

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra Výchovy ke zdraví

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2016

Bc. Lucie Čermáková



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra Výchovy ke zdraví

Diplomová práce

Golfový výukový program zaměřený na děti a mládež
se sluchovou disabilitou v rámci volnočasových aktivit

Vypracovala: Bc. Lucie Čermáková

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Kornatovská, Ph.D., DiS.

České Budějovice 2016



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

Diplom Thesis

Golf training program focused on children and youth with
hearing disability in the context of leisure activities

Author: Bc. Lucie Čermáková

Supervisor: Mgr. Zuzana Kornatovská, PhD., DiS.

České Budějovice 2016

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Lucie Čermáková

Název diplomové práce: Golfový výukový program zaměřený na děti a mládež se sluchovou disabilitou v rámci volnočasových aktivit

Studijní obor: Vychovatelství se zaměřením na výchovu ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Zuzana Kornatovská, Ph.D., DiS.

Rok obhajoby diplomové práce: 2016

Abstrakt: Diplomová práce na téma „Golfový výukový program zaměřený na děti a mládež se sluchovou disabilitou v rámci volnočasových aktivit“ se v teoretické části nejprve zabývá pojmem sluchová disabilita, její etiologií, diagnostikou a klasifikací, zaměřuje se také na komunikační systémy. Další pozornost věnuje vývoji, výchově, vzdělávání a specifickým pohybových aktivit u dětí se sluchovou disabilitou. V neposlední řadě seznamuje s golfovým výukovým programem SNAG, který je ve světě stále ještě novinkou a jeho univerzální využití je přímo jako stvořené pro výuku ve škole. Výzkumná část práce se zabývá vlivem intervenčního pohybového programu zaměřeného na golfovou výuku u dětí a mládeže se sluchovou disabilitou ve věku od 7 do 18 let. Cílem diplomové práce je posouzení pozitivního vlivu golfového výukového programu na oblasti tělesného a psychosociálního zdraví v rámci standardizovaného dotazníku PedsQLTM 4.0. Na základě získaných výsledků, které jsou prezentovány v grafech a tabulkách vždy se stručným komentářem, potvrzuje pozitivní vliv golfového výukového programu v oblasti tělesného a psychosociálního zdraví u všech probandů experimentální skupiny. Po ukončení tříměsíčního intervenčního programu došlo k celkovému průměrnému zlepšení o 6 % v oblasti tělesného zdraví a o 5,1 % v oblasti psychosociálního zdraví. U kontrolní skupiny byly výsledky bez signifikantních rozdílů. Hlavním přínosem diplomové práce je prokázání pozitivního vlivu golfového výukového programu na tělesné a psychosociální zdraví u dětí a mládeže se sluchovou disabilitou ve věkovém období od 7 do 18 let.

Klíčová slova: golfový výukový program, sluchová disabilita, pohybová aktivita, golf, vývoj dítěte, SNAG

Bibliographic identification

Name and surname of the author: Bc. Lucie Čermáková

Name of the diplom thesis: Golf training program focused on children and youth with hearing disability in the context of leisure activities

Field of study: Pedagogy with a focus on health education

Department: Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: Mgr. Zuzana Kornatovská, PhD., DiS.

Year of the diplom thesis defense: 2016

Abstract: Thesis "Golf training program focused on children and youth with hearing disability in the context of leisure activities " in its theoretical part deals with the theme of hearing disability in terms of etiology, diagnosis and classification, focuses also on communication systems. More attention is devoted to the development, education and specifics of physical activities in children with hearing disability. Finally introduces golf training program called SNAG which is still new in the world and its versatility is ideal for teaching in schools. The research deals with the influence of the interventional motion program focused on golf lessons for children and youth with hearing disability aged 7 to 18 years. The aim of this thesis is to evaluate positive impact of golf training program on physical and psychosocial health within a standardized questionnaire PedsQL™ 4.0. Based on the results which are presented in graphs and tables each with a brief commentary confirms the positive impact of golf training program on physical and psychosocial health of all individuals in the experimental group. After completion of the three-month intervention program there was an overall average improvement of 6 % on physical health and 5.1 % on psychosocial health. The results of the control group were with no significant differences. The main contribution of this thesis is to verificate the positive impact of golf training program on physical and psychosocial health in children and youth with hearing disability in age from 7 to 18 years.

Keywords: golf training program, hearing disability, physical activity, golf, child development, SNAG

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci „Golfový výukový program zaměřený na děti a mládež se sluchovou disabilitou v rámci volnočasových aktivit“ vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Zuzany Kornatovské, Ph.D., DiS., pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 29. 4. 2016

.....
Bc. Lucie Čermáková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala předně své vedoucí diplomové práce, paní Mgr. Zuzaně Kornatovské, Ph.D., DiS., za odborné vedení, věnovaný čas, trpělivost a cenné rady, kterých si velice vážím, a díky kterým dostala diplomová práce svoji konečnou podobu. Děkuji také všem probandům, kteří se zapojili do mého výzkumu, zástupcům školy pro sluchově postižené a v neposlední řadě také trenérům, kteří mi pomohli zrealizovat výzkumnou část práce.

MOTTO:

„Qu'importe la surdit  de l'oreille quand l'esprit entend?

*La seule surdit , la vrai surdit , la surdit  incurable,
c'est celle de l'intelligence.“*

(Hugo 1845)

„Cožpak z le i na hluchotě ucha, když sly i duše?

*Jedin  skute n  a nel  iteln  hluchota
je hluchota ducha.“*

(Hugo 1845)



Zdroj: vlastn  výzkum

OBSAH

1	ÚVOD	11
2	TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	13
2.1	Pojem sluchová disabilita.....	13
2.1.1	Etiologie, diagnostika a klasifikace sluchových vad	14
2.1.2	Komunikační systémy dětí se sluchovou disabilitou	17
2.2	Vývoj dítěte se sluchovou disabilitou	19
2.2.1	Výchova a vzdělávání dítěte se sluchovou disabilitou.....	21
2.2.2	Psychosociální aspekty sluchové disability	22
2.2.3	Pohybová aktivita dítěte se sluchovou disabilitou	25
2.3	Golf ve významu k výchově ke zdraví.....	27
2.3.1	Golfový výukový program SNAG	28
2.3.2	Historie a filozofie SNAGu.....	29
2.3.3	Výukový systém SNAG	30
2.3.4	Projekt Golf do škol	32
3	CÍLE A ÚKOLY	34
3.1	Cíl práce	34
3.2	Úkoly práce	34
3.3	Hypotézy	34
4	VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE	35
4.1	Metodologie	35
4.1.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	35
4.1.2	Popis místa výzkumného šetření.....	36
4.1.3	Použité metody.....	37
4.1.4	Organizace výzkumného šetření	40
5	VÝSLEDKY ANALÝZY DAT.....	42
5.1	Výsledky dotazníků PedsQL™ 4.0 v oblasti tělesného zdraví.....	42
5.1.1	Zpráva dětí a rodičů u experimentální skupiny.....	44
5.1.2	Zpráva dětí v průběhu intervenčního pohybového programu u experimentální skupiny.....	45
5.2	Výsledky dotazníků PedsQL™ 4.0 v oblasti psychosociálního zdraví	46
5.2.1	Zpráva dětí a rodičů u experimentální skupiny.....	48

5.2.2	Zpráva dětí v průběhu intervenčního pohybového programu u experimentální skupiny.....	51
6	DISKUZE.....	55
6.1	Diskuze k výsledkům dotazníků PedsQL™ 4.0 v oblasti tělesného zdraví.....	55
6.2	Diskuze k výsledkům dotazníků PedsQL™ 4.0 v oblasti psychosociálního zdraví	56
7	ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	58
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	60
9	SEZNAM ZKRATEK.....	64
10	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	65
11	PŘÍLOHY	67

1 ÚVOD

Pohyb by měl být, společně s pestrou a vyváženou stravou a také psychickou pohodou, základem zdravého životního stylu. Sedavý způsob života je však v dnešní době čím dál větším problémem. Bohužel se netýká pouze pracujících dospělých, ale také dětí, které dávají přednost sezení u počítače a televize před pobytem venku a pohybovými aktivitami. Sedavý způsob života a nedostatek pohybu vede k řadě fyzických i psychických problémů a také k obezitě.

Je jen velmi málo sportů, které mohou zkusit všichni bez rozdílu věku, tělesné váhy, fyzické kondice nebo zdravotního hendikepu. Golf je sportem na celý život, s vysokou etikou chování, jejímž krédem je především slušnost, ohleduplnost a týmová spolupráce.

V golfovém prostředí se pracovně pohybuji již několik let a má práce se mi stala také koníčkem. Tématem golfu jako vhodné alternativy se zaměřením na seniory jsem se zabývala ve své bakalářské práci. Jelikož součástí mé práce je také spolupráce na organizaci dětských tréninků, rozhodla jsem se zaměřit svou magisterskou práci tentokrát právě na děti. Golf je vhodný pro všechny věkové kategorie a nabízí mnoho pozitivních aspektů. Umožňuje pohyb na čerstvém vzduchu, udržuje celkovou kondici dětí a je zde minimální riziko úrazů. Golf podporuje samostatnost a trpělivost dětí, posiluje jejich sebevědomí a učí je hrát fair play. Golf je sport univerzální a podněcuje fyzickou i psychickou připravenost.

Ve spolupráci s prezidentem České golfové asociace hendikepovaných Ing. Miroslavem Lidinským jsme se zapojili do projektu Golf do škol. Součástí tohoto projektu byla rozjednaná spolupráce se Školou pro sluchově postižené v Českých Budějovicích. Po úvodním představení projektu a golfového programu učitelům a dětem následoval tříměsíční golfový výukový program, který je speciálně navržený pro univerzální použití. Hrát se dá kdekoliv, v tělocvičně, v hale nebo na dětském hřišti. Tento systém je využitelný venku i ve vnitřních prostorách, záleží jen na ochotě dětí k pohybu a ke hře. Hlavním cílem tohoto programu je nadchnout malé golfisty a nenásilnou, dostupnou a zábavnou formou je přivést ke golfu. Tento způsob výuky dětí se k nám dostal z USA jako prostředek alternativní výuky golfové hry pro děti od čtyř let a s úspěchem se dále šíří. Jelikož je golf pro mnoho lidí i v dnešní době stále

považován za nedostupný a tento způsob výuky je u nás relativně nový, výběr zaměření tématu mé magisterské práce byl pro mě nyní jednoznačný.

Práce s dětmi se sluchovou disabilitou pro mě byla něčím novým, doposud jsem neměla možnost účastnit se podobného projektu. S nadšením jsem pak sledovala jejich zapojení do výuky, radost z něčeho nového, jejich spolupráci i soutěživost.

Nedílnou součástí golfu je také etiketa a za naprostou samozřejmost se považuje ohleduplnost. I golfová etiketa je součástí golfového výukového programu. Děti se seznámí se základními pravidly a následně se jimi řídí. Je příjemné pozorovat, jak důsledně je dodržují. Někdy mám i pocit, že bychom se my, dospělí, měli od nich učit.

2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

2.1 Pojem sluchová disabilita

„Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí“ (ICF 2001, s. 9).

Podle Slowíka (2007) *„Postižení (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální“ (Slowík 2007, s. 27).*

Postižení může být také charakterizováno jako jakékoliv omezení nebo nedostatek schopnosti vykonávat aktivitu způsobem, který je označován za normální. Vztahuje se k integrovanému celku aktivit a k jedinci v rámci dovedností nebo určitého jednání. V očekávaném chování se mohou projevovat excesy nebo nedostatky. Ty mohou být dočasné nebo trvalé. Postižení mohou vznikat jako přímé důsledky poškození či jako reakce jedince na tělesné nebo smyslové poškození (Kursová 2009).

Sluchová disabilita je svým obsahem značně pestrý pojem. Důležitými faktory jsou zejména velikost sluchové ztráty a doba vzniku postižení. Sluchové postižení bývá zpravidla následkem organické nebo funkční vady, resp. poruchy v kterékoli části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy a sluchových korových center, případně funkcionálně percepčních poruch (Slowík 2007).

Sluch je pro člověka jedním z nejdůležitějších smyslů. Na základě sluchu vzniká řeč a tím také možnost dorozumívání. Sluch je nezbytnou součástí naší každodenní komunikace. Zvuk je pro člověka důležitým poplašným signálem a informuje o tom, co se děje v jeho okolí. Sluch má také význam jako instinktivně podložená citová vazba na okolní svět, která trvale ovlivňuje sociální jistotu a duševní zdraví. Při sluchové disabilitě dochází k bariéře v komunikaci a ta se následně odráží do celého vývoje osobnosti. Z psychologického hlediska je sluchová disabilita podnětovou deprivací, kdy se v souvislosti s absencí či nedostatečným vnímáním sluchových podnětů hůře nebo opožděně rozvíjí jazyk a s ním také verbální složka inteligence (Panská 2013).

Na celém světě žije 360 miliónů osob se sluchovým postižením, dětí je z celkového počtu 32 miliónů (WHO, 2013). V této souvislosti používá WHO termín omezující ztráta sluchu, kdy jsou odlišné meze pro klasifikaci u dětí a dospělých:

- u dospělých starších 15 let se jedná o sluchovou ztrátu větší než 40 dB na lepším uchu;

- u dětí ve věku do 14 let se jedná o sluchovou ztrátu větší než 30 dB na lepším uchu.

Snížení hranice sluchové ztráty u dětí je z důvodu rizika opožděného vývoje řeči, jazykových a kognitivních schopností. To se následně projevuje celkovým opožděným vývojem osobnosti jedince nebo poruchami učení ve škole (Růžičková, Vítová 2014).

Sluchové postižení je považováno za druhé nejzávažnější hned za mentálním postižením. Při poškození sluchu je jedinec ochuzen až o 60 % poskytovaných informací. To je zásadní především pro dětskou populaci a to zejména pro správný komplexní bio-psycho-sociální rozvoj dítěte. V České republice žije dle statistik zhruba 500 tisíc občanů se sluchovým postižením, z nichž až 15 tisíc má svou sluchovou vadu od narození nebo získanou v dětském věku. Vzhledem k nadměrné zvukové zátěži u dětí, mladistvých i dospělých při poslechu hudby nebo užívání počítačových aplikací lze předpokládat zvyšující nárůst poruch sluchu (Mukšnáblová 2014).

2.1.1 Etiologie, diagnostika a klasifikace sluchových vad

Porucha sluchu je takové postižení sluchové funkce, které je přechodného charakteru a kvalita sluchu se po vhodné intervenci může vrátit zpět k normálním hodnotám. Oproti tomu vada sluchu je postižení trvalé bez možnosti úplné nápravy (Houdková 2005).

Nemálo příčin sluchového postižení je způsobeno geneticky podmíněnými vadami, uvádí se přibližně 50 %. Další příčinou vrozeného postižení sluchu mohou být infekční onemocnění matky během těhotenství, jako jsou například zarděnky, spalničky, chřipka nebo toxoplasmóza. Získaná postižení sluchu v průběhu života vznikají následkem prodělaných onemocnění (středoušní záněty, průšnice, meningitida), úrazů hlavy, ojediněle pak vedlejšími účinky některých léků (Slowík 2007).

Vada sluchu má mnoho podob a liší se takřka u každého člověka. Rozhodujících je několik okolností - kdy vada vznikla, kdy byla objevena, která část sluchového vnímání je porušena a jaká péče byla zvolena. Na každém uchu také může být ztráta odlišná a může se jednat o kombinaci různých typů postižení u jednoho člověka (Procházková, Vysuček 2007).

Sluchová vada je snížená nebo chybějící schopnost vnímat sluchové informace. Jedná se o snížení až ztrátu výkonnosti sluchového analyzátoru. V některých případech je možné vrátit sluch lékařskou léčbou, mnohé však vedou k trvalému postižení. Velice

závažným momentem je zejména věk, ve kterém došlo ke ztrátě sluchu, jelikož tento moment může ovlivnit osvojení si mluvené řeči. Klasifikace sluchových vad je v odborné literatuře uváděna různě. Sluchové vady jsou nejčastěji děleny podle:

- velikosti sluchové ztráty
- místa vzniku vady
- doby vzniku sluchové vady (Kudláček a kol. 2013).

WHO sestavila v roce 1980 škálu sluchových poruch, velikost sluchové poruchy je vyjádřena v decibelech (viz Tabulka 1). Decibel (dB) je jednotkou pro měření hladiny intenzity zvuku. Grafické znázornění stavu sluchu se nazývá audiogram. Ten ukazuje náš akustický práh pro standardizované frekvence měřené přístrojem – audiometrem. Do grafické podoby zachycuje a zaznamenává individuální práh sluchu jedince. Jednotkou frekvence je Hz (Hertz). Při měření se vyšetřuje každé ucho zvlášť. Na základě měření hodnot sluchu se následně doporučí určitý typ protetiky – sluchadla (Panská 2013).

Tabulka 1 Klasifikace sluchového postižení (Slowik 2007)

podle typu	<ul style="list-style-type: none"> • převodní vady - vady vnějšího a středního ucha, jedná se o kvantitativní postižení sluchu, jedinec špatně slyší • percepční vady - vady vnitřního ucha a CNS, jedná se o kvalitativní postižení sluchu, jedinec špatně rozumí • smíšené vady
podle velikosti sluchové ztráty	<ul style="list-style-type: none"> • nedoslýchaví <ul style="list-style-type: none"> - lehce (sluchová ztráta 26 - 40 dB) - středně (sluchová ztráta 41 - 55 dB) - středně těžce (sluchová ztráta 56 - 70 dB) - těžce (sluchová ztráta 71 - 91 dB) • neslyšící • ohluchlí
podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none"> • vrozené postižení • získané postižení
podle etiologie	<ul style="list-style-type: none"> • orgánové postižení • funkční postižení

Za normální sluch se z audiometrického hlediska považuje slyšení nejslabších zvuků. Člověk tedy bez problémů rozumí šeptané řeči, slyší tikot hodinek nebo šumění listů ve větru. Lehká až středně těžká nedoslýchavost způsobuje komunikační obtíže v hlučném prostředí, kde například mluví více lidí najednou. Bez vhodných kompenzačních pomůcek se při těžké až velmi těžké nedoslýchavosti projevuje velmi špatná nebo žádná reakce na mluvenou řeč nebo hlasitější zvuky. Stav sluchu přesahující ztráty 90 dB se považuje za praktickou hluchotu, člověk neslyší a nereaguje na zvuky, jako je hluk motoru auta ve vyšších obrátkách nebo hluk způsobovaný sekačkou na trávu (Horáková 2012).

Z hlediska velikosti sluchové ztráty se nejčastěji setkáváme v oblasti problematiky sluchového postižení s následujícími pojmy:

- **Lehká nedoslýchavost:** Jedinec s lehkou nedoslýchavostí nemá zásadní omezení v běžném životě, je schopen komunikovat normálním způsobem. Určitý problém může mít při komunikaci v hlučném prostředí.
- **Střední nedoslýchavost:** Osoba se střední nedoslýchavostí je schopna rozumět mluvené řeči maximálně do vzdálenosti 3 metry od svého ucha. K lepšímu porozumění hlasité řeči již potřebuje mít sluchadla. Za nepříznivých akustických podmínek dochází k obtížím.
- **Těžká nedoslýchavost:** Jedinci s těžkou nedoslýchavostí jsou schopni, vzhledem k rozsahu zbytků sluchu, komunikovat mluvenou řečí do vzdálenosti jednoho metru od ucha. V hlučném prostředí i s kompenzací sluchadel dochází k velmi špatné orientaci a neschopnosti rozumět mluvené řeči.
- **Velmi těžká nedoslýchavost:** Osoba s velmi těžkou nedoslýchavostí slyší řeč pouze z těsné blízkosti. Vysoce kvalitní sluchová protetika umožňují v akusticky vhodných podmínkách porozumět mluvenému slovu obvykle za pomoci dalšího prku vnímání řeči – odezírání.
- **Hluchota:** Jedná se nejzávažnější a nejtěžší stupeň poškození sluchu, je to chybějící schopnost vnímat zvukové informace. Vyskytuje se ve dvou formách: praktická a úplná.
- **Ohluchlost:** Sluchová vada, která vznikla postlingválně, tedy po dokončení základního vývoje řeči, můžeme zařadit k termínu hluchota (Kudláček a kol. 2013).

Z hlediska místa vzniku dělíme vady na periferní a centrální. Centrální vady postihují podkorový nebo korový systém sluchových drah. Periferní vady mohou být převodní, percepční nebo smíšené. Převodní vady vznikají ve vnějším a středním uchu a jejich důsledkem je zhoršení mechanického převodu a kvantitativní sluchu. Vady percepční vznikají ve vnitřním uchu, kde dochází k poruše vláskových buněk v Cortiho orgánu. Důsledkem je porucha kvantitativní i kvality sluchu. Podle doby vzniku dělíme sluchové vady na vrozené a získané. Příčiny vad vrozených mohou být genetické, prenatální, kdy matka prodělala např. zarděnky nebo toxoplazmózu a perinatální, kdy došlo k poškození sluchového analyzátoru při porodu. Získané vady se objevily v postnatálním období z důvodu např. častého zánětu středního ucha, po meningitidě nebo úrazu. V České republice se ročně narodí kolem 100-120 dětí se závažnou poruchou sluchu (Růžičková, Vítová 2014).

2.1.2 Komunikační systémy dětí se sluchovou disabilitou

„Slyšení očima je velmi delikátní umění, jímž může bystré a pozorné oko podle pohybu rtů slyšet i to, co mluví kterákoliv osoba.“

John Bulwer, 1648

Mluvený jazyk ve zvukové a grafické podobě je základním prostředkem pro získávání informací. Schopnost užívat mluvenou řeč limituje začlenění osob se sluchovým postižením do slyšící společnosti. Artikulace osob se sluchovým postižením bývá nápadná, často nesrozumitelná. Hlas může být kolísavý, příliš hluboký nebo naopak vysoký, nosový či chraptivý. K dosažení srozumitelného mluveného a psaného projevu slouží řečová výchova a logopedická péče (Růžičková, Vítová 2014).

Výběr neoptimálnějšího způsobu komunikace pro osoby se sluchovým postižením je závislý na několika atributech: závažnost sluchového postižení, sociokulturní prostředí, inteligence, vzdělání a další osobnostní předpoklady (aktivita, schopnosti a dovednosti, vůle apod.). Některé funkce u neslyšících osob přebírá do jisté míry zrak, proto je u nich objem a zaměření pohledů jiné než u osob slyšících. Lidé se sluchovým postižením se kolem sebe častěji rozhlíží a vyruší je i sebemenší pohyb v jejich zorném poli. Vizuální kontakt je u nich základní podmínkou pro navázání a udržování rozhovoru (Panská 2013).

Odezírání představuje příjem informací zrakem a chápání jejich obsahu na základě pohybů mluvidel, mimiky obličeje, gestikulace rukou a celkový postojů těla. Odezírání však nikdy nemůže zcela nahradit sluch. Jedná se pouze o jeho nedokonalé

zastoupení. V průběhu uplynulých dvou století se na možnosti využití odezírání vytvářely různé názory. Od absolutního odmítání, kdy bylo odezírání nahrazováno prstovou abecedou, až po precizně vypracované metodiky nácviku (Krahulcová 2014).

Pouhých 23 % celkové populace je schopno zvládnout techniku odezírání. Ta vyžaduje určitou kombinaci vloh. Na jejich základě a znalosti mluveného jazyka pak jedinec rozvíjí své dílčí schopnosti a dovednosti. Odezírání je také ovlivněno komplexem vnitřních a vnějších podmínek. Mezi vnější podmínky patří: dostatečná intenzita a směr světla, konverzační vzdálenost, výšková úroveň hlavy mluvčího a odezírajícího, vizuálně přiměřená mluvní technika a způsob artikulace. Vnitřní podmínky odezírání se týkají především fyziologických podmínek (např. využitelnost zbytků sluchu), verbálních, psychických a sociálních podmínek (Růžičková, Vítová 2014).

Znakový jazyk je přirozeným jazykem osob se sluchovým postižením s vlastním slovníkem a gramatikou, který je nezávislý na mluveném jazyce. Zákon o znakové řeči (č. 155/1998 Sb. ve znění zákona č. 384/2008 Sb.) definuje znakový jazyk jako základní komunikační systém neslyšících osob, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace. Tento komunikační systém tvoří specifické vizuálně-pohybové prostředky, tedy tvary rukou, jejich postavení a pohyby, mimika, pozice hlavy a horní části trupu. Z lingvistického pohledu má znakový jazyk všechny základní atributy jazyka: znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr a je ustálen po stránce lexikální i gramatické. Na základě zahraničních výzkumů je mu přiznán atribut přirozeného a svébytného jazyka (Růžičková, Vítová 2014).

Z hlediska kulturně antropologického bychom neměli ke komunitě lidí s vadami sluchu přistupovat jako ke skupině zdravotně postižených, ale jako k jazykové a kulturní menšině. Přirozený jazyk má své kořeny v kultuře těch, kteří jej používají. Pokud tedy uznáme znakový jazyk za plnohodnotný, opravňuje nás to považovat jeho uživatele za kulturní menšinu, která má vlastní jazyk s vlastním historickým vývojem (Procházková, Vysuček 2007).

Znakovaný český jazyk využívá gramatické prostředky češtiny, která zároveň hlasitě nebo bezhlasně artikulována. Pohybem a postavením rukou jsou společně s jednotlivými českými slovy ukazovány jednotlivé znaky, převzaté z českého znakového jazyka (Panská 2013).

Prstová abeceda nebo také daktylní abeceda je vizuálně motorická komunikační forma, při které se používá různých poloh a postavení prstů k vyjádření písmen. Prstová

abeceda je základem pro prstovou řeč, která je vizuální formou doslovného až absolutního tlumočení textu z hlediska formálního. Předností prstové abecedy je především její snadná naučitelnost a lze jí používat kdekoli. Umožňuje také vyjadřovat slovo písmenu po písmenu, gramaticky přesně. Oproti pouhé artikulaci a odezírání si tak neslyšící neosvojuje nepřesné gramatické slovní tvary. Je sice pomalejší než znakový jazyk, ale rychlejší než písmo. Nevýhodou je, že se slovo nebo věta vytváří úryvkovitě a prchavě v prostoru. Slovo nevzniká celistvé, ale hláskuje se písmenu po písmenu. Prstové znaky zároveň zpomalují hovorové tempo, prstová abeceda tedy neumožňuje obecně srozumitelné dorozumívání s majoritní společností (Krahulcová 2014).

Odlišnost způsobu komunikace lidí se sluchovým postižením je nejpodstatnějším důsledkem sluchového postižení. Těžce sluchově postižení nemohou vnímat hlasitou řeč sluchem, to se také projeví problémy při osvojování řeči (Kudláček a kol. 2013).

Schopnost ovládat současně dva jazyky na úrovni porozumění, mluvení, psaní a čtení se nazývá bilingvismus. U sluchově postižených znamená bilingvismus znalost a používání znakového jazyka a mluveného jazyka majoritní společnosti země, ve které žijí. Bilingvální vzdělávání vychází z názoru, že by měl sluchově postižený zvládnout nejprve znakový jazyk jako jazyk mateřský a jazyk většinové společnosti jako jazyk druhý. Důležitou okolností je schopnost rodičů sluchově postižených dětí komunikovat ve znakovém jazyce a naučit tuto dovednost i ostatní členy rodiny. Dorozumět se se svými nejbližšími je pro dítě důležité nejen z hlediska praktického, ale především emočního. Systém totální komunikace vychází z myšlenky, že ke komunikaci se sluchově postiženým je nutno využít všech prostředků. Cílem je rozvíjet řeč, znakový jazyk a další pomocné systémy současně a poté využívat takový způsob komunikace, který je pro daného sluchově postiženého v určité situaci nejpříjemnější (Šedivá 2006).

2.2 Vývoj dítěte se sluchovou disabilitou

Pro svůj negativní dopad na vývoj dítěte bývají sluchové vady hodnoceny jako jedny z nejtěžších. Jedná se především o vady, které etiologicky řadíme do předřečového období a za následek mají zásadní narušení výstavby komunikačního systému dítěte. Jelikož se jazyk a řeč nevyvine na běžné úrovni, rozšiřuje se následně negativní dopad na proces myšlení a jeho vývoj (Potměšil 2007).

Již během nitroděložního vývoje má plod vrozenou schopnost reagovat na změnu polohy nebo různé sluchové podněty. Dochází zde k nejjednodušším formám učení. Plod získává určitou zkušenost s různou intenzitou sluchových podnětů a zkouší na ně reagovat, většinou pohybem. V prenatálním období také probíhá první interakce a komunikace mezi plodem a matkou. Rozlišujeme tři druhy komunikace: fyziologická (přenos látek přes placentu), emoční a smyslová. Při smyslové komunikaci působí matka na dítě dotyky na břicho nebo svým hlasem, a to reaguje pohybem. Změna polohy je pak jeho způsobem, jak se vyjádřit. Tato komunikace ovlivňuje vytvoření vazby mezi matkou a dítětem a dále se upevňuje po narození (Mukšnáblová 2014).

Prelingvální sluchová vada vzniká v raném období, tedy do 2 let dítěte. Vývoj dítěte se sluchovou disabilitou probíhá navenek zcela stejně jako vývoj dítěte slyšícího. Největším rizikem sluchové disability je právě jeho neviditelnost. Jako průměrný věk odhalení sluchové vady se udává mezi třetím až pátým rokem života dítěte. To vzhledem k charakteristickému vývoji v daných obdobích zabraňuje optimálnímu jazykovému vývoji dítěte. Pro rozvoj komunikace v raném věku je důležitá vzájemná interakce s rodiči (Růžičková, Vítová 2014).

Odchytky a nápadnosti ve vývoji řeči jsou nejčastěji pozorovány v období 6. -9. měsíce věku dítěte. Jedná se zejména o přecházení z tzv. pudového žvatlání na žvatlání nápodobivé, které se již musí opírat o sluchové vjemy dítěte. Týká se napodobování řečových a hlasových projevů lidí pohybujících se v okolí dítěte. Dítě se snaží reprodukovat podobně znějící zvuky, hlásky nebo slabiky, melodii hlasu a různé tóny. Vlastní hlasový projev si dítě již uvědomuje, hraje si s ním a různě jej variuje a moduluje. U dětí se sluchovou disabilitou k těmto aktivitám z důvodu sluchové absence nemusí docházet, hlasový projev se většinou stává monotónní nebo může dojít k jeho úplnému vymizení, kdy dítě tzv. utichá (Opatřilová, Nováková, Vítková a kol. 2012).

Pokud se narodí dítě se sluchovou disabilitou do slyšící rodiny, je od počátku nejvíce postižen rozvoj komunikace a s tím související omezená možnost získávání informací. Informace kolem dítěte jsou převážně verbální a dítěti je tak v prvních měsících života znemožněno osvojovat si mateřský jazyk. Řeč je také zcela nezbytná k tomu, aby se u malého dítěte mohlo rozvíjet myšlení. Zásadní nepoměr mezi neverbálními schopnostmi a dosaženou úrovní mluvené řeči vede k dlouhodobé komunikační, kognitivní a sociální frustraci. Dítě působí jako těžce opožděné, ačkoli jeho vrozená neverbální inteligence může být průměrná či dokonce nadprůměrná. V neposlední řadě poznamenávají omezené komunikační možnosti podstatnou měrou

také sociální vývoj. Dítě nerozumí dění kolem sebe. Sociální zkušenosti získává pouze nahodile a většinou bez jakéhokoli porozumění (Jungwirthová nedatováno).

2.2.1 Výchova a vzdělávání dítěte se sluchovou disabilitou

Proces výchovy a vzdělávání je založený na komunikaci mezi žákem a pedagogem. Komunikace je základním nástrojem pro psychický rozvoj dítěte a kvalita komunikace jedním z nejdůležitějších faktorů určujících kvalitu života. Z hlediska pojetí jazyka a komunikace je dítě se sluchovou disabilitou velmi specifické (Potměšil a kol. 2010).

Dítě se sluchovou disabilitou vyžaduje ve výchově pro svůj zdárný vývoj speciální přístup. Míra jeho potřeb je dána druhem a stupněm postižení, mentálními dispozicemi, dobou ztráty sluchu, ale také poskytovanou včasnou a kvalitní péčí. Speciální pedagogický obor zabývající se výchovou a vzděláváním dítěte s postižením sluchu se nazývá surdopedie, z latinského surdus - hluchý, řeckého paidea - výchova (Muknšnáblova 2014).

Surdopedie byla v minulosti součástí logopedie. Díky postupnému přijímání osob se sluchovou disabilitou jako kulturní a jazykové komunity, a také díky rozvoji specifických komunikačních technik, vznikl v roce 1983 samostatný obor surdopedie. Cílem surdopedie je poskytnout sluchově postiženým komplexní vzdělání, umožnit rozvoj jejich osobnosti po stránce kognitivní, psychosociální a emocionální. Dalším cílem je vytvořit komunikační kompetence, které jim mají napomoci začlenit se do intaktní (slyšící) společnosti s respektováním jejich jazykových a kulturních specifík (Růžičková, Vítová 2014).

Na konci 19. a počátku 20. století byla vzdělávací péče o sluchově postižené u nás spojena s ústavami a školami v Brně, Českých Budějovicích a Plzni, které se úzce specializovaly na neslyšící a těžce nedoslýchavé osoby. V současné době upřednostňuje inkluzivně orientované školství vzdělávání v běžných školách společně s nepostiženými vrstevníky. Dle § 16 odst. 7 zák. č. 561/2004 Sb. mají žáci a studenti, kteří nemohou vnímat sluchem řeč, právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím znakové řeči. Alternativní možností je také vzdělávání ve školách se speciálně zaměřeným programem pro sluchově handicapované děti, žáky a studenty (Slowík 2007). Dle Vyhlášky MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. jsou to u nás: mateřská škola pro sluchově postižené, základní škola pro sluchově postižené, střední škola pro sluchově postižené.

Velmi podstatná je také raná péče, která zahrnuje soubor služeb pomáhajících se vyrovnat s vadou a směřovat k začlenění dítěte do společnosti. V České republice je raná péče v oboru surdopedie rozvíjena od počátku sedmdesátých let 20. století. Tato pomoc je poskytována speciálně pedagogickými centry (SPC) nebo samostatně fungujícími organizacemi. Cílem rané péče je speciální raná výchova a speciální rané učení. Jejimi klienty jsou děti postižené od narození do doby, než vstoupí do dalšího zařízení, kde bude jejich výchovná péče pokračovat (Muknšnáblova 2014).

Výchovně vzdělávací péče je charakteristická neustálým hledáním efektivního edukačního přístupu. Metoda orální komunikace, kterou tvoří vývoj a osvojování mluvené řeči, odezírání a rozvoj funkční schopnosti zbytků sluchu, ovlivnila výchovně vzdělávací směry minulého století a v našich podmínkách byla uplatňována až do devadesátých let 20. století. V roce 1976 byl poprvé definován pojem totální komunikace, kterou chápeme jako filosofii využívající manuálních a orálních prostředků pro komunikační potřeby osob se sluchovou disabilitou. Bilingvální přístup představuje dvojjazyčnou výchovu, tedy užívání jak mluveného tak znakového jazyka (Růžičková, Vítová 2014).

2.2.2 Psychosociální aspekty sluchové disability

*„V úplné tmě a tichu, které mě oddělují od světa,
mi ze všeho nejvíc chybí přátelský zvuk lidského hlasu.
Slepota odděluje člověka od věcí – hluchota od lidí.“*

Helena Kellerová

Z psychologického hlediska znamená sluchové postižení sensorickou deprivaci. Dítě přichází na svět vybaveno smysly, pomocí nichž se učí vnímat podněty, které mu svět nabízí, a postupně chápat jejich význam. U sluchově postiženého dítěte chybí nebo jsou omezeny podněty zvukové. Nevytváří se nebo je značně zkreslena zvuková mapa, kterou dítě získává v prvních měsících života. Nedostatek vnímání a pochopení zvuků z okolí pak vede k ovlivnění rozvoje dítěte, a to zejména v oblasti verbální inteligence, rozvoje řeči a v oblasti psychosociální (Šedivá 2006).

Psychosociální aspekty sluchového postižení se týkají psychické a společenské stránky člověka. Jedná se o narušenou celistvost smyslového vnímání, vnímání a zpracování akustických informací, sociální a komunikační bariéry a také o zdravotní amplifikace postižení. Tyto aspekty mají vztah k jedinci ve svém původu nebo důsledku a zároveň také vztah k sociálním jevům. Pojem „psychosociální“ se také ale vztahuje

k vlivu společnosti na vývoj a stav psychiky jedince se sluchovým postižením (Krahulcová 2014).

Sluchová disabilita představuje bariéru v komunikaci, která se odráží do celého vývoje osobnosti. Nejobvyklejšími nástroji při lidské komunikaci jsou mluva a sluch. Dle Panské (2013) se důsledky těžkých postižení sluchu odráží ve třech základních oblastech:

1. poznávací oblast: pocity, zvuky, představy
2. oblast vztahů k prostředí: sociální vztahy
3. oblast osobnosti: charakter, emotivní a volní sféra

Pro každého člověka je důležité, jak vnímá sám sebe. Stejně tak je tomu také u lidí s vadami sluchu s tím, že stupeň a rozsah vady nebo doba vzniku vady nejsou rozhodujícím faktorem. Rozhodující je, zda se člověk se sluchovou vadou považuje za postiženého. Lidé, kteří se cítí být omezováni svou hluchotou, se cítí být zdravotně postiženými. Nedůvěřují si a trpí pocity hořkosti nad nenaplněným životem. Bývají bojácní a plačtiví nebo naopak zase zlostní a zlomyslní. Žijí v izolaci a ztrácí pojem o realitě (Procházková, Vysuček 2007).

Mezi faktory, které ovlivňují psychický vývoj dítěte se sluchovým postižením, patří zejména následující, specifické projevy v závislosti na sluchové ztrátě pak zobrazuje Tabulka 2:

- závažnost sluchové vady;
- narušený vývoj řeči, který negativně ovlivňuje vývoj všech poznávacích procesů, chudá slovní zásoba znesnadňuje pochopení čteného textu;
- absence bezděčného učení, díky které jsou osoby se sluchovým postižením ochuzeni o nepřeborné množství informací, chybí jim kontinuita dění;
- omezené komunikační možnosti ovlivňují také sociální chování a dovednosti – obtíže při pochopení jednání svého okolí, orientaci v mezilidských vztazích, pocit frustrace a osamocení;
- přidružené poruchy učení;
- 90% dětí se sluchovým postižením se narodí slyšícím rodičům;
- citová a podnětová deprivace při separaci od rodiny a kolektivu v důsledku docházky do internátní školy (Růžičková, Vítová 2014).

Sluchově postižené děti jsou ve svém citovém vývoji výrazněji ohroženy než děti slyšící. Jsou často vystavovány podnětové deprivaci, opakovanému zklamání a nepochopení v komunikačních situacích, stresu, úzkosti nebo frustraci. Dokonce sám vztah rodič a dítě je podroben větší zátěži a náročnějším zkouškám (Krauhlová 2014).

Tabulka 2 Specifické projevy dětí se sluchovou disabilitou v závislosti na sluchové ztrátě (Růžičková, Vítová 2014)

Velikost sluchové ztráty	Projevy
lehké	občasné potíže ve sledování konverzace, nepřiměřené projevy chování, významné rozdíly ve střídání pozornosti a únavy
26-40 dB	zdánlivé stavy denního snění z důvodu zvýšené sluchové námahy, nedostatečnost v interakci s vrstevníky i okolím
41-55 dB	významné narušení komunikačního procesu, problémy v socializaci se slyšícími vrstevníky, potřeba stálého používání kompenzačních technických pomůcek, obtíže v hlučném prostředí, vysoká míra únavy
56-70 dB	výrazné narušení komunikačního procesu, závažné potíže v procesu socializace, nedostatečná úroveň sociální vyzrálosti
71-90 dB	nevyhovující úroveň komunikačních kompetencí, závislost na technických kompenzačních pomůckách, vyšší míra sociální izolace, preference sluchově postižených
> 91 dB	limitující komunikační preference, zásadní projevy nedostatečnosti v orální komunikaci, závislost na kompenzační technice, volba sociálních vztahů u sluchově postižených

Potměšil a kol. (2010) uvádí nejčastější negativní pocity sluchově postižených dětí, které později vedou k velmi zásadním konfliktům s okolím nebo s vlastní identitou. Patří mezi ně zejména sebeobviňování, zlostné reakce, nenávisť nebo bezmocnost. Snížená nebo neexistující schopnost sebehodnocení je součástí sociální nezralosti, na které se podílí dvě složky: úroveň sociálního chápání a míra závislosti. Děti se sluchovým postižením často nedovedou odhadnout následky svého jednání. Velmi nízká je také jejich schopnost rozpoznat, která událost proběhla spontánně a která byla naopak úmyslně spuštěna.

Z hlediska socializace je možno považovat školní prostředí za nejdůležitější v životě sluchově postižených. Podle zařazení do vzdělávacího systému rozlišujeme dvě skupiny. První, zřejmě nejpočetnější, je skupina dětí navštěvujících speciální školy pro sluchově postižené. Převážná většina těchto dětí využívá služeb internátního zařízení. Zde je třeba počítat s odchylkami od vývoje u dětí slyšících, které dětství tráví ve svých rodinách, z hlediska vývoje psychiky, sociálních dovedností a výstavby hodnotového systému. Děti zde mají pravděpodobně dobře připravený krátkodobý i dlouhodobý program, aby byly naplněny veškeré pedagogické i speciálněpedagogické potřeby. I přesto lze však předpokládat velmi silný vliv organizovanosti, ztráty soukromí i možnosti prosadit vlastní názor nebo přání. Druhou skupinu tvoří děti se sluchovým postižením, které byly zařazeny do integrace. Tyto děti navštěvují běžné školy, mají možnost účastnit se rodinného života a svůj čas trávit v obvyklých podmínkách. Ani tato situace však není ve všech případech optimální. Dítě se sluchovým postižením je v integraci často vystavováno pocitům vlastní neúspěšnosti, a to i při nejlepší ohleduplnosti okolí a přípravě podmínek (Potměšil 2007).

Jelikož jsou děti nejvíce přizpůsobivé vlivům sociálního prostředí v raném věku, je nutné zahájit integrační proces co nejdříve a také respektovat jejich specifické potřeby. Děti se sluchovým postižením by měly přirozeně vyrůstat ve společnosti věkově blízkých slyšících dětí. Tím získávají nápodobou řadu sociálních zkušeností a dovedností. Proces integrace však není vázán jen na rané období vývoje dítěte, ale probíhá celoživotně. Na proces integrace bychom zároveň neměli nahlížet pouze z pohledu jedince s postižením, ale zároveň ze strany majoritní zdravé populace. Je nezbytné, aby se tato společnost naučila integraci akceptovat a identifikovat se s ní (Houdková 2005).

2.2.3 Pohybová aktivita dítěte se sluchovou disabilitou

Jednou z hlavních složek zdravého životního stylu je pohyb, který kromě fyziologického přínosu ovlivňuje také naši psychickou a sociální stránku a zároveň umožňuje příjemné trávení volného času. Jednotlivé funkce pohybu jsou vzájemně provázané a uplatňují se nevědomky nebo jsou využívány úmyslně při záměrném formování osobnosti člověka, při výchovném působení, případně při řešení individuálních a sociálních problémů (Kursová 2009).

Pohybová aktivita by se měla stát nedílnou součástí životního stylu každého člověka. Zajišťuje energetický výdej, zvyšuje funkčnost tělních soustav a rozvíjí také sociální aspekty (Schuster 2008).

Pohybová aktivita je významná v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Pozitivně působí na krevní tlak tím, že mírně snižuje systolický i diastolický tlak. Pohybová aktivita se v kombinaci s úpravou výživy podílí na snížení hmotnosti. Ovlivňuje psychickou činnost, snižuje stres, depresi a úzkost. Pohybová aktivita dále působí na svalové a kosterní funkce, zvyšuje pružnost, ohebnost kloubů, svalovou sílu a také obsah minerálů v kosti (Kastnerová 2011).

V současné společnosti, kdy převažuje sezení, je adekvátní pohybový režim opravdovou nutností. Blahodárně působí na celý nervový, pohybový a oběhový systém a je prevencí civilizačních chorob. Lidské tělo a lidská mysl jsou vzájemně propojeny, uvolněním mysli dojde k uvolnění těla a naopak uvolnění tělesné vede k uvolnění mysli. Hypokinéza (pohybová nedostatečnost) se stejně jako u dospělých projevuje u dětí impulsivností, podrážděností, sníženou schopností koncentrace a sebekontroly. Důvodem je zejména trávení času u počítačů a televize, prožitek dobrodružství je v posledních letech nahrazen prožitkem virtuálním (Krejčí 2011).

Realizace pohybové aktivity dítěte se sluchovou disabilitou znamená zejména metodicko-didaktický problém. Důležité informace z okolního světa, které chybí následkem poškození sluchu, mnohem více působí na osobnostní strukturu. Vnější svět je chápán a prožíván jinak než u osob bez postižení. Také možnosti komunikace s ostatními mohou být omezeny (Janečka a kol. 2012).

Problematikou osob se speciálními vzdělávacími potřebami v souvislosti s pohybovými aktivitami se zabývá vědní disciplína, kterou označujeme jako aplikované pohybové aktivity (APA). Definovat je můžeme jako mezipředmětovou akademickou disciplínu zaměřenou na identifikaci a řešení individuálních rozdílů v oblasti pohybových aktivit. Aplikované pohybové aktivity podporují postoj přijímání individuálních rozdílů a také propagují přístup k aktivnímu životnímu stylu. Zařadit sem můžeme například tělesnou výchovu, sport, rekreaci a rehabilitaci (Ješina, Kudláček a kol. 2011).

Školní prostředí by mělo být nepochybně místem podpory pohybových aktivit a vytváření pozitivního přístupu k aktivnímu životnímu stylu. Rozvoj pohybové aktivity úzce souvisí s rozvojem poznávacích činností. Tělesná výchova má tedy jedinečnou a

nezastupitelnou úlohu v životě žáků nejen se speciálními vzdělávacími potřebami (Kudláček a kol. 2013).

Pro splnění úkolů při osvojování učiva učitel stanoví:

- jak zahájí výuku - naladění, motivace, těšení se na nové;
- jaká zvolí průpravná cvičení, způsob vykonávání činností a její postupné stupňování z hlediska náročnosti;
- jak bude probíhat hlavní část vyučovací hodiny - metody: ukázka, výklad, rozhovor, vlastní cvičení, kontrola provedení, příklad, beseda, povzbuzování, kooperace, apod. Učitel si připraví postup k dosažení cíle, stanoví didaktické styly, organizační členění, prostorové uspořádání, formu a způsob ukládání úkolů a přípravu pomůcek;
- jak ukončí vyučovací hodinu, provede zklidnění, připraví na další hodinu, provede rozloučení (Krejčí 2011).

2.3 Golf ve významu k výchově ke zdraví

Golf patří mezi tři nejvíce provozované sporty na světě. Aktivně se mu věnuje více než 70 milionů lidí na celém světě. Golf představuje přirozený pohyb v krásně upraveném přírodním prostředí a je optimální volbou při dnešním sedavém způsobu života. Ve své rekreační podobě nevyžaduje extrémní jednorázové vypětí nebo nadměrné namáhání netrénovaného organismu. Golf je sport bezkontaktní a díky jedinečnému hendikepovému systému spolu mohou soupeřit hráči s rozdílnou výkonností či odlišného věku. Oproti mnoha jiným sportům může golf hrát plnohodnotně i jednotlivec, jeho věčným soupeřem je vždy hřiště. Golf je také velmi vhodným rodinným sportem, který umožňuje prožívat společné okamžiky plné napětí i zábavy. V neposlední řadě je golf velké zrcadlo, ve kterém se ukáže pravý charakter člověka (ČGF 2010).

Chůze je nejpřirozenější způsob pohybu, který si člověk osvojí velmi záhy po svém narození. Jako způsob dopravy jí pak využívá po celý život. Pravidelné zařazení chůze do denního programu dobře poslouží jako kompenzace sedavých aktivit spojených s pobytem ve škole (Schuster 2008).

Při chůzi se zapojuje velké množství svalů, jejichž spolupráce je přesně načasovaná. Samotný golfový švih je komplexní a dynamický pohyb, při kterém se zapojí celé tělo. Při švihů se aktivují svaly směrem od nohou až k hlavě. Pevný základ poskytuje přední sval holenní, stehenní svaly a hamstringy (svaly zadní části stehů).

Následují svaly břišní - horní šikmý a dolní šikmý. Z menších svalů se během tohoto rychlého pohybu aktivuje sval prsní, ramenní, svaly zádové, natahovače zápěstí a loktů, ohybače zápěstí. Jelikož golfová hra trvá cca 4,5 hodiny a golfový švih se opakuje, jedná se o velmi efektivní způsob protažení a zpevnění celého těla. Jedna hodina golfu je zároveň srovnatelná se 45 minutami cvičení ve fitness centru. Počet spálených kalorií také ovlivňuje terén hřiště, který může být kopcovitý nebo rovinný (Sportvital 2013).

Součástí golfových tréninků bývají také cviky kondiční a kompenzační, díky nimž dochází k trénování pohyblivosti, stability, rovnováhy, uvědomování těla, síly a výkonu. Správný postup vede ke zlepšování výkonu a snižuje riziko zranění (Davies, DiSaia 2013).

Golf patří v České republice k nejmladším sportům, kterému se začínají věnovat osoby s postižením. Největší úpravy se pravděpodobně týkají vozíčkářů, kteří pro trénink i hru využívají speciální vozík „paragolfer“. Ten jim umožňuje pohyb nejen po hřišti, ale také zajišťuje provedení správného odpalu. V roce 2009 u nás vznikla Česká golfová asociace hendikepovaných (CZDGA), která pomáhá nově začínajícím golfistům s postižením a také pořádá mezinárodní turnaje (Kudláček a kol. 2013).

2.3.1 Golfový výukový program SNAG

Golfový výukový program, který hravou formou učí základy golfové hry, se nazývá SNAG, což je zkratka pro anglický název „starting new at golf“, volně se překládá jako „první dotyk golfu“. SNAG je také soubor pomůcek, díky kterým je výuka snadná, názorná a motivující. SNAG je určen zejména dětem, ale mohou jej využívat také dospělí začátečníci, aktivní senioři a hendikepovaní, a to ve věku od 3 až do 90 let. SNAG nabízí výuku golfu a pohybovou aktivitu v podstatě kdekoli, v tělocvičnách, sportovních halách, na dětském nebo sportovním hřišti, na louce, ale také například doma v obýváku. Využitelný je pro děti v mateřských a základních školách, ve školní družině, sportovních klubech, fyzioterapeutických a rekreačních zařízeních, v dětských koutcích nebo v hotelových animačních programech (snag.cz 2014).

Výuka se SNAGem je názorná, hravá a snadno pochopitelná. Hraje se na cíl - terče, na krátkou vzdálenost. Výuka je zaměřena na přesnost a plynulost úderů a pohybu, nikoli na sílu úderu. Při výuce se používá řada herních a výukových pomůcek. Vše je barevné, s doplňujícími vizuálními a zvukovými efekty. Metodika výuky je rozdělena pro různé skupiny: malé děti ve věku od 3 do 6 let, mladší školáci 7-11 let,

dospělí rekreační sportovci a hráči s tělesným hendikepem. SNAG je vlastně přípravkou na golf pro všechny bez rozdílu. Hrát se dá kdekoliv a kdykoliv. Do hry je možné zapojit nejen skupiny dětí, ale také jejich rodiče a prarodiče. Nejobsažnější metodikou je výuka pro školní děti, která zahrnuje nejen základy golfu, ale také pojmy a frazeologii z angličtiny, počítání, vzorce slušného chování s důrazem na ohleduplnost a týmovou spolupráci. Zároveň rozvíjí další pohybové dovednosti dětí, orientaci v prostoru a odhad vzdálenosti, koordinaci pohybu, soustředěnost, kontrolu použité síly při úderu. Metodika systému SNAG zahrnuje též velmi důležité proškolení specializovaných instruktorů, a to na třech úrovních. Úspěšní absolventi obdrží Certifikát instruktora a systému SNAG, který je zárukou, že výuka bude probíhat vždy dle stejných pravidel a postupů (snag.cz 2014).

2.3.2 Historie a filozofie SNAGu

Výukový systém SNAG k nám přišel z USA a s velkým úspěchem se šíří Evropou, hlavně ve Velké Británii, Holandsku, Itálii, Dánsku a nyní nově i u nás. V roce 1995 se dva bývalí profesionální hráči PGA Tour Terry Anton a Wally Armstrong spojili, aby zjistili, zda neexistuje jednodušší způsob, jak se naučit hrát golf. Od roku 1995 do roku 2001 strávili nespočet hodin zkoumáním různých metod v jednotlivých sportech. Anton vedl rozhovory s trenéry a studoval jejich pokroky ve výuce. Zajímal se o sporty jako je baseball, basketbal, fotbal, tenis, dokonce i o bojová umění s cílem najít nejlepší způsob, jak rozšiřovat dovednosti potřebné pro výuku golfu jednodušším a účinným způsobem. Armstrong se zaměřil na programování konkrétních dovedností. Využívání nástrojů odborné přípravy se stalo nedílnou součástí všech osnov ve výuce SNAGu. Na základě vědeckého výzkumu vytvořil Anton pomůcky a vlastní výukové metody, aby zajistil jednoduchost a pochopení pro každého. Ve spolupráci s nejvýznamnějšími univerzitními kapacitami v americké tělesné výchově testovali nejúčinnější barvy a slovní podněty. Stručně řečeno, jejich cílem bylo vytvořit vzdělávací prostředí přístupné všem a hratelné téměř kdekoliv. Toto poznání vedlo v roce 2002 k pilotnímu programu představit golf do škol s vývojově odpovídajícím vybavením. Okamžitý úspěch tohoto programu zaznamenal zájem 30000 dětí z oblasti Chicaga. Ve svých raných letech byl SNAG zaměňován za hračku nebo hru pouze pro děti a jako učební pomůcka pro komplexní sport byl často odmítán. Neúnavná propagace a vysvětlování systému SNAG uchvátila golfové nadšence ve 42 zemích. Tvůrčí a inovační program se nyní pyšní svou přítomností ve zhruba 8000

mezinárodních školách, v nejprestižnějších golfových akademiích, golfových klubech, rekreačních zařízeních, seniorských centrech nebo rehabilitačních zařízeních (snaggolf.com 2016).

Původ a filozofie výukového systému SNAG není ve sportu nic nového, v golfu ale ano. Golfový svět vždy zastával názor, že noví hráči se nejprve musí golf naučit, trénovat a až poté golf hrát. Filozofie výuky SNAGu pro začátečníky je podstatně odlišná - hraj, cestou se uč, a pokud chceš, tak trénuj. Tento postup klade důraz na to, aby si začátečník zvykal na hru na hřišti od samého začátku. Nedoporučuje se samozřejmě hra na golfovém hřišti, ale spíše na SNAG hřišti, které je navrženo pro začátečníky. Golf je jednou z mála her, kde je vybavení pro začátečníky stejné jako pro profesionály. Výukový systém SNAG používá speciálně navržené pomůcky, které začátečníkům pomáhají v pokroku při jejich výuce mnohem rychleji a efektivněji. Výukový systém tak řeší, jak a kde by měl začátečník začít v rámci svých možností (snag.golf 2015).

2.3.3 Výukový systém SNAG

V rámci výukového systému SNAG rozvíjí žáci své správné motorické dovednosti prováděním konkrétních úkolů. Systém obsahuje tři kreativní tréninkové nástroje, které zvyšují jejich pokrok. Je důležité si uvědomit, že většina z nás je vizuální studijní typ, který reaguje pozitivně na pokyny zábavné, nikoliv mechanické. Další jedinečnou předností této hry je možnost začít hrát ve známém prostředí. Menší a cílenější prostředí eliminuje strach a obavy z regulérního golfového hřiště. Poskytuje zároveň lepší celkový obraz hřiště a pomáhá budovat důvěru žáka a posílit jeho úspěchy. Výukový systém integruje aspekty golfu, které nejsou začátečníkům snadno dostupné. Žák se seznámí s course management, neboli způsobem rozhodování hráče při hře, pravidly, etiketou a základními dovednostmi. Tyto aspekty výrazně zlepšují proces učení, pomáhají žákovi tvarovat rány a zpříjemnit hru na regulérním golfovém hřišti. Smyslem výukového systému je zjednodušit způsob, kterým se lidé učí hrát golf. V současné době je tento způsob příliš mechanickým a není zábavným pro studenta ani pro trenéra. (snag.golf 2015).

Jednotlivé komponenty systému SNAG jsou navrženy tak, aby dětem a začátečníkům usnadňovaly získání základních dovedností golfové hry. Vizuálně a metodicky je vše zpracované tak, aby výuka byla jednoduchá, názorná, pochopitelná a pro děti také bezpečná. Oproti regulérnímu golfu neletí míč na velkou vzdálenost, ale

rána je směřována na terč. K odehrání míče tedy není třeba silného úderu a výsledek je zřetelný ihned. Prvky výuky, jako je postoj, správné držení hole, švih a úder, jsou přirovnávány k barevným hodinám a písmenům, aby vše bylo pro děti názorné a snadno pochopitelné. Pro zdokonalování jednotlivých dovedností se používá řada výukových pomůcek s vizuálními a zvukovými efekty. To také podněcuje v dětech zájem a motivaci k další hře. Jako materiál je použitý plast a textil. Míče vypadají jako menší barevné tenisáky. Terče mají na povrchu suché zipy, na které se snadno zachytí míček i při slabém dotyku. Hole jsou plastové a barevně odlišené podle velikostí. Rukojeť hole, tzv. grip, je formovaný do tvaru pětiúhelníku pro snadné uchopení. Veškeré pomůcky jsou doplněny barevnými značkami pro správné použití (snag.cz 2014).

Výukový systém používá terminologii zvanou SNAGologie. Při výuce je důležité používat termíny a fráze, které se vztahují k jednotlivým úkolům. Všechna cvičení a s nimi spojené slovní povely byly vytvořeny tak, aby poskytly patřičnou stimulaci a tím mohlo být dosaženo požadovaných výsledků. Komunikační metody jsou založeny na neuro-lingvistických metodách programování. Systém výuky je založen nejprve na ukázce celé dovednosti. Ta je poté rozebrána na části tak, aby byla žákem pochopena a správně provedena (whole-part method). Každá část je popsána frází nebo slovem a k ní je přiřazen slovní pokyn. Jakmile jsou pokyny seřazeny ve správném pořadí, je žák schopen vybavit si popisnou frázi nebo mentální obraz a může dále pracovat na zlepšování svých dovedností. Součástí výukového systému je také učební metoda hrát - cvičit - hrát, která pomůže určit, kam směřuje rozvoj dovedností u žáků. Tato metoda v podstatě zahrnuje styl výuky, kde, po krátkém úvodu, ukázce a pokynech, začínají žáci herní část lekce hraním připravených aktivit a experimentováním s dovednostmi, které je chce instruktor naučit. Během této doby je rolí instruktora pozorovat studenty a zejména stanovit současnou úroveň jejich dovedností. Samotná výuka dovedností pak začíná v části lekce cvičení. V malých skupinách nebo s jednotlivci pracuje instruktor na vylepšení a rozšíření jejich schopností, případně může zjednodušit požadavky na dovednost u žáků, kteří mají potíže se základy. Po cvičení následuje opět hra a práce na nových dovednostech. Účelem je jít se studenty tempem odpovídajícím jejich mentální úrovni a schopnostem (snag.golf 2015).

2.3.4 Projekt Golf do škol

Diplomová práce je součástí projektu Golf do škol ve spolupráci s Českou golfovou asociací hendikepovaných. Cílem projektu Golf do škol je zavést výuku golfu se SNAGem na české základní školy, nejprve formou odpoledních sportovních kroužků, do budoucna pak zařadit výuku také do osnovy hodin tělocviku.

Projekt Golf do škol pod hlavičkou České Golfové Federace (ČGF) má tři fáze. První fází jsou zájmové kroužky pro děti od prvních tříd základních škol, kterým se budou věnovat proškolení tělocvikáři a členové PGA Czech (Professional Golfers' Association - Profesionální golfová asociace hráčů). Prioritou je zejména snaha rozvíjet motorické dovednosti dětí a seznámit je s principy golfového úderu. Druhou fází jsou rozmanité soutěže, které rozvíjí další důležité fyzické a mentální složky budoucích vrcholových golfistů. Třetí fází by měly být intenzivní prázdninové kempy. Od projektu se v první fázi očekává především růst zájmu negolfisty o hru jako takovou. Pro budoucnost projektu je důležitá také přímá spolupráce škol s golfovými kluby, ve kterých budou moci děti pokračovat ve své sportovní kariéře a smysluplně tak trávit svůj volný čas (ČGF, PGA Czech 2012).

Výuka v rámci projektu Golf do škol probíhá obvykle formou odpoledních kroužků, případně může být určitou měrou zařazena do výuky tělocviku. Kroužky vedou golfoví trenéři ze spádového golfového hřiště, nebo proškolení učitelé tělocviku. Výuku je třeba vždy rozdělit do lekcí a postupovat dle metodiky postupně vždy se stejnou skupinou ve tříměsíčních blocích. Před samotným započítáním výuky je nezbytná komunikace s řediteli škol a nabídnuta vzorová výuková hodina, možná je také série několika hodin v rámci předváděcí akce pro větší skupinu dětí. Velkou výhodou je zainteresování učitelů tělocviku, kteří se pak sami budou podílet na průběhu kroužků. Poté následuje nábor dětí do kroužku, ideální počet na jednoho instruktora je 8-12 dětí. Metodika předepsaných kroků je od výuky základů až po vytváření vlastního hřiště a využití všech nabytých dovedností. Součástí výuky jsou soutěže a turnaje, od jednotlivců, družstev stejné školy až po meziškolní a mezikrajové turnaje. Proto je také nezbytné, aby metodika výuky probíhala dle jednoho zadání všude stejně a děti mohly být hodnoceny podle stejného vzorce. Nedílnou složkou golfové výuky se SNAGem jsou také vědomostní dovednosti a požadované vzorce chování. Zahrnuty jsou pojmy z angličtiny, počítání, logické uvažování, využívání nabytých dovedností v reálné situaci, týmová spolupráce, ohleduplnost při hře, sebeovládání, slušné chování ke

spoluhráči, soustředění a trpělivost. Děti dále rozvíjí všeobecné pohybové dovednosti, jako jsou koordinace pohybu, orientace v prostoru, odhad vzdálenosti a použité síly. Kroužky jsou vedeny na úrovni SNAGu, pro postup ke hře regulérního golfu je k dispozici přechodová metodika výuky. Ideální časový rozsah výuky, který směřuje k přechodu na golfové hřiště, je zahájení kroužku SNAGu na začátku školního roku. Děti se tak dokonale naučí základy golfu se SNAGem během zimy a na jaře mohou přejít k regulérnímu golfu ven na golfové hřiště. Z tohoto důvodu je také důležitá spolupráce a provázanost se spádovými golfovými kluby (snag.cz 2014).

Projekt Golf do škol má nastavené určité podmínky pro nové členy. Jednou z nich je, že základní škola musí mít navázanou spolupráci s golfovým klubem v regionu a dohodu s proškoleným a certifikovaným instruktorem systému SNAG. Tato podmínka je důležitá zejména pro zaručení kvality výuky a dále s ohledem na návaznost metodiky SNAGu na metodiku výuky regulérního golfu. Spolupracující golfový klub je tak povinen postarat se o další výuku dětí, kteří budou mít zájem v golfu pokračovat. Další podmínkou je, že škola musí zajistit dostatečné výukové prostory, vhodné k využití po celý rok - celoročně tělocvičnu, sezónně venkovní sportovní nebo travnatou plochu v areálu školy nebo její blízkosti. Škola by měla dále zajistit proškolení jednoho učitele v metodice SNAGu tak, aby získal kvalifikaci k vedení pravidelného kroužku nebo hodin tělocviku. Spolupracující golfový klub by měl učiteli zároveň umožnit získat základní dovednosti golfové hry. Spolupráce tří subjektů funguje následovně: škola zřídí pravidelný golfový kroužek a jeho činnost představí rodičům dětí, klubový SNAG instruktor navštěvuje v pravidelných intervalech hodiny kroužku a dohlíží na správnou metodiku výuky, golfový klub se podílí na osvětě SNAGu mezi rodiči a pořádá předváděcí akce pro děti a jejich rodiče. V neposlední řadě by měla škola zajistit zpětnou vazbu o průběhu výuky v kroužku, a to zasíláním informací o proběhlých nebo plánovaných akcích a soutěžích pro děti, včetně fotografií (snag.cz 2014).

3 CÍLE A ÚKOLY

3.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je posouzení pozitivního vlivu golfového výukového programu, kterého se účastní děti a mládež se sluchovou disabilitou ve věku od 7 do 18 let, na oblasti tělesného a psychosociálního zdraví v rámci standardizovaného dotazníku PedsQL™ 4.0.

3.2 Úkoly práce

Pro vypracování diplomové práce byly stanoveny následující úkoly:

1. Vyhledání odborných pramenů a jejich studium. Zdrojem je odborná literatura, články z odborných publikací a internet.
2. Na základě prostudované literatury vypracování teoretické části diplomové práce.
3. Stanovení metod magisterské práce – využití standardizovaného dotazníku PedsQL™ 4.0, jehož aplikace proběhne 2x během 3 měsíců. Vymezení výzkumného souboru - chlapci a dívky se sluchovou disabilitou ve věku od 7 do 18 let - experimentální skupina. Kontrolní skupina - chlapci a dívky se sluchovou disabilitou ve věku od 7 do 15 let.
4. Provedení intervenčního pohybového programu zaměřeného na golfový výukový program, který bude probíhat po dobu 3 měsíců.
5. Vyhodnocení a interpretace výsledků.
6. Diskuse.
7. Stanovení závěrů.
8. Vyjádření doporučení pro praxi – proškolení edukátorů sluchově postižených dětí v rámci golfového výukového programu.

3.3 Hypotézy

Pro výzkum diplomové práce byly stanoveny tyto hypotézy.

Hypotéza 1 Na základě aplikace intervenčního pohybového programu dojde k pozitivním změnám v rámci standardizovaného dotazníku PedsQL™ 4.0 v oblasti tělesného zdraví.

Hypotéza 2 Na základě aplikace intervenčního pohybového programu dojde k pozitivním změnám v rámci standardizovaného dotazníku PedsQL™ 4.0 v oblasti psychosociálního zdraví.

4 VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE

4.1 Metodologie

Diplomová práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Na základě prostudovaných materiálů byla teoretická část zpracována v utříděný a přehledný celek věnovaný tématu sluchové disability, vývoji dítěte a golfovému výukovému programu SNAG.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na samotnou výuku golfového výukového programu SNAG, která probíhala ve škole pro sluchově postižené (MŠ, ZŠ a SŠ) v Riegrově ulici v Českých Budějovicích. K účelům výzkumné části práce jsem použila kvalitativní metodu sběru dat, techniku standardizovaného dotazníku PedsQL™ 4.0 - Pediatric Quality of Life Inventory™, tedy dotazník o pediatrické kvalitě života.

4.1.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor experimentální skupiny se skládal celkem z jedenácti probandů se sluchovou disabilitou (viz Tabulka 3). Skupinu tvořilo osm chlapců a tři dívky ve věkovém rozmezí od 7 do 18 let. Diagnóza účastníků je od střední nedoslýchavosti až po úplnou hluchotu. Pohybové aktivitě se tři chlapci a jedna dívka věnují příležitostně, dva chlapci 1x týdně a tři chlapci a dvě dívky 2x týdně.

Tabulka 3 Charakteristika experimentální skupiny (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)

Proband	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Pohybová aktivita
1	chlapec	7 let	úplná hluchota	příležitostně
2	chlapec	8 let	střední nedoslýchavost	příležitostně
3	chlapec	8 let	střední nedoslýchavost	1x týdně
4	chlapec	10 let	těžká nedoslýchavost	1x týdně
5	chlapec	11 let	střední nedoslýchavost	2x týdně
6	chlapec	16 let	těžká nedoslýchavost	2x týdně
7	chlapec	17 let	střední nedoslýchavost	2x týdně
8	chlapec	18 let	střední nedoslýchavost	příležitostně
9	dívka	10 let	střední nedoslýchavost	2x týdně
10	dívka	11 let	úplná hluchota	2x týdně
11	dívka	15 let	těžká nedoslýchavost	příležitostně

Kontrolní skupinu tvořili chlapci a dívky se sluchovou disabilitou ve věku od 7 do 15 let viz Tabulka 4.

Tabulka 4 Charakteristika kontrolní skupiny (N=11, KS=7 chlapců, 4 dívky)

Proband	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Pohybová aktivita
1	chlapec	8 let	těžká nedoslýchavost	příležitostně
2	chlapec	8 let	střední nedoslýchavost	příležitostně
3	chlapec	8 let	úplná hluchota	příležitostně
4	chlapec	10 let	střední nedoslýchavost	příležitostně
5	chlapec	11 let	těžká nedoslýchavost	2x týdně
6	chlapec	12 let	úplná hluchota	1x týdně
7	chlapec	15 let	střední nedoslýchavost	2x týdně
8	dívka	10 let	střední nedoslýchavost	příležitostně
9	dívka	11 let	střední nedoslýchavost	2x týdně
10	dívka	12 let	těžká nedoslýchavost	1x týdně
11	dívka	15 let	střední nedoslýchavost	příležitostně

4.1.2 Popis místa výzkumného šetření

MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené, Riegrova 1, České Budějovice

Diecézní ústav pro hluchoněmé v Českých Budějovicích byl založen v roce 1871. Nynější název školy je Mateřská, základní a střední škola pro sluchově postižené. Jedná se o zařízení s nepřetržitým provozem, které se stará o děti denně docházející do školy, o děti internátní, ale také o děti, kterým pro nevyhovující rodinné prostředí nařídil soud ústavní výchovu. Děti vzdělává kvalifikovaný sbor pedagogických pracovníků. Vzdělávání probíhá podle učebních plánů základní, zvláštní nebo pomocné školy pro sluchově postižené. Pro děti s vývojovými poruchami nebo speciálními potřebami jsou vytvářeny individuální vzdělávací plány. O náplň odpoledního volného času se stará tým vychovatelek. Internát, který je po rekonstrukci, tvoří školní kuchyně a jídelna, ošetrovna a prádelna. Internátní děti mají také možnost jezdit do rekreačního zařízení školy, které je vzdálené 18 km od Českých Budějovic. Jedná se o zrekonstruovanou budovu bývalé školy v obci Radostice u Borovan. Toto zařízení neslouží jen k rekreaci, ale má pro žáky zejména velký výchovný význam. V menší

skupině se zde učí žít rodinným způsobem, účastní se všech domácích prací nebo prací na zahradě.

Speciální mateřská škola směřuje svou péči k dětem s problémy komunikace. Zdrojem problémů nemusí být ale jenom sluchová vada. Může se také jednat o opožděný vývoj řeči, který může mít nejrůznější příčiny fyziologické či neurologické. V základní škole jsou vzdělávání žáci se sluchovým, logopedickým, případně jiným zdravotním postižením. Vzdělávání žáků probíhá podle ŠVP pro určitý druh a stupeň postižení (MŠ, ZŠ a SŠ pro sluchově postižené České Budějovice 2014).

4.1.3 Použité metody

Obsahová analýza literárních zdrojů

Metoda obsahové analýzy literárních zdrojů byla využita k reflexi českého a zahraničního kontextu zkoumané problematiky s vědeckými poznatky autorů dřívějších i současných (Miovský 2006).

Psychosociální metoda - *Dotazník o pediatrické kvalitě života - PedsQLTM 4.0 - Pediatric Quality of Life InventoryTM* (Varni, Burnwinkle, Seid 2004): Dotazník PedsQLTM 4.0 zjišťuje subjektivní míru kvality života probandů tím, že analyzuje celkové skóre kvality života ze 4 multidimenzionálních škál:

- Fyzická způsobilost (Physical Functioning)
- Emocionální způsobilost (Emotional Functioning)
- Sociální způsobilost (Social Functioning)
- Školní způsobilost (School Functioning)

Tento dotazník byl, po podání žádosti na společnost MAPI Research Trust, Lyon, Francie, poskytnut v českém jazyce v elektronické podobě autorce této práce. Následující přílohy dotazníků obsahují utajované skutečnosti a jsou obsažené pouze v archivovaném originále diplomové práce uloženém na Pedagogické fakultě JU.

Dotazník obsahuje 23 otázek a existují verze pro různé věkové kategorie. Ve výzkumu byly použity varianty pro 5-7 let, 8-12 let a 13-18 let. Hodnocení se týká situace za poslední jeden měsíc na pětistupňové Likertově škále, kde vyšší skóre poukazuje na vyšší kvalitu života. Problémy jsou hodnoceny následovně: 0 – nikdy, 1 – téměř nikdy, 2 – někdy, 3 – často, 4 – téměř vždy. Dotazník má také verze pro děti a pro rodiče. Rodičovská verze je shodná s verzí pro děti a má zobrazovat rodičovské vnímání

kvality života jejich dětí. Pokyny pro vyplnění dotazníku jsou uvedeny na jeho přední straně. Vyplnění dotazníku trvá přibližně 5-10 minut.

Dotazníky PedsQL™ 4.0 lze snadno vyhodnotit. Položky ze čtyř dimenzí (fyzická, emocionální, společenská a školní způsobilost) jsou v dotazníku seskupeny tak, aby bylo snadné vytvořit Scale Scores (stupnici výsledků) viz Tabulka 5. Pro jednoduchou interpretaci jsou položky hodnoceny obráceně a lineárně transformovány v rozsahu 0 - 100 stupnice tak, že vyšší skóre signalizuje lepší kvalitu života (0 – odpovídá 100%, 1 – odpovídá 75%, 2 – odpovídá 50%, 3 – odpovídá 25%, 4 – odpovídá 0%).

Celkové skóre tělesného zdraví je analyzováno ze skóre fyzická způsobilost a celkové skóre psychosociálního zdraví ze sumarizace škál: emocionální způsobilost + sociální způsobilost + školní způsobilost. Změny „Celkového skóre tělesného zdraví“ a „Celkového skóre psychosociálního zdraví“ byly pro výzkum nejdůležitější (verifikace hypotéz H1 a H2).

Tabulka 5 Modul dotazníku o pediatrické kvalitě života - PedsQL™ 4.0

<u>Scales</u>	<u>Summary Scores</u>
Physical Functioning (8 items)	Total Scale Score (23 items)
Emotional Functioning (5 items)	Physical Health Summary Score (8 items)
Social Functioning (5 items)	Psychosocial Health Summary Score (15 items)
School Functioning (5 items)	

Zdroj: www.pedsq.org

Intervenční metoda (Hendl, Dobrý a kol. 2011)

V rámci intervenčního pohybového programu bylo připraveno 12 výukových jednotek v délce 120 minut. Každá hodina zahrnovala část úvodní, průpravnou, hlavní a závěrečnou. Úvodní část byla vždy zahájena nástupem dětí a seznámení s programem dané hodiny. Poté následovalo rozevíčení a dynamické protažení celého těla pro zahřátí organismu a přípravu na hlavní část. Hlavní část pak byla vždy v rámci kruhového tréninku. Děti byly rozděleny do menších skupin a každá z nich nacvičovala jinou dovednost, po cca 15-20 minutách docházelo ke střídání skupin. Do druhé poloviny

hlavní části byly zařazeny soutěže, kde děti zapojovaly všechny naučené herní dovednosti za použití nacvičovaných úderů. V závěrečné části byly zvoleny aktivity relaxační a uklidňovací pro uvolnění a zklidnění organismu. Intervenční pohybový program byl zaměřen nejprve na zvládnutí základní techniky, poté byl kladen důraz na zlepšování jednotlivých dovedností. Přehled jednotlivých výukových jednotek je znázorněn v Tabulce 6.

Tabulka 6 Přehled intervenčního pohybového programu

Výuková hodina	Datum	Zaměření výukové hodiny
1	11. 4. 2015	Aplikace dotazníků , seznámení, úvodní část
2	18. 4. 2015	Základní výuka - hlavní údery, úchop, rolování
3	25. 4. 2015	Rolování, čipování, pitching, odpalování, soutěže
4	2. 5. 2015	Rolování, čipování, pitching, odpalování, soutěže
5	9. 5. 2015	Rolování, čipování, pitching, odpalování, soutěže
6	16. 5. 2015	Rolování, čipování, pitching, odpalování, soutěže
7	23. 5. 2015	Rolování, čipování, pitching, odpalování, soutěže
8	30. 5. 2015	Rolování, čipování, pitching, odpalování, soutěže
9	6. 6. 2015	Rolování, čipování, pitching, odpalování, soutěže
10	13. 6. 2015	Rolování, čipování, pitching, odpalování, soutěže
11	20. 6. 2015	Rolování, čipování, pitching, odpalování, soutěže
12	27. 6. 2015	Soutěže, Aplikace dotazníků , závěrečná část

Rolování (v golfu puttování) - hra na kratší vzdálenost. Rozkročení na šířku ramen, mírné předklonění horní polovinou těla, náprah odtažením hole od míče, plynulé protažení úderu přes míč. Rozvíjí se cit, odhad vzdálenosti, míření.

Čipování (v golfu chip) - krátká příhrávka. Mírný předklon horní polovinou těla, plynulé odtažení hole od míče, plynulé protažení úderu přes míč. Výsledkem je krátký let míče a rolování v druhé části pohybu míče směrem k cíli.

Pitching - dlouhá příhrávka. Rozkročení na šířku ramen, mírné předklonění horní polovinou těla, plynulé odtažení hole od míče, plynulé protažení úderu přes míč, úderová plocha míří k nebi. Let míče vzduchem, trajektorie vyšší než u čipování a doběh míče menší.

Odpalování (launch) - rozkročení na šířku ramen, mírné předklonění horní polovinou těla, plynulé odtažení hole od míče, zalomení hole zápěstím do tvaru písmene „L“,

plynulé protažení úderu přes míč, přesun váhy na levou nohu. U plného švihů se snažíme o odpal na velkou vzdálenost.

Soutěže

Hra na rány - 3 různé jamky s překážkami, hráč počítá své rány na každé jamce. Vyhrává hráč s nejnižším součtem na všech jamkách.

Longest drive - tréninkovou plochu připravíme tak, že vyznačíme začátek, odkud se bude odpalovat a cílovou čáru, kam se budou hráči snažit dostřelit. Hráč se snaží plným odpalem míč dostřelit do koncové zóny. Cvičení rozvíjí rychlost a švih. Obtížnost lze zvyšovat prodlužováním celkové vzdálenosti.

Týmová soutěž - dva týmy hrají vždy proti sobě, odpalují na terč, kdo se trefí nejbližší ke středu, postupuje o délku 1 hole blíže k terči. Tým, který první dojde k terči, vyhrává.

Strkanice - každý hráč odpálí přílnavý míček. Vybere se ten nejlepší a hraje se znovu. Opět se vybere nejlepší míč. Tento postup se opakuje až do konce. Skupina s nejnižším počtem bodů na konci vyhrává.

Střídání úderu - každou skupinu rozdělíme na páry. Jeden z každé dvojice zahraje první. Z místa, kde se míček zastaví, hraje druhý člen dvojice. Každý pár střídá rány od prvního odpálení až do outu. Pár, který získá nejvíce jamek, vyhraje.

Kutálej, kutálej, kutálej - vytvoříme dlouhou oblast pro rolování. Hráči se pokusí o rolování dlouhé z jednoho konce hřiště až k jamce s praporkem na druhém konci. Hráč nejbližší jamce nebo s nejmenším počtem rolování vyhrává.

Dráhy - studenti vytvoří "minigolfovou" dráhu s překážkami. Učitel poskytuje kužely, výukové kruhy a švihadla pro ohraničení. Studenti mohou pokaždé změnit rozvržení.

4.1.4 Organizace výzkumného šetření

Výzkum probíhal v roce 2015. V únoru se ve škole pro sluchově postižené v Českých Budějovicích uskutečnilo seznámení a praxe se systémem golfové výuky. Tento systém si vyzkoušel téměř celý učitelský sbor. Systém golfového výukového programu SNAG představili zástupci České golfové asociace hendikepovaných (CZDGA) v čele s prezidentem Ing. Miroslavem Lidinským a viceprezidentem Michalem Hošnou. Za golfový klub Hluboká nad Vltavou (GKHNV) to byli trenéři Pavel Ambrož (člen profesionální golfové asociace ČR) a Jiří Filip. Tito dva trenéři se podílejí na golfovém růstu mládeže v GKHNV a byli také hlavními aktéry golfové výuky dětí a mládeže se sluchovým postižením. Po úvodním slovu pana Miroslava

Lidinského, který zdůraznil význam golfu, jakožto vhodného sportu, při kterém lze spojit zdravé s hendikepovanými lidmi, se učitelský sbor dozvěděl rozdíl mezi SNAGem a regulérním golfem. Následně byly představeny různé techniky, které si učitelé ve druhé třetině programu i sami na vlastní kůži vyzkoušeli. Po zvládnutí základů byla akce zakončena soutěží.

Začátkem března následovala týdenní ukázka golfové výuky, které se zúčastnily téměř všechny děti z mateřské školy, základní školy 1. a 2. stupně a také studenti střední školy. Poté jsme připravili leták, který obsahoval stručné informace o golfové výuce, která byla pro děti připravena zcela zdarma (leták viz Příloha I.). Přihlášky děti odevzdávaly v kanceláři. Po celou dobu jsme úzce spolupracovali s vedením školy, abychom znali zájem dětí o tuto výuku. Po uzávěrce přihlášek již mohla začít samotná výuka. Původně se přihlásilo kolem 25 dětí, bohužel ne všechny byly schopny docházet na tréninky o víkendu. Golfová výuka začala v dubnu a trvala do konce června, konala se vždy v sobotu od 14 do 16 hod. Dle počasí probíhala výuka v tělocvičně nebo na školním dvoře, který se nachází v těsné blízkosti školy. Výuky se vždy účastnila minimálně jedna kvalifikovaná vychovatelka, která byla nápomocná zejména při komunikaci s dětmi, a také poradila, jak se k jednotlivým dětem chovat. Vybavení na výukové jednotky bylo v rámci projektu k dispozici. Jednalo se o speciální hole, podložky, terče, míčky atd. Probandi se aktivně zapojovali do golfové výuky hned od první hodiny, vše se zaujetím sledovali a velmi se snažili. Koncem dubna se také v rámci této výuky konal golfový turnaj přímo na golfovém hřišti v Hluboké nad Vltavou, kde mohly děti porovnat své dovednosti se studenty z jiných krajů.

Účastnila jsem se každé výukové hodiny, kdy jsem trenérům zejména pomáhala s přípravami, zapojením dětí a následným úklidem pomůcek. Dotazníky PedsQLTM 4.0 jsem vyplnila s dětmi před zahájením intervenčního pohybového programu a na konci poslední výukové hodiny. Před zahájením intervenčního pohybového programu jsem dotazníky předložila také rodičům.

5 VÝSLEDKY ANALÝZY DAT

Vyhodnocení výsledků bylo provedeno formou testů PedsQL™ 4.0, které byly probandům experimentální skupiny předloženy před zahájením a na konci intervenčního pohybového programu zaměřeného na golfovou výuku. 23položkový dotazník PedsQL™ 4.0 je rozdělen do 4 multidimenzionálních škál:

- Fyzická způsobilost (Physical Functioning)
- Emocionální způsobilost (Emotional Functioning)
- Sociální způsobilost (Social Functioning)
- Školní způsobilost (School Functioning)

Celkové skóre tělesného zdraví (Physical Health Summary Score) je analyzováno ze skóre „Fyzická způsobilost“ (Physical Functioning) a celkové skóre psychosociálního zdraví (Psychosocial Health Summary Score) je analyzováno ze sumarizace škál: „Emocionální způsobilost“ (Emotional Functioning) + „Sociální způsobilost“ (Social Functioning) + „Školní způsobilost“ (School Functioning). Výsledky jsou na konci dotazníku převedeny na škálu 0-100, kde platí, že čím vyšší skóre, tím lepší je kvalita života podmíněná zdravím. Uvedené výsledky jsou pro lepší přehlednost zobrazeny také v procentuelních hodnotách.

5.1 Výsledky dotazníků PedsQL™ 4.0 v oblasti tělesného zdraví

V následujícím přehledu jsou zobrazeny výsledky dosaženého skóre v oblasti tělesného zdraví. Tabulka 7 představuje dosažená skóre tělesného zdraví u jednotlivých probandů experimentální skupiny před zahájením a na konci intervenčního pohybového programu a jeho komparaci s kontrolní skupinou.

Tabulka 7 Vývoj celkového skóre tělesného zdraví dle PedsQLTM 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu v komparaci ES, KS a fázi měření (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; KS=7 chlapců, 4 dívky)

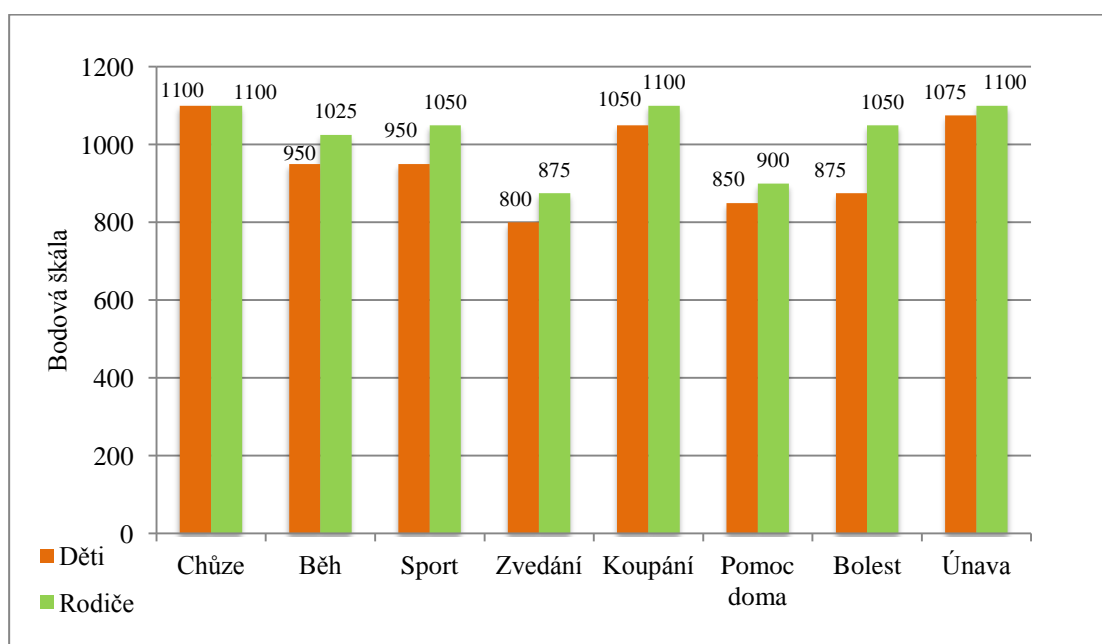
	Proband	1. měření	2. měření	Rozdíl
EXPERIMENTÁLNÍ SOUBOR	chlapec, 7 let	62,5 %	71,9 %	9,4 %
	chlapec, 8 let	81,3 %	87,5 %	6,2 %
	chlapec, 8 let	65,6 %	78,1 %	12,5 %
	chlapec, 10 let	93,8 %	100 %	6,2 %
	chlapec, 11 let	84,4 %	93,8 %	9,4 %
	chlapec, 16 let	100 %	100 %	0,0 %
	chlapec, 17 let	93,8 %	100 %	6,2 %
	chlapec, 18 let	100 %	100 %	0,0 %
	dívka, 10 let	96,9 %	100 %	3,1 %
	dívka, 11 let	87,5 %	93,8 %	6,3 %
	dívka, 15 let	90,6 %	96,9 %	6,3 %
		Průměrné hodnoty:	86,9 %	92,9 %
KONTROLNÍ SOUBOR	chlapec, 8 let	81,3 %	84,4 %	3,1 %
	chlapec, 8 let	62,5 %	65,6 %	3,1 %
	chlapec, 8 let	87,5 %	87,5 %	0,0 %
	chlapec, 10 let	84,4 %	81,3 %	-3,0 %
	chlapec, 11 let	93,8 %	93,8 %	0,0 %
	chlapec, 12 let	96,9 %	96,9 %	0,0 %
	chlapec, 15 let	93,8 %	93,8 %	0,0 %
	dívka, 10 let	81,3 %	81,3 %	0,0 %
	dívka, 11 let	96,9 %	96,9 %	0,0 %
	dívka, 12 let	87,5 %	90,6 %	3,0 %
	dívka, 15 let	100 %	100 %	0,0 %
		Průměrné hodnoty:	87,8 %	88,4 %

Z Tabulky 7 vyplývá, že v průběhu experimentálního šetření byl zaznamenán pozitivní nárůst celkového skóre tělesného zdraví u probandů se sluchovou disabilitou jak u skupiny chlapců, tak u skupiny dívek. Po ukončení tříměsíčního intervenčního programu došlo k celkovému průměrnému zlepšení o 6 %. U kontrolní skupiny byly výsledky bez signifikantních rozdílů.

5.1.1 Zpráva dětí a rodičů u experimentální skupiny

Graf 1 a Tabulka 8 zobrazuje podrobné porovnání vnímání kvality života v oblasti tělesného zdraví u experimentální skupiny před zahájením intervenčního pohybového programu a vnímání jejich kvality života dle rodičů.

Graf 1 Jednotlivá skóre tělesného zdraví dle PedsQLTM 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)



Tabulka 8 Hodnoty jednotlivého skóre tělesného zdraví dle PedsQLTM 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)

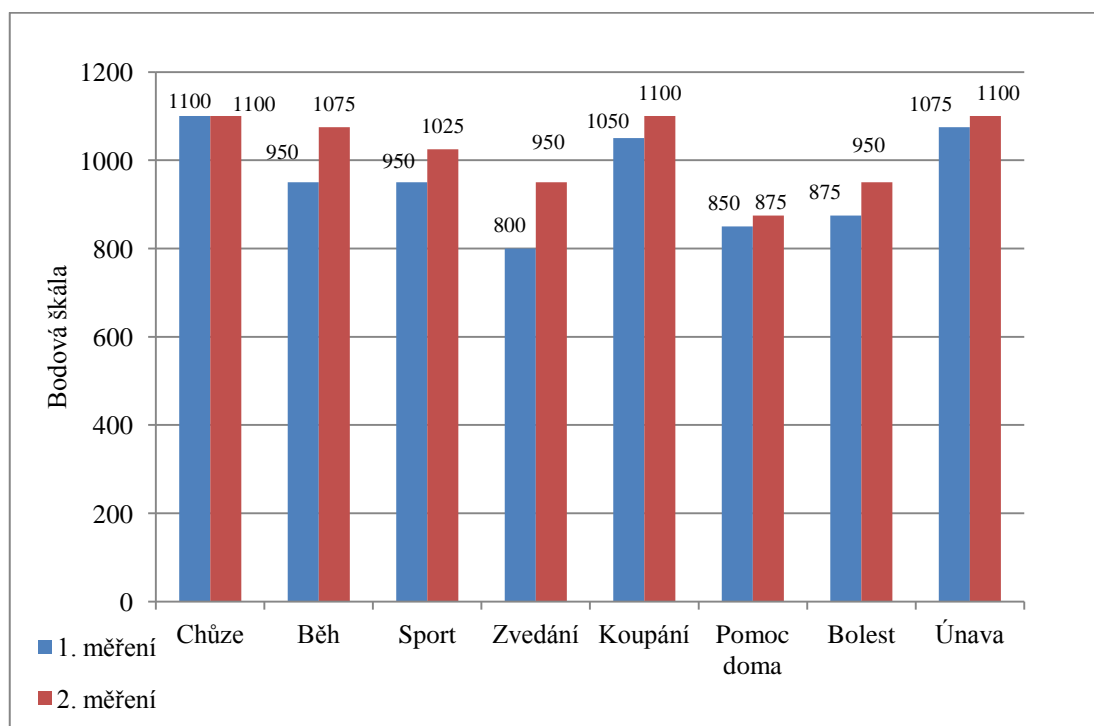
Oblast	Děti		Rodiče	
	body	procenta	body	procenta
Chůze	1100	100 %	1100	100 %
Běh	950	86,4 %	1025	93,2 %
Sport	950	86,4 %	1050	95,5 %
Zvedání	800	72,7 %	875	79,5 %
Koupání	1050	95,5 %	1100	100 %
Pomoc doma	850	77,3 %	900	81,8 %
Bolest	875	79,5 %	1050	95,5 %
Únava	1075	97,7 %	1100	100 %
Celkem:	7650		8200	

V Grafu 1 a Tabulce 8 je zobrazeno hodnocení 11 probandů a jejich 11 rodičů. Dotazník byl s dětmi a rodiči vyplněn před zahájením intervenčního pohybového programu. Probandi a rodiče hodnotili problémy v oblasti chůze, běhu, sportu, zvedání těžkých věcí, samostatné koupání ve vaně, pomáhání doma, pocitů bolesti a nedostatku energie. Maximální celkový počet bodů za tuto kategorii je 8800. Děti dosáhly celkového počtu 7650 bodů, rodiče 8200 bodů. Jak uvádí Varni (2004), čím vyšší je celková průměrná hodnota, tím vyšší je kvalita života. Na základě výše uvedeného vyhodnocení lze konstatovat, že rodiče u svých dětí hodnotili vyšší kvalitu jejich života, než uváděly samy děti.

5.1.2 Zpráva dětí v průběhu intervenčního pohybového programu u experimentální skupiny

Graf 2 a Tabulka 9 zobrazuje podrobné porovnání hodnocení kvality života před zahájením a po absolvování intervenčního pohybového programu u experimentální skupiny v rozmezí tří měsíců.

Graf 2 Vývoj jednotlivého skóre tělesného zdraví dle PedsQLTM 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)



Graf 2 a Tabulka 9 zobrazuje porovnání hodnocení kvality života v rámci tělesného zdraví. Maximální celkový počet bodů za tuto kategorii je 8800. Před zahájením intervenčního pohybového programu děti dosáhly celkového počtu 7650 bodů (86,9 %), po absolvování 8175 bodů (92,9 %). Rozdíl je tedy v celkové výši 525 bodů (6 %). Ke zvýšení kvality života došlo takřka ve všech oblastech, největší rozdíl pak u otázky běhu a zvedání těžkých věcí. Po dokončení programu děti hodnotí vyšší kvalitu života v oblasti tělesného zdraví než před zahájením.

Tabulka 9 Hodnoty jednotlivého skóre tělesného zdraví dle PedsQLTM 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)

Oblast	1. měření		2. měření	
	body	procenta	body	procenta
Chůze	1100	100 %	1100	100 %
Běh	950	86,4 %	1075	97,7 %
Sport	950	86,4 %	1025	93,2 %
Zvedání	800	72,7 %	950	86,4 %
Koupání	1050	95,5 %	1100	100 %
Pomoc doma	850	77,3 %	875	79,5 %
Bolest	875	79,5 %	950	86,4 %
Únava	1075	97,7 %	1100	100 %
Celkem:	7650		8175	

5.2 Výsledky dotazníků PedsQLTM 4.0 v oblasti psychosociálního zdraví

V následujícím přehledu jsou zobrazeny výsledky dosaženého skóre v oblasti psychosociálního zdraví. Celkové skóre psychosociálního zdraví se skládá ze sumarizace škál: emoční způsobilost + sociální způsobilost + školní způsobilost. Tabulka 10 představuje dosažená skóre psychosociálního zdraví u jednotlivých probandů experimentální skupiny před zahájením a na konci intervenčního pohybového programu a jeho komparaci s kontrolní skupinou.

Tabulka 10 Vývoj celkového skóre psychosociálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu v komparaci ES, KS a fázi měření (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; KS=7 chlapců, 4 dívky)

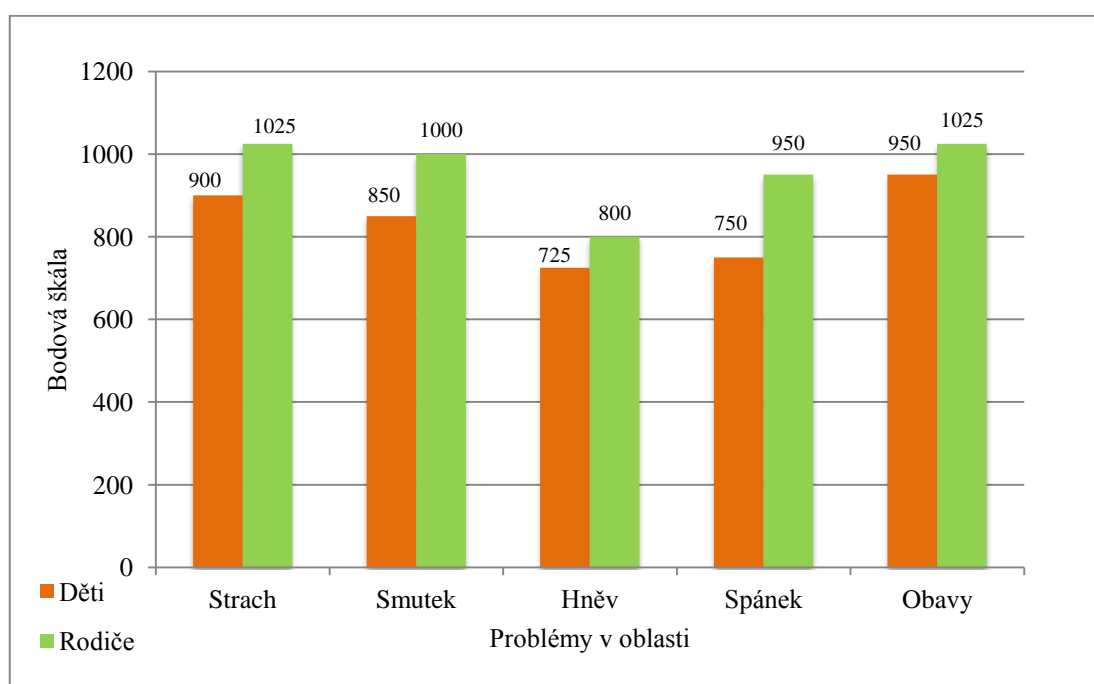
	Proband	1. měření	2. měření	Rozdíl
EXPERIMENTÁLNÍ SOUBOR	chlapec, 7 let	86,7 %	93,3 %	6,6 %
	chlapec, 8 let	81,7 %	85,0 %	3,3 %
	chlapec, 8 let	63,3 %	70,0 %	6,7 %
	chlapec, 10 let	70,0 %	71,7 %	1,7 %
	chlapec, 11 let	73,3 %	80,0 %	6,7 %
	chlapec, 16 let	76,7 %	81,7 %	5,0 %
	chlapec, 17 let	91,7 %	95,0 %	3,3 %
	chlapec, 18 let	76,7 %	81,7 %	5,0 %
	dívka, 10 let	71,7 %	81,7 %	10,0 %
	dívka, 11 let	78,3 %	85,0 %	6,7 %
	dívka, 15 let	93,3 %	95,0 %	1,7 %
	Průměrné hodnoty:	78,5 %	83,6 %	5,1 %
KONTROLNÍ SOUBOR	chlapec, 8 let	80,0 %	81,7 %	1,7 %
	chlapec, 8 let	86,7 %	86,7 %	0,0 %
	chlapec, 8 let	70,0 %	70,0 %	0,0 %
	chlapec, 10 let	70,0 %	71,7 %	1,7 %
	chlapec, 11 let	63,3 %	65,0 %	1,7 %
	chlapec, 12 let	73,3 %	73,3 %	0,0 %
	chlapec, 15 let	93,3 %	93,3 %	0,0 %
	dívka, 10 let	70,0 %	70,0 %	0,0 %
	dívka, 11 let	81,7 %	81,7 %	0,0 %
	dívka, 12 let	91,7 %	93,3 %	1,6 %
	dívka, 15 let	91,7 %	91,7 %	0,0 %
	Průměrné hodnoty:	79,2 %	79,9 %	0,6 %

Z Tabulky 10 vyplývá, že v průběhu experimentálního šetření byl zaznamenán pozitivní nárůst celkového skóre psychosociálního zdraví u probandů se sluchovou disabilitou jak u skupiny chlapců, tak u skupiny dívek. Po ukončení tříměsíčního intervenčního programu došlo k celkovému průměrnému zlepšení o 5,1 %. U kontrolní skupiny byly výsledky opět bez signifikantních rozdílů.

5.2.1 Zpráva dětí a rodičů u experimentální skupiny

Následující grafy a tabulky zobrazují podrobné porovnání vnímání kvality života v oblasti emocionálního, sociálního a školního zdraví u experimentální skupiny před zahájením intervenčního pohybového programu a vnímání jejich kvality života dle rodičů.

Graf 3 Jednotlivá skóre emocionálního zdraví dle PedsQLTM 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)

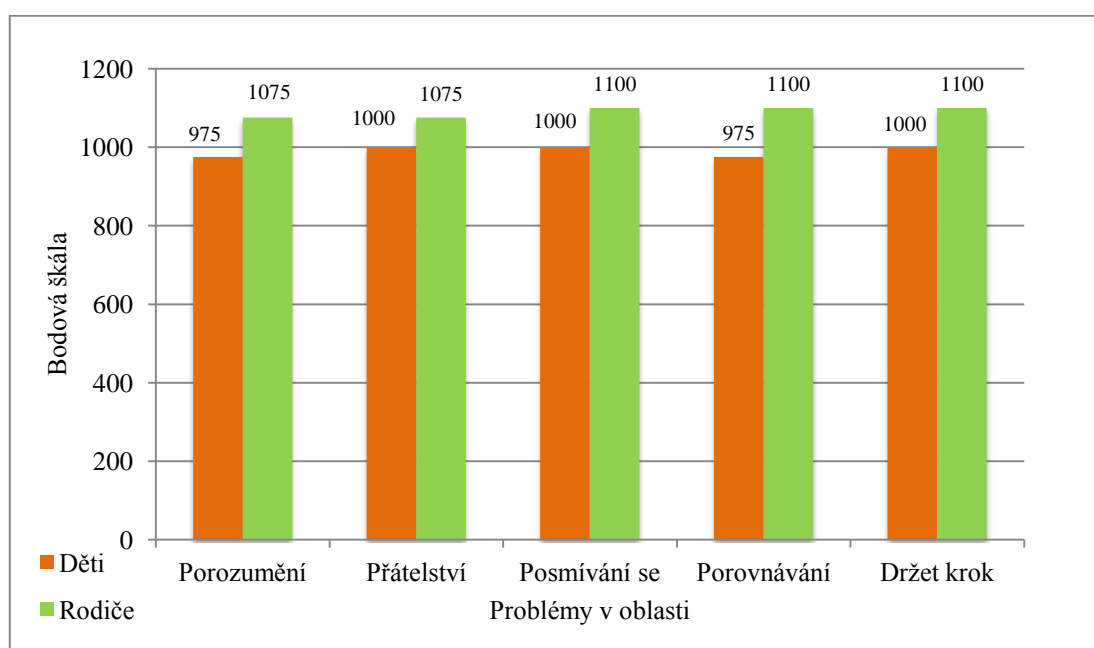


Tabulka 11 Hodnoty jednotlivého skóre emocionálního zdraví dle PedsQLTM 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)

Oblast	Děti		Rodiče	
	body	procenta	body	procenta
Strach	900	81,8 %	1025	93,2 %
Smutek	850	77,3 %	1000	90,9 %
Hněv	725	65,9 %	800	72,7 %
Spánek	750	68,2 %	950	86,4 %
Obavy	950	86,4 %	1025	93,2 %
Celkem:	4175		4800	

Graf 3 a Tabulka 11 zobrazuje problémy v pocitech strachu, smutku, hněvu, potíží se spánkem a obav z toho, co se jim přihodí. Maximální celkový počet bodů za tuto kategorii je 5500. Děti dosáhly celkového počtu 4175 bodů, rodiče 4800 bodů. Z grafického vyhodnocení vyplývá, že děti poukazují na nižší kvalitu života v oblasti emocionálního zdraví než o nich tvrdí jejich rodiče. Největší problémy vnímají děti i rodiče v oblasti hněvu.

Graf 4 Jednotlivá skóre sociálního zdraví dle PedsQLTM 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)

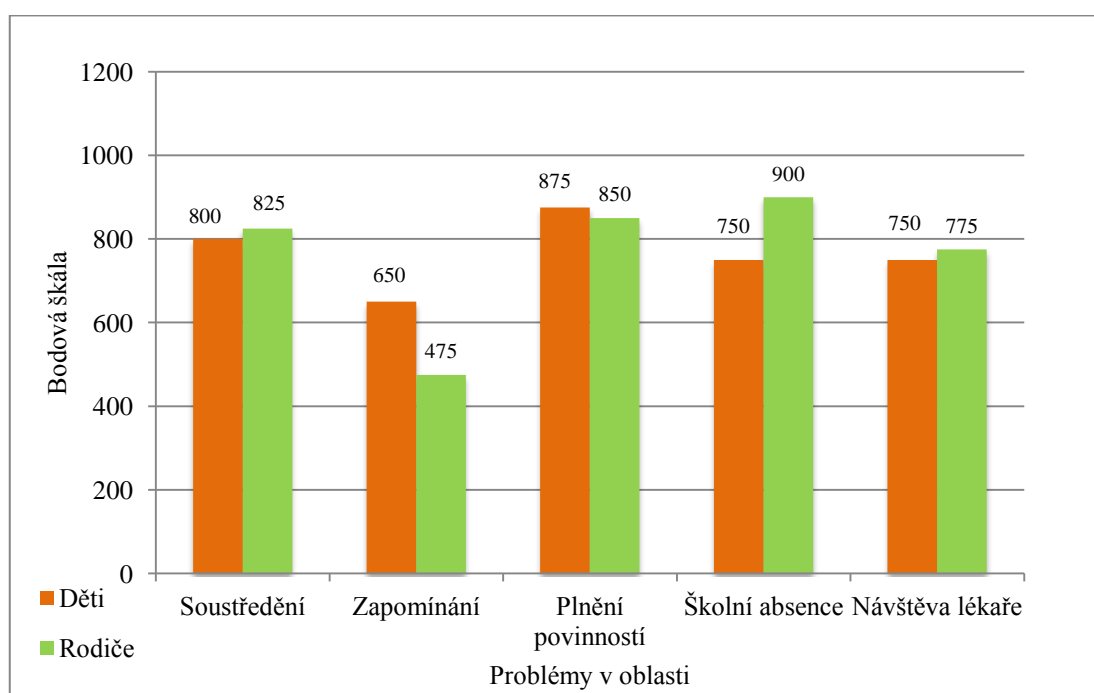


Tabulka 12 Hodnoty jednotlivého skóre sociálního zdraví dle PedsQLTM 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)

Oblast	Děti		Rodiče	
	body	procenta	body	procenta
Porozumění	975	88,6 %	1075	97,7 %
Přátelství	1000	90,9 %	1075	97,7 %
Posmívání se	1000	90,9 %	1100	100 %
Porovnávání	975	88,6 %	1100	100 %
Držet krok	1000	90,9 %	1100	100 %
Celkem:	4950		5450	

V oblasti sociálního zdraví hodnotili probandi a rodiče problémy týkající se společenské oblasti. Otázky byly zaměřeny na to, zda si rozumí se svými vrstevníky, jestli se s nimi chtějí ostatní děti přátelit, zda se jim posmívají, zvládají věci jako jejich vrstevníci a zda je pro ně obtížné držet s nimi krok. Maximální celkový počet bodů za tuto kategorii je 5500. Děti dosáhly celkového počtu 4950 bodů, rodiče 5450 bodů. Rodiče opět hodnotili vyšší kvalitu života než děti samotné, ale rozdíl zde není tak markantní jako u zdraví emocionálního. Vzhledem k tomu, že děti navštěvují školu speciální a nejsou integrovány mezi zdravou populaci, vnímám tyto výsledky jako odpovídající.

Graf 5 Jednotlivá skóre školního zdraví dle PedsQLTM 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)



V oblasti školního zdraví hodnotili probandi a rodiče problémy v oblastech soustředění při vyučování, zapomínání věcí, plnění školních povinností, školní absence z důvodu nevolnosti a absence z důvodu návštěvy lékaře nebo nemocnice. Maximální celkový počet bodů za tuto kategorii je 5500. Děti dosáhly celkového počtu 3825 bodů, rodiče také 3825 bodů. Celkový počet bodů vyšel stejně, v jednotlivých otázkách se však mírně liší. V oblasti zapomínání věcí hodnotili rodiče velmi nízko, soustředění a

plnění povinností takřka stejně. Oblast školního zdraví je nejnižše hodnocenou kategorií dotazníku. Důvodem může být úhel pohledu na jednotlivé oblasti.

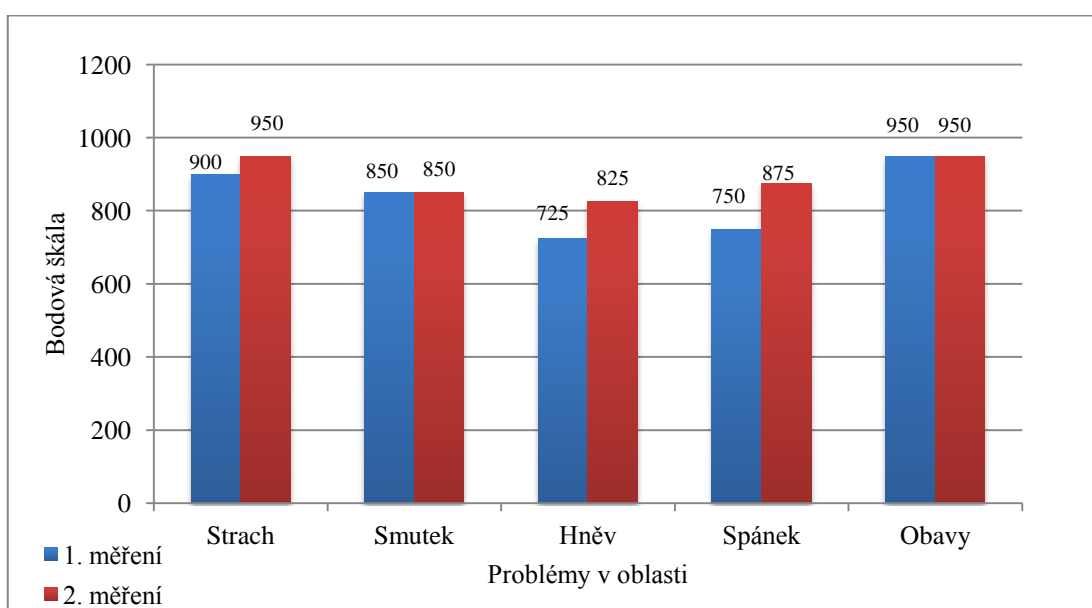
Tabulka 13 Hodnoty jednotlivého skóre školního zdraví dle PedsQLTM 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)

Oblast	Děti		Rodiče	
	body	procenta	body	procenta
Soustředění	800	72,7 %	825	75,0 %
Zapomínání	650	59,1 %	475	43,2 %
Plnění povinností	875	79,5 %	850	77,3 %
Školní absence	750	68,2 %	900	81,2 %
Návštěva lékaře	750	68,2 %	775	70,5 %
Celkem:	3825		3825	

5.2.2 Zpráva dětí v průběhu intervenčního pohybového programu u experimentální skupiny

Následující grafy a tabulky zobrazují podrobné porovnání hodnocení kvality života v oblasti emocionálního, sociálního a školního zdraví před zahájením a po absolvování intervenčního pohybového programu u experimentální skupiny v rozmezí tří měsíců.

Graf 6 Vývoj jednotlivého skóre emocionálního zdraví dle PedsQLTM 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)

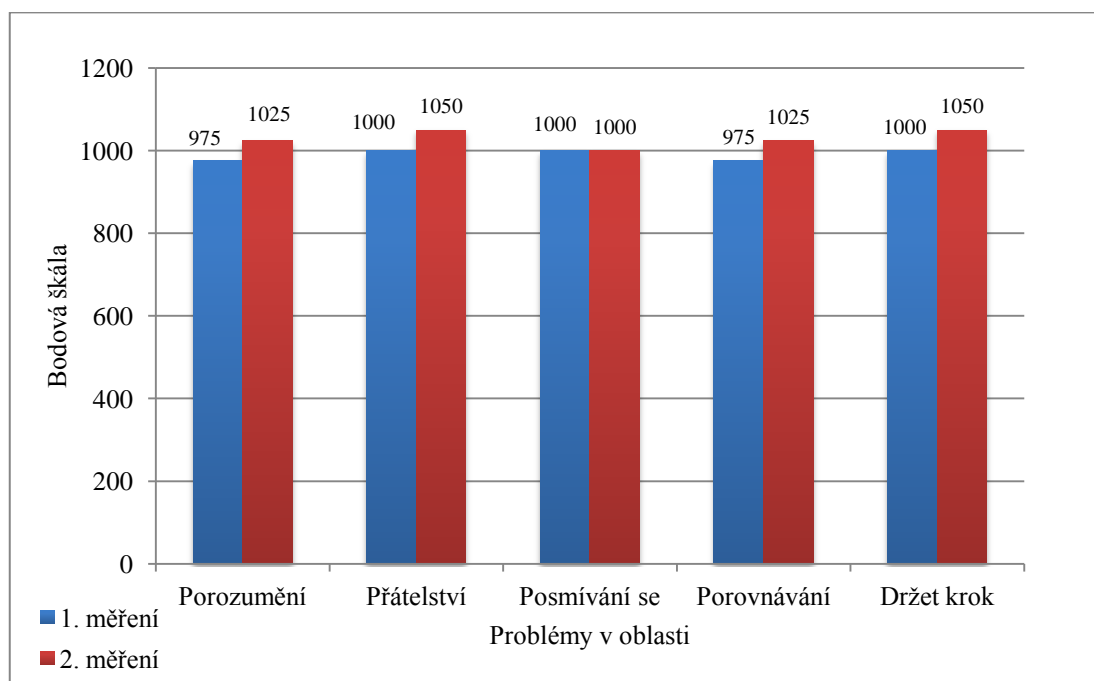


V Grafu 6 a Tabulce 14 nalezneme srovnání hodnocení kvality života v rámci emocionálního zdraví. Maximální celkový počet bodů za tuto kategorii je 5500. Před zahájením golfového výukového programu děti dosáhly celkového počtu 4175 bodů, po absolvování 4450 bodů, což je rozdíl o 275 bodů (5 %). Stejné hodnocení je v oblasti smutku a obav z toho, co se jim přihodí. Naopak zvýšenou kvalitu života hodnotí děti v oblasti strachu, hněvu a zejména spánku.

Tabulka 14 Hodnoty jednotlivého skóre emocionálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)

Oblast	1. měření		2. měření	
	body	procenta	body	procenta
Strach	900	81,8 %	950	86,4 %
Smutek	850	77,3 %	850	77,3 %
Hněv	725	65,9 %	825	75,0 %
Spánek	750	68,2 %	875	79,5 %
Obavy	950	86,4 %	950	86,4 %
Celkem:	4175		4450	

Graf 7 Vývoj jednotlivého skóre sociálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)

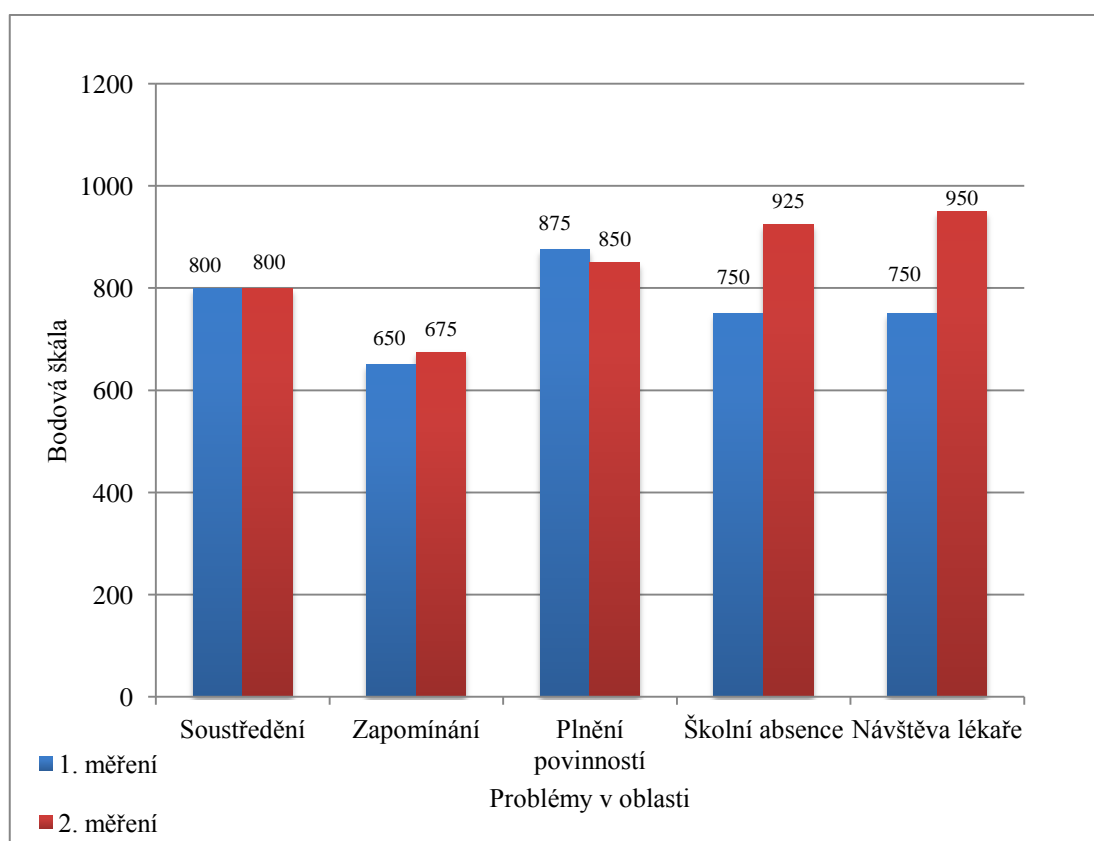


Tabulka 15 Hodnoty jednotlivého skóre sociálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)

Oblast	1. měření		2. měření	
	body	procenta	body	procenta
Porozumění	975	88,6 %	1025	93,2 %
Přátelství	1000	90,9 %	1050	95,5 %
Posmívání se	1000	90,9 %	1000	90,9 %
Porovnávání	975	88,6 %	1025	93,2 %
Držet krok	1000	90,9 %	1050	95,5 %
Celkem:	4950		5150	

Graf 7 a Tabulka 15 zobrazuje porovnání hodnocení kvality života v rámci sociálního zdraví. Maximální celkový počet bodů za tuto kategorii je 5500. Před zahájením golfového výukového programu děti ohodnotily jednotlivé oblasti s celkovým počtem 4950 bodů, po absolvování došlo k navýšení na 5150 bodů, tedy o 200 bodů (3,6 %). Opět došlo k mírnému zlepšení v téměř všech oblastech.

Graf 8 Vývoj jednotlivého skóre školního zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)



Tabulka 16 Hodnoty jednotlivého skóre školního zdraví dle PedsQLTM 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)

Oblast	1. měření		2. měření	
	body	procenta	body	procenta
Soustředění	800	72,7 %	800	72,7 %
Zapomínání	650	59,1 %	675	61,4 %
Plnění povinností	875	79,5 %	850	77,3 %
Školní absence	750	68,2 %	925	84,1 %
Návštěva lékaře	750	68,2 %	950	86,4 %
Celkem:	3825		4200	

Graf 8 a Tabulka 16 zobrazuje porovnání hodnocení kvality života v rámci školního zdraví. Maximální celkový počet bodů za tuto kategorii je 5500. Před zahájením golfového výukového programu děti ohodnotily jednotlivé oblasti s celkovým počtem 3825 bodů, po absolvování došlo k navýšení na 4200 bodů, tedy o 375 bodů (6,8 %). Mírné zlepšení vnímají probandi u zapomínání věcí, naopak mírné zhoršení se projevilo u plnění školních povinností, jedná se však pouze vždy o 25 bodů, není tedy třeba zcela věnovat pozornost. K výraznějšímu zlepšení došlo v oblastech školní absence, a to jak z důvodu nevolnosti, tak z důvodu návštěvy lékaře nebo nemocnice. Soustředění při vyučování vnímají probandi stejně.

6 DISKUZE

K účelům výzkumné části práce byla použita kvalitativní metoda sběru dat, technika standardizovaného dotazníku PedsQLTM 4.0 - Pediatric Quality of Life InventoryTM, dotazník o pediatrické kvalitě života. Pediatrická kvalita života se hodnotí na škále od 0 – 100 s tím, že není uvedena horní ani spodní hranice hodnoty, která určuje jak dobrá nebo špatná kvalita života je, ale lze obecně říci, že platí, čím vyšší celková průměrná hodnota, tím vyšší je kvalita života (Varni 2004).

Výzkumy prokázaly, že technika dotazníku PedsQLTM je lehce proveditelná, lze snadno vyhodnotit a poskytuje reliabilitu i validitu (Hornsby 2014).

6.1 Diskuze k výsledkům dotazníků PedsQLTM 4.0 v oblasti tělesného zdraví

„Celkové skóre tělesného zdraví“ (Physical Health Summary Score) je analyzováno ze skóre „Fyzická způsobilost“ (Physical Functioning). Tato multidimenzionální škála obsahuje 8 otázek zaměřených na problémy v oblasti tělesného zdraví za poslední jeden měsíc. Analýza výsledků PedsQLTM 4.0 u probandů se sluchovou disabilitou prokázala snížené hodnocení kvality života při prvním měření, kdy probandi dosáhli celkové průměrné hodnoty 86,9 %. Kontrolní skupina dosáhla celkem 87,8 %. Snížené hodnocení v oblasti tělesného zdraví může mít příčinu v psychickém napětí, které se v těle projektuje jako fyzický stres. Další příčinou je patrně také dlouhé sezení a nedostatečné pohybové uvolnění v průběhu dne, zejména u televize, počítače a ve škole.

U výstupního měření, které proběhlo na konci intervenčního pohybového programu s odstupem tří měsíců od prvního měření, došlo u probandů experimentální skupiny v oblasti tělesného zdraví k pozitivnímu navýšení na 92,9 %. Zvýšení hodnocení kvality života se týkalo jak chlapců, tak i dívek, s výjimkou dvou chlapců, kteří dosáhli plného počtu bodů již při vstupním měření. Po ukončení tříměsíčního intervenčního programu tedy došlo k průměrnému celkovému zlepšení o 6 % u všech členů experimentální skupiny. U kontrolní skupiny byly výsledky bez signifikantních rozdílů (0,6 %). Tento výsledek svědčí ve prospěch vhodně aplikovaného intervenčního pohybového programu, a jelikož se jedná o výsledky pozitivní rozdílnosti, lze verifikovat hypotézu H1. Na základě výše uvedeného vyhodnocení lze konstatovat, že účastníci experimentální skupiny dosahují po absolvování intervenčního pohybového programu lepší kvality života v oblasti tělesného zdraví než účastníci kontrolní skupiny.

Získané výsledky jsou výrazným argumentem pro možné systematické a záměrné zlepšování tělesného zdraví u jedinců se sluchovou disabilitou prostřednictvím řízených pohybových aktivit.

Tělesný pohyb patří k základním atributům existence člověka. Pohybové aktivity jsou všeobecně považovány za zdravotně projektivní faktor zejména u kardiovaskulárních chorob, snižující pravděpodobnost srdečních příhod. Mezi další přednosti pravidelných pohybových aktivit patří zejména: zvýšení a udržování fyzické kondice (zvýšení svalové síly, vytrvalosti, zdatnosti) a energie; posílení kosterně-svalové soustavy (vaziva, šlachy, kosti, omezení rizika zlomení kostí, vzniku osteoporózy, funkční zdatnost páteře a kloubů); zlepšení funkce kardiovaskulárního systému, zvýšení prokrvení mozku, zlepšení zásobení pracujících svalů kyslíkem, snížení krevního tlaku; zlepšení fyzického vzhledu, tvarování postavy a udržování přiměřené tělesné hmotnosti (Paulík 2010).

6.2 Diskuze k výsledkům dotazníků PedsQL™ 4.0 v oblasti psychosociálního zdraví

„Celkové skóre psychosociálního zdraví“ (Psychosocial Health Summary Score) je analyzováno ze sumarizace škál: „Emocionální způsobilost“ (Emotional Functioning) + „Sociální způsobilost“ (Social Functioning) + „Školní způsobilost“ (School Functioning). Každá škála obsahuje 5 otázek zaměřených na problémy v dané oblasti za poslední jeden měsíc. Při vstupním měření dosáhli probandi experimentální skupiny celkové průměrné hodnoty 78,5 %, kontrolní skupina dosáhla celkem 79,2 %, což představuje u obou skupin horší výsledky než u počátečních výsledků celkového skóre tělesného zdraví. Největší problémy označovali probandi v oblasti hněvu a potíží se spánkem, v oblasti školního zdraví se pak jednalo o zapomínání pomůcek a školní absence z důvodu nevolnosti nebo návštěvy lékaře. V oblasti sociální nevyhodnotili probandi výraznější problémy. Vzhledem k tomu, že děti navštěvují školu speciální a nejsou integrovány mezi zdravou populaci, vnímám výsledky z oblasti sociální jako odpovídající.

Při výstupním měření došlo u probandů experimentální skupiny ke zlepšení o 5,1 %, tedy na celkový počet 83,6 %. Lepší kvalitu života v oblasti psychosociálního zdraví zaznamenali všichni chlapci i dívky. K výraznému zlepšení došlo také v oblasti hněvu a spánku a školní absence. U kontrolní skupiny byly výsledky bez signifikantních rozdílů (0,6 %). Opět byly prokázány zdravotní benefity v oblasti psychosociálního vlivem

intervenčního pohybového programu. Vzhledem k pozitivním změnám můžeme potvrdit platnost hypotézy H2.

Pravidelná pohybová aktivita může zlepšovat průběh řady somatických onemocnění, ale také potíží psychických. Vzárostající počet studií potvrzuje přínos pravidelné pohybové aktivity v léčbě některých psychických onemocnění. Dlouhodobá fyzická aktivita i při menší intenzitě zátěže zlepšuje funkce kognitivní a zmírňuje jejich úbytek u starších osob, zvyšuje odolnost vůči stresu a zlepšuje pocit celkového psychického zdraví. Intenzivním předmětem zájmu je pak zejména léčba symptomů úzkostných a depresivních. Zlepšováním fyzické výkonnosti a celkového tělesného stavu vede pohyb ke zvýšení sebedůvěry a pocitu vlastní kompetence, a tím také ke zlepšování nálady. Redukce hmotnosti má pozitivní vliv na sebepojetí pacienta. Pozitivní vliv má také celková úprava životosprávy a spánku. Svalová aktivita napomáhá rozptýlení potlačených pocitů frustrace, hněvu nebo agresivity. Významným faktorem je rovněž odpoutání pozornosti od vlastních potíží. V případě cvičení ve skupině lze předpokládat efekt skupinové sounáležitosti, nápodoby, učení a podpory (Pastucha 2007).

Sluchová ztráta postihuje všechny aspekty kvality života u dětí a mládeže. Multidisciplinární přístup je nutný pro zajištění lepších podmínek a zlepšení kvality jejich života (Skrbić, Milankov, Veselinović, Todorović 2013).

7 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem diplomové práce bylo posouzení pozitivního vlivu golfového výukového programu, kterého se účastnili děti a mládež se sluchovou disabilitou ve věku od 7 do 18 let, na oblasti tělesného a psychosociálního zdraví v rámci standardizovaného dotazníku PedsQLTM 4.0. Provedení intervenčního programu bylo možné díky spolupráci Golfového klubu Hluboká nad Vltavou s Českou golfovou asociací hendikepovaných v rámci projektu Golf do škol. Závěrem lze konstatovat, že cíl diplomové práce byl naplněn. Uvedené výsledky prokázaly, že i přes poměrně krátkou dobu působení programu (3 měsíce), došlo k pozitivním změnám v oblasti tělesného a psychosociálního zdraví u všech probandů experimentální skupiny. Společně s vyhodnocením získaných dat a jejich interpretací byly verifikovány stanovené hypotézy.

Hypotéza H1 předpokládající, že „Na základě aplikace intervenčního pohybového programu dojde k pozitivním změnám v rámci standardizovaného dotazníku PedsQLTM 4.0 v oblasti tělesného zdraví“ byla potvrzena. Zpracování dat techniky standardizovaného dotazníku PedsQLTM 4.0 ve škále „Physical Health Summary Score“ prokázalo pozitivní změny v ukazatelích tělesného zdraví u probandů experimentálního souboru v průběhu intervenčního pohybového programu zaměřeného na golfovou výuku.

Hypotéza H2 předpokládající, že „Na základě aplikace intervenčního pohybového programu dojde k pozitivním změnám v rámci standardizovaného dotazníku PedsQLTM 4.0 v oblasti psychosociálního zdraví“ byla potvrzena. Zpracování dat techniky standardizovaného dotazníku PedsQLTM 4.0 ve škále „Psychosocial Health Summary Score“ prokázalo pozitivní změny v ukazatelích tělesného zdraví u probandů experimentálního souboru v průběhu intervenčního pohybového programu zaměřeného na golfovou výuku.

Vzhledem k dosaženým výsledkům doporučuji zařazení golfového výukového programu do hodin tělesné výchovy na speciálních školách pro žáky se sluchovou disabilitou. Zároveň považuji za účelné seznámit s tímto programem všechny pedagogické a výchovné pracovníky, kteří se sluchově postiženými dětmi pracují.

Golfový výukový program SNAG je ve světě stále ještě novinkou. Jeho jednotlivé komponenty se od regulérního golfového vybavení liší vzhledem i použitím. SNAG lze využít zcela univerzálně pro výuku golfu - v tělocvičně, v parku, v dětských

centrech nebo rehabilitačních zařízeních. Nejjednodušší cestou, jak zavést výuku golfu se SNAGem ve škole buď formou odpoledních sportovních kroužků, případně přímo zařazením do hodin tělesné výchovy, je navázat spolupráci s golfovým klubem v regionu, který zároveň spolupracuje s proškoleným a certifikovaným instruktorem systému SNAG. Pro zapojení vyučujících, kteří se dětem věnují, je pak připravena metodika výuky. Systém výuky trenérů je velmi propracovaný a má různé úrovně pokročilosti. První základní úroveň je určena pro trenéry, cvičitele golfu, učitele tělesné výchovy a instruktory jiných sportů, kteří budou vyučovat děti nebo dospělé začátečníky. Školení je dvoudenní a absolventi obdrží Certifikát instruktora systému SNAG. Druhá postupová úroveň je určena již certifikovaným instruktorům k rozšíření jejich kvalifikace pro výuku instruktorů základní úroveň. Školení je opět dvoudenní a absolventi obdrží Certifikát lektora systému SNAG. Důraz je kladen především na to, aby metodika a výukové postupy byly stejné všude, kde výuka probíhá. Školení obsahuje kratší teoretickou část zaměřenou na přesný popis jednotlivých komponentů a jejich funkcí. Delší praktická část je zaměřena na výuku základního postoje, způsobu držení holí, vedení úderů, pohybu po vymezené ploše a systému her, jak děti zapojit vždy společně a efektivně tak využít čas, kapacitu herní plochy a výukové sady.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTOŇOVÁ, M., OPATŘILOVÁ, D., VÍTKOVÁ, M. *Přístupy k dětem a mládeži se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním mimo školu*. Brno: Paido, 2013. 211 s. ISBN 978-80-7315-242-0.
2. BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. 236 s. ISBN 978-80-247-3008-0.
3. DAVIES, C., V. DISAIA. *Golf - anatomie*. Brno: CPress, 2013. 194 s. ISBN 978-80-264-0275-6.
4. HENDL, J., L. DOBRÝ, a kol. *Zdravotní benefity pohybových aktivit: Monitorování, intervence, evaluace*. Praha: Karolinum, 2011. 294 s. ISBN 978-80-246-2000-8.
5. HORÁKOVÁ, R. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. 159 s. ISBN 978-80-262-0084-0.
6. HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí - komplexní péče*. Praha: Triton, 2005. 117 s. ISBN 80-7254-623-6.
7. INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH: ICF: WHO, 2001. 280 s. ISBN 92-4-154542-9.
8. JANEČKA, Z. a kol. *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 113 s. ISBN 978-80-244-3107-9.
9. JEŠINA, O., KUDLÁČEK, M. a kol. *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 180 s. ISBN 978-80-244-2738-6.
10. KASTNEROVÁ, M. *Poradce pro výživu*. České Budějovice: Nová Forma, 2011. 377 s. ISBN 978-80-7453-177-4.
11. KORNATOVSKÁ, Z. *Dostupnost, organizace a zdravotně - sociální benefity řízených pohybových aktivit u dětí s disabilitou*. České Budějovice, 2014. Disertační práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
12. KRAHULCOVÁ, B. *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beakra, 2014. 375 s. ISBN 978-80-903863-2-7.
13. KREJČÍ, M. *Výchova ke zdraví – strategie výuky duševní hygieny ve škole*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2011. 258 s. ISBN 978-80-7394-262-5.
14. KUDLÁČEK, M. a kol. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 91 s. ISBN 978-80-244-3938-9.

15. KURSOVÁ, V. *Rozvoj zdraví a integrace osob s mentálním postižením pomocí cílených pohybových aktivit: ověřený intervenční pohybový program*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2009. 225 s. ISBN 978-80-7394-198-7.
16. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
17. MUKNŠNÁBLOVÁ, M. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
18. OPATŘILOVÁ, D., NOVÁKOVÁ, Z., VÍTKOVÁ, M., a kol. *Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku*. Brno: Paido, 2012. 159 s. ISBN 978-80-7315-240-6.
19. PANSKÁ, S. *Aplikované pohybové aktivity osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. 73 s. ISBN 978-80-244-3655-5.
20. PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
21. POTMĚŠIL, M. *Sluchové postižení a sebereflexe*. Praha: Karolinum, 2007. 197 s. ISBN 978-80-246-1300-0.
22. POTMĚŠIL, M., a kol. *Psychosociální aspekty sluchového postižení*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 197 s. ISBN 978-80-210-5184-3.
23. PROCHÁZKOVÁ, V., VYSUČEK, P. *Jak komunikovat s neslyšícím klientem?* Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 28 s. ISBN 978-80-86991-18-4.
24. RŮŽIČKOVÁ K., VÍTOVÁ J. *Vybrané kapitoly z tyflopédie a surdopedie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 146 s. ISBN 978-80-7435-424-3.
25. SCHUSTER, J. *Krok k výchově, krok ke zdraví III. díl, Úprava stravovacích návyků v prevenci nadváhy a obezity na ZŠ a adekvátní pohybové aktivity*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. 24 s. ISBN 978-80-7394-084-3.
26. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
27. ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. Praha: Septima, 2006. 64 s. ISBN 80-7216-232-2.
28. VARNI, J. W., BURNWINKLE, T. M., a M. SEID. *The PedsQL 4.0 as a school population health measure: Feasibility, reliability, and validity*. Qual Life Res. 2004. 15 (3):203-215. ISSN 1530-1567.

29. Zákona č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně dalších zákonů, jak vyplývá ze změn provedených zákonem č. 384/2008 Sb. In: Sbíрка zákonů. 8. 12. 2008. ISSN 1211-1244.
30. Zákon 561/2004 Sb. ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Internetové zdroje:

1. ČESKÁ GOLFOVÁ FEDERACE. *ČGF a PGA Czech společně prosazují Golf do škol*. [online]. © ČGF 2008. [cit. 2016-03-05]. Dostupné z WWW: <http://www.cgf.cz/ArticleDetail.aspx?IDArticle=373133154&IDMenu=-1>
2. ČESKÁ GOLFOVÁ FEDERACE. *Golf: sport třetího tisíciletí*. [online]. © ČGF 2010. [cit. 2016-03-25]. Dostupné z WWW: <http://www.hrajgolfzmenzivot.cz/o-golfu/>
3. HORNSBY, B., WERFEL, K., CAMARATA, S. BESS, F. H. *Subjective Fatigue in Children With Hearing Loss: Some Preliminary Findings*. [online]. American Journal of Audiology, March 2014, Vol. 23, 129-134. [cit. 2016-04-20]. Dostupné z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4096811/>
4. JUNGWIRTHOVÁ, I. *Komunikace s malým dítětem se sluchovým postižením*. [online]. © 2013 Tamtam Praha. [cit. 2016-01-03]. Dostupné z WWW: <http://www.tamtam-praha.cz/informace-pro-vas/o-rozvoji-ditete/komunikace-s-malym-ditetem-se-sluchovym-postizenim.html>
5. MŠ, ZŠ A SŠ PRO SLUCHOVĚ POSTIŽENÉ ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Historie školy*. [on-line]. © 2012 Škola pro sluchově postižené - České Budějovice. [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.sluchpostcb.cz/historie-skoly/>
6. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, 2005b. *Sbíрка zákonů ČR: Částka 20. Nařízení vlády č. 70/2005 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.* [online]. Rozeslána dne 17. února 2005. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z WWW: <http://www.msmt.cz>
7. PASTUCHA, P. *Pohybová aktivita v léčbě úzkostných a depresivních poruch*. [online]. Psychiatrie pro Praxi, 2007; 8(5): 206–207. [cit. 2016-04-16]. Dostupné z WWW: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/05/03.pdf>
8. *PedsQL*. [online]. © 1998-2016 James W. Varni. [cit. 2016-04-05]. Dostupné z WWW: <http://www.pedsq.org/>

9. SKRBIĆ, R., MILANKOV, V. VESELINOVIĆ, M., TODOROVIĆ, A. *Impact of hearing impairment on quality of life of adolescents*. [online]. Med Pregl. 2013 Jan-Feb; 66(1-2):32-9. [cit. 2016-04-20]. Dostupné z WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23534298>
10. *SNAG^R první dotyk golfu*. [online]. © 2014 ITTEC. [cit. 2016-03-05]. Dostupné z WWW: <http://www.snag.cz/>
11. *SNAG^R STARTING NEW AT GOLF*. [online]. © 2016 Copyright SNAG, Inc. [cit. 2016-03-05]. Dostupné z WWW: <http://snaggolf.com/>
12. *SNAG GOLF*. [online]. Copyright © 2015 Snag Golf. [cit. 2016-03-06]. Dostupné z WWW: <http://www.snag.golf/index.php/>
13. SPORTVITAL. *Golf: Sport vhodný pro každého*. [online]. © 2010 Sportvital. [cit. 2016-03-25]. Dostupné z WWW: <http://www.sportvital.cz/sport/zajimavosti/golf-sport-vhodny-pro-kazdeho/>

9 SEZNAM ZKRATEK

APA	Adapted Physical Activities (Aplikované pohybové aktivity)
CZDGA	Česká golfová asociace hendikepovaných
ČGF	Česká golfová federace
ČR	Česká republika
dB	Decibel (jednotka měření hladiny intenzity zvuku)
ES	Experimentální soubor
GKHNV	Golfový klub Hluboká nad Vltavou
Hz	Hertz (jednotka frekvence neboli kmitočtu v soustavě SI)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KS	Kontrolní soubor
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MŠ	Mateřská škola
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
PedsQL	Pediatric Quality of Life Inventory (Pediatrický dotazník kvality života)
PGA	Professional Golfers' Association (Asociace profesionálních golfistů)
SNAG	Starting New At Golf („první dotyk golfu“)
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SŠ	Střední škola
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZŠ	Základní škola

10 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

TABULKY

Tabulka 1 Klasifikace sluchového postižení (Slowík 2007)	15
Tabulka 2 Specifické projevy dětí se sluchovou disabilitou v závislosti na sluchové ztrátě (Růžičková, Vítová 2014)	24
Tabulka 3 Charakteristika experimentální skupiny (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)....	35
Tabulka 4 Charakteristika kontrolní skupiny (N=11, KS=7 chlapců, 4 dívky)	36
Tabulka 5 Modul dotazníku o pediatrické kvalitě života - PedsQL™ 4.0	38
Tabulka 6 Přehled intervenčního pohybového programu	39
Tabulka 7 Vývoj celkového skóre tělesného zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu v komparaci ES, KS a fází měření (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; KS=7 chlapců, 4 dívky).....	43
Tabulka 8 Hodnoty jednotlivého skóre tělesného zdraví dle PedsQL™ 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)	44
Tabulka 9 Hodnoty jednotlivého skóre tělesného zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky).....	46
Tabulka 10 Vývoj celkového skóre psychosociálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu v komparaci ES, KS a fází měření (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; KS=7 chlapců, 4 dívky).....	47
Tabulka 11 Hodnoty jednotlivého skóre emocionálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)	48
Tabulka 12 Hodnoty jednotlivého skóre sociálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)	49
Tabulka 13 Hodnoty jednotlivého skóre školního zdraví dle PedsQL™ 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)	51
Tabulka 14 Hodnoty jednotlivého skóre emocionálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky).....	52

Tabulka 15 Hodnoty jednotlivého skóre sociálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)..... 53

Tabulka 16 Hodnoty jednotlivého skóre školního zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)..... 54

GRAFY

Graf 1 Jednotlivá skóre tělesného zdraví dle PedsQL™ 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)..... 44

Graf 2 Vývoj jednotlivého skóre tělesného zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)..... 45

Graf 3 Jednotlivá skóre emocionálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)..... 48

Graf 4 Jednotlivá skóre sociálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)..... 49

Graf 5 Jednotlivá skóre školního zdraví dle PedsQL™ 4.0 před zahájením intervenčního pohybového programu v komparaci ES, rodiče (N=22, ES=8 chlapců, 3 dívky; 11 rodičů)..... 50

Graf 6 Vývoj jednotlivého skóre emocionálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)..... 51

Graf 7 Vývoj jednotlivého skóre sociálního zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)..... 52

Graf 8 Vývoj jednotlivého skóre školního zdraví dle PedsQL™ 4.0 v průběhu intervenčního pohybového programu (N=11, ES=8 chlapců, 3 dívky)..... 53

11 PŘÍLOHY

Seznam příloh

- Příloha I. Leták SNAG
- Příloha II. Vybavení SNAG
- Příloha III. PedsQL™ 4.0, dotazník o pediatrické kvalitě života, zpráva o malém dítěti 5-7 let (Varni, Burnwinkle, Seid 2004)
- Příloha IV. PedsQL™ 4.0, dotazník o pediatrické kvalitě života, zpráva o dítěti 8-12 let (Varni, Burnwinkle, Seid 2004)
- Příloha V. PedsQL™ 4.0, dotazník o pediatrické kvalitě života, zpráva o mladistvém 13-18 let (Varni, Burnwinkle, Seid 2004)
- Příloha VI. PedsQL™ 4.0, dotazník o pediatrické kvalitě života, zpráva rodičů o malém dítěti 5-7 let (Varni, Burnwinkle, Seid 2004)
- Příloha VII. PedsQL™ 4.0, dotazník o pediatrické kvalitě života, zpráva rodičů o dětech 8-12 let (Varni, Burnwinkle, Seid 2004)
- Příloha VIII. PedsQL™ 4.0, dotazník o pediatrické kvalitě života, zpráva rodičů o mladistvém 13-18 let (Varni, Burnwinkle, Seid 2004)
- Příloha IX. PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales, Child and Parent Reports for Young Children (ages 5-7), Children (ages 8-12), Teens (ages 13-18)



Líbila se Vám DEMO hodina SNAGu? Pak neváhejte a přihlaste se do pravidelného kurzu, v rámci kterého se blíže seznámíte s golfovou hrou. Vyplněnou přihlášku odevzdejte v kanceláři, a to nejpozději do **16. 3. 2015**. Termíny pravidelných tréninků budou včas upřesněny. Těšíme se na Vás!

Je jen velmi málo sportů, které mohou zkusit všichni bez rozdílu věku, tělesné váhy nebo fyzické kondice. Golf je sportem na celý život, s vysokou etikou chování (slušnost, ohleduplnost a týmová spolupráce především).



Příloha II. Vybavení SNAG

Snag vybavení se dělí na tři různé kategorie - hole, cíle a výcvikové pomůcky.

Snag sada holí je tvořena dvěma typy: Rollerem a Launcherem. Obě jsou k dispozici ve třech velikostech.

Launcher

Používá se pro pitching, chipping a odpalování. Bulls-eye na čele hole pomáhá hráči zaměřit se na umístění hole na míček středem čela.



Rukojeť SNAG

Hole SNAG mají 5 hrannou rukojeť, speciálně navrženou tak, aby umožnila hráči správné držení - souhlasila s obrysy, tvořenými mezi dotýkajícím se palcem a ukazováčkem. Dvě řady barevných bodů vedou hráče při umístění palců na správnou stranu rukojeti.

Pro praváky - Levý na žluté, Pravý na červené

Pro leváky - Pravý na červené, Levý na žluté

Roller

Používá se pro finální krátké údery na terč. Roller s Bulls-eye na obou stranách mohou používat praváci i leváci. Barevné body na rukojeti jsou na Rolleru obrácené, aby vedly spíše k držení v dlaních, než v prstech.



Výukový systém SNAG používá pro výuku řadu terčů. Na terčích jsou zobrazená čísla pro požadované skóre, nejnižší skóre označuje výsledek napodobující nízký index skóre v golfu.

Rollerama

Volně umístěný trojúhelníkový terč s centrálním Bulls-eye s nízkým skórem jedna. Skóre se zvyšuje směrem ke koncům terče.

Rollerama je vyrobená z háčkového materiálu, umožňujícího uchycení míčku SNAG na terči. Rollerama má terče vyznačené na obou stranách.



Flagsticky

Tento víceúčelový terč je nutno před použitím naplnit vodou nebo jemným pískem pro zvýšení jeho stability při nárazu míčku nebo při použití venku za větrných podmínek. Flagsticky se dá snadno přenášet pomocí rukojeti. Vyrobený je z háčkového materiálu, umožňujícího zachycení míčku SNAG na terči.



Bulls-eye

Tento terč se dodává ve dvou částech, vnější plocha terče s kruhovými skórovými zónami a vnitřní nafukovací vak. Vnitřní vak dává terči tvar a zlepšuje jeho příjem pitch a launch odpalů. Terč se před použitím musí nafouknout.



Specifické výcvikové pomůcky podporují snadné získání základů golfových úderů, umožňující trenérovi zjednodušit proces výuky.

Roller Brush

Tento výukový nástroj připomíná lakýrnický štětec a dá se připojit k Rolleru a Launcheru pro praváky i leváky. Svorky se jednoduše nasadí na opačnou stranu Roller Brushe. Roller Brush připojený k Rolleru se používá pro vytvoření měkkého zametacího pohybu pro rolování. Pokud je připojený k Launcheru, používá se k tomu, aby hráč získal zkušenost s jednorázovým pohybem nutným pro chip shot.



Hoop Clock

Se schématem hodinového číselníku pro vytvoření a předvedení všech odpalů. Když je Hoop Clock položený na zemi, je snadné kontrolovat délku švihů pro každý odpal přiřazením čísel. Použití Hoop Clock umožňuje trenérovi používat jednoduché pokyny jako je pokračuj na 10 pro plnou pozici odpalu. Barvy jednotlivých částí Hoop Clock odpovídají různým odpalům.



SNAG-o-Matic

Tento tréninkový nástroj připomíná raménko na šaty a má více použití s oběma holemi. Je opatřený barevnými body na každé straně, které odpovídají bodům na pětihranné rukojeti holí. Otvor na horní straně trojúhelníku slouží jako rukojeť pomáhající trenérovi manipulovat se žákem a pomáhat s průběhem úderu.



SNAGazoo

SNAGazoo se používá pro prodloužení švihů tak, že žákovo zápěstí získá správné nastavení umístěním tyče na Launcher do svislé polohy, tvořící písmeno 'L'. Při dosažení správného pohybu se 'zoo' pohybuje po válci a poskytuje tak vizuální zpětnou vazbu hráči a trenérovi. Tohoto efektu není dosaženo, pokud se žák pohybuje příliš rychle nebo je úhel SNAGazoo příliš plochý.



Snapper

Tento důvtipný nástroj má mnoho použití a využívá se pro dosažení rytmu, rovnováhy, koordinace a síly. Nástroj má pětihrannou rukojeť, stejnou jako hole SNAG se vzorem žlutých a červených bodů pro snadné držení.



Launch Pad

Jedná se spíše o hrací a tréninkovou pomůcku než tréninkový nástroj. Launch Pad je vyrobený z pevné gumy a má přilnavou spodní stranu, která ho při úderu udrží na místě. Všechny údery hrané Launcherem musejí být prováděné na Launch Padu. Launch Pad zajišťuje hráči optimální polohu při každém úderu a šipka na Launch Padu pomáhá hráči při správném namíření míčku na terč.



Zdroj: www.snagonline.cz