výzkumném souboru není ani příliš vysoká. Příčinou mohou být poměrně časté poruchy v oblasti řeči.

V případě zvládnutí motorických dovedností jsou hyperaktivní děti jen lehce pod normou v předškolním věku. Téměř všichni zvládnou jízdu na koloběžce, více než polovina dětí ovládá jízdu na kole. Plavání je koordinačně velmi náročná aktivita, tím spíše, že většina dětí se jako první plavecký styl učí „prsa“, což je styl koordinačně nejtěžší. I přes velkou oblíbenost a dostupnost plavání ovládá jen 38 % hyperaktivních dětí v předškolním věku. Vliv na to může mít i poměrně velká rizikovost této aktivity v případě kolektivní plavecké výuky za přítomnosti hyperaktivních dětí ve skupině a také nevelká aktivita nebo špatný metodický postup ze strany rodičů v případě samostatného plavání. Lyžování není aktivita dostupná pro všechny, lze proto špatně hodnotit, každopádně se procento hyperaktivních dětí, které zvládly základní návyky, přibližuje ostatním dětem v tomto věku.

Celkově z výzkumu vyplynulo, že hrubá motorika u většiny hyperaktivních předškolních dětí není v pořádku, ale přesto jsou pohybové aktivity velmi oblíbené. Bylo by vhodné toho využít a cíleně se na podporu rozvoje hrubé motoriky zaměřit, a to jak doma, tak i v mateřské škole.

U jemné motoriky se výzkum zabýval oblibou těchto činností – v případě kreslení je velká obliba poměrně překvapující, naopak 38 % aktivity spojené s jemnou motorikou odmítá, ať už se jedná o sebeobslužné činnosti, hry nebo třeba výtvarné techniky. Dále byl zkoumán úchop, podle učitelek mateřských škol má správný úchop 45 % hyperaktivních dětí. Literatura uvádí, že ani v běžné první třídě základní školy není toto procento tak vysoké. Je proto zajímavé, že by tomu tak bylo v mateřské škole a ještě k tomu u hyperaktivních dětí. Proti pravdivosti údaje stojí i fakt, že stejné učitelky hodnotily u 65 % křečovitě držení tužky a u 63 % dětí, že tlačí na tužku a tudíž

nemohou mít správný úchop. Úchop pravděpodobně není moc ovlivněn lateralitou, ve většině případu je již vyhraněná. Další zavádějící informací je tvrzení rodičů, že 68 % předškolních dětí má vlastní stůl. Často se jedná o dětský stolek, nikoliv psací stůl a díky tomu, že držení těla a poloha papíru na stole je pro optimální rozvoj dosti zásadní, nejsou tyto stolky vždy vyhovující pro rozvíjení grafomotoriky. Některé děti využívají ke svým aktivitám kuchyňský stůl, což se jeví mnohdy jako optimální řešení, jiné rádi tvoří na podlaze nebo využívají konferenční stolek nebo jiný stůl.

Jeden z grafů ukazuje také, jaké pomůcky mají rodiny doma, čím se rodiče snaží podporovat vývoj grafomotoriky. V současné době je velké množství běžně dostupných pomůcek, rodiče mají možnost pomocí nich podporovat vývoj jemné motoriky ruky, grafomotoriky. Výzkum zjišťoval i přístup rodičů k cílené podpoře grafomotoriky pomocí různých technik. Ukázalo se, že i přes dostupnost rodiče příliš kreativní nejsou, standardně mají doma všichni pastelky, fixy, které patří k nejoblíbenějším, následuje modelína, vodovky, křídly. Méně rozšířené jsou tempery, voskovky a třeba prstové barvy. Poslední jmenované jsou pro rozvíjení grafomotoriky obzvlášť vhodné.

Tvořivé činnosti zaměřené na rozvoj jemné motoriky jsou u dětí dost oblíbené. Kvalita úchopu a dalších dovedností tomu však neodpovídá, proto by bylo vhodné těchto aktivit využít k cílenému rozvíjení.

Mezi ostatními kritérii je sledování nebo pravidelné docházení ke specializovaným odborníkům. Nejrozšířenější je logopedie. Pravděpodobným důvodem je vysoká nápadnost problémů s vývojem řeči a také poměrně rozsáhlá síť logopedů. Logopedii mají děti možnost navštěvovat téměř ve všech školkách. Často se jedná o pedagožku dané školky, která má specializaci na logopedii a v závažnějších případech spolupracuje s klinickým logopedem. Oproti tomu dětí, které navštěvují psychologa je poměrně málo, pouze 38 %. Nejčastěji je to v Pedagogicko – psychologické poradně, kam se děti dostávají nejdříve ke konci předškolního období kvůli posouzení školní zralosti, ve výjimečných případech dříve. Příčinou je pravděpodobně i skutečnost, že je málo testovacích škál zaměřených na mladší děti a jejich diagnostika bývá náročnější. Rehabilitaci navštěvuje 18 % dětí, většina z důvodu problémů s pohybovou koordinací, hrubou motorikou, orientací v prostoru i na svém těle.

Míra stimulace, stejně jako způsoby, jakými pracují doma rodiče s dětmi, je do velké míry otázka celkové výchovy. Díky tomu, že děti v předškolním věku jsou ve svém projevu velice spontánní, lze pedagogem, který s dítětem dlouhodobě pracuje posoudit, zda a jak se dítě podporuje v různých oblastech svého vývoje. Poměrně vysoké procento ve zkoumaném souboru (46 %) zahrnuje pouze případy, ve kterých se stimulace výrazně odlišuje od optimálního stavu. Výzkum nehodnotí, zda je v těchto případech stimulace nedostatečná nebo naopak jsou nároky na dítě příliš vysoké nebo neodpovídají jeho vývojové úrovni.

Otázka stimulace v rodině je velmi zásadní z hlediska následné spolupráce se školkou, případně dalšími zařízeními, což je zvláště v případě hyperaktivních dětí a dětí s nejrůznějšími vývojovými problémy velmi stěžejní. Z výzkumu vyplývá, že současný stav u hyperaktivních dětí není optimální. Řešením této situace by mohla být snaha mateřských škol informovat více rodiče o činnostech, které s dětmi dělají, na co se zaměřují, jak mohou tyto činnosti využít doma, co dalšího a proč lze s dětmi – adekvátně k jejich věku – dělat. Vzhledem k tomu, že s úrovní spolupráce jsou školky dle výzkumu spokojeny, měl by se zvýšením informovanosti zlepšit i poměr rodin, kde lze stimulaci a podporu psychomotorického vývoje dítěte hodnotit jako adekvátní.

Spolupráce rodiny s mateřskou školou do jisté míry ovlivňuje i rozhodování rodičů o odkladu školní docházky. Mateřská škola může na základě dlouhodobé práce s dítětem odklad doporučit. Dítě se v domácím prostředí nemusí vždy plně projevit ve všech oblastech, a proto může rodičům případný nedostatek v některé oblasti uniknout. V případě nerovnoměrnosti vývoje může školka cíleným působením a podporováním dané oblasti naopak zabránit odložení školní docházky. To je vhodné zvláště u dětí, které nemají problémy s celkovou zralostí, ale mají dílčí nedostatky v některých oblastech (např. řeč).

Také u dětí s odloženou školní docházkou má školka a její spolupráce s rodinou velmi důležitou roli. Prostřednictvím vzdělávacího plánu může individuálně podporovat v rozvoji děti se specifickými potřebami, má k dispozici konkrétní metodické postupy, které lze individuálně upravit pro každé dítě. Z výzkumu vyplynulo, že pouze 34 % rodin s hyperaktivním dítětem neuvažuje o odkladu. Toto procento je nízké vzhledem

k tomu, že jednak příznaky hyperaktivity (a k ní často přidružené impulzivité a poruše pozornosti ve smyslu ADHD) sami o sobě jsou často důvodem k odkladu a jednak proto, že hyperaktivitu doprovází nejrůznější komorbidní poruchy (viz kapitola Hyperaktivita). 38 % dětí ze sledovaného souboru už v letošním roce má odklad školní docházky. Celorepublikový průměr odkladů školní docházky byl v loňském roce kolem 17 %. [LEŽÁLOVÁ, 2009] Některé zdroje již v minulých letech uvádí dokonce 25 %. [KROPÁČKOVÁ, 2004]

Odklad školní docházky obvykle nemívá jediný důvod, ale jedná se o kombinaci několika příčin. Nejčastějšími příčinami odkladů jsou poruchy koncentrace a pozornosti, ve sledovaném souboru je to u 59 % dětí. Tyto poruchy jsou často provázeny hyperaktivitou, jako charakteristický obraz ADHD.

Druhým nejčastějším důvodem – v 56 % - jsou problémy s jemnou motorikou a grafomotorikou. Jedním z cílů této práce je posoudit, nakolik úroveň rozvoje grafomotoriky způsobuje odklad školní docházky u dětí, které mají příznaky hyperaktivity. **Z výzkumu vyplývá, že problémy s grafomotorikou jsou velmi častou příčinou odkladu.** Do jisté míry to může ovlivňovat i skutečnost, že rodiče vnímají největší význam základní školy v tom, že se děti naučí číst, psát a počítat a proto v případě, že dítě má v některé z těchto oblastí nedostatečnou úroveň, volí odklad. I v dnešní době, kdy se díky počítačům potřeba psaní snižuje, stále patří psaní k základní vzdělanosti a u dětí s problémy v oblasti jemné motoriky ruky a grafomotoriky je pravděpodobnost, že s nácvikem psaní budou mít určité obtíže, poměrně vysoká.

U 38 % jsou hlavní příčinou nebo jednou z příčin odkladu problémy s hrubou motorikou a pohybovou koordinací. U těchto dětí je někdy narušeno i vnímání tělesného schématu, orientace v prostoru a to vše dohromady způsobuje dítěti řadu obtíží.

Poruchy řeči jsou důvodem u 22 %, ve výzkumu nebyly počítány do problémů s jemnou motorikou. Samotná hyperaktivita je spíše doplňujícím kritériem pro odklad, ne hlavní příčinou, celkem ji zmínilo 19 %. Pouze 6 % uvádělo jako důvod snahu „prodloužit dítěti dětství“. Mezi dětmi bez příznaků hyperaktivity bude toto procento pravděpodobně vyšší.

6. Závěr

Téma grafomotoriky i hyperaktivity je v odborné literatuře velmi rozšířené, pro zpracování teoretické části jsem měla velké množství dobře dostupných zdrojů.

Práce měla celkem dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, nakolik úroveň rozvoje grafomotoriky způsobuje u předškolních dětí, které mají příznaky hyperaktivity, odklad školní docházky. Druhým cílem bylo zjistit, zda mateřské školy věnují u dětí s příznaky hyperaktivity zvýšenou pozornost rozvoji jemné a hrubé motoriky. Oba cíle byly splněny.

Vzhledem k cílům práce byly stanoveny i hypotézy. První zněla, že nedostatky v rozvoji grafomotoriky u předškolních dětí jsou závislé na rozvoji hrubé motoriky a koordinace. Druhá hypotéza zněla, že u hyperaktivních dětí jsou větší nedostatky v rozvoji hrubé motoriky i koordinace.

Obě hypotézy byly potvrzeny.

Z výzkumu vyplynulo, že problémy s hrubou motorikou a koordinací jsou u hyperaktivních dětí časté, u většiny hyperaktivních předškolních dětí jsou v ní větší nedostatky. Pohybové aktivity jsou přesto velmi oblíbené. Výzkum také ukázal, že mateřské školy se cíleným rozvojem hrubé motoriky a pohybové koordinace nijak systematicky nezabývají.

V případě jemné motoriky je přístup školek aktivnější, činnosti jsou častější, pestré, rozšířené a oblíbené. V případě problémů s rozvojem školky spolupracují se specializovanými poradenskými a terapeutickými zařízeními. Na specializovaná zařízení se spoléhá zvláště v případě problémů s grafomotorikou. Ve většině běžných školek se rozvíjení grafomotoriky příliš nevěnují a obdobné je to i u hyperaktivních dětí. Případné problémy se ukázaly jako jedna z častých příčin způsobujících odklad školní docházky.

Cílený rozvoj nebo náprava grafomotoriky je specifický proces, který klade nároky na prostor, vybavení, přípravu, na dítě i na pedagoga. Je pochopitelné, že ani sami rodiče, ani školka nemá příliš velké možnosti se tomuto věnovat. Proto se domnívám, že by se měla větší pozornost věnovat prevenci. A to nejen samotné grafomotorice, ale

především ostatním oblastem psychomotoriky, od hrubé motoriky, koordinace, přes sensomotoriku až k jemné motorice.

Tato práce by mohla pomoci pedagogickým pracovníkům, ale i rodičům, aby si uvědomili důležitost psychomotorického vývoje a jeho rozvíjení v předškolním věku a také jim ukázat jakýsi nástin možností rozvoje. Výzkum také potvrzuje odlišnosti v psychomotorickém vývoji u hyperaktivních dětí. Je tedy třeba se touto problematikou více zabývat a poskytnout i těmto dětem adekvátní podněty k jejich individuálnímu rozvoji.

7. Klíčová slova

grafomotorika

hyperaktivita

předškolní věk

hrubá motorika

jemná motorika

psychomotorický vývoj

koordinace

8. Seznam použitých zdrojů

- ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. 1997. Parameters for the assessment and treatment of children, adolescent and adults with attention – deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997, no. 36, s. 87 – 121
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION . 1994. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. 4. vyd. (DSM-IV). Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
- ACCARDO, P. J. et al. 2000. *Attention deficits and hyperactivity in children and adults*. 2 vyd. New York : Marcel Dekker, 2000. 710 s. ISBN 0-8247-1962-X
- BABYRÁDOVÁ, H. 1999. *Symbol v dětském výtvarném projevu*. Brno : Masarykova Univerzita, 1999. 124 s. ISBN 80-210-2079-2.
- BARKER, P. 2007. *Základy dětské psychiatrie*. Praha : Triton, 2007. 252 s.
- BARKLEY, R. A. 1990. *Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment*. New York : Guilford Press, c1990. xvi, 747 s. ISBN 0-89862-443-6.
- BARKLEY R.A. 1998. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Scientific American*. 1998, vo. 279, s. 184 – 194.
- BARKLEY, R. A et al. 2002. Consensus statement on ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2002, no. 11, s. 96-98.
- BEDNÁŘOVÁ, J. 2005a. *Co si tužky povídaly : grafomotorická cvičení a rozvoj kresby pro děti od 4 do 6 let*. Brno : Computer Press, 2005. 64 s
- BEDNÁŘOVÁ, J. 2005b. *Mezi námi pastelkami : grafomotorická cvičení a rozvoj kresby pro děti od 3 do 5 let*. 1. díl. 1: vyd. Brno :Computer Press, 2005. ISBN 80-251-0809-0.
- BEDNÁŘOVÁ, J. 2006. *Na návštěvě u malíře : grafomotorická cvičení a rozvoj kresby pro děti od 5 do 7 let*. 3. díl. Brno : Computer Press, 2006. 64 s.
- BEDNÁŘOVÁ, J.; ŠMARDOVÁ, V. 2006. *Rozvoj grafomotoriky*. Brno : Computer Press, 2006. 80 s. ISBN 80-251-0977-1.

BERANOVÁ, Z. 2002. *Učíme se správně mluvit*. Praha : Grada, 2002. 104 s. ISBN 80-247-0257-6.

BIEDERMAN, J., WILENS, T., MICK, E. 1999. Pharmacotherapy of attention deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*. 1999, no. 104, s. 20-26.

BLAHUTKOVÁ, M.; KLENKOVÁ, J.; ZICHOVÁ, D. 2005. *Psychomotorické hry pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti*. Brno : Masarykova univerzita, 2005. 56 s.

BLAHUTKOVÁ, Marie. 2003. *Psychomotorika*. Brno : Masarykova univerzita, 2003. 92 s.

BOGDANOWICZ, M.; SWIERKOSZOVA, J. 1998. *Metoda dobrého startu*. Ostrava : Kasimo, 1998. 77 s. ISBN 80-902497-0-1.

CAMPBELLOVÁ, J. 2000. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha : Portál, 2000. 199 s. ISBN 80-717-8428-1.

CASEOVÁ, C.; DALLEYOVÁ, T. 1995. *Arteterapie s dětmi*. Praha : Portál, 1995. 175 s. ISBN 80-717-8065-0.

Česko. 2004. *Zákon č. 561/2004 Sb. Školský zákon*. Dostupný z [www: http://portal.gov.cz/](http://portal.gov.cz/). [+ Novela Zákon č 49/2009 Sb. Dostupné také z [www: http://www.msmt.cz/uploads/soubory/zakony/Novela_SZ_49_2009.pdf](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/zakony/Novela_SZ_49_2009.pdf)]

Česko. 2005. *Vyhláška 72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních*. Dostupná z [www: http://portal.gov.cz/](http://portal.gov.cz/).

Česko. 2005. *Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. Dostupná z [www: http://portal.gov.cz/](http://portal.gov.cz/).

DAVIDO, R. 2001. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. Praha : Portál, 2001. 206 s. ISBN 80-7178-449-4.

DRTÍLKOVÁ, I.; ŠEDÝ, O. 2007. *Hyperkinetická porucha*. Praha : Galén, 2007. 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5.

DRTÍLKOVÁ, I. 2007. *Hyperaktivní dítě : vše, co potřebujete vědět o dítěti s hyperkinetickou poruchou (ADHD)*. 2. vyd. Praha : Galén, 2007. 87 s. ISBN 978-80-7262-447-8.

- DULCAN, M. 1997. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997, vol. 36, no. 10, s. 85–120.
- EMCK, C.; BOSSCHER, R.; DORELEIJERS, T. *Psychomotor Functioning of Children with Psychiatric Disorders* [online]. Amsterdam : Vrije Universiteit, Faculty of Human Movement Sciences, Medical Faculty. Dostupné z www: <http://www.pmtinfosite.nl>.
- ERIKSON, E. H. 2002. *Dětství a společnost*. 1. vyd. Praha : Argo, 2002. 387 s. ISBN 80-7203-380-8.
- GOLDMAN, L. S. et al. 1998. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *JAMA*. 1998, vol. 279, s. ISBN 0-1100-1107-2.
- GOLDSTEIN, S., ELLISON, A. 2002. *Clinicians guide to adult ADHD: assesment and intervencion*. 6. vyd. Academic Press, 2002. 301 s. ISBN 0-1228-7049-2.
- GOLDSTEIN, A. M. 2003. *Handbook of psychology: Forensic psychology*. Hoboken : Wiley, 2003. 606 s. ISBN 0-471-66675-0.
- HACSG : The Feingold Programme* [online]. Dostupný z www: <http://www.hacsg.org.uk/FEINGOLD%20PROG.htm>.
- HARVEY, W.J.; REID,G. 1997. Motor performance of children with attention-deficit-hyperactivity disorder, A preliminary investigation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, vol. 14, no. 3. s. 189-202.
- HERMOVÁ, S. 1997. *Psychomotorické hry. : 92 her zaměřených na motorický rozvoj dětí v mateřské škole*. Praha : Portál, 1997. 95 s. ISBN 80-7178-139-8.
- HEYROVSKÁ, Y.; HRBKOVÁ, H.; MAŠKOVÁ, I. 1996. *Nebojte se psaní : náprava grafomotorických obtíží u dětí předškolního a školního věku*. Praha : tiskárna ČEZ, 1996.
- HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J. 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
- HRABAL, V. 2004. *Pedagogicko psychologická diagnostika žáka*. 2.vyd., Praha : UK, 2004. 199 s. ISBN 80-246-0319-5.

HYPERAKTIVITA. *Institut pro studium a terapii hyperaktivity a poruch pozornosti*, o.s. [online]. Dostupné z www: <http://www.hyperaktivita.cz>

JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. 2005. *Dysgrafie*. 1.vyd. Praha : D+H, 2005. 68 s. ISBN 80 903579-2-X.

JUCOVIČOVÁ, D. 2007. *Máte neklidné a nesoustředěné dítě?* Praha : D+H, 2007. 76 s. ISBN 978-80-9038-691-4.

KIPHARD, E.,J.1995.*Psychomotorik und Familie - psychomotorische Förderpraxis im Umfeld von Therapie und Pädagogik*. Dortmund : Modernes Lernen, 1995. ISBN 3-8080-0352-9

KIRBYOVÁ, A. 2000. *Nešikovné dítě: Dyspraxie a další poruchy motoriky*. Praha : Portál, 2000. 206 s. ISBN 80-7178-424-9.

KLENKOVÁ, J.; KOLBÁBKOVÁ, H. 2003. *Diagnostika předškoláka : správný vývoj řeči dítěte*. Brno : MC nakladatelství, 2003. 125 s. ISBN 80-239-0082-X.

KLÉGROVÁ, J. 2003. *Máme doma prvňáčka*. Praha : MF, 2003. 144 s. ISBN 80-204-1020-1

KROPÁČKOVÁ, J. 2004. Kdy je dítě připravené jít do školy? *Informatorium 3-8*. 2004, č. 1, s. 8 - 10.

KUCHARSKÁ, A.; MÁJOVÁ, L. 2005. *Dětská kresba v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, 2005. 96 s. ISBN 80-7290-217-2.

LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada, 2006. 368 s. ISBN: 80-86180-03-4

LEWIS, M. 2007. *Child and adolescent psychiatry*. 4. Vyd. Baltimore : Williams & Wilkins, 2007. 1088 s. ISBN 0-7817-6214-6

LEŽÁLOVÁ, R. 2009. Rozhodujeme o odkladu povinné školní docházky. *Zpravodaj pro MŠ*. Leden 2009. ISSN 1803-6694, s. 1.

LIPNICKÁ, M. 2006. Jak se vyvíjí počáteční psaní dětí? *Informatorium*. 2006, roč. 8 č. 7, s. 6- 7.

LIPNICKÁ, M. 2007. *Rozvoj grafomotoriky a podpora psaní : preventivní program, který pomáhá předcházet vzniku dysgrafie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 62 s. ISBN: 978-80-7367-244-7.

- LOOSEOVÁ, C. A.; PIEKERTO VÁ, N.; DIENEROVÁ, G. 2001a. *Grafomotorika pro děti předškolního věku : cvičení pro děti ve věku od 4 do 8 let*. Praha : Portál, 2001. 166 s. ISBN 80-7178-540-7.
- LOOSEOVÁ, C. A.; PIEKERTO VÁ, N.; DIENEROVÁ, G. 2001b. *Grafomotorika pro děti předškolního věku : pracovní listy*. Praha : Portál, 2001. 94 s. ISBN 80-7178-541-5.
- MATĚJČEK, Z. 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany : H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7
- MATĚJČEK, Z. 2005. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte : normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa : základní duševní potřeby dítěte : dítě a lidský svět*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 182 s. ISBN 80-247-0870-1.
- MATĚJČEK, Z. 2007. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 4. vyd. Praha : Portál, 2007. 143 s. ISBN 978-80-7367-325-3
- MATĚJČEK, Z. 2008. *Co děti nejvíc potřebují*. 5. vyd. Praha : Portál, 2008. 108 s. ISBN 80-7367-504-2
- MAYES, S. D., CALHOUN, L. S. 2006. WISC – IV and WISC – III Profiles in Children with ADHD. *Journal of Attention Disorder*. 2006, no. 9, s. 486 – 493.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 10. revize. WHO. 1994. [online]. Dostupný z www: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>
- MICHALOVÁ, Z. 2002a. *Čáry máry I : pracovní sešit pro rozvoj grafomotoriky*. Havlíčkův Brod : Tobiáš, 2002. 59 s.
- MICHALOVÁ, Z. 2002b. *Čáry máry II : pracovní sešit pro rozvoj grafomotoriky*. Havlíčkův Brod : Tobiáš, 2002. 47 s.
- MICHALOVÁ, Z. 2007. *Do školy s Tobiášem : pracovní sešit pro rozvoj početních představ, zrakového vnímání a grafomotoriky*. Havlíčkův Brod : Tobiáš, 2007. 75 s.
- MUNDEN, A.; ARCELUS, J. 2006. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita : přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. 2. vyd. Praha : Portál, 2006. 119 s. ISBN 80-7367-188-3.
- MUSSEN, P. H.; HUSTON A. C.; KAGAN, J. 1990. *Child Development and Personality*. New York : Harper Collins, 1990.

- OPATŘILOVÁ, D. a kol. 2006. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno : Masarykova univerzita, 2006, 292 s. ISBN 80-210-3977-9.
- PACLT, I.; PTÁČEK, R.; FLORIÁN, J. 2006. *Hyperaktivita*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-71-7.
- PACLT, I.; UHLÍKOVÁ, P.; FLORIAN, J. 1999. Hyperkinetický syndrom v dětském věku. *Remedia*, 1999. roč. 9, č. 6, s. 333-344.
- PACLT, I. 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha : Grada, 2007. 240 s. ISBN 80-2471-426-4.
- PAULÍK, K. 2002. *Vývojová psychologie*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2002. 66 s. ISBN 80-7042-214-9.
- PEARCE, J. 1994. *Growth and Development*. London : Thorsens, 1994. 124 s. ISBN 0722517246.
- PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ PORADNA, Nový Jičín. 2009. Pomůcky užívané pro nápravu dysgrafie. [online]. Dostupný z www: <http://www.pppnj.adslink.cz/data/reedukace.html#dysgrafie>
- PELHAM, W. E.; WHEELER T.; CHRONIS, A. 1998. Empirically support psychosocial treatments for attention deficit hyperaktivita disorder. *Journal of Clinical Children Psychology*. 1998, no. 27, s. 190 – 205.
- PIAGET, J.; INHELDEROVÁ, B. 2007. *Psychologie dítěte*. 5. vyd. Praha : Portál, 2007. 143 s. ISBN 978-80-7367-263-8.
- PIEK, J. P.; PITCHER, T. M.; HAY, D. A. 1999. Motor coordination and kinasthesis in boys with attention deficit-hyperaktivita disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 1999, no. 41, s. 159-165.
- PMT Info Site* [online]. Dostupný z ww: http://www.pmtinfosite.nl/index_uk.php.
- POKORNÁ, V. 1998. *Šimonovy pracovní listy. 9. Grafomotorika a kreslení*. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. 48 s. ISBN 80-7178-225-4.
- POKORNÁ, V. 2001. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha : Portál, 2001. 333 s. ISBN 80-7178-570-9.
- PREKOPOVÁ, J.; SCHWEIZEROVÁ, C. 1994. *Neklidné dítě*. Praha : Portál, 1994. 143 s. ISBN 80-7178-019-7.

- PROVAZNÍK, K. a kol. 1998. *Manuál Prevence v lékařské praxi 1. - 10. díl*. Praha : SZÚ, Národní program zdraví 1998-2004.
- PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. 2008. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. 322 s. ISBN 978-80-7367-416-8.
- Psychomotorické hry : 92 her zaměřených na motorický rozvoj dětí v mateřské škole*. 2. vyd. Praha : Portál, 1997. 95 s. ISBN 80-7178-139-8.
- Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání* [online]. Praha : Výzkumný ústav pedagogický, 2004. Dostupný z www: <http://aplikace.msmt.cz/DOC/MJRVPPVdoVestnikupokorekture2.doc>
- RENOTIÉROVÁ, M. a kol. 2003. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. 290 s. ISBN 80-244-0646-2.
- RUTTER, M.; TAYLOR, E.; HERSON, L. 1994. *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. Oxford : Blackwell Science, 1994.
- ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha : Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- SANTLEROVÁ, K.; SÝKOROVÁ, H. 1994. *Rozvoj grafomotoriky v předškolním věku*. Brno : Masarykova Univerzita, 1994. s. 44.
- ŠINDELÁŘOVÁ, B. 1993. *Předcházíme poruchám učení : soubor cvičení pro děti v předškolním roce a v první třídě*. Praha : Portál, 1993. 63 s. ISBN 80-85282-70-4.
- SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. 160 s.
- SMOLÍKOVÁ K.; SMOLÍK, J. 2004. *Šimonovy pracovní listy. 11. Grafomotorická cvičení*. Praha : Portál, 2004. [64] s.
- SPÁČILOVÁ, H.; ŠUBOVÁ, L. 2004. *Příprava žáka na psaní : rozvíjení grafomotoriky a zrakového vnímání*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2004. 87 s. ISBN 80-244-0761-2.
- SVOBODA, P. 2009. *Cvičení pro rozvoj jemné motoriky a psaní : k výuce psaní, domácí přípravě školáků a ke vzdělávání dětí s dysgrafií*. Praha : Portál, 2009. 55 s.
- SVOBODOVÁ, J. 2001. *Metodika rozvoje grafomotoriky a počátečního psaní*. Praha : Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2001.
- SZABOVÁ, M. 1996. *Náčrt psychomotorické terapie*. Bratislava : PdF UK, 1996. 150 s. ISBN 80-88868-06-8

SZABOVÁ, M. 1999. *Cvičení pro rozvoj psychomotoriky: stimulační hry pro děti od 3 do 10 let*. Praha : Portál, 1999. 147 s. ISBN 80-7178-276-9.

ŠEBEK, M. 1990. *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1990. 128 s. ISBN 80-0423-643-X.

The European Forum of Psychomotricity [online]. Dostupný z www: http://www.psychomot.org/forum_psychomotoriky/forum-psychomotoriky.htm.

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

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

TRÁVNÍKOVÁ, D.; SEBERA, M.; BLAHUTKOVÁ, M. 2007. *Psychomotorika* [online]. Brno : Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií, 2007. Dostupné z www: <http://is.muni.cz/elportal/estud/fsps/js07/psychom/pages/000.html>.

TYMICOVÁ, H. 1994. *Nauč mě správně psát*. Praha : Práce, 1994. 62 s. ISBN 80-208-0330-0.

ULRICH, D. A. 2000. *Test of gross motor development (2e druk)*. Austin : PRO-ED, 2000. Dostupný z www: http://www.pef.uni-lj.si/srp_gradiva/tgm.pdf.

UŽDIL, J. 2002. *Cáry, klikyháky, panáci a auta*. Praha : Portál, 2002. 125 s. ISBN 80-7178-599-7.

VÁGNEROVÁ, M. 2005. *Vývojová psychologie I*. Praha : Karolinum, 2005. 467 s. ISBN: 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4

VARGOVÁ, T. 2005. *Jak se Hrášek učil [grafika] : pracovní a metodické listy pro rozvoj jemné motoriky a grafomotoriky*. 2. Olomouc : Rubico, [2005]. 57 l.

VOJTA, V. et al. 1993. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku: Včasná diagnóza a terapie*. Grada : Avicenum, 1993. 367 s. ISBN 8085424983.

WEISS, G. H.; TROKENBERG, L. 1993. *Hyperactive children grown up : ADHD in children, adolescents, and adults*. 2. vyd. New York : Guilford Press, 1993. xx, 473 s. ISBN: 0-89862-596-3.

WIENER, J. M.; DULCAN M. K. 2003. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. 3. vyd. Washington DC : American Psychiatric Publishing, Inc, 2003. 1146 s. ISBN: 1585620572.

WILENS, T. et al. 2002. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002, vol. 41, no. 3, s. 262-268

ZELINKOVÁ, O. 2001. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 207 s. ISBN 80-7178-544-X.

ZELINKOVÁ, O. 2003. *Poruchy učení : dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Praha : Portál, 2003. 263 s. ISBN 80-7178-800-7.

9. Přílohy

Příloha č. 1

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research

F90 HYPERKINETIC DISORDERS

Note: The research diagnosis of hyperkinetic disorder requires the definite presence of abnormal levels of inattention and restlessness that are pervasive across situations and persistent over time, that can be demonstrated by direct observation, and that are not caused by other disorders such as autism or affective disorders.

Eventually, assessment instruments should develop to the point where it is possible to take a quantitative cut-off score on reliable valid and standardised measures of hyperactive behaviour in the home and classroom, corresponding to the 95th percentile on both measures. Such criteria would then replace G1 and G2 below.

G1. Demonstrable abnormality of attention, activity and impulsivity at home, for the age and developmental level of the child, as evidenced by (1), (2) and (3):

(1) at least three of the following attention problems:

- (a) short duration of spontaneous activities;
- (b) often leaving play activities unfinished;
- (c) over-frequent changes between activities;
- (d) undue lack of persistence at tasks set by adults;
- (e) unduly high distractibility during study e.g. homework or reading assignment;

(2) plus at least three of the following activity problems:

- (a) very often runs about or climbs excessively in situations where it is inappropriate; seems unable to remain still;
- (b) markedly excessive fidgeting & wriggling during spontaneous activities;
- (c) markedly excessive activity in situations expecting relative stillness (e.g. mealtimes, travel, visiting, church);
- (d) often leaves seat in classroom or other situations when remaining seated is expected;
- (e) often has difficulty playing quietly.

(3) plus at least one of the following impulsivity problems:

- (a) often has difficulty awaiting turns in games or group situations;
- (b) often interrupts or intrudes on others (e.g. butts in to others' conversations or games);

(c) often blurts out answers to questions before questions have been completed.

G2. Demonstrable abnormality of attention and activity at school or nursery (if applicable), for the age and developmental level of the child, as evidenced by both (1) and (2):

(1) at least two of the following attention problems:

- (a) undue lack of persistence at tasks;
- (b) unduly high distractibility, i.e. often orienting towards extrinsic stimuli;
- (c) over-frequent changes between activities when choice is allowed;
- (d) excessively short duration of play activities;

(2) and by at least three of the following activity problems:

- (a) continuous (or almost continuous) and excessive motor restlessness (running, jumping, etc.) in situations allowing free activity;
- (b) markedly excessive fidgeting and wriggling in structured situations;
- (c) excessive levels of off-task activity during tasks;
- (d) unduly often out of seat when required to be sitting;
- (e) often has difficulty playing quietly.

G3. Directly observed abnormality of attention or activity. This must be excessive for the child's age and developmental level. The evidence may be any of the following:

- (1) direct observation of the criteria in G1 or G2 above, i.e. not solely the report of parent or teacher;
- (2) observation of abnormal levels of motor activity, or off-task behaviour, or lack of persistence in activities, in a setting outside home or school (e.g. clinic or laboratory);
- (3) significant impairment of performance on psychometric tests of attention.

G4. Does not meet criteria for pervasive developmental disorder (F84), mania (F30), depressive (F32) or anxiety disorder (F41).

G5. Onset before the age of seven years.

G6. Duration of at least six months.

G7. IQ above 50.

F90.0 Disturbance of activity and attention

The general criteria for hyperkinetic disorder (F90) must be met, but not those for conduct disorders (F91).

F90.1 Hyperkinetic conduct disorder

Both the general criteria for hyperkinetic disorder (F90) and conduct disorder (F91) must be met.

F90.8 Other hyperkinetic disorders

F90.9 Hyperkinetic disorder, unspecified

This residual category is not recommended and should be used only when there is a lack of differentiation between F90.0 and F90.1 but the overall criteria for F90.- are fulfilled.

Příloha č. 2

Diagnostic Criteria for ADHD Reprinted with permission from the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. (DSM-IV)*. Copyright 1994. American Psychiatric Association.

A. Either 1 or 2
1) Six (or more) of the following symptoms of inattention have persisted for at least 6 months to a degree that is maladaptive and inconsistent with developmental level:
<i>Inattention</i>
a) Often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, work, or other activities
b) Often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities
c) Often does not seem to listen when spoken to directly
d) Often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (not due to oppositional behavior or failure to understand instructions)
e) Often has difficulty organizing tasks and activities
f) Often avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (such as schoolwork or homework)
g) Often loses things necessary for tasks or activities (eg, toys, school assignments, pencils, books, or tools)
h) Is often easily distracted by extraneous stimuli
i) Is often forgetful in daily activities
2) Six (or more) of the following symptoms of hyperactivity-impulsivity have persisted for at least 6 months to a degree that is maladaptive and inconsistent with developmental level:
<i>Hyperactivity</i>
a) Often fidgets with hands or feet or squirms in seat
b) Often leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected
c) Often runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate (in adolescents or adults, may be limited to subjective feelings of restlessness)
d) Often has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly
e) Is often "on the go" or often acts as if "driven by a motor"
f) Often talks excessively

<i>Impulsivity</i>
g) Often blurts out answers before questions have been completed
h) Often has difficulty awaiting turn
i) Often interrupts or intrudes on others (eg, butts into conversations or games)
B. Some hyperactive-impulsive or inattentive symptoms that caused impairment were present before 7 years of age.
C. Some impairment from the symptoms is present in 2 or more settings (eg, at school [or work] or at home).
D. There must be clear evidence of clinically significant impairment in social, academic, or occupational functioning.
E. The symptoms do not occur exclusively during the course of a pervasive developmental disorder, schizophrenia, or other psychotic disorder and are not better accounted for by another mental disorder (eg, mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder, or personality disorder).
Code based on type:
314.01 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Combined Type: if both criteria A1 and A2 are met for the past 6 months
314.00 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type: if criterion A1 is met but criterion A2 is not met for the past 6 months
314.01 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Predominantly Hyperactive, Impulsive Type: if criterion A2 is met but criterion A1 is not met for the past 6 months
314.9 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Not Otherwise Specified

Příloha č. 3

Dobrý den, obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku týkajícího se dětí s příznaky hyperaktivity. Všechny informace budou použity pouze pro diplomovou práci „*Rozvoj grafomotoriky u předškolních dětí s příznaky hyperaktivity*“, kterou zpracovávám. Děkuji, Katka Šmídová

- Kolik dětí s příznaky hyperaktivity (neposednost, bezděčné pohyby, upovídanost, hlučnost,..) je ve Vaší třídě?

Následující otázky se týkají pouze dětí s příznaky hyperaktivity. Pokud u Vás ve třídě žádné nejsou, dále již neodpovídejte. Děkuji

- U kolika dětí tělesná aktivita a hrubá motorika:
odpovídá věkuodpovídá věku, ale s nedostatky..... je opožděná
- Kolik dětí se vyhýbá, odmítá, případně odbývá aktivity spojené s jemnou motorikou?.....
- Kolik dětí baví kreslení a činnosti spojené s přípravou na psaní?
.....
- Kolik z dětí má správný úchop tužky?
- tlačí na tužku?
- vede rovnoměrně linie čar?
- má dítě podle Vás adekvátní stimulaci v rodině?

Příloha č. 4

Dobrý den, obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího krátkého dotazníku. Týká se Vašeho dítěte, jeho rozvoje hrubé a jemné motoriky. Všechny informace budou použity pouze pro diplomovou práci „*Rozvoj grafomotoriky u předškolních dětí s příznaky hyperaktivity*“, kterou zpracovávám.

Děkuji, Katka Šmídová

Následující zaškrtněte v případě dlouhodobého výskytu (déle než půl roku)

- Často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli ANO - NE
- Často v situacích, kdy by mělo sedět vstává ze židle ANO - NE
- Často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné ANO - NE
- Často je nadměrně hlučné při hraní, má potíže hrát si tiše nebo se chovat tiše při odpočinkových činnostech ANO - NE
- Často bývá nepřiměřeně upovídané ANO - NE
- Bývá často „na pochodu“ nebo jako by „jelo na motor“ ANO - NE

Motorika:

- Je živější? ANO - NE
- Hraje rádo sportovní hry? ANO - NE
- Hází si rádo s míčem? ANO - NE
- Je neklidné, chvílku neposedí? ANO - NE

- Které dovednosti zvládá? – jízda na kole ANO - NE
- samostatné plavání ANO - NE
- koloběžka ANO - NE
- lyžování ANO - NE
- další

- Vydrží poslouchat pohádku? (udrží pozornost při čtení) ANO - NE

Jemná motorika

- Kreslí rádo a často? ANO - NE
- Hraje si rádo se stavebnicemi typu Lego, případně s korálky a dalšími drobnými předměty? ANO - NE
- Drží tužku křečovitě? ANO - NE
- Drží tužku převážně ve stejné ruce? ANO - NE
- Má doma prostor na kreslení? (vlastní stůl) ANO - NE

(případně kde nejčastěji kreslí – kuchyňský stůl, konferenční stolek, pohlava..)

.....

.....

.....

- Jaké výtvarné pomůcky máte doma? (pastelky, křídly, modelína,...) Seřad'te od nejoblíbenějších)

.....

.....

.....

.....

Má péči dalších odborníků?

- Logoped ANO - NE
- Psycholog ANO - NE
- Rehabilitace ANO - NE
- Psychiatr ANO - NE
- Neurolog ANO - NE
- Další

Kolik je Vašemu dítěti let? Uveďte, prosím, i měsíce.

Zvažujete odklad školní docházky? Pokud ano, co je hlavním důvodem (i více důvodů) ?

- Snaha „prodloužit dítěti dětství“ ANO - NE
- Problémy s motorikou a pohybovou koordinací ANO - NE
- Problémy s grafomotorikou (kreslení, psaní) ANO - NE
- Nadměrná pohybová aktivita ANO - NE
- Problémy s udržením pozornosti, s koncentrací ANO - NE
- Jiné důvody.....