

**Jméno a příjmení autora:** Martin Kučera

**Název diplomové práce:** Pilotní studie disHBSC u žáků s tělesným postižením

**Pracoviště:** Katedra aplikovaných pohybových aktivit

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

**Rok obhajoby diplomové práce:** 2015

**Abstrakt:** Práce se věnuje pilotnímu ověření dotazníku disHBSC nově vytvořeného pro populaci žáků s tělesným postižením vycházejícího z dotazníku HBSC. Zjišťuje její chyby a nedostatky, detailně popisuje původ a vznik jednotlivých otázek a navrhuje způsoby reformulací, změn a úprav jednotlivých otázek. Cílem práce je ověřit použitelnost nově navrženého dotazníku disHBSC a navrhnout změny v jeho konstrukci. Dílčím cílem je analyzovat vybrané tematické oblasti, porovnat výsledky s populací žáků bez tělesného postižení. Vyhodnoceny jsou tematické oblasti rodinná kultura a pohybová aktivita za účelem získání vůbec prvních dat týkajících se životního stylu žáků s tělesným postižením v České republice. Práce otevírá možnosti pro úpravy a následní další používání disHBSC studie nejen v rámci České republiky, ale také v dalších státech Evropy. Kromě jiného jsme zjistili, že 15% žáků s tělesným postižením nevykonává pohybovou aktivitu ani jeden den v týdnu, zatímco 63% z nich tráví hraním počítačových her čas dvakrát a vícekrát týdně.

**Klíčová slova:** studie, aplikované pohybové aktivity, rodina, volný čas, pubescence

Souhlasím s půjčováním této práce v rámci knihovních služeb Univerzity Palackého v Olomouci.

**Author's first name and surname:** Martin Kučera

**Title of the master thesis:** The pilot verification of disHBSC study by students with physical disability

**Department:** Katedra aplikovaných pohybových aktivit

**Supervisor:** Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

**The year of presentation:** 2015

**Abstract:** The thesis focuses on pilot verification of newly created questionnaire disHBSC for a population of students with physical disabilities based on origin of HBSC questionnaire. It finds its mistakes and shortcomings, describes in detail the origin and formation of individual questions and proposes ways reformulation, changes and modifications of individual questions. The goal is to verify the new disHBSc study and suggest the changes in its construction. The partial goals are to analyze chosen thematic areas, compare the results with the population without disability. The thematic areas of family culture and physical activity are evaluated in order to obtain first-ever data from the lifestyle of children with disabilities in the Czech Republic. Work opens possibilities for treatment and subsequent further use of disHBSC study in the Czech Republic but also in other European countries. We found out, that 15% of the pupils with physical disability has done no physical activity in the past seven days, while 63% of them play PC games twice or often per week.

**Key words:** adapted physical activities, family, leisure time, pubescence

I agree with lending these thesis within the University Palacký Olomouc library services.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně pod vedením Mgr. Ondřeje Ješiny Ph.D. a uvedla jsem všechny odborné zdroje a použitou literaturu.

V Olomouci, dne 7. 5. 2015

.....

Děkuji Ondrovi Ješinovi za vedení této práce, poskytnuté konzultace a cenné rady. Dále děkuji škole ZŠ Ukrajinská v Ostravě za umožnění výzkumu, především Petru Musálkovi. Za pomoc při zpracování dat Martinu Kudláčkovi, za odborné konzultace Petru Baďurovi. V neposlední řadě patří poděkování všem mým nejbližším, kteří mne poslední 4 měsíce podporovali a s pochopením tolerovali mé absence na nejrůznějších společenských událostech.

## Obsah

Úvod	8
1 Přehled poznatků	9
1.1 Tělesné postižení	9
Vymezení tělesného postižení	9
1.1.2 Druhy tělesného postižení	11
1.2 Vývojová specifika u žáků ve věku 11 – 15 let	19
1.2.1 Tělesné změny	21
1.2.2 Kognitivní schopnosti	23
1.2.3 Emoce	24
1.2.4 Sociální oblast	25
1.3 Rodina	27
1.3.1 Rodinné modely	29
1.3.2 Funkce rodiny	30
1.3.3 Rodina a dítě s postižením	31
1.3.4 Rodina a pohybová aktivita	33
1.4 Zdraví a kvalita života	34
1.4.1 Zdraví jako základ kvality života	34
1.4.2 Problematika aktivního trávení volného času	37
1.5 HBSC studie	39
2 Cíle a úkoly práce	42
2.1 Úkoly práce	42
2.2 Výzkumné otázky	42
3 Metodika	43
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	43
3.2 Postup práce	43
3.3 Analýza dat	44
3.4 Sběr dat	45
3.5 Použité techniky	45
4 Výsledky	49
4.1 Konstrukce otázek – návrhy na změny	49
4.2 Tematická oblast pohybové aktivity	54
4.3 Tematická oblast rodinná kultura	61

5 Diskuse	68
Závěr	76
Souhrn	78
Summary	79
Referenční seznam	80
Příloha 1	86

## Úvod

Studie HBSC (Health Behaviour in School Aged Children) se v České republice dostala i díky aktivitě představitelů Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci do popředí zájmu ministrů zdravotnictví a školství, mládeže a tělesné výchovy a na základě výsledků této studie začínají vznikat politická opatření a strategické dokumenty ovlivňující politiku zdraví a životního stylu v České republice. O data projevují zájem i obce a regiony, které chtějí aktivně promlouvat do životních stylů a zdravotních návyků svých občanů. Jedině díky vzniku těchto dokumentů je zde reálná šance, že se situace v České republice může začít měnit k lepšímu. Například tak často diskutovaný protikuřácký zákon, který je právě projednáván v Poslanecké sněmovně, je podpořen i nepříznivými daty z této studie.

Ze sběru dat mezi školáky ve věku 11-15 let jsou automaticky vylučováni žáci se zdravotním postižením. Odborná i laická veřejnost tuší, že s pohybovou aktivitou u populace žáků s tělesným postižením to bude mnohem horší, než u populace žáků bez postižení. Přitom víme, že i ti nevycházejí z mezinárodních porovnání slavně. Stejně tak tušíme, že žáci s tělesným postižením tráví svůj volný čas poměrně pasivně a do volnočasových aktivit se zapojují v minimální míře. Rozvodovost u rodin dětí s postižením, stejně jako vysoká nezaměstnanost matek jsou taktéž poměrně známou skutečností. Žádná z těchto tvrzení ale nejsou podpořena jasnými tvrdými daty, na základě kterých se dá diskutovat a debatovat s politiky, kteří mohou vytvářet tlak na vznik podpůrných opatření a strategických dokumentů, bez kterých mohou být systémové změny prováděny jen stěží.

Nově vznikající dotazník HBSC zaměřen na žáky s různými druhy postižení otevírá dveře k těmto datům. Je potřeba dotazník nejprve pilotně vyzkoušet, což je cílem této práce. Na základě pozorování a logických zjištění se pokusíme najít problémové či nesrozumitelné pasáže dotazníku a navrhnout opatření ke zlepšení tak, aby byl do budoucna použitelný bez problémů. Výzkumný vzorek probandů činí 27 žáků s tělesným postižením a je tedy malý na vyvozování obecných závěrů, přesto se v této práci pokusíme analyzovat data týkající se rodinné situace a úrovně pohybových aktivit u žáků s tělesným postižením.

## **1 Přehled poznatků**

V přehledu poznatků se věnuji objasnění základních pojmů souvisejících se zaměřením této diplomové práce. Jelikož se jedná o pilotní ověření studie diSHBSC na populaci žáků s tělesným postižením, bude v následujících řádcích přiblížena problematika tělesného postižení, jeho vymezení a deskripce jednotlivých druhů. Cílovou skupinou šetření jsou žáci s tělesným postižením ve věku 11 – 15 let, proto se druhá kapitola zabývá vývojovými změnami dětí v období pubescence. Z dotazníkového šetření bude vyhodnocována oblast pohybových aktivit, volného času a rodiny, tedy toho, jakým způsobem na sebe tyto složky mohou působit a vzájemně se ovlivňovat. Z tohoto důvodu je do přehledu poznatků zařazena kapitola popisující rodinu a její funkci především pro dítě samotné a kapitola věnující se problematice kvality života, do které se promítá i způsob trávení volného času.

### **1.1 Tělesné postižení**

Problematice tělesného postižení se věnují obory medicína, psychologie, sociologie a pedagogika. Samostatným vědním oborem v systému pedagogických věd je speciální pedagogika (Fischer & Škoda, 2008), která se snaží o charakteristiku, definici a podrobný popis všech typů postižení, včetně tělesného. V následující kapitole bude na tělesné postižení nahlíženo především z pohledu speciálně pedagogického.

### **Vymezení tělesného postižení**

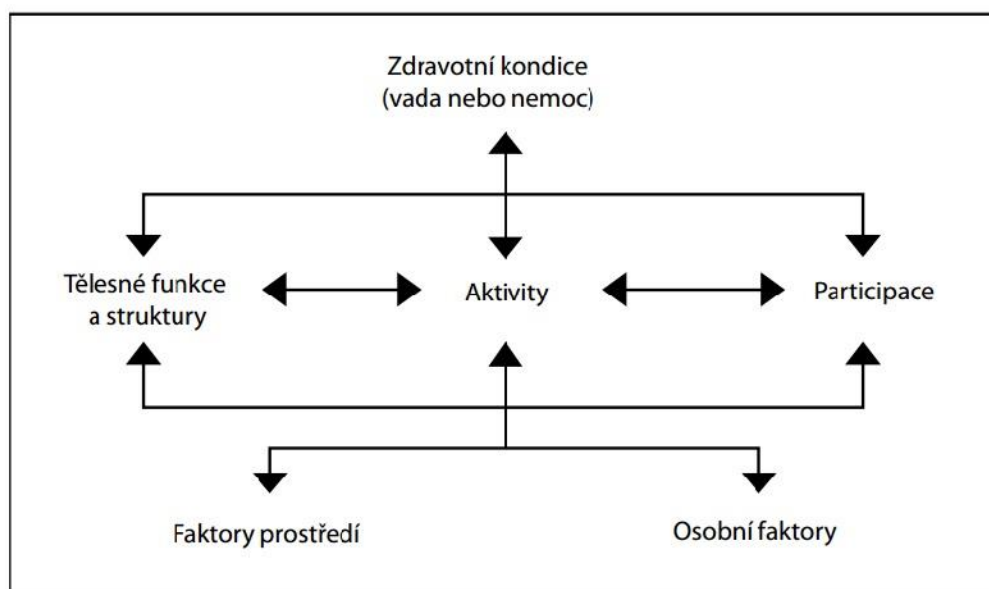
Autorů, zabývajících se klasifikací tělesného postižení je velké množství (Renotiérová, 2004; Vítková, 2014; Kudláček & Ješina, 2014; Fischer & Škoda, 2008; Novosad, 2011). V následujících řádcích se proto pokusím o jakýsi kompilát různých přístupů a zdrojů, z nichž jsem čerpal.

Ve speciální pedagogice existuje několik různých vymezení a charakteristik tělesného postižení. Vítková (2014) definuje tělesné postižení jako faktor, který jedince omezuje v pohybových aktivitách v důsledku postižením pohybového a nosného aparátu nebo jiného organického postižení. Hlavními příčinami postižení jsou dle téže autorky (2006) vnější a vnitřní faktory, přičemž celková schopnost podat motorický výkon se promítá do vývoje celé osobnosti. Novosad (2011) rozšiřuje tento pohled a dodává, že tělesné postižení sebou přináší redukci reálných možností fungování člověka, omezuje jeho práceschopnost a celkově tak negativně zasahuje do kvality života postiženého. Tělesné



postižení jako takové pak považuje za dlouhodobý nebo trvalý stav, který je charakteristický orgánovou či funkční poruchou, kterou nelze léčebnou péčí odstranit.

Gruber a Lendl (in Fischer & Škoda, 2008, 34) definují tělesné postižení jako „přetrvávající nebo trvalé nárpadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony.“ Za tělesná postižení jsou dle Renotiérové (2004) považovány různé vady pohybového a nosného ústrojí, tedy kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení a poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují porušenou hybností. Na rozdíl od výše zmiňovaných autorů klade Kudláček a Ješina (2013) ve své charakteristice tělesného postižení důraz především na akcentaci toho, čeho je osoba s tělesným postižením schopna, což je plně v souladu s modelem Světové zdravotnické organizace (WHO) – ICF 2001.



Obr. 1 – model ICF 2001 (MKN, 2001)

Edukací jedinců se tělesným postižením se zabývá vědní disciplína somatopedie, přičemž tohoto pojmenování se dle Kábeleho (1982) používá od roku 1956. Její název je utvořen z řeckých slov soma (tělo) a paideia (výchova).

Popelář uvádí (1954), že nejstarším opatřením, kterým se v Rakousko – Uhersku měla plošně řešit problematika tělesně postižených, byla školská novela z roku 1886. Zdůrazňovala, že rodiče nebo jejich zástupci nemohou svých dětí nebo opatrovanců nechat bez vyučování na školách předepsaného. Jsme svědky častých terminologických změn v somatopedické historiografii. Dříve užívané pojmy typu „Jedličkův ústav pro zmrzačené

(Renotiérová, 2007), defektologie jako pojmenování vysokoškolského oboru na pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze v roce 1946 (Kábele a kol., 1982) by v dnešní době již určitě neobstály. V současné době se vedle termínu somatopedie používá stále častěji i jiných označení jako pedagogika osob s tělesným postižením (Vítková, 2014).

Legislativa České republiky řeší problematiku vzdělávání osob s tělesným postižením prostřednictvím zákona číslo 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání použitím termínu děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami. Takovýmto dítětem se rozumí osoba se zdravotním postižením, přičemž školský systém tělesné postižení klasifikuje jako jedno z možných zdravotních postižení (MŠMT, 2004).

V současné době se ve veřejných diskusích i odborné literatuře (Vítková, 2014) stále používá termínů jako defekt nebo vada. Na základě překladu modelu ICF MPSV zdomácňuje termín disabilita (Kunratovská, 2014).

### **1.1.2 Druhy tělesného postižení**

#### **Dětská mozková obrna**

„Jedná se o vrozené postižení centrální nervové soustavy, jež z hlediska stupně i rozsahu postižení a specifických symptomů mívá velmi rozmanitý klinický obraz s velkou škálou funkčních poruch různé závažnosti. Dominují poruchy svalového napětí, hybnosti a koordinace pohybů s patrnou disharmonií motorického vývoje,“ (Novosad, 2007, 139).

Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí, desáté revizi, aktualizované tabelární verzi k 1. 4. 2014 uvádí mozkovou obrnu pod kódem G80.

Vítková (2014) označuje za autora pojmu dětská mozková obrna Ivana Lesného, která tento pojem zavedl v české terminologii v roce 1959. Sama však užívá termín mozková obrna (MO) a dělí ji na formy spastické, dyskinetické a jiné formy MO. Prevalence výskytu dětské mozkové obrny (DMO) je dle Vítkové (2006) 2-5 případů na 1000 živě narozených dětí. DMO tvoří cca 50-60% výskytu z celkového počtu pohybových poruch.

Na vzniku DMO se podílejí činitelé, které můžeme dělit na prenatální, perinatální a postnatální. Mezi perinatálními činiteli figurují infekce, vývojové malformace, účinky některých farmak, požívání alkoholu a jiných drog, nedostatky v životosprávě matky.

Perinatálními příčinami jsou abnormální porody, nevhodná farmakologická podpora porodu, útlak hlavičky či přidušení dítěte v průběhu porodu. Tyto faktory se často kombinují ještě společně s dalšími nepříznivými činiteli. Mezi postnatální příčiny pak patří infekce, úrazy hlavy, novorozenecká žloutenka a další vlivy, které mohou v období prvního roku života poškodit nezralou mozkovou tkáň (Kudláček & Ješina, 2013; Novosad, 2011).

Charakteristika a klasifikace DMO se různí u jednotlivých autorů. Renotiérová (2004) dělí DMO na spastické a nespastické formy. Mezi spastické se řadí forma diparetická, diparetická paukospastická, hemiparetická, oboustranně hemiparetická a kvadruparetická. Mezi nespastické formy pak patří dyskinetická (extrapyramidová) a hypokinetická forma. Kraus (2005) s tímto rozdělení souhlasí, ke skupině nespastické přiřazuje ještě formu mozečkovou.

MKN-10 (2014) přiřazuje jednotlivým formám DMO kódy následovně:

- G80            Mozková obrna
- G80.0        Spastická kvadruplegická mozková obrna
- G80.1        Spastická diplegická mozková obrna
- G80.2        Spastická hemiplegická mozková obrna
- G80.3        Dyskinetická mozková obrna
- G80.4        Ataktická mozková obrna
- G80.8        Smíšená mozková obrna
- G80.9        Neurčená mozková obrna

Spastické formy tvoří dle Vítkové (2006) 61% všech forem DMO a je tedy dále členěna dle lokalizace dominujícího funkčního poškození na (Michalík et al., 2011, Renotiérová, 2004):

**Diparetickou formu DMO** – postiženy jsou příslušné svaly a šlachy dolních končetin. Svalové skupiny jsou zasaženy zvýšeným svalovým tonem. Mentální schopnosti nebývají narušeny, mozková kůra není zasažena. Pokud je možná chůze, pak nabývá různých charakterů, jako například nůžkovitého či digitigrádního způsobu chůze (Michalík et al., 2011, Renotiérová, 2004). K chůzi jsou používány podpůrné pomůcky jako berle či chodítka. Děti s DMO často podstupují operace, jejímž cílem je zlepšení chůze, tyto operace mohou být opakovány vícekrát (Janíček, 2011).

**Diparetickou formu paukospastickou** – mnohem méně častá než diparetická forma. Nepochází k překřížení dolních končetin a mohou se objevovat mozečkové příznaky (Renotiérová, 2004).

**Kvadruparetickou formu DMO** – jedná se o funkční postižení všech 4 končetin a to na základě poškození v oblasti mozkového kmene. Dolní končetiny bývají většinou zasaženy více, než horní (Renotiérová, 2004; Michalík et al., 2011).

Z jedné třetiny je kvadruparéza zapříčiněna prenatálními faktory, nízká porodní hmotnost se pak vyskytuje v 25% případů narozených dětí (Fischer & Škoda, 2008). Krom postižení všech 4 končetin zde hovoříme o postižení prakticky celého těla. Hlava se nachází v tzv. opistotonním postavení, které je způsobeno spasmu zádových a šíjových svalů. Trup je prohnut dozadu, taktéž v důsledku svalových spasmů. Ruce bývají zaťaty v pěst, paže prohnuty do pronačního postavení. Ruka neumožňuje pevný stisk, kvadruplegik je schopen pouze tzv. pinzetovitého úchopu (Vítková, 2004).

**Hemiparetickou formu DMO** – je projevem peri – nebo postnatálního ložiskového postižení mozku. Často se projevuje větším postižením na horní končetině, dalším projevem mohou být epileptické záchvaty. Žáci s hemiparézou většinou navštěvují běžnou školu (Vítková, 2006). Je tedy postižením jedné poloviny těla. Výrazněji postižená horní končetina bývá ohnuta v lokti, dolní je naopak napjatá a způsobuje nášlap na špičku (Renotiérová, 2004).

**Oboustranná hemiparetická forma DMO** – jedná se o postižení všech 4 končetin, kdy hybnost je těžce omezena. Děti s touto formou DMO se většinou pohybují na ortopedickém vozíku (Renotiérová, 2004).

Nespastickými formami DMO pak jsou:

**Forma hypotonická** – je charakteristická snížením svalového tonu a abnormální flexibilitou velkých kloubních celků. Často jsou přidruženy závažné poruchy psychických funkcí, případně psychomotorická oslabení. Asi ve třech letech věku přechází tato forma DMO do jedné ze spastických forem nebo do formy dyskinetické (Michalík et al., 2011). Stoj dětí je nestabilní, pokud je přítomna chůze, je nestabilní (Renotiérová, 2004).

**Forma dyskinetická** – způsobena postižením bazálních ganglií – konkrétně krvácením v této oblasti, dále pak hypoxií (Vítková, 2006). Schopnost pohybu pak není

limitována obrnou, ale hyper- a dyskinezami – vůlí nepotlačitelnými pohyby. Charakteristická je též atetóza, která způsobuje pomalé, hadovité pohyby s natáčením hlavy a grimasováním (Michalík et al., 2011). Krom atetotických projevů se můžeme setkat i s projevy choreatickými (prudké, nečekané, drobné), balistickými (prudké, celou končetinou, o velkém pohybovém rozsahu), myoklonické (drobné pohyby jednotlivých svalů či svalových skupin), lordotické dystonie (kroucení trupu při chůzi a současné stáčení hlavy) (Renotierová, 2004). Tato forma DMO je silně stigmatizující. Mentální postižení není běžnou součástí této formy DMO, i když se to tak na první pohled často může jevit (Michalík et al., 2011).

Michalík et al. (2011) velmi správně poznamenává, že vzhledem ke škále patogenních vlivů působících na vývoj i zrání mozku i celého centrálního nervového systému jsou uvedené formy DMO pouze rámcové a jejich znaky, projevy či důsledky se v mnoha případech mohou překrývat, ovlivňovat a kombinovat.

Ke smíšeným formám DMO Vítková (2006) řadí jak kombinace dyskinetických forem se spastickými, ale také kombinované vady, kdy postižení tělesné je doprovázeno poruchami zraku, sluchu či mentálním postižením, které k vlastnímu syndromu DMO nepatří. Jedním z těchto přidružených syndromů mohou být projevy lehké mozkové dysfunkce (LMD), které jsou charakteristické psychomotorickým neklidem, emoční nestabilitou, poruchami chování a senzomotoriky (Michalík et al., 2011). Celkový výskyt kombinace DMO s přidruženým mentálním postižením se pohybuje okolo 66% v závislosti na formě DMO (Vítková, 2014).

Tichý (1998) k nervosvalovému a topografickému kritériu klasifikace DMO přidává třetí kritérium funkčně sportovní. Tyto klasifikační profily uvádí CP-ISRA a jejich cílem je zajistit sportovcům spravedlivých výchozí bod pro soutěžení a dále se pak snaží zajistit, aby rozhodujícím faktorem sportovního výkonu nebyly pouze neurologické schopnosti sportovců, ale především trénink a soutěžní zkušenosti. Funkčních profilů je 8 a jsou seřazeny od nejtěžšího postižení (CP 1) po nejlehčí (CP 8) (Ješina & Kudláček et al., 2011).

Přes poměrně rozsáhlou kategorizaci DMO, která se navíc u různých autorů odlišuje, platí pro všechny, kteří mají DMO diagnostikováno, výskyt nižší tolerance k zátěži, kolísající výkonnost, zvýšená unavitelnost a také akcentování symptomů postižení při nadměrnému vystavení stresu (Novosad, 2014).

Co se týče možností pohybových aktivit, ty se odvíjí hloubky a typu postižení. Obecně se ale mohou věnovat činnostem jako je boccia, plavání, cyklistika, atletika nebo lukostřelba.

### **Spina Bifida (rozštěp páteře)**

Je nejčastější kongenitální spinální poruchou a zároveň jednou z nejčastější vrozených vad vedoucích k tělesnému postižení (Auxter, Huettig & Pyfer, 2005). V MKN-10 je spina bifida zařazená mezi vrozené vady nervové soustavy a je označena kódem Q05.

Nervová soustava se u člověka tvoří jako jedna z prvních. Její součástí je neurální trubice. Ta se tvoří již v prvních 25 dnech těhotenství a vytváří základ pro vznik mozku a míchy (Fischer & Škoda, 2008). Spina bifida pak vzniká při nedokonalém uzavření této neurální trubice v bederní krajině. Většinou se jedná o rozštěp částečný, která se projevuje vakovitým útvarem v bederní oblasti, krytým pouze tenkou vrstvou kůže (Renotírová, 2005). Tato kůže se může snadno zranit a přidružená infekce může způsobit až smrt dítěte. Z toho důvodu bývá časně prováděn neurochirurgický zákrok, při kterém se vak odstraňuje a nervová tkáň je úzkostlivě šetřena (Kudláček & Ješina, 2013).

U spiny bifidy lze dle závažnosti rozlišit více druhů. U tzv. utajené spiny bifidy (spina bifida occulta) dochází k uzavření míšních plen a míchy, ne však k uzavření páteřního kanálku. Postižení nebývá patrné na první pohled a obvykle člověku nepřináší žádné zdravotní komplikace, ani žádná zdravotní omezení. (Fischer & Škoda, 2008). Meningokéle je stav, při kterém jsou zasaženy mozkomíšní obaly, ale mícha zůstává neporušena. Při závažnější formě, meningomyelokéle, jsou do výhřezu vtaženy i struktury míchy. Tato melodysplazie musí být řešena chirurgicky (Watson, 2009).

U osob se spinou bifidou dochází k ochrnutí dolních končetin, intelekt nebývá postižen. Děti většinou navštěvují speciální školy. V současné době tohoto typu postižení ubývá (Vítková, 2006).

U osob se spinou bifidou zůstává svalstvo horních končetin většinou nepoškozené, proto by měla být věnována pozornost jeho rozvoji. Doporučené a možné aktivity jsou sporty na vozíku, sledge hokej, lyžování, plavání (Kudláček & Ješina, 2013).

## Získaná tělesná postižení

Trvalé následky způsobené nejrůznějšími úrazy mohou výrazně omezit mobilitu člověka a mít důsledek na kvalitu celého jeho života. Mezi nejzávažnější jsou řazeny úrazy mozku a míchy. (Renotírová, 2006). Tato poranění označují Michalík et al. (2011) a Vítková (2006) souhrnným pojmem traumatické obrny, které zahrnují velkou skupinu obrn způsobených poraněním mozku nebo míchy. Častým postižením jsou zlomeniny obratlů, které mají za následek většinou poškození míchy. Jsou způsobeny úrazy při dopravních a pracovních nehodách, pádech z výšky nebo ve sportu a jiných aktivitách. Poškození míchy se odvíjí od konkrétního místa úrazu. Při všech formách poškození míchy vznikají také poruchy mikce a defekace. (Renotírová, 2006).

V případě poranění mozku se používá dělení na otřes (komoce), zhmoždění (kontuze) a stlačení (komprese). Dále jsou z hlediska poškození lebečních kostí rozlišována poranění uzavřená a otevřená. Při nitrolebním krvácení a traumatických edémech mozku je nitrolební útlakový proces, který může vést až k nevratnému poškození mozkové tkáně. Při úrazech mozku je nutné dbát na podrobném neurologickém vyšetření, neboť i při lehčích poraněních lze nalézt příčiny pozdější epilepsie či poruch učení a chování (Novosad, 2014).

K poranění míchy dochází převážně vlivem výše zmiňovaných úrazů, které vedou k luxacím nebo zlomeninám páteře, k zúžení míšního kanálu (Michalík et al., 2011). Ješina s Kudláčkem (2013) dodávají, že ve výjimečných případech mohou být poranění míchy způsobena i onemocněními. Celkový stav postiženého a zachování jeho pohybových schopností záleží na tom, zda mícha byla poškozena částečně, nebo úplně a také na výšce poškození míchy (Vítková, 2006). Páteř a mícha je nejčastěji zasažena v oblasti dolní krční páteře, na přechodu hrudní a bederní páteře a v oblasti horní bederní páteře. Velikost postižení míchy závisí na lokalizaci poškození neboli výšce léze, dále na prostornosti páteřního kanálu a pohyblivosti míchy v postiženém páteřním segmentu (Michalík et al., 2011). Dle výše uvedených kritérií pak Vítková (2006), Trojan et al. (2004) a Ješina, Kudláček (2013) rozlišují tyto typy ochrnutí:

- Pourazová chabá paréza – dochází k paréze (neúplnému ochrnutí) dolních končetin. Osoby s tímto druhem postižení používají k běžné mobilitě berle. Vozík pak na delší trasy, případně pro sportovní či jiné pohybové aktivity.

- Poúrazová paraplegie – při poranění v oblasti hrudní a horní bederní páteře vzniká úplné ochrnutí dolních končetin. Žáci s paraplegií používají vozík jako jediný možný prostředek k mobilitě a mohou se tak zapojit do mnoha pohybových aktivit.

- Poúrazová kvadruplegie – vzniká při poškození míchy v horní části krční míchy (segment C1-C4). Dolní končetiny jsou ochrnuty úplně, ochrnutí rukou se liší. V nižších partiích rukou (prsty, zápěstí) je horší než v horních partiích. Postiženo bývá i břišní a zádové svalstvo.

Úrazové poškození periferních nervů sebou přináší velmi závažné důsledky. Jsou jimi například neuropraxis – přechodná funkční blokáda, vznikající při tupém poranění periferního nervu, neurotmesis, které je nejtěžším stupněm poranění periferního nervu. Oba konce nervu jsou od sebe zcela oddáleny, důsledkem pak může být chabá obrna s poruchou cití. (Renotírová, 2006).

Vítková (2006) zdůrazňuje, že po úraze páteře prochází žák důkladným rehabilitačním programem s cílem maximálního posílení a znovuoobnovení vlastních schopností, důraz je kladen na obnovení fyzických dovedností a na maximální samostatnost v sebeobsluze.

Děti a žáci s paraplegií se mohou zapojit do aktivit, jako jsou atletika, plavání, lukostřelba, tenis na vozíku, lyžování na monoski, sledge hokej a další. Ke své běžné mobilitě používají každodenně vozík. Pro osoby s kvadruplegií jsou vhodnými pohybovými aktivitami například boccia, lukostřelba, plavání či stolní tenis (Kudláček & Ješina, 2013).

### **Amputace**

Amputace mohou nastat již v dětském věku, přičemž platí přímá úměra, že čím je dítě mladší, tím lépe se vyrovnává s následky. Pozdější úrazy mají naopak za následek vznik celé řady obtíží, které zhoršují celkovou situaci a život člověka. Nejčastější příčinou amputace je úraz, dalšími důvody mohou být cévní onemocnění, zhoubné nádory na končetinách nebo sepse. Důsledkem amputací je jak anatomická, tak funkční ztráta. Především se člověk musí vyrovnat s viditelnou kosmetickou vadou. V této souvislosti mohou být amputace provázeny psychickými potížemi. (Renotírová, 2006). Novosad (2011) pojmem amputace rozumí nevratné oddělení orgánu, nejčastěji končetiny, od těla. Tyto ztráty mohou být kompenzovány protézami. Sekundárním dopadem amputace bývá přetěžování zbývajících končetin i páteře, nebo fantomové pocity a bolesti. Z hlediska



pohybového režimu je amputace drastickým zásahem do schopností jedince, tím spíše u dítěte, jak uvádí Ješina, Kudláček (2013). Děti se do pohybových aktivit mohou zapojit jak s použitím protéz, tak také bez nich. Možnosti pohybových aktivit osob s amputací závisí na druhu amputace. PO použití vhodných sportovních pomůcek se většinou mohou běžně zúčastnit pohybových aktivit. Sportovní klasifikace je následující:

- A1 – osoby s oboustrannou nadkolenní amputací.
- A2 – osoby s jednostrannou nadkolenní amputací.
- A3 – osoby s oboustrannou podkolenní amputací.
- A4 – osoby s jednostrannou podkolenní amputací.

Možnosti zapojení do pohybových aktivit u osob s amputací se liší dle druhu amputace. Většina osob se díky vhodným protetickým pomůckám účastnit prakticky libovolných aktivit. Mohou se zapojit atletiky, plavání, lyžování, stolního tenisu nebo lukostřelby. Na druhu amputace pak záleží, zda pohybová aktivita bude vykonávána ve stoje nebo na vozíku (Kudláček & Ješina, 2013).

### **Tělesná postižení po nemoci**

Mezi tělesná postižení vznikající v důsledku nemoci řadíme revmatická onemocnění a progresivní svalové dystrofie.

### **Revmatická onemocnění**

a) Akutní revmatismus – zapříčiněn streptokokovou infekcí mezi 5. a 15. rokem života, způsobuje srdeční onemocnění. Zasahuje zpravidla velké klouby, které jsou pak zduřené a napjaté. Toto onemocnění může přejít až v revmatický zánět srdce, který u dítěte může navodit i smrt.

b) Chorea minor (tanec sv. Víta) postihuje centrální nervový systém a projevuje se neklidem dítěte, záškuby v obličeji i na končetinách. Tato nemoc trvá zhruba 3-4 měsíce.

c) Mezi kloubní nemoci můžeme zařadit také mezi revmatická onemocnění. Dochází ke kloubní ztuhlosti, snižuje se funkčnost ruky, dolní končetiny trpí deformitami v kolenou, což zapříčiňuje problematickou chůzi i stání (Renotiérová, 2006).

### **Myopatie (progresivní svalová dystrofie)**

Vzniká nejčastěji v dětství, zcela vzácně pak v dospělosti. Projevuje se postupným rozpadem svalových vláken. Nemoc se může projevovat „kachní chůzí“, prohnutým stojem

s vystrčeným břichem a myopatickým šplháním při vstávání. V pokročilém stádiu nemoci se nemocný již není schopen sám pohybovat, k mobilitě potřebuje vozík, je nezbytná pomoc při sebeobsluze. Důležité je pravidelné a důsledné posilování oslabených svalových skupin (Renotiérová, 2006).

Novosad (2011) správně podotýká, že je důležité uvědomit si, že „lidé přžívají stále těžší úrazy s velmi závažnými důsledky, které však mohou hluboce zasahovat soběstačnost, pracovní schopnost, seberealizaci osobní život, sebepojetí i socializaci postižených.“

Mezi možné aktivity, se kterými by děti měli být seznámeny, patří lukostřelba, boccia, plavání, rybaření, kuželky a další. V týmových aktivitách se mohou uplatnit jako rozhodčí (Kudláček & Ješina, 2013).

## **1.2 Vývojová specifika u žáků ve věku 11 – 15 let**

Autoři zabývající se psychologií vývoje dítěte (Langmeier & Krejčířová, 2006, Říčan, 2006, Vágnerová, 2005) řadí tuto vývojovou fázi do období dospívání, které probíhá mezi 11. a 20. rokem života. Úsek mezi 11. – 15. rokem života je pak označován pubescencí. Vágnerová (2005) pro toto vývojové období užívá též termínu raná adolescence.

Říčan (2006) odlehčeným názvem čas první lásky označuje období, které je z celého života nejdramatičtější. Probíhá tělesná proměna, včetně pohlavního dospívání, prohloubené chápání vlastní identity. Dále nastávají změny ve vztazích k vrstevníkům, rodině a autoritám. Jedinec se rozhoduje, kterým směrem bude směřovat jeho profesní zaměření.

Množství těchto psychických, tělesných a sociálních změn může, ale nemusí probíhat souběžně. Působí zde mnoho proměnných faktorů. Změny spojené s pohlavním zráním působí na nervový systém, ale také vytváří nový pohled na sebe sama, včetně tužeb po změně a úzkostí a nejistotou zároveň. Postoje rodičů, stejně jako kulturní a socioekonomické faktory hrají také důležitou roli. Probíhající změny jsou souhrnně označovány jako pubertální a zahrnují procesy somatické, psychické a sociální. Z důvodu popsané intraindividuální variability vzniká variabilita interindividuální, což znamená, že věkové ohraničení mezi 11-15 lety je zavádějící. U některých jedinců se první znaky pohlavního zrání objevují už v osmi letech, u jiných až v patnácti, podobně v oblasti

intelektové je nástup tvorby abstraktních pojmů zcela rozdílný (Langmeier & Krejčířová, 2006)

Samotný termín adolescence je odvozen od latinského slovesa *adolescere*, což znamená dorůstat, dospívat. Označení pro adolescenta bývá v českém pojmosloví zaměňováno s označením dospívající, dorost, či dokonce mládež (Macek, 1999). Zajímavý je také exkurz do etymologie slova adolescence. U Aristotela je adolescence třetí životní periodou z celkových sedmi. Úkolem člověka (muže) bylo ukončit svůj pohlavní a tělesný vývoj, formovat charakter, myšlení a rozum. Doporučováno bylo studium abstraktních věd, jako jsou matematika, astronomie a teorie hudby (Muuss, 1989 in Macek, 1999).

Ve středověku nebyla adolescence, ani etapa dětství brána jako období odlišné od dospělosti. Prvním, kdo dle Macka (1999, 13) „položil základ pro první hlubší úvahy o adolescenci jako o svébytném období“ a zdůraznil potřebu přemostění období mezi dětstvím a dospělostí byl J. J. Rousseau. Svou koncepci přirozené výchovy a návratu k přírodě založil na diferencovaném pohledu na vývoj člověka.

Macek (1999) chápe adolescenci jako období mezi dětstvím a dospělostí, je dětstvím a mládím současně. Na rozdíl od většiny českých autorů však používá diferenciaci na tři fáze: časnou adolescenci (11 - 13 let), střední adolescenci (14 – 16 let) a pozdní adolescenci (17 – 20 let i více). Vymezení pro pubescenci zde zcela absentuje. Zatímco ostatní autoři (Langmeier & Krejčířová, 2006; Říčan, 2006; Vágnerová, 2005) se shodují a pubescenci vymezují mezi 11. a 15. rok života dítěte.

Mezi vývojovými psychology neexistuje shoda týkající se pojmenování tohoto vývojového období. Někteří jej zcela jasně označují za pubescenci, jiní za ranou či časnou adolescenci. V současné době jsou již vývojové změny silně individuální, věkové ohraničení tedy do jisté míry ztrácí na významu. Přikláníme se však k používání termínu pubescence, jakožto specifického vývojového období oddělujícího dětství od dospívání a zasluhující vlastní pojmenování.

Za spodní hranici vstupu dítěte do pubescence je tedy považován jedenáctý rok. „Dle Říčana (2006) již průměrný chlapec dosahuje v 11 letech výšky 145 cm, dívka pak 146 cm. Zrychlování nástupu dospělosti i urychlení celkového růstu dokladují Langmeier a Krejčířová (2006), kteří uvádějí, že menarche s již od poloviny 19. století objevovala u dívek ve stále nižším věku, průměrně o 4-5 měsíců dříve za jedno desetiletí. Z poslední doby

se ale objevují důkazy o zastavení tohoto trendu. Potvrzení nabízí i populační studie Vignerové et al. (in Langmeier & Krejčířová, 2006), jež potvrzuje nárůst průměrné tělesné výšky v prepubertálním období, ve vyšším věku pak stagnuje. Starší studie téže autorky z roku 1988 ukázala také pokles středního věku menarche. Dá se tedy říci, že stagnace věku menarche signalizuje stagnaci růstu do výšky.

Stěžejními milníky jsou změna školního vzdělávání, kdy je zahájena odborná výuka učiteli - specialisty, dochází také k prvnímu zamilování, nesporné jsou změny fyziologické (Řičan, 2006).

Jedenáctiletý člověk již ve svém věku získává základní orientaci v prostoru a čase, byť stále žije především přítomností, nemá schopnost plánovat. Pátrá po nových faktech, které si poměrně snadno pamatuje, ta se ukládají bez vyšší rozumové syntézy. Ve školní třídě je rád součástí kolektivu, nechce již být ale voděn za ruku a oslovován zdobně. Je společenský, hovorný, rád naslouchá rozhovorům dospělých a aktivně se do nich zapojuje. Jeho hra přestává být tolik tvořivá. Chlapci preferují bojové hry, děvčata panenky, shodně mají rádi hry v kolektivu. V morálce ochotně přijímá postoje a názory autorit (rodič, učitel) Příhoda (2006). „Intelektuálně a společensky přestává toto dítě být již dítětem“, (Příhoda, 1963, 343). Ke vztahu k druhému pohlaví pak výstižně dodává: „Jakmile přeskočila jiskra do oka druhého pohlaví, přestává být dítě dítětem ve skutečném slova smyslu,“ (Příhoda, 1963, 344).

Krom viditelných tělesných změn probíhají i ty méně viditelné. Koukolík (2013) se ve svém výzkumu zabývá hormonálními změnami, které jsou spojeny s počátkem puberty. Dochází k aktivaci třech hormonálních os. Tou první je osa hypotalamus-hypofýza-nadledvina, díky jejíž činnosti dochází k sekreci estrogenu, respektive testosteronu. Druhou neuroendokrinní osou dospívání je hypofyzární sekrece růstového hormonu a třetí osou je uvolňování dehydroepiandrosteronu z nadledvin. Tato oblast je zatím nejméně prozkoumaná.

### **1.2.1 Tělesné změny**

Tělesná proměna je velmi silným signálem dospíváním. Pro pubescenta nabývá nejrůznějšího subjektivního významu, může na své dospívání být pyšný, může se za něj také stydět. Tyto vnitřní pocity se odvíjí od psychické vyspělosti jedince, reakcí okolí, či od vlastní představy o atraktivitě (Vágnerová, 2005).

Macek (2003) popisuje pět stádií pubertálních změn dle Marschalla a Tannera. V prvním stádiu u dívek nejsou znát téměř žádné viditelné pohlavní znaky, ve druhém se začíná zvětšovat prsní tkáň a narůstá první pubické ochlupení, ve třetím a čtvrtém stadiu se prohlubují kontury prsou a přibývá pubického ochlupení, v pátém stadiu jsou již sekundární pohlavní znaky plně vyvinuty. U chlapců se v prvním stádiu začíná vyvíjet šourek a varlata. Ve druhé fázi vývoj pokračuje a objevuje se první ochlupení. V dalších stádiích pokračuje růst penisu a ochlupení, v pátém jsou pak vnější pohlavní orgány plně vyvinuty.

V rozvinutých evropských a amerických zemích se za posledních sto let urychlil nástup dospívání, tento jev je označován jako sekulární akcelerace. Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) nelze jednoznačně určit, zda akcelerace vývoje sebou přinesla také urychlení psychického vývoje. Většina empirických nálezů se však kloní k závěru, že vývoj probíhá v obou oblastech osobnosti paralelně. Dle autorů sekulární akcelerace způsobila, že „se zkracuje doba dětství a oddaluje nástup plné dospělosti,“ (Langmeier & Krejčířová, 2006, 146).

Vágnerová (2005) k otázce sekulární akcelerace podotýká, že její projevy se v minulých desetiletích projevíly natolik výrazně, že je pravděpodobné, že již dosáhla svého vrcholu, takže dochází ke stabilizaci. Není možné dobu nástupu posouvat libovolně do stále nižšího věku, neboť zde hrají roli genetické limity.

V období pubescence je charakteristická zvýšená sebereflexe, která je velmi ovlivněna fyzickým vzhledem a tělesnou atraktivitou jedince. Macek pracuje s termínem ideální já, kterému se jedinec snaží přiblížit, a porovnává je se svým reálným já. Pokud mezi těmito dvěma substancemi nastává větší rozpor, může být často zdrojem nepříjemných pocitů (Macek, 2003). Vágnerová (2005) připisuje tělesné atraktivitě sociální hodnotu, kdy konvenční atraktivitě bývá připisován lepší sociální status. Tělesná atraktivita je však ve velké míře subjektivní a důležitou roli tak hraje spíše to, nakolik jedinec sám sebe za atraktivního považuje, méně již to, nakolik se skutečně blíží společenskému ideálu krásy.

Říčan (2006) k tomuto tématu zdůrazňuje fakt, že tomu, jaké má pubescent sebedůvědomí a sebevímání byly esenciální základy položeny již v předchozích vývojových obdobích. „Dítě má být jako kojeneček a na počátku batolivého období považováno za nejkrásnější na světě, má získat neotřesitelnou jistotu, že si je rodiče cení, že se mu obdivují. Tato jistota, o které se nikdy nemluví a o které se ani neví (tak je samozřejmá), je základní výbavou pro složitou a klikatou cestu pubescencí,“ Říčan (2006, 179),

### 1.2.2 Kognitivní schopnosti

„Intelligence se charakterizuje jako obecné nadání, celková rozumová vyspělost, mentální úroveň, rozumová kapacita, jindy se hovoří též o intelektu, chytrosti, bystrosti,“ (Smékal, 2012, 303).

Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že dospívající se svými intelektovými schopnostmi přinejmenším blíží maximálnímu možnému výkonu, v tomto směru převyšují starší jedince především v oblasti kreativity a pružnosti myšlení.

Piaget (2000) popisuje tuto etapu, jako období, ve kterém dochází ve vývoji naposledy k základní decentraci, tím i k ukončení dětství a přechodu k dospělosti. Právě tato přeměna myšlení je nezbytnou podmínkou k prudkému citovému a sociálnímu vývoji, které se v pubescenci odehrává. Tato přeměna „umožňuje jedinci pracovat s hypotézami a usuzovat o výrocích bez přímé souvislosti s konkrétním reálným konstatováním“, Piaget (2000, 117).

Příhoda (1963) doplňuje, že v oblasti analytického zpracování informací dochází k úbytku nahodilosti a analytické schopnosti jako celek se zlepšují. Pubescent tak lépe proniká k podstatě věci, jeho myšlenková generalizace je proto opatrnější. Nezbytnou podmínkou pro rozvoj tohoto pojmového myšlení je četnost reflexních spojů, které rozšiřují korovou analýzu a syntézu. Za hlavní činitele tohoto procesu pak označuje integrátory (zobecňující podněty), ty jsou uspořádány hierarchicky a napomáhají generalizaci. Dle výzkumu Krasnogorskije (in Příhoda, 1963) platí přímá úměra, že čím vyšší je stupeň integrátorů, tím silnější je abstrakce od skutečnosti.

Koukolík (2013) se ve své studii zabývá procesy probíhajícími v mozku v průběhu puberty. Dochází ke zvětšení objemu bílé korové hmoty. Jeho longitudinální studie prokázala také růst šedé hmoty čelních laloků, který vrcholí okolo 12. roku dítěte, poté její objem klesá. Dále zkoumá mozkovou aktivitu v souvislosti s kognitivní kontrolou, kterou označuje procesy jako adaptivní myšlení, prožívání či reakce na okolní situace. Dochází k závěru, že některé oblasti prefrontální mozkové kůry s věkem aktivitu zvyšují, jiné ji naopak úměrně efektivitě snižují. Aktivita temenní kůry ovšem při těchto aktivitách lineárně roste. Rozporuje tím tradovanou představu, že za problémovým chováním pubescenta stojí pouhá nezralost prefrontálních systémů.

Dospívající si tedy osvojuje abstraktní způsob myšlení. Je lhostejné, zda uvažuje o konkrétních pojmech, či s vysoce abstraktními znaky. Tato myšlenková nezávislost umožňuje dospívajícímu jedinci řešit problémy a nové situace jinými mechanismy, než tomu činil doposud. Vágnerová (2005) dále pokračuje v popisu změn myšlení a vytyčuje hlavní body. Jsou jimi přesah poznávání nad rámec vlastních zkušeností, zároveň zde přetrvává neschopnost přesněji diferencovat mezi tím, co je reálné a pouze možné. Dále se rozvíjí induktivní uvažování, které napomáhá k zobecňování nabytých poznatků. Slovní úlohy, tak časté v matematice na druhém stupni základních škol, které vyžadují aplikaci formální logiky, jsou řešeny úspěšně díky kombinačnímu myšlení. Dále se rozvíjí schopnost interpretace pozorovaného v širším kontextu, pružnost myšlení. Objevují se také úvahy o budoucnosti a minulosti.

Kromě kvantitativního nárůstu úspěšně vyřešených problémů, dochází také k proměně kvality myšlenkových operací. Langmeier a Krejčířová (2006) vyjmenovávají hlavní změny v myšlení:

1. Schopnost abstrakce,
2. hledání více možných způsobů řešení,
3. tvorba vlastních domněnek a spekulací, které nemusí být spjaty s realitou,
4. logický úsudek oproštěný od konkrétního obsahu,
5. myšlenkové asociační řetězce (myslet o myšlení).

Pubescent dokáže přeskakovat mezi různými ideály a spojovat myšlenky v odlišných kontextech. Rád posuzuje jednání dospělých a vyvozuje mravní závěry. Klade si otázky o smyslu života, vesmíru. Hodnoty, které jsou mu vštěpovány, podrobuje silné kritice. Intelekt tedy nabývá nových rozměrů a umožňuje dříve nemožné. Je to pronikání do hloubky pojmů čas, hmota, příčina, spravedlnost či pravda (Říčan, 2006).

V tomto myšlenkovém vývoji „vůbec nejde o pouhou přístavbu na budovu, která by k ní nutně nepatřila, spíše tu jde o množinu syntéz či strukturací, které, jakkoliv jsou nové, přece jsou přímým a nezbytným pokračováním předchozích, protože vyplňují některé jejich mezery,“ (Piaget, 2000, 118).

### **1.2.3 Emoce**

Slovo emoce pochází z latinského *emovere*, což znamená vzrušovat (Machač, et al., 1985). Plháková (2005) udává, že emoce se skládají ze tří podsložek, které jsou

vzájemně propojeny. Jsou jimi subjektivní fenomenologická komponenta, expresivní chování a tělesná složka. V této kapitole se také budeme zabývat city a cítěním. Dle Plhákové (2005, 399) jsou city „zřetelné emoční prožitky svébytné kvality, které označujeme slovy radost, smutek, hněv, zoufalství, rozhořčení atd.“

V citové a emoční sféře dochází v pubescenci také k diferenciaci. Počet citů vzrůstá, mezi citový podnět a reakci se vkládají momenty, které celkovou emoční odezvu činí komplikovanější, než tomu bývalo dříve. Charakteristická je citová erupivnost, která může být spojována s vyšší intenzitou prožitku. Ve skutečnosti je citový život dále jen povrchový (Příhoda, 1963).

S tímto tvrzením souhlasí Řičan (2004) a dodává, že ani výskyt suicidií v pubescenci není dokladem hlubší intenzity citu, ba naopak poukazuje na labilitu, kdy se pubescent nechává ovládnout a strhnout aktuálně nejsilnějším pocitem. I přes citovou labilitu však stoupá sebekontrola a ztrácí se citová bezprostřednost. Vágnerová (2005) doplňuje, že se zvýšeným sebeuvědomováním souvisí i existence četnějších a hlubších negativních emocí. Častá nejistota může přecházet v úzkost, smutek či znechucení. Může nastat až komplexní negativismus vůči všemu okolo, včetně sebe sama.

Průběh puberty však ne nutně vždy musí být emocionálně bouřlivý a dramatický. Individuálně typologické rozdíly mohou převládnout nad věkovými. Offer et al. (1988) ve své transkulturální studii dochází k závěrům, že v moderních společnostech je mnohem vyšší počet těch pubescentů, kteří celým obdobím procházejí bez větších emočních krizí a problémů než těch, kteří problémy zažívají.

#### **1.2.4 Sociální oblast**

Jak už bylo na předchozích řádcích několikrát zmíněno, období pubescence je obdobím, ve kterém probíhají zásadní změny ve všech složkách osobnosti, tedy i v těch vztahových. Jedná se jak o vztahy k rodičům, tak k vrstevníkům, ale také o vztah k sobě samému.

Koukolík (2013) ve své studii používá pro soubor neuronálních sítí pojem sociální mozek. Dále pak pracuje s pojmem mentalizace, kterým pojmenovává schopnost posoudit a odhadnout niterné duševní stavy druhých lidí. Tuto schopnost pokládá za klíčovou v průběhu dospívání. Langmeier a Krejčířová (2006) tvrdí, že období dospívání je klíčovým pro uspokojivé převzetí pozdějších rolí rodičovských a manželských. Proces emancipace od



rodiny, který v tomto vývojovém období u jedince kulminuje a je nezbytný pro jeho další zrání probíhá tím snáze, čím hlubší a jistější city dítě k rodičům navázalo. Stejně jako u emocionality je dnes již překonaný předpoklad, že pro správnou emancipaci je nutný a zdravý konflikt s rodiči (Macek, 2003). Petersonová (in Macek, 2003) ve svých výzkumech naopak dokazuje, že vysoká konfliktnost pubescentů je charakteristická pro ty s rizikovým chováním. Při absenci tohoto chování úměrně klesají i konflikty s rodiči. Langmeier s Krejčířovou (2006) přesto považují jistý typ revolty vůči rodičům za zcela běžný a pro pubescenta charakteristický. Říčan (2004) dokonce tvrdí, že vzpoura má svůj vývojový smysl, je zcela normální a napomáhá vymanit se z dětinské citové závislosti. Pro vzpouru dokonce zpracovává tři možné vzorce případů, v jakých může proběhnout:

1. Vzpoura je překryta vynucenou poslušností, pokud je dítě naučeno pouze poslouchat a neumí se postavit autoritám a prosadit svůj názor. Vzpoura je potlačena a může se projevit až o několik let později na zcela jiném místě a namířena na jinou osobu.

2. Pokud jsou vztahy s rodiči vlažné, pak proběhne pouze jakýsi odvrát od rodičů, který pro další vývoj nemá podstatný význam.

3. Pokud rodiče konstruktivně a ve vhodných situacích pubescenta podporují k samostatným letům z hnízda, zároveň jsou připraveni jej kdykoliv přijmout zpět, pak probíhá vzpoura prostřednictvím řady menších, ale konstruktivních sporů. Rodiče zcela podporují pubescentovy samostatné projevy vedoucí k emancipaci.

Podstatné je také to, jak s k této etapě svého dítěte postaví rodiče. Dle Macka (2003) mohou někteří rodiče snažit zvyšovat kontrolu, což v celkovém důsledku vede ke zvýšení napětí a dává živnou půdu pro vznik konflikty. Gecková et al. (2000) ve své studii prokazuje, že i přes možné konflikty zůstávají rodiče pro pubescenta nejdůležitějším zdrojem sociální opory. V případě emočních či vztahových problémů se na prvním místě nejprve obracejí na matku, až poté na své vrstevníky a přátel.

Macek (2003) se věnuje také vztahům k sourozencům, kteří jsou pro pubescenta důležití jako příslušníci stejné generace a manifestují podobné zájmy, aktivně se také společně podílejí na rodinné socializaci. Blízkost vztahu sourozenců může být ovlivněna věkem, kdy za optimální rozestup je jeden rok a méně, nebo naopak čtyři a více. V těchto případech spolu sourozenci méně soupeří a vztahy jsou na dobré úrovni. Pokud je věkový rozdíl mezi dvěma a třemi roky, vzájemný vztah může být negativní. V konkrétních případech jsou však vztahy vždy determinovány rodinnou konstelací.

Zesilující vliv na pubescenta má pak především skupina vrstevníků. Tou se rozumí převážně školní třída, ale také parta kamarádů vytvořená kolem společných zájmů. V těchto skupinách se začíná vytvářet rozdíl mezi formální a neformální autoritou. Důležitou skutečností je dle Říčana (2004) veřejné mínění třídy, nebo jakékoliv pro pubescenta důležité skupiny. Pro to, aby nevybočil z řady je ochoten riskovat konflikt a rodičem i učitelem. Pokud u jedince chybí pevnější citové zázemí, může být tato snaha zalíbit se a jít s proudem nebezpečná. Vrstevníci přesto hrají velmi důležitou roli při procesu emancipace od rodiny.

Poměrně velký prostor věnují vývojové psychologové ve svých publikacích sexualitě v období pubescence. Macek (2003) a Říčan (2004) se shodují na tom, že začátek pubescence je ohraničen uvědoměním si vlastní sexuality. Příhoda (1963) pubescenci označuje za typickou dobu erotiky, sexualitě připisuje značnou roli ve zrání jedince mezi 11. a 15. rokem, je ale přirozené, že u chlapců a dívek není hlavním zájmem jejich života. Pro ontogenezi má mnohem důležitější význam erotika, která idealizuje a obdivuje osoby druhého pohlaví. Sexualita a erotika, jevy které probíhají souběžně a mimo sebe, tak tvoří bázi psychických změn.

Říčan (2003) se dále zabývá tématem pubescentní masturbace a fantaziemi s ní spojenými, za které se pubescent často stydí.

### **1.3 Rodina**

Sobotková (2003) upozorňuje, že je prakticky nemožné dosáhnout jednotné a obecně přijímané definice rodiny, protože se jedná o velmi složitý jev. Většina autorů se také přímé definici spíše vyhýbá.

Přesto zde pro lepší představu pár pokusů o definici rodiny uvádíme.

Hartl (2004, 230) definuje rodinu jako „skupinu jedinců spojenou pokrevními vztahy nebo manželstvím a odpovědností a vzájemnou pomocí“.

Rodina je z pohledu vývoje společnosti nejstarší lidskou institucí. Vznikla nejen z přirozeného pohlavního pudu, ale především z potřeby chránit, učit, vzdělávat a připravovat na život své potomstvo. Za nejpodstatnější znak rodinné výchovy pak Matoušek (2003) označuje trvalost a hloubku citových vztahů mezi rodiči a dítětem, která je dále přenášena do celého života. Kramer (1980) se pokouší rodinu vymezit jako skupinu lidí, kteří mají společnou historii, realitu a budoucí očekávání. Členové mohou být dále provázáni

hereditou, legálními manželskými sňatky, nebo společným uspořádáním života. Pojem rodina lze použít kdykoliv mezi blízkými lidmi existují intenzivní psychologické a emocionální vazby.

Sobotková (2001) při snaze přiblížit fungování rodiny používá termínu systém, který definuje jako soubor částí a vztahů mezi nimi. Rozložením na jednotlivé části systém nepoznáme, neboť obsahuje něco navíc, něco co je produktem vnitřní funkční integrace jednotlivých částí do celku. Toto systémové myšlení tedy pojímá rodinu jak v kontextu prostorovém, časovém, tak sociálně historickém. Kantor a Lehr (2003) uvádějí základní fakta o fungování rodinných systémů. Jsou organizačně složité, neboť rodiny tvoří složité sítě vzájemných vztahů, které jsou cirkulární a recipročně se ovlivňující. Rodinné systémy jsou otevřené, což souvisí se schopností změny a reprodukce. Dále musí být adaptabilní, neboť jejich vývoj je ovlivňován zevnitř i vně a je potřeba adekvátně reagovat. V rodinných systémech dochází k neustálé informační výměně a toku energie.

Dle Jacoba (1987) jsou všechny verze teorií rodinných systémů vystaveny kolem tří faktorů, kterými jsou organizace, morfostáze a morfogeneze. Sobotková (2001, 24) pak shrnuje všechny tyto faktory a vysvětluje, že „rodinné systémy jsou produktem stálé dynamické hry mezi morfogenetickými (růstovými) a morfostatickými (kontrolními) silami. Tato dynamická souhra je strukturována organizačními charakteristikami systému.“ Matoušek (1997) se dále zabývá vnitřní strukturou rodiny a uvádí, že rodina si v rámci své existence vytváří subsystémy za účely společných rozhodnutí, zájmů či vymezení jedné generace vůči druhé. Jednotlivci mají v rodině místo ve více těchto subsystémech a přecházením mezi rolemi v rámci těchto subsystémů vznikají pocity odlišnosti či osobitosti. Těmito subsystémy jsou například vztah rodič-dítě, či sourozenecký subsystém nebo matka – mladší dítě a podobně.

Zevrubněji se problematikou subsystémů zabývá Minuchin (1974), který zdůrazňuje nutnost přesně vymezených hranic mezi jednotlivými subsystémy jako nezbytnou podmínku ke zdravému fungování rodiny. Hranice jsou pravidla, která určují, kdo a jak může být v jednotlivých subsystémech zahrnut. Musí být jasná a za jasných podmínek překročitelná. V opačném případě dochází ke zmatení kompetencí, kdy se všichni mají tendenci vyjadřovat ke všemu, nikdo však není ochoten převzít zodpovědnost. S tvrzením o jasně daných hranicích mezi rodinnými subsystémy souhlasí také Goldenberg

(1198), který za ideální případ považuje takové hranice mezi subsystemy, které jsou pevné, ale flexibilní, tedy jasně vymezené, zároveň v případě potřeby pozměnitelné.

Za určitých okolností může dojít k patologickým situacím, kdy se jednotliví členové rodiny dostávají do subsystemů, ve kterých by vzhledem ke své primární roli v rodině, neměli figurovat. Minuchin (1974) zavádí termín rodičovské dítě, tedy dítě, které je zahrnuto do rodičovského subsystemu a postaveno tak do opozice vůči svým sourozencům. Tento jev je možné pozorovat ve větších rodinách a může se jednat o dočasné opatření, například když je jeden z rodičů nemocný. Pokud je dítěti jeho rodičovská role svěřena trvale, mohou vznikat pro další vývoj dítěte zásadní komplikace.

### **1.3.1 Rodinné modely**

Za vznikem modelů popisujících fungování rodiny je snaha o jakési zjednodušení procesů a vztahů probíhajících v této základní stavební jednotce společnosti. Modely sice nevyhnutelně zkreslují realitu, nicméně velmi napomáhají k zorientování se v této složité problematice (Sobotková, 2001). Typologie rodinného fungování plní podle Jacoba (1987) několik funkcí. Je to funkce deskriptivní, kdy se model snaží popsat jeden aspekt rodinného fungování. Diagnostickou funkcí má na mysli diferencování zdravých systémů od těch patologických. Typologie mají také ambice prediktivní, kdy se snaží o předpověď jednoho či více aspektů budoucího fungování. Preskriptivní funkcí se pak rozumí přímé propojení s klinickou oblastí. Některé preskriptivní typologie dokonce přicházejí s doporučujícími terapeutickými strategiemi. Sobotková (2001) uvádí podrobný přehled modelů fungování rodiny. Zde představujeme některé z nich.

Autorkou modelu mřížkového formátu je Eleanor Wertheimová, která definuje osm typů rodin, které vydefinovala na základě překrytí čtyř stupňů otevřenosti a dvou procesuálních proměnných. Dva z těchto osmi typů jsou ideálně fungující, zbylých šest pak obsahuje určitý stupeň patologie. Integrativní model vývoje rodiny vnímá rodinu jako složitý systém, procházejícím sekvenčním vývojem. Vztahy v rodině jsou ohraničeny hranicí, která je propustná. Struktura je sice složitá, ale flexibilní, připravena reagovat a adaptovat se na aktuální, nové situace v kontextu aktuálního vývojového stádia. Autorkou tohoto modelu je Marta Hargašová. Velkou skupinu tvoří modely procesuální. Ty, na rozdíl od mřížkových modelů, řeší situace, jak se rodiny mohou dostat z jednoho typu do druhého. Tato skupina modelů patří v současné době k nejvýraznějším, jsou výzkumně podložené a velmi blízké psychologické praxi. Patří zde například deskriptivní model od Kantora a Lehra, popisující

tří rodinné typy a vycházející z klinické práce s rodinami nebo cirkumplexní model rodinných systémů, jehož autory jsou Olson a Eckblad.

### 1.3.2 Funkce rodiny

Langmeier a Krejčířová (2007) řadí mezi základní funkce nukleární rodiny tyto:

- Reprodukční funkce – úkolem rodiny je vytvářet novou generaci.
- Hospodářská funkce – materiální zabezpečení sebe sama, podíl na hospodářském fungování společnosti, ve které rodina žije.
- Socializační funkce – rodina je základním průvodcem dítěte při všech jeho snahách o začlenění se do společnosti v různých vývojových fázích.
- Emocionální funkce – uspokojení základních emocionálních potřeb všem členům rodiny.

Vágnerová (2008) rozlišuje mezi dvěma základními typy rodiny. Rodina orientační je tou, do které se dítě narodí, vyrůstá v ní, získává základní sociální dovednosti a je v ní vychováváno. Dítě by zde mělo navázat spolehlivý citový vztah, získat silné citové zázemí a emoční přijetí. Prokreační rodinou se rozumí ta, kterou člověk sám zakládá. Jedinec do ní přenáší své dosavadní životní zkušenosti jak z rodiny orientační, tak ze svého života, dochází ke konfrontaci se zkušenostmi partnera. Prokreační rodina by měla umožňovat získávat dospělým potřebné sociální role a uspokojovat jejich potřeby.

Pokud rodina zdravě funguje, hovoříme o ní jako o systému, který je schopen vytvářet bezpečný prostor pro reprodukci a produkci života lidí a jejich vzájemné sdílení (Plaňava, 2000). Sobotková (2007) vyjmenovává základní tři pilíře, které jsou předpokladem pro správné rodinné fungování. Jsou jimi:

- Soudržnost neboli koheze – při optimálním nastavení podporuje samostatnost a nezávislost jednotlivých členů rodiny.
- Adaptibilita – schopnost přizpůsobit se měnícím se podmínkám v čase a prostoru.
- Komunikace – otevřená a přímá komunikace je v rodině podmínkou pro správné fungování a může sloužit jako protektivní faktor. Špatně nastavená a patologická komunikace může posilovat negativní vlivy stresů v rodině.

Se správným fungováním rodiny je spjat také termín rodinná resilience. Hartl (2004) ji definuje jako souhrn činitelů, kteří pomáhají přežít jedinci v nepříznivých podmínkách. Rodiny procházející krizí či jakoukoliv jinou zátěžovou situací mohou z této situace vyjít posílení a lépe vybaveni pro zvládnání dalších podobných situací v budoucnu. Ne všechny rodiny však zátěžové situace zvládnout a mohou se rozpadnout (Walsh, 2003). Mezi rizikové činitele rodinné resilience patří traumatizující události, nízký socioekonomický status, či proměnlivé nároky současné společnosti. Protektivními faktory pak mohou být rodinná koheze, flexibilita rodinných vztahů a rolí, otevřenost rodinné komunikace a schopnost řešit nastalé konflikty (Břicháček, 2002).

Matoušek (2003) velmi správně upozorňuje na jistou ambivalenci objevující se v současné kultuře a jejímu pohledu na význam rodiny. Na jedné straně zdůrazňuje vliv rodičovské péče povahy dítěte, na druhé straně však přestává vyžadovat, aby dospělý jedinec rodinu vůbec zakládal. Pohled na výchovu procházel od počátku života na zemi vývojem. Od počátku novověku, kdy byla novorozeňata až do věku tří let odkládána pryč od rodiny, mezi ideály výchovy patřila především pevná disciplína. S počátkem 18. století se začaly objevovat názory na potřebu výchovy ve stabilní rodině, kde je jedinec zahrnut city a láskyplnou atmosférou. Tento názor sílil až do 20. století. V posledních letech se ale začínají ozývat odborníci varující před přílišnou povolností výchovy dětí. Dochází k situacím, kdy dítě iniciovalo soudní proces proti svému rodiči, kde jej obvinilo, že o něj dostatečně dobře nepečuje. Každá společnost, má-li přežít, potřebuje také jistou mocenskou hierarchii a jasně daná pravidla, která určují možné způsoby prosazování individuálních zájmů. Rodina by měla umět zprostředkovat tuto představu o jasných hranicích a mezích.

### **1.3.3 Rodina a dítě s postižením**

Dle Matějčka (2001) je potřeba mít na paměti, že při příchodu dítěte na svět platí u dětí s postižením to samé jako u dětí bez postižení. Postoje rodičů k dítěti nevznikají náhle, ale jsou vytvořeny dlouholetými zkušenostmi a vývojem. První poznání, že s nově narozeným dítětem není něco v pořádku, způsobuje otřes v představách obou rodičů.

Vágnerová (2009) tvrdí, že zdraví dítěte je pro matku jedna z nejdůležitějších hodnot, pokud tedy dojde k jeho trvalému znehodnocení, zažívá matka velmi hluboké trauma, jehož zvládnutí sebou přináší spoustu dalších stresů. I přes zlepšující se situaci v českém zdravotnictví a následném poradenství bývá často rodič vystaven situaci, která je sama o sobě velmi náročná na zvládnutí. Zároveň se mu ale od odborníků nedostává

dostatečných informací o tom, co se vlastně dítěti stalo a jaký je jeho další předpokládaný vývoj. Často nevědí, jak mají dále postupovat, případně na koho se obrátit o pomoc (Švarcová, 2011).

Rodiče často zažívají pocity, ve kterých se ptají, proč se to stalo zrovna jim, či si kladnou nastalou situaci za vinu. Kübler-Rossová (2008) popsala fáze vyrovnávání se se smutkem. Každý rodič je individualita, takže tyto fáze u něj nemusí nastat, nebo mohou nastat pouze některé z nich. Pro představu si je zde přesto uvedeme. První fází je fáze popírání, kdy se dotyčný odmítá s nastalou situací smířit. Ve fázi hněvu si již jedinec nastalou situaci připouští a reaguje na ni nadměrným hněvem. Ten je ve třetí fázi vystřídán smlouváním, kdy se rodič snaží nějakým způsobem nastalou situaci oddálit, případně se obrací k nadpřirozeným substancím. Ve fázi deprese se jedinec stahuje do sebe, odmítá komunikovat s okolím, aby pak přišla poslední fáze smíření, ve které jedinec akceptuje nastalou realitu.

Dle Vágnerové (2009) se matky dokáží s nastalou situací srovnat dříve než otcové a důležitým momentem pak je to, zda otec skutečnost přijme, nebo ne a od rodiny odejde. Rolí otce v rodině a dopadem rozvodů se zabývá Pavlát (2008). Otcova láska a péče má dle něj pozitivní efekt na sociální, emoční a kognitivní vývoj dítěte. Naopak absence péče přináší negativní dopady. Ve Spojených státech zažije rozvod 40% dětí do věku 16 let. Rozpad rodiny je nejčastějším rizikem pro úspěšný rozvoj dítěte. Rozvodovost v České republice sice není tak vysoká, nicméně paralely jsou evidentní a dá se očekávat nárůst rozvodovosti, platilo ještě v roce 2008. Podle nejnovějších dat Českého statistického úřadu se v Česku rozpadá téměř polovina manželství. Průměrně spolu vydrží 13 let, nejčastěji se rozcházejí po třech až pěti letech. Počet rozvodů v České republice v posledních letech sice statisticky klesá, mnohem méně je ale také sňatků (Anonymous, 2015).

Rodina se také musí vypořádat s ne vždy příjemnými reakcemi a dotazy svého okolí (Švarcová, 2011). Dle Matějčka (2001) může mít takováto rodina sklony k nesprávným výchovným postojům, které dítěti ve správném vývoji spíše překážejí, než aby jej k němu vedli. Můžeme se setkat s těmito druhy výchovy:

- Výchova příliš úzkostná – rodiče na dítěti lpějí, jsou hyperprotektivní a omezují tak dítě v jeho možné vlastní iniciativě.

- Výchova rozmazlující – rodiče opět lpí, navíc dítě nezdravě oceňují za každý přirozený projev. Snaží se udržet si dítě citově na nich závislým, brání mu ve společenském rozvoji, podřizují se mu. Následkem toho pak brzy ztrácejí autoritu.

- Výchova perfekcionistická – snaha rodičů vede k tomu, že chtějí, aby dítě bylo vždy první a nejlepší, nehledě na reálné možnosti. Své nároky pak neúměrně přehánějí, dítě je v důsledku neurotizováno a zdravé utváření jeho osobnosti je vážně narušeno.

- Výchova protekční – rodiče dítěti ve všem pomáhají, vše mu vyřizují a vyšlapávají mu cestu. Dítěti tak nedovolí povahově ani jinak vospět a osamostatnit se.

- Výchova zavrhuující.

Matějček (2001) vypracoval desatero, které by měli pedagogičtí a zdravotničtí pracovníci používat při komunikaci s rodiči. Doporučuje například získat spolupráci širší rodiny, odstranit pesimismus, dát rodičům najevo, že jsou hrdinové či zaujmout upřímný sympatizující postoj.

### **1.3.4 Rodina a pohybová aktivita**

Pravidelná pohybová aktivita zabraňuje vzniku nemocí, podporuje zdraví, působí jako prevence v oblasti vzniku obezity a zvyšuje kvalitu života (Sigmund & Sigmundová, 2011).

Pohybové aktivity mohou hrát klíčovou roli při snahách o začlenění dětí a žáků se zdravotním postižením. Pozitivní účinky je možné dělit na fyzické, psychické a sociální. Ve fyzické oblasti se jedná o rozvoj motorických kompetencí a zvyšování kvality i kvantity pohybových vzorů, z psychické a sociální oblasti rozvíjejí pohybové aktivity sebevědomí, vztahové dovednosti, komunikační schopnosti a další (Kudláček & Ješina, 2013).

Zajímavou studii provedli Piech a Grad (2014), při které zjišťovali vliv dítěte, byť předškolního na motivaci k pohybové aktivitě u svých rodičů v Polsku. Výzkum ukázal, že právě aktivní dítě může být v rodině hybatelem, který motivuje své rodiče k pohybové aktivitě, pokud po nich požaduje, aby byli aktivní společně. Nejčastější společnou aktivitou je cyklistika a chůze. Ze zkoumané skupiny 100 rodičů jich pouze 8% bylo aktivních třikrát týdně, 20% pak jednou týdně. Alarmujících 15% rodičů se svými dětmi vůbec netráví čas při společných pohybových aktivitách. Rodiče po společných aktivitách deklarovali jednak spokojenost dítěte, ale také pozitivní pocity u sebe.



## **1.4 Zdraví a kvalita života**

Pojmy zdraví a kvalita života jsou dnes velmi často používanými termíny nejen v souvislosti a aktivním trávením volného času a pohybovou aktivitou, které kvalitu života zvyšují. Obecně je kvalita života stavěna do popředí zájmu nejrůznějších výzkumů, své místo má i v běžném životě, kdy lidé se snaží dosáhnout co nejvyšší kvality života svého a svých blízkých. Zároveň se snaží pečovat o své zdraví, které je považováno za jednu z nejvyšších životních hodnot.

Asi nejznámější, ale zároveň velmi zjednodušující je definice Světové zdravotnické organizace, která praví, že „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné vady.“ Byla přijata již v roce 1946 na Mezinárodní konferenci zdraví v New Yorku, v platnost poté vešla jako součást preambule k ústavě Světové zdravotnické organizace v roce 1948 (WHO, n.d.).

### **1.4.1 Zdraví jako základ kvality života**

Zdraví je nejvýznamnější hodnotou lidského života. Samo o sobě není cílem, ale je nezbytné k uskutečňování životních plánů a smyslem plnohodnotného života. Je spojeno především s fyzickou stránkou člověka, přesto ke zdraví fyzickému patří i zdraví psychické a sociální. Zdraví je zde chápáno jako komplexní subjektivní pocit stavu, kdy nám je dobře (Machová, 2006).

Zdraví můžeme vnímat také odděleně jako zdraví fyzické, zdraví sociální, či zdraví duševní. Duševním zdravím rozumí Marková et al. (2006) dobrou kondici celé osobnosti, která zvládá logicky myslet, zpracovávat a řešit problémy, přijímat nové informace. Sociální zdravím je pak schopností navazovat a rozvíjet mezilidské vztahy, zvládat sociální role. Sociální status může dle Holčíka (2010) předznamenat riziko nemocí. Stejný autor charakterizuje fyzické zdraví jako neexistenci nemocí a zároveň maximální stupeň fyzické kondice (Holčík, 2010).

Kalman a Vašíčková (2013) pojednávají o problematice zdraví v kapitolách zabývajících se sociálním prostředím dítěte, sociálním kapitálem, životní spokojeností a jejími determinanty, pohybovou aktivitou a volným časem, tělesnou hmotností, stravovacími a pohybovými zvyklostmi, tělesnou spokojeností. Výživou a stravovacími návyky, kouřením cigaret, pitím alkoholických nápojů, užíváním marihuany, koitálním debutem a úrazovostí. V přímé souvislosti se zdravím je zde vyhodnocena pouze kategorie životní spokojenosti.

„Svůj zdravotní stav jako vynikající nebo dobrý označilo celkem 90,3% českých dětí,“ (Kalman & Vašíčková, 2013, 53). Toto tvrzení vrhá velmi pozitivní světlo na sebehodnocení vlastního zdraví českých dětí.

Jaro Křivohlavý (2001) nahlíží na zdraví z jiného úhlu pohledu a dělí jej do několika kategorií:

1. Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly.
2. Zdraví jako metafyzická síla.
3. Individuální zdroje zdraví.
4. Zdraví jako schopnost adaptace.
5. Zdraví jako schopnost dobrého fungování.
6. Zdraví jako zboží.
7. Zdraví jako ideál.

Po tomto přehledu pak uvádí vlastní definici zdraví v tomto znění: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí,“ (Křivohlavý, 2001, 40). Stejně jako u předchozích autorů není možné nevšimnout si souvislosti mezi zdravím a kvalitou života.

Seedhouse (1995) ukazuje, že různé profese vnímají problém zdraví odlišně. Jinak rozumí pojmu zdraví lékař, jinak sociolog, humanista se na zdraví dívá z jiného pohledu, než idealista. Teolog bude na zdraví nazírat pravděpodobně odlišně ve srovnání s předchozími profesemi.

Na zdraví se dá nahlížet také z pohledu vědní disciplíny, jež tuto problematiku řeší. Ješina a Hamřík (2011) osvětlují, rozdíly, které v přístupu k problematice zdraví vidí lékařství, psychologie, sociologie a kinantropologie. Právě posledně zmíněný vědní obor vnímá důležitost vhodně realizovaných pohybových aktivit právě ve vztahu k pozitivnímu ovlivňování zdraví a kvality života.

Krejčí (2010) dále upozorňuje, že je nutné vychovávat ke zdraví od útlého věku. Tuto roli by měl plnit vzdělávací systém a výchova ke zdraví by měla být jeho nedílnou součástí. Škola může ovlivnit postoje žáků a vytvářet podmínky pro vlastní pozitivní ovlivňování životního stylu a kvality života. Smyslem vzdělávací oblasti Člověk a zdraví je

dát žákům základní povědomí o zdravém životním stylu. Klade důraz na ochranu a odpovědnost nejen za zdraví své, ale také za zdraví druhých, dodává Brychnáčová (2007).

HBSC studie se zabývá také vztahem mezi pohybovou aktivitou a tělesnou hmotností. Nadváha je v dnešní době nejen v České republice vážným problémem a ukazuje se, že pokud získá špatné vzorce chování dítě, bude to mít zásadní vliv na jeho budoucí život. Mezi dětmi s nadváhou a těmi s normální hmotností byl zjištěn rozdíl v počtu dnů, během kterých jsou fyzicky aktivní minimálně hodinu denně. Obézní chlapci uvádějí méně pohybové aktivity ve srovnání s chlapci s normální hmotností. Děti s nadváhou obecně vykazovaly méně organizované tělesné aktivity, než děti s normální tělesnou hmotností (Kalman & Vašíčková, 2013). Obezita se vyznačuje nadměrným nakupením tukové tkáně. Obezita je zdravotní problém, který se kromě dospělé populace stále častěji týká i populace dětské. Dle analýzy International Obesity Taksforce (IOTF) je na světě 118 miliónů dětí s nadváhou a obezitou. A nárůst dětské obezity rychle pokračuje (Pastucha, 2011).

Od fyzického a psychického zdraví jedince, které již bylo zmíněno na předchozích řádcích, se odvíjí kvalita života jedince. Ta je úzce spjata s prostředím, v němž, jedinec žije. Kvalitou života je tedy myšlen výsledek působení několika faktorů sociálních, zdravotních, ekonomických a dalších. Kvalita života zahrnuje pocity užitečnosti a smyslu života. V psychologie a medicíně se pojem kvalita života stal ukazatelem celkového stavu jedince (Payne, 2005).

Pracovní skupina WHO zabývající se kvalitou života vymezuje podstatu této substance jako vnímání pozice jedince v jeho vlastním životě v kontextu hodnotových systémů a kultury, ve které žije a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním a zájmům. Zahrnuje jeho somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí a sociální vztahy (Dvořáčková, 2012).

Hodnocení a posuzování kvality života tedy nutně prostupuje mnoho rovin lidské existence. Její dimenze rozděluje Křivohlavý (2002) následovně:

**Makro-rovina** – znázorňuje kvalitu života velkých společenských celků. V této rovině se problematikou kvality života zabývají politické subjekty.

**Mezo-rovina** – je orientována na malé sociální skupiny (škola, nemocnice). Roli zde hrají vzájemné mezilidské vztahy, sociální klima a uspokojování potřeb všech členů.

**Personální rovina** – hodnotí kvalitu života u každého jedince individuálně.

**Fyzická existence** – posuzuje chování druhých, které lze objektivně měřit.

Dvořáčková (2012) dále uvádí, že kvalita života je dle WHO rozdělena do 4 základních okruhů. Prvním okruhem je fyzické zdraví a úroveň samostatnosti člověka. Druhým pak psychické zdraví a duchovní oblast člověka, třetí okruh se týká sociálních vztahů a čtvrtý okruh zahrnuje prostředí obklopující jedince.

Hlaváčková et al. (2010) ve svém výzkumu zjišťovala na vzorku téměř 5 000 českých dětí jejich kvalitu života ve vztahu k místu, ve kterém žijí, dále k pohlaví a věku dětí. Zjistila, že více než 80% dotázaných se cítilo šťastnými ve svém životě a téměř 90% jich hodnotilo svůj zdravotní stav jako excelentní a dobrý. Téměř jedna pětina však reflektovala, že se v životě necítí být šťastní. Dívky a starší děti pak vykazovaly horší kvalitu života, mezi dětmi žijícími na vesnici nebo ve městech nebyl v životní spokojenosti zaznamenán rozdíl.

#### **1.4.2 Problematika aktivního trávení volného času**

Pojmem volný čas rozumí Hodaň a Dohnal (2005) svobodnou volbu, která osvobozuje od povinnosti, podléhá determinujícím faktorům společnosti. Ve volném čase jedinec uspokojuje osobní požadavky, což jsou činnosti, kterým se věnuje dle vlastní vůle. Hofbauer (2010) dodává, že ve volném čase je člověk prost svých společenských rolí a pracovních povinností. Volnočasové aktivity mu pak přinášejí pozitivní zkušenosti a odreagování.

Ve volném čase je možné rozlišovat dvě entity. Jsou jimi free time a leisure (Stebbins, 2007). Free time vnímá jako čas trávený nicneděláním, nudou, nestimulující aktivitou. Naopak leisure je volný čas, který je tráven aktivně, smysluplně a spojen s příjemnými pocity a naplněnými očekáváními.

Hodaň s Dohnalem (2005) popisují tři základní funkce volného času, kterými jsou odpočinek, rozptýlení a rozvoj osobnosti.

I z hlediska této práce, která se svým výzkumem dotýká žáků ve věku 11-15 let je dobré zdůraznit také výchovnou a vzdělávací funkci volného času. Hájek (2008) vymezuje čtyři základní výchovné funkce volného času. Jsou jimi funkce výchovně-vzdělávací, zdravotní, sociální a funkce preventivní.

Pávková (2002) zdůrazňuje důležitost významu volného času pro děti. Dostává se jim prostoru, který mohou věnovat svobodně svým činnostem, přáním a zájmům. Z výchovných důvodů je dle autorky žádoucí pedagogické ovlivňování volného času dětí. Toto vedení by mělo být nenásilné, tak aby dítěti pomáhala orientovat se v nabízených možnostech.

Způsob trávení volného času a úroveň pohybové aktivity hrají v životě mladých lidí velmi důležitou roli jak z hlediska fyzického a psychického, tak z hlediska sociálního rozvoje (Currie et al. 2012). Vybudování zdravých pohybových návyků v dětství a dospívání je velmi důležité. Pro děti je doporučeno, aby se zúčastnily alespoň 60 minut denně mírné až intenzivní pohybové aktivity. Toto opatření je přejímáno spoustou národních a profesních organizací (WHO, 2008).

V této souvislosti proto spoustu států, jako je Austrálie, Spojené státy americké, Kanada, Dánsko, Holandsko či Finsko proto vytvářejí národní i územní strategie zaměřených na zvýšení úrovně pohybové aktivity svých obyvatel. V těchto strategiích nejde primárně o zvýšení participace na výkonově orientovaném sportu, ale o zvýšení participace občanů na každodenní pohybové aktivitě a o motivaci k aktivnímu životnímu stylu (Kalman, Hamřík, & Pavelka, 2009).

Dle Kalmana a Vašíčkové (2013) si důležitost pohybové aktivity v životě člověka uvědomovali již zakladatelé HBSC studie. V letech 1983-1986 byla v pěti zemích (Anglie, Dánsko, Rakousko, Finsko, Norsko) provedena první HBSC mezinárodní studie a výzkum byl zaměřen na dvě hlavní témata: kouření a pohybové aktivity.

Pohybová aktivita představuje jeden ze základních fenoménů lidského bytí a podílí se na všech složkách dění moderní společnosti. Je jedním ze základních elementů procesu přispívajícího ke kvalitě života a ke zdraví (Blahutková et al., 2005). Kasa (2006) dále definuje pohybovou aktivitu jako mnohostrannou pohybovou činnost člověka, která se realizuje jeho pohybovými orgány. Vyznačuje se typicky lidskými znaky, jako jsou cílevědomost, sociální determinovanost, spojení s procesem komunikace mezi lidmi. Používá se na označení jednoho konkrétního druhu pohybové činnosti, jako i na označení souhrnu celé pohybové činnosti jednotlivce či skupiny.

Pravidelným provozováním pohybové aktivity vznikají pohybové návyky, které jsou základním projevem každé sportovně pohybové aktivity a udávají smysl sportovní

činnosti, která není jen podpůrným doplňkem života, ale stávají se přímo jeho uspokojivým smyslem (Hogenová, 2000).

Pastucha (2011) upozorňuje, že v posledních desetiletích v důsledku vědeckotechnického rozvoje a změny životního stylu klesá množství pohybu, přestože se nemění genetické vybavení jedince, tedy i jeho potřeba pohybu. Lidský genom je totiž výsledkem miliony let trvající adaptace k podmínkám okolního prostředí, při rychlých a definitivních změnách dochází ke střetu se zakódovanými vlastnostmi a tím i k překročení možností fyziologické adaptace organismu. Křivohlavý (2001) popisuje pozitivní vliv pohybové aktivity na výskyt a léčbu deprese. Jednak je výskyt depresí u maratonců, či u lidí, kteří pravidelně běhají nebo plavou podstatně nižší než u jiných skupin. Při léčbě deprese a aplikaci klasické psychoterapie u skupiny jedné a pravidelné pohybové aktivity u skupiny druhé, bylo u této druhé skupiny dosaženo vyšší míry snížení deprese.

Aerobním druhem cvičení a jeho vlivem na psychické zdraví se ve svém výzkumu zabývá Hinkle (1992). Zjistil, že pohybová aktivita může napomoci při snižování psychických diskomfortů, jakou jsou depresivní nálady a úzkosti. Stejně tak může napomáhat zvýšení sebeúcty či posílení tvůrčího myšlení. Csémy et al. (2005) tvrdí, že způsob, jakým dospívající tráví volný čas, významně charakterizuje jejich životní styl, ale také životní styl jejich rodiny. Tento způsob trávení volného času je podmíněn zkušenostmi a možnostmi dětí, které se formují především v rámci jejich referenčního prostředí, tedy rodiny.

Důležitým prostředím, které formuje vztah dětí k pohybové aktivitě je škola. To, jak žáci vnímají své zdraví a potřebu jej chránit a pečovat o něj může být ovlivněno obsahem vyučovaných osnov. Škola může v širším pojetí ovlivnit nejen postoje a chování žáků, ale také učitelů, rodičů a celé místní komunity (World Health Organization, 2001). Důležitým prvkem souvisejícím se školní docházkou je otázka aktivního transportu, tedy chůze nebo jízdy na kole. V HBSC studii jsou zásadní otázky zaměřeny právě na způsob dopravy dětí do školy a ze školy (Kalman & Vašíčková, 2013).

### **1.5 HBSC studie**

Prvotní motivací pro vznik HBSC studie bylo setkání výzkumných pracovníka z Norska, Finska a Anglie za účelem vzniku mezinárodně porovnatelných dat o kouření mladých lidí. První mezinárodní studie, do které se zapojilo i Dánsko a Rakousko proběhlo

v letech 1983/1984 byla rozšířena o determinanty zdraví a zdravotního chování v kontextu mladých lidí a jejich životního stylu. Postupně se začaly přidávat další země.

Na zdravotní chování dětí a mládeže bylo od začátku pohlíženo v širším kontextu zahrnujícím životní styl, sociální prostředí, osobnostní proměnné. Na zdraví zde není nahlíženo jako na absenci nemoci, ale na stav fyzické a duševní pohody. Studie se zaměřuje na každodenní chování a návyky a na vlastní vnímání zdraví a pohody u mladých lidí, deklarovala tak, že o tom mohou přesně vypovídat. To, že studie existuje a stále probíhá již více, než 30 let je postaveno na tomto silném a inovativním principu.

Z několika důležitých faktorů byly vybrány tři věkové kategorie, které budou do studie zahrnuty (11, 13 a 15 let). Dále došlo k pokračování koncepčního vývoje celé studie. Ta se snaží klást důraz na životní styl v kontextu sítě sociálních vztahů, na zkoumání globálních vlivů na zdravotní, behaviorální a sociální chování a na hrozby a problémy zdraví dospívajících.

Nesmírně důležitá je organizace průběhu celé studie, která je postavena na pravidelných osobních setkáváních všech členů mezinárodní skupiny. S rostoucím počtem zemí dochází k průběžným úpravám a reorganizacím. V roce 2009 se studie rozšířila již do 43 zemí světa z Evropy a Severní Ameriky. V každé členské zemi působí jeden národní tým vedený hlavním řešitelem. Hlavní řešitelé všech zemí tvoří shromáždění - rozhodovací orgán v rámci studie, jemuž předsedá mezinárodní koordinátor. Hlavním partnerem studie HBSC je WHO, která hraje důležitou roli při vedení studie, zajišťování podpory, zvyšování výzkumné kapacity a při rozšiřování členské základny. Pro výzkumné výstupy jsou vytvořeny závazné postupy, dbáno je na přísné řízení jakosti, důraz je kladen na kolaborativní výstupní procesy. Výstupy jsou silně mediálně podporovány WHO na národní i mezinárodní úrovni. Zjištění a výstupy jsou publikovány jak v recenzovaných časopisech, tak v politicky a strategicky zaměřených zprávách.

Síť HBSC v poslední době navázala spolupráci s dalšími významnými mezinárodními studii zaměřenými na mladé lidi. Studie HBSC byla centrálou WHO označena za modelovou studii v oblasti zdraví dětí a adolescentů. Organizace, jako jsou UNICEF nebo OECD projevily zájem o data HBSC a o jejich použití ve svých zprávách.

Česká republika se studie zúčastnila poprvé v roce 1994. Od té doby se průzkum opakuje každé 4 roky. Výzkum v roce 2014 proběhl na 243 školách, pro převod do

elektronické podoby bylo připraveno 14.508 dotazníků žáků 5., 7. a 9. tříd (Kalman et al., 2010; Kalman & Vašíčková, 2013; [www.hbsc.upol.org](http://www.hbsc.upol.org)).



## **2 Cíle a úkoly práce**

Hlavním cílem diplomové práce je ověřit použitelnost a validitu nově navrženého dotazníku disHBSC u skupiny žáků s tělesným postižením a navrhnout změny v jeho konstrukci a formulacích u vybraných otázek. Těchto návrhů na změny bude dosaženo metodou pozorování a dále pak statistickou analýzou, na základě výsledků a nesrovnalostí zjištěných při vyhodnocování vyplněných dotazníků pomocí programu IBM SPSS Statistics.

Díličními cíli jsou:

- 1) Analyzovat vybrané tematické oblasti týkající se pohybových aktivit.
- 2) Analyzovat vybrané tematické oblasti týkající se rodinné kultury.
- 3) Porovnat vybrané determinanty s populací dětí a mládeže bez zdravotního postižení.

### **2.1 Úkoly práce**

Z výše vytyčeného hlavního cíle a cílů dílčích pak vyplynuly následující úkoly práce:

- 1) Seznámit se s protokolem HBSC inovovaným pro potřeby žáků s tělesným postižením.
- 2) Oslovit a vybrat cílovou skupinu.
- 3) Sjednat termín výzkumného šetření.
- 4) Realizovat výzkumné šetření a provést sběr dat.
- 5) Získaná data převést do statisticky zpracovatelných hodnot a následně data analyzovat.
- 6) Navrhnout inovace protokolu disHBSC na základě průběhu a výsledku pilotního šetření.

### **2.2 Výzkumné otázky**

- 1) Jaký je stav jednotlivých determinant ovlivňujících zapojení žáků s tělesným postižením do pohybové aktivity?
- 2) Jaký je stav vybraných determinant týkajících se rodiny žáků s tělesným postižením?
- 3) Jaké jsou nutné úpravy protokolu disHBSC?

### **3 Metodika**

#### **3.1 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor je složen z 27 žáků s tělesným postižením, navštěvující druhý stupeň základní školy. Z toho je 17 chlapců a 10 dívek. 23 žáků je vzděláváno na škole primárně zřízené pro žáky s tělesným postižením, 4 žáci jsou integrováni v běžném vzdělávacím proudu. Celkem bylo 10 žáků uživateli mechanického vozíku, sedm z nich používá zároveň vozík elektrický. Tři žáci používají ke své mobilitě berlí jako podpůrného prostředku. Jeden žák uvedl, že používá protézu.

Co se týče bližšího určení typu postižení, nejčastěji se vyskytující diagnózou je dětská mozková obrna, která se ve výzkumném vzorku vyskytuje dvanáctkrát, jeden žák uvedl spinu bifidu, jeden myopatii, v jednom případě byla uvedena nedovyvinutá končetina. 11 probandů uvedlo, že se v jejich případě jedná o vrozené postižení, dalších 9 své postižení označilo za získané. Kromě této charakteristiky hlavního, tedy tělesného postižení, víme o výzkumném vzorku tato další fakta. Komunikačními problémy trpí 40,7% dotázaných žáků, u žádného z nich se však tyto problémy v čase nezhoršují. Specifické poruchy učení se objevují u 14,8% dotázaných, nejčastější je výskyt dysgrafie. Alergie se objevuje u 8 žáků, což činí 29,6%. Chronické dýchací obtíže uvádí 4 žáci. Přidružené zrakové postižení udává 9 žáků (33,3%), sluchové postižení se v určité míře vyskytuje u 3 žáků. K problematice a reliabilitě této selfdiagnostiky se podrobněji vyjádříme v diskusi.

#### **3.2 Postup práce**

Téma práce bylo vybráno na základě aktuálnosti a potřebnost ověřit právě vznikající dotazník disHBSC. Pro zajištění cílové skupiny byla oslovena Základní škola Ukrajinská v Ostravě, s níž Centrum aplikovaných pohybových aktivit (Centrum APA) dlouhodobě spolupracuje, obzvláště pak s učitelem TV Petrem Musálkem. Centrum APA je organizační jednotkou katedry aplikovaných pohybových aktivit na Fakultě tělesné kultury, jehož hlavním cílem je převádět teoretické poznatky do praktických činností. Základní škola udělila souhlas s provedením tohoto výzkumu, rodiče všech zapojených žáků vyplnili a podepsali informovaný souhlas. Petr Musálek byl hlavní osobou, která poskytovala součinnost při zajištění probandů a spolupráci se školou.

Vedoucí práce Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D. poskytl formulář dotazníku disHBSC, jenž byl v papírové podobě rozdán žákům druhého stupně s tělesným postižením na podzim

roku 2013. U vyplňování dotazníku byl osobně přítomen autor této práce a dohlížel na celý průběh sběru dat. Pro potřeby této pilotní studie bylo vybráno 23 žáků s tělesným postižením, kteří odpovídali věkovému rozhraní 11-15 let. Dotazník byl vyplňován v papírové podobě za přítomnosti několika pedagogických pracovníků, kteří vybraným žákům pomáhali s vyplněním dotazníku. Sběr dat proběhl ve dvou etapách. První proběhla v září roku 2013, druhá pak v říjnu téhož roku. Byly dodrženy zásady etiky ve výzkumu. Zákonní zástupci byli náležitě poučeni a svůj souhlas s výzkumem vyjádřili v informovaném souhlasu. Toto pilotní šetření bylo součástí projektu Revize dotazníku Health Behaviour in School Aged Children a jeho aplikace ve vztahu k vybraným skupinám žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, schváleného etickou komisí FTK UP v Olomouci pod číslem jednacím 6/2013. Takto bylo sebráno 23 dotazníků.

V průběhu roku 2014 došlo ke schůzkám s vedoucím práce, na kterých bylo plánováno konkrétní zaměření, cíle a úkoly vztahující se k práci. V lednu roku 2015 proběhl dodatečný sběr dat ve spolupráci se speciálně pedagogickými centry v Kroměříži a Novém Jičíně. Tímto způsobem byly dodatečně získány 4 dotazníky. Zde došlo k vyplňování bez přítomnosti autora, dotazníky byly vyplněny elektronicky a zaslány e-mailem. V jednom případě byla zvolena metoda písemného vyplnění, které bylo následně zasláno autorovi této práce.

Celkem bylo vyhodnocováno 27 protokolů. Takto vyplněné protokoly byly dále převedeny do statisticky zpracovatelné podoby a analyzovány programem IBM SPSS.

Současně byly v lednu roku 2015 zahájeny práce na teoretické části této práce. Od ledna 2015 tedy začaly intenzivní práce na vyhotovení této práce, jejichž součástí byly pravidelná setkání s vedoucím práce Mgr. Ondřejem Ješinou, Ph.D a také s doc. Martinem Kudláčkem, jenž pomáhal při práci s programem SPSS.

Výběr probandů byl tedy zcela záměrný, bylo potřeba získat žáky druhého stupně s jakýmkoliv druhem tělesného postižení. Strategie této diplomové práce je heuristická, neboť se touto problematikou nikdo dříve nezajímal.

### **3.3 Analýza dat**

V této fázi budou popsány veškeré techniky, které byly použity při zpracování a analýze dat.

Matematická analýza: Data byla zpracována do tabulek, byla jim přidělena numerická vyjádření. Při výzkumu bylo použito kvantitativního přístupu.

Statistická analýza: při analýze dat byla použita technika deskriptivní statistiky. Získané tabulky pak byly vyexportovány do aplikace Microsoft Excel, kde s nimi bylo dále nakládáno. Nutný byl například překlad z anglického jazyka do českého. Hojně jsou používána k vyjádření výsledků procenta a průměry.

Logická analýza: získaná data byla podrobena logické analýze při aplikaci znalosti problematiky.

### **3.4 Sběr dat**

Sběr dat probíhal na podzim roku 2013. Dotazníky byly vyplňovány za přítomnosti autora této diplomové práce. Vyplňovány byly ručně a to buď žáky samostatně, nebo za pomoci pedagogů. Možným důsledkům těchto faktů bude věnován dostatečný prostor v diskusi. Tímto způsobem bylo sebráno 23 dotazníků. Dodatečný sběr dat probíhal na počátku roku 2015, kdy bylo prostřednictvím speciálně pedagogických center osloveno několik žáků s tělesným postižením integrovaných v běžném vzdělávacím proudu. V tomto případě pak byly dotazníky vyplněny elektronicky. Takto byly získány 4 dotazníky.

Všechna sesbíraná data byla převedena do statisticky uchopitelné formy. Ke zpracování výzkumného souboru byl použit statistický program SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Použita byla především deskriptivní statistika (frekvenční).

### **3.5 Použité techniky**

K výzkumnému šetření byla použita metoda dotazovací a metoda pozorování. Pozorování bylo zaměřeno na problémy a nastalé situace při samotném sběru dat, dále pak na pozorování zřejmých alogismů či často zcela chybějících záznamů při zpracování odpovědí v dotazníku. Výzkumným nástrojem byl dotazník disHBSC, který je složen celkem z 50 otázek. Většina otázek dotazníku disHBSC vychází z původního HBSC dotazníku. Ten je tvořen třemi moduly: 1) mandatorní modul (mandatory), který má každá země za povinnost použít kvůli umožnění mezinárodního porovnání, 2) volitelný modul (optional) tvořený tematicky specifickými otázkami, ze kterých si každá země může vybrat, 3) otázky zaměřené na specifické problémy národního významu (national).

Z původního HBSC protokolu je přežato celkem 23 mandatory otázek. Jedná se o ty, které jsou v protokolu disHBSC označeny číslicemi 1 – 8. Dále jde o otázky 14, 16 – 21, 24 a 25, 28, 30, 31, 37, 38 a 39. Dalšíh 9 otázek je přežato z modulu optional. Jedná o otázky s čísly 11, 23, 26, 27, 32 – 35 a 40. Národní otázky byly podkladem pro 5 otázek vyskytujících se v disHBSC dotazníku pod čísly 29, 36, 41, 42, 44. Zbývajících třináct otázek bylo vytvořeno speciálně pro cílovou skupinu žáků s tělesným postižením. Záměrně byla zkrácena délka dotazníku oproti originálnímu HBSC dotazníku, aby jej žáci s tělesným postižením byli schopni vyplnit. Na přípravě této baterie položek probíhá intenzivní spolupráce s kanceláří WHO v Bratislavě, Univerzitou Palackého v Olomouci, Univerzitou Komenského v Bratislavě a několika národními týmy sítě HBSC (Francie, Polsko, Portugalsko, Finsko) v koordinaci s Lékařskou fakultou UPJS Košice v týmu pod vedením prof. Andreji Madarasové-Geckové. Za Českou republiku se na tvorbě otázek podílel Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D. Hlavním garantem HBSC týmu pro Českou republiku je Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci, kde působí i PI pro Českou republiku Dr. Michal Kalman.

Otázky zjišťují základní sociodemografické ukazatele. Dále jsou strukturované do menších celků, neboli tematických oblastí, které se zaměřují na specifické oblasti chování: ukazatelé zdraví, se zdravím související chování, násilí, škola, rodina, vrstevníci, volný čas. Všechny otázky jsou uzavřené a umožňují respondentům vybrat vždy jen jednu odpověď z nabízených možností. Výjimku tvoří otázka číslo 12 ve znění „Jak často ve svém volném čase provozuješ každou z níže uvedených skupin aktivit?“. U té je dána otevřená možnost ostatní, ve které mohou respondenti vepsat jakoukoliv aktivitu, není-li zmíněna v předchozí nabídce v rámci této otázky.

Otázka 11 zjišťující motivaci k pohybové aktivitě je obohacena o 3 nové podotázky a je přežata z volitelných otázek z tematického okruhu pohybové aktivity. Jsou k ní přidány navíc tři podotázky, které původně v této otázce nevyskytovaly. Podotázky jsou ve znění: dokázat si, že na to mám; protože se mi zvyšuje sebevědomí; protože si odpočinu od všedních starostí.

Otázka 15 je kombinací nově vzniklé otázky zjišťující užívání piva/vína, tvrdého alkoholu, cigaret a marihuany u patnáctiletých dětí. Pokračuje svou druhou částí, která již vychází z optional otázky, tematická oblast rizikového chování (risk

behaviors, RB) Ta se původně zaměřuje pouze na alkohol. Verze v disHBSC dotazníku se zároveň ptá na alkohol i kouření, přičemž toto není blíže specifikováno.

V protokolu disHBSC je jedna otázka věnována oblasti psychologie zjišťující například sebehodnocení dítěte, úroveň jeho sebevědomí či schopnost čelit stresu. Tyto otázky vypracovala a dodala externí agentura a za jejich užívání si nárokuje finanční honorář. Z toho důvodu o zařazení těchto otázek do budoucna neuvažujeme. Jedná se o otázku číslo 22 obsahující 12 podotázek.

Z národních otázek vychází otázka 23 ve znění „Myslíš si, že vypadáš pro své okolí atraktivně (jsi pěkný/á), máš pěkný vzhled?“ Tato otázka nebyla v rámci české HBSC ve sběru v roce 2010 použita, je ale podobná volitelné otázce, která zjišťuje „body image“. Nicméně, není zcela totožná, proto se dá předpokládat, že z ní vychází.

Otázka 26 zjišťuje, které situace žák zažil ve škole. Podobá se volitelné otázce z tematického okruhu násilí a zranění (violence and injuries, VIP), podobnou otázku má ve svém dotazníku slovenský tým. Oproti původnímu znění použitému v HBSC protokolu jsou položky pokryty jinými otázkami. Pravděpodobně se tedy jedná o kombinaci volitelné otázky se slovenskou národní otázkou. Obrovskou chybou je zde to, že chybí možnost odpovědi nikdy/vůbec. Následující otázka 27 „O této události jsem informoval...“ navazuje na otázku 26 a pravděpodobně tak bude vycházet z národních otázek, ve volitelných se totiž nenachází.

Otázka 39 „Jak často se díváš na televizi, hraješ hry na počítači nebo používáš internet?“ vychází původně z třech mandatory otázek (M15, M16, M17), které byly spojeny do jedné otázky, změněna byla formulace otázky. Možnosti odpovědi zůstaly beze změn.

HBSC studie (The Health Behaviour in School-aged Children) je mezinárodní výzkumná studie kolaborativního charakteru mapující zdravý a životní styl dětí ve věku 11-15 let. V České republice probíhá již od roku 1994 v pravidelných 4 letých intervalech. Poslední sběr dat proběhl v roce 2014. Studie vychází ze stanoviska WHO (Světové zdravotnické organizace), že chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání (Kalman, Sigmund, Hamřík, Beneš, Benešová, & Csémy, 2010). Dle Kalmana a Vašíčkové (2013) životní styl a chování ovlivňují zdraví, podílejí se na vzniku nemocí. Příčinný vztah mezi chováním a výskytem nemocí je dle autorů dostatečně prokázán, jako příklad uvádějí podíl nesprávné výživy, nedostatku pohybu, nadužívání

alkoholu a kouření na vznik onemocnění srdce a cév. V souvislosti s touto studií se objevily snahy o její rozšíření na cílové skupiny, které studie nepokrývá. Jedná se o skupiny dětí a mládeže se zdravotním postižením a znevýhodněním, které z různých důvodů byli z výzkumu často vylučováni.

V České i Slovenské republice v současné době probíhají pilotní testování disHBSC dotazníků na různých cílových skupinách. Na Slovensku se jedná o žáky s mentálním postižením, v České republice hovoříme o dětech a mládeži se zrakovým postižením, tělesným postižením a s onkologickým onemocněním (Vyhlídal, Ješina, & Holická, 2013).

## 4 Výsledky

V první části této kapitoly jsou na základě pozorování uvedeny návrhy nových formulací otázek, u kterých byly zjištěny nedostatky. Ve druhé části jsou prezentovány výsledky z tematických oblastí pohybové aktivity a rodinná kultura. Vybraná zjištění jsou znázorněna v tabulkách, do kterých jsou zaneseny především procentuální vyjádření, hodnoty jsou rozděleny pro chlapce a dívky. Vyjádření v tabulkách jsou doplněna slovním komentářem. Podobný způsob výkladu výsledků používá v poslední zprávě o zdraví a životním stylu dětí a školáků Kalman a Vašíčková (2013), ve snaze zachovat maximální míru podobnosti a shody s dotazníkem HBSC i v interpretaci nasbíraných dat byla zvolena tato forma i v diplomové práci.

### 4.1 Konstrukce otázek – návrhy na změny

Bavíme-li se o vhodnosti a srozumitelnosti otázek použitých v dotazníku disHBSC studie, není nutné rozebírat správnost či vhodnost u těch, které byly beze změn přejaty z povinných otázek (**mandatory**) původního dotazníku HBSC. Těchto otázek je celkem 23 a je zcela jisté, že neprodělaly žádné změny a je tedy možné je použít i pro mezinárodní srovnání s populací dětí a mládeže bez zdravotního postižení. Některé další pak byly přejaty z otázek volitelných (**optional**), těchto je celkem 9. U některých tematických skupin byly otázky přejaty v původním znění, jiné doznaly úprav, u některých došlo k propojení více původních otázek v jednu novou. Podrobnější rozbor bude následovat v dalším textu. V dotazníku disHBSC se objevují i otázky inspirované národními otázkami pro Českou republiku nebo Slovenskou republiku (**national**). Národních otázek se v dotazníku nachází celkem 5. Poslední skupinu tvoří otázky, které jsou vytvořeny zcela nově přímo pro potřeby dotazníku disHBSC. Tyto otázky jsou pracovníě označeny jako **extra** a v dotazníku se jich nachází 13.

Je dobré znát, že tým pracující na vytvoření dotazníku disHBSC vycházel z HBSC otázek používaných na sběr dat v letech 2009/2010. Pro další sběr dat, který probíhal v letech 2013/2014 došlo k úpravám otázek. Dotazník disHBSC tedy vycházel ze složení otázek mandatory/optional/national vztažených k roku 2010.

V následujících řádcích jsou uvedeny návrhy na úpravy formulací a znění zadání a odpovědí otázek, či jejich zkrácení, doplnění, které vycházejí ze zkušeností získaných při sběru dat a dále z jejich pozdějšího vyhodnocování.



*Otázka číslo 2 – Do které třídy chodíš? (mandatory)*

U otázky číslo dvě navrhuji lepší grafické rozmístění, neboť u žáků mohly díky nepřehlednému rozložení odpovědí vznikat chyby. K těm může docházet i při vyhodnocování, protože není vždy zcela zřejmé, které políčko patří ke které odpovědi.

**2. Do které třídy chodíš?**

5.třída  6.třída  7.třída  8.třída  9.třída

*Otázka číslo 8 - V kolika dnech z uplynulých 7 dnů ses věnoval pohybové aktivitě alespoň 1 hodinu za celý den? (mandatory)*

Časté dotazy jsem zaregistroval u otázky číslo 8. Přestože se jedná o otázku, která je přejata z původního dotazníku, žáci se v šesti případech ptali, jak je otázka myšlena, nechápali, na co jsou tázáni. Navzdory tomu, že u populace žáků bez zdravotního postižení k těmto situacím zřejmě nedochází, je třeba mít na paměti, že u žáků s tělesným postižením může být přidruжено lehké mentální postižení, které může zabraňovat porozumění zdánlivě jednoduché otázce. Návrh: Kolik dní z posledních sedmi jsi vykonával pohybovou aktivitu trvající celkem alespoň jednu hodinu denně?

*Otázka číslo 10 – Kde ses této rehabilitaci věnoval? (extra)*

U otázky zjišťující kde se žák věnuje rehabilitaci, chybí upřesnění, zda je možné zvolit více variant odpovědi nebo pouze jednu.

*Otázka číslo 12 - Jak často ve svém volném čase provozuješ každou z níže uvedených skupin aktivit? (extra)*

Třikrát se objevily doplňující dotazy na otázku číslo 12., která je vytvořena zcela nově. Zde si žáci nevěděli s možností „jiné kroužky nebo záliby“. V dotazníku se pracuje pouze s uzavřenými otázkami. Zde se poprvé objevuje možnost otevřené otázky, u které žáci nevěděli přesně, na co jsou tázáni. Vzhledem k tomu, že se však jednalo pouze o tři z celkových 27 dotázaných, můžeme mluvit o zanedbatelném číslu a úpravy nebudeme navrhopvat. V otázce číslo 12 zcela jistě omezit počet nabízených aktivit, neboť většina

z nich má vysoké procento odpovědí „nevěnuji se této činnosti“. Navrhuji také zvážit vyřazení otevřených otázek. Při tak velkém počtu nabízených možností již ztrácí smysl nabízet doplňující odpovědi. Zároveň při větším vzorku probandů by vyhodnocování bylo velmi náročné. Na druhou stranu navrhuji mezi ostatní činnosti zařadit položku zjišťující čas strávený sledováním TV. Dalším doporučením je pak zopakování zadání otázky na nové stránce pro usnadnění orientace probandů.

*Otázka číslo 15 - Vzpomeň si na situace, když jsi pil/a pivo, víno, tvrdý alkohol nebo kouřil/a cigarety či marihuanu v průběhu posledních 12 měsíců. (extra/optional)*

Časté nejasnosti byly zaznamenány u otázky číslo 15. Tato otázka je kombinací nově vzniklé otázky zjišťující užívání piva/vína, tvrdého alkoholu, cigaret a marihuany u patnáctiletých dětí. Pokračuje svou druhou částí, která již vychází z optional otázky, tematická oblast rizikového chování (risk behaviors, RB) Ta se původně zaměřuje pouze na alkohol. Verze v disHBSC dotazníku se zároveň ptá na alkohol i kouření, přičemž toto není blíže specifikováno.

Takovéto zkombinování více otázek do jedné se nejeví jako šťastné. Měkký alkohol, tvrdý alkohol, cigarety a drogy jsou postaveny prakticky na stejnou úroveň. Formulace „Vzpomeň si na situace“ je těžko uchopitelná do odpovědi, ve které se nenachází žádný časový údaj. Vhodné by bylo tyto časové údaje, byť orientační uvést. Například jednou za poslední rok, každý měsíc za poslední rok, jednou týdně a podobně. Pro žáky bude snadnější se v zadání i odpovědích orientovat, pro zpracovatele bude snazší odpovědi vyhodnotit. Zároveň zcela chybí možnost odpovědi „nikdy/vůbec“. Automaticky se tak předpokládá, že patnáctiletý žák uvedené látky konzumoval, což je chybný předpoklad.

Druhá část otázky zjišťuje motivaci k pití alkoholu nebo ke kouření. Spojení alkoholu a kouření do jedné otázky opět není vhodné. Konzumace alkoholu nemusí automaticky znamenat i kouření. Pokud žák konzumoval alkohol, ale nekouřil, nebo naopak kouřil, ale nekonzumoval alkohol, je pro něj složité na otázku korektně odpovědět. Původně tato otázka vychází z tematické oblasti „risk behavior“ zaměřující se pouze na konzumaci alkoholu. Doporučoval bych tedy držet se původního znění a v případě zaměření na kouření tabáku nebo marihuany zařadit další otázku na tuto problematiku zaměřenou.

Otázku číslo 15 bude vhodné rozdělit do dvou otázek. První bude zjišťovat četnost pití alkoholu, kouření a dalšího rizikového chování za určený časový úsek. Druhá otázka pak bude zjišťovat motivy vedoucí k tomuto chování.

Zde je náhled zadání otázky z dotazníku disHBSC.

**15.** *Tuto otázku vyplňuj pouze v případě, že Ti je 15 let! Pokud Ti je méně, pak tuto otázku přeskoč.*

**Vzpomeň si na situace, když jsi pil/a pivo, víno, tvrdý alkohol nebo kouřil/a cigarety či marihuanu v průběhu posledních 12 měsíců.**

Pivo nebo víno     Tvrdý alkohol     Cigarety     Marihuanu

**Uved', prosím, jak často si pil/a nebo kouřil/a z následujících důvodů:**

Přesto, že je v zadání poměrně jasně uvedeno, že pokud je žák mladší 15 let, má tuto otázku přeskočit, objevovaly se dotazy, zda mají vyplňovat, pokud jim není 15 let. Problémy způsobovala také další konstrukce otázky, kdy žáci po vyplnění první dílčí odpovědi nevěděli, zda a jak mají postupovat dále, v případě že alkohol, cigarety ani drogy v posledních 12 měsících neužívali. Zaznamenána byla velice konstruktivní připomínka jedné žákyně a to sice, že v první části odpovědi není možnost „nic z toho“. Žák, který je patnáctiletý a za posledních 12 měsíců nepil pivo, víno ani tvrdý alkohol, nekouřil cigarety ani marihuanu, pak nemůže zvolit žádnou odpověď. Zde navrhuji zjednodušení konstruktu celé otázky. V první části dát u každé položky (pivo, víno, tvrdý alkohol, cigarety, marihuana) možnost ANO x NE. Poté dát jasnou instrukci: „Pokud jsi vyplnil alespoň jednu odpověď ano, pokračuj prosím dál. Pokud jsi vyplnil pokaždé odpověď NE, pokračuj otázkou číslo 16.“

*Otázka číslo 20 - Posud', kde cítíš, že stojíš na tomto žebříku ty v tuto chvíli?  
(mandatory)*

U otázky číslo 20, která pochází z původního dotazníku, byly zaznamenány dva dotazy, kdy žáci nerozuměli zadání. Vzhledem k nízkému počtu dotazů zde žádné opatření nenavrhujeme.

*Otázka číslo 26 - Označ křížkem, kterou/á z následujících situací ve škole...  
(optional/national)*

U otázky 26 navrhuje i po připomínce žáka přidat možnost nestalo se, neboť otázka svým způsobem předjímá, že k dané situaci muselo dojít a nedává možnost odpovědi, že žák do takovéto situace vůbec nevstoupil.

Za zcela relevantní považujeme připomínku žákyně, u které je diagnostikováno přidružené zrakové postižení. Vysvětlivky jsou uváděny malým písmem, které je obtížně čitelné. Myslíme si, že zvětšení písma vysvětlivek můžu napomocť v podobných případech, naopak žákům bez zrakového postižení určitě neublíží.

*Otázka číslo 31 - Jak snadné je pro Tebe hovořit s uvedenými osobami o věcech, které Tě opravdu trápí? (mandatory)*

U této otázky se vyskytl vysoký počet nezodpovězených odpovědí, případně odpovědi nelogických, kdy neodpovídaly počty odpovědí týkající se vlastní matky nebo otce s počty odpovědí zaměřených na partnerku otce nebo partnera matky. Žáci často zmateně odpověděli jen na otázku týkající se některých z těchto 4 osob, u dalších nezvolili žádnou možnost, není tak vůbec zřejmé, zda odpovědi vynechávali záměrně, nebo si s pojmy nevěděli rady.

*Otázka číslo 39 - Jak často se díváš na televizi, hraješ hry na počítači nebo používáš internet (facebook, emaily, ...)? (upravená mandatory)*

V této otázce došlo oproti původnímu znění a zadání nekoresponduje s možnostmi odpovědí. Na otázku „jak často se díváš...“ není možné odpovídat navrženými formulacemi „asi půl hodiny denně“ „asi dvě hodiny denně“ a podobně. Odpovědi jsou použity z originálního znění, zadání otázky je změněno. V originálním znění zní otázka „Asi tak kolik hodin denně“. Zde navrhuji návrat k původnímu znění v plné míře.

*Otázky číslo 45-50 (extra)*

Za velmi problematické a ne zcela optimálně formulované považujeme otázky 45 až 50, které zjišťují skutečnou diagnózu a postižení dítěte. Ukázalo se, že žáci nejsou schopni dostatečně kvalifikovaně odpovídat na otázky týkající se jejich vlastní diagnózy. Například žák vyplnil, že má dětskou mozkovou obrnu, nicméně označil pak své postižení za získané. Nelogických odpovědí bylo více. Důvod může spočívat v tom, že dotazník byl pro žáky dlouhý a ke konci již nastoupila únava, která se podepsala na chybách. Jako

pravděpodobnější se ale jeví to, že žáci sami přesně svou diagnózu neznají, stejně tak některé pojmy pro ně mohly být zcela cizí, proto je raději ani nevyplňovali. Zde navrhuje opět rozčlenění obsáhlých otázek do menších celků spolu úžeji souvisejících. Možnosti odpovědí opět ideálně formou ANO x NE u každé odpovědi. Docílíme tak eliminace prázdných odpovědí, u kterých se můžeme pouze domnívat, zda je žák nevyplnil z důvodu neznalosti, únavy nebo z důvodů jiných.

Celou oblast mapující diagnózu žáků navrhuje podložit faktickou lékařskou zprávou, se kterou pak budou výsledky z dotazníků porovnány. V úvahu také vstupuje možnost, že by tuto část za žáka vyplňoval učitel.

Učitelé a asistenti pedagoga zde při vyplňování sehráli významnou roli a obáváme se, že toto lze jen velmi těžce eliminovat. Je jasné, že žák na vozíku, který není schopen vlastní rukou dotazník vyplnit, k práci potřebuje asistenci. Učitelky byly jasně instruovány, že žáka nemají nikam navádět a otázky pouze předčítat, odpovědi nechat na samotných žácích. Nebyl v silách autora této práce, který u vyplňování dotazníku osobně byl přítomen, uhlídat, zda učitelky, byť v dobré víře, jistým způsobem žáky neovlivňovaly. I kdybychom tuto možnost zcela vyloučili, nemůžeme už ale vyloučit fakt, že odpovědi dítěte budou z velké pravděpodobnosti díky přítomnosti pedagoga zkresleny. Často se jedná o soukromé a intimní informace, které dítě může záměrně před svým pedagogem tajit či idealizovat.

Dalším faktorem je pak délka vyplňování dotazníků. Zatímco z vyplňování dotazníku v běžných školách víme, že stačí jedna vyučovací hodina, tedy 45 minut, u vzorku žáků s tělesným postižením jsme se setkali s vysokou variabilitou časové náročnosti. Nejrychlejší žák zvládl mít dotazník vyplněn za necelou půlhodinu, jiným žákům vyplnění stejného dotazníku zabralo téměř 100 minut, což je doba přesahující dvě vyučující hodiny v kuse.

## **4.2 Tematická oblast pohybové aktivity**

### **Pohybová aktivita v posledních 7 dnech**

Celkem 14,8% dotazovaných žáků provozuje pohybovou aktivitu v nějaké míře každý den v týdnu. Stejný počet žáků se pohybové aktivitě nevěnuje vůbec. V rozmezí 1-3 dní pohybové aktivity týdně se pak celkem se nachází 41,8% žáků s tělesným postižením, u chlapců to činí 58,8%, u dívek 40%. Žádný den v týdnu neprovozuje pohybovou aktivitu 17,6% chlapců a 10% dívek.

Počet dní	Procentuální vyjádření		
	Chlapci	Dívky	Celkem
0	17,6	10,0	14,8
1	11,8	10,0	11,1
2	23,5	20,0	22,2
3	23,5	10,0	18,5
4	5,9	20,0	11,1
5	-	10,0	3,7
6	-	10,0	3,7
7	17,6	10,0	14,8

Tabulka č. 1 – V kolika dnech z uplynulých 7 dnů ses věnoval pohybové aktivitě alespoň 1 hodinu za celý den?

#### Rehabilitace v posledních 7 dnech

Rehabilitujících jednou nebo dvakrát týdně je celkem 44,4 % dotazovaných žáků. 37% žáků rehabilituje 3 a vícekrát týdně. Celkem 18,5% žáků s tělesným postižením pak uvádí, že nerehabilitují ani jednou týdně. Ze všech dotázaných dívek nerehabilituje vůbec 40% z nich.

Počet dní	Procentuální vyjádření		
	Chlapci	Dívky	Celkem
0	5,9	40,0	18,5
1	29,4	20,0	25,9
2	23,5	10,0	18,5
3	11,8	-	7,4
4	11,8	10,0	11,1
5	5,9	-	3,7
6	-	10,0	3,7
7	11,8	10,0	11,1

Tabulka č. 2 – V kolika dnech z uplynulých 7 dnů ses věnoval rehabilitaci alespoň 30 minut za celý den?

### Místo rehabilitace

Na otázku „Kde ses této rehabilitaci věnoval?“ je jednoznačně nejčastější odpovědí odpověď ve škole. Ve školském zařízení rehabilituje 40,7 % všech dotázaných žáků. Doma s rodiči pak rehabilituje 22,2% dětí a u fyzioterapeuta mimo školské zařízení 18,5 %. Rehabilitaci se vůbec nevěnuje 14,8% dotázaných žáků. Chlapci nejvíce rehabilitují ve školském zařízení, je to celkem 47,1% dotázaných chlapců, u dívek se jedná o 30%. Téměř čtvrtina chlapců rehabilituje doma s rodičem.

	Procentuální vyjádření		
	Chlapci	Dívky	Celkem
<b>Nevěnoval</b>	5,9	30,0	14,8
<b>Ve škole</b>	47,1	30,0	40,7
<b>U fyzioterapeuta mimo školu</b>	17,6	20,0	18,5
<b>Doma s rodičem</b>	23,5	-	22,2
<b>Doma s rehabilitačním pracovníkem</b>	5,9	20,0	3,7

Tabulka č. 3 – Kde ses této rehabilitaci věnoval?

### Motivace k pohybové aktivitě

V souboru příkladů zjišťujících důvod žáků pro pohybovou aktivitu ve volném čase žáci odpovídali na škále velmi důležité – důležité – nedůležité. Jako důvod ke zlepšení svého zdraví uvedlo pohybovou aktivitu 100% dotázaných žáků. Pro 70,4 % je pohybová aktivita jako předpoklad pro zlepšení zdraví velmi důležitá, pro zbylých 29,6 % je pak důležitá. Celkem 88,9% dotázaných žáků uvedlo, že provozuje pohybovou aktivitu, protože si při ní odpočine od všedních starostí.

	Procentuální vyjádření		
	Chlapci	Dívky	Celkem
<b>Velmi důležité</b>	64,7	80	70,4
<b>Důležité</b>	35,3	20	29,6

Tabulka č. 4 – Zlepšit si svoje zdraví

	<b>Četnost</b>	<b>Procentuální vyjádření</b>
<b>Velmi důležité</b>	8	29,6
<b>Důležité</b>	16	59,3
<b>Nedůležité</b>	3	11,1

Tabulka č. 5 – Protože si odpočinu od všedních starostí

Podstatným faktorem motivujícím k pohybové aktivitě žáky s tělesným postižením je i sociální složka, tedy získávání nových přátelství. Téměř 90% dotázaných považuje sociální rozměr pohybových aktivit za důležitý nebo velmi důležitý.

	<b>Četnost</b>	<b>Procentuální vyjádření</b>
<b>Velmi důležité</b>	12	44,4
<b>Důležité</b>	12	44,4
<b>Nedůležité</b>	3	11,1

Tabulka č. 6 – Seznámit se s novými kamarády/kamarádkami

Dle odpovědí je nutné také považovat za relevantní vliv rodiny na pohybovou aktivitu. Necelých 45% žáků uvedlo jako velmi důležitý důvod k vykonávání pohybové aktivity snahu potěšit své rodiče. Dalších 37% jej označilo za důležitý. Z odpovědí tedy vyplývá, že 82% dotazovaných žáků s tělesným postižením vykonává pohybovou aktivitu, aby potěšilo své rodiče. Z odpovědí dále vyplývá, že tato motivace je silnější u dívek, které ji jako velmi důležitou uvádějí ze 60%, zatímco chlapci ze 35,3%.

	<b>Procentuální vyjádření</b>		
	<b>Chlapci</b>	<b>Dívky</b>	<b>Celkem</b>
<b>Velmi důležité</b>	35,3	60	44,4
<b>Důležité</b>	47,1	40	37,0
<b>Nedůležité</b>	17,6	-	14,8

Tabulka č. 7 – Potěšit moje rodiče



Důvod dokázat si, že na to mám je podstatný pro 74% dotázaných, pro 26% je nedůležité. Tento aspekt je mnohem podstatnější pro dívky, které jako velmi důležité uvádějí v 70% odpovědí, jako důležité pak v dalších 20%. Sebevědomí si dle odpovědí pohybovou aktivitou zvyšuje 67% žáků, pro zbylých 33% je tento faktor pro vykonávání pohybové aktivity nepodstatný.

<b>Procentuální vyjádření</b>			
	<b>Chlapci</b>	<b>Dívky</b>	<b>Celkem</b>
<b>Velmi důležité</b>	23,5	70	40,7
<b>Důležité</b>	41,2	20	33,3
<b>Nedůležité</b>	35,3	10	25,9

Tabulka č. 8 – Dokázat si, že na to mám

<b>Procentuální vyjádření</b>			
	<b>Chlapci</b>	<b>Dívky</b>	<b>Celkem</b>
<b>Velmi důležité</b>	23,5	60	37,0
<b>Důležité</b>	41,2	10	29,6
<b>Nedůležité</b>	35,3	30	33,3

Tabulka č. 9 – Protože se mi zvyšuje sebevědomí

### **Místo provozování (výkonu) pohybové aktivity**

Z uvedených odpovědí vyplývá, že pouze ve škole vykonává pohybovou aktivitu 77,8 % dotázaných. Zároveň 14,8% žáků uvádí, že ve škole se pohybových aktivit neúčastní, do tělocviku nechodí ze zdravotních důvodů.

	<b>Četnost</b>	<b>Procentuální vyjádření</b>
<b>Ne</b>	5	18,5
<b>Ano</b>	21	77,8

Tabulka č. 10 – Pouze ve škole při tělocviku

	<b>Četnost</b>	<b>Procentuální vyjádření</b>
<b>0</b>	1	3,7
<b>Ne</b>	22	81,5
<b>Ano</b>	4	14,8

Tabulka č. 11 – Ve škole se neúčastním, do tělocviku nechodím ze zdravotních důvodů

Ve sportovním kroužku při škole se do pohybových aktivit zapojuje 18,5% dotázaných. Do sportovních kroužků mimo školu pak 11,1%.

	<b>Četnost</b>	<b>Procentuální vyjádření</b>
<b>Ne</b>	21	77,8
<b>Ano</b>	5	18,5

Tabulka č. 12 – Ve sportovním kroužku při škole

	<b>Četnost</b>	<b>Procentuální vyjádření</b>
<b>Ne</b>	23	85,2
<b>Ano</b>	3	11,1

Tabulka č. 13 – Ve sportovním kroužku mimo školu

Pohybovou aktivitu vykonává mimo školu se svou rodinou celkem 55,6% dotázaných. Odpověď ne pak zvolilo 40,7 % žáků. Pohybovou aktivitu mimo školu s rodinou vykonává vyšší procento dívek než chlapců.

	<b>Procentuální vyjádření</b>		
	<b>Chlapci</b>	<b>Dívky</b>	<b>Celkem</b>
<b>Ne</b>	52,9	20	40,7
<b>Ano</b>	47,1	70	55,6

Tabulka č. 14 – Mimo školu s rodinou

## Konkrétní pohybové a další aktivity provozované ve volném čase a jejich četnost

Nejčastější provozovanou aktivitou ve volném čase dotazovaných žáků je hraní počítačových her. Dvakrát a vícekrát týdně jimi tráví čas 63% žáků. Hudbu, zpěv, hraní na hudební nástroj provozuje dvakrát a vícekrát týdně 40,7% dotázaných. Nejčtenější odpovědí je v této oblasti otázek odpověď: nevěnuji se této činnosti. Z celkem devatenácti uvedených skupin pohybových aktivit byla tato odpověď nejčastější u osmnácti skupin aktivit. Nejvyšší dosaženou četností bylo 88,9% odpovědí nevěnuji se této činnosti u úpolových sportů a sebeobrany. 85,2% dotázaných uvedlo, že se nevěnují skupině pohybových aktivit baseball, softball, kriket. Třetí nejčastěji neprovozovanou skupinou aktivit je gymnastika, aerobik, zumba a jiná skupinová cvičení, kde tuto odpověď zvolilo 81,5% probandů.

U skupiny aktivit plavání, cvičení a hry v přírodě nebyla jako u jediné z nabízených pohybových aktivit zvolena nejčastější odpověď „nevěnuji se této činnosti“. Nejčastější odpovědí byla možnost jednou týdně, kterou zvolilo 25,9% dotázaných. Odpovědi nepravidelně, dvakrát až třikrát měsíčně a dvakrát týdně a více zvolilo shodně 18,5% žáků. Celkem se tedy skupině pohybových aktivit plavání, cvičení a hry ve vodě věnuje nepravidelně až několikrát týdně 81,4% dotazovaných žáků s tělesným postižením. Jednou týdně a častěji plave 50% všech dotázaných dívek, u chlapců je to 41,1%.

Procentuální vyjádření			
	Chlapci	Dívky	Celkem
<b>Nevěnuji se této činnosti</b>	23,5	-	14,8
<b>Věnuji se nepravidelně (1 – 2krát ročně)</b>	23,5	10	18,5
<b>Věnuji se 2-3krát měsíčně</b>	11,8	30	18,5
<b>Jednou týdně</b>	23,5	30	25,9
<b>Dvakrát týdně a častěji</b>	17,6	20	18,5

Tabulka č. 15 – Plavání, cvičení a hry ve vodě.

U dalších aktivit, kterých je v dotazníku celkem 12 došlo k mírné změně trendu, který byl pozorován u pohybových aktivit. U sedmi z nich byla nejčtenější odpověď: nevěnuji se této činnosti. Jednalo se například o oblast šachy, karetní hry, stolní a deskové hry, oblast výtvarných činností, péče o zvířata, návštěv sportovních utkání nebo domácích prací. Nejčastěji provozovanou činností jsou dle odpovědí žáků počítačové hry, X-box a on-line hry,

kterým se dvakrát a vícekrát týdně věnuje 63% všech dotázaných. Výrazně častěji se těmito činnostem věnují chlapci, kteří odpověď dvakrát týdně a častěji zvolili v 70,6%, u dívek se jedná o celkem 50%. Nepravidelně se počítačovým hrám věnuje 40% dívek. Často provozovanou aktivitou je také hudba, zpět a hraní na hudební nástroj. Dvakrát a vícekrát týdně se jimi zabývá 40,7% dotázaných.

<b>Procentuální vyjádření</b>			
	<b>Chlapci</b>	<b>Dívky</b>	<b>Celkem</b>
<b>Nevěnuji se této činnosti</b>	11,8	-	7,4
<b>Věnuji se nepravidelně (1 – 2krát ročně)</b>	5,9	40	18,5
<b>Věnuji se 2-3krát měsíčně</b>	5,9	10	7,4
<b>Jednou týdně</b>	5,9	-	3,7
<b>Dvakrát týdně a častěji</b>	70,6	50	63,0

Tabulka č. 16 - Počítačové hry, X-box a on-line hry

	<b>Četnost</b>	<b>Procentuální vyjádření</b>
<b>Nevěnuji se této činnosti</b>	9	33,3
<b>Věnuji se nepravidelně (1 – 2krát ročně)</b>	3	11,1
<b>Věnuji se 2-3krát měsíčně</b>	4	14,8
<b>Jednou týdně</b>	11	40,7

Tabulka č. 17 - Hudba, zpět a hraní na hudební nástroj

### **4.3 Tematická oblast rodinná kultura**

#### **Vlastní a nevlastní rodiče**

Téměř polovina dotázaných žáků s tělesným postižením uvedla, že žije v úplné rodině s oběma vlastními rodiči. Třetina žije v rodinách, kde jeden z rodičů není vlastní a 22,2% žije pouze s jedním rodičem. Více chlapců žije v rodinách úplných s jedním nevlastním rodičem (chlapci 41,2%, dívky 20%). Naopak více dívek pak žije v rodinách neúplných v porovnání s chlapci.

Procentuální vyjádření			
	Chlapci	Dívky	Celkem
Úplná vlastní (oba rodiče jsou vlastní)	41,2	50	44,4
Úplná, ale jeden z rodičů není vlastní	41,2	20	33,3
Neúplná (žijí jen s jedním rodičem)	17,6	30	22,2

Tabulka č. 18 – Rodina, ve které žiješ, je...

### Komunikace s vlastními a nevlastními rodiči

Z odpovědí žáků vyplývá, že nejnadhěji hovoří o věcech, které je opravdu trápí s vlastní matkou. 55,6% uvedlo jako odpověď, že komunikace o těchto věcech s vlastní matkou je pro ně velmi snadná. Dalších 29,6% pak komunikaci s vlastní matkou považují za snadnou. U otce označilo možnost velmi snadná 33,3%, snadná 22,2% všech dotázaných žáků.

Za snadné nebo velmi snadné hovořit o problémech s nevlastní matkou považuje 29,6% dotázaných. 44,4% uvedlo, že nevlastní matku nemá nebo nevidá. Dalších 22,2% na tuto otázku neodpovědělo vůbec. Za snadné nebo velmi snadné hovořit o problémech s nevlastním otcem pak považuje celkem 30,7% dotázaných, 40,7% uvedlo, že nevlastního otce nemá nebo nevidá, dalších 14,8% na tuto otázku neodpovědělo vůbec.

S vlastní matkou považuje za velmi snadné či snadné hovořit o problémech 80% dívek a 88,2% chlapců. U nevlastního otce možnost velmi snadné nebo snadné označilo 52,9% chlapců a 20% dívek.

	Procentuální vyjádření		
	Chlapci	Dívky	Celkem
<b>Neodpovědělo</b>	11,8	-	7,4
<b>Velmi snadné</b>	58,8	50	55,6
<b>Snadné</b>	29,4	30	29,6
<b>Těžké</b>	-	10	3,7
<b>Velmi těžké</b>	-	10	3,7
<b>Nemám nebo nevidám</b>	-	-	-

Tabulka č. 19 – Jak snadné je pro Tebe hovořit s vlastní matkou o věcech, které Tě opravdu trápí?

	Procentuální vyjádření		
	Chlapci	Dívky	Celkem
<b>Neodpovědělo</b>	17,6	10	14,8
<b>Velmi snadné</b>	35,3	20	29,6
<b>Snadné</b>	17,6	-	11,1
<b>Těžké</b>		10	3,7
<b>Velmi těžké</b>	-	-	-
<b>Nemám nebo nevidám</b>	29,4	60	40,7

Tabulka č. 20 - Jak snadné je s pro Tebe hovořit s nevlastním otcem o věcech, které Tě opravdu trápí?

### Práce otce a matky

Z odpovědí vyplývá, že mezi zaměstnaností matek a otců žáků s tělesným postižením je signifikantní rozdíl. Zatímco 81,5% žáků uvedlo, že jejich otec má práci, na stejnou otázku týkající se matek jich odpovědělo kladně 44,4%, dalších 51,9% uvedlo, že jejich matka práci nemá.

	<b>Četnost</b>	<b>Procentuální vyjádření</b>
<b>Ano</b>	22	81,5
<b>Ne</b>	4	14,8
<b>Nevím, protože se s ním nestýkám</b>	1	3,7

Tabulka č. 21 – Má Tvůj otec práci?

	<b>Četnost</b>	<b>Procentuální vyjádření</b>
<b>Neodpovědělo</b>	1	3,7
<b>Ano</b>	12	44,4
<b>Ne</b>	14	51,9

Tabulka č. 20 – Má Tvá matka práci?

### **Přehled matky a otce o aktivitách svého dítěte**

Z odpovědí dotazovaných žáků je zřejmé, že rodiče mají přehled o jejich činnostech. Můžeme to demonstrovat na příkladu, nakolik ví matka nebo otec o tom, co dělá jejich dítě ve svém volném čase. Odpověď „ví hodně“ zvolilo v případě matky 74,1% žáků, v případě otců 55,6%. Můžeme říci, že odpovědi u ostatních otázek jsou podobné. Větší přehled o aktivitách dítěte má matka, ani podíl otce však není nevýznamný. Při rozdělení odpovědí chlapců a dívek zjišťujeme, že matky ví o tom, co dělají ve svém volném čase chlapci v 70,6% případů a co dělají dívky v 70%. Že neví nic, uvedlo 11,8% chlapců, z dívek tuto možnost nezvolila žádná. Co se týče přehledu otce, 50% dívek a 58,8% chlapců uvádí, že ví hodně o jejich aktivitách ve volném čase. 30% dívek uvedlo, že ví málo, stejně odpovědělo 11,8% chlapců.

<b>Procentuální vyjádření</b>			
	<b>Chlapci</b>	<b>Dívky</b>	<b>Celkem</b>
<b>Neodpovědělo</b>			3,7
<b>Ví hodně</b>	70,6	70	70,4
<b>Ví málo</b>	11,8	20	14,8
<b>Neví nic</b>	11,8	-	7,4
<b>Nemám nebo se s ní nevidám</b>	5,9	-	3,7

Tabulka č. 23 – Nakolik ví Tvoje matka ve skutečnosti o tom, co děláš ve svém volném čase?

<b>Procentuální vyjádření</b>			
	<b>Chlapci</b>	<b>Dívky</b>	<b>Celkem</b>
<b>Neodpovědělo</b>			3,7
<b>Ví hodně</b>	58,8	50	55,6
<b>Ví málo</b>	17,6	30	22,2
<b>Neví nic</b>	5,9	-	3,7
<b>Nemám nebo se s ní nevidám</b>	10	10	14,8

Tabulka č. 24 – Nakolik ví Tvůj otec ve skutečnosti o tom, co děláš ve svém volném čase?

V dalších otázkách bylo zjišťováno, jak žáci hodnotí chování svých rodičů vůči vlastní osobě. Z odpovědí vyplývá, že dotazovaní cítí, že je jejich rodiče mají rádi (matky 96,3%, otcové 88,9%), nechávají je činit vlastní rozhodnutí (matky 96,3%, otcové 81,5%) a povzbudí je, když jsou rozrušení (matky 96,3%, otcové 77,8%). Chlapci vnímají silněji podporu otce i matky, když jsou rozrušení, než dívky.

<b>Procentuální vyjádření</b>			
	<b>Chlapci</b>	<b>Dívky</b>	<b>Celkem</b>
<b>Neodpovědělo</b>			3,7
<b>Téměř vždy</b>	100	80	92,6
<b>Někdy</b>	-	10	3,7

Tabulka č. 25 – Moje matka mě má ráda



<b>Procentuální vyjádření</b>			
	<b>Chlapci</b>	<b>Dívky</b>	<b>Celkem</b>
<b>Neodpovědělo</b>			3,7
<b>Téměř vždy</b>	70,6	50	63,0
<b>Někdy</b>	17,6	10	14,8
<b>Nikdy</b>	5,9	10	7,4
<b>Nemám nebo nevidívám svého otce</b>	5,9	20	11,1

Tabulka č. 26 – Můj otec mě povzbudí, když jsem rozrušený

### **Pravidla v rodině**

Rodiče svým dětem kontrolují z 51,8% určují, jak dlouho si mohou hrát na počítači. Stejnou činnost naopak nekontroluje 33,3% rodičů. Čas strávený na internetu shodně vždy i nikdy určuje 33,3% rodičů dotazovaných dětí. Co na počítači dítě dělá, kontroluje vždy 33,3% rodičů. Celkem 59,3% rodičů nikdy nedovolí svým dětem sledovat na internetu všechno, bez ohledu na to, zda je to pro ně vhodné. Dle výpovědí určují rodiče, jak dlouho si mohou hrát na počítači chlapcům vždy ve 35,3% případů, dívkám ve 20% případů.

	<b>Četnost</b>	<b>Procentuální vyjádření</b>		
		<b>Chlapci</b>	<b>Dívky</b>	<b>Celkem</b>
<b>Vždy</b>	8	35,3	20	29,6
<b>Většinou</b>	6	17,6	30	22,2
<b>Čas od času</b>	2	5,9	10	7,4
<b>Někdy</b>	2	5,9	10	7,4

Tabulka č. 27 – Moji rodiče mi určují, jak dlouho si můžu hrát na počítači

### **Činnosti, které jsou rodiny zvyklé dělat spolu**

Z odpovědí probandů vyplývá, že celkem 33,3% rodin společně sportuje alespoň jedenkrát týdně (7,4% každý den, 18,5% skoro každý den, asi jednou týdně pak 14,8%). Stejně množství dotazovaných (33,3%) uvedlo, že se svou rodinou nesportují nikdy.

	<b>Četnost</b>	<b>Procentuální vyjádření</b>
<b>0</b>	1	3,7
<b>Každý den</b>	2	7,4
<b>Skoro každý den</b>	3	11,1
<b>Asi jednou týdně</b>	4	14,8
<b>Méně často</b>	8	29,6
<b>Nikdy</b>	9	33,3

Tabulka č. 28 – Jak často sportuješ společně se svou rodinou?

Společným sezením a povídáním si o různých věcech tráví každodenně čas 51,9% rodin žáků. Jednou týdně chodí na společnou procházku jedna třetina rodin. Čas hraním společenských her tráví každodenně 14,8%, méně často než jednou týdně pak 44,4% dotázaných. Na televizi se společně každý den dívá 37% rodin dotázaných žáků. Téměř každý den je tomu ve 14,8% rodin a zhruba jednou týdně tráví čas společným sledováním televize v 18,5% rodin.

## **5 Diskuse**

### **Limity při sběru dat**

Na začátku je dobré poukázat na problémové situace, které při sběru dat nastaly a mohou být limitujícími faktory této práce. Limitem celé studie může být do jisté míry velikost výzkumného souboru, který je tvořen celkem 27 probandy. Dvacet tři z nich je navíc z jedné školy, kde podmínky pro pohybovou aktivitu, rehabilitaci a podobné činnosti pravděpodobně budou velmi podobné a tím může docházet ke zkreslení odpovědí ovlivněné stejným prostředím žáků z výzkumného souboru. Dalším limitem je velmi rozdílná časová náročnost pro jednotlivé žáky. Svou roli zde velmi silně sehrála mentální kapacita žáků. K tělesnému postižení může být přidruženo mentální postižení. Pokud tomu tak bylo, nastávaly problémy s porozuměním některým otázkám. Žáci pokládali otázky, dožadovali se dodatečného vysvětlení zadání, a podobně. Dále se vyskytly obrovské rozdíly v čase, který jednotliví žáci potřebovali pro vyplnění dotazníku. Zatímco někteří měli celý dotazník vyplněný za 35 minut, jiným trvalo vyplnění 60 minut i déle.

K diskusi je účast asistentů pedagoga při výzkumu. U několika žáků, kteří nebyli dle informací pedagoga schopni sami dotazník vyplnit, pomáhali právě tito asistenti pedagoga. Zde vyvstávají minimálně dva základní problémy. Pokud žákovi předčítá otázky i odpovědi asistent pedagoga a zároveň na žákův pokyn zaznamenává odpovědi, do jaké míry jsou pak tyto žákovy odpovědi validní? Obzvláště v intimních a soukromých záležitostech se můžeme jen domnívat, zda žák skutečně odpověděl dle pravdy, anebo záměrně odpověď zkreslil z důvodu přítomnosti asistenta pedagoga. Druhým problémem je celkové narušení výzkumu, kdy ve třídě, ve které vyplňují dotazníky i ostatní žáci a měl by zde být klid umožňující plnou koncentraci, probíhá komunikace mezi žákem a asistentem pedagoga, případně mezi více žáky a jejich asistenty. Ti sice polohlasem, ale přesto předčítají otázky a odpovědi a tím znemožňují ostatním žákům se na vyplňování vlastních dotazníků plně soustředit. Přítomnost asistentů pedagoga při samotném sběru dat je zcela jistě jevem, který zasluhuje hlubší pozornost a v rámci dalších prací týkajících se používání a dalšího zpracování dotazníku by bylo dobré se jím zabývat a pokusit se najít uspokojivé řešení.

### **Nízká účast na pohybové aktivitě**

Významné strategické dokumenty poslední doby zabývající se zdravým životním stylem, trávením volného času a pohybovou aktivitou připisují velký význam pravidelné pohybové aktivitě. Mezinárodní instituce vydávají doporučení týkající se pravidelné

pohybové aktivity. Dle Pokynů EU pro pohybovou aktivitu (2008, 7) by „děti školního věku měly vykonávat denně 60 minut a více středně až vysoce intenzivní pohybové aktivity, která je vývojově vhodná, přináší jim radost a zahrnuje rozmanité činnosti.“ Dle pojetí tohoto dokumentu se pohybovou aktivitou rozumí všechny souvislosti tělesné aktivity – pohybová aktivita ve volném čase, související se zaměstnáním, doma nebo v blízkosti domova a pohybová aktivita spojená s dopravou.

Světová zdravotnická organizace ve svém doporučení říká (2010), že dítě by mělo realizovat alespoň 60 minut středně zatěžující až intenzivní pohybové aktivity denně. Ve stejném dokumentu je také uvedeno, že tato doporučení platí i pro děti a mládež se zdravotním postižením, kteří by se je za dohledu odborníků měli snažit plnit.

Kalman a Hamřík (2013) uvádějí, že řada experimentů potvrdila, že adekvátní pravidelná pohybová aktivita přináší mužům a ženám všech věkových skupin, v různých zdravotních stavech, včetně lidí s psychickým či fyzickým postižením, širokou škálu fyzického, sociálního a mentálního užitku. Být aktivní není jen názor či rozhodnutí, je to nutnost k žití, pokud lidé chtějí žít zdravý plnohodnotný život.

Z výsledků, které byly zjištěny v rámci této diplomové práce, vyplývá velmi znepokojující fakt. Děti a mládež s tělesným postižením nejen, že normy a doporučení stanovené WHO zdaleka nenaplnují, ale obecně pohybovým aktivitám věnují málo času. Při výčtu všech skupin pohybových aktivit byla zjišťována mezi žáky četnost, s jakou dané aktivity provozují. Z celkem 19 skupin různých pohybových aktivit při těchto variantách četnosti provozování: nevěnují se této činnosti/věnují se nepravidelně (1-2x za rok)/2x až 3x měsíčně/asi tak jednou týdně/2x týdně nebo častěji byla u 18 skupin zvolena jako nejčastější odpověď „nevěnují se této činnosti.“ Pouze u jediné aktivity, kterou je plavání, byla nejčastější odpovědí možnost jednou týdně, kterou zvolilo 26% dotazovaných. Z výše uvedeného vyplývá alarmující zjištění, že české děti a žáci s tělesným postižením věnují pohybové aktivitě obecně minimum času a pouze jedna čtvrtina z nich provozuje plavání v pravidelném režimu jednou za týden. Doporučení pravidelné pohybové aktivity alespoň 60 minut denně je od reality bohužel velmi vzdáleno. Kalman a Hamřík (2013) uvádějí negativní trend v nenaplnování pohybových doporučení u zdravé populace. Pohybová doporučení splňuje v zemích Evropy a Severní Ameriky pouze 23% třináctiletých dětí, u patnáctiletých je to však už jen 15%. Exaktní data o populaci dětí s tělesným postižením sice

neexistují, ale při pohledu na výsledky této pilotní studie je jasné, že úroveň pohybové aktivity zde bude mnohem nižší než u populace dětí bez tělesného postižení.

Z naměřených dat dále vyplývá, že každý den v týdnu provozuje pohybovou aktivitu téměř 15% žáků. Jednou až třikrát týdně se pohybové aktivitě věnuje 42% žáků. Toto zjištění se může zdát poměrně pozitivním vzhledem k pohybovým doporučením, nicméně již dále neuvádí, kolik času je pohybové aktivitě věnováno. Téměř 80% dotázaných odpovědělo, že se pohybové aktivitě věnuje výhradně ve škole v rámci hodin tělesné výchovy. Škola je velmi důležitým prostředím, které zásadně formuje vztah dítěte k pohybové aktivitě a jeho informovanost o důležitosti pravidelné pohybové aktivity v životě člověka (Department of Health, 2004). Dále víme, že při tříhodinové dotaci tělesné výchovy týdně ve školách zřízených primárně pro žáky s tělesným postižením, dvouhodinové dotaci na běžných školách a délce jedné vyučovací hodiny 45 minut, kdy samotnému pohybu a cvičení bývá věnováno maximálně 30 minut. K tomu z výše uvedeného víme, že děti se pravidelně jednou týdně věnují pouze plavání. Z těchto základních informací si lehce můžeme odůvodnit, že i pokud se 15% žáků s tělesným postižením věnuje pohybové aktivitě každý den v týdnu, je to povětšinou ve škole a k hodnotám pohybových doporučení se tak ani tato malá část výzkumného vzorku pravděpodobně přibližovat nebude.

### **Účast na rehabilitaci**

Pojem rehabilitace u této otázky je pravděpodobně chápán jako cvičení s fyzioterapeutem. Existuje totiž i mnohem širší pojetí rehabilitace zahrnující kombinované použití více prostředků, jako jsou ergoterapie, psychologie, sociální podpora s cílem umožnit člověku běžný život a být samostatný. Pro účely této studie chápeme rehabilitaci jako soubor nápravných případně protahovacích a posilovacích cvičení s fyzioterapeutem, případně rodičem. U položky zjišťující rehabilitaci je poměrně překvapujícím zjištěním vysoká neúčast na rehabilitaci u dívek. Zatímco rehabilitaci se nevěnuje vůbec pouze 6% chlapců, u dívek to je 40%. Rehabilitace u žáků s tělesným postižením je velmi důležitým prvkem nejen v souvislosti s pohybovou aktivitou, ale celkově zvyšuje kvalitu života u těchto jedinců. Takto vysoké procento dívek je velmi překvapivé a můžeme pouze polemizovat, co je toho příčinou. Poměrně potěšujícím zjištěním je fakt, že téměř 45% všech dotázaných rehabilituje jednou nebo dvakrát týdně. Významnou roli při rehabilitaci sehrává školské zařízení, ve kterém rehabilituje 40% dotázaných. Jedná se pravděpodobně o

rehabilitace v rámci hodin zdravotní tělesné výchovy. Z dotazníku již nelze vyčíst, zda žáci měli na mysli odbornou fyzioterapeutickou péči či pouze rehabilitačně relaxační aktivity v rámci hodin TV. Otevřenou také zůstává otázka, zda s žáky skutečně rehabilitují odborníci – fyzioterapeuti, nebo pouze učitelé TV v rámci hodin zdravotní tělesné výchovy.

Nejsilnější motivací k pohybové aktivitě je snaha o zlepšení vlastního zdraví. Odpověď důležité nebo velmi důležité zvolilo 100% žáků. Ti pravděpodobně vnímají silný rozdíl mezi pohybovou aktivitou a rehabilitací. Rehabilitace je na rozdíl od pohybové aktivity cíleně provozována za účelem zlepšení zdravotního stavu a přesto ji téměř 20% žáků neprovozuje vůbec.

### **Pohybová aktivita pro potěchu rodičů**

Zajímavý je také vztah mezi motivací k pohybové aktivitě a snahou potěšit vlastní rodiče, kdy 60% dívek uvádí, že pohybovou aktivitu vykonávají proto, aby potěšili své rodiče. Tento fakt ukazuje na nezdravý jev v rodinách, neboť primární motivace dítěte by měla být především zábava, radost z pohybu či vlastní zájem. Takto vysoké procento může poukazovat na snahu zavděčit se rodičům, kteří nejsou spokojeni s dítětem a jeho schopnostmi. To se pak snaží svým rodičům nejrůznějšími aktivitami, například sportem, dokazovat, že na to má a vytrácí se tak zdravá motivace pohybové aktivity, kterou má být především vlastní potěšení.

### **Volnočasové aktivity**

Výsledky dotazování potvrdily všeobecně známý trend, že děti tráví velkou část volného času sedavou činností. Sedavým chováním se rozumí jakékoliv chování mimo spánek, které je charakterizováno energetickým výdejem nižším než 1,5 MET (Sedentary Behaviour Research Network, 2012). U cílové skupiny této práce je pojem sedavý způsob života poněkud zavádějící, neboť mezi žáky s tělesným postižením jsou i tací, kteří ke své mobilitě používají vozík a logicky tak tráví v pozici vsedě podstatnou část dne. Ve výzkumném souboru této diplomové práce se objevuje 10 uživatelů mechanického vozíku. Pro potřeby této populace tedy pojem sedavý způsob života z výše uvedených důvodů není vhodným označením. Nabízí se termíny jako je pasivní trávení volného času nebo aktivity nepohybového charakteru. Pro nalezení vhodného termínu je zcela jistě zapotřebí širší diskuse. Celkem 63% dotázaných žáků tráví čas dvakrát týdně a častěji hraním počítačových her. Rozdíl je patrný mezi dívkami, kterých takto často tráví 50%, zatímco u chlapců se jedná více než 70%. Zatímco nepravidelně, což pro potřeby této otázky znamená jednou až

dvakrát ročně, se této činnosti věnuje pouze 6% chlapců, u dívek se jedná o celých 40%. Z této otázky je zřejmé, že mnohem více času tráví hraním počítačových her chlapci, ve srovnání s výše uvedeným časem věnovaným pohybovým aktivitám je tento výsledek poměrně znepokojující.

Dále se ukazuje, že děti s tělesným postižením mají poměrně chudý kulturní a sociální život a nezapojují se do běžných činností v rámci domova i mimo něj. Toto tvrzení vychází z odpovědí zjišťujících aktivity ve volném čase nepohybového charakteru. Velmi vysoké procento odpovědí se totiž nachází u možnosti „nevěnuji se této činnosti.“ Pro ilustraci u položky umění zvolilo tuto odpověď 40,7% dotázaných, u péče o domácí mazlíčky 40,7%, domácí práce nedělá 37% žáků, sběratelství se nevěnuje 67%, sportovní událost nenavštěvuje 67% dotázaných, kino a divadlo nenavštěvuje 22% žáků, nepravidelně jej navštíví 56%. Ve srovnání s časem stráveným u počítače, kdy 63% žáků uvedlo možnost dvakrát a vícekrát týdně se opět nejedná o zcela potěšující informace a vykreslují žáky s tělesným postižením jako poměrně neaktivní skupinu dětí a mládeže.

### **Role rodičů**

Ze zjištěných odpovědí vyplývá, že rodiče mají přehled o aktivitách svých dětí ve volném čase. Jedná se o více než dvě třetiny všech dotázaných dětí. Nepřímo a opatrně, ale přesto můžeme říct, že na neaktivitě dětí s tělesným postižením nesou rodiče silný podíl, neboť náplň volného času svých dětí z velké většiny případů znají. V tomto věku by to měli být právě oni, kteří budou své děti vést k aktivnímu, smysluplnému a obohacujícímu trávení volného času. Další otázka tento jev pouze potvrzuje a to sice zjištěním, že nadpoloviční většina rodičů svým dětem určuje, jak dlouho si na počítači mohou hrát. Tedy o čase stráveném na PC vědí a v zásadě s tím nic nedělají. Pokud se jedná o společné sportování s rodinou, pak přesně jedna třetina dotázaných žáků uvedla, že se svou rodinou nikdy nesportuje. Dalších 30%, tedy skoro druhá třetina dětí s tělesným postižením uvedla, že se svou rodinou sportují méně často než jednou týdně. Opět se zde potvrzují předchozí výroky, že rodiče selhávají v příkladném vedení dětí k aktivnímu trávení volného času. Částečné vysvětlení či odůvodnění této poměrně neutěšené situace lze hledat ve třech důvodech. Tím prvním je celková rodinná situace rodin dětí s postižením, kdy pilotní dotazník potvrzuje obecně známý předpoklad o tom, že rodiny těchto dětí jsou neúplné. Pouze 44% žáků uvedlo, že žije v úplné rodině s oběma vlastními rodiči, dalších 33% žije sice v úplné rodině, ale jeden z rodičů není vlastní, dalších 22% žije jen s jedním rodičem. Druhým faktorem

problematika zaměstnanosti. Z odpovědí dotazníku to sice přímo odvodit nelze, nicméně je známým faktem, že od rodin dětí s postižením docházejí častěji otcové a dítě pak zůstává s matkou, které se o dítě stará a jejím často jediným příjmem je státní příspěvek na péče o dítě, neboť nemá prostor a čas chodit do zaměstnání. Problematika vysoké nezaměstnanosti matek se v tomto šetření potvrdila, protože 52% dětí uvedlo, že jejich matka nemá práci. Třetím problémem pak může být ne zcela příznivě nastavená politika státu týkající se problematiky matek samoživitelek, obzvláště jedná-li se o matky dětí s postižením.

### **Podpora pohybové aktivity**

Výše v této diskusi píšeme o poměrně neutěšené situaci týkající se pohybových aktivit žáků s tělesným postižením. Pokusíme se zde vyjmenovat pár návrhů na opatření, které by mohly přispět ke změně k lepšímu. Pokud se dítě bez zdravotního postižení chce ve svém volném čase věnovat pohybové aktivitě, má na výběr z velmi široké nabídky nejrůznějších kroužků a sportovních klubů. Stačí si vybrat finančně dostupnou, vyhovující představám rodičů a dítěte a dítě přihlásit. U dětí s tělesným postižením je situace zcela odlišná. Nabídka pohybových a volnočasových aktivit je velmi omezená a dále naráží na problémy se zajištěním dopravy a osobní asistence, rodiče také často bývají ve finanční tísní. To vše jsou bariéry řešitelné, je potřeba je zde ale zmínit a mít je na paměti. Autor této diplomové práce je sám zakladatelem sportovního klubu pro osoby s těžším tělesným postižením, který funguje na bázi „běžných tréninků.“ Ty probíhají ve vybrané dny v týdnu v odpoledních hodinách v bezbariérových tělocvičnách v Olomouci, Ostravě a Havířově a sportovci na ně docházejí. Je pravdou, že časy tréninku jsou limitovány například bezbariérovými spoji, problémem bývá i zajištění osobních asistentů, pro kvalitní průběh tréninku nezbytných. Kombinací dobrovolníků, studentů na praxích a placených osobních asistentů se tento problém ale většinou alespoň krátkodobě daří řešit. Důležitá je snaha klást hlavní zodpovědnost na samotné hráče, aby si vše nezbytné zařizovali sami. Nelehkým úkolem je také zajištění kvalitních trenérů, kteří potřebnou kvalifikaci získávají až v průběhu trénování a je nezbytné jejich vlastní osobní zapálení a nadšení, finanční odměna je zde buď nulová, nebo velmi nízká. Jelikož valná většina žáků s tělesným postižením se dle výsledků dotazníku věnuje pohybovým aktivitám nejvíce ve školním zařízení, nabízí se poměrně jednoduché řešení zřízení sportovních či volnočasových kroužků přímo ve školách. Dokument Evropské Unie EU Physical Activity Guidelines (2008) přímo říká, že pohybová aktivita by měla být začleněna do programu školních družin, s čímž by měly být spojeny téměř nulové ekonomické nároky na toto opatření. Pokud by školy primárně zřizované pro



žáky s tělesným postižením, stejně jako školy běžné, ve kterých jsou žáci integrováni, tuto nabídku poskytly, řeší se tím problém dopravy, stejně jako zajištění asistence, stejně jako problém zajištění odborného pedagoga/cvičitele, kterým by byl učitel tělesné výchovy, případně vychovatel v družině. EU Physical Activity Guidelines zmiňují důležitost vzdělání a odborných znalostí trenérů a vedoucích pracovníků sportovních organizací. Toto ale platí i pro učitele TV obecně, nejen pokud se jedná o populaci žáků s tělesným postižením. Kornatovská (2012) se domnívá, že budoucnost řízených pohybových aktivit pro děti s disabilitou spočívá v tréninku s volnočasovým a sociálním přesahem. Zdůrazňuje ekonomickou výhodnost a nízké nároky na organizaci řízených pohybových aktivit dětí.

Dalším řešením může být zřízení pracovní pozice „konzultant APA“ pro jednotlivé kraje v rámci České republiky, jehož náplní by mimo jiné byla koordinace smysluplné nabídky volnočasového vyžití nejen pro žáky s tělesným postižením. Právě tento člověk by měl být tím odborníkem, po němž ve svém strategickém dokumentu volá Evropská unie.

V neposlední řadě by měl být kladen větší důraz na nabídku sportovních tréninků a volnočasových kroužků cíleně zaměřených pro určitou cílovou skupinu, nebo i otevřených pro všechny bez rozdílu postižení. Obě řešení vyžadují vyšší nároky na vzdělání trenérů, instruktorů a pedagogů volného času, dále a organizaci, technické a materiální zabezpečení, zázemí a lidské zdroje.

### **Porovnání PA zdravých dětí a dětí s TP**

Spousta zahraničních států má vytvořenu národní strategii zaměřenou na podporu pohybové aktivity. Nejčastěji je rozdělena do tří kategorií: 1) děti a adolescenti, 2) dospělí, 3) senioři. Většina doporučení pro adolescenty uvádí, že by měli být aktivní alespoň 60 minut každý den. Tato otázka je také z tohoto důvodu v HBSC studii uvedena jako mandatorní (Kalman & Vašíčková, 2013). Pro populaci se zdravotním postižením doporučení vypracována nejsou, je ale jisté, že i u této skupiny by pohybová aktivita jako součást životního stylu neměla být v žádném případě opomíjena.

Z výše uvedených výsledků víme, že pouze 14,8% dotazovaných žáků provozuje pohybovou aktivitu v nějaké míře každý den v týdnu. Týká se to 17,6% chlapců a 10% dívek. Prakticky stejný počet žáků se pohybové aktivitě nevěnuje vůbec. V porovnání s populací žáků bez zdravotního postižení (Kalman & Vašíčková, 2013) zjišťujeme, že

27,4% chlapců bez postižení dle výsledků z roku 2010 vykonává pohybovou aktivitu 7 dní v týdnu, u dívek se jedná o 18,7%. Byť se jedná o zcela rozdílné výzkumné soubory, co se jejich velikosti týče, komparace odhaluje zajímavá zjištění. Chlapců bez postižení se každý den v týdnu věnuje pohybové aktivitě téměř o 10% více než chlapců s tělesným postižením, u dívek pak tento rozdíl činí 8,7%, přičemž aktivnější jsou opět dívky bez postižení. Žádný den v týdnu se u populace žáků bez postižení nevěnuje 3,2% chlapců a stejné procento dívek. U žáků s tělesným postižením se jedná o 17,6% chlapců a 10% dívek. Tyto rozdíly jsou velké a do značné míry alarmující!

Zajímavé by bylo porovnat také počet hodin strávený u PC u populace žáků bez postižení a s tělesným postižením. Bohužel to není možné, protože otázka tuto oblast zjišťující je sice v dotazníku disHBSC zařazena, pro potřeby této práce ale nebyla vyhodnocována. Počet dní v týdnu strávený hraním počítačových her byl zjišťován v dotazníku disHBSC, není naopak zařazen v rámci HBSC šetření z roku 2010, není tedy možné mezi sebou tato témata komparovat. Můžeme tak vedle sebe postavit fakta, že nadpoloviční většina chlapců tráví hraním počítačových her dvě a více hodiny denně, zatímco u dívek se jedná o 24,2% ve všední dny (Kalman & Vašíčková, 2013). U žáků s tělesným postižením jsme zjistili, že dvakrát týdně a častěji tráví hraním počítačových her 50% dívek, zatímco u chlapců se jedná více než 70%. Je tedy zřejmé, že více času tráví hraním počítačových her chlapci jak u žáků s tělesným postižením, tak u žáků bez postižení. Obecně se u obou skupin potvrzuje zjištění Sigmundové, El Ansariho, Sigmunda a Frömela (2011) o nárůstu času stráveného u počítače u českých adolescentů za posledních deset let.

## **Závěr**

V této kapitole budou zodpovězeny výzkumné otázky, které jsme si položili na začátku práce.

Otázka číslo 1 zní: Jaký je stav jednotlivých determinant ovlivňujících zapojení žáků s tělesným postižením do pohybové aktivity?

Děti s tělesným postižením se do většiny v dotazníku nabízených pohybových aktivit nezapojují. Nejčastější odpovědí byla totiž ta, která říká, že dítě se dané aktivitě nevěnuje vůbec. Jedinou zvolenou aktivitou, kde nejčastější odpovědí bylo jednou týdně (26%) a dvakrát týdně či více (18%) bylo plavání. Celkově ale hovoříme o nespokojivé úrovni zapojení žáků s tělesným postižením do pohybových aktivit.

V otázce číslo dvě se ptáme, jaký je stav vybraných determinant týkajících se rodiny žáků s tělesným postižením. Zjistili jsme, že pouze 44% žáků žije v úplných rodinách s oběma vlastními rodiči. V neúplných rodinách žije 22% dětí. Nemají problém hovořit o svých problémech hovořit ani s matkou ani s otcem. Více, než polovina matek dětí s tělesným postižením nemá práci. Oba rodičové mají velký přehled o tom, co jejich děti dělají ve volném čase, stejně tak velmi často svým dětem určují, jak dlouho si mohou hrát na počítači. Minimum času tráví rodiny společným sportováním.

Třetí výzkumná otázka zní takto: Jaké jsou nutné úpravy protokolu disHBSC?

V protokolu disHBSC je potřeba provést několik reformulací otázek, u některých otázek je potřeba upravit odpovědi tak, aby byly pro žáky přehlednější a srozumitelnější. Některé otázky bude dobré rozdělit do dvou menších celků. U otázek zjišťujících vztahy nebo činnosti spojené s vlastními nebo nevlastními rodiči bude potřeba přeformulovat možnosti tak, aby nedocházelo k nelogickým odpovědím. Otázky zjišťující typ a způsob postižení bude potřeba přepracovat kompletně. Detailní analýza a návrhy jsou zpracovány v kapitole výsledky.

## **Doporučení pro praxi**

Pro další používání dotazníku disHBSC nejen v prostředí českých škol, ale v blízké budoucnosti v dalších státech zapojených do studie HBSC bude potřeba provést nutné úpravy nejen u otázek, které byly vytvořeny zcela nově pro tento dotazník, nebo byly modifikovány z otázek national nebo optional. Některé úpravy budou vyžadovat i otázky

mandatory, jež jsou převzaty z původního HBSC dotazníku převzaty beze změny. Ukazuje se, že specifika populace žáků s tělesným postižením budou vyžadovat drobné úpravy i v těchto otázkách. Na druhou stranu je potřeba maximum možných mandatorů otázek ponechat v původním znění, aby byly umožněny komparace s populací žáků bez zdravotního postižení nejen v rámci České republiky, ale v rámci všech 43 zemí do studie HBSC zapojených.

Co se týče samotných výsledků, které jsme v rámci testování dotazníků zjistili, pak obecné doporučení pro praxi zní velmi jednoduše: je nezbytně nutné zvýšit úroveň pohybové aktivity u všech žáků s tělesným postižením. Potvrzuje se, že riziko nízké úrovně pohybové aktivity je u této skupiny populace vysoké, přičemž pozitivní účinky pohybové aktivity zde mohou mít stejně pozitivní dopady jako u ostatních dětí. Je tedy potřeba začít hledat vhodná systémová řešení především na úrovni škol a volnočasových zařízení. Nutné je posilovat mezi pedagogy volného času, učiteli TV a dalšími pracovníky v této oblasti vědomí, že tělesné postižení neznamena automatické vyřazení z možnosti pohybu, ale je tomu přesně naopak. Pouze je potřeba znát možnosti úprav a modifikací. S vědomím, že tato problematika je implementována do právě zpracovávané národní strategie Zdraví 2020, kterou by měla v letošním roce schvalovat vláda České republiky je zde i naděje, že problematika bude řešena systémově. Nicméně je nutné získat validní data za celou Českou republiku, neboť na datech zjištěných v rámci této pilotní ověřovací studie se nedá stavět ve smyslu ovlivňování politických strategií naší země.

## Souhrn

Tato diplomová práce spadá do oblasti kinantropologické. V úvodní části je čtenář seznámen s problematikou tělesného postižení, jeho vymezení a druhů. Dále pak je rozvedena vývojová etapa dítěte ve věku 11-15 let, která se týká probandů figurujících v této studii. Jelikož jsme se ve vyhodnocování výsledků rozhodli zaměřit na tematickou oblast rodiny, která dle našeho názoru hraje důležitou roli v životě dítěte nejen v oblasti ovlivnění trávení jeho volného času. Proto je zařazena kapitola věnující se rodině, modelům jejího fungování, speciální pozornost je pak věnována problematice rodin dětí s postižením. Druhým tématem, na které jsme se v rámci vyhodnocení výsledků studie zaměřili je oblast pohybových aktivit a volného času. Věnujeme se jí v předposlední kapitole teoretické části společně se zdravím a kvalitou života, které se úrovní pohybové aktivity úzce souvisejí. V poslední kapitole je nastíněna historie, vznik a organizace HBSC studie ve světě a následně pak její přijetí a rozvoj v České republice.

V další části jsou stanoveny výzkumné cíle a otázky. Dále je popsána metodika práce a postupné plnění úkolů, včetně popisu výzkumného souboru. Ten je tvořen 27 žáky s tělesným postižením, 17 z nich jsou chlapci, dívek je 10. Celkem deset respondentů používá k mobilitě vozík. Ke zjištění dat byl použit dotazník disHBSC, který vychází z dotazníku HBSC. Tento dotazník byl v rámci této práce především pilotně ověřován. Na základě pozorování a logické analýzy pak byly navrženy změny, které by bylo dobré v dotazníku provést pro jeho zjednodušení a zkvalitnění. Ve výsledcích je této části věnována podstatná část včetně detailního popisu toho, odkud jsou jednotlivé otázky převzaty. Zda se jedná o mandatory, optional, national nebo extra otázky, případně k jakým úpravám oproti původní verzi došlo. Toto považujeme pro další práci za velmi důležité. Kromě návrhů na změny byly vyhodnoceny jednotlivé položky týkající se rodiny, pohybových aktivit a volného času. Tyto výsledky jsou zpracovány v podobě tabulek a komentářů

Celý dotazník disHBSC pro žáky s tělesným postižením je přílohou této práce.

## **Summary**

This thesis falls within the kinantropologic. In the first part the reader is familiar with the problems of physical disability, the definition and different types. Then developmental stage of a child aged 11-15 is distributed, which relates to subjects featured in this study. We decided in the evaluation of the results to focus on the thematic area of the family, which in our opinion plays an important role in a child's life, not only in the area of influence of spending his free time. Therefore, it includes a chapter dedicated to the family, the models of the operation, special attention is focused to the problems of families of children with disabilities. The second issue on which we focus in the evaluation of the results is the area of physical activities and free time. We are dedicated to this topic in the chapter together with the health and quality of life that the level of physical activity are closely related. The last chapter outlines the history, formation and organization HBSC studies in the world and consequently the adoption and development in the Czech Republic.

In the next section the research goals and questions are set. We also describe the methodology of thesis and the gradual fulfillment of tasks, including a description of the research group. It is made up of 27 students with disabilities, there are 17 boys and 10 girls. A total of ten respondents use the wheelchair for mobility. To determine the data the disHBSC questionnaire was used, which is based on the HBSC questionnaire. On the basis of observation and logical analysis were proposed changes that would be good to do in the disHBSC questionnaire done for his simplification and improvement. The results of this section is devoted a substantial portion including a detailed description of where each question is taken. Whether it is mandatory, optional, national or extra questions, or to what changes from the previous version was. This is considered for further work to be very important. In addition to suggestions for changes were evaluated each item on the family physical activities and leisure time.

The disHBSC questionnaire for students with disabilities is attached to this work.

## Referenční seznam

- Anonymous. (2015). Deset českých zpráv, které by vás neměly minout. *Respekt*, 16(8), 9.
- Auxter, D., Huettig, C., & Pyfer, J. (2005). *„Principles and methods of adapted physical education and recreation*. United States: The McGraw-Hill Companies.
- Blahutková, M., Řehulka, E., & Dvořáková, Š. (2005). *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido.
- Brychnáčová, E. (2007). *Enviromentální a mediální výchova ve vzdělávací oblasti Člověk a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Břicháček, V. (2002). Odolnost rodiny. In I. Plaňava, & M. Pilát, M. (Eds.). *Děti, mládež a rodiny v období transformace* (pp. 10-20). Brno: Barrister & Principal.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A. Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., et al. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people: health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Csémy, L., Kabíček, P., Hamanová, J., & Sovinová, H. (2005). *Životní styl a zdraví českých školáků*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Department of health. (2004). *Choosing health: A booklet about plans for improving people's health – easy read summary*. London: COI Communications.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Evropská komise. (2008). *EU Physical Activity Guidelines*. Biarritz, EU Sport Ministers.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2008). *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton.
- Gecková A., Pudelský, M., & Tuinstra, J. (2000). *Kontakty s rovesníky, socialna sieť a sociálná opora z pohľadu adolescentov*. *Psychológia a patopsychologie dieťaťa*. 35(2), 121–136.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2001). *Counseling today's families*. United Kingdom: Cengage learning.

- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hájek, B., Hofbauer, B., & Pávková, J. (2008). *Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy*. Praha: Portál.
- Hinkle, J. (1992). **Aerobic running** behavior and psychotherapeutics: Implications for sports counseling and psychology. *Journal of Sport Behavior*, 15(4), 263-277.
- Hlaváčková, E. Hodačová, L. Csémy, L. Šmejkalova, J., & Čermáková, E. (2010). Kvalita života českých dětí. *Československá Psychologie*, 54(2), 138-146.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2005). *Rekreologie*. Olomouc: Hanex.
- Hofbauer, B. (2010). *Kapitoly z pedagogiky volného času: soubor pojednání o volném čase a jeho výchovném zhodnocování*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích.
- Hogenová, A. (2000). *Pohyb a tělo*. Praha: FTVS UK.
- Holčík, J. (2010). *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: MSD.
- Jacob, T. (1987). *Family interaction and psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Janiček, P., et al. (2001). *Ortopedie*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Ješina, O., Hamřík, Z., et al. (2011). *Podpora pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kalman, M., Sigmund, E. Sigmundová, D., Hamřík, Z., Benše, L., Benešová, D., Csémy, L. (2011). *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kalman, M., & Vašíčková J. (2013). *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.
- Kalman, M., & Hamřík, Z. (2013). Je nízká úroveň pohybové aktivity veřejněpolitický problém? *Tělesná kultura*, 36(2), 96-114.



- Kantor, D., & Lehr, W. (2003). *Inside the family*. Cambridge: Meredith Winter Press.
- Kasa, J. (2006). Pohybová aktivita v sponse života l'udí. In M. Blahutková. *Sport a kvalita života 2006* (p. 42). Brno: Masarykova Univerzita.
- Kon, I. S. (1986). *Kapitoly z psychologie dospívání*. Praha: SPN.
- Kornatovská, Z. (2014). Vytvoření webových stránek s nabídkou pro děti s disabilitou v Jihočeském regionu v kontextu dostupnosti řízených pohybových aktivit. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*. 5(1), 29-35.
- Kramer, H. CH. (1980). *Becoming a family therapist*. New York: Human Sciences Press.
- Kraus, J., et al. (2005). *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing.
- Krejčí, M. (2010). *Adequate movement régime and bio-psycho-social determinants of active life style*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kábele, F., et al. (1982). *Somatopedie*. Praha: SPN.
- Kábele, F. et al. (1993). *Somatopedie*. Praha: Karolinum.
- Koukolík, F. (2013). Neurologie dospívání. *Praktický lékař*, 93(6), 247 – 253.
- Kudláček, M., & Ješina, O. (2013). *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kübler-Ross, E. (2008). *On Life after Death*. California: Celestial Arts.
- Ludíková, L., Renotiérová, M., et al. (2006). *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Langmeier, L., & Krejčířová, D. (2007). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Macek, P. (1999). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Machač, M. Macháčová, H., & Hoskovec, J. (1985). *Emoce a výkonnost*. Praha: SPN.

- Machová, J., et al. (2006). *Výchova ke zdraví pro učitele*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně.
- Marková, M., et al. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.
- Matoušek, O. (1997). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Matoušek, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Matějček, Z. (2001). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H & H.
- Michalík, J., et al. (2001). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. London: Tavistock Publishing.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2004). *Zákon 561/2004, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*.
- Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků (n.d.). *Historie HBSC*. [www.hbse.upol.cz](http://hbse.upol.cz). Získáno 14. 4. 2015 z [http://hbse.upol.cz/1-cestina/65-historie\\_hbse/](http://hbse.upol.cz/1-cestina/65-historie_hbse/)?
- Národní rada osob se zdravotním postižením (2001). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada.
- Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál.
- Offer, D. Ostrov, E. Howard, K., & Atkinson, R. (1988). *The teenage world: The adolescents' self-image in ten countries*. New York: Plenum Press.
- Pavlát, J. (2008). Otcovství, děti a rodina. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 104(4), 189-195.
- Pastucha, D. (2011). *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada Publishing.
- Pávková, J., Hájek, B., Hofbauer, B., Hrdličková, V. & Pavlíková, A. (2002). *Pedagogika volného času*. Praha: Portál.
- Payne, J. et al. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Piaget, J., Inhelderová, B. (1997). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.
- Piech, K., Grad, R. (2014). Role of preschoolers in motivation for physical activity in their families. *Polish Journal of Sport and Tourism*, 21(3), 151-162.

- Plaňava, I. (2000). *Manželství a rodiny. Struktura, dynamika, komunikace*. Brno: Doplněk.
- Plháčková, A. (2005). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Popelář, B. (1954). *Úvod do studia speciální pedagogiky*. Praha: SPN.
- Renotiérová, M. (2005). Speciální pedagogika osob s postižením hybnosti. In M. Renotiérová, L. Ludíková, et al. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.
- Sedentary Behaviour Research Network. (2012). Letter to the Editor: Standardized use of the terms „sedentary“ and „sedentary behaviours“. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 37(3), 540-542.
- Seedhouse, D. (1995). *Health: The Foundations of Achievements*. New York: John Wiley nad Sons.
- Sigmundova, D. El Ansari, W., Sigmund, E., & Frömel, K. (2011). Secular trends: A ten-year comparison for the amount and type of physical activity and inactivity of random samples of adolescents in the Czech Republic. *BMC Public Health*, 11(1), 731.
- Sigmundová, D., & Sigmund, E. (2011). *Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Smékal, V. (2012). *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal.
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Stebbins, R. A. (2007). *Serious Leisure*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Švarcová, I. (2011). *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Albert.
- Tichý, J., et al. (1998). *Neurologie*. Praha: Karolinum.
- Tomlinson, S. (2012). *A sociology of special education*. USA, Canada: Routledge.
- Trojan, S., Druga, R., Pfeiffer, J., & Votava, J. (2004). *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.

- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M., Strnadová, I., & Krejčová L. (2009). *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum.
- Valenta, M., et al. (2014). *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál.
- Vítková, M., et al. (2004). *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido.
- Vítková, M. (2006). *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido.
- Vyhlídla, T., Ješina, O., & Holická, K. (2013). Pohybové aktivity realizované u žáků s onkologickým onemocněním (pilotní studie disHBSC). *Studia Sportiva*, 7(3), 321-331.
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: A Framework for Clinical Practise. *Family Process*, 42(1), 1-18.
- Watson, S. (2009). *Spina Bifida*. New York: The Rosen Publishing Group.
- World Health Organization. (n.d.). *WHO definiton of Health*. Retrieved 11. 1. 2014 from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- World Health Organization. (2001). *Zdraví 21: Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Praha: Autor.
- World Health Organization. (2008). *Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children internanional report form the 2005/2006 survey*. Kodaň: Autor.
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Ženeva: Autor.
- World health organization (2014). *Mezinárodní klasifikace nemocí*. [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz). Získáno 24. 1. 2015 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>.

## **Příloha 1 – Dotazník disHBC pro žáky s tělesným postižením**