



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

Využití pohybových aktivit u osob s Downovým  
syndromem

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

**Autor:** Jaroslav Hejlek

**Vedoucí práce:** Mgr. Bohdana Břízová Ph.D.

České Budějovice 2020

## Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Využití pohybových aktivit u osob s Downovým syndromem*“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů 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 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 oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Jaroslav Hejlek

## **Poděkování**

Rád bych poděkoval vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Bohdaně Břízové Ph.D., za vedení práce, cenné rady, připomínky, čas a energii, kterou mi věnovala.

Dále bych chtěl poděkovat svým nejbližším, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

# Využití pohybových aktivit u osob s Downovým syndromem

## Abstrakt

V této bakalářské práci se zabývám využitím pohybových aktivit u osob s Downovým syndromem, cílem práce bylo zjistit a popsat jaké pohybové aktivity se využívají v rámci sociálních služeb.

Za účelem dosažení stanoveného cíle byl zvolen kvalitativní výzkum, metoda dotazování, technika polořízeného rozhovoru a technika ohniskové skupiny. Odpovědi komunikačních partnerů byly sbírány s ohledem na dva výzkumné soubory a rozdílnou technikou získávání dat. Prvním výzkumným souborem byli sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a aktivizační pracovníci, rozhovory byly uskutečněny s devíti pracovníky z pěti různých zařízení sociálních služeb v rámci Jihomoravského a Jihočeského kraje. Následně byly vyhodnoceny pomocí otevřeného kódování a kategorizace dat. Druhým výzkumným souborem byli klienti z jednoho zařízení v Jihomoravském kraji, data byla sbírána pomocí techniky ohniskové skupiny. Ohniskové skupiny se zúčastnilo pět klientů, celkem tři muži a dvě ženy. Vyhodnocení jsem provedl pomocí metody vytváření trsů.

Z výsledku vyplývá, že nabídka pohybových aktivit v zařízeních sociálních služeb je velmi pestrá a různorodá, klienti jsou k nim podporováni a mají na ně pozitivní účinky. Většina klientů se účastní sportovních akcí, soutěží či olympiád a pohybové aktivity mají rádi.

Přínosem bakalářské práce je přehled využití pohybových aktivit pro pracovníky či jiné lidi, kteří pracují s osobami s Downovým syndromem, a může být možným zdrojem inspirace. Práce také poukazuje na význam pohybových aktivit a může přispět ke zlepšení informovanosti veřejnosti.

**Klíčová slova:** Downův syndrom; mentální retardace; postižení; pohybové aktivity; motivace

# Use of physical activities for people with Down syndrome

## Abstract

The bachelor thesis deals with the use of physical activities for people with Down syndrome. The aim of the work is to search and describe which physical activities are used in social services for these people.

To achieve the aim of the work, the quality research, the method of questioning, the technique of half-controlled interview and the technique of the focus group were used. The answers of the communicative partners were gathered with regard to two different research files, and with different techniques of getting the data. The first research files are social workers, workers in social services and activation workers. The participants of the interviews were nine workers from five different social facilities in the South Moravian and the South Bohemian region. The results were evaluated with the system of open coding and data categorization. The other research file were the clients of one of the social facility in the South Moravian region. The data were gathered with the focus group technique. The focus group contains five clients (three men and two women). The results are evaluated with the method of creating clumps.

The results show that the offer of physical activities in social services is varied and diverse, the clients are supported in these activities and the influence on them is positive. The most of the clients appreciate physical activities, participate in sports actions, competitions and special Olympic games.

The benefit of the bachelor thesis is the summary of physical activities, their use, and possible inspiration for those who work with people affected with Down syndrome. The work also emphasizes the importance of physical activities and it may help with public awareness in this area.

**Key words:** Down syndrome; mental retardation; disability; physical activities; motivation

## **Obsah**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>1. DOWNŮV SYNDROM</b> .....	<b>8</b>
1.1 Historické okénko .....	8
1.2 Příčiny a výskyt.....	9
1.3 Příznaky a projevy.....	10
1.4 Zdravotní problematika.....	11
1.5 Mentální retardace.....	12
<b>2. POHYBOVÉ AKTIVITY U OSOB S DOWNOVÝM SYNDROMEM</b> .....	<b>13</b>
2.1 Tělesná výchova.....	15
2.2. Sport osob s Downovým syndromem .....	16
<b>3. VYBRANÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DOWNOVÝM SYNDROMEM</b> .....	<b>19</b>
3.1 Okruh pracovníků v sociálních službách .....	21
<b>4. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	<b>24</b>
4.1 Cíl výzkumu.....	24
4.2 Výzkumné otázky.....	24
<b>5. METODIKA</b> .....	<b>25</b>
5.1 Použité metody a techniky .....	25
5.2 Výzkumný soubor .....	26
5.3 Realizace výzkumu .....	27
5.4 Vyhodnocení dat .....	27
5.5 Etika výzkumu .....	28
<b>6. VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	<b>29</b>
6.1 Výsledky rozhovorů s pracovníky organizací.....	29
6. 2 Výsledky rozhovorů s klienty s Downovým syndromem.....	43
<b>7. DISKUZE</b> .....	<b>46</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>51</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>52</b>

## Úvod

Downův syndrom je nejobvyklejší chromozomální anomálie – osoba s tímto postižením má trizomii (ztrojení) 21. chromozomu, která způsobuje jejich atypický vzhled. Osoby s Downovým syndromem bývají postiženy mentální retardací, nejčastěji lehkou (IQ 50-69). Velká část osob s Downovým syndromem se také rodí s vrozenými vadami, jako jsou srdeční vady, deformity rukou a nohou nebo vývojovými vadami orgánů. Velmi často mají tito jedinci také sklony k obezitě, proto je u nich důležité vyvíjet a podporovat pohybovou aktivitu, což může být v některých případech těžké. Pohybová aktivita pomáhá udržet lidský organismus v dobrém zdravotním stavu a tělesné i duševní kondici.

Toto téma k bakalářské práci jsem si vybral, protože mám kladný vztah k osobám s Downovým syndromem a také k pohybovým aktivitám, respektive ke sportu. Zároveň spousta lidí vidí tyto osoby jako nepřizpůsobené k pohybovým aktivitám, jelikož mají sklony k obezitě a například krátké zavalité končetiny. Opak je však pravdou, osoby s Downovým syndromem mají rádi pohybové aktivity a účastní se jich s oblibou. Dalším důvodem, proč jsem si toto téma zvolil je, abych poukázal na to, že tyto osoby potřebují realizování pohybových aktivit stejně jako všichni ostatní.

V teoretické části jsem popsal Downův syndrom, jaká je jeho historie, jaké má charakteristické rysy či jaké jsou s ním spojené zdravotní problémy. V další kapitole jsem uvedl, jak je pohyb pro tyto osoby důležitý, čeho se mohou účastnit nebo se účastní. Jelikož je práce zaměřena do sociální, vybral jsem sociální služby, ve kterých se mohou pohybové aktivity realizovat a popsal je. V praktické části byly dva výzkumné soubory, první byl zaměřen na pracovníky a druhý na samotné klienty. Z výsledků je patrné, jaká je možná škála pohybových aktivit, které pohybové aktivity jsou užitečné a efektivní či jak jsou lidé s Downovým syndromem podporováni k pohybovým aktivitám.

Cílem bylo zjistit a popsat jaké pohybové aktivity se využívají v rámci sociálních služeb u osob s Downovým syndromem. Předpokládaným přínosem práce je přehled využití pohybových aktivit pro pracovníky nebo lidi, kteří pracují s osobami s Downovým syndromem a může tak být pro ně zdrojem inspirace. Práce poukáže na význam pohybových aktivit, popřípadě na rizika spojená s jejich nedostatkem.

## 1. Downův syndrom

Downův syndrom (DS), označován také jako Downova nemoc (morbus Downi), je jedna z nejrozšířenějších dosud známých forem mentální retardace, uvádí se, že lidé s tímto syndromem tvoří zhruba 10 % všech lidí s mentálním postižením (Švarcová, 2011). Syndrom je způsobený chromozomální aberací, tedy trizomií 21. chromozomu – setkat se můžeme také s formami nazvanými mozaika (méně typických znaků) a translokace (dědičná forma), s těmi se však setkáváme vzácně (Bazalová, 2014). Nejčastější formou Downova syndromu je volná trisomie 21. chromozomu, představuje zhruba 95 % případů – jedná se o přítomnost tří chromozomů 21 v karyotypu jedince namísto obvyklých dvou, k tomuto dochází v důsledku nondisjunkce v průběhu meiotického dělení (Muntau, 2014).

Průcha, Walterová a Mareš (2013) vymezují Downův syndrom jako vrozenou poruchu způsobenou genetickou odchylkou (trizomie, ztrojení 21. chromozomu), která je častou příčinou mentální retardace a provázená charakteristickými tělesnými projevy. Rodriguez a Irons-Georges (2001) uvádí, že onemocnění je způsobeno vrozenou abnormalitou, která je charakterizována mírnou až těžkou mentální retardací a typickým vzhledem, což je následkem chybného dělení embryonálních buněk nebo dědičností vadného chromozomálního materiálu.

Selikowitz (2011) popsal, že syndrom je soubor příznaků projevujících se společně, lidé se syndromem mají tak charakteristické společné rysy a příznaky, avšak každý jedinec s tímto onemocněním je jedinečnou osobností. Autor dále uvádí, že Downův syndrom patří k syndromům vrozeným, což znamená, že tato porucha je zřejmá ihned po narození a vzniká abnormálním vývojem plodu.

### 1.1 Historické okénko

Selikowitz (2011) říká, že s velkou pravděpodobností tu lidé s Downovým syndromem byli vždycky. Autor uvádí, že již v roce 1505 byla nalezena na oltáři v německých Cáchách podoba osoby s charakteristickými rysy tohoto onemocnění, která je prvním záznamem o Downově syndromu. Švarcová (2011) se shoduje s tímto výrokem a říká, že poznámky o těchto lidech lze najít v literatuře z 15. a 16. století. Dle Selikowitze (2011) a Švarcové (2011) bylo onemocnění uznáno jako diagnóza v roce 1866, kdy charakteristické rysy byly poprvé popsány anglickým lékařem Johnem Langdonem Downem (1828–1896), avšak příčiny popsaného onemocnění nebyly



známy. Domněnkou lékaře Downa (1866) bylo, že Downův syndrom je návratem k mongolskému etnickému plemeni, toto tvrzení ale zavrhl jeho syn Reginald, který byl také lékařem – díky nepřesnosti určení příčin choroby vznikaly věrohodné teorie o vzniku nemoci (atavistické, rasové a endokrinologické).

Selikowitz (2011) uvádí lékaře Petrusse Johannese Waardenburga (1886–1979), který v roce 1932 přišel s myšlenkou, že příčinou Downova syndromu by mohla být chromozomální abnormalita. Tento návrh byl však potvrzen až v roce 1959 francouzským lékařem Jérôme Lejeunem (1926–1994), který se svými kolegy v Paříži demonstroval, že Downův syndrom souvisí s jedním nadbytečným chromozomem (Mégarbané et al., 2009). Naopak Švarcová (2011) uvádí, že Jérôme Lejeune toto zjištění uveřejnil v tisku. Dle autorky se tímto zjistila příčina Downova syndromu – trizomie 21. chromozomu, dříve se pro toto onemocnění užívalo pojmenování „mongolismus“, to vzniklo na základě fyziognomických zvláštností těchto osob, ač mohlo působit pejorativně a zavádějícím dojmem.

## 1.2 Příčiny a výskyt

Již od roku 1959, kdy bylo zjištěno, čím je tento syndrom způsoben se pátrá po tom, co je jeho příčinou (to však není stále zjištěno), je tak považován za genetickou náhodu (Švarcová, 2011). Autorka dále uvádí, že v průběhu zjišťování příčiny vznikaly různé teorie, že příčinou trizomie 21. chromozomu mohou být vlivy životního prostředí, spekulovalo se také o alkoholismu, TBC, syfilisu nebo dokonce o návratu k primitivnímu lidskému druhu - všechny tyto teorie se však časem ukázaly jako nesprávné a neobhajitelné, současné vědecké poznatky tak ukazují, že se na jeho vzniku nepodílí zdravotní problémy matky v průběhu těhotenství, kvalita stravy, sociální postavení nebo příslušnost k určitému etniku. Švarcová (2011) doplňuje, že ani alkohol, drogy nebo nikotin neovlivňuje vznik Downova syndromu, i když tyto látky mohou způsobovat jiná závažná poškození plodu.

Selikowitz (2011) a Švarcová (2011) se shodují, že určitá souvislost byla prokázána u faktoru věku rodičů dítěte. Selikowitz (2011) se zmiňuje o pravděpodobnosti narození dítěte s Downovým syndromem u matky starší 35 let. Švarcová (2011) ještě dodává věk otce staršího 50 let, naopak faktorem s vysokým rizikem může být i mladý věk matky (15–19 let). Leifer (2004) uvádí věk otce až 55 let a říká, že se mladé matce může první dítě narodit s tímto onemocněním, ale další děti jsou již bez této genetické poruchy.

Leifer (2004) dále uvádí, že incidence narození dítěte s Downovým syndromem je 600 až 800 na jeden živý porod. Selikowitz (2011) uvádí průměrný výskyt u jednoho ze 700 narozených dětí ve všech etnických skupinách. Pritchard a Korf (2013) se shodují s autory a uvádí, že celosvětový výskyt Downova syndromu je 1:700 živě narozených.

### 1.3 Příznaky a projevy

Selikowitz (2011) ve své knize říká, že bylo u Downova syndromu popsáno více než 120 charakteristických příznaků, ale mnoho osob s tímto onemocněním jich z pravidla nemá více než šest nebo sedm. Kromě jistého stupně mentálního postižení není ani jeden příznak, který by se musel vyskytovat pro všechny postižené osoby. Bazalová (2014) uvádí tyto příznaky: kulaté a ploché rysy tváře, zešíkmený vzhled očí, menší vzrůst, širší a mohutnější krk, volnější klouby, kratší ruce i prsty, hypotonie a zdravotní problémy jako srdeční vady, smyslové vady a kožní problémy. Selikowitz (2011), Švarcová (2011) a Šmarda (2013) popisují podrobně příznaky následovně:

- **Hlava** je oproti ostatním jedincům menší, zadní část je oploštěná (brachycephalia) a způsobuje tak dojem kulatého obličejce.
- **Obličej** bývá plochý kvůli nedostatečnému vývinu obličejových kostí a malému nosu.
- **Oči** má většina těchto osob mírně zešíkmené vzhůru s epikantickou řasou, oční víčka jsou tak úzká a oční duhovky mají zvláštní, černé husté skvrny.
- **Uši** bývají o něco menší a nízko posazené.
- Co se týče **vlasů**, ty jsou většinou rovné a jemné.
- **Ústa** jsou poměrně malá, jazyk je naopak o trochu větší. Kvůli svalové ochablosti obličejových svalů jsou ústa polootevřená a jazyk může díky jeho nadměrné velikosti vyčnívat mezi rty.
- **Krk** je poněkud krátký a široký.
- **Ruce** bývají široké se zavalitými prsty a malíčky mohou být lehce ohnuty směrem k ostatním prstům. Specifickým znakem je jedna příčná rýha na dlani, tzv. „opičí“. Pokud jsou na dlani dvě rýhy, rovněž se obě táhnou rovně napříč dlaní.
- **Nohy** jsou silné a mívají širokou mezeru mezi palcem a dalším prstem, tomuto jevu se říká „sandálový“ palec. Také na noze je krátká rýha, která se táhne od mezery několik centimetrů dozadu.

- **Velikost postavy** je vždy nízká, bývá na dolní hranici průměru. U mužů je tak výška zhruba 145 cm až 165 cm, u žen 130 cm až 155 cm.

#### 1.4 Zdravotní problematika

Osoby s Downovým syndromem se oproti svým vrstevníkům častěji potýkají s některými zdravotními problémy, Winders (2009) tak uvedla základní fyzické problémy, s kterými se tito jedinci nejvíce setkávají. Autorka uvádí problémy jako hypotonie, hypermobilita a snížená síla.

**Hypotonie** je dle Winders (2009) snížené svalové napětí, u těchto osob je velmi časté a dá se rozdělit na různé stupně, a to od mírné hypotonie až po závažnou. Hypotonie se může postupně zlepšovat s věkem, ale výrazného pokroku dosáhneme pomocí rehabilitačních programů, které se zaměřují na motorický vývoj dítěte od 4.-6. týdne života dítěte (Slowík, 2016).

Dalším výrazným fyzickým problémem je **hypermobilita** nebo-li zvýšená hybnost kloubů, který se projevuje velmi pohyblivými klouby a ty pak vypadávají (působí dojmem jako by byly z gumy) (Winders, 2009). Podobně jako hypotonie se i hypermobilita upravuje s věkem tvrdí autorka. Díky nízkému svalovému tonusu a velké hybnosti kloubů se musí dávat velký pozor, jestli se u dítěte s Downovým syndromem některé části těla nenacházejí v abnormálním postavení – pokud ano, mohlo by dojít časem k deformaci kostí (Selikowitz, 2011).

Co se týče **snížené síly** ve svalech, ta se dá dle Winders (2009) pravidelným cvičením výrazně zlepšit. Cvičení je velmi důležité, jelikož děti by kompenzovaly svou slabost pro ně snadnějšími pohyby, ale z dlouhodobého hlediska by pro ně byly velmi škodlivé, doplňuje autorka.

Winders (2009) dále uvádí, že okolo 30–45 % dětí s Downovým syndromem se rodí se **srdeční vadou**. Selikowitz (2011) se s autorkou shoduje a uvádí zhruba jednu třetinu narozených dětí s Downovým syndromem se srdeční vadou. Pueschel (1997) již v devadesátých letech 20. století uvedl, že některé srdeční vady jsou zcela malé a v průběhu života se samy upraví, některé jsou těžší a vyžadují dlouhodobou péči kardiologa nebo i kardiochirurga. Lékař u novorozenců věnuje srdci zvýšenou pozornost, srdeční vady se však mohou projevit až v pozdějším věku uvádí autor. Dalšími zdravotními problémy mohou být například zhoršená funkce štítné žlázy, respirační nemoci, snížená imunita nebo poruchy zraku a sluchu (Bull, 2011).

## 1.5 Mentální retardace

Za jedince s mentální retardací se považují takoví jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním prostředí, které je způsobeno organickým poškozením mozku (Švarcová, 2011). Bazalová (2010) uvádí, že mentální retardace je stav, který je charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností a dochází k němu v průběhu vývoje jedince – jde o stav trvalý, který je vrozený anebo časně získaný (do dvou let života).

Mentální retardace je postižení nevyлéčitelné, ale je vždy možnost dosáhnout určitého zlepšení a je do určité míry kompenzovatelné (Thorová, Čadilová a Jůn, 2007). Dále autoři uvádí, že základním znakem mentální retardace je snížení úrovně intelektových schopností, nedostatečným rozvojem myšlení a řeči s omezenou schopností učit se. Lidé s mentální retardací tak mají obtížnější adaptaci na běžný život, tím častěji selhávají v komunikačních, sebeobslužných či senzomotorických dovednostech (Vágnerová, 2014).

Dle Emersona (2008) se termíny jako „idiot“, „imbecil“, „debil“ a „retardovaný“ používaly dříve pro takto nemocné jedince, dnes se však používají tyto termíny především jako nadávky.

Klasifikace mentální retardace dle MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí):

- Lehká mentální retardace (IQ 69-50) – F70
- Středně těžká mentální retardace (IQ 49–35) – F71
- Těžká mentální retardace (IQ 34-20) – F72
- Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20) – F73
- Jiná mentální retardace – F78
- Nespecifikovaná mentální retardace – F79 (ÚZIS ČR, MKN-10, 2020)

U osob s Downovým syndromem je však nejčastěji přítomna lehká mentální retardace nebo středně těžká – výjimkou jsou na jedné straně případy těžké mentální retardace či dokonce hluboké mentální retardace, na druhé straně IQ na hranici normálního pásma (kolem 80) (Selikowitz, 2011).

## 2. Pohybové aktivity u osob s Downovým syndromem

Pohybovou aktivitu lze definovat jako jakýkoliv tělesný pohyb vyvolaný svalově-skeletálním systémem, který způsobí energetický výdej (Singh et al., 2018). Lze ji také definovat jako jakýkoliv úmyslný pohybový projev, doplňuje autorka. Dle Čeledové a Čevela (2010) patří pohybová aktivita mezi základní projevy existence života, kdy pohyb je zprostředkováván činností pohybového aparátu, který je rozsáhlým funkčním systémem skládajícím se celkem ze tří podsystemů (podsystem nosný, výkonný a řídicí).

Paulík (2017) popisuje pohybovou aktivitu jako tělesný pohyb, který patří mezi primární aspekty pro život člověka a je ochranným faktorem před kardiovaskulárními nemocemi a snižuje výskyt srdečních příhod. Pohybové aktivity podporují zdraví cvičícího jedince a rozvíjí aspekt sociální i psychický, což je velmi důležité pro rozvoj poznávacích procesů a jedince tak samotného (Karásková, 2003). I přes zdravotní problémy, se kterými se jedinci s Downovým syndromem setkávají, je fyzická aktivita bezesporu minimálně stejně důležitá jako u zdravého jedince, vzhledem k častému výskytu obezity nebo poruch oběhového systému (Bátorová, Brůžková a Šopíková, 2013).

Kromě mnoha pozitivních přínosů na fyzické zdraví jsou zdůrazňovány i další přínosy z psychologického či sociálního hlediska (Bátorová, Brůžková a Šopíková, 2013). Kukačka (2010) říká, že při fyzické aktivitě lidské tělo produkuje určité typy hormonů (např. endorfin – zlepšuje náladu, vytváří pocit štěstí), tyto hormony tlumí bolest, přinášejí příjemný pocit, snižují napětí a pocit stresu, dále dochází ke zlepšení výkonnosti krevního oběhu a činnosti srdce. Dalšími přínosy pohybové aktivity jsou zpevnění svalů či nárůst svaloviny, udržení pevnosti kostí a šlach nebo zlepšení hrubé motoriky jedince (Fialová, 2013).

K pohybovým aktivitám řadíme i aktivity tělocvičné, tělesnou výchovu a sport, pohybovými aktivitami myslíme všechny činnosti, které jsou založeny na pohybu, což může být i zahrádkaření, houbaření nebo vycházky se psem (Ješina a Válková, 2013). Autor uvádí, že i když zájmem pohybových aktivit by měly být činnosti tělocvičného charakteru, tak je třeba respektovat, když si jedinec zvolí činnost obecně pohybovou, ve které se bude cítit spokojený a bude pro něj vyhovující – bude aktivní a je potřeba ho podporovat i v tomto ohledu. Pokud bude mít vhodné stimulační nabídky nebo

možnosti, může se jeho zájem a vnitřní motivace přesunout k zájmu o činnosti tělocvičné a sportovní, uvádí dále autor.

Kurtz (2015) používá i výraz hrubá motorika, která se vztahuje k pohybům velkých svalových partií a celého těla. Autorka k tomu uvádí příklady jako lezení, chůze nebo běh. Winders (2009) upozorňuje, že děti s Downovým syndromem mají velký potenciál k rozvoji hrubé motoriky, při správné práci s nimi jsou tak pokroky obzvláště viditelné. Obecně se dá říct, že dětem s Downovým syndromem může rozvoj jednotlivých oblastí hrubé motoriky narušit řada fyzických i zdravotních problémů, jako je hypotonie či hypermobilita, doplňuje autorka. Dle Kurtz (2015) je pro rozvoj hrubé motoriky u dětí s Downovým syndromem důležitá fyzická síla a vytrvalost, vnímání pohybů těla, plánované provádění pohybů, rovnováha a bilaterální integrace:

- **Síla** slouží k překonávání vnějšího odporu pomocí svalového napětí,
- **vytrvalost** k schopnosti vynakládání tělesného úsilí v určitém čase,
- **vnímání pohybů těla** (propriocepce) je podvědomé a zprostředkované smyslovými receptory, které se nacházejí v kloubech a svalech, toto vnímání nám tak slouží k provádění známých pohybů či k pomáhání automatického přizpůsobování polohy těla,
- **plánované provádění pohybů**, které se vyznačuje schopností představit si, naplánovat a vykonat neautomatické pohyby, kdy dítě musí mít jasnou představu o tom, jaký pohyb by chtěl vykonat,
- **rovnováha** je udržování vyrovnaného tělesného postoje,
- **bilaterální integraci**, čímž tímto výrazem označuje schopnost vzájemné spolupráce obou stran těla při pohybu – děti si během vývoje vyčlení dominantní ruku, ta pak vykonává náročnější pohybové aktivity.

Karásková (2003) dodává, že je důležité cvičit pravidelně, mít pohodlné a vhodné oblečení k cvičení a vytvářet bezpečný prostor k pohybovým aktivitám (dítě se musí cítit bezpečně a spokojeně).

Winders (2009) uvádí pokyny k nácviku hrubých motorických dovedností, které by se měly dodržovat při práci s dětmi s Downovým syndromem:

- Dítě potřebuje stimul, který jej zaujme a povzbudí k pohybu,
- kvalita času využitého k nácviku je mnohem důležitější než jeho kvantita,
- k učení novým dovednostem je zásadní správné načasování,
- čas během cvičení by měl být využitý strategicky,
- klíčem k úspěchu je povzbuzení dítěte v počátečním učení.

Vzhledem k širokému spektru schopností či limitů osob s Downovým syndromem je zapotřebí respektovat možnosti pohybových aktivit, a to v celoživotním pohledu – **bazální (elementární) dovednosti** souvisí s ontogenezí motoriky a s individualitou jedince, pro některé bude zvládání bazálních dovedností maximem jak pro rekreaci, tak i pro případné soutěže, u některých to bude začátečním stádiem pro zvládání sportu (Kudláček, 2013). Válková (2012) uvádí, že každá oblast může být přetvářena dle pokynů cvičitele nebo dle nápadů cvičících, mezi dovednosti patří například manipulativní a uchopovací dovednosti nebo mobilita a lokomoce. Při cvičení lze využívat jen své vlastní tělo nebo jednoduché pomůcky jako kelímky, pet-lahve nebo plechovky, uvádí autorka. Nejvhodnější činnosti jsou psychomotorického charakteru (házení), oblíbený i vhodný je tanec a aktivity v přírodě spojené s pohybem (hry, turistika) (Karásková a Ješina, 2007). Kudláček (2013) vyzdvihuje především sociální kontakt s novými lidmi, který je pro tyto osoby velmi důležitý.

## 2.1 Tělesná výchova

Prvním typem je klasická **tělesná výchova**, která je určena pro žáky vcelku zdravé se schopností soustavného zvyšování fyzické zdatnosti – umožňuje využití svých pohybových možností souvisejících s věkem a postižením (Kudláček, 2013).

Dalším typem je **zdravotní tělesná výchova**, ta je určena pro žáky s trvale nebo přechodně změněným zdravotním stavem – patří sem většina žáků speciálních škol, kteří jsou tělesně, mentálně či smyslově oslabení, uvádí Kudláček (2013). Valenta (2013) říká, že žáci jsou zde umístováni na základě doporučení lékaře a dbá se v ní na

správné držení těla, vnímání pocitů při cvičení a na uvolnění těla. Zdravotní tělesná výchova je alternativou klasické tělesné výchovy, využívají se v ní speciální cviky, které jsou přizpůsobeny žákům dle jejich zdravotního oslabení (Kudláček, 2013). Autor dále uvádí, že cviky přispívají ke zmírnění či odstranění potíží a ke zlepšení zdravotního stavu – nejvhodnější je tzv. vyrovnávací (kompenzační) cvičení, které zahrnuje cvičení uvolňovací, protahovací, posilovací, koordinační, dechové, relaxační a aerobní.

Kudláček (2013) uvádí třetí typ, kterým je **pohybová výchova** – zaměřuje se na žáky s těžkým mentálním postižením a přidruženým postižením, zabývá se zvládnutím základních pohybových dovedností a jejich rozvojem. Dle autora přispívá ke zmírnění důsledků zdravotního postižení, zmírnění napětí nebo únavy, díky pohybové činnosti se zde tvoří základ pro rozvoj psychických procesů jedince pomocí pohybových her a cvičení, manipulací s míčkem nebo plavání Dvořáková (2012) doplňuje ještě rytmická cvičení, turistiku nebo pobyty v přírodě.

Posledním typem je **rehabilitační tělesná výchova**, která je alternativní formou zdravotně tělesné výchovy a je určena pro jedince s nejtěžšími formami mentální retardace u kterých je snížena i schopnost spontánního pohybu (Kudláček, 2013). Cílem je rozvíjení hybnosti a motoriky jedince, stimulace pohybu v prostoru prostřednictvím pohybových aktivit, které pozitivně působí na zdravotní stránku jedince (Valenta, 2013). Dle Kudláčka (2013) patří mezi doporučené aktivity rozvíjení hybnosti a motoriky, polohování, uvolňovací a relaxační cvičení, stimulace pohybu v prostoru, nácvik chůze (s oporou, dopomocí) a rehabilitační cvičení.

## **2.2. Sport osob s Downovým syndromem**

Jedná se o sportovce, kteří vyžadují podporu ve vzdělání, v sociálních situacích kvůli mentálnímu postižení – pro tyto jedince fungují v České republice dvě organizace, kde se mohou sportovně angažovat (Daďová, 2008).

### **Český svaz mentálně postižených sportovců, o.s. (ČSMPS, o.s.)**

Tilinger a Lejčarová (2012) uvádí, že je specifickým sdružením samostatných sportovních oddílů i jednotlivců (fyzických a právnických osob), které zajišťují tělovýchovnou, sportovní a turistickou činnost sociální skupiny sportovců s mentálním postižením. Autoři dále doplňují, že posláním svazu je všestranně podporovat rozvoj tělesné výchovy, sportu a turistiky pro mentálně postižené sportovce všech věkových kategorií na území České republiky, vytvářet co nejlepší podmínky pro sport (s cílem



reprezentace), pomáhat při zapojení do činnosti novým členům a vést členy k dodržování pravidel. Daďová (2008) říká, že za sportovce s mentálním postižením jsou pokládáni ti, kteří prokazují snížení rozumových schopností na základě vyšetření a jsou vzděláváni a vychováni ve školách nebo zařízeních pro mentálně postižené. Svaz registruje sportovce s IQ pod 75 bodů a zároveň je svaz začleněn do Unie zdravotně postižených sportovců (Válková, 2012).

Ješina a Válková (2013) uvádí nabídku sportů, které jsou v ČSMPS rozvíjeny a nabízeny – atletika, cyklistika, florbal, futsal, kopaná, košíková, lyžování, plavání, nohejbal, přehazovaná, přespolní běh, stolní tenis, tenis, turistika a veslování. Trénink jednotlivých sportů je založen na principech běžného tréninku ve sportovních klubech, každý rok se pořádá Mistrovství ČR v daných sportech, které je však ovlivňováno členskou základnou daného sportu a ekonomickými limity (Válková, 2012).

### **České hnutí speciálních olympiád (ČHSO)**

Tilinger a Lejčarová (2012) uvádí, že se jedná o občanské sdružení, které sdružuje jednotlivce a skupiny zapojené do programu speciálních olympiád, ostatní osoby a organizace rozhodující se podporovat myšlenky programu. Sportovní filozofie je založena na principu relativity vzhledem k aktuálnímu výkonu, to znamená, že skupiny se tvoří podle limitů postižení prezentovaných daným sportovním výkonem mezi kvalifikací a finále – je vyjádřena pravidlem takzvaného čestného soutěžení (Válková, 2012). Nejsou tak stanoveny žádné výkonnostní limity, z účasti na hrách tak nemůže být nikdo předem vyloučen kvůli nesplnění výkonu – jedinou podmínkou pro účast je pravidelná celoroční aktivita jedince do sportovní činnosti ve sportovních klubech a snažení jedince, uvádí Daďová (2008). Autorka dále poukazuje, že odměňování jsou všichni účastníci což znamená další motivaci ke sportovní aktivitě.

Speciální olympiády jsou založeny na přesvědčení, že osoby mentálně postižené jsou schopny učit se a prožívat radost při pohybových aktivitách, mohou mít fyzický či sociální prospěch z účasti a mohou se zlepšovat v jednotlivých schopnostech, dovednostech nebo v rozvíjení hrubé motoriky (Kudláček, 2013). Cílem ČHSO je prospěšné rozvíjení osobnosti s mentálním postižením, integrace těchto osob do společenského prostředí a důstojného zapojení do speciálních olympiád (Daďová, 2008). Nutno zmínit, že speciálních olympiád se mohou účastnit lidé s mentálním postižením, kteří dovršili 8 let a jejichž IQ je nižší než 75 bodů – dolní hranice není

určena, to znamená, že se účastnit mohou i osoby s těžkým stupněm mentálního postižení, uvádí dále autorka.

Kudláček (2013) uvádí nabídku sportů, které České hnutí speciálních olympiád nabízí – atletika, plavání, cyklistika, stolní tenis, gymnastika, bowling, boccia, běžecké lyžování, alpské lyžování, snowboarding, kopaná, volejbal, přehazovaná, florbal a tenis.

### **3. Vybrané sociální služby pro osoby s Downovým syndromem**

#### **Osobní asistence**

*Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).*

Matoušek (2016) definuje osobní asistenci jako osobní pomoc osobám se zdravotním postižením, zahrnující služby, které zmírňují důsledky postižení při jeho činnostech – obsahem je například zajištění běžných činností v životě, pomoc při hygieně nebo zajištění stravy (intenzivní péče i 24 hodin denně). Osobní asistent také doprovází děti s Downovým syndromem na různé aktivity, například na zájmové kroužky nebo do skautu (Hrušková, Matoušek a Landischová, 2010). Pomáhá se zapojením dítěte s Downovým syndromem do dění aktivit ve skupině nebo pomáhá vedoucímu formovat program tak, aby nebyl příliš zaměřený na výkon – dítě s Downovým syndromem tak má větší šanci uspět, dodávají autoři.

#### **Denní stacionáře a týdenní stacionáře**

*V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby, zatímco v týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).*

Podle Matouška (2013) nabízejí stacionáře hlavně výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, Hrušková, Matoušek a Landischová (2010) uvádějí, že některé stacionáře se zaměřují na rozvoj vnímání a motoriky formou her a uspořádaných činností, kterými se pracovníci snaží co nejvíce zlepšovat schopnosti dětí s Downovým syndromem – programy ve stacionářích mohou být zaměřeny i na rozvoj a podporu sebeobsluhy. Se stacionářem může být propojena sociálně terapeutická dílna (určena lidem, kteří se nemohou uplatnit na otevřeném trhu práce – podpora pracovních návyků a dovedností), kam uživatelé dochází, některé stacionáře dokonce zajišťují uživatelům dopravu z domova do zařízení a zpět (Matoušek, 2011).

## **Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

*V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).*

Matoušek a Křišťan (2013) uvádí, že domovy poskytují dlouhodobou pobytovou službu a nabízí soubor služeb podporující soběstačnost klienta s Downovým syndromem a zajišťují mu podmínky pro jeho důstojný a aktivní život, mimo jiné zahrnují pomoc při zvládnání běžných úkonů o vlastní osobu nebo zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. V rámci sociální služby se v zařízení využívají aktivizační programy jako jsou různé pohybové aktivity (turistika, tai-chi, plavání), canisterapie nebo muzikoterapie (Matoušek, 2011).

## **Chráněné bydlení**

*Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).*

Chráněné bydlení je též dlouhodobá pobytová služba, v níž je míra podpory menší než v domovech pro osoby se zdravotním postižením, klienti zde mohou bydlet sami nebo ve skupině (Matoušek a Křišťan, 2013). Mimo ubytování a stravování služba poskytuje pomoc v domácnosti či podporu v dalších činnostech klienta s Downovým syndromem (Matoušek, 2011). Pracovníci mohou klientům pomáhat například s hospodařením s penězi, nakupováním nebo s dohledem nad placením nájmu – nejdůležitější je však podpora k tomu, aby si klienti zkoušeli činnosti dělat sami (Hrušková, Matoušek a Landischová, 2010).

## **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

*Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).*

Sociálně aktivizační služby nabízí volnočasové, zájmové a vzdělávací aktivity s cílem podpořit uživatele s Downovým syndromem při vytváření a rozvíjení sociálních vztahů, při osobním rozvoji a organizaci volného času – lze zde využít podporu osobního asistenta, který s uživatelem dochází na určené místo a pomáhá mu se zajištěním vhodných podmínek pro výkon činností (Matoušek, 2011).

### **3.1 Okruh pracovníků v sociálních službách**

V sociálních službách se osoby s Downovým syndromem často dostávají do kontaktu s mnoha pracovníky, zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách uvádí okruh pracovníků, kteří v sociálních službách vykonávají odbornou činnost – sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, aktivizační pracovníci, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci a další odborní pracovníci poskytující sociální služby (patří sem například dobrovolníci).

**Sociální pracovník** je pomáhajícím pracovníkem, jehož snahou je pomáhat klientům zvládat obtížné životní situace, obnovovat rovnováhu sociálního fungování klienta s jeho prostředím, a tím tak realizovat hodnoty a cíle sociálního pracovníka, které přispívají k uskutečňování smyslu a účelu sociální práce (k ochraně lidských práv a lidské důstojnosti a k podpoře sociálního bezpečí osob) (Mühlpachr, 2006).

*Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách § 109 sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona, uvádí zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách § 110.*

**Pracovník v sociálních službách** je kvalifikovaný pracovník, který uživatelům sociálních služeb poskytuje přímou obslužnou péči v zařízeních sociálních služeb či

poskytuje pečovatelské činnosti v jejich domácnosti (terénní pracovník), zajišťuje pro ně základní výchovnou nepedagogickou činnost (především prohlubování a upevňování základních hygienických, společenských a pracovních návyků) nebo pod dohledem sociálního pracovníka vykonává některé další specifické činnosti (např. základní sociální poradenství, výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti apod.) (Malíková, 2011). Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách § 116 je pracovníkem v sociálních službách ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb, základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti, pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistází pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence, pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách § 116. Můžeme zde zařadit i **aktivizačního pracovníka**, který organizuje zájmové činnosti a přizpůsobuje je klientům dle jejich přání, pomocí těchto zájmových činností by měl aktivizační pracovník podněcovat zájmy klientů a procvičovat či udržovat jejich motivaci, jemnou motoriku, mentální funkce apod. (Musil, Kubalčíková a Hubíková, 2006). Dále by aktivizační pracovník

měl nejen klientům poskytovat psychickou podporu, ale i příležitosti ke komunikaci a rozptýlení, uvádějí autoři.

Předpoklady pro výkon činnosti **pedagogických** (koná přímou vyučovací, přímou výchovnou, přímou speciálně pedagogickou nebo přímou pedagogicko-psychologickou činnost) a **zdravotnických pracovníků** (poskytuje zdravotní péči) neupravuje zákon o sociálních službách, ale zvláštní právní předpisy (Králová a Rážová, 2012). *Podmínky výkonu činnosti zdravotnických pracovníků a pedagogických pracovníků stanoví zvláštní právní předpisy, říká zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách § 117.*

## **4. Cíl práce a výzkumné otázky**

### **4.1 Cíl výzkumu**

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit a popsat jaké pohybové aktivity se využívají v rámci sociálních služeb u osob s Downovým syndromem.

### **4.2 Výzkumné otázky**

1. Jaká je škála možných pohybových aktivit v zařízeních sociálních služeb vhodných pro osoby s Downovým syndromem?
2. Jaké pohybové aktivity se v rámci sociálních služeb jeví jako užitečné a efektivní?
3. Jak jsou lidé s Downovým syndromem využívající sociální služby podporováni k pohybovým aktivitám?



## 5. Metodika

### 5.1 Použité metody a techniky

Pro zpracování praktické části byl zvolen kvalitativní výzkum s metodou dotazování, technikou polořízeného rozhovoru a ohniskové skupiny.

Švaříček (2007) uvádí, že až s odstupem času je možné sledovat v sociálních vědách jistý vývoj v metodologických přístupech, došlo k vyhraňování teoretických východisek kvalitativního a kvantitativního přístupu. Poté si kvalitativní přístup získal své uznání (postupně získal rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu) a na oba přístupy bylo nazíráno jako na soupeřící paradigmaty, avšak i tento náhled byl opuštěn a na obě metodologie je nahlíženo odlišně, díky jejich rozdílným strategiím, doplňují autoři. Někteří metodologové chápou kvalitativní výzkum jako pouhý doplněk ke kvantitativnímu výzkumu, jiní zase jako zmíněný protipól, neexistuje však jediný obecně uznávaný způsob, jak vymezit či provádět kvalitativní výzkum (Hendl, 2016). Výzkumník tvoří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů a provádí zkoumání v přirozeném prostředí účastníka, uvádí dále autor. V klasickém případě výzkumník vybere na začátku výzkumu téma, určí základní výzkumné otázky, které může upravovat během výzkumu, díky tomuto se kvalitativní výzkum považuje za pružný typ výzkumu (Hendl, 2016). Při kvalitativním výzkumu je podle Miovského (2006) výzkumník držitelem moci a ví, co může čekat od účastníků výzkumu a dále ví, jak bude výzkum probíhat.

Miovský (2006) uvádí, že metoda dotazování je jedna z nejrozšířenějších metod na získávání dat, avšak je náročná na přípravu. Dotazování obecně zahrnuje spoustu typů rozhovorů, dotazníků, škál či testů, které se mohou použít samostatně či v kombinaci s jinými metodami (Hendl, 2016). Autor dále doplňuje, že výhodou dotazování je možnost ověření porozumění otázkám, které výzkumník pokládá účastníkům a svobodného vyjádření své myšlenky či pocitu k dané problematice. Dle Reichela (2009) je polořízený rozhovor v kvalitativním výzkumu poměrně často využívaný, zároveň je to optimální způsob pro získávání dat, díky jeho flexibilitě, možnosti reagovat a jeho využitím specifík. Autor dále uvádí, že výzkumník má rozhovor předem připravený, ale nemusí ho však přesně dodržovat a umožňuje výzkumníkovi měnit otázky podle situace nebo přidávat další, tím tak rozpracovává dané téma více do hloubky.

Ohniskové skupiny nebo-li focus group v rámci kvalitativního rozhovoru jsou především formou skupinového rozhovoru, nejsou však ve smyslu výměny otázek a odpovědí mezi výzkumníkem a účastníkem (Morgan, 2001). V tomto typu výzkumu se spoléhá na interakci ve vnitřku skupiny, která je vyvolávána tématy od výzkumníka a zároveň moderátora v jedné osobě, typickým znakem ohniskových skupin je tak explicitní užívání skupinové interakce k získání dat, bez interakce, jež nacházíme ve skupině by byly těžko přístupné, doplňuje autor.

## 5.2 Výzkumný soubor

V rámci bakalářské práce byly využity dva výzkumné soubory. Prvním výzkumným souborem byli sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a aktivizační pracovníci, kteří byli vybráni v jednotlivých zařízeních sociálních služeb náhodně. U nichž byla využita metoda dotazování a technika polořízeného rozhovoru. Druhým výzkumným souborem byli klienti ve vybrané organizaci poskytující sociální služby osobám s Downovým syndromem, kteří byli též vybráni náhodně. U nichž jsem využil techniku ohniskové skupiny.

Zařízení, ze kterých byli pracovníci, jsem však kontaktoval záměrně. Jednalo se o zařízení, které se věnují osobám s Downovým syndromem a jsou z Jihočeského a Jihomoravského kraje. Tato zařízení z jednotlivých krajů byla kontaktována emailem s prosbou, zda by se podílela na výzkumu k mé bakalářské práci. Podmínkou bylo, aby sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a aktivizační pracovníci souhlasili s rozhovory a poslali mě informovaný souhlas. Vzorek se postupně naplňoval až do nasycení, celkem se rozhovorů zúčastnilo 9 pracovníků z 5 různých organizací, kteří budou ve výsledcích označeni jako P1 až P9. S ohledem na etiku výzkumu neuvádím názvy zařízení.

Pouze jedno zařízení bylo ochotno podílet se na výzkumu také prostřednictvím jejich klientů. Abych mohl udělat ohniskovou skupinu s klienty s Downovým syndromem, kontaktoval jsem toto zařízení, které poté předalo souhlasy opatrovníkům jednotlivých klientů. Některé klienty má v opatrovnictví obec nebo zařízení. Ohniskové skupiny se zúčastnilo 5 klientů, kteří budou označeni ve výsledcích jako K1 až K5.

### 5.3 Realizace výzkumu

Výzkum byl rozdělen do dvou částí. Pro vyhledání vhodných organizací pro výzkum jsem zvolil registr sociálních služeb, kde jsem si vyhledal organizace věnující se osobám s mentálním postižením. Tyto organizace jsem kontaktoval přes email, kde jsem se obrátil s prosbou na podílení se na mém výzkumu. Některé organizace mi odepsaly, že klienty s Downovým syndromem nyní nemají, ale v převážné většině dalších organizací tyto klienty měly. Po příznivé zpětné vazbě jsem si domluvil s pracovníky termín, kdy bychom se mohli setkat. Výzkum probíhal vždy v areálu daného zařízení. Po podepsání souhlasu rozhovor s každým z pracovníků trval zhruba půl hodiny.

Pro druhou část výzkumu bylo k dispozici jedno zařízení, které bylo ochotno se podílet na mém výzkumu prostřednictvím jejich klientů s Downovým syndromem. Telefonicky jsem kontaktoval ředitele a posléze sociální pracovníci, která mi pomohla získat souhlasy od opatrovníků, či mi vydala souhlas zařízení. Požádal jsem jí o výběr vhodných účastníků výzkumu s Downovým syndromem, kterých mi bylo nabídnuto 5. Se zařízením jsem si domluvil termín na realizování ohniskové skupiny, která se konala ve společenské místnosti. Tato druhá část výzkumu trvala zhruba hodinu, jelikož klienti byli velmi komunikativní.

V obou případech byla data nahrávána na mobilní telefon, ti, kteří s tím nesouhlasili, tak jsem data zaznamenával na papír.

### 5.4 Vyhodnocení dat

Data do výzkumu byla připravena v mobilním zařízení v podobě audio nahrávek, které byly pořízeny se souhlasem účastníků výzkumu, některá však v podobě textu na papíru. Rozhovory pro lepší vyhodnocení dat byly přepsány do textové podoby, Hendl (2016) tento způsob nazývá jako transkripci. Pro vyhodnocení dat bylo zvoleno otevřené kódování s následnou kategorizací dat.

Dle Švaříčka (2007) je otevřené kódování technikou, která byla vyvinuta v rámci analytického aparátu zakotvené teorie, díky své jednoduché podobě a zároveň jednoduchosti je využívána v mnoha kvalitativních výzkumech. Kódování představuje operace, z nichž jsou původní údaje rozebrány a složeny novým způsobem, postupuje se rozdělením analyzovaného textu na jednotky, ke které se poté přidělí jednotlivý kód, uvádí autor.

Hendl (2016) uvádí, že kategorizace slouží k provádění redukce dat a využívá se právě ke kódování rozhovorů. Kategorizace vyobrazují data, tím tak plní zobrazovací funkci, některé mají blízko k metodám vyhodnocování, doplňuje autor. Pro možnou práci s kategorizací je nutné definování jednoznačného rozhodnutí o přiřazení do kategorií (Hendl, 2016).

## **5.5 Etika výzkumu**

Podle Miovského (2006) je důležité dodržovat tyto následující body:

- Respektování soukromí účastníků,
- zachování anonymity účastníků,
- získání informovaného souhlasu účastníků,
- zajištění psychického a emočního bezpečí u všech účastníků,
- zpřístupnění výsledků výzkumu pro účastníky.

Všichni účastníci výzkumu se ho účastnili dobrovolně, před začátkem výzkumu byli seznámeni s tématem a cílem mé bakalářské práce. Účastníci výzkumu mi poskytli informovaný souhlas a souhlas s nahráváním audio zvuku na mobilní telefon. Všem účastníkům bylo řečeno, že výsledná data budou použita pouze pro účel mé bakalářské práce a nebudou zneužita.

Pro zachování anonymity všech zúčastněných jsem pracovníky označil P1 až P9 (P – pracovník) a klienty s Downovým syndromem K1 až K5 (K – klient). V souladu s Hendlovou tezí (2016) byli zároveň všichni účastníci informováni o svobodě odmítnutí, kdy může účastník z výzkumu kdykoliv odstoupit.

## 6. Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou prezentovány výsledky výzkumu, a to s ohledem na dva výzkumné soubory a rozdílnou techniku získávání dat.

### 6.1 Výsledky rozhovorů s pracovníky organizací

Kvůli ochraně soukromí a zachování anonymity účastníků výzkumu jsou pracovníci označeni P1 – P9. Tabulka č. 1 představuje komunikační partnery – šlo o tři muže a 6 žen. Z hlediska pozice šlo o 3 sociální pracovníky, 3 pracovníky v sociálních službách a 3 aktivizační pracovníky. Výzkumu se zúčastnilo 5 zařízení, které jsou označeny Z1 – Z5 kvůli zachování anonymity daného zařízení.

Tabulka č.1 – Charakteristika výzkumného souboru pracovníků a jejich zařízení

	Zařízení	Pohlaví	Pracovní pozice
P1	Z1	muž	sociální pracovník
P2		muž	aktivizační pracovník
P3	Z2	žena	sociální pracovník
P4		žena	pracovník v sociálních službách
P5	Z3	žena	pracovník v sociálních službách
P6		žena	aktivizační pracovník
P7		muž	pracovník v sociálních službách
P8	Z4	žena	sociální pracovník
P9	Z5	žena	aktivizační pracovník

*Zdroj: vlastní výzkum*

Na základě analýzy dat z otevřeného kódování vznikly následující kategorie:

1. Nabídka pohybových aktivit
2. Vhodnost pohybových aktivit
3. Pozitiva pohybových aktivit
4. Motivace k pohybovým aktivitám

## Kategorie – Nabídka pohybových aktivit

Do této kategorie spadají podkategorie typy aktivit, konkrétní sociální služby, realizace pohybových aktivit, plány a přání do budoucna a účast na sportovních akcích, soutěží a olympiád.

Tabulka č.2 – Typy aktivit

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
	Z1		Z2		Z3			Z4	Z5
iBoccia		X		X	X	X	X		
Kubb						X	X		X
Mölkky						X			
plavání	X	X	X	X	X	X	X	X	X
míčové hry	X	X	X	X	X	X		X	
jízda na kole	X			X		X			X
kuželky			X	X	X	X	X	X	X
bruslení						X			
stolní tenis					X	X	X	X	X
petanque						X		X	
atletika	X		X	X	X	X			X
procházky			X			X			
tanec		X	X		X	X		X	
lyžování					X	X			
cvičení	X	X		X		X			
šipky						X			X
terapie			X	X	X	X			

*Zdroj: vlastní výzkum*

Tabulka č.2 zobrazuje, jaké jsou nabízené pohybové aktivity v zařízeních sociálních služeb. Je zajímavé, že i když jsou dva či tři pracovníci ze stejného zařízení, tak se odpovědi ohledně nabídky pohybových aktivit liší u každého z nich. Nejčastěji nabízenou pohybovou aktivitou je plavání, které se vyskytlo u všech dotazovaných, dále se nabízí často míčové hry či kuželky. P6 uvedla velmi širokou nabídku pro osoby s Downovým syndromem v zařízení sociálních služeb, která činí až 17 pohybových aktivit pro tyto osoby. Nejméně nabízenou pohybovou aktivitou je bruslení, která je pouze v jednom zařízení. P2 uvádí, že mezi cvičení patří skákání přes švihadlo, cviky na rehabilitačních míčích, lezení na žebřiny, válení sudů, trampolína a protahování, u pracovnice P4 jsou to spíše posilovací cviky s činkami či na strojích. V zařízení Z2 a Z3 provádí terapie, jako je hipoterapie, animoterapie nebo dramaterapie, kdy pravidelně pořádají divadelní představení. Dle otevřeného kódování můžeme do míčových her zařadit fotbal, basketbal, přehazovanou, futsal nebo florbal, tyto míčové hry jsou velmi časté a jsou realizovány ve všech zařízeních.

Tabulka č.3 – Konkrétní sociální služby

	Zařízení	Všechny nabízené služby	Služby, kde jsou nabízeny pohybové aktivity
P1	Z1	denní stacionář týdenní stacionář osobní asistence raná péče sociálně terapeutické dílny sociální rehabilitace odlehčovací služby	denní stacionář osobní asistence
P2			denní stacionář osobní asistence
P3	Z2	domov pro osoby se zdravotním postižením chráněné bydlení denní stacionář chráněné bydlení	domov pro osoby se zdravotním postižením chráněné bydlení denní stacionář
P4			domov pro osoby se zdravotním postižením
P5	Z3	domov pro osoby se zdravotním postižením chráněné bydlení sociálně terapeutické dílny	chráněné bydlení
P6			chráněné bydlení
P7			domov pro osoby se zdravotním postižením chráněné bydlení
P8	Z4	domov pro osoby se zdravotním postižením chráněné bydlení	domov pro osoby se zdravotním postižením
P9	Z5	domov pro osoby se zdravotním postižením denní stacionář týdenní stacionář chráněné bydlení	denní stacionář

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č.3 ukazuje, v jakých sociálních službách se provádí pohybové aktivity u osob s Downovým syndromem, nejčastější jsou to pobyťová zařízení, jako je domov pro osoby se zdravotním postižením či chráněné bydlení. Jsou zde také vypsány všechny sociální služby, které zařízení klientům poskytuje. Některá zařízení i přes pestrou nabídku sociálních služeb využívají jen málo sociálních služeb k pohybovým aktivitám. Pouze Z2 využívá pohybové aktivity jak v domově pro osoby se zdravotním postižením, tak i v denním stacionáři a chráněném bydlení, což naplňuje všechny jejich nabízené sociální služby. P7 podotýká: „*Pokud tu máme klienta s Downovým syndromem pobyťově a jsme tu s ním prakticky 24 hodin denně, je možné s ním dělat více aktivit a lépe se nám tu s ním pracuje*“. P9 uvedla pouze denní stacionář, avšak jejich zařízení



nabízí další sociální služby, jako je domov pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionář či chráněné bydlení.

Tabulka č.4 – Realizace pohybových aktivit

	Zařízení	Četnost	Místo		
			Vnitřní prostor	Venkovní prostor	Bazén
P1	Z1	3 hodiny týdně	X	X	
P2		4 hodiny týdně	X	X	X
P3	Z2	3x týdně		X	
P4		nepravidelně (dle počasí)		X	X
P5	Z3	dle rozvrhu klienta	X	X	
P6		denně - 30 min až celé dopoledne	X	X	
P7		denně - 8:00 až 15:00	X		
P8	Z4	denně	X	X	
P9	Z5	1x týdně	X	X	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č.4 ukazuje, že nejčastějším místem pro pohybové aktivity u osob s Downovým syndromem jsou venkovní prostory, to znamená hřiště, areál, park, příroda či nádvoří. Poté často probíhají pohybové aktivity ve vnitřních prostorech, což dle informantů může být tělocvična či víceúčelový sál. Tělocvična je velmi oblíbená, byla zmíněna hned 6x, avšak některá zařízení ji nemají či pracovníci ji nezmínili. P4 se zmínila o personálu a prostorách: „Bohužel tu nemáme tolik personálu, abychom se klientům mohli věnovat každý den a jsme hodně závislí na počasí, jelikož tu nemáme kromě bazénu žádnou tělocvičnu či sál, kde bychom s nimi mohli něco dělat“. Hned ve 3 případech se pohybová aktivita realizuje denně, ač jen někdy 30 minut. P6 k tomu doplňuje: „Je pro nás i naše klienty s Downovým syndromem podstatné, aby se každý den klienti věnovali pohybovým aktivitám a udržovali si tak na úrovni své zdraví, navíc tu máme širokou nabídku aktivit, takže si každý přijde na to své“. Z3 a Z4 tak přistupují

k pohybovým aktivitám nejzodpovědněji, jelikož cvičí s klienty každý den, a i v denním rozvrhu klienta mají na každý den zařazenou pohybovou aktivitu.

Tabulka č.5 – Plány a přání do budoucna

	Zařízení	Pohybový aktivita k rozšíření nabídky	Důvod
P1	Z1	žádná	nabídka je dostačující
P2		žádná	nabídka je dostačující
P3	Z2	iBoccia	týmová spolupráce
P4		žádná	nabídka je dostačující
P5	Z3	žádná	máme jich dost
P6		žádná	je to vyhovující
P7		žádná	máme jich dostatek
P8	Z4	posilovna	klienti musí chodit do města
P9	Z5	tanec	klienti mají rádi hudbu, projev klientů

*Zdroj: vlastní výzkum*

Tabulka č.5 ukazuje, jaké další pohybové aktivity by chtěli pracovníci využívat pro svoje klienty s Downovým syndromem a jaký k tomu mají důvod. Avšak 6 pracovníků odpovědělo, že by nechtěli přidat žádnou další pohybovou aktivitu, jelikož je jejich nabídka dostačující či jich mají dostatek, a tak jim to vyhovuje. Pouze 3 pracovníci uvedli, že by chtěli určitou aktivitu přidat. P9 se k tomu vyjádřila: „*Naši klienti mají velmi rádi hudbu, tak bych v budoucnu chtěla založit taneční skupinu, je to jeden ze způsobů, jak se klienti s Downovým syndromem pomocí tance projevují*“. P3 zmínila, že by chtěla pro klienty zavést iBoccia, která se jí líbí kvůli její možné týmové spolupráci mezi klienty. P8 uvedla, že někteří klienti rádi posilují na posilovacích strojích nebo s činkami, avšak posilovnu zařízení nemá, tak klienti musí do posilovny docházet do města, časem by chtěla v zařízení pro klienty zprovoznit alespoň menší posilovnu, kde by měli pár činek a základní vybavení pro cvičení.

Tabulka č.6 – Účast na sportovních akcích, olympiádách a soutěžích

	Zařízení	Sportovní akce	Formální soutěže	Olympiáda
P1	Z1	X		
P2			X	
P3	Z2	X	X	
P4		X		
P5	Z3	X	X	X
P6		X		X
P7		X	X	X
P8	Z4	X		
P9	Z5	X	X	

*Zdroj: vlastní výzkum*

Tabulka č.6 uvádí, jakých sportovních akcí, olympiád či soutěží se klienti s Downovým syndromem účastní. Klienti s Downovým syndromem se účastní v každém zařízení nějaké akce, soutěže nebo olympiády podle možností daného zařízení, P5 uvedla, že tito klienti se zúčastnili i olympiády v Abú Dhabí, kde dokonce získali cenné kovy v podobě medailí. P3 uvádí, že klienti se účastní sportovních akcí jako jsou sportovní hry mezi zařízeními nebo formálních soutěží například plaveckých závodů v Hodoníně či turnajů se stolním tenise. P2 uvedl, že klienti se pravidelně účastní turnajů v 2. lize Jihočeské ligy v iBoccia. Olympiády v ČR nebo v zahraničí se zúčastnili pouze klienti ze Z3, avšak různých atletických závodů, plaveckých nebo turnajů mezi zařízeními se pravidelně účastní všechna uvedená zařízení. Klientům se tak dostávají možnosti k předvedení svých schopností a soutěživého ducha, nejradši ale mají akce či soutěže mezi zařízeními, kde mají většinou kamarády, mohou si tak s nimi poměřit síly a pobavit se.

## Kategorie – Vhodnost pohybových aktivit

Do této kategorie spadají podkategorie vhodné aktivity pro konkrétní klienty a pohybové aktivity s pozitivním účinkem pro klienty s Downovým syndromem.

Tabulka č.7 – Vhodné pohybové aktivity pro konkrétní klienty

	chůze	tanec	terapie	plavání	jízda na kole	kolektivní sporty	motorické cvičení	jakákoliv aktivita
P1	X	X					X	
P2			X			X		
P3			X	X				
P4	X			X	X			
P5						X		X
P6		X		X		X	X	
P7							X	
P8	X					X	X	
P9								X

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č.7 ukazuje z pohledu pracovníků, jaké pohybové aktivity se jim zdají vhodné pro konkrétní klienty. P5 říká, že se jí jako nejvhodnější zdají kolektivní sporty, jelikož jsou klienti rádi ve společnosti a rádi soutěží. Do nich můžeme zařadit iBoccia, která se zdá vhodná více pracovníkům nebo náročnější sporty jako jsou fotbal nebo basketbal. P3 uvedla terapie jako hipoterapii či animoterapii. P1 zařazuje mezi motorické cvičení například skákání a zároveň poukazuje: „Pravděpodobně je to hodně individuální a záleží na konkrétní osobě, ale mému klientovi s Downovým syndromem baví všechny aktivity, při kterých se může hýbat, ať už je to běh, skákání, házení s míčem nebo tanec. Nejdůležitější je dle mého zápal pro danou činnost“. P9 nebyla schopna vypíchnout konkrétní pohybovou aktivitu, která by byla z jejího pohled „lepší“ než ostatní aktivity, proto říká, že každá pohybová aktivita je pro klienty přínosná. P2 preferuje klidnější druhy cvičení a nejvhodnější se mu zdá iBoccia, jelikož se u ní klienti příliš nevyčerpají. Z těchto dat tak vyplývá, že každý pracovník preferuje něco

jiného, někteří preferují méně náročnou aktivitu, kde se u ní převážně stojí a tolik nehýbe, naopak někteří více náročnou pohybovou aktivitu, která udržuje či zlepšuje fyzickou kondici.

Tabulka č.8 – Pohybové aktivity s pozitivním účinkem pro klienty s DS

	plavání	procházky	protahování	jízda na kole	jakákoliv pohybová aktivita	posilování	terapie
P1	X	X	X		X		
P2	X	X	X				
P3	X						X
P4	X	X		X		X	
P5					X		
P6					X		
P7					X		
P8		X					
P9					X		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č.8 ukazuje, jaké jsou pohybové aktivity s pozitivním účinkem pro klienty s Downovým syndromem. Nejvíce pracovníků se shodlo na tom, že všechny pohybové aktivity jsou pozitivně prospěšné na zdraví klienta, P1 říká: „*Určitě má pozitivní vliv rehabilitační bazén a vůbec pohyb jako takový, ať už je to samotná chůze, protahování nebo běh*“. P4 uvedla posilování na posilovacích strojích a jízdu na kole jako jediná, klienty tyto činnosti baví a napomáhá jim pro zdraví těla, myslí si pracovnice. Také P3 jako jediná uvedla terapie, podle ní hipoterapie a animoterapie mají pozitivní účinky na klienty s Downovým syndromem. Procházky jsou vhodné pro všechny klienty, jelikož se jejich náročnost může upravit podle kondice klientů a zároveň při pobytu na čerstvém vzduchu příznivě ovlivnit své zdraví. Každý pracovník odpověděl něco jiného, každopádně se všichni shodli, že každá pohybová aktivita má nějaký pozitivní účinek na zdraví.

## Kategorie – Pozitiva pohybových aktivit

Do této kategorie spadají podkategorie pozitivní účinky u klientů s Downovým syndromem a oblíbené pohybové aktivity.

Tabulka č.9 – Pozitivní účinky u klientů s DS

	uvolněnost	radost	komunikativnost	dobrá nálada	vděčnost	pocit důležitosti	fyzická kondice
P1	X			X			
P2		X					
P3	X		X	X			
P4		X		X			X
P5		X				X	
P6	X	X	X				X
P7							X
P8		X				X	
P9		X		X	X		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č.9 zobrazuje, jaké pozitivní účinky jsou u klientů s Downovým syndromem znát. Nejčastějším pozitivním účinkem je radost a dobrá nálada, která je u klientů znát. Potvrzuje se tak, že při pohybové aktivitě stoupá hladina endorfinů, tzv. hormonů štěstí a klient tak má lepší náladu a cítí se mnohem šťastnější a spokojenější, proto je tak pohybová aktivita u všech osob důležitá. P9 uvedla, že klienti po vykonání pohybových aktivit jsou veselejší a děkují pracovníkům, že s nimi mohli být. P7 do dobré fyzické kondice uvedl i udržení hmotnosti klientů, která je velmi důležitá. P5 pocit důležitosti charakterizovala: „*Mají radost, když se jim personál věnuje a cítí se tak důležitým článkem ve společnosti, bonusem je výhra ve hře nebo jim stačí i pochvala a uznání za to že se zúčastnili*“. P1 řekl, že klientka v rámci pohybových aktivit ze sebe „vybije“ přebytečnou energii, tím se u ní sníží psychické nebo i fyzické napětí a cítí se tak uvolněněji s lepší náladou.

Tabulka č.10 – Oblíbené pohybové aktivity

	tanec	míčové hry	kolektivní hry	plavání	jízda na kole	cvičení	procházka
P1	X	X	X			X	X
P2			X				
P3	X			X	X		
P4	X			X	X		
P5		X	X			X	
P6	X						
P7						X	
P8	X		X				
P9							X

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 10 jsou uvedeny oblíbené pohybové aktivity klientů s Downovým syndromem z pohledu pracovníků. Nejvíce oblíbenou pohybovou aktivitou je tanec, P4 uvedla, že klientům pořádají i diskotéky, a to mají velice rádi. P1 rozvedl aktivity více dopodrobna: „Nejvíce je baví tanec a poskakování za doprovodu hudby, hry s míčem jako je fotbal, házení s míčem mezi sebou, na koš, florbal nebo střelba na bránu. Do kolektivních her zařazují například rybičky, čápi a žáby, které je také velmi baví“. Oblíbenou kolektivní hrou je také iBoccia, která byla často zmiňována, jelikož není tak fyzicky náročná na kondici, avšak klienty velmi baví a motivuje je k spolupráci s ostatními spoluhráči. P9 uvedla pouze procházku, avšak doplňuje, že klienti se těší na každou aktivitu a jsou rádi i za právě zmíněnou procházku. P7 se domnívá, že oblíbenou aktivitou jsou cvičení na žíněnce či protahování na ní, ale zároveň zdůrazňuje, že je to velmi individuální.

## Kategorie – Motivace k pohybovým aktivitám

Do této kategorie patří podkategorie vnější motivace od pracovníků, vnitřní motivace a preferované aktivity.

Tabulka č. 11 – Vnější motivace od pracovníků

	Vnější motivace od pracovníků				
	odměna	vzor od pracovníků	soutěživé aktivity	pestrý program	slovní motivace
P1	X				X
P2			X		
P3	X			X	
P4	X	X			X
P5				X	
P6	X	X		X	X
P7		X			
P8	X				X
P9			X		X

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 11 ukazuje, jak pracovníci motivují klienty k pohybovým aktivitám. Hlavní motivací pro většinu klientů je odměna, která je buď formou pochvaly, potlesku nebo malé věcné odměny. Pro P1 je důležité, aby pohybová aktivita byla pro radost a byla sama sebou vnímána žákem jako za odměnu, snaží se je tak nenutit do něčeho, co nechtějí, ale dává jim na výběr z několika možností, nezbytnou součástí je i slovní pozitivní motivace či pochvala. P4 uvádí: „*Máme motivaci odměnou, dělají to rádi, protože je to baví. Zároveň jim vysvětlujeme, že je to zdravé pro jejich tělo*“. P5 říká, že její klienti mají pohybové aktivity v rámci denního rozvrhu, ale snaží se je často obměňovat a zpestřovat tak klientům každý nový rozvrh jinými a novými aktivitami. Vzor od pracovníků je také důležitý, například P7 se zapojuje s nimi do pohybových aktivit. P2 se snaží vymýšlet soutěživé aktivity, které klienty baví a tím je tak namotivujete k dobrému výkonu.



Tabulka č. 12 – Vnitřní motivace

	Vnitřní motivace						
	odměna	kolektiv	podpora od ostatních	nové aktivity	radost z účasti	soutěživost	úspěch
P1	X	X	X				
P2			X	X			
P3				X			
P4		X			X		
P5					X	X	
P6	X					X	X
P7	X		X				X
P8						X	
P9		X	X				

*Zdroj: vlastní výzkum*

Tabulka č. 12 ukazuje vnitřní motivaci klientů s Downovým syndromem z pohledu pracovníků. Výsledky jsou různé a odlišné, projevuje se tu tak pestrost individuality člověka. P3 se zaměřuje hodně na nové aktivity, které zpestří klientům pohyb a doplňuje: „Zkoušíme i nějaké nové aktivity formou hry, je však u toho nutné mít mnoho trpělivosti“. P6 si myslí, že velkou vnitřní motivací je, když klient získává na závodech přední místa, tím tak dostane nějakou odměnu a pochvalu. P9 řekla, že motivací je pro klienty přítomnost cizích lidí, jelikož se s nimi rádi seznamují a předvádí jim co umí. P8 uvedla, že v klientech je soutěživý duch, a to je velmi motivuje k předvedení co nejlepšího výkonu, přece jen nikdo nechce prohrát, ale umístit se co nejlépe nebo porazit svého kamaráda či svou kamarádku.

Tabulka č. 13 – Preferované aktivity

	Preferované aktivity						
	kolektivní hry	procházky	jízda na kole	plavání	tanec	cvičení	atletika
P1	X						
P2	X						
P3		X	X	X			
P4		X					
P5		X					
P6	X	X	X	X	X	X	
P7		X				X	
P8		X					
P9	X	X		X			X

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 13 jsou vyobrazeny preferované aktivity k podpoře klientů ze strany pracovníků. Nejvíce preferovanou aktivitou jsou procházky, nebo-li chůze, více pracovníků se shodlo na tom, že hlavně pobyt venku a chůze na zdravém vzduchu je pro podporu pohybu končetin a zdraví klienta to nejlepší. Procházky jsou velmi oblíbenou aktivitou jak mezi klienty, tak mezi pracovníky, jelikož je mohou spojit s výletem či poznáváním svého okolí a klienti rádi pobývají venku na čerstvém vzduchu. P2 uvedla: *Nejčastěji je podporuji ke kolektivním hrám, při kterých musí spolupracovat a většinou alespoň jednoho klienta to baví na tolik, že stáhne ke hře i ty ostatní*“. Do kolektivních her můžeme podle otevřeného kódování zařadit iBoccia, Kubb, fotbal, ringo nebo florbal.

## 6. 2 Výsledky rozhovorů s klienty s Downovým syndromem

Kvůli ochraně soukromí a zachování anonymity účastníků výzkumu jsou klienti označeni K1-K5. Tabulka č. 14 představuje komunikační partnery – šlo o tři muže a 2 ženy. Z hlediska věku to jsou klienti od 37 let do 48 let. Všichni klienti jsou z jednoho zařízení, avšak nejsou všichni z jedné domácnosti.

Tabulka č. 13 - Charakteristika výzkumného souboru klientů

	Pohlaví	Věk
K1	muž	48
K2	muž	37
K3	žena	43
K4	žena	42
K5	muž	44

*Zdroj: vlastní výzkum*

### Výsledné trsy

Na základě výpovědí komunikačních partnerů vznikly následující 3 trsy:

- 1) Účast na pohybových aktivitách v zařízení
- 2) Užitečné a efektivní pohybové aktivity
- 3) Podpora k pohybovým aktivitám

### Trs 1 – Účast na pohybových aktivitách v zařízení

Prvním tématem, které se v rámci ohniskové skupiny překrývalo, byla nabídka pohybových aktivit.

Z analýzy výsledků ohniskové skupiny vyplývá, že všichni komunikační partneři kromě K3 mají pohyb v oblibě – tato komunikační partnerka z něj příliš nadšená není a ráda ho moc nemá. I přesto se však účastní všech pohybových aktivit jako ostatní komunikační partneři. K1 a K5 mají ze všech pohyb nejraději, účastní se úplně všech pohybových aktivit a nevadí jim žádná pohybová aktivita. Všichni komunikační partneři se shodli, že procházky jsou pro ně přijatelné a nevadí jim.

Dle výsledků můžeme konstatovat, že komunikační partneři využívají pohybové aktivity, jako jízda na tříkolce, trampolína, míčové hry (přehazovaná, házení s míčem mezi sebou, košíková a florbal), iBoccia, plavání, kuželky, stolní tenis, procházky, hraní si na hřišti a posilování.

Komunikační partneři pohybové aktivity realizují zhruba 2x týdně, pokud je venku hezky, tak v letním počasí i denně, K3 a K4 jsou spolu v jedné domácnosti a tam je realizují zhruba jednou týdně.

Všichni komunikační partneři se shodli na tom, že nejčastěji provádí pohybové aktivity na hřišti. Poté často zněla tělocvična či plovárna, kterou mají v létě venku v areálu zařízení nebo vnitřní v domově pro osoby se zdravotním postižením. K3 a K4 preferují park, ten mají také v areálu zařízení nebo vycházky venku po okolí. K1 a K5 jsou sportovci tělem i duší, takže rádi jezdí i do jiných zařízení, kde se účastní sportovních her.

Dílčí téma, které se překrývalo v rámci ohniskové skupiny, bylo přání komunikačních partnerů. K1 a K5 by rádi hráli navíc fotbal. Ten v zařízení bohužel hrát nemohou, jelikož nemají dostatek spoluhráčů, a tak si alespoň kopou spolu. K2 by se rád naučil jezdit na kole, protože by to ho prý bavilo, K3 a K4 by rádi měli menší rozcvičky s hudbou, hudbu mají totiž velmi rádi a poslouchají jí denně.

## **Trs 2 – Užitečné a efektivní pohybové aktivity**

Druhým tématem, které se po analýze dat z ohniskové skupiny překrývalo, byla užitečnost a efektivnost pohybových aktivit.

Komunikační partneři se shodli, že se po pohybových aktivitách cítí velmi příjemně unaveni a večer, když jdou spát, tak se jim lépe usíná. Někdy si dokonce zdřímnou i během odpoledne, když mají náročnější aktivitu. K2 se cítí po pohybu lépe naladěný, má tedy lepší náladu a zároveň je i klidnější, stejně jako K4 a K5. K3 je nejen příjemně unavená, ale je spokojená, jelikož dostane po pohybové aktivitě i nějakou menší odměnu. Co se týče toho, jestli mají kromě těchto účinků ještě nějaké jiné pozitivní účinky, tak například K1 řekl, že ho díky posilování nebolí záda a hlava, na které v minulosti trpěl bolestí a má ještě díky tomu velké svaly a velkou výdrž. Posilování se mu líbí a šlo vidět, že mu to dodává sebevědomí, je na sebe hrdý a chlubí se tím okolí (ukazuje všem, jak má velké svaly). K5 uvedl, že „*když se hýbe, tak není kvůli tomu tlustý*“. Z uvedeného vyplývá, že pohybová aktivita pro komunikační partnery s Downovým syndromem je rozhodně prospěšná, jelikož komunikační partneři si snadněji udrží svoji hmotnost, cítí se lépe a uvolněněji, mají lepší fyzickou kondici a v tomto případě má komunikační partner ze sebe i lepší pocit a zbavil se částečně bolesti.

Ohledně oblíbených aktivit je zřejmé, že každý komunikační partner je individuální a odpověděl něco jiného, pouze K3 a K4 mají společnou oblíbenou aktivitu, a to je pohyb při poslechu hudby. K1 nejraději posiluje na strojích, které má k dispozici venku na hřišti v areálu zařízení, v zimě rád hraje stolní tenis s kamarády. K2 plavat sice neumí, používá plavací kruh, ale i přesto jeho oblíbenou pohybovou aktivitou je plavání v bazénu. K3 má ještě ráda procházky po okolí nebo jednoduché hry s míčem, jako je házení si s ním. K5 nejvíce baví ježdění na své tříkolce, s kterou může jezdit po celém areálu, jelikož v něm mají přizpůsobený terén k těmto aktivitám.

### **Trs 3 – Podpora k pohybovým aktivitám**

Poslední společné téma, které se překrývalo v rámci všech komunikačních partnerů, byla motivace a podpora k pohybovým aktivitám.

Z výsledků je zřejmé, že komunikační partneři (muži) se rádi hýbou i bez jakékoli odměny či přemlouvání a vybízení k pohybu. Avšak u komunikačních partnerek (žen) už je potřeba si něco přichystat a namotivovat je k pohybu, K3 i K4 namotivuje nejvíce káva, jelikož ji mají rády, a třeba i malá sladkost. Pracovníci se je dále snaží motivovat pochvalou, potleskem nebo odměnou, tyhle věci platí na všechny komunikační partnery a dostatečně je to namotivuje k pohybu. Avšak největší motivací K4 je odměna v podobě balíčku sladkostí, který jí vždy slíbí před pohybovými aktivitami, jinak se jí do pohybu moc nechce.

Pohybové aktivity v tomto zařízení má na starosti hlavně aktivizační pracovník, který je se všemi těmito klienty provádí a zároveň je tak i motivuje.

## 7. Diskuze

V bakalářské práci jsem se zabýval tématem využití pohybových aktivit u osob s Downovým syndromem. Cílem práce bylo zjistit a popsat jaké pohybové aktivity se využívají v rámci sociálních služeb u těchto osob.

I když s osobami s Downovým syndromem mám předešlé zkušenosti, některé odpovědi či výsledky mě mile překvapily. S některými pohybovými aktivitami, které zařízení nabízí a realizuje, jsem se nikdy nesetkal, a tak nevěděl, že něco takového existuje, zařadil bych sem například Kubb nebo Mölkky. Překvapilo mě i to, že někteří klienti zvládají aktivity, které jsou těžší na pohyb, jako například bruslení nebo lyžování a že v jednom zařízení se klienti dokonce zúčastnili olympiády v Abú Dhabí, kde získali medaile. Téma pohybových aktivit u osob s Downovým syndromem není veřejnosti moc známé, myslím si tak, že výsledky i teoretická část může čtenářům přinést nové poznatky a inspiraci pro budoucí setkání s těmito osobami.

Podle tabulky č.1, charakteristiky pracovníků v daných zařízeních je zřejmé, že ženy převyšují muže jako sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách či aktivizační pracovníci. V tomto případě z 9 pracovníků jsou pouze 3 muži. Je i všeobecně známé veřejnosti, že ženy jsou v sociálních službách více zastoupeny. Důvodem může být, že sociální práce je většinou vnímána jako ženská profese, avšak není známo, jak ovlivňuje status ženské profese pozici mužů ve společnosti, pro něž se jedná o netradiční profesi jako je tahle (Janebová, 2008). Zde se mohu podělit o své zkušenosti, jelikož je pravda, že mužů je v sociálních službách velmi málo. Pokud vezmu v potaz své střední vzdělání, tak byl poměr mužů proti ženám výrazný (4 muži, 12 žen). Na vysoké škole, jsem v mém studovaném oboru a ročníku pouze jediný muž, žen u nás máme 14. U vyššího ročníků stejného oboru byla situace velmi podobná, byl zde také pouze jeden muž, u nižšího ročníku není dokonce žádný. Je složité říci, proč muži nemají zájem o studium sociálního zaměření, může to být právě tím, že veřejnost, a i muži vnímají tuto práci jako ženskou profesi nebo nejsou spokojeni s finančním ohodnocením. Muži v sociálních službách převážně pracují na vysokých pozicích, jako ředitel, avšak poměr je též oproti ženám velmi nízký.

Nabídka pohybových aktivit v daných zařízeních je pestrá, avšak nabídka není úplně vyčerpána a sportů či pohybových aktivit pro tyto osoby je mnohem více. Některé aktivity však nejsou finančně, kapacitně či s ohledem na postižení a motoriku klientů možné realizovat. Jsou však výjimky, které jsou pohybově nadané a tyto aktivity

zvládají i na mezinárodní úrovni, takové však v oslovených organizacích nemají. Čeští sportovci s mentálním postižením mají i mezinárodní úspěchy, což znamená, že je určitě dobře podporovat klienty k pohybu, nikdy nemůžeme vědět, jaký skrytý talent v nich opravdu je. Můžeme díky tomu objevit u klientů to, co jim jde nebo čemu by se v budoucnu mohli věnovat i ne na tak vysoké úrovni. Dařová (2008) uvádí, že osoby s Downovým syndromem se mohou nebo účastní aktivit jako je například gymnastika, badminton, házená, vzpírání, jezdeckví, jachtingu, golfu, krasobruslení nebo hokeje – tyto aktivity klienti v zařízeních nemají a nerealizují je. Důvody mohou být výše uvedené nebo i takové, že třeba jachting či krasobruslení není možné z lokality zařízení. Mezi uvedené aktivity samozřejmě pak patří i ty, které v zařízení realizují.

Zajímavostí však je, že odpovědi pracovníků ze stejného zařízení se v mnoha věcech lišily a to výrazně. Pokud vezmeme v potaz nabídku pohybových aktivit v daném zařízení, často se stávalo, že pouze jeden pracovník ze dvou či tří pracovníků uvedl jinou aktivitu, která se nerealizovala u těch ostatních pracovníků ze stejného zařízení. Nabádá se otázka, jestli na to má vliv rozdílnost sociálních služeb, ze které pracovník odpovídal. Bylo však zjištěno, že pracovníci jsou i ze stejných sociálních služeb v daném zařízení, takže není jisté, co za tím stojí. Je asi pravděpodobné, že pracovníci buď danou aktivitu nezmínili z důvodu, že ji neprovádí anebo ji zapomněli uvést.

Pracovníci uvedli také, že se klienti účastní sportovních akcí, soutěží či olympiád. Největší zastoupení měli sportovní akce. Výsledky souhlasí z odpovědí klientů, jelikož někteří se opravdu účastní sportovních akcí mezi zařízeními nebo se i zúčastnili sportovních her, například sportovní hry Zubří.

Z výsledků preferovaných aktivit ze strany pracovníků byly nejvíce zmiňovány procházky a kolektivní či míčové hry. Pokud srovnáme výsledky s klienty daného zařízení, výsledky se v tomto ohledu shodují, všichni klienti se totiž shodli na tom, že procházky jsou pro ně nejpříjemnější a nevdají jim. Mezi nabídkou, kterou uvedli pracovníci je rozdíl pouze v kvantitě, jelikož některá zařízení nabízí více aktivit než to, kde jsou tito klienti. Nejčastěji aktivity provádí ve venkovních prostorech, jako je hřiště, park či areál zařízení, z výsledků pracovníků vyplývá to stejné.

Pohybové aktivity jsou pro klienty i všechny osoby s Downovým syndromem velmi prospěšné, působí na ně v různých oblastech, a navíc mají velké výchovné možnosti. Tilinger a Lejčarová (2012) uvádí oblast biologickou (rozvoj pohybových schopností nebo odolnosti organismu), oblast psychickou (zvyšování sebevědomí či

sebedůvěry), oblast společenskou (socializace nebo integrace), oblast výchovy a vzdělávání (dodržování pravidel, norem nebo odpovědnost) a oblast zdravotní (prevence před civilizačními chorobami jako je obezita nebo poruchy metabolismu). Sport může pomoci se vzděláváním osob s cílem rozvoji charakteru, získání vědomostí, správných postojů, přesvědčení, dovedností a takové chování, aby se z nich mohli stát laskaví a spravedliví lidé, doplňují autoři. Pohybové aktivity by se dle mého názoru měly realizovat denně, protože souhlasím s autory, že mají obrovský vliv i na výchovu těchto osob a pomocí aktivit jim můžeme pomoci s formováním osobnosti pomocí sportu. Navíc mají i velmi příznivé účinky jak na psychiku, tak zdraví klienta, které máme uvedené v tabulce č.9. Dle Ješiny a Válkové (2012) rozvíjejí vnímání, pozornost, paměť, obrazotvornost, představivost, myšlení a řeč. Bátorová, Brůžková a Šopíková (2013) doplňují, že pohybové aktivity mají příznivý vliv na duševní zdraví a mohou tak zmírňovat následky projevů duševních onemocnění. I všichni pracovníci oslovení ve výzkumu uvedli, že všechny pohybové aktivity mají příznivé účinky na zdraví klientů. Mezi příznivé účinky nejvíce řadili radost, dobrou náladu, uvolněnost a dobrou fyzickou kondici či udržení hmotnosti. Odpovědi od klientů byly velmi podobné, ti sem uvedli, že se cítí příjemně unavení a lépe se jim večer usíná, mají lepší náladu a jsou klidnější. U K1 je příznivý účinek hodně zřetelný, díky posilování se zbavil bolestí zad a hlavy, alespoň částečně, cítí se sebevědomě a má lepší fyzickou kondici. K5 si díky pohybu snadněji drží svoji hmotnost, což je u klientů velmi důležité.

Z výsledků klientů plyne, že pohybových aktivit se účastní většinou 2x týdně, avšak když je venku hezky, tak i každý den, což je ta nejlepší varianta. V jiné domácnosti je realizují zhruba 1x týdně – což je velmi málo a je to tak nedostačující. Přestože K1 a K5 jsou nejstaršími komunikačními partnery v této skupině, tak pohyb mají nejraději a realizují ho právě denně. Mezi komunikačními partnery byly právě i dvě ženy, je u nich znát, že pohybové aktivity nemají tak často a rádi jako právě muži.

Při práci s osobami s Downovým syndromem je důležitá motivovanost, trpělivost, pozornost, kreativita, flexibilita a celkový zájem o aktivity ze strany pracovníka (Bátorová, Brůžková a Šopíková, 2013). Klienty nejvíce motivuje odměna, slovní motivace a podpora od ostatních. Soutěživé aktivity v nich vzbuzují soutěživost, která je tak motivuje k podání lepšího výkonu. Mělo by se však dávat pozor, abychom nevhodným způsobem nepoškodili klienty, ale vytvořili u nich kladný celoživotní vztah ke sportu a základy pro pozdější aktivity. Tilinger a Lejčarová (2012) tohle rozvádí, myšlenky nepoškodit klienty znamená, že se někdy zatěžují nevhodnými aktivitami,



z fyzické stránky to může mít za důsledek zranění, poškodit však můžeme i psychickou stránku – stavy úzkosti, frustrace či vytvoření si negativního celoživotního vztahu k pohybovým aktivitám. K vytvoření kladného vztahu můžeme využít vzory profesionálních sportovců či běžných občanů společnosti, prosadit tak v nich postoj o péči svého zdraví a motivovat je k pohybu, tím tak můžeme vytvořit vztah ke sportu a k základům pro další či pozdější aktivity, tím tak souhlasím s autory a doplňuji je svým názorem.

Motivace klientů je velmi rozdílná z pohledu pohlaví. Zatímco muži nepotřebují žádnou odměnu, dlouhé vybízení či přemlouvání k pohybovým aktivitám, u žen to je složitější. Ženy potřebují k motivaci odměnu, například v podobě kávy nebo sladkosti. Pro všechny klienty je však důležitá odměna či motivace v podobě potlesku, pochvaly nebo i slovního povzbuzení jak ze strany pracovníků, tak i od ostatních klientů. Jako vhodná motivace pro klienty mi přijde vlastní vzor, kdy se sám zapojím do pohybové aktivity s klienty. Klienti jsou tak veselejší, mají radost, že i pracovník se účastní jejich aktivity a jsou tak nevědomě namotivováni k pohybu.

Oblíbené pohybové aktivity, které si myslely pracovníci, že mají klienti rádi se opravdu ve většině případů shodují. Zazněly aktivity jako tanec, plavání, kolektivní či míčové hry, ty opravdu klienti mají rádi. Méně obvyklou aktivitou je například posilování nebo jízda na tříkolce.

Jak již zaznělo, z mého pohledu jsou všechny pohybové aktivity pro osoby s Downovým syndromem velmi důležité, ale kdybych měl vypíchnout pár konkrétních aktivit či sportů, tak bylo určitě byla procházka, jelikož ji klienti mají rádi, což je důležité, aby aktivita klienty bavila, a navíc prospívá zdraví a můžeme ji přizpůsobit zdravotnímu stavu klientů. Taková procházka v přírodě je pro klienty velmi dobrá, jsou na čerstvém a zdravém vzduchu. Dále se mi líbí kolektivní sporty, kdy to klienty učí k zodpovědnosti, spolupráci a jsou v kolektivu s ostatními. Zařadil bych sem například i Boccia, která není tak náročná na fyzickou kondici a případně s pomůckami a pomocí ji zvládne opravdu každý. U ní je důležitá právě spolupráce a zodpovědnost za celý svůj tým. Z těch náročnějších na fyzickou kondici se mi líbí a přijde vhodný florbal (střelba na branku) či košíková (střelba na koš), jelikož u těchto aktivit klienti rozvíjí motoriku a koordinaci těla, rukou a nohou. Na co bych nesměl zapomenout je tanec, či aktivita při hudbě, která je povzbuzuje, a hlavně plavání nebo pobyt v relaxačním bazénu. Teplá voda na ně působí velmi příznivě, mohou v bazénu u cvičit a uvolnit své končetiny nebo pilovat fyzickou kondici.

## **Odpovědi na výzkumné otázky:**

### **1. Jaká je škála možných pohybových aktivit v zařízeních sociálních služeb vhodných pro osoby s Downovým syndromem?**

Škála pohybových aktivit v zařízeních sociálních služeb je velmi pestrá a různorodá, jsou zde realizovány méně náročné pohybové aktivity na fyzickou kondici, u kterých se převážně stojí (např. iBoccia, Kubb či Mölkky), naopak i více náročné pohybové aktivity na fyzickou kondici u kterých je vyžadována fyzická zdatnost, obratnost a vytrvalost (např. atletika, posilování či jízda na kole).

### **2. Jaké pohybové aktivity se v rámci sociálních služeb jeví jako užitečné a efektivní?**

Každá pohybová aktivita je pro klienty přínosná, avšak z konkrétních aktivit se nejvíce osvědčuje plavání a procházky. Každá pohybová aktivita má i příznivé účinky, a to v podobě radosti, dobré nálady, udržení fyzické kondice či udržení hmotnosti.

### **3. Jak jsou lidé s Downovým syndromem využívající sociální služby podporováni k pohybovým aktivitám?**

Klienti jsou motivováni odměnou, to znamená pochvalou, potleskem či malou věcnou odměnou (např. sladkost či káva). Motivací je i podpora od ostatních klientů či pracovníku a pohybové aktivity vzbuzující soutěživost.

## **Závěr**

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat jaké pohybové aktivity se využívají v rámci sociálních služeb u osob s Downovým syndromem

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že nabídka pohybových aktivit pro osoby s Downovým syndromem v zařízeních sociálních služeb je velmi pestrá a různorodá, každé zařízení sociálních služeb nabízí uspokojující nabídku pohybových aktivit pro své klienty, nabízí například plavání, tanec, procházky či míčové hry jako je košíková nebo fotbal.

Všechny pohybové aktivity jsou užitečné a efektivní, avšak největší úspěch jak u pracovníků, tak klientů mají procházky a plavání. Každá pohybová aktivita má mnoho příznivých účinků, když jich vyberu pár, tak je to například radost, dobrá nálada či udržování nebo zlepšení fyzické kondice klienta.

Klienti s Downovým syndromem jsou podporováni k pohybovým aktivitám různě, někteří klienti mají pohyb rádi, a tak nepotřebují příliš velké úsilí k motivaci, avšak jsou tu i ti, kteří potřebují namotivovat. Nejčastější motivací je odměna – potleskem, pochvala či malá věcná odměna (např. káva či sladkosti). Pracovníci je motivují pomocí soutěživých aktivit, podporou od ostatních nebo vlastím vzore – účastní se s klienty pohybových aktivit.

Myslím si, že cíl mé bakalářské práce byl naplněn, zjistil jsem a popsal různé pohybové aktivity, které se využívají v rámci sociálních služeb u klientů s Downovým syndromem. Výsledky výzkumu tak mohou posloužit k inspiraci pro pracovníky nebo lidi, kteří pracují s osobami s Downovým syndromem a k lepší informovanosti veřejnosti o tomhle tématu.

## Seznam použitých zdrojů

1. BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0693-4.
2. BAZALOVÁ, B., 2010. Psychopedie. In: PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. s. 289-304. ISBN 978-80-7315-198-0.
3. BÁTOROVÁ, M., BRŮŽKOVÁ, L., ŠOPÍKOVÁ, J., 2013. *Pohybové aktivity při zdravotním omezení*. Brno: Centrum sportovních aktivit VUT v Brně. 96 s. ISBN 978-80-214-4733-2.
4. BULL M. J., 2011. *Health Supervision for Children With Down Syndrome*. Pediatrics. 128(2):393-406. DOI: 10.1542/peds.2011-1605.
5. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
6. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 9788024732138.
7. DAŘOVÁ, K., 2008. *Klasifikace pro výkonnostní sport zdravotně postižených*. Praha: Karolinum. 90 s. ISBN 978-80-246-1520-2.
8. DOWN, J. L., 1866. Observations on an ethnic classification of idiots. London Hospital Reports. 3:259–262. In: DEY, S., 2011. *Prenatal Diagnosis and Screening for Down Syndrome*. InTech. p.232. ISBN 978-953-307-355-2
9. DVOŘÁKOVÁ, H., 2012. *Školáci v pohybu: tělesná výchova v praxi*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3733-1.
10. EMERSON, E., 2008. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál. 156 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
11. FIALOVÁ, D., 2013. *Zdravotní aspekty pohybové aktivity žen*. Brno: MSD. 189 s. ISBN 978-80-7392-224-5.
12. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
13. HRUŠKOVÁ, H., MATOUŠEK, O., LANDISCHOVÁ, E., 2010. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením. In: MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., ed., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. s. 111-132. ISBN 978-80-7367-818-0.

14. JANEBOVÁ, R., 2008. Moc a autorita: genderové hledisko. IN: JANEBOVÁ, R., KAPPL, M., SMUTEK, M., ed., *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou*. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 39. ISBN 978-80-7041-118-6.
15. JEŠINA, O., VÁLKOVÁ, H., 2013. Aplikované pohybové aktivity osob s mentálním postižením. In: KUDLÁČEK, M. et al., *Základy aplikovaných pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 61-71. ISBN 978-80-244-3954-9.
16. KARÁSKOVÁ, V., 2003. *Cvičíme doma – já a mé postižené dítě: zásobník cviků pro cvičení rodičů a dětí s mentálním postižením v domácím prostředí*. Olomouc: Univerzita Palackého. 29 s. ISBN 80-244-0746-9.
17. KARÁSKOVÁ, V., JEŠINA, O., 2007. *Pobyt dětí s lehkým mentálním postižením v letní přírodě*. 2., přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 55 s. ISBN 9788024416397.
18. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Olomouc: ANAG. 464 s. ISBN 978-80-7263-748-5.
19. KUDLÁČEK, M., 2013. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 91 s. ISBN 978-80-244-3938-9.
20. KUKAČKA, V., 2010. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. Jihočeská univerzita: Zemědělská fakulta. 176 s. ISBN 978-80-7394-217-5.
21. KURTZ, L. A., 2015. *Hry pro rozvoj psychomotoriky: pro děti s ADHD, autismem, smyslovým postižením a dalšími handicapy*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0800-6.
22. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada. 992 s. ISBN 80-247-0668-7.
23. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
24. MATOUŠEK, O., 2016. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
25. MATOUŠEK, O., 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
26. MATOUŠEK, O., KŘIŠŤAN, A., ed. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

27. MÉGARBANÉ A., RAVEL A., MIRCHER C., STURTZ F., GRATTAU Y., RETHORÉ M. O., DELABAR J. M., MOBLEY W. C., 2009. *The 50th anniversary of the discovery of trisomy 21: The past, present, and future of research and treatment of Down syndrome.* Genet Med. 11:(9)611–616. DOI:10.1097/GIM.0b013e3181b2e34c.
28. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
29. MORGAN, D. L., 2001. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu.* Tišnov: Sdružení SCAN. 99 s. ISBN 80-85834-77-4.
30. MÜHLPACHR, P., ed. 2006. *Sociální práce jako životní pomoc.* Brno: MSD. 228 s. ISBN 80-86633-62-4.
31. MUNTAU A. C. 2014. *Pediatric.* 2. české vyd. Praha: Grada. 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.:
32. MUSIL, L., KUBALČÍKOVÁ, K., HUBÍKOVÁ, O., 2006. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory: závěrečná zpráva výzkumu.* Praha: VÚPSV. 114 s. ISBN 80-87007-41-7.
33. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti.* 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
34. PRITCHARD, D. J., KORF, B. R., 2013. *Medical genetics at a glance.* Chichester, West Sussex: John Wiley. 232 s. ISBN 978-0-470-65654-9.
35. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J., 2013. *Pedagogický slovník.* 7. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0403-9.
36. PUESCHEL, S. M., 1997. *Downův syndrom: pro lepší budoucnost: metodická příručka pro rodiče.* Praha: Tech-market. 131 s. ISBN 80-861-1415-5.
37. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
38. RODRIGUEZ, J., IRONS-GEORGES, T., 2001. *Psychology and mental health.* Pasadena, Calif: Salem Press. 729 s. ISBN 0-89356-068-5.
39. SELIKOWITZ, M. 2011. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělávání, dospělost.* Vyd 2. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-7367-882-1.

40. SINGH, M., SHARMA, P., RAJ, D., SHARMA, S., KAUSHAL, A., RAINA, S., 2018. *Leisure Time Physical Activity and Risk of Developing Depression among the Youth of Kangra District, Himachal Pradesh, India*. Indian Journal of Psychological Medicine [online]. 40(5), 426–432 s. [cit. 2020-02-19]. DOI:10.4103/ijpsym.ijpsym\_85\_18.
41. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
42. ŠMARDÁ, J., 2013. Downův syndrom – jeho obraz z lékařského hlediska. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy. 23(4). 306-317 s. ISSN 1211-2720.
43. ŠVARCOVÁ, I., 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. 4.* vydání. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
44. ŠVAŘÍČEK, R. a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
45. TILINGER, P., LEJČAROVÁ, A., 2012. *Sport osob s intelektovým postižením*. Praha: Karolinum. 186 s. ISBN 978-80-246-2037-4.
46. VALENTA, M., 2013. *Psychopedie: teoretické základy a metodika. 5.*, aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. 495 s. ISBN 978-80-732-0187-6.
47. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
48. VÁLKOVÁ, H., 2012. Sport osob s mentálním postižením. In: JANEČKA, Z. et al., *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 101-103. ISBN 978-80-244-3107-9.
49. WINDERS, P. C., 2009. *Rozvoj hrubé motoriky u dětí s Downovým syndromem: průvodce pro rodiče i profesionály*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita ve spolupráci se společností Ovečka. 229 s. ISBN 978-80-739-4168-0.
50. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. 2006. [online]. [cit. 2020-03-21]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
51. ÚZIS. 2020. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. [online]. [cit. 2020-03-21]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>