

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

Zařazení žáka s tělesným postižením do školní tělesné výchovy
(pilotní studie)
Diplomová práce
(Bakalářská)

Autor: Martin Dostál, studium ATV
Olomouc 2011

Tato bakalářská práce je jedním z výstupů projektu Speciálně poradenského centra aplikovaných pohybových aktivit CZ.1.07/1.2.00/14.0021, podporovaného ESF a rozpočtem ČR.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod vedením Mgr. Ondřeje Ješiny, Ph.D. Uvedl jsem všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 21. 7. 2011

.....

Děkuji Mgr. Onřeji Ješinovi, Ph.D. za pomoc a cenné rady, které mi poskytl při zpracování bakalářské práce.

Jméno a příjmení autora: Martin Dostál

Název závěrečné bakalářské práce: Zařazení žáka s tělesným postižením do školní tělesné výchovy (pilotní studie)

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2011

Abstrakt: Problematika uvolňování žáků z hodin tělesné výchovy na základních školách je stále aktuálnější. Postoje lékařů a pedagogů jsou při zařazování žáků s tělesným postižením rozdílná a spolupráce mezi pedagogy a lékaři při rozhodování o zařazení žáka s tělesným postižením do hodin školní tělesné výchovy je minimální. Cílem této práce je poukázat na prospěšnost spolupráce pedagogů a lékařů při rozhodování o zařazení žáků s tělesným postižením do tělesné výchovy.

Klíčová slova: integrace, žák s tělesným postižením, tělesná výchova, aplikované pohybové aktivity a sport

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Martin Dostál

Title of the thesis: Integration pupil with physical disability to physical education in the elementary school (pilot study)

Department: Department of adapted physical activity

Supervisor: Mgr. Ondřej Ješina, Ph. D.

The year of presentation: 2011

Abstract: The problem in releasing of children with disability from physical education is still topical problem. The attitudes of the doctors and educators are at integration pupils with physical disability different. Collaboration between educators and doctors in decision about integration pupil with physical disability to physical education in the elementary schools is very low. The aim of the work is to highlight the expediency of the collaboration between educators and doctors in decision about integration pupil with physical disability to physical education.

Keywords: inclusion, pupil with physical disability, physical education, adapted physical activity and sport

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Obsah

Úvod.....	7
1 Přehled poznatků.....	8
1.1 Rozdělení TP	8
1.2 Aplikované pohybové aktivity	10
1.3 Integrace do školní TV.....	13
1.3.1 Školská integrace.....	13
1.3.2 Školní TV.....	15
1.3.3 Realizace integrované školní TV	16
2 Cíle bakalářské práce.....	18
3 Metodika práce.....	19
3.1 Metoda anamnéza.....	19
3.2 Metoda dotazovací.....	20
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	21
3.4 Postup práce	22
4 Výsledky a diskuse práce.....	24
4.1 Základní anamnéza vybraného žáka s TP integrovaného do hodin školní TV	24
4.2 Výsledky rozhovorů s lékaři.....	26
4.3 Výsledky anketního šetření	30
5 Závěr.....	33
6 Souhrn.....	34
6 Summary	35
7 Referenční seznam	36
8 Přílohy	37

Úvod

V naší práci, která je pilotní studií, se chceme zaměřit na problém komunikace s odborným lékařským pracovníkem ve vztahu zařazení žáka s tělesným postižením, dále jen „žáka s TP“, do hodin školní tělesné výchovy, „dále jen TV“. Při představě žáka s TP, si mnoho lidí vybaví dítě na ortopedickém vozíku s různým druhem postižení. Málokoho by napadlo, že toto dítě by se mohlo účastnit hodin TV stejně jako ostatní jeho spolužáci. Chtěli bychom poukázat na častý problém, kterým je uvolňování žáků s TP z hodin TV na základních školách.

Jedním z důvodů častého osvobození žáků s TP mohou být postoje pedagogů nebo rodičů, ale často také nedostatečné kompetence dětských lékařů při zpracovávání podkladů pro osvobození žáků s TP z hodin TV. V naší práci se chceme tímto fenoménem zabývat a naznačit případné řešení a doporučení pro praxi.

Téma jsem si vybral na základě vlastní zkušenosti, kdy jsem působil na jedné nejmenované základní škole jako řadový učitel TV a měl jsem zájem na umožnění integrace žáka s TP do hodin TV. Tato integrace se zdařila, ale komunikace mezi dětským lékařem, rodiči a školou byla složitá. Z tohoto důvodu jsme zvolili dané téma a v naší práci bychom chtěli na problémy, které vznikly nebo mohou vzniknout poukázat.

1 Přehled poznatků

Tělesné postižení nelze chápat pouze jako postižení pohybového aparátu, je třeba na něj nahlížet z širšího hlediska. Pro účely školní TV ale nejen pro ně, je vnímat to co žák dokáže, ne to co nedokáže. Tedy věnovat se schopnostem, které žák s TP má a ty rozvíjet a zdokonalovat. Kudláček a Ješina (2008) nahlíží na žáky s TP jako na žáky se specifickým pohybovým projevem a přihlížejí ke kladným schopnostem žáků s TP, (např. když žák není schopen pohybu bez vozíku, zaměříme se na to, jak dobře se pohybuje na vozíku a tuto činnost dále rozvíjíme).

1.1 Rozdělení TP

Ve školním prostředí se nejčastěji setkáváme s žáky s diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnou, rozštěpy páteře, poúrazové stavy páteře, progresivní svalová dystrofie, amputace a různé vývojové vady, Ješina, Kudláček a kol. (2011). V naší práci se budeme zabývat nejčastějším typem postižení u žáků s TP a tím je dětská mozková obrna, „dále jen DMO“. Jedná se o rané poškození mozku, které může vzniknout před porodem, během porodu a po porodu do 1 roku života. Porucha se projevuje jako omezení hybnosti, narušení vývoje hybnosti, může dojít i k poruchám řeči, sníženým rozumovým schopnostem, epileptickým záchvatům, k poškození motoriky a celkovému narušení pohybového vývoje, Renotiérová (2006). Kudláček a Ješina (2008) uvádějí, že DMO je neprogresivní a nestacionární postižení centrálního nervového systému vedoucí k poruchám volní hybnosti, parézám nebo mimovolním pohybům. Renotiérová (2006) rozděluje DMO na dvě formy, formu spastickou a nespastickou. Dle Kudláčka a Ješiny (2008, 15) rozdělujeme DMO dle třech základních kritérií: „a) nervosvalové (spastické a nespastické); b) topografické (diparéza, hemiparéza, kvadruparéza); c) funkčně sportovní (třídy CP-ISRA od nejtěžších forem CP 1 až po nejlehčí CP 8)“. Funkčně sportovní klasifikace umožňuje sportovcům určitého stupně neurologického postižení spravedlivě soutěžit v určité disciplíně. Mají možnost se poměřovat s jedinci se stejnou nebo podobnou úrovní neurologických schopností.

Ve školní TV nám funkčně sportovní rozdělení umožňuje lepší pohled na jedince s postižením a je pro nás jednodušší určit, které pohybové aktivity, jsou pro jedince spadajícího do určitého funkčně sportovního profilu vhodné.

Dalším druhem postižení může být rozštěp páteře (spina bifida), jedná se o vrozenou vývojovou vadu. Dle Sherrill (2004) se jedná po DMO o nejčastější formu vrozeného tělesného postižení. Jedná se o výhřez míchy v oblasti bederní páteře, vypadající jako nádor pokrytý tenkou kůží. Rozdělujeme tři druhy rozštěpů a) spina bifida occulta, b) meningomyelokéle, c) meningokéle Kudláček a Ješina (2008). Míra postižení je dána rozsahem rozštěpu, rozsah může být tak velký, že dojde k úplnému ochrnutí dolních končetin. Osoby s rozštěpy páteře jsou vhodnými adepty na zapojení nejen do školní TV, ale i do sportovního odvětví v rámci sportovních organizací, Kudláček a Ješina (2008).

Dalším druhem tělesného postižení, se kterým je možné se na základních školách setkat je progresivní svalová dystrofie. Jde o postupné ochabování svalstva. Kudláček a Ješina (2008) uvádějí, že svalová dystrofie patří mezi primární svalová onemocnění, začínající nejčastěji v dětství, méně často v pubertě, vzácně v dospělosti. Existují dva základní typy - sestupný typ začíná na svalstvu pletence ramenního a sestupuje na horní končetiny, na svalstvo trupu, na bederní svalstvo, na svalstvo pletence pánevního a na svalstvo dolních končetin, vzestupný typ začíná většinou na svalstvu pletence ramenního a na bederním svalstvu a šíří se směrem na horu. Děti s tímto postižením by se měly účastnit veškerých možných pohybových aktivit, které jim umožňuje jejich zdravotní stav. Sherrill (2004) uvádí, že děti se svalovou dystrofií by se měly účastnit běžné tělesné výchovy, dokud jim to jejich zdravotní stav dovolí. Děti by se měli seznámit s aktivitami, kterým se mohou věnovat i v pozdějších stádiích onemocnění Kudláček a Ješina (2008).

Dále může dojít k ochrnutí následkem úrazu nebo onemocnění. Ve většině případů se jedná o poškození míchy v určité oblasti. Dle výše léze rozeznáváme několik typů ochrnutí Kudláček a Ješina (2008). Při poškození míchy v bederní oblasti dojde k částečnému ochrnutí dolních končetin k tzv. paréze. Při poranění v horní bederní oblasti a hrudní oblasti dochází k úplnému ochrnutí dolních končetin tzv. paraplegie. Poškození míchy v krční oblasti znamená úplné ochrnutí tzv. kvadruplegie. Kudláček a Ješina (2008) uvádějí že, ochrnutí je vždy horší v nižších partiích rukou (prsty a zápěstí) než v horních (ramena), postižení bývá i v oblasti břišní a zádové. Kudláček a Ješina (2008) uvádějí ještě méně časté postižení tzv. kvadruparézu. Jedná se o částečné ochrnutí horních i dolních končetin.

Dalším poúrazovým postižením je amputace končetin. Jedná se o výrazné omezení pohybových schopností. Kudláček a Ješina (2008) uvádějí, že amputační pahýl je v definitivním stavu odolný, výkonný a dobře pohyblivý. Odolnost pahýlu je závislá hlavně na kvalitě a umístění operačních jizev.

1.2 Aplikované pohybové aktivity

Aplikované pohybové aktivity jsou organizací EUFAPA (2006) definovány „jako mezipředmětová akademická disciplína zaměřená na identifikaci a řešení individuálních rozdílů v oblasti pohybových aktivit, jedná se o profesi a akademickou disciplínu, které podporují postoj přijímání individuálních rozdílů, propagují k aktivnímu životnímu stylu a sportu a také inovace a spolupráci v oblasti APA.“ Dle Kudláčka a Ješiny (2008), se jedná o kinatropologickou vědní disciplínu, která má vliv na celkový psychický, fyzický a sociální rozvoj člověka. Ješina, Kudláček a kol. (2011, 18) definují APA na základě zahraničních pohledů jako „kinantropologickou multidisciplinární vědní disciplínu, která se zabývá zkoumáním modifikace podmínek a obsahu, ale i dalších činitelů (žák a pedagog) výchovně-vzdělávacího procesu s cílem zlepšení kvality života osob se speciálními potřebami a integrace těchto jedinců mezi intaktní populaci prostřednictvím činností pohybového charakteru“. Ješina, Kudláček a kol. (2011, 17) uvádějí, „že v anglické terminologii APA znamená Aapted Physical Activity (pozn. modifikované/adaptované pohybové aktivity)“. Ješina, Kudláček a kol. (2011) uvádějí, že v České republice je pojem aplikované pohybové aktivity zaveden od roku 1991 prof. Hanou Válkovou. Jednou z myšlenkových zakladatelek dle Ješiny, Kudláčka a kol. (2011) je Claudine Sherrill.

Aplikované pohybové aktivity můžeme rozdělit dle subsystémů tělocvičných aktivit na sport, tělesnou výchovu a tělocvičnou rekreaci (Ješina, Kudláček a kol, 2011). Modifikací pohybových aktivit vytvoříme podmínky pro účast osob se speciálními potřebami v různých pohybových programech, není vždy důležité jedince zcela integrovat, ale zapojit ho pomocí různých modifikací do pohybových aktivit jak uvádí Kudláček a Ješina (2008). Při zapojování jedince se speciálními potřebami musíme respektovat možnosti jedince a možnosti skupiny. V rámci školní TV jak uvádí Ješina, Kudláček a kol. (2011) se jedná o realizaci APA v kontextu aplikované tělesné výchovy v oblasti speciálního školství, ve školách či ve třídách pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Na běžných základních školách se jedná především o realizaci integrované školní TV. Ješina, Kudláček a kol. (2011) dále poukazují na

zdravotní TV na běžných základních školách, i školách zřízených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a na rehabilitační TV na základních školách speciálních.

Realizace APA v kontextu sportu je dle Ješiny, Kudláčka a kol. (2011) v rámci sportovních organizací osob s mentálním postižením (celosvětově zastřešující organizace SOI či hnutí INAS – FID), v rámci sportovních organizací osob se zrakovým postižením (zastřešující IBSA), v rámci sportovních organizací osob se sluchovým postižením (CISS), v rámci sportovních organizací osob s tělesným postižením (IWAS).

Vzhledem k zaměření práce na problematiku zařazení žáka s DMO do školní TV, vybrali jsme základní informace ke sportovním činnostem právě této cílové skupiny. Tyto jsme doplnili o další možnosti sportovních aktivit, vše s ohledem na specifika zkoumaného žáka. APA osob s DMO jsou realizovány prostřednictvím paralympijských sportů, ve kterých sportovci soutěží na letních a zimních paralympijských hrách. Největším a nejpobulárnějším sportem je královna sportů – atletika. Atletika je součástí letních paralympijských her od roku 1960 a v současnosti v ní soutěží muži i ženy v různých kategoriích. Někteří sportovci soutěží na vozících někteří s protézami. Sportovci soutěží ve třídách rozdělených v disciplínách na základě funkční klasifikace, která se průběžně upravuje, tak aby umožnila co největší zapojení sportovců. Při sportu se řídíme především rozdělením CP dle funkční klasifikace (CP1-CP8), musíme si uvědomit, že se nabídka aktivit bude výrazně lišit u CP1 a u CP8, kde u CP1 nabídka bude výrazně omezena a naopak u CP 8 bude výběr aktivit dost široký a sportovec spadající do této kategorie bude moci vykonávat téměř všechny pohybové aktivity bez větších modifikací.

Dalším velmi pobulárním sportem na letních paralympijských hrách je basketbal na vozíku. Tento sport je určen osobám na vozíku, mužům i ženám. Tým je sestaven z pěti hráčů, kteří mají přiděleny body (od 0,5 do 4,5) na základě jejich funkčního potenciálu (míry postižení). Počet hráčských bodů na hřišti nesmí překročit 14,5 bodu. Cílem hry je vstřelit protihráčům co nejvíce košů a zabránit jim v získání míče a vstřelení košů. Rozměry hřiště a košů jsou stejné jako u tradičního basketbalu. Součástí letních paralympijských her je i Boccia. Cílem tohoto sportu je umístit vlastní míčky co nejbližší vymezenému cílovému míčku, který se nazývá „jack“. Boccia je určena spastikům nebo vozíčkářům, kteří mají obdobné neurologické postižení. Muži a ženy soutěží společně v sedmi soutěžích (individuálních, párových a týmových). Jednotlivci a páry hrají na čtyři sety, týmy hrají na šest setů. Povrch musí být rovný a hladký, ideálně v tělocvičně.

Cyklistika je na paralympijských hrách relativně novým sportem, původně začali cyklistiku provozovat nevidomí sportovci na tandemech, ale nyní už je určena i pro sportovce s DMO, amputacemi či jiným tělesným postižením. Sportovci jsou rozděleni do kategorií dle funkční klasifikace. Podle funkčních možností používají sportovci kola, speciální tříkolky, tandemy nebo handbiky. Soutěže probíhají v kategoriích mužů a žen, na drahách a silnicích, v jednotlivcích i týmech, ve sprintu, stíhacím závodě a časovkách. Jedním z nejoblíbenějších a nejzajímavějších sportů na světě je fotbal. Ano i osoby s tělesným postižením mohou hrát fotbal. Tento paralympijský sport se jmenuje „FOTBAL PRO 7“, je určen hráčům s centrální poruchou hybnosti (CP/DMO), kteří hrají dva 30 minutové poločasy na hřišti, které je menší než u tradičního fotbalu. V tomto fotbale se nepoužívá pravidlo ofsajdu a postraní vhazování může být pouze jednou rukou. Spolu hrají hráči s různou mírou postižení, kteří mají přiděleny body na základě jejich funkčního potenciálu. Dalším ze sportů je volejbal vsedě. Cílem hry je stejně jako u volejbalu přehrávat míč přes síť tak, aby spadl na soupeřovu polovinu. Volejbal vsedě hrají sportovci s minimálním postižením, hráči musí mít po celou dobu hry pánev v dotyku s podlahou. Hřiště je menší a síť nižší, proto je volejbal vsedě rychlejší než normální volejbal. Dalším z halových sportů je rugby na vozíku. Rugby je kontaktní sport, určen pro ženy a muže s kvadruplegií. Cílem hry je překonat s míčem brankovou čáru protihráčů, ale přechod přes hřiště přináší řadu kolizí. Hraje se na hřišti o rozměrech basketbalového hřiště. Hraje se na čtvrtiny, jedna čtvrtina představuje 8 min čistého času. Na paralympijských soutěžích se hry účastní sportovci s různou mírou postižení, kteří mají přiděleny body na základě jejich funkčního potenciálu. Dalšími letními paralympijskými sporty jsou šerm na vozíku, tenis na vozíku, plavání, lukostřelba, judo, jachting, jezdeckví, sportovní střelba, veslování a vzpírání. Mezi zimní paralympijské sporty patří běžecké lyžování, které se řídí pravidly (s mírnými modifikacemi) mezinárodní lyžařské federace (Internationale Ski Federation – FIS). Stejně jako běžecké lyžování je FIS řídicí federací sjezdového lyžování opět s mírnou modifikací pravidel.

Dalšími zimními paralympijskými sporty jsou biatlon, curling vozíčkářů a sledge hokej. Výčet těchto paralympijských sportů demonstruje četnost sportů pro osoby s postižením. Některé lze snadno aplikovat přímo v rámci integrované školní TV, v aplikované tělesné výchově na speciálních nebo základních školách jako např. boccia, volejbal vsedě, nebo basketbal na vozíku.

1.3 Integrace do školní TV

Integrace je způsob zapojení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do vzdělávacích procesů a do běžných základních škol. Michalík (1996) označuje dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, pokud má poruchu učení, která vyžaduje speciálně pedagogické postupy, individuálně pro něj vytvořené. Průcha (1997) uvádí, že děti se speciálními vzdělávacími potřebami jsou míněny jednak ty děti, které jsou handicapovány nějakou formou tělesného, duševního, smyslového nebo řečového postižení, popř. nepříznivými podmínkami svého sociokulturního prostředí, děti s mimořádným nadáním a děti talentované. Michalík (2000) uvádí, že největší skupinu žáků se speciálně vzdělávacími potřebami, tvoří žáci s TP. Dle Ješiny, Kudláčka a kol. (2011) integrace v TV znamená zařazení různých typů jedinců do společných forem TV, které je založeno na filozofii, že by žáci měli být vzděláváni a vychováni v jedné třídě oproti odděleným třídám podle typů žáků.

Integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami není vždy vhodná, integrací nesmí utrpět integrovaný žák ani skupina, do které je integrován. Ješina, Kudláček a kol. (2011) uvádějí, že integrace není vhodná pro každé dítě a že pokud se nepodaří uzpůsobit podmínky ve školní TV, mohou integrační snahy nepříjemně působit na žáky se speciálně vzdělávacími potřebami, jejich spolužáky a odradit snahu učitele.

1.3.1 Školská integrace

Školská integrace je proces, ve kterém dochází k postupnému začleňování žáka s postižením mezi intaktní žáky v rámci běžné základní školy. Müller (2001) uvádí, že školská integrace je dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávacích situací. Pro toto pojetí užívá termín pedagogická integrace. Výchova a vzdělávání osob s tělesným postižením je doprovázena několika specifickými otázkami a problémy. Otázky tohoto typu mohou těžko zodpovědět běžní pedagogové, kteří mají ve třídě integrovaného žáka, nezodpovědí je ani rodiče, proto lze využít školských poradenských zařízení, kterými jsou pedagogicko – psychologické poradny a speciálně pedagogická centra.

Poradny se věnují především diagnostice a poradenství v oblasti specifických poruch učení a chování. Centra jsou zřizována při některých speciálních školách a zaměřují se na žáky s daným typem postižení. Müller (2001) uvádí systém školního poradenství, představované speciálně pedagogickými centry a pedagogicko – psychologickými poradnami. Dle Slowíka (2007) rodina a pedagogové mohou využívat služeb školských poradenských zařízení, kterými jsou pedagogicko psychologické poradny (PPP) a speciálně pedagogická centra (SPC). Dle Čadové (2008) začala SPC vznikat od roku 1991 na základě vyhlášky MŠMT ČR č. 399/1991 Sb. Obě poradenská zařízení úzce spolupracují, pomáhají škole a rodině s vytvářením a realizováním podpůrných prostředků ve výchově a vzdělávání žáka s tělesným postižením.

Mezi podpůrné prostředky ve výchovně vzdělávacím procesu řadíme, asistenta pedagoga, bývá ve třídě, kde je integrován žák s postižením. Müller (2001) uvádí zakotvení role tzv. podpůrného či druhého učitele ve třídě, v níž je integrován žák s postižením. Kudláček a Ješina (2008) uvádějí, že činnost asistenta pedagoga je potřeba především u žáka se zdravotním postižením integrovaného v běžné základní škole. Tento asistent pomáhá učiteli v odborných speciálně pedagogických činnostech u integrovaného žáka. Dle Kudláčka a Ješiny (2008) asistent pedagoga zajišťuje odborné speciálně pedagogické služby především u žáka integrovaného v běžné základní nebo střední škole.

Dalším podpůrným prostředkem je osobní asistent. Osobní asistent pomáhá žákovi integrovanému v běžné základní škole při samoobslužných činnostech. V českém prostředí osobní asistent, často bez legislativní ochrany, naplňuje obsahově práci asistenta pedagoga, Bartoňová a Ješina (in press). Dle Kudláčka a Ješiny (2008) se jedná o osobního asistenta, pomocného pracovníka, jehož cílem je zajistit pomoc při nezbytných samoobslužných činnostech žáka s postižením.

Dalším podpůrným a nezbytným činitelem je individuální vzdělávací program, který je vypracován na základě diagnostiky odborným pracovníkem poradenského zařízení, třídním učitelem, za spolupráce žáka s TP a jeho rodiny. Dle Kudláčka a Ješiny (2008) by měl být na základě diagnostiky, vytvořen skupinou odborníků ve spolupráci s rodinou žáka s TP i žákem samotným individuální vzdělávací program. Slowík (2007) uvádí, že škola vytvoří ve spolupráci se školským poradenským zařízením a rodiči žáka odpovídající individuální vzdělávací program. Českým problémem bývá absence TV jako součásti IVP. Bartoňová a Ješina (in press), v současné době se přípravou, realizací a evaluací IVP ve školní TV zabývá katedra APA na Fakultě Tělesné Kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Rehabilitační,

kompenzační a učební pomůcky jsou také nezbytnou součástí při výuce žáků s postižením. V běžných školách je jejich dostupnost mnohem menší než ve školách speciálních. To je zajiště i jeden z mnoha důvodů, proč na mnoha školách nejsou vytvořeny ideální podmínky pro výchovu a vzdělávání žáků s tělesným postižením.

Důležitou oporou pro integraci je legislativa, která představuje dle Ješiny, Kudláčka a kol. (2011) nejzákladnější normu každé společnosti. Těžko si lze představit, že vytváříte nějaká systémová opatření bez opory v zákonech dané země, Kudláček a Ješina (2008). Klíčovými zákony pro školskou integraci jsou zákony a vyhlášky, které určují vytvoření podmínek nutných k úspěšné integraci žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol. Nejdůležitějším zákonem je Zákon 561/2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). V tomto zákoně je mimo jiné uvedeno, že děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. Dalším důležitým zákonem je zákon, který určuje legislativní kompetence k vykonávání pedagogické profese a to na základě Zákona 563/2004 o pedagogických pracovnících. Na základě výše uvedených zákonů byla vydána vyhláška, která přesně, definuje problematiku školské integrace. Vyhláška 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.

1.3.2 Školní TV

Hodaň (2000) charakterizuje tělesnou výchovu jako druh tělocvičné aktivity s dominujícím formativním a vzdělávacím zaměřením, ve kterém prostřednictvím specifických prostředků spolupůsobí v procesu harmonického vývoje člověka tím, že zajišťuje jeho fyzický, psychický a sociální rozvoj, reprezentovaný fyzickou a psychickou výkonností a sociální přizpůsobivostí, odpovídající požadavkům aktivního života. Je přitom upevňováno zdraví, fyzická a psychická zdatnost, rozvíjeny pohybové schopnosti, dovednosti i morální kvality a schopnost navazování odpovídajících společenských vazeb. To vše představuje specifickou oblast celkové socializace a kultivace člověka, čímž jsou spoluvytvářeny všestranné předpoklady pro seberealizaci člověka odpovídající celospolečenským a individuálním zájmům. Kudláček a Ješina (2008) uvádějí, že TV bývala často chápána jako prostředek, který primárně slouží ke zvyšování motorické výkonnosti a je nutné formovat svoje myšlení, zájmy a aktuální jednání se společenskými trendy, především pak

legislativními, ekonomickými, sociokulturními, ale to vše v národním i mezinárodním měřítku. Bohužel je někdy kladen přílišný důraz na výkon. Kudláček a Ješina (2008) uvádějí, že pro svou krátkozrakost a zúženost takto zaměřeného jednání pak hrozí pozapomnění na komplexní přístup ke člověku jako bytosti žijící v širším sociálním prostředí se specifickými vrozenými dispozicemi na různém stupni rozvoje. Kudláček s Ješinou (2008) uvádějí, že je důležité využít prostředků tělesné výchovy pro rozvoj osobnosti žáků v rovině sociální, psychologické či zdravotní. V tělesné výchově se žáci mohou naučit komunikaci, spolupráci, zvyknou si reagovat ve zhoršených podmínkách, naučí se společně řešit problémy. Mezi hlavní cíle tělesné výchovy patří cíle zdravotní, výchovný a vzdělávací. Jak uvádí Ješina, Kudláček a kol. (2011), při tělesné výchově by měl být brán ohled spíše na jedinečnost a výjimečnost žáků, než na výkon každého žáka. Přesto přiznávají, že výkon ve školní TV může být dobrým motivačním prostředkem. Toto se nám však může zdát zbytečné v případě žáka s DMO. Učiteli TV nejde o to, aby hodil co nejdále míčkem, ale spíše jde o radost s aktivitu, o motorické kompetence, které se při nácviu hodů rozvíjejí, nejčastěji však může jít o to, aby „vůbec míček hodil“.

1.3.3 Realizace integrované školní TV

Při samotné realizaci integrované školní TV je potřeba vzít v úvahu několik faktorů, které integraci ovlivňují. Nejdůležitější roli sehrává žák samotný, zdali vůbec chce a má zájem se účastnit TV, jeho rodina a především rodiče, kteří na základě doporučení lékaře musí souhlasit s účastí žáka ve školní TV. Důležitou roli sehrává ředitel školy, který musí personálně a organizačně zajistit vzdělávání žáků se speciálními potřebami, zdali je potřeba asistent pedagoga, osobní asistent nebo zdali není potřeba asistent. Pedagogové, kteří se podílejí na vzdělávání daného žáka, především ve školní TV, ale i mimo v rámci jiných předmětů, by měli být seznámeni s druhem postižení, jeho projevy a kontraindikacemi a měli by dobře znát zdravotní i psychický stav žáka. Dále by měla fungovat komunikace mezi učitelem, žákem a rodiči. Spolupráce příslušného speciálně pedagogického centra v oblasti poradenství, zajištění potřebných pomůcek a diagnostiky při zařazování žáka do hodin TV. Forma integrace sehrává nemalou roli při samotné realizaci hodin tělesné výchovy. Zdali se jedná o individuálně paralelní účast v TV, tj. žák se účastní školní TV, ale má jinou náplň práce než spolužáci a plní své úkoly na stejném místě nebo v místě blízkém. Kudláček a Ješina (2008) uvádějí, že paralelní formou integrované školní TV, myslíme řešení rozdílných

pohybových činností s podobným nebo i rozdílným cílem než zbytek třídy na shodném nebo bezprostředně blízkém místě ve stejném čase. Podobnou formou může být individuální forma tělesné výchovy, která probíhá pro daného žáka s podporou asistenta pedagoga. Ve své podstatě to nelze brát jako integrovanou školní TV. Na rozdíl od paralelní formy nemusí probíhat na stejném nebo blízkém místě, jak uvádí Kudláček a Ješina (2008). Další realizovanou formou může být plně integrovaná školní TV, kdy žák plní stejné úkoly a cíle TV jako ostatní žáci, pouze dochází k modifikacím některých pohybových činností. Zde hovoříme dle Kudláčka a Ješiny (2008) o skupinové nebo hromadné formě integrované tělesné výchovy. Dalším důležitým faktorem jsou architektonické bariéry. Přístup do tělocvičny, vzdálenost tělocvičny od školy. Důležitým faktorem jsou sociální bariéry, žáků, spolužáků nebo učitelů. Realizaci integrované školní TV nesmějí utrpět ostatní žáci ani žák integrovaný. Kudláček a Ješina (2008) uvádějí, že při integraci nesmějí mít ostatní žáci pocit, že kvůli integrovanému žákovi přicházejí o plnohodnotné prožití školní tělesné výchovy. Patří sem také postojové limity některých osob vůči účasti osob s tělesným postižením v hodinách TV. A jedním z nejdůležitějších faktorů je tvorba individuálního vzdělávacího plánu pro tělesnou výchovu, je-li potřeba. Při realizaci integrované TV je důležitá iniciativa a odborná znalost učitele TV, pro kterého je to náročné organizačně zvládnout integrovanou hodinu TV. Za splnění těchto podmínek je možná realizace integrované školní TV, nemusí být splněny všechny najednou, ale měly by být splněny alespoň některé. Od toho se odvíjí kvalita integrované školní TV.

2 Cíle bakalářské práce

Cílem naší bakalářské práce je zjistit názory, zkušenosti a kompetence relevantních lékařských pracovníků na problematiku zařazení žáka s TP do hodin školní tělesné výchovy.

Dílčími cíly jsou:

- a) Nalézt vhodné nástroje a postup při získávání legitimního lékařského vyjádření pro učitele TV při komunikaci s pediatry.
- b) Ověřit tyto nástroje na základním vzorku lékařských pracovníků.

Z vytyčeného cíle vyplývají následující úkoly:

- a) Vymezení problematiky zařazování žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy, popsat specifika integrace, školní tělesnou výchovu, realizaci samotné integrované školní tělesné výchovy a popsat výhody a nevýhody při zařazení žáka s tělesným postižením do hodin školní tělesné výchovy.
- b) Kontaktovat vybraného žáka a jeho rodinu. Získat informace pro zpracování anamnézy žáka a na základě získaných informací a se souhlasem žáka a jeho rodiny zpracovat anamnézu vybraného žáka.
- c) Popsat postup při komunikaci s odpovědným lékařským pracovníkem, vést strukturovaný rozhovor s příslušným lékařem, zpracovat anketu, kterou předložíme příslušným lékařům.
- d) Analyzovat data získaná při rozhovoru s vybranými lékaři a data získaná z vyplněné ankety.

Naše práce by měla sloužit jako návod a doporučení pro praxi, při zařazování žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy. Tento materiál by měl sloužit jako podkladový materiál pro přípravu materiálů, které budou zaslány všem relevantním speciálně pedagogickým centřům.

3 Metodika práce

Při získávání informací a poznatků ke zpracování naší pilotní studie, jsem volil metodu anamnézy žáka s TP integrovaného do hodin školní TV. Dále metodu dotazovací - techniku rozhovoru a anketního šetření s vybranými lékaři. Řešení této bakalářské práce započalo již v roce 2008. Tyto techniky byly pilotně ověřeny na vzorku tří lékařských pracovníků.

Dále jsme hodlali pilotně ověřit anketu „Kontraindikací u vybraných sportovních aktivit“ vlastní konstrukce, viz. příloha V. Výsledky této ankety nejsou primární součástí této bakalářské práce. Hlavním důvodem byl fakt, že anketa byla ověřena na jednom ze tří lékařů cílové skupiny, avšak vzhledem k nedostatečným znalostem v oblasti možností zařazení žáka s TP do vybraných sportovních aktivit, nebyly výsledky možné využít. Přesto se domníváme, že v případě dostatečné kompetentnosti lékařských pracovníků může být tato anketa použita jako podpůrná technika při získávání vyjádření pediatrů, dětských rehabilitačních lékařů či sportovních lékařů o zařazení či osvobození z TV. K tomu se vyjadřujeme i v závěru práce a anketa je také součástí příloh práce.

3.1 Metoda anamnéza

Anamnéza se zabývá popisem jedince z hlediska jeho dosavadního života, jeho zdravotním stavem, psychickým stavem, rodinou. Situací v rodině, sourozenci, rodiči, způsobem vzdělávání. Anamnézu pro naši práci jsem tvořil ve spolupráci s matkou a s žákem s TP integrovaného do školní TV. Matka souhlasila s uveřejněním všech informací, které mi sdělila v této bakalářské práci, viz. příloha I. Sdělila mi veškeré potřebné informace, které jsou uvedené v anamnéze. S matkou byl veden strukturovaný rozhovor s předem připravenými otázkami, viz příloha IV. Zde byl zjištěn stav po narození, který je popsán v anamnéze žáka. Stav před chirurgickými zákroky a stav po nich. Dále forma vzdělávání a současný stav syna. Ve větší míře jsme se zaměřili na průběh před, během a po integraci do školní TV. Matka popsala situaci před integrací, co vše obnášelo z jejího pohledu zařazení jejího dítěte do školní TV. Jak to na ni působilo, a že prožívala počáteční strach o dítě. Dále je popsána spolupráce mezi lékaři a rodinou při rozhodování o zařazení žáka do hodin TV. Rehabilitační lékařka nejprve nechtěla integraci povolit, ale až na základě předložených pohybových aktivit, které by žák mohl v rámci školní TV absolvovat, vyhodnotila situaci, tak že integrace je možná a doporučila ji. Dále je popsána situace při docházce jejího syna na

hodiny TV a situaci po skončení integrace. Anamnéza by měla ukázat vhodnost nebo nevhodnost této integrace, na základě poskytnutých informací matkou žáka s TP integrovaného do školní TV. Dále by měla naznačit problematiku v komunikaci mezi lékaři a pedagogy při rozhodnutí o uvolnění žáka s TP z hodin TV a přínos integrace do školní TV, zda li byl a jaký z hlediska zdravotního stavu, psychického stavu. Zda li bylo nějak ovlivněno chování žáka doma nebo ve škole. Zda li se zdravotní stav zlepšil, zhoršil, nebo zůstal nezměněn.

3.2 Metoda dotazovací

V této metodě jsem volil dvě techniky. Techniku strukturovaného rozhovoru, který jsem si připravil a na základě předem připravených otázek jsem se dotazoval vybraných lékařů. Druhou technikou bylo anketní šetření, anketu vlastní konstrukce jsem předložil stejným lékařským pracovníkům, na základě vyhodnocených výsledků rozhovoru.

3.2.1 Technika rozhovoru

Strukturovaný rozhovor je rozhovor, ve kterém se tazatel ptá dotazovaného na předem připravené otázky. Strukturovaným rozhovorem se snažíme dosáhnout cíle, který je potřeba si před rozhovorem vytyčit a získat informace, které dokážeme poté použít pro další zpracování. Pro naši bakalářskou práci jsme se dotazovali dětských lékařů. Rehabilitační lékařky a dvou lékařek v oboru pediatrie. Snažil jsem se zjistit, jaké mají povědomí o problematice integrace žáků s TP do hodin TV a jak se staví k dlouhodobějšímu uvolnění z tělesné výchovy. Zda li by uvítali spolupráci pedagogů při rozhodování o zařazení či uvolnění žáka s TP z hodin školní TV. Dále strukturovaný rozhovor má posloužit jako prostředek osobního kontaktu s lékařem a vyslechnutí názoru odborníků v dětské medicíně a jejich postoj k problematice uvolnění nebo zařazení žáků s TP do hodin TV na základních školách. Tato metoda by měla prokázat problematickou komunikaci mezi lékaři a pedagogy a nastínit možnosti řešení tohoto problému. Dále by tato metoda měla prokázat špatný postoj rodičů a učitelů školní TV při rozhodnutí o dlouhodobém uvolnění žáka s TP ze školní TV. Přesné znění otázek strukturovaného rozhovoru, viz. příloha III.

3.2.2 Anketa

Anketní šetření je průzkum názorů a používá se většinou u malé cílové skupiny respondentů. Výběr respondentů je záměrný, v naší bakalářské práci jsme se zaměřili na dětské lékaře. Cílem ankety vlastní konstrukce je zjistit, zdali je z pohledu lékařů „vyřazení“ žáka s TP z hodin TV na základních školách vždy optimální řešení, na základě čeho se rozhodnou uvolnit dítě s TP z hodin školní TV a jaké mají povědomí o problematice sportu a pohybových aktivitách osob s tělesným postižením. Anketa byla předložena třem lékařkám, které mají zkušenosti s léčbou osob s TP a s uvolňováním dětí školou povinných ze školní TV. Anketou se chceme pokusit nastínit optimální řešení problematiky integrace žáků s TP do hodin školní TV a zjistit jaké by bylo optimální řešení z pohledu lékařských odborníků a zdali by byli přístupní spolupráci s pedagogy vyučující tělesnou výchovu nebo se speciálními pedagogy, případně pracovníky speciálně pedagogického centra, kteří by měli spolupracovat při integraci těchto osob s příslušnou základní školou. Anketa je vlastní konstrukce. Obsahuje čtrnáct otevřených i uzavřených otázek. První čtyři otázky jsou obecné a zjišťují základní identifikační data. Zbývajících deset otázek už je směřováno na danou problematiku. Anketa byla aplikována autorem práce přímo v ordinaci vybraných lékařských pracovníků. Přesné znění otázek ankety, viz. příloha II.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Prvním výzkumným objektem této pilotní studie je žák s TP integrovaný do školní TV, který je popsán v případové studii. Je to 11 let starý chlapec, který navštěvuje čtvrtou třídu běžné základní školy. V anamnéze jsem použil smyšlené jméno „Petr“. Petr má pravostrannou dětskou mozkovou obrnu. Veškeré údaje, které o Petrovi uvádím v této pilotní studii, jsou se souhlasem matky.

Dalšími výzkumnými objekty jsou odborní lékařští pracovníci. Pracovníci byli vybráni z blízkého okolí autorova bydliště. Dvě lékařky jsou obvodními dětskými lékařkami a jedna vybraná lékařka je odborná rehabilitační lékařka, která je ošetřující lékařkou Petra. V tabulce č. 1 jsou uvedeny základní údaje o vybraných lékařských pracovnících, lékařka A je dětská obvodní lékařka, lékařka B je druhá obvodní lékařka a lékařka C je rehabilitační lékařka. V prvním řádku je délka provozované praxe, druhý řádek vyjadřuje odpovědi „ANO x NE“ zkušenost s osobami s TP, třetí řádek vyjadřuje odpovědi „ANO x NE“ zdali se setkali s pojmem aplikované pohybové aktivity.

Tabulka č. 1: Výsledky první části ankety

Lékař	A	B	C
Délka praxe	8 let	15 let	14 let
Zkušenost s osobami s TP	ANO	ANO	ANO
Pojem APA	NE	NE	ANO

Pozn. k tabulce č. 1 : Lékařka A má zkušenost s osobami s TP, ale ne velkou. Lékařka B se s dětmi s TP setkává častěji a lékařka C s dětmi s TP pracuje jako rehabilitační lékařka téměř denně. S Pojmem APA se lékařky A a B nesetkaly a lékařka C o pojmu slyšela, ale nemá s ním bližší zkušenost.

3.4 Postup práce

Na základě vlastní zkušenosti (autora této pilotní studie), kterou měl možnost získat při ročním zaměstnání v nejmenované základní škole v Pardubicích, kde působil jako učitel tělesné výchovy a setkal se s žákem třetí třídy, kterého pomocí individuálního vzdělávacího plánu integroval do školní TV. Začátek byl velmi obtížný, ve škole nikoho nenapadlo, že by žák s TP mohl chodit do školní TV. Po souhlasu vedení školy, se sešel s matkou žáka a předložil jí návrh možnosti účasti jejího syna ve školní tělesné výchově. Matka i žák souhlasili. Problém byl v rehabilitační lékařce, která o tom zda je pro žáka školní TV vhodná, nebyla přesvědčena. Proto společně s vedoucím práce vypracoval seznam v místních podmínkách realizovatelných pohybových aktivit a předal ho rehabilitační lékařce. Většinu pohybových aktivit vyškrtl, jak předpokládal po zpětném rozhovoru, ne z důvodu že by je žák nemohl dělat, ale z důvodu toho, že některé neznala a chtěla předejít veškerému riziku. Na základě souhlasu matky se ovšem integrace uskutečnila a žák s pomocí asistenta navštěvoval školní TV celý školní rok, více o samotné integraci v anamnéze žáka.

Při tvorbě této práce, jsem se zpětně sešel s žákem a jeho matkou, která souhlasila s uveřejněním některých informací v této bakalářské práci. Navštívil jsem dvě dětské obvodní lékařky a rehabilitační lékařku, se kterou jsem spolupracoval při zařazení žáka do školní TV, pomocí strukturovaného rozhovoru zjišťoval postoj lékařů k dlouhodobému uvolnění žáků s TP z hodin školní TV. Odpovědi rozhovoru byly autorem písemně zaznamenány přímo

v ordinaci vybraných lékařek. Anketní šetření bylo stejným lékařkám předloženo autorem na základě zpracování výsledků strukturovaného rozhovoru a anketou bylo zjištěna zkušenost a praxe s osobami s TP a míra povědomí o sportu osob s TP, aplikovaných pohybových aktivitách a integraci osob s TP do školní TV.

4 Výsledky a diskuse práce

4.1 Základní anamnéza vybraného žáka s TP integrovaného do hodin školní TV

Petr je jedenáctiletý chlapec, který se narodil v porodnici v Hradci Králové v roce 1999. Jeho matka je od jeho narození doma a otec pracuje jako profesionální hasič. Petr je jedináček a žije s rodiči a prarodiči v rodinném domě na okraji Pardubic. Petr má pravostrannou DMO – spastickou hemiparézu a hydrocefalus. Příčinou postižení byl předčasný porod matky v šestadvacátém týdnu těhotenství. V šesti měsících byly u Petra zjištěny problémy s pohybem a byla zjištěna dětská mozková obrna a hydrocefalus, dle Vokurky, Huga a kol. (2009) se jedná o zvětšení tvorby mozkomíšního moku v komorách či subarachnoidálním prostoru a snížení jeho resorpce nebo obstrukcí likvorových cest a dochází k útlaku mozkového parenchymu. Před zjištěním tohoto stavu měl problémy s dýcháním a dusil se. Důvodem byla cizí tkáň v krku, která byla operativně vyjmuta a byla zavedena kanyla. Tkáň v krku byla dle lékařů tkáň druhého dítěte. Kanylu měl zavedenou od šesti měsíců do jednoho roku. Zároveň se zavedením kanyly, byl zaveden shunt pro odvod mozkomíšního moku z důvodu hydrocefalu. Po těchto operativních zákrocích se jeho stav zlepšil a stabilizoval.

Po prvním roce začal s matkou navštěvovat rehabilitační lékařku. V tomto období ještě absolvoval jeden zákrok a to vyndání kanyly. Rehabilitace začala Vojtovou metodou, ale z důvodu zavedeného shuntu nebyla Vojtova metoda vhodná a rehabilitační lékařka přešla k Bobhatovu konceptu. Rehabilitací se jeho stav výrazně zlepšoval a postupně byl schopen chůze bez dopomoci. Pohybuje se samostatně, na pravou nohu našlapuje přes špičku nohy a na vnější okraj chodidla. Pravou rukou je schopen úchopu. Levá strana je neporušena. Zpočátku měl problémy s očima, když trpěl strabismem, ale návštěvou očního lékaře a brýlovou korekturou se stav výrazně zlepšil. Inteligence ani jemná motorika u levé strany není onemocněním zasažena. Některé situace prožívá emocionálněji než jeho vrstevníci a dochází u něho k brzkému unavení. Především po silném emocionálním zážitku. Je citlivý, inteligentní a mezi jeho koníčky patří zájem o zvířata a přírodu. Více si rozumí s dospělými, je komunikativní a mluví dost rychle a často o věcech, které zrovna nesouvisí s určitou situací, často odbíhá od tématu. V kolektivu je oblíbený a nemá problém s prosazením vlastního názoru a vlastní myšlenky.

Ve čtyřech letech nastoupil do speciální mateřské školy, kam docházel v doprovodu matky dvakrát do týdne. Tato docházka byla ukončena z důvodu nekomunikativnosti Petra s ostatními dětmi. Nastoupil do běžné mateřské školy, která je při základní škole, kam dochází v současné době. V této MŠ byla situace o poznání lepší, proto se na základě doporučení učitelky MŠ, rodiče rozhodly o zařazení do běžné základní školy.

V sedmi letech tedy nastoupil do běžné základní školy a byl vzděláván pomocí individuálního vzdělávacího plánu a osobní asistentky. Na základě potvrzení a doporučení lékaře byl uvolněn z hodin školní TV. Při TV pro něj chodila maminka a chodil domů, zatímco ostatní děti cvičili. Na začátku třetí třídy byla uskutečněna integrace do školní TV. Před zahájením integrace byl potřeba souhlas rodičů, lékaře a ředitele základní školy. Všichni zúčastnění souhlasili až na lékaře, který nebyl úplně přesvědčen o správnosti zařazení Petra do hodin TV, ale po vypracování seznamu pohybových aktivit, které by Petr v rámci TV mohl dělat, s tím i lékařka souhlasila, přesto že většinu z pohybových aktivit vyškrtla. Matka říká, že zpočátku měla strach, aby se synovi něco nestalo, ale postupem času, když chodil domů spokojen, začala věřit ve správnost zařazení do školní TV. Z důvodu zavedení shuntu, se Petr nesměl účastnit jakékoli kontaktní hry, ve které by mohlo dojít k nárazům, otřesům nebo otlakům. V září se TV ještě neúčastnil, ale od října už ano, jezdil každé úterý s ostatními dětmi v rámci TV na plavecký kurz až do poloviny prosince. Od poloviny prosince až do konce školního roku absolvoval hodiny TV společně s ostatními v tělocvičně nebo na hřišti. Pokud ostatní dělali něco, co bylo pro Petra nevhodné, tak Petr dělal s asistentem něco jiného nebo hrál jinou hru s dětmi, kteří tu hodinu necvičili. Dle matky mu to hodně pomohlo především po psychické stránce, cítil se sebevědomější a důležitější pro kolektiv. Bylo na něm snadno pozorovatelné výrazné zlepšení psychického i fyzického stavu. Po třech měsících pravidelné docházky na školní TV byl Petr schopen chodit sám do schodů, to dříve dokázal pouze s oporou někoho jiného a přisunoval pravou nohu vždy k levé, poté chodil bipedálně, co schod to jedna noha bez opory. Matka tvrdí, že byl odvážnější a doma jevil zájem hrát si s míčem, trénoval házení a chytání. Rehabilitační lékařka se dokonce matky ptala, zda začali více cvičit. Na Petrovi byly znát viditelné pokroky.

V dnešní době je bohužel Petr opět uvolněn z hodin TV a z hodin praktických činností, dle ředitele školy z personálních důvodů. Petra i jeho rodiče to docela mrzí, ale zároveň chápou pana ředitele, že s tím nemůže nic dělat.

4.2 Výsledky rozhovorů s lékaři

Rozhovor byl proveden se třemi odbornými lékařskými pracovníky, dva pracovníci jsou obvodními dětskými lékařkami a třetí dětská rehabilitační lékařka. Obvodní lékařky jsem vybral z důvodu jejich kompetencí o rozhodnutí při vyřazení žáka s TP z hodin TV. S rehabilitační lékařkou jsem spolupracoval při integraci žáka s TP do hodin školní TV na základní škole, kde jsem působil jako učitel tělesné výchovy.

Otázka č. 1

Jak často se setkáváte s žádostí o uvolnění z tělesné výchovy?

Odpověď:

Lékařka A: „Přibližně šestkrát do roka. Často k této situaci dochází, pokud je dítě dlouhodoběji nemocné nebo po úraze a déle jak dva měsíce nemůže cvičit. U dětí s TP to není tak časté, přibližně 1-2 do roka a většinou čekám na vyjádření odborníků.“

Lékařka B: „Často ne, asi desetkrát do roka. Dříve to bylo častější asi z důvodu povědomí populace, že pohyb je zdravý. U dětí s TP asi třikrát do roka.“

Lékařka C: „S touto žádostí se nesetkávám, o uvolnění z TV nerozhduji, pouze doporučuji cviky a pohybovou aktivitu, kterou žák je schopen vykonávat.“

Diskuse:

Tato otázka byla směřována na všeobecné uvolnění všech žáků, nejen žáků s TP. Z první otázky lze usoudit, že pokud vezmeme v potaz obvodního lékaře, pod kterého spadá určitý obvod, což v malém městě bývá jedna základní škola, lze usoudit, že minimálně v každém ročníku je jedno dítě, které žádá o uvolnění ze školní TV. Jsou to tedy jeden až dva žáci s TP na jednu základní školu.

Otázka č. 2

Jste pouze vy jako lékařka jedinou kompetentní osobou pro rozhodnutí o uvolnění ze školní TV?

Odpověď:

Lékařka A: „Ano, po konzultaci s kolegy specialisty (rehabilitační lékař, neurolog, tělovýchovný lékař).“

Lékařka B: „Jako obvodní lékařka mohu uvolnit z TV pouze částečně, úplné uvolnění žáka z hodin školní TV provádí tělovýchovný lékař na základě mezioborové spolupráce (pediatr, rehabilitační lékař, tělovýchovný lékař).“

Lékařka C: „Nejsem kompetentní k napsání dlouhodobého uvolnění ze školní TV. Pouze doporučuji na základě zdravotního stavu, kterým cvikům by se žák měl vyhýbat. V případě že je onemocnění nebo míra postižení vážná doporučím obvodnímu lékaři dlouhodobě uvolnit ze školní TV.“

Diskuse:

Tato otázka byla zaměřena na rozdělení kompetencí při rozhodování o vyřazení žáka s TP ze školní TV. Dle odpovědí lze soudit, že ani sami lékaři nemají přesný přehled o rozdělení kompetencí. Ani jeden z nich sám od sebe v této otázce nezmínil možnost předání části kompetencí na pedagoga nebo speciálního pedagoga. Z této otázky vyplývá fakt, že kompetence pedagogů a speciálních pedagogů při rozhodnutí o integraci žáka TP do hodin školní TV jsou téměř nulové. Rozhodnutí musí být vždy pevně podloženo schválením lékaře.

Otázka č. 3

Jaký je postup při rozhodování o dlouhodobém uvolnění ze školní TV?

Odpověď:

Lékařka A: „Většinou u dlouhodobě nemocných nebo po úraze, u osob s TP je důležitá spolupráce s odbornými kolegy“.

Lékařka B: „Dojde ke stanovení přesné diagnózy ve spolupráci se specialisty a určí se pohybová činnost, kterou na základě zdravotního stavu, žák smí a nesmí provozovat. Dle míry schopností dojde k částečnému nebo úplnému uvolnění ze školní TV“.

Lékařka C: „Záleží na mnoha okolnostech, postoj dítěte, postoj rodičů, míře postižení a postoji učitele TV. Dále pak na komunikaci mezi obvodním lékařem a specializovanými lékaři. Velký problém je především v komunikaci se samotnou školou. Často se stává, že nedoporučím určité cviky nebo pohybovou aktivitu a učitel tělesné výchovy vzkáže po rodičích, že bude lepší úplné uvolnění z TV, protože by žák s TP nestíhal tempo ostatních.“

Diskuse:

Touto otázkou jsem chtěl zjistit, jak lékaři přesně postupují a co bývá důležitým měřítkem pro rozhodnutí, zda žáka s TP uvolnit z hodin školní TV nebo neuvolnit. Ale z odpovědí se mi přesného postupu nedostalo, ale odpovědi odhalují další velký problém, který vzniká při snaze o integraci žáků s TP do hodin školní TV. Je to problém postoje a vzdělanosti pedagogů vyučujících TV na základních školách. Z třech na sobě nezávislých výpovědí lékařek vyplývá, neodborný přístup tělocvikářů k zařazení žáků s TP do školní TV.

Otázka č. 4

Jaký bývá podle vašich zkušeností postoj rodičů?

Odpověď:

Lékařka A: „Rodiče ve většině případů vyžadují uvolnění ze školní TV a někdy dokonce vyvíjejí tlak na mou osobu, abych jejich dítě uvolnila z hodin školní TV.“

Lékařka B: „Většina vyvíjí tlak na uvolnění ze školní TV, ale setkala jsem se i s výjimkou, kdy rodič naopak chtěli za každou cenu, aby jejich dítě chodilo do školní TV.“

Lékařka C: „Drtivá většina chce uvolnit ze školní TV, je to pro všechny zúčastněné strany jednodušší.“

Diskuse:

Z těchto odpovědí vyvozují závěr nedostatečného povědomí o možnosti pohybových aktivit v rámci školní TV na základních školách pro osoby s TP. Chybějí vzdělání odborníci v oboru aplikovaných pohybových aktivit a nemá kdo rodiče informovat o možnosti integrace do školní TV.

Otázka č. 5

Stalo se Vám někdy, že jste zamítla dlouhodobé uvolnění ze školní TV?

Odpověď:

Lékařka A: „Ano, snažím se o to ve většině případů, aby jejich TV odpovídalo úměrně jejich zdravotnímu stavu, ale většinou s tímto rozhodnutím nesouhlasí tělocvikáři. Vyžadují buď plnou účast na TV, nebo úplné uvolnění.“

Lékařka B: „Ano“

Lékařka C: „Ano a doporučila jsem cviky, které by neměl provozovat, ale nikdy nešlo o žáka s těžším tělesným postižením.“

Diskuse:

Z této otázky vyplývá znovu situace malého povědomí o možnostech zařazení žáků s TP do hodin školní TV, lékaři většinou nemají znalost pohybových aktivit, které lze použít v rámci TV pro žáky s TP. Dále z těchto odpovědí vyplývá špatný přístup tělocvikářů, kteří nejsou dostatečně vzdělání v oblasti aplikované tělesné výchovy. Od toho se odvíjí špatná spolupráce mezi pedagogy a lékaři. O těchto možnostech by je měli informovat samotní pedagogové nebo pracovníci speciálně pedagogického centra, kteří se spoluúčastní integrace žáka s TP do výuky na běžné základní škole. Při tvorbě IVP, by měli počítat i s integrací do školní TV a při tvorbě IVP pro TV, spolupracovat s ošetřujícím lékařem integrovaného žáka.

Otázka č. 6

Na základě čeho se rozhodnete uvolnit žáka z hodin školní TV?

Odpověď:

Lékařka A: „Na základě posouzení zdravotního stavu žáka s přihlédnutím k okolnostem, které se liší případ od případu. U osob s TP je to jednoznačně z důvodu zdravotního stavu.“

Lékařka B: „Na základě vyšetření a posouzení kolegů specialistů (rehabilitační lékař, neurolog, tělovýchovný lékař) a na základě okolností.“

Lékařka C: „Na základě zdravotního stavu a pohybových možností dotyčného žáka. Pokud většinu pohybových aktivit v rámci TV dělat nemůže ze zdravotních důvodů, doporučím uvolnění z tělesné výchovy.“

Diskuse:

Z těchto odpovědí můžeme usoudit, že povědomí lékařů o pohybových aktivitách osob s TP je velmi malé a musíme dodat, že to není práce lékařů zajímat se o pohybové aktivity pro osoby s TP, ale je to práce pedagogů, kteří v této možné spolupráci dle uvedených výpovědí příliš spolupracovat nechtějí.

Otázka č. 7

Myslíte si, že spolupráce mezi speciálně pedagogickým pracovníkem a lékařem by byla přínosná?

Odpověď:

Lékařka A: „Ano bylo by to zcela určitě prospěšné.“

Lékařka B: „Určitě uvítám.“

Lékařka C: „Nedovedu přesně posoudit, ale vyhovovalo mně, když jsem do ruky dostala seznam pohybových aktivit, které by žák v rámci TV dělal, a jen jsem vyškrtala nehodící se.“

Z těchto odpovědí vyplývá, že by tato spolupráce lékařům usnadnila práci a určitě by byla prospěšná pro žáky s TP, kteří jsou schopni se účastnit školní TV a nedocházelo by tak často k úplnému uvolnění žáků s TP z hodin školní TV, v případech kde to není úplně nutné.

4.3 Výsledky anketního šetření

Anketa obsahuje čtrnáct otázek a je rozdělena na dvě části, první čtyři otázky byly zaměřeny na pracovní pozici, praxi a povědomí o žácích s TP dotazovaného odborného lékařského pracovníka a sloužili jako podklad pro charakteristiku výzkumného souboru. Druhá část ankety, zbylých deset otázek bylo zaměřeno na výzkumný problém. Anketa byla aplikována na základě uskutečněného strukturovaného rozhovoru s lékaři a zpracování výsledků strukturovaného rozhovoru. Anketou bylo zjištěno povědomí lékařských pracovníků, o tělesné výchově osob s TP, o pohybových aktivitách osob s TP a sportu osob s TP. Anketa prokázala velmi malé povědomí lékařských pracovníků o pohybových aktivitách, sportu a tělesné výchově osob s TP.

Část 1.: viz. Charakteristika výzkumného souboru, tabulka č. 1

Otázka č. 1: „Jak dlouho jste dětskou lékařkou?“

Otázka č. 2: „Jak dlouho provozujete praxi?“

Otázka č. 3: „Jakou máte zkušenost s dětmi s tělesným postižením?“

Otázka č. 4: „Setkala jste se s pojmem aplikované pohybové aktivity?“

Část 2.: viz. Tabulka č. 2

Otázka č. 1: „Kolik dětí s TP, zdali vůbec nějaké jste doporučila zařadit do školní TV?“

Otázka č. 2: „Setkala jste se někdy se sportem osob s TP?“

Otázka č. 3: „Znáte nějaké pohybové aktivity určené pro osoby s TP?“

Otázka č. 4: „Znáte nějaké sporty pro osoby s TP?“

Otázka č. 5: „Znáte nějaké zdroje, které se vztahují k problematice sportu osob s TP?“

Otázka č. 6: „Znáte nějaké zdroje k problematice zařazení žáků s TP do školní TV?“

Otázka č. 7: „Jak postupujete při rozhodování o zařazení žáka s TP do hodin školní TV?“

Otázka č. 8: „Je podle vás současný postup a rozdělení kompetencí při rozhodování o zařazení žáka s TP do hodin školní TV objektivní?“

Otázka č. 9: „Koho byste mohla kontaktovat nebo s kým byste mohla spolupracovat při rozhodování o zařazení žáka s TP do hodin školní TV?“

Otázka č. 10: „Jaký byste volila optimální postup při rozhodování o zařazení žáka s TP do hodin školní TV?“

Tabulka č. 2: Výsledky druhé části ankety

n = 3	Lékařka A	Lékařka B	Lékařka C
otázka č. 1	Žádné	10	ANO
otázka č. 2	NE	ANO	ANO
otázka č. 3	NE	ANO	ANO
otázka č. 4	ANO	ANO	ANO
otázka č. 5	NE	NE	NE
otázka č. 6	NE	NE	NE
otázka č. 7	Dle zdravotního stavu a vyšetření odborných lékařů	Snažím se najít co největší výhody pro dítě	Dle okolností, postoji rodičů a stavu dítěte.
otázka č. 8	Nemohu posoudit	Teorie je správná, ale praxe neodpovídá	Nedovedu posoudit
otázka č. 9	Nevím, asi RHB lékaře	Tělovýchovný lékař, pedagog	Pedagoga, učitele TV
otázka č. 10	Spolupráce s lékaři specialisty a s pedagogy vyučujícími TV	Lepší mezioborová spolupráce a komunikace mezi lékaři a spolupráce se školou	Spolupráce mezi školou a lékaři

Z odpovědí na otázku č. 1 je patrné, že ne vždy jsou žáci s TP automaticky vyřazeni ze školní TV. V otázce č. 2 pouze lékařka A přiznala, že se nesetkala se sportem osob s TP, zbylé dvě lékařky už tu zkušenost měly.

V otázce č. 3 a 4, neznalost pohybových aktivit a sportu pro osoby s TP přiznala pouze lékařka A, která přiznala, že o sportu slyšela, ale nesetkala se s ním. Nutno podotknout, že i když zbývající dvě lékařky odpověděly, že znají pohybové aktivity pro osoby s TP, tak jimi míněné pohybové aktivity nebyly relevantní. A se sportem se setkaly pouze jako pasivní diváči, tedy přímo se s ním také nesetkaly. Tedy z toho lze usoudit, že přehled o aplikovaných pohybových aktivitách nemá ani jedna z lékařek. Dle Ješiny a kol. (in press) není překvapivé, že se odborní lékařští pracovníci nesetkali s termínem APA na rozdíl od pracovníků speciálně pedagogických center, ale zářející je že pracovníci, kteří rozhodují o zařazení nebo

nezařazení pohybových aktivit do povinného vzdělávání žáka s TP, se sportem nebo pohybovými aktivitami pro osoby s TP, se v životě setkali minimálně nebo se s nimi vůbec nesešli. Z odpovědí na zbývající otázky lze usoudit, že ve většině případů není snadné se správně rozhodnout, zda žáka s TP z hodin TV uvolnit nebo neuvolnit. Velkou roli hraje pochopitelně zdravotní stav, postoj rodičů a mnoho jiných okolností, které se případ od případu mění. Samotní lékaři nejsou přesvědčeni o správnosti rozdělení míry kompetencí při rozhodování o uvolnění žáka s TP z hodin školní TV a uvítali by vzájemnou spolupráci s příslušnými pedagogickými pracovníky a lepší spolupráci s lékaři specialisty.

5 Závěr

V naší práci jsme se zaměřili na problematiku integrace žáků s TP do hodin školní TV z pohledu lékařských pracovníků. Na anamnéze integrovaného žáka s TP jsme demonstrovali kladné a záporné vlivy na integrovaného žáka s TP v hodinách školní TV. Dotazovací metodou jsme zjišťovali, jaké povědomí o této problematice mají vybraní lékařští pracovníci. Jedním ze smyslů realizace bakalářské práce bylo pilotní ověření možného využití výzkumných technik pro naplnění cílů práce. Pomocí výzkumných technik dotazovacích jsem dospěl k závěru, že z pohledu lékařů stojí ve většině případů za vyřazením integrovaného žáka s TP z hodin školní TV doporučení učitele TV z důvodu, že by žák nestíhal výuku s ostatními žáky v rámci školní TV. Dalším důvodem je, dle dosažených výsledků ankety a rozhovoru, ve většině případů tlak ze strany rodičů na lékaře, aby jejich dítě uvolnili ze školní TV. Lékaři se shodují na zlepšení spolupráce mezi nimi a pedagogy. Z toho vyplývá lepší informovanost lékařů a lepší edukovanost pedagogů v oblasti aplikovaných pohybových aktivit.

Doporučení pro praxi

Na základě našich zjištění doporučujeme následující postupy:

Lékař by měl vypracovat anamnézu žáka s TP a na základě této anamnézy by učitel TV nebo pracovníci SPC vypracovali IVP pro TV žáka s TP. Na základě tohoto IVP by pak učitel tělesné výchovy mohl v rámci školní TV s žákem s TP pracovat. Další možností je vypracování pohybových aktivit, s kterými se žák s TP v rámci školní TV setká, tento seznam pohybových aktivit předložit příslušnému odbornému lékařskému pracovníkovi a ten na základě znalosti zdravotního stavu žáka s TP by měl dokázat posoudit, které pohybové aktivity jsou pro žáka s TP nevhodné a ty vyškrtat, viz. příloha V. Tento postup si ovšem vyžaduje větší edukovanost lékařů v oblasti aplikovaných pohybových aktivit. Po lékařem uvedených kontraindikačních pohybových aktivitách, by učitel nebo pracovník SPC mohl zpracovat IVP pro TV žáka s TP.

6 Souhrn

Pilotní studie se zabývá problematikou žáků s TP při zařazování do školní TV.

Pilotní studie uvádí v přehledu poznatků problematiku a rozdělení tělesného postižení podle jeho druhu. Dále vysvětluje pojem aplikované pohybové aktivity z hlediska sportu, tělesné výchovy a rekreace. Poukazuje na problematiku integrace žáků s TP do školní TV na základních školách a popisuje její realizaci. Cílem této pilotní studie je zjistit názory, znalosti, zkušenosti a kompetence odborných lékařských pracovníků při realizaci zařazení žáka s TP do hodin školní TV. Dílčími cíli této práce je nalézt optimální nástroje a postup pro získání vyjádření lékařského pracovníka při zařazení žáka s TP do hodin TV. Možný postup a nástroje ověřit na základním vzorku lékařů metodou strukturovaného rozhovoru, kterým zjišťujeme postup lékařských pracovníků při rozhodování o zařazení žáka s TP do hodin školní TV, a názor lékařů na možnou spolupráci s pedagogem nebo pracovníkem SPC. Anketní metodou jsme zjišťovali zkušenosti lékařů s žáky s TP, povědomí lékařů o sportu osob s TP, aplikovaných pohybových aktivitách a tělesné výchově žáků s TP.

Z výsledků šetření vyplývá nízké povědomí lékařských pracovníků o problematice integrace žáků s TP do školní TV. Lékaři se shodují na špatném postoji učitelů TV, kteří dle názorů všech dotázaných odborných pracovníků, raději požadují úplné uvolnění žáka s TP z hodin školní TV z důvodu toho, že by žák s TP nestíhal výuku s ostatními žáky. Dalším problémem je dle lékařských pracovníků postoj rodičů, kteří často vyvíjí nátlak na lékaře, aby jejich dítě uvolnili ze školní TV. Na základě těchto zjištění jsme vytvořili návrh možných postupů a nástrojů spolupráce mezi pedagogy a lékaři při zařazování žáka s TP do hodin TV.

6 Summary

My pilot study deals with problems of pupils with handicap for inclusion in school physical education.

It gives a summary of findings of problems and distribution of disability according to its kind. It further explains the term adapted physical activity in terms of sport, physical education and recreation. It refers to the issue of integration of pupils with handicap in primary schools and the school PE and describes its implementation.

We want to ascertain the views, knowledge, experience and competence of professional medical personnel in implementing the inclusion of pupils with handicap in the school PE lessons.

We were trying to find the optimal tools and the procedure for obtaining a medical opinion on the inclusion of pupils with handicap to hours of TV, we attempt to verify the possible process and basic tools for the sample of physicians using a structured interview which we find process of the medical staff when they decide on the inclusion of pupils with handicap into school PE lessons and views of doctors on possible cooperation with the teacher or employee of the SPC. We used a questionnaire method that presents the experience of physicians with pupils with handicap, the awareness of physicians about sports of people with handicap, the adapted physical activities and physical education students with handicap.

We found that the survey results show a low awareness of the medical staff of the mentioned issues.

Doctors agree on the poor attitude of PE teachers, who according to the views of all respondents of professionals instead require a full release a handicap pupil from school PE lessons. Teachers report that students with handicap can not catch lessons with other pupils.

Another problem is, according to medical staff, attitude of parents, who often develop pressure on doctors to release their children from school PE.

Based on these findings, we created a draft of possible instruments and procedures for cooperation between teachers and doctors to classify student with handicap in PE lessons.

7 Referenční seznam

- Čadová, E. (2008). Integrace tělesně postižených žáků na školách. In M. Kudláček & I. Machová (Eds.). *Integrace – jiná cesta (pp. 29-55)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- Bartoňová, R., & Ješina, O. (in press). Společně v integrované školní tělesné výchově. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*.
- Hodaň, B. (2000). *Úvod do teorie tělesné kultury*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ješina, O., Bartoňová, R., Gebauer, A., Rybová, L., Kučera, M., & Vyhlídal, T. Potřebnost pozice „Konzultant APA“ v současném speciálně poradenském systému (pilotní studie). In Krejčí, M. (in press). *Výchova ke zdraví a kvalita života 2011*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.
- Ješina, O., Kudláček, M. et al. (2011). *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kudláček, M., & Ješina, O. (2008). *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Michalík, J. (1996). *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Michalík, J. (2000). *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Müller, O. (2001). *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Průcha, J. (1997). *Moderní pedagogika*. Praha: Portál.
- Renotiérová, M., Ludíková, L. et al. (2006). *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Sherrill, C. (2004). *Apted physical activity, recreation and sport: Crossdisciplinary and lifespan*. Boston, MA: WCB/McGraw-Hill.
- Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a.s.

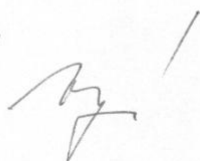
8 Přílohy

Příloha I:

Souhlas s uveřejněním údajů pro anamnézu.

Souhlasíte s tím, že všechny údaje pro případovou studii mohou být použity a zveřejněny pro účely bakalářské práce?

Ano souhlasím
V Pardubicích 1.7.2011



Příloha II:

Anketa vlastní konstrukce

- 1) Jak dlouho jste dětskou lékařkou?
- 2) Jak dlouho provozujete praxi?
- 3) Jakou máte zkušenost s dětmi s tělesným postižením?
- 4) Setkala jste se s pojmem aplikované pohybové aktivity, zdali ano, tak kdy a kde?
- 5) Kolik dětí s tělesným postižením, zdali vůbec nějaké, jste doporučila zařadit do školní TV?
- 6) Setkala jste se někdy se sportem osob s tělesným postižením, zdali ano, kdy a kde?
- 7) Znáte nějaké pohybové aktivity určené pro soby s tělesným postižením, zdali ano, jaké?
- 8) Znáte nějaké sporty osob s tělesným postižením, zdali ano, jaké?
- 9) Znáte nějaké zdroje, které se vztahují k problematice sportu osob s tělesným postižením, zdali ano, jaké?
- 10) Znáte nějaké zdroje k problematice zařazení žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy?
- 11) Jak postupujete při rozhodování o zařazení žáka s tělesným postižením do hodin školní tělesné výchovy?
- 12) Je podle vás současný postup a rozdělení kompetencí při rozhodování o zařazení žáka s tělesným postižením do hodin školní tělesné výchovy objektivní?

- 13)** Koho byste mohla kontaktovat nebo s kým byste mohla spolupracovat při rozhodování o zařazení dítěte s tělesným postižením do hodin školní tělesné výchovy?
- 14)** Jaký byste volila optimální postup při rozhodování o zařazení dítěte s tělesným postižením do hodin školní tělesné výchovy?

Příloha III:

Strukturovaný rozhovor

Jak často se setkáváte s žádostí o uvolnění z tělesné výchovy?

Jste pouze vy jako lékařka jedinou kompetentní osobou pro rozhodnutí o uvolnění ze školní tělesné výchovy?

Jaký je postup při rozhodování o dlouhodobém uvolnění ze školní tělesné výchovy?

Jaký bývá podle vašich zkušeností postoj rodičů?

Stalo se Vám někdy, že jste zamítla dlouhodobé uvolnění ze školní tělesné výchovy?

Na základě čeho se rozhodnete uvolnit žáka z hodin školní tělesné výchovy?

Myslíte si, že spolupráce mezi speciálními pedagogy a lékaři by byla přínosná?

Příloha IV:

Podklady pro anamnézu

Kolik let je synovi?

Kde a kdy se narodil?

Sourozenec?

Zaměstnání matky a otce?

Druh postižení a jeho příčina?

Lokomoce a jaká?

Absolvoval nějakou operaci, pokud ano jakou?

Stav před operací?

Stav po operaci?

Intelektuální schopnosti?

Způsob vzdělávání?

Jeho projevy chování v třídním kolektivu?

Jeho projevy chování doma?

Psychický stav před integrací do hodin školní TV?

Psychický stav při zařazení do školní TV?

Fyzický stav před integrovanou školní TV?

Fyzický stav po začlenění a v průběhu integrované školní TV?

Jaké pohybové činnosti jsou kontraindikační a naopak které mu prospívaly?

Pozorovala jste nějaké změny při účasti ve školní TV? Myslím tím změny psychické i fyzické, zlepšení-zhoršení?

Jak jste se k integraci do školní TV stavěla vy jako matka?

Jaká byla spolupráce s lékaři při rozhodnutí, zda povolit nebo nepovolit účast ve školní TV?

Příloha V: Anketa kontraindikací – seznam pohybových aktivit

Pohybové činnosti

NE
Běh - Pomalý běh
- Klus
- Sprint
- Dlouhé tratě dle přizpůsobeného vlastního tempa
- Krátké tratě dle přizpůsobeného vl. tempa

Hody – míček ~~granát~~
- Medicinbal
- Volejbalový míč
- Házenkářský míč
- Basketbalový míč

*hod míčem rekuacii,
např. tenis, badminton*

Skoky - skok daleký
- skok vysoký
NE - skok z místa snožmo
- skok z místa jednoož

Pohyb ve vodě – Chůze ve vodě
- ~~Běh ve vodě~~
- plavání s deskou nebo na desce
- skoky do vody *NE*

Plavání - ~~kraul~~
- Prsa
- Znak
- Motýl
- Potápění
- ~~splývání~~ *elun sít*

Pohybové hry kontaktní
Pohybové hry bez kontaktní
Pohybové hry s minimálním kontaktem bez rizika pádu
Přeskoky přes švihadlo *NE*

Fotbal
florbal
Házená
Volejbal

NE

Volejbal v sedě s upraveným měkkým míčem *elun sít*
Přehazovaná *NE*

elun sít

Přehazovaná v sedě s upraveným měkkým míčem *kluz*

Petang

Badminton

} *NE*

zluh Boccia} paralympijský sport určený pro spastiky nebo vozíčkáře s podobným neurologickým onemocněním. Ale lze hrát v rámci tělesné výchovy s žáky zdravými i s žáky s různým typem postižení. Obdoba petangu.

Průpravná cvičení a herní cvičení jednotlivce

- Házená

- Basketbal

- Volejbal

- Fotbal

- Florbal

} *NE*

Jízda na kole *NE*

Posilování svalstva břišní a zádechové oblasti

Posilování svalstva horních končetin

Posilování svalstva dolních končetin

Protahování – strečink

Relaxační cvičení

Bruslení *NE*

Přeskoky přes švihadlo *NE*

Gymnastika *NE*

- Akrobacie – kotoul vpřed a vzad

- Přeskoky (koza, švédská bedna)

- Hrazda

- Kruhy

Frisbee *NE*

Stolní tenis *MF*

Velké množství činností se dá modifikovat. Tělesná výchova žáka s postižením bude probíhat na základě individuálního vzdělávacího plánu, vytvořeného speciálním pedagogem se specializací na somatopedii. Hlavní je zajistit bezpečnost žáka. Jsou pohybové činnosti, které lze aplikovat bez jakéhokoliv hrozícího nebezpečí.

10 -12- 2009

MUDr. ŠPIDLENOVÁ Olga
dětský a rehabilitační lékař
Chrástka 129 s Pánovčice
tel: 466 400 420