

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Pohybové aktivity v hodinách TV pro žáka se svalovou dystrofií
na základní škole**

Bakalářská práce

Autor: Tereza Kulovaná

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Tereza Kulovaná

Studium: P14P0709

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Název bakalářské práce: **Pohybové aktivity žáka se svalovou dystrofií v hodinách TV na základní škole**

Název bakalářské práce AJ: Movement activities student with muscular dystrophy during PE lessons at primary school

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat pohybovými aktivitami žáka se svalovou dystrofií v hodinách TV na základní škole. Budou řešeny specifické potřeby žáka se svalovou dystrofií, možnosti školské integrace. Konkrétně se práce zaměří na představení individuálního vzdělávacího plánu a jeho realizaci v hodinách tělesné výchovy. Cílem práce bude zpracování návrhu původních pohybových aktivit pro hodiny tělesné výchovy žáka se svalovou dystrofií v první třídě základní školy. Práce se zaměří na aktivizaci motoriky horních končetin a spolupráci v žákovském kolektivu. Výsledkem práce bude soubor her a jejich evaluace.

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami V.: Education of pupils with special educational needs V. 1. vyd. Brno: Paido, 2011, 299 s. ISBN 978-80-7315-220-8. HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. Zředený život: léčebné, psychosociální a vzdělávací aspekty progresivních onemocnění. 1. vyd. Praha: Somatopedická společnost, 2011, 259 s. ISBN 978-80-904464-1-0.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Oponent: PhDr. Kamila Růžičková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2015

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechnu použitou literaturu a další prameny.

V Hradci Králové dne: 23. 3. 2017

Kulovaná Tereza

ANOTACE

KULOVANÁ, Tereza. *Pohybové aktivity v hodinách TV pro žáka se svalovou dystrofií na základní škole*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se bude zabývat pohybovými aktivitami žáka se svalovou dystrofií v hodinách TV na základní škole. Budou řešeny specifické potřeby žáka se svalovou dystrofií, možnosti školské integrace. Konkrétně se práce zaměří na představení individuálního vzdělávacího plánu a jeho realizaci v hodinách tělesné výchovy. Cílem práce bude zpracování návrhu původních pohybových aktivit pro hodiny tělesné výchovy žáka se svalovou dystrofií v první třídě základní školy. Práce se zaměří na aktivizaci motoriky horních končetin a spolupráci v žákovském kolektivu. Výsledkem práce bude soubor her a jejich evaluace.

KLÍČOVÁ SLOVA

Duchenneova svalová dystrofie, tělesná výchova, integrace, aplikované aktivity

ANNOTATION

KULOVANÁ, Tereza. *Movement activities student with muscular dystrophy during PE lessons at primary school*, Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2017. Bachelor Degree Thesis.

Bachelor thesis will deal with the student movement activities with muscular dystrophy in physical education classes in an elementary school. There will be solved the specific child needs with muscular dystrophy, the possibilities of school integration. Specifically, the work will focus on the presentation of individual education plan and its implementation into physical education classes. The target will be the process of original physical activities for physical education classes for a student with muscular dystrophy in the first grade of primary school. The work will focus on activating the motorics of upper limbs and cooperation in a student's team. The result of the work will be a set of games and their evaluation.

KEYWORDS

Duchenneova muscular dystrophy, Physical Education, integration, applied activity

OBSAH

ÚVOD	- 8 -
TEORETICKÁ ČÁST	- 9 -
1. SPECIFIKA ŽÁKA SE SVALOVOU DYSTROFIÍ.....	- 9 -
1. 1. DEFINICE SVALOVÉ DYSTROFIE – DMD	- 9 -
1. 2. PROJEVY DMD V PRŮBĚHU ŠKOLNÍ DOCHÁZKY	- 11 -
1. 3. PRAKTICKÉ RADY PRO PEDAGOGICKÉ PRACOVNÍKY ...	- 15 -
2. MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S DMD	- 16 -
2. 1. VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKA S DMD VE SPECIÁLNÍ ŠKOLE	- 16 -
2. 2. VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKA S DMD V BĚŽNÉ ZŠ.....	- 18 -
2. 2. 1. INTEGRACE	- 19 -
2. 2. 2. INKLUZE	- 19 -
2. 2. 3. INKLUZIVNÍ EDUKACE A ŽÁK S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	- 22 -
3. TĚLESNÁ VÝCHOVÁ A ŽÁCI S DMD	- 25 -
3. 1. ADAPTIVNÍ TĚLESNÁ VÝCHOVA	- 26 -
3. 2. APLIKOVANÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA.....	- 26 -
3. 3. INTEGRACE ŽÁKA S DMD DO HODIN TV	- 29 -
3. 3. 1. UČITEL TV A ŽÁK S DMD	- 30 -
3. 3. 2. AKTIVITY PRO ŽÁKA S DMD	- 31 -
3. 4. INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN A ŽÁK S DMD.....	- 35 -
PRAKTICKÁ ČÁST.....	- 37 -
4. CÍLE A VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	- 37 -
4. 1. METODOLOGIE.....	- 37 -
4. 2. PŘÍPADOVÁ STUDIE.....	- 38 -

4. 3. HLAVNÍ ČÁST	- 42 -
4. 3. 1. PRACOVNÍ LIST Č. 1	- 43 -
4. 3. 2. PRACOVNÍ LIST Č. 2	- 44 -
4. 3. 3. PRACOVNÍ LIST Č. 3	- 45 -
4. 3. 4. PRACOVNÍ LIST Č. 4	- 46 -
4. 3. 5. PRACOVNÍ LIST Č. 5	- 47 -
4. 3. 6. PRACOVNÍ LIST Č. 6	- 48 -
4. 4. HODNOCENÍ VYBRANÝCH AKTIVIT	- 49 -
ZÁVĚR	- 51 -
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	- 52 -

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou hodin tělesné výchovy u žáků s progresivním svalovým onemocněním – Duchenneova svalová dystrofie v běžné základní škole. Hlavním cílem práce je vytvoření metodických listů pro učitele hodin tělesné výchovy v běžné základní škole, kteří mají ve třídě integrovaného žáka s Duchenneovou svalovou dystrofií. Pro vytvoření metodických listů mě motivovala paní učitelka v běžné základní škole, která má ve třídě žáka se svalovou dystrofií. Chlapec pracuje podle IVP, avšak hodiny tělesné výchovy jsou pro něho bezvýznamné. Nezapojuje se do společných aktivit, je izolován od ostatních dětí. Paní učitelka neví, jak s takovým žákem pracovat, je zvyklá na hodiny tělesné výchovy se zdravými dětmi. V rámci inkluzivní edukace bychom měli tento přístup učitelů změnit.

V teoretické části se práce zabývá Ducheneovou svalovou dystrofií (DMD). Vysvětluje její příčiny a především projevy nemoci. Popsané jsou zde příznaky nemoci, které se projevují v době školní docházky – poruchy učení, chování, řeči atd. Další kapitola se zabývá možnostmi vzdělávání žáku s DMD. Rozlišujeme vzdělávání ve speciální škole nebo v běžné základní škole. Práce se zabývá problematikou inkluze a integrace, což je aktuální téma dnešního školství. Kapitola popisuje základní postupy při inkluzivní edukaci dítěte s tělesným postižením. Poslední část je zaměřena na integraci žáků s DMD do hodin TV. Je zde stručný popis některých aktivit, které si může i učitel v běžné škole připravit pro svou třídu a zapojit tak žáka s DMD. Většinou se jedná o aplikované aktivity.

Praktická část je tvořena z případové studie chlapce se svalovou dystrofií integrovaného v běžné základní škole a především tvorbou šesti metodických listů pro učitele TV v běžné základní škole, kteří mají ve své třídě chlapce se svalovou dystrofií. V metodických listech budou popsány aktivity pro zapojení žáka do hodin TV, následná evaluace a hodnocení vybraných aktivit.

TEORETICKÁ ČÁST

1. SPECIFIKA ŽÁKA SE SVALOVOU DYSTROFIÍ

Tato kapitola se zabývá obecnými definicemi svalové dystrofie Duchenneova typu. Dále se kapitola zaměří na projevy DMD u chlapců během školní docházky a obecná doporučení pro práci s chlapci s DMD pedagogickým pracovníkům.

1. 1. DEFINICE SVALOVÉ DYSTROFIE – DMD

Pod pojmem dystrofie rozumíme celkovou nebo jen ohraničenou poruchu výživy. Jedná se o poruchu výživy či látkové výměny buňky, tkáně nebo orgánu, může se záporně projevovat na funkci příslušného orgánu. Svalové dystrofie tvoří skupinu neuromuskulárních onemocnění, která jsou progresivní, geneticky podmíněná a v některém stadiu nemoci probíhá degenerace a zánik svalových vláken (Velký lékařský slovník, 2007).

„Duchenneova svalová dystrofie (dále DMD) je těžká progredující choroba, poprvé popsána Duchennem v roce 1868, charakterizovaná destrukcí svalových vláken vedoucí k invaliditě a předčasnému úmrtí. Klinické projevy onemocnění se obvykle objevují kolem třetího až čtvrtého roku života“ (Parent Project 2007, s. 7). Jako první znaky nemoci se zpravidla projeví poruchy chůze, akcentované zejména při chůzi do schodů, dále problémy při vstávání z podlahy, neschopnost skákat či abnormální běh. Chůze dítěte je nestabilní, kolébavá, s bederní hyperlordózou a s tendencí našlapovat na špičky při kontraktuře Achillovy šlachy. Dominuje proximální svalová slabost pánevního svalstva a kvadricepsů. Nápadná je pseudohypertrofie lýtek způsobená náhradou aktivní svalové hmoty tukovým vazivem. Po několikaletém období relativní stabilizace dochází obvykle po 10. roce věku k dekompenzaci a svalová slabost se rozšiřuje i na horní končetiny, šíjové a dýchací svaly. Přibližně ve třinácti letech jsou postižení chlapci upoutáni na invalidní vozík. Později jsou zcela upoutáni na lůžko a často také atakováni respiračními infekty v důsledku postižení interkostálních dýchacích svalů. Hlavním problémem v pozdějším stádiu choroby je zhoršující dechová nedostatečnost s nutností umělé

plicní ventilace. Lidé s touto nemocí se v průměru dožívají pětadvaceti až třiceti let věku (Parent Project, 2007).

Jiné definice popisující nemoc jako: „*Duchennova svalová dystrofie je progredující dědičné onemocnění způsobené mutacemi v genu, který kóduje protein dystrofin. Choroba je charakterizovaná destrukcí svalových vláken, v pozdějších stadiích i dýchacích svalů. Vede k těžkému postižení jedince a jeho předčasnému úmrtí. Klinicky se choroba projevuje pouze u chlapců*“ (Hájková, Strnadová 2011, s. 61).

„*Nejčastěji svalová dystrofie s incidencí 1:3600 narozených chlapců, dědičnost je recesivní vázaná na chromozom X. Biopsie prokazuje úseky atrofie, hypertrofie a degenerace svalových vláken spolu se zmnožením pojivové tkáně. Onemocnění se manifestuje nejčastěji kolem 3. roku života*“ (Velký lékařský slovník, 2007). Důležité je že gen, obsahující kód k výrobě dystrofinu, se nachází na pohlavním chromozomu X, stejně jako mnoho dalších genů, důležitých pro růst a vývoj. Ženy mají 2 kopie X chromozomu (XX). Když je tedy jeden z genů na X chromozomu změněn, může normální gen z 2. X chromozomu změnu vyrovnat. Žena se stává pouze asymptomatickou přenašečkou. U mužů, kteří mají pohlavní chromozomy X a Y k vyrovnání změny dojít nemůže, proto budou daným onemocněním postiženi (www.eurogentest.org). Biologický dané, že syn vždy dědí chromozom X od matky a chromozom Y od otce, dcera jeden chromozom X od každého. Pokud má tedy matka přenašečka syna či dceru, vždy je 50% pravděpodobnost, že předá změněný gen. Syn onemocní nebo se dcera stane přenašečkou. Muž postižený onemocněním vázaným na X chromozom vždy předá změněný gen všem svým dcerám, ty se pak stanou přenašečkami (Šmarda, 2004). Může se tedy stát, že se narodí chlapec postižený onemocněním vázaným na X chromozom jako první v rodině. To je zapříčiněno změnou genu ve vajíčku či ve spermii, ze kterých dítě vznikne (www.eurogentest.org).

Klienti se v současnosti díky kvalitní multioborové péči dožívají 25 až 30 let věku. Účinná terapie Duchenneovy svalové dystrofie neexistuje, symptomatická terapie však dokáže průběh onemocnění zpomalit. Nedostatek bílkoviny dystrofinu má vliv nejen na vývoj svalů, ale i mozku. To má negativní dopad na kognitivní funkce jedinců s Duchenneovou svalovou dystrofií. Mezi hlavní příznaky patří špatné zpracovávání informace správným způsobem a dostatečně rychle, mají častěji než jejich vrstevníci problémy s opožděným vývojem řeči (především

s porozuměním komplexním slovním instrukcím) a s učením. Při DMD se častěji vyskytují poruchy chování, poruchy emocí, nálad (deprese, úzkostné stavy, porucha opozičního vzdoru – ODD) a pozornosti. Závažné onemocnění, jakým je DMD, představuje pro dotyčného jedince náročnou životní situaci, vytváří zvýšené nároky na adaptaci a tím i jistá nebezpečí pro psychický vývoj. Vztah jedince k jeho postižení a chorobě se však věkem vyvíjí (Hájková, Strnadová, 2011). Bohužel i přes intenzivní výzkum v posledních 20 letech, není v tuto chvíli k dispozici účinná terapeutická metoda, prakticky aplikovatelná na pacienta, která by znamenala řešení tohoto problému. Světový výzkum přesto dosáhnul mnoha částečných úspěchů a vytyčil řadu směrů, po kterých je třeba dále postupovat (Vondráček, 2007).

Podpora chlapců s Duchenneovou svalovou dystrofií a jejich rodin musí být zahájena okamžitě po zjištění onemocnění a má mít komplexní charakter. Jedná se o podporu dlouhodobou, provázející jedince po celý jeho život. Chlapci s DMD jsou v podmínkách České republiky žáky a studenty se zdravotním postižením, obecně tedy žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami. Mají tedy právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám. Poradenským zařízením pro žáky a studenty s DMD je Speciálně pedagogické centrum pro žáky s tělesným postižením – SPC.

Specialisté, kteří pracují s jedinci s DMD (neurolog, logoped, psycholog, speciální pedagog, asistent pedagoga) by měli být přesně informováni o specifických obtížích souvisejících s diagnózou DMD (Hájková, Strnadová, 2011).

1. 2. PROJEVY DMD V PRŮBĚHU ŠKOLNÍ DOCHÁZKY

„Pohybové postižení je příčinou omezení samostatnosti a zábranou pro získání některých zkušeností“ (Vágnerová, 2014, s. 235). Jedním z faktorů je rozsah a závažnost pohybového postižení. Míra soběstačnosti a samostatnosti je vázaná na zachování přijatelné pohybové funkce horních a dolních končetin. Postižení hybnosti bývá také spojeno s tělesnou deformací, estetickým handicapem, ten představuje další zátěž. Zde je uveden význam a potřeba jednotlivých částí těla pro člověka – žáka (Vágnerová, 2014):

- **Hybnost dolních končetin** je potřeba pro samostatnou lokomoci, která umožňuje odpoutání ze závislosti na jiných lidech, dále slouží jako prostředek k získání mnoha poznatků a zkušeností.
- **Hybnost horních končetin** je důležitá pro sebeobsluhu a pro aktivní kontakt s ostatními lidmi, také pro vyjádření citového vztahu s blízkým člověkem. Pro jakoukoliv pracovní aktivitu je potřebná manuální zručnost. Při postižení motoriky rukou nelze dosáhnout úplné soběstačnosti.
- **Hybnost mluvidel a mimická pohyblivost** je důležitá pro komunikaci jak verbální, tak neverbální. Při postižení je významně ovlivněna sociální pozice daného jedince, akceptace ostatními lidmi, na tom je závislé jeho sebehodnocení

Jako u každého žáka, který je nějakým způsobem znevýhodněn, musíme i u chlapců s DMD počítat s tím, že se jejich znevýhodnění, bude projevovat a silně odrážet v průběhu školní docházky. U chlapců s DMD bychom měli v průběhu školní docházky předpokládat v opožděný vývoj řeči, problémy s učením a v neposlední řadě s poruchami chování. Mezi další projevy patří horší sluchová percepce a snížená krátkodobá sluchová a vizuální paměť. To se projevuje například narušenou schopností čtení, špatným pravopisem a matematickými dovednostmi, snížením pracovního tempa atd.

Každý žák, i když je něčím znevýhodněn, také naopak v něčem vyniká, je důležité všimnout si i kladných projevů, zde je to například výborná mechanická paměť, skvěle skládají např.: puzzle, tedy schopnost zrakové diferenciaci, abstraktní myšlení, bohatá slovní zásoba.

- Vývoj řeči v průběhu školní docházky

Problémy s vývojem řeči se při DMD často objevují již v raném věku. Jejich důsledky začnou být velmi omezující ve věku kolem 3 až 4 let, kdy může být opožděn vývoj expresivní složky řeči, porozumění řeči i užití jazyka. Problémy s vývojem řeči se mohou projevovat i sníženou schopností rozlišovat hlásky ve slovech – nahrazováním některých hlásek jinými či problémy při přesném opakování

slyšených slov. Slabší stránkou chlapců s DMD je porozumění komplexnějším slovním instrukcím. To znamená řadě po sobě následujících pokynů, jako např.: „Jdi nahoru, vyčisti si zuby, oblékni si pyžamo a lehní si do postele.“ Dítě nedokáže takové množství instrukcí správně zpracovat, a tak je možné, že odejde nahoru a položí pyžamo na postel. Bude přesvědčeno, že udělalo, co se od něj očekávalo. Dosud není přesně známo, zda tento problém s porozuměním řeči je důsledkem deficitu pracovní sluchové paměti, nebo zda se jedná o specifický problém sám o sobě. Můžeme však říci, že narušená schopnost správného chápání komplexních slovních instrukcí se jeví spíše jako opoždění než deficit. V praxi to znamená, že vývoj této složky řeči u chlapců s DMD je opožděn přibližně o 2 roky a chlapci mají šanci toto opoždění lépe vyrovnat. (Hájková, Strnadová in Catlin, Hoskin et al., 2006)

„Vzhledem k tomu, že školní vyučování je založeno na slovních instrukcích (později i písemných), a tedy na schopnosti poslouchat a správně je chápat, má oslabení v této oblasti negativní dopad na zvládnutí učiva i veškerých aktivit souvisejících s pobytem ve škole“ (Hájková, Strnadová in Catlin, Hoskin et al., 2006, s. 54).

- Poruchy učení v průběhu školní docházky

Problémy s učením při DMD jsou velmi podobné těm, které se objevují u dětí s dyslexií. Existují hypotézy, že v obou případech hraje klíčovou roli mozeček (cereberální hypotéza patří u dyslexie k okrajovým).

U dětí s dyslexií ale i u dětí s DMD se vyskytují problémy se čtením, hláskováním a pravopisem. Při čtení jsou nejčastěji největším problémem rozklad slova na hlásky, rychlost a správnost čtení jednotlivých slov, porozumění čtenému textu. Chlapci s DMD dosahují lepších výsledků při čtení potichu než při hlasitém čtení. Čtení nahlas vyžaduje provedení několika více po sobě následujících úkonů – spojení písmena s hláskou, jejich spojení do slabik, celého slova, jeho vyslovení a odvození významu slova. Schopnosti potřebné k hlasitému čtení jsou obdobné jako pravděpodobně při porozumění komplexnějším instrukcím, a proto činí chlapcům větší potíže. Nicméně jsou-li tyto obtíže správným vedením překonány, ve věku kolem 9 až 10 let dochází k výraznému zlepšení a tyto problémy ustupují do pozadí (Hájková, Strnadová in Catlin, Hoskin et al., 2006).

- Poruchy chování, sociálních vztahů, emocí a nálad v průběhu školní docházky

Ne všichni chlapci mají poruchy chování či jiné sociální problémy během školní docházky. Žáci mají chuť do života, stejné potřeby i zájmy jako jejich vrstevníci (Hájková, Strnadová, 2011). „*Nicméně při DMD se vyskytují poruchy chování, pozornosti a poruchy autistického spektra.*“ (Hájková, Strnadová in Catlin, Hoskin et al., 2006, s. 54 -55) Některé poruchy chování mohou souviset s níže uvedenými příčinami, jiné mohou být přímým důsledkem samotného progresivního průběhu onemocnění (Hájková, Strnadová, 2011).

Další zajímavostí je, že 34-40 % rodičů uvádí, že jejich děti trpí výraznějšími problémy v oblasti sociálních vztahů a chování. Své děti označují jako nezralé a pozorují u nich větší sociální problémy, než je běžné u zdravých vrstevníků. U některých žáků mohou být problémy s komunikací a sociálními vztahy závažnější (Hájková, Strnadová, 2011). Se svalovou dystrofií jsou také spojovány poruchy autistického spektra, ty se projevují zejména obtížemi s komunikací, sociálními vztahy a přizpůsobivostí. Verbální i neverbální komunikace může být omezená nebo neobvyklá, tyto žáci například neudržují oční kontakt. Neradi si zvykají na cokoli nového, mají zaběhlé činnosti, zájmy, rituály (Train, 2001).

U žáku s DMD je také častý výskyt poruch pozornosti, dokonce i poruchy pozornosti s hyperaktivitou – ADHD (Attention Deficit/ Hyperaktivity Disorder) „*Porucha pozornosti spočívá ve snížené schopnosti soustředit se, a pokud je spojená i s hyperaktivitou (ADHD), pak vede často i k impulzivnímu chování. Navzdory dobré vůli není dítě schopno pozorně poslouchat, zorganizovat si práci, pracovat podle pokynů, spolupracovat při sportech a hrách. Tyto děti jedná dříve než myslí, což jim způsobuje mnoho konfliktů s rodiči, učiteli a kamarády*“ (Hájková, Strnadová 2011, s. 55).

Chlapci s DMD se sami nepovažují za depresivnější než jejich vrstevníci. S diagnózou DMD jsou spojeny i poruchy emocí a nálad a jejich výskyt je zhruba stejný jako u jiných nervosvalových onemocnění. Až 50 % dětí s DMD má emoční obtíže jako deprese a/ nebo úzkostné stavy. V této souvislosti musíme poznamenat, že tyto stavy mohou významně souviset s psychickým a emočním stavem rodičů, kteří se vyrovnávají s postupující chorobou jejich dítěte (Hájková, Strnadová in Catlin, Hoskin et al., 2006).

1. 3. PRAKTICKÉ RADY PRO PEDAGOGICKÉ PRACOVNÍKY

Chlapci s DMD mívají sníženou krátkodobou verbální paměť, proto existují obecná doporučení učitelům a školnímu personálu.

Hovořit k žákovi s DMD v krátkých větách a vyžadovat po něm, aby instrukce zopakoval vlastními slovy nebo aby úkol přímo provedl. Dávat si pozor na časovou souslednost při zadávání pokynů žákovi s DMD. Např.: Špatná formulace: „Až si uklidiš učebnici matematiky a pouzdro do aktovky a uklidiš pracovní sešit na své místo, můžeš si vybrat nějakou knížku ke čtení.“ Správná formulace: „Dej si pouzdro a učebnici matematiky do tašky. Uklid' si pracovní sešit na své místo. Pak si můžeš vybrat nějakou knížku ke čtení.“

Při výuce čtení se pak nikdy nesmí dávat žákovi s DMD najevo (ani výrazem v obličejí), že mohl číst lépe. Osoba, která s chlapcem provádí reedukaci formou párového čtení, by měla mít s touto metodou zkušenosti. Musí se jednat o člověka klidného, trpělivého, který bude chlapce stále povzbuzovat a bude mít možnost s ním denně číst. Optimálním řešením by mohlo být placené doučování. Někdy je velkým přínosem i pro posílení sebehodnocení, předčítá-li dítě mladšímu sourozenci.

Asistent pedagoga hraje ve třídě, kde se vzdělává žák s DMD klíčovou roli nejen při výuce, ale i při vytváření a udržování dobrých sociálních vztahů. Asistent by měl vědět, kdy zasáhnout nebo pomoci. Měl by dát příležitost chlapci s DMD chybovat, a to při učení i v kontaktu s vrstevníky, a nechat ho účastnit se všech třídních aktivit. Asistent žáka s DMD by měl být (Hájková, Strnadová, 2011):

- Být vyškolen v technice párového čtení, čtení ve dvojici a poučen o problematice poruch chování a poruchách autistického spektra.
- Dávat jasné instrukce a ověřit si, že žák pochopil, co učitel od žáků v dané chvíli očekává.
- Ujistit se, že žák rozumí významu klíčových slov probíraného učiva (např. je-li třeba, vyhlásuje slovo fotosyntéza v přírodopise).
- Učit žáka formulovat otázky.

- Podporovat žákovu samostatnost (orientace v rozhovoru, příprava pomůcek vyučování, jídlo, osobní hygiena apod.)

V případě výskytu poruch chování (ADHD, ODD) je zmírnění jejich nežádoucích projevů otázkou komplexní péče zahrnující psychoterapii (ovládání zlosti, sebekontrola), vzdělávání a odborné vedení rodičů, posilování rodičovských kompetencí a v některých případech i medikace (Hájková, Strnadová, 2011).

2. MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S DMD

Tato kapitola se bude zabývat možnostmi vzdělávání žáku s DMD. Kapitola popisuje dvě možnosti vzdělávání žáka DMD, vzdělávání v základní škole speciální nebo vzdělávání v rámci běžné základní školy (inkluzivní vzdělávání). Vzdělávání má být důsledně vázáno k individuálním potřebám a možnostem jednotlivých dětí. Každému dítěti je třeba poskytovat pomoc a podporu v míře a v kvalitě, která mu vyhovuje. Je důležité, aby vzdělávací působení pedagoga vycházelo z pozorování a uvědomění si individuálních potřeb a zájmů, ze znalosti aktuálního rozvojového stavu i konkrétní životní a sociální situace (Opatřilová, 2009).

2. 1. VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKA S DMD VE SPECIÁLNÍ ŠKOLE

V případě, že se rodiče rozhodnou neintegrovat žáka s DMD do běžné základní školy, existují speciální školy pro tělesně postižené. Výhodou speciálních škol je především větší odbornost pedagogických pracovníků, možnosti a přizpůsobení se školy v rámci daného typu postižení. Nevýhodou je především ztráta kontaktu s intaktní společností v prostředí vzdělávání (Vítková in Pipeková, 2006).

Chlapci, u nichž byla diagnostikována DMD, se dle §16 zákona č. 561/2004 Sb. (Školský zákon) považují za žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Vyhláška č.73/2005 Sb. dále určuje: „*Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen "speciální vzdělávání") a vzdělávání dětí, žáků a studentů (dále jen "žák") mimořádně nadaných se uskutečňuje s pomocí podpůrných*

opatření, která jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním žáků stejného věku ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (dále jen "běžná škola").“

Zařízení poskytující těmto žákům výchovu a vzdělávání způsobem, který zohledňuje žákova postižení. Správné označení základní škola s typem vzdělávacího programu (Michalík in Renotierová a kol., 2006).

Mezi speciální školy zařazujeme: základní školy pro sluchově postižené, zrakově postižené, hluchoslepé, **tělesně postižené**, základní školu logopedickou, dále pak speciální školy, základní školy pro žáky se specifickými poruchami chování a základní školy nebo základní školy při zdravotnických zařízeních. Dále může být při speciálních školách zřizován přípravný stupeň základní školy speciální, který slouží pro přípravu žáků s těžkým mentálním postižením nebo více vadami či autismem (Vyhláška 73/2005 Sb.). Rámcový vzdělávací program (RVP) – kurikulární dokument, který je zformulován v Národním programu rozvoje vzdělávání v ČR tzv. Bílé knize a usnesen školským zákonem č.561/2004 Sb., o předškolním, základním a vyšším odborném a jiném vzdělání (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2005). Jedná se o dokument státní úrovně vymezující povinný obsah, rozsah a podmínky vzdělávání. Každá škola si pak podle RVP vytváří svůj ŠVP-školní vzdělávací program. RVP pro základní školu speciální je určen pro žáky, kteří nedosahují takových rozumových schopností, aby vyhověli požadavkům RVP – ZV, sem řadíme žáky se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, žáky s více vadami a žáky s autismem. Dokument respektuje pracovní možnosti žáků, snaží se žáky připravit na společenské uplatnění, upravuje podmínky jejich vzdělávání, zohledňuje vzdělávací potřeby žáku a stanovuje jejich cíle vzdělávání (Bartoňová, Vítková, 2007). Dnes se zde poskytuje vzdělávání žákům, u kterých je rozsah a závažnost jejich speciálních vzdělávacích potřeb důvodem k zařazení do režimu speciálních škol nebo není li běžná základní škola schopna poskytnout žákovi tak kvalitní vzdělávání v takové míře, kterou žák potřebuje (Kudláček, 2013).

2. 2. VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKU S DMD V BĚŽNÉ ZÁKLADNÍ ŠKOLE

Podkapitola se zabývá pojmy integrace a inkluze, popisuje vzdělávání žáka s DMD v běžné základní škole. V dnešní době řešíme otázku, jaký systém edukace bychom měli zvolit, aby byl efektivní z hlediska socializace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. V ČR republiky fungoval před rokem 1989 jednotný systém vzdělávání. Děti se speciálními vzdělávacími potřebami, jejichž vzdělávání se realizovalo formou tzv. segregované edukace: téměř výlučně ve speciálních (internátních) školách, které byly rozděleny podle typu postižení. Však celosvětová změna platformy přístupu k dětem s postižením současně se změnou politicko-spoločenského systému u nás vyústily ve snahu o jejich integrativní a posléze inkluzivní edukaci (Lechta, 2016). Scholz in Lechta (2016) vymezuje pět možných **přístupů k edukaci** dětí s postižením:

1. **Exkluze** – žáci s postižením nesplňující, ale případně i splňující kritéria, která více či méně svévolně vymezí vyšší instance, jsou vyloučeny z edukačního procesu.
2. **Segregace** – žák, který se má vzdělávat, je rozdělen podle vymezených kritérii na podskupiny. Jedná se, o selektivní přístup, podle něhož je možné žákovi poskytnout optimální podmínky edukace pouze v co nejhomogennějších skupinách. Tento edukační systém sestává ze dvou subsystémů tedy, soustavy tzv. běžných škol a soustavy škol speciálních.
3. **Integrace** – zde jsou opět dvě rozdílné podskupiny, ale děti s postižením mohou s určitou podporou navštěvovat běžné školy. Jedná se o **duální systém**, ve kterém paralelně funguje integrativní a segregovaná edukace. V případě, že je integrace žáka neúspěšná, může se žák vrátit do speciálního zařízení.
4. **Inkluze** – idea integrace je rozvíjena v novou kvalitu. Více o inkluzi níže.
5. **Různorodost je normální** – poslední přístup popisuje Scholz jako dovršení procesu inkluze, tedy inkluze se stává pro nás samozřejmostí.

2. 2. 1. INTEGRACE

Pojem integrace se dá rozčlenit na integraci širší a integraci dílčí. Integrace širší znamená integrace občanů se zdravotním postižením do společnosti a integrace dílčí řeší specifickou oblast života – vztahů zdravotně postižených. Dá se tedy hovořit o integraci v zaměstnání, sportu volného času, také o integraci školské. Integrace vznikla z významu slova integer = nenarušený, se postupně vyvinul ve dva základní náhledy na sémantický význam slova integrace. První, že integrace znamená, knižní ucelení, sjednocení a druhý význam biologicky sjednocující, souladné spojení všech tělních částí v jednotný celek (Michalík, 2000). Jan Jesenský chápe integraci jako „*dynamický postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací*“ (Michalík, 2000, s. 11). Jesenský pak užívá pojem „pedagogická integrace“.

Pedagogický slovník vysvětluje integraci (integrované vzdělávání) následovně: „*Přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Cílem je poskytnout i žákům s těžkým a trvalým zdravotním postižením společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky, a přitom respektovat jejich specifické potřeby*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2008, s. 87).

2. 2. 2. INKLUZE

Inkluzivní vzdělávání – „*Podstatou je změněný pohled na selhání dítěte v systému, resp. selhání vzdělávacího systému v případě konkrétního dítěte. Při neúspěchu je třeba hledat bariéry v systému, který není dostatečně otevřený k potřebám jednotlivce*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2008, s. 85).

Pojem inkluze je společností chápána a obvykle ztotožňována s otevřeností škol přijímat všechny žáky ze spádové oblasti i žáky, kteří přicházejí ze širšího okolí, bez ohledu na jejich rizika či postižení. Inkluze je v tomto kontextu chápána jako schopnost a ochota školy integrovat žáky s různými handicap. Motivace škol k otevřenosti inkluze je různá, důležité zdůraznit, že školy jsou dnes pod určitým

sociálním a školsko- politickým tlakem. Můžeme tedy situaci popsat tak, že některé školy se soustředují pouze na žáky se své spádové oblasti, jiné školy neodmítají požadavky o přijetí rizikových žáků z nespádových oblastí. I postoje pedagogů jsou k inkluzivnímu vzdělávání různé, záleží na faktorech: toho co pedagogové o inkluzi vědí a jak ji rozumí (individuální přesvědčení – kognitivní postojová složka a toho jaké mají pedagogové pocity plynoucí z jejich zkušeností s prací s žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (emoční postojová složka). To jak se bude pedagog chovat a přistupovat ke svému žákovi je úspěchem či neúspěchem inkluzivního vzdělávání (Bartoňová, Vítková et al., 2016).

Hlavním obratem směrem k inkluzivnímu trendu je zveřejnění Deklarace ze Salamanky 1994. Zde se na konferenci UNESCO řešila problematika speciálních edukačních potřeb, přes 300 účastníků z 92 zemí a 25 mezinárodních organizací. Výstupem této konference byla deklarace požadující budování inkluzivních škol přijímajících všechny žáky, bezprostředně na jejich různorodosti potřeby. Tato deklarace objasňuje principy inkluze a přehodnocuje edukační potřeby ve smyslu škola pro všechny. Hlavním bodem je, aby všichni žáci navštěvovali běžné školy co nejbližší svému bydlišti. Uběhlo však více než dvacet let a lze konstatovat, že má vážné sociální, politické, edukační a ekonomické důsledky. Dokument vyvolává mnoho otázek a kritiku, při které se upozorňuje na nebezpečí předčasné, nedostatečně připravené inkluze. U nás se projekt inkluze z legislativního pohledu váže na Úmluvu OSN o právech osob s postižením, ta byla přijatá v New Yorku v prosinci 2006 a v parlamentech ČR a SR ratifikována v r. 2009, resp. 2010. Pro úspěšnou inkluzi je důležité dodržovat a řídit se těmito podmínkami (Lechta, 2016):

- Důležitost **transdisciplinárního přístupu**, díky tomu zabezpečení komplexního řešení aktuálních i perspektivních problémů inkluze. Zapojit co největší okruh kompetentních odborníků, však mezi nimi musí fungovat komplementární vztah. Mechanismus heterogenní edukace sám o sobě nestačí k dosažení úspěšného výsledku. V USA se tento přístup k inkluzi vyžaduje již od nejranějšího věku. V praxi to tedy funguje tak, že se do osnov žáka zapojí samozřejmě pedagogové ale hlavně lékaři, sociální pracovníci apod.
- Polemizovat přesvědčivými argumenty, protože jsou odpůrci i zastánci inkluze. Řešením pro oba extrémny je „**responsible**

inclusion“, což v překladu znamená uvážlivá a odpovědná inkluze v odůvodněných případech jako standartní nabídka pro rodiče. Základem je změna myšlení celé společnosti (kulturně-etická platforma) a dostatek prostředků (socioekonomická platforma). Proto inkluze byla úspěšná v těch státech, kde byla založena na základních filozofických a společenských zvyklostech a pravidlech soužití, podpořena socioekonomickými a politicko-edukačními aktivitami, finančně a organizačně.

- Bezpodmínečně **doplňovat kvalifikaci pedagogů běžných škol** v problematice žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Rozšiřovat jak speciálně pedagogické poznatky ale především poznatky ze sociální pedagogiky, medicíny, psychologie apod. Dokonce UNESCO uvádí ve svých podmínkách pro úspěšnou inkluzi, pokud se jedná o pedagogy a školní prostředí – dostatek patřičně vzdělaných pedagogů, profesionální vývoj a motivace.
- Více se zaměřit na **publikaci výsledku výzkumů** zaměřených právě na inkluzi, ukázat její pozitivní stránku ale i rizika, které sebou inkluze nese, snažit se zapojit všechny pedagogiky běžných škol do diskuze a výzkumu inkluze. Provést analýzu inkluze z jiných zemí, podívat se na jejich doporučení atd. pro další vývoj inkluze, tam kde se bude inkluze teprve vyvíjet.
- Před samotnou realizací inkluze zjistit **vhodnost** jejího zavedení v jednotlivých institucích, tedy u jednotlivých dětí, snažit se v průběhu inkluzivního procesu hodnotit její kvalitu. Data o tom, jaký má inkluze dopad se sbírají obtížně a některé země je ve svých údajích ani nemají. U nás můžeme očekávat, že významnou roli sehraje Akční plán inkluzivního vzdělávání na období 2016 – 2018.
- Do procesu inkluze je nutné **zapojit rodiče dětí se speciálními vzdělávacími potřebami i děti intaktních a samotné pedagogy**. Rodiče mají mít k dispozici všechny druhy poradenství a mobilní servis. Snažit se podnítit jejich pozitivní postoj a názor k inkluzi.

- **Filozofie inkluzivní pedagogiky** by měla být teoretickým základem pro změnu myšlení společnosti nejen v oblasti edukace, ale v oblasti pro nás důležité, tedy občanské, politické, ekonomické, sociální atd.
- Prosazování **transdidaktické dimenze** inkluze, což znamená rozšíření implementace inkluzivní edukace i do neformální edukace.
- **Inkluzivní edukace raného věku** (Inclusive Early Childhood Education), tedy začít s inkluzivní edukací co nejdříve a preferovat při tom transdisciplinární přístup.
- **Snažit se eliminovat vliv nerealistických politických rozhodnutí** na inkluzi, což znamená, že ve školské politice je zapotřebí zlepšit organizačně – ekonomické zabezpečování inkluzivní edukace. Všechno co se týká inkluze ustálit do příslušných legislativních norem a uvést s nimi v soulad i legislativní terminologie.

2. 2. 3. INKLUZIVNÍ EDUKACE A ŽÁK S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Hlavním znakem tělesného postižení jsou poruchy ve statické a motorické těle a ty mají různý dopad na provádění pohybových činností. Proto je třeba v edukační praxi vycházet z toho, zda žák dokáže (Lechta, 2016):

- Sám udržet polohu těla v sedě a vstoje, potíže mohou spočívat v tom, že žák neudrží vzpřímený trup a hlavu, potřebuje oporu, a v tom, že žák nedokáže stát na nohou nebo stojí pouze s oporou.
- Sám provádět lokomoční pohyby, přičemž může být neschopen chodit, a to bohužel ani s pomocí druhé osoby a potřebuje vozík (je imobilní). Nebo žák je schopen chodit s pomocí, tedy drží se druhé osoby, zábradlí nebo využívá pomůcek (je částečně mobilní), za třetí je schopný chodit samostatně, i když chůze může být nejistá nebo vadná (je mobilní).

- Provádět manipulační pohyby, omezení se liší podle druhu a rozsahu poruch hybnosti horních končetin tedy ramenou, předloktí, zápěstí a prstů a projevují se ve ztížení až znemožnění provádět základní pohyby ruky nebo pohybovat prsty či koordinovat pohyby obou rukou.

Ovšem velmi důležitým činitelem v procesu edukace je mentální úroveň jedince. Měli bychom brát v úvahu, že v populaci lidí s tělesným postižením se vyskytují všechny úrovně intelektu, tedy od mentální retardace všech stupňů přes hraniční pásmo či pásmo podprůměru a průměru až po pásmo nadprůměru, vysokého nadprůměru i geniality. Důsledkem omezení žáka v pohybu nebo izolace od podnětného prostředí se může v mentálním vývoji zpoždovat. Opožděný mentální vývoj žáka je důležité včas odlišit od mentálního postižení. Pozorujeme také to, že se u žáka při celkově normální mentální úrovni může projevit primární narušení poznávací funkce – percepce, pozornost, paměť a představivost, v důsledku mozkového poškození. Zaměřit se při edukaci musíme i na emocionální sféru, oblast utváření sebevědomí, oblast sociability žáka s tělesným postižením, záleží, jak žák prožívá svůj tělesný stav a situaci kolem sebe - léčba, omezení, styl výchovy v rodině či zkušenosti v sociálních kontaktech. Dále se proces edukace žáka s tělesným postižením spojuje s rozvíjením i s využíváním komunikační schopnosti. Velmi důležitým činitelem při formování osobnosti žáka s tělesným postižením je rodina. Od rodiny se očekává, že bude poskytovat domácí péči, uspokojovat jeho emocionální potřeby a dbát na to, aby dostávalo potřebnou zdravotnickou péči. Při edukaci dítěte s tělesným postižením se od rodiny očekává, že bude vytvářet podmínky pro přiměřený pohybový vývoj, především s využitím hraček a her, rozvíjení sebeobslužných a komunikativních dovedností, sledování a podpora svého dítěte při učebních činnostech v neposlední řadě vytváření příležitostí pro věku přiměřené volnočasové aktivity. Žádanými jsou pravidelné kontakty rodiny s pedagogy a výměny informací o průběhu školní edukace. V některých případech je třeba zajišťovat dopravu žáka do školy, při řešení problémů jsou rodinám oporou školská poradenská zařízení. Jedná-li se o žáka, o kterého se jeho rodina nemůže nebo nechce starat, nelze uvažovat o úspěšné inkluzi. Jestliže začne proces inkluzivní edukace dítěte s tělesným postižením již v běžné mateřské škole, můžeme včas

identifikovat jeho edukační potřeby a přizpůsobit program edukace tak, aby se dítě připravilo na vstup do běžné základní školy (Lechta, 2016).

Zvláště důležité je pro žáka s tělesným postižením a úspěšnou inkluzivní edukaci vytvoření vhodného materiálního prostředí při vyučování – bezbariérové prostředí, speciálně upravený školní nábytek, didaktické pomůcky a kompenzační pomůcky. Bezbariérové prostředí a úpravy s ohledem na tělesné postižené žáka znamená přístup do budovy i interiér bez překážek – rampy vedle schodů, vchody bez prahů, zábradlí u schodů a na stěnách, široké chodby, prostorné výtahy, hygienická zařízení vybavená podpěrami, nástavci, držadly. Jestliže není takové prostředí k dispozici, je třeba uskutečnit v rámci možností debariérizaci prostředí. Školní nábytek pro žáka s tělesným postižením musí vyhovovat požadavku nepřekážet při provádění školních činností, ale usnadňovat školní činnosti. Nezpůsobovat žákovi zdravotní potíže. Pokud školní nábytek nevyhovuje žákovi s tělesným postižením, přichází v úvahu jeho úprava, kdy musíme brát na zřetel věk žáka (jeho velikost) a především charakter tělesného postižení. V běžné škole se zohledňují pouze potřeby těch žáků s tělesným postižením, kteří se aktuálně v dané třídě vzdělávají. S tím vším souvisí i didaktické pomůcky, technika a kompenzační pomůcky, protože žáci s tělesným postižením v běžné základní škole používají tytéž pomůcky jako ostatní žáci ale také pomůcky, které žákům mají usnadnit či umožnit provádění daných didaktických činností. Říkáme jim malé speciální pomůcky, ke kterým řadíme přizpůsobené držáky (na psací stroje, pracovní nástroje, hračky a jiné předměty), násadky, objímky s násadkami na pahýl, rukojeti, podavače, spony, ukazovátka, těžítka, obraceče listů, stojany na knihy a sešity, šablony, tabulky, psací podložky a nástavce. Velký význam mají informační a komunikační technologie s ohledem na potřeby žáka s tělesným postižením. Díky technologiím se rozšiřují možnosti jejich účasti v procesu vyučování, vzroste jejich samostatnost při plnění úkolů. Důležitou roli hrají i zdravotnické pomůcky a přístroje, které se nazývají ortopedicko – protetické pomůcky a pomocné přístroje. Ty však nepatří do vybavení školy ale vybavení jednotlivců v rámci zdravotnické péče. Však úkolem pedagogů je seznámení s těmito pomůckami, protože je žáci používají i při školních činnostech. Od pedagoga se očekává, že se bude informovat o tom, jak má žák pomůcku používat, kontrolovat, zda jí má žák správně připevněnou a zda mu nezpůsobuje potíže. Patří sem ortézy a protézy.

Co se týká obsahu vzdělávání, tak to reprezentují platné vzdělávací programy. Obsah vzdělávání je žákům s tělesným postižením samozřejmě modifikován a zohledňuje jejich somatické a psychické předpoklady. Modifikace znamená úprava učiva v jednotlivých předmětech. Žák s tělesným postižením nepotřebuje žádná velká zohlednění v relaci k obsahovému standartu, však dochází k redukci obsahu v těch předmětech, které jsou zaměřeny na osvojování pohybových dovedností. Zde má zvláštní postavení předmět *Tělesná výchova tedy Tělesná a sportovní výchova*. Žáci s tělesným postižením mají v rámci inkluzivního vzdělávání předmět zdravotní tělesná výchova, která je charakteristická tím, že se vypouštějí cvičení nevhodná při dané medicínské diagnóze a žákům se do předmětu zařazují taková cvičení, která mohou příznivě působit na jeho stav. Zdravotní tělesná výchova se pořádá ve zvlášť vytvořených skupinkách, však pokud se na základní škole nezorganizuje zdravotní tělesná výchova, tak žák s tělesným postižením by neměl být vylučován u účasti na hodinách tělesné výchovy s ostatními spolužáky. Účast je velmi důležitá, žák nebude realizovat všechna cvičení jako ostatní, bude je sledovat, provádět nenáročné pohyby nebo plnit úkoly podle pokynu učitele. Je to však individuální podle typu tělesného postižení. Co se týká přímo vyučovací hodiny, musíme zajistit především stabilitu polohy, ve které má žák vykonávat jisté činnosti a dbát předcházení námahy či lokální únavě svalů (Lechta, 2016).

3. TĚLESNÁ VÝCHOVÁ A ŽÁCI S DMD

Kapitola se bude zabývat problematikou hodin tělesné výchovy u žáků s DMD. Vysvětlení pojmu adaptivní výchova a aplikovaná tělesná výchova, jak by měl učitel TV přistupovat a jakých pravidel se držet u žáka s DMD v hodinách. Každý učitel tělesné výchovy, by měl ještě předtím, než začne s žákem s DMD pracovat, znát přesně jeho osobnost, schopnosti, čeho je ještě schopen, co se týká motorických dovedností, informovat se o jeho stavu, zda se u něho neprojevuji např.: emocionální problémy nebo problémy s chováním viz první kapitola. Především by se měl podílet na sestavení Individuálního vzdělávacího programu. Pod pojmem tělesná výchova rozumíme cílevědomou výchovnou a vzdělávací činnost působící na tělesný a pohybový vývoj člověka (Vilímová, 2002).

3. 1. ADAPTIVNÍ TĚLESNÁ VÝCHOVA

„Adaptivní TV je termín pro tělesnou výchovu, jejíž osnovy byly upraveny pro studenta se schopnostmi odlišnými od jeho vrstevníků. Využívá alternativních forem společných aktivit a alternativních zařízení a strategií, které umožňují maximální možné zapojení studenta s DMD.“ (Parent Project 2013, s. 19)

Je známo, že pohybová aktivita přispívá především ke zlepšení a upevnění zdraví člověka. Musíme však zdůraznit i aspekt sociální a psychický a to zejména v oblasti rozvoje poznávacích procesů (Karásková, 2005).

Cílem tělesné výchovy (která je součástí Aplikovaných pohybových aktivit) mládeže postižené různým oslabením – mentálním, smyslovým, tělesným, nebo zdravotním je vychovat i tyto postižené jedince pokud možno k nejvyššímu stupni tělesné zdatnosti a otužilosti, obratnosti a pohybovým dovednostem, dát jim možnost prožívat radost z pohybu ve vhodně připraveném prostředí a podmínkách, v kolektivu cvičenců stejně postižených, popř. i zdravých a dovést je k hygienickým návykům i k trvale dobrému vztahu k tělesné práci a k pohybu, ke cvičení a sportu, jakož i k tělovýchovným a sportovním zařízením a k přírodě (Švarcová, 2006).

Pro jedince se zdravotním postižením mají pohybové aktivity mimořádný význam, pomáhají rozvíjet nejen jejich motoriku a pohybové dovednosti, ale i úroveň jejich vlastností. Úkolem pohybové výchovy je prostřednictvím tělesných cvičení přispívat ke zmírnění důsledků zdravotního postižení. (Kursová, 2009).

3. 2. APLIKOVANÁ TĚLESNÁ VÝCHOVA

V dnešní době pracuje české školství stále častěji v multikulturním i jinak heterogenním prostředí, legislativa umožňuje integraci dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. To vše představuje pro pedagoga větší nároky a klade před něj nové a nové výzvy (Ješina, Kudláček a kol., 2011).

„TV chápeme jako subsystem tělocvičných aktivit. Tedy jako „sumu skutečně realizovaných tělesných cvičení“. Jsou tedy podskupinou pohybových aktivit, kterou můžeme analogicky chápat jako sumu skutečně realizovaných pohybových činností. Tělocvičné aktivity dělíme dle cíle, kterého má být dosaženo, na sport, tělocvičnou

rekreaci a TV“ (Ješina, Kudláček a kol. 2011, s. 7). Nyní se kapitola bude zabývat rozdílem mezi Aplikovanými pohybovými aktivitami a Aplikovanou tělesnou výchovou.

Problematikou osob se speciální vzdělávacími potřebami ve smyslu pohybových aktivit se zabývá především vědní disciplína, kterou u nás označujeme jako aplikované pohybové aktivity. Aplikované pohybové aktivity jsou definované jako mezipředmětová akademická disciplína zaměřená na identifikaci a řešení individuálních rozdílů v oblasti pohybových aktivit. Jde o profesi a akademickou disciplínu, které podporují postoj přijímání individuálních rozdílů, propagují přístup k aktivnímu stylu a sportu a také inovace a spolupráce v oblasti aplikovaných pohybových aktivit. Aplikované pohybové aktivity jsou například tělesná výchova, sport, rekreace či rehabilitace (Ješina, Kudláček a kol. 2011).

Jedna ze zakladatelek popisuje aplikované pohybové aktivity jako: „*Multidisciplinární teorii i praxi ve vztahu k celoživotní aktivitě jedinců se specifickými potřebami v aplikaci do všech životních sfér těchto jedinců*“ (Ješina, Kudláček a kol. 2011, s. 17). Mezi nejčastější oblasti zájmu aplikovaných pohybových aktivit se řadí adaptace prostředí (fyzického i psychosociálního), adaptace pomůcek, adaptace obsahu (kurikula), adaptace pravidel, adaptace vyučovacích postupů i metod. Svým působením přispívají aplikované pohybové aktivity k pozitivnímu ovlivnění celé společnosti a to jak v rovině kognitivní, postojové nebo dovednostní. Snaží se o celkový psychický, tělesný i sociální rozvoj všech stran zainteresovaných v procesu postupného začleňování jedinců z minoritních skupin obyvatelstva mezi intaktní populaci. Primárně se zaměřuje na osoby se speciálními potřebami (ve školním prostředí) a zabývá se jejich soužitím s majoritní skupinou obyvatel. Speciální potřeby se vztahují k jedinci, kterému má být poskytnuta specifická podpora. Ve školském prostředí pak hovoříme o dítěti, žákovi či studentovi se speciálními vzdělávacími potřebami, takže tím je myšleno jedince se zdravotním postižením, zdravotním či sociálním znevýhodněním. Stejně jako tělocvičné aktivity můžeme aplikované pohybové aktivity rozdělit na sport, TV a tělocvičnou rekreaci, však s akcentem na psychologicko – sociální rozměr uskutečňovaných tělocvičných aktivit, které mohou být i součástí komplexní rehabilitace. Jak bylo již uvedeno, aplikované pohybové aktivity se uplatňují v kontextu školní tělesné výchovy (Ješina, Kudláček a kol. 2011):

- Aplikovaná tělesná výchova na školách či ve třídách pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (oblasti speciálního školství)
- Aplikovaná tělesná výchova na běžných školách v integrovaném prostředí
- Zdravotní tělesná výchova na běžných základních školách i školách zřízených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami
- Rehabilitační tělesná výchova na základních školách speciálních

Nyní kapitola vysvětluje pojem aplikovaná tělesná výchova, zde vycházíme z faktu, že se vedle intaktních žáků, tedy žáku bez speciální vzdělávací potřeby, zaměřujeme především na žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Termín aplikovaná tělesná výchova je tedy širší vzhledem k tomu, že zahrnuje i aktivity segregovaného charakteru. *„Aplikovaná tělesná výchova představuje tělesnou výchovu s participací jednoho nebo více žáků se speciálními vzdělávacími potřebami s modifikací podmínek a obsahu ve vztahu k pohybovým aktivitám integrovaného, paralelního i segregovaného charakteru“* (Ješina, Kudláček a kol. 2011, s. 19).

Je zde důležité přizpůsobení podmínek, obsahu, a přístupu k žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. Učitel tělesné výchovy nesmí nikdy zapomínat, že je pedagogem všech žáků, tedy žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, ale i žáků bez speciálních vzdělávacích potřeb. Aplikovanou tělesnou výchovu je také možné charakterizovat jako vysokoškolský obor, jehož absolventi získávají legislativní a profesní kompetence k tomu, aby mohli učit tělesnou výchovu na prvním, druhém i třetím stupni všech typů základních škol a středních škol, včetně škol a tříd zřízených pro děti, žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami, také je možné aplikovanou tělesnou výchovu vnímat jako obsahový průsečík TV a speciální pedagogiky. Aplikovaná tělesná výchova nenachází jako termín oporu v zákonných nebo podzákonných normách, přesto představuje nadřazený termín integrativní tělesné výchovy, tělesné výchovy ve třídách nebo školách zřízených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Zdravotní tělesná výchova představuje alternativu pro tělovýchovný proces na běžných základních školách. Zdravotní tělesná výchova se tak zaměřuje na žáky se zdravotním znevýhodněním s cílem prevence zdravotních rizik, nenaplňuje shodné cíle jako

běžná tělesná výchova. Zdravotní tělesná výchova je realizována školou stejně jako rehabilitační tělesná výchova. Rehabilitační tělesná výchova je však realizována pouze na základních školách speciálních, které jsou primárně zaměřeny na žáky se středně těžkým (případně těžkým) mentálním postižením. Účastní se ji nejčastěji žáci s postižením s více vadami, především s kombinací s tělesným postižením. Hlavním úkolem rehabilitační tělesné výchovy je pozitivní působení na zdravotní stránku jedince. Dále máme ještě léčebnou tělesnou výchovu, tak však není realizovaná v rámci školní tělesné výchovy, ale ve zdravotnických zařízeních, hlavně pracovníky z oblasti fyzioterapie (Ješina, Kudláček a kol. 2011).

3. 3. INTEGRACE ŽÁKA S DMD DO HODIN TV

Pojem „integrace v tělesné výchově“ tedy začlenění žáku, znamená zařazení různých typů jedinců do společných forem TV. Začlenění je založeno na tom, aby žáci byli vzděláni a vychováváni společně v jedné třídě oproti odděleným třídám podle typů žáků. Jedním z hlavních předpokladů naplnění potřeb žáku se speciálními vzdělávacími potřebami je příprava pedagogických pracovníků pro práci s těmito žáky. Za stavu, kdy integraci podporují legislativní normy a školské systémy, je nezbytné, aby stávající i budoucí učitelé tělesné výchovy byli dobře připraveni k integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do hodin běžné školní tělesné výchovy. Největší skupinou žáků se speciálními vzdělávacími potřebami jsou u nás žáci s tělesným postižením. Právě v oblasti tělesné výchovy narazíme u těchto žáků na problémy, které vycházejí z charakteru postižení a náplně hodin tělesné výchovy. Je proto nutné respektovat určitá specifika integrace žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do hodin tělesné výchovy. Za prvé bychom si měli uvědomit, že integrace není vhodná pro každé dítě, a když se nepodaří uzpůsobit podmínky ve školní tělesné výchově, mohou integrační snahy negativně působit na žáky se speciálními vzdělávacími potřebami ale i jejich spolužáky, v neposlední řadě také učitelé TV od dalších pokusů. Integrace v tělesné výchově je bez nedostatečné podpory často pro učitele TV velmi náročná. V dnešní době je bohužel častá nedostatečná připravenost učitelů vyřešit zdárné začlenění žáku se speciálními vzdělávacími potřebami do hodin školní tělesné výchovy. V dnešní době máme však mnoho forem podpory, sem můžeme zařadit například osobní asistenci, vzdělání

učitelů, kompenzační pomůcky a dnes už také odborníky na speciálně pedagogické poradenství v kontextu TV (Ješina, Kudláček a kol. 2011). Je velmi důležité, aby se žák se svalovou dystrofií účastnil běžné TV, samozřejmě dokud to žákovi dovolí jeho zdravotní stav. Zapojení do pohybových aktivit v raných stádiích postižení pomůže žákovi vytvořit blízká přátelství, která přetrvávají i při zhoršení stavu (Kudláček a kol., 2013)

3. 3. 1. UČITEL TV A ŽÁK S DMD

Ještě než se bude práce zabývat žákem s DMD a tělesnou výchovou v praxi, je důležitá především podpora a připravenost učitelů TV, jak bylo již zmíněno. Učitel TV by měl být, především velmi dobře informován, v jakém stavu se právě nachází žák s DMD. Zde práce popisuje tři časové etapy z hlediska zdravotního stavu žáka s DMD (Parent Project, 2013):

- **Předškolní výchova a základní škola (od 3 do 7 let)** – Jak již víme z první kapitoly o Duchenneově svalové dystrofii, je diagnostikovaná obvykle ve věku mezi 3 a 7 lety. V počáteční fázi se mohou projevovat pohyby žáka pomalejší nebo více namáhavější než u ostatních žáků. Už zde jsou jasné tělesné změny, například rozšíření lýtkových svalů a chůze po špičkách, jejichž příčinou je tuhnutí šlach pat. Žák může mít problém se vstáváním ze sedu, důvodem je slabost svalů nohou.
- **Základní škola (od 7 do 11 let)** – Zde se nachází žák v tzv. „přechodné fázi“ Duchenneovy svalové dystrofie. Žákovy svaly na nohou dále slábnou, vznikají problémy s chůzí, stáním a udržení rovnováhy. Problém nastává při chůzi do schodů, žák není schopen vyjít schody a neměl by být k tomu ani motivován.
- **Druhý stupeň ZŠ a víceletá gymnázia (věk 12 plus)** – Zde bude žák s největší pravděpodobností již užívat vozík. Důvodem je úbytek sil kosterního svalstva, svaly žáka s DMD budou v dospívání nadále slábnout. Jedná se o vrcholnou fázi DMD, proto aktivity zahrnující pohyb paží, nohou neb trupu budou vyžadovat asistenci. V raném období většina žáku může používat

prsty, tedy obvykle mohou psát nebo používají PC. Pro starší studenty tedy 15 let a více mohou být ale i tyto úkony obtížné. Dochází ke zhoršení dýchací funkce a dýchání je pro žáky s DMD obtížnější. U žáku proto dochází k bolestem hlavy, duševní nepřítomnost, problémy s koncentrací a bdělostí během dne

Učitel TV by měl s těmito příznaky počítat a být velmi dobře informován o zdravotním stavu svého žáka. Také je důležité zmínit, aby byl žák osvobozen od školy v době chřipkových epidemií. Dále je důležité brát ohled, že žák bude mít v hodinách TV vozík, což může mít vliv na celkový průběh hodin TV. Ale existuje spousta způsobů a aktivit, jak žáka zapojit i s vozíkem, aby byl žák zapojen jak fyzicky tak sociálně (Parent Project, 2013). Efektivnost jeho práce je závislá na kvalitě jeho pedagogických dovedností, každý pedagog, který začíná svoji praxi, potřebuje náměty a inspiraci ke zdokonalování svých dovedností. Jedním ze základních předpokladů úspěšného výkonu práce pedagoga je vědět, co žákům pomáhá, bez ohledu na to, o jakého žáka se jedná (Fialová, 2010).

3. 3. 2. AKTIVITY PRO ŽÁKA S DMD

- Všechny aktivity by měly být přizpůsobeny tak, aby žák s DMD zažíval úspěch, nikoli tedy pouze proto, aby se mohl žák v omezené míře účastnit s ostatními. Snažit se zaměřit na to, aby se žák s DMD stal skutečnou a nedílnou součástí třídního kolektivu, výsledky pak budou mluvit samy za sebe.
- Aktivitu uzpůsobit, tak abychom předešli vyčerpání sil, zaměříme se tedy na aktivitu svalů, aby se udržela jejich pružnost.
- Posilovací cviky mohou poškodit slabé svaly, žák s DMD by je neměl provádět.
- V aktivitách se zaměřit i na pravidelné protahování svalů na nohou. Žákovi svaly se postupně oslabují a zvládnutí námahy se proto stává obtížnější. To může vést až k tuhnutí svalů a zkracování šlach, tím dochází k další ztrátě mobility. Důležitá je zapojit protahovací cvičení. Pro žáka může být výborná pomůcka obrázková kniha se sadou různých protahovacích cviků.

- Protahovací cviky jsou pro žáky s DMD zvláště důležitá, především protahování chodidel, tedy kotník a pata – Achillova šlacha, kolena – svaly stehien a podkoleních šlach a dále kyčle.
- Snažte se při vymýšlení aktivit pro žáka s DMD vyhýbat schodům. Jsou pro žáka nebezpečné, kvůli hrozcím pádům a zatěžují svaly. Proto raději využijte rampu či výtah, zda máte k dispozici. Nejlepší je ale vymyslet či vybrat činnost tak, aby žák nemusel měnit podlaží.
- Je velmi pravděpodobné, že žák s DMD bude při aktivitách pomalejší než jeho spolužáci, žák by měl být při aktivitách v řadě (had, vláček) první – aby mohl určovat tempo, nebo naopak ten, který nemění pozici a zůstává na stejném místě.
- Nezapojovat aktivity, při kterých žák musí vstávat z podlahy a ze sedu, je to pro žáka s DMD velmi těžké. Je dobré mít po ruce židli nebo nějaké jiné vyvěšené sedátko. Ostatní spolužáci mohou mít dostupnost sedátka pro svého spolužáka na starost.
- V žádném případě by žák s DMD neměl chodit žádné dlouhé vzdálenosti.
- Dobré je, když si spolužáci a ostatní studenti mohou vyzkoušet na vlastní kůži některé z problémů, jimž běžně čelí žáci s DMD. Zadejte ostatním žákům např.: cvičení v běhu a skákání se závažím nebo obručí navléknutou na nohy.
- Velice dobré je pro žáky s DMD plavání, kdy nemusí bojovat proti gravitaci a mohou používat více síly přímo k pohybu. Díky plavání se zlepšují plicní funkce a je také skvělou příležitostí, jak si zablnout s přáteli a spolužáky bez obav ze ztráty rovnováhy. Plavání je nezbytnou součástí hodin TV.
- Mezi výborné pomůcky při aktivitách může patřit také odrážecí skútr nebo tříkolka, pouze však v počátečních stadiích nemoci, mohou sloužit k udržení tempa se spolužáky.
- Při aktivitách jako je baseball, fotbal či kopaná atd. je dobré upravit velikost hracího pole. Menší hrací pole znamená pro žáka s DMD velký rozdíl v náročnosti hry. Aktivity upravíme tak, aby

se výrazně snížila překonávaná vzdálenost. Žákovi se bude dařit soutěžit lépe.

- Dobré je, když se při aktivitách a práci se s žákem s DMD vystřídají jako pomocníci všichni spolužáci. Hodně studentů bude k této úloze tíhnout přirozeně. Je dobré se ujistit, zda žádný ze spolužáků není pomocníkem příliš dlouhou dobu, měli bychom rozdělovat povinnosti.
- Snažíme se při aktivitách dělit třídu na menší týmy nebo skupiny s měnícím se obsazením, každému ze studentů to tak umožní se účastnit upravených i neupravených aktivit.
- Velmi oblíbený je „Scooter-boarding“. Žáci se mohou střídat v roli řidiče s chlapce s DMD. Nohy žáka s DMD jsou slabé a je třeba věnovat této úloze větší pozornost. Pokud je možné ke skútru připojit pojízdné desky, použijte dvě, aby měl žák s DMD místo k odpočinku pro nohy.
- I poté co žák s DMD dosáhl fáze používání vozíku, měl by samozřejmě pokračovat v účasti na TV. Existuje pro žáka výborná aktivita, jako je bezbariérový fotbal. K vozíku připojíme klec nebo otevřenou krabici, tak aby šlo zachytit a nasměrovat míč. Takto můžeme k vozíku připojit i hokejku. Díky tomu to vylepšení si žák s DMD může uchovat aktivitu a zapojit se do hry.
- Žák s DMD může při TV fungovat jako „pomocník“ při různých činnostech. Zapojit ho můžeme jako např.: rozhodčího, komentátora. Při těchto činnostech je důležité, abychom se ujistili, zda si žák s DMD nepřipadá v izolaci a cítí se součástí týmu.

Důležitou roli při TV hraje alternativní vybavení, to žákovi umožňuje co nejspokojivější zapojení. Níže jsou uvedena vybavení, které se zaručeně osvědčily. Snažíme se zaměřit na podporu nápadu od všech studentů.

- Místo baseballových a softballových míčků zkusíme použít plastový perforovaný míček, který je lehčí, pomalejší a lépe se sleduje. Při volejbale, fotbale či jiné hře, která vyžaduje větší míč,

zvolíme plážový nafukovací míč, protože je lehký, snadno se s ním hází i kope a nebolí, když ho žák špatně chytí.

- Klasické dřevěné pálky radši necháme ležet a použijeme pálky plastové, vyrobené z lehkého plastu. Dokonce se dají použít i pálky pěnové. Pěnové válečky do vody, zkrácené na vhodnou délku, jsou pro odpalování někdy ideální.
- Skvělou pomůckou jsou bowlingové rampy. Ty využijeme jak pro bowling, tak pro hod na kuželky vhodným míčem z výšky. Rampy se vyplatí, jsou snadno použitelné a dají se jednoduše upravit pro požadovaný účel.
- Frisbee se dá použít místo koule pro různé verze fotbalu, baseballu, bowlingu či golfu. Existuje i široká škála velikostí a váhových variant, k dostání jsou dokonce Frisbee vyrobená z látky nebo pěny.
- Pro hry či aktivity založené na házení a chytání je výborný míček nebo míč připojený k lanku, které je ukotveno k tyči ve volném prostoru. Míč se tak pohybuje více přímo, žák s DMD ho může hodit, nebo odpálit s větší přesností, aniž by musel tolik bojovat s gravitací.
- Když dáme žákovi čas navíc při práci s odpalovací pálkou při odpalu z nadhozu nebo z letu, pomůžeme mu tak, aby se opravdu dobře srovnal a připravil linii švihů.
- Pomůcka EZ Rope je švihadlo, které není v oblouku spojené, tudíž se nemusí skutečně přeskakovat. Žák s tímto švihadlem může rytmicky točit a přeskakovat v rytmu vlastních možností, případně pouze švihadlo roztáčet a neskákat vůbec. Srdeční frekvence a dýchání se bude zrychlovat, aniž by byly zatěžovány svaly.

V dnešní době se hodně prosazuje a je velice efektivní přístup pro žáky s DMD, který se nazývá „Peer Mentoring“, což znamená, že spolužák, jiný žák (nejčastěji starší) z jiné třídy, nebo dokonce ze sousední školy, nabízí pomoc jako pomocník žáka s DMD a zaměřuje se na tuto roli v průběhu nadcházejícího jednoho školního roku. Je to dobrovolný akt. Je možné podobný program vytvořit. Díky tomu

zjistíte, že mnoho studentů bude rádo, když bude moci přispět k zlepšení života jiného dítěte (Parent Project, 2013).

3. 4. INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN A ŽÁK S DMD

„Individuální vzdělávací plán je závazný pracovní materiál sloužící všem, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání integrovaného žáka“ (Kudláček in Zelinková, 2013, s. 32). Studijní plán je tvořen v rámci IVP – (Individuální vzdělávací plán) zástupci školy, lékařem, rodiči a učiteli TV. Studijní plán adaptivní TV je výsledkem tohoto týmu. Školy v různých státech používají různá označení týmu IVP. Například: Tým pro evaluaci studentů, Multidisciplinární tým nebo Tým pro revizi rozhodnutí o přijetí a vyloučení studentů. Učitelé tělesné výchovy ale i ostatní pracovníci školy mohou co nejvíce usnadnit příchod do prostředí TV. Nejlepší způsob jak začít, je uspořádat schůzku s rodiči studenta a všemi zúčastněnými učiteli ještě před nástupem žáka do školy a otevřeně prodiskutovat jeho možnosti a omezení. Úvodní setkání pomůže při budoucích rozhovorech s žákem a jeho rodiči po celý rok. První setkání je ideálním okamžikem k vytvoření týmu učitelů a dalších odborníků ve škole, kteří budou společně zajišťovat žákovi potřeby v průběhu celého roku. Tento úkol musí plnit celý tým, nikoliv jednotlivci (Parent Project, 2013).

Každý žák má ze zákona právo na účast v hodinách TV. *„ Federální zákon (USA) č. 94142 stanovuje, že všechny děti bez ohledu na hendikepy a zdravotní stav mají nárok na bezplatné a odpovídající vzdělání“* (Parent Project, 2013, s. 33). Někteří žáci s DMD potřebují pouze malou pomoc při tělesných aktivitách a zajištění přístupu, někdy však jejich stav vyžaduje další přizpůsobení a úpravy, které by mu pomohly k aktivní roli v rámci jeho vlastního vzdělání. To je okamžik, kdy je potřeba individuální vzdělávací plán. Individuální vzdělávací plán je plán, který žákovi s DMD přináší speciální program vzdělávání. Je navržen tak, aby měl žák s DMD z osnov výuky prospěch a co nejvíce se spolu se spolužáky účastnil. Klíčovou roli při tvoření IVP má právě učitel TV, protože je v pozici jednoho z nejbližších pozorovatelů žakových kognitivních a fyzických schopností. Dále jak již kapitola zmiňuje, tvoří IVP rodiče žáka, školní zástupci, poradce pro adaptivní výuku a certifikovaný fyzioterapeut. Úkolem fyzioterapeuta je hodnocení

doporučených plánovaných aktivit. Učitel tělesné výchovy není odpovědný za lékařská rozhodnutí (Parent Project, 2013).

IVP určuje v obrysech měřitelné cíle a podrobně se zabývá tím, co se očekává, že se žák v průběhu daného školního roku naučí. Cíle musí být navrženy tak, aby vyhovovaly aktuálním potřebám žáka, ty vyplívají ze žákova zdravotního stavu. Cíle je třeba navrhnout tak, aby se žák mohl co nejvíce zapojit do výuky podle běžných osnov a měl v rámci běžné výuky výsledky. Aktuální informace o výsledcích žáka s DMD by měly být poskytovány rodičům pravidelně během celého školního roku. IVP je flexibilní dokument a může být v případě potřeby žáka měněn, aby pomáhal vhodně reagovat na žákovy potřeby a zaručoval, že žák s DMD bude dosahovat ve vzdělání pokroků. Musí být revidován alespoň jednou za rok. Potřeby žáka s DMD je třeba přehodnotit nejméně jednou za tři roky. Vzhledem k progresivní povaze onemocnění DMD by měla komunikace mezi rodiči, učiteli a zástupci školy, probíhat neustále. Žákovy měnící se tělesné potřeby by měly být přehodnocovány každých šest měsíců. Pro většinu chlapců s DMD je účast na výuce v běžné třídě tou nejméně omezující možností. Nejméně omezující možností je takové prostředí, ve kterém žák s hendikepem může dostat kvalitní vzdělání zdarma a v podmínkách, které odpovídají jeho vzdělávacím potřebám za přítomnosti na výuce s vrstevníky bez postižení v maximálně možné míře. V některých případech patří mezi důležité úkoly týmu IVP také doložení potřeby dodatečné služby, protože její neposkytnutí by mohlo vést k vyloučení žáka z běžné třídy. Žák s DMD může potřebovat i tyto ale i další související služby: přeprava, fyzioterapie, ergoterapie, řečová terapie, poradenství, sociální služby, služby podporující a korigující vývoj, asistenční pomůcky a technologie (Parent Project, 2013).

PRAKTICKÁ ČÁST

4. CÍLE A VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Hlavním cílem této bakalářské práce, je za použití metody přímé práce s žákem, a následného popsání jeho případové studie, vytvořit šest pracovních metodických listů, které budou moci využívat učitele TV na běžných základních školách (první stupeň) pro integrované žáky s progresivní svalovou dystrofií. Dílčí cíle:

1. Vytvořit náplň šesti vyučovacích hodin TV se zapojením integrovaného žáka s Duchenneovou svalovou dystrofií.
2. Následná evaluace a ověření vybrané hodiny v hodinách TV.
3. Kazuistika integrovaného žáka, jeho subjektivní názor na hodinu TV.

4. 1. METODOLOGIE

Z metodologického hlediska jsem pro výzkum použila kvalitativní přístup, formu případové studie, za použití následujících metod:

- polostrukturovaný rozhovor
- analýza dokumentů (lékařské zprávy, zpráva z psychologického vyšetření, speciálně pedagogická diagnostika)
- zúčastněné pozorování
- přímá práce

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 2005, s. 50).

Jak sem již uvedla pro výzkum bakalářské práce je použita metoda případová studie, jde tedy o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. Podle Hendla (2005) v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. V této práci se zaměřím na případovou studii konkrétního chlapce s diagnózou DMD, který v září 2016 nastoupil povinnou školní docházku na běžné základní škole. Kvůli zachování anonymity, jsem změnila jméno chlapce.

Existuje několik typů případové studie: Osobní případová studie, studie komunity, studium sociálních skupin, studium organizací a institucí a zkoumání událostí, rolí a vztahů. V této bakalářské práci bude využita osobní případová studie. „ *Jde o podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby. Pozornost se věnuje např. minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určité události (užívání drog, rozvod). Zkoumají se možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, jež k ní měly vztah. Může jít také o zachycení celého života*“ (Hendl, 2005, s. 105).

Vždy je důležité, že v případové studii badatel usiluje o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí. Úkolem je získání velkého množství údajů z řady rozmanitých zdrojů, nejedná se tedy o jednotlivou techniku ale o skutečnou výzkumnou strategii. Klíčové jsou tedy i všechny formy pozorování a rozhovoru, analýza dokumentů atd. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007). Pro sběr dat do případové studie sem vycházela především z polostrukturovaného rozhovoru. Jedná se o rozhovor, při kterém je stanovena základní obsahová schéma a několik základních otázek, ostatní otázky vznikají během rozhovoru (Gavora, 2008). Rozhovor proběhl s rodiči chlapce, s třídní učitelkou, speciální pedagožkou školy a s chlapcem. Všechny rozhovory se konaly v prostředí školy.

4. 2. PŘÍPADOVÁ STUDIE

Jméno: Pavel

Pohlaví: chlapec

Věk: 7 let

Diagnóza: Progresivní Svalová dystrofie – Duchenneova typu, delece 66 exonu MKN- (G71-G72)

Rodinná anamnéza: Chlapec žije v úplné rodině. Oba rodiče jsou zdraví. Matce je 38 let, má středoškolské vzdělání, nyní pracuje jako kuchařka v mateřské škole. Otcí je 40 let, má středoškolské vzdělání, ještě loni byl zaměstnaný jako automechanik, od září tohoto roku opustil zaměstnání, aby mohl být osobním asistentem ve škole pro svého syna. Otec je zde většinu času – čtyři až pět hodin denně, sedí na chodbě třídy a pomáhá svému synovi se sebeobsluhou, doprovod do školní jídelny, obsluhuje schodolez, doprovod na WC, pomoc při svačině o

přestávkách a příprava pomůcek na další hodinu, také se účastní mimoškolních akcí. Chlapec má mladší sestru -6 let. Sestra je zdravá. Je velmi šikovná. Mají spolu výborný vztah. Sestra chlapci pomáhá, nebere ho jako nemocného. V rodině se nikdy dříve neobjevila tato diagnóza. Chlapec je první z rodiny. Nyní matka i chlapcova sestra navštěvují různá vyšetření v Praze. Ženy jsou přenašečky této nemoci.

Osobní anamnéza: Pochází z matčiny první gravidity. Chtěné dítě, těhotenství proběhlo bez komplikací, na chlapce se oba rodiče velmi těšili. Porod proběhl bez komplikací v daném termínu. Poporodní adaptace proběhla v pořádku. Chlapec prodělal ve třech letech zápal plic, od té doby nikdy nedostal teplotu. Žádné jiné závažné onemocnění. Rodiče ale i dětská lékařka začali pozorovat problémy s chůzí. Ve čtyřech letech diagnostikovaná – progresivní svalová dystrofie Duchennova typu (delece 66 exonu). Jeho zdravotní stav se od té doby stále zhoršuje. Velké problémy má s hrubou motorikou, již od školky. K zápisu šel chlapec ještě bez vozíku, od první třídy však musí využívat ke svému pohybu vozík. Díky kortikoidům, které chlapec užívá, přibývá na váze. Nyní se jeho váha pohybuje okolo 40 kilogramů. Nyní nový lék, kortikoidy – Calcort. Velmi prospěšný, chlapec je poslední měsíc stále na stejné váze.

Školní anamnéza: Chlapec ve třech letech začal navštěvovat běžnou mateřskou školu v místě svého bydliště. Již zde začaly problémy s hrubou motorikou, malinko opožděný i mentálně. Školka zajistila osobního asistenta, který chlapci pomáhal se sebeobsluhou, chůzí ze schodů, do schodů apod. Chlapec měl v mateřské škole spousta kamarádů. Však poslední půl rok mateřské školy osobní asistent musel odejít a škola nesehnala jiného. Chlapec musel z mateřské školy odejít, přání mateřské školy. V šesti letech chlapec začal navštěvovat běžnou základní školu v Náchodě. Škola spolupracuje s SPC - Janské Lázně, dojíždí do školy jednou za půl roku. Tato škola již v minulosti přijala chlapce s progresivní svalovou dystrofií. Jsou zde bezbariérové úpravy. Vchod, schodolez – velmi starý (jídelna v prvním patře), speciální lavice, pomůcky. Je zde třídní učitelka, asistentka pedagoga a chlapcův osobní asistent (otec). Chlapcova výuka probíhá podle IVP. Od první třídy má chlapec svoji speciálně upravenou lavici (vpředu), do které se pohodlně vejde se svým vozíkem. Používá PC, v němž má nainstalovaný program pro výuku matematiky – metoda prof. Hejného a program Smart notebook. Ve třídě je společně s chlapcem 25 dětí. Ve třídě je na vozíku jediný. Ve třídě je výborné sociální klima. Děti berou chlapce jako každého z nás. Nikdy neproběhl žádný

konflikt, posměchy apod. Chlapec má ve třídě své oblíbené kamarády. O přestávkách je většinou chlapec pouze u své lavice a spolužáci si s ním chodí povídat. Třídní učitelka vše konzultuje s asistentkou, s rodiči, poskytuje informace ostatním vyučujícím a dalším pedagogickým i nepedagogickým pracovníkům školy. Podporuje začlenění chlapce do života školy, zpracovává IVP a vyhodnocuje efektivitu dosud volených výchovně – vzdělávacích postupů. Asistentka pedagoga je s chlapcem nepřetržitě v hodinách, konzultuje s učiteli individuální práci, podílí se na sestavování IVP, konzultuje nezbytné informace s třídní učitelkou, rodiči – domácí úkoly, pomůcky atd. Ve výuce upevňuje pracovní i sociální návyky, sebekontrolu, podporuje samostatnost, sleduje úroveň pochopení úkolu a podněcuje pozornost. Dále se chlapci věnuje speciální pedagog školy. Ten se také podílí na sestavení IVP, 1 vyučovací hodina týdně (reedukace), zde se snaží s chlapcem rozvíjet sluchové vnímání př.: „marťanská řeč“, rozvíjení matematických představ – číslice, množství, postřehování písmen a slabik, upevňování písmen, cvičení paměti.

Chlapec se pod vedením asistentky snaží zvládnout učivo vycházející z požadavků vzdělávacího programu Základní škola.

Komunikace, řeč: Chlapec navštěvuje logopeda. Problém s vyslovováním písmenka ř, jeho vyslovování je pomalejší – horší motorika mluvidel i čtení je pomalejší, čte po slabikách. Stále si plete b a d, hlavně při čtení, používá abecední pomůcky. Při psaní používá tabulku psacího písma, jelikož si hůře vybavuje některé tvary písmen. V písemném projevu nerozlišuje hranice slov a objevuje se to, i že v půli slova napíše velké písmeno. Je velmi komunikativní, rád se baví s ostatními.

Sebeobsluha: Chlapec je odkázán na pomoc druhých. Nyní ještě hodně věcí zvládne s dopomocí. Potřebuje pomoc při oblékání, stravování – nenakrájí si jídlo, ale sám zvládne jíst, udrží i láhev. Čištění zubů zvládá sám, sestra mu však musí dát zubní pastu na kartáček. Vše se mu musí připravit dopředu. Na WC je však plně odkázán na svoji rodinu, asistenta. Plínu sám odmítá. Orientace v prostorách školy atd. je u chlapce možná pouze s osobním asistentem, či rodičem.

Motorika: Chlapcova hrubá motorika se postupem času stále zhoršuje. Od šesti let je odkázán na mechanický vozík. Jeho svaly stále ochabují. Chlapec se z vozíku sám nezvedne, když si však najde správnou polohu, udrží se par vteřin na nohou. To se však stále zhoršuje. Při TV zvládne s pomocí válet sudy, většinou je ale sám s asistentem a provádějí rehabilitační cvičení. Jemná motorika je velmi oslabena a činnosti mu déle trvají. Dokáže však sám psát (úchop tužky je křečovitý), kreslit, o

pracovních činnostech a výtvarné výchově se aktivně účastní všech činností jako je vytrhávání, stříhání, modelování či malování. Doma využívá PC. Chlapec ráno před odchodem do školy používá pro cvičení motoped, který má rodina doma. Jedná se o starší typ, rodina si ho musela financovat sama. Odpoledne cvičí chlapec rehabilitační cviky s matkou. Jednou za dva týdny návštěva rehabilitace v místě bydliště. Doma mají také perličkovou koupel.

Sociální oblast: Chlapec je velmi přátelský, milý, empatický ale náladový. Jeho výkony jsou proměnlivé, záleží na jeho naladění. Pokud je unavený, je hodně pasivní, tempo práce je velmi pomalé a nechce se mu nic dělat, je mu vše jedno. Dokonce i doma nechce hrát na svém oblíbeném PC. Někdy je rád sám. Jsou dny, kdy je dobře naladěný a práce jde od ruky. Často se rád mazlí. Má svého nejlepšího kamaráda, který je o dva roky starší než on, také se svalovou dystrofií.

Denní režim: Denní režim je u chlapce každý den stejný. Ráno vstává společně se svojí sestrou a jde si zacvičit na motoped. Poté mu rodiče pomáhají s jídlem, oblékáním a výpravou do školy. Ve škole chlapec tráví čtyři až pět hodin denně. Nenavštěvuje školní družinu či jiné kroužky. Odpoledne tráví nad domácími úkoly, jelikož je jeho tempo pomalé, trvá mu plnění domácích úkolů dlouho. Když má, však úkoly hotové rád tráví čas hraním her na PC. Je to jeho nejoblíbenější činnost, zde tráví svůj veškerý volný čas.

Prognóza: Co se týká chlapcova dalšího vzdělávání, je důležité, aby dále navštěvoval běžnou základní školu- socializace. Důležitá pomoc asistentky a využívání osobního asistenta, zadávání individuální obtížnosti úkolů, aby splnění přinášelo motivaci pro další práci. Větší tolerance při hodnocení, hodnocení splněných úkolů, nehodnotit to, co se neplnilo, zadávání jednodušších činností, dále používání pomůcek – PC. Více se opírat o zrakové vnímání- zraková kontrola, názornost. Jeho úkoly rozfázovat na dílčí části, ověřovat zda ví, co se po něm žádá, redukovat množství zadaných úkolů ve škole i v domácí přípravě. Poskytnutí dostatku času na vypracování úkolů, cvičení i na jeho odpověď. Respektovat pomalé psychomotorické tempo a nástup únavy. Střídat ve škole činnosti, dle možnosti zařadit relaxační chvílky. Větší zpětná vazba, dohled, podpora, povzbuzení. Jeho nemoc postupuje přesně podle „knihy“, nechat chlapce dělat to, co ho baví – PC.

4. 3. HLAVNÍ ČÁST

V hlavní části bakalářské práce jsou vytvořeny metodické listy s aplikovanými pohybovými aktivitami pro učitele TV, kteří mají ve své třídě žáka s DMD (na vozíku). Každý pracovní list se skládá z názvu aktivity, jejího popisu náročnosti, počtu hráčů, pro které je určena, místa konání, předpokládaného času, pomůcek, které potřebujeme k dané aktivitě, cílům a popisu aktivity. Všechny aktivity jsou koncipované do hlavní části hodin TV a učitel tak může zapojit žáka s DMD do aktivit s ostatními spolužáky. Před každou aktivitou sdělí učitel TV jasná pravidla a především dbá na bezpečnost při jejich realizaci. Žáci včetně chlapce s DMD by se měli rozcvičit a protáhnout. Pokud zpozorujeme větší únavu chlapce s DMD, měli bychom ho nechat odpočinout, nenutíme ho do těchto aktivit.

4. 3. 1. PRACOVNÍ LIST Č. 1

Název: Aplikovaný fotbal

Náročnost: Méně náročné na organizaci a přípravu, více náročné pro žáka s DMD

Počet hráčů: 14 hráčů (dvě skupiny, 6+1)

Místo: Tělocvična, hřiště – čím menší hřiště, tím lepší

Čas: 2x15minut

Pomůcky: Fotbalový míč, píšťalku, otevřenou krabici, provázek (pevnější), kterým připevníme krabici k vozíku žáka

Cíl: Zapojení žáka s DMD do kolektivu, rozvoj postřehu, účast žáka s DMD v kolektivní hře, zažití pocitu úspěchu a vyrovnání se s neúspěchem (prohra), empatie a tolerance spolužáků

Popis: Rozdělíme žáky na dva týmy, v každém týmu bude šest hráčů do pole a jeden brankář (žák s DMD). Žákovi na vozíku připevníme pomocí provázku k vozíku otevřenou krabici. (Uděláme otvor do horní části krabice, kterým protáhneme provázek a připevníme k vozíku, délka provázku cca max. 1m...) Tím se žák s DMD zapojí do kolektivu a stane se jedním z hráčů – brankář. Před zahájením hry vysvětlí učitel všem žákům pravidla a stává se zároveň rozhodčím hry. Pravidla jsou stejná, jako u malé kopané. Žák s DMD má svůj vymezený prostor – brankoviště (nutno předem vymežit – provázek, křída apod.), v němž se může volně pohybovat i s brankou. Veškeré jeho zpracování míče je pomocí rukou. Pro brankaře protihráčů platí stejná pravidla jako pro žáka s DMD, liší se pouze tvarem a materiálem branky. Družstvo protihráčů má klasickou branku pro malou kopanou. Odměnou je radost ze hry.



4. 3. 2. PRACOVNÍ LIST Č. 2

Název: Boccia pro malé

Náročnost: Méně náročné na organizaci a přípravu, méně náročné pro žáka

DMD

Počet hráčů: Neomezeno (X týmu po 3. hráčích)

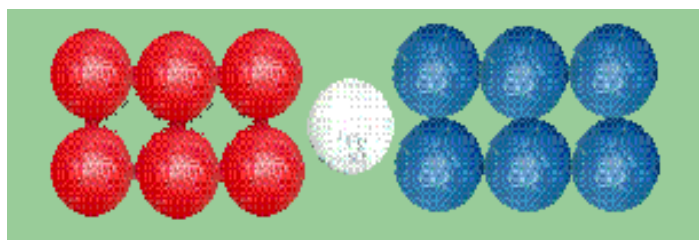
Místo: Tělocvična

Čas: 30 minut

Pomůcky: Míčky různé barvy (každé družstvo má svou barvu), Jack – malý bílý míček

Cíl: Zapojení žáka s DMD do kolektivu, procvičení a zapojení horních končetin žáka s DMD, empatie a tolerance spolužáků

Popis: Rozdělíme si žáky do skupin (max. 3 žáci ve skupině). Vytyčíme si hřiště, využijeme čáry na podlaze tělocvičny. Důležité je vytyčení pole, kde má každý hráč své místo a odkud vhazuje. Každá skupina má míčky stejné barvy. Před zahájením hry seznámí učitel žáky s pravidly. Roli rozhodčího přebírá učitel a zároveň před každou novou hrou vhazuje Jacka do hřiště – rozehrává hru. Každý žák drží míček své barvy a postaví se do svého hracího pole. Rozestavení hráčů je střídavé př.: žák s modrým míčkem, žák s červeným míčkem, žák s modrým míčkem, žák s červeným míčkem atd. Začíná žák, který vyhrál losování (kámen, nůžky, papír) a následně pokračují žáci v pořadí střídavě. Smyslem hry je umístit, co nejvíce míčků své barvy blíže bílému míčku – Jackovi, nežli je míček soupeře. Žák s DMD vhazuje míček sám, jako všichni ostatní žáci.



4. 3. 3. PRACOVNÍ LIST Č. 3

Název: Závodivé štafety

Náročnost: Více náročné na organizaci a přípravu, náročnější pro žáka s

DMD

Počet hráčů: sudý počet

Místo: Tělocvična

Čas: 15 až 20 minut

Pomůcky: Medicinbal, basketbalové míče, volejbalové míče, píšťalka

Cíl: Zapojení žáka s DMD do kolektivní hry, zapojení horních končetin žáka s DMD, spolupráce v družstvu, důvěra ve spolucvičence, budování kladného sebezpečí, zvyšování sebedůvěry, získání kladného vztahu k pohybovým aktivitám, empatie a tolerance spolužáků

Popis: Rozdělíme žáky do stejně početných družstev. V této aktivitě máme tři bodované úkoly. Pomocí míče vyznačíme metu, kterou musí žáci oběhnout.

První úkol: Na povel píšťalky, se co nejdříve mají žáci dostat k metě. Žák s DMD plní úkol sám, metu objede na vozíku a předá „babu“ dalšímu. Ostatní žáci úkol plní taktéž, ale aby si vyzkoušeli, obtížnost úkolu pro žáka s DMD, mají stížený úkol – běh s medicinbalem. Družstvo, které jako první úkol splní, získává bod.

Druhý úkol: Připravíme si slalomovou dráhu (míče ve vzdálenosti metr a půl od sebe, přizpůsobíme velikosti vozíku). Na písknutí učitele žák s DMD projede dráhu slalomem, ostatní žáci si dají mezi kolena volejbalový míč a dráhou proskáčou, aniž by jim spadl. Družstvo, které jako první úkol splní, získává bod.

Třetí úkol: Žáci driblují s basketbalovým míčem k metě a zpátky, žák na vozíku veze míč v klíně, který mu nesmí spadnout na zem. Družstvo, které jako první úkol splní, získává bod. Vyhrává ten tým, který má nejvíce bodů.



4. 3. 4. PRACOVNÍ LIST Č. 4

Název: Hra s míči v kruhu

Náročnost: Méně náročné na organizaci a přípravu, více náročnější pro žáka s DMD

Počet hráčů: Neomezeno

Místo: Tělocvična

Čas: 15 minut

Pomůcky: Molitanové míčky

Cíle: Přesnost a rychlost reakce, rozvoj motoriky horních končetin, zapojení žáka s DMD do kolektivu, empatie a tolerance spolužáků

Popis: Žáci sedí v kruhu společně s žákem s DMD. První žák má v levé ruce molitanový míček, přehodí si jej do pravé ruky a předá míček sousedy po pravé ruce do jeho levé ruky, postup se opakuje, dokud se všichni hráči v kruhu nevystřídají. Postupně přidáváme do hry více míčků, které si žáci přehazují. Míče se nesmí dohonit. Obměna – na předem dohodnutý signál př.: tlesknutí, písknutí se mění směr předávání míčů.



4. 3. 5. PRACOVNÍ LIST Č. 5

Název: Kuželky

Náročnost: Méně náročné na organizaci i pro žáka s DMD

Počet hráčů: Neomezeno

Místo: Tělocvična

Čas: 15 až 20 minut

Pomůcky: 9 plastových kuželek, molitanový míček, tužka a papír

Cíl: Zapojení žáka s DMD do kolektivu, účast žáka s DMD v kolektivní hře, zažití pocitu úspěchu a vyrovnání se s neúspěchem (prohra)

Popis: Rozdělíme žáky na dvě stejně početná družstva. Připravíme kuželky a vyznačíme metu, z které žáci hází. Pravidla hry: Každý z družstva má jeden hod, počítá se a jeden z družstva zapisuje počet spadlých kuželek. Vyhrává družstvo s největším počtem zásahů. Ve stavění kuželek se střídají hráči z družstva. Žák s DMD hází z kratší vzdálenosti než jeho spoluhráči. Kuželky nestaví.



4. 3. 6. PRACOVNÍ LIST Č. 6

Název: Hra na „Jelena“

Náročnost: Méně náročné na organizaci a přípravu, méně náročné pro žáka s DMD

Počet hráčů: Neomezeno

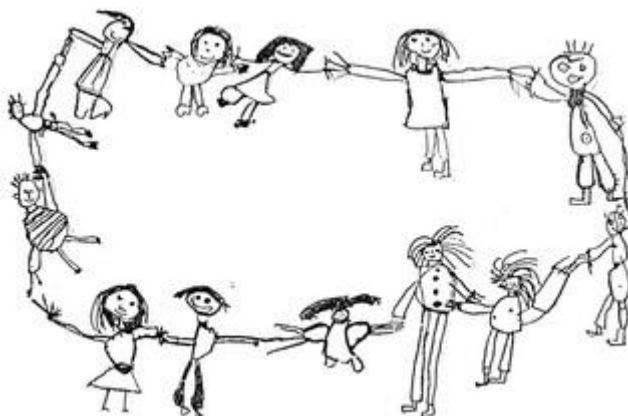
Místo: Tělocvična

Čas: 10 minut

Pomůcky: Papírový terčik na zavěšení vyrobený z krabice, provázek, molitanový či plážový nafukovací míč (menší velikost).

Cíl: Zapojení žáka s DMD do kolektivu, prožití radosti ze hry, sounáležitost ke skupině, rozvoj motoriky horních končetin, empatie a tolerance spolužáků, důvěra ve spolucvičence (sám s omezením uprostřed v kruhu)

Popis: Žák s DMD má zezadu vozíku, na držadlech zavěšený papírový terč. Žáci stojí v kruhu a jeden žák uprostřed. Žák uprostřed je „Jelena“, kterého se ostatní snaží vybít pomocí molitanového nebo plážového nafukovacího míče. Žáci si přihrávají po kruhu, musí si vzájemně nabíjet. Jestliže mají nabito, mohou „Jelena“ vybít. Pokud ho trefí, vymění si „Jelena“ s dotyčným hráčem místo. Pokud „Jelena“ vybijí žák s DMD, jde doprostřed on. Spolužáci ho však mohou vybít pouze tehdy, když trefí terčik zavěšený na zadní straně vozíku.



4. 4. HODNOCENÍ VYBRANÝCH AKTIVIT

Zde popisuji hodnocení aktivity č. 1 a aktivity č. 6. Každá aktivita byla realizována v jiné hodině TV. V obou hodinách dodržela paní učitelka strukturu hodin TV. Hodiny vždy začaly krátkou aktivitou na rozběhání (hra na babu), dále následovala rozcvička, která byla zaměřena na procvičení svalových partií, které děti potřebovaly v hlavní části hodiny. Obou úvodních aktivit se žák s DMD nezúčastnil. Rozvíčoval se s osobním asistentem – otcem v předsálí tělocvičny. Prováděli rehabilitační cviky na žíněnce. V hlavních částech obou hodin (20 až 30 minut) proběhly obě uvedené aktivity, kterých se již žák s DMD aktivně účastnil. V závěru hodin si děti zahrály rychlou vybíjenou. Závěrečných aktivit se chlapec s DMD nezúčastňoval. Závěrečných 5 až 10 minut bylo využito k přesunu chlapce z tělocvičny do třídy a přípravě na další hodinu.

Na aktivitu č. 1 bylo v hodině TV přítomno 21 žáků včetně chlapce s DMD. Chlapec s DMD byl od rána v dobré náladě a nestěžoval si na únavu, jako jiné dny. Byl velmi rád, že se zúčastní aktivity s ostatními dětmi. Pořád se mě vyptával, jaká bude jeho pozice ve hře a hrozně se zajímal o to, co bude dělat. Ostatní děti nijak nedávaly najevo, že by nechtěly chlapce ve hře, naopak chlapcovi „lepší“ kamarádi se radovali, že bude hrát s nimi. Paní učitelka byla mile překvapena z reakce chlapce i ostatních dětí. Sama přiznala, že je lepší, když je chlapec s ostatními dětmi a ne sám s asistentem. Při hře byl chlapec aktivní, nestěžoval si na únavu či podobné věci. Občas jsem musela chlapci pomoci, branka z otevřené krabice vyjízďela z brankoviště. Z aktivity jsem měla dobrý pocit, především z radosti chlapce s DMD. Chlapcův tým prohrál, špatná nálada z prohry se však u chlapce neprojevila, pouze takové menší „klučičí“ zklamání.

Aktivita č. 6 probíhala v počtu 23 žáků společně s chlapcem s DMD. Do této aktivity byli zapojeni všichni žáci. Chlapec byl od rána špatně naladěný, stěžoval si na únavu, proto jsem měla trochu obavy z aktivity. Když však zjistil, že bude hrát hru společně s ostatními, jakoby „ožil“. Sám mi řekl, že se moc těší. Ostatní spolužáci ho s radostí vzali mezi sebe. Nejvíce však „zabodoval“ terčík, který měl chlapec přivázaný na zadní straně vozíku. Chlapec si připadal důležitý a byl rád, že je středem pozornosti, pořád se usmíval. Několikrát se dostal k tomu, že mohl sám střílet míčem na „Jelena“. Jelikož jsem vybrala molitanový míček menší velikosti,

nebyla pro něho střelba problémem, avšak přesnost hodů již byla horší. Ostatní spolužáci však chtěli, aby se chlapec stal „Jelenem“, kvůli trefování do terčíku. Chlapec byl velmi rád, když mohl být v kruhu, pro ostatní spolužáky nebylo jednoduché trefit do terčíku, protože chlapec byl aktivní a velmi rychle se s vozíkem otáčel. Všichni se u této hry velmi nasmáli, nevšimla jsem si žádného žáka, který by projevoval negativní pocity. Chlapec nebyl po této aktivitě nijak unavený ani udýchaný. Tato aktivita mi udělala velikou radost, především radost ze zapojení žáka s DMD. Paní učitelka měla radost společně s dětmi, snad v těchto aktivitách bude pokračovat.

Podle polostrukturovaného rozhovoru s chlapcem, jsem vyvodila jeho subjektivní názor, chlapec byl nadšený ze zapojení do kolektivu při aplikovaných aktivitách v hodinách TV. Byl mnohem radši s ostatními dětmi, především se svými „nejlepšími kamarády“. Velmi ho aktivity bavily a necítil se unavený.

Výše uvedené aktivity lze úspěšně realizovat pouze za splnění daných podmínek:

1. informovanost pedagoga o zdravotním postižení a stavu žáka
2. připravenost pedagogů k integraci žáka se SVP
3. respektování specifík integrace žáka se SVP do hodin TV
4. využít možnosti osobní asistence, kompenzačních pomůcek a speciálně pedagogické poradenství v kontextu TV

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala aplikovanými pohybovými aktivitami žáka s progresivní svalovou dystrofií v hodinách TV na běžné základní škole. V teoretické části se práce zaměřuje na problematiku DMD, její definici, popis a vymezení. Především popisuje specifika žáka s DMD v běžné základní škole. Zabývá se možnostmi vzdělávání žáků s DMD a jejich integrací do hodin TV v běžné základní škole.

Práce vznikla použitím případové studie, polostrukturovaného rozhovoru a přímé práce s chlapcem s DMD, bylo vytvořeno šest pracovních listů pro učitele TV v běžné základní škole, kteří mají ve své třídě žáka s DMD (na vozíku). Každý pracovní list se skládá z metodického návodu, jak přesně postupovat při realizaci pohybových aktivit v hodinách TV. Všechny aktivity jsou koncipované tak, aby je mohl učitel využít v hlavní části své hodiny. Aktivity, které byly vytvořeny, jsou zaměřeny na zapojení žáka s DMD do kolektivu v hodinách TV a zapojení - aktivizaci jeho horních končetin, což je u těchto dětí velmi důležité.

Práce hodnotí dvě vybrané aktivity – Bezbariérový fotbal a hru na „Jelena“. Realizace obou aktivit byla velmi úspěšná. Žák s DMD byl nadšený, především z toho, že se zapojil do kolektivu mezi ostatní děti. Myslím si, že chlapcovi nevadila prohra či drobné neúspěchy, ale především byl šťastný, že může hrát stejné hry, jako ostatní. Sám hodnotil svou účast při hrách velmi kladně a byl rád, že nemusí hodiny TV trávit s asistentem mimo kolektiv spolužáků. Sama mám z aktivit a jejich provedení velikou radost a doufám, že paní učitelka využije i nadále těchto metodických listů pro svou další práci. V dnešní době inkluze je velmi důležité, aby učitelé měli zájem a snahu o to, aby žáci se znevýhodněním měli v běžné základní škole více možností zapojení se do kolektivu, protože těchto dětí bude v běžné základní škole stále přibývat.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

POUŽITÁ LITERATURA

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2007, 247 s. ISBN 978-80-7315-158-4.

BARTOŇOVÁ, M, VÍTKOVÁ M, BOČKOVÁ B, et al. *Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma: Inclusion in schools and society as an interdisciplinary issue*. Brno: Masarykova univerzita, 2015, 363 s. ISBN 978-80-210-8093-5.

FIALOVÁ, Ludmila. *Aktuální témata didaktiky: školní tělesná výchova*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 9788024618548.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 9788022323918.

HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. *Zředěný život: léčebné, psychosociální a vzdělávací aspekty progresivních onemocnění*. Praha: Somatopedická společnost, 2011, 259 s. ISBN 978-80-904464-1-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.

JEŠINA, Ondřej a Martin KUDLÁČEK. *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2738-6.

KARÁSKOVÁ, Vlasta. *Kapitoly z teorie a didaktiky aplikované tělesné výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 134 s. Sborníky. ISBN 80-244-1078-8

KUDLÁČEK, Martin. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 9788024439389.

KURSOVÁ, Vlasta. *Rozvoj zdraví a integrace osob s mentálním postižením pomocí cílených pohybových aktivit: ověřený intervenční pohybový program*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009, 225 s. ISBN 978-80-7394-198-7.

LECHTA, Viktor. *Inkluzivní pedagogika*. Praha: Portál, 2016, 463 s. ISBN 978-80-262-1123-5.

MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999. ISBN 80-7067-981-6.

OPATŘILOVÁ, D. *Analýza současného stavu inkluzivního vzdělávání v České republice u jedinců s tělesným postižením v předškolním a základním vzdělávání*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5030-3.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vyd. [i.e. Vyd. 5.]. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073674168.

ŠMARDA, J. *Biologie pro psychology a pedagogy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 424 s. ISBN 80-7178-924-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, 198 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073673130.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026206965.

VILÍMOVÁ, Vlasta. *Didaktika tělesné výchovy*. Brno: Paido, 2002. Edice pedagogické literatury. ISBN 8073150336.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 7., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. Jessenius. ISBN 9788073451301.

VONDRÁČEK, P., PETRÁSKOVÁ, P. *Zlatý standard péče o pacienty s DMD/BMD*. Parent Project, 2007. ISBN 978-80-254-0433-1.

Diagnostika a léčba svalové dystrofie typu Duchenne: příručka pro rodiny. Broumov: Parent Project, 2011. ISBN 9788025494165.

Na vzdělání záleží, Adaptivní tělesná výchova: Průvodce o DMD pro učitele tělesné výchovy. Broumov: Parent Project, 2013. ISBN sine

POUŽITÉ ELEKTRONICKÉ ZDROJE

Eurogentest – *Informace pro pacienty a rodiny* [online]. Last changed: 2. 6. 2017 [cit. 2. 1. 2017]. Dostupné na World Wide Web:<http://www.eurogentest.org/patient/info/public/unit6/patients_czech.xhtml>.

Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních [online]. MŠMT ČR. [cit 3. 2. 2017]. Dostupné na World Wide Web:<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf>.

Vyhláška o vzdělání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných [online]. MŠMT ČR. [cit 3. 2. 2017]. Dostupné na World Wide Web:<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf>.