



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

Bakalářská práce

Monitorování a podpora zdraví osob s
mentální disabilitou v rámci projektu
Zdravá společnost

Vypracoval: Iveta Kopecká

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

České Budějovice, 2019



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

Bachelor Thesis

Monitoring and promoting the health of people with mental disability in the project Healthy Communities

Author: Iveta Kopecká

Supervisor: PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph.D., DiS.

České Budějovice, 2019

Bibliografická identifikace:

Jméno příjmení autora: Iveta Kopecká

Název bakalářské práce: Monitorování a podpora zdraví osob s mentální disabilitou v rámci projektu Zdravá společnost

Studijní obor: Výchova ke zdraví

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

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph.D., DiS.

Oponent: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2019

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá tvořením a ověřením tříměsíčního intervenčního pohybového programu pro osoby s mentální disabilitou. Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na charakteristiku osob s mentální disabilitou, podporu zdraví a seznámení s projektem Zdravá společnost. Praktická část se zabývá naměřenými daty vstupního a výstupního měření a působení intervenčního programu na experimentální a kontrolní skupinu. Cílem intervenčního pohybového programu bylo splnit nebo se přiblížit se k výzkumným předpokladům. Ve vstupním měření bylo v průměrných hodnotách naměřeno BMI 28,33 a ve výstupním 27,67. Flexibilita páteře byla ve vstupním měření průměrně -12 cm a ve výstupním měření se zlepšila na -9 cm. U testu sed-leh probandi dosáhli ve vstupním měření průměrně na 10 sed-lehů/min a ve výstupním zlepšili hodnotu na 15 sed-lehů/min. Po zpracování všech naměřených dat, vyplynulo z výsledků, že intervenční pohybový program měl na probandy experimentální skupiny pozitivní vliv.

Klíčová slova: Disabilita, zdraví, monitoring, intervenční program, pohyb

Bibliographic Identification

Name of the author: Iveta Kopecká

Title of the thesis: Monitoring and promoting the health of people with mental disability in the project Healthy Communities

Field of study: Health Education

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

Supervisor: PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph.D., DiS

Opponent: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

Year of the presentation: 2019

Abstract:

The bachelor thesis deals with the creation and verification of a three-month interventional movement program for people with mental disability. The theoretical part of the thesis focuses on the characteristics of people with mental disability, health promotion and familiarization with the Healthy Communities project. The practical part deals with the measured data of the input and output measurements and the effect of the intervention program on the experimental and control group. The aim of the interventional movement program was to meet or approach the research assumptions. In the input measurement BMI 28.33 and in the output 27.67 were measured in the mean values. The spine flexibility was in the entry measurement averaging -12 cm and improved to -9 cm in the output measurement. In the sit-up test, they reached an average of 10 sit-up/ min in the input measurement and improved to 15 sit-up/ min in the output. After processing all measured data, the results showed that the interventional movement program had a positive effect on the probands of the experimental group.

Keywords: Disability, health, monitoring, intervention program, movement

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných 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 č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponent 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 na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 1. 7. 2019

.....

Iveta Kopecká

Poděkování:

Touto formou bych ráda poděkovala PhDr. Zuzaně Kornatovské, Ph.D., DiS. za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost a ochotu při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat klientům a zaměstnancům Diakonie Rolnička za účinkování v intervenčním pohybovém programu. A v neposlední řadě také manželovi a své rodině za velkou dávku trpělivosti a podpory při zpracování bakalářské práce.

Motto:

*„Menšina neboli skupina s jinakostí je vedle nás,
nejsme jejími členy, netýká se nás to.*

Ovšem dává nám příslušníkům většiny, záminku k popuzování!

Nastavuje zrcadlo,

že i příslušník většiny se může lehce stát příslušníkem menšiny.“

OBSAH

1	ÚVOD	9
2	TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1.	MENTÁLNÍ DISABILITA	10
2.1.1.	<i>Charakteristika osob s mentální disabilitou.....</i>	<i>10</i>
2.1.2.	<i>Klasifikace mentální disability.....</i>	<i>12</i>
2.1.3.	<i>Socializace a integrace osob s mentální disabilitou.....</i>	<i>15</i>
2.2.	PODPORA ZDRAVÍ	17
2.2.1	<i>Pojetí zdraví.....</i>	<i>17</i>
2.2.2	<i>Zdravý životní styl</i>	<i>19</i>
2.2.3	<i>Determinanty zdraví</i>	<i>21</i>
2.3.	PROJEKT ZDRAVÁ SPOLEČENSTVÍ.....	23
2.3.1	<i>Program zdravý atlet</i>	<i>24</i>
2.3.2	<i>Speciální olympiáda</i>	<i>26</i>
2.3.3	<i>České hnutí speciálních olympiád</i>	<i>27</i>
3	CÍLE A UKOLY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	30
3.1.	CÍLE PRÁCE	30
3.2.	ÚKOLY PRÁCE	30
3.3.	VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY	30
4	PRAKTICKÁ ČÁST	31
4.1.	METODOLOGIE.....	31
4.1.1	<i>Organizace experimentálního šetření.....</i>	<i>31</i>
4.1.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	<i>32</i>
4.1.3	<i>Metodologie výzkumného šetření.....</i>	<i>35</i>
4.2.	INTERVENČNÍ POHYBOVÝ PROGRAM	36
4.2.1	<i>Charakteristika intervenčního pohybového programu</i>	<i>36</i>
4.2.2	<i>Podmínky a materiální zajištění intervenčního programu.....</i>	<i>38</i>
4.2.3	<i>Reflexe intervenčního pohybového programu.....</i>	<i>39</i>
5	VÝSLEDKY	40
5.1	VÝSLEDKY TESTOVÉ BATERIE FUNFITNESS	40
6	ZÁVĚR.....	55
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57
8	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	61
9	SEZNAM PŘÍLOH	62

1 ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu mého zájmu o problematiku osob s mentální disabilitou. Můj zájem v nedávné době velmi podpořily hodiny aplikovaných pohybových aktivit pro mentálně postižené na pedagogické fakultě. Hodiny mě teoreticky i prakticky připravili na to, jak s těmito klienty pracovat a komunikovat. Výuka pro mě byla natolik inspirující, že jsem se rozhodla danou problematikou zabývat i v mé bakalářské práci.

Dalším motivačním faktorem pro psaní mé bakalářské práce bylo, že ve svém okolí jsem měla několik sociálních pracovníků a osobních asistentů, kteří pracovali s klienty s mentální disabilitou. Zastávali však názor, že pohybová aktivita klienty s mentální disabilitou nezajímá. To svědčí o faktu, že toto téma se velice opomíjí a zvláště u klientů dospělého věku, kteří nejsou vázáni povinnou školní docházkou. Můj názor je, že pokud se pohybová aktivita podá pro cílovou skupinu zábavnou formou, může se stát pohybová aktivita koníčkem a smysluplně stráveným časem. V tomto názoru mě nadále utvrdila přednáška Prof. PhDr. Hana Válková, Csc., která mi byla inspirací při tvorbě intervenčního pohybového programu. Sportovní aktivity jsou pro klienty s mentální disabilitou také jedna z mála možností socializace.

Cílovou skupinou monitoringu byli děti, dospívající a dospělí s mentální disabilitou. Většina těchto lidí je odkázána na pomoc svého okolí a společnosti. Díky této pomoci a integraci, mentálně postižení již nežijí na okraji společnosti. Myslím si však, že i v dnešní době není kladen dostatečný důraz na kvalitu jejich života, zejména na pohybovou aktivitu a zdravé stravování.

Důležité pro mě bylo vytvořit intervenční pohybový program, tak aby vedl zábavnou formou klienty Rolničky k pohybu a zdravému životnímu stylu. Ukázat klientům, jejich asistentům a sociálním pracovníkům nové využití volného času.

Byla bych ráda, kdyby si nově získané návyky ze zdravého životního stylu klienti osvojili natolik, že se stanou jejich každodenní rutinou a radostí. A zároveň, aby měli podporu k tomuto stylu života od svých rodičů, asistentů a učitelů. Na závěr bych chtěla poděkovat Diakonii Českobratrské církvi evangelické - středisko Rolnička Soběslav za možnost realizovat svůj výzkum v prostorách školy.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1. MENTÁLNÍ DISABILITA

Podle poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (2018), postižení a handicapů je mentální disabilita definována jako stav, který souvisí s mentálním opožděným nebo omezeným vývojem myšlení. Charakteristická je zejména snížením schopností, které se projevují v průběhu vývoje jedince, a to schopností, které tvoří celkovou úroveň inteligence. Konkrétně se myslí schopnosti poznávací, komunikační, motorické a sociální. Mentální disabilita se může vyskytovat i ve spojení s jinými přidruženými psychickými nebo tělesnými obtížemi, není to však pravidlem. Mentální disabilita se dá také chápat jako vrozené omezení rozumových schopností. Schopnosti se projevují neschopností porozumět svému okolí a částečně se mu přizpůsobit. Definovat se dá také jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, to znamená méně než 70% normy, i přestože byl jedinec s mentální disabilitou přijatelným způsobem výchovně stimulován toto procento je hraniční. Mentální disabilita je vrozená a je trvalá (Blažková, 2014).

2.1.1. Charakteristika osob s mentální disabilitou

V současné době žijí v populaci asi 3-4% osob s mentálním postižením. V České republice žije dle statistických odhadů přibližně 300 000 osob s mentálním postižením a asi 100 000 osob s jiným duševním postižením (Valenta, Müller, 2007).

Charakteristika mentální disability podle (Vágnerové, 2008):

- Nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.
- Disabilita je vrozená, na rozdíl od demence, která je získaným handicapem rozumových schopností.
- Disabilita je trvalá, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje takového jedince je dána závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou přijatelností působení prostředí, tím je myšleno výchovných a terapeutických vlivů.

Charakteristika mentální disability (Valenta, Müller, 2007):

- Nejčastěji vyskytující se determinanty mentální disability mohou být zvýšená závislost na rodičích, infantilnost jedince, sugestibilita, rigidita chování, nedostatky v osobní identifikaci, opoždění psychosexuálního vývoje, porucha interpersonálních vztahů a komunikace, malá přizpůsobitelnost k sociálním a školním požadavkům, impulzivnost, hyperaktivita nebo hypoaktivita.
- U mentální disability nejde jen o časově opožděný duševní vývoj, ale jde o strukturální vývojové změny.
- Osoby s mentální disability nelze přirovnávat k jedincům, mladšího věku neboť ve vývoji dochází zejména ke změnám kvalitativním.

Chování a schopnost porozumět normám a obecně platným hodnotám je u lidí s mentální disability problematické kvůli neschopnosti pochopit jejich podstatu. V nových situacích mohou mít jedinci problém danou situaci vyhodnotit a adekvátně na ní reagovat. V případě sebemenších změn a okolností se jedinec může stát dezorientovaný a jeho reakce jsou nepřiměřené. Lidé s mentální disability se orientují spíše emocionálními impulzy. Neadekvátní, afektivní a agresivní chování si můžeme vykládat jako sebeobranu v situaci, kterou neumí správně vyhodnotit nebo jí nerozumí a nezvládají. Sebeovládání není dostatečně rozvinuto, proto v chování jedince převládají afektivní reakce. Afektivní a agresivní jednání se může objevovat i u jedince, který se dosud choval přijatelně, může to být reakce na zátěž. Agresivita je způsobena nedostatečným sebeovládáním a neodhadnutím vlastní fyzické síly (Vágnerová, 2008).

Myšlení u lidí s mentální disability se projevuje výraznou konkrétností a omezenou schopností zobecňování. Myšlení je nedostatečně produktivní a dosti ochuzené, což se projevuje na mluveném projevu hlavně po obsahové stránce. Jejich vnímání je značně zúžené svým rozsahem. Vnímání mají zpomalené, špatně diferencované, velice povrchní a projevuje se snížená aktivita. Rozsah kolísá podle daných okolností. Mechanická paměť závažně převyšuje paměť logickou. Nové poznatky si osvojují ztuhlou pomaleji a vybavování je nepřesné. Psychické procesy závisí především na hloubce disability, sociálním prostředím kde se dotyčný setrvává a v neposlední řadě závisí na charakteru (Kvapík, Černá, 1990).

Sebepojetí u jedinců s mentální disabilitou je silně ovládané emocionálně, bývá nekritické, proto jejich sebepojetí není zcela objektivní. Přebírají ve většině případů názory lidí ve svém okolí, to je způsobeno omezením soudnosti. Přebírané názory jsou pro ně jednoznačné a jasně dané, bez korekce. Kladné sebehodnocení je stavebním kamenem pro pozitivní motivaci. Kladného sebehodnocení není snadné dosáhnout vzhledem k horším výkonům ve srovnání se svým okolím a objektivně horším předpokladům. Riziko nastává v momentu integrace jedince s mentální disabilitou do běžných škol, při takové to integraci si je vědom negativních odlišností, které z pravidla není založeno na hlubším pochopení. Ostatní dělají a dovedou něco, čemu jedinec zcela neporozumí (Vágnerová, 2008).

Člověk s mentální disabilitou se snadno může stávat směšným a je ochoten dělat věci pro něj nebezpečné, to je způsobeno zkresleným sebehodnocením. Důležitá je spokojenost se sebou samým, ale musí odpovídat skutečnosti, jinak chování jedince vede k vlastnímu ohrožení a je sociálně rušivé (Vágnerová, 2008).

2.1.2. Klasifikace mentální disability

Stupně mentální disability jsou dány orientačně podle výšky inteligenčního kvocientu (Valenta, Müller, 2007).

Stupně disability podle IQ dle (Valenta, Müller, 2007):

- Lehká mentální disability, dříve označovaná jako debilita (IQ 69-50).
- Středně těžká mentální disability, dříve imbecilita (IQ 49-35).
- Těžká mentální disability, dříve idioimbecilita (IQ 34-20).
- Hluboká mentální disability, dříve idiocce (IQ 20 a níže).
- Nespecifikovatelná mentální disability (nelze zařadit do výše uvedených skupin kvůli nedostatku informací).

Lehká mentální disability

U jedince s lehkou mentální disabilitou, již v předškolním věku zásadně zaostávají v psychomotorickém vývoji. K běžné komunikaci jsou však schopni naprosto účelně využívat řeč. Největší obtíže většinou začínají s nástupem do školy (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012). Krátkodobá mechanická paměť, myšlení je nesamostatné,

infantilní, velmi jednoduché, vázané na konkrétní pojmy. Jedinci s lehkou mentální disabilitou dokážou respektovat základní pravidla logiky, nicméně obtížnější je pro ně abstraktní myšlení (Blažková, 2014). Zaostávají zásadně v rozvoji řeči. V jejich verbálním projevu je převaha kratších, jednoduchých vět, také v řeči můžeme zaznamenat dramatismy školy (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012). V emocionální oblasti jsou citově labilní, impulzivní nebo úzkostní. Nezralost a sugestivita je dalším emocionálním znakem u lehkého mentálního postižení. Pokud jsou respektovány jejich možnosti, jedinci jsou schopni se s dohledem a pomocí učit. Většina těchto lidí se stane úplně nezávislých na pomoci při osobní péči a domácích dovednostech (Blažková, 2014).

Děti se vzdělávají buď v základních školách praktických, nebo jsou integrovány do běžných základních škol, kde pracují za pomoci asistenta pedagoga. Dále mohou absolvovat odborná učiliště nebo dvouleté praktické školy. V dospělosti se stávají samostatnými a je možné je integrovat i pracovně. V životě navazují a udržují dobré sociální vztahy, mohou se stát prospěšnými členy společnosti (Blažková, 2014).

Středně těžká mentální disabilita

U neprocentní většiny osob se středně těžkou mentální disabilitou můžeme diagnostikovat organickou etiologii, nevylučuje se přítomnost i chromozomální aberace a také u nich nalzáme somatické degenerativní znaky. V raném dětství je viditelně opožděné porozumění řeči a rozvoj expresivní složky řeči. Jedinec je však schopen jednoduché konverzace. Opožděn je vývoj jemné i hrubé motoriky, samostatnost v osobní péči je pouze částečná. Někteří jedinci jsou odkázáni na pomoc celý život. Dále je zpomalen vývoj myšlení. Postiženy jsou všechny kognitivní procesy. Jedinec se středně těžkou mentální disabilitou je schopen učit se. Učení je pro jedince namáhavé a velice zdlouhavé. Výsledky učení mnohdy neodpovídají vynaloženému úsilí. Jejich verbální projev je celkově velmi chudý (Blažková, 2014).

Jedinci se středně těžkou mentální disabilitou se mohou vzdělávat v základní škole speciální a následně absolvují jednoletou praktickou školu (Blažková, 2014). Podle (Fischer, 2014) mohou osoby se středně těžkou mentální disabilitou vykonávat jednoduchou manuální práci v chráněných dílnách. Na chráněných pracovištích, kde pracují pod stálým dohledem.

Těžká mentální disabilita

Tyto osoby s těžkou mentální disabilitou jsou v dospělosti schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy. U jedinců je třeba dlouhodobí trénink k osvojení částečné sebeobsluhy, s kterou mohou mít problémy i v dospělosti. Poznávají nejčastěji jen blízké osoby, značně postižen je rozvoj kognitivních procesů, řeč je omezena na samostatná slova nebo na pudových hlasových projevech, které se mění podle pocitů spokojenosti nebo nespokojenosti. Naučí se maximálně několik hůře artikulovaných slovních výrazů, někdy nemluví vůbec. Jako náhrada verbálního projevu se používá alternativní a augmentativní komunikace. Důležité jsou poruchy v emoční oblasti. Často jsou nestálí a impulzivní. Osoby s těžkou mentální disabilitou mají často kombinovaná postižení se smyslovými vadami nebo epilepsií (Vágnerová, 2008).

Při soustavné výchovné péči, zpravidla v základní škole speciální s využitím rehabilitačního vzdělávacího programu, jsou tito jedinci schopni vykonávat některé jednoduché úkony, celoživotně jsou závislí na pomoci a péči druhých osob (Blažková, 2014).

Hluboká mentální disabilita

U tohoto typu hluboké mentální disability se jedná ve většině případů o kombinovaná postižení, obvyklá je neurologická nebo tělesná disabilita, která ovlivňuje hybnost jedince nebo těžké formy pervazivních poruch, nejběžněji autismu. Nad procentní většina postižených je imobilních a také inkontinentních. Nejsou schopni vykonávat ani základní osobní péči, jejich poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, nevytvoří vůbec řeč. Komunikují neverbálně (Vágnerová, 2008). Reagují pouze na známé a naopak neznámé věci a podmínky. Dokážou reagovat libostí a nelibostí. Jsou odkázáni na neustálou pomoc a péči jiných osob. Tito jedinci s hlubokou mentální disabilitou bývají často umisťováni do ústavů sociální péče (Fischer, 2014). V této skupině se nachází podle (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012) nejméně osob a to 1% až 2% ze všech osob s mentální disabilitou.

Downův syndrom

Tato mentální disabilita odpovídá lehké až středně těžké mentální disabilitě. Jen malé procento osob s Downovým syndromem má méně než 35 bodů IQ. Patří k nejběžnějším vrozeným syndromům. Vzniká genovou mutací, kdy se počet chromozomů navýší ze 46 na 47. Nadbytečná kopie způsobuje Downův syndrom (Selikowitz, 2005). Lidé s Downovým syndromem tvoří přibližně 10% ze všech lidí s mentální disabilitou, což je podle (Švarcová-Slabinová, 2011) nejrozšířenější forma mentální disability.

Osoby s tímto syndromem jsou si velice podobní a od ostatních rozeznatelní. Rozvoj řeči je pozvolný a v dospělosti dosahuje slovní zásoba až 2000 slov. V domácím prostředí je jedinec hovornější než ve společnosti. Vzdělávat se mohou ve zvláštních školách nebo pomocných školách (Selikowitz, 2005).

2.1.3. Socializace a integrace osob s mentální disabilitou

Socializace je další z mnoha oblastí, která je u osob s mentální disabilitou částečně opožděna, projevuje se zvýšenou závislostí na svém okolí. Emancipaci v tomto případě neshledáváme kvůli nedostatečně rozvinutým některých kompetencím, které slouží k postupnému osamostatnění. Obtížnost dorozumění je hlavním problémem v socializaci, dále také jejich nestandardní reakce na dané situace. Reakce bývají často odlišné od očekávání nebo velice nestandardní (Vágnerová, 2008).

Osoby s mentální disabilitou preferují kontakt s lidmi, které znají naproti seznamování se s novými lidmi. Znají jejich chování, které je pro ně lehce srozumitelné. Typickým znakem se tak stává stereotyp v sociálních vztazích. Postižený jedinec není pro své zdravé vrstevníky ve většině případů atraktivní pro navázání sociálních vztahů, a to z důvodů nepochopení jejich hře a výrazně pomalejšímu myšlení. Komunikace zdravého člověka s lidmi s mentální disabilitou probíhá obvykle krátkou dobu, není příliš empatická. Jedinec se dostává do role pasivního příjemce informací, protože průběh konverzace nemůže příliš ovlivnit (Vágnerová, 2008).

Slovem integrace se v současné době v pedagogice a praxi míní vzdělávání jedinců s mentální disabilitou společně s jejich zdravými vrstevníky. To znamená zařazení jedince s disabilitou do klasických škol i tříd, kde studují žáci bez disability. Ve slovníku

najdeme výraz „integrace“ jako synonymum pro sjednocení, scelení nebo spojení (Švarcová-Slabinová, 2011). Jesenský (1995) vysvětluje pojem „integrace“ slovy „jeden pro druhého“. Jedná se o soužití lidí s disabilitou a bez disability v akceptovatelné míře konfliktnosti.

Integrace do běžných škol je daleko náročnější, než nástup do speciálních škol. I děti s mentální disabilitou si může být vědomo svých odlišností a vnímat ji jako zátěž. Zařazení do škol speciálních, běžných nebo jiného pedagogického zařízení je velice důležité z pohledu výše zmíněné socializace (Vágnerová, 2008).

V první polovině devadesátých let se integrace v našem školství teprve začínala rozvíjet. Důležitým aspektem je přístup k zapojování studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Zajištění podmínek vzdělání, materiálních, sociálních, technických a psychologických bariér. Konkrétně se myslí kompenzační pomůcky, rehabilitační pomůcky, vhodné studijní texty a porozumění (Švarcová-Slabinová, 2011).

Na osoby s mentální disabilitou je výchovně působeno za účelem dosažení co nevyššího možného rozvoje jejich osobnosti. Osobnostní rozvoj přispívá k lehčímu nalezení vhodného místa pro jejich zařazení do společnosti (Müller, 2001).

Pro integraci platí, že čím je mentální disability lehčí, tím je integrace do běžných škol snazší. U některých případů těžší disability nebo u vícečetných forem disability integrace není vůbec možná (Švarcová-Slabinová, 2011).

Hlavním předpokladem pro úspěšnou integraci je, že studenti s disabilitou v běžné škole budou vzděláváni na horní hranici svých možností a schopností. Další výhodou integrace může být i přítomnost zdravého sourozence na stejné škole. Úspěšná integrace rozvíjí socializaci dětí s disabilitou i dětí zdravých (Švarcová-Slabinová, 2011).

2.2. PODPORA ZDRAVÍ

Zdraví jedna z nejdiskutovanějších hodnot lidského života. Existuje několik výkladů slova „zdraví“. Je třeba toto slovo chápat jako celek a nevztahovat ho k věcem, ale spíše si ho spojovat s ideami. Každý člověk si pod pojmem „zdraví“ může představit naprosto odlišné věci (Křivohlavý, 2009).

V lékařství si tento výraz vykládají jako nepřítomnost nemoci nebo úrazu. Sociologie si vybaví člověka, který dobře funguje ve svých sociálních rolích. Humanismus vidí zdravého člověka jako člověka, který se pozitivně vyrovnává s nástrahami života a úkoly, které se před něj postaví. Idealismus chápe zdraví jako stav tělesné, duševní, duchovní a sociální pohody (Křivohlavý, 2009).

Nepostradatelnou částí v současné péči o naše zdraví je podpora zdraví a prevence proti vzniku nemocí. Podpora zdraví a prevence obsahuje snahu o zvýšení celkové úrovně zdraví. Konkrétně zvyšováním sociální, duševní, tělesné pohody a posilováním odolnosti proti nemocem. Důležitým pramenem péče o zdraví nejsou tedy jen prostředky finanční, materiální nebo zdravotnické služby. Hlavním faktorem v péči o zdraví jsou především lidé a jejich životní styl. Dále celá společnost hlavně její ekonomické a sociální podmínky pro život. Jednotlivci pro svou podporu zdraví mohou přijmout zdravý životní. Celá společnost může připravit podmínky zdravého životního stylu pro jednotlivé osoby, udržováním zdravého životního prostředí, životní úrovně, vytváření relaxačních a sportovních aktivit. V neposlední řadě může připravit podmínky pro vzdělání a informovanost lidí o podpoře zdraví. Primárním cílem podpory zdraví je chránit zdraví, prodlužovat aktivní život a podporovat zdravý vývoj dalších generací (Machová, Kubátová, 2015).

2.2.1 Pojetí zdraví

Definice zdraví dle (WHO, 1946): Stav naprosté tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci.

Stejně jako existuje celá řada definic zdraví tak existuje i několik pojetí zdraví, které se mohou doplňovat, ale být i v rozporu. Pocházet mohou z různých zemí a kultur, mohou vycházet z náboženství (Havlíková, 2006).

Interakční pojetí zdraví se soustřeďuje hlavně na vztah zdraví člověka a jeho nejbližšího okolí. Nejbližším okolím se myslí například rodiny, školy, různé pracovní a zájmové skupiny. Z interakčního pojetí zdraví vycházejí komunitní programy podpory zdraví. Komunitou může být město, sousedství, podnik, obec, různé organizace a školy. Programy, které se soustředí na podporu zdraví, se v těchto místech se nazývají programy komunitní. Tyto programy mají společné ve většině případů dva úkoly. Prvním je vytváření podmínek pro zdravý průběh aktivit v komunitě. Druhým úkolem je dosáhnout zdraví prospěšných změn. Existuje několik variant projektů, například projekt Zdravé město, Škola Podporující Zdraví, Mezinárodní projekt Zdravé pracoviště a Mezinárodní projekt Zdravý Region (Havlíková, 2006).

Interakční přístup vznikl z potřeby objevit a pojmenovat zdroje stresu a rizik ohrožujících zdraví. Interakce mezi jedincem a okolním prostředím se rozlišuje podle komplikovanosti na úroveň biologickou, psychologickou, interpersonální a sociálně kulturní (Havlíková, 2006).

Podle (Havlíkové, 2006) jsou tři interakční soustavy:

- Individuální: zdraví je spojeno se všemi složkami bytosti jedince, kterou tvoří organismus, který představuje tělesné zdraví. Dále struktura psychických funkcí jako duševní zdraví a osobnost jako sociální a duchovní zdraví.
- Komunitní: zdraví jedince je úzce spjato se zdravím komunity, kde žije, pracuje nebo se často pohybuje.
- Globální: zdraví jedince, které je spjato se zdravím jednotlivých komunit, v nichž jedinci žijí, pohybují nebo pracují, je propojeno se zdravím světa.

Holistické pojetí zdraví od anglického slova whole, což je v překladu celek. Z etymologických slovníků, můžeme zjistit, že slovo zdraví se původně překládalo jako celek. Toto spojení se dnes znovu objevuje v názvu tohoto směru. Holistické pojetí chápe zdraví a péči o něj z podstatně širšího hlediska. Slučuje s oficiálním stanoviskem WHO. Čím zdravější jsou vlivy z okolního prostředí, tím účinnější jsou složky vnitřní. Křivohlavý (2009) se zmiňuje, že pozitivní přístup k životu, optimistický pohled na svět a zdravá mysl mohou pozitivně ovlivnit průběh nemocí, nebo v lepším případě, nemoci spíše předcházet.

Příznivci holistického pojetí zdraví kritizují západní medicínu, konkrétně její atomizaci. Lidské tělo rozdělila na každý orgán, kdy existují specialisté, kteří ale přílišnou specializací na své pole působnosti mohou ignorovat svého pacienta jako jeden celek (Křivohlavý, 2009).

Společnou podstatou v průzkumu všech pojetí zdraví jsou podle (Marádová, 2014) společné znaky:

- Zdraví je objektivní a subjektivní.
- Zdraví je důležitým faktorem pro uskutečňování životních cílů.
- Zdraví se bez přestání mění. Není možné určit vrcholnou úroveň zdraví.
- Zdraví přímo souvisí s kvalitou života. Každý je sám zodpovědný za svůj zdravotní stav.
- Čím konkrétněji je zdraví zkoumáno, tím méně je konkrétní jeho celostní a hodnotový charakter

2.2.2 Zdravý životní styl

Životní styl se dá vysvětlovat jako dobrovolné chování v určitých životních situacích. Jde o individuální výběr z možností, které se naskytují. Rozhodujeme se pro zdravé nebo nezdravé alternativy, které se naskytují. Člověk se nemůže rozhodovat zcela svobodně, vždy za rozhodnutím stojí rodinné zvyklosti, tradice, ekonomickou situací společnosti, kde se pohybuje a sociálním postavením. Nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje rozhodování je individuální hodnotová orientace jedince.

Určité formy chování míří k poruchám zdraví. Faktory poškozující zdraví se nevyskytují izolovaně, ale váží se na další faktory životního stylu, proto nelze jednotlivé části od sebe oddělovat. Životní styl může být pro zdravý pozitivní pouze, když se komplexně dodržují správné zásady (Machová, Kubátová, 2015).

Faktory zdravého životního stylu jsou výživa, spánek, pohyb, stres, závislosti a osobní hygiena.

Stravování má důležitou funkci nejen v uspokojení biologických potřeb, ale má také nepostradatelné místo v roli sociální, psychické a duchovní. Stravou se dá ovlivnit tělesné a duševní zdraví. Zvyšuje pracovní výkonnost a prodlužuje významně život. Pomocí jídla je možné harmonizovat denní režim, upravit cyklus bdění i spánku.

Správnou stravou se dá předcházet potížím s trávicí soustavou i psychickým poruchám. Strava by měla mít přiměřenou kvalitu i kvantitu (Zvírotsky, 2014).

Stručné zásady jsou, jíst v pravidelnou dobu, alespoň pět až šest jídel denně, energetický příjem přizpůsobit výdeji, snížit příjem živočišných tuků, jednotlivých cukrů a soli. Dodržování doporučených dávek vitamínů a minerálních látek. Dodržovat pitný režim, a to vhodnými tekutinami, alkoholické nápoje konzumovat s mírou (Zvírotsky, 2014).

Nedílná, důležitá součást našeho života je spánek. Optimální doporučená doba spánku se uvádí sedm až osm hodin denně. Od dětství, kde je doporučená doba spánku jedenáct až dvanáct hodin, se doporučená doba spánku zkracuje (Kantor, 1994). Kvalitní a dostatečně dlouhý spánek je nepostradatelný pro fyzické i psychické zdraví (Zvírotsky, 2014).

Pravidelná pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje vývoj zdravých a pevných kostí, kontrolu hmotnosti, kvalitnější a lepší spánek a v neposlední řadě také sebevědomí. Absence pohybové aktivity zapříčiňuje vznik obezity, popřípadě kardiovaskulárních onemocnění, rakovinotvorné onemocnění a úzkostné a depresivní stavy. Pohybová aktivita může být ve formě fyzické práce nebo sportovních aktivit. (Marcus, Forsyth, 2010).

Slovo stres by se dalo přeložit jako reakce lidského organismu na vnější i vnitřní pocity nebezpečí nebo zátěž. Takzvané stresory jsou spouštěče stresu v organismu, může jimi být vlastně cokoli. Zařadit mezi ně můžeme časovou tíseň, životní změnu, stěhování, úmrtí v rodině a spoustu dalších. Stres se ovšem nemusí prožívat pouze jako negativní zážitek. Stres se rozděluje na distres a eustres, kdy distres je považován za negativní a eustres za pozitivní. Vyhýbat se stresu je prakticky nemožné, v malé míře může stres posilovat imunitu (Zvírotsky, 2014).

U Závislosti se jedná se o vztah vlastního organismu k předmětům, jevům a objektům závislosti. Závislost vzniká při opakovaném kontaktu s předmětem závislosti. Kontakt se stupňuje a stává se intenzivnějším a komplexnějším. Doba trvání a kontakt s daným předmětem či jevem se prodlužuje na úkor jiných vztahů a zájmů (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002).

Nešpor (2011) uvádí, že syndrom závislosti jsou skupiny fyziologických, kognitivních a behaviorálních fenoménů. Závislost má u jedince daleko větší přednost

než chování, které kdysi považoval za prioritní. Charakteristika syndromu závislosti je silná až nepřekonatelná touha. Finální diagnóza závislosti by se měla stanovit, jestliže v průběhu jednoho roku dojde ke třem a více uvedeným jevům.

- silná touha a pocit puzení
- potíže se sebeovládáním
- tělesné odvykací stavy
- tolerance k účinku látky
- zanedbávání svých zájmů a potěšení
- pokračování v závislosti i přes zjevný důkaz její škodlivosti

Osobní hygiena podle (Jana Praško a Hany Praškové 2001), je nedílnou součástí zdravého životního stylu. Do seznamu aktivit souvisejících s osobní hygienou a péčí o vzhled zařadili čištění zubů, holení, péče o účes, hezky se oblékat atd. Tyto aktivity souvisí s komfortním chováním, které se objevuje pouze tehdy, jsou-li naplněny Základní životní potřeby.

Problematika péče o vzhled a hygienu je součástí životního stylu a má velký vliv na zdraví jedince. Šaty a zevnější vzhled si lidé spojují vědomě i podvědomě s celou osobností. Zanedbávání zevnějšího vzhledu a základní hygieny bývá spojováno s porušeným zdravím (Zvírotsky, 2014).

2.2.3 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví můžeme chápat jako vzájemně provázané faktory, které ovlivňují naše zdraví. Faktory mohou být sociálního nebo individuálního charakteru. Mají vliv na zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo celou společnost (Marádová, 2014). Determinanty ovlivňují zdraví jedince komplexně, jsou vzájemně provázány a na organismus mohou působit jak kladně, tak negativně. Základní determinanty zdraví se dělí na vnitřní faktory a vnější faktory. Mezi vnitřní patří dědičné a genetické faktory, které jedinec získává od svých rodičů. Tyto faktory lze jen těžko ovlivnit (Čeledová, Čvela, 2010). Do vnějších determinant se podle Novákové (2012) řadí životní styl, okolní prostředí, životní podmínky. Jako vnitřní determinanty uvádí výše zmiňované genetické dispozice, a to konkrétně věk, pohlaví a vrozené předpoklady. Vnější faktory

oproti vnitřním může jedinec z velké části ovlivňovat svými životními volbami a chováním. (Nováková, 2012).

Čeledová a Čevela (2010) uvádí základní procentuální rozdělení determinant:

- Životní styl (50 - 60%)
- Genetické předpoklady (10 – 15%)
- Životní prostředí a socioekonomické faktory (20 - 25%)
- Dostupnost a úroveň zdravotní péče (10 – 15%)

Svým chováním a hlavně úpravou životního stylu je jedinec chopen působit na determinanty v pozitivním slova smyslu (Čeledová, Čevela, 2010). Životní styl je nejvýznamnější položkou z determinantů, kterou můžeme ovlivnit především výživou, fyzickou aktivitou, druhem vykonávané práce, sexuální aktivitou, vztahem k sociálnímu okolí, osobní duševní pohodou, závislosti a zvládnání stresu a zvýšené zátěže (Kebza, 2005).

Další rizikové determinanty v životním stylu uvádí Machová a Kubátová (2015):

- Nadměrná konzumace alkoholu
- Nesprávná výživa
- Nízká pohybová aktivita
- Nadměrné psychická zátěž
- Rizikové sexuální chování
- Zneužívání drog

Vliv životního stylu a podmínky, ve kterých se jedinec pohybuje a žije, výrazně ovlivňuje zdravotní stav celé populace. Prokázané jsou pozitivní vlivy na zlepšení zdravotního stavu u některých evropských zemí. Prodloužila se průměrná délka života. Zdravotní rozdíly mohou být ve společnosti mezi sociálními skupinami závislé, jsou na sociálních a ekonomických podmínkách, které ovlivňují nejen chudé vrstvy, ale i nižší střední vrstvy, které jsou vystavené většímu riziku než ti, kteří jsou postaveni na společenském žebříčku výše (Wilkinson, Marmot, 2005).

I ve vyspělých zemích dochází k sociálním nerovnostem na úrovni zdraví, ekonomické a sociální podmínky výrazně ovlivňují zdravotní stav jedince, sociálními

determinanty se nazývá vztah zdraví a sociálních podmínek, které mají význam pro naše zdraví po celý život, jsou příčinou zdraví a nemocí, mohou přispívat k nerovnostem ve zdraví. Jako příklad zařazujeme behaviorální faktory působící v dětství, a to výživu, fyzické cvičení, kvalita rodičovství, nízká životní úroveň a chudoba, užívání návykových látek nebo sociální jevy jako je nezaměstnanost, chudoba a pracovní zařazení (Wilkinson, Marmot, 2005).

Příčina vzniku nemocí a vyhledávání lékařské péče je přímo ovlivněna sociálními a ekonomickými determinanty. V péči o zdraví je opět kladen velký důraz primárně na podporu zdraví. Především prevence a edukace ke zdravému životnímu stylu, snížení působení rizikových determinantů. Dále podporu rozvoje zdravotnických služeb (Holčík, Káňová, Prudil, 2015).

Uvedený procentuální rozsah jednotlivých determinant se může lišit s rozvojem lékařských věd, konkrétně s genetickým výzkumem, novými možnostmi léčby a zásahy do patogenetických procesů. Tyto procesy se neustále mění a ubírají se vysokou rychlostí. Nároky na schopnost adaptace člověka narůstají, vznikají tak nová rizika a nová prostředí (Janečková, Hnilicová, 2009).

2.3. PROJEKT ZDRAVÁ SPOLEČENSTVÍ

Projekt Zdravá společnost (Healthy Community) je celosvětový projekt, který v České republice zaštiťuje organizace České hnutí speciálních olympiád (ČHSO). Cílem projektu Zdravá společnost je podpora zdravého životního stylu u lidí s mentální disabilitou a dále preventivní a následná péče pro osoby s mentální disabilitou. Česká republika je jedna ze tří zemí Evropy, kde byl projekt Zdravá společnost zařazen. Úkolem projektu je vytvářet zdravá společnost, která zpřístupňuje pohybové aktivity, osvětu a vzdělání v oblastech sporů, výživy a zdravotní péče pro osoby s mentální disabilitou. K následné zdravotní péči přispívá měření fitness ukazatelů, které probíhá v rámci společných sportovních aktivit, měření provádějí proškolení odborní pracovníci. Mezi měřené ukazatele zdravotního stavu zařazují vyšetření chrupu, sluchu, nohy a chůze, podpora zdraví a ukazatele zdatnosti. V České republice se momentálně nachází šest lokalit se zařazením do projektu Zdravá společnost. Fakulta sportovních studií byla vybrána jako správce jedné z lokalit, konkrétně Brna. Zároveň je koordinátorem pro ostatní lokality v republice. Lokality se vybírali tak, aby bylo možné

porovnávat klasické odlišnosti ve vztahu k pohlaví a v neposlední řadě ve vztahu k typu životnímu stylu, v rodině, v ústavním zařízení, chráněnému bydlení atd. V tomto projektu jde především o zjištění a následně zajištění indikátorů přístupných zdravému životnímu stylu života osob s mentální disabilitou, se zaručeným přístupem k základní zdravotní péči na základě fitness ukazatelů (Fakulta sportovních studií Masarykova univerzita, online 2018).

2.3.1 Program zdravý atlet

Program Zdravý atlet vznikl jako reakce na situaci vzniklou ve zdravotní péči u osob s mentální disabilitou. V některých zemích se tito lidé ocitli z různých příčin mimo pravidelnou zdravotní péči. Současně s pořádáním společných sportovních akcí vyplývala na povrch fakta o nedostatku prevence nebo znalostí prevence a akutní zdravotní problémy (Speciální olympiáda, online 2018).

Program Zdravý atlet je jeden z dvaceti sedmi dalších doplňkových programů Speciálních olympiád. Oficiálně odstartoval roku 1997 a do Českého hnutí speciálních olympiád se zařadil v roce 2000. Od této doby je program realizován minimálně dvakrát ročně a je přítomen na každých národních a celonárodních hrách. Program nabízí zcela bezplatně zdravotní služby pro osoby s mentální disabilitou. Při zátěži a pohybové aktivitě je dobré kontrolovat zdravotní stav sportovce s mentální disabilitou, tuto kontrolu zajišťuje právě již zmiňovaný projekt Zdravý atlet. Iniciativa programu přináší kvalitní screening právě pro osoby s disabilitou. Historicky bylo zjištěno, že zájem a komunikace zdravotníků s těmito pacienty byla minimálně problematická, přitom mají stejné právo na zdravotní servis jako kdokoli jiný (Janečka, 2012).

Projekt Zdravý atlet (Speciální olympiáda, online 2018) nabízí sedm základních bezplatných oblastí služeb:

- Vyšetření chrupu a ústní hygiena „Speciální úsměv“
- Vyšetření kvality zraku „Otevřené oči“
- Screening BMI, flexibility kloubů, síly, rovnováhy a vytrvalosti „Zábavná zdatnost“
- Vyšetření kvality sluchu „Zdravý sluch“
- „Podpora zdraví“ zapojení do sportu, správná výživa a pitný režim

- Vyšetření kvality nohou, chodidel a jejich hygiena „ Správná noha“
- „Souhrnná doporučení“

Pro potřeby Speciálních olympiád byly sestavy modifikovány. Hodnocení BMI se provádí pomocí bio-elektrické impedance (body-stat, Tanita). Kardiovaskulární zdatnost měříme pomocí step-testu. Místo vystupování na zvýšenou plochu se na místě pochoduj v daném rytmu se zvedáním kolen do výše pasu a vyhodnocujeme sport-testem. Rovnováha stojem na pravé a levé noze ve variantě otevřené a zavřené oči, kdy maximální možný výsledek je 30 sekund. Síla dolních končetin v provedení 10 pokusů ze sedu na běžné židli vztyk do napnutých kolen, čas je měřen v sekundách. Flexibilita ramen v provedení sepnutých rukou za lopatkami. Dotek konečků prostředníčku je nula centimetrů, nedosažení je v centimetrech mínus, přesah je v centimetrech plus. Flexibilita páteře v provedení dosahu konečků prstů v sedu na podlaze, kolena napnutá. Dosažení roviny špičky nohou je nula, nedosažení je v centimetrech minus, přesah je plus. Síla stisku ruky za pomoci dynamometru. Dynamická síla břišního svalstva prostřednictvím sedu-lehu za 1 minutu. Užívá se modifikace s bérce na sedadle běžné židle a v téže výši kolena, sed s rukama za hlavou do této výše. Šetření se opakují několikrát ročně (Válková, 2015).

Program zajišťuje zdravotní péči pro sportovce Speciálních olympiád, nabírá a zaškoluje odborníky v práci s osobami s mentální disabilitou a specialisty ve zdravotnictví. Dále projekt zdokumentován zdravotní stavu a individuální potřeby sportovců Speciálních olympiád. Má snahu zlepšovat a podporovat zdravotní péči pro osoby s mentální disabilitou. Zdraví atlet působí ve více než 100 zemích světa. Jeho vliv je evidentní, funguje zde 76 000 vyškolených zdravotníků, vyšetření a měření provedená na více než 700000 sportovců. Projekt se rozrůstá každým rokem díky pomoci celosvětové sítě dobrovolníků a v neposlední řadě díky sponzorům a jiným finančním darům. Hlavními cíli projektu Zdravý atlet není zastupovat práci lékařů, ale spíše provádět pravidelný screening a hodnotit získaná data. Podle vyhodnocených ukazatelů formulovat doporučení v oblasti zdraví (Speciální olympiáda, online 2018).

2.3.2 Speciální olympiáda

Speciální olympiáda je označení celosvětového sportovního hnutí, které je určeno primárně pro osoby s mentální disabilitou. Special Olympics International (SOI) bylo oficiálně uznáno Mezinárodním olympijským výborem a bylo začleněno do celosvětových soutěží. Filosofie Speciální olympiády je založena na přesvědčení, že lidé s mentální disabilitou jsou schopni se učit při vhodném vedení. Prožívat radost z účasti na Speciální olympiádě a to ve všech sportech. Pravidelným a důsledným tréninkem se zlepšuje fyzická zdatnost, v neposlední řadě je důležitá správná výživa. Sportovci mají ze sportovního tréninku fyzický prospěch, ale i mentální, sociální a také duchovní. Cílem speciálních olympiád je nalézt lidem s mentální disabilitou cestu do společnosti tak, aby byli akceptováni a respektováni. Ideálně aby jim byla dána možnost stát se uplatnitelnými občany s lidskou důstojností. Speciální olympiády zkvalitňují život osobám s mentální disabilitou. Olympijský slib, logo a symbol nesmějí být komerčně ani jinak zneužity (Válková, 1998).

Zakladatelem celosvětového hnutí Speciálních olympiád je Eunice Kennedy Shriver. V roce 1963 uspořádala jednodenní tábor pro děti i dospělé s mentální disabilitou, tábor se konal v Marylandu přímo v domě zakladatelky. U účastníků měl veliký úspěch. V roce 1968 v Chicagu byly uspořádány první mezinárodní hry Speciálních olympiád, zúčastnilo se 1000 sportovců z 26 zemí. Roku 1971 byl podán Mezinárodnímu olympijskému výboru návrh na oficiální používání názvu olympiáda. Roku 1977 v USA se konala první zimní Speciální olympiáda. V roce 1988 se Speciální olympiády dočkaly povolení od Mezinárodního olympijského výboru užívat oficiálně název olympiáda. O tři roky dříve si zvolili i své logo. Hnutí se rozvíjelo velice rychle, své příznivce si nacházelo ve stále více zemích. Ve třetích mezinárodních hrách ve Skotsku v roce 1990 sportovalo téměř dvojnásobek sportovců z více než třiceti zemí světa. Tento rok se účastnilo i Československo (Tilinger ,Lejčarová, 2012).

Základní rozdělení Speciálních olympiád je na zimní a letní hry. Konají se vždy v lichém následujícím roce po Olympijských hrách a nominováni jsou sportovci, kteří se umístili na medailových pozicích v mezinárodních soutěžích. Oficiální sporty letních her jsou atletika, plavání, gymnastika, cyklistika, stolní tenis, tenis, kuželky, jezdeckví, rollskating, basketball, volejbal, kopaná, softbal. Mezi zimní sporty jsou zařazeny sjezdové a běžecké lyžování, pozemní hokej, krasobruslení. Demonstrační sporty, které

jsou vedlejší složkou Speciálních olympiád, jsou boccia, badminton, golf, vzpírání, jachting a házená (Válková, 1998).

Speciální olympiády jsou zpřístupněny osobám s mentální disabilitou, které jsou starší osmi let a byli diagnostikováni odborníkem jako osoby s mentální disabilitou. Dále osoby se značnou poruchou učení zapříčiněné kognitivními nedostatky, tudíž vyžadují speciálně upravené instrukce. Speciálních olympiádách se mohou účastnit jedinci starší osmi let s horní hranicí IQ nepřesahující 80 bodů, kdy spodní hranice není omezena. Tato olympiáda respektuje zdravotní a bezpečnostní situace spojenými se specifickými problémy jako může být epilepsie, Atlantoaxiální syndrom, diabetes, atd. (Karásková, Kurzová, Středová, 1998).

Program Speciálních olympiád se dělí na více částí, nejdominantnější je samozřejmě část s olympijskými sporty. Které jsou modifikované, přizpůsobené nebo sjednocené. Částí druhou jsou demonstrační sporty, které slouží spíše k rozšíření obzorů trenérů a veřejnosti. Přináší nové možnosti trénování a mohou být začleněny do programu dalších her. Třetí částí je brána spíše jako doplňková, jedná se o kulturně společenský program, který má za úkol sportovce a jiné členy Speciálních olympiád zabavit, seznamovat a odreagovávat. Do této skupiny patří i projekt Zdravý atlet (Speciální olympiáda, online 2018)

Cílem Speciálních olympiád je především zprostředkovat co největšímu počtu lidí s mentální disabilitou pohybovou aktivitu ve formě soutěží bez ohledu na jejich výkonnost. Proto jsou sportovci vždy rozděleni do skupin dle jejich individuální výkonnosti, každému sportovci se vždy dostane ocenění a uznání. Olympiády se tedy můžou účastnit i jedinci s těžkým stupněm mentální disability a mají možnost vítězit. Přizpůsobené a sjednocené sporty dávají šanci i sportovcům s kombinovanými vadami (Válková, 1998).

2.3.3 České hnutí speciálních olympiád

České hnutí speciálních olympiád zcela kopíruje organizaci Speciální olympiády. Národní hry jsou z pravidla pořádány vždy v roce po Speciálních olympiádách v Praze. Obsahují stejné spektrum sportů. V mezidobí jsou organizovány národní turnaje a hry v jednotlivých sportech ve městech po celé České republice. Takto je možné rozšiřovat

myšlenku Speciálních olympiád v různých oblastech České republiky (Karásková, Kurzová, Středová, 1998). Hnutí je zcela dobrovolnou, nezávislou a nevýdělečnou organizací, které je registrované jako občanské sdružení (Válková, 1998).

Před vznikem Českého hnutí speciálních olympiád se osoby s mentální disabilitou mohli účastnit SHM zvláštních škol. Tyto hry se konají od roku 1960. Závodilo se pouze na úrovni školních zařízení a okresů. Později se rozšířily soutěže na celostátní utkání, do kterých však postupovali pouze jedinci s nejmenší mentální disabilitou (Karásková, 2005).

České hnutí speciálních olympiád vzniklo v roce 1990 (Válková, 2000). Roku 1993 je hnutí oficiálně uznáno a podporováno Radou sportovní reprezentace ČR, to umožňuje českým speciálním olympionikům účastnit se světových a evropských soutěží. Hnutí sdružuje momentálně více než 150 sportovních klubů z České republiky. V těchto klubech je do pravidelného sportování zařazeno přibližně 3 000 sportovců s mentální disabilitou a přes 850 dalších členů, převážně trenérů a takzvaných partnerů spoluhráčů ve sjednocených sportech. České hnutí speciálních olympiád od svého začátku blízce spolupracovalo s Výborem dobré vůle as paní Olgou Havlovou (Válková, 1998). V České republice se národní hry konají od roku 1991, kdy se konala 1. československá speciální olympiáda v Praze. Potom v roce 1993 1. česká letní SO v Olomouci. Od roku 1994 se hry pořádají pravidelně každé dva roky a jsou pro registrované sportovce, trenéry i rodiče vrcholnou událostí na národní úrovni nejen sportovní, ale i společenskou a kulturní (Vobr, 2004).

Podmínky činnosti sportovního klubu v rámci ČHSO(Speciální olympiáda, online 2018):

- Sportovní klub je nezávislý, bez ohledu na to, kde je organizován.
- Minimální počet sportovců s mentální disabilitou nutný pro vznik klubu je 5 osob, s podmínkou, kdy IQ nesmí být vyšší než 80.
- Počet sportovců v tréninkové jednotce je závislé na druhu sportu, maximálně však 10 osob s mentální disabilitou na trenéra.
- Sportovní činnost v klubu se provádí v intervalu, nejméně 1x v týdnu.
- Všichni členové klubu sportovci i trenéři musí být pojištěni.
- Zástupci sportovního klubu se musí aktivně podílet na činnosti ČHSO

Hlavní činností a účelem hnutí je poskytovat lidem s mentální disabilitou příležitost celoročního sportovního tréninku a soutěží ve sportech olympijského typu nebo jejich modifikovaných formách podle pravidel Speciálních olympiád. Činnost hnutí pramení z humanitárních ideálů sportování a integrace osob s mentální disabilitou v harmonii s idejemi a pravidly světového programu Speciálních olympiád (Speciální olympiáda, online 2018), které bude vyvíjet činnosti v těchto oblastech:

1. Rozšiřování základen pro pravidelné a odborně vedené sportovní aktivity lidí s mentální disabilitou a jejich zapojení do programu Speciálních olympiád.
2. Organizace a realizace národních turnajů Speciálních olympiád v jednotlivých sportech, národních letních a zimních her.
3. Zajištění účasti členů hnutí na kontinentálních a světových hrách a turnajích Speciálních olympiád.
4. Školení a vzdělávání instruktorů, trenérů a rozhodčích a dobrovolníků.
5. Rozvíjení spolupráce s vysokými školami a univerzitami.

3 CÍLE A UKOLY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

3.1. CÍLE PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce bylo vytvořit a ověřit intervenční pohybový program pro osoby s mentální disabilitou.

3.2. ÚKOLY PRÁCE

Pro teoretickou a praktickou část bakalářské bylo třeba stanovit si následující úkoly:

1. Provést obsahovou analýzu české a zahraniční odborné literatury a ověřených internetových zdrojů vztahující se k tematice bakalářské práce.
2. Na základě prostudování literatury a internetových zdrojů sestavit teoretickou část bakalářské práce.
3. Vymezení a definice klíčových pojmů.
4. Vyhledání vhodné organizace, kde budu provádět výzkumné šetření.
5. Vypracování intervenčního programu pro osoby s mentální disabilitou se zaměřením na podporu zdraví osob s mentální disabilitou.
6. Statistické zpracování a zhodnocení změřených dat.
7. Stanovit závěry.

3.3. VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY

Výzkumný předpoklad číslo 1: Během intervenčního pohybového programu dojde u probandů experimentální skupiny ke zlepšení hodnot BMI.

Výzkumný předpoklad číslo 2: Během intervenčního pohybového programu dojde u probandů experimentální skupiny ke zlepšení flexibility páteře.

Výzkumný předpoklad číslo 3: Po aplikaci intervenčního pohybového programu dojde u probandů experimentální skupiny k posílení svalových partií břicha.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1. METODOLOGIE

Data byla získávána pomocí manuálu FUNFitness (Speciální olympiáda, online 2018), které jsem již zmiňovala v teoretické části bakalářské práce.

4.1.1 Organizace experimentálního šetření

Monitoring a intervenční pohybový program pro klienty s mentální disabilitou jsem začala zpracovávat v březnu roku 2017, kdy jsem oslovila organizaci ČCE Diakonie Rolnička v Soběslavi. S paní ředitelkou Mgr. Kamilou Viktorovou jsem se domluvila, že mé experimentální šetření v rámci projektu Zdravá společenství mohu realizovat ve školní tělocvičně každé úterý od 16 hodin za přítomnosti pedagožky Mgr. Dagmar Zvoníčkové.

Od května 2017 do července 2017 jsem začala 1x týdně navštěvovat pravidelné tréninky iBocci pod vedením Mgr. Dagmar Zvoníčkové, které se konaly každé úterý, kde jsem byla nápomocná při tréninku. Takto jsem měla možnost seznámit se s probandy před samotným šetřením, což mi bylo doporučeno trenérkou probandů.

Samotné Experimentální šetření začalo 12. 9. 2017 vstupním měřením experimentální (ES) a kontrolní skupiny (KS). Nadále probíhalo jedenkrát týdně s přesahem pod dozorem pedagožky Mgr. Dagmar Zvoníčkové do závěrečného měření 5. 12. 2017, časové rozvržení intervenčního planu je zaznamenáno do tabulky č. 1.

Součástí externího šetření byla přednáška pro pedagogy, trenéry, rodiče, sociální pracovníky i samotné klienty o projektu Zdraví atlet- Společenství, o kterém přednášela dne 20. 11. 2017 prof. PhDr. Hana Válková, CSc. Přednáška byla zaměřena především na podporu zdravého životního stylu, preventivní i následná zdravotní péče pro osoby s mentální disabilitou, zpřístupnění pohybových aktivit a jejich sledování a následně ke zdravotní péči permanentně, jako u osob ostatních. Podpora fitness, zdraví a wellness osob s mentální disabilitou různého věku. Informovala o základním smyslu vytvořit zdravá společenství, která by byla přívětivá pro zdravý životní styl osob s mentální disabilitou a jejich rodin. Dále seznámení se s organizací České hnutí Speciálních olympiád (ČHSO).

Tabulka č. 1: Časové rozvržení intervenčního plánu

VSTUPNÍ A VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ (ES A KS)	12.9.2017		5.12.2017		
CVIČEBNÍ JEDNOTKY INTERVENČNÍHO PLÁNU (ES)	19.9.	26.9.	3.10.	10.10.	17.10.
	24.10.	31.10.	7.11.	14.11.	21.11.

4.1.2 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka č. 2: Přehled probandů ES a KS s jejich diagnózou a frekvencí pohybové aktivity

SKUPINA	ČÍSLO PROBANDA	JMÉNO	VĚK	POHLAVÍ	ZÁKLADNÍ DG	FREKVENCE POHYB. AKTIVITY
EXPERIMENTÁLNÍ	1	Petr B.	30	1	1	1
	2	Aleš D.	47	1	4	1
	3	Jiří Š.	34	1	1	1
	4	Richard K.	10	1	1	1
	5	Martina K.	39	2	2	1
	6	Nikola K.	19	2	1	1
	7	Jiří M.	30	1	1	1
	8	Pavčina M.	28	2	1	1
	9	Dagmar P.	36	2	1	1
	10	Jaroslava P.	24	2	1	1
KONTROLNÍ	1	Michal D.	19	1	1	4
	2	Filip D.	19	1	4	1
	3	Julie H.	44	2	1	3
	4	Kristián L.	13	1	1	1
	5	Lucie M.	37	2	2	1
	6	Kateřina P.	27	2	1	1
	7	Milan U.	31	1	2	4
	8	Lucie P.	29	2	1	1
	9	Petra W.	26	2	1	1
	10	Lukáš P.	31	1	1	1

Poznámka k tabulce č. 2

pohlaví: 1- muž, 2- žena

DG: 1- mentální disabilita, 2- downův syndrom, 4- epilepsie

frekvence pohybové aktivity: 1- 1x týdně, 3- 3x a více, 4- nic nebo náhodně

Pro praktickou část práce byly vybrány dvě skupiny probandů s mentální disabilitou s průměrným věkem 29 let, různým stupněm mentální disability a tělesným postižením ve středisku ČCE Diakonie Rolnička v Soběslavi.

Bylo mi zde umožněno provádět svůj intervenční program v tělocvičně MŠ, ZŠ speciální a praktická škola Diakonie ČCE Rolnička Soběslav. V tabulce č. 2 je přehled všech 20 probandů, z nich je 10 mužů a 10 žen s mentální a kombinovanou disabilitou. Pouze jedna žena má více jak jednou týdně pravidelnou pohybovou aktivitu.

V tabulce č. 3 je uveden stupeň mentální disability, zdravotní ukazatele a BMI experimentální skupiny. Tato skupina se skládá z 5 mužů a 5 žen. Průměrný věk této skupiny je 30 let, pouze jeden proband je nezletilý. Průměrná výška probandů je 164 cm a průměrná hmotnost je 77 kg. Průměrné BMI této skupiny je 28,3. Proband 9 má přidružené tělesné postižení.

Tabulka č. 3: Experimentální skupina

ČÍSLO PROBANDA	STUPEŇ MENTÁLNÍ DISABILITY	VĚK	VÝŠKA V CM	HMOTNOST V KG	BMI
1	2	30	176	82	26,47
2	3	47	172	95	32,11
3	1	34	183	83,6	24,96
4	1	10	152	57,4	24,84
5	2	39	146	90	42,22
6	1	19	165	57	20,94
7	1	30	172	77	26,03
8	1	28	180	109	33,64
9	1	36	125	41	26,2
10	1	24	168	73	25,86
Průměrné hodnoty		30	164	77	28,33

Poznámka k tabulce č. 3

stupeň mentální disability:

1- lehká mentální disabilita

2- středně těžká mentální disabilita

3- těžká mentální disabilita

V tabulce č. 4 je uveden stupeň mentální disability, zdravotní ukazatele a BMI Kontrolní skupiny. Skládá se z 5 mužů a 5 žen. Průměrný věk této skupiny je 28 let, pouze jeden proband je nezletilý. Průměrná výška probandů je 167 cm a průměrná hmotnost je 76 kg. Průměrné BMI této skupiny je 27,35. Proband 3 má přidružené tělesné postižení.

Tabulka č. 4: Kontrolní skupina

ČÍSLO PROBANDA	STUPEŇ MENTÁLNÍ DISABILITY	VĚK	VÝŠKA V CM	HMOTNOST V KG	BMI
1	1	19	171	84	28,73
2	2	19	169	80	28,01
3	3	44	162	65	24,77
4	1	13	165	73	26,81
5	1	37	160	82	32,03
6	1	27	162	79	30,1
7	1	31	181	98	29,91
8	1	29	167	66	23,67
9	1	26	155	57	23,73
10	2	31	176	79,7	25,73
Průměrné hodnoty		28	167	76	27,35

Poznámka k tabulce č. 4
stupeň mentální disability:
1- lehká mentální disabilita
2- středně těžká mentální disabilita
3- těžká mentální disabilita

4.1.3 Metodologie výzkumného šetření

Obsahová analýza literárních zdrojů (Miovský, 2006)

Metoda obsahové analýzy literárních zdrojů byla využita ke zkoumání problematice s vědeckými poznatky autorů dřívějších i současných. Byla využita k reflexi českého a zahraničního kontextu (Miovský, 2006).

Měření a testování FUNFitness (Speciální olympiáda, online 2018)

Pro experimentální šetření bylo vybráno 8 testů z testové baterie FUNFitness:

- 1) Prvním testem je balance, stoj na jedné noze, nejdříve na pravé a následně na levé noze ve variantě nejprve otevřené a pak zavřené oči. Maximální možný výsledek je 30 sekund.
- 2) Druhým testem je flexibilita ramenního kloubu opět na pravé a levé ruce, provádí se sepnutím rukou za lopatkami. Dotek konečků prstů prostředníčků znamená nula centimetrů, nedosažení zaznamenáno jako mínus, přesah zaznamenáno jako plus.
- 3) Třetím testem je flexibilita páteře, kdy se test provádí v sedu na podlaze, kolena musí být napnutá a zajímá nás dosah špiček prstů v hlubokém předklonu. Dosažení roviny špiček nohou zaznamenáno jako nula, nedosažení jako mínus, přesah jako plus.
- 4) Čtvrtým testem je dynamometrie síly stisku pravé a levé ruky za pomocí speciálního dynamometru.
- 5) Pátým testem je síla dolních končetin. Modifikovaný dřep, za pomocí židle měření deseti pokusů ze sedu do stoje s propnutými koleny. Čas deseti pokusů zaznamenávat v sekundách.
- 6) Šestým testem je dynamická síla břišního svalstva. Jede o modifikovaný sed-lehy v intervalu jedné minuty. Modifikace s bérce na sedadle běžné židle a v té samé výšce jsou i kolena, sed s rukama za hlavou do této výše.
- 7) Sedmým testem jsou ukazatele BMI , konkrétně výška, hmotnost, obvod pasu, obvod boků, procentuální obsah tkání (tuková, svalová, kosterní).
- 8) Osmým testem je step-test s měřením tepové frekvence před a po fyzické zátěži. Step-test je modifikovaný na zvedání kolen v rytmu do výše vlastních kolen po dobu jedné minuty.

4.2. INTERVENČNÍ POHYBOVÝ PROGRAM

4.2.1 Charakteristika intervenčního pohybového programu

Navštěvování probandů na trénincích iBocci před experimentálním šetřením a sestavováním intervenčního plánu bylo velice prospěšné pro mou představu jak jednotlivé cvičební jednotky sestavit. Měla jsem možnost zjistit, jak jsou na tom probandi s tělesnou zdatností a pohybovými dovednostmi.

Intervenční pohybový program se skládal z dvanácti cvičebních jednotek, viz tabulka č. 5, které byly zaměřeny na zlepšení fyzické kondice, zvýšení flexibility kloubů a protažení, posílení celého těla a rozvoj jemné motoriky. Všechny cvičební jednotky jsem předem konzultovala s Mgr. Dagmar Zvoníčkovou, která byla přítomna při každé vyučovací hodině.

Tabulka č. 5: Přehled cvičebních jednotek intervenčního programu

CVIČEBNÍ JEDNOTKA	DATUM REALIZACE	NÁPLŇ CVIČEBNÍ JEDNOTKY
1. hodina	12. 9. 2017	1. Vstupní měření + úvodní část (ES a KS)
2. hodina	19. 9. 2017	Pohybové hry
3. hodina	26. 9. 2017	Dětská jóga
4. hodina	3. 10. 2017	Cvičení s míčem
5. hodina	10. 10. 2017	Pohybové hry II.
6. hodina	17. 10. 2017	Relaxační jóga
7. hodina	24. 10. 2017	Cvičení s míčem II.
8. hodina	31. 10. 2017	Bowling
9. hodina	7. 11. 2017	Jóga
10. hodina	14. 11. 2017	Hry na rozvoj jemné motoriky
11. hodina	21. 11. 2017	Pohybové hry III.
12. hodina	5. 12. 2017	2. Výstupní měření + závěrečná část (ES a KS)

Každá edukační jednotka byla rozdělena do tří částí:

V úvodní a motivační části proběhlo přivítání a seznámení probandů s edukační jednotkou a její organizací. Připomenutí bezpečnostních pravidel při cvičení

v tělocvičně a bezpečnost při používání pomůcek. Dále jsme probandy motivovaly zábavným protažením nebo odměnou za zvládnutou lekci. Následovalo protažení celého těla před hlavní částí. Úvodní část trvala 15 minut.

Hlavní část trvala 40 minut, byla zaměřena především na zlepšení fyzické kondice, zvýšení flexibility kloubů a protažení problematických svalových partií.

Závěrečná část slouží ke zklidnění a zpětné reflexi od zúčastněných probandů, kteří měli prostor vyjádřit své pocity a připomínky ke cvičební jednotce. Každý ze zúčastněných měl možnost sebereflexe, co se jim dařilo nebo naopak na čem ještě musí zapracovat. Závěrečná část trvala 5 min.

Přikládám jednu ukázkovou cvičební jednotku z 3. 10. 2017: Cvičení s míčem.

ČAS	OBSAH
15 min	<p>Úvodní část</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivace- Na začátek hodiny se probandi zahřejí a motivují otázkami, které edukátor bude klást. Podle jejich odpovědi, edukátor zadává vhodné, lehké pohybové úkoly a činnosti. Otázky ke sportovnímu tématu: Kdo má rád běhání, ten 3x poskočí. Kdo někdy pádloval lodku, ten udělá 3x dřep s míčem v rukou. Kdo má doma míč, ten 3x tleskne. Kdo už někdy zkusil plavat, 3x dupne. Kdo se kouká v televizi na sport, ten 3x bouchne rukama do míče. • Rozcvičení a zahřátí- probandi si sednou na míč do velkého kruhu. Jedná se o klasickou rozcvičku, akorát se cviky provádějí na míči. Příklady cviků- kroužení rukama, předloktím, zápěstím, předkopávání nohou atd.
40 min	<p>Hlavní část</p> <p>Boxování – Cvik začíná sedem na míči a předpažením. Ruce jsou v pěst. Poté pokrčí a stáhne jednu ruku dozadu a vystřídá. Připomíná pohyb boxování. Břicho je stažené, záda rovná. Posilují se ramena a břišní svaly.</p> <p>Vzpírání – probandi leží zády na míči. Nohy se opírají o zem, aby měli probandi rovnováhu. Poté předpaží ruce a pomalu je krčí a opět natahuje. Simuluje tlak s velkou činkou vleže úzkým úchopem. Posiluje svaly prsou, biceps i ramena.</p> <p>Chůze – probandi sedí na míči a postupně zvedá nohy. Chvilí drží nohu nahoře a poté vymění. Ruce se volně a přirozeně zapírají o míč tak, aby měli rovnováhu. Cvik je pomalejší a posiluje přední stehenní a břišní svaly.</p> <p>Volejbal – Cvik startuje sedem a upažením rukou. Poté probandi vytahují ruce i trup a snaží se odpinknout pomyslný míč. Posílí tak vrchní část těla, ramena.</p> <p>Tanec – Tento cvik je individuální a probandi dle svých přání na míči tancují. Můžou na míči sedět a různě pohybovat rukama nebo využít tance na břiše či zádech. Podpoří stabilizační systém těla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Každý cvik se 8-10x opakuje
5 min	<p>Závěrečná část</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaxace v leže na podložkách – vydýchání • Reflexe, zhodnocení, pochvala

4.2.2 Podmínky a materiální zajištění intervenčního programu

Intervenční pohybový program byl přizpůsoben probandům, tak aby respektoval individuální potřeby, fyzickou kondici a případnou tělesnou disabilitu každého jedince.

Většina intervenčního programu včetně experimentálního šetření probíhala v tělocvičně MŠ, ZŠ speciální a praktické škole ČCE Rolnička Soběslav, kterou všichni probandi znali z tréninků iBocci nebo z akcí pořádaných organizací Diakonie ČCE Rolnička. Pouze cvičební jednotka 30.10.2017 se uskutečnila v Bowling Steak Baru v Soběslavi.

Tělocvična disponuje většinou vybavení potřebnému k mému intervenčnímu programu. Povrch tělocvičny pokrývá zátěžový koberec, tudíž probandi nepotřebovaly speciální protiskluzové obutí, cvičební jednotky absolvovali bosí nebo v ponožkách a v pohodlném sportovním oblečení.

Pomůcky využitě v intervenčním pohybovém programu:

- Velké gymnastické míče
- Cvičební podložky
- CD přehrávač+ hudba
- Pingpongové míčky, balónky
- Barevná plachta „padák“
- Plastové kelímky
- Krabičky od sirek + sirky
- Lano
- Obruče
- Posilovací gumy

4.2.3 Reflexe intervenčního pohybového programu

Intervenční pohybový program měl u probandů pozitivní ohlasy. Velikým plus pro sestavení a vedení cvičebních lekcí byl monitoring a navštěvování probandů po dobu tří měsíců na trénincích iBocci před samotnou realizací intervenčního programu. Měli jsme možnost seznámit se a tím se vyhnout prvotní nedůvěře, ostychu nebo studu. Monitoring mi pomohl poznat probandy i po zdravotní stránce což bylo zásadní pro vytvoření náročnosti každé cvičební jednotky.

Velikou motivací pro probandy byla skutečnost, že výsledky jejich cvičení budou zaznamenány v bakalářské práci. Většina aktivit v intervenčním programu byla pro probandy novinkou. Na konci každé jednotky se dožadovali informací o následující lekci. Na jednotlivé lekce přicházely s nadšením a aktivně se zapojovali do každé činnosti. Velice atraktivní pro probandy byla aktivita podpořena nějakou pomůckou nebo příběhem.

Na konci každé cvičební lekce byl prostor pro zpětnou reflexy a sebereflexi zúčastněných probandů, tím pádem jsem měla možnost okamžitě reagovat a přizpůsobovat následující lekce podle představ většiny probandů.

Za největší úspěch považuji, že po závěrečném experimentálním šetření se probandi dožadovali dalších cvičebních lekcí. Díky velkému zájmu se cvičení zařadilo do pravidelných tréninků iBocci.

5 VÝSLEDKY

Práce je zaměřena na sběr a zpracování naměřených dat zdravotních parametrů u dvou skupin probandů s mentální disabilitou. Naměřené parametry jsou přehledně zpracovány do tabulek a grafů, které znázorňují i průměrné hodnoty zdravotních stavů probandů. Ke každé tabulce se váže diskuze o naměřených parametrech.

5.1 VÝSLEDKY TESTOVÉ BATERIE FUNFitness

Součástí vstupního a výstupního měření bylo vždy osm testovaných parametrů (balance, flexibilita ramenního kloubu, flexibilita páteře, dynamometrie, sed-vztyk, leh-sed, BMI a tepová frekvence před a po zátěži), výsledky měření zdravotních hodnot jsou uvedeny individuálně u každého probanda, ale i průměrné hodnoty celé skupiny. Ke každé tabulce se váže diskuze k naměřeným výsledkům.

Parametry v tabulkách jsou uvedeny v těchto jednotkách:

1. Balance- sekundy (maximum 30s)
2. Flexibilita ramenního kloubu- centimetry (0=dotek, +=přesahuje, -= nedosahuje)
3. Flexibilita páteře- centimetry (0=dotek, +=přesahuje, -= nedosahuje)
4. Dynamometrie- newton N
5. Sed vztyk- 10x / sekundy
6. Sed-leh počet pokusů/minutu
7. BMI- kilogram/m²
8. Tepová frekvence- pulsů/minutu

V jednotlivých tabulkách je vždy uvedena experimentální skupina i kontrolní skupina zároveň, pro lepší srovnatelnost parametrů. Obsahuje také vstupní i výstupní měření obou skupin. Výsledky jsou zobrazeny u každého probanda individuálně, ale i v průměrných hodnotách celé skupiny.

5.1.1 Výsledky a diskuse k testu balance

Prvním měřeným parametrem zaznamenaným do tabulky č. 6 a č. 7 je balance, stoj na pravé a levé noze při otevřených a zavřených očích. Měření probíhalo s každým probandem individuálně na konkrétní značce (stopě). Probandi si sami odstartovali měření zvednutím druhé nohy. Maximální hodnota byla 30 s.

Tabulka č. 6: Vývoj balance experimentální skupiny v průběhu intervenčního pohybového programu

ČÍSLO PROBANDA	EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA							
	VSTUPNÍ MĚŘENÍ				VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ			
	Pravá, O	Levá, O	Pravá, Z	Levá, Z	Pravá, O	Levá, O	Pravá, Z	Levá, Z
1	30	30	14	10	30	30	14	12
2	30	30	23	21	30	30	23	23
3	0	15	0	22	0	18	0	17
4	23	29	20	25	30	30	23	25
5	3	4	2	1	5	5	2	2
6	30	30	13	9	30	30	15	14
7	3	2	0	0	10	12	2	5
8	18	17	4	4	22	20	6	6
9	-	-	-	-	-	-	-	-
10	7	6	3	3	18	15	3	3
Průměr	16	18	9	11	19	21	10	12

Poznámka k tabulce č. 6:

O- Otevřené oči

Z- zavřené oči

Pravá- balance na pravé noze

Levá- balance na levé noze

Průměrnými hodnotami u vstupního měření experimentální skupiny bylo naměřeno: balance otevřené oči na pravé noze 16 s, na levé noze 18 s, balance zavřené oči na pravé noze 9 s, na levé noze 11s. U výstupního měření experimentální skupiny bylo naměřeno u balance při otevřených očích na pravé i levé noze o 3 s více, výstupní hodnota byla tedy pravá noha 19s a levá noha 21s. U balance při zavřených očích na pravé i levé noze došlo v průměru k navýšení o 1 s, pravá noha 10 s a levá 12s.

U balance při otevřených očích největšího zlepšení dosáhli probandi 7 a 10, kdy proband 7 proband ve vstupním měření balancoval 3 s na pravé noze a 2 s na levé

noze, po působení intervenčního pohybového programu došlo ke zlepšení na pravé noze o 7 s a na levé o 10s. Proband 10 ve vstupním měření balancoval 7 s na pravé noze a 6 s na levé noze, po působení intervenčního pohybového programu došlo ke zlepšení na pravé noze o 11 s a na levé o 9s. Tito probandi byli zároveň probandy s nejnižší naměřenou hodnotou ve vstupním měření. Z tabulky č. 6 je patrné, že u probandů 1, 2 a 6 nebyla zaznamenána žádná změna a to z důvodu, že již ve vstupním měření byla naměřena maximální hodnota 30 s, ve výstupním měření svůj výkon probandi potvrdili. U všech probandů došlo alespoň k malému zlepšení balance.

U balance při zavřených očích největšího zlepšení dosáhli probandi 6 a 7. Proband 6 ve vstupním měření balancoval 13 s na pravé noze a 9 s na levé. Proband 7 se ve vstupním měření při zavřených očích neudržel vůbec na jedné noze. Oba probandi se zlepšili po působení intervenčního pohybového programu o 2 s na pravé noze a o 5 s na levé. Proband 3 balancoval ve vstupním měření 22 s, ve výstupním měření byl jediným probandem, který se v balancování zhoršil, konkrétně na 17 s. Tento fakt přisuzuji nervozitě probanda.

Průměrnými hodnotami u vstupního měření kontrolní skupiny bylo naměřeno: balance otevřené oči na pravé noze 20 s, na levé noze 18 s, balance zavřené oči na pravé noze 12 s, na levé noze 11 s. U výstupního měření u kontrolní skupiny došlo ke změně pouze u balance na levé noze a to o 1 s.

U balance při otevřených očích největšího zlepšení kontrolní skupiny dosáhl proband 9. Na pravé noze se zlepšil o 3 s a na levé o 5 s. Zbytek probandu z kontrolní skupiny výrazných změn nedosahoval.

U balance při zavřených očích u probandů kontrolní skupiny nedošlo k výrazným zlepšením, proband 8 se zlepšil v balancování na levé noze o 4 s. U probandů 1, 5, 6, a 10 došlo dokonce k neparnému zhoršení.

Výrazné zlepšení probanda 9 přisuzuji faktu, že při výstupním měření nepociťoval nervozitu z testu. K nepatrnému zhoršení probandů 1, 5, 6, a 10 mohla přispět netrpělivost probandů.

Tabulka č. 7: Vývoj balance kontrolní skupiny v průběhu intervenčního pohybového programu

ČÍSLO PROBANDA	KONTROLNÍ SKUPINA							
	VSTUPNÍ MĚŘENÍ				VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ			
	Pravá, O	Levá, O	Pravá, Z	Levá, Z	Pravá, O	Levá, O	Pravá, Z	Levá, Z
1	21	15	12	11	21	16	10	10
2	15	18	10	10	15	17	12	11
3	-	-	-	-	-	-	-	-
4	30	30	18	15	30	30	18	18
5	19	12	8	5	15	12	8	3
6	17	16	15	16	18	15	14	14
7	10	9	5	5	9	9	5	5
8	30	30	18	15	30	30	20	19
9	5	5	0	0	8	10	1	1
10	30	30	25	23	30	30	23	18
Průměr	20	18	12	11	20	19	12	11

Poznámka k tabulce č. 7:

O- Otevřené oči

Z- zavřené oči

Pravá- balance na pravé noze

Levá- balance na levé noze

Je patrné, že u probandů experimentální skupiny došlo po působení intervenčního programu ke zlepšení balance u všech probandů oproti kontrolní skupině. Největší podíl na zlepšení balance u experimentální skupiny měly hodiny jógy, zejména ásany jako je Flétnista, které zpevnily celé tělo probandů a natrénovaly rovnováhu. Trpělivost probandů upevnila hodina relaxační jógy. Kopecká, Malinová, Spurná (2011) potvrzuje, že jóga podporuje u dětí tak i dospělých jedincům správné držení těla, zpevnění svalstva, koordinaci a smysl pro rovnováhu. Relaxační jóga má vliv i na koncentraci probandů.

Dalším pozitivním faktorem mohly být hodiny s míčem, protože posílily svalové partie probandů. Cvičení s míčem může mít vliv na protahování a posilování svalových partií a přispívat tak ke správnému držení těla, posléze i na rovnováhu (Pechová, 2000). Zlatá rybka plave v jezeře – je cvik, kterým probandi posílili stabilizační systém a bedra.

5.1.2 Výsledky a diskuse k testu flexibility ramenního kloubu

Druhým měřeným parametrem je flexibility ramenního kloubu na pravé a levé ruce. Měření probíhalo s probandy ve stoje bez předchozího protažení. Probandi se snažily spojit ruce křížem za zády. Měření rozsahů bylo měřeno krejčovským metrem. Na toto měření měli probandi tři pokusy, zaznamenával se pouze ten nejlepší naměřený výsledek.

Tabulka č. 8: Vývoj flexibility ramenního kloubu u experimentální a kontrolní skupiny v průběhu intervenčního pohybového programu

ČÍSLO PROBANDA	EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA				KONTROLNÍ SKUPINA			
	VSTUPNÍ MĚŘENÍ		VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ		VSTUPNÍ MĚŘENÍ		VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ	
	Pravá	Levá	Pravá	Levá	Pravá	Levá	Pravá	Levá
1	-4	-6	-3	-5	-5	-7	-6	-7
2	-6	-6	-2	-4	-11	-10	-11	-10
3	-20	-16	-16	-15	-40	-38	-40	-38
4	-6	-10	-2	-5	1	0	0	0
5	-33	-11	-30	-14	-18	-22	-18	-22
6	1	1	2	1	-14	-14	-14	-14
7	-34	-49	-30	-47	-32	-17	-32	-17
8	-16	-11	-10	-6	2	2	2	3
9	-13	-16	-12	-16	-18	-23	-18	-23
10	-7	-4	-1	0	5	3	5	3
Průměr	-14	-13	-10	-11	-13	-13	-13	-13

U vstupního měření experimentální skupiny byla naměřena průměrná hodnota u pravého ramene -14 cm a u levého ramene -13 cm. U výstupního měření bylo naměřeno zlepšení u pravého ramene o 4 cm a u levého ramene o 2 cm, výstupní hodnota byla tedy pravé rameno -10 cm a levé rameno -11 cm.

U vstupního měření kontrolní skupiny byla naměřena průměrná hodnota u pravého ramene -13 cm a u levého ramene -13 cm. U výstupního měření kontrolní skupiny došlo k nepatrným měnám jen u dvou probandů, ale v průměrných hodnotách se tyto změny neprojevíly.

V experimentální skupině nejvýraznějších výsledků dosáhli probandi č. 8 a č. 10. Proband č. 8 se po působení intervenčního programu zlepšil o 6 cm na pravé a o 5 cm na levé ruce. Proband č. 10 se zlepšil o 6 cm na pravé a o 4 cm na levé ruce.

Z tabulky č. 8 je čitelné, že experimentální skupina dosáhla zlepšení jak u pravého tak i levého ramene oproti kontrolní skupině, kde nedošlo k žádným změnám v průměrných hodnotách ani výrazným změnám u jednotlivců.

Největší vliv na zlepšení flexibility ramenního kloubu mělo protahování v rozcvíčkách, protože v každé hodině byl zařazen cvik na protažení horních končetin, podle Altera (1999) má na flexibilitu velký vliv pravidelnost protahování v rozcvíčkách.

Hodiny jógy, konkrétně ásany zajíc, hora, střecha a Godhapitham ásana podpořily svými účinky flexibilitu ramenního kloubu, což je v souladu s Kopeckou, Malinovou, Spurnou (2011), které uvádí, že pravidelným cvičením jógy se podporuje pružnost a pohyblivost.

5.1.3 Výsledky a diskuse k testu flexibility páteře

Třetím měřeným zdravotním parametrem zaznamenaným do tabulky č. 9 je flexibilita páteře. V grafu č. 1 jsou graficky znázorněny průměrné hodnoty obou skupin. Měření probíhalo na lavičce ve stoje bez předchozího protažení. Probandi se snažili rukama dosáhnout co nejnižší podél nohou. Měření rozsahů bylo měřeno krejčovským metrem. Na toto měření měli probandi opět tři pokusy, zaznamenával se pouze ten nejlepší naměřený výsledek.

Tabulka č. 9: Vývoj flexibility páteře u experimentální a kontrolní skupiny v průběhu intervenčního pohybového programu

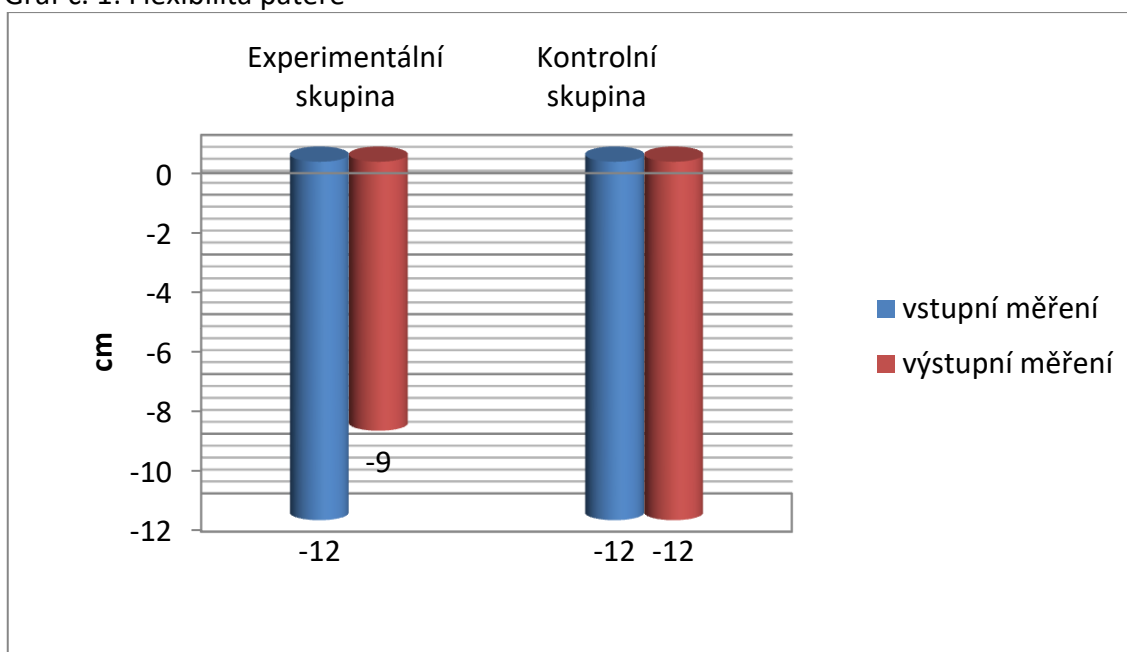
ČÍSLO PROBANDA	EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA		KONTROLNÍ SKUPINA	
	VSTUPNÍ MĚŘENÍ	VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ	VSTUPNÍ MĚŘENÍ	VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ
1	-12	-11	-10	-9
2	0	0	-13	-13
3	-22	-20	-	-
4	2	8	-6	-4
5	-13	-12	-29	-32
6	-22	-15	-25	-23
7	-27	-25	-35	-35
8	-12	-11	0	0
9	-	-	-4	-7
10	0	4	18	19
Průměr	-12	-9	-12	-12

Vstupním měřením experimentální skupiny byla zjištěna průměrná hodnota -12 cm, tedy nedosahující. Výstupní měření ukázalo zlepšení o 3 cm, výstupní hodnota byla -9 cm.

Vstupním měřením kontrolní skupiny byla zjištěna průměrná hodnota -12 cm, také nedosahující. Výstupní měření kontrolní skupiny byla naměřena průměrná hodnota shodně -12 cm. U jednotlivých probandů došlo pouze o nepatrné změny maximálně o 2 cm zlepšení a to pouze u probandů č. 4 a 6, které se nepromítly do průměrných hodnot.

Nejvýraznějšího zlepšení experimentální skupiny dosáhli probandi č. 4, 6 a 10. Proband č. 4 si zlepšil flexibilitu páteře o 6 cm, proband č. 6 dosáhl zlepšení o 7 cm a proband č. 10 o 4 cm. Pouze proband č. 2 zůstal na vstupní hodnotě 0, což je norma.

Graf č. 1: Flexibilita páteře



Ke zlepšení flexibility páteře je nepodmínečně nutné provádět pravidelně strečink, který podporuje prodlužování vazivových tkání a svalů a tím zvyšuje jejich flexibilitu. Naopak absencí pravidelného strečinku se pohyblivost snižuje. Čím častější a pravidelnější strečink je tím se dají očekávat lepší výsledky pohyblivosti (Alter, 1999). Proto bylo do intervenčního pohybového programu zařazeno pravidelné protahování celého těla zaměřené i na flexibilitu páteře v rozcvičkách a jógových hodinách, především sestava Pozdrav slunci. Ásany Uttanásana neboli hluboký předklon a Kobra

měly svými účinky největší vliv na flexibilitu páteře. Experimentální skupina potvrdila svými výsledky, že pravidelný strečink má pozitivní vliv na flexibilitu páteře.

5.1.4 Výsledky a diskuse k testu dynamometrie (síla stisku)

V tabulce č. 10 nalezneme naměřené parametry dynamometrie neboli síly stisku. U dynamometrie byla zjišťována síla stisku pravé a levé ruky za pomoci ručního dynamometru. Probandi měli na měření tři pokusy, zaznamenával se pouze ten nejlepší naměřený pokus.

Tabulka č. 10: Vývoj dynamometrie u experimentální a kontrolní skupiny v průběhu intervenčního pohybového programu

ČÍSLO PROBANDA	EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA				KONTROLNÍ SKUPINA			
	VSTUPNÍ MĚŘENÍ		VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ		VSTUPNÍ MĚŘENÍ		VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ	
	Pravá	Levá	Pravá	Levá	Pravá	Levá	Pravá	Levá
1	3,2	2,8	3,2	3	3,2	3,2	3,2	3,3
2	4,7	4,2	4,5	4,4	3,1	3	3	3,1
3	2,8	4	3	3,8	1,8	1,5	1,5	1,5
4	1,85	1,65	1,8	1,7	2,8	2,6	2,6	2,6
5	3,1	3,1	3,1	2,9	2,6	2,4	2,4	2,4
6	2,1	2,4	2,1	2,4	3,3	3	3	3
7	1,2	2,1	1,2	2,3	4,1	4,4	4,4	4,4
8	1,6	1,1	1,9	1,7	1,4	1,2	1,2	1,2
9	4,4	2,7	4,4	2,9	1,5	1,5	1,5	1,4
10	3,1	2,7	3,1	2,9	4,1	3,9	3,9	4
Průměr	2,81	2,68	2,83	2,80	2,79	2,67	2,67	2,69

U experimentální skupiny ve vstupním měření byly zjištěny průměrné hodnoty 2,81 N na pravé ruce a 2,68 N na levé ruce. Výstupní měření ukázalo nepatrné zlepšení o 0,02 N na pravé ruce a o 0,12 na levé ruce.

Vstupním měřením u kontrolní skupiny byly zjištěny průměrné hodnoty 2,79 N na pravé a 2,67 N na levé ruce. U výstupního měření se zhoršila průměrná hodnota u pravé ruky o 0,12 N. Na levé ruce se hodnoty nepatrně zlepšily o 0,02 N.

V tabulce č. 10 můžeme pozorovat nepatrné změny u obou skupin. Změny jsou tak nepatrné, že nelze změny připisovat působení intervenčního pohybového programu. Podíl na změnách spíše nese prvotní nejistota probandů z dynamometru a

jeho použití. Intervenční pohybový program nebyl primárně zaměřen na posílení stisku ruky, byla zde zařazena pouze jedna hodina na rozvoj jemné motoriky. Podle Přinosilové (1997) u jemné motoriky jde o posilování malých svalových skupin, což vyžaduje intenzivnější procvičování. Nejlépe zařazovat posilování jemné motoriky častěji do běžných denních činností (Opařilová, 2006).

5.1.5 Výsledky a diskuse k testu sed vztyk (síla dolních končetin)

Dalším zdravotním parametrem je sed vztyk (síla dolních končetin), jehož výsledky jsou zaznamenány do tabulky č. 11. Probandi měli za úkol provádět deset modifikovaných dřepů za pomoci židle, co nejrychleji.

Tabulka č. 11: Vývoj sed vztyku u experimentální a kontrolní skupiny v průběhu intervenčního pohybového programu

ČÍSLO PROBANDA	EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA		KONTROLNÍ SKUPINA	
	VSTUPNÍ MĚŘENÍ	VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ	VSTUPNÍ MĚŘENÍ	VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ
1	12	12	15	16
2	14	13	15	15
3	27	23	-	-
4	9	9	13	13
5	23	21	22	24
6	10	10	18	18
7	25	21	16	16
8	16	16	13	13
9	-	-	17	17
10	13	12	11	11
Průměr	17	15	16	16

Průměrné vstupní hodnoty u experimentální skupiny dosáhly na 17 s. Výstupní měření ukázalo na zlepšení o 2s tedy 15s.

U kontrolní skupiny průměrné vstupní hodnoty dosáhly na 16 s. U výstupního měření nedošlo k žádné změně.

Nejllepší výsledek v experimentální skupině měl proband č. 4, který zvládl test sed vztyk za 9 s ve vstupním a výstupním měření. Nejvýraznějšího zlepšení dosáhl proband č. 3 a č. 7, kteří se zlepšili o 4 s. Po působení intervenčního

pohybového programu došlo k posílení dolních končetin u experimentální skupiny oproti kontrolní skupině, kde nedošlo k žádným pozitivním změnám.

Na posílení dolních končetin byly do intervenčního programu zařazeny pohybové hry a cvičení s míčem. Kopecká, Malinová, Spurná (2011) potvrzuje, že pohybové hry jsou nedílnou součástí pohybové aktivity, a to díky motivačnímu charakteru. Pohybové hry rozvíjí nespočet schopností, od pozornosti, jemné a hrubé motoriky, vytrvalosti a posílení celého těla včetně dolních končetin. Při výběru posilovacích cviků na míčích Pechová (2000) považuje za důležité, aby byl cvik přiměřeně náročný, smysluplný a zábavný. Dále dbát na správnost provedení a včasnou korekci cviku. Imitace chůze s míčem a dřepování ve dvojici s míčem byly cviky, které měly největší vliv na posílení dolních končetin. Osoby s mentální disabilitou působí jako snaze unavitelné, to způsobuje opožděný somatopsychický vývoj, ale i špatná fyzická kondice. Tyto osoby se sami nezapojují do aktivit svých vrstevníků, pak může vznikat rychlostní, vytrvalostní a silový deficit. Deficit lze pravidelným promyšleným trénováním odstranit a posunout tak probanda na vysokou výkonnostní úroveň (Svobodová, 1998).

5.1.6 Výsledky a diskuse k testu sed-leh

V tabulce č. 12 jsou zaznamenány výsledky sed-lehů (síly břišního svalstva). Probandi prováděli modifikované sed-leh se zapřenými nohama po dobu 1 minuty.

Tabulka č. 12: Vývoj sed-lehu u experimentální a kontrolní skupiny v průběhu intervenčního pohybového programu

ČÍSLO PROBANDA	EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA		KONTROLNÍ SKUPINA	
	VSTUPNÍ MĚŘENÍ	VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ	VSTUPNÍ MĚŘENÍ	VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ
1	12	13	19	18
2	18	22	15	15
3	15	18	-	-
4	18	18	16	16
5	3	5	6	6
6	2	19	8	8
7	6	10	11	11
8	10	14	12	14
9	-	-	8	8
10	10	16	18	18
Průměr	10	15	13	13

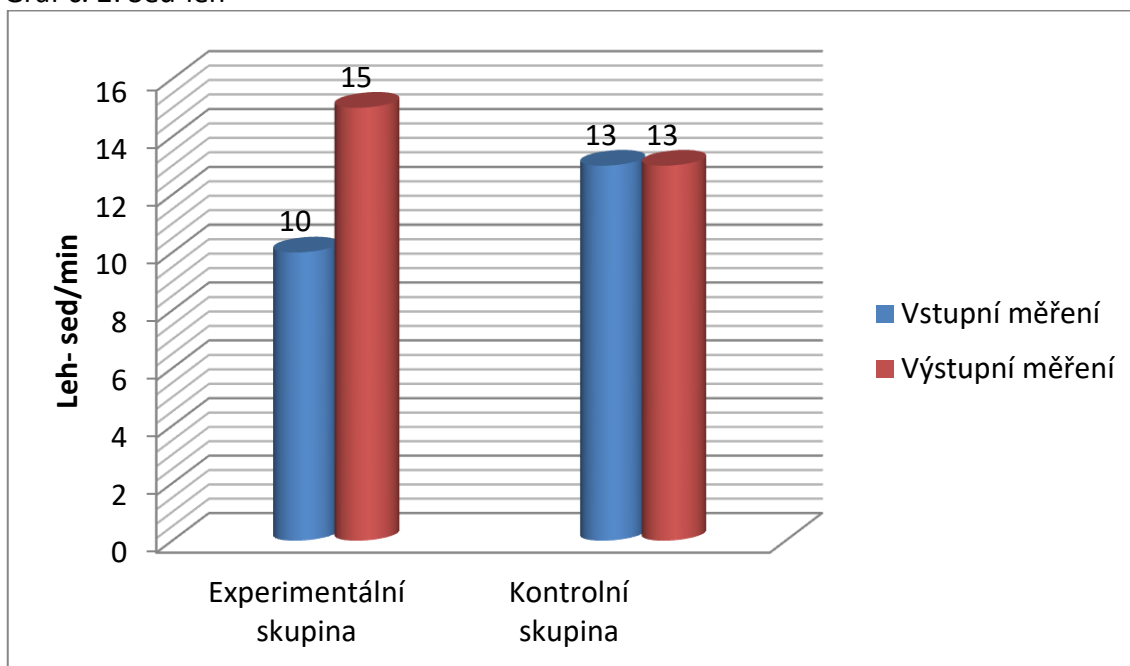
Experimentální skupina ve vstupním měření dosáhla na 10 sed-lehů za minutu. Ve výstupním měření došlo k průměrnému zlepšení o 5 sed-lehů.

Kontrolní skupina ve vstupním měření dosáhla na 13 sed-lehů za minutu. Výstupní měření ukázalo, že u kontrolní skupiny nedošlo v průměru k žádným změnám.

U experimentální skupiny došlo po působení intervenčního pohybového programu k posílení břišního svalstva u většiny probandů. Nejvýraznějšího zlepšení dosáhl proband č. 6, který se zlepšil o 17 sed-lehů, tento výsledek mohla částečně ovlivnit prvotní nervozita u vstupního měření, nelze ale vyloučit pozitivní působení intervenčního programu. Proband č. 10 se zlepšil o 6 sed-lehů. U kontrolní skupiny se projevilo zlepšení maximálně o 2 sed-lehy pouze u probandů č. 1 a 8, což se neprojevilo na průměrných hodnotách.

Z grafu č. 2 je na první pohled patrné, že intervenční pohybový program pozitivně ovlivnil sílu břišního svalstva experimentální skupiny o 5 sed-lehů. U kontrolní skupiny nedošlo v průměrných hodnotách ke změně.

Graf č. 2: Sed-leh



Na test sed-lehů má velký vliv kondiční cvičení, které ovlivňuje vytrvalost, obratnost, flexibilitu kloubů a sílu. Cviky se dají využít jednotlivě nebo komplexně formou překážkové dráhy. Když hodiny jógy u probandů zaměříme na záklonové,

předklonové a úklonové cviky posílíme celou postavu, trénujeme rovnováhu. Cviky prospívají při rozvoji tělesné i duševní stavbě probandů. Jógová cvičení jsou ideální pro kompenzaci namáhaných svalů (Čadová, 2012). Experimentální skupina potvrdila pozitivní vliv jógy, kondičních cvičení zařazených do pohybových her a cviků na míči, konkrétně posilovací cviky imitace boxování, chůze a cviku Růženka spí na posílení břišního svalstva, protože všichni probandi v tomto testu dokázali posílit břišní svalstvo. Svobodová (1998) se zmiňuje, že pravidelným cvičením lze dosáhnout ještě lepších výsledků než pouze po dobu tříměsíčního internačního pohybového programu.

5.1.7 Výsledky a diskuse k BMI

V Tabulce č. 13 je znázorněna hodnota BMI, která se vypočítává z výšky a hmotnosti probandů. Hmotnost probandů byla zjišťována pomocí osobní váhy umístěné na pevném rovném povrchu. Měření výšky probíhalo pomocí metru umístěného na rovné zdi tělocvičny. Pro výpočet BMI byl použit vzorec $BMI = \frac{kg}{m^2}$.

Tabulka č. 13: Vývoj BMI u experimentální a kontrolní skupiny v průběhu intervenčního pohybového programu

ČÍSLO PROBANDA	EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA		KONTROLNÍ SKUPINA	
	VSTUPNÍ MĚŘENÍ	VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ	VSTUPNÍ MĚŘENÍ	VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ
1	26,47	26,47	28,73	28,73
2	32,11	31,44	28,01	28,01
3	24,96	24,49	24,77	24,77
4	24,84	23,81	26,81	26,81
5	42,22	40,81	32,03	32,42
6	20,94	20,57	30,1	29,34
7	26,03	26,03	29,91	29,91
8	33,64	31,79	23,67	23,67
9	26,2	26,88	23,73	23,73
10	25,86	24,45	25,73	26,47
Průměr	28,33	27,67	27,35	27,39

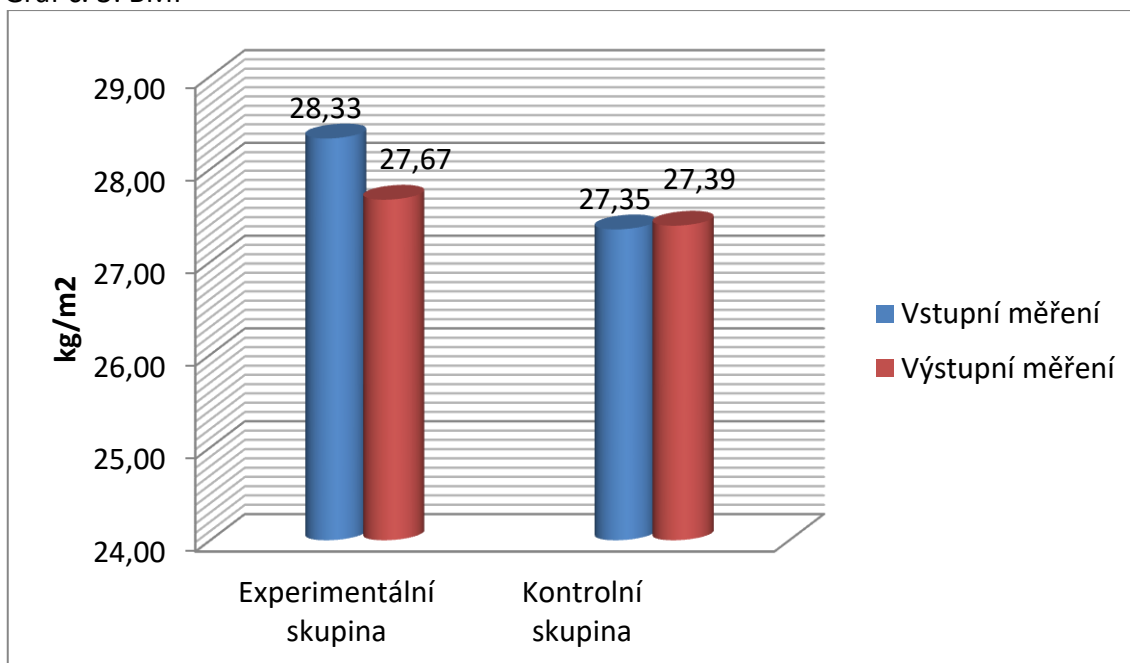
Vstupní měření experimentální skupiny ukazuje na hodnotu BMI 28.33, což je horní hranice nadváhy. Výstupní měření ukazuje na zlepšení o 0,66. Výstupní hodnota BMI experimentální skupiny je tedy 27,67.

Vstupní měření kontrolní skupiny ukazuje hodnotu BMI 27,35, která ukazuje na nadváhu. Výstupní měření ukázalo na nepatrné zvýšení hodnoty BMI o 0,04. Výstupní hodnota BMI kontrolní skupiny je 27,39.

Nejlepších výsledků v experimentální skupině dosáhli probandi č. 4, 5 a 8. Proband č. 4 si zlepšil hodnotu BMI o 1,03. V obou měření měl proband hodnotu BMI v normě. Proband č. 5 v obou měřeních měl hodnotu BMI jako obezitu 3. Stupně, ale povedlo se jí snížit o 1,41. Proband č. 8 se v obou měřeních pohyboval na hodnotě BMI obezita 1. Stupně, ale dosáhl zlepšení o 1,85. U kontrolní skupiny došlo k pozitivním změnám u probanda č. 6, ale u probandů č. 5 a 10 došlo naopak k negativnímu navýšení BMI.

Z grafu č. 3 je evidentní, že intervenční program pozitivně ovlivnil hodnotu BMI u experimentální skupiny. U většiny probandů došlo k poklesu tělesné hmotnosti. U kontrolní skupiny došlo k nepatrnému navýšení BMI, tento výsledek nejspíš ovlivnila i roční doba, kdy byl intervenční program realizován, výstupní měření probíhalo v předvánočním období.

Graf č. 3: BMI



BMI je celosvětově používanou metodou k hodnocení obezity. Jeho oblíbenost plyne z jednoduchosti výpočtu, možnosti měření bez pomůcek či lékařského dohledu, protože k určení BMI stačí pouze váha a tělesná výška. Z jeho jednoduchosti ovšem vyplývají i nepřesnosti a nevýhody (Poděbradská, 2011, str. 51).

Rodriguezová (2008) uvádí že, velmi důležitou zásadou v redukci hmotnosti je, aby energetický příjem nepřevýšil energetický výdej. Pro účinnou redukci hmotnosti musí probandi absolvovat změny ve stravovacích návycích a také ve fyzické aktivitě. Pro dosažení pozitivních výsledků je nutno dodržet správné stravování a přiměřenou fyzickou aktivitu. Nejtrvalejších výsledků lze dosáhnout postupným snížením energetického příjmu z potravy a zvýšit energetický výdej pohybovou aktivitou.

Proto byl intervenční pohybový program zaměřen převážně na zvýšení fyzické aktivity a redukci tělesné hmotnosti, z tohoto důvodu byl pokles BMI předpokládán. Jako prostředek pro optimalizaci BMI byly do intervenčního programu zařazeny pohybové hry (Kopecká, Malinová, Spurná 2011), které probandy především motivují k lepším výkonům. Ke zvýšené pohybové aktivitě v neposlední řadě přispěly i posilovací cviky na míčích a hodiny jógy, které byly pro probandy novou pohybovou aktivitou. Pro optimálnější výsledky, by musel intervenční program trvat dobu delší než tři měsíce.

5.1.8 Výsledky a diskuse k tepové frekvenci

Pro měření zdravotního parametru tepová frekvence byl použit sporttestr na zápěstí. Měřily se dva údaje tepová frekvence před zátěží (klidová) a tepová frekvence po zátěži. Měření tepové frekvence před zátěží probíhalo v sedě bez předchozí fyzické zátěže. Měření tepová frekvence po zátěži probíhalo také v sedě, ale předcházela mu minutová intenzivní zátěž v podobě výstupů na lavičku do rytmu hudby, alternativou pro probandy s invalidním vozíčkem bylo střídavé natahování posilovacích gum uvázaných na žebřinách také do rytmu hudby. Výsledky měření byly zaznamenány do tabulky č. 14.

Tabulka č. 14: Vývoj tepové frekvence u experimentální a kontrolní skupiny v průběhu intervenčního pohybového programu

ČÍSLO PROBANDA	EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA				KONTROLNÍ SKUPINA			
	VSTUPNÍ MĚŘENÍ		VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ		VSTUPNÍ MĚŘENÍ		VÝSTUPNÍ MĚŘENÍ	
	Před	Po	Před	Po	Před	Po	Před	Po
1	95	134	92	134	92	142	85	142
2	94	124	90	121	88	140	88	140
3	90	125	88	124	89	111	89	112
4	106	146	85	142	102	128	85	128
5	88	137	85	135	90	141	88	146
6	85	136	83	136	79	139	79	139
7	109	145	95	141	99	130	85	130
8	96	141	92	143	79	138	80	135
9	95	123	94	123	88	134	88	131
10	88	129	85	123	84	111	86	130
Průměr	95	134	89	132	89	131	85	133

Výsledky vstupního měření pro experimentální skupinu byly 95 TF/min před zátěží a 134 TF/min po zátěži. Po působení intervenčního pohybového programu tyto hodnoty klesly na 89 TF/min před zátěží, to znamená snížení o 6 tepů za minutu a 132 TF/min po zátěži, zde klesla tepová frekvence o 2 tepy za minutu. Výsledky vstupního měření pro kontrolní skupinu byly 89 TF/min před zátěží a 131 TF/min po zátěži. Při výstupním měření se hodnoty změnilly na 85 TF/min před zátěží, došlo ke snížení o 4 tepy za minutu a 124 TF/min po zátěži, zde se hodnota zvýšila o 2 tepy za minutu.

To, že došlo u ES i KS k mírnému poklesu tepové frekvence před zátěží může mít na svědomí působení intervenčního pohybového programu, protože Mießner (2009) říká, že hodnota tepové frekvence ukazuje trénovanost a kondici probanda. U trénovaného probanda roste tepová frekvence při zátěži většinou plynuleji a velmi rychle se uklidní. U probandů netrénovaných zase velmi rychle stoupá a pomalu klesá. Ale zde je spíše varianta, že vstupní měření ovlivnila prvotní nervozita probandů, u výstupního měření byly probandi viditelně klidnější. Výstupní tepová frekvence po zátěži u ES ukázala na mírný pokles. U KS výstupní měření tepové frekvence ukázalo na mírný vzestup, na tento fakt mělo velký vliv, že probandi ve vstupním měření neprováděli zátěžové cvičení naplno, ve druhém měření už si byli jistí a cvičení proběhlo v plném nasazení, proto se tepová frekvence zvýšila.

6 ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo vypracovat intervenční pohybový program se zaměřením na zdraví osob s mentální disabilitou. Pro tento intervenční program byli vybráni klienti Diakonie Českobratrské církve evangelické Rolnička v Soběslavi. Tito probandi se setkali poprvé s měřením v rámci projektu Zdravá společnost, FUNfitness.

Naměřená a zpracovaná data se přiblížila stanoveným výzkumným předpokladům.

Výzkumný předpoklad číslo 1 ve znění: Během intervenčního pohybového programu dojde u probandů experimentální skupiny ke zlepšení hodnot BMI, předpoklad byl naplněn. Probandi experimentální skupiny v 9 případech z 10 měli ve vstupním měření BMI nad normou. Ve výstupním měření došlo ke zlepšení hodnoty BMI u 7 probandů a 1 proband si posunul BMI do normy. Průměrně se probandi zlepšili o hodnotu 0,66. U kontrolní skupiny došlo spíše ke zhoršení hodnot BMI, u 2 probandů, v 1 případě došlo ke zlepšení.

Výzkumný předpoklad číslo 2 ve znění: Během intervenčního pohybového programu dojde u probandů experimentální skupiny ke zlepšení flexibility páteře. Předpoklad byl potvrzen na základě naměřených hodnot u testování flexibility páteře u experimentální a kontrolní skupiny, kdy u experimentální skupiny došlo ke zlepšení u 8 probandů z 9 průměrně o 3 cm. Kontrolní skupina nedosáhla v průměrných hodnotách žádné změny. Individuálně si zlepšili flexibilitu páteře 4 probandi, ale 2 naopak zhoršili, tento fakt mohl být ovlivněn individuálním přístupem probandů.

Výzkumný předpoklad číslo 3 ve znění: Po aplikaci intervenčního pohybového programu dojde u probandů experimentální skupiny k posílení svalových partií břicha. Předpoklad byl potvrzen na základě získaných výsledků z testů sed-leh tabulka č. 12, str. 50. U experimentální skupiny došlo k posílení břišního svalstva u 8 z 9 probandů, průměrně o 5 sed-lehů za minutu, oproti kontrolní skupině, kde nedošlo v průměru k žádné změně.

Při sestavování intervenčního programu mi velice pomohlo navštěvování tréninků iBocci tři měsíce před samotnou realizací intervenčního programu. Měla jsem možnost seznámit se s probandy a jejich možnostmi. Přizpůsobila jsem tak cvičební jednotky na

míru. Neobešla bych se bez pomoci osobních asistentů a sociálních pracovníků Diakonie Rolničky, kteří mi byli nápomocni na všech cvičebních jednotkách.

Intervenční pohybový program byl přínosným pro probandy, u kterých se zlepšily zdravotní parametry a ukázal jim možnost smysluplného trávení času. Přínosem byl pro vedoucí kroužku iBocci, která zařadila do tréninků body ze cvičebních jednotek mého intervenčního pohybového programu. Mě intervenční pohybový program obohatil především o praktické zkušenosti práce s lidmi s mentální disabilitou a následně o nové zaměstnání v Diakonii Rolnička, kde mohu v intervenčním programu pokračovat.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

KANTOR, M. *Výchova ke zdraví: (Poznámky pro budoucí i současné učitele) : Určeno stud. 1. roč. učitelství 1. stupně ZŠ, 2. roč. učitelství VVP.* Plzeň: Západočeská univerzita, 1994. ISBN 80-7043-113-X.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Vyd. 4., Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

BLAŽKOVÁ, V. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7290-646-8.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika].* Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.4

SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělávání, dospělost.* Praha: Portál, 2005. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-973-9.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika. ISBN 978-80-7367-889-0.

JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci.* Praha: Comenia Consult. 1995.

MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0207-6.

KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených.* Praha: Avicenum, 1990. Život a zdraví. ISBN 80-201-0019-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví.* Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

HAVLÍNOVÁ, M. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-059-3.

MARÁDOVÁ, E. *Vybrané kapitoly z didaktiky výchovy ke zdraví.* V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7290-662-8.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví. 2.* Praha: Grada, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5.

ZVÍROTSKÝ, M. *Zdravý životní styl*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7290-661-1.

MARCUS, B., H., FORSYTH, L., H. *Psychologie aktivního způsobu života: motivace lidí k pohybovým aktivitám*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-654-4.

POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-4.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada, 2001. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0068-9.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3709-6.

JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

WILKINSON, R. G., MARMOT, M. G. *Fakta & souvislosti: sociální determinanty zdraví*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. ISBN 80-86625-46-x.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

HOLČÍK, J., KÁŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015. ISBN 978-80-7013-575-4.

FAKULTA SPORTOVNÍCH STUDIÍ MASARYKOVA UNIVERZITA, *Projekt ZAS – Zdravý Atlet – Společenství*[online]. [cit. 2018-22-03]. Dostupné z:<http://www.fsps.muni.cz/deje-se/projekt-zas-zdravy-atlet-spolecenstvi-1165.html>

SPECIÁLNÍ OLYMPIÁDA, *Zdravý atlet* [online]. [cit. 2018-22-03]. Dostupné z:<http://www.specialolympics.cz/zdravy-atlet>

JANEČKA, Z. *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3107-9.

VÁLKOVÁ, H. *Speciální olympiády*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998. ISBN 80-7067-844-5.

VÁLKOVÁ, H. *Národní dny speciálních olympiád*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998. ISBN 80-7067-873-9.

VÁLKOVÁ, H. *Skutečnost nebo fikce?*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2000. ISBN 80-244-0118-5.

VÁLKOVÁ, H. *Výchova ke zdraví osob s mentálním postižením v programu Speciálních olympiád*. In Mezinárodní konference *Výchova ke zdraví a životní styl*. České Budějovice: Pedagogická fakulta. 2015.

TILINGER, P., LEJČAROVÁ, A. *Sport osob s intelektovým postižením*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2037-4.

SPECIÁLNÍ OLYMPIÁDA, *Dokumenty*[online]. [cit. 2018-22-05]. Dostupné z: <http://www.specialolympics.cz/dokumenty>

KARÁSKOVÁ, V., KURZOVÁ, O., STŘEDOVÁ, M., *Speciální olympiády*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998. ISBN 80-7067-844-5.

KARÁSKOVÁ, V. *Úvod do didaktiky tělesné výchovy žáků s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1024-9.

VOBR, R. *Tělesná výchova a zdraví (II.)*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2004. ISBN 80-7040-721-2.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

FISCHER, S. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- KOPECKÁ, K., MALINOVÁ, M., SPURNÁ, M. *Metodika tělesné výchovy pro děti a mládež s kombinovaným zdravotním postižením*. Základní škola a Praktická škola SVÍTÁNÍ, o.p.s., 2011.
- PECHOVÁ, J. *Cvičení pro zdraví s balančními míči a dalšími pomůckami: náměty pro zdravotní pohybovou výchovu dětí od 3 do 10 let*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-448-6.
- Alter, M. L. *Sport stretch: 311 stretches for 41 sports (2nd ed)*. Champaign, Ill.: Human Kinetics, 1999.
- PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-210-1595-0.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9.
- ČADOVÁ, E. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3378-3.
- PODĚBRADSKÁ, R. *Pohybová intervence jako součást léčení nadváhy a obezity. Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně 2011. ISSN 1211-2658.
- RODRIGUEZOVÁ J. C. *Velký průvodce dietami*. Praha: Slovart, 2008. ISBN 978-80-7391-142-3
- MIEßNER, W. *Perfektní domácí trénink*. Praha: Grada, 2009. Jak dokonale zvládnout. ISBN 978-80-247-2591-8.

8 SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

TABULKA Č. 1: ČASOVÉ ROZVRŽENÍ INTERVENČNÍHO PLÁNU	32
TABULKA Č. 2: PŘEHLED PROBANDŮ ES A KS S JEJICH DIAGNÓZOU A FREKVENCÍ POHYBOVÉ AKTIVITY	32
TABULKA Č. 3: EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA	33
TABULKA Č. 4: KONTROLNÍ SKUPINA.....	34
TABULKA Č. 5: PŘEHLED CVIČEBNÍCH JEDNOTEK INTERVENČNÍHO PROGRAMU	36
TABULKA Č. 6: VÝVOJ BALANCE EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINY V PRŮBĚHU INTERVENČNÍHO POHYBOVÉHO PROGRAMU	41
TABULKA Č. 7: VÝVOJ BALANCE KONTROLNÍ SKUPINY V PRŮBĚHU INTERVENČNÍHO POHYBOVÉHO PROGRAMU	43
TABULKA Č. 8: VÝVOJ FLEXIBILITY RAMENNÍHO KLOUBU U EXPERIMENTÁLNÍ A KONTROLNÍ SKUPINY V PRŮBĚHU INTERVENČNÍHO POHYBOVÉHO PROGRAMU.....	44
TABULKA Č. 9: VÝVOJ FLEXIBILITY PÁTEŘE U EXPERIMENTÁLNÍ A KONTROLNÍ SKUPINY V PRŮBĚHU INTERVENČNÍHO POHYBOVÉHO PROGRAMU	45
GRAF Č. 1: FLEXIBILITA PÁTEŘE.....	46
TABULKA Č. 10: VÝVOJ DYNAMOMETRIE U EXPERIMENTÁLNÍ A KONTROLNÍ SKUPINY V PRŮBĚHU INTERVENČNÍHO POHYBOVÉHO PROGRAMU	47
TABULKA Č. 11: VÝVOJ SED VZTYKU U EXPERIMENTÁLNÍ A KONTROLNÍ SKUPINY V PRŮBĚHU INTERVENČNÍHO POHYBOVÉHO PROGRAMU	48
TABULKA Č. 12: VÝVOJ SED-LEHU U EXPERIMENTÁLNÍ A KONTROLNÍ SKUPINY V PRŮBĚHU INTERVENČNÍHO POHYBOVÉHO PROGRAMU	49
GRAF Č. 2: SED-LEH	50
TABULKA Č. 13: VÝVOJ BMI U EXPERIMENTÁLNÍ A KONTROLNÍ SKUPINY V PRŮBĚHU INTERVENČNÍHO POHYBOVÉHO PROGRAMU	51
GRAF Č. 3: BMI.....	52
TABULKA Č. 14: VÝVOJ TEPOVÉ FREKVENCE U EXPERIMENTÁLNÍ A KONTROLNÍ SKUPINY V PRŮBĚHU INTERVENČNÍHO POHYBOVÉHO PROGRAMU	54

9 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha I. 2. Výuková hodina: Pohybové hry
- Příloha II. 3. Výuková hodina: Dětská jóga
- Příloha III. 4. Výuková hodina: Cvičení s míčem
- Příloha IV. 5. Výuková hodina: Pohybové hry II.
- Příloha V. 6. Výuková hodina: Relaxační jóga
- Příloha VI. 7. Výuková hodina: Cvičení s míčem II.
- Příloha VII. 8. Výuková hodina: Bowling
- Příloha VIII. 9. Výuková hodina: Jóga
- Příloha IX. 10. Výuková hodina: Hry na rozvoj jemné motoriky
- Příloha X. 11. Výuková hodina: Pohybové hry III.
- Příloha XI. Graf průměrných hodnot u balance
- Příloha XII. Graf průměrných hodnot u flexibility ramenního kloubu
- Příloha XIII. Graf průměrných hodnot u dynamometrie (síly stisku)
- Příloha XIV. Graf průměrných hodnot u tepové frekvence
- Příloha XV. Graf průměrných hodnot u sed vztyku (síla dolních končetin)
- Příloha XVI. Fotografie z intervenčního pohybového programu
- Příloha XVII. Fotografie prezenční listiny z přednášky 20. 11. 2017

Příloha I. – 2. Výuková hodina: Pohybové hry

ČAS	OBSAH
15 min	Úvodní část <ul style="list-style-type: none">• V případě pohybových her a soutěží je vždy motivační možnost vítězství či zvládnutí zadaného úkolu. U probandů s mentální disabilitou můžeme motivaci ještě zvýšit odměnou ve formě nálepky, odznáčku, hopíku za zvládnutí cvičební lekce. Nikdy nemotivujeme sladkostmi.• <u>Rozcvičení a zahřátí</u>- probandi si stoupnou do velkého kruhu. Jedná se o klasickou rozcvičku. Příklady cviků- kroužení rukama, předloktím, zápěstím, předkopávání nohou, chůze na místě nebo v kruhu.
40 min	Hlavní část <ul style="list-style-type: none">• <u>Hra: Molekuly</u> Hráči se postaví do jedné řady, aby měli okolo sebe dostatečný prostor. Pak čekají na povel edukátora, kolika a kterými částmi těla (ruce, nohy, kolena, prsty atd.) je povoleno se dotýkat země a ostatní části musí mít probandi zdvižené nad zem. Začíná se těmi lehčími pozicemi. Pohyb probíhá po celé délce tělocvičny.• <u>Hry s plachtou</u> Probandi se postaví bokem k plachtě, drží ji jednou rukou a pohybují se různými kroky, vpřed, vzad po obvodu, tak aby byla plachta stále napnutá. Obměnou je (chůze, běh, poskoky) ke středu plachty a zpět. Podbíhání plachty na povel edukátora např. podle barvy úseku plachty. Rovnoměrné zvedání a pokládání plachty (ze dřepu až do stoje).
5 min	Závěrečná část <ul style="list-style-type: none">• Volné vlnění plachtou pro uvolnění těla• Reflexe v sedě na podložkách, zhodnocení, pochvala

Příloha II. – 3. Výuková hodina: Dětská jóga

ČAS	OBSAH
15 min	Úvodní část <ul style="list-style-type: none">• MOTIVAČNÍ PŘÍBĚH: Učenec a jogín Jistý učenec se vydal na indický venkov, aby zkoumal jóginy, kteří tam žijí. Jednoho dne přišel do malé vesnice. Poblíž na ostrově uprostřed velké řeky žil jakýsi jogín. Vesničané převezli učence na ostrov. Učenec se rozhodl, že jogína něco prospěšného naučí. Několikrát mu zopakoval jednu starobylou modlitbu v dávném jazyce sanskr. Jogín mu vděčně poděkoval a učenec se pak vracel na loďce zpět do vesnice. Když byl asi na půl cesty ke břehu, spatřil za sebou jogína. Ten, aniž by se namočil, utíkal po vodní hladině. Velmi pospíchal, aby mu učenec neujel, a volal na něj: "Ctihodný pane, zopakuj mi to, prosím, ještě jednou, já jsem to zapomněl." Jogín v našem pohádkovém příběhu dokázal chodit po vodě, protože cvičil pravidelně a dlouho. Lidé ale většinou necvičí proto, aby běhali po vodě. Mají důležitější důvody. Třeba si chtějí udržet dobré zdraví nebo si lépe porozumět. I tak je ale důležité cvičit pravidelně. Díky pravidelnosti dosáhnete dobrých výsledků.
40 min	Hlavní část <ul style="list-style-type: none">• SESTAVA: Vraní chůze, zajíc, lev kamarád, závora, flétnista,

	<p>rozhněvaný lev, kolébáme panenku nebo loďka na vlnách (plný dech vleže), uvolnění.</p> <p><u>Vraní chůze</u> - Toto cvičení se podobá vraní procházce. Vrány se pohybují kolébavě. Udělejte dřep, a položte ruce na kolena. Ve dřepu na špičkách, s rukama na kolenou a se vzpřímeným trupem jděte zvolna vpřed po podložce, pak se otočte a vraťte se zpět.</p> <p><u>Zajíc</u> - V sedu na patách s nádechem vzpažte, s výdechem se předklánějte, pokládejte předloktí i čelo na podložku a uvolněte paže. V této poloze necháme uvolnit celé tělo. Chvíli v poloze setrvejte a uvědomujte si svůj přirozený, klidný a uvolněný dech. S nádechem zvedejte hlavu, trup a ruce do vzpažení. S výdechem položte ruce dlaněmi na kolena.</p> <p><u>Lev kamarád</u> - Výchozí polohou je sed na patách. Dlaně opřete o zem zevně kolen, špičky prstů směřují vpřed, paže jsou natažené. Natáhněte dozadu pravou nohu, to je lví ocas. Pak nohu pokrčte a 5x nohou jako ocasem zavrťte ze strany na stranu. Nohu opět natáhněte a vraťte se do sedu na patách. Pak vyměňte nohy a opakujte stejně na druhou stranu.</p> <p><u>Závora</u> - Výchozí polohou je klek. Unožte pravou nohou. Nataženou pravou paži položte na zevní stranu natažené pravé nohy, levou paži upažte. S výdechem suňte pravou ruku po pravé noze a uklánějte trup doprava. Levá paže jde při tom obloukem do vzpažení a ještě dále přes hlavu doprava, levá dlaň směřuje doprava. S nádechem se vraťte do středu. S výdechem připažte levou. Stejně cvičte na opačnou stranu.</p> <p><u>Flétnista</u> - Postavte se zpříma. Přednožte pravou nohu a překřižte ji přes levou holeň, pravé lýtko se dotýká levé holenní kosti, pravé chodidlo je téměř kolmo k zemi. Zvedněte ruce do výše úst, jako byste drželi na pravé straně příčnou flétnu. Na té straně, kde je pata, tam je i flétna. Chvíli vydržte a přirozeně dýchejte. Pak opakujte na opačnou stranu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Všechny ásany opakujeme 4-8x
5 min	<p>Závěrečná část</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uvolnění - Položte se na záda, ruce nechte vedle těla, dlaněmi jsou vzhůru a prsty mírně, volně pokrčené. Nohy jsou mírně od sebe, hlava je volně položená. Zavřeme oči a soustředíme se na dýchání.

Příloha III. – 4. Výuková hodina: Cvičení s míčem

ČAS	OBSAH
15 min	<p>Úvodní část</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Motivace</u>- Na začátek hodiny se probandi zahřejí a motivují otázkami, které edukátor bude klást. Podle jejich odpovědi, edukátor zadává vhodné, lehké pohybové úkoly a činnosti. Otázky ke sportovnímu tématu: Kdo má rád běhání, ten 3x poskočí. Kdo někdy pádloval loďku, ten udělá 3x dřep s míčem v ruku. Kdo má doma míč, ten 3x tleskne. Kdo už někdy zkoušel plavat, 3x dupne. Kdo se kouká v televizi na sport, ten 3x bouchne rukama do míče.• <u>Rozcvičení a zahřátí</u>- probandi si sednou na míč do velkého kruhu. Jedná se o klasickou rozcvičku, akorát se cviky provádějí na míči. Příklady cviků- kroužení rukama, předloktím, zápěstím, předkopávání nohou atd.
40 min	<p>Hlavní část</p> <p><u>Boxování</u> – Cvik začíná sedem na míči a předpažením. Ruce jsou v pěst. Poté pokrčí a stáhne jednu ruku dozadu a vystřídá. Připomíná pohyb boxování. Břicho je stažené, záda rovná. Posilují se ramena a břišní svaly.</p> <p><u>Vzpírání</u> – probandi leží zády na míči. Nohy se opírají o zem, aby měli probandi rovnováhu. Poté předpaží ruce a pomalu je krčí a opět natahuje. Simuluje tlak s velkou činkou vleže úzkým úchopem. Posiluje svaly prsou, biceps i ramena.</p> <p><u>Chůze</u> – probandi sedí na míči a postupně zvedá nohy. Chvilí drží nohu nahoře a poté vymění. Ruce se volně a přirozeně zapírají o míč tak, aby měli rovnováhu. Cvik je pomalejší a posiluje přední stehenní a břišní svaly.</p> <p><u>Volejbal</u> – Cvik startuje sedem a upažením rukou. Poté probandi vytahují ruce i trup a snaží se odpinknout pomyslný míč. Posílí tak vrchní část těla, ramena.</p> <p><u>Tanec</u> – Tento cvik je individuální a probandi dle svých přání na míči tancují. Můžou na míči sedět a různě pohybovat rukama nebo využít tance na břiše či zádech. Podpoří stabilizační systém těla.</p> <ul style="list-style-type: none">• Každý cvik se 8-10x opakuje
5 min	<p>Závěrečná část</p> <ul style="list-style-type: none">• Relaxace v leže na podložkách – vydýchání• Reflexe, zhodnocení, pochvala

Příloha IV. – 5. Výuková hodina: Pohybové hry II.

ČAS	OBSAH
15 min	<p>Úvodní část</p> <ul style="list-style-type: none">• Motivujeme odměnou ve formě nálepky za zvládnutou lekci• <u>Rozcvičení a zahřátí</u>- probandi si stoupnou do velkého kruhu. Provádíme klasickou rozcvičku. Příklady cviků- kroužení rukama, předloktím, zápěstím, v kolenu, kotníku, kroužení trupem, předkopávání nohou, chůze na místě nebo v kruhu.
40 min	<p>Hlavní část</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Hra: Slepíčky a kuny</u> <p>Provazem vymezte kruh o poloměru 2-3 metru. Dva probandi představují</p>

	<p>slípky, které chrání vejce rozmístěna v kruhu. Zbytek probandů představují kuny. Po startu se kuny začnou přibližovat ze všech směrů k hnízdu a vyhazují z hnízda vejce (míčky). Slípky naopak svá vejce vrací zpět do kurníku. Vyhrávají hráči s největším počtem vajec. Hra je časově omezená na 3minuty, pak roli slípek přebírají další dva probandi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Hra: Kdo dosáhne dál?</u> <p>Probandi si stoupnou na čáru v tělocvičně, předkloní se a snaží se vyznačit svým předmětem (víčko, stuha, kostka atd.) bod, co možno nejdále od čáry. Opírá se přitom druhou rukou o zem. Po vyznačení bodu se musí probandi dostat zpět do stoje a nesmí při zpátečním pohybu ani trochu posunout opírající se ruku po zemi nebo přepadnout či přešlápnout za čáru. Čím dál se snaží proband dosáhnout, tím těžší je návrat za čáru. Vítězí ten, komu se podaří naznačit bod nejdále od čáry.</p>
5 min	<p>Závěrečná část</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uvolnění svalů- protažení za rukama a nohama v leže na podložce, vytřesení • Zhodnocení, pochvala

Příloha V. – 6. Výuková hodina: Relaxační jóga

ČAS	OBSAH
15 min	<p>Úvodní část</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Motivace</u>- Na úvod lekce si probandi připraví do kruhu podložky na jógu. Edukátor položí otázku např. Při jaké činnosti rádi odpočíváte? Když se všichni vystřídají v odpovědi, edukátor zahájí lekci.
40 min	<p>Hlavní část</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lehne si na záda do šavásany. Zavřeme oči a klidně dýcháme. Myšlenky necháváme volně plynout. Nad ničím nepřemýšlíme. • Soustředíme svoji pozornost na prsty na pravé noze. Uvědomíme si jednotlivé prsty a s výdechem je postupně uvolňujeme. • Přesuneme pozornost k chodidlu a s výdechem ho uvolníme. • Postupně si uvědomujeme a uvolňujeme další části pravé nohy: patu, nárt, kotníky, lýtko a holeň, koleno, stehno a kyčel. • Uvědomíme si celou pravou nohu, která je uvolněná. Porovnáme pocity, jaké máme v uvolněné pravé noze a jaké máme v levé noze, která ještě uvolněná není. • Stejným způsobem uvolníme postupně i levou nohu. • Přesuneme pozornost k pravé ruce a postupně s výdechem uvolníme její jednotlivé části: prsty, dlaň, nárt, zápěstí, předloktí, loket, nadloktí a rameno. • Uvědomíme si uvolnění celé ruky a porovnáme pocity, jaké máme v pravé a jaké v levé ruce. • Přesuneme pozornost k levé ruce a také ji postupně uvolníme. • Dále si uvědomujeme a uvolňujeme části trupu: podbřišek, břicho, hrudník, oblast kolem klíčních kostí, pravý a levý bok. • Uvolníme hýždě. • Postupně uvolňujeme zádové svaly. Postupujeme po páteři od kostrče

	<p>směrem vzhůru a s každým výdechem uvolníme část zádových svalů.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uvědomíme si a uvolníme svaly krku. • Uvědomíme si a uvolníme postupně jednotlivé části hlavy: temeno, týl, uši, spánky, čelo, obočí, bod mezi obočím, oči, nos, tváře, ústa a bradu. • Procítíme uvolnění celého těla. • Ještě jednou si projdeme tělo od špiček prstů u nohou po temeno hlavy. Pokud ještě někde ucítíme napětí, tak toto místo prodýcháme a s výdechem uvolníme. • Připravíme se na konec relaxace. Provedeme několik hlubokých nádechů a výdechů. • S dalším nádechem zahýbáme prsty na ruku a na nohu, zakroužíme rukama v zápěstí, nohama v kotnících, skloníme hlavu k jednomu a druhému rameni. Relaxace končí. (po celou dobu relaxace je v pozadí puštěna relaxační hudba)
5 min	<p>Závěrečná část</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zpětná vazba od probandů, zhodnocení

Příloha VI. – 7. Výuková hodina: Cvičení s míčem II.

ČAS	OBSAH
15 min	<p>Úvodní část</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Rozcvičení a zahřátí</u>- probandi si sednou na míč do velkého kruhu. Jedná se o klasickou rozcvičku, akorát se cviky provádějí na míči. Protážení paží, natažená ruka táhne loktem co nejvíce k protějším rameni. Protážení nohou, přednožení a pružení na míči do mírného tahu svalů. Protážení břicha a zad – Ze sedu si lehne na záda a propne. Ruce a nohy se natahují k podlaze. Zahřátí – Běh v sedu na míči.
40 min	<p>Hlavní část</p> <p><u>Zlatá rybka plave v jezeře</u> – Klient leží břichem na míči a nohy i ruce má natažené. Nato nohy natáčí na jednu stranu a ruce na druhou. Napodobuje pohyb plavání ryby. Posílí stabilizační systém a bedra.</p> <p><u>Růženka spí</u> – Klient leží na míči zády. Nohy jsou přikrčené a chodidla se opírají o podlahu tak, aby měl proband rovnováhu. Ruce jsou za hlavou v týl. Zpevní tělo a chvíli vydrží. Pak povolí a opakuje. Posílí břicho.</p> <p><u>Motýl Emanuel létá</u> - Cvik začíná správným sedem, chodidla jsou na zemi, záda rovná, mírně rozkročené nohy. Probandi upaží ruce a opět připaží a napodobují máchání křídly. Posiluje svaly ramen.</p> <p><u>Tahání veliké řepy</u> – Probandi se posadí na míč a obratel po obratli se pomalu předklání, až se ruce dotknou země. Pak ruce co nejvíce natáhnou, aby mohli chytit pomyslnou řepu, a silou táhnou zpět. Protahuje zádové svaly a horní končetiny.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cviky opakujeme 8-10x <p><u>CVIČENÍ VE DVOJICÍCH</u> Probandy rozdělíme do dvojic.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sedí naproti sobě na míči a drží se rukama. Poté se společně naklání dopředu a dozadu, doleva a doprava, vykopávají střídavě nohy, natáčí nebo krouží pánví.

	<ul style="list-style-type: none"> • Probandi sedí na zemi, nohy jsou rozkročené, dotýkají se chodidly, míč je uprostřed a společně cvičí rukama. Předpaží, vzpaží, upaží nebo krouží hlavou, rameny. • Dvojice drží míč zády. Poté může udělat dřep, přednožovat, naklánět se.
5 min	Závěrečná část <ul style="list-style-type: none"> • Relaxace v leže na podložkách – vydýchání • Zhodnocení, pochvala

Příloha VII. – 8. Výuková hodina: Bowling

ČAS	OBSAH
15 min	Úvodní část <ul style="list-style-type: none"> • Seznámení probandů s pravidly bowlingu. • <u>Rozcvičení</u>- rozcvička ve stoje, protažení prstů, celých paží, nácvik hodu bez bowlingové koule.
40 min	Hlavní část <ul style="list-style-type: none"> • <u>Bowlingový turnaj</u> Probandi se rozdělí do dvou družstev. Každé družstvo hraje deset her. Dle potřeby probanda lze na dráze zvednout postraní mantinely. Vyhrává družstvo s vyšším náhozem. Edukátor může vyhlásit i nejlepšího hráče turnaje opět podle výše náhozu.
5 min	Závěrečná část <ul style="list-style-type: none"> • Zpětná vazba od probandů • Zhodnocení, pochvala

Příloha VIII. – 9. Výuková hodina: Jóga

ČAS	OBSAH
15 min	Úvodní část <ul style="list-style-type: none">• <u>Rozcvičení</u>- probandi si připraví do kruhu podložky na jógu a položí se do lehu na zádech. Edukátor určuje, které části těla probandi protahují (paže, nohy, prsty, krční páteř atd.)• <u>Seznámení s průběhem výuky</u>- puštění videa se sestavou Pozdrav Slunci
40 min	Hlavní část <ul style="list-style-type: none">• Základní pozicí je stoj spojný, ruce volně podél těla.• S výdechem probandi spojí ruce před hrudníkem.• S nádechem vzpaží ruce a zakloní se.• S výdechem se ohnou do hlubokého předklonu, prsty nebo dlaně položí vedle chodidel na podložku.<ul style="list-style-type: none">• S nádechem přejdou do vzporu dřepmo levou nohou- zanoží levou nohu a pravou nohu posunou mezi ruce a zakloní hlavu.• S výdechem přejdou do pozice HORY- zanoží pravou nohu k levé noze a zvednou pánev.• S výdechem přejdeme do polohy HOUSENKY- přes klik se přesuneme do vzporu ležmo. Bradu a hrudník mají na podložce, pánev vysazenou vzhůru. Kolena a prsty na nohou jsou opřeny o podložku, ruce jsou na podložce pod rameny.• S nádechem plynule přejdou do lehu na břicho a následně do polohy KOBRY- zakloní hlavu a pohledem směřují vzhůru. Nohy zůstávají na podložce volně.• S výdechem přejdou do pozice HORY.• S nádechem přejdou do vzporu dřepmo pravou nohou- zanoží pravou nohu a levou nohu posunou mezi ruce a zakloníme hlavu.• S výdechem přinoží pravou nohu a udělají hluboký předklon. Prsty položíme vedle chodidel na podložku.• S nádechem vzpaží ruce a zakloní se.• S výdechem spojí dlaně před hrudníkem.• Zakončí základní pozicí.(celou sestavu opakujeme alespoň 4x, v pozadí hraje relaxační hudba)
5 min	Závěrečná část <ul style="list-style-type: none">• Relaxace v leže na podložkách s relaxační hudbou• Zpětná vazba od probandů, zhodnocení

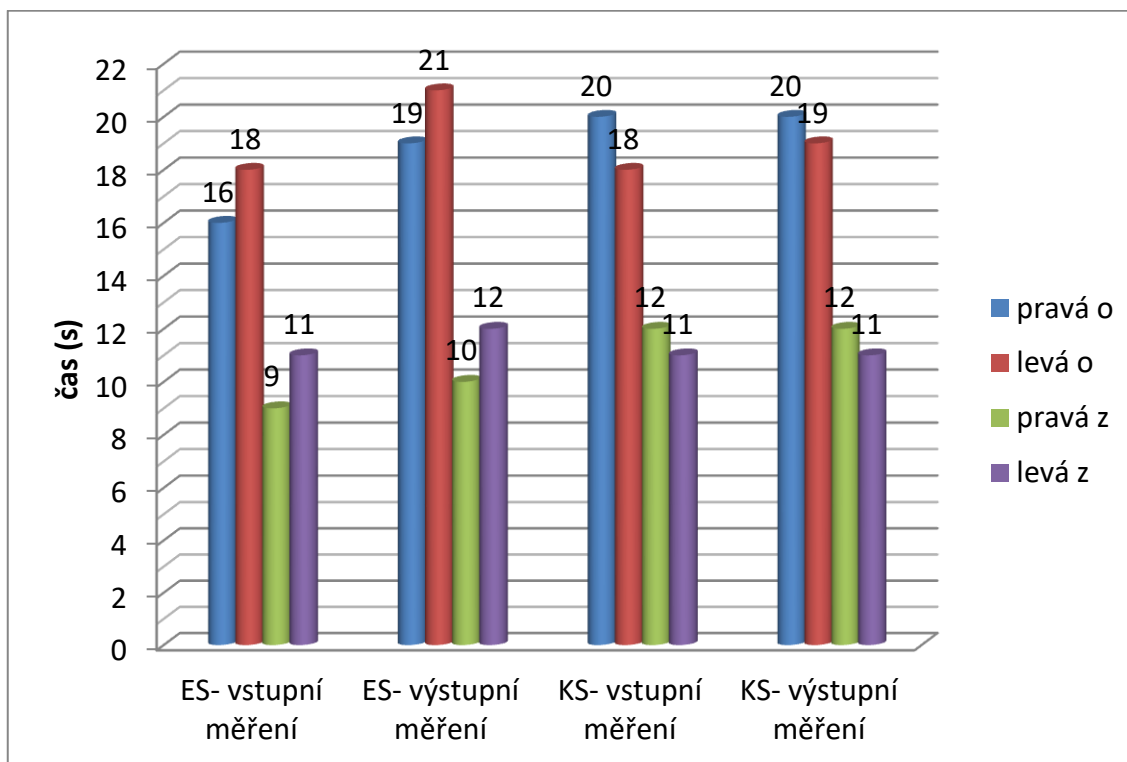
Příloha IX. – 10. Výuková hodina: Hry na rozvoj jemné motoriky

ČAS	OBSAH
15 min	Úvodní část <ul style="list-style-type: none">• <u>Rozcvičení a zahřátí</u>- probandi si stoupnou do velkého kruhu. Každý proband se pokusí vymyslet jeden cvik na rozcvičení. Pro zahřátí si probandi zacvičí 10x panáka.
40 min	Hlavní část <u>Bez pomůcek</u> <ul style="list-style-type: none">• Probandi dají ruce před sebe. Palec jedné ruky se postupně dotýká konečků každého prstu druhé ruky. Totéž opakujeme s ukazováčkem atd.• Z prstů obou rukou vytváříme písmenka• Luskáme prsty• Rostahujeme pokrčené prsty• Krčení a natahování ukazováčku – Pojd' sem!• Pohyby prstů imitujeme hru na klavír nebo flétnu• Vytváření siluet zvířat před světlem, aby vrhaly stín <u>S pomůckami</u> <ul style="list-style-type: none">• Probandi si v kruhu v přiměřeném tempu předávají jeden druhému pingpongový míček z ruky do ruky• V sedu na patách válí klient dva míčky mezi dlaněmi• Zvedání míčku ze země palci obou rukou, ukazováčky atd.• Stavění hradu, domečku z krabiček od zápalek• Zasouvání krabičky do sebe• Soutěž kdo dříve vloží zápalky (bez hlaviček) do krabičky
5 min	Závěrečná část <ul style="list-style-type: none">• pohybová hra „ Hlava, ramena, kolena, palce“• Reflexe v sedě na podložkách, zhodnocení, pochvala

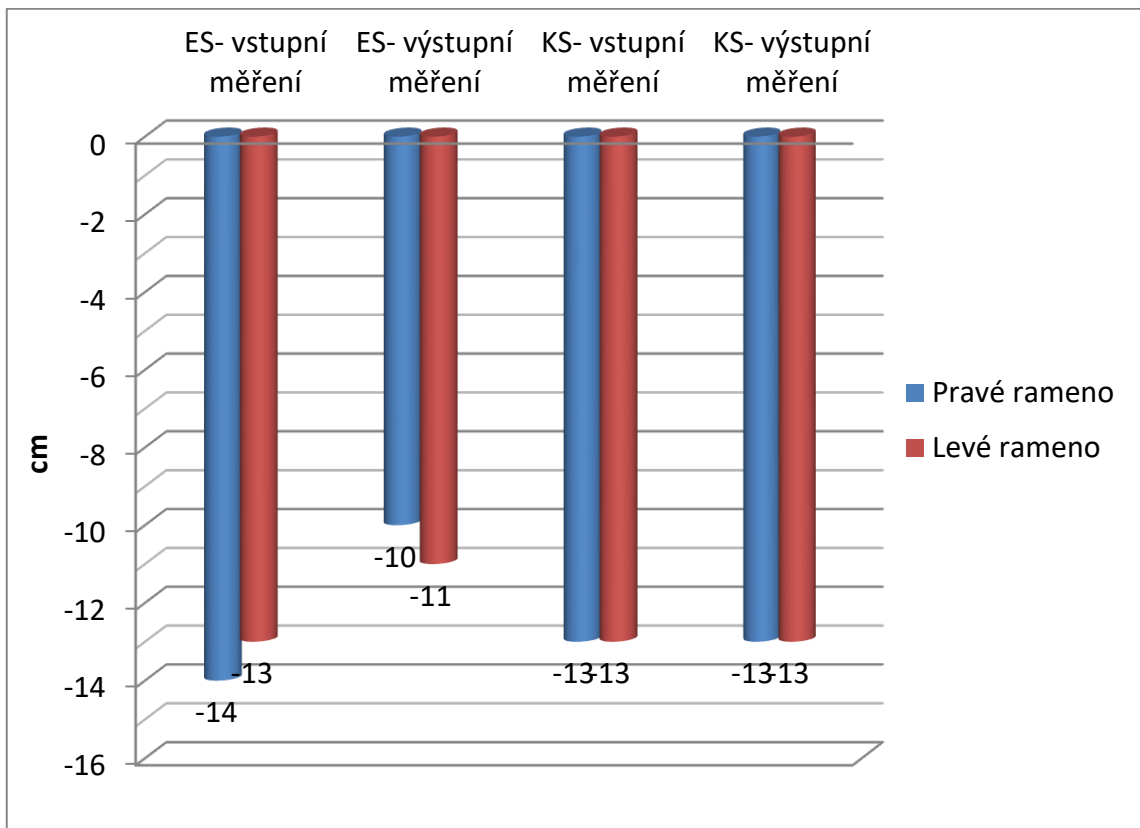
Příloha X. – 11. Výuková hodina: Pohybové hry III.

ČAS	OBSAH
15 min	<p>Úvodní část</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivujeme odměnou ve formě odznáčku za zvládnutou lekci. • <u>Rozcvičení a zahřátí</u>- probandi si utvoří dvojice a provádí rozcvičku ve dvojicích. Protahování horních a dolních končetin. Pro zahřátí si zaskákají panáka.
40 min	<p>Hlavní část</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Hry s kelímkem</u> Přenesení kelímku umístěným na různých částech těla z bodu A do bodu B. Poslání míčku po zemi vpřed, míček předběhnou a snaží se chytit do kelímku. Honička, každý vede kelímkem šikvnější rukou kelímkem dnem vzhůru po podlaze. (možno trénovat s jednotlivci a v rámci soutěže) • <u>Hra: Vstaň</u> Probandy rozdělíme do dvojic, každá dvojice si sedne zády k sobě a zavěsí se do sebe lokty. Poté se pokouší vstát. Když se všem dvojicím povede vstát, zkombinujeme dvojice, aby z nich byla čtveřice, které se pokouší vstávat stejným způsobem. Kombinujeme tak dlouho, až ze všech probandů utvoří jedna skupina, která se snaží stejným způsobem vstát.
5 min	<p>Závěrečná část</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zpětná vazba od probandů, zklidnění v tureckém sedu • Zhodnocení, pochvala

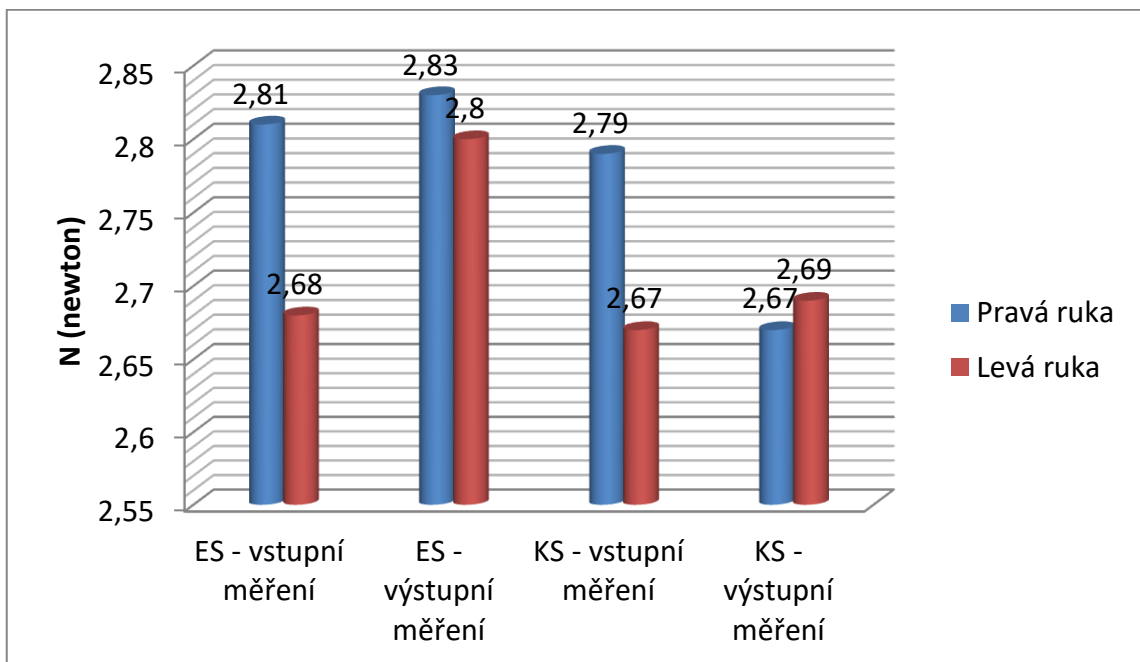
Příloha XI. - Graf průměrných hodnot u balance



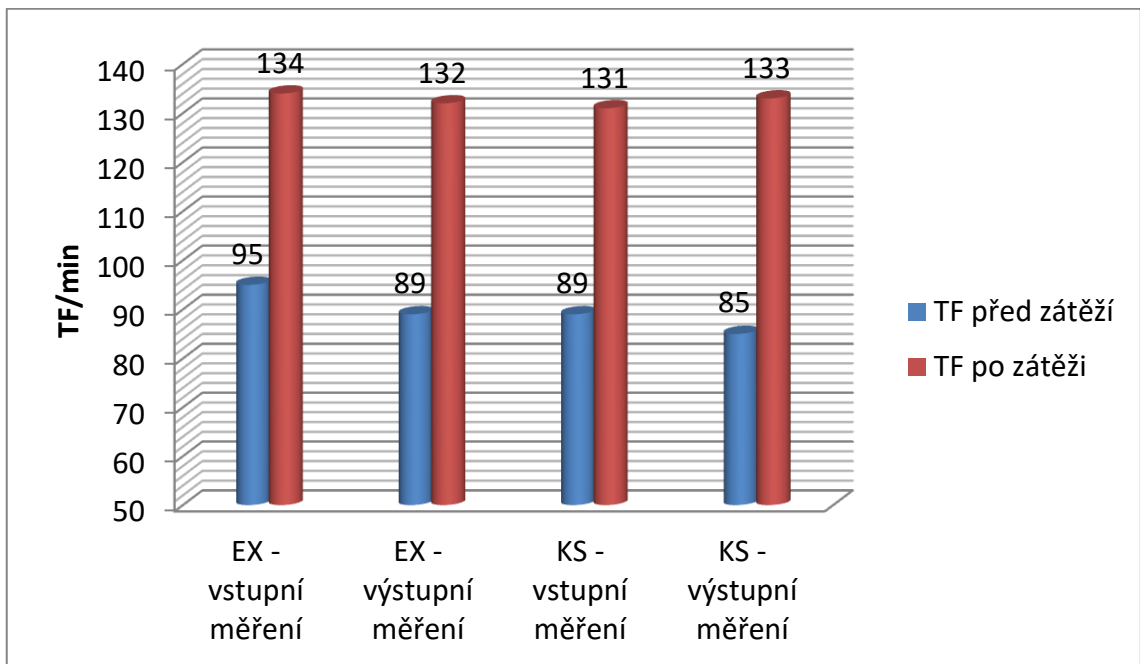
Příloha XII. - Graf průměrných hodnot u flexibility ramenního kloubu



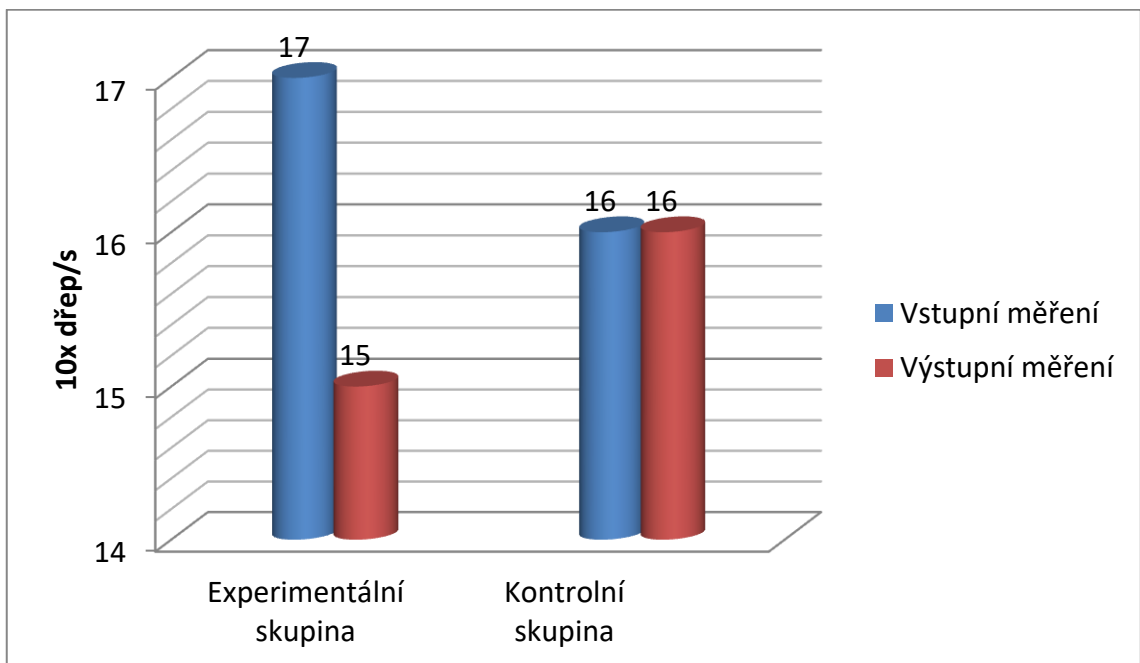
Příloha XIII. - Graf průměrných hodnot u dynamometrie (síly stisku)



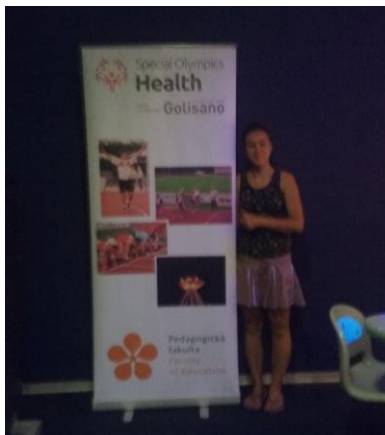
Příloha XIV. - Graf průměrných hodnot u tepové frekvence



Příloha XV. - Graf průměrných hodnot u sed vztyku (síla dolních končetin)



Příloha XVI. - Fotografie z intervenčního pohybového programu



Fotografie 1 poster Zdravá společnost



Fotografie 2 Bowling




Fotografie 3 Jemná motorika



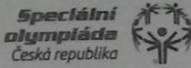
Fotografie 4 Skupinová po cvičební jednotce

Příloha XVII. – Fotografie prezenční listiny z přednášky 20. 11. 2017


1
Soběslav 20. 11. 2017




Special Olympics
Health
with Golisano



**Speciální
olympiáda**
Česká republika

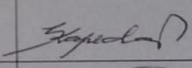
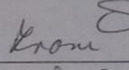
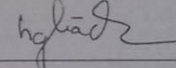
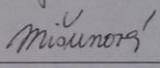
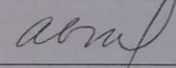
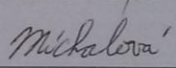
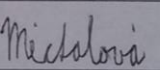
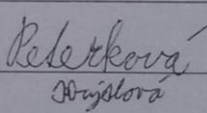
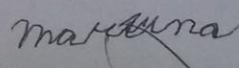
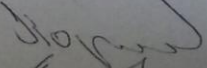
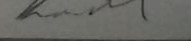


Special Olympics
**Healthy
Athletes®**



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

ÚČASTNÍK
Please sign your name below to confirm your participation in event and receiving services and/ or certificate relevant to the type of the event.
Prosím, potvrďte podpisem, že jste se zúčastnil dané akce a obdržela službu, certifikát odpovídající typu akce.

	Jméno a příjmení Name	Pozice, příslušnost affiliation	Podpis Signature
1.	ZDENKA KOPECKÁ	as. ped.	
2.	MAGDAR ZVONIČKOVÁ	TRÍD UČITELKA	
3.	Ing. Pavel Mědr	Osobní asistent	
4.	Hgr. Olga Hlášková	vedoucí centra denních služeb	
5.	Hgr. Veronika Abrámová	učitelka spec. školy	
6.	Barbora Michalová		
7.	Paula Michalová		
8.	Rešetková Jaroslava		
9.	MARTINA KRYSLOVÁ		
10.	JIŘÍ MARUNA		
11.	IVETA KOPECKÁ	student, dobrovolník	
12.	Zuzana Kormančuská		

Fotografie 5 Prezenční listina z přednášky