

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA TELESNEJ KULTÚRY

**POHYBOVÉ AKTIVITY ŽIAKOV S ADHD V OBDOBÍ STREDNÉHO
ŠKOLSKÉHO VEKU**

Bakalárska práca

Autor: Jakub Dušan Vaňo, Tělesná výchova a sport

Vedúci práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Olomouc 2021

Bibliografická identifikácia

Meno a priezvisko autora: Jakub Dušan Vaňo

Názov bakalárskej práce: Pohybové aktivity žiakov s ADHD v období stredného školského veku.

Pracovisko: Katedra aplikovaných pohybových aktivít

Vedúci bakalárskej práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Rok obhajoby bakalárskej práce: 2021

Abstrakt: Bakalárska práca sa zaoberá problematikou poruchy aktivity a pozornosti (ADHD) u detí stredného školského veku. V prvej časti vychádzame z teoretických východísk poruchy aktivity a pozornosti a z vývojových osobitostí detí vo veku 10 – 12 rokov. Ďalej sa venujeme problematike motorického vývoja detí v tomto veku a jeho poruchami. Významnou súčasťou teoretickej časti sú aj aplikované pohybové aktivity a ich prepojenie na syndróm ADHD. Výskumná časť je zameraná na skúmanie emočných reakcií na školskú telesnú výchovu žiakov s diagnostikovanou poruchou ADHD a porovnanie s emočnými reakciami intaktných žiakov. Na získanie informácií sme použili skrátenú verziu dotazníka DEMOR, ktorú sme predložili žiakom stredného školského veku v regióne Partizánske. Dotazník DEMOR obsahoval 48 položiek, ktoré boli rozdelené do dvoch skupín dimenzií – pozitívnej a negatívnej. V rámci tohto výskumu sme zistili, že nie sú výrazné rozdiely medzi emočnými reakciami na telesnú výchovu medzi žiakmi s diagnostikovaným syndrómom ADHD a intaktnými žiakmi. Obe skupiny žiakov pociťujú výrazne viac pozitívnych emočných reakcií na telesnú výchovu ako negatívnych, pričom v skupine intaktných žiakov je rozdiel medzi jednotlivými dimenziami menej výrazný ako v skupine žiakov s ADHD. Z pozitívnych emočných reakcií u žiakov s ADHD dosiahli najviac bodov položky „prijemný pocit zvládnutia, sebadôvera“, „pocit uvoľnenia a relaxácie“ a „pocit energie“. Najvyššie skóre zo skúmaných negatívnych emočných reakcií na telesnú výchovu dosiahol „pocit únavy“. Výsledky výskumnej časti boli ovplyvnené pandémiou COVID-19, pretože deti dlhodobo nemali možnosť kolektívne športovať a mnohé stratili návyky bežného života.

Kľúčové slová: Hyperkinetická porucha, ADHD, Motorický nepokoj, Aplikované pohybové aktivity, Dotazník emočných reakcií.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Jakub Dušan Vaňo

Title of the master thesis: Physical activity of pupils with ADHD in mid school years

Department: Department of Adapted Physical Activity

Supervisor: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

The year of presentation: 2021

Abstract: The bachelor's thesis deals with pupils with ADHD in the age of 10-12 years. The theoretical part of thesis focuses on hyperkinetic disfunction and focus disfunction (ADHD) and deals with personality development in the age of 10-12 years. Furthermore, the thesis focuses on problems of motor development of children in this age and their disabilities. The important part of theoretical section creates adapted physical activities and their connection with ADHD syndrome. The investigative part focuses on exploring of emotional reactions toward school PE lessons of pupils with ADHD diagnosis and comparison with emotional reactions of intact pupils. For obtaining the information we use abbreviated version of questionnaire DEMOR, which was handed in to pupils of school age in the region of Partizánske. The questionnaire DEMOR has 48 parts, which were divided into two groups of dimensions- positive and negative. Within this investigation we detected that there is no difference on emotional reactions during PE lesson between pupils with ADHD diagnosis and intact pupils. Both groups of pupils feel positive emotional reactions to PE lessons, more than negative. Whereas in the group of intact pupils, there is a difference between individual dimensions less outstanding than in the group of ADHD pupils. From the positive emotional reactions of ADHD diagnosed children the biggest score attained "enjoyable feeling of managing, self-confidence", "feeling of relieving and relaxing" and "feeling of energy". The biggest negative emotional reaction on PE lessons scores "feeling of fatigue". The findings of investigative part were affected by COVID-19 pandemic, because children did not have option to work out in a group, so that a lot of them lost the addiction of normal life.

Keywords: Hyperkinetic disfunction, ADHD, Motoric discomposure, Adapted physical activities, Questionnaire of emotional reactions

Prehlasujem, že som bakalársku prácu vypracoval samostatne pod odborným vedením Mgr. Ondřeja Ješinu, Ph.D., uviedol som všetky použité literárne zdroje a pracoval v rámci vedeckej etiky.

V Olomouci dňa 5.4.2021

.....

Ďakujem Mgr. Ondřejovi Ješinovi, Ph.D., za odborný dohľad a pomoc pri písaní bakalárskej práce a ZŠ na Malinovského ulici v Partizánskom za umožnenie realizácie merania.

Obsah

1	ÚVOD	7
2	Prehľad poznatkov	8
2.1	Charakteristika ADHD	8
2.1.1	Kritéria hyperkinetickej poruchy	9
2.1.2	Príčiny ADHD	12
2.1.3	Etiológia a patogenéza ADHD	13
2.2	Vývojové zvláštnosti detí vo veku 10-12 rokov	14
2.3	Základy vývoje motoriky	17
2.3.1	Vývoj motoriky vo vekovom období 10 – 12 let.....	18
2.3.2	Poruchy motorických funkcií a ADHD.....	19
2.4	Aplikované pohybové aktivity.....	21
2.4.1	Historické súvislosti rozvoja APA.....	22
2.4.2	Realizácia APA v ČR.....	23
2.4.3	Poruchy pozornosti s hyperaktivitou a APA.....	24
2.4.4	Námety na pohybové aktivity vhodné pre jedincov s ADHD.....	26
3	Ciele, výskumné otázky a úlohy práce.....	29
3.1	Výskumné otázky	29
3.2	Úlohy práce	29
4	Metodika práce.....	30
4.4.1	Opis skúmaného súboru	30
4.4.2	Metodika zbierania spracovania dát.....	31
4.4.3	Organizácia výskumu a postup práce.....	32
5	Výsledky výskumu a diskusia.....	33
6	Záver	44
	SÚHRN.....	48
	SUMMARY	49
	REFERENČNÝ ZOZNAM.....	50
	PRÍLOHY	55

1 ÚVOD

Každá rodina, ktorá sa pripravuje na príchod dieťaťa túži po tom, aby dieťa bolo nielen zdravé, ale malo by byť aj pokojné, pozorné, samostatné, bystré, úspešné, nadané, poslušné. Mnohí si želajú, aby ich dieťa malo aspoň jednu z týchto vlastností. Keď však nazrieme do škôl, nachádzame v nich množstvo detí, ktoré majú vážny problém s pozornosťou a mnohokrát aj s učením. Dynamika doby, v ktorej žijeme, množstvo podnetov, ktoré na nás pôsobia, chemické látky, ktoré sa vznášajú vo vzduchu, objavujú sa v jedle, ktoré konzumujeme, zaneprázdnení rodičia, ľahká dostupnosť elektronických zariadení a rôznych programov, ktoré evokujú v deťoch napätie, mnohokrát úzkosť, násilie – to všetko sú momenty, ktoré výrazne vplyvajú na rozvoj nervovej sústavy a ovplyvňujú naše správanie.

Problematika hyperkinetickej poruchy nás zaujala najmä z osobných dôvodov. Rodina, v ktorej som vyrastal bola s ADHD spätá veľmi intenzívne. Môjmu staršiemu bratovi, rovnako ako mne, bola v predškolskom veku diagnostikovaná porucha aktivity a pozornosti. Neskutočné množstvo energie, ktorou sme boli obdarení, nútila našich rodičov, aby nám neustále vymýšľali program, ktorý by nás zabavil a unavil. Množstvo poznámok od učiteľov prinášalo do našich životov isté napätie a chvíľami aj bezmocnosť. U mňa i u brata sa navyše porucha aktivity a pozornosti spojila aj s poruchami učenia. Moji rodičia sa rozhodli investovať našu energiu najmä do športu. A keďže tej energie sme mali nadbytok, tak môj brat navštevoval okrem tréningov ľadového hokeja aj zápasenie, či základnú umeleckú školu, kde sa venoval divadlu. Moju nadmernú pohybovú aktivitu sme zamerali rovnako na šport – v mojom prípade to bol dominantne ľadový hokej, hokejbal, florbal.

Čím som bol starší, tým viac ma problematika detí s diagnostikovanou poruchou ADHD zaujímala. Často som pracoval v škole s deťmi, ktoré boli podobne ako ja plné nepokoja, nadmernej energie a ja som ich prejavy často porovnával s tým, čo som prežíval ja. Práve tieto fakty stáli pri zrode tejto práce.

Predkladaná bakalárska práca ponúka čitateľom problematiku hyperkinetickej poruchy ADHD vo vekovom období 10 – 12 rokov. Jej cieľom je zmapovanie tejto problematiky a preskúmanie emočných reakcií na telesnú výchovu v škole prostredníctvom dotazníka DEMOR. V praktickej časti sa venuje aj porovnaniu emočných reakcií na telesnú výchovu medzi skupinou žiakov s diagnostikovanou poruchou ADHD a skupinou intaktných žiakov.

2 Prehľad poznatkov

V rôznych krajinách dochádzalo k rôznym pomenovaniám poruchy správania, pričom terminológia sa často líšila aj medzi psychiatrami, neurológmi a pediatrami.

2.1 Charakteristika ADHD

S problematikou špecifická vývojová porucha pozornosti a správania (z ang. Attention deficit hyperactivity disorder – ďalej len ADHD) sa stretávame na začiatku 20. storočia, keď v roku 1902 britský doktor Still vyšetril skupinu nepokojných detí, ktoré mali výrazne nežiaduce správanie napriek tomu, že boli vychovávané v domácnostiach, ktoré spĺňali kritéria slušnej výchovy. Still ďalej popísal prejavy hyperaktivity, poruchy správania, narušenú pozornosť, problémy s učením a všimol si, že tieto príznaky sa objavovali častejšie u chlapcov (Drtílková, 2007). Toto potvrdzujú aj nové zistenia, ktoré uvádza český štatistický úrad - prieskumy V ČR v roku 2018 ukázali, že najčastejším druhom postihnutia medzi žiakmi ZŠ a SŠ boli závažné vývinové poruchy učenia, ktoré sa týkali 5,8% všetkých žiakov, pričom chlapcov bolo dvakrát viac ako dievčat (Chodounská, 2019). V počiatkových obdobiach bola bežne uznávaná metóda liečby pomocou fyzických trestov, cieľom ktorých bolo dosiahnuť, aby deti boli poslušné.

Po prvej svetovej vojne sa problémy so správaním detí často spájali s encefalitídou, čo poukazovalo na význam organických faktorov v etiológii. V roku 1963 bol zavedený termín LMD – ľahká mozgová dysfunkcia. V rámci definície tohto termínu sa uvádzalo, že ide o deti s vyššou, priemernou alebo podpriemernou inteligenciou, s rôznymi poruchami učenia alebo správania. Rôzne formy ochorenia boli spájané s odchýlkami funkcií CNS. Tieto deviácie sa mohli manifestovať prostredníctvom rôznych porúch percepcie, tvorenia pojmov, pamäte, reči, pozornosti, impulzivity alebo motorických funkcií. Koncepcia LMD bola na rozdiel od hyperkinetickej poruchy širšia. LMD bola často považovaná za následok perinatálneho poškodenia mozgu a z pohľadu neurológov bola často považovaná za ľahkú formu detskej mozgovej obrny (Drtílková, 2005).

Train (1997) uvádza, že za kľúčové faktory pre vznik ADHD boli považované perinatálne komplikácie, vleklé pôrody, omotaná pupočná šnúra, nedostatočná pľúcna ventilácia u predčasne narodených detí – čo všetko viedlo k mozgovej hypoxii.

V roku 1957 Laufer a Denhoff zaviedli termín hyperkinetickej impulzívnej poruchy, pričom kritéria sa opierali len o klinické príznaky hyperaktivity a impulzivity bez ohľadu na etiológiu (Šuba, 1999).

V súčasnosti existujú dva základné prístupy k poňatiu hyperkinetických porúch: podľa amerických diagnostických manuálov (DSM) a podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH).

2.1.1 Kritéria hyperkinetickej poruchy

Syndróm ADHD môžeme charakterizovať podľa Európskeho klasifikačného systému – Medzinárodná klasifikácia chorôb 10. revízia (MKCH-10) (online dostupné na <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F90.0>) alebo podľa klasifikačného systému USA – Diagnostický a štatistický manuál duševných chorôb 4 revízia (DSM-IV). V MKCH-10 sa stretávame s hyperkinetickou poruchou, termín ADHD vychádza z amerického ponímania postihnutia (American Psychiatric Association, 1994).

Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb hyperkinetická porucha zahŕňa diagnózy F 90.0 – porucha aktivity a pozornosti a F 90.1 – hyperkinetická porucha správania. Podľa MKCH – 10 je pre diagnózu nevyhnutná prítomnosť oboch symptómov hyperkinetickej poruchy, ktoré sú často sprevádzané impulzívnosťou, príp. inými pridruženými príznakmi. Porucha musí začínať pred 7 rokom života dieťaťa a musí trvať najmenej 6 mesiacov.

Podľa diagnostických kritérií sú hyperkinetické poruchy charakterizované raným začiatkom a kombináciou nadmerne aktívneho, nevhodne ovládaného správania s výraznou nepozornosťou a neschopnosťou trvalo sa sústreďovať na danú úlohu. Tieto prejavy sú trvalé, objavujú sa vo viacerých situáciách a ich miera je neprimeraná mentálnemu veku dieťaťa. K hlavným rysom patrí narušená pozornosť a hyperaktivita, ktoré bývajú často sprevádzané impulzívnosťou. Hyperkinetické poruchy vznikajú zvyčajne v prvých piatich rokoch života.

Kritéria hyperkinetickej poruchy podľa MKCH -10

- vznik pred 7. rokom života, trvanie symptómov najmenej 6 mesiacov;
- porucha pozornosti (prítomných 6 znakov z 9)
 - ťažko koncentruje pozornosť,
 - nedokáže udržať pozornosť,
 - nedokončuje úlohy,
 - vyhýba sa úlohám, ktoré si vyžadujú mentálne úsilie,

- stráca veci,
- neporiadny, dezorganizovaný,
- zábudlivý;
- hyperaktivita (prítomné 3 príznaky z 5)
 - neposedný, vrtí sa,
 - nevydrží sedieť na mieste,
 - behá dokola,
 - vyrušuje, je hlučný, s problémami zachováva pokoj a ticho,
 - je v neustálom pohybe,
 - veľa rozpráva;
- impulzivita (prítomný 1 znak zo 4)
 - je nezdržanlivý v hovorení,
 - vyhrkne odpoveď bez premýšľania,
 - nedokáže čakať,
 - prerušuje ostatných;
- hyperkinetická porucha správania.

Podľa diagnostických kritérií MKCH-10 je v prípade súčasného výskytu hyperkinetickej poruchy a poruchy správania možné stanoviť diagnózu hyperkinetickej poruchy správania. Podmienkou stanovenia tejto diagnózy je minimálne trvanie problémov 6 mesiacov a ich počiatky v období do 6 rokov života.

Train (1997) uvádza tieto charakteristické prejavy správania detí s poruchou pozornosti, ktorá je sprevádzaná hyperaktivitou:

1. Vysoká miera aktivity:

- vyzerá, že je v neustálom pohybe;
- nemá pokojné ruky ani nohy, točí sa, padá zo stoličky;
- vyhladáva blízke predmety, s ktorými sa hrá alebo ich vkladá do úst;
- nedokáže zostať na mieste – prechádza sa po triede.

2. Impulzivita a malé sebaovládanie:

- často niečo vyhrkne, často nevhodne;
- nevie sa dočkať, kým príde na neho rad;
- často skáče do reči ostatným alebo ich ruší;
- často hovorí viac ako treba;
- dostáva sa do problémov tým, že si veci nedokáže vopred premyslieť – reaguje skôr ako premýšľa;

- často sa zapája do fyzicky nebezpečných činností, skôr ako by vopred zvážil možné následky (napr. skáče dolu z veľkej výšky, vojde na bicykli na cestu bez toho, aby sa rozhladol), preto sa často zraní.
3. Má problémy s prechodom k inej aktivite.
 4. Agresívne správanie, neprimerane silná reakcia aj na drobné podnety.
 5. Sociálna nezrelosť.
 6. Malá sebaúcta a výrazná frustrovanosť.

Treba však poznamenať, že nie všetky z uvedených príznakov platia pre každé dieťa a aj ich stupeň je pri jednotlivcoch odlišný. Každé dieťa je individualitou, jedinečnou bytosťou a objavuje sa u neho iná kombinácia prejavov správania, silných a slabých stránok, záľub, vlôh a zručností.

Nedostatok pozornosti dieťaťa, impulzivnosť a hyperaktivita môžu byť súčasťou aj iného syndrómu, napr.

- generalizovaná porucha pozornosti (dieťa býva skôr pasívne, pomalé pri plnení úloh, často s únikom myšlienok, letargické, málo impulzívne, dezorientované a často je z neho outsider – na okraji skupiny);
- opozičné správanie (dieťa býva náladová, výbušné, vzdorovité, negativistické, tvrdohlavé, vždy v opozícii);
- poruchy správania – (tieto deti sa prejavujú podobne ako deti s opozičným správaním, ale ešte navyše sa správajú agresívne, utekajú, kradnú, sú tvrdohlavé, ničia veci, klamú, podpaľujú veci, sú schopné fyzického násillia, bijú sa);
- emočné problémy v správaní - (tieto deti majú zníženú sebadôveru, bývajú veľmi úzkostné, trpia depresiou, ťažko nadväzujú vzťahy s rovesníkmi, môžu byť apatické, podráždené, uzavreté, ťažkopádne, agresívne, precitlivelé);
- poruchy učenia (pri týchto deťoch školské výkony často nezodpovedajú ich IQ, mávajú problémy s rečou, čítaním, písaním, pravopisom, počítaním) (Train, 1997).

Často sa stáva, že symptómy jednotlivých porúch sa prelínajú. Je potrebné uvedomiť si túto prepojenosť a nesnažiť sa zjednodušovať problém len na jeden typ poruchy.

Každé dieťa s problematickým správaním by malo prejsť lekársnym vyšetrením, pretože nevhodné správanie môže súvisieť aj so zdravotným stavom dieťaťa. Dieťa môže mať problémy so zrakom, sluchom, môže mať epilepsiu, poruchu činnosti štítnej žľazy.

2.1.2 Príčiny ADHD

Train (1997) a mnohí ďalší (Drtílková, Šerý et al., 2007; Bragdon, Gamon, 2006; Šuba, 1999) vo svojej práci uvádzajú nasledujúce možné príčiny vzniku ADHD:

- Vrodené dispozície - výskumy potvrdzujú, že deti s ADHD majú narušenú funkciu prenášačov signálov medzi neurónmi – neurotransmiterov. Dopamín, norepinefrín a serotonín ovplyvňujú náš spôsob myslenia, cítenia a aj schopnosť koncentrácie pozornosti. Ak sú dysfunkčné – ako to býva u detí s ADHD, môžu byť tieto pochody poškodené a v dôsledku toho môže byť správanie vážne narušené.
- Genetika - ADHD je dedičná záležitosť, má svoj pôvod v génoch a napriek tomu, že sa nedá vyliečiť, je možné pomôcť dieťaťu vyrovnáť sa s problémami, ktoré toto narušenie prináša.
- Poškodenie mozgu - hyperaktivita a neschopnosť koncentrácie pozornosti bývajú niekedy spôsobené aj poškodením mozgu.
- Alergie na stravu - strava pôsobí na chemické pochody v našom tele a tým ovplyvňuje aj naše správanie. Štúdie ukázali, že niektoré látky ovplyvňujú aktivitu väčšiny detí.

Podľa súčasných názorov je príčina ADHD pravdepodobne heterogénna, v etiológii sa môžu objaviť genetické aj negenetické faktory spojené s neuroanatomickými a neurochemickými príčinami, ktoré sa objavujú najmä v perinatálnom období. K rizikovými biologickým a negenetickým faktorom patrí najmä konzumácia alkoholu, fajčenie matky v tehotenstve, nízka pôrodná váha, predčasné pôrody, pôrodné traumy a úrazy, ktoré zasahujú frontálne a prefrontálne oblasti hlavy. Okrajovo sa zvažuje aj vplyv toxínov v prostredí (rádioaktivita, umelé farbivá a aromatické látky v potravinách – doteraz však neboli dostatočne vedecky preukázané). Výrazný vplyv na vznik ADHD môžu mať aj nepriaznivé psychosociálne podmienky – dysharmonické rodiny, psychopatológia rodičov.

Významným faktorom sú aj genetické faktory, pričom sú známe štúdie, že najmä u mužov s ADHD je pravdepodobnosť, že ich príbuzní prvého stupňa budú trpieť touto poruchou až 5x vyššia v porovnaní s normálnymi kontrolnými osobami.

V druhej polovici minulého storočia sa prostredníctvom rôznych výskumov (výskumy realizované C. Kortenskym) vyjadrila hypotéza, že hyperkinetická porucha je dôsledkom zníženej produkcie dopamínu a noradrenalínu v mozgu. Ďalšie štúdie sa venovali serotonínu, ukázalo sa však, že aktivita serotonínu súvisí skôr s poruchami správania – impulzivitou (Drtílková, 2007).

2.1.3 Etiológia a patogenéza ADHD

Súčasnú vymedzenie ADHD v rámci MKCH-10 sa nezaobrá etiológiou a patogenézou tejto poruchy a ich základným mechanizmom. O to sa pokúšajú niektoré teórie, modely a prístupy (Bragdon & Gamon, 2006; Drtílková, 2007; Kotasová, 1999, Swanson, 1998).

Etiopatogenetické modely zdôrazňujú biologické faktory, príp. súhrn biologických a psychologických faktorov, alebo sa zaoberajú psychologickými a sociálnymi faktormi. Drtílková (2007) pojednáva o hereditárnom modeli, ktorý zdôrazňuje význam genetických faktorov a vychádza z predpokladu, že existuje určitý gén, skupina génov, ktoré sa významne podieľajú na patogenéze poruchy.

Príčinami vzniku poruchy na úrovni zmien neurotransmiterov sa zaoberá neurobiochemický model.

V rámci etiopatogenetických modelov sa bližšie zaoberá neurofyziologickým modelom a psychoneurologickým prístupom Kotasová (1999). Neurofyziologický model vymedzuje syndróm ako jednu z foriem psychomotorickej poruchy, ktorý má svoju príčinu v poškodení podkôrových štruktúr, hrajúcich dôležitú úlohu v zabezpečovaní súčinnosti voľných a mimovoľných pohybov. Psychoaneurologický prístup hľadá príčiny ADHD na úrovni dynamiky psychickej a psychomotorickej činnosti.

Psychoanalytické teórie, ktoré systematizoval Šebek (1995) vidia príčinu hyperaktivity v konštitučne daných biologických mechanizmoch, pričom je zdôraznený deficit v sebaregulácii, v psychosociálnych faktoroch alebo v ich súhre.

Barkley (1997) v 90. rokoch vysvetľuje základný mechanizmus ADHD spočívajúci v deficite inhibičných mechanizmov – podľa tejto teórie je základným deficitom ADHD nevhodná behaviorálna inhibícia. Kognitívno-energetický model Sergeanta (in Drtílková, Šerý et al, 2007) tiež pripúšťa deficit inhibičných mechanizmov a súčasne uvažuje o vplyve energetického stavu jedinca.

Integratívny prístup Teeter a Clikeman (1995) k ADHD je charakteristický pre celostný prístup k človeku a prepojenie rôznych prístupov k ADHD, ktoré sú do výraznej miery podmienené multifaktoriálnou etiológiou. Ich transakčný model spája neurobiologické (neurofyziologické a neuropsychologické), kognitívne, psychologické, behaviorálne a sociálne paradigmy. Tento model naznačuje, že vývoj a zrenie CNS sú ovplyvnené genetickými faktormi, faktormi temperamentu a súčasne aj neonatálnymi vplyvmi prostredia.

Hyperkinetická porucha patrí k najčastejším poruchám psychického vývinu v detstve. Podľa Šubu (2015) sa vyskytuje u 5-7 % detí školského veku. Stárková (2016) hovorí rovnako o 5% detskej populácie a o pomere 2-5:1 v prospech dievčat. Trebatická (2016) odvolávajúc sa na amerických autorov uvádza 2- 18% detí a adolescentov. Symptómy tejto poruchy sa menia v závislosti od veku. Porucha má chronický priebeh, pretrváva v období detstva a adolescencie a má negatívny dosah na sociálne začlenenie jedinca. Vo viac ako 50% prípadov prechádza do dospelosti. ADHD sa vo veľkom počte prípadov kombinuje s inými psychickými poruchami, s kumulatívnym narušením fungovania v bežnom živote. Príčiny vzniku ADHD sú komplexné a zahŕňajú genetické predispozície, získané biologické faktory, psychologické a sociálne vplyvy. Dokázané sú diskkrétne funkčné zmeny vo viacerých štruktúrach CNS.

ADHD sa bežne vyskytuje s inými psychickými poruchami, najmä s poruchami správania – narušené správanie je prítomné u 50% detí a adolescentov s ADHD. U približne 50% detí sú prítomné špecifické poruchy učenia a porucha motorickej koordinácie. Častý je aj výskyt úzkostných, tikových a depresívnych porúch. V detstve je pri ADHD častá aj nočná enuréza, poruchy spánku, úrazovosť. Tieto deti majú často znížené sebavedomie, školské a výkonové problémy. Deti i adolescenti majú často problematické vzťahy s rovesníkmi, rodičmi i súrodencami (Šuba, 2015).

2.2 Vývojové zvláštnosti detí vo veku 10-12 rokov

Deti vo veku 10-12 rokov sú zaradené do vývinového obdobia stredného školského veku. Je to obdobie, keď prechádzajú na 2. stupeň základných škôl, dochádza u nich k rôznym zmenám, ktoré môžeme považovať na prípravu na dospievanie. Podľa Matějčka (1994) toto obdobie neprináša žiadny významný biologický ani sociálny medzník vo vývoji, skôr ho charakterizuje ako obdobie vyrovnanosti. Vágnerová (2000) uvádza, že rovnako ho charakterizuje aj Erikson, ktorý zdôrazňuje najmä citovú vyrovnanosť. Freud (1991) ho charakterizuje ako obdobie pokojného stavu. Dieťa sa rovnomerne vyvíja vo všetkých oblastiach a vytvárajú sa predpoklady pre budúcu premenu, ktorá sa udeje v dynamickejšom období dospievania.

Aj Klindová a Rybárová (1975) charakterizujú toto vekové obdobie ako obdobie predpuberty. Je to čas, keď sa len naznačujú zmeny, ktoré sa výrazne prejaví až v puberte. Je to obdobie, keď sa mení najmä správanie dieťaťa a i telesný vzhlád. Mení sa najmä vzťah

dieťaťa k sebe samému, k rodičom, ku škole a k druhému pohlaviu. Hovoríme, že v tomto období sú deti „samá ruka, samá noha“ – pretože dochádza k zmene proporcionality jednotlivých častí organizmu.

Deti sa v tomto období správajú veľmi hlučne, často sa najmä chlapci predvádzajú pred dievčatami, inokedy bývajú veľmi neistí a začínajú sa hanbiť. Objavuje sa seba pozorovanie, deti začínajú venovať väčšiu pozornosť najmä zovňajšku. Uvoľňujú sa vzťahy medzi rodičmi a deťmi. Tieto sa snažia získať nezávislosť, sú veľmi kritické a nie sú ochotné bezvýhradne si plniť povinnosti, stávajú sa negativistickými.

V strednom školskom veku sa mení aj vzťah ku škole, deti sú už adaptované na školu, ich sebahodnotenie je stabilnejšie, vzťah k učiteľom je nie taký emocionálny ako v predchádzajúcom období. Rozvíjajú sa kognitívne schopnosti, ktoré sa prejavujú väčšou kritickosťou, primeranejším sebahodnotením.

K najvýraznejším potrebám tohto obdobia je potreba kontaktu s rovesníkmi. Rovesnícke skupiny vo výraznej miere dopĺňajú vplyvy rodiny. Do istej miery v nich deti nachádzajú uspokojenie potreby citovej istoty a bezpečia. V oblasti sociálnej sa deti v rovesníckej skupine učia inak správať ako doma, často dochádza k napodobňovaniu kamarátov, deti sa učia presadzovať sa, komunikovať navzájom, kooperovať, súperiť. Skupiny si vytvárajú vlastnej normy správania, pričom kladú dôraz na férovosť a spravodlivosť. Skupiny prinášajú dieťaťu príležitosť na sebarealizáciu (Vágnerová, 2000).

V tomto období sa prvýkrát objavuje aj šikanovanie. Podľa Vágnerovej (2000, 195) sú deti v takej „fáze socializačného vývoja, keď sú schopné vytvoriť skupinu, ktorá môže určitým spôsobom jednať ako celok. To znamená, že môžu dať spoločne najavo aj odmietanie, resp. agresiu, napr. útoky detí proti odlišnému alebo menej schopnému spolužiakovi“.

Myslenie žiakov tohto vekového obdobia sa riadi zákonmi logiky a rešpektuje vlastnosti poznávanej reality. Piaget (1970) nazval toto obdobie fázou konkrétnych logických operácií. Vývin induktívneho uvažovania sa prejavuje spresneným porozumením rôznych súvislostí a vzťahov. Deti sú schopné uvažovať v súvislostiach, vzťahoch, rozumejú nadradeným a podradeným pojmom. Deduktívne uvažovanie si deti môžu rozvíjať v kontexte každodennej činnosti. Pracovná pamäť (definovaná ako schopnosť spracovať a udržať informáciu) sa rozvíja vo vzájomnej interakcii s pozornosťou. Vo veku 10-12 rokov sa zlepšuje aj rýchlosť spracovania informácií, narastá aj kapacita pracovnej pamäte. V tomto období si už deti dokážu zapamätať aj zložitejšie zadania úloh. Zlepšuje sa flexibilita pozornosti, deti dokážu presúvať pozornosť podľa potreby na rôzne podnety, sú schopné

prepínať medzi rôznymi pokynmi a pravidlami. Medzi 10. a 11. rokom sa zlepšuje schopnosť ovládať pozornosť, flexibilne ju presúvať a rozdeľovať (Vágnerová, 2012).

V strednom školskom veku sa veľmi intenzívne vyvíjajú pamäťové funkcie. Deti si osvojujú pamäťové stratégie pod vedením dospelých. V tomto období sú schopné využívať stratégie usporiadania informácií (triedia si ich do kategórií) i stratégie vybavovania, napr. na základe asociácií. Stráca sa tendencia učiť sa mechanicky, dochádza často k využívaniu mnemotechnických pomôcok.

Pod vplyvom vyučovania sa rozvíjajú jazykové schopnosti, rozširuje sa slovník používaných výrazov, deti rozumejú zložitejším vetným konštrukciám, rozvíja sa znalosť gramatiky.

Dieťa v tomto období sa v oblasti vizuálnych a motorických schopností dokáže sústrediť na pridelenú úlohu, ale ešte stále sa dopúšťa nepresností, jeho jemná motorika sa zlepšuje, dokáže dobre používať pomôcky ako pravítko, kružidlo...

V oblasti hrubej motoriky je potrebné, aby zaťažovalo veľké svaly, ktoré sa dostatočne vyvinú pri zvýšenej telesnej aktivite. Často si energiu vybijá nevhodnými prejavmi správania. Obľubuje kolektívne športové hry, štafety a organizované aktivity – školské, športové, kultúrne.

V oblasti rozumového vývinu prejavuje produktivitu v školskej práci, kde dokáže uplatniť formu, štruktúru, pokyny a organizáciu. Je aktívnym receptívnym učiacim sa, v stratégiách vyučovania uplatňuje najmä memorovanie. Deti v tomto období sa zaujímajú o fakty, štatistiky, klasifikácia javov, ich usporadúvanie podľa rôznych kritérií. Tento vek predstavuje vrchol konkrétnych organizačných schopností (Walsh, 1997).

V oblasti sociálneho správania sú dôležitými znakmi priateľstvo a spravodlivosť. Na prehĺbovanie interakcie detí sú vhodné rôzne skupinové hry a hry v súťažných družstvách. Dieťaťu v tomto období dobre padne byť stredobodom pozornosti ostatných a byť odmenený za prejavenu snahu. Veľmi často dochádza k zmenám nálad, citové výkyvy neraz vedú k výbuchom smiechu alebo plaču.

V období 10-tich rokov dosahuje schopnosť tlmiť impulzívne reakcie na prijateľnú úroveň. Rozvoj emočnej regulácie sa prejavuje najmä v interakcii s vrstovníkmi (Vágnerová, 2012).

2.3 Základy vývoje motoriky

Motorika (z latinského slova motus – pohyb) je „súhrn všetkých pohybov ľudského tela, celková pohybová schopnosť (hybnosť) organizmu“ (Vašek, 1991, 102). Pozostáva z inštinktívnych pohybových reakcií, nepodmienených reflexov, podmienených reflexov, pohybových návykov získaných v priebehu života skúsenosťami a výchovou. Schopnosť pohybovo riešiť situáciu je najvyšším stupňom pohybovej vyspelosti (Vašek, 1991).

Měkota (1988) charakterizuje motorický vývoj ako zložitý proces, ktorý je ovplyvňovaný dedičnosťou, výchovou, prostredím a vlastnou aktivitou. Všetky uvedené činitele navzájom súvisia a pôsobia vo vzájomných vzťahoch.

Langmeier a Krejčířová (1998) poukazujú na to, že na vývoj jedinca pôsobí množstvo faktorov, ktoré sa delia na genetické faktory a faktory pôsobiace pod vplyvom vonkajšieho a vnútorného prostredia. Genetické faktory sa využívajú najmä pri predvídaní, ako bude smerovať vývoj jedinca. Vonkajšie prostredie je charakteristické najmä sociálnymi podmienkami, výživou a pôsobením pohybových aktivít. Vnútorné prostredie ovplyvňuje všetky stavy, ktoré pôsobia na vnútorné orgány (napr. choroby, úrazové stavy). K výrazným činiteľom, ktoré ovplyvňujú motorické výkony detí patria aj vnútorná a vonkajšia motivácia.

Motorické výkony závisia nielen od veku, ale aj od vonkajších podmienok, ktoré môžu ovplyvniť rodičia svojim postojom k pohybovým aktivitám detí (obavy pred úrazom). V praxi sa stretávame s rozdielnym vývojom motoriky medzi chlapcami a dievčatami. Oneskorenie prirodzeného vývoja chlapcov oproti dievčatám o 2-3 roky sa považuje za prirodzené – tento fakt korešponduje aj s dospievaním, ktoré nastáva u dievčat skôr ako u chlapcov.

Motorické schopnosti definujú Měkota s Novosadom (2007) ako všeobecné rysy či kapacity, ktoré sú podkladom výkonnosti v súbore pohybových schopností. Predpokladá sa, že v praxi nie sú jednoducho modifikovateľné a v období individuálneho života jedinca sú relatívne stále.

Přinosilová (2007) na motorické prejavy nazerá z niekoľkých hľadísk:

- hľadisko vývinu: vývin, ktorý zodpovedá veku; vývin predčasný – motorické zručnosti zodpovedajú staršiemu veku; oneskorený vývin – pohybové vzorce správania vychádzajú z patologicky zmenenej somatickej zložky jedinca;
- hľadisko kvality (sledujeme presnosť, koordináciu pohybov, ich rovnovážnosť, obratnosť);
- hľadisko výkonu (sila, rýchlosť, vytrvalosť pohybov, ohybnosť).

Vašek (1991) sa zaoberá problematikou odlišnosti v motorike postihnutých jedincov a opisuje faktory, ktoré ich determinujú: druh a stupeň postihnutia, dĺžka pôsobenia defektu a úroveň kompenzácie. Zároveň v diagnostike rozlišuje hrubú a jemnú motoriku. Hrubou motorikou sa označujú pohyby celého tela, veľkých svalových skupín. Jemnou motorikou sa podľa viacerých autorov (Arjanov, 1956; Damborská, 1978; Příhoda, 1971; Illýes, 1978) rozumie motorika ruky, ale Bohme (in Vašek, 1991) sem zaraďuje aj motoriku artikulačných orgánov, mimiky a gest – pohyby malých svalových skupín.

Vývin motoriky sa posudzuje buď podľa počtu a kvality aktuálnych výkonov v testoch motoriky, alebo podľa vývinových noriem, ktoré určujú, aké pohybové úkony je schopné predviesť priemerné dieťa v jednotlivých vekových kategóriách.

2.3.1 Vývoj motoriky ve věkovém období 10 – 12 let

Pre vývoj motoriky v strednom školskom veku je charakteristické výrazné zlepšovanie hrubej i jemnej motoriky, vďaka čomu sú pohyby dieťaťa rýchlejšie a koordinácia celého tela je dokonalejšia. Toto obdobie je významné pre rozvoj koordinácie a prejavuje sa lepšou rytmizáciou pohybu, rovnováhou, kinesteticko-diferenciačnými schopnosťami, priestorovou orientáciou, správnym načasovaním pohybovej štruktúry, vysokou úrovňou kĺbovej pohyblivosti a lepšou harmonickosťou (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Morelli (2020) uvádza, že hrubá motorika sa u chlapcov rozvíja rýchlejšie ako u dievčat – s výnimkou zručností, ktoré vyžadujú rovnováhu a presné pohyby ako je preskakovanie a skákanie. Uvádza, že deti v tomto období sa učia ako synchronizovať pohyb rôznych častí tela, čo umožňuje rozvoj plynulejších a koordinovanejších pohybov celého tela a ich využitie v organizovaných športoch – futbal, hokej, basketbal. V tomto období sa deti stávajú súčasťou rôznych športových tímov.

Jemná motorika sa od hrubej líši tým, že si vyžaduje koordináciu ruka – oko. V období stredného školského veku sa zdokonaľuje aj jemná motorika. Morelli (2020) uvádza, že na rozdiel od hrubej motoriky majú dievčatá tendenciu rozvíjať jemnú motoriku rýchlejšie ako chlapci. Rozvoj jemnej motoriky sa prejavuje v zlepšení písaného prejavu i v kreslení zložitejších obrázkov. Ak sa spojí táto vylepšená jemná motorika s predstavivosťou, môžu sa u detí prejavovať aj ich umelecké schopnosti. Okrem zdokonaľovania v kreslení a písaní, sú deti schopné robiť zložitejšie aktivity, ako je šitie, práca s jednoduchými nástrojmi, drobné remeselné aktivity. Deti sa stávajú zručné aj pri hraní zložitejších počítačových hier, ktoré zahŕňajú už spomínané prepojenie ruka – oko.

2.3.2 Poruchy motorických funkcií a ADHD

Špecifické poruchy motorickej funkcie F82 sú v MKCHO 10 charakterizované ako „vážne oneskorenie motorickej koordinácie, ktoré sa nedá vysvetliť len celkovou mentálnou retardáciou alebo špecifickou vrodenou alebo získanou nervovou chorobou. Starostlivé klinické vyšetrenie ukáže vo väčšine prípadov zreteľnú vývinovú nezrelosť nervovej sústavy, ktorá sa prejavuje choreiformnými pohybmi nepodporených končatín alebo zrkadlovými pohybmi a inými združenými motorickými prejavmi, ako aj príznakmi zhoršenej jemnej a celkovej motorickej koordinácie“. Patrí sem vývinová porucha koordinácie, dyspraxia a syndróm ťarbavého dieťaťa.

V rámci špecifickej poruchy motorických funkcií rozlišujeme špecifickú poruchu vývinu hrubej motoriky F82.0, špecifickú poruchu vývinu jemnej motoriky a grafomotoriky F82.1, špecifickú poruchu vývinu ústnej motoriky F82.2 a bližšie neurčenú špecifickú poruchu vývinu motorických funkcií F82.9

Na pomenovanie problémov detí s motorikou sa v minulosti používalo niekoľko termínov. Medzi najčastejšie používané termíny patria: neobratnosť, vývinová dyspraxia (developmental dyspraxia), porucha sensorickej integrácie (sensory integrative dysfunction), vývinová porucha koordinácie, príp. vývinová porucha motoriky (developmental coordination disorder – DCD). V roku 1994 bol usporiadaný v Londýne medzinárodný kongres, ktorý odporučil používanie termínu DCD (Kolář, Smržová, Kobesová, 2011).

Říčan a Krejčířová (2006) uvádzajú, že motorická neobratnosť (dyspraxia) v rôznych špecifických oblastiach je hlbším podkladom niektorých špecifických porúch učenia, ako celková charakteristika vo výraznej miere spoluvytvárajúca pohybové charakteristiky správania je súčasťou syndrómu špecifických porúch správania. Dyspraxia je javom, ktorý ukazuje na spätosť oboch typov vývinových porúch. Príčinou dyspraxie nemusia však byť len primárne deficity v motorickej oblasti, ale aj perцепčné poruchy, poruchy poznávacích procesov.

Motorika detí s ADHD je charakteristická nápadnými prejavmi. Třesohlavová (1986) sa zaoberá týmito špecifikami motorického prejavu:

- znížená obratnosť;
- poruchy koordinácie a harmonickosti pohybových komplexov;
- celková hyperaktivita;
- združené pohyby (synkinézy);
- zvýšené motorické napätie.

Poruchy hrubej a jemnej motoriky sa prejavujú v každodenných činnostiach dieťaťa, napr. obliekanie, vyzliekanie, viazanie šnúrok do topánok, zapínanie gombíkov, rovnako ako aj pri športových aktivitách – skákanie cez švihadlo, dribling s loptou. Sú spojené aj so zhadzovaním predmetov, častými pádmi, problémami s rovnováhou, rytmom, priestorovou orientáciou, či strachom z výšky a lezenia. Problémy s jemnou motorikou sú často späté so sensorickou integráciou, vizuálnym vnímaním, čítaním, či písaním (Ozbic, Filipic, 2010).

Vaivre-Douret (2007) skúmal vplyv dyspraxie na školskú úspešnosť a zistil, že dyspraxia môže prinášať behaviorálne ťažkosti. Môže sa prejavovať v grafických problémoch – dysgrafia, v ťažkostiach s napodobňovaním gest, priestorovej orientácii na papieri. V oblasti počítania sa môže prejavovať ako dyskalkulia, obmedzená schopnosť riešiť problémy a porozumieť textu. V geometrii sa problémy prejavujú v najmä pri opise a analyzovaní geometrických obrazov. V súvislosti s dyspraxiou sa často objavujú problémy s čítaním – dieťa číta pomalým tempom, niekedy sa zastaví, zamieňa si písmená (in Ozbic, Filipic, 2010).

Najčastejšie ťažkosti spojené s dyspraxiou sú podľa Vaivre-Doureta (2007) problémy so zámerným pohybom a motorickým riadením, posturálnym tonusom, lateralitou, problémy všeobecnej motorickej koordinácie na úrovni bazálnych ganglií, bimanuálnej koordinácie (interhemisférická dysfunkcia), problémy v oblasti dyslexie, dysortografie, dyskalkúlie. Dyspraxia sa dotýka aj rečového prejavu (expresívna dysfázia), súvisí s poruchami pozornosti, hyperaktivitou, impulzívnosťou, psychopatológiou a nystagmom (neurovizuálne problémy) (in Ozbic, Filipic, 2010).

Cadeiro (2005) konštatuje, že dyspraxia postihuje približne 5-6% detí v školskom veku. Chlapci bývajú 4-krát častejšie postihnutí ako dievčatá. Porucha je zvyčajne zjavná v detstve a prejavuje sa problémami pri premýšľaní a plánovaní, ako aj pri vykonávaní plánovaných pohybov alebo úloh. Medzi príznaky dyspraxie uvádza:

- slabá rovnováha a koordinácia;
- vizuálne a vnemové problémy;
- zlé priestorové uvedomovanie, držanie tela;
- problémy s krátkodobou pamäťou, plánovaním motorických úloh, čítaním, písaním a rečou;
- emočné a behaviorálne problémy;
- zlé sociálne zručnosti (in Pedro, 2020).

Engel-Yeger (2020) na základe svojich výskumov realizovaných v USA uvádza, že s dyspraxiou sa spája nižšie sebaponímanie, a to sa neobmedzuje iba na detstvo, ale môže pretrvávajúť až do dospelosti. Dyspraktici sa často vyhýbajú fyzickým aktivitám, majú

negatívny pocit z toho, ako iní ľudia vnímajú ich motorický výkon a ich problémy sa následne prejavujú aj v emocionálnej a sociálnej oblasti.

2.4 Aplikované pohybové aktivity

Aplikované pohybové aktivity (APA) na medzinárodnej úrovni definuje EUFAPA (2006) ako medzipredmetovú akademickú disciplínu zameranú na identifikáciu a riešenie individuálnych rozdielov v oblasti pohybových aktivít. APA podporujú postoje akceptácie individuálnych rozdielov, propagujú prístup k aktívnemu životnému štýlu, športu, propagujú inovácie a spoluprácu v oblasti pohybových aktivít. Do týchto aktivít zahŕňa telesnú výchovu, šport, rekreáciu a rehabilitáciu.

Kudláček (2011) nazerá na aplikované pohybové aktivity ako na činnosti zamerané na poskytovanie služieb osobám so špecifickými potrebami. Zároveň sú pedagogickou disciplínou, ktorá podporuje prijímanie inakosti a propaguje poskytovanie služieb a integráciu osôb so zdravotným postihnutím. Rovnako podľa neho aplikované pohybové aktivity pozostávajú z telesnej výchovy, športu, rekreácie a rehabilitácie osôb so zdravotným postihnutím.

O zaradení APA do systému vedných odborov pojednáva Ješina (in Trávníková, 2014), ktorý hovorí o APA ako o disciplíne, ktorá sa zaoberá problematikou osôb so špeciálnymi potrebami v kontexte pohybových aktivít. Uvádza, že APA je v súčasnom systéme vedných odborov a disciplín zaradená do vied o ľudskom pohybe – kinantropológie, avšak niektoré jej zamerania úzko súvisia s pedagogikou, ktorej je súčasťou. V rámci multidisciplinárnosti je spätá aj s biomechanikou, fyziológiou záťaže, psychológiou a ďalšími vedami. Ješina ďalej zdôrazňuje, že APA môžeme považovať za vednú kinantropologickú disciplínu s výrazným zameraním na špeciálnu pedagogiku. Napriek tomu, že sa zameriava na osoby so špeciálnymi potrebami, súvisí aj s majoritnou skupinou obyvateľov, pretože obe skupiny sú vo vzájomných vzťahoch. Ak hovoríme o osobách so špeciálnymi potrebami, máme na mysli osoby so zdravotným postihnutím alebo zdravotným či sociálnym znevýhodnením. V užšom slova zmysle však môžeme APA chápať ako konkrétne pohybové činnosti, ktoré sú prispôbené osobám so špeciálnymi potrebami s prihliadnutím na jeho možnosti, záujmy a potreby.

Válková (in Kudláček, 1999) definuje aplikované pohybové aktivity ako multidisciplinárny štrukturovaný systém akýchkoľvek kontextov pohybových aktivít osôb so

špecifickými potrebami, či už v separovanom, paralelnom či integrovanom prostredí, realizovaný v súlade so záujmami, schopnosťami alebo limitmi daných osôb. Aj keď APA rešpektuje všeobecné princípy kontraindikácií, v konkrétnych vzťahoch ku konkrétnemu jedincovi je potrebné modifikovať, adaptovať vonkajšie vplyvy prostredia a zároveň ich aplikovať, a to z vymedzených hľadísk: komunikácie, metódy, obsahu činnosti, pravidiel, podmienok, prístupu, prostredia a pomôcok.

Osoby so zdravotným postihnutím sú súčasne objektom aj subjektom záujmu APA. Môžeme ich deliť podľa postihnutia na osoby s telesným, zrakovým, sluchovým, mentálnym postihnutím. Iné delenie rešpektuje odlišný vek. Ješina (in Trávníková, 2014) uvádza, že napriek rôznym možnostiam delenia je podstatné si uvedomiť, že každá skupina má isté špecifiká, ktoré modifikujú prostriedky, ktoré použijeme na ich zapojenie do pohybových aktivít. Pohybové aktivity môžu zohrať dôležitú úlohu pri začlenení týchto osôb do spoločnosti, výrazne ovplyvňujú ich osobnostné črty, sú prevenciou zdravotných rizík, ktoré sa vzťahujú k nedostatočnej realizácii pohybových aktivít.

2.4.1 Historické súvislosti rozvoja APA

Za predchodcu aplikovaných pohybových aktivít považujeme zdravotnú telesnú výchovu. Počiatky tohto odboru však môžeme vidieť už okolo roku 3000 p.n.l.(Kudláček, 2006; Sherril, 2004). Starovekí Číňania boli presvedčení o dôležitosti zdravého tela a vyvinuli cvičenie, ktoré by prospievalo zdraviu – kung fu, tai chi, čchi kung. V Európe sa považuje za základ aplikovaných pohybových aktivít súbor švédskych telesných cvičení, ktoré zaviedol Per Henrik Linge (Seaman et al., 2003; Sherril, 2004; Winnick, 2005).

Korene českej aplikovanej telesnej výchovy siahajú do začiatku 20 st. V tomto období vzniká Jedličkov ústav, kde zohrala liečebná telesná výchova kľúčovú úlohu. K väčšiemu rozmachu športu a telovýchovy osôb so zdravotným postihnutím dochádza po druhej svetovej vojne. V tomto období sa českí lekári učili mnohým postupom od sovietskych lekárov. V roku 1948 sa zorganizovali prvé športové hry vozíčkarov v českej republike. V roku 1961 doktor Srdečný spolu s kolegami založil pri ČSTV sekciu „defektných športovcov“. V 80. rokoch minulého storočia dochádza v celom svete k výraznému rozmachu podpory práv osôb so zdravotným postihnutím. Po roku 1989 začala výraznejšia integrácia osôb so zdravotným znevýhodnením do spoločnosti. A zároveň sa začína aj väčší rozvoj príslušných študijných odborov, integrácie do školskej telesnej výchovy (Kudláček, 2011).

V Českej republike môžeme začiatky študijného odboru aplikovanej telesnej výchovy nájsť začiatkom 90. rokov v práci profesorky Válkovej (1996) v Olomouci.

V Európe existuje mnoho organizácií, ktoré sa zaoberajú činnosťami súvisiacimi so športom a telesnou výchovou osôb s postihnutím. K najvýznamnejším patrí Medzinárodný paralympijský výbor, Európsky paralympijský výbor, Medzinárodné hnutie špeciálnych olympiád, International Wheelchair and Amputee Sport Federation (IWAS), Cerebral Palsy – International Sport and Recreation Association (CP-ISRA), International Sports Federation for Person with Intellectual Disability (INAS-FID), International Blind Sport Association (IBSA).

Medzinárodná organizácia zameraná na propagáciu a podporu spolupráce v oblasti pohybových aktivít pre osoby s postihnutím, koordináciu výskumu a skúseností z oblasti APA je International Federation of Adapted Physical Activity (IFAPA) a bola založená v r. 1973. V Čechách pôsobí od roku 2009 spolek Česká asociácia aplikovaných pohybových aktivít (ČAAPA).

2.4.2 Realizácia APA v ČR

APA sa v ČR realizujú prostredníctvom:

Školská TV (ATV)

- v školách a v triedach so špeciálnymi vzdelávacími potrebami;
- v bežných školách v integrovanom prostredí – integrovaná telesná výchova (ITV);
- zdravotná telesná výchova (ZTV) v bežných aj špeciálnych základných školách – pre žiakov III. zdravotnej skupiny;
- rehabilitačná telesná výchova (RTV) v špeciálnych základných školách – alternatíva k zdravotnej telesnej výchove.

Šport

- v rámci športových organizácií osôb s mentálnym postihnutím;
- v rámci športových organizácií osôb s telesným postihnutím;
- v rámci športových organizácií osôb so zrakovým postihnutím;
- v rámci športových organizácií osôb so sluchovým postihnutím;
- v rámci špecifických športov osôb s postihnutím, tieto športy nie sú určené pre osoby bez zdravotného postihnutia;
- samostatne v bežných športoch; tie realizujú aj osoby bez postihnutia, ale športovci s postihnutím realizujú svoju činnosť samostatne;

- v integrovanom ponímaní so zväzmi intaktných športovcov.

Rekreácia – v zmysle pohybovej rekreácie s prihliadnutím na rôzne formy a obsah jednotlivých programov:

- integrované, paralelné, segregované prostredie;
- individuálna , skupinová forma;
- organizovaná, poloorganizovaná, neorganizovaná forma;
- indoorové, outdoorové programy;
- delenie podľa obsahového zamerania;
- jednodňové, víkendové, viacdenné.

Rehabilitácia a terapia

- terapeutická rekreácia;
- dobrodružná terapia;
- zooterapia;
- pohybová terapia;
- tanečná terapia;
- psychomotorická terapia;
- kinantropoterapia (Ješina, in Trávníková, 2014).

2.4.3 Poruchy pozornosti s hyperaktivitou a APA

Žiaci s diagnostikovanou poruchou ADHD sa vzdelávajú v bežných základných školách v rámci inkluzívneho vzdelávania. Inklúzia je chápaná ako integrácia všetkých žiakov do bežnej školy a v dôsledkoch je spojená so zrieknutím sa akejkoľvek formy etiketovania žiakov a so zrušením špeciálnych zariadení a špeciálnej pedagogiky (Trávníková, 2014).

Títo žiaci sú často hodnotení negatívne, pretože svojím správaním narúšajú vyučovací proces. Sú plní energie. Odporúča sa pre nich časté striedanie aktivít, jasne stanovené pravidlá, štruktúrovaný pracovný proces, eliminovanie rušivých vplyvov.

Podľa Zelinkovej (2003) je vhodnou pedagogickou stratégiou pri práci s deťmi s ADHD spätná väzba – poskytnutie informácie o kvalite výkonu a správaní. Pozitívne hodnotenie pôsobí ako upevnenie žiaduceho správania. Malo by nasledovať hneď po splnení úlohy. Ak je spätnou väzbou upozornenie na chybu, musí hneď nasledovať aj konkrétne odporúčenie, ako chybu napraviť. Zelinková ďalej odporúča, zachovať pri komunikácii

s deťmi s ADHD pokoj, hovoriť pokojným hlasom, uprednostňovať očný kontakt. Na posilnenie žiaduceho správania využívame aktivity, ktoré má jedinec rád. Podávané inštrukcie by mali byť krokované, pričom začíname s malým množstvom krokov. Ak chceme zistiť, či jedinec porozumel zadanej inštrukcii je vhodné nechať ho zopakovať inštrukciu vlastnými slovami. Pri práci s deťmi s ADHD je vhodné, aby spolupracoval celý tím: rodičia, učitelia, lekári, psychológovia, špeciálni pedagógovia, terapeuti a rôzne záujmové organizácie.

Train (2001) uvádza, že u jedincov s poruchami pozornosti, správania a učenia môžeme pravidelnou pohybovou aktivitou prispieť k zmierneniu príznakov uvedených symptómov a navodeniu duševnej pohody a vyrovnanosti. Odporúča, aby sa pravidelné cvičenie stalo súčasťou každodenného stereotypu. Zároveň dodržiavame odporúčania: nikdy nenútime dieťa do účasti na tímových hrách, nevysmievame sa jeho neobratnosti a pri výbere dbáme na to, aby sme u týchto detí vzbudili záujem a túžbu po dobrom výsledku.

Podľa Müllera et al. (2001) majú najčastejšie deti s ADHD problémy s koordináciou pohybov a poruchami jemnej motoriky a pravoľavou orientáciou končatín. Typickým znakom tejto skupiny jedincov je nestálosť pozornosti, postojov a preferencií. Preto je potrebné aktivity obmieňať. Najviac sa osvedčili rôzne formy loptových hier, cvičenia rovnováhy, na rebrinách, hádzanie veľkými nafukovacími loptami a psychomotorické hry.

V zborníku Vybrané aplikované pohybové aktivity (Trávníková et al., 2014) nachádzame mnoho odporúčaní na využitie psychomotorických pohybových aktivít pre osoby s ADHD. Niektoré z nich uvádzame:

- vhodným motivačným prvkom sú netradičné psychomotorické pohybové aktivity;
- posilňovanie sebavedomia a pozitívneho hodnotenia jedincov môžeme dosiahnuť aj úspešným osvojením netradičných pohybových zručností;
- aktivity z oblasti psychomotoriky prispievajú k rozvoju komunikácie medzi učiteľom a žiakom, prispievajú k rozvoju vzťahov v skupine;
- psychomotorické pohybové činnosti umožňujú odbúrať stres a fyzickú tenziu;
- v období puberty je potrebný výrazný individuálny prístup pri nácviku komplexnejších motorických zručností;
- ak si dieťa osvojí určité pohybové zručnosti je vhodné kombinovať individuálnu prácu s prácou vo dvojiciach či skupine;
- nácvik sa odporúča realizovať vo vnútorných priestoroch (telocvične), pretože vonkajšie prostredie môže poskytovať priveľa rušivých vplyvov;
- na začiatku spolupráce s jedincami je potrebné oboznámiť sa s ich obľúbenými činnosťami.

2.4.4 Námety na pohybové aktivity vhodné pre jedincov s ADHD

Žongľovanie

Žongľovanie využívame ako relaxačný prostriedok, zdroj motivácie a snahy vyniknúť medzi ostatnými. Sólové žongľovanie je vhodné kombinovať so skupinovým s cieľom úspešnejšej socializácie. S deťmi s ADHD sa snažíme žongľovať v uzavretých priestoroch so snahou vyhnúť sa vonkajším rušivým vplyvom. Vhodná je motivácia spoločnou prezentáciou osvojených zručností pred rodičmi, ostatnými spolužiakmi, učiteľmi.

Trávníková (2014) uvádza nasledujúce pozitívne vplyvy žongľovania:

- zlepšenie reakčnej rýchlosti, jemnej motoriky, správneho držania tela, balančnej a rovnováhovej schopnosti, priestorovej orientácie;
- rozvoj neurosvalovej koordinácie, koordinácie ruka – oko, fyzickej zdatnosti;
- rozvoj reflexov a rýchlej reakcie;
- zmysel pre rytmus, rovnováhu, obratnosť a priestorovú orientáciu;
- zlepšenie pozornosti, sústredenia;
- podpora spolupráce medzi mozgovými hemisférami.

Psychomotorické hry

- sú jednoduché pohybové herné aktivity, ktoré sa ľahko prispôsobujú a modifikujú pre konkrétnu cieľovú skupinu.

Podľa Hermovej (1994) pojem psychomotorika predstavuje v tom najširšom slova zmysle úzke spojenie psychiky a motoriky. V užšom zmysle predstavuje súhrn pohybových motorických aktivít človeka, ktoré sú prejavom jeho psychických funkcií a jeho psychického stavu.

Blahutková (2007) vníma psychomotoriku ako systém telesnej výchovy, ktorý využíva pohyb ako výchovných prostriedok. Nesústreduje sa len na rozvoj pohybových schopností, na telesnú zdatnosť, ale aj na psychickú a spoločenskú zložku osobnosti každého jedinca. Ide o pohybovú aktivitu, ktorá kladie dôraz na zážitok z pohybu, nie na výkon.

Szabová (1999) a Adamírová et al. (2010) uvádzajú rozdelenie psychomotoriky do niekoľkých čiastkových oblastí:

- Neuromotorika – patrí sem jemná a hrubá motorika, koordinácia pohybov, telesná schéma, rovnováha a orientácia v priestore.
- Senzomotorika – motorická akcia alebo reakcia jednotlivca na podnety zachytené zrakom, sluchom, hmatom, čuchom, chuťou. V psychomotorike sa často využíva aj hudobný sprievod.
- Sociomotorika – pohyb, správanie, akciu a reakciu človeka v rodine, škole, medzi vrstovníkmi, v rôznych skupinách.
- Kompetičná oblasť (oblasť vlastného tela a JA) – schéma tela, jeho veľkosť, jednotlivé časti; svalové napätie a uvoľnenie; prepojenosť telesného a duševného napätia; stabilita a labilita – rovnováha; pokoj, rôzne stupne zaťaženia; priestor, pohyb v priestore, jeho kontrola; city a pocity.
- Kompetičná oblasť (oblasť materiálna, vecná) – prostredie; veci a predmety: prírodné materiály, predmety dennej potreby, náradie a náčinie, špeciálne psychomotorické pomôcky.
- Kompetičná oblasť (spoločenská) – sociálne vnímanie; nadväzovanie kontaktov, komunikácia; kooperácia; vytváranie vlastností, zodpovednosť, pripravenosť pomáhať.

Joga

Joga predstavuje komplexný systém holistických postupov starostlivosti o telesné a duševné zdravie s filozofickým a duchovným zázemím. Skotáková (in Trávníková, 2014) sa odvoláva na odkazy mnohých autorov (Powell, Goldberg, Koenig, Gilchrist a i), ktorí uvádzajú pozitívne účinky jogy u detí so špeciálnymi vzdelávacími potrebami. V rámci semináru Joga pre všetkých, ktorý bol súčasťou konferencie Aplikované pohybové aktivity zverejnila informácie o koncepte, ktorý spočiatku praktizovala v rámci komunitných dopoludní pre rodiny s deťmi. K pohybovým aktivitám, ktoré boli inšpirované najmä jogovými prvkami, pridávala metódy z oblasti psychomotoriky, pohybovej tanečnej terapie, tanečnej improvizácie a muzikoterapie. Využívala dychové cvičenia, jogové telesné cvičenia, cvičenia na koncentráciu, relaxačné techniky, masáže a akrobatickú jogu.

Skotáková ďalej uvádza, že pri joge treba veľký dôraz klásť na prežívanie, hravosť, kreativitu a sebazpoznanie, poznávanie sociálnych vzťahov a schopnosť vyjadriť sa. Nevyžadujeme dokonalé prevedenie pohybov, skôr sa zameriavame na prejavy emócií, úroveň koncentrácie a tvorivosti.

Adventury Therapy

Tento druh terapie v sebe skrýva terapiu dobrodružstvom. Ide o programy, ktoré sú spojené s pohybovou aktivitou a ich cieľom je osobnostno-sociálny rozvoj osôb so špeciálnymi potrebami. Počiatky tejto terapie siahajú do obdobia 30. rokov, keď v USA nastal boom aktivít v prírode (Itan, 2011). V ČR sú počiatky spájané s doc. Skálou a liečbou závislostí (Kirschner & Hátlová, 2010).

Hlavné prvky Adventure Therapy: prostredie prírody, dobrodružné činnosti, spirituálne/kultúrne prvky, psychoterapeutický prístup, skupinová dynamika, bezpečný priestor, time-out (zhodnotenie kde som a kde chcem byť), outdoor učebňa, pohľad na veci iným spôsobom (Kellerová & Ješina, 2013).

Sheldon a Arthur (2001) dokonale vystihujú podstatu pôsobenia intenzívnej skúsenosti na prenos do reálneho života človeka. V Adventure Therapy sa účastníci stretávajú s novými situáciami, ktoré vyžadujú nové spôsoby spracovania informácie. Zámerom je viesť účastníkov k sebakonfrontácii a prehodnoteniam prostredníctvom uvedomovania a sebareflexie.

K programom Adventure Therapy patrí turistika, cyklistika, kemping, vodáctvo, lanové dráhy, orientačný beh, horolezectvo, umelé lezecké steny.

3 Ciele, výskumné otázky a úlohy práce

Život detí s diagnostikovanou poruchou ADHD je spätý s mnohými problémami. Jedným zo sprievodných znakov je aj zvýšené motorické napätie a poruchy hrubej a jemnej motoriky. V súvislosti s týmito ťažkosťami nás zaujímalo, ako vnímajú žiaci stredného školského veku (10-12 rokov) pohybové aktivity a školskú telesnú výchovu.

Cieľom výskumu bolo prostredníctvom dotazníka emočných reakcií DEMOR (Svoboda et al., 1995) zistiť, aké emócie pociťujú žiaci s diagnostikovanou poruchou ADHD vo veku 10 – 12 rokov na hodinách telesnej výchovy.

3.1 Výskumné otázky

S prihliadnutím na cieľ práce sme si stanovili nasledujúce výskumné otázky:

1. Pociťujú žiaci s ADHD viac pozitívnych ako negatívnych emočných reakcií na telesnú výchovu ?
2. Ktorá z pozitívnych emočných reakcií má u žiakov s ADHD najvyššie zastúpenie?
3. Ktorá z negatívnych emočných reakcií má u žiakov s ADHD najvyššie zastúpenie?
4. Je rozdiel medzi emočnými reakciami na telesnú výchovu medzi žiakmi s diagnostikovaným syndrómom ADHD a intaktnými žiakmi?

3.2 Úlohy práce

1. Štúdium a rozbor odbornej literatúry so zameraním na problémy ADHD s prihliadnutím na stredný školský vek (10 – 12 rokov).
2. Oboznámiť sa s dotazníkom DEMOR.
3. Pripraviť projekt prieskumu.
4. Realizovať prieskum v teréne.
5. Spracovať získané dáta.
6. Analyzovať získané dáta.
7. Vyhodnotiť získané dáta.

4 Metodika práce

Základný súbor je množina objektov a javov, pre ktoré sa prostredníctvom kvantitatívneho výskumu snažíme získať všeobecne platné dáta o ich vzájomných vzťahoch. V rámci výskumu však nie je možné s prihliadnutím na náročnosť zahrnúť celú základný súbor, preto je potrebné určiť si menší počet respondentov – výskumnú vzorku. Výskumná vzorka je množina konkrétnych jednotiek, ktoré sa zúčastňujú výskumu (Disman, 2011; Skutil & Průcha, 2011).

4.4.1 Opis skúmaného súboru

Cieľovou skupinou pre náš prieskum boli žiaci základnej školy vo veku 10-12 rokov. Pre potreby tejto práce sme vybrali 25 žiakov s diagnostikovanou poruchou ADHD a 25 intaktných žiakov. Školy a jednotlivých žiakov sme vybrali zámerným výberom. Išlo o žiakov zo základných škôl v meste Partizánske. Na tento región sme sa zamerali najmä z dôvodu ľahšej dostupnosti k práci so žiakmi, keďže sme v minulosti v danom meste navštevovali základnú školu a v období pandémie, keď sme realizovali prieskum, sa deti učili prezenčnou formou.

Spolu sa výskumu zúčastnilo 50 žiakov. Najskôr sme sa zamerali na výber žiakov s ADHD. 10-ročných bolo 13 žiakov, 11-roční boli 4 žiaci a 12-ročných bolo 8 žiakov. Z celkového počtu žiakov so syndrómom ADHD bolo 8 dievčat.

Dotazník sme ponúkli aj intaktným žiakom, oslovili sme žiakov 4. – 6 ročníka ZŠ v Partizánskom. Celkom sa prieskumu zúčastnilo 54 intaktných žiakov, pričom z vyplnených dotazníkov sme zámerné vybrali rovnaké množstvo žiakov podľa veku a pohlavia ako tomu bolo u diagnostikovaných žiakov.

Tab. 1. Popis skúmaného súboru

	10-roční spolu	z toho chlapci	z toho dievčatá	11-roční spolu	z toho chlapci	z toho dievčatá	12-roční spolu	z toho chlapci	z toho dievčatá
ADHD	13	9	4	4	3	1	8	5	3
Intaktní	13	9	4	4	3	1	8	5	3
Spolu	26			8			16		

(zdroj: vlastná práca)

4.4.2 Metodika zbierania spracovania dát

Hlavnou výskumnou metódou v tejto práci bola práca s dotazníkom. Dotazník je empirická diagnostická metóda na získavanie informácií o jedincovi. Spravidla sa chápe v dvoch významoch:

a) ako metóda, prostredníctvom ktorej sa získavajú ucelené informácie o skúmanom jedincovi;

b) ako metóda, prostredníctvom ktorej sa získavajú len parciálne informácie, zamerané na užší, špecifický okruh problémov.

Pri aplikovaní tejto metódy diagnostikovaná osoba spravidla sama alebo s pomocou inej osoby, ústne, alebo písomne odpovedá na kladené otázky (Vašek, 1995).

Dotazník DEMOR je dotazníkom emočných reakcií a vznikol s cieľom sledovať emócie, ktoré sú vyvolané vyučovaním telesnej výchovy detí a mládeže. Podľa Svobodu (1974) bol zostavený na základe teórie a praxe a zloženie jednotlivých položiek prešlo niekoľkonásobným vývojom. Základná verzia dotazníka obsahuje 60 položiek, ktoré sú rozdelené do desiatich dimenzií – z toho 5 je pozitívnych a 5 negatívnych. K pozitívnym dimenziám patria energia, obľúbenosť rizika a vzrušenia, pocit uvoľnenia a relaxácie, príjemný pocit zvládnutia a sebadôvera a pozitívny postoj k telesnej výchove a športu. K negatívnym dimenziám, ktorými sa dotazník zaoberá, patria: pocit únavy, úzkosť a napätie, pocity hnevu a zlosti, pocit nedostatočnosti a neprijemného a negatívny postoj k telesnej výchove a športu.

Každá z uvedených dimenzií sa vyskytuje v šiestich položkách dotazníka. Všetky položky sú definované ako tvrdenia, na ktoré respondent odpovedá ÁNO – pokiaľ s tvrdením súhlasí, a NIE – ak s tvrdením nesúhlasí. Pri pozitívnych dimenziách sa za kladnú odpoveď pridelí 1 bod a záporná odpoveď má hodnotu 0 bodov (okrem 1 otázky). Pri negatívnych dimenziách je to naopak – ÁNO znamená 0 bodov, NIE – sa počíta za 1 bod. Pre potreby nášho prieskumu sme použili upravenú verziu, ktorá obsahovala 48 otázok. Išlo o zjednodušenú verziu s 10 dimenziami, podobne ako u pôvodného dotazníka DEMOR – 5 pozitívnych a 5 negatívnych. K tejto verzii sme sa priklonili z dôvodu práce so žiakmi, ktorí majú zdravotné oslabenie – diagnostikovaný syndróm ADHD. Väčšina žiakov zapojených do nášho prieskumu má túto poruchu spojenú s poruchou čítania – dyslexiou. Zároveň sa nám zdalo vhodnejšie redukovať množstvo otázok, keďže základ tohto syndrómu spočíva v problémoch s udržaním pozornosti. S prihliadnutím na uvedenú skutočnosť a na to, že v čase nášho prieskumu v oboch krajinách – Slovensku i Česku boli kvôli pandémie zavreté

školy, rozhodli sme sa prieskum v skupine respondentov so syndrómom ADHD realizovať prostredníctvom aplikácie ZOOM. Žiakom boli doručené upravené dotazníky DEMOR (48). Dotazníky sme rozniesli do schránok žiakov, pričom boli vopred upozornení na doručenie učiteľmi telesnej výchovy. Po obdržaní dotazníka sa žiaci v uvedený čas pripojili prostredníctvom aplikácie ZOOM na meeting. Pre bezproblémové vyplňanie sme žiakom čítali tvrdenia a oni vyznačili odpoveď, ktorá zodpovedala ich emočnej reakcii. V prípade, že si potrebovali ujasniť správnosť porozumenia tvrdeniu, mohli administrátorovi položiť otázku. Meetingy sme uskutočnili 3 – podľa ročníkov, s cieľom eliminovať rušivé vplyvy. Intaktným respondentom boli dotazníky zaslané mailom. Žiaci ich vyplňali samostatne a následne ich zaslali vyplnené administrátorovi.

Dáta získané z vyplnených dotazníkov mali kvantitatívny charakter a preto sme pri ich vyhodnocovaní použili štatistické analýzy. Na vyhodnotenie odpovedí a ich zaradenie k jednotlivým dimenziám sme využili výpočty percentuálneho zastúpenia. Následne sme použili metódu komparácie.

4.4.3 Organizácia výskumu a postup práce

Organizácia tohto výskumu prebiehala od decembra 2020 a realizovala sa v troch fázach:

1. Prípravná fáza – v tejto fáze sme kontaktovali základné školy v regióne Partizánske, v ktorých sme chceli realizovať náš výskum. Prostredníctvom špeciálnych pedagógov sme získali informácie o počte žiakov s diagnostikovaným syndrómom ADHD a následne sme sa rozhodli, ktorí žiaci zodpovedajú požiadavkám nášho výskumu. V spolupráci so špeciálnymi pedagógmi sme žiakom rozдали informovaný súhlas o účasti na výskume, ktorý požadoval podpis rodičov i žiakov. Následne sme oslovili intaktných žiakov vo veku 10 – 12 rokov - pre jednoduchosť výskumu, s prihliadnutím na obmedzené možnosti z dôvodu pandémie, sme vybrali žiakov jednej školy v Partizánskom. Táto fáza prebiehala do februára 2021.

2. Realizačná fáza – v tejto fáze sme pripravili a vytlačili dotazníky, ktoré sme distribuovali respondentom prieskumu. Uskutočnili sme meetingy prostredníctvom aplikácie ZOOM, ktoré boli nápomocné žiakom pri vyplňaní dotazníkov. Zber dát prebehol v marci 2021.

3. Vyhodnocovacia fáza – posledná fáza bola zameraná na vyhodnotenie a interpretáciu získaných dát, zapísanie výsledkov a kompletizáciu záverečnej práce. Táto fáza prebehla v apríli 2021.

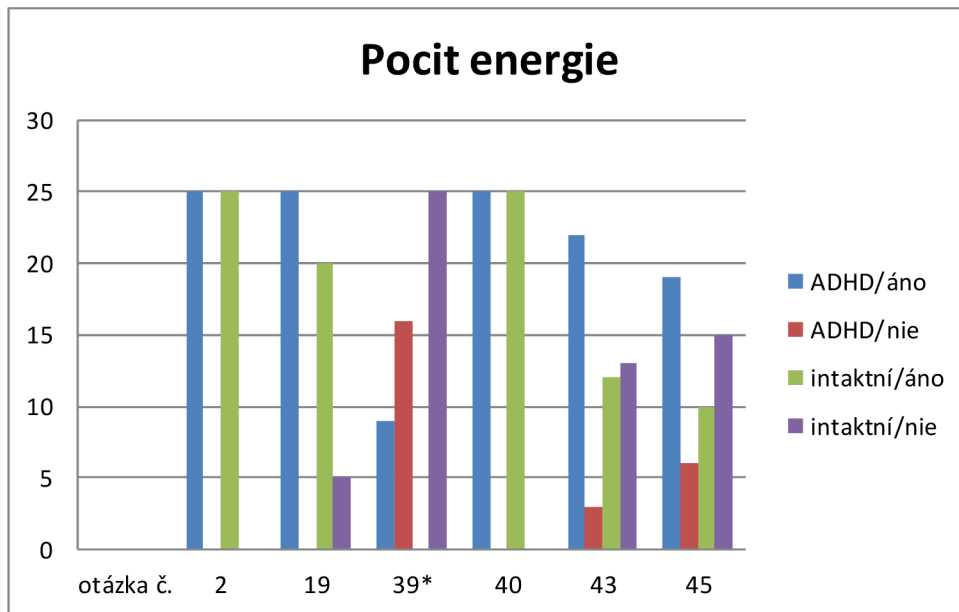
5 Výsledky výskumu a diskusia

Dotazník emočných reakcií DEMOR má v zjednodušenej verzii 48 položiek. Tieto sú rozdelené do 10 dimenzií. Prvých 5 dimenzií je pozitívnych.

Prvú dimenziu tvoria položky zamerané na vnímanie pocitu energie. Konkrétne sa jedná o položky – tvrdenia:

- | | |
|--|--|
| 2. Mám dost' energie, pohybové činnosti mi neprekážajú. | 2. Nemám dost' energie, pohybové činnosti mi prekážajú. |
| 19. Mám rád pocit ľahkej únavy po cvičení. | 19. Nemám rád pocit ľahkej únavy po cvičení. |
| 39. *Neustále organizovanie činností na TV ma otravuje. | 39. Mám rád organizovanú činnosť na TV. |
| 40. Pri spoločnom cvičení sa dokážem skvele na všetko sústrediť. | 40. Pri spoločnom cvičení sa nedokážem sústrediť. |
| 43. Vždy sa snažím podať pri cvičení čo najlepší výkon. | 43. Nie je pre mňa dôležité podať pri cvičení čo najlepší výkon. |
| 45. Zvládam akúkoľvek situáciu pri športových aktivitách. | 45. Nezvládam rôzne situácie pri športových aktivitách. |

Odpovede žiakov v oboch skupinách vypovedajú o tom, že 10-12- ročné deti pociťujú dost' vnútornej energie. Ako môžeme vidieť v grafe č.1, vyššie skóre v bodovaní tejto dimenzie získali deti s ADHD, v priemere o 2,5 bodu. Tento rozdiel nie je výrazný. Ak sledujeme jednotlivé položky, tak k zhodnému počtu bodov dospeli respondenti oboch skupín v položke č.2, 19 a 40. Rozdiely nachádzame v položke č. 39, kde 36% respondentov s ADHD má problémy s tým, že aktivity na telesnej výchove bývajú organizované. Naopak, tento fakt nevníma ako problém žiaden zo skupiny intaktných respondentov. Výraznejšie rozdiely vidíme aj v položke 43, kde až 88% respondentov s ADHD uvádza, že sa na TV snaží podať čo najlepší výkon, na rozdiel od intaktných respondentov, ktorých je len 48%. Podobne, aj v položke týkajúcej sa zvládania situácií pri športových aktivitách je výrazne lepšie skóre v prospech respondentov s ADHD (36% rozdiel v prospech týchto respondentov).



Graf 1. Pocit energie

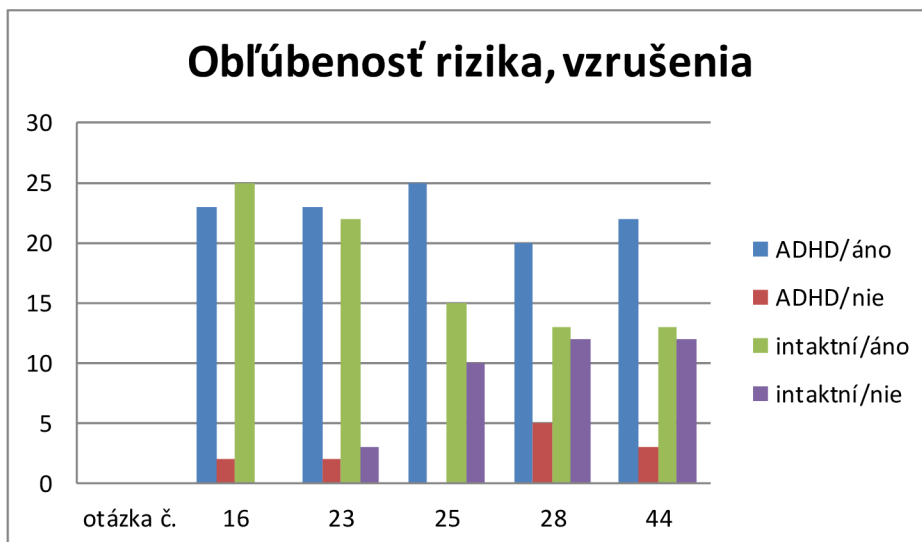
(zdroj: vlastná práca)

Druhú dimenziu tvoria položky zamerané na obľúbenosť rizika a vzrušenia:

- | | |
|--|--|
| 16. Na cvičení sa mi páči vzrušenie, riziko. | 16. Nemám rád riziko pri cvičení. |
| 23. V TV mám rád rizikové športy a cviky. | 23. Rizikové športy a cviky nepatria medzi moje najobľúbenejšie činnosti v TV. |
| 25. Teší ma vzrušenie v hre i v súťaži. | 25. Vzrušenie v hre i v súťaži ma neteší. |
| 28. Uspokojuje ma najmä súťaženie. | 28. Súťaženie ma neuspokojuje. |
| 44. Mám rád súťaženie na TV. | 44. Nemám rád súťaženie na TV. |

Odpovede respondentov s ADHD v tejto dimenzii potvrdzujú to, že týmto deťom je vzrušenie a riziko na telesnej výchove veľmi blízke. Takmer v každej položke dosiahli maximálny počet bodov. Len v položke č. 28 týkajúcej sa uspokojenia zo súťaženia, kladne odpovedalo „len“ 80% respondentov s ADHD.

Ak chceme porovnať vnímanie rizika a vzrušenia u intaktných žiakov, vidíme, že u nich sa v rovnováhe nachádzajú odpovede týkajúce sa problematiky súťaženia. Zistujeme tak, že so súťažením majú viac problémy intaktní žiaci.



Graf 2. Obľúbenosť rizika, vzrušenia

(zdroj: vlastná práca)

Tretiu dimenziu tvoria položky zamerané na pocit uvoľnenia a relaxácie:

15. Pri spoločnom cvičení je zábava.

15. Spoločné cvičenie nie je zábavné.

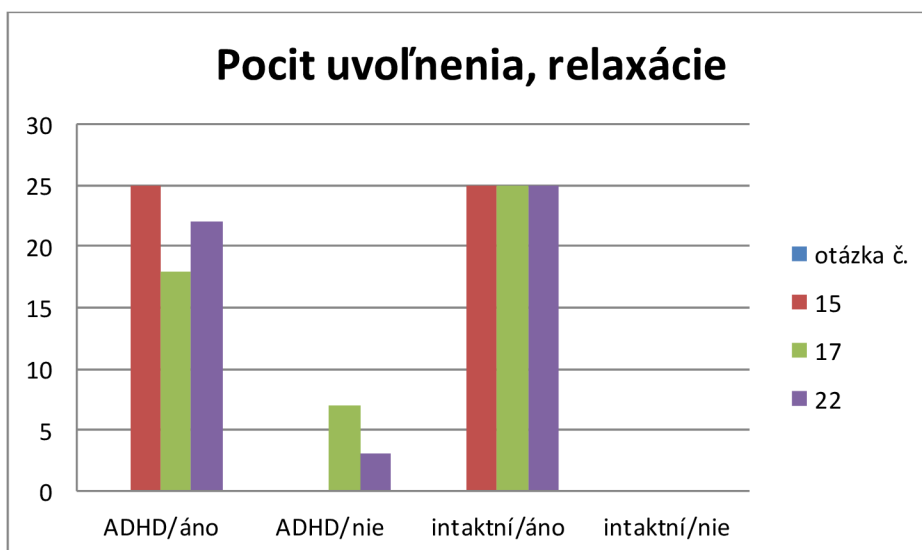
17. Pri cvičení sa vždy cítim vnútorne uvoľnený.

17. Pri cvičení sa necítim vnútorne uvoľnený.

22. Cvičení mi prináša uvoľnenie od napätia.

22. Cvičení mi neprináša uvoľnenie od napätia.

Tieto položky vypovedajú o istom komfortnom vnímaní telesnej výchovy. Výsledky spracované v 3. grafe ukazujú, že komfortnejšie sa na telesnej výchove cítia intaktní respondenti, ktorí dosiahli vo všetkých položkách maximálny počet bodov. 28% žiakov s ADHD uviedlo, že sa pri cvičení na telesnej výchove necíti vnútorne uvoľnene a 12-im percentám týchto žiakov cvičenie na telesnej výchove neprináša uvoľnenie od napätia.



Graf 3. Pocit uvoľnenia, relaxácie

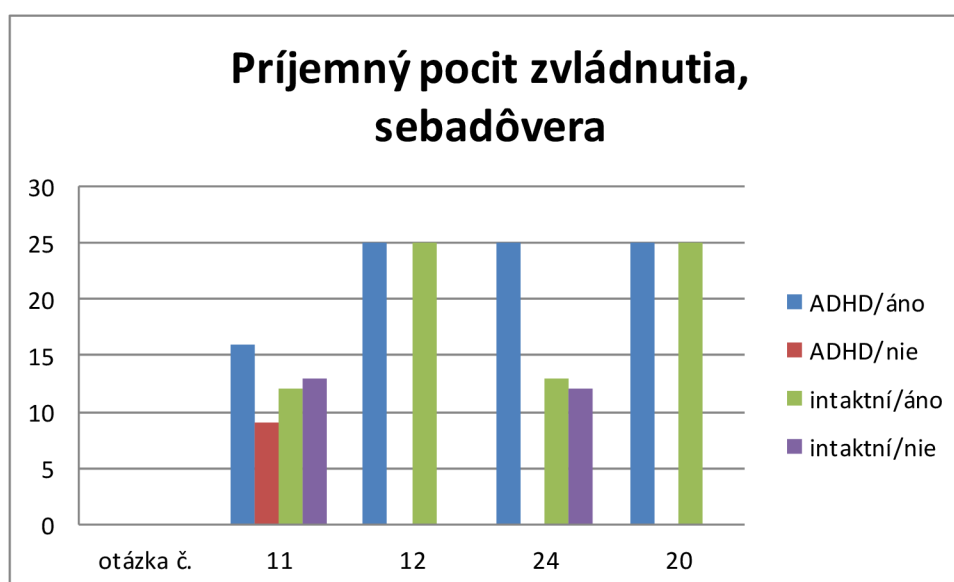
(zdroj: vlastná práca)

Štvrtú dimenziu tvoria položky zamerané na príjemný pocit zvládnutia, sebadôveru:

- | | |
|---|--|
| 11. Rád ukazujem pri cvičení, čo dokážem. | 11. Nerád ukazujem pri cvičení, čo dokážem. |
| 12. Pri väčšine športových činností si verím. | 12. Pri väčšine športových činností si neverím. |
| 20. Cvičenie mi dáva pocit väčšej sebadôvery. | 20. Cvičenie mi neprináša pocit väčšej sebadôvery. |
| 24. Rád si overujem, čo ešte dokážem. | 24. Nepotrebujem si overovať, čo dokážem. |

Pocit zvládnutia cvičenia a pocit sebadôvery pri cvičení je veľmi dôležitý, pretože je úzko spätý s motiváciou k cvičeniu. Ak sa nám niečo darí, s väčším nadšením pristupujeme k takýmto aktivitám, nemáme z nich obavy. Odpovede zaznamenané z výpovedí respondentov ukazujú, že viacerí žiaci s ADHD majú príjemný pocit zvládnutia cvičení na telesnej výchove. V rámci tejto dimenzie získali o 16% lepšie skóre ako intaktní žiaci. V oboch skupinách sa však našli jedinci, ktorí necítia potrebu predvádzať sa pri cvičení (položka č.11). Všetci opýtaní žiaci s ADHD uviedli, že si pri športových činnostiach veria, cvičenie im dáva pocit väčšej sebadôvery a radi si overujú, čo dokážu.

V skupine intaktných žiakov takéto jednoznačné reakcie nezaznamenávame najmä v oblasti sebadôvery, kde až 48% opýtaných uviedlo, že im cvičenie neprináša pocit väčšej sebadôvery.

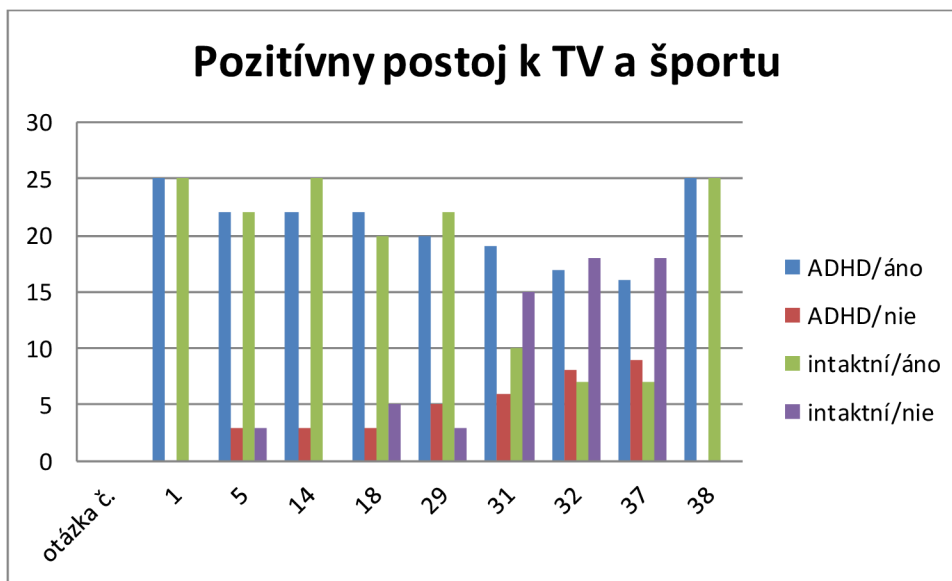


Graf 4. Príjemný pocit zvládnutia, sebadôvera (zdroj: vlastná práca)

Piatu dimenziu tvoria položky zamerané na pozitívny postoj k TV a športu:

- | | |
|---|--|
| 1. Pohybové aktivity mi vyhovujú, som rád v pohybe. | 1. Pohybové aktivity mi nevyhovujú, nie som rád v pohybe. |
| 5. Pravidelné cvičenie by som uvítal častejšie. | 5. Pravidelné cvičenie by som uvítal zriedkavejšie. |
| 14. Po cvičení sa cítim lepšie. | 14. Po cvičení sa necítim lepšie. |
| 18. Ak nemôžem cvičiť – som nespokojný. | 18. Neprekáža mi, keď nemôžem cvičiť. |
| 29. Cvičiť by som chcel každý deň. | 29. Nepotrebujem cvičiť každý deň. |
| 31. Čas spoločného cvičenia na TV je príliš krátky. | 31. Čas spoločného cvičenia na TV je dostatočne dlhý. |
| 32. Spoločné cvičenie ma podnecuje aj k samostatnému cvičeniu doma. | 32. Spoločné cvičenie ma nevedie k samostatnému cvičeniu doma. |
| 37. Cvičím rád i vtedy, ak je cvičenie namáhavé. | 37. Nemám rád namáhavé cvičenie. |
| 38. Spoločné cvičenie ma veľmi baví. | 38. Radšej cvičím sám. |

V tejto dimenzii nachádzame najviac položiek, ktorých kladná odpoveď dokumentuje pozitívnu emočnú reakciu na telesnú výchovu v školách. Výrazne vyššie celkové skóre (rozdiel 25 bodov) zaznamenávame u žiakov s ADHD. V tejto skupine sa nachádza multimodálny súbor s hodnotou 22 v 3 položkách (2,14, 18). V skupine intaktných žiakov má multimodálny súbor hodnotu 25 – v položkách 1, 14 a 38. Jednoznačný súhlas v oboch skupinách zaznamenávame s tvrdením, že žiakom vyhovuje pohyb a obľubujú spoločné cvičenie. Najnižšie bodové hodnoty sme zaznamenali pri položkách: Čas spoločného cvičenia na TV je príliš krátky a Spoločné cvičenie ma podnecuje i k samostatnému cvičeniu doma. Len 40% intaktných žiakov uviedlo, že sa im javí čas venovaný spoločnému cvičeniu na telesnej výchove krátky (na rozdiel od žiakov s ADHD, ktorých až 76% vníma, že čas spoločného cvičenia na telesnej výchove je priveľmi krátky). Súčasne sme zistili, že len 28% intaktných žiakov sa necháva spoločným cvičením v škole inšpirovať k individuálnemu cvičeniu doma. Zároveň, tento istý počet intaktných žiakov uviedol, že nemajú radi namáhavé cvičenia. Pozitívnejšie reakcie v tejto dimenzii zaznamenávame u žiakov s ADHD, ako môžeme vidieť v 5.grafe.



Graf 5. Pozitívny postoj k TV a športu

(zdroj: vlastná práca)

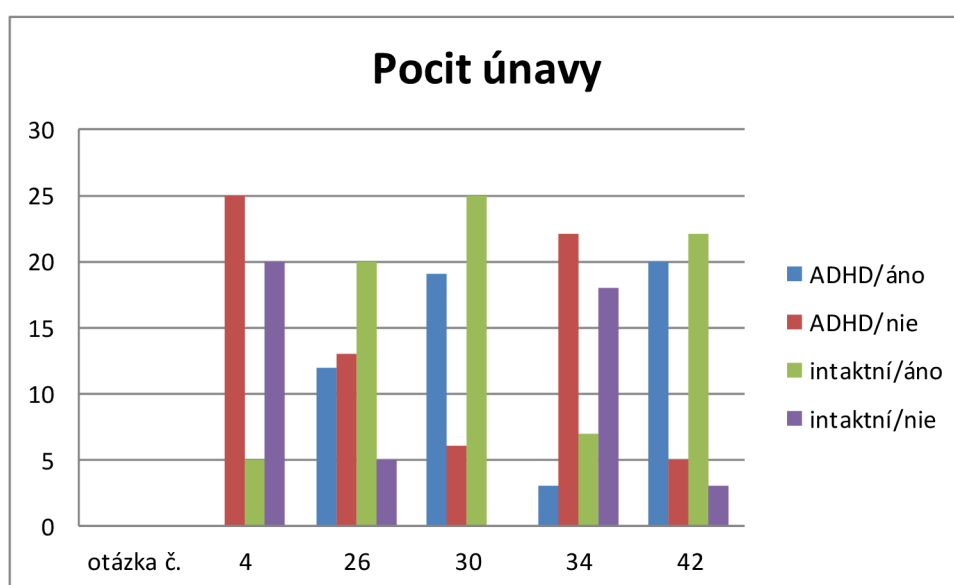
Druhú skupinu dimenzií tvorili negatívne emočné reakcie na telesnú výchovu v škole. Aj táto skupina obsahovala 5 dimenzií s nerovnomerným rozložením jednotlivých položiek. Najviac položiek obsahovala dimenzia negatívneho postoja k telesnej výchove a športu – 6 položiek, najmenej 3 položky boli zahrnuté v dimenzii úzkosti, napätia a dimenzii pocitov hnevu a zlosti. V tejto skupine dimenzií žiaci získali body za odpoveď NIE.

Šiestu dimenziu tvoria položky zamerané na pocity únavy:

- | | |
|---|--|
| 4. Nemám dost' síl na všetky cvičenia. | 4. Mám dost' síl na všetky cvičenia. |
| 26. Náročným cvičeniam sa radšej vyhýbam. | 26. Nevyhýbam sa náročným cvičeniam. |
| 30. Veľmi namáhavé cvičenie nie je vhodné na hodiny TV. | 30. Do hodín TV je vhodné zaradiť aj namáhavé cviky. |
| 34. Silové cvičenia ma strašia. | 34. Mám rád silové cvičenia. |
| 42. Občas sa cítim pri cvičení unavený. | 42. Nikdy sa necítim pri cvičení unavený. |

Odpovede na jednotlivé položky, ktoré sme zaznamenali nasvedčujú o výraznejšom rozdieli v tejto emočnej reakcii medzi žiakmi s ADHD a intaktnými žiakmi. Hodnoty uvedené v grafe dokumentujú nejednoznačnosť, pretože súhlas, či nesúhlas s jednotlivými

tvrdeniami je vyvážený. V celkovom hodnotení tejto emočnej reakcie získali viacej bodov žiaci s ADHD (rozdiel získaných bodov medzi oboma skupinami je 25 bodov v prospech skupiny ADHD). Svedčí to o tom, že žiaci s ADHD v priemere nepocitujú únavu z cvičení tak výrazne ako intaktní žiaci. Všetci žiaci s ADHD uviedli, že pocitujú dostatok síl na všetky cvičenia, ale vysoké percento (80%) priznalo, že občas sa pri cvičení cítia unavení. Obe skupiny uviedli, že neinklinujú veľmi k silovým cvičeniam. Najvýraznejší rozdiel evidujeme v položke č. 26: skupina žiakov s ADHD v rovnováhe vníma vhodnosť/nehodnosť namáhavých cvičení na hodinách TV, kým jednoznačnejší nesúhlas so zaraďovaním namáhavých cvičení na hodinách telesnej výchovy vyjadrila skupina intaktných žiakov.



Graf 6 Pocit únavy

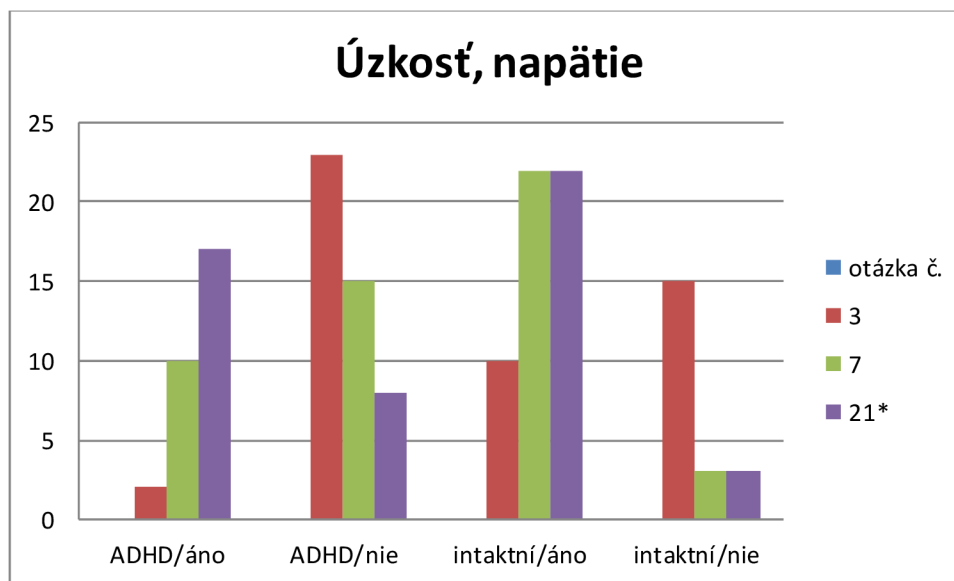
(zdroj: vlastná práca)

Siedmu dimenziu tvoria položky zamerané na pocity úzkosti a napätia:

- | | |
|---|--|
| 3. Z niektorých cvičení mám niekedy strach. | 3. Zo žiadnych cvičení nemám strach. |
| 7. Mám pocit, že niečo nezvládam tak ako tí šikovnejší. | 7. Mám pocit, že všetko zvládam rovnako ako tí šikovnejší. |
| 21. *Pri cvičení nemám žiadne obavy. | 21. Pri cvičení mám obavy. |

Táto dimenzia obsahuje tri položky, z ktorých dve prinášajú body za negatívnu odpoveď a jedna za pozitívnu odpoveď (21). Podobne ako v dimenzii pocitu únavy, aj v dimenzii úzkosti a napätia registrujeme rozdielne skóre v oboch skúmaných skupinách. 92% opýtaných žiakov s ADHD uviedlo, že zo žiadnych cvičení nemajú strach. V skupine

intaktných žiakov takúto odpoveď evidujeme len u 60% opýtaných. Ďalší rozdiel evidujeme pri odpovediach na tvrdenie o pocite vyrovnania sa „šikovnejším“ žiakom. Kým v skupine žiakov s ADHD sa vyskytol súhlas s takýmto tvrdením v pomere 2:3 v prospech pozitívneho pocitu, tak v skupine intaktných žiakov až 88% respondentov nemá pocit, že v rámci telesnej výchovy niečo zvládajú rovnako tí šikovnejší. Vypovedá to o tom, že nami skúmaní intaktní žiaci sa cítia menej šikovní. Obe skupiny uviedli, že väčšina z nich pri cvičení nepociťuje obavy.



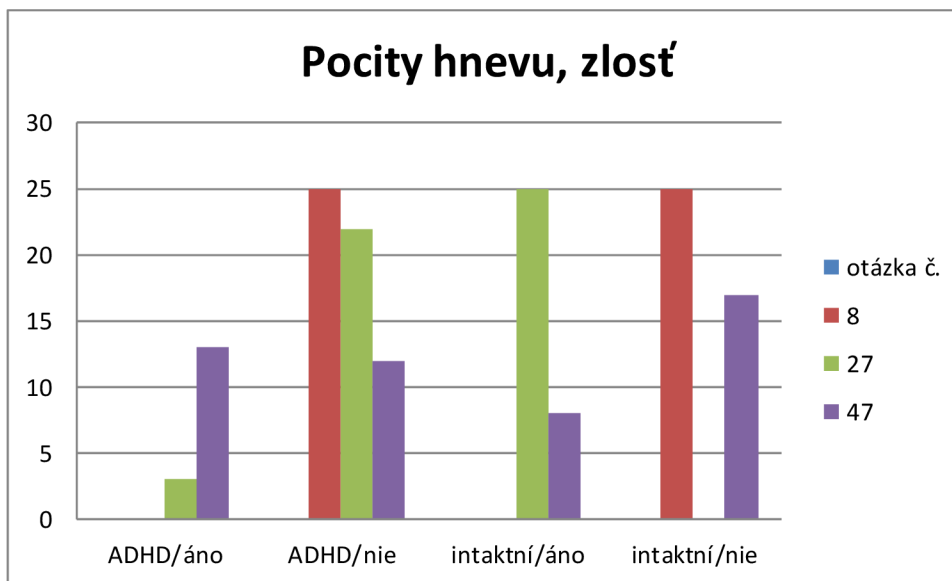
Graf 7. Úzkosť a napätie

(zdroj: vlastná práca)

Ôsmu dimenziu tvoria položky zamerané na pocity hnevu a zlosti:

- | | |
|--|--|
| 8. Naše cvičenie je plné nepríjemného napätia. | 8. Naše cvičenie je plné príjemného napätia. |
| 27. Pri cvičení mám často nepríjemné pocity. | 27. Pri cvičení sa cítim príjemne. |
| 47. Pri spoločnom cvičení sa moje vlastné nápady na cvičení veľmi neuplatnia | 47. Pri spoločnom cvičení iní prijímajú moje nápady. |

Táto dimenzia obsahuje len 3 položky, z ktorých len v prvej položke, ktorá sa týka príjemného pocitu z cvičenia, získali obe skupiny rovnaký počet (maximum) bodov. Prekvapujúco sa skupina intaktných žiakov vyjadrila, že máva pri cvičení často nepríjemné pocity, s čím naopak výrazne (88%) nesúhlasila skupina žiakov s ADHD. V tejto skupine však nachádzame 45% respondentov, ktorí vyjadrili, že ich nápady pri spoločnom cvičení sa veľmi neuplatnia. V skupine intaktných žiakov takýchto nachádzame len 32%.



Graf 9. Pocity hnevu a zlosti

(zdroj: vlastná práca)

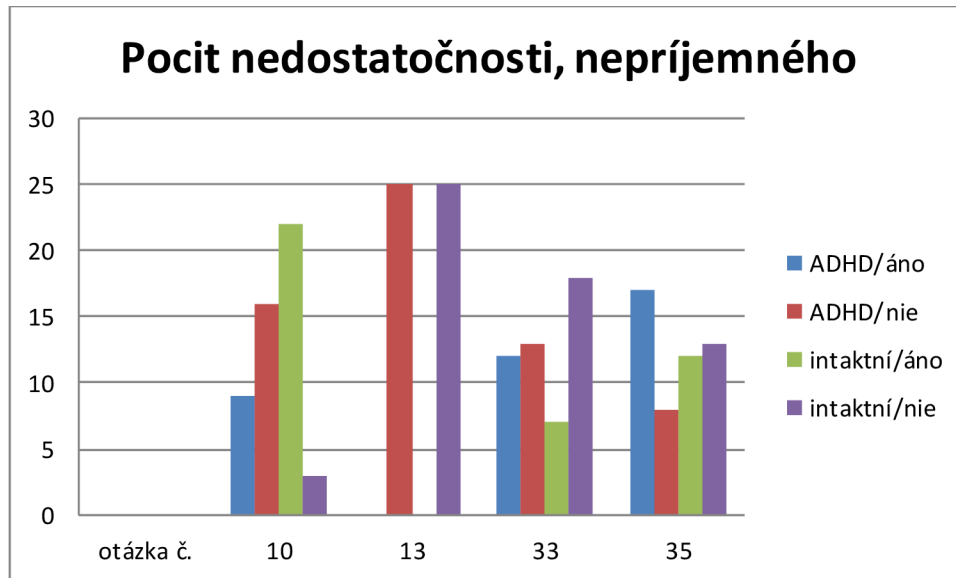
Deviatu dimenziu tvoria položky zamerané na pocit nedostatočnosti, nepríjemného. Pozostáva zo štyroch položiek, v ktorých možno za negatívnu odpoveď získať 1 bod:

- | | |
|--|---|
| 10. Predtým som cvičil rád, teraz už nie. | 10. Cvičím rád. |
| 13. Naše cvičenie je väčšinou nuda. | 13. Naše cvičenie nebýva nudné. |
| 33. Vytrvalostné pohybové činnosti nemám rád. | 33. Vytrvalostné pohybové činnosti mám rád. |
| 35. Často nezvládam techniku vykonávania rôznych cvikov. | 35. Techniku vykonávania cvikov zvládam v pohode. |

Rozdiely v získanom skóre v tejto dimenzii nie sú výrazné. Jednoznačný nesúhlas v oboch skupinách nachádzame pri tvrdení, že cvičenie na telesnej výchove býva nudné. Kým skupina žiakov s ADHD potvrdila, že cvičia radi, skupina intaktných žiakov uviedla, že predtým cvičili radi, ale teraz už nie. Zamýšľali sme sa nad týmto výsledkom a dospeli sme k záveru, že takúto odpoveď mohla ovplyvniť súčasne existujúca pandémia, ktorá výrazne obmedzila pohybové aktivity - mnohé deti zostali bez výrazného pohybu, obmedzilo sa aktívne športovanie, dokonca aj mnohé športové tréningy prebiehali on-line. Žiaci sa často vyjadrovali pri komunikácii, že ich on-line cvičenie nebaví tak, ako klasické tréningy, chýba im kontakt s kamarátmi a zvykli si nenamáhať sa a je pre ne pohodlnejšie nehýbať sa.

Napriek tomu, že žiaci s ADHD uviedli, že cvičia radi, až 68% z nich uviedlo, že často nezvládajú techniku vykonávania jednotlivých cvikov. Potešujúce je zistenie, že napriek tomu, že s týmto majú problémy, neodradza ich to od cvičenia a pohybových aktivít.

V položkách tejto dimenzie zisťujeme, že menej opýtaných intaktných žiakov má problémy s vytrvalosťnými pohybovými činnosťami, kým u žiakov s ADHD nie je jednoznačný výsledok v prospech pozitívnej či negatívnej reakcie.



Graf 10. Pocit nedostatočnosti, nepríjemného (zdroj: vlastná práca)

Poslednú dimenziu tvoria položky zamerané na negatívny postoj k TV a športu:

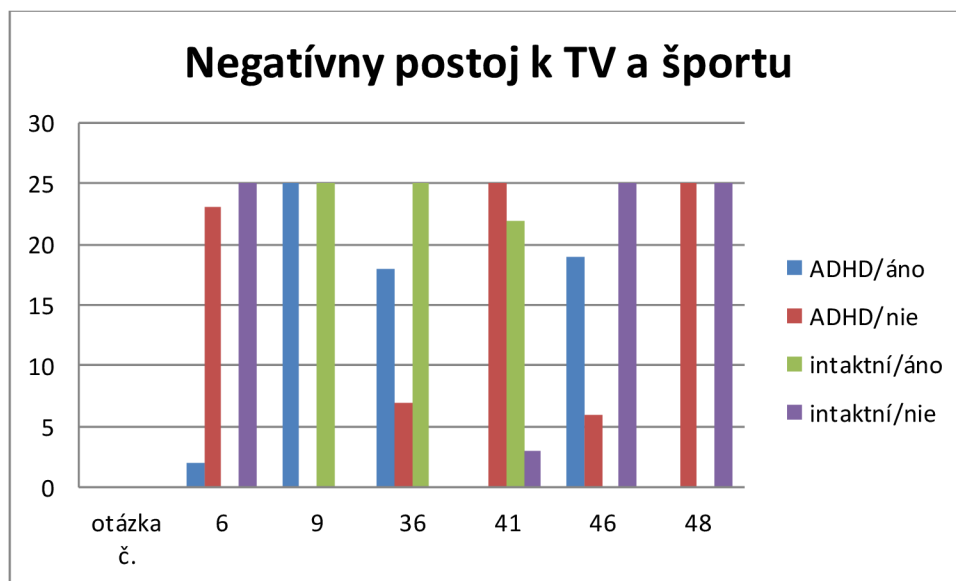
- | | |
|---|--|
| 6. Bez pohybových aktivít by som sa celkom zaobišiel. | 6. Bez pohybových aktivít by som sa nezaobišiel. |
| 9. Športovanie ma nebaví. | 9. Športovanie ma baví. |
| 36. Niekedy sa pri spoločnom cvičení rád aj ulejem. | 36. Nezvyknem sa ulievať pri cvičení. |
| 41. Neviem vlastne, prečo by som mal cvičiť. | 41. Je pre mňa dôležité cvičiť. |
| 46. Niekedy necvičím práve s veľkým nadšením. | 46. Cvičím rád a s nadšením. |
| 48. Pohybovým činnostiam sa radšej vyhýbam. | 48. Vyhľadávam pohybové aktivity. |

Táto dimenzia obsahuje 6 položiek a mierne jednoznačnejší nesúhlas s jednotlivými položkami evidujeme u žiakov s ADHD. Multimodálny súbor s hodnotou 25 bodov nachádzame v skupine žiakov s ADHD pri položkách 9, 41 a 48. Odpovede týchto respondentov nasvedčujú tomu, že ich športovanie baví, je pre nich dôležité a cvičia

s nadšením. V skupine intaktných žiakov multimodálny súbor s hodnotou bodov 25 tvoria položky 6, 9, 46 a 48.

Až 100% opýtaných žiakov s ADHD potvrdilo, že sa nezvyknú ulievať pri cvičení, čo neplatí o intaktných žiakoch, kde až 88% žiakov priznáva, že niekedy sa pri spoločnom cvičení radi ulejú.

V celkovom hodnotení obe skupiny získali výrazne viacej bodov za negatívne odpovede, teda potvrdili výsledky, ktoré sme získali v dimenzii Pozitívny postoj k TV a športu.



Graf 11 Negatívny postoj k TV a športu

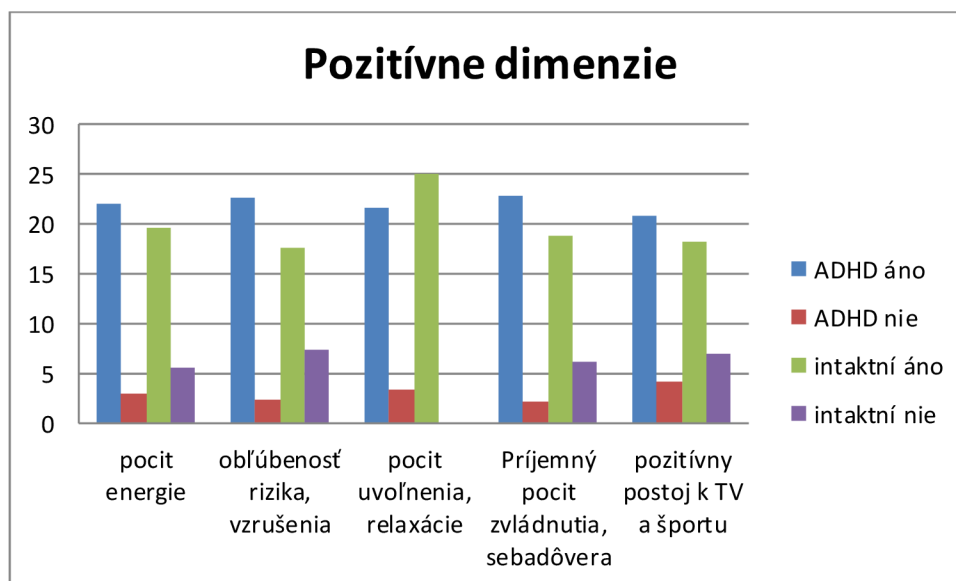
(zdroj: vlastná práca)

6 Záver

Na začiatku nášho výskumu sme si položili otázky, ktoré boli zamerané na emočné reakcie na telesnú výchovu u žiakov s diagnostikovanou poruchou ADHD a ich intaktných rovesníkov. Na získanie informácií sme použili skrátenú verziu dotazníka DEMOR, ktorú sme predložili žiakom stredného školského veku v regióne Partizánske. Dotazník DEMOR obsahoval 48 položiek, ktoré boli rozdelené do dvoch skupín dimenzií – pozitívnej a negatívnej. Každá skupina obsahovala 5 dimenzií a v nich tvrdenia, s ktorými žiaci mohli a nemuseli súhlasiť.

V našej práci sme zisťovali, či žiaci s ADHD pociťujú viac pozitívnych ako negatívnych reakcií na telesnú výchovu. Pozitívne emočné reakcie v dotazníku boli zamerané na pocit energie, obľúbenosť rizika a vzrušenia, pocit uvoľnenia a relaxácie, príjemný pocit zvládnutia a sebadôveru a pozitívny postoj k TV a športu.

Graf 6 dokumentuje, že vo všetkých pozitívnych dimenziách žiaci dosiahli vysoké skóre.

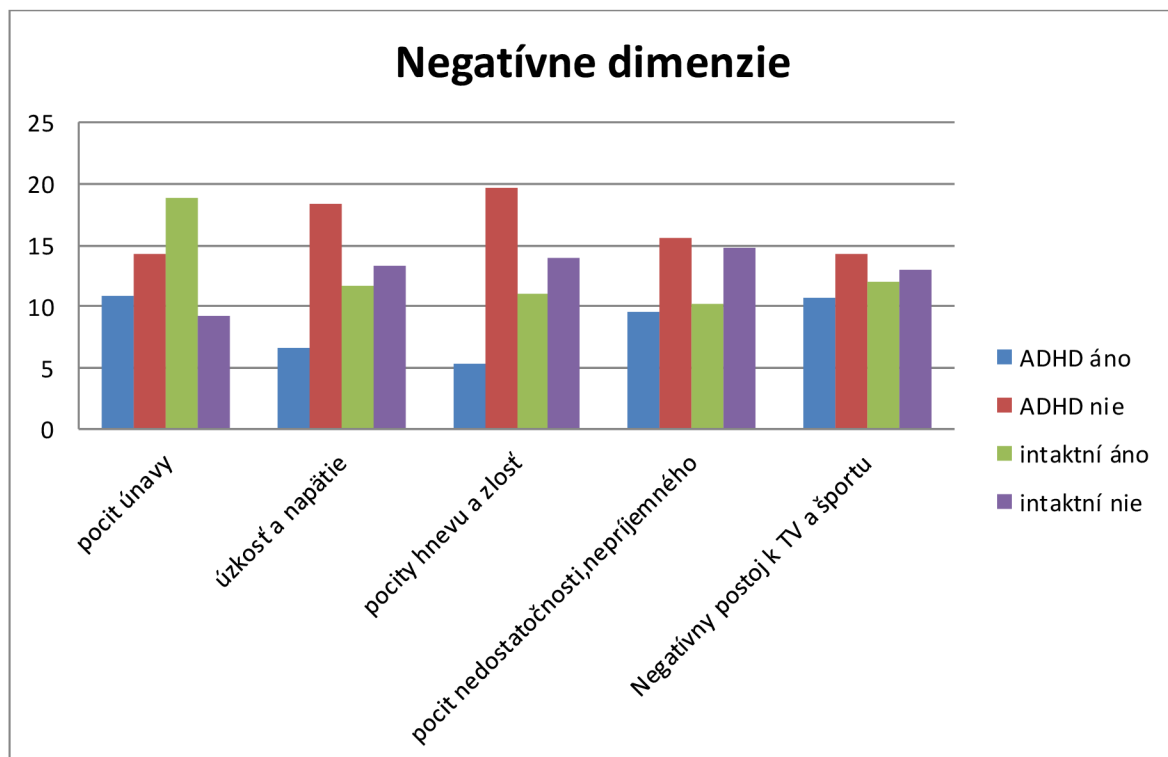


Graf 11. Sumárne hodnotenie pozitívnych emočných reakcií (zdroj:vlastná práca)

Zaujímalo nás, ktorá z pozitívnych emočných reakcií má u žiakov s ADHD najvyššie zastúpenie. Medzi jednotlivými dimenziami sú veľmi malé rozdiely v počte získaných bodov. Najvyšší priemerný počet bodov za jednotlivé položky získali žiaci s ADHD v dimenzii „príjemný pocit zvládnutia, sebadôvera“ – 22,75 bodu. S rozdielom ôsmych stotín nasleduje

dimenzia „pocit uvoľnenia a relaxácie“ a s ďalším rozdielom 7 stotín nasleduje dimenzia „pocit energie“. Ani zvyšné dve dimenzie výrazne nezaostávajú.

Negatívne dimenzie boli v dotazníku zamerané na pocity únavy, úzkosti a napätia, hnevu a zlosti, pocity nedostatočnosti a nepríjemného a negatívny postoj k TV a športu. Výsledky v týchto dimenziách neboli také výrazné ako v dimenziách pozitívnych. Graf 12 ukazuje, že nie všetci žiaci s ADHD (a aj intaktní žiaci) pociťujú len pozitívne emočné reakcie na telesnú výchovu. Najmenej z týchto dimenzií žiaci s ADHD pociťujú hnev a zlosť, nasleduje dimenzia úzkosti a napätia. Najvyššie skóre zo skúmaných dimenzií dosiahol pocit únavy.



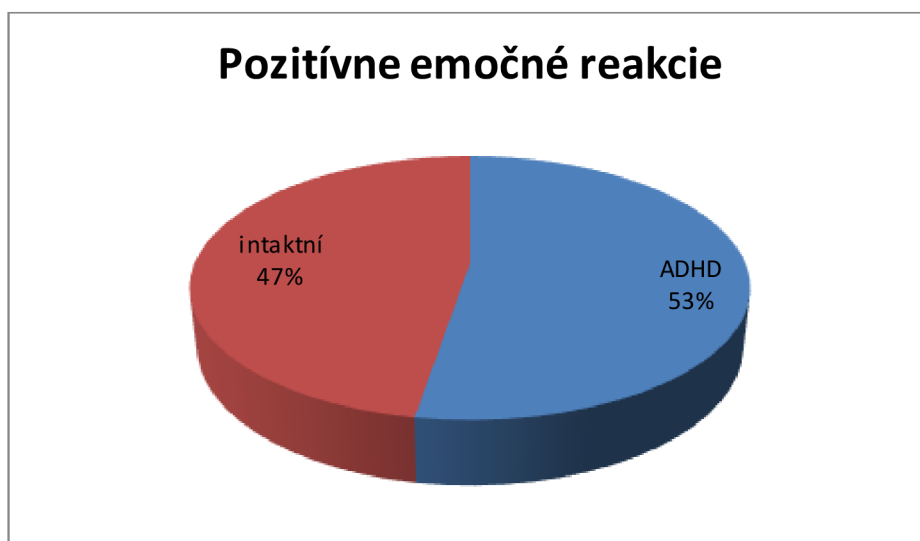
Graf 12. Sumárne hodnotenie negatívnych dimenzií

(Zdroj: vlastná práca)

V rámci nášho výskumu nás zaujímalo, či je rozdiel medzi emočnými reakciami na telesnú výchovu medzi žiakmi s diagnostikovaným syndrómom ADHD a intaktnými žiakmi?

Graf 11 dokumentuje, že v 4 pozitívnych dimenziách žiaci s ADHD dosiahli vyššie skóre, je potrebné však skonštatovať, že rozdiely nie sú veľmi výrazné. V jedinej dimenzii – tej, ktorá sa týka pocitu uvoľnenia a relaxácie získali v priemere viacej bodov intaktní žiaci.

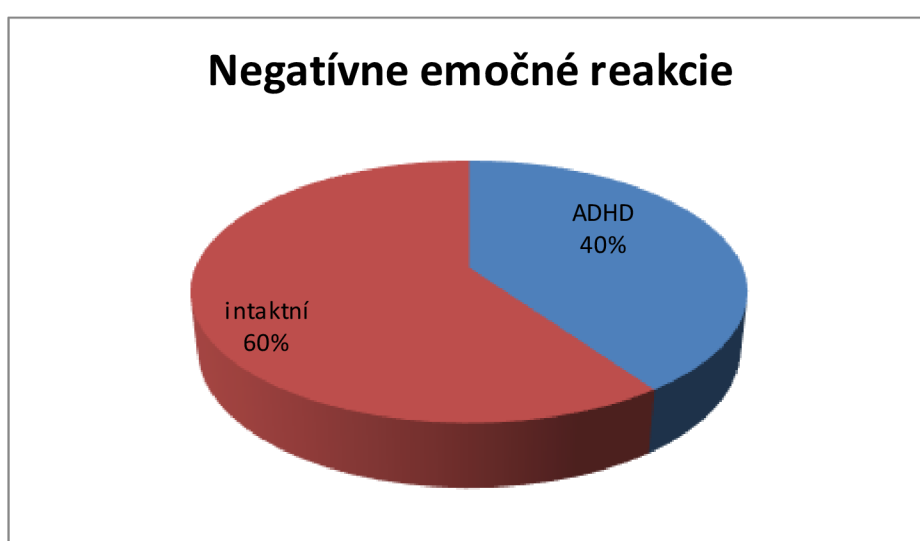
Graf 13 nám ukazuje, že obe skupiny získali v pozitívnych dimenziách veľmi podobné výsledky a rozdiel v získaných bodoch nie je veľmi výrazný.



Graf 13. Porovnanie výsledkov pozitívnych emočných reakcií ADHD – intaktní žiaci
(zdroj: vlastná práca)

V rámci negatívnych dimenzií môžeme skonštatovať, že v skupine intaktných žiakov sme zaevidovali viac negatívnych emočných reakcií ako v skupine žiakov s ADHD. Skupina intaktných žiakov zaznamenala najviac bodov v dimenzii – „pocit únavy“. Aj skupine s ADHD bola táto dimenzia najkritickejšia, ale ako môžeme vidieť v grafe 12, tak v tejto skupine nachádzame rovnomernejšie zastúpenie respondentov, ktorí pociťujú /nepociťujú únavu na telesnej výchove.

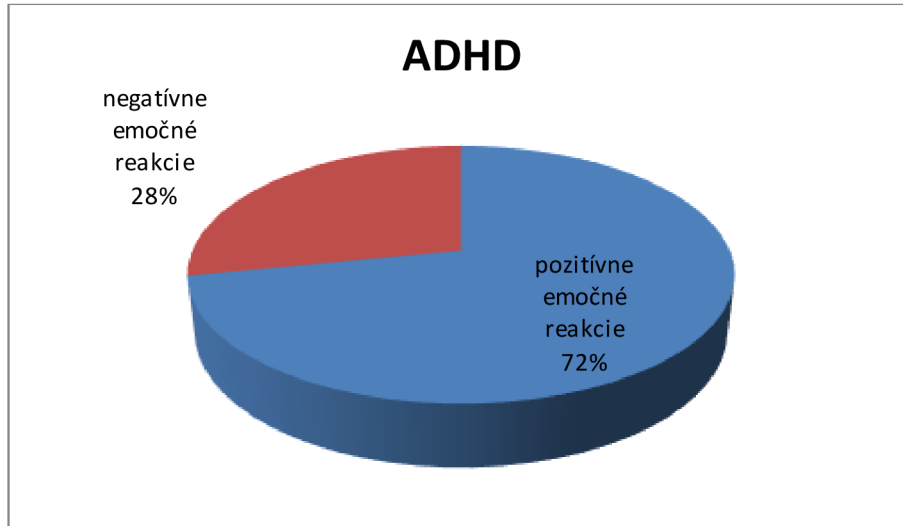
Graf 14 poukazuje na to, že v skupine intaktných žiakov sme zaregistrovali až o 20% viac negatívnych emočných reakcií na telesnú výchovu.



Graf 14. Porovnanie výsledkov pozitívnych emočných reakcií ADHD – intaktní žiaci

(zdroj: vlastná práca)

Ak skúmame vzťah medzi pozitívnymi a negatívnymi emočnými reakciami na telesnú výchovu v skupine žiakov s ADHD vidíme, že títo žiaci pociťujú výrazne viac pozitívnych ako negatívnych emočných reakcií (graf 15.)



Graf 15. Porovnanie pozitívnych a negatívnych emočných reakcií v skupine žiakov s ADHD (zdroj: vlastná práca)

Zároveň však konštatujeme, že aj v skupine intaktných žiakov sme získali údaje, ktoré svedčia o tom, že aj títo žiaci pociťujú výrazne viac pozitívnych emočných reakcií na telesnú výchovu, aj keď rozdiel medzi jednotlivými dimenziami je menej výrazný ako v skupine žiakov s ADHD.



Graf 16. Porovnanie pozitívnych a negatívnych emočných reakcií v skupine intaktných žiakov (zdroj: vlastná práca)

SÚHRN

Predložená práca je zameraná na problematiku detí s ADHD v strednom školskom veku v spojitosti s pohybovými aktivitami. Prináša prehľad teoretických poznatkov v danej oblasti, ktoré sme získali z dostupnej odbornej literatúry. V praktickej časti sa venujeme práci s dotazníkom emočných reakcií na telesnú výchovu, pričom skúmame tieto reakcie v dvoch skupinách – v skupine žiakov s ADHD a v skupine intaktných žiakov. Výsledky nášho skúmania poukazujú na to, že v oboch skupinách prevládajú pozitívne emočné reakcie na školskú telesnú výchovu.

V závere našej práce chceme podotknúť, že náš výskum bol vo významnej miere ovplyvnený pandémiou COVID 19, ktorá nám veľmi výrazne obmedzila možnosti kontaktu so žiakmi v školách. Predpokladali sme, že výskum zrealizujeme s väčším množstvom respondentov a budeme môcť byť s nimi aj v osobnom kontakte. Izolovanosť ľudí, obmedzená možnosť športovania veľmi výrazne zasiahli do života nielen dospelých ale i žiakov v školách. Deti menej času venujú pohybovým aktivitám a aktívnemu športovaniu, čo mohlo výrazne ovplyvniť aj ich odpovede, keďže riadne hodiny telesnej výchovy už nemali viac ako celý školský rok.

Napriek týmto obmedzeniam sme presvedčení, že naša práca priniesla zaujímavý pohľad na problematiku žiakov s ADHD a ich pôsobenie na hodinách telesnej výchovy. Keďže problematika syndrómu ADHD v školách je v súčasnosti veľmi naliehavým problémom, máme záujem venovať sa jej aj v budúcnosti, pričom sa chceme zamerať najmä na testovanie motorického vývoja týchto detí a možnosti včasných intervencií s cieľom pomôcť týmto žiakom v školskom procese.

SUMMARY

The thesis focused on issue of children with ADHD in mid school years with connection of physical activity. The thesis bring the overview of theoretic findings in the area, which I obtain from accesible specialist literature. In the practical part of thesis the main focuse is on questionnaire of emotional reactions to PE lesson. The emotional reactions were investigated in two groups- in the group of pupils with ADHD and in the group of intact pupils. The findings refer to positive emotional reactions on school PE lesson.

In the end of the thesis I would like to mention, that our research was affected by pandemic COVID 19, which induces the complications with opportunity of communication with pupils in school. The assumption was to realise research in bigger group of respondents and also in face to face contact. The isolation of children, restrictions of sport influence a lot lives of adult people, but also children not only in school. Children follow less time of physical activities and active sporting , which can influence their response, in case of not having PE lessons for more than one school year.

Despite of the restrictions, we are sure that our thesis bring interesting view of problems of pupils with ADHD and their participation in PE lessons. Currently, the problems of ADHD syndroms in schools are real, so that in future we would like to focus on testing of motoric development of this group of children and their intime opportunities of interventions with the aim of help them in school process.

REFERENČNÝ ZOZNAM

- Adamírová, J., Dvořáková, H., Jalovecká, B., Masečková, J., Wiednerová, V., & Zachariášová, J. (2010). *Psychomotorika*. Praha: Česká asociace Sport pro všechny.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 4th Edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Blahutková, M. (2007). *Psychomotorika*. 1. dotisk. Brno: Masarykova univerzita.
- Čelíkovský, S., et al. (1985). *Antropomotorika I*. Prešov: Pedagogická fakulta v Prešove.
- Čelíkovský, S., et al. (1990). *Antropomotorika: pro studující tělesnou výchovu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990.
- Disman, M. (2011). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Drtilková, I., & Šerý, O. (2007). *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Praha: Galén.
- Drtilková, I., & Theiner, P. (2008). Klinické a biologické markery perzistentní formy hyperkinetické poruchy (ADHD). *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(4), 16.
- Engel-Yeger, B. (2020). The role of poor motor coordination in predicting adults' health related quality of life. *Research in Developmental Disabilities*. Retrieved 16.1.2021 from the World Wide Web: doi:10.1016/j.ridd.2020.103686.
- EUFAPA. (2006). *Stanovy o. s. Evropská federace aplikovaných pohybových aktivit*. Retrieved 23.1.2021 from the World Wide Web: <https://eufapa.eu/>.
- Freud, S. (1991). *Vybrané spisy*. Praha: Avicenum.
- Hermová, S. (1994). *Psychomotorické hry*. 1.vyd. Praha: Portál.
- Chodounská, H. (2019) V českých školách se vzdělávalo 108 tisíc dětí se zdravotním postižením. Retrieved 16.1.2021 from the World Wide Web: <https://www.czso.cz/csu/czso/v-ceskych-skolach-se-vzdelavalo-108-tisic-deti-se-zdravotnim-postizenim>.
- Ješina, O. (2011). Kompetence učitelů aplikované tělesné výchovy. *Physical Culture / Telesna Kultura*. Retrieved 22.1.2021 from the World Wide Web: https://www.researchgate.net/publication/290667218_The_teachers_competences_in_adapted_physical_education/fulltext/569b0f0c08aea147694fa78b/The-teacher-s-competences-in-adapted-physical-education.pdf.
- Jucovičová, D., & Žáčková, H. (2007). *Máte neklidné a nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD/ADD) především pro učitele a vychovatele*. 2. vyd. Praha: D+H.

- Jucovičová, D., & Žáčková, H. (2010). *Neklidné a nesoustředěné děti ve škole a v rodině*. Praha: D+H.
- Kellerová, L., Ješina, O. (2013). Uplatnění prvků Adventure Therapy u osob se speciálními potřebami. *Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi* [online], 4(2), 33-40.
- Kirby, A. (2000). *Nešikovné dítě: dyspraxie a další poruchy motoriky*. Praha: Portál.
- Kirchner, J., Hátlová, B., & Hošek, V. (2010). Role dobrodružné terapie v psychiatrické léčbě. *Kapitoly z teorie psychomotorické terapie*. Praha: European Science and Art Publishing: Asociace psychologů sportu.
- Klindová, L., & Rybárová, E. (1975). *Vývinová psychológia. Učebnica pre 3. ročník pedagogických škôl*. Bratislava: SPN.
- Kolář, P., Smržová, J., & Kobesová, A. (2011). Vývojová dyspraxie, senzomotorická integrace a jejich vliv na pohybové aktivity a sport. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca*. Retrieved 16.1.2021 from the World Wide Web: <https://www.csnn.eu/en/journals/czech-and-slovak-neurology-and-neurosurgery/2011-5-1/developmental-coordination-disorder-developmental-dyspraxia-36049?hl=cs>
- Kopecký, M., Kusnierz, C., Kikalová, K., & Charamza, J. (2013). Comparison of the somatic state and the level of motor performance of boys between the ages of seven and fifteen in the olomouc region (czech republic) and in opole (poland). *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*. Retrieved 28.11.2020 from the World Wide Web: https://gymnica.upol.cz/artkey/gym-201304-0006_Comparison_of_the_somatic_state_and_the_level_of_motor_performance_of_boys_between_the_ages_of_seven_and_fiftee.php
- Kotasová, J. (1999). *Hyperkinetický syndróm – psychologický pohled*. Čes-slov Psychiat.
- Kudláček, M. (2006). The American adapted physical education in the first half of 20th century. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*, 36(1), 23–28.
- Kudláček, M. (2011). Aplikované pohybové aktivity v evropském kontextu. *Physical Culture / Telesna Kultura*. Retrieved 22.1.2022 from the World Wide Web: https://telesnakultura.upol.cz/artkey/tek-201102-0001_APLIKOVANE_POHYBOVE_AKTIVITY_V_EVROPSKEM_KONTEXTU.php
- KUDLÁČEK, M. (2014). Aplikované pohybové aktivity a jejich kořeny v České republice. *Aplikované Pohybové Aktivity v Teorii a Praxi* [online]. 2014, 5(2), 33-34 [cit. 2021-01-22]. ISSN 18044204.
- Itan, C. M. (2001). Adventure Therapy – Critical Question. *Journal of Experiential Education*, 24 (2), 80 – 85.

- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Matějček, Z. (1994). *Co děti nejvíč potřebují*. Praha: Portál.
- Malá, E. (2001). Hyperkinetické poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 2(3), 121–124.
- Martin, M., & Waltmanová-greenwodová, C. (1997). *Jak řešit problémy dětí se školou*. Praha: Portál.
- Medzinárodná klasifikácia chorob – MKCH-10. 2021. Retrieved 10.1.2021 from the World Wide Web <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F90.0>
- Měkota, K., & Blahuš, P. (1983). *Motorické testy v tělesné výchově*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Měkota, K. Kovář, R., & Štěpnička, J. (1988). *Antropomotorika II*. Praha: SPN.
- Měkota, K., & Novosad, J. (2007). *Motorické schopnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Morelli, A. O. (2020). *Physical Development: Motor Development*. Retrieved 14.1.2021 from the World Wide Web: <https://www.gracepointwellness.org/1272-child-development-theory-middle-childhood-8-11/article/37676-physical-development-motor-development>
- Müller, O., et al. (2001). *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ozbič, M., & Filipčíč, T. (2010). Complex imitation of gestures in school-aged children with learning difficulties. *Kinesiology*. Retrieved 16.1.2021 from the World Wide Web: <https://psycnet.apa.org/record/2010-14805-005>.
- Paclt, I., et al. (2007). *Hyperkinetická porucha a porucha chování*. Praha: Grada.
- Pedro, A., Goldschmidt, T. , & Daniels, L. (2019). Parent-carer awareness and understanding of dyspraxia: Implications for child development support practices. *Journal of Psychology in Africa* [online], 29(1), 87-91. Retrieved 15.1.2021 from the World Wide Webdoi:10.1080/14330237.2019.1568092.
- Piaget, J. (1970). *Psychologie dítěte*. Praha: SPN.
- Pokorná, V. (2010). *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál.
- Přinosilová, D. (2007). *Diagnostika ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Brno: Paido.
- Rief, S. (2010). *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 4. vyd. Praha: Portál.
- Říčan, P., Krejčířová, D., et al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Seaman, J., Depauw, K. P., Morton, K., & Omoto, K. (2003). *Making connections: From theory to practice in adapted physical education*. Scottsdale, AZ: Holcomb Hathaway.

- Segreant, J. (2000). *The cognitive-energetic model: an empirical approach to attention deficit hyperactivity disorder*. Retrieved 16.1.2016 from the World Wide Web: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10654654/>.
- Sheldon, N., M., & Arthur, N. (2001). Adding Adventure to Therapy. *Guidance & Counseling*, 16(2), 67–72.
- Sherrill, C. (2004). *Adapted physical activity, recreation and sport: Crossdisciplinary and lifespan* (6th ed.). Boston, MA: WCB/McGraw-Hill.
- Skutil, M., & Průcha, J. (2011). *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál.
- Svoboda, B. (1974). Výzkum diagnostických metod k poznání osobnosti trenéra. In Anonymus. *Studie osobnosti ve sportu*, 179–292. Praha: Univerzita Karlova.
- Svoboda, B., et al. (1995). Some Motivation Determinants of Secondary School Youth Towards Physical Activities. *AUC Kinanthropologica*, 31(2), 9–56.
- Szabová, M. (1999). *Cvičení pro rozvoj psychomotoriky*. Praha: Portál.
- Szopa, J., & Mleczko, E. (2004). *Podstawy antropomotoryki*. PWN Warszawa- Krakow.
- Stárková, L. (2016). ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatric pro praxi*, 17(1), 16-21. Retrieved 06.1.2021 from the World Wide Web: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201601-004_ADHD_ve_svetle_soucasne_psychiatrie_a_klinicke_praxe.php].
- Šuba, J. (1999). *Duševné poruchy dětí*. Bratislava: Liga za duševné zdravie.
- Teeter, P., & Clikeman, M. (1995). Integrating neurobiological, psychological and behavioral paradigms : A transactional model for the study of ADHD. Retrieved 06.1.2021 from the World Wide Web: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14588902>.
- Train, A. (1997). *Specifické poruchy chování a pozornosti: jak jednat s velmi neklidnými dětmi*. Praha: Portál.
- Trávníková, D. (2014). *Vybrané aplikované pohybové aktivity teorie a praxe*. Brno: Masarykova univerzita. 2014. Retrieved 13.1.2021 from the World Wide Web: https://www.fsp.s.muni.cz/alternativni_pohybove_aktivity/
- Třebatická, J., Škodáček, I. (2016). Možnosti alternativní terapie. *Pediatric pro praxi*, 17(1), 22-26. Retrieved from: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201601-0004_ADHD_ve_svetle_soucasne_psychiatrie_a_klinicke_praxe.php.
- Vaivre-douret, L. (2007). *Troubles d'apprentissage non verbal: les dyspraxies développementales*. (Non-verbal learning disabilities: developmental dyspraxia.) Archives de pédiatrie, 14, 1341-1349.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie : dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.

- Walsh, K. B. (2002). *Krok za krokom – alternatívna metodická príručka pre 1.stupeň základnej školy*. Žiar nad Hronom: Nadácia Škola dokorán.
- Winnick, J. P. (2005). *Adapted physical education and sport*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Zelinková, O. (2003). *Poruchy učení*. Praha: Portál.

PRÍLOHY

Príloha A Informovaný súhlas

Príloha B Dotazník DEMOR – zjednodušená verzia

Príloha C Záznamový formulár k dotazníku DEMOR – upravená verzia

Príloha D Výsledky výskumu - tabuľky

Informovaný súhlas

Názov štúdie (projektu): Pohybové aktivity žiakov s ADHD v období stredného školského veku

Meno :

1. Ja, dolupodpísaný (á) súhlasím s účasťou môjho dieťaťa _____ v štúdiu.
2. Bol(a) som podrobne informovaný(á) o ciele štúdie, o jej postupoch, a o tom, čo sa od môjho dieťaťa očakáva. Beriem na vedomie, že prevádzaná štúdia je výskumnou činnosťou.
3. Porozumel(a) som tomu, že účasť môjho dieťaťa v štúdiu môžem kedykoľvek prerušiť alebo odstúpiť. Účasť môjho dieťaťa v štúdiu je dobrovoľná.
4. Pri zaradení do štúdie budú osobné dáta môjho dieťaťa uchované s plnou ochranou dôvernosti podľa platných zákonov ČR. Je zaručená ochrana dôvernosti osobných dát môjho dieťaťa. Pri vlastnom prevádzaní štúdie môžu byť osobné údaje poskytnuté iným než vyššie uvedeným subjektom len bez identifikačných údajov, tzn. anonymné dáta pod číselným kódom. Taktiež pre výskumné a vedecké účely môžu byť osobné údaje poskytnuté len bez identifikačných údajov (anonymné dáta) alebo s mojím výslovným súhlasom.
5. Porozumel som tomu, že meno môjho dieťaťa sa nebude nikdy vyskytovať v referátoch o tejto štúdiu. Ja naopak nebudem proti použitiu výsledkov z tejto štúdie.

Podpis účastníka:

Datum:

Dotazník emočních reakcí - DEMOR
(zjednodušená verze)

Instrukce: Po přečtení každé položky 1 - 48 vyjádřete svůj pocit v „záznamovém formuláři“
zakroužkováním čísla položky.

Pohlaví: Chlapec/ Dívka

Věk:

1. Pohybové činnosti mi vyhovují, jsem rád v pohybu.
2. Mám dost energie, pohybové činnosti mi nevadí.
3. Z některých cvičení mám někdy obavy.
4. Nemám dost sil na všechna cvičení.
5. Pravidelné cvičení bych uvítal častěji.
6. Bez pohybových aktivit bych se docela obešel.
7. Mám pocit, že něco nezvládám tak jako ti šikovnější.
8. Naše cvičení je plné nepříjemného napětí.
9. Sportování mě baví.
10. Dříve jsem cvičil rád, teď už ne.
11. Rád ukazuji při cvičení, co umím.
12. Při většině sportovních činností se věřím.
13. Naše cvičení je většinou nuda.
14. Po cvičení se cítím lépe.
15. Při společném cvičení je legrace.
16. Na cvičení se mi líbí vzrušení, riziko.
17. Při cvičení se vždy cítím uvolněný.
18. Nemohu-li cvičit, jsem nespokojený.
19. Mám rád pocit lehké únavy po cvičení.
20. Cvičení mi dává pocit větší sebedůvěry.
21. Při cvičení nemám žádné obavy.
22. Cvičení mi přináší uvolnění od předchozího napětí.
23. Mám rád rizikové sporty a cviky.
24. Rád si ověřuji, co ještě dokážu.
25. Těší mne vzrušení ve hře i v soutěži.
26. Náročným cvičením se raději vyhýbám.
27. Při cvičení mám často nepříjemné pocity.
28. Uspokojuje mne hlavně soutěžení.
29. Cvičit bych chtěl každý den.
30. Společné cvičení mne podněcuje i k samostatnému cvičení doma.
31. Doba společného cvičení je příliš krátká.
32. Společné cvičení mne podněcuje i k samostatnému cvičení doma.

33. Vytrvalostní pohybové činnosti nemám rád.
34. Silová cvičení všeho druhu mě děsí.
35. Technika správného provádění sportovních činností většinou pořádně nezvládám.
36. Někdy se při společném cvičení i rád uleju.
37. Cvičím rád i tehdy, je-li cvičení namáhavé.
38. Společné cvičení mne velmi baví.
39. Neustálé organizování činností při společném cvičení mě otravuje.
40. Při společném cvičení se dokážu bezvadně na všechno soustředit.
41. Nevím vlastně, proč bych měl cvičit.
42. Občas se cítím cvičením unavený.
43. Vždy se snažím podat při cvičení co nejlepší výkon.
44. Každé soutěžení mne zcela zaujme.
45. Vím, že každou situaci při sportovních činnostech zvládnou.
46. Někdy necvičím právě s velkým nadšením.
47. Při společném cvičení se moje vlastní nápady na cvičení moc neuplatní.
48. Pohybovým činnostem se raději vyhýbám.

Klíč pro vyhodnocení DEMOR verze 48 otázek (zjednodušená verze)

Vyhodnocení v procentuálním vyjádření ke každé dimenzi zvlášť. Pozor na podržené položky, jejichž započítání do konečného výsledku dimenze je obrácené.

- F 1. Pocit energie, položky č. 2, 19, 39, 40, 43, 45 (otázka 39 se započítá v případě nezaznamenání)
- F 2. Obliba rizika, vzrušení, č. 16, 23, 25, 28, 44
- F 3. Pocit uvolnění, relaxace, č. 15, 17, 22
- F 4. Příjemný pocit zvládnutí, sebedůvěry, č. 11, 12, 24, 20
- F 5. Pozitivní postoj k TV a sportu, č. 1, 5, 14, 18, 29, 32, 37, 38, 31
- F 6. Pocit únavy, č. 42, 4, 26, 30, 34
- F 7. Úzkost, napětí, č. 3, 7, 21 (otázka 21 se započítá v případě nezaznamenání)
- F 8. Pocity naštvání, zlost, č. 8, 27, 47
- F 9. Pocit nedostatečnosti, nepříjemna, č. 10, 13, 33, 35
- F 10. Negativní postoj k TV a sportu, č. 6, 9, 41, 36, 46, 48

Záznamový formulár k dotazníku DEMOR (upravená verzia)
(týka sa vyučovania telesnej výchovy)

Dátum:**Chlapec:****Dievča:****Rok narodenia:**

Vyznačte, prosím, krížikom súhlas s tvrdením buď vľavo alebo vpravo, podľa toho, s ktorým tvrdením v riadku viacej súhlasíte.

1. Pohybové aktivity mi vyhovujú, som rád v pohybe.	1. Pohybové aktivity mi nevyhovujú, nie som rád v pohybe.	
2. Mám dost' energie, pohybové činnosti mi neprekážajú.	2. Nemám dost' energie, pohybové činnosti mi prekážajú.	
3. Z niektorých cvičení mám niekedy strach.	3. Zo žiadnych cvičení nemám strach.	
4. Nemám dost' síl na všetky cvičenia.	4. Mám dost' síl na všetky cvičenia.	
5. Pravidelné cvičenie by som uvítal častejšie.	5. Pravidelné cvičenie by som uvítal zriedkavejšie.	
6. Bez pohybových aktivít by som sa celkom zaobišiel.	6. Bez pohybových aktivít by som sa nezaobišiel.	
7. Mám pocit, že niečo nezvládam tak ako tí šikovnejší.	7. Mám pocit, že všetko zvládam rovnako ako tí šikovnejší.	
8. Naše cvičenie je plné nepríjemného napätia.	8. Naše cvičenie je plné príjemného napätia.	
9. Športovanie ma baví.	9. Športovanie ma nebaví.	
10. Predtým som cvičil rád, teraz už nie.	10. Cvičím rád.	
11. Rád ukazujem pri cvičení, čo dokážem.	11. Nerád ukazujem pri cvičení, čo dokážem.	
12. Pri väčšine športových činností si verím.	12. Pri väčšine športových činností si neverím.	
13. Naše cvičenie je väčšinou nuda.	13. Naše cvičenie nebýva nudné.	
14. Po cvičení sa cítim lepšie.	14. Po cvičení sa necítim lepšie.	
15. Pri spoločnom cvičení je zábava.	15. Spoločné cvičenie nie je zábavné.	
16. Na cvičení sa mi páči vzrušenie, riziko.	16. Nemám rád riziko pri cvičení.	
17. Pri cvičení sa vždy cítim vnútorne uvoľnený.	17. Pri cvičení sa necítim vnútorne uvoľnený.	
18. Ak nemôžem cvičiť – som nespokojný.	18. Neprekáža mi, keď nemôžem cvičiť.	
19. Mám rád pocit ľahkej únavy po cvičení.	19. Nemám rád pocit ľahkej únavy po cvičení.	
20. Cvičenie mi dáva pocit väčšej sebadôvery.	20. Cvičenie mi neprináša pocit väčšej sebadôvery.	
21. Pri cvičení nemám žiadne obavy.	21. Pri cvičení mám obavy.	
22. Cvičenie mi prináša uvoľnenie od napätia.	22. Cvičenie mi neprináša uvoľnenie od napätia.	
23. V TV mám rád rizikové športy a cviky.	23. Rizikové športy a cviky nepatria medzi moje najobľúbenejšie činnosti v TV.	
24. Rád si overujem čo ešte dokážem.	24. Nepotrebujem si overovať čo dokážem.	

	25. Teší ma vzrušenie v hre i v súťaži.	25. Vzrušenie v hre i v súťaži ma neteší.	
	26. Náročným cvičeniam sa radšej vyhýbam.	26. Nevyhýbam sa náročným cvičeniam.	
	27. Pri cvičení mám často nepríjemné pocity.	27. Pri cvičení sa cítim príjemne.	
	28. Uspokojuje mne najmä súťaženie.	28. Súťaženie ma neuspokojuje	
	29. Cvičiť by som chcel každý deň.	29. Nepotrebujem cvičiť každý deň.	
	30. Veľmi namáhavé cvičenie nie je vhodné na hodiny TV	30. Do hodín TV je vhodné zaradiť aj namáhavé cviky.	
	31. Čas spoločného cvičenia na TV je príliš krátky.	31. Čas spoločného cvičenia na TV je dostatočne dlhý.	
	32. Spoločné cvičenie ma podnecuje i k samostatnému cvičeniu doma.	32. Spoločné cvičenie ma nevedie k samostatnému cvičeniu doma.	
	33. Vytrvalostné pohybové činnosti nemám rád.	33. Vytrvalostné pohybové činnosti mám rád.	
	34. Silové cvičenia ma strašia.	34. Mám rád silové cvičenia.	
	35. Často nezvládam techniku vykonávania rôznych cvikov.	35. Techniku vykonávania cvikov zvládam v pohode.	
	36. Niekedy sa pri spoločnom cvičení rád aj ulejem.	36. Nezvyknem sa ulievať pri cvičení.	
	37. Cvičím rád i vtedy, ak je cvičenie namáhavé.	37. Nemám rád namáhavé cvičenie.	
	38. Spoločné cvičenie ma veľmi baví.	38. Radšej cvičím sám.	
	39. Neustále organizovanie činností na TV ma otravuje.	39. Mám rád organizovanú činnosť na TV.	
	40. Pri spoločnom cvičení sa dokážem skvele na všetko sústrediť.	40. Pri spoločnom cvičení sa nedokážem sústrediť	
	41. Nevieť vlastne, prečo by som mal cvičiť.	41. Je pre mňa dôležité cvičiť.	
	42. Občas sa cítim pri cvičení unavený.	42. Nikdy sa necítim pri cvičení unavený.	
	43. Vždy sa snažím podať pri cvičení čo najlepší výkon.	43. Nie je pre mňa dôležité podať pri cvičení čo najlepší výkon.	
	44. Mám rád súťaženie na TV.	44. Nemám rád súťaženie na TV.	
	45. Zvládam akúkoľvek situáciu pri športových aktivitách.	45. Nezvládam rôzne situácie pri športových aktivitách.	
	46. Niekedy necvičím práve s veľkým nadšením.	46. Cvičím rád a s nadšením.	
	47. Pri spoločnom cvičení sa moje vlastné nápady na cvičení veľmi neuplatnia	47. Pri spoločnom cvičení iní prijímajú moje nápady.	
	48. Pohybovým činnostiam sa radšej vyhýbam.	48. Vyhľadávam pohybové aktivity.	

Tabuľka 1. Pocit energie

položka č.	ADHD/áno	ADHD/nie	intaktní/áno	intaktní/nie
2	25	0	25	0
19	25	0	20	5
39*	9	16	0	25
40	25	0	25	0
43	22	3	12	13
45	19	6	10	15
spolu	125	25	92	58
korekcia*	132	18	117	33
priemer	22	3	19,5	5,5

Tabuľka 2. Obľúbenosť rizika, vzrušenia

položka č.	ADHD/áno	ADHD/nie	intaktní/áno	intaktní/nie
16	23	2	25	0
23	23	2	22	3
25	25	0	15	10
28	20	5	13	12
44	22	3	13	12
spolu	113	12	88	37
priemer	22,6	2,4	17,6	7,4

Tabuľka 3. Pocit uvoľnenia, relaxácie

položka č.	ADHD/áno	ADHD/nie	intaktní/áno	intaktní/nie
15	25	0	25	0
17	18	7	25	0
22	22	3	25	0
spolu	65	10	75	0
priemer	21,67	3,33	25	0

Tabuľka 4. Prijemný pocit zvládnutia, sebadôvera

položka č.	ADHD/áno	ADHD/nie	intaktní/áno	intaktní/nie
11	16	9	12	13
12	25	0	25	0
24	25	0	13	12
20	25	0	25	0
spolu	91	9	75	25
priemer	22,75	2,25	18,75	6,25

Tabuľka 5. Pozitívny postoj k TV a športu

položka č.	ADHD/áno	ADHD/nie	intaktní/áno	intaktní/nie
1	25	0	25	0
5	22	3	22	3
14	22	3	25	0
18	22	3	20	5
29	20	5	22	3
31	19	6	10	15
32	17	8	7	18
37	16	9	7	18
38	25	0	25	0
spolu	188	37	163	62
priemer	20,89	4,11	18,11	6,89

Tabuľka 6. Sumárne hodnotenie pozitívnych emočných reakcií

pozitívne dimenzie	ADHD áno	ADHD nie	intaktní áno	intaktní nie
pocit energie	22	3	19,5	5,5
obľúbenosť rizika, vzrušenia	22,6	2,4	17,6	7,4
pocit uvoľnenia, relaxácie	21,67	3,33	25	0
Príjemný pocit zvládnutia, sebadôvera	22,75	2,25	18,75	6,25
pozitívny postoj k TV a športu	20,89	4,11	18,11	6,89

Tabuľka 7. Pocit únavy

položka č.	ADHD/áno	ADHD/nie	intaktní/áno	intaktní/nie
4	0	25	5	20
26	12	13	20	5
30	19	6	25	0
34	3	22	7	18
42	20	5	22	3
spolu	54	71	79	46
priemer	10,8	14,2	15,8	9,2

Tabuľka 8. Úzkosť a napätie

položka č.	ADHD/áno	ADHD/nie	intaktní/áno	intaktní/nie
3	2	23	10	15
7	10	15	22	3
21*	17	8	22	3
	29	46	54	21
korekcia*	20	55	35	40
priemer	6,67	18,33	11,67	13,33

Tabuľka 9. Pocity hnevu a zlosti

položka č.	ADHD/áno	ADHD/nie	intaktní/áno	intaktní/nie
8	0	25	0	25
27	3	22	25	0
47	13	12	8	17
spolu	16	59	33	42
priemer	5,33	19,67	11	14

Tabuľka 10. Pocit nedostatočnosti, nepríjemného

	ADHD/áno	ADHD/nie	intaktní/áno	intaktní/nie
položka č.				
10	9	16	22	3
13	0	25	0	25
33	12	13	7	18
35	7	8	12	13
spolu	38	62	41	59
priemer	9,5	15,5	10,25	14,75

Tabuľka 11. Negatívny postoj k TV a športu

položka č.	ADHD/áno	ADHD/nie	intaktní/áno	intaktní/nie
6	2	23	0	25
9	25	0	25	0
36	18	7	25	0
41	0	25	22	3
46	19	6	0	25
48	0	25	0	25
spolu	64	86	72	78
priemer	10,67	14,33	12	13

Tabuľka 12. Sumárne hodnotenie negatívnych emočných reakcií

položka č.	ADHD/áno	ADHD/nie	intaktní/áno	intaktní/nie
pocit únavy	10,8	14,2	18,8	9,2
úzkosť a napätie	6,67	18,33	11,67	13,33
pocity hnevu a zlostí	5,33	19,67	11	14
pocit nedostatočnosti, nepríjemného	9,5	15,5	10,25	14,75
Negatívny postoj k TV a športu	10,67	14,33	12	13
spolu	42,97	82,03	63,72	64,28
priemer	8,59	16,41	12,74	12,86