

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

**Rozdíly ve využití tělesné výchovy a sportu u dětí s různým stupněm
mentálního postižení**

/ na základní a střední škole Pomněnka o.p.s./

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Duben 2008

Vedoucí diplomové práce:
Doc. PhDr. Pavel Strnad, CSc.

Vypracovala:
Kamila Jancyková

Abstrakt

Název práce: Rozdíly ve využití tělesné výchovy a sportu u dětí s různým stupněm mentálního postižení /v základní a střední škole Pomněnka o.p.s./.

Title of the diploma thesis: Differences in application of physical exercise and sports at children at different stages of mental handicap /at the primary school and secondary school Pomněnka o.p.s./.

Cíle práce:

Cílem diplomové práce je zjistit, jak se liší obsah tělesné výchovy a využití sportů u žáků s různým stupněm mentálního postižení na základní a střední škole Pomněnka o.p.s. Práce je zaměřena kromě školní tělesné výchovy také na mimoškolní aktivity.

Metoda:

Průzkum byl proveden ve všech třídách základní a speciální školy Pomněnka o.p.s. Základní metodou bylo dotazníkové šetření. První část je určena pro rodiče a slouží ke zmapování přístupu a zájmu respondentů o tělesné aktivity jejich dětí. Druhá část se dotazuje třídních učitelů mentálně postižených dětí a je zaměřena na zjišťování rozdílů v obsahu hodin tělesné výchovy jednotlivých tříd.

Výsledky:

Výsledky první části dotazníkového šetření nám ukázaly, že u lehké a středně těžké formy mentální retardace je rozdíl v přístupu rodičů k tělesným aktivitám dětí minimální, děti se nejen účastní rekondičních pobytů a sportovních kroužků v rámci školy, ale často také provozují sport a pohybové aktivity společně s rodiči. U těžších forem mentálního postižení je zaměření spíše na rehabilitační cvičení.

Ve druhé části, kde respondenty byli třídní učitelé, jsme došli k závěru, že u žáků s těžkou a hlubokou formou mentální retardace se tělesná výchova zaměřuje na relaxační, uvolňovací a rehabilitační cvičení, u žáků s lehčími formami mentální retardace převládají v tělesné výchově sportovní a pohybové hry.

Klíčová slova:

Mentální postižení, tělesná výchova, mimoškolní sportovní a pohybové aktivity.

Abstract

Title of the diploma thesis: Differences in application of physical exercise and sports at children at different stages of mental handicap /at the primary school and secondary school Pomněnka o.p.s./.

The task of work:

The task of this graduation thesis is to find out, how differ the content of physical training and the use of sports at students with different degree of dysphrenia on the basic and on the secondary school Pomněnka o.p.s.

The work is focused beside the gymnastics hours in the school also to out-of-school activities.

The method:

The survey was provided in all classes of the basic school and of the special school Pomněnka o.p.s. The interview was used as basic method. The first part of questionnaire was designed for the parents and it serves for ascertain of approach and interest of respondents about the physical training of their children. The second part contains questions for the class teachers of disabled children and it is focused to the assignment of differences in the content of gymnastic hours in the individual classes.

The results:

The results of interview's first part showed, that there is a minimal difference in the approach of parents to the physical activities of children at light and medium mental disability, the children participate on recondition stays and sport bees in the school, but they also often provide sport and gymnastics together with the parents. At heavier mental disability the focus is more often to rehabilitation trainings.

In the second part, where the class teachers were the respondents, we came to conclusion that the gymnastics at pupils with heavy and deep mental retardation is concentrated to relaxing, releasing and rehabilitation exercises and at students with lighter forms of mental retardation the sport and motive games are dominating.

The key words:

Mental disability, gymnastics, out-of-school sport and motive activities.

Děkuji vedoucímu diplomové práce Doc. PhDr. Pavlovi Strnadovi, CSc. za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování diplomové práce. Dále děkuji pedagogickému sboru a rodičům dětí, kteří ochotně spolupracovali při vyplňování dotazníků a při doplňujících osobních rozhovorech.

OBSAH:

Úvod.....	8
1. Přehled literatury.....	9
2. Teoretická část.....	10
2.1 Mentální retardace.....	10
2.1.1 Pojem a definice mentální retardace.....	10
2.1.2 Klasifikace mentální retardace.....	11
2.1.3 Diagnostika mentální retardace.....	17
2.1.4 Etiologie mentální retardace.....	18
2.1.5 Psychické zvláštnosti u osob s mentální retardací.....	20
2.1.6 Psychologická kritéria pro určování mentální retardace.....	21
2.2 Tělesná výchova, sport a aktivity v přírodě.....	22
2.2.1 Historie cvičení a pobytu v přírodě.....	22
2.2.2 Charakteristika sportu a aktivit v přírodě.....	23
2.2.3 Význam aktivit v přírodě pro mentálně postižené.....	24
2.2.4 Obsah sportu a aktivit v přírodě.....	25
2.2.5 Historie tělesné výchovy.....	26
2.2.6 Význam tělesné výchovy v rozvoji osobnosti mentálně postiženého dítěte.....	27
2.3 Základní škola a střední škola Pomněnka o.p.s.	28
2.3.1 Základní škola praktická.....	30
2.3.2 Přípravný stupeň základní školy speciální.....	33
2.3.3 Základní škola speciální.....	35
2.3.4 Rehabilitační vzdělávací program.....	38
2.3.5 Praktická škola s jednoletou přípravou.....	40
3. Praktická část.....	42
3.1 Cíle práce.....	42
3.2 Úkoly teoretické části.....	42
3.3 Úkoly experimentální části.....	42
3.4 Základní otázky studie.....	43
3.5 Metoda.....	43
3.5.1 Charakteristika zkoumaného souboru.....	43

3.5.2 Metody sledování.....	43
3.5.3 Výsledky.....	45
3.5.3.1 Dotazníkové šetření- rodiče žáků.....	45
3.5.3.2 Dotazníkové šetření- třídní učitelé.....	51
4. Diskuze.....	56
5. Závěr.....	60
6. Seznam použité literatury.....	62
7. Seznam příloh.....	65

Úvod

Pohyb je přirozeným projevem a potřebou každého jedince. Jak uvádí Opařilová (2003), včasný a správný rozvoj hybnosti dítěte do jednoho roku je ukazatelem tělesného a psychického zdraví dítěte. Každý nově zvládnutý pohyb se stává pro dítě prostředkem k poznání svého okolí, k získávání nových dovedností, zkušeností i návyků, které jsou základem pro jeho další vývoj. Pohyb probouzí myšlení, myšlení aktivizuje řeč. V těchto oblastech se obvykle velmi výrazně začínají projevovat nedostatky u handicapovaného dítěte. Postižené dítě má omezené množství primárních podnětů, což sekundárně může ovlivňovat vývoj rozumový (Opatřilová, 2003).

V rozvoji jedince s mentálním postižením proto sehrávají velice významnou roli pohybové aktivity. Pohyb je prostředkem sebevyjádření, prostředkem interakce s materiálním a sociálním prostředím, prostředkem poznávání sebe sama. Pohybové aktivity tělovýchovného charakteru rozvíjí osobnost dítěte v oblasti výchovné, vzdělávací a zdravotní, přispívají ke zmírnění důsledků mentálního postižení (Karásková, 2002).

Cvičení v příjemném a stimulujícím prostředí evokuje uvolnění, smích a příjemné prožitky dítěte. Přiměřené pohybové aktivity stírají rozdíl mezi zábavou a prací, zpestřují život dítěte s mentálním postižením, činí jeho život radostnější (Karásková, 2002).

Každý sociální systém by měl respektovat lidskou svobodu, lidskou důstojnost a lidská práva mentálně postiženého stejně jako každého jiného občana naší společnosti. Požadavek humanizace se týká i procesu výchovy a vzdělávání lidí s mentálním postižením. Z výsledků novějších výzkumů vyplývá, že v řadě případů lze vhodným pedagogickým a psychologickým působením dosáhnout u některých mentálně postižených dětí výrazného zlepšení rozumových schopností, zejména když je jim včas věnována dlouhodobá, intenzivní, kvalifikovaná péče (Švarcová, 2006).

V této práci bych ráda upozornila na důležitost tělesné výchovy a sportu pro děti s mentálním postižením a porovнала vzdělávací programy, používané při tvorbě hodin tělesné výchovy, ve třídách u dětí s různým stupněm mentálního postižení.

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nezávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“

(Adrian D. Ward, 1993)

1. Přehled literatury

Problematikou mentálního postižení se u nás i v zahraničí zabývá nemalé množství publikací a odborných článků. V jednotlivých zemích se liší momentální platnou legislativou. Základní myšlenky však bývají shodné.

Při výběru literatury jsem se zaměřila na odborné autory působící v této oblasti. Informace jsem čerpala z kurzu turistiky a sportů v přírodě, odborných přednášek, povinné praxe v Obchodní akademii Janské lázně, odborné literatury z oborů neurologie, psychologie a pedagogika, z internetových stránek českých i zahraničních.

Důležitý byl pro mě zdroj informací z Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, jejich rámcové vzdělávací programy a zákony týkající se vzdělávání mentálně postižených.

Většina literatury byla vypůjčena v základní a střední škole Pomněnka o.p.s. Šumperk, v Ústřední knihovně Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a v pedagogické knihovně Šumperk.

2. Teoretická část

2.1 Mentální retardace

2.1.1 Pojem a definice mentální retardace

Podíváme-li se do medicínského slovníku, pak objevíme pod pojmem **mentální retardace** - slabomyslnost, duševní zaostalost (opožďení). Na rozdíl od demence se za mentální retardaci považuje stav, kdy nedojde k přiměřenému vývoji duševních schopností do dvou let života (Vokurka, 2006).

Jak uvádí Koluchová (1989), je to termín užívaný v Severní Americe asi od třicátých let. Byl tam zaveden Americkou společností pro mentální deficienci (Američan Association of Mental deficiency- AAMD).

Müller (2001) uvádí, že mentální retardace jako termín pro jedince s poruchami intelektu se začal širě používat v odborné terminologii až po konferenci Světové zdravotnické organizace v roce 1959 v Miláně. Postupně jim byla nahrazována řada analogických termínů, jako například duševní úchylnost, duševní abnormalita, duševní opožďení, rozumová zaostalost, intelektová abnormalita, slabomyslnost, mentální defekt, oligofrenie. Totéž popisuje Bajo a Vašek (1994). Sám o sobě je termín mentální retardace odvozen z latinského mens, 2. p. mentis- mysl, rozum a retardare- zdržet, zaostávat, opožďovat (Vašek, Bajo, 1994).

Z pohledu biologických faktorů je mentální retardace pojímána jako „trvalé poškození poznávací činnosti, která vznikla v důsledku organického poškození mozku“. Takto chápe mentální retardaci Rubinštejnová (1976) a později na ni navazuje Sovák (1976), který definuje oligofrenii „jako poruchu vývoje všech psychických funkcí, nejvíc však rozumových a která má různé příčiny a rozličný základ patologicko- anatomický“.

Z hlediska posouzení inteligenčního kvocientu (IQ) jde o kvalitativní vyjádření rozsahu postižení na základě vyšetření stupně intelektu. Ličko (1983) definuje na základě tohoto kritéria mentální retardaci, jako stav zastaveného, opožďeného nebo neúplného vývoje intelektu, který charakterizuje především podprůměrná inteligence. Jako intelektový podprůměr označuje Ličko (1983) děti přibližně od IQ 86-95. V současném chápání je mentální retardace vymezena rozsahem IQ 70 a níže.

Definice mentální retardace, která by vyhovovala všem aspektům nebyla do současnosti stanovena. K dispozici máme velké množství definic. O syntézu všech hledisek se

v definování mentální retardace pokusil Dolejší (1978). Podle něho je mentální retardace vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: nedostatečích genetických vloh, porušeném stavu anatomicko-fyziologickém a funkce mozku a jeho zrání, nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, deficitním učením, zvláštnostem vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech individua po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.

V současnosti je toto pojetí nejvýstižnějším řešením problematiky definování mentální retardace. Jednoznačně z ní vyplývá interdisciplinární charakter pohledu na mentálně retardovaného a vyjadřuje určitý stupeň zaostávání duševního vývoje za tělesným, vzhledem k příčině, stupni mentálního postižení, druhu a klinické normě (Krejčíková, 1998).

2.1.2 Klasifikace mentální retardace

V praxi psychiatrie bylo již od minulého století sjednoceno celosvětové dělení oligofrenie na tři základní stupě: na debilitu, imbecilitu a idiotii. Vymezení u jednotlivých autorů v oblasti teorie se v praxi lišilo. Tuto nejednotnost se snažila vyřešit Světová zdravotnická organizace (WHO), která roku 1968 v rámci 8. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti vymezila jednotlivé stupně oligofrenie pomocí IQ (Krejčíková, 1998).

Od devadesátých let je u nás pro teorii a praxi využíváno 10. revize, která při vymezení klasifikace mentální retardace pro teorii a praxi vychází ze současné pejorativně pojímaného charakteru původních termínů (Franiok, Kysučan, 2002). Mentální retardaci člení do jednotlivých stupňů podle hloubky postižení, která se vyjadřují pásmem dosaženého inteligenčního kvocientu (příčemž je zdůrazňováno, aby IQ byl měřen standardizovaným testem a aby byl vyšetřovanému předkládán v takových podmínkách, v nichž lze získat údaje co nejspolehlivěji).

Jak uvádí Švarcová (2006), mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Tento velmi často užívaný pojem však dosud nebyl uspokojivě definován a psychologové se již velmi dlouhou dobu pokoušejí o jeho přesnější vymezení.

Obecné definice zpravidla chápou inteligenci jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím. V konkrétnějším vymezení chápou inteligenci např. jako „relativně konstantní strukturu ontogeneticky podmíněných schopností individua postihovat a vytvářet smysluplné, resp. funkční vztahy, od jednoduchých asociací na nejnižším stupni až po složité myšlenkové operace na nejvyšším stupni.“ (Švancara, 1974). Psychologové se neshodují ani v tom, zda inteligence je jednotná vlastnost, kterou už nelze dále analyzovat, či zda se jedná o komplex jednodušších schopností. E. L. Thorndike vystoupil již v roce 1903 s názorem, že inteligence je souhrnem navzájem nezávislých schopností. Rozlišoval tři základní druhy inteligence (Svoboda, 1999):

1. abstraktní inteligenci (projevující se při verbálních a symbolických operacích);
2. mechanickou inteligenci (schopnost operování s předměty);
3. sociální inteligenci (schopnost komunikovat s lidmi).

Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.

$$IQ = \text{mentální věk} \times 100$$

chronologický věk

Význam stanovení inteligenčního kvocientu spočívá v tom, že informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Neřká však nic o kvalitativních zvláštностech inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu pro poznání osoby probanda nelze přeceňovat (Svoboda, 1999).

Pro klasifikaci úrovně rozumových schopností existují různá pojetí. Mezi nejznámější a stále uznávané patří klasifikace podle Wechslera vycházející z rozložení inteligence v americké populaci v první polovině 20. století (tab. 1)

Tabulka 1: Klasifikace IQ podle Wechslera (Švancara, 1974,)

IQ	Klasifikace inteligence	Procenta v populaci
130 a výše	značně nadprůměrná	2,2
120-129	nadprůměrná	6,7
110-119	mírně nadprůměrná	16,1
90-109	průměrná	50,0
80-89	podprůměrná	16,1
70-79	hraniční inferiora	6,7
69 a níže	slabomyslnost (mentální retardace)	2,2

Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace (Švarcová, 2006).

Lehká mentální retardace, IQ 50–69 (F70)

V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.

Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Lehce retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod. Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeba léčby a podpory bližší těm, které mají jedinci s normální inteligencí než specifickým problémům středně a těžce retardovaných. Organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu jedinců, u mnoha však příčiny dosud zůstávají neodhaleny.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

Tato diagnóza zahrnuje:

- slabomyslnost,
- lehkou mentální subnormalitu,
- lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu).

Středně těžká mentální retardace, IQ 35–49 (F71)

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluha) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy

mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností.

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U značné části je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají.

Tato diagnóza zahrnuje:

- středně těžkou mentální subnormalitu,
- středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu).

Těžká mentální retardace, IQ 20–34 (F72)

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností zmíněná pod F71 je v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie (na rozdíl od předcházející kategorie) trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými

vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální subnormalitu,
- těžkou oligofrenii.

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.

IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je přinejlepším omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech.

Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální subnormalitu,
- hlubokou oligofrenii (dříve označovanou jako idiocii).

Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvcích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

Zahrnuje:

- mentální retardaci NS,
- mentální subnormalitu NS,
- oligofrenii NS.

(Švarcová, 2006)

Uvedená klasifikace mentální retardace neobsahuje kategorii „mírná mentální retardace“ (IQ 85–69), která u nás byla donedávna ve starších klasifikacích uváděna a ještě se někdy v poradenské praxi užívá. Toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady apod.), se nepovažují za mentálně postižené (Švarcová, 2006).

2.1.3 Diagnostika mentální retardace

M. Dolejší (1978) upozorňuje na to, že při diagnostice opožděného duševního vývoje nelze vystačit s pouhým testováním inteligence. Předpokladem pro stanovení mentální retardace je podle jeho názoru:

- podrobné klinické zhodnocení chování a osobnosti dítěte při vyšetření
- zhodnocení podrobné anamnézy dítěte
- zhodnocení životních podmínek dítěte

- zhodnocení emočních a deprivčních činitelů, které se uplatňovaly v průběhu jeho vývoje apod.

Stanovení sníženého inteligenčního kvocientu nesmí být v žádném případě jediným diagnostickým a prognostickým kritériem. Cílem komplexní diagnostiky je co nejhlubší poznání osobnosti člověka s mentální retardací, které vede k maximálnímu rozvoji všech složek osobnosti mentálně retardovaného.

Švarcová (2006) uvádí, že diagnostika není pouze úkolem psychologie nebo lékařských věd. Zabývají se jí i rodiče, kteří se zamýšlejí nad vývojem svého dítěte, jeho úspěchy a problémy, schopnostmi a možnostmi.

Dále Švarcová (2006) popisuje diagnostiku je dlouhodobý proces, jenž musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte. Na základě stanovené diagnózy pak můžeme volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte a dosahovat tak postupných změn ve vývoji dítěte.

Při provádění diagnostického šetření nesmíme ztrácet ze zřetele, že jednou z podstatných charakteristik mentální retardace je snížení úrovně adaptačních schopností. Dítě s mentální retardací se obtížně přizpůsobuje novým podmínkám, těžko se orientuje v novém prostředí a nespolehlavě navazuje kontakt s neznámými osobami. Tyto skutečnosti se potom odrážejí i ve výkonu, který podává v různých zkouškách. (Švarcová, 2006).

2.1.4 Etiologie mentální retardace

Etiologie mentální retardace je velmi různorodá a ne vždy zcela jednoznačná. Mentální opožďování může být způsobeno jak příčinami **endogenními** (vnitřními), tak příčinami **exogenními** (vnějšími). Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Mohou také hrát roli činitele, který „spouští“ projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikuje její průběh. Exogenní faktory se dále člení podle období působení na prenatální (působící od početí do narození), perinatální (působící těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (působící po narození).

Jako nejčastější příčiny mentální retardace se uvádějí:

Následky infekcí a intoxikací

- prenatální infekce (např. toxoplasmóza, zarděnky, cytomegalovirus, pásový opar)
- postnatální infekce (např. zánět mozku)
- intoxikace (např. toxémie matky, otrava olovem)

Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů

- mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie)
- postnatální poškození mozku nebo hypoxie

Poruchy výměny látek, růstu, výživy

(např. hypotyreóza, kretenismus, fenylketonurie apod.)

Makroskopické léze mozku

(novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou)

Nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy

(např. vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza a další)

Anomálie chromozomů

(např. Downův syndrom)

Nezralost

(stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů)

Vážné duševní poruchy

Psychosociální deprivace

(stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek)

Jiné a nespecifické etiologie

Následky poškození mozku, bez ohledu na příčinu, čas a patologicko-anatomický charakter postižení, se obvykle označují jako **encefalopatie**. (Švarcová, 2006).

Mentální retardace nemívá jednotnou příčinu. Většinou vzniká součinností vrozených a environmentálních faktorů. Musíme brát v úvahu vícekrát publikovaný fakt, že 15 – 30% případů zůstává příčina mentální retardace neobjasněna (Franiok, Kysučan, 2002).

2.1.5 Psychické zvláštnosti u osob s mentální retardací

K charakteristice jedince s mentální retardací neodmyslitelně patří jedinečnost jeho osobnosti a jedinečnost jeho individuálního postižení. Každý mentálně postižený je originální jedinec vyznačující se specifickými zvláštnostmi jak biologické, psychické, tak i sociální povahy a individuálně se liší od druhého.

Mentální retardace postihuje všechny složky osobnosti a podle Kvapilíka a Černé (1990) vždy platí, že čím větší je mentální defekt, tím větší je i postižení jednotlivých složek. S celkovým poškozením neuropsychického vývoje souvisí řada zvláštností v jednotlivých stránkách osobnosti:

- nedostatečný rozvoj a kvalita myšlení
- deficitní schopnost učení
- nižší kapacita paměti
- snížená koncentrace pozornosti
- zpomalení psychomotorického vývoje
- symptomatická porucha řeči
- zvláštnosti v percepci (zvukové, sluchové, vizuomotorické, kinestetické)
- změna emotivity
- změna volných procesů (abulie) včetně autoregulace chování
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí
- změny ve vývoji a identifikace „já“
- snížená sociální adaptabilita
- odchylky v socializaci

Kvalitním výchovným vedením lze do značné míry jednotlivé složky osobnosti osoby s mentální retardací příznivě ovlivnit a dosáhnout velmi dobrých výsledků.

Jedním z nejdůležitějších rysů osobnosti je její vůle, projevující se v uvědoměném a cílevědomém jednání. Mnozí autoři, kteří se zabývají otázkami mentální retardace, upozorňují na nesamostatnost dětí s mentálním postižením, na nedostatek jejich iniciativy, na neschopnost řídit vlastní jednání a překonávat překážky, což jsou typické příznaky nedostatku vůle (abulie). Nezralost osobnosti, nevyvinutost sebeovládání a rozumového přepracování vnějších dojmů vedou k mnoha primitivním bezprostředním reakcím na vnější podněty. Při své činnosti se dítě s mentální retardací řídí těmi nejbližšími a nejjednoduššími

motivů, protože vzdálenější a složitější motivy nechápe. Výchova vůle je vždy složitý a dlouhodobý proces. U dětí s mentální retardací je tento proces, v závislosti na závažnosti jejich postižení, ještě zdlouhavější a obtížnější. Vyžaduje mnoho trpělivosti, ale také mnoho pedagogických zkušeností a dovedností. Bez volného úsilí však nemůže dítě splnit ani ten nejjednodušší úkol a, vzato do důsledků, nemůže se dále rozvíjet (Švarcová, 2006).

Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. Na základě kvalifikovaných odhadů se uvádí, že v současné době jsou mentální retardací postižena asi 3% občanů, z nichž největší počet- téměř 2,6% - připadá na postižené lehkou mentální retardací. Lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací je přibližně 0,1- 0,2% v populaci. Obdobné relace bývají uváděny i ve statistikách ostatních evropských zemí.

V *Národním plánu opatření ke snížení negativních důsledků zdravotního postižení* z roku 1993 bylo uvedeno, že přesný statistický údaj o počtech lidí s jednotlivými druhy zdravotního postižení není k dispozici, na základě kvalifikovaných odhadů se však předpokládá, že v naší republice žije asi 300 tisíc osob s mentálním postižením (Švarcová, 2006).

2.1.6 Psychologická kritéria pro určování mentální retardace

Podle Dolejšího (1978) jsou nejdůležitější tato kritéria:

1. celkové výsledky IQ nebo mentálního věku
2. profil výsledků v jednotlivých subtestech inteligenčních zkoušek
3. zhodnocení výsledků specifických zkoušek zaměřených na některé psychické funkce a osobní vlastnosti
4. výsledky výukových zkoušek
5. charakteristika vývoje řeči
6. charakteristika citového vývoje a vývoje regulace chování
7. výsledky somatické, psychologické a neurologické

Jen tak lze analyzovat individuální zvláštnosti jedince a odchylky a poruchy v jednotlivých složkách jeho vývoje. Takovýto klinický a multidimenzionální přístup má zvláštní význam z hlediska mentální retardace a jejího diagnostického rozboru, nápravných opatření a prognózy.

2.2 TĚLESNÁ VÝCHOVA, SPORT A AKTIVITY V PŘÍRODĚ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH

2.2.1 Historie cvičení a pobytu v přírodě

Cvičení a pobyt v přírodě prodělaly dlouhý historický vývoj. V historii byla celá řada pedagogů, kteří kladli důraz na tělesnou výchovu prováděnou v přírodě.

Mezi nejznámější patří J.A.Komenský (1592-1670). Pozitivní vztah k tělesné výchově mládeže prolíná celým jeho obsáhlým dílem. Vycházel z přirozené potřeby pohybu dětí, jako základního projevu života. Komenský vytvořil základy pedagogiky, nejenom formulací obecných pravidel, ale i konkrétními návody k vedení tělesných cvičení a her.

Dalším byl anglický filozof J.Locke (1632-1704). Podle něj má tělesná výchova předcházet výchově rozumové. V pojetí tělesné výchovy byl hlavní důraz kladen na šerm, zápas, tanec, plavání, otužování a překonávání překážek.

Pod Lockovým vlivem rozvinul názory o významu tělesné výchovy v přirozeném prostředí francouzský filozof a pedagog J. J. Rousseau (1712-1778). V pedagogickém díle „Emil- čili o výchově“ představil hypotetický plán individuální výchovy imaginárního chlapce. Rousseau doporučoval pro dítě pohyb na venkově. V nabídce pohybových činností (curriculum bylo tvořeno plaváním, jízdou na koni, během, chůzí, lezením, skoky, hody, šplhem atd.) preferoval plnou volnost. Od dítěte však vyžadoval samostatnost a aktivitu. Nedoporučuje prostředí, ve kterém jedinec nemusí překonávat žádné překážky a obtíže. Rousseauv názor, že dítě je třeba vychovávat lidsky, radostně a v souladu s přírodou se stal základem filantropismu ve výchově.

J.B.Bassedow (1723-1790) založil v německém Dessau „Philantropium“ – školu s přirozenou výchovou. V učebním curriculumu měli žáci i povinnou tělesnou výchovu, prováděnou venku na cvičišti. K původním rytířským cvičením byl přičleněn tzv. „dessavský pentathlon“ (běh, skok, šplh, nošení břemen a cvičení rovnováhy) i dvouměsíční táboření pod stanem.

K významným filantropistům se řadí J.Ch.Guts-Muths (1759-1839). Vyžadoval dobrovolnost cvičení, individuální přístup k dětem, přiměřenost zatížení, správné držení těla, rozmanitost cvičení.

S ideou výchovy pro všechny (v souladu s Komenským, ale nezávisle na jeho pracích)

přišel později švýcarský pedagog J.H.Pestalozzi (1774-1825). V curriculu vzdělání postavil zřetelný požadavek na zvládnutí tzv. „abecedy přirozených pohybů“: běhy, skoky, nošení břemen, hody, zápas, překonávání překážek.

Teprve v polovině 19. století se vytvořily společenské podmínky pro vznik tělovýchovných a sportovních organizací. U nás to byl Sokol založený v r. 1862 Dr. Miroslavem Tyršem (1832-1884). Začátkem třicátých let Sokol obohatil svůj program o cvičení a pobyt v přírodě.

Koncem 19. a začátkem 20. století u nás vznikla řada sportovních spolků a klubů. Objevili se průkopníci a organizátoři sportů, jako byl Josef Rossler-Ořovský (1869-1933). V roce 1888 byl založen Klub českých turistů a v roce 1912 založil český skauting Antonín František Svojsík (1876-1938). Svůj první skautský tábor uspořádal v roce 1911.

Po vzniku samostatné ČSR byla koncepce školní tělesné výchovy ovlivněna zejména národními tradicemi spolkového tělocviku sokolského. Základ curricula (cvičení pořadová, prostná a nářad'ová, atletika a hry) byl doplněn o sezónní cvičení a sporty v přírodě (plavání, bruslení, sáňkování, lyžování), cílenými na otužování žáků. Zřetelně se projevil odklon od statických cvičení. Rozsah curricula učiva byl stanoven jako maximální a měl sloužit učitelům jako zásobník, z něhož lze čerpat učivo pro hodiny tělesné výchovy v různém prostředí.

Sportovní život byl silně narušen druhou světovou válkou. Sokol byl rozpuštěn a jeho majetek zabaven v roce 1941. Po válce v roce 1945 byla snaha po sjednocení všech tělovýchovných a sportovních organizací, které se z různých důvodů neuskutečnilo. V roce 1968 v rámci pokusu o obnovení Sokola byly i snahy o obnovu pobytu v přírodě. Vznikaly sokolské tábory pod vlajkou ČSTV- ZTV. Po listopadu 1989 byl Sokol konečně obnoven. (Brejška, 1999)

2.2.2 Charakteristika sportu a aktivit v přírodě

Příroda je specifické prostředí. Svou rozmanitostí nabízí velké množství nejrůznějších překážek, které člověk dříve musel překonávat a dnes se k nim formou her opět vrací. Jde o prostředí, které můžeme jen málo ovlivnit, proto do něj nelze přenést většinu aktivit z tělocvičen. Patří sem hlavně přirozené činnosti, jako je chůze, běhy, skoky, různé překonávání překážek, lezení, zvedání břemen, házení a jiné, které měly prvotní funkci pro přípravu na lov a účelný pobyt v přírodě (Brejška, 1999).

2.2.3 Význam aktivit v přírodě pro mentálně postižené

Pohybové aktivity sehrávají významnou roli v rozvoji mentálně postiženého dítěte. Jak uvádí Karásková (2000) pohyb je prostředkem sebevyjádření, prostředkem interakce s materiálním a sociálním prostředím, prostředkem k poznání sebe sama. Pohybové aktivity rozvíjí dítě v oblasti výchovné, vzdělávací a zdravotní. Děti se potřebují odreagovat, uvolnit s, vybit nahromaděnou energii. Pohybové aktivity mohou všechny tyto potřeby uspokojit. Přitom stírají rozdíl mezi zábavou a prací, zpestřují život mentálně postiženého dítěte, činí jej radostnějším. Karásková (2002) dodává, že cvičení v příjemném a stimulujícím prostředí evokuje uvolnění, smích a příjemné prožitky klienta.

Cvičení a pobyt v přírodě přispívá svou specifikou k plnění úkolů tělesné výchovy. Jsou to úkoly zdravotní, výchovné a vzdělávací.

Zdravotní význam spočívá hlavně v tom, že využíváme ozdravného působení přírody (slunce, voda, vzduch). Klienti se otužují vůči chladu, horku, nepříznivému počasí, přemáhají únavu, strach atd. Pobyt v přírodě je kontrastem s jejich celotýdenním zaměstnáním, kdy jsou většinu času odkázáni na pobyt v místnostech a často na sedavý způsob práce.

Vzdělávací význam vidíme zejména v rozvoji pohybových dovedností při vlastních tělocvičných aktivitách a hrách, a dále v rozšíření odborně technických znalostí a dovedností a v kulturně poznávacích činnostech.

Výchovné působení je velmi výrazné. V různorodých přírodních podmínkách jsou na klienty často kladeny vyšší požadavky než v tělocvičně a na hřišti, díky tomu se prohlubují mravní a volní vlastnosti jako jsou- odvaha, sebedůvěra, rozhodnost, kolektivní cítění apod. Aktivity v přírodě pěstují i estetické a etické cítění. Významný je i zvýšený vliv učitele na klienta, který má možnost na klienty působit mnohostranněji a déle než v běžných školních podmínkách (Brejška, 1999).

Význam hry v životě dítěte

Hra je jednou z vývojových potřeb v předškolním věku a současně i nejpřirozenější aktivitou dítěte v tomto období. Hry umožňují rozvoj pohybových i jiných schopností cvičenců a jejich prohloubení zábavnou formou. Jejich oblíbenost je ve spontánnosti a emotivnosti. Hry mají velké výchovné možnosti. Záleží především na jejich správném výběru a řízení cvičitelem. Výběr musí odpovídat psychickým a tělesným schopnostem cvičenců, jejich mentalitě i hráčské zkušenosti (Brejška, 1999).

Hra odráží stav vývoje, a to platí pro děti zdravé i děti s handicapem. Hra postižených dětí má své specifické rysy, které vyplývají ze základního postižení. U mentálně a smyslově postižených dětí je hra spíše jednotvárná, s mechanickým a stereotypním opakováním děje a průběhu. Bývá nedostatečně slovně komentovaná, chybí zde přiměřená gestikulace a pohybové zvládnutí děje. Rozvíjením hry u postižených dětí se rozvíjí i jejich psychomotorická aktivita (Pipeková, 1998).

2.2.4 Obsah sportu a aktivit v přírodě

Hlavním obsahem aktivit v přírodě je aktivní a přirozený, pohyb a pobyt v přírodě. Jde o přirozená tělesná cvičení, sporty v přírodě, turistika, hry a jiné.

Mezi přirozená tělesná cvičení patří:

Chůze- různá rychlost, druh terénu, délka

Běh- zvážíme délku a intenzitu dle individuální zdatnosti

Skoky- skoky slouží k rozvoji odvahy, obratnosti, síly

Lezení, šplhání- velice atraktivní a oblíbené činnosti, náročné na bezpečnost, rozvíjí odvalu, obratnost, důvěru

Zvedání, nošení- využijeme přírodní břemena, rozvíjí souhru, sílu

Házení, vrhání, chytání- do dálky, do výšky, na cíl, náročné na bezpečnost, znovu využijeme přírodní zdroje

Plížení- zařadíme obvykle jako soutěžní činnost

Překonávání přírodních překážek- klade nároky na bezpečnost, rozvíjí smysl pro spolupráci, rozhodnost, odvalu, myšlení.

Lyžování klade veliké nároky na fyzickou zdatnost, obratnost, myšlení, odvalu, jde o velmi náročnou a specifickou činnost. Zjišťujeme, zda klienti již dříve získali nějaké zkušenosti a dovednosti, ke každému přistupujeme individuálně.

Běh na lyžích pokud klienti již získali základní dovednosti a mají dostatečné fyzické předpoklady, lze běh na lyžích využít k *zimní turistice*.

Sáňkování je jedna z nejoblíbenějších dětských aktivit na sněhu, lze využít sáně, nejrůznější boby, pekáče, ale i pytle nacpané senem. Sáňkování klade vysoké nároky na bezpečnost, nutná je dobrá organizace. Musíme zajistit bezpečný dojezd (Brejška, 1999).

Většina výše uvedených aktivit lze provádět formou her. Hry mají zábavný charakter, jsou spontánní a emotivní, proto i tolik oblíbené, skrývají v sobě velké výchovné možnosti.

Záleží jen na schopnostech a zkušenostech učitele, v jaké míře je dokáže využít k rozvoji všech stránek osobnosti klienta.

Hry dělíme:

- podle jejich zaměření

- pohybové hry (běžecké, úpolové, míčové, pro obratnost, pálkovací);
- sportovní hry s upravenými pravidly, průpravné hry (živé koše, hořící míč);
- smyslové hry (chuťové, hmatové, zrakové, čichové, sluchové);
- rozumové (paměťové, vědomostní);
- hry rozvíjející a prověřující odborně technické znalosti a dovednosti.

- podle prostředí, v němž se odehrávají

- na louce;
- v lese nebo členitém, porostlém terénu;
- na sněhu a ledu;
- u vody a ve vodě;
- na cestě za pochodu;
- noční hry.

- podle doby jejich trvání

- malé hry (jednorázové, trvající krátkou dobu);
- velké hry (užívané zpravidla na táborech);
- etapové hry

(Brejška, 1999)

2.2.5 Historie tělesné výchovy

Školní tělesná výchova je již více než 130 let organickou součástí výchovy a vzdělání na školách v českých zemích. Předpoklady a podněty k jejímu vzniku, vymezení cílů, obsahu (curricula), tvorbě vyučovacích metod a organizačních forem však vznikaly mnohem dříve.

V tomto, časově velmi dlouhém období (od antiky po konec XIX. století) se postupně vytvářely předpoklady pro postupné začlenění- *inkorporaci tělesné výchovy do systémů výchovy* (Rychtecký, Fialová 2002).

Zmíním pouze období antiky, dva řecké systémy (v Athénách a Spartě). Péče o tělesný rozvoj v nich měla významné místo, avšak *rozdílné volby cílů a metod* k jejich dosažení. Ve Spartě šlo o *výchovu vojáka* (vojenský výcvik, otužování, tanec), v Athénách o *výchovu občana* (gymniké, muziké, gramatiké), postavené na principech *kalokagathie* (Kössl, Štumbauer a Waic, 1994).

2.2.6 Význam tělesné výchovy v rozvoji osobnosti mentálně postiženého dítěte

V rozvoji jedince s mentálním postižením sehrávají významnou roli pohybové aktivity. Pohyb je prostředkem sebevyjádření, prostředkem interakce s materiálním a sociálním prostředím, prostředkem poznávání sebe sama. Pohybové aktivity tělovýchovného charakteru rozvíjí osobnost klienta v oblasti výchovné, vzdělávací a zdravotní (Karásková, 2002).

Cvičení v příjemném a stimulujícím prostředí evokuje uvolnění, smích a příjemné prožitky klienta. Přiměřené pohybové aktivity stírají rozdíl mezi zábavou a prací, zpestřují život klienta s mentálním postižením, činí jeho život radostnějším (Karásková, 2002).

Soutěžení a reprezentace nejsou rozhodně jediným a hlavním cílem sportu mentálně postižených. Tím je především nabídka sportovních aktivit co největšímu okruhu zájemců, poskytnutí možnosti soutěžit s rovnocenným okolím. Poměřit se tak, že sportovci prokáží sami sobě, rodině a okolí výkonnost, získají touhu po zlepšení výkonů, po vítězství. Sport umožňuje získat nové kamarády, zvýšit sebevědomí, přispívá k orientaci ve světě a v neposlední řadě pomáhá také sportovcům s mentálním postižením učit se trávit volný čas smysluplně a pozitivně. Úspěchy a vazba na sportovní aktivity pomáhají získávat úctu a podporu okolí. Tím se sport stává rovněž významným prostředkem prevence sociálně patologických jevů a trestné činnosti (Svoboda, Tilinger, 2001).

Při výchově postižených dětí je nutné respektovat typ a hloubku postižení. U mentálně postižených jde především o celkové postižení osobnosti, charakteristické jsou i poruchy hybnosti. Nedostatky nebo porušení vývoje se projevují rozličnou měrou v jednotlivých složkách psychiky. Postihují i schopnosti pohybové, a to jak v poznávání, rozlišování a hodnocení pohybů, tak i v osvojování pohybových dovedností a návyků. Projevují se zde nedostatky v diferenciaci rozdílných pohybů. Oligofrenií dítě nerozlišuje dost přesně určitý pohyb od jiných, podobných pohybů a stejně nepřesně si pak tento pohyb osvojuje. Při vytváření pohybových dovedností a návyků se projevuje nedostatek schopností jednotlivé

pohyby spojovat a koordinovat. Jde tedy o celkové omezení analyticko – syntetické pohybové činnosti. Výchovný úspěch tedy spočívá především ve vhodné motivaci cvičení a tím i vzbuzení zájmu (Kábele, 1972).

Vliv tělesné výchovy na zdraví člověka

Empirické zhodnocení pozitivních účinků tělesného pohybu na vývoj jedince, přivedly tělesnou aktivitu do vzdělávacích systémů. Společně s rozvojem sportů vzrůstal i vědecký zájem o vysvětlení a zdůvodnění příčin pozitivních vlivů pohybové aktivity na organismus člověka. Účinky pohybu zkoumaly nejdříve přírodní (fyziologie, medicína atd.), později i společenské vědy (pedagogika, psychologie, sociologie aj.) (Rychtecký, Fialová, 2002). Význam, účel a funkce tělesné výchovy spočívají „v souhrnu všech tělesných, psychických a sociálních efektů, které nastávají vlivem záměrné pohybové aktivity v organismu jedince“ (Gensemer, 1985). Pro své příznivé účinky (aktuální i potenciální), je tělesná výchova nezastupitelnou složkou obecné výchovy, lidské kultury i vyučovacím předmětem ve škole (Rychtecký, Fialová, 2002).

2.3 Základní škola a střední škola POMNĚNKA o.p.s.

Základní škola a střední škola Pomněnka, o.p.s. je nestátní neziskovou organizací. Jejím cílem je pomáhat osobám s mentálním postižením včetně postižených kombinovanými vadami a jejich rodinám, podporovat všechny iniciativy, zabezpečující trvalé zlepšení podmínek života, prosazování rovnoprávného postavení občanů s mentálním postižením a provádět v tomto smyslu osvětovou činnost na veřejnosti.

Brána Pomněnky se poprvé otevřela v září 1994. Celý projekt vznikl z iniciativy rodičů dětí, které do jejího otevření nemohly navštěvovat žádné zařízení v regionu města Šumperk. Škola se usídlila v bývalé mateřské škole a jeslích v Šumperku. Od té doby prošly tyto budovy rozsáhlou přestavbou a vznikly v nich moderní učebny, uzpůsobené pro potřeby žáků školy, odborné pracoviště pro fyzioterapeuta, logopeda, sál pro muzikoterapii. V roce 1999 byl nainstalován do budovy školy výtah. Tím se splnil poslední úkol bezbariérových úprav a veškeré prostory školy se staly přístupné i dětem imobilním.

Vedení školy klade důraz na vytvoření dobrých vztahů mezi učiteli, žáky a ostatními zaměstnanci školy. Školní klima ovlivňuje chování žáků, podněcuje je k otevřenosti i větší sebedůvěře, což je velká podpora k jejich školním výkonům. Uvědomění si základních

životních hodnot a úcta k člověku jsou hlavní aspekty, které se učitelé a ostatní zaměstnanci snaží žákům předat.

Hlavní cíle:

- dosáhnout, aby každé dítě se zdravotním postižením získalo maximální možné základní vzdělání;
- zachovat stav solidní úrovně našeho speciálního školství, jeho kapacit však stále více využívat pro děti s nejtěžšími postiženími;
- odstranit z našeho právního řádu institut „osvobození od povinné školní docházky“, naplnění práva na vzdělání i u dětí s těžkým mentálním postižením;
- vzdělávání těžce postižených dětí řešit především formou plnění individuálního plánu.

Sdružení pro pomoc mentálně postiženým Šumperk (SPMP ČR)

Sdružení pro pomoc mentálně postiženým Šumperk obnovilo svoji činnost po deseti letech v roce 1992. V září 1994 se podařilo SPMP otevřít Soukromou pomocnou školu pro žáky s více vadami Pomněnka o.p.s.

Založení SPMP ČR se datuje do roku 1969. V současné době má více než 8500 členů a působí na tzv. národní úrovni a také na úrovni regionální a lokální. Své organizační jednotky má ve všech krajích a téměř ve všech bývalých okresech. Za dobu existence Sdružení jsme získali bohaté zkušenosti ze života lidí s mentálním a kombinovaným postižením a jejich rodin. Sdružení je také poskytovatelem sociálních služeb nejrůznějšího typu. V současné době využívalo více než 450 osob s mentálním a kombinovaným postižením službu v našich zařízeních. SPMP ČR rozvíjí svou činnost též ve spolupráci s dalšími celonárodně působícími organizacemi, neboť je členskou organizací Sdružení zdravotně postižených ČR (SZdP ČR), Národní rady osob se zdravotním postižením ČR (NRZP ČR) a České rady humanitárních organizací (ČRHO). Rozvíjíme intenzivní spolupráci na úrovni mezinárodní. Od roku 1991 jsme členem celosvětově působící organizace Inclusion International (II), která úzce spolupracuje s OSN. V roce 2000 jsme členem evropské asociace lidí s mentálním postižením a jejich rodin Inclusion Europe (IE). V mezinárodních kontaktech SPMP ČR používá název

Inclusion Czech Republic (ICZ). V roce 2006 byla otevřena v sídle Sdružení kancelář Inclusion Europe, která převzala práci dříve vykonávanou v Bruselu. Předseda Sdružení Ivo Vykydal je členem výboru Inclusion Europe a generálním sekretářem (<http://www.spmpr.cz/cs/o-nas/>).

K zásadním cílům a úkolům SPMP je:

- poskytovat rodičům, dalším rodinným příslušníkům i odborníkům příležitost ke sdružování a tím i možnost, aby společnou prací přispívali k zajištění a prohloubení péče o postižené osoby;
- seznamovat veřejnost s povahou mentálního postižení a kombinovaných vad a přispívat k odstraňování předsudků a nesprávných představ o vývojových a pracovních možnostech těchto postižených a provádět v tomto směru osvětovou činnost;
- spojovat osobní zkušenosti a prožitky rodičů s poznatky, vědomostmi a úsilím našich i zahraničních odborníků;
- zřizovat nadace pro zlepšování péče o osoby s mentálním postižením;
- provozovat různé typy sociálních, vzdělávacích a dalších zařízení pro osoby s mentálním postižením, případně pro jejich rodinné příslušníky včetně chráněných dílen a chráněného bydlení;
- organizovat a uskutečňovat rehabilitační a rekondiční pobyty, kvalifikační a rekvalifikační kurzy, vzdělávat dospělé osoby s mentálním postižením, pořádat školící akce pro rodiče i pracovníky vlastních zařízení, na základě státní akreditace vyškoluje osobní asistenty pro osoby s mentálním postižením;
- prosazovat zájmy postižených ve státní politice i legislativě;
- organizovat výměnné stáže našich i zahraničních studentů, pořádat odborná setkání a mezinárodní konference za účasti špičkových odborníků z oboru;
- rozvíjet vlastní publikační činnost, vydávat vlastní časopisy a metodické materiály. (<http://www.spmpr.cz/cs/o-nas/>).

2.3.1 Základní škola praktická

Žáci se speciálními vzdělávacími potřebami vyplývajícími z lehké mentální retardace, případně jiné úrovně snížení rozumových schopností se vzdělávají v základní škole praktické (původně zvláštní škola), (Švarcová, 2006).

V základních praktických školách se vzdělávají žáci s takovými rozumovými nedostatky, pro které se nemohou s úspěchem vzdělávat v základní škole. Posláním základní praktické školy je umožnit žákům s lehkým mentálním postižením pomocí výchovných a vzdělávacích prostředků a metod dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a osobních kvalit při respektování jejich individuálních zvláštností. Dosud platné vzdělávací programy budou nahrazeny od školního roku 2007/2008, nově zpracovaným Rámcovým vzdělávacím programem pro základní vzdělávání upravený pro žáky s lehkým mentálním postižením (Pipeková, 2006).

Program základní praktické školy klade důraz na to, aby vše co se žáci učí, mohli porovnat s konkrétním, praktickým příkladem. Konečným cílem výchovné a vzdělávací práce je příprava žáků na zapojení, v optimálním případě na úplnou integraci do běžného občanského života. Odlišnosti od běžné školy se objevují ve sníženém počtu žáků, upřednostňuje se individuální tempo žáků. Základní praktické školy jsou devítileté a žáci v nich plní povinnou školní docházku. Žáci jsou zpravidla hodnoceni klasicky, vzdělávají se pod vedením kvalifikovaných učitelů a speciálních pedagogů (Švarcová, 2006).

Tělesná výchova na základní praktické škole

Tělesná výchova od prvního do devátého ročníku je řazena mezi povinné předměty, do učebního plánu jsou zařazeny 3 hodiny týdně (99 hodin ročně). Získané poznatky, dovednosti a návyky by si žák měl možnost ověřovat, doplňovat a obohacovat v dalších formách pohybových aktivit v průběhu výuky (pohybové aktivity o přestávkách, zdravotní tělesná výchova atd.) i mimo vyučování (zájmové sportovní kroužky, sportovní soutěže, turistické akce apod.). Žákům by měla umožnit poznání vlastních pohybových možností a omezení, uvědomovat si je, respektovat je a využívat je k cílenému ovlivňování tělesného a duševního stavu. Učitel proto vede žáky (ve shodě s jejich věkem, mentálním postižením a pohybovými možnostmi) od spontánního a hravého pojetí pohybu k řízené pohybové aktivitě a soutěžím, případně až k vlastní pohybové seberealizaci v některé pohybové aktivitě nebo sportu.

Obsah učiva tělesné výchovy na základních praktických školách:

průpravná, kondiční, koordinační, kompenzační, relaxační, vyrovnávací a jiná cvičení

- rozvoj kondičních a koordinačních předpokladů;
- protahovací a napínací cvičení;
- rychlostně silová cvičení;
- dechová cvičení kompenzační a relaxační cvičení;
- vyrovnávací cvičení;
- jóga;
- psychomotorická cvičení.

gymnastika

- průpravná gymnastická cvičení;
- akrobacie;
- přeskoky;
- hrazda;
- kladina;
- kruhy;
- šplh;
- rytmické a kondiční činnosti s hudbou a rytmickým doprovodem.

úpoly

- přetahy a přetlaky, úpolové odpory;
- střehový postoj, držení a pohyb v postoji;
- základy judo a aikidó.

atletika

- průpravné atletické činnosti;
- běh do 50 a 100 m;
- běh na 60 m;
- vytrvalostní běh na 3 – 6 minut;
- vytrvalostní běh do 12 minut;
- skok do dálky a výšky;
- hod míčem;
- vrh koulí.

pohybové hry

- pohybové hry pro osvojování různých druhů lokomoce;
- pohybové hry pro ovlivňování kondičních a koordinačních předpokladů;
- hry pro rozvoj pohybových dovedností a manipulace s náčiním;
- pohybové hry soutěživé, bojové.

sportovní hry

- základní manipulace s míčem;
- herní kombinace;
- základní herní činnosti jednotlivce;
- minihry a hry podle upravených pravidel;
- průpravné hry.

Dále se realizuje základní plavecký kurz v rozsahu 20-30 hodin, bruslení, lyžování jako pravidelná výuka v blízkém okolí školy, popřípadě ve formě týdenního kurzu v 7. nebo vyšším ročníku. Turistika a pobyt v přírodě se realizuje při vhodných podmínkách jako kondiční vycházky do přírody, popřípadě ve formě turistických výletů a pobytů v přírodě. V 8.- 9. ročníku je možné uspořádat několikadenní turistický kurz.

Pro žáky s trvale nebo přechodně změněným zdravotním stavem se zřizuje zdravotní tělesná výchova, kam jsou žáci zařazováni na základě doporučení lékaře (Vzdělávací program zvláštní školy, 1997).

2.3.2 Přípravný stupeň základní školy speciální

Důležitým úkolem speciálního školství je umožnit vzdělávání i dětem, které byly v minulosti osvobozeny od povinné školní docházky a považovány za nevzdělatelné. Praxe vyučování těchto žáků ukazuje, že při intenzivní výchovné a vzdělávací péči mohou téměř všechny děti dosahovat viditelných pokroků a dochází u nich ke zlepšování psychické úrovně i pohybových dovedností. Přípravný stupeň základní speciální školy poskytuje přípravu na vzdělávání dětem s těžkým mentálním postižením, souběžným postižením více vadami nebo autismem. Do přípravného stupně lze zařadit dítě od pěti let věku nebo dítě, kterému byl z důvodu zdravotního postižení povolen odklad povinné školní docházky. Délka přípravy na vzdělávání v přípravném stupni základní školy speciální je jeden až tři školní roky. Třída má nejméně čtyři a nejvýše šest dětí. Přípravný stupeň si klade za cíl umožnit školní vzdělávání

těm žákům s mentálním postižením, kteří by vzhledem k těžšímu stupni mentální retardace a případně dalším důvodům (zdravotním, případně i sociálním) nebyli schopni školního vzdělávání, ale u nichž jsou patrné určité předpoklady rozvoje rozumových schopností, které by jim perspektivně mohly umožnit absolvovat základní školu speciální nebo alespoň její část. Vzhledem k závažnosti postižení žáků ve třídě přípravného stupně základní školy speciální zabezpečují výchovně-vzdělávací činnost souběžně dva pedagogičtí pracovníci (Švarcová, 2006).

Žáci se vzdělávají podle Vzdělávacího programu přípravného stupně základní školy speciální (Pipeková, 2006).

Tělesná výchova na přípravném stupni základní speciální školy

Úkolem tělesné výchovy v přípravném stupni je prostřednictvím pohybových aktivit přispívat ke zmírnění důsledků mentální retardace žáků. Pojetí tělesné výchovy je zaměřeno na správné držení těla, zvládnutí základních pohybových dovedností, na rozvíjení a posilování pohybové výkonnosti a zvyšování tělesné zdatnosti. V tělesné výchově jsou prováděny i sezónní činnosti, jako je sáňkování, jízda na tříkolce, plavání. Důležitou součástí tělesné výchovy jsou relaxační cvičení. Ke zvýšení účinnosti tělesné výchovy na zdravý rozvoj žáků je vhodné v co největší míře využívat přírodní prostředí. Zaměření tělesné výchovy musí odpovídat psychickým a fyzickým možnostem jednotlivých žáků a specifice jejich postižení (Švarcová, 1997).

Učební plán přípravného stupně věnuje tělesné výchově pět hodin týdně (165 hodin ročně).

Obsah učiva tělesné výchovy na přípravném stupni základní speciální školy:

- napodobování pohybů
předklon-záklon, vzpažit-upažit
dřep, klek, sed, leh...
- chůze
rovné držení těla, koordinace pohybů při chůzi
chůze po špičkách a patách, vnějších hranách nohou
chůze po schodech, na šikmé ploše, v nerovném terénu

turistika, co nejdelší pobyt na čerstvém vzduchu

- běh
na krátké vzdálenosti, daným směrem, se změnou směru
střídání běhu a chůze
- lezení
vpřed libovolným způsobem, prolézání, přelézání
lezení po kolenou, břiše, po čtyřech, po lavičce, prolézání tunelem
- skok
snožmo na místě, přes čáru, poskoky snožmo po špičkách
- cvičení obratnosti
stoj na jedné noze s oporou i bez ní
kolébka na zádech
- cvičení na nářadí
lavička, bedna, žebřiny
- cvičení s míčem
házení, chytání, koulení
házení míčem o zem, o zeď, házení do koše
- zdravotní cviky
dechová cvičení, uvolňovací cviky, relaxační cvičení, prvky jógy
- sezónní sporty
klouzání, sáňkování, hry na sněhu
přípravné hry po seznámení s vodou
- hudebně pohybové hry
rytmizovaná chůze, nácvik tanečku, (Švarcová, 1997).

2.3.3 Základní škola speciální

Základní škola speciální (původně pomocná škola) vychovává a vzdělává obtížně vzdělatelné žáky s takovými nedostatky rozumového vývoje, pro které se nemohou vzdělávat ani v praktických školách, jsou však schopni osvojit si alespoň elementární vzdělání. Obsah výchovně-vzdělávací činnosti se zaměřuje na osvojování a rozvíjení přiměřených poznatků, rozvíjení motorických schopností, vypěstování návyků a dovedností samostatnosti, sebeobsluhy, potřebných ke snižování závislosti na péči dalších osob. V těchto školách se

vzdělávají zpravidla žáci s mentálním postižením středního až těžkého stupně (Švarcová, 2006).

V základních speciálních školách se vzdělávají žáci podle Vzdělávacího programu základní školy speciální a přípravného stupně základní školy speciální (Pipeková, 2006).

Školní docházka je desetiletá, žáci si plní devítiletou povinnou školní docházku. Desátý ročník není povinný, ale je organickou součástí vzdělávání žáků se závažným mentálním postižením (Švarcová, 2006).

Tělesná výchova na základní speciální škole

Tělesné výchově je věnován značný počet hodin v učebním plánu, vzhledem k jejímu nezastupitelnému postavení při výchově žáků s mentální retardací, je to 5 hodin týdně. Pojetí tělesné výchovy sleduje cíle zdravotní, zaměřené na správné držení těla, zvládnutí základních pohybových dovedností, rozvíjení a posilování pohybové výkonnosti, zvyšování tělesné zdatnosti. Tělesná výchova přispívá k utváření pozitivních psychických vlastností žáků. V tělesné výchově jsou prováděny i sezónní činnosti a nácvik základů kolektivní hry. Důležitou součástí tělesné výchovy tvoří cvičení koordinační, relaxační a cvičení v přírodě.

Obsah učiva tělesné výchovy na základních speciálních školách:

- cvičení pro správné držení těla:

Cvičení zaměřené na posilování, uvolňování a protahování jednotlivých svalových skupin, které se podílejí na správném držení těla, na zvětšování rozsahu pohyblivosti kloubů. Nácvik dýchání. Relaxační cvičení.

- kondiční cvičení :

Chůze – navození správného držení těla při chůzi, volný pohyb paží během chůze, chůze daným směrem, chůze po čáře, laně, chůze v zástupu, nácvik rytmické chůze s udáváním tempa. Překračování nízkých překážek při chůzi.

Běh – nácvik tichého našlapování při běhu, zvedání nohou, ohýbání v kolenou, nácvik běhu na daný signál, běh po celé ploše, běh v zástupu.

Skoky – poskoky na místě snožmo a střídavě na jedné a druhé noze, poskoky z místa, skok přes čáru, skok z výše 10 – 15 cm do podřepu.

Lezení – libovolným způsobem vpřed, podlézání, přelézání, prolézání překážek.

Házení a chytání – nácvik chytání míče koulejšího se po zemi, po mírné šikmé ploše, nácvik chytání hozeného míče, házení na terč, nácvik nadhazování míče obouruč. Manipulace s drobnými předměty.

Cvičení s využitím lavičky, švédské bedny. Výstup na švédskou lavičku, přechod lavičky a sestup z lavičky. Strečink.

Na středním stupni prohlubování, zdokonalování a upevňování těchto činností.

- **koordinační cvičení:**

Uvědomění si jednotlivých částí těla. Uvědomělý pohyb končetin i se zavřenýma očima.

Cvičení pohybové koordinace.

- **základy gymnastických cvičení:**

Vzpor dřepmo, sed roznožený s předklonem, kolébka, poskoky snožmo, válení sudů z mírného svahu, nácvik 1. fáze kotoulu – „okénko“, rovnovážné postoje na jedné noze.

- **hudebně pohybové činnosti:**

Cvičení je zaměřené na soulad pohybu s rytmem hudby, rytmem říkanky. Využití Orffovy metody. Motivovaná a rytmizovaná chůze.

Nácvik střídání chůze a běhu podle rytmického doprovodu. Nácvik přísunného kroku stranou.

- **základy sportovních her:**

Hry s míčem. Kolektivní hry s využitím chůze, běhu. Honičky aj.

- **sezónní činnosti:**

V zimním období hry na sněhu, nácvik chůze po kluzké ploše, klouzání, sáňkování, koulování. Turistika po celý rok. Dle možností lze realizovat plavecký výcvik, hry ve vodě. Na středním stupni základy bruslení, sáňkování a lyžování.

Na vyšším stupni se připojuje cvičení pro rozvoj vytrvalosti, posilování, rytmická gymnastika a atletika.

Pro žáky s trvale nebo přechodně změněným zdravotním stavem se zřizuje zdravotní tělesná výchova (ZTV), kam jsou žáci zařazováni na základě doporučení lékaře (Švarcová, 1997).

2.3.4 Rehabilitační vzdělávací program

Na základě úspěšného dvouletého ověřování projektu rehabilitačních tříd byl vypracován Rehabilitační vzdělávací program. V červnu 2003 byl tento program MŠMT ČR schválen jako alternativní vzdělávací program pro žáky s těžkým a hlubokým mentálním postižením. Jedná se především o děti, které vzhledem k závažnosti svého postižení dosud nemohly být vzdělávány, a o absolventy přípravných stupňů, kteří ani po tříletém přípravném cyklu nebyli schopni nastoupit a úspěšně zvládnout požadavky vzdělávacího programu základní školy speciální.

Rozvoj psychiky těchto dětí je neoddelitelně spjat s rozvíjením jejich tělesných funkcí, zejména motoriky, a kromě vzdělávací péče vyžaduje i intenzivní rehabilitační péči. V rehabilitační třídě je vzděláváno čtyři až šest žáků s těžkým, vícečetným či hlubokým mentálním postižením. Vzdělávání je doplněno různými formami rehabilitační tělesné výchovy, prováděné speciálně proškolenými pedagogickými pracovníky.

Členění tříd nevychází z věkových charakteristik žáků, ale spíše z úrovně jejich individuálních schopností a potřeb. Rehabilitační třídy jsou vnitřně členěny na dva stupně (první a druhý stupeň), analogicky jako základní školy, s tím rozdílem, že oba stupně jsou pětileté. Počet žáků je stanoven na čtyři až šest žáků ve třídě.

V rehabilitačních třídách zabezpečují výchovně-vzdělávací činnost souběžně dva až tři pedagogičtí pracovníci, z nichž jeden by měl být speciální pedagog s učitelskou kvalifikací a druhý asistent učitele, v optimálním případě s rehabilitačním zaměřením. Pro každého žáka je nezbytné stanovit individuální výchovně-vzdělávací program.

V rehabilitačních třídách plní žáci povinnou školní docházku, docházka je organizována jako desetiletá (Švarcová, 2006).

Tělesná výchova rehabilitačního vzdělávacího programu

Učební plán předepisuje pět hodin tělesné výchovy rehabilitačního vzdělávacího programu týdně. Hodinové dotace je však možno upravit podle potřeb žáků. Každou hodinu lze rozdělit na dvě i více jednotek, mezi nimiž je přestávka.

Úkolem rehabilitační tělesné výchovy v Rehabilitačním vzdělávacím programu je prostřednictvím pohybových aktivit přispívat ke zmírnění důsledků mentálního postižení žáků. Pojetí rehabilitační tělesné výchovy je zaměřeno na rozvíjení aktivní hybnosti dětí

s těžkým mentálním postižením, správné držení těla, zvládnutí základních pohybových dovedností, na rozvíjení a posilování pohybové výkonnosti a zvyšování tělesné zdatnosti.

Ke zvýšení účinnosti tělesné výchovy na fyzický a mentální rozvoj žáků je vhodné využívat i přírodního prostředí. Tělovýchovné chvílky je třeba zařazovat i do vyučovacích hodin a do přestávek v průběhu celé doby pobytu žáka ve škole.

Zaměření rehabilitační tělesné výchovy musí odpovídat fyzickým i psychickým možnostem jednotlivých žáků, jejich zdravotnímu stavu a specifikce jejich postižení.

Obsah učiva rehabilitační tělesné výchovy:

- rozvíjení hybnosti
 - ležení a otáčení na podložce
 - zvedání hlavy s výdrží, otáčení hlavy
 - lezení a plazení daným směrem
 - nácvik vertikalizace
 - procvičování sezení na židli, samostatného stoje, správného držení těla
 - chůze za ruku, nácvik samostatných kroků, chůze po schodech za obě ruce
 - pohybové hry
 - stimulace jednotlivých svalových skupin
 - úchop a manipulace s předměty

- rozvíjení jemné motoriky
 - uvolňování končetin metodou masáží a hlazení
 - procvičování ramenního a loketního kloubu, zápěstí, zápěstí uvolňovacím cvičením
 - nácvik různých druhů úchopů
 - úchop drobných předmětů
 - manipulace s předměty

- rehabilitační cvičení (dle doporučení a pod supervizí odborného lékaře)
 - cvičení dle Bobatha
 - cvičení orofaciální oblasti
 - nácvik klíčového a špetkového úchopu
 - masáže pro lepší prokrvení těla

stabilizace sedu, posilování zádových svalů

uvolňování kontraktur

cvičení s rehabilitačními míči

Škola může organizovat rehabilitační pobyty v přírodě s odborným zdravotnickým dohledem (Rehabilitační vzdělávací pomocné školy, č.j. 15 988/2003- 24).

2.3.5 Praktická škola s jednoletou přípravou

Praktická škola s jednoletou přípravou je určena žákům s těžkým zdravotním postižením, zejména s těžkým stupněm mentálního postižení, žákům s více vadami a žákům s diagnózou autismus, kteří získali ucelené vzdělání na úrovni základní školy speciální, případně základní školy praktické, ukončili povinnou školní docházku a ze zdravotních či jiných závažných důvodů se nemohou vzdělávat na jiném typu školy. Délka vzdělávacího programu je jeden rok a forma studia je denní. Ve vzdělávacím programu je za předpokladů důsledného respektování individuálních schopností a možností klientů kladen důraz nejen na prohloubení a rozšíření vědomostí získaných v průběhu plnění povinné školní docházky, ale především na osvojení manuálních dovedností perspektivně využitelných v profesním i osobním životě a získání kladného vztahu k práci, na rozvoj komunikačních dovedností a dosažení maximální možné míry samostatnosti. Dosažení výše uvedených záměrů znamená výrazné posílení předpokladů integrace klienta do společnosti, v čemž spočívá hlavní cíl vzdělávání žáků s mentálním postižením. Praktická škola s jednoletou přípravou umožňuje cílenou profesní přípravu na určité konkrétní pracovní činnosti. Pokud klient nezvládne vzdělávací program během jednoho školního roku, má možnost opakovat ročník.

Předpokládá se, že tito klienti zpravidla najdou své uplatnění na chráněných pracovištích. Práce lidí se středním a těžkým mentálním postižením má především funkci rehabilitační a teprve na druhém místě lze sledovat její produktivní efekt (Švarcová, 2006).

Tělesná výchova v praktické škole s jednoletou přípravou

Cílem tělesné výchovy je podpora rozvoje organismu, vytváření pohybových dovedností a návyků, potřebných k pracovnímu a společenskému uplatnění klientů. Plní úkoly zdravotní i výchovné.

Vzdělávací program určuje dvě hodiny tělesné výchovy týdně (celkem 66 hodin).

Obsah učiva tělesné výchovy v praktické škole s jednoletou přípravou:

- kompenzační cvičení
k vyrovnávání jednostranného pracovního zatížení žáků;
- cvičení pro správné držení těla
cviky protahovací, posilovací, cvičení dechová a relaxační;
- rytmická gymnastika
- cvičení s náčiním i bez náčiní podle hudby, základy lidových tanců, improvizace
v rytmu taneční hudby;
- základy sportovních her
košíková, fotbal, házená, badminton, stolní tenis a další podle podmínek školy;
- sezónní sporty
plavání, lyžování, bruslení, sáňkování, podle podmínek školy a možností a zájmu

klientů

(Praktická škola: Učební dokumenty pro praktickou školu s jednoletou, dvouletou a tříletou přípravou. MŠMT, 1999).

3. Praktická část

3.1 Cíle práce

Cílem závěrečné diplomové práce je zjišťování rozdílů v hodinách tělesné výchovy a míra využití mimoškolních sportovních aktivit u dětí s různým stupněm mentálního postižení. Teoretická část je souhrnem informací problematiky mentální retardace, pojednává o významu tělesné výchovy a sportu mentálně postižených a seznamuje se základní a střední školou Pomněnka o.p.s. Šumperk, ve které byl průzkum prováděn.

V praktické části popisujeme metody, které jsme využili a vyhodnocení dat. Tato část slouží jako zpětná vazba pro pedagogický sbor a rodiče dětí navštěvující školy Pomněnka o.p.s. Výsledek průzkumu bude využit pro zefektivnění a rozšíření pohybové výchovy dětí s mentálním postižením, jak ze strany pedagogů, tak rodičů.

3.2 Úkoly teoretické části

- Zpracovat doporučenou a dostupnou literaturu zabývající se problematikou mentální retardace; tělesné výchovy a sportu mentálně postižených.
- Seznámit se s obsahem hodin tělesné výchovy na jednotlivých stupních základní a střední školy Pomněnka o.p.s.
- Podat ucelený přehled dané problematiky.

3.3 Úkoly experimentální části

- Vytvořit metodický postup průzkumu.
- Sestavit dotazníkově šetření určené pro třídní učitele a pro rodiče mentálně postižených dětí, které navštěvují jednotlivé stupně školy.
- Uskutečnit vlastní průzkum.
- Statisticky zpracovat a setřídít sebraná data.
- Zhodnotit výsledky dotazníkového šetření.

3.4 Základní otázky studie

1. Je rozdíl v hodinách tělesné výchovy u žáků s různou hloubkou mentálního postižení?
2. Je rozdíl v přístupu rodičů ke sportovním a pohybovým aktivitám dětí s různým stupněm mentálního postižení?

3.5 Metoda

3.5.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Zaměřila jsme se na tělesnou výchovu a mimoškolní aktivity na všech stupních školy Pomněnka o.p.s. Do dvou skupin, se kterými byla provedena studie bylo zařazeno 8 třídních učitelů a 40 respondentů z řad rodičů. Data byla zpracována anonymně.

3.5.2 Metody sledování

Data byla zjišťována pomocí strukturovaného dotazníku, který byl sestaven pro třídní učitele a rodiče žáků navštěvující školu Pomněnka o.p.s. Dotazník se skládá jak z uzavřených, polouzavřených, ale i otevřených otázek. Otázky uzavřené, kdy dotázaný musí volit jednu z nabízených odpovědí (Jeřábek, 1998). Dle Jeřábka (1998) jde o polouzavřenou otázku, když jsou nabídnuty kategorie odpovědí a mimo to je poskytnuta možnost odpovědět volně mimo. U otázek otevřených dotázaný použije svou vlastní formulaci. Dle Hendla (1999) nebo Průchy (1995) je analýza dat, získaných pomocí tohoto dotazování jednodušší, odpovědi se dají srovnávat, v krátkém čase lze získat mnoho odpovědí od mnoha respondentů, aniž byl ovlivněn dotazovaný objekt.

Pro upřesnění informací sloužil strukturovaný standardizovaný rozhovor s otevřenými otázkami.

Dle Průchy (1995) patří rozhovor k nejrozšířenějším metodám výzkumu. Bývá definován jako metoda dotazování, při němž je dotazována osoba vedena otázkami tazatele ke sdělování určitých informací. Je to tedy obdoba dotazníku, od něhož se odlišuje tím, že je založena na mluvené komunikaci. Při standardizovaném rozhovoru (řízeném), jsou otázky přesně formulovány předem a ve stejném pořadí jsou předkládány respondentům.

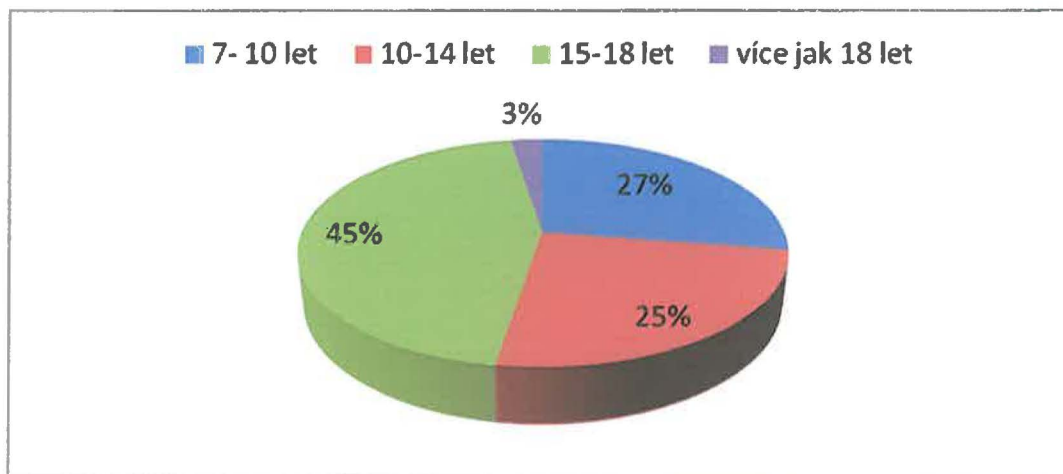
3.5.3 Výsledky

3.5.3.1 Dotazníkové šetření- rodiče žáků

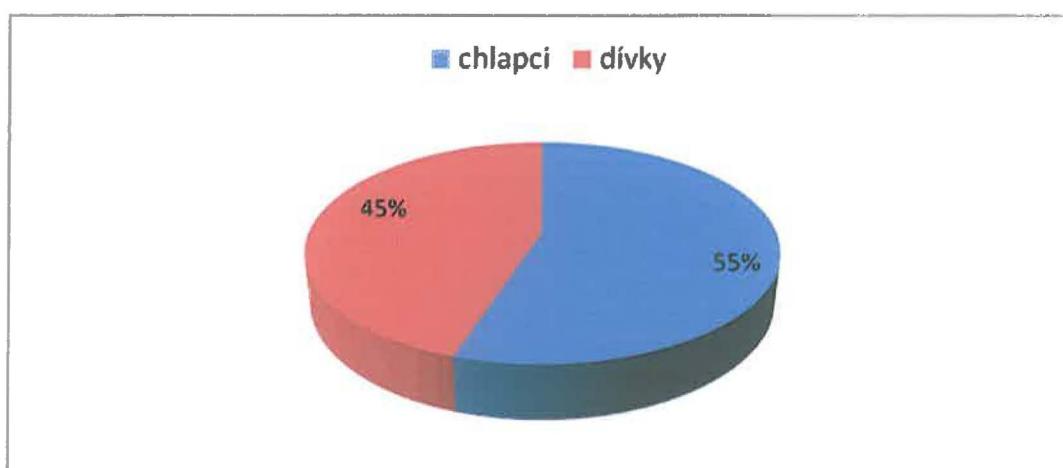
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 40 respondentů.

Základní údaje o sledované skupině jsou zobrazeny v grafech č. 1-5.

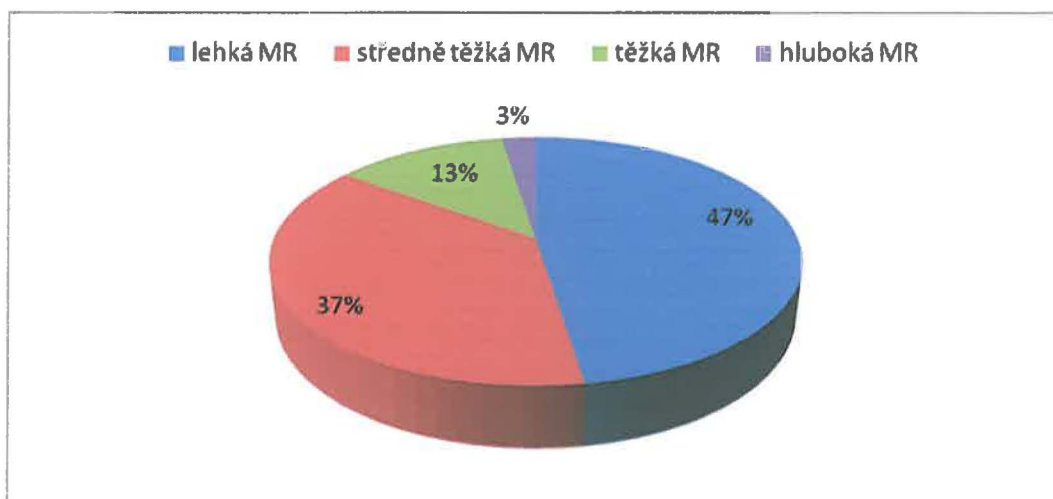
Graf č. 1 : Zastoupení dětí dle věku



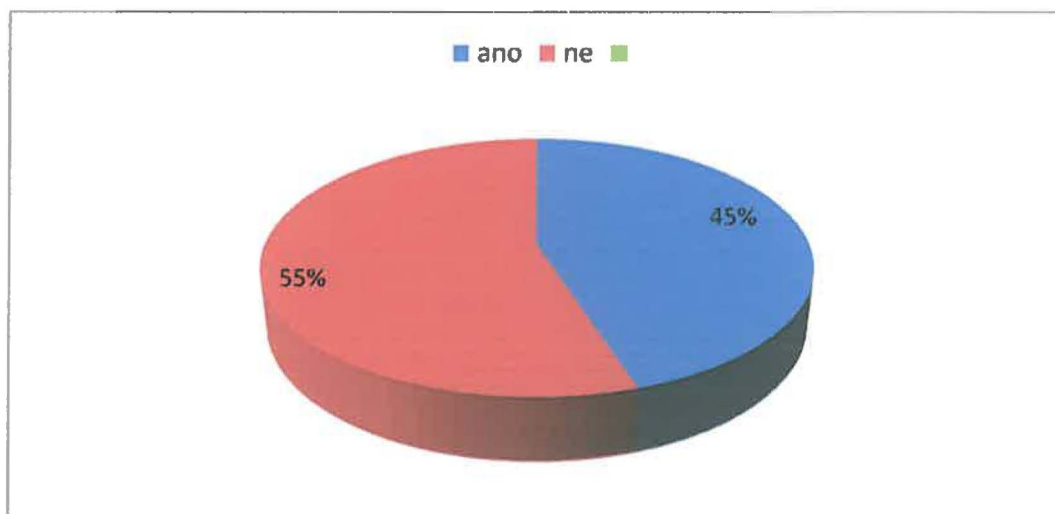
Graf č. 2 : Zastoupení dětí dle pohlaví



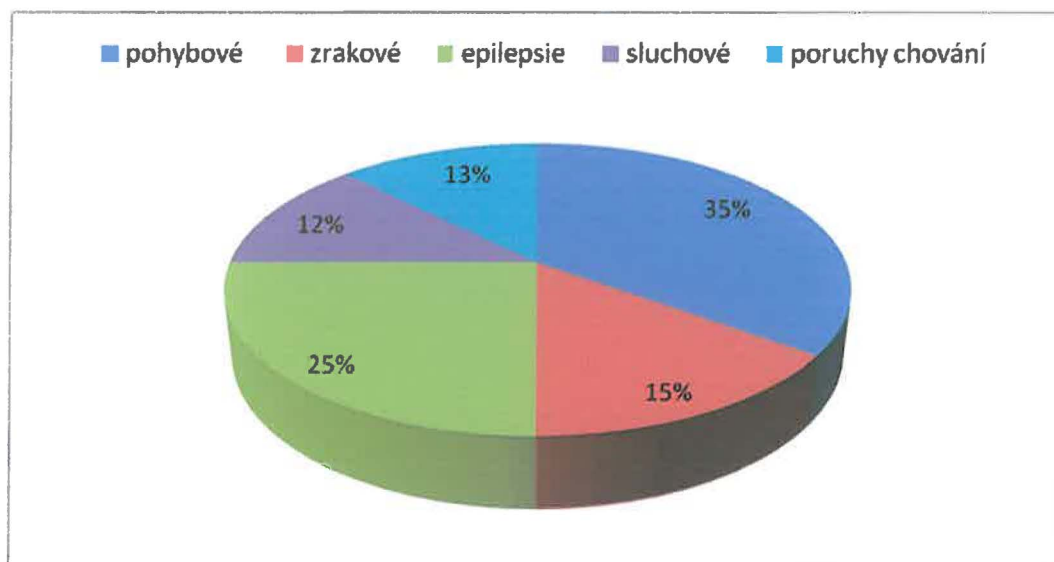
Graf č. 3 : Zastoupení dětí dle hloubky postižení.



Graf č. 4 : Je MR kombinována s další vadou?



Graf č. 5 : Se kterou vadou se MR u dítěte kombinuje?



Tabulka č. 1 : Účastní se vaše dítě letního a zimního rekondičního pobytu?

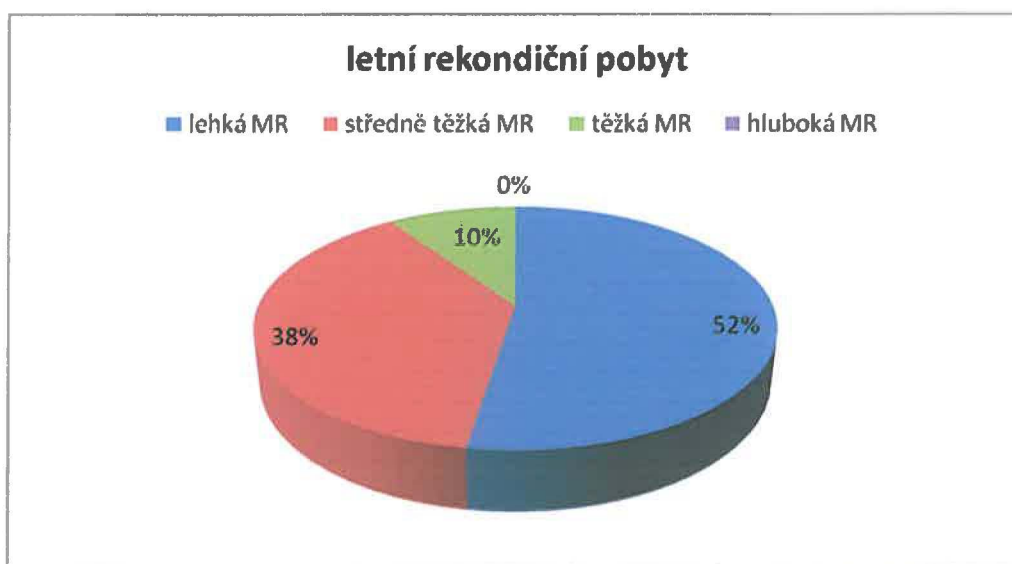
letní pobyt

ano	21	55%
ne	19	45%

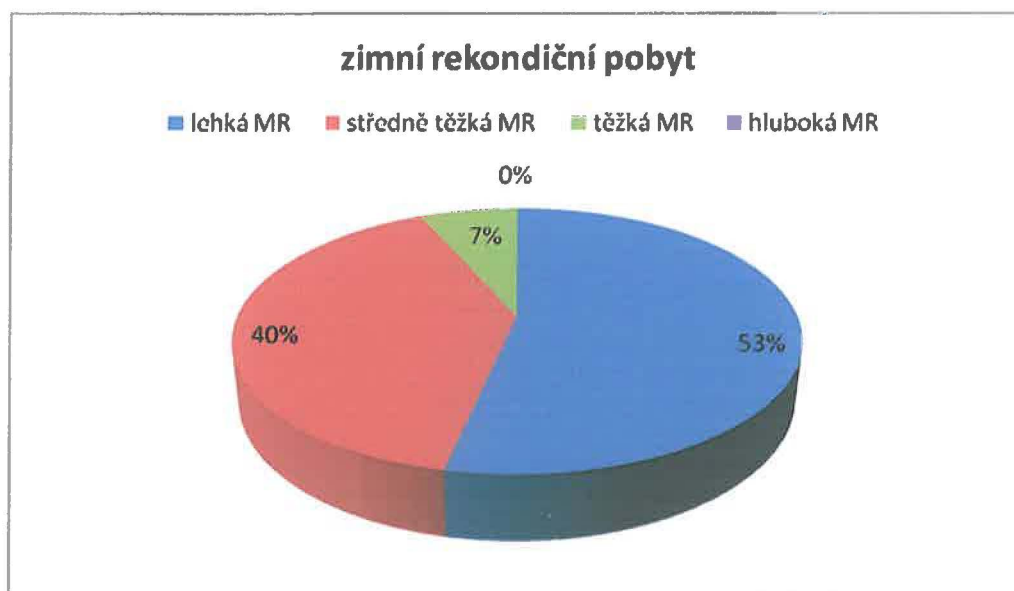
zimní pobyt

ano	15	37,5%
ne	25	62,5%

Graf č. 6 : Účast na letním rekondičním pobytu. Rozdělení dle hloubky MR.



Graf č. 7 : Účast na zimním rekondičním pobytu. Rozdělení dle hloubky MR.



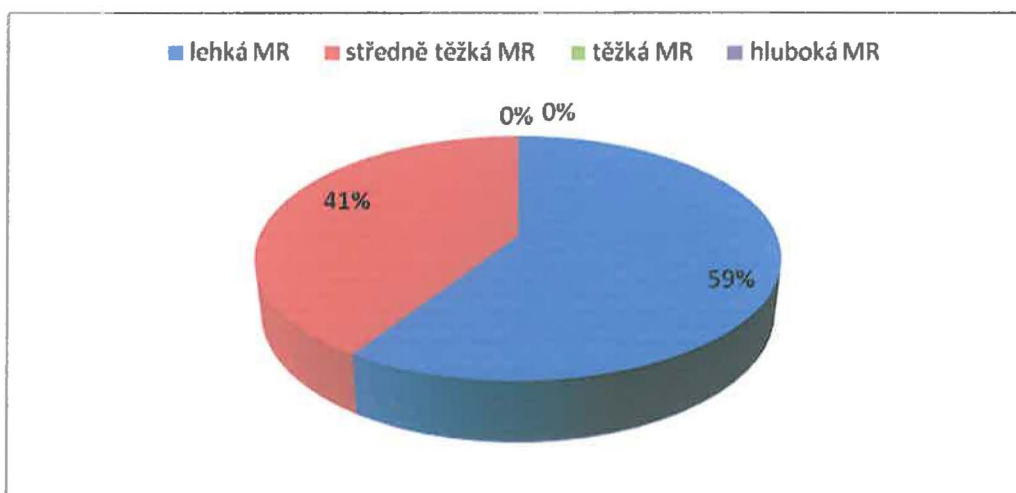
Z celkového počtu lehce MR se účastní 58% žáků, u středně těžké MR je to 53%, těžce MP žáci se účastní ze 40% a hluboce postižení se letního pobytu neúčastní.

U zimního pobytu je to z celkového počtu u lehké MR 42%, u středně těžké MR 40%, těžce MP žáci jsou zastoupeni 20% a hluboce postižení se zimního rekondičního pobytu neúčastní.

Tabulka č. 2 : Navštěvuje dítě sportovní kroužek v rámci školy?

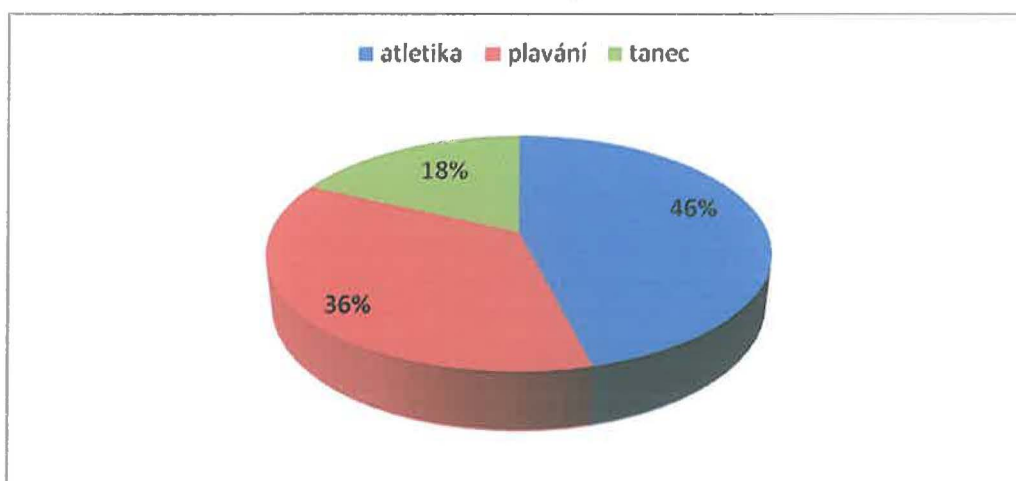
ano	22	55%
ne	18	45%

Graf č. 8 : Účast žáků na sportovních kroužcích v rámci školy. Rozdělení dle hloubky MR.



Z celkového počtu lehce MP navštěvuje sportovní kroužek 68%, u středně těžké MR je to 60% žáků, těžce a hluboce postižení žáci se sportovních kroužků neúčastní.

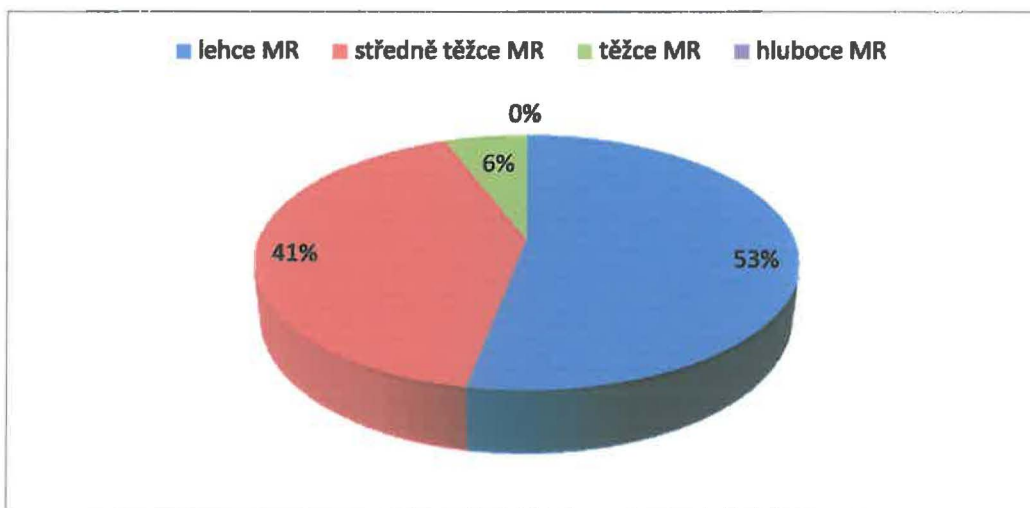
Graf č.9 : Jaký sportovní kroužek navštěvuje vaše dítě?



Tabulka č. 3 : Provozujete s dítětem nějaký sport, pohybovou aktivitu?

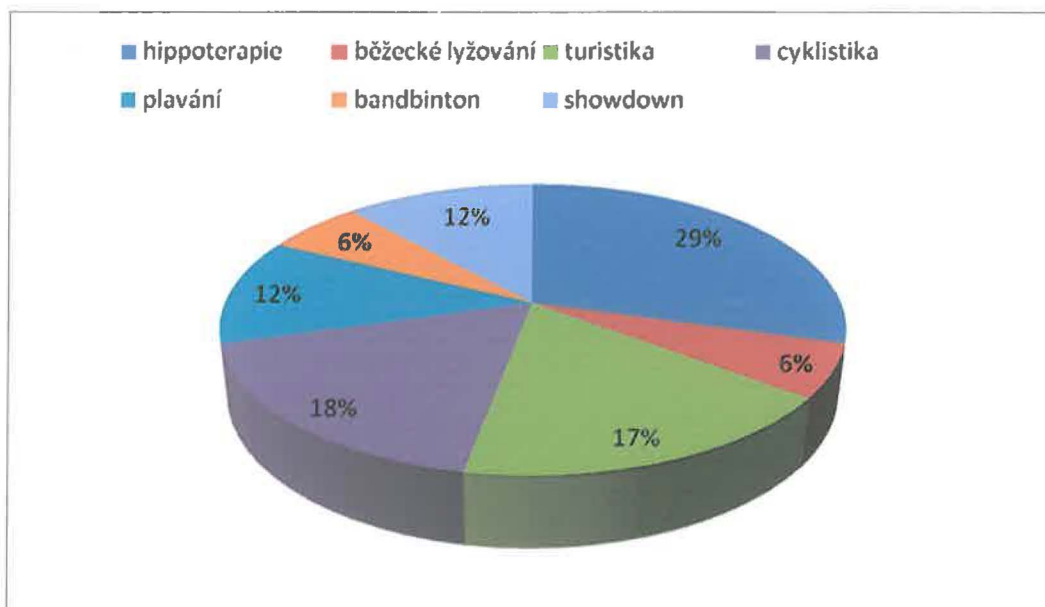
ano	17	42,5%
ne	23	57,5%

Graf č. 10 : Účast žáků na společně provozovaném sportu s rodiči. Rozdělení dle hloubky MR.



Z celkového počtu provozuje sport společně s rodiči 47% lehce MR, 47% středně MR a 20% těžce MR.

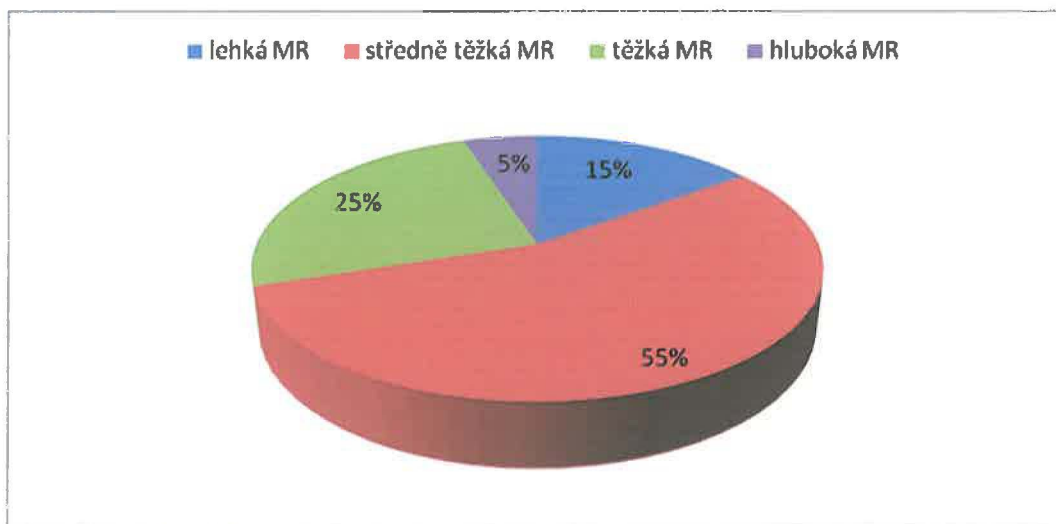
Graf č. 11 : Jaký druh sportu nebo pohybové aktivity s dítětem provozujete?



Tabulka č. 4 : Navštěvuje vaše dítě rehabilitaci v rámci školy?

ano	20	50%
ne	20	50%

Graf č. 12 : Účast žáků na rehabilitaci v rámci školy. Rozdělení dle hloubky MR.



Z celkového počtu se rehabilitace v rámci školy účastní 16% lehce MR, 73% středně těžce MR, 100% těžce a hluboce MR.

Tabulka č. 5 : Navštěvujete s dítětem rehabilitaci mimo školní zařízení?

ano	4	10%
ne	36	90%

Tabulka č. 6 : Zajímáte se o možnosti sportu mentálně postižených?

ano	8	20%
ne	32	80%

3.5.3.2 Dotazníkové šetření- třídní učitelé

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 8 respondentů.

Tabulka č. 7 : Kde učíte?

Základní škola praktická	3
Přípravný stupeň základní školy speciální	1
Základní škola speciální	2
Rehabilitační vzdělávací program	1
Praktická škola s jednoletou přípravou	1

Tabulka č. 8 : Jaká je hloubka postižení vašich žáků?

	Lehká MR	Středně těžká MR	Těžká MR	Hluboká MR
Základní škola praktická 4. a 5. roč.	6			
Základní škola praktická 6. roč.	6			
Základní škola praktická 6,7,9. roč.	6			
Přípravný stupeň základní školy speciální	3	2		
Základní škola speciální A		6		
Základní škola speciální B		6		
Rehabilitační vzdělávací program			5	1
Praktická škola s jednoletou přípravou	3	3		

Tabulka č. 9 : Kolik máte žáků ve třídě?

Základní škola praktická 4. a 5. roč.	6
Základní škola praktická 6. roč.	6
Základní škola praktická 6,7,9. roč.	6
Přípravný stupeň základní školy speciální	5
Základní škola speciální A	6
Základní škola speciální B	6
Rehabilitační vzdělávací program	6
Praktická škola s jednoletou přípravou	6

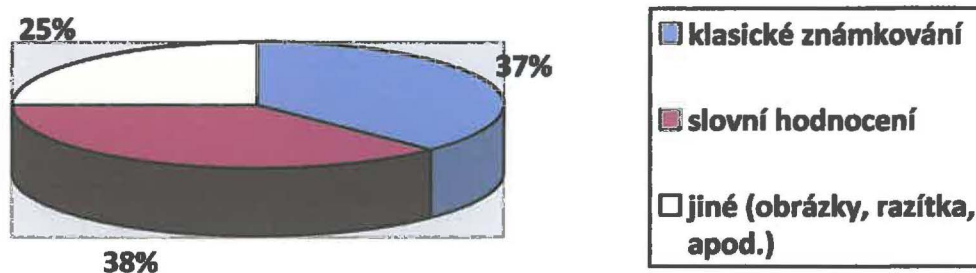
Tabulka č. 10: Kolik hodin tělesné výchovy máte týdně?

Základní škola praktická 4. a 5. roč.	3
Základní škola praktická 6. roč.	3
Základní škola praktická 6,7,9. roč.	3
Přípravný stupeň základní školy speciální	5
Základní škola speciální A	5
Základní škola speciální B	5
Rehabilitační vzdělávací program	5
Praktická škola s jednoletou přípravou	2

Tabulka č. 11: Jaké metody využíváte v rámci výuky?

snoezelen	3 respondenti	37,5% respondentů
hippoterapie	8 respondentů	100% respondentů
muzikoterapie	8 respondentů	100% respondentů
relaxační metody	8 respondentů	100% respondentů
plavecký kurz	8 respondentů	100% respondentů
jóga	2 respondenti	25% respondentů
jiné (cv. na velkých míčích, tanec, kineziologie OneBrain)	4 respondenti	50% respondentů

Graf č. 13: Jaké hodnocení používáte v hodinách tělesné výchovy?



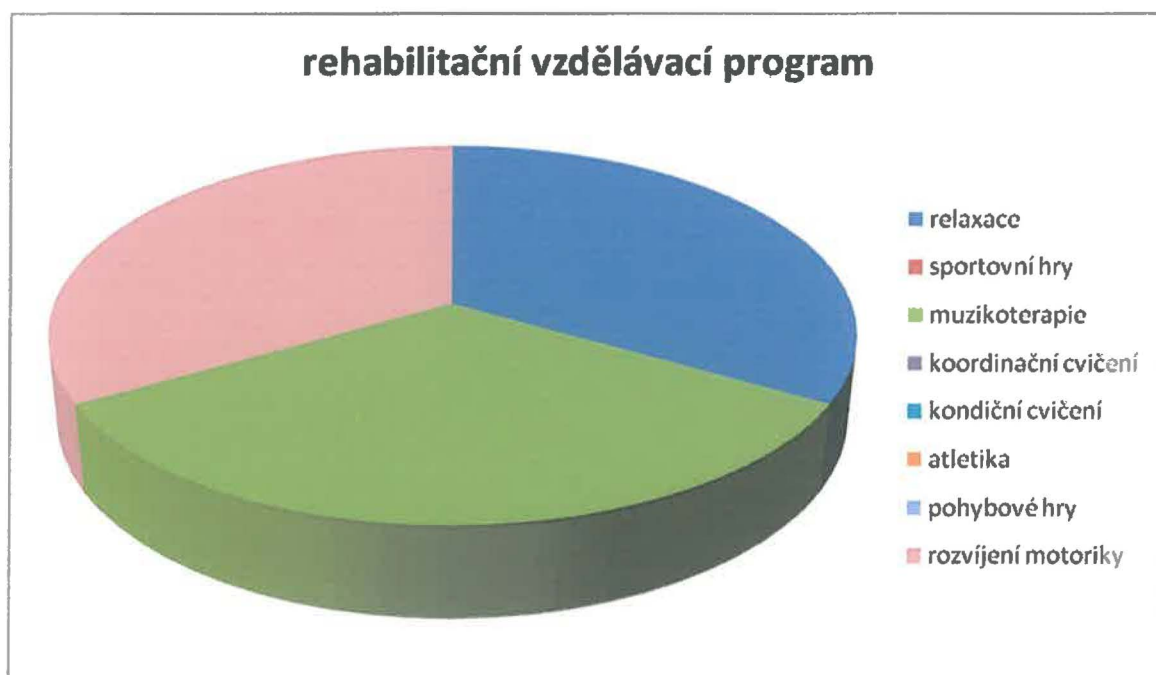
Grafy č. 14-17: Nejčastěji využívané metody na jednotlivých školách a rehabilitačním vzdělávacím programu.



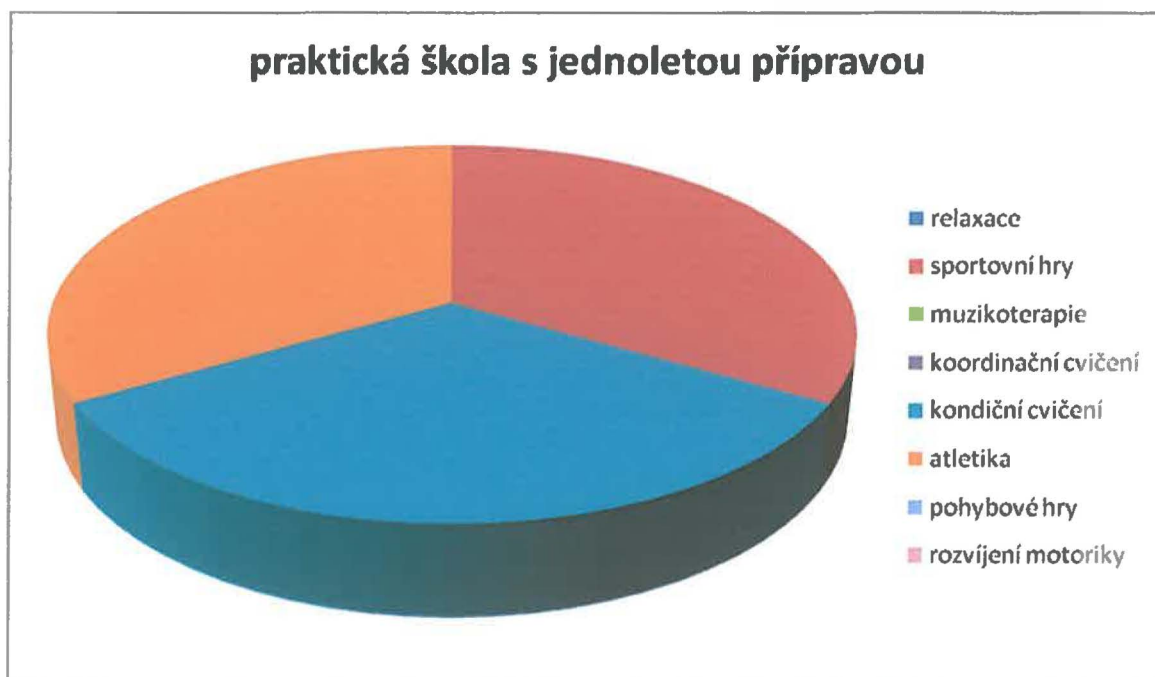
Graf č. 15



Graf č. 16



Graf č. 17



4. Diskuze

Cílem mé diplomové práce je zjistit, jak se liší tělesná výchova a sport u dětí s různým stupněm mentálního postižení. Zkoumán byl přístup jak třídních učitelů, tak i rodičů dětí. Mentální retardace postihuje všechny složky osobnosti a podle Kvapilíka a Černé (1990) vždy platí, že čím větší je mentální defekt, tím větší je i postižení jednotlivých složek. S celkovým poškozením neuropsychického vývoje souvisí řada zvláštností v jednotlivých stránkách osobnosti:

- nedostatečný rozvoj a kvalita myšlení
- deficitní schopnost učení
- nižší kapacita paměti
- snížená koncentrace pozornosti
- zpomalení psychomotorického vývoje
- symptomatická porucha řeči
- zvláštnosti v percepci (zvukové, sluchové, vizuomotorické, kinestetické)
- změna emotivity
- změna volných procesů (abulie) včetně autoregulace chování
- změny ve vývoji a identifikace „já“
- snížená sociální adaptabilita
- odchylky v socializaci

Tyto poznatky se odrážejí právě v hodinách tělesné výchovy, kde jsme si ověřili, že u žáků s těžším stupněm mentálního postižení se do hodin zařazují ve větší míře spíše relaxační cvičení, jednoduché cvičení na rozvoj motoriky a koordinace, muzikoterapie. U postižení lehčího a středního převažují sportovní a pohybové hry, které kladou mnohem větší nároky na koordinaci, pozornost, schopnost učení, spolupráce a podobně (grafy č. 14-17).

Veškerá výchovně-vzdělávací činnost v rehabilitačních třídách se žáky základní školy speciální probíhá v těsném vztahu s intenzivním rozvíjením jejich motoriky. V této vysoce odborné činnosti mají dosud naše školy poměrně málo zkušeností, přestože souvislost mezi rozvojem motoriky a psychických funkcí je v naší speciální pedagogice dlouhodobě známá. (Švarcová, 2006). Soustavně se touto problematikou zabývala zejména M. Černá, která vycházela z teze, že „praktické spojení člověka s okolním světem je zajišťováno pohybovou činností. V tomto smyslu pohybová činnost tvoří základ rozvoje psychických procesů.“

Z hlediska objasnění vztahu rozvoje motoriky a rozvoje psychických funkcí zdůrazňuje zejména následující poznatky (Černá, 1985, 49s.):

- Jedinec prostřednictvím pohybové činnosti přichází do styku s rozličnými předměty a jevy svého okolí
- Motorika mu umožňuje vyhledávat nové jevy prostředí, ale také je vnímat a nalézat mezi nimi vzájemné vztahy. Ovlivňuje tak procesy myšlení.
- Analýza a syntéza pohybů zkvalitňuje analyticko- syntetickou činnost mozkové kůry
- Motorická činnost spjatá se slovním vyjádřením rozvíjí řeč
- Rozvíjení pohybové paměti a vytváření pohybů v představách kladně ovlivňuje rozvoj všech druhů paměti a představivosti
- Působením motorických podnětů se vytvářejí v mozkové kůře ohniska optimální vzrušivosti, dochází k indukci nervových pochodů, která je základem pozornosti.

Podle Švarcové (2006), zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji motoriky a celkovému zlepšení kvality života u jedinců s těžkou mentální retardací.

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že u žáků s těžkou mentální retardací podceňují, zejména rodiče, vliv pohybové činnosti, ať už jde o účast dětí na rekondičních pobytech (grafy č. 6 a 7) nebo podíl na společném sportovním a pohybovém vyžití rodičů s dětmi (graf č. 10).

Problematikou úrovně pohybových dovedností u žáků s rozdílnou péčí rodiny se zabýval ve své diplomové práci Kovařík (2005). Kovařík došel k závěru, že žáci, kde se rodina aktivně účastní a pečuje o dítě, dosahují mnohem lepší připravenosti pro zapojení do běžného života. V závěru shrnuje, že péče rodiny je základním a rozhodujícím faktorem v životě jedince s mentálním postižením. Jeho výsledky prokázaly, že ani snaha pedagogů nemůže tento významný činitel v plné míře nahradit. Potvrdilo se, že pokud se dětem bez účasti rodiny věnuje pedagog v mimoškolním čase, lze dosáhnout pokroku v jejich pohybových schopnostech, a tím i socializaci. Učitel však může věnovat pouze část svého času, proto rodinu pouze supluje.

Nedostatek podnětů brzdí rozvoj vnímání, zpomaluje se tak rozvoj myšlení a tím se

prohlubuje mentální retardace. Mimořádný význam má tělesná a pohybová výchova, která pomáhá rozvíjet motoriku a překonávat neobratnost, případně i pohodlnost mnohých z žáků. Při tělesné výchově žáků na základní a střední škole Pomněnka o.p.s. se stále více uplatňují i některé modernější prvky, jako je kineziologie OneBrain, snoezelen, hippoterapie, jóga a podobně (viz. tabulka č. 11).

Téměř všichni lidé s mentálním postižením mají rádi hudbu. Jak se zmiňuje Švarcová (2006), většina z takto postižených dětí má dobře vyvinutý smysl pro rytmus, mnozí dovedou i docela dobře intonovat. (Švarcová, 2006). Spojení hudby s pohybem, tancem a muzikoterapii využívá většina pedagogů, jak vyplývá z tabulky č. 11.

Významný slovenský odborník na problematiku mentální retardace K. Matulay již v roce 1986 napsal: „Z hlediska fyziologie zrání mozku a utváření spojů na neuronech – podle frekvence a intenzity podnětů – je včasná motorická (re)habilitace příkazem dne; vždyť jediný podnět, např. pohyb jediného svalu, umožňuje rozšíření vzruchů, a tím růst dalších tisíců neuronů. Rozvoj motoriky v celkovém plánu léčby je vysoce hodnocen jako nenahraditelný předpoklad dalšího učení, a to ve všech složkách osobnosti. Ať jde o vnímání vlastního těla, nebo o normalizaci tělesné senzibility, vždy se při tom vytvářejí základy pro rozvoj motorických schopností, a tím i podmínky vývoje kognitivních a sociálních schopností postiženého. Právě to se vztahuje zvláště na motoriku těžce a hluboce postižených.“

U těžce a hluboce postižených dětí nelze spoléhat na spontánní vývoj psychomotoriky, rozvoj hybnosti je nutné co nejdříve cíleně stimulovat různými metodami, které souhrnně označujeme jako rehabilitaci. Jak vyplývá z tabulky č. 4 a grafu č. 12, právě o rehabilitaci v rámci školy, mají rodiče středně těžce, těžce a hluboce mentálně postižených žáků, největší zájem. Jejich angažovanost však velice klesá pokud mají s dítětem navštěvovat rehabilitaci mimo školní zařízení viz. tabulka č. 5.

V tabulce č. 1 vidíme rozdíl mezi účastí na letních a zimních rekondičních pobytech. Menší účast na zimním pobytu je způsobena strachem rodičů ze snazšího nachlazení dětí, zvláště pokud jde o děti s pohybovými vadami. U dětí na vozíku se komplikuje jejich účast problematickým přesouváním v hlubokém sněhu, což mnohé z rodičů od pobytu odradí.

Ze strukturovaného rozhovoru s rodiči žáků a tabulky č. 6 vyplývá, že o sport mentálně postižených se aktivně zajímá minimum z nich, většina pouze přijímá nabízené aktivity v rámci školy. Sami své děti zapojují jen do společných sportovních a pohybových aktivit, což potvrzuje tabulka č. 3. S tím souvisí i informovanost rodičů o sportu mentálně postižených. Nelze hodnotit ani tak spokojenost rodičů s informovaností, jako spíše pouhé

přijímání informací od třídních učitelů. Zájem o konkrétní pohybovou aktivitu nebo sport neprojevil žádný z rodičů. Spokojí se se stávající nabídkou školního zařízení.

Na rozdíl od rodičů žáků se u třídních učitelů projevila značná dávka fantazie a elánu, od nového školního roku se plánuje otevřít sportovní kroužek- běh na lyžích, přehazovaná a aerobic.

Jak píše Pipeková (2006), domov a škola jako společenské instituce hrají při utváření sociálních vztahů jednotlivých dětí rozhodující úlohu. Postavení školy by mělo vždy vést k tomu, aby dítěti pomáhala a v žádném případě by neměla být stresujícím činitelem. Škola ovlivňuje v dnešní době člověka od narození až po dospělost. Vytváří pro dítě určité společenství. Od určitého věku dětí nemůže rodina zabezpečit komplexní a multikulturní rozvoj dítěte vlastními silami a je v tomto směru odkázána na spolupráci s jinými specializovanými institucemi.

Podle pedagogů lze stále pracovat na vylepšení vzájemné spolupráce školy a rodiny. Jak vyplývá ze strukturovaného rozhovoru vedeného s třídními učiteli, zlepšuje se spolupráce rodičů při konání letních i zimních rekondičních pobytů. Skupina rodičů, kteří se těchto pobytů účastní se svými dětmi se rok od roku rozšiřuje.

Výzkumem sociologie sportu tělesně postižených se zabývá ve svých pracích Williams a England (1997). Uvádí, že společnost, ve které žijeme, uspořádává životy postižených lidí a omezuje je tak, aby jednali určitým způsobem.

I proto bychom měli probouzet, jak žáky, tak i jejich rodiče, k větší aktivitě, spolupráci a zájmu o problematiku mentálně postižených.

5. Závěr

Celé řady teoretiků i praktiků, jako jsou Černá, Lössl, Mazal, Karásková, Kvapilík, Šimanovský, Kůrková, Švarcová, ze zahraničních autorů Dauer a Pangrazi, Eichstaed a Lavay, Hirstová, Gráfová aj. uvádějí, že pohyb je jedním z nejdůležitějších projevů člověka a odvíjí se v nejrůznější kvalitě a úrovni. Účelně prováděný a záměrně vedený pohyb povzbuzuje pohybové ústrojí a látkovou výměnu. Zlepšuje všechny funkce orgánů a působí na mozková centra, která všechny tyto funkce řídí a koordinují. Pohybové činnosti rozvíjí tvořivé schopnosti a obohacují osobnost (Hartlová, 2003).

Nejen u dětí mentálně postižených je nutné rozvíjet motoriku a psychiku.

Herní a pohybové aktivity jsou vhodné do prostředí dětí s mentálním postižením. Ovlivňují nejen úroveň dovedností, ale zároveň posilují psychiku, odstraňují zábrany a zbavují strachu. Emoční prožitek zde hraje významnou roli. Řešení herních situací, učení pravidel a poznávání pomůcek rozvíjí intelekt mentálně postižených.

V souhrně s druhými vznikají sociální vazby. Takové, které jsou zprostředkovány herními situacemi, přinášejícími zábavu, potěšení a radostné prožitky. Takový typ pohybové výchovy se stává přirozenou součástí výuky a startem k ještě lepším pohybovým dovednostem. Bez pohybové orientace v prostoru a bez ovládnutí vlastního těla a předmětů, nemohou vznikat ani přiměřené představy o prostředí, ani abstraktní myšlení o prostorových a časových vztazích. Hra s představami je pro duševní rozvoj mentálně postiženého dítěte důležitou podmínkou.

Rozvoj motoriky je důležitý u všech stupňů mentálního postižení. Velice dlouhou dobu se pomoc hluboce mentálně postiženým omezovala na základní péči, jako je zajištění jídla, hygieny apod. V dnešní době se součástí péče stalo i rozvíjení jejich psychiky, motoriky a vzdělávání. Hluboce mentálně postižení lidé trpí nedostatkem podnětů a jakékoliv stimulace. To omezuje rozvoj psychických funkcí, díky čemuž nedochází k žádnému rozvoji osobnosti. V posledních letech se však takto postiženým lidem věnuje větší péče, rozvíjí se i technické prostředky, jako jsou chodítka, vertikalizační pomůcky apod. Hledají se různé i netradiční formy práce s mentálně postiženými, například snoezelen. Všeobecně se uznává, že jakýkoliv pokrok v některé složce osobnosti nebo ve vývoji motoriky vede ke zlepšení kvality života.

Vliv rodičů představuje důležitý faktor působení na vývoj osobnosti dítěte, proto je důležitá spolupráce pedagogů s rodiči, Jak vyplývá z výsledků dotazníku, rodiče dětí s hlubším

mentálním postižením přikládají pohybovým aktivitám menší význam než rodiče dětí s lehčími formami postižení. Výjimkou je rehabilitační cvičení, které navštěvuje většina dětí s těžkou a hlubokou formou mentálního postižení. Je to způsobeno faktem, že většina těchto dětí má diagnózu dětské mozkové obrny, která vede k nejrůznějším poruchám hybnosti.

Rozšiřuje se nabídka pohybových a sportovních aktivit jak mimoškolních, tak i v rámci školního zařízení. Ne vždy jsou však dostatečně využívány, přestože informovanost rodičů je dostatečná.

Pro středně těžce, těžce a hluboce mentálně postižené děti bývají hodiny tělesné výchovy tvořeny převážně z uvolňovacích, relaxačních a rehabilitačních cviků. U žáků s lehčí formou postižení obsahuje tělesná výchova cviky zaměřené na rozvoj hrubé a jemné motoriky, jinak se významně neliší od hodin v běžných základních školách.

Všichni oslovení pedagogové se shodují na tom, že pro rozvoj osobnosti se žáci s mentálním postižením nemohou bez pohybových, reedukačních a relaxačních aktivit obejít. Proto je důležité zařazovat do jejich režimu aktivity odpovídající jejich schopnostem, dovednostem a stupni postižení.

Současná psychologie mentální retardace vychází ze stále se rozvíjejícího poznání specifických zvláštností psychiky mentálně retardovaných, které sice více či méně závažně omezují jejich kognitivní procesy, ale nezřídka jim umožňují žít bohatým emocionálním životem, poměrně málo se lišící od života nepostižených jedinců. Psychika mentálně retardovaných v sobě skrývá řadu dosud neodhalených možností v oblasti specifických vloh, kreativity, intuice, empatie apod. Každý mentálně retardovaný jedinec je **svébytnou bytostí** s vlastními lidskými potřebami i problémy a s vlastními vývojovými potencialitami, které je možné a nutné podporovat a rozvíjet (Švarcová, 2006).

6. Seznam použité literatury

1. BAJO, I.; VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálně postižených*. 1. vydání. Bratislava: Sapiaientia, 1994. ISBN 80-967180-1-0.
2. BREJŠKA, J.; JUŘEN, L.; KAPLAN, J.; TRČKOVÁ, P.; VALIÁN, J.; VLK, M.; ŽILÁKOVÁ, E. *Cvičení a pobyt v přírodě; speciální učební texty*. Praha: Česká asociace sport pro všechny. 1999
3. ČERNÁ, M. *Rehabilitace mentálně retardovaných tělesnou výchovou*. Praha: UK. 1985, 49 s.
4. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum. 1973
5. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. upravené a doplněné vydání. Praha: Avicenum, 1978, 195 s.
6. FRANIOK, P., KYSUČAN, J. *Psychopedie- Speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě- Pedagogická fakulta. 2002, 57 s. ISBN 80-7042-247-5
7. HARTLOVÁ, J. *Didaktické postupy v teorii a praxi a jejich aplikace v pohybové výchově mentálně postižených*. Praha, 2003. 85 s. Diplomová práce na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy na katedře gymnastiky. Vedoucí diplomové práce Mgr. Marie Vurmová.
8. HENDL, J. (1999) *Úvod do kvalitativního výzkumu*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 278 s. ISBN 80-246-0030-7
9. JEŘÁBEK, H. (1998). *Úvod do sociologického výzkumu*. 1. vydání. Praha: Karolinum.
10. KÁBELE, F. *Tělesná výchova defektní mládeže*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1972
11. KARÁSKOVÁ, V. *Pohybem k výchově klienta s mentálním postižením*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2002. ISBN 80-244-0525-3
12. KOLUCHOVÁ, J. *Přehled psychopatologie dítěte II*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 1989
13. KOVAŘÍK, P. *Úroveň pohybových dovedností žáků mentálně retardovaných ve spojitosti herních pohybových aktivit (přehazovaná)*. Praha, 2005. 56-57 s. Diplomová práce na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy na katedře sportovních her. Vedoucí diplomové práce PhDr. Jan Křifčec, CSc.
14. KÖSSL, J.; ŠTUMBAUER, J.; Waic, M. *Vybrané kapitoly z dějin české tělesné kultury od roku 1774 po současnost*. Praha, L print. 1994

15. KREJČÍKOVÁ, O. *Estetická výchova mentálně retardovaných*. 1. vydání. Olomouc 1998, 92 s. ISBN 80-86096-12-2
16. KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. 1. vydání. Praha: Avicentrum. 1990. ISBN 80-201-0019-9
17. LIČKO, L. *Návrh na jednotné označení stupňov inteligencie*. Praha: SPN. 1983
18. MATULAY, K. *Mentálna retardácia*. Martin. 1986
19. MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2001, 87 s. ISBN 80-244-0207-6
20. OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: Masarykova univerzita Brno, 2003. ISBN 80-210-3242-1
21. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6
22. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
23. *Praktická škola: Učební dokumenty pro praktickou školu s jednoletou, dvouletou a tříletou přípravou*. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Praha: PARTA, 1999. ISBN 80-85989-70-0
24. PRŮCHA, J. (1995). *Pedagogický výzkum: Uvedení teorie a praxe*. 1. vydání. Praha: Karolinum
25. PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. (1995). *Pedagogický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 292 s. ISBN 80-7178-029-4.
26. *Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy*. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Č. j. 15 988/2003-24
27. RUBINŠTEJNOVÁ, S. J. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. Praha: SPN. 1976
28. RYCHTECKÝ, A.; FIALOVÁ, L. *Didaktika školní tělesné výchovy*. Praha: Karolinum. 2002
29. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1976
30. SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál. 1999
31. ŠVARCOVÁ, I. *Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy*. Praha: SEPTIMA, 1997. ISBN 80-7216-030-3
32. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vydání. Praha: Portál. 2006, ISBN 80-7367-060-7

33. VAŠEK, Š., BAJO, I. Špeciálna pedagogika- terminologický a výkladový slovník. 1. vydání. Bratislava: SPN, 1994. ISBN 80-08-01217-X
34. VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. 6. vydání. Praha: MAXDORF, 2006, 563 s. ISBN 80-7345-105-0
35. *Vzdělávací program zvláštní školy*. 1. vydání. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Praha: SEPTIMA, 1997. ISBN 80-7216-025-7
36. Williams, T.; England, M. (1997). *Sociology, Physical Activity and Spinal Cord Injury Rehabilitation*. *Top spinal Cord Inj Rehabil*. 3 (1): 56 s.

Internetové odkazy:

<http://www.spmpr.cz/cs/o-nas/> (cit. 2007-12-12)

<http://www.noviny-mpsv.cz/clanek.php?id=838> (cit. 2008-1-25)

<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=67> (cit. 2008-3-7)

7. Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazníkové šetření- rodiče žáků

Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami- rodiče žáků

Příloha č. 2: Dotazníkové šetření- třídní učitelé

Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami- třídní učitelé

Příloha č. 3: Práva duševně postižených

Příloha č. 4: Deklarace OSN o právech lidí s MP

Příloha č. 5: Sportovní odpoledne v Pomněnce o.p.s., 2007- fotografie

Příloha č. 6: Plavecký výcvik, bazén Aquatoll Šumperk, 2008 - fotografie

Příloha č. 1

DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ- RODIČE ŽÁKŮ

1/ Věk dítěte:

2/ Pohlaví dítěte: muž žena

3/ Hloubka postižení dítěte:

lehká mentální retardace

středně těžká mentální retardace

těžká mentální retardace

hluboká mentální retardace

4/ Je mentální retardace kombinována s další vadou?: ano ne

5/ V případě že ano, jakou?

6/ Účastní se vaše dítě letního a zimního rekondičního pobytu: letní zimní

7/ Navštěvuje vaše dítě sportovní kroužek v rámci školy: ano ne

8/ V případě že ano, jaký?

9/ Provozujete s dítětem nějaký sport, pohybovou aktivitu: ano ne

10/ V případě že ano, jakou?

11/ Navštěvuje vaše dítě rehabilitaci v rámci školy: ano ne

12/ Navštěvujete s dítětem rehabilitaci mimo školní zařízení: ano ne

13/ Zajímáte se o možnosti sportu mentálně postižených: ano ne

STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR S OTEVŘENÝMI OTÁZKAMI- RODIČE ŽÁKŮ

1/ Odkud získáváte informace o sportu mentálně postižených?

2/ Jste spokojeni s informovaností o sportu mentálně postižených?

3/ O jaké druhy sportu a pohybových aktivit pro své děti by jste měli zájem?

Příloha č. 2

DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ- TŘÍDNÍ UČITELÉ

- 1/ Kde učíte: základní škola praktická
přípravný stupeň základní školy speciální
základní škola speciální
rehabilitační vzdělávací program
praktická škola s jednoletou přípravou
- 2/ Jaká je hloubka postižení vašich žáků: lehká mentální retardace
středně těžká mentální retardace
těžká mentální retardace
hluboká mentální retardace
- 3/ Kolik máte žáků ve třídě?
- 4/ Kolik hodin tělesné výchovy máte týdně?
- 5/ Jaké hodnocení používáte v hodinách tělesné výchovy:
klasické známkování
slovní hodnocení
bodování
sebehodnocení, vzájemné hodnocení
jiné (obrázky, drobné odměny, razítka, apod.):
- 6/ Jaké metody využíváte v rámci výuky: snoezelen
hippoterapie
muzikoterapie

relaxační metody

plavecký kurz

jóga

jiné:

7/ Jaké metody nejčastěji využíváte v rámci výuky? (vyberte max. 4 metody)

relaxace

sportovní hry

muzikoterapie

koordinační cvičení

kondiční cvičení

atletika

pohybové hry

rozvíjení motoriky

STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR S OTEVŘENÝMI OTÁZKAMI- TŘÍDNÍ UČITELÉ

1/ Myslíte si, že jsou důležité pohybové aktivity a sport pro rozvoj osobnosti mentálně postižených žáků?

2/ Jaký sportovní kroužek v rámci školy by jste chtěli zřídit?

3/ Jaká je spolupráce s rodiči při pořádání rekondičních pobytů?

4/ Které alternativní metody by jste chtěli zařadit do hodin tělesné výchovy?

Příloha č. 3

Práva duševně postižených

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971

Převzato ze stránek ([http:// www.noviny-mpsv.cz/clanek.php?id=838](http://www.noviny-mpsv.cz/clanek.php?id=838))

Příloha č. 4

Deklarace OSN o právech lidí s MP

Deklarace práv mentálně postižených osob vyhlášená na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971

Valné shromáždění vyhláší tuto deklaraci o mentálně retardovaných a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře **stejná práva jako ostatní lidské bytosti**.
2. Mentálně postižený má **právo na zdravotní péči** a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má **právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň**. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený **žít v kruhu své vlastní rodiny** nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má **právo na kvalifikovaného opatrovníka**, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má **právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením**. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.

7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a **musí být odvolatelné u vyšších institucí.**

(<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=67>)

Příloha č. 5 sportovní odpoledne v Pomměnce o.p.s., 2007



Příloha č. 6 plavecký výcvik, bazén Aquatoll Šumperk, 2008

