

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Klára Jůzková

UNIVERZITA KARLOVA
Fakulta tělesné výchovy a sportu

**Změny držení těla, flexibility, síly stisku ruky a rovnováhy
u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami po
absolvování 5denního příměstského tábora**

Bakalářská práce

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Klára Dad'ová, PhD.

Vypracovala:

Klára Jůzková

Praha, srpen 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou) práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne

.....

podpis

Evidenční list

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

Jméno a příjmení: Fakulta / katedra: Datum vypůjčení: Podpis:

Poděkování

Děkuji mé vedoucí práce PhDr. Kláře Daďové PhD., za velkou trpělivost a spoustu užitečných rad. A děkuji mé rodině a přátelům za podporu. A hlavně děkuji za možnost podílet se na skvělém projektu dětského sportovního tábora, kde jsem měla možnost pracovat jako asistent a podílet se na přípravách programu. Jsou to pro mne velmi cenné zkušenosti se spoustou nezapomenutelných zážitků s dětmi se speciálními potřebami. Díky tomuto táboru vím, že to, co studuji a dělám, má smysl.

Abstrakt

Název: Změny držení těla, flexibility, síly stisku ruky a rovnováhy u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami po absolvování 5denního příměstského tábora

Cíl: Hlavním cílem bylo zjistit vývoj vybraných pohybových schopností a držení těla u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, které se účastnily inkluzivního týdenního sportovního příměstského tábora.

Metody: Jedná se o smíšený výzkum s převahou kvalitativních metod. Využívá opakované měření (pretest-posttest). Hodnocení dětí je pojato jak skupinově (průměr a SD), tak jako kazuistiky jednotlivých dětí. Celkem bylo hodnoceno 10 dětí (3 chlapci, 7 dívek) ve věku od 7 do 14 let s různým typem speciálních vzdělávacích potřeb (SVP). K hodnocení pohybových schopností a držení těla byly využity: Mathiasův test, Thomayerova zkouška, měření síly stisku ruky digitálním dynamometrem (handgrip), zkouška rotace ramene a stoj na jedné noze.

Výsledky: Z výsledků měření vyplývá, že v každém z vybraných testů došlo ke zlepšení motorických kompetencí alespoň u jednoho dítěte. Dále došlo u všech měřených dětí ke zlepšení alespoň v jednom z měřených parametrů. Z názorů rodičů vyplývá, že všechny děti, které se účastnily tábora, byly po táboře v lepší fyzické kondici než před táborem. Výsledky je však třeba brát s rezervou kvůli velké variabilitě hodnot a nízkému počtu probandů.

Klíčová slova: handicap, pohybové schopnosti, motorické kompetence, sport

Abstract

Title: **Changes in posture, flexibility, handgrip and balance in children with special Leeds after 5days suburban camp**

Objectives: The main objective is to determine the development of selected parameters in physical skills and posture in children with special needs who attended a week lasting inclusive suburban camp.

Methods: This is a mixed research with a predominance of qualitative methods. It uses repeated measurements (pretest-posttest). The evaluation of children is conceived as a group (mean and SD) as well as case reports of individual children. A total of 10 children (3 boys, 7 girls) aged 7 to 14 years with different types of special educational needs were evaluated. Mathias test, Thomayer test, handgrip measurement, shoulder rotation test and standing on one leg were used to evaluate movement abilities and posture.

Results: The results of the measurements show that in each of the selected tests at least one child improved motor skills. Furthermore, all measured children improved in at least one of the measured parameters. Parents' opinions show that all the children who participated in the camp were in a better physical condition after the camp than before the camp. However, the results should be presented with caution because of high data variability and low number of subjects.

Keywords: handicap, motor skills, motor competence, sport

Obsah

1	ÚVOD	10
2	TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1	Zdraví a pohybová aktivita	11
2.2	Benefity pohybové aktivity	11
2.3	Pohybové aktivity pro osoby se speciálními potřebami	11
2.4	Dětský příměstský tábor	13
2.5	Příměstský sportovní tábor pro děti se SVP	13
2.6	Legislativa příměstského tábora pro děti se SVP	14
2.7	Motorický vývoj	15
2.7.1	Mladší školní věk (6–11 let)	15
2.7.2	Starší školní věk (11–15let)	15
2.8	Vybraná zdravotní postižení vzhledem k praktické části práce	17
2.8.1	MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	17
2.8.2	PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA	18
2.8.3	SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ	20
2.8.4	VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE	21
2.8.5	ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ	22
2.8.6	DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA	23
2.8.7	AMPUTACE	25
2.8.8	PRADER-WILLI SYNDROM	26
2.8.9	ACHONDROPLAZIE	26
3	PRAKTICKÁ ČÁST	27
3.1	Cíl práce	27
3.2	Úkoly	27
3.3	Vědecké otázky	28
3.4	Metodika	28
3.4.1	Výzkumný soubor	29
3.4.2	Použité metody	30
3.4.3	Popis příměstského sportovního tábora	32
4	VÝSLEDKY	33
4.1	Hodnocení pohybových schopností a motorických dovedností pomocí funkčních testů	33
4.1.1	Thomayerova zkouška	33
4.1.2	Mathiasova zkouška	34

4.1.3	Handgrip.....	35
4.1.4	Funkční rotace ramene	36
4.1.5	Stoj na jedné noze – rovnováha.....	37
4.1.6	Kazuistiky jednotlivých dětí.....	39
4.1.7	Hodnocení zlepšení hybnosti z pohledu rodičů.....	42
5	DISKUZE.....	44
6	ZÁVĚR.....	49
7	POUŽITÁ LITERATURA.....	50

1 ÚVOD

V dnešní době je pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP) k dispozici relativně velký počet aktivit jak pohybových, tak například kreativních. Oproti minulosti je to velký pokrok. Dříve byl k jakékoli jinakosti jedince zaujímán spíše odmítavý postoj, zatímco současnost se vyznačuje snahami o začlenění jedince do společnosti formou inkluze a integrace. Ve školách mají děti s handicapem možnost chodit do tříd se zdravými dětmi a usiluje se o jejich všestranné zapojení nejen při vyučování teoretických předmětů. V praktických předmětech, jako je např. tělesná výchova, však musí být výuka žákovi se specifickými potřebami vhodně přizpůsobena. Bohužel ne na každé škole jsou vhodné podmínky a také dostatečná edukace učitelů, aby inkluzivní a integrační proces mohl proběhnout správně.

V letním období jsou velmi oblíbené volnočasové aktivity s určitým pohybovým režimem, jako jsou např. příměstské tábory. Ty jsou vyhledávány z mnoha důvodů. Dítě je nezralé a nezvládlo by dlouhé odloučení od rodičů, dalším důvodem mohou být obavy rodičů svěřit své dítě do péče cizí osoby. V dnešní době je nabídka příměstských táborů široká, bohužel pro děti se specifickými vzdělávacími potřebami je značně omezená. Existuje řada důvodů, proč takovéto dítě není na standardní příměstský tábor přijato. Mohou to být obavy, že dítě bude zdržovat ostatní, že by si s ním instruktoři nevěděli rady, nebo dokonce že si rodič zdravého jedince nepřeje, aby se jeho dítě stýkalo s handicapovaným. Dítě někdy může být přijato jen pod podmínkou, že bude mít svého asistenta. Toho si ale rodiče handicapovaného dítěte musí hradit sami (Dad'ová, Pavlová, 2018). Proto jsou v rámci projektu Pohyb pro inkluzi na UK FTVS pořádány již druhým rokem sportovní příměstské tábory, kde se setkávají jak handicapované, tak zdravé děti a můžeme zde vidět prolnutí dvou odlišných světů.

Cílem této práce je sledovat změny pohybových schopností a dovedností během tohoto příměstského tábora a vyhodnotit, zda se děti ve sledovaných parametrech zlepšily.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Zdraví a pohybová aktivita

Zdraví označuje stav naprosté tělesné, duševní a sociální pohody (WHO, 2003). Pohybová aktivita v širším slova smyslu znamená jakoukoli lidskou činnost, a to uvědomělou či neuvědomělou (Křivohlavý, 2003). Pravidelné cvičení je vhodným prostředkem pro udržení celkového zdraví a zlepšení kvality života. Je dokázáno, že pohyb nepřináší jen fyzickou zdatnost, ale dochází i zlepšuje psychiku (Freedson, 1991). Máme proto dobrý pocit z dobře odvedené a užitečné práce. A je zapotřebí tento stav posilovat, rozvíjet a učit jej i děti. V dnešní přetechizované době je potřeba dětem nabídnout něco, co je zaujme, co je bude rozvíjet, co se budou učit, a to rozmanitými a hravými formami. A stejně je třeba pojímat sport pro děti, tedy i pro děti handicapované.

2.2 Benefity pohybové aktivity

Pohybové aktivity mají nespočet pozitivních vlivů. Americká národní zpráva o pohybové aktivitě a zdraví z roku 1996 je shrnuje takto: Vyšší úroveň pravidelné pohybové aktivity snižuje riziko úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, zamezuje nástupu vysokého tlaku, snižuje riziko vzniku diabetu II. typu. Pravidelná pohybová aktivita je nezbytná pro udržení normální svalové síly, kvalitní struktury kostí a tkáně v mladém věku, pohybová aktivita příznivě ovlivňuje metabolismus tuků a také redukuje příznaky depresí a úzkosti a zlepšuje náladu (Ješina, Hamřík a kol., 2011).

U dětí mají pohybové aktivity prokazatelně kladný vliv na kardiovaskulární systém a svalovou zdatnost. Dochází ke zvýšení hustoty a odolnosti tkáně, i ke zvýšení aktivní tělesné hmoty (Stackeová, 2009).

2.3 Pohybové aktivity pro osoby se speciálními potřebami

Speciální potřeby se týkají jedinců, kterým je poskytována specifická podpora, ať už se jedná o děti s tělesným postižením, sensorickým postižením, mentálním postižením nebo zdravotním či sociálním znevýhodněním. Vždy je potřeba si uvědomit, že specifika jednotlivých skupin vyžadují různé modifikované přístupy k jejich zapojení do pohybových aktivit. Bohužel jsou jedinci kvůli svému handicapu často ohroženi sociální exkluzí a sociálně patologickými jevy.

Pohybové aktivity mohou mít významnou roli při společenském začlenění nebo jejich osobnostně-sociálním formování (Bartoňová a Ješina, 2011). Díky pravidelnému pohybu mohou osoby se zdravotním znevýhodněním a zdravotním postižením předcházet dalším zdravotním komplikacím, pravidelný pohyb může také představovat celkovou prevenci dalších onemocnění (Ješina a Hamřík 2011, Kolisko 2002).

Pozitivní vliv pohybových aktivit u osob se SVP můžeme rozdělit takto:

- a) v oblasti fyzické–jedná se o rozvoj motorických schopností uplatnitelných v běžném životě, dochází také ke zvýšení kvality i kvantity pohybových vzorců.
- b) v oblasti psychické a sociální–pohybové aktivity pomáhají rozvíjet sebevědomí, sociální dovednost, podporují vzorce pro rozvíjení empatie, vnímání svého okolí, pomáhají rozvíjet kognitivní schopnosti a komunikační schopnosti a dovednosti (Válková, 2000).

Pohybové aktivity jsou vhodným prostředkem pro účast na společenském životě a působí na celkové zvyšování kvality života a zdraví osob se specifickými potřebami (Hošek, 2001). Nejhodnotnějšími prožitky jsou ty, které si jedinec vytvoří vlastním tělem při sportu či jiné pohybové aktivitě (Dobry a Souček, 2003). Zážitek je duševní jev, který prožívá každý individuálně. Zkušenosti nabyté záměrně či náhodně při pohybových aktivitách mohou být vhodně transformovány do reálného života. A právě takto získané zkušenosti a zážitky jsou důležité pro život osob se speciálními potřebami, jimž ale právě ty často chybí (Hartl a Hartlová, 2000). Posílení důvěry ve vlastní schopnosti hraje v oblasti aplikovaných pohybových aktivit důležitou roli (Ješina a Kudláček, 2011). Vlastní způsobilost neboli schopnost znamená naplňovat vlastní cíle, rozvíjet sebedůvěru na základě vlastních úspěchů, přiměřeně sebevědomě vystupovat, uznávat širší sociální skupiny (Akseliuk, 1996).

Pohybové aktivity mohou ovlivnit některé klíčové schopnosti a celkově tím zvyšovat kvalitu života a zdraví dětí se zdravotním postižením a znevýhodněním (Ješina a Vyhlídal, 2016a). U jedinců s handicapem je celkově velmi důležitá podpora rodiny, jenž by měla vytvořit prvotní zázemí a vzbudit v jedinci zájem o činnosti každodenního života, jehož nedílnou součástí by měly být i zájmové pohybové aktivity, jako je sport. Myslím, že v této oblasti hraje významnou roli informovanost rodičů o možnostech sportování, včetně využití sportovních klubů. Ne vždy jsou rodiče informováni. Důležitá je podpora státu, který nabízí a podporuje zprostředkování sportovního vyžití různými finančními prostředky. Bohužel z vlastní zkušenosti vím, že ne vždy se dostane potřebné finanční pomoci. Pak je vše na neziskových organizacích a sponzorech, nebo jen na zapálených jedincích, kteří jsou ochotni se dětem věnovat zdarma.

Možností ke sportovnímu vyžití handicapovaných jedinců je mnoho. Pro každého jedince se dá najít sport, který bez problémů zvládne a v němž bude mít šanci být úspěšný, pokud bude chtít.

2.4 Dětský příměstský tábor

Oproti klasickým dětským táborům se příměstský liší tím, že probíhá pouze v pracovní dny a v určitých časových úsecích. Nejčastější je časový rámec tábora po celou pracovní dobu rodičů, tedy od 8:00 do 17:00. To je také důvod, proč si jej rodiče vybírají poblíž místa bydliště (nemusí vždy být pravidlem), nebo alespoň ve stejném městě. Děti spí doma. Hlavním cílem příměstského tábora je vhodně vyplnit volný čas dětí v době, kdy jejich rodiče musí být v práci a nemohou se jim plně věnovat. Příměstský tábor může být také využit k náboru dětí do sportovního oddílu, může být pořádán kvůli propagaci oddílu a také může přinášet výdělek pro studenty, kteří se podílejí na jeho organizaci. Studenti tak získávají nové zkušenosti jak z oblasti práce s dětmi, tak z oblasti organizační. Provozovatelem příměstského tábora bývají nejčastěji sportovní kluby, školní družiny, střediska volného času, tělovýchovné oddíly, domy dětí a mládeže, ale i občanská sdružení dětských organizací. Ideální termíny pro uspořádání dětských příměstských táborů jsou letní, zimní, jarní a velikonoční prázdniny (Špiříková a Kačer, 2007).

2.5 Příměstský sportovní tábor pro děti se SVP

Hlavním cílem programu takového tábora je seznámit účastníky s co nejširší paletou pohybových aktivit (např. psychomotorické aktivity, atletika, volejbal, gymnastika, frisbee, florbal, tenis, orientační běh, badminton, stolní tenis, házená, minigolf, fotbal a další). Kromě běžně známých aktivit je vhodné zařadit také aplikované sporty, např. goalball nebo bocciu. Mezi dílčí cíle patří zlepšení motorických kompetencí dětí, rozvoj sociálních dovedností a navázání nových přátelství (Daňová a Pavlová, 2018).

Nástin programu příměstského sportovního tábora pro děti se SVP je v tabulce č.1. Při přípravě programu je potřeba myslet na to, že handicapovaným dětem nebo dětem se speciálními potřebami může zabrat delší dobu jak příprava, jako je převlékání, tak i přesuny mezi sportovišti. Je také důležité myslet na jejich vyšší unavitelnost, což znamená být flexibilní. Pokud děti potřebují více odpočinku, myslím, že by se k tomu mělo přihlídnout, aby nebyly zbytečně „přetažené“. Potom by se totiž hůře soustředily, popřípadě by se u nich mohly projevit jejich handicap a problémy, které třeba za normální standardních situací vůbec nemají nebo nejsou zřetelné.

	Blok 1 8:30–9:30	Blok 2 9:45– 11:00	Polední klid 12:00– 13:00	Blok 3 13:00– 14:00	Blok 4 14:30– 15:30	Blok 5 15:45–16:45
Po	Seznamovací hry	Atletika	Výtvarná dílna	Minigolf	Basketbal	Psychomotorika
Út	Zdravotní Tv	Sumo	Výtvarná dílna	Boccia	Florbal	Orientační běh
St	Výlet	Výlet	Výtvarná dílna	Úpoly	Goalball	Tenis
Čt	Psychomotorika	Volejbal	Výtvarná dílna	Stolní tenis	Atletika	Relaxace
Pá	Překážkové dráhy	Tchoukbal	Výtvarná dílna	Fotbal	Frisbee	Psychomotorika

Tabulka č.1 Ukázka programu týdenního příměstského tábora se sportovním zaměřením (Daňová a Pavlová, 2018 - upraveno)

2.6 Legislativa příměstského tábora pro děti se SVP

Legislativní ukotvení je velmi důležité pro realizaci programů pro děti i dospělé se zdravotním znevýhodněním nebo postižením. Účelem je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením či zdravotním znevýhodněním a posílit úctu k jejich přirozené důstojnosti.

Cílem je, aby se osoby podílely na rekreační, zájmové a sportovní činnosti na rovnoprávném základě. Důležité tedy je podnítit a podpořit co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením a znevýhodněním do běžných sportovních aktivit. Úkolem legislativních opatření je zajistit, aby osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním měly možnost organizovat a rozvíjet speciální sportovní a zájmové aktivity a účastnit se jich. Za tímto účelem se podporuje odpovídající výcvik, školení, prostředky, a to na rovnoprávném základě s ostatními. Má zajistit, aby osoby se zdravotním znevýhodněním měly přístup na sportoviště a do rekreačních a turistických zařízení, aby handicapovaní měli rovnou možnost účasti ve hře, služeb osob a institucí podílejících se na organizaci rekreační, turistické, zájmové a sportovní činnosti v rámci školy – jako ostatní děti (Ješina a Vyhlídal, 2016b).

2.7 Motorický vývoj

Vývoj se skládá z mnoha složitých procesů, na které působí jak vnější, tak vnitřní vlivy. Hlavními činiteli jsou dědičnost, prostředí a výchova. Vývoj člověka neprobíhá rovnoměrně a můžeme ho rozdělit do určitých časových období. Každé z nich je charakterizováno specifickými i tělesnými, mentálními, sociálními a pohybovými znaky. Samotný vývoj jedince může být individuálně zrychlený, nebo zpomalený (Dovalil a kol., 2008). V dalších kapitolách zmíním pouze ty věkové kategorie, které se týkají sledované skupiny.

2.7.1 Mladší školní věk (6–11 let)

Tělesný a pohybový vývoj je v prvních letech školní docházky relativně stejnoměrný. Dítě každoročně vyroste o 6–8 cm, přímo úměrně se zvětšuje i hmotnost, kapacita plic a celková odolnost (Dovalil a kol., 2008). Dochází k rychlé osifikaci, avšak kosti a kloubní spojení jsou měkké a pružné. Díky novému statickému zatížení těla (sezení ve škole) může docházet ke svalovým dysbalancím, špatnému vývoji páteře, eventuálně i končetin (Rychtecký a Fialová, 1998).

Dále Rychtecký a Fialová (1998) upozorňují na prudký rozvoj pohybových schopností, a to hlavně v rychlostní, koordinační, silové a vytrvalostní oblasti. V učení se novým dovednostem i složitějším činnostem se uplatňují zkušenosti dětí s přirozenou motorikou. Na konci tohoto období je dítě schopno provádět i koordinačně náročné pohyby. Díky vstupu do školy přestává být dítě středem pozornosti rodičů a dochází k tomu, že se stává jedním z členů skupiny (třídy). Vyvíjí se city, smysl pro čest, pravdu a spravedlnost. Dítě se stává soutěživým a druží se do malých skupinek, ve kterých se pomalu vyvíjí kamarádství. Při rozumovém vývoji si děti začínají osvojovat vědomosti a pohybové dovednosti. Díky novému prostředí je usnadněn přechod od fantazie k realitě, učí se logicky vyprávět. Jedná se především o období konkrétnosti, chápání abstraktních pojmů není ještě rozvinuto. Rozvíjí se paměť i představivost. Osobní vlastnosti ještě nejsou ustáleny a dochází k rychlým přechodům od radosti ke smutku. Děti mají přirozenou biologickou potřebu pohybu i potřebu být členem skupiny.

2.7.2 Starší školní věk (11–15let)

V tomto období dochází k velkým biologickým změnám. Nastává pohlavní zrání, které vrcholí kolem 13. roku věku, potom následuje klidnější doba do 15. roku dítěte (Rychtecký a

Fialová,1998). Může se objevit porucha koordinace a nerovnoměrnost ve vývoji pohybového aparátu. Nejvýraznější změnou je růst do výšky a hmotnost jedince. Dochází k vývoji prvotních pohlavních znaků (pohlavní žlázy a genitálie), ale i druhotných znaků (prsa, ochlupení, tukové vrstvy, hlasová mutace). Mohou nastat problémy s držení těla vzhledem k nerovnoměrnosti růstu končetin, projevuje se neobratnost, neohrabanost a klátivá chůze. Dochází ke změnám pohybu, který byl dříve harmonický, může být nyní trhaný, tvrdý o nepřiměřeně intenzivní. Rozvíjí se abstraktní myšlení a paměť, zvyšuje se rychlost učení a snižuje se nutnost opakování. Sociální a emociální vývoj se mění a dochází k vytváření nové sociální situace. Dítě má pocit odlišnosti od druhých, může se začít uzavírat do sebe a vyhýbat se sociálním kontaktům. Může mít sklony k extrovertním projevům s důrazem na elementární pudy. Nastává tedy situace, kdy se může chovat bezohledně, násilně, stavět se do opozice a toužit po moci. V dalších dvou letech se děti mohou změnit na introverty, dochází totiž u nich k prohlubování citové sféry. Pubescenti jsou všímavější a citlivější. V rozumové oblasti dochází k mentálnímu zrání, začínají se projevovat hluboké intelektuální zájmy. Formuje se také vztah ke sportu (Dovalil a kol., 2008).

2.8 Vybraná zdravotní postižení vzhledem k praktické části práce

2.8.1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Osoby s mentálním postižením (MP) jsou limitovány svými intelektovými schopnostmi v běžném životě, hlavně v oblasti sociální (Valenta and Müller, 2003).

Podle Světové zdravotnické organizace se jedná o stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje. Dochází k porušení dovedností, projevující se během vývojového období a postihující také všechny složky inteligence – poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti (WHO MKN – 10). Jedná se o trvalé postižení osobnosti, které se projevuje nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, omezenou schopností rozumět řeči a řeč používat. Projevuje se tendence ke stereotypnímu chování (Matoušek, 2003). Příčiny vzniku MP lze rozdělit na (Dařová, 2004):

- a) Prekoncepční – může docházet ke změnám při embryonálním vývoji, mutaci genu, může se jednat i o genetické onemocnění související s chromozomem X;
- b) Prenatální – úraz matky, infekční onemocnění matky (toxoplazmóza, zarděnky);
- c) Perinatální – protahované porody, kdy může dojít k nedostatečnému okysličení novorozence;
- d) Postnatální – úrazy hlavy, záněty mozku, infekce novorozenců

Dělení mentálního postižení dle WHO (Valenta a Müller, 2003):

- Lehké MP – IQ 69–50 (F70)
- Středně těžké MP – IQ 49–35 (F71)
- Těžké MP – IQ 34–20 (F72)
- Hluboké MP – IQ 19 – a nižší (F73)
- Další poruchy psychického vývoje

Aplikovaná tělesná výchova a sport u jedinců s MP

Pohybovými aktivitami se snažíme podpořit rozvoj poznávacích schopností, rozvíjet bezprostřední vnímání, paměť, pozornost, obrazotvornost, představivost. Můžeme rozvíjet i emočně-volní složku osobnosti, tzn. posilování vytrvalosti, cílevědomosti, cvičení vůle i rozvoj nonverbálních komunikačních prostředků (Valenta a Müller, 2003).

Díky pohybovým aktivitám jsou plněny jiné cíle, např. posílení odolnosti organismu, zkvalitnění respirace. Velmi důležitý je individuální přístup. Vzhledem ke své jedinečnosti má dítě právo na specifický přístup pedagoga v komunikaci, v této souvislosti může docházet ke změně obsahu a přizpůsobení podmínek. Ohledně přístupu a vysvětlování je velmi důležitá názornost. Snažíme se předkládat informace tak, aby dítě muselo zapojit co nejvíce smyslů. Snažíme se mluvit jasně a konkretizovat abstraktní pojmy za použití didaktických pomůcek (Ješina a Hamřík, 2011). Snažíme se, aby si dítě nově získané dovednosti uchovalo, a hlavně je dokázaly použít ve verbálních podmínkách, které může přinést např. hra (Valenta, Müller, 2003). Důležité je formovat některé aspekty jako např. sebeobslužné návyky, orientaci v prostředí, sociální kontakt s lidmi, obohacování paměti novými termíny, rozvíjení morálních vlastností, specifických dovedností (psaní, čtení, motorické dovednosti).

Jednou z příčin mentálního postižení může být Downův syndrom, což je genetická vrozená porucha, která vzniká na základě chromozomální anomálie. Většinou je syndrom spjat s mentálním postižením. Vznik může ovlivnit např. věk matky (Pipeková, 2006).

Typickými znaky jsou malý vzrůst, krátké končetiny, široké ruce, krátké prsty, hlava často zezadu zploštělá, nízko posazené uši, malá ústa, protruze jazyka a kratší nos se širokým kořenem. U těchto jedinců je nápadná malá mozkovna s plochým temenem a krátký a široký krk, hypermobilita a svalová hypotonie (děti mnohdy zaostávají v psychomotorickém vývoji). Často se přidružují také vnitřní choroby, např. vrozené vady chlopní, hypoplazie, sklony k obezitě a celkově jsou tyto jedinci více náchylní k infekcím. Dále mohou mít tzv. atlantoaxiální instabilitu, při níž dochází k uvolnění svalů a vazů kolem atlas–axis skloubení, může tedy dojít k poranění páteře (Daďová, 2004). Tito jedinci mají velmi rádi rytmické aktivity jako např. tanec, aerobik. Je pro ně vhodné cvičit velké svalové skupiny a tím zmenšit svalovou hypotonii. Mají problémy s rovnováhou a koordinací. A vzhledem k atlantoaxiální odchylce není vhodné dělat velké předklony a záklony hlavy (gymnastika, plavání). Měli bychom mluvit srozumitelně a správně vysvětlovat činnosti.

2.8.2 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Autismus je považován za jednu z nezávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jde o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Postižení se projevuje hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představivosti. Hlavními doprovodnými projevy chování autistů jsou negativní přijímání změn, stereotypní – rutinní chování, obliba neobvyklých předmětů, omezené vlastní spontánní zájmy a omezené komunikační dovednosti verbální i neverbální (Valenta a Müller, 2003). Autismus je diagnostikován na základě projevů chování. Při poruše mozkových funkcí dochází k tomu, že nesprávným způsobem vyhodnotí informace (senzorické, jazykové). Autisté proto mohou mít potíže s vývojem řeči, obtížně zvládají běžné sociální dovednosti. Diagnostika je možná podle tzv. triády narušení, k níž dochází v těchto oblastech – sociální chování, verbální i neverbální komunikace a v neposlední řadě představivost (Čadilová, et al., 2007). Mohou se vyskytovat i kombinace projevů, přítomnost či nepřítomnost dílčích symptomů. Mezi poruchy autistického spektra patří: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dětská dezintegrační porucha, Rettův syndrom. Aspergerův syndrom se vyskytuje častěji u chlapců, kteří mívají vysoké IQ. Mezi základní znaky patří egocentrismus, absence snahy komunikovat s vrstevníky. Komunikují velmi zvláštním osobitým způsobem. Mají rádi, když mohou pracovat samostatně, ne ve skupině. Není narušen jejich řečový vývoj a celkové porozumění řeči. Mohou být pohybově neobratní, zpravidla bývá poškozena více hrubá motorika. Děti s tímto postižením může mít problémy s osvojením si jízdy na kole, s plaváním, bruslením, lyžováním apod. (Thorová, 2006).

Aplikovaná tělesná výchova a sport u jedinců s autismem

Nejdůležitější principem je individuální práce, kdy asistent pracuje pouze s jedním žákem. Velmi důležitá je strukturace práce. Před samotnou aktivitou je potřeba se poznat, odhalit všechna specifika chování žáka, tzn. jak reaguje a jak se chová v určitých situacích (Block, 2005). Snažíme se jeho chování poznat, aby nás v hodině nic nepřekvapilo. Proto je důležité také před konáním tábora dostat informace o tom, jak se k danému dítěti chovat, jak k němu přistupovat, jaké volit strategie a co lze od něj očekávat.

Za zmínku stojí také TEACCH program (péče a vzdělávání dětí s autismem a dětí s problémy v komunikaci) – modelový program péče o lidi s autismem. V České republice je využívána metodika tohoto programu – hovoříme o tzv. strukturovaném učení, což je strategie vyvinutá speciálně pro vzdělávání dětí s autismem. Jedná se vlastně o metodiku výchovy a vzdělávání. Základní charakteristika programu spočívá ve volbě nejvhodnějšího komunikačního kódu,

správném výběru pracovního místa, ideálně stanoveném individuálním plánem. Důležitá je také pravidelnost a v neposlední řadě názorná vizualizace denního režimu a úkolů pomocí fotografií (Ješina, 2010).

2.8.3 SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

Sluchovou vadou rozumíme sníženou nebo chybějící schopnost vnímat sluchové informace. Jedná se o snížení až ztrátu sluchového analyzátoru.

Sluchové vady lze dělit podle několika kritérií:

1. Podle doby vzniku

- Vrozené vady vznikají v důsledku dědičnosti nebo působením exogenních faktorů (např. po infekčním onemocnění matky v průběh těhotenství) (Souralová a Langer, 2005);
- Získané vady vznikají až po narození a dále je dělíme na:
PRELINGUÁLNÍ – vznikají před fixací řeči do šestého roku života;
POSTLINGUÁLNÍ – vznikají až po úplné fixaci řeči a příčinami mohou být toxiny, jedy, poranění hlavy nebo dlouhodobá silná hluková zátěž.

2. Podle místa vzniku

- Periferní nedoslýchavost – jedná se o převodní nedoslýchavost, nevede ale k úplné hluchotě, nejsou totiž poškozeny sluchové buňky. Hluchota je způsobena různými překážkami ve zvukovodu, může se také jednat o jeho zúžení. Vlivem zánětu nebo úrazu může dojít k perforaci bubínku (Špalák a Florianová, 1999);
- Percepční nedoslýchavost – může způsobit až úplnou hluchotu. Příčinou mohou být ototoxická antibiotika, nemoci matky v průběhu těhotenství, při porodu může být dítě přidušeno, různé úrazy hlavy, zánět mozkových blan (Hrubý, 1998);
- Smíšená nedoslýchavost – je kombinací převodního a percepčního sluchu.

3. Podle velikosti ztráty sluchu (WHO1980 – Hrubý, 1997)

- 0–25 dB – normální sluch;
- 26–40 dB – lehká nedoslýchavost – problémy s nezřetelnou řečí a šeptáním;
- 41–55 dB – střední nedoslýchavost – omezeně slyší normální řeč;

- 56–70 dB – středně těžká nedoslýchavost – pouze omezeně slyší hlasité zvuky a řeč na vzdálenost 3 m;
- 71–90 dB – těžké poškození sluchu – jedinci jsou schopni komunikovat mluvenou řečí na vzdálenost 1 m.
- 91dB a více – velmi závažné poškození sluchu – jedná se o úplnou ztrátu sluchu – chybí schopnost vnímat zvukové informace.

Hluchota znamená, že je slyšení natolik poškozeno, že neumožňuje vnímat zvukové informace. Jedná se o nejtěžší stupeň poškození sluchu. Osoby s tímto postižením nejsou schopny komunikovat běžným způsobem.

- Praktická hluchota – slyší určité zvuky, ale ne v takové míře, aby je člověk mohl použít při dorozumívání.
- Úplná hluchota – neslyší žádné zvuky.

Kompenzační pomůcky pomáhají nahradit chybějící funkci sluchu, jedná se o např. sluchadla (používají osoby se zbytky sluchu, jedná se o malý elektrický zesilovač zvuku), kochleární implantát (Kudláček a kol., 2013).

Aplikovaná tělesná výchova a sport u jedinců s poruchou sluchu

Nejdůležitější je najít vhodný způsob komunikace, např. odezírání ze rtů, znakový jazyk, prstová abeceda, mluvit na straně, kde je sluchadlo, nebo kochleární implantát. Někteří jedinci vzhledem k příčině sluchového postižení mohou trpět závratěmi, dezorientací. Může dojít k porušení statické a dynamické rovnováhy. Na základě těchto faktorů je nutné omezit lezení do výšek, skoky na trampolíně, aktivity s rotacemi, omezit cviky, při kterých dochází k otřesům, a zamezit prudkým pohybům hlavy. Nejsou vhodné cviky, které by překrvovaly hlavu. Možnost plavání je velmi důležité konzultovat s foniatrem. Není vhodné zadržování dechu, potápění se, skákání do vody a pohyb pod vodou (Daďová 2004).

2.8.4 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

Jedná se o poruchu zejména jazykového vývoje, kdy jsou narušené jazykové a komunikační schopnosti dítěte, které zaostávají za úrovní očekávanou podle věku dítěte. Diagnostikujeme ji

u dětí, které mají nonverbální IQ v pásmu normálu, kdy vyloučíme možnost mentální retardace, jejímž důsledkem by mohla dysfázie být. Dochází k opoždění jazykového vývoje a také k narušení jazykového systému. Může také souviset s některými poruchami čtení, hlavně s poruchami porozumění (Seidlová a Smolík, 2015). Při narušení vývoje řeči dochází ke snížení nebo úplné neschopnosti naučit se verbálně komunikovat. Příčinou vývojové dysfázie je organické poškození mozku v období od vývoje plodu do prvního roku dítěte (Bendová 2011). Některé děti s vývojovou dysfázií mohou mít i poruchu motoriky ve formě mírné dyspraxie, která však není primárně diagnostikována, resp. ji rodiče ani poradenská zařízení neřeší.

2.8.5 ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ

Až 90% informací přijímáme zrakem, jehož nejdůležitější funkcí je funkce orientační a koordinační při pohybu v prostoru. Děti, které se narodily jako nevidomé nebo které v dětství ztratily zrak, potřebují zvýšenou péči rodiny. Zde si vytváří své zdravé sebevědomí, aby se lépe mohly začlenit do společnosti. Existují různé druhy a stupně snížené zrakové schopnosti. Běžná optická korekce zraku nestačí. Na základě zrakové ostrosti se určuje míra zrakového postižení. Měříme zrakovou ostrost jak na blízko, tak na dálku.

Příčiny slepoty zahrnují:

- a) Prenatální důvody – genetické vrozené poruchy, kongenitální katarakta, úraz matky během těhotenství, rentgenové záření, alkohol, nikotin, drogy, virová onemocnění (zarděnky), bakteriální onemocnění (syfilis, toxoplazmóza);
- b) Postnatální – často spojené se stárnutím, glaukom, diabetes mellitus, šedý zákal, vaskulární choroby, zranění, nádory a další.

Zrakové postižení lze například dělit takto (Kraus, et al., 1997):

- Slabozrakost – jedná se o ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku po 6/18 – 3/60 (dělíme ještě na lehkou a těžkou slabozrakost);
- Zbytky zraku – téměř slepota, jsou přítomny zrakové počítky, při špatném světle a za šera se z člověka stane nevidomý;
- Slepota – jedná se o defekt obou očí, kdy nevznikají žádné zrakové počítky;
- Praktická nevidomost – dochází k poklesu ostrosti pod 3/60 do 1/60 a binokulární zorné pole je menší než 100, ale větší než 50 kolem centrální fixace;
- Skutečná nevidomost – dochází k poklesu zrakové ostrosti pod 1/60;

- Plná nevidomost – světlocit s chybnou projekcí až do ztráty světlocitu.

Mezi kompenzační pomůcky či mechanismy můžeme řadit: používání bílé hole, vodící pes, brýle, kontaktní čočky, zvuková signalizace, pro psanou formu Braillovo slepecké písmo (Daďová, 2004).

Aplikovaná tělesná výchova a sport u jedinců s poruchou zraku

Kvůli absenci zraku chybí zraková motivace k pohybu (u nových pohybů je důležité dobře je vysvětlit a prakticky předvést). Vlivem vyššího napětí těla v důsledku tenze z nezrakové kontroly dochází k rychlejší unavitelnosti. Je důležité provést nevidomého jedince po prostoru, kde se budeme pohybovat (sportovat). Prostředí by mělo být klidné a měli bychom dbát na 100% bezpečnost aktivit. Vždy je nutná konzultace s oftalmologem. Kontraindikace při sportu jsou otřesy hlavy, často prudké předklony, kotouly a kontaktní sporty. U glaukomu je nevhodné plavání pod vodou, poloha hlavy dolů, vše, co může zvýšit nitrooční tlak (Daďová, 2004).

2.8.6 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

Dětská mozková obrna (DMO) je tělesné postižení, které je neprogresivní a postihuje celý nervový systém. Následkem jsou poruchy hybnosti, parézy nebo mimovolní pohyby a přidružené komplikace jako je epilepsie nebo přidružená postižení (mentální retardace, senzorické poruchy atd.). Příčiny DMO lze dělit podle doby vzniku na:

- Prenatální – např. vývojové malformace, infekce – herpetické viry, oběhové poruchy, úrazy matky, anomálie dělohy a přenošenost;
- Perinatální – porodní činitelé – abnormální porody (porod kleštěmi, překotný porod, protahovaný), anomální poloha plodu;
- Postnatální – kojenecké infekce a nedonošené děti (Daďová, 2004).

Formy DMO

a) Spastická

- Diparetická – jedná se o spastické ochrnutí obou dolních končetin, horní končetiny se vyvíjejí normálně, dochází pouze k narušení jemné motoriky;

- Hemiparetická – jedná se o nejčastější formu, může být buď pravostranná, nebo levostranná, zpravidla bývají postiženy více horní než dolní končetiny (postavení těla – postižené končetiny bývají slabší a kratší, při stožení můžeme pozorovat šikmou pánev a trup je vychýlený k postižené straně, při chůzi dítě došlapuje na špičku a horní končetiny drží strnule bez pohybu);
- Kvadraparetická forma – jedná se o poškození všech čtyř končetin, více poškozeny jsou dolní končetiny (postižené dítě většinou nechodí a má velmi omezenou pohyblivost horní končetiny, komplikací může být snížená inteligence a časté epileptické záchvaty).

b) Nespastické formy

- Hypotonická forma – dochází k celkovému snížení svalového tonu (stoj je na neširoké bázi nejistý, chůze vrávoravá, může docházet ke spojení s mentální retardací);
- Dyskinetická forma – vyznačuje se přítomností bezděčných, mimovolných, nepotlačitelných pohybů. Čím více se dítě soustředí na správné provedení pohybu, tím bývají nepotlačitelné pohyby většinou intenzivnější. Řeč může být těžko srozumitelná
- Spastická diplegie (Kudláček a Ješina, 2013).

Aplikovaná tělesná výchova a sport u jedinců s DMO

Postup učitele při vyučování by měl být systematický. Je důležité si uvědomit materiální a prostorové zajištění, vzít v potaz schopnosti a dovednosti, také se můžeme zaměřit na zájmy daných žáků (co by je bavilo dělat). Individuální vzdělávací plán by měl být naplněn smysluplnými cíli, jichž může dítě dosáhnout v rámci školního roku. Vhodné aktivity mohou být modifikované kooperační a pohybové hry. Dále to mohou být psychomotorické aktivity nebo speciální hry pouze pro osoby s tělesným postižením (Vítková, 2001). Může zde dojít k opožděnému vývoji nebo ke změnám motorického vývoje. Postižené osoby mají zvýšený energetický výdej, mělo by se dbát na opatrné protahování. Cviky bychom měli volit tak, aby nedocházelo ke zvyšování spasticity. Aktivity by měly být spíše aerobní a měli bychom myslet na individualitu každého žáka (tedy vytvoření programu jemu na míru) (Kraus a kol., 2004). Podle Pipekové a Vítkové (2001) neexistuje celostátní kurikulum pro školní TV dětí s tělesným postižením, a proto školy vytvářejí vzdělávací programy na základě svých podmínek (které jim

nabízí škola, na druhu postižení žáka a musí vzít také v potaz rámcové vzdělávací programy). Nyní, po téměř dvou desítkách let je k dispozici více materiálů, publikovaných zejména odborníky z Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

2.8.7 AMPUTACE

Jedná se o ztrátu, lépe řečeno chirurgické odstranění části, nebo celé končetiny, tedy periferní části těla, kdy se odstraňují části s krytem měkkých tkání a tím se přerušuje skelet. To má za následek funkční, nebo kosmetickou změnu. Může se jednat o rekonstrukční výkon. Cílem je eliminovat onemocnění nebo funkční postižení a dosáhnout návratu k lokomoci nebo aspoň navrátit částečně funkci. Po amputaci vznikne na operované končetině pahýl, který musí být odolný (jizva vzadu, ne na styčné ploše, kde může potom narážet na protézu), měl by být také výkonný a dobře pohyblivý. Záleží na umístění operačních jizev. Příčiny v dětském věku mohou být:

- Získané
traumata (poúrazové stavy); nádorové onemocnění, infekce nereagující na léčbu
- Vrozené
vlivem neúplného vývoje plodu během prvních tří měsíců, příčiny jsou často neznámé, některé jsou dědičné nebo se může jednat o součásti různých syndromů.

Amputaci můžeme řadit mezi nejzávažnější a nejtěžší stavy, které představují velký nápor na psychiku. Může docházet k tzv. fenoménům bolesti, tzn. bolest končetiny, kterou už nemáme, k emoční labilitě, ztrátě sebedůvěry a k pocitům méněcennosti. Lidé po amputaci mohou být často vztahovační, trpět depresi. Je proto velmi důležitá podpora rodiny a intenzivní psychoterapie a fyzioterapie.

Při dětské amputaci se musí brát v úvahu, že děti rostou. Pokud dojde k amputaci v raném dětství, je potřeba přihlížet k celkovému tělesnému růstu a růstu amputačního pahýlu. Díky včasnému aplikování protetického vybavení lze zamezit atrofii svalů na postižené končetině. Vlivem špatné protézy, nebo dokonce jejím nepoužíváním může dojít k atrofii celých svalových skupin. Na protézu si děti zvykají rychle, je ale potřeba ji přizpůsobovat rostoucímu skeletu. Psychologické problémy se projevují hlavně v době adolescence, kdy je občas potřeba i psychické terapie (Dungl 2014).

Aplikovaná tělesná výchova a sport u jedinců s amputací

Osoby s amputovanou končetinou mohou zpravidla dělat cokoli, pokud protéza dobře sedí. Mohou mít ale také problém např. s udržením rovnováhy, protože vlivem amputace dochází ke změnám těžiště, a vlivem rychlejšího energetického výdeje se může dříve dostávat únava. Důležité je každodenní protahování a cvičení, aby zůstal zachován rozsah pohybu a aby se mohl i zvětšit. Díky asymetrickému postavení může docházet ke vzniku skoliózy, objevují se sklony ke snížení zdatnosti a ke vzniku obezity. Velmi důležitá je také péče o pahýl. Musí se počítat i s fantomovými bolestmi, to jsou bolesti amputované končetiny (bolí ho palec na noze, kterou už nemá). Amputace ruky je závažnou funkční ztrátou. Protézy jsou zpravidla kosmetické, nebo slouží pouze pro přidržení předmětů. Vyvíjejí se ale také robotické ruce (Dungl, 2014).

2.8.8 PRADER-WILLI SYNDROM

Jedná se o geneticky podmíněné onemocnění, při němž dochází k poruše funkce hypotalamu. Projevuje se malým vzrůstem, mírnou mentální retardací, nezvladatelnou chutí k jídlu. Příčinou je ztráta informací v oblasti 15. chromozomu, a důsledkem je tedy porucha funkce hypotalamu (regulace pocitu hladu, žízně, uvolňování hormonů – růstové a pohlavní).

Mezi hlavní projevy patří nezvladatelná touha po jídle, snížená produkce pohlavních hormonů. Sekundární pohlavní znaky jsou málo vyvinuté a dalším projevem je i malý vzrůst. Postižení jedinci mohou mít problémy s učením a dochází u nich k opožděnému motorickému vývoji, opožděnému vývoji řeči a špatné artikulaci. V souvislosti s jídlem dochází k tvrdohlavosti a záchvatovitým stavům, v neposlední řadě k poruchám spánkového cyklu. U jedinců se mohou projevit různé choroby, např. diabetesc mellitus, kardiovaskulární onemocnění, syndrom spánkové apnoe, neplodnost, osteoporóza (Kelner, 2011).

2.8.9 ACHONDROPLAZIE

Achondroplazie představuje defekt růstu dlouhých kostí. Jde o disproporční vzrůst (trpaslictví), kdy jedinec má kratší končetiny než trup. Toto onemocnění je podmíněno dědičností. Porucha se nachází na čtvrtém chromozomu, který ovládá receptor růstového faktoru fibroblastů, nebo genovou mutací vlivem vyššího věku matky. Hlavními projevy jsou atypický tvar hlavy, která je rozšířená, má zploštěný tvar nosu a trup je delší než končetiny. Ruce jsou široké s krátkými

prsty (hlavně třetí prst), takže ve výsledku jsou všechny prsty stejně dlouhé. Často dochází k varóznímu postavení dolních končetin. Svalstvo je vyvinuto normálně, rovněž inteligence není snížena, výška v dospělosti dosahuje 131cm u mužů, 124 cm u žen. Může docházet k hypotonii, ke zvýšenému riziku syndromu spánkové apnoe, k poruchám polykání. Všechny tyto poruchy mohou vést již v útlém věku k náhlé smrti (Dungl, 2014).

Léčba může být neortopedická, ta se týká podávání růstových hormonů, díky kterým dochází k urychlení růstu hlavně v prvním roce života. Bohužel efekt je velmi individuální.

Léčba ortopedická – léčí se převážně deformity páteře, řeší se převážně kraniocervikální zúžení páteře, poté je potřeba řešit hyperkyfózu v thorakolumbální části páteře a na to se používá korzet (Džupa a Jenšovský, 2018).

Aplikovaná tělesná výchova a sport u jedinců s achondroplázií

Vlivem malé výšky mohou jedinci činit problémy pouze přesuny ze třídy do třídy nebo přesun do tělocvičny. Proto je důležité umožnit mu používat kompenzační pomůcku, která by mu pomáhala s přesuny (může to být např. dětské odrážedlo). Měli bychom zajistit, aby dosáhl všude, kde to bude potřebovat, tzn. připravíme stoličky nebo snížíme umyvadlo, vypínač apod. Vzhledem k tomu, že u těchto osob dochází k rychlejší unavitelnosti při činnostech, měli bychom aktivity upravovat adekvátně jejich možnostem, např. trénink prokládat častějšími pauzami (Dungl, 2014).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit možnosti testování vybraných parametrů pohybových schopností a dovedností u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich vývoj v průběhu příměstského sportovního tábora.

3.2 Úkoly

1. Vybrat vhodnou metodu testování.

2. Zajistit informovaný souhlas zákonných zástupců s měřením a vedení anonymní evidence testovaných výsledků a následné využití v bakalářské práci.
3. Zorganizovat a zajistit podmínky k aplikování vybraných testovacích metod na účastníky příměstského tábora.
4. Porovnat výsledky testování z prvního a posledního dne příměstského tábora.

3.3 Vědecké otázky

Na počátku jsem si položila 4 vědecké otázky:

1. Jakým způsobem lze otestovat vybrané pohybové schopnosti a dovednosti na příměstském táboře, aniž by to narušilo plánovaný program?
2. Dojde ke zlepšení většiny testovaných parametrů po absolvování 4 dnů tábora (při porovnání průměrných hodnot)?
3. Ve které z testovaných oblastí bude patrné největší zlepšení?
4. Vnímají zlepšení pohybových dovedností a celkové motoriky také rodiče zúčastněných dětí?

3.4 Metodika

Jedná se o smíšený výzkum s převahou kvalitativních metod. Využívá opakované měření (pretest-posttest). Hodnocení dětí je pojato jak skupinově (průměr a SD), tak jako kazuistiky jednotlivých dětí. K hodnocení pohybových schopností a dovedností jsou využity níže uvedené testovací metody.

Výzkum probíhal na příměstském sportovním táboře pro děti se SVP, který byl organizovaný v rámci projektu „Podpora společného vzdělávání v oblasti školní tělesné výchovy a pohybově orientovaných programů“ (zkráceně Pohyb pro inkluzi), realizovaném UK FTVS v srpnu 2018. Měření se uskutečnilo v rámci celotáborové hry (vesmírná výprava). Děti se dle legendy této hry měly stát astronauty a jako uchazeči o tuto pozici měly projít testováním neboli „přijímacími testy“, aby prokázaly, že jsou dostatečně zdatní a schopní se vydat do vesmíru. Testování probíhalo tak, že děti byly rozděleny do menších skupinek po 3–4 a postupně plnily připravené úkoly. Každé dítě dostalo svůj záznamový arch (testovací listinu), kam se

zaznamenávaly výsledky. Děti chodily po připravených stanovištích, kde se jim věnoval poučený instruktor, jenž organizoval testování podle pokynů autorky práce. Na některých stanovištích bylo měření připraveno formou soutěže, aby se děti skutečně snažily o co nejlepší výkon. Měření bylo provedeno dopoledne v prvním (pondělí) a posledním (pátek) dni konání tábora.

Projekt bakalářské práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS, (viz příloha 1) a zákonní zástupci všech dětí podepsali informovaný souhlas s účastí v testování (viz příloha č.2).

3.4.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen 15 dětmi, které se účastnily sportovního příměstského tábora. Z toho 12 dětí bylo handicapovaných a z nich jsem musela ještě dvě vyřadit, protože nebyly přítomné při závěrečném testování nebo se testování ze zdravotních důvodů nemohly zúčastnit. Celkem tedy bylo hodnoceno 10 dětí ve věku 7 až 14 let (3 chlapci a 7 dívek).

3.4.2 Použité metody

3.4.2.1 Thomayerova zkouška

Thomayerova vzdálenost hodnotí pohyblivost celé páteře. Vstoje se provede předklon a měří se vzdálenost mezi třetím prstem a podložkou. Při normální pohyblivosti se prsty dotknou podlahy. To samé lze provádět vsedě, ale plošky nohou musí být pevně opřeny o stěnu a musí být zachován pravý úhel nohy s bércelem a natažená kolena. Při zkoušce si musíme dávat pozor na určitá zkreslení – pohyb může být kompenzován pohybem v kyčlích. Tímto testem můžeme zjistit jak hypomobilitu, tak i hypermobilitu (dotek podložky lokty) (Kolář, 2010). Děti při tomto testu měly za úkol zvednout tužku ze země, nesměly pokrčit kolena. Pokud ji nezvedly, měřila se vzdálenost prstů od země.

3.4.2.2 Hodnocení posturálního stereotypu dle Mathiase

Vyšetřovaný stojí v předpažení, kdy ruce svírají úhel 90°s trupem, a zůstane tak 30 s. Jestliže se postoj nezmění, jde o správné držení. Jestliže se hlava a horní část hrudníku zaklání, ramena jdou dopředu, břicho je vystrčené, znamená to, že jde o vadné držení těla. Test se provádí u dětí od čtyř let (Beránková a kol., 2012).

Děti tento test prováděly u zdi, aby byla výchylka dobře vidět. Stály ke zdi bokem.

- 1/1 Jestliže se postoj po dobu 30 sekund v podstatě nezmění, jedná se o dobré držení těla.
- 2/1 Při vstupním postoji se jedná o vadné držení těla, které se během následujících 30 s podstatě nezmění. V mém měření jsem použila označení (1,5)
- 2/2 Při vstupním postoji se jedná o vadné držení těla, které se během následujících 30sekundzmění, dojde–ke sklánění hlavy a horní části trupu vzad (zvětší se hrudní kyfóza) –poklesávání ramen, příp. předpažených horních končetin dolů –prohýbání v bedrech se současným vyklenováním břicha (zvětšení bederní lordózy) –výše zmíněné ukazuje na posturální slabost čili vadné držení těla.
- 3/3 Jedinec není schopen zaujmout počáteční postoj–jedná se už o fixovanou odchylku čili vadu držení.

Tabulka č. 2. Hodnocení Mathiasova testu (Hošková a Matoušová, 2003)

3.4.2.3 Hodnocení rovnováhy

Jde o testování statické rovnováhy. Testovaný stojí na jedné noze s otevřenýma očima a poté se zavřenýma očima. Skórování – doba, kterou udrží rovnováhu na dominantní noze. Děti při tomto test zkoušely co nejdéle vydržet stát na jedné noze. Měřila se jak dominantní, tak i nedominantní noha.

3.4.2.4 Měření maximální síly stisku ruky

Handgrip neboli ruční dynamometr měří sílu stisku ruky. Testovala jsem dominantní ruku. Testovaný sedí na židli vzpřímeně a po dobu 6 s drží handgrip zmáčknutý. Děti měly za úkol co nejsilněji zmáčknout. Ze tří měření použijeme nejvyšší hodnotu (šlo o měření aktuální síly svalů předloktí a ruky).

3.4.2.5 Testování funkční rotace ramene

Dítě stojí nebo sedí a je instruováno, aby spojilo ruce za zády. Jedna ruka jde za hlavou dolů, druhá jde od boků nahoru. Snaží se spojit ruce. Pokud se mu to nepovede, měříme vzdálenost mezi ukazováčky. Spojením rukou za zády se dá určit hypomobilita (nedojde vůbec ke spojení rukou) nebo hypermobilita (dosáhne prsty jedné ruky na předloktí druhé končetiny) nebo normální hybnost –dotkne se špičkami prstů (Tichý, 2000).

3.4.2.6 Subjektivní hodnocení zlepšení motorických schopností a pohybových dovedností u dítěte z pohledu rodičů

Po ukončení tábora byl všem rodičům testovaných dětí rozeslán dopis, kde byly rodičům popsány výkony jejich dítěte s prosbou o jejich vlastní (subjektivní) zhodnocení zlepšení motorických schopností / pohybových dovedností jejich dítěte. Jeho text je uveden níže.

„Vážení rodiče,

v rámci mého výzkumu pro bakalářskou práci bych Vás ještě chtěla poprosit o malou spolupráci. Kromě výsledků motorických testů (děti se například hodně zlepšily v...) by mě zajímal Váš pohled na tuto akci –zda jste byli s příměstským táborem spokojeni, nebo jestli je do příštího roku co zlepšovat. Budu zejména ráda za Váš osobní pocit, jak se na táboře Vašemu dítěti líbilo, zda se v něčem zlepšilo i z Vašeho pohledu a jak na tábor doma celkově reagovalo.

Děkuji za odpověď.

Klára Jůzková,

studentka 2.ročníku oboru Aplikovaná TV a sport osob se specifickými potřebami

3.4.3 Popis příměstského sportovního tábora

Příměstský sportovní tábor pro děti se speciálními potřebami je organizován v rámci projektu Podpora společného vzdělávání v oblasti školní tělesné výchovy a pohybově orientovaných programů reg. č. CZ.02.3.62/0.0/0.0/16_037/0004664 (Pohyb pro inkluzi). Organizačně spadá pod akci Sportovní dětské léto, příměstský tábor na UK FTVS rozdělený do sedmi turnusů během července a srpna 2018 (Dad'ová, 2018). Níže uvádím popis programu tábora.

Ráno začínalo srazem dětí ve vestibulu školy mezi půl osmou až čtvrt na devět. Před půl devátou jsme se přesunuli do naší malé tělocvičny, kde jsme se převlékli do sportovního, abychom mohli zahájit předem připravený sportovně zaměřený program. Dopoledne jsme měli rozdělené svačinou do dvou bloků. Po obědě, ze kterého jsme se většinou vraceli okolo čtvrt na jednu, následoval odpočinkový program formou dílniček zaměřených na procvičení jemné motoriky. Vyráběli jsme raketu nebo jsme malovali na tričko. Poslední tři dny bylo nutné provést změnu programu. Vzhledem k únavě dětí jsme prodloužili polední klid, takže děti přímo po obědě půl hodiny odpočívaly bez jakékoliv pohybové aktivity. Ležely nebo si povídaly, také jsme jim četli pohádky. Po konci dílniček následoval odpolední program, který byl rozdělen do tří bloků. Vzhledem k jeho náročnosti, únavě dětí a slunečnému a hodně teplému počasí bylo nutno ho upravit do dvou bloků rozdělených svačinou. Ze stejného důvodu jsme některé aktivity jako atletiku nebo fotbal trochu zkrátali a díky kustodům, kteří se starají o sportoviště, jsme se mohli ochladit pod zahradním zavlažováním. V programu byla zařazena také návštěva judisty, který má sám zdravotní postižení. Naplánované jsme měli také setkání s asistenčním psem, k němuž došlo v rámci výletu do Divoké Šárky.

4 VÝSLEDKY

4.1 Hodnocení vybraných parametrů pomocí funkčních testů

4.1.1 Thomayerova zkouška

Při počátečním i závěrečném měření byla nejčastější hodnota vzdálenosti od země 0 cm. Maximální vzdálenost od země při prvním měření byla 35 cm a při druhém byla 30 cm. Test prokázal zlepšení u pěti dětí (tabulka č. 3).

	počáteční měření	závěrečné měření	zlepšení
D1	0	7	NE
D2	8	/	NE
D3	35	30	ANO
D4	0	0	NE
D5	13	0	ANO
D6	7	0	ANO
D7	32	28	ANO
D8	0	0	NE
D9	5	0	ANO
D10	0	15	NE
PRŮMĚR	10	8	
SD	12,47	11,77	

Tabulka č.3

4.1.2 Mathiasova zkouška

Při této zkoušce byl hodnocen posturální stereotyp a držení těla. Poloha byla ohodnocena bodovou škálou od jedné do tří. Nejčastěji naměřená hodnota u prvního i druhého měření byla 1. Došlo ke zlepšení u čtyř dětí. Nejhorší naměřená hodnota 3 se objevila jak v prvním, tak i ve druhém měření (tabulka č. 4).

	počáteční měření	závěrečné měření	zlepšení
D1	2	3	NE
D2	2	1,5	ANO
D3	1,5	1	ANO
D4	1,5	1,5	NE
D5	1	1	NE
D6	1,5	1	ANO
D7	1	2	NE
D8	1	1	NE
D9	3	2	ANO
D10	1	1	NE
PRŮMĚR	1,55	1,5	
SD	0,61	0,63	

Tabulka č. 4

4.1.3 Handgrip

U devíti z deseti probandů došlo ke zlepšení síly stisku ruky. K výraznému zlepšení (hodnota se zvedla o víc jak 1,3) došlo u 5 probandů (viz. tabulka č.5).

	počáteční měření	závěrečné měření	zlepšení
D1	0	6	ANO
D2	6,9	5,9	NE
D3	16,5	17	ANO
D4	9,1	10,4	ANO
D5	15	13,4	NE
D6	25,7	29,4	ANO
D7	19	21,1	ANO
D8	14,5	14,9	ANO
D9	14,1	14,5	ANO
D10	10,1	12,3	ANO
PRŮMĚR	13,09	14,49	
SD	5,34	6,64	

Tabulka č.5

4.1.4 Funkční rotace ramene

Při testování pravého ramenního pletence došlo u 4 probandů k výraznému, u 1 k nepatrnému zlepšení. Bez změny flexibility zůstali 3 probandi a u zbylých dvou došlo ke zhoršení. U levého ramenního pletence došlo ke zhoršení flexibility u 6 probandů, naopak 3 probandi se zlepšili a u jednoho zůstala flexibilita stejná (viz. tabulka č.6).

rotace levého ramenního pletence				rotace pravého ramenního pletence		
	počáteční měření	závěrečné měření	zlepšení	počáteční měření	závěrečné měření	zlepšení
D1	15	18	NE	/	26	
D2	35	13	ANO	24	24	NE
D3	3	14	NE	13	8	ANO
D4	6	11	NE	10	0	ANO
D5	0	0	NE	0	0	NE
D6	42	38	ANO	36	33	ANO
D7	21	29	NE	0	0	NE
D8	48	45	ANO	49	43	ANO
D9	18	23	NE	20	19	ANO
D10	14	22	NE	0	16	NE
PRŮMĚR	20,2	21,3		16,88	16,9	
SD	15,63	12,63		16,24	14,19	

Tabulka č.6

4.1.5 Stoj na jedné noze – rovnováha

U 4 probandů při testování rovnováhy – stoj na pravé noze – došlo ke zlepšení. Naopak 3 z testovaných se zhoršili a dva zůstali bez změny (viz. tabulka č.7).

U testu rovnováhy na levé noze se zlepšili 3 probandi, 4 zůstali beze změny – vydrželi stát celých 30 s na jedné noze. Zbývající 3 probandi se zhoršili (viz. tabulka č.7).

Dále jsem testovala rovnováhu se zavřenýma očima. Při stání na pravé noze se 5 probandů zlepšilo, dva zůstali bez změny a 3 se zhoršili (viz. tabulka č.8). U testování rovnováhy na levé noze se 4 probandi zlepšili, 3 se zhoršili a 3 zůstali bez změny (viz. tabulka č.8).

rovnováha na pravé noze				rovnováha na levé noze			
	počáteční měření	závěrečné měření	zlepšení	počáteční měření	závěrečné měření	zlepšení	
D1	30	30	NE	11	24	ANO	
D2	26	30	ANO	21	13	NE	
D3	30	30	NE	30	25	NE	
D4	30	30	NE	30	30	NE	
D5	25	24	NE	9	30	ANO	
D6	0	0	NE	7	30	ANO	
D7	26	6	NE	30	30	NE	
D8	5	30	ANO	27	10	NE	
D9	6	16	ANO	14	15	ANO	
D10	30	30	NE	30	30	NE	
PRŮMĚR	20,9	23,7		20,8	23,27		
SD	11,45	10,77		9,21	7,6		

Tabulka č.7

rovnováha na pravé noze se zavřenýma očima				rovnováha na levé noze se zavřenýma očima			
	počáteční měření	závěrečné měření	zlepšení	počáteční měření	závěrečné měření	zlepšení	
D1	12	12	NE	14	20	ANO	
D2	6	9	ANO	5	6	ANO	
D3	30	19	NE	10	25	ANO	
D4	30	20	NE	30	25	NE	
D5	4	8	ANO	5	9	ANO	
D6	0	0	NE	30	30	NE	
D7	6	5	NE	5	5	NE	
D8	8	30	ANO	10	6	NE	
D9		8			10		
D10	15	15	NE	17	10	NE	
PRŮMĚR	14	14,6		12,3	12,6		
SD	10,28	8,22		9,4	8,9		

Tabulka č. 8

4.1.6 Kazuistiky jednotlivých dětí

D9 – 12letá dívka, která měla lehkou zrakovou vadu a Downův syndrom. Velmi pozitivně reagovala na hudbu k pohybu. Ráda se neustále věšela na žebřiny nebo na malou hrazdu na parkuru. Její pohybové nadání bylo velmi dobré a vše zvládala bez komplikací. Bohužel si občas postavila hlavu a nechtěla dělat určitou aktivitu (např. ve výtvarné dílně děti tvořily trička, a to ji vůbec nebavilo, takže si postavila hlavu a vůbec nespolupracovala). Podobné případy se stávaly i při cestě na oběd (občas když měla svoji náladu, místo 10 min jsme šli z oběda skoro hodinu zpátky do školy). Na táboře měla sourozence, který nám občas prozradil, co a jak se děje, a poradil, co s ní. Zlepšila se v držení těla, zlepšil se i její stisk ruky (zřejmě posilováním na žebřinách, když si hrála na opici).

D10 – byla 10letá dívka, která měla amputovanou část dlaně a prstů. Ohledně sportovních aktivit byla velmi šikovná a všechno ji šlo. Neměla potřebu asistenta. Zde jsme se spíše než na fyzickou stránku zaměřili na psychiku dítěte. Pokoušeli jsme se o to, aby se naučila vnímat svůj handicap kladně a nestyděla se za něj a dokázala reagovat na ostatní děti, když se ji zeptají: Co máš s rukou? Bohužel nebyla přítomna všechny dny konání tábora. Jinak se její pohybové dovednosti nijak nezměnily, zůstaly skoro stejné, pouze v testu rotace ramenního pletence se lehce zhoršila.

D8 – byl 14letý chlapec, který měl achondroplazii. Jednalo se o disproporční vzrůst (další komplikací, kterou jsme museli zohlednit, byla zvýšená lámavost kostí). Toto dítě bylo velmi živé a hravé. Do všeho se vrhalo s vervou a po hlavě. Vzhledem k jeho handicapu bylo ke konci dne velmi unavené, a tak si na poslední tři dny tábora přivezlo svoje odrážedlo, díky kterému se přepravovalo po areálu školy rychleji, takže se redukovala jeho únava. Jeho nejoblíbenější hrou byl fotbal. Myslím, že pro něj byl velký zážitek, když si mohl zahrát fotbal s většími dětmi z příměstského tábora Sportovní léto. Tyto děti byly bez handicapu a vůbec jim nevadilo, že s nimi hraje někdo, kdo je handicapovaný (svým vzrůstem). Po celou dobu tábora s ním byla jeho asistentka.

D6 – byl 13letý chlapec, který měl dětskou mozkovou obrnu. Je vždy těžké určit typ, ale pravděpodobně se jednalo o diparetickou spastickou DMO – spastické ochrnutí dolních

končetin. Dítě bylo na vozíku. Většinu aktivit jsme se snažili uzpůsobit tak, aby je mohlo dělat s námi. Z důvodu návštěvy na beachvolejbalovém pískovém hřišti bylo potřeba, aby bylo bez vozíku. Dva asistenti ho zvedli z vozíku a dopomáhali mu tak, aby se mohl zapojit do aktivit. Stál a v rámci hry sumo bojoval se svým kamarádem. Byl to pro něj i pro vedoucí neuvěřitelný zážitek. Některé jeho pohybové schopnosti se zlepšily, například držení těla, zlepšila se mu síla stisku ruky a o pár centimetrů se mu zlepšila rotace ramenního pletence.

D5 – byla 7letá holčička lehkou spastickou diplegií (chodila po špičkách). Všechny aktivity tábora zvládala bez problémů. Jediné, na co bylo potřeba dbát, byla její poněkud nestabilní chůze po špičkách. Po upozornění, že chodí po špičkách, začala vždy chvíli chodit normálně. Její pohybové aspekty se zlepšily v mnoha směrech. Zlepšila se ve zkoušce prostého předklonu (při druhém testu se dotklo země), tak i ve stabilitě při stání na jedné noze i stabilita se zavřenýma očima.

D7– byl 12letý chlapec, který měl lehkou mentální retardaci a Prader-Willi syndrom. Ohledně pohybových aktivit pracoval velmi dobře, ale občas se stranil kolektivu. Bylo důležité dohlédnout na to, aby byl společně s námi na programu, nebo mu znovu vysvětlit aktivitu, kterou jsme právě dělali. Jeho schopnosti se v některých směrech zlepšily, například v prostém ohybu, také se zlepšil jeho stisk ruky. Jeho rovnováha se zavřenýma očima se ale zhoršila (důvodem mohla být jeho únava z celého týdne).

D4 – byla 9letá holčička, která měla dysfázii, což je vada řeči, a byla neslyšící. Měla sluchadla na pravém i levém uchu. Bylo tedy zapotřebí jí vše důsledně vysvětlit a ujistit se, že rozumělo. Pokud jsme něco vysvětlovali, bylo důležité pečlivě artikulovat, aby nám rozuměla. Uměla totiž odezírat. Jinak byla velmi šikovná, projevil se nadání pro gymnastiku. Jinak žádný sport jí nedělal problém, dokonce ani neměla problémy s rovnováhou při testu rovnováhy na jedné noze. Nedošlo u ní k žádnému výraznému zlepšení pohybových schopností, ale všechny aktivity, které jsme na táboře dělali, zvládla bez problému.

D3 – byla 14letá dívka, která měla problémy se sluchem, takže bylo zapotřebí mluvit nahlas a srozumitelně a ptát se, jestli všemu rozumí. Její autismus byl ve zvladatelné formě, pouze občas se objevily aktivity, které nechtěla dělat. Ale po chvíli do nich šlo naplno. Malé zlepšení nastalo v držení těla, a také zlepšila rovnováha na jedné noze.

D2 – byla 7letá dívka, která měla lehké problémy s komunikací a porozuměním, jinak pohybově byla nadaná, ale občas měla stavy, kdy nechtěla dělat nic a odpojovala se od skupiny. Po krátkém přesvědčování se zpravidla zapojila zpátky do programu. Její pohybová aktivita se nijak nezlepšila ani nezhoršila.

D1 – byla 7letá dívka, která měla sice Aspergerův syndrom, ale zapojovala se do všech aktivit naplno. Bylo ale potřeba říkat, co budeme dělat a jaký program bude následovat. První den jsme také museli vysvětlit, kde co je (toalety, šatna, jídelna).

K největšímu zlepšení u ní došlo, když se jí při druhém měření podařilo stisknout dynamometr. Při prvním měření se jí to vzhledem k obtížnosti a potřebné síle na zmáčknutí vůbec nepodařilo. Jinak nedošlo k výraznému zlepšení ani zhoršení.

4.1.7 Hodnocení zlepšení hybnosti z pohledu rodičů

Níže jsou emaily od rodičů, ve kterých popisují, jak vidí zlepšení svého dítěte. Bohužel jsme nedostali odpovědi od všech rodičů.

Dobrý den, krátce bych to shrnula: super příměstský tábor. D3 bylo velice nadšené, moc se mu na táboře líbilo, domů jezdil plný zážitků. Nic mi nenapadá, co by se dalo zlepšit. Za nás plný počet bodů. Děkuje Vám za vše.

Dobrý den, jsme moc rádi, že se D1 na příměstském táboře líbilo. Každý večer se těšilo na další den. D1 má pohyb rádo, chtělo by chodit do nějakého kroužku, nejlépe do gymnastiky. Bohužel vzhledem k jeho postižení není možné jej zapsat do sportovního oddílu, protože tam je obvykle i u takto malých dětí vše orientováno na výkon, a navíc nemá vedoucí/trenér kapacitu, aby se mu individuálně věnoval (opakoval jí pokyny, kterým napoprvé neporozumí apod.). Tábor byl pro něj velice přínosný, protože potřebuje dětskou společnost, ale vzhledem k jeho postižení nemůže být mezi dětmi bez asistenta. Na tomto táboře byl velice příznivý poměr mezi počtem dětí a počtem dospělých, kteří navíc měli znalosti z oboru speciální pedagogiky. D1 určitě udělala veliké pokroky. Překvapilo nás například, že D1, které má panický strach ze psů, si, jak jsme viděli na fotografiích, psa pohladilo.

Dobrý den, myslím, že již v průběhu tábora bylo patrné, že je D8 nadšený. Sice večer vždy unavený, ale vlastně nadšený, co všechno zažil. Super je široká škála aktivit, kterou fakulta nabízí, ale zároveň oceňuji flexibilitu týmu, který vyšel vstříc potřebám jednotlivých dětí a netlačil na pilu, když bylo třeba polevit. Také vodní radovánky byly skvělé vzhledem k teplotám. Po týdnu celodenních pohybových aktivit bych očekávala u všech dětí jistou změnu koordinace, flexibility, síly, kooperace v týmu, ... Co ale číší z fotografií obličejů dětí, je spokojenost. Mnozí z nich nás velmi překvapili, co nakonec zvládli a čeho jsou schopni.

Dobrý den. Za nás můžeme tábor hodnotit velice dobře. D2 tam chodilo rádo a jen se zeptalo v pátek: Mami a proč to už musí končit? Takže spokojenost.

Dobrý večer, jsem velmi ráda, že se D9 a sestra D9 mohly zúčastnit integračního tábora. Pro D9 bylo skvělé mít svůj tábor, protože je velmi společenská ráda tráví volný čas ve společnosti dětí. Každé ráno vstávala ještě před zazvoněním budíku, oblékla se, nasnídala se a

těšila se na další táborový den. Velice ráda cvičí, i když se z Vašeho pohledu asi moc aktivně nezapojovala. Potřebuje vždy více času „okouknout si“ činnost, než se zapojí. Asi největší radost měla z návštěvy asistenčního psa. Z fotek vím, že jste bubnovali, co byla skvělá aktivita právě pro ni, protože se velmi ráda pohybuje do hudby. Díky za přizpůsobení programu horkému počasí a zapojení vodních hrátek, které si děti velmi užily. Sestra D9 je sdílnější, měla jsem od ní více informací. Měla radost ze všech nových sportů, všechny si s chutí vyzkoušela a odpoledne a další den u prohlížení fotek mi vše barvitě líčila. U sestry D9 spatřuji největší přínos v setkání s dalšími handicapovanými dětmi a nabídkou jim uzpůsobených sportů. Měla tak možnost setkat se i s jinými dětmi, které mají jiný druh zdravotního znevýhodnění než její sourozenec D9, a vidět, jak se mohou i přes svůj handicap radovat z pohybu. Bylo krásné vidět na fotkách, jak jste všem dětem pomáhali zapojit se do všech aktivit a z jejich šťastných úsměvů mi běhal mráz po zádech. Sestra D9 si sama tento úhel pohledu na prožitý týden neuvědomuje, ale já vnímám, že jí velmi pomohl v uvědomění si, že není jediná, kdo má postiženého sourozence, a že je to s nimi prima. Popisujete oblasti, ve kterých se D9 za uplynulý týden zlepšila a já mám z jejího pokroku velkou radost. Uvědomuji si, že cvičení, která jste s dětmi dělala, jsou velmi důležitá a na správném držení těla se snažíme pracovat, ale jako rodič mám výrazně těžší pozici a menší autoritu než Vy. Ještě jednou moc děkuji, že se holky mohly zúčastnit tábora, a pokud se bude konat i v příštím roce, moc ráda je zase přihlásím.

Dobrý den, D10 se příměstský tábor líbil, příští rok má zájem zas. Za vše moc děkujeme.

Dobrý den. Bohatý program, zvládli jste enormní vedro, sprchování, edukaci, byly zařazeny balanční cviky, cviky více fyzioterapeutické. Dítě samo tábor vnímalo jako velmi dobrý a zábavný. Líbilo se mu setkání s astronomií a podle svých možností se do problému poznání trochu samo vrhlo. Zrovna o víkendu byly vidět krásně perseidy, a tak jsme se mohli všichni na chalupě dívat na oblohu. Trička, která jste společně vyrobili, jsou naprosto ojedinělá. Bylo na několika táborech, a tak hezké nikdy od nikoho nepřivezlo! Po týdnu intenzivního cvičení si myslím, že se zlepšila centrální hypotonie. Přijde mi více zpevněno, méně se hrbí a břicho je malinko posílené. Nevím, jak se Vám zdá tento můj postřeh správný, ale jsem teď s ním sama na chalupě a přijde mi celkově pohyblivější. Má velmi velký meziroční nárůst a těžko své tělo, které ještě sužuje hypotonie, zvládá. Od středy bylo i dost unavené, ale to přikládám spíše abnormálnímu teplu. Ale na nic si nestěžovalo a po malém odpočinku prý zas bylo schopné zapojit se do kolektivu. Vzorně o něj bylo pečováno v oblasti inkontinence. Nebyla opruzená

a ke všem našla důvěru, když se nechala přebalit. Nevěřila byste, jak je toto velmi těžké téma u inkontinentních dívek. Za milé a vstřícné prostředí moc děkuji.

Dobrý den. Především bych chtěla poděkovat, že vůbec takový příměstský tábor byl a že se ho D6 se zdravým kamarádem mohli zúčastnit. Už se začalo doma nudit a měla jsem co dělat vymyslet na každý den program. Byla jsem především ráda, že nesesedlo doma v křesle, ale že se hýbalo a bylo na vzduchu. Je to puberťák a konečně v pátek jsem od něj získala kloudnou větu, že to bylo všechno fajn, což je v jeho mluvě, že se mu to moc líbilo. Příští rok klidně více týdnů. Jeho pohybové schopnosti hodně záleží na únavě. Někdy se s ním dá udělat spousta věcí, jindy skoro nic. Ale to jste si určitě všimli. Moc za vše děkujeme a s nedočkavostí se budeme těšit na další prázdniny.

Dobrý den, s příměstským táborem pro děti se speciálními potřebami jsme byli moc spokojeni. Děti jsou různé a mají různé potřeby a tento tábor umožnil dětem, které nejsou úplně „standardní“, aby se mohly také zapojit do sportovních aktivit. Lektori, kteří mají zkušenosti, případně jsou připraveni na to, že některé děti potřebují více péče, jsou základem takového sportovního tábora či programu. Sport je dle nás důležitou součástí života každého člověka a obě naše děti k němu od malička vedeme (začaly již v Sokole, kde se podporuje právě sportovní všestrannost). Naše dcera byla ze sportovního tábora FTVS i z lektorů, kteří děti vedli a podporovali, nadšená, a věříme, že jí o pomůžou při zlepšování nejen fyzických, ale zároveň i osobnostních schopností a dovedností. Moc děkujeme všem, kteří se na těchto aktivitách podílejí.

5 DISKUZE

Děti absolvovaly pět dní tábora, které byly plné her, sportu a zábavy. Vzhledem k horkému počasí si myslím, že jsme si všichni moc užívali vodní hrátky v areálu.

První den v rámci (náboru nových astronautů) musely všechny děti projít vstupními testy a poslední den výstupními testy. Testování probíhalo formou kruhového provozu a po řádné přípravě se vše podařilo změřit. Bylo zakomponováno do programové linie tábora. Na otázku, *Jakým způsobem lze otestovat vybrané pohybové schopnosti a dovednosti na příměstském táboře, aniž by to narušilo plánovaný program?* tedy lze odpovědět, že tato forma testování je vhodná, osvědčila se, a program nenarušila. Děti si vyzkoušely „nové cviky“, soutěživou formou splnily potřebné hodnocení. Celá akce však vyžadovala přípravu, zaškolení a spolupráci celého táborového týmu.

Na další vědeckou otázku, *zda Dojde ke zlepšení většiny testovaných parametrů po absolvování 4 dnů tábora (při porovnání průměrných hodnot)?* nelze jednoznačně odpovědět.

Průměrné hodnoty se zlepšily u tří z 5 testů, vzhledem k velké variabilitě hodnot však nelze brát výsledky jako validní. Ve většině testovaných parametrů se zlepšila polovina dětí, v některých méně dětí a v jednom většina dětí.

V Thomayerově zkoušce se zlepšilo 5 dětí, z toho 4 se dotkly země, což znamená, že test splnily. Jednomu ze zlepšených dětí se pouze snížila vzdálenost o pět centimetrů. Celkem 2 děti splnily test při obou měřeních, a tedy obě se dotkly pokaždé země.

V testu podle Mathiase se také zlepšilo 5 dětí. 3 dětem zůstala stejná hodnota jako u prvního měření a 2 děti se o jednu kategorii zhoršily.

U síly stisku ruky došlo ke zlepšení u 8 dětí. Z toho 1 dítěti se až při závěrečném měření podařilo zmáčknout dynamometr. Na otázku: *Ve které z testovaných oblastí bude patrné největší zlepšení?* Tedy můžeme odpovědět, že je to síla stisku ruky. Největší úspěšnost zlepšení jsme mohli sledovat u síly stisku ruky, kdy došlo ke zlepšení u 8 dětí. Bohužel test síly stisku ruky byl pro některé děti velmi obtížný. Díky přílišné náročnosti testu se může buď vyřadit, nebo vymyslet nějakou jinou alternativu. Například zda uzvednou těleso o určité váze. Nicméně důvodů k zlepšení síly ruky může být více. Děti skutečně mohly díky mnoha aktivitám posílit svaly ruky. Mohlo se ale také jednat o efekt opakovaného testování, kdy v počátečním testování se nezvládly zorientovat a teprve při opakovaném měření na konci týdne dokázaly provést stisk dynamometru správně.

U rotace ramenního pletence se zlepšilo 5 dětí, někdo jen o centimetr, někdo o deset centimetrů. Ke zhoršení došlo u 1 dítěte, což mohlo být vlivem únavy za celý týden a 2 děti zvládly spojit ruce za zády a prokázat tak svou mobilitu. U levé ruky už byly výsledky horší. Při výstupním měření se zlepšily pouze tři děti.

Poslední motorický test byl test na rovnováhu a stabilitu při stožení na jedné noze. Průměrná naměřená hodnota byla od 24s do 30s. Rovnováha se zavřenými očima už byla horší, a to skoro o 15 s. Průměrná hodnota byla od 8 s. do 10 s.

V každém z testovaných parametrů se vždy zlepšilo alespoň jedno z dětí. Poslední otázkou bylo: *Vnímají zlepšení pohybových dovedností a celkové motoriky také rodiče zúčastněných dětí?* Zpětné vazby rodičů byly velmi pozitivní. Většina rodičů na svých dětech pozorovala zlepšení po fyzické stránce jak např. lepší mobilita kloubů, kdy měly větší rozsah pohybu, než před začátkem tábora. Velmi chválili organizaci tábora, a to jako organizační oblast tak i programovou, kdy jsme dětem nabídli širokou ukázkou sportů, které si mohly vyzkoušet. Snažili jsme se v programové části rozvíjet jejich jemnou motoriku a dostalo se nám velké pochvaly od jedné maminky. Tábor měl velmi pozitivní ohlas a většina dětí se účastnila i letošního tábora, který proběhl od 5.8 do 10.8 2019. Vzhledem k většímu zájmu dětí bylo letos zapotřebí rozdělit děti do dvou skupin a vymyslet tedy dva programy. Na začátku a konci tábora jsem opět provedla stejné měření, které však v této práci neuvádím. Zajímavé však může být alespoň nastínit stav některých dětí, které jsme hodnotili opakovaně. D1 test prostého ohybu zvládla - tedy se dotkla země. Oproti loňsku u ní došlo ke zlepšení držení těla hodnoceném Mathiasovým testem. U D2 došlo ke zlepšení oproti loňsku, a to v oblasti funkční rotace ramene kdy snížila měřenou vzdálenost pod 10 cm. U D4 nedošlo k výraznému zlepšení. Testy splnila podobně jako rok před tím. U dítěte D5 došlo ke zhoršení diagnózy, kdy jí byl na žádost matky přidělen vozík vzhledem k jejím problémům s chůzí. Z našeho pohledu však oproti loňskému roku u ní došlo ke zlepšení v několika parametrech. Zkoušku prostého předklonu zvládla již při prvním měření. Zlepšila se jí také síla stisku ruky. Ale bohužel pravděpodobně k snížení frekvence chůze a častějšímu užívání vozíku (na delší vzdálenosti) došlo ke zhoršení rovnováhy na jedné noze. Vzhledem k dlouhodobějšímu sledování dítěte v rámci projektu Pohyb pro inkluzi se projektový tým domnívá, že spíše než o zdravotní postižení se jedná o Munchhausenův syndrom by proxy. Dítě je totiž evidentně v lepší kondici než uvádí matka, která ho vystavuje častým návštěvám u lékaře a hledá důvody k prokázání handicapu. D8 se oproti loňsku zlepšil v testu funkční rotace ramene, kde snížil měřenou vzdálenost o pár centimetru. Jinak jeho asistentka popisuje, jak se po týdnu aktivit vždy zlepšil jeho výkon. Vydrží déle běhat, déle hrát fotbal, který ho tak baví.

Bylo by vhodnější, aby měření mohlo probíhat na početnější skupině a aby cvičení na rozvoj dovedností mohlo probíhat déle. Ideálně by mohli být zapojeni studenti ze speciálních škol nebo tříd, kde mají integrované děti.

Podobným výzkumem se zabýval Tauchman (2016), který se zaměřil na držení těla dětí ze 3.–4. tříd ZŠ. Jako metodu měření použil Mathiasovu zkoušku. Testování se zúčastnilo 84 dětí. V pretestu probíhajícím v prvním týdnu v lednu 2016 mělo 14 žáků správné držení těla, 24 žáků mělo počáteční držení těla ve špatné poloze, ale ta zůstala v průběhu testu nezměněná, 42 žáků mělo již na začátku testu nesprávné držení těla a v průběhu 30s. (doba testu) se jejich poloha změnila (zhoršila). Celkem 3 žáci nebyli schopni zaujmout počáteční polohu.

V postestu probíhajícím v březnu 2016 mělo 14 žáků správné držení těla, 36 žáků mělo počáteční držení těla ve špatné poloze, ale v průběhu testu zůstala poloha neměnná, 30 žáků mělo již na začátku testu nesprávné držení těla a v průběhu 30s se jejich poloha změnila (zhoršila). 3 žáci nebyli schopni zaujmout počáteční polohu.

Z jeho měření vyplývá, že došlo ke zlepšení u 12 žáků, kteří měli původně vadné držení těla a v průběhu pretestu se jejich poloha změnila, zatímco v postestu zůstala poloha beze změn.

Při mém měření, které probíhalo první den tábora 6.8.2018, měly 4 děti správné držení těla. 3 děti měly počáteční držení těla ve špatné poloze, ale v průběhu testu zůstala poloha neměnná. 2 děti měly již na začátku testu nesprávné držení těla, v průběhu 30s se jejich poloha změnila (zhoršila) a 1 dítě nebylo schopno zaujmout počáteční polohu. Z druhého měření probíhajícího 10.8.2018 mělo 5 dětí správné držení těla, 2 děti měly počáteční držení těla ve špatné poloze, ale v průběhu testu zůstala poloha neměnná. 2 děti měly již na začátku testu nesprávné držení těla a v průběhu 30s se jejich poloha změnila (zhoršila) a 1 dítě nebylo schopno zaujmout počáteční polohu. Z měření vyplynulo, že došlo ke zlepšení u 5 dětí. Tauchman (2016) zjistil, že ke zlepšení došlo u 14 % žáků a při převodu mých výsledků na procenta došlo ke zlepšení u 10 % dětí.

Práce Vlčkové (2014) pojednává o úrovni koordinačních schopností dětí mladšího školního věku. Konkrétně porovnávala zlepšení mezi kontrolní (27 dětí bez specifických cvičení) a experimentální skupinou (16 dětí s vybranými specifickými cviky). Její výzkum trval 6 měsíců od října 2013 do března 2014 a zúčastnili se ho žáci ze 4. ročníku ZŠ Dukelská Strakonice. Spočíval v úpravě hodin tělesné výchovy tak, že v části hodiny byly prováděny cviky na rozvoj koordinačních schopností. Její experiment potvrdil hypotézu, že skupina dětí cvičících podle vybraných stimulačních cvičení bude mít při výstupním měření lepší úroveň všech sledovaných koordinačních schopností oproti dětem z kontrolní skupiny.

Oproti jejímu měření jsem měla kratší dobu na aplikaci cvičení, která rozvíjí koordinační schopnosti. Z toho důvodu neporovnávám naměřené výsledky zlepšení experimentální skupiny. Přesto se lze ztotožnit s její hypotézou, že i krátkodobé cvičení má kladné výsledky. U 5 mnou

měřených dětí došlo k určitému zlepšení, 3 dětem se nezměnil výsledek testu a u 1 dítěte došlo ke zhoršení z 30 s na 25s, což mohlo být způsobeno únavou po celém týdnu tábora.

Bednaříková (2018) se zase ve své bakalářské práci věnovala vyhodnocení síly stisku ruky u sportující mládeže v ČR. Měření se zúčastnilo 279 dívek mladšího školního věku ze 4 krajů. Jejich průměrná síla stisku ruky byla 13,4–14, 3. V mé skupině jsem měla 5 dívek stejného věku a k porovnání jsem použila nejlepší naměřenou hodnotu: D1 – 6; D2 – 6,9; D4– 10,4; D5 – 15; D10 – 10,4; což průměr je 9,74.

V další měřené skupině Bednaříkové bylo 206 dívek staršího školního věku ze 4 krajů. Jejich průměrná síla stisku ruky byla 22,2–26,6. V mé skupině jsem měla 2 dívky stejného věku a k porovnání jsme použila nejlepší naměřenou hodnotu: D3 – 17; D9 – 14,5. U dívek našeho souboru tedy byla síla stisku ruky daleko nižší než u dětí intaktních.

Další skupinu Bednaříkové tvořilo 141 chlapců staršího školního věku ze 4 krajů. Jejich průměrná síla stisku ruky byla 26,0–29,8. V mé skupině jsem měla 3 chlapce patřící do této skupiny a k porovnání jsem použila jejich nejlepší naměřenou hodnotu: D6 – 29,4; D7 – 21,1; D8 – 14,9. Z porovnání výsledků se můžeme domnívat, že mnou naměřené hodnoty se mohou u některých jedinců shodovat se zdravými dětmi stejné věkové kategorie. S jistotou to nemůžeme říct, protože Bednaříková měla v práci uvedené pouze průměry naměřených hodnot. Překvapivé pro mě bylo, že hodnoty naměřené u handicapovaných chlapců staršího školního věku byly velmi podobné průměrům zdravých chlapců.

Benešová (2019) hodnotila 25 dětí ve věku 6–9let, které se účastnily projektu Děti na startu. Ověřovaly se jejich pohybové schopnosti a základní somatomotorické ukazatele. Výzkum probíhal na ZŠ Zeleneč a ZŠ Vybíralová. V měřeném souboru bylo 22 dívek a 3 chlapci. Z práce Benešové vyplývá, že z 25 dětí je 12% (3) hypomobilních, 32% (8) v normě a 56% (14) je hypermobilních. V porovnání s mým měřením (kdy jsme použila nejnižší naměřenou hodnotu) vychází, že 4 děti jsou hypomobilní a 6 dětí se dotklo podložky, takže se jedná o normální ohodnocení. Benešová použila test tak, že měřila i přesah. Ten v našem výzkumu měřen nebyl, protože u některých dětí by nebylo možné aplikovat test na lavičce a testovací bedýnku „Sit and reach“ jsme neměli k dispozici. Vzhledem k věkové kategorii měřeného souboru navíc můžu porovnávat výsledky pouze 4 dětí, z toho 3 splnily normu.

6 ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na možnosti hodnocení vybraných parametrů pohybových schopností a držení těla na inkluzivním sportovním příměstském táboře. Jednalo se o ojedinělou studii, vzhledem k tomu, že podobné aktivity zatím nejsou v ČR zavedeny. Lze tedy říci, že se vlastně jednalo o pilotní studii. Z naměřených dat vyplývá, že sportovní příměstský tábor pro děti se SVP může mít pozitivní vliv na uvedené parametry, nicméně u každého dítěte s velmi odlišnými SVP se zlepšení týkala jiných oblastí a domnívám se, že určitou roli mohla hrát i únava na konci týdne, což přispělo k ne zcela prokazatelnému zlepšení, resp. zkreslení dat.

Na dětech však byl vidět efekt psychologický a sociální. Navíc ze zpětné vazby od rodičů lze usuzovat na pozitivní změny jak v oblasti motoriky, tak v oblasti socializace a komunikace. Vzhledem k malé skupině a omezenému času nelze data považovat za zobecnitelná.

Důležité však je, že se podařilo probudit v dětech zájem o sport a že rodiče mohli získat informaci, jak své dítě podpořit (a že je na některé aktivity i přes svůj handicap šikovné). Úspěšnost tábora a celého projektu Pohyb pro inkluzi potvrzuje i stále se zvyšující zájem o jeho aktivity.

7 POUŽITÁ LITERATURA

1. BARTOŇOVÁ, R. JEŠINA, O. Společně v integrované školní tělesné výchově. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 2011. 2(1), 50–60.
2. BEDNAŘÍKOVÁ, A. *Úroveň vybraných ukazatelů tělesného složení a síly stisku ruky u sportující mládeže v České republice*. 2018. 65s. Bakalářská práce na UK FTVS. Vedoucí bakalářská práce Mgr. Michal Šteffl, Ph.D.
3. BENDOVIÁ, P. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*, Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3853-6.
4. BENEŠOVÁ, B. *Hodnocení úrovně pohybových schopností a základních ukazatelů u dětí v projektu Děti na startu*. 2019. 55s. Bakalářská práce na Pedagogické fakultě Univerzita Karlova Praha. Vedoucí práce PaedDr. Jana Hájková
5. BLOCK, M. *A teacher's guide to including students with disabilities in general physical education (3rd ed.)*. Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co., 2005.
6. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., a kolektiv, *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem: Zvládání problému chování u lidí nejen v domovech sociálních služeb*, Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-319-2.
7. DAŘOVÁ, K. *Adapted physical activities A study material for foreign students*. Charles university, Faculty of Physical Education and Sport. 2004.
8. DAŘOVÁ, K., PAVLOVÁ, I. *Metodika pro pořádání příměstských sportovních táborů pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami*. Praha. UK FTVS. 2018. 14 s.
9. DOBRÝ, L., SOUČEK, O. *Pedagogická kinantropologie*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN: 80-246-0767-0.
10. DOVALIL, J. a KOL. *Lexikon sportovního tréninku*, Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1404-5.
11. DUNGL, P. a kol. *Ortopedie 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4357-8.
12. DŽUPA, V., JENŠOVSKÝ, J. *Diagnostika a léčba osteoporózy a dalších onemocnění skeletu*, Praha: Karolinum, 2018. ISBN: 978-80-2463-741-9.
13. FREEDSON, P.S. Electronic motion sensors and heartrate as measures of physical activity in children *Journal of school health*(online).1991/5. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1746-1561.1991.tb06018.x>
14. HARTL, P., HARTLOVÁ, *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN: 978-80-7367-569-1.

15. HOŠEK, V. *Sport zlepšuje kvalitu života. Psychologie dnes*. 2000.
16. HOŠKOVÁ, B., MATOUŠOVÁ, M. *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy pro studující FTVS UK. Dotisk 1. vyd.* Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-621-X.
17. HRUBÝ, J., *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu (díl 2)*, Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených; Septima, 1998. ISBN: 80-7216-075-3
18. JEŠINA, O. KUDLÁČEK, M. *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN: 978-80-244-2738-6.
19. JEŠINA, O. *APA osob s MP*, 2015. dostupné z <https://www.apa.upol.cz/apa-osob-s-mp#studium-atv-apa>.
20. JEŠINA, O., HAMŘÍK, Z. a kol. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN: 978-80-244-2946-5.
21. JEŠINA, O., KUDLÁČEK, M. a kol., *Aplikovaná tělesná výchova*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN: 978-80-244-2738-6.
22. JEŠINA, O., VYHLÍDAL, T. *Tábory pro osoby se zdravotním postižením nebo znevýhodněním. Aplikované pohybové aktivity v praxi* (online). 2016, č. 1 (2016-7-1) dostupné z <https://www.apa.upol.cz/2016-7-1/publication#page/14> (a, b).
23. KELNER, P. a kol. *Vnitřní lékařství, 4. Přepřacované a doplněné vydání*: Galen, 2011. ISBN: 978-80-7262-705-9.
24. KOLISKO, P. *Cesty zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002.
25. KRAUS, H. et al. *Kompendium očního lékařství*, Praha: Grada, 1997. ISBN: 807-16-907-91.
26. KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*, Praha: Grada, 2004. ISBN: 8024710188.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 978-80-7367-568-4.
28. KUDLÁČEK, M., JEŠINA, O. *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*, Univerzita v Olomouci: Olomouc 2013. ISBN: 978-80-244-3964-8.
29. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 978-80-262-1154-9.
30. PIPEKOVÁ, J., et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky, 3. přepracované a rozšířené vydání*, Brno: Paido, 2010. ISBN: 978-80-7315-198-0.
31. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2000. ISBN: 80-7315-010-7.
32. RYCHTECKÝ, A., FIALOVÁ, L. *Didaktika školní tělesné výchovy*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN: 80-7184-659-7.

33. SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, G., SMOLÍK, F. *Vývoj jazykových schopností: v předškolním věku*, Praha:Grada, 2015. ISBN: 978-80-247-4203.
34. SOURALOVÁ, E., LANGER, J., *Surdopedie: studijní opora pro kombinované studium*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN: 80-244.1084-2.
35. STACKEOVÁ, D. *Zdravotní benefity pohybové aktivity*. 2009 (dostupné: https://danielastackeova.webnode.cz/_files/200000266-51350522ee/hygiena%20clanek.pdf)
36. ŠPALÁK, I., FLORIANOVÁ, P. *Kapitoly z otorinolaryngologie a foniatrie*. Brno: Paido, 1999. ISBN: 80-85931-67-2
37. ŠPIŘÍKOVÁ, I., KAČER, J. *Příměstský tábor*. Brno: Mravenec, 2007. ISBN 978-80-86994-39-0.
38. TAUCHMAN, L. *Zhodnocení držení těla žáků 3. a 4. třídy základní školy a možnosti jeho ovlivnění*. Praha 2016. 69s. Diplomová práce na UK FTVS. Vedoucí diplomové práce Prof. Ing. Václav Bunc, CSc.
39. THOROVÁ, K., *Poruchy autistického spektra*, Praha, Portál, 2006. ISBN: 978-80-262-0768-9.
40. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: Teoretické základy a metodika*. Praha:Parta, 2003. ISBN: 80-7320-039-2.
41. VÁLKOVÁ, H. Skutečnost, nebo fikce? *Socializace mentálně postižených prostřednictvím pohybových aktivit*. Olomouc Univerzita Palackého. 2000. ISBN: 80-244-0117-7.
42. *Velký lékařský slovník*. Oxford Impresum, 2019.
43. VLČKOVÁ, P. *Úroveň koordinačních schopností dětí mladšího školního věku*. Praha 2014. 105s. Diplomová práce na UK Pedagogické fakulty, Katedra tělesné výchovy. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Zdeňka Englthalerová.
44. World Health Organization. *WHO global strategy on diet, physical activity and health: European regional consultation meeting report*, 2003. Copenhagen.

Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, kvalifikační či seminární práce zahrnující lidské účastníky

Název projektu: Vliv účasti na 5denním příměstském táboře na změny motorických kompetencí u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami

Forma projektu: výzkumná práce - bakalářská práce

Období realizace: 8/2018

Předkladatel: Klára Jůzková

Hlavní řešitel: Klára Jůzková

Místo výzkumu (pracoviště): příměstský tábor - UK FTVS, 162 52 Praha 6, Josef Martího 269/31, Praha 6

Vedoucí práce (v případě studentské práce): PhDr. Klára Daňová PhD., UK FTVS, Katedra zdravotní TV a tělovýchovného lékařství

Finanční podpora: V případě potřeby materiálního zabezpečení – z projektu Pohyb pro inkluzi

Popis projektu: Cílem projektu je sledovat vliv pohybových aktivit prováděných na příměstském táboře pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami na různé parametry. Pravděpodobně budu používat Emoční dotazník DEMOR, který hodnotí vztah dítěte k pohybové aktivitě. Dále budu provádět hodnocení pohybového systému z pohledu zdravotní TV (pohyblivost páteře /Thomayerova zkouška/, posturální stereotyp /hodnocení držení těla dle Tomase a Mayera/). Také budu měřit úroveň pohybové aktivity (krokoměr) a intenzity zátěže (sporttester) – bude se jednat o observační tak experimentální studii. Všechna hodnocení budou prováděna na začátku (1. den) a na konci tábora (5. den), úroveň PA a intenzita zátěže pak v průběhu celého 5denního tábora.

Charakteristika účastníků výzkumu: Počet účastníků – přibližně 20 ve věku 6-15 let, tyto děti budou mít různé specifické potřeby (porucha motoriky, zraku, sluchu apod.).

Zajištění bezpečnosti: Účast dětí na jednotlivých pohybových aktivitách bude z hlediska bezpečnosti vyhodnocena pracovníky katedry ZTV a TVL, v případě pochybností o vhodnosti bude vyžádána lékařská zpráva či konzultace se sportovním lékařem. Pro prevenci úrazů budou aplikována standardní opatření. Rizika prováděného výzkumu nebudou vyšší než běžně očekávaná rizika u aktivit a testování prováděných v rámci tohoto typu výzkumu.

Etické aspekty výzkumu: Chceme zjistit a dokázat, že dětský příměstský tábor bude mít kladný vliv na aktivitu a pohyblivost dětí se specifickými potřebami a dojde k měřitelnému zlepšení motorických kompetencí, úrovně a intenzity pohybové aktivity, i vztahu k pohybu vůbec.

Ochrana osobních dat: Získaná data budou zpracovávána a bezpečně uchována v anonymní podobě a publikována v bakalářské (aj.) práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS. Po anonymizaci budou osobní data smazána.

Požizování fotografií/videí účastníků: Během výzkumu budou pořizovány fotografie a videozáznamy. Anonymizace osob na fotografiích bude provedena začerněním/rozmačáním obličejů či částí těla, znaků, které by mohly vést k identifikaci jedince. Neanonymizované fotografie budou po ukončení výzkumu smazány. V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

Text informovaného souhlasu: přiložen

Povinnosti všech účastníků výzkumu na straně řešitele je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebecurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů, a podniknout k tomu veškerá preventivní opatření. Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů leží vždy na straně řešitele, nikdy na zkoumaných, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Všichni účastníci výzkumu na straně řešitele musí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně. Potvrzují, že tento popis projektu odpovídá návrhu realizace projektu a že při jakékoli změně projektu, zejména použitých metod, zašlu Etické komisi UK FTVS revidovanou žádost.

V Praze dne: 1.8.2018

Podpis předkladatele:

Vyjádření Etické komise UK FTVS

Složení komise: Předsedkyně: doc. PhDr. Irena Parry Martínková, Ph.D.

Členové: prof. PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc.

doc. MUDr. Jan Heller, CSc.

PhDr. Pavel Hráský, Ph.D.

Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.

MUDr. Simona Majorová

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem:

dne: 15.8.2018

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

Resoluce projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu Etické komise.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se Všeobecnou deklarací lidských práv, zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a dalšími obecně závaznými právními předpisy (*jakož jsou zejména Helsinská deklarace, přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013); Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zejména ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.) a Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001, jsou-li aplikovatelné*), Vás žádám o souhlas s účastí Vaší dcery/syna ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce na UK FTVS s názvem: **Vliv příměstského tábora na změny motorických kompetencí u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami**, prováděné na příměstském táboře UK FTVS, 162 52 Praha 6, Josefa Martího 269/31, Praha 6.

Cílem projektu je sledovat vliv aktivit prováděné na příměstském táboře pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami.

Používat budu Emoční dotazník DEMOR, který hodnotí vztah dítěte k pohybové aktivitě, kdy děti budou před táborem a po táboře vyplňovat tento dotazník. Dále budu provádět hodnocení pohybového systému z pohledu zdravotní TV (pohyblivost páteře /Thomayerova zkouška/, posturální stereotyp /hodnocení držení těla dle Tomase a Mayera/). Také budu měřit úroveň pohybové aktivity (krokoměr) a intenzity zátěže (sporttester). Neinvazivní metoda. Pohybová aktivita dětí je součástí náplně tábora.

Sledování budu provádět jeden týden, kdy bude probíhat příměstský dětský tábor. První a poslední den děti vyplní emoční dotazník DEMOR. Ve stejném opakování (první a poslední den) budu provádět hodnocení pohybového systému z pohledu zdravotní TV – pohyblivost páteře (Thomayerova zkouška), posturální stereotypy tomayerovu zkoušku, hodnotit posturální stereotypy (držení těla dle Tomase a Mayera) a v průběhu celého týdne budu měřit intenzitu zátěže pomocí sportestru a úroveň pohybové aktivity (krokoměrem). Rizika prováděného výzkumu nebudou vyšší než běžně očekávaná rizika u aktivit a testování prováděných v rámci tohoto typu výzkumu.

Cíle práce je prokázání přínosu příměstského tábora – ve smyslu zlepšení pohybové aktivity a prokázání tohoto zlepšení testy

Bude se jednat o observační studii. Děti budou provádět cvičení (testy) v rámci táborového programu, které budu pozorovat + vyhodnocovat dotazníky

Účast vašeho dítěte v projektu je dobrovolná a nebude finančně ohodnocena.

Získaná data budou zpracovávána a bezpečně uchována v anonymní podobě a publikována v bakalářské práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS. Po anonymizaci budou osobní data smazána.

Během výzkumu budou pořizovány fotografie a videozáznamy. Anonymizace osob na fotografiích bude provedena začerněním/rozmažáním obličejů či částí těla, znaků, které by mohly vést k identifikaci jedince. Neanonymizované fotografie budou po ukončení výzkumu smazány.

V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

Jméno a příjmení předkladatele a hlavního řešitele projektu: Klára Jůzková Podpis:

Jméno a příjmení osoby, která provedla poučení.....Podpis:.....

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím se svojí účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl(a) možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se mé účasti ve výzkumu a že jsem dostal(a) jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl(a) jsem poučen(a) o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, a to písemně Etické komisi UK FTVS, která bude následně informovat předkladatele projektu.

Místo, datum

Jméno a příjmení účastníkaPodpis:

Jméno a příjmení zákonného zástupce.....

Vztah zákonného zástupce k účastníkovi Podpis: