

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2018-2021

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Oleksandr Nyemryts

**Sportovní aktivity žáků staršího školního věku v Jedličkově ústavu v
Praze**

Praha 2021

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2017-2019

BACHELOR THESIS

**Sports activities of older school age pupils at the Jedlička Institute in
Prague**

Oleksandr Nyemryts

Prague 2021

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Milan Fleischmann

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Oleksandr Nyemryts.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Milanu Fleischmannovi

.....

Anotace

Bakalářská práce v úvodní obecné části se zabývá historií a popisem Jedličkova ústavu v Praze, jeho významem v současnosti a specifikací. Dále charakteristikou žáků 2. stupně základní školy Jedličkova ústavu a obecnou charakteristikou tělesného postižení. Také popisem druhu tělesného postižení a sportovních aktivit, které jsou pro ně vhodné. Vysvětluje historii a pravidla paraboxu.

Praktická část na základě pozorování a rozhovoru popisuje jaký dopad má cvičení paraboxu na psychiku a kvalitu života tělesně postižených, s využitím případových studií pěti žáků s různou diagnózou a různou úrovní výkonu. Výsledkem praktické části práce je vytvoření tréninkové hodiny paraboxu pro žáky 2. stupně základní školy Jedličkova ústavu v Praze, která je možná aplikovat přímo.

Klíčová slova

Jedličkův ústav a školy, tělesně postižení, žáky, sport, parabox, socializace, psychika.

Annotation

The bachelor's thesis in the introductory general part deals with the history and description of the Jedlička Institute in Prague, its current significance and specifications. Furthermore, the characteristics of the pupils of the 2nd grade of the Jedlička Elementary School and the general characteristics of the physical disability. Also a description of the type of physical disability and sports activities that are suitable for them. Explains the history and rules of the parabox.

Based on observation and interview, the practical part describes the impact of parabox exercise on the psyche and quality of life of the disabled, using case studies of five students with different diagnoses and different levels of performance. The result of the practical part of the work is - the creation of a training lesson parabox for pupils of the 2nd grade of the primary school of the Jedlička Institute in Prague, which can be applied directly.

Keywords

Jedliček's institute and schools, physical disabilities, pupils, sports, parabox, socialization, psyche

OBSAH

OBSAH	9
ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Jedličkův ústav v Praze	12
1.1 Historie Jedličkova ústavu	12
1.2 Popis Jedličkova ústavu a jeho význam v současnosti	15
2. ŠKOLA PŘI JEDLIČKOVĚ ÚSTAVU	17
2.1 Popis a specifikace	17
2.2 Zdravotní charakteristika žáků 2. stupně základní školy Jedličkova ústavu	19
2.3 Tělovýchovné aktivity žáků s tělesným postižením	19
3. OBECNÁ CHARAKTERISTIKA TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ	22
3.1 Vymezení pojmu tělesné postižení	22
3.2 Druhy tělesného postižení	24
4. OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	31
4.1 Volnočasové aktivity	31
4.2 Možnosti sportovních aktivit u osob s tělesným postižením	32
4.3 Parabox.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST	41
5. ŠETŘENÍ	41
5.1 Cíl šetření.....	41
5.2 Výzkumný vzorek	42
5.3 Výzkumné metody: pozorování, rozhovor.....	42
5.4 Výstup – Vytvoření ukázkové tréninkové hodiny v paraboxu.....	48
5.5 Shrnutí	54
ZÁVĚR	55
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	56
SEZNAM ZKRATEK	58
SEZNAM PŘÍLOH	59
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	64

ÚVOD

Pro bakalářskou zvolily jsme téma „Sportovní aktivity žáků školního věku v Jedličkově ústavu v Praze“. Práce se tedy dotýká obou oblastí výzkumu, sportu a speciální pedagogiky. Obecně platí, že lidé se zdravotním postižením potřebují sport, protože součástí jejich výchovy a vzdělávání je všestranný rozvoj osobnosti a obnovení určité nezávislosti a soběstačnosti.

Sociální účinky sportu jsou také významné; dochází v nich k intenzivnějším sociálním kontaktům, které určují socializace ve společnosti.

V úvodní obecné části se budeme zabývat historií a popisem Jedličkova ústavu v Praze, jeho významem v současnosti a specifikací. Dále charakteristikou žáků 2. stupně základní školy Jedličkova ústavu a obecnou charakteristikou tělesného postižení. Také popisem druhu tělesného postižení a sportovních aktivit, které jsou pro ně vhodné.

Dále vysvětlíme historii a pravidla paraboxu.

V praktické části se zaměříme hlavně na to, jaký dopad má cvičení paraboxu na psychiku a kvalitu života tělesně postižených, s využitím případových studií pěti žáků s různou diagnózou a úrovní výkonu. Vytvoříme tréninkovou hodinu paraboxu pro žáky 2. stupně základní školy Jedličkova ústavu v Praze.

Cílem naší práce je odpovědět na otázku – jaký je dopad sportu na kvalitu života lidí se zdravotním postižením? Zajímá nás hlavně to, co parabox a sport těmto sportovcům přináší, jak to vnímají oni?

Práce by se mohla pomoci začínajícím instruktorům paraboxů, vychovatelům a dobrovolníkům. Jde hlavně o lidi, kteří chtějí pomáhat dětem s postižením, a jejich pozvolnému začleňování mezi zdravou populaci. Těmto jedincům pomáhat s pomocí sportu v začlenění do běžného života, aby nezůstávali v sociální izolaci.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Jedličkův ústav v Praze

1.1 Historie Jedličkova ústavu

Jedličkův ústav v Praze na Vyšehradě byl otevřen 1. dubna 1913. Byl vytvořen a provozován více než čtyřicet let Sdružením pro léčbu a vzdělávání rachitiků a mrzáků v Praze. Předsedou sdružení pak byl prof. MUDr. Rudolf Jedlička. Spolu se svým bratrem pracoval v soukromém sanatoriu v Podolí a byl již považován za velmi zkušeného a odvážného chirurga (mimochodem byl jedním z prvních, kdo pracoval s rentgenem v českých zemích). Od samého začátku se mu podařilo zahájit rychlý a slušný rozvoj nové pedagogické, lékařské a sociální instituce.

Ústav zahájil svou činnost v malém domě na nádvoří budovy zvané Polsko na ulici V Pevnosti (tehdy byla celá budova nájemním bytovým domem). Ještě před první světovou válkou získalo sdružení pro JÚ celou budovu na adrese V Pevnosti 4. Krátce před smrtí Rudolfa Jedličky (1926) se před zdi Vyšehradu na Pankráci začala stavět nová budova, kde byla a zůstává JÚ škola.

V prvních letech pomáhal Jedličkovi v jeho práci učitel František Bakule. Řídil hlavně institucionální školu, která byla od samého počátku důležitou součástí celé instituce. František Bakule, stejně jako profesor Jedlička, nebyl v té době ve svém oboru neznámou postavou. Jeho umělecké a vzdělávací experimenty s dětmi z Malé Skály a jejich výsledky, publikované ve slavných periodikách té doby, jako jsou Bakulovy přednášky, vzbudily na začátku minulého století zájem učitelů a vzrušení mezi učiteli. Po několika letech však Bakule opouští ústav a když Jedlička zemřel v roce 1926, nacházíme v řízení ústavu Augustina Bartoše, stejně důležitého pedagoga, který byl ředitelem JÚ od roku 1920 do roku 1945.

Všichni tři výše zmínění pánové přispěli k proměně ústavu během první republiky k jeho modernímu pojetí. V moderních zprávách a malých publikacích o JÚ můžeme sledovat obrovské úsilí o propojení profesionálního zacházení se vzděláváním a poradenstvím pro osoby se zdravotním postižením s co největší nezávislostí. Myšlenka, že je mnohem lepší pro samotné lidi a společnost kolem nich, „aby se z mrzáků žebrajících o almužnu vychovali plátcí daní“, byla jako krédo ústavu vždy zdůrazňována a šířena. Spolu se snahou o zlepšení kvality výrobků ze cvičných a ortopedických dílen, otevřeností JÚ vůči okolí, po vybudování poradny a účasti na mnoha užitečných společenských akcích, tvoří tato myšlenka prapor, pod kterým tato organizace úspěšně pracovala během první republiky.

JÚ byl v té době nejlépe známý pro své dílny. Na začátku 30. let byly ve výročních zprávách Provinčního sdružení pro léčbu a vzdělávání mrzáků popsány aktivity ve školicích dílnách: truhlářství, krejčovství, zahradnictví, ruční koberce, výšivky praporů a stuh, krejčovství a čtyři ortopedické dílny, kde byly vyráběny protézy. Skutečnost, že nešlo jen o dílny, ve kterých se žáci, absolventi nebo invalidé baví, ale o dílny mimořádné odborné úrovně, je potvrzena nejen poptávkou po produktech a následně významnými příjmy ústavu, ale také prestižními cenami z výstav.

JÚ je hrdá na Velkou cenu, kterou řemeslná kobercová dílna zvítězila na Mezinárodní výstavě dekorativního umění v Paříži v roce 1925, nebo stříbrný pohár na výstavě v anglickém Exeteru v roce 1926.

Během druhé světové války se část Jedličkova ústavu přestěhovala na zámek v Lochovicích a v budově školy byla vytvořena ubytovna pro zaměstnance německé nemocnice SS. Po válce se sem ústav vrátil, budova byla rekonstruována a budova nemocnice zničená bombardováním byla obnovena.

V roce 1945 byli zaměstnanci JÚ požádáni o pomoc při budování podobného ústavu v Liberci, kde po odchodu významné části německého obyvatelstva byly budovy místního německého Gottsteinova institutu (tzv. Krippleheim, který byl zcela otevřen v roce 1910 a pracoval analogicky s Jedličkovým ústavem v Praze), prázdné. „Přešlo sem mnoho zaměstnanců z Prahy a v průběhu několika let oba ústavy tvořily jeden. V Liberci byla škola pro starší, v Praze pro malé děti. Liberecký ústav se osamostatnil v padesátých letech a až do

90. let si v Liberci zachoval název Jedličkův ústav (nyní je název Domovy dr. Jedličky a jejich školy).

Se zrušením sdružení, znárodněním, oddělením školy vytvořené ministerstvem školství a Ústavu sociální péče vytvořeného ministerstvem zdravotnictví nebo sociálních věcí začala v historii Jedličkova ústavu zcela jiná kapitola, která nakonec trvala 40 let. JÚ upoutal pozornost veřejnosti v roce 1968 po vydání velmi emotivního a nešťastného dokumentu o jeho práci v Československé televizi.

Na podzim roku 1968 byl vytvořen účet „Akce Dluh“, který měl dětem pomoci a rozvíjet celou instituci. V 70. letech 20. století byla ke Staré budově přidána dvoupodlažní přístavba s novou dílnou pro švadleny a vedle Nové (školní) budovy byl v přízemí postaven pavilon pro inkontinentní děti a dorost. Navzdory tomu mnoho oddaných zaměstnanců v JÚ pracovalo velmi čestně; mnoho speciálních pedagogů se snažilo velmi tvrdě, i když často neměli vhodné podmínky.

V polovině osmdesátých let probíhala bouře ohledně umístění JÚ. Rada hl. M. Prahy projednala otázku, zda je možné opravit staré budovy nebo vystěhovat uživatele vozíčkáře z Vyšehradu a postavit pro ně novou budovu v polích nedaleko Hostivaře. Je třeba poznamenat, že to nebyl první nápad. Již na počátku 30. let byla v Krči zakoupena půda, aby se nedaleko místní nemocnice postavil moderní ústav.

Z dnešního hlediska dopadlo vše dobře: v 80. letech nové zařízení nebylo postaveno a JÚ zůstal tam, kde byl založen. Byly postaveny dva montované pavilóny, původně pro potřeby školy, a poté použity jako sklady. Architekt Vlado Milunič začal připravovat projekt velkolepé rekonstrukce na Vyšehradě. Úkol byl: velká instituce pro 300 dětí, která je soustředěna za pohodlnými a moderními zdi Vyšehradu. Studie byla dokončena v roce 1989, kdy se naše profesní komunita rychle obrátila k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti. Projekt zůstal v archivu.

1.2 Popis Jedličkova ústavu a jeho význam v současnosti

Dnes JÚŠ používá čtyři kamenné budovy; Dům Na Topolce 1 byl přestavěn a dokončen jako domov pro malé děti, když byla nemocnice dům Na Pankráci 13 přeměněna na studentský dům. Nová budova byla na konci 90. let zrekonstruována a přeměněna na moderní školní budovu a v roce 2002 byl přidán bazén (budova na Pankráci 11 musela být vrácena v restituci majitelům, dobrý dárek !!!). V roce 2004 byla zahájena výstavba rehabilitačního pavilonu v rámci projektu ak.arch. Jiří Lasovský. JÚŠ také využívá rekreační zařízení v Bukové u Nových Hradů.

V posledních patnácti letech, kdy bylo město Praha zřizovatelem JÚŠ, byl navržen koncept rozvoje a dostavby dnešního ústavu. Služby poskytované JÚŠ jsou komplexní, ambulantní a bytové, v oblasti speciálního vzdělávání a lékařské rehabilitace. „Jedle“, jak jí dnes říkají studenti a zaměstnanci JÚŠ, není jen školou bez bariér, ale zcela unikátním zařízením. Kromě JÚŠ bylo postupně a nepostřehnutelně vytvářeno a rozvíjeno Vyšehradské servisní středisko, jedná se o svobodné sdružení státních a nestátních, velkých a malých, strukturovanějších a méně strukturovaných organizací, kteří poskytují služby nejen mladým lidem se zdravotním postižením, ale také jejich rodinám a lidem, s nimiž pracují. Jedná se například o služby osobní asistence, prostředky pro volný čas, dopravu atd. V porevoluční moderní historii jsou nejdůležitějšími osobnostmi v historii Jedličkova ústavu a škol Jan Pičman, který byl ředitelem od roku 1994 do roku 2014, a současný ředitel Petr Hrubý, který je ředitelem od září 2014. Podle Pičmana se postup změnil hlavně v polovině 90. let, přestal být institucí sociální pomoci a stal se specializovanou školou. Důraz je více na nezávislosti, méně na péči samotné. V té době také chodilo mnoho dětí do běžných škol. Jedličkův ústav navštěvuje asi 150 dětí. Ostatní klienti mohou využívat širokou škálu vybavení. Ústav přestal být uzavřen a izolován od vnějšího světa, naopak se snaží otevřít veřejnosti. Pičman se také domnívá, že v některých případech je pro lidi se zdravotním postižením užitečné připravit se na další život ve zvláštním prostředí. Podle jeho názoru ne všichni učitelé běžných škol mohou normálně pracovat s dětmi se zdravotním postižením, s čímž můžeme pouze souhlasit. V takové situaci mohou děti a dospívající riskovat více škody než užítku, pokud nejsou učitelé dostatečně vzdělaní. Někteří odborníci například doporučují, aby se dítě v běžné škole raději vyhnulo určitým činnostem (školní výlety, lyžování atd.), čímž vznikne určitá izolace takového studenta. Pičman prohlašuje: „Děti pod rouškou integrace zůstávají na okraji. Pro některé je

lepší specializovaná škola. Nechceme je v tom izolovat, ale abychom je připravili na nejlepší možnou integraci. “ Podle Pičmana jsou některé děti lépe připraveny na další vzdělávání a žijí mnohem lépe ve skupině spolužáků s podobnými nedostatky, kde mají všechny stejné podmínky; v běžné škole mohou mít neúspěch, selhání a pocit izolace to vše může v myslích dětí a adolescentů způsobit nesmazatelné stopy.

2. ŠKOLA PŘI JEDLIČKOVĚ ÚSTAVU

2.1 Popis a specifikace

Jasným prioritním posláním Jedličkova ústavu a škol je připravit děti a mládež se zdravotním postižením prostřednictvím vzdělávání a nabídnout komplexní služby pro jejich následný nezávislý život.

Klienti Jedličkova ústavu a škol jsou tedy děti, mladí lidé a adolescenti se zdravotním postižením a, jak již bylo mnohokrát uvedeno, součástí ústavu, je několik institucí. Mateřskou školu navštěvují hlavně děti s narušeným vývojem řeči, zde se provádí intenzivní logopedie. Speciální základní školu navštěvují děti se zdravotním postižením i děti s kombinovaným postižením. Praktická základní škola pak přizpůsobuje obsah výuky v souladu s RVP ZV pomocí aplikace regulující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Střední školy navštěvují dospívající v různých oborech, kteří potřebují péči. Jedná se o dvouletou praktickou střední školu i dvouletou obchodní školu, která je dokončena závěrečnou zkouškou.

Kromě toho existuje tříletý obor vázání knih, keramika a krejčovství, obuvník (učňovské vzdělání), čtyřletý obor sociální činnosti, který končí maturitou, a „Gymnázium bez bariér“. Součástí instituce jsou také řemeslné dílny (keramické, textilní, proutěné, dřevozpracující), které se používají v ergoterapii, jakož i při výuce na školách a koníčkách. (Hrubý 2013).

Při studiu na určitých typech škol se berou v úvahu individuální potřeby studentů. V případě potřeby se sestavuje individuální plán, a to vždy ve spolupráci s učitelem, speciálním pedagogem a psychologem ze speciálního pedagogického centra Jedličkova ústavu a škol (školní část). Na rozdíl od běžných škol se Jedličkův ústav a školy zaměřují na pozitivní posun u každé osoby, a to nejen v rámci jejích schopností, ale také v co nejširším přesahu. Zde má kvalita přednost před množstvím.

Stimulace užitečných akcí zde pokračuje v tradici učení se zkušenostmi (Bartoš), stimulace vzdělávacích situací (Bakule) a využívá tvůrčí proces učení prostřednictvím sebevyjádření (zejména v oblasti vzdělávání). Součástí systému zdravotní péče školy je i poradenství, které

zajišťuje tým odborníků SPC ve školním úseku, kde je velmi významná role výchovného poradce a metodika školní prevence.

Současné cíle JÚ vycházejí z jeho poslání a liší se v závislosti na konkrétní hlavní cílové skupině (klienti a jejich rodiny x zaměstnanci x prostředí a veřejnost). Ve vztahu ke klientům a jejich rodinám je prioritou dostat děti se zdravotním postižením na nejvyšší možnou míru nezávislosti, pomoci kompenzovat nedostatky a komplexně rozvíjet celou osobnost studenta nebo klienta. Neposkytujte pomoc tam, kde to není potřeba, a speciální postupy používejte pouze v případě, že neexistuje jiný způsob.

Kvalifikovaný personál je samozřejmě také podmínkou spokojenosti studentů a klientů, včetně jejich rodin. Pracují v důstojných, ideálně co nejlepších pracovních podmínkách, získávají další vzdělání a jsou otevřeni novým podnětům. Je zřejmé, že cílem těchto pracovníků je nejprve získat a dlouhodobě udržet instituci – zařízení, protože péče o studenty nebo klienty není věcí jednotlivce, ale týmu. Mezi cíle zaměstnanců patří také týmová práce a snaha o maximální osobní odpovědnost za práci, která jim byla svěřena.

S ohledem na životní prostředí a veřejnost je cílem Jedličkova ústavu a škol ovlivňovat veřejnost tak, aby respektovala lidi se zdravotním postižením (bez ohledu na jejich věk) a vnímala jejich skutečný potenciál a potenciální přínosy pro ostatní.

2.2 Zdravotní charakteristika žáků 2. stupně základní školy Jedličkova ústavu

Téměř 50 % klientů Jedličkova ústavu, byla diagnostikována dětská mozková obrna (nejčastěji quadruparetická, hemiparetická a dyskinecká forma) a v posledních letech roste počet klientů s posttraumatickým a pooperačním poškozením centrálního nervového systému. Existují také studenti, u kterých je diagnostikována svalová dystrofie, nádory centrální nervové soustavy a míchy, focomelia, meningomyelokéla atd.

Fyzická postižení jsou často kombinována s poruchou zraku a sluchu, zhoršeným mentálním vývojem, epilepsií, narušenou řečí, specifickými poruchami učení, zhoršenou pozorností a dalšími kognitivními funkcemi. Tyto děti potřebují vhodné podmínky, aby mohly pracovat v souladu se svým současným stavem, ale zároveň musí existovat jasný a pevný způsob práce a odpočinku.

Důraz na harmonické rozdělení aktivit, zejména na začátku školní docházky, je důležitější než nabyté znalosti. Pro mnoho studentů je nutné vytvořit individuální vzdělávací plán, protože některé diagnózy (například progresivní svalová dystrofie) vyžadují zahrnutí různých úlev (osvobození od určitých předmětů, zkrácení doby studia atd.). V posttraumatických podmínkách s poškozením centrálního nervového systému je nutné zpomalit tempo práce a tuto látku často opakovat.

2.3 Tělovýchovné aktivity žáků s tělesným postižením

Tělesná výchova je určena pro přiměřeně zdravé školáky s menšími odchylkami ve zdraví, kteří však mohou neustále zlepšovat svoji kondici. Tělesná výchova umožňuje studentům využívat jejich vlastní fyzické schopnosti odpovídající jejich věku, postižení a fyzickým schopnostem. Prostřednictvím tělocviku student neustále rozvíjí své motorické schopnosti a osvojuje si motorické dovednosti a návyky.

Mezi činnosti, které musí příslušný RVP splňovat v oblasti tělovýchovného poslání a cíle, patří:

a) Činnosti ovlivňující zdraví (význam cvičení pro zdraví; příprava těla před tréninkem, cvičení a relaxace těla po cvičení; zdravotně orientované činnosti prvky fyzického zdraví; hygiena při tělovýchově; bezpečnost cvičení). (Kudláček a kolektiv, 2013)

b) Činnosti ovlivňující úroveň motoriky (pohyb; vývoj motorických schopností; základy gymnastiky; umělecké a kondiční cvičení; přípravné bojové cvičení; základy atletiky; základy sportovních her; pěší turistika a rekreace ve volné přírodě; plavání; pobyt v zimní přírodě; jiná fyzická aktivita (podle školních podmínek),
trénink. (Kudláček a kolektiv, 2013)

c) Činnosti podporující tělesnou výchovu (vzdělání; organizace a komunikace v tělovýchově; zjednodušená pravidla venkovní hry; zásady chování a jednání; měření a hodnocení motorických dovedností; informace o fyzické aktivitě). Na základě těchto doporučených oblastí si konkrétní školy vytvářejí ve školních programech (SEP) specifickou formu tělovýchovy. Výběr a implementace tělovýchovných aktivit by měly být založeny na skutečných schopnostech a potřebách studentů a podmínkách školy. (Kudláček a kolektiv, 2013)

Mezi tělovýchovné aktivity pro žáky tělesně postižené patří také:

1. Zdravotní tělesná výchova (ZTV)

Zdravotní tělesná výchova je určena studentům s trvale nebo přechodně změněným zdravotním stavem. Tato skupina zahrnuje většinu studentů s tělesným, duševním nebo smyslovým postižením ve speciálních školách. ZTV je studentům nabízena jako adekvátní substituce povinné tělesné výchovy (alternativní forma TV), která využívá speciální cvičení na základě hlavních charakteristik zdravotních problémů školáků (A – oslabení ůů...pohybového aparátu, B - oslabení vnitřních orgánů, C – oslabení smyslových a nervových funkcí). Tato cvičení přispívají k úlevě nebo eliminaci zdravotního postižení, obnově postižených orgánů a funkcí, procvičení náhradní a podpůrné činnosti a zlepšení obecného stavu postiženého studenta. Naopak cvičení nebo akce, které kontraindikují zdraví studenta, tj. které jsou pro studenta pro jeho postižení nebo poškození nevhodné, by neměl student absolvovat. (Kudláček a kolektiv, 2013)

2. Pohybová výchova

Pohybová výchova je součástí výchovy žáků s těžkým mentálním postižením a jinými formami postižení ve speciálních základních školách. Tělesná výchova je zaměřena na zvládnutí základů motorické dovednosti a jejich rozvoj. Prostřednictvím fyzické aktivity pomáhá zmírňovat následky zdravotního postižení, rozvoj kognitivních procesů studenta (pozornost, vnímání, řeč), snižovat stres a únavu. Fyzická aktivita je zde základem pro rozvoj duševních procesů. V rámci RVP uvádí tato část řadu vhodných akcí, které vedou k dokončení úkolů a dosažení cíle tělesné výchovy. Mezi tyto činnosti patří pohybové hry a cvičení, základní manipulace s míčem a malým vybavením, rytmická cvičení, relaxační cvičení, plavání, turistika a pobyt v přírodě. (Kudláček a kolektiv, 2013)

3. Rehabilitační tělesná výchova (RTV)

Rehabilitační tělesná kultura je alternativní forma tělesné výchovy zlepšující zdraví, která je realizována pouze na speciálních základních školách. RTV je určena studentům s nejtěžšími formami mentální retardace, kteří mají sníženou schopnost spontánního pohybu. Její hlavní úkol je splněn, když fyzická aktivita přispívá k rozvoji mobility studentů a má tak pozitivní vliv na zdraví.

Seznam doporučených aktivit RTV FEP je následující:

- a) rozvoj impulzních, polohovacích, relaxačních cvičení;
- b) stimulace pohybu v prostoru, rozvoj aktivního pohybu, nácvik chůze s podporou, pomocí, nezávislý pohyb;
- c) rozvoj motorických dovedností (koordinace oko - ruka);
- d) cvičení pro relaxaci, uvolnění spasmoidických částí těla;
- e) rehabilitační cvičení

(Kudláček a kolektiv, 2013)

3. OBECNÁ CHARAKTERISTIKA TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ

3.1 Vymezení pojmu tělesné postižení

Tělesné postižení (handicap) je jedním ze zdravotních postižení, kdy je člověk z důvodu tělesné odchylky omezen v pohybových schopnostech oproti zdravým jedincům. Toto pohybové omezení ovlivňuje také jeho kognitivní (poznávací), emocionální a sociální (společenské) schopnosti, takže jej nelze srovnávat se zdravou populací. *„Jsou narušeny role, které postižený ve společnosti zastává: soběstačnost, schopnost cestovat, partnerská a rodinná role, pracovní a zájmová činnost.“* (Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích, Diderot, 3. svazek G-J, s. 131) (podle Wikipedie).

Tělesné postižení je obvykle omezeno pouze na pohybový aparát. Jako tělesně postižená je obecně vnímána osoba, jejíž pohybový handicap leží v muskulo-skeletálním systému a je zjevný. Také zákon, který definuje tělesná postižení, se omezil pouze na takové definice tělesně postižených, které mají přímou souvislost s pohybovým postižením, nemusí však vždy jít o handicap na první pohled zřejmý. (Portál města Brna, www.brno.cz).

Odborná komunita však vnímá osoby se zdravotním postižením s podrobnějším rozlišováním podle způsobu a doby vzniku: Tělesná postižení mohou být vrozená nebo získaná. Vrozené vady vznikají buď během těhotenství, nebo při porodu. Získaná postižení může způsobit buď úraz, nebo různé choroby. Na rozdíl od vrozených vad mohou vzniknout v kterémkoli období života.

Samostatnou oblast tvoří tělesné postižení, vzniklé na základě poruchy neurologické.

Neurologická porucha je porucha nervového systému spojená s výskytem abnormality mozku, míchy nebo periferního nervového systému v lidském těle. S nástupem fyzické aktivity může dojít ke změně, která se projevuje dočasným nebo trvalým ochrnutím, ochabnutím svalstva, ztrátou emocí, poruchou koordinace, mrtvicí, bolestí, poruchou vědomí atd.

Jedná se o čistě fyzická, tj. tělesná postižení, přičemž motorické schopnosti při postižení na neurologickém základě jsou různé. Ale mezi přímé neurologické poruchy zahrnujeme také duševní poruchy, poruchy učení, mentální retardaci atd., které jsou považovány za mentální postižení.

Rozdíl mezi nervovými a duševními poruchami je však předmětem odborné diskuse ve vztahu ke konkrétním skutečnostem, které jsou příčinou stavu nebo ve vztahu k obecnému porozumění fungování mozku a mysli. Kromě toho lze definici poruchy jako odchylku od normy interpretovat různými způsoby (jinak v oblasti neurologie, jinak v oblasti vývojové psychologie a sociální vědy). V současné době existují vědy, které studují vztah mezi nervovými a duševními poruchami, např. neuropsychologie, kognitivní neuropsychologie, kognitivní (mentální) neurobiologie, biopsychologie (nebo behaviorální neurologie), sociální neurobiologie atd. V roce 2006 WHO zjistila, že neurologické poruchy a jejich důsledky ovlivňují jednu miliardu lidí na celém světě (en.wikipedia.org).

Společným a charakteristickým rysem osob se zdravotním postižením je úplné nebo částečné omezení mobility v důsledku poruchy pohybového ústrojí, nosné nebo nervové soustavy (Hruška, 1995). Fyzické postižení se projevuje nejen porušením pohybových schopností jednotlivce, ale je také velmi úzce spjato s kognitivními a emočními procesy člověka, a proto fyzické postižení ovlivňuje celou jeho osobnost (Vítková, 2003). Impulsní omezení může být vrozené nebo získané a vzniká několika způsoby. Dochází k němu hlavně v důsledku přímého poškození muskuloskeletálního systému (např. amputace, deformace) nebo v důsledku poškození centrálního nebo periferního nervového systému (např. mozková obrna, poranění míchy, štěpení míchy).

Sekundární porucha pohybu je výsledkem jiného onemocnění nebo poruchy, která omezuje pohyb pacienta (např. srdeční onemocnění, revmatické onemocnění, kostní onemocnění).

Vrozené postižení je velmi často spojeno s jinými poruchami. Zejména u poruch pohybu, které vznikají organickým poškozením centrálního nervového systému (CNS), jsou běžné mentální abnormality nebo poruchy aktivity a pozornosti. Proto se v další kapitole budeme zabývat nejen studenty s tělesným postižením, ale také studenty s kombinovanými vadami.

V souvislosti s kombinovaným postižením se používají i další pojmy, jako jsou kombinované vady, kombinované postižení nebo osoby s kombinovaným postižením (Opatřilová, 2009).

V případě kombinovaného postižení je osoba postižena dvěma nebo více typy postižení nezávisle na příčinách. Ve Věstníku Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky č. 8/1997, případ 25602 / 97-22, pro potřeby ministerstva školství, jsou studenti s více postiženími rozděleni do tří skupin:

1. Skupina, ve které je častým rysem mentální retardace. Duševní postižení je určujícím faktorem nejvyšší dosažitelné úrovně vzdělání. Proto se považuje za dominantní vadu při výběru vyučovací metody;
2. Druhá skupina se skládá z kombinace fyzických, smyslových a řečových vad;
3. Zvláštní skupinu tvoří hluchoslepé děti.
4. Samostatnou skupinu tvoří autistické děti a děti s autistickou charakteristikou.

3.2 Druhy tělesného postižení

Dětská mozková obrna

Termín dětská mozková obrna byl představen v roce 1959 zakladatelem dětské neurologie Ivanem Lesným, který definuje DMO jako *“ raně vzniklé postižení mozku (před porodem, při porodu nebo krátce po něm), projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti “* (1985, 9; srov. Kraus a kol., 2005). Matějček a Langmeier (1986) in Kudláček (2012, s. 32) tuto tradiční definici doplňují takto: *“...Navenek se projevuje jako určité opoždění vývoje hybnosti, provázené někdy úplným, jindy jen částečným ochrnutím končetin, někdy poruchami svalového napětí, někdy poruchami pohybové koordinace a někdy všemi těmito příznaky současně... “*

V důsledku poškození centrálního nervového systému dochází k různým klinickým projevům. Podle Kotagala (1996) klinické projevy DMO zahrnují:

- a) vývojové zpoždění (zpomalení motorického vývoje)

b) odchylný vývoj hybnosti (narušení správnosti, lokomoce a jemné motoriky)
c) porušení svalového tonu (hypotonie, hypertonie, asymetricky zvýšený tonus svalů oka, což často vede ke strabismu)

d) abnormální kinézy a držení těla (např. trvalé držení ruky v pěst, držení extensoru v dolní končetině s pevnými špičkami a hypertonickými adduktory, držení těla v opistonu)

e) reflexologické abnormality (například zvýšení šlachových reflexů, zachování primitivních reflexů, které měly zmizet)

e) somatické poruchy růstu

d) ortopedické komplikace (například zkrácení Achillovy šlachy a kolenního kloubu, které zabraňují chůzi)

Obecně lze konstatovat, že hlavním doprovodným jevem DMO je narušený impuls a svalový tonus, který se projevuje v různých stupních a rozsahu odchylného vývoje hybnosti. Nejedná se však o jediné příznaky. DMO je spojeno s dalšími poruchami, jako je mentální postižení (v přibližně 30-50 % případů), stejně jako epilepsie, poškození zraku a sluchu a v mnoha případech i porucha řeči (dysartrie).

DMO má tři hlavní formy (Komárek & Zumrová, 2000):

1) Spastická forma DMO je asi 70 % případů. Tato forma DMO se vyznačuje zvýšeným svalovým tonem, zvýšenou podrážděností a patologickými vzory motorického vývoje. Se spastickou formou DMO jsou svaly postižených končetin napjaté a odolávají pasivnímu ohýbání. V závislosti na místě a stupni postižení mohou spastické formy DMO mít podobu:

a) diparéza / diplegie (omezená mobilita dolních končetin);

b) hemiparéza / hemiplegie (poškození jedné poloviny těla s vážnějším poškozením horních končetin);

c) quadraparéza / quadraplegie (poškození všech čtyř končetin). Duševní poruchy jsou méně časté u diparetických a hemiparetických forem a častěji u kvadraparetických forem DMO. Při quadraparéze jsou poruchy řeči (dysartrie) také častěji spojeny s narušenou pohyblivostí svalů obličeje, úst a jazyka.

2) Dyskinetická (extrapyramidální) forma DMO postihuje asi 20 % lidí s DMO. Tato forma DMO se vyznačuje převládajícím nepotlačitelným (nedobrovolným), pomalým a torzním pohybem různých svalových skupin. V případě dyskinetické formy jsou kromě končetin velmi často ovlivněny svaly obličeje a řečových linií, což způsobuje značné problémy v komunikaci.

Tito lidé jsou kvůli nevhodnému slovnímu vyjádření často vnímáni jako mentálně retardovaní, ačkoli jejich inteligence je neporušená (Vágnerová, 2008)

3) Cerebelární (mozečková) DMO je vzácná, asi u 5–10 % případů DMO (Komárek & Zumrová). Projevuje se snížením svalového tonu hypotenze a zpožděným motorickým vývojem. Hypotonická forma DMO je někdy označována jako samostatná forma DMO. Tato forma se vyznačuje převahou sníženého svalového tónu trupu a končetin. Často se vyvíjí kolem třetího roku v jedné z hlavních forem DMO. Tato forma je téměř vždy spojena s těžkou mentální retardací.

Rozštěpy páteře

Rozštěp páteře Spina bifida je jednou z nejčastějších vrozených vad. Sherrill (2004) jej popisuje jako nejčastější formu postižení po DMO. Vitkova (2004) uvádí výskyt 9 % s postižením. Spina bifida je způsobena nedokonalým uzávěrem medulární trubice a následným výhřezem míchy z páteřního kanálu, nejčastěji v bederní oblasti. Rozlišujeme mezi třemi typy páteřních rozštěpů:

a) meningokéla, ve které vypadává bránice míchy

b) meningomyelokéla, ve kterém dochází k výhřezu míšních plen a míchy

c) spina bifida occulta (utajená), což je pouze nedokonalé uzavření míchy bez výhřezu míšních plen a míchy. Prolaps míchy a plen míchy je ve formě vakovitého útvaru v bederní oblasti, který je pokryt ztenčenou kůží. I po jeho neurochirurgickém odstranění mohou přetrvávat doprovodné příznaky, jako je mírná paralýza dolních končetin (paraplegie), spolu s deformacemi dolních končetin. Poruchy svěrače (močová inkontinence) jsou běžné. Horní polovina těla je normálně vyvinuta a může se vyvinout skolióza (Vítková, 2006). Páteřní rozštěpy jsou také často spojovány s hydrocefalem (nadměrná produkce a přetížení

mozkomíšního moku). Tito lidé mají velmi dobře vyvinutou řeč, normální inteligenci, ale mohou mít problémy s pamětí a problémy s částečnou prací (Opatřilová, 2009).

Lidé s rozštěpý páteře jsou vhodnými adepty pro sport na vozíku. Proto byste se měli soustředit na rozvoj svalů horních končetin, které obvykle zůstávají neporušené. Sherrill (2004) doporučuje plavání, skútr (deska pro invalidní vozík) a sport na invalidním vozíku.

Je vhodné se pokusit tyto lidi přilákat do sportovních organizací pro uživatele invalidních vozíků. Tyto organizace by si měly u svých dětí rozvinout dovednosti týkající se mobility invalidních vozíků, které pak mohou využít při fyzické rekreaci a v tělovýchově. Tito lidé se mohou účastnit většiny sportů na invalidních vozících nebo lyžování či sáňkování.

Progresivní svalová dystrofie

Svalová dystrofie je jedním z hlavních svalových onemocnění. Nejčastěji začíná v dětství, méně často v dospívání, zřídka v dospělosti. To se projevuje tím, že svaly postupně zhubnou, svalová vlákna se rozpadají a mizí, snižuje se jejich počet. Místo toho se vytváří nefunkční svalový svazek se zbytečnou, nerovnoměrně velkou příměsí tuku.

Před začátkem školy, zejména během dospívání, se nemoc obvykle ztlačně zhoršuje. Pokud osoba se svalovou dystrofií prochází dospíváním v dobrém pohybu, obvykle se zhoršuje jen nepatrně a existují případy, kdy se stav po mnoho let nezměnil.

Příčina onemocnění dosud nebyla plně popsána, ale na jejím vývoji se určitě podílejí hormonální a metabolické poruchy. U různých pacientů dochází ke ztrátě svalových vláken odlišně. V zásadě můžeme pozorovat tzv. sestupný a vzestupný typ. Sestupný typ začíná svaly ramenního pletence. Odtud se šíří do horních končetin, do svalů trupu a zejména do svalů pánevního pletence a dále do dolních končetin.

U vzestupného typu se proces nejprve objevuje na svalech pánevního dna a na bederních svalech. Pak se šíří vzhůru. Někdy se to také může projevovat významným zvýšením objemu lýtkových svalů, které je způsobeno hromaděním tuků, tj. funkčně zbytečnou tkání.

Sherrill (2004) zdůrazňuje, že děti se svalovou dystrofií by se měly účastnit pravidelné tělesné výchovy, pokud to jejich zdravotní stav dovolí. Zapojení do fyzické aktivity brzy v průběhu

zdravotního postižení může dětem pomoci rozvinout blízká přátelství, která vydrží i po zhoršení jejich stavu.

Děti by měly být obeznámeny s činnostmi, které mohou dělat v pozdějších stádiích onemocnění (kdy už k přesunu používají invalidní vozík). Mezi tyto aktivity patří lukostřelba, šipky, rybaření, bowling, boccia a další. Odborníci také doporučují plavání. Zdravotní stav dětí s dystrofií se obvykle zhoršuje, když jsou jejich vrstevníci zapojeni do týmového sportu. V tom případě se mohou přihlásit jako rozhodčí nebo osoby odpovědné za sledování stavu zápasu. Měli bychom je proto podrobně seznámit s pravidly a připravit je na tuto zodpovědnou roli dříve, než ji začnou plnit. Mimo tyto integrované hodiny tělesné výchovy je však nezbytně nutné zařadit také hodiny rehabilitační tělovýchovy (RTV).

Ochrnutí po poranění míchy

Poranění míchy se může objevit při těžkých úrazech a ve výjimečných případech u některých chorob. V těchto případech dochází k ochrnutí v závislosti na stupni poškození míchy.

Nejčastějšími příčinami nehod jsou automobilové nebo motocyklové nehody nebo skoky v mělké vodě. Paralýza po poranění míchy není běžná u dětí ve školním věku, ale ve školní tělesné výchově stále můžeme vidět studenta s paraplegií nebo kvadruplegií.

V závislosti na výšce léze (poranění míchy) rozpoznáváme několik typů ochrnutí

1. Posttraumatická slabá paréza: v případě poškození kořenů páteře ve spodní části bederní páteře dochází k neúplné paralýze (paréze) dolních končetin.

Lidé s tímto postižením obvykle chodí o francouzských holích. Používají invalidní vozík hlavně pro dlouhé trasy, ale i pro sportovní a jiné fyzické aktivity.

2. Posttraumatická paraplegie: Jedná se o úplnou paralýzu dolních končetin, obvykle po poranění míchy v hrudní a horní bederní páteři. Za určitých podmínek se můžete naučit chodit v přístroji. To je však obvykle velmi nebezpečné, únavné a slouží jako rehabilitační cvičení. Paraplegičtí studenti používají invalidní vozíky celý den. Mohou se také účastnit mnoha fyzických aktivit. Mezi ně patří atletika, plavání, lukostřelba, basketbal a tenis pro vozíčkáře, lyžování na monoski, hokej na saních, windsurfing, vodní lyžování a další.

3. Posttraumatická kvadruplegie: K tomuto stavu dochází po poranění míchy v krku. Obvykle to končí paralýzou dolních končetin a ochrnutím paží v různých stupních od parézy po praktickou plegii (Trojan, 2005)

Paralýza je vždy horší ve spodní části paže (prsty, zápěstí) než v horní části paže (ramena) a ovlivněny jsou také břišní a zádové svaly. Účast na sportovních aktivitách závisí na stupni postižení. Mezi vhodné fyzické aktivity pro lidi s kvadruplegií patří plavání, atletika, stolní tenis, boccia, lukostřelba a další.

Zvláštní sportovní hrou pro tyto lidi je ragby pro vozíčkáře. Boccia je také vhodná pro lidi s úplným ochrnutím horních končetin, protože mohou používat speciální rampy a pomocníka.

4. Posttraumatická quadraparéza: Tento stav je relativně vzácný. Jedná se o neúplnou paralýzu horních a dolních končetin. Míra jejich postižení se liší, ale dolní končetiny vykazují pohyby, které lze někdy použít k tlačení invalidního vozíku nebo dokonce k procházce (Trojan, 2004).

Amputace dolních a horních končetin

Amputace končetiny je velmi drastický zásah do pohybových schopností, zejména u dítěte. Důvody pro rozhodnutí o amputaci končetiny: Závažná destruktivní zranění, zejména pokud jsou zničeny důležité krevní cévy, nekontrolované infekce s obecnými život ohrožujícími septickými projevy, jako jsou plynové svraby.

Amputaci lze provést také v případě dlouhodobého nevléčitelného lokálního onemocnění. Pahýl amputace v jeho konečném stavu musí být silný a dobře mobilní. Odpor pahýlu závisí hlavně na kvalitě a umístění chirurgických jizev.

Eis (1986) uvádí, že kontrola protézy závisí na délce pahýlu. Čím delší je pahýl, tím lépe je protéza ovládána. Jeho délka by však neměla zasahovat do umístění technického příslušenství protézy. Mimořádně důležité je také řádné ošetřování pahýlu. Existuje několik typů protéz a s vývojem nových materiálů a technologií se každoročně zlepšují příležitosti pro zapojení amputovaných do fyzické aktivity.

Inspirujícím příkladem účasti sportovců (v případě dětí budoucích sportovců) je jihoafrický sprinter Oscar Pistorius, který je schopen běžet 100 metrů za 10,91 sekund (se dvěma protézami). Často také používají invalidní vozík bez stupaček, což jim umožňuje lepší manévrování v menším prostoru.

U dětí s amputací horních končetin záleží na povaze a rozsahu amputace. Děti se mohou zapojit do fyzické aktivity s použitím protéz nebo bez nich.

Možnosti fyzické aktivity u lidí s amputacemi dolních končetin se liší v závislosti na typu amputace. Většina lidí se může účastnit pravidelných aktivit díky správné sportovní protéze. Osoby s jednostrannými amputacemi nad kolena a pod koleny nebo s oboustrannými amputacemi pod koleny mohou soutěžit v atletickém běhu, plavání, lyžování se stabilizátory. Pro tyto činnosti nepotřebují invalidní vozík.

Mohou se však také účastnit kolektivních sportů. Mezi vhodné sporty patří například tenis nebo basketbal pro vozíčkáře. Jednotlivci ze skupiny (bilaterální amputace nad kolenem) jsou také zapojeni do individuálního sportu na invalidních vozících. Plavání, stolní tenis, lukostřelba a většina sportů na invalidním vozíku, včetně lyžování a sáňkování, jsou pro tyto lidi také skvělé. Odborníci také doporučují časté návštěvy sauny.

4. OSOBY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

4.1 Volnočasové aktivity

Pokud je to možné, je třeba zapojit dítě do různých aktivit (odvíjí se od stupně postižení) co nejpřirozenějším způsobem, poskytnout jim šanci sdílet kolektiv vrstevníků, získávat zkušenosti v rámci skupiny dětí a umožnit tak dítěti získávat sociální zkušenosti, rozvíjet sociální kontakty. Pro každé dítě je důležitá motivace, snaha zvládnout určitý úkol, dovednost, vyrovnat se ostatním. Právě v této oblasti spočívá přínos hry, sdílení prožitků s vrstevníky. Pro dítě s tělesným postižením je toto jistě mnohem obtížnější a bezesporu je nespočet situací, dovedností, ve kterých nemůže „stačit“ vrstevníkům z intaktní skupiny. Při zapojení dítěte s tělesným postižením do her je třeba zohlednit postižení a přizpůsobit podmínky.

Jak uvádí S. Martin (2006, s. 201–203) každodenní protahování a cvičení je pro děti nejlepším způsobem, jak zůstat fit a udržet si nezávislost v průběhu dětství, dospívání a dospělosti. Nesporným přínosem jsou však pro děti venkovní i vnitřní fyzické aktivity, avšak u dětí s tělesným postižením je vzhledem k jejich omezením tendence vyhledávat aktivity ve vnitřním prostředí a aktivity vsedě.

Venkovní aktivity dětí s tělesným postižením se odvíjí od možností dítěte a dají se rozdělit na aktivity pro mladší a starší děti. Pro děti mladšího věku lze využít tyto možnosti (Martin, S., 2006):

Odrážedla

odrážet se nemusí být u dětí s mozkovou obrnou úplně snadné, zpočátku je třeba asistence ze strany rodičů, hlavně dodržet zásady bezpečnosti. Pokud dítě nezvládne samostatně jezdit, může se těšit jízdě s dopomocí.

Houpadla

Lze využít malé houpačky, houpací koníky.

poskytují dítěti relaxaci i zábavu.

Chodítka, tlačení hraček

slouží dětem s problémy s rovnováhou a samostatnou chůzí. Mohou sloužit i běžné hračky – autíčka, dětské sekačky.

Trojkolky

napomáhají rozvoji koordinace a rovnováhy a zároveň znamenají pro dítě zábavu. V současnosti existuje na trhu mnoho variant a je třeba vybrat tu nejvhodnější.

Pro volnočasové aktivity, které zahrnují i výlety do přírody, je možné využít sportovní kočárky a vozíky.

Pro starší děti jsou vhodné míčové hry, modifikované vzhledem k postižení dítěte, dále pak plavání, jízda na koni či tanec.

Faktem zůstává, že řada volnočasových aktivit je pro osoby s postižením hybnosti realizovatelná jen s jistou formou modifikace a mnohdy je potřeba motivace pro překonání všech překážek. Zejména sportovní vyžití a aktivní forma trávení volného času má nesporný pozitivní vliv na celkový stav jedince.

4.2 Možnosti sportovních aktivit u osob s tělesným postižením

Silné svaly pracují lépe než svaly oslabené, posílené svaly pomáhají celkovému fyzickému rozvoji, což platí pro všechny; i pro děti s mozkovou obrnou. Časem mnoho osob s postižením dosáhne svého potenciálu, avšak i nadále je třeba cvičení (Martin, S. 2006).

Jednou z možností dalšího rozvoje a upevňování stávajících pohybových dovedností je sport. Nemusí se vždy jednat o aktivní, závodní úroveň, ale i o úroveň rekreační. Pohyb – sport je pro mnohé osoby s pohybovým postižením nutností.

F. Kábele (1992) uvádí specifické cíle sportu:

rozvoj základních pohybových schopností a dovedností

osvojení regulačních a kompenzačních metod

formování psychických vlastností

překonání sociálních bariér

předcházení vzniku onemocnění

Vilímová, Hurychová (1997) uvádí, že fyzická aktivita a sport je nedílnou součástí vzdělávání. Konkrétní cíle fyzické aktivity obvykle zahrnují:

1. Vzdělávací cíle zahrnují rozvoj motorických dovedností a schopností, stejně jako základní koncepty a znalosti tělesné kultury.

2. Motivační cíle měly by se zaměřit na vytváření pozitivního přístupu studentů k pohybu a k rozvoji pozitivních morálních vlastností.

3. Zdravotní cíle zahrnují rozvoj funkčních schopností těla, tvorbu

správných hygienických návyků spojených s udržováním optimální úrovně těla (fitness, správné držení těla, životní styl atd.) Jsou rozděleny na:

a. kompenzační cvičení: jednostranná kompenzace zátěže (strečink, dechová cvičení, relaxační cvičení, balanční cvičení, ...)

b. hygienické návyky: obnovení duševních sil a hygieny (sportovní oblečení, sprcha po cvičení, ...),

c. potřeba zdravého životního stylu (dostatek pohybu, spánek, jídlo, ...).

Kromě toho lze v souladu s konkrétními cíli fyzické aktivity zvažovat (dle Kábeleho, 1992) další souvislosti:

1. Používání regeneračních a kompenzačních metod, například psychorelaxace, techniky automasáže, kompenzační cvičení, posilování, protahování atd.

2. Formování mentálních vlastností: volní úsilí, schopnost soustředit se, zvládat obtíže.

emoce, adaptace a spolupráce, překonávání konfliktních situací, kompenzace pocitů podřadnost atd.

3. Překonávání sociálních bariér, přijímání sociálních rolí, navazování kontaktů uvnitř komunity zdravotně postižených, sociální kontakty zdravých a zdravotně postižených, pozitivní příklad pro lidi se zdravotním postižením, kteří se dosud neúčastní sportu, možnost výměny

zkušenosti a informace, propagace výsledků, zapojení sportovních diváků.

A Čichoň (2005) tvrdí, že fyzická aktivita pomáhá předcházet tzv.

civilizačním chorobám, způsobeným nečinností, nevhodným životním stylem, časté neurotizaci způsobené vystavením stresovým faktorům atd.

Velkou roli v možnostech sportovních aktivit u klientů Jedličkova ústavu hraje sportovní klub. Sportovní klub Jedličkova ústavu v Praze byl založen v roce 1994. Jeho cílem je poskytnout lidem se zdravotním postižením příležitosti ke sportu. Od roku 1997 je klub řádným členem České federace Spastic Handicap, o.s.,

V současné době máme 196 registrovaných řádných členů. Jedná se zejména o klienty Jedličkova ústavu, ale tréninky pravidelně navštěvují i ti z celé Prahy a okolí. V SC JÚ Praha se věnujeme: atletice, florbalu, bocce, cyklistice, lukostřelbě, curlingu, stolnímu tenisu, plavání, bowlingu, fotbalu, šachu, organizujeme kurzy monoski lyžování a zajímáme se o akce s prvky horolezectví – pro odvážné.

Velmi neobvyklou aktivitou pro zdravotně postižené, kterou můžeme nabídnout těm, kdo si přejí, je sestup po Vyšehradských zdech na invalidním vozíku a překonávání lanovek. Tento program připravujeme společně s organizací Outdoor Aktivity 1–2krát ročně během „teplých“ měsíců. V zimních měsících pořádáme pro studenty středních škol klasické lyžařské kurzy podle jejich zájmu a ve spolupráci s O.A. Janské Lázně monoski jezdecké kurzy pro vozíčkáře.

Sportovní a tělesná výchova se praktikuje pro žáky Jedličkova ústavu prakticky od okamžiku jeho založení v roce 1913. Jednalo se spíše o rehabilitační sportovní aktivity než o organizované a pravidelné aktivity. Ke změně došlo v roce 1994 příchodem Mgr. Radka Sovy (absolventem MFF UK) do JÚ, který společně se skupinou dalších učitelů založil 7. června 1994 sportovní klub Jedličkova ústavu v Praze, jehož posláním bylo a zůstává pořádání sportovních akcí pro osoby se zdravotním postižením.

V době svého založení se sportovní klub Jedličkova ústavu skládal z 11 členů a provozovaly se zde pouze dva sporty: stolní tenis a jízdy na formulkách (speciálně upravený invalidní vozík pro rychlostní a vytrvalostní jízdu).

Rok 1997 přinesl obrovskou změnu, když byla v září otevřena zcela nová tělocvična, která je součástí ubytovny Topolka, a SC JÚ Praha získal vlastní kancelář a sklad sportovního vybavení. Další podnětem pro rozvoj sportu v JÚ bylo jmenování dvou zaměstnanců, kteří se budou starat o sportovní vybavení, zajišťovat hladký chod sportovního klubu a organizovat téměř všechny sportovní akce v Jedličkově ústavu.

Ve velké tělocvičně jsme mohli začít trénovat halové sporty, zejména florbal (díky fenomenálnímu hráči Zdeňku Krupíčkovvi je náš klub průkopníkem florbalu na vozíku), fotbal a také jsme položili základy u nás téměř neznámé hry boccia (hra podobná petanque vhodný pro lidi s nejtěžším postižením). Ve stejném roce jsme také začali pravidelně trénovat atletiku, stolní tenis a bowling. Šachový klub spadal také pod křídla SC JÚ Praha, jehož trénink a turnaje řídily externí síly, a stále je provádějí pan Ambroz a pan Chytka (nyní sdružení PROTEBE).

Postupem času a za velkorysé pomoci JÚŠ a České federace Spastic Handicap o.s., jejichž je SC JÚ Praha řádným členem od roku 1997, se rozšířila nabídka sportovních aktivit a výrazně se zlepšilo organizační zabezpečení našeho klubu.

Další významnou a dlouho očekávanou změnou v nedávné historii sportu v JŠ bylo otevření rehabilitačního bazénu, sauny a tělocvičny v areálu JÚŠ v roce 2002, které slouží k aktivnímu zotavení sportovců SC JÚ PRAHA.

SOUČASNOST A BUDOUCNOST

Sportovní klub má v současné době 343 členů. Členskou základnu tvoří zejména žáci a studenti JÚŠ a také lidé s různým postižením z celé Prahy a okolí, kteří pravidelně cestují na atletiku, florbal, cyklistiku, stolní tenis, plavání, bocce, bowling, fotbal, šachy, lukostřelbu nebo curling.

SC JÚ Praha každoročně pořádá klasické lyžařské kurzy pro chodce a ve spolupráci s SC OA Jánské Lázně a Fakultou tělesné výchovy a sportu se úspěšně konají kurzy monolitického ježdění. Jsme jedinou společností v České republice, která organizuje lezecké kurzy pro osoby se zdravotním postižením, které využívají i lidé na invalidním vozíku.

SC JÚ Praha je stálým organizátorem Mezinárodního mistrovství České republiky v bocce (MMČR) od roku 1999. Organizujeme také curlingovou ligu pro vozíčkáře, curling MMČR a mezinárodní curlingový turnaj, který se koná od roku 2005 v nové curlingové hale v Roztylech.

Kromě těchto „velkých“ akcí pořádáme regionální turnaje a místní soutěže pro jednotlivé sporty. Pořádáme vícedenní výcvikové tábory (atletika, cyklistika, lukostřelba a boccia). Pokud to finanční situace dovolí, uspořádáme atletický sportovní tábor pro běžce v alpském výcvikovém středisku v rámci přípravy na světové soutěže.

Kromě možnosti účastnit se sportovních aktivit sportovního klubu žáci mají možnost přihlásit se na kroužky (např. plavání), které poskytujeme v rámci Školního klubu.

PLAVÁNÍ

Plavání je pohyb, který umožňuje lidem a zvířatům pohybovat se ve vodě pouze pohyby vlastního těla (en.wikipedia.org). Toto je jedno z cyklických fyzických cvičení. Pohyb plavce, tj. Jeho postupný pohyb je výsledkem působení vnitřních a vnějších sil. Vnitřní síly jsou reprezentovány svalovou silou, vnější hydromechanickými silami. Podmínky mechanické plavby jsou založeny na hydromechanice.

Hydrostatika hodnotí jevy spojené s pohybem člověka ve vodě ve

vodorovné poloze na klidovém povrchu a hydrodynamika studuje vztah

vodního prostředí a plavce v pohybu. (Hlinková, 2004)

Bělková (1994) uvádí, že výuka plavání pro zdravotně postižené osoby má několik konkrétních úkolů k řešení. Na začátku tréninku je třeba se vyhnout

nadměrnému pracovnímu vyčerpání; naučte se nový předmět na začátku tréninku (kdy se plavci rychle unaví) - vysvětlete potíže s dýcháním a pokuste se je překonat a dát jasné a zřetelné instrukce.

Jedná se o plaveckou metodu založenou na předpokladech o typu poškození, míře

pohybu, motivaci a osobní touze, úrovni adaptace na vodu, vapingové dovednosti a dýchání, včetně předchozí plavecké zkušenosti. Na základě těchto předpokladů můžeme dospět k závěru, že individuální přístup k postižení je v plavání velmi důležitý pro každého člověka, a tím i pochopit specifickou plavání pro lidi fyzicky

postižené.

Budeme-li trpělivě pokračovat v lekcích plavání, můžeme dosáhnout toho,

že jedinec bude při pohybu ve vodě nezávislý. Zvláštní význam plavání pro tělo

spočívá v tom, že ji mohou provádět téměř všichni lidé se zdravotním postižením, i když někdy v omezené míře. Proto by plavání mělo být součástí

pohybového režimu nejen jako sportovní, ale i jako kompenzační aktivita ve volném čase. Je dobré používat různé hry k přizpůsobení se vodnímu prostředí.

4.3 Parabox

Parabox je box pro lidi, kteří mají jakou formu postižení.

Co to je parabox?

Česká asociace paraboxu (CPA) byla registrována Ministerstvem vnitra České republiky 20. května 2013. Je to organizace, která sdružuje všechny osoby se zdravotním postižením, které mají zájem o box, a současně trénuje boxery pro vozíčkáře. V České republice se box na invalidním vozíku nazývá parabox. Box pro vozíčkáře je v naší zemi zcela novým sportem, který přizpůsobuje pravidla olympijského boxu lidem na invalidním vozíku.

CPA byla vytvořena s cílem rozšířit sportovní základnu pro sportovce se zdravotním postižením a je jednou z prvních oficiálních organizací tohoto typu na světě. Chceme otevřít dveře vozíčkářům k jinému sportu, který má také ambice být součástí paralympijského sportu. Tento sport je stále populárnější po celém světě a s rozšířením členské základny po celém světě se vedou vážné diskuse o zařazení boxu na invalidním vozíku jako paralympijského sportu.

PRAVIDLA PARABOXU

Boxerské zápasy se hrají podle olympijských pravidel boxu s drobnými změnami. Tři kola po dobu jedné a půl minuty jsou orámována, tj. 3x 90 sekund s minutovou pauzou mezi koly. V případě mistrovského zápasu je to 4x 90 sekund. Boxeři buď sedí vedle sebe na invalidním vozíku a jsou zajištěni vzadu druhým, nebo se pohybují na invalidních vozících (tato možnost je však možná pouze u bojovníků s naprosto identickým postižením, které tento výkon umožňuje).

Vzdálenost boxerů ve výchozí poloze je dána délkou natažené paže. Ringový rozhodčí zajišťuje, že zápas probíhá hladce v souladu s pravidly a body uděluje rozhodčí. Mezi hlavní příkazy rozhodčího v ringu patří příkaz BOX (pro zahájení boje nebo příkaz k pokračování v boji po přerušení), STOP (pro přerušení nebo ukončení boje), TIME (pro přerušení boje na více než 10 sekund).

Po každém kole bodoví rozhodčí přidělí body bojovníkům na základě výsledků obou. Zde se hodnotí počet síťových úderů na bodovací část těla (jsou zakázány údery pod pas, za hlavu, do ledvin, krku), technická a taktická připravenost, aktivita, fyzická kondice, sportovní chování (minimální počet faulů). Neoprávněné taktiky zahrnují opírání se o kolíky, tlačení a držení soupeře, náhodné údery a údery do hlavy. Na rozdíl od olympijského boxu jsou údery povoleny s otevřenou rukavicí.

Každé pravidelné utkání musí skončit jasným vítězem. V případě shody rozhodčích by se měl soudce naklonit k jednomu vítězi. Remíza je možná pouze u neoficiálních a exhibičních zápasů.

ROZDĚLENÍ ZÁPASOVÝCH KATEGORIÍ PODLE POSTIŽENÍ

Kategorie A – Quadrubox

Kategorie pro sportovce s omezenou pohyblivostí paží, trupu a dolních končetin. Někdy však s částečnou pohyblivostí trupu a dolních končetin, ale vždy se zhoršenou pohyblivostí horních končetin v důsledku poškození míchy v horní části páteře.

Kategorie B – Parabox (bez nebo s částečně funkčním břišním svalstvem)

Kategorie pro sportovce se zraněním střední části páteře, kde zůstává plná mobilita paží. Ve většině případů však jde o nefunkční nebo částečnou setrvačnost trupu.

Kategorie C – Parabox s funkčním trupem a částečnou hybností spodních končetin:

Kategorie pro sportovce s plnou mobilitou horních končetin, trupu a v některých případech s částečnou mobilitou dolních končetin.

Z lékařského hlediska parabox má tyto výhody:

po fyzické stránce:

- zvýšení svalové vytrvalosti, koordinace a fyzické kondice

- nárůst síly, svalové hmoty, a to i v takových svalových skupinách, které vypadaly, že jsou po zranění odhozeny zpět

- zlepšený impuls, zejména v interskapulární (mezilopatkové) oblasti

- zlepšení funkce kardiovaskulárního systému

- dosažení nebo zlepšení rovnováhy ve svislém sedu a narovnání samotného sedu posílením hlubokého stabilizačního systému

- vylepšená kontrola volných pohybů

- ztráta váhy

2) po psychické stránce:

- vyšší sebevědomí

- lepší koncentrace a zvýšená vůle

- nový impuls a pořádek

- nové silné sociální kontakty a spojení

3) dopady na každodenní život:

- porozumění vašim omezením nebo rozšíření jejich hranic ve všech oblastech kvality života
snazší překonávání různých typů překážek nový pohled na vaše postižení a na sebe nová rodina, která se vám pokusí pomoci bez ohledu na to, odkud jste a jakýkoli problém máte.

Jak probíhá trénink?

Trénink paraboxu se svou strukturou nijak neliší od klasického boxerského tréninku, je pouze uzpůsoben potřebám lidí na vozíku. Jedinou zvláštností a nutností je větší počet trenérů při tréninku, protože každý sportovec vyžaduje individuální přístup a jištění vozíku. Trénink tedy začíná nezbytným zahřátím pohybového aparátu, dále pokračuje stínovým boxem, tedy boxem proti imaginárnímu soupeři. Podle struktury a plánu pokračuje se sparingy, simulací skutečného zápasu, dále nácviky boxerských technik, práce na aparátu, tedy boxovacích pytlích a lapách, posilovací cviky, protažení a relaxace.

PRAKTICKÁ ČÁST

5. ŠETŘENÍ

5.1 Cíl šetření

Hlavní cíl: ukázat dopad paraboxu na kvalitu života tělesně postižených žáků.

Dílčí cíl: vytvoření cvičební jednotky v paraboxu

Výzkumná otázka

Mají sportovní aktivity významný dopad na socializace osob s tělesným postižením?

Úkoly práce

1. Shromáždit informace o studovaném souboru přímým pozorováním a rozhovorem s klienty kteří cvičí parabox
2. Sestavení tréninkové hodiny z paraboxu.

5.2 Výzkumný vzorek

Skupina studentů 8 – 9 třídy. V počtu 6 osob. Čtyři chlapci a jedna dívka. Všichni mají různé druhy postižení

5.3 Výzkumné metody: pozorování, rozhovor.

Pro zpracování praktické části byly použity tyto metody:

- Přímé pozorování cvičících během tréninků
- Rozhovory s klienty, kteří cvičí parabox

Pozorování

Popisovaná situace se odehrála ve školním klubu Jedličková ústavu v Praze, ve středu, v průběhu tréninku paraboxu. V klubu bylo kromě vychovatele-instruktora paraboxu přítomno 5 žáků s věkovým průměrem 15-16 let, jedna dívka a čtyři chlapců.

Hodina paraboxu začala standardně tím, že všichni žáci udělali řadu na vozíčkách. Po vzájemném nadšeném a hlasitém pozdravu jsme začali rozcvičku. Po rozcvičce se utvořili dvojice a začali jsme nacvičovat boxerské techniky a rány měly být cca 30% síly od maxima. Jeden chlapec nechtěl respektovat zadaný úkol a stále boxoval nepřiměřenou silou. Po druhém

napomenutí chlapec dostal za trest cviky a nesměl pět minut s námi nacvičovat. Tuto situaci chlapec psychicky neunesl, cítil ponížení a trapnost. Raději bez omluvy odešel a již se tréninku nechtěl účastnit. Skupina si uvědomila, že pravidla se musí dodržovat a respektovat, jinak si každý musí nést za své činy konsekvence. Hodina dále v poklidu pokračovala. Závěrem hodiny bylo vytvořeno diskusní kolečko a každý se vyjádřil k dané události.

Další hodiny probíhaly již v poklidnějším duchu, ale pouze v pěti. Žáci si začali osvojovat pravidla paraboxu. Učili se nejen sportu, ale vzájemnému respektu a úcty jeden k druhému. Chlapci vnímali, že je mezi nimi i dívka, tak na ni brali ohled. Pokud se někomu něco nelíbilo, měl právo vše prodiskutovat a nepříjemné situace ihned byli vyřešení ke spokojenosti všech. Tréninkový plán byl o dost náročnější, protože každý jedinec měl svou vlastní diagnózu. Každému bylo vytvořeno jeho vlastní plán náročnosti podle jeho možností a dovedností. Střídání cviků se dělilo na skupinky. Někdo zkoušel háky, direkty, zvedáky, někdo nacvičoval správné dýchání, posilování, obranu, nebo pohyby těla a rukou. Vzhledem k jejich handicapu cesta k sebemenšímu úspěchu byla trnitá a bolestivá. Jednomu z chlapců s diagnózu svalová dystrofie byla doporučena od fyzioterapeuta zkrácená doba jednotlivých cvičení. Dívka s DMO má také upravené cviky, tak aby je v rámci svých možností zvládla a zažila radost z úspěchu. V rámci těchto tréninkových cvičení byly zapojeni i další odborníci z oboru fyzioterapie, ergoterapie a rodiče, se kterými byly tréninky konzultovány, aby byly ku prospěchu a neublížily.

Čím hodin přibývalo, tak všichni cítili určitý posun ve své fyzické kondici a cvičili i cviky více náročné, které se jim nelíbily, aby dosáhli určitého cíle. Po 3 měsících se kolektiv velmi upevnil v kamarádský vztah, který měl empatické citění.

Z pohledu vychovatele tuto skupinu hodnotím velmi kladně, protože vzniklo přátelství i mimo tréninkové hodiny. Setkání probíhala i venku. Ze zamyšlených, někdy smutných dětí, se stávají silné cílevědomé osobnosti. Velmi jim vzrostlo sebevědomí, že dokážou věci, o kterých si mysleli, že nikdy nedokážou a ničeho nedosáhnou. Nejde jen o sport a jeho výkony, jde o začlenění handicapovaných mladých lidí do společnosti o úspěšnou inkluzi a socializaci.

V těchto tréninkových výukových hodinách chtělo by i nadále pokračovat a stále se zlepšovat. Naplňuje pocit dobře vykonané práce a šťastné úsměvy spokojených mladých lidí.

Rozhovor

Rozhovor proběhl s žáky, které jsem trénoval na hodinách paraboxu: Zdena, Petr, Jiří, Ondra a Filip. Každému z nich jsem položil čtyři otázky, které byly pro každého z nich stejné. Otázky byly otevřené, probíhaly ústně a nebyly časově omezené.

Otázka č. 1

Jak se při tréninku cítíte?

Odpovědi

Zdena (16 let. DMO-diparetická forma s dyskinetickou složkou)

Dobře, cítím se spokojeně. Tréninky mě moc baví

Petr (15 let. Svalová atrofie)

Velice dobře.

Jiří (16 let. Beckerova muskulární dystrofie)

Cítím se spokojený při tréninku

Ondra (15 let. Srdeční vada a DMO)

Uvolnění, unavený, šťastný

Filip (15 let. DMO)

Skvěle. Přestavují si že jsem špičkový zápasník

Otázka č. 2

Jak společný trénink pomohl nebo ublížil vašim vztahům mezi sebou a z ostatní spolužáky?

Odpovědi

Zdena

Pomohl mi navázat nějaké vztahy

Petr

Pomohl mi zlepšit vztahy mezi lidmi, ale ne vždy se bavím se všema

Jiří

Já si myslím za mě, že se zlepšil vztah

Ondra

Myslím, že náš vztah mezi sebou je takový, že jsme o sobě něco víc zjistili, no a s ostatním je to tak, že se mi změnil názor a pohled na lidi

Filip

Začal jsem kamarádit

Otázka č. 3

Co se změnilo (zkvalitnilo – zhoršilo se) ve vašim osobním životě, když začaly trénink paraboxu?

Odpovědi

Zdena

Lepší kondice a větší síla a možná i výdrž

Petr

Začátky přizpůsobit se boxu byli, těžké, ale když jsem se do toho dostal měl jsem lepší kondici, sílu a víc uvolnění

Jiří

Zlepšila se fyzická výdrž a nic se nezhoršilo

Ondra

Zlepšila se mi kondice, naučil jsem se ovládat emoce (vztek) a zjistil jsem, že chci trénink využít i ve svém volném čase

Filip

Zlepšila se mi nálada

Otázka č. 3

Jaký má dopad to, že teď necvičíte kvůli opatřením proti COVID-19?

Odpovědi

Zdena

Horší kondice a trochu i ta výdrž. Chybí, že není fyzický kontakt

Petr

Zhoršila se fyzická síla a kondice a po čas dne bývám více unavený

Jiří

To, když necvičím jsem více unavený a nemám takovou energii po celý den

Ondra

Kondici, výdrž

Filip

Zhoršila se mi nálada

Shrnutí šetření

Hlavní část výzkumu byla zaměřena na pozorování a rozhovor se žáky 2. stupně 8 a 9 třídy školy Jedličková ústavu. Cílem bylo porovnání působení paraboxu na psychiku a jejich socializace pomocí toho to sportu. Informace zjišťované přes osobně pozorování při tréninku a při poskytování služby jako vychovatele pro tyto jedince. Další informace jsme pak získávali na základě rozhovorů se samotnými žáky.

5.4 Výstup – Vytvoření ukázkové tréninkové hodiny v paraboxu.

Tréninky paraboxu, se konají jedenkrát týdně od 18.00 do 19.30 v prostorách školního klubu na Topolce. Přesně vyznačené místo se nachází v herně č. 2. nebo v tělocvičně. Podmínky pro trénink jsou zde přiměřené. Tréninků se zde účastní 6 klientů, avšak pravidelně dochází kolem 5. Tréninky zde jsou striktně řízeny, každý z klientů dělá jen to, co mu řekne instruktor.

Ukázková hodina paraboxu

Jako každá cvičební hodina v jakémkoli sportu, tak hodina paraboxu má svoje pravidla a řád.

Pravidlo č.1 je bezpečnost žáků. Při tréninku paraboxu vždy existuje riziko úrazu. Vzhledem k tomu, že klienti už trpí nějakým druhem postižení, tak zranění při tréninku může ještě víc zkomplikovat jejich zdravotní stav, a pro to musím dávat pozor, aby se nic takového nestalo.

Musím tedy věnovat pozornost několika věcem, především:

- Že zdravotní stav studentů umožňuje cvičení paraboxu
- Že studenti používají ochranné vybavení
- Že všichni studenti mají jasné instrukce, jak má cvičení vypadat, aby se předešlo nedorozumění či nepochopení daného drilu
- Upozorním studenty na jakékoliv možné nebezpečí plynoucí z prostředí, ve kterém trénujeme

- Ujistím se, že veškeré vybavení je v dobrém stavu
- Že studenti, kteří mají horší zdravotní stav, se vyhýbají cvičením, která by mohla jejich stav zhoršit. Tito studenti pak také mohou cvičení pouze sledovat
- Že studenti ve dvojicích dělají techniku takovým způsobem, že neohrožuje jeden druhého
- Že cvičení, které studenti provádějí, odpovídají jejich technické a zdravotní úrovni
- Že mám k dispozici balíček první pomoci a že jsem ji schopen alespoň na základní úrovni provést

Když budeme tyto body dodržovat, předejdeme tak většině zranění.

Pravidlo č. 2: cílem cvičení není vychovávat sportovce, ale pomoci klientům zlepšit zdravotní stav, sebejistotu a také rozvíjet schopnosti, které je možné rozvíjet vzhledem k postižení, které student má.

Hodina paraboxu trvá 45-60 minut a skládá se z:

- Rozcvičky
- Hlavní části
- Protahení

Rozcvička.

Doba cvičení 8–10 minut

Cílem rozcvičky je fyzická a mentální příprava na fyzickou zátěž během tréninku, rovněž také prevence před zraněním.

Jde především o:

- Zrychlení cirkulace krve – zahřátí připraví srdce na trénink a urychlí výměnu živin i odpadních produktů metabolismu.
- Zvyšování teploty středu těla, elasticity měkkých tkání a rozprouštění kloubní tekutiny, které přispívá k menšímu tření kloubních struktur.
- Zvyšování rozsahu pohybu kloubů a svalů.
- Zvyšování svalové teploty a napětí.

- Mentální přípravu.

Rozcvička může být jak nespecifická, tak specifická – přizpůsobená hodině či akci.

Ukázka rozcvičky u vozíčkáře:

- Údery do vzduchu před sebou (direkty, háky, zvedáky)
- Odrazy od pěnových tyčí
- Boj se stínem
- Zvedání činek
- Tahy gumy
- Cviky s medicinbalem

Z tohoto sortimentu obvykle vyberu 3–4 cviky. Důležité je, aby každý trénink či rozcvička byly provedeny trochu jinak.

Hlavní část

Doba cvičení 30–40 minut

Je zaměřena na rozvoj pracovní kapacity nebo udržení dosaženého stavu po delší dobu.

Přes celou řadu úkolů lze podle Choutky a Dovalila (1991), definovat:

Obecný princip stavby hlavní části tréninkového bloku. Je třeba cvičit cvičení zahrnuté v následujících sekvencích:

1. Cvičení vyžadující koordinaci cvičení sloužící k trénování a zlepšování sportovní techniky a rozvoj obratnosti. Je na prvním místě, protože cvičení techniky vyžaduje soustředění a plnou pozornost. Všechno projevy únavy negativně ovlivňují tento proces.
2. Cvičení pro rozvoj rychlostních a vysokorychlostních silových schopností, také vyžadují maximální koncentraci a schopnost rychle reagovat na problémové úkoly.
3. Silový trénink, je trénink rychlosti nebo vytrvalosti, v závislosti na povaze klienta.

4. Cvičení na vytrvalost, to zahrnuje všechny typy měřených zátěží, kdy cílem je rozvíjet různé typy vytrvalostních dovedností.

Pořadí jednotlivých úkolů je přizpůsobeno tréninku v odpovídajícím období, podle výkonu a věku.

Základní cvičení úderů a obrany ve dvojicích:

Tato cvičení v nejzákladnějších technikách patří mezi klíčová technická cvičení v boxerském tréninku. Provádí se téměř na každém tréninku, a to jak pro začátečníky, tak pro zkušené boxery. Jejich úkolem je automatizovat boxerské pohyby a reakce tak, aby je boxer mohl použít bez váhání, tedy co nejdříve, když se ocitne v podobné situaci, tj. zápas nebo osobní sebeobrana.

Úderová technika je prováděna od samého začátku pomalu, aby je účastník zvládl a dokázal je bezchybně provést. Poté je může dále vylepšovat a zvyšovat rychlost a přesnost prováděných pohybů (Kubánek 2012).

Během tréninku jednotlivých úderů nebo jejich ochrany dochází ve dvojicích k přímému kontaktu mezi klienty a trenéry, proto je nutné, aby použitá síla byla přiměřená, aby se zabránilo možnému zranění nebo jinému zranění. Při provádění technik není cílem přemoci partnera, ale zlepšit techniku pohybů.

Nejedná se o příliš technická cvičení, ale je velmi důležité naučit se je správně provádět. Tím se zabrání zbytečným nežádoucím pohybům, které mohou zpomalit nebo oslabit prováděnou techniku.

Útok: přední direkt / obrana: sražení úderu zadní rukou

Dvojice je v základním boxerském gardu čelem k sobě. Jednička začíná útok předním direktem. Dvojka ho sráží zadní rukou a ihned úder vrací rovněž předním direktem. Dvojka se brání obdobně. Takto probíhá výměna úderů po celou dobu cvičení.

Toto cvičení tvoří základ většiny boxu. Toto je nejčastěji používaný úder a nejběžnější obrana proti němu. Proto by každý boxer měl ovládat tuto techniku.

Útok: přední a zadní zvedák / obrana: podložení lokte o pravý či levý bok Dvojice má základní čelné boxerské postavení. Jednička bije levý zvedák na partnerova spodní žebra, tedy na jeho pravý bok. Ten provádí obranu tím, že ohne paži v lokti. Ten přiloží k pravému boku,

aby si chránil spodní žebra, a ruka chrání po celou dobu spodní čelist. Při druhém úderu je postup úplně stejný, jen zrcadlově obráceně. Jednička bije pravý zvedák. Dvojka se brání podložním lokte na levý bok. Cyklus se dokončil. Dvojice si mění role.

Útok: přední a zadní hák / obrana: levý či pravý kryt hlavy Dvojice má základní čelné boxerské postavení. Jednička útočí levým hákem na hlavu. Dvojka reaguje přiložením zavřené pěsti k pravému spánku. Loket je stále u těla a kryje žebra. Hlava se nakloní dopředu. Brada se tlačí k hrudní kosti, šíje je zpevněná, aby se úder lépe ustál. Jednička bije pravý hák. Dvojka princip obrany opakuje, jen provádí kryt levou rukou. Cyklus se dokončil. Začíná dvojka.

Cviky na boxerském vybavení

Po ukončení boxerské techniky ve dvojici ukotvíme techniku na boxerském vybavení. K tomu použijeme: boxerský pytel, boxerskou hrušku na stojanu a lapy. Cvičení provádíme v kolech po 1-2 minutách s odpočinkem 1 minutu.

Cvičení na boxerském pytli

Cvičení na pytli rozvíjejí dovednost správného držení pěsti, znalost, kdy udeřit, jak racionálně využívat úsilí svalů při úderech na různé vzdálenosti, zvláště pokud je aplikováno rychle několik zásahů. Pytel slouží jako dobrý objekt i pro vývoj silové a rychlostní vytrvalosti. Snaha aplikovat co nejvíce silné rány v určitém časovém období přispívá k rozvoji speciální výdrže.

Při tréninku na pytli procvičujeme jednotlivé rány, poté dvě po sobě jdoucí v jiné kombinaci a konečně série se samostatnými akcenty.

Cvičení na hrušce

Cvičení s boxovací hruškou rozvíjí schopnost boxera přesně a rychle aplikovat další a dalších údery a také rozvíjet pozornost a rytmus pohybů.

Dobrým pomocníkem jsou dlouhé rytmické pohyby hrušky, které rozvíjí vysokorychlostní vytrvalost pásu horní končetiny a dovednost uvolnit svaly v okamžiku švihů pro následný úder.

Cvičení s Lapy

S pomocí boxerských lap lze zlepšit úder, vyvinout rychlost reakce, přesnost a orientaci. Lapy se používají ve všech fázích tréninku boxera. Kombinace úderu se automatizuje s důrazem na poslední ránu.

Boxerský kruhový trénink

Boxerský kruhový trénink je komplexní, vysokointenzivní, intervalové cvičení s prvky boxu, při kterém se na 8-15 stanovištích procvičí celé tělo. Základní interval cvičení na jednom stanovišti je 30-60 sekund, po kterých následuje krátká 10-30 sekundová pauza na uvolnění a přesun na další stanoviště.

Uklidnění

Doba cvičení 8–10 minut.

Svalové skupiny protáhneme dynamickým a statickým strečinkem. Vhodným výběrem strečinkových cvičení zlepšíme kloubní pohyblivost a přesnost pohybu, odstraníme nahromaděné svalové napětí. Úkolem dynamického strečinku je zvětšení kloubní pohyblivosti – zařazujeme ho více do rozcvičení, ale i do závěrečné části cvičení. Každý cvik opakujeme oboustranně 4–8krát. Úkolem statického strečinku je snížení svalového napětí po výkonu a vytvoření pocitu tělesného uvolnění. Zařazujeme ho nejčastěji v závěru cvičení.

Každý protahovací cvik musíme provádět oboustranně pomalu, plynule do krajní polohy, ve které cítíme mírné napětí bez pocitu bolesti. V krajní poloze vydržíme 10–30 sekund. V průběhu strečinkových cvičení snižujeme tepovou frekvenci až na klidovou hodnotu 70–80 tepů za minutu.

5.5 Shrnutí

Své pozorování hodnotíme ve velmi kladném duchu. Práce, která byla této skupince věnována se brzy ukázala velmi pozitivní. Všichni si utvořili kamarádské pouto. Psychika se velmi zlepšila, protože dosáhli svou pílí velmi dobrých výsledků a mnozí pocítili vítězství nad sebe samým. Rozhovor mě utvrdil v tom, že má práce a snaha není marná a přináší uspokojující výsledky. Děti ze skupinky získaly zdravé sebevědomí a nový nadhled nad svým handicapem.

Práce by se mohla stát pomůckou začínajícím instruktorům paraboxů, vychovatelům a dobrovolníkům. Jde hlavně o lidi, kteří chtějí pomáhat dětem s postižením, a jejich pozvolnému začleňování mezi zdravou populaci.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala hlavním tématem sportovní aktivity žáků staršího školního věku v Jedličkově ústavu v Praze. Hlavním cílem bakalářské práce bylo odpovědět na otázku – jaký je dopad paraboxu na kvalitu života tělesně postižených žáků? Zajímalo nás hlavně to, co parabox těmto žákům přináší, jak to vnímají oni?

Tato práce by měla čtenáři seznámit s Jedličkovým ústavem a školou v Praze, objasnit charakteristiku tělesného postižení a možnosti sportovních aktivit u osob s tělesným postižením. Seznamuje čtenáře s novým kontaktním sportem pro vozičkáře - paraboxem. Práce ukazuje na velice těsné spojení mezi sportem a socializací. Také poukazuje na řadu výhod cvičení paraboxu a jeho pozitivní dopad na psychiku a fyzickou pohodu tělesně postižených jedinců.

V rámci práce byla vytvořena cvičební jednotka. Trénink paraboxu byl popsán velice detailně, rozděleny do jednotlivých částí. Byly dané instrukce po rozcvičce, hlavní části a závěru tréninku. Byly dané doporučení po délce tréninku a jeho obsahu. Je popsáno na co má vyučující dávat pozor a na co kladt důraz.

Práce by se mohla stát pomůckou začínajícím instruktorům paraboxu, vychovatelům a dobrovolníkům. Jde hlavně o lidi, kteří chtějí pomáhat dětem s postižením, a jejich pozvolnému začleňování mezi zdravou populací. Těmto jedincům pomáhat, pomocí sportu v začleňování do běžného života, aby nezůstávali v sociální izolaci.

SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

Základní odborná literatura:

Sherill, C. (2004). Adapted physical activity, recreation and sport: crossdisciplinary and lifespan (6th ed.). Dubuque, IA: Brown & Banchman. ISBN-10: 0697295133

Vítková, M. (ed.) (2003). Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe. Brno: MSD. 2003. ISBN 80-86633-07-1

VÍTKOVÁ, M. Integrativní speciální pedagogika- integrace školní a sociální. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463s. ISBN 80-7315-071-9.

Vítková, M. (2006). Somatopedické aspekty. Brno: Paido. . ISBN 80-7315-134-0.

Hruška, J. (1995). Komplexní systém výchovně vzdělávací péče o děti a mladistvé s tělesným postižením. Praha: Septima ISBN 80-85801-47-1

Komárek, V., Zumrová, A. et al. (2000). Dětská neurologie: vybrané kapitoly. Praha: Galén. ISBN 80-7262-081-9.

Kudláček, M. (2012). Svět dětské mozkové obrny. Praha: Portál. Kraus, J. et al. (2005). Dětská mozková obrna. Praha: Grada. ISBN 978-80-262-0178-6

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2004). Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání [Zákon 561/2004 Sb.]

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

Vágnerová, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál: Praha. IBSN 978-80-7367-414-4

Trojan, S. a kol. (2005). Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Praha: Grada IBSN 8024712962

MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7

U Jedličků. Praha: Jedličkův ústav pro zmrzačené (nákladem ředitele Augustina Bartoše), 1936.

TITZL, B.:Péče o tělesně postižené dítě: Sborník k 70. Výročí založení Jedličkova ústavu. Praha: Ústav pro kulturně vědeckou činnost, 1985.

90 let JÚŠ: 1913-2003 [CD-ROM].Praha: Jedličkův ústav a školy, 2004.

HRUBÝ Petr. Rukověť pracovníka v přímé péči o žáky a klienty JÚŠ. 5. vyd., Praha, JUŠ, 2013, s. 2

MARTIN, S. *Teaching motor skills to children with cerebral palsy and simile movement disorders*. Woodbine House, 2006, 237 s. ISBN-13: 978-1-890627-72-0.

KÁBELE, F. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha: SPN, 1988, 173 s.

Kudláček a kolektiv: *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením* 1. vydání 2013 Univerzita Palackého v Olomouci, 2013 ISBN 978-80-244-3938-9 22-24 s.

Internetové zdroje:

<http://czechparaboxing.com/cs/o-nas/treninky/>

Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích. 3. svazek G - J. 1. vyd. Praha: Diderot, 1999. in:

<http://cs.wikipedia.org>

Portál města Brna. *www.brno.cz* [online]. [cit. 2008-12-31]. Dostupné v archívu pořízeném dne 2008-05-03. in: <http://cs.wikipedia.org>

<http://paralympic.cz>

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/ps14/hybnost/web/pages/04-03-volny_cas.html

SEZNAM ZKRATEK

JÚ – Jedličkův ústav

SC JÚ- sportovní klub Jedličkova ústavů

ZTV- zdravotní tělesná výchova

RTV- rehabilitační tělesná výchova

DMO- dětská mozková obrna

SEZNAM PŘÍLOH

Obrázek 1: Začátek tréninku. Rozcvička

Obrázek 2: Pokračování v rozcvičení. Stínový boj

Obrázek 3: Rozcvička boj z použití pěnových tyčí

Obrázek 4: Posilování činkami

Obrázek 5: Cvičení na boxerských lapách (vytrvalost)

Obrázek 6: Cvičení na boxerských lapách (síla)

Obrázek 7: Cvičení na boxerském pytlu

Obrázek 8: Nácviik techniky ve dvojici

Obrázek 1: Začátek tréninku. Rozcvička



Obrázek 2: Pokračování v rozcvičení. Stínový boj



Obrázek 3: Rozcvička boj z použitím pěnových tyčí



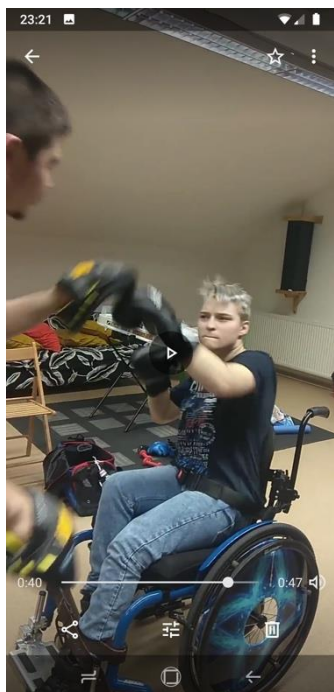
Obrázek 4: Posilování činkami



Obrázek 5: Cvičení na boxerských lapách (vytrvalost)



Obrázek 6: Cvičení na boxerských lapách (síla)



Obrázek 7: Cvičení na boxerském pytlu



Obrázek 8: Nácvik techniky ve dvojici



BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Oleksandr Nyemryts

Obor: Vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Sportovní aktivity žáků staršího věku v Jedličkově ústavu v Praze

Rok: 2021

Počet stran textu bez příloh:44

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů českých použitých zdrojů: 20

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 8

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann