

Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta tělesné kultury

# **Úvod do didaktiky aplikovaných pohybových aktivit žáků s mentálním postižením**

Ondřej Ješina a kolektiv

Olomouc 2013

Oponenti: Mgr. Věra Knappová, Ph.D.  
Mgr. Tomáš Vyskočil



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost

## INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Vytvořeno v rámci projektu: Příprava pro tělesnou výchovu osob  
s postižením, registrační číslo: CZ. 1.07/2.2.00/15.0336

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní,  
popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© Ondřej Ješina a kolektiv, 2013

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2013

ISBN 978-80-244-3939-6

# Obsah

Obsah .....	3
Předmluva .....	5
<b>1 Úvod do problematiky žáka s mentálním postižením .....</b>	<b>7</b>
1.1 Charakteristika a klasifikace MP .....	7
1.2 Specifika psychomotorického vývoje .....	12
1.3 Žák s MP .....	15
<b>2 TV v systému škol pro žáky s MP .....</b>	<b>17</b>
2.1 Stručná historie TV žáků s MP .....	18
2.2 Současný stav školní TV ve školách zřízených pro žáky s MP .....	19
2.3 Obsah TV podle kurikulárních dokumentů .....	20
2.3.1 Tělesná výchova na základních školách .....	20
2.3.2 Tělesná výchova na středních školách .....	23
2.3.3 ZTV na všech stupních základních a středních škol (běžného typu) .....	27
2.3.4 Pohybová výchova na základní škole speciální .....	30
2.3.5 Zdravotní tělesná výchova na základní škole speciální .....	30
2.3.6 Rehabilitační tělesná výchova .....	31
2.4 Mezipředmětové vztahy s využitím prostředků TV .....	32
<b>3 Integrovaná školní tělesná výchova s žákem s MP .....</b>	<b>34</b>
3.1 Individuální vzdělávací plán pro účast žáka s MP v TV .....	34
3.2 Příklady úprav pohybových aktivit pro třídu s integrovaným žákem s MP .....	38
3.3 Příklad IVP pro žáka s MP .....	42
<b>4 Diagnostika a evaluace žáků s MP v TV .....</b>	<b>48</b>
4.1 Základní charakteristika obecných diagnostických postupů .....	49
4.2 Příklady diagnostických prostředků uplatnitelných v TV .....	50
4.2.1 Základní testy motorických kompetencí uplatnitelné pro žáky s MP .....	51
4.2.2 FUNfitness test .....	56
4.2.3 Další obecné testy motorických schopností a dovedností .....	56
4.2.4 Technika pozorování – DIC-CIT .....	57
4.2.5 Technika pozorování – nevhodné chování při TV .....	57

<b>5</b>	<b>Úvod do problematiky žáků s poruchami autistického spektra</b> .....	<b>60</b>
5.1	Základní charakteristika a klasifikace PAS .....	60
5.2	Specifika vzdělávání a podpory žáků s PAS .....	68
5.3	Specifika ve vedení TV u žáků s PAS .....	70
5.4	Příklad ŠVP školy primárně zaměřené na žáky s PAS .....	73
5.5	Hry pohybového charakteru pro žáky s PAS .....	80
<b>6</b>	<b>Úvod do pohybových aktivit žáků s duševním onemocněním</b> .....	<b>81</b>
6.1	Základní charakteristika duševního onemocnění .....	81
6.2	Pohybové aktivity v psychiatrických léčebnách v ČR .....	83
	<b>Rejstřík vybraných zkratk</b> .....	<b>89</b>
	<b>Referenční seznam</b> .....	<b>90</b>

# Předmluva

Skripta Úvod do didaktiky aplikovaných pohybových aktivit osob s mentálním postižením, poruchami autistického spektra a duševním onemocněním představuje jen jeden dílek do mozaiky odborných knih vydaných v oblasti aplikovaných pohybových aktivit (APA) v rozmezí posledních cca 5 let. Už z názvu je patrné, že neobsahuje kompletní vhled do problematiky, ale snaží se o relativně kompaktní představení didaktiky APA osob, které jsou cílovou skupinou psychopedie jako speciálněpedagogické disciplíny. Právě předmět zájmu, tedy osoby se speciálními potřebami, včetně osob se zdravotním postižením, mezi něž řadíme i osoby s mentálním postižením (MP), poruchami autistického spektra (PAS) a duševním onemocněním, včetně jejich sociálního okolí, je velkým průsečíkem speciální pedagogiky a APA jako kinantropologické disciplíny. Přičemž největší prostor je věnován osobám s MP, jejichž výchova a vzdělávání má u nás největší tradici a zároveň představují v kontextu osob se zdravotním postižením největší skupinu.

Mluvíme-li o didaktice APA, zaměřujeme se zejména na oblast školní tělesné výchovy (TV). Oblast sportu osob s MP je řešena v některých jiných publikacích (Janečka et al., 2012; Lejčarová & Tilinger, 2012; 2012; Válková, 2000). Kniha neřeší témata v kinantropologických odborných publikacích často řešených, jako je obecná didaktika TV nebo pedagogika sportu. Snaží se neopakovat příliš obecná témata řešená v publikacích zabývajících se aplikovanou tělesnou výchovou (ATV) (Ješina, Kudláček et al., 2011). I když všechny tyto publikace plně respektuje a navazuje na ně.

Odborná kinantropologická veřejnost přivítá představení základní klasifikace a specifík žáků s MP, PAS a duševním onemocněním. Odborníci z oblasti speciální pedagogiky a další pracovníci s těmito žáky můžou v knize najít inspiraci pro svou práci, možná i odkazy na další zdroje, které jim problematiku APA či ATV pomůžou ještě více odkrýt.

Relativně jednoduchá (někde možná i stručná) forma sdělení byla zvolena záměrně s ohledem na cílovou skupinu čtenářů, která si svou budoucí potenciální profesní cestu hledá a chtěla by získat bazální informace z problematiky cíleně vedených pohybových aktivit vybraných žáků.



# 1 Úvod do problematiky žáka s mentálním postižením

(Ondřej Ješina)

Jak uvádí Ješina, Kudláček et al. (2011), jsou specifika práce v kontextu APA často přehlížena. Vzhledem k množství kompenzačních a sportovně-kompenzačních pomůcek pro osoby s tělesným a zrakovým postižením a specifik v oblasti komunikace s osobami se sluchovým postižením zůstává problematika osob s MP často v jejich stínu. Osoba s MP je vzhledem ke svému intelektovému schopnostem a úrovni dalších předpokladů limitována v běžném životě především v oblasti sociální. Kromě toho najdeme jistá specifika i v oblasti ontogeneze psychomotoriky, v komunikačních schopnostech atd. V odborné literatuře se často setkáváme s různým dělením mentálního postižení. Jedním z možných přístupů je dělení na mentální retardaci, dále členěné dle hloubky IQ a demence, tedy MP diagnostikované (resp. projevené) po 2. roku života (Valenta & Müller, 2003). Vzhledem k systémům APA vycházejícím především ze zahraniční terminologie a systémů a s vědomým rozdílností s českým speciálněpedagogickým paradigmatem nepoužíváme v dalším textu termín mentální retardace, ale mentální postižení jako zastřešující termín v širším slova smyslu a jako synonymum k mentální retardaci při charakteristice a klasifikaci. Pokud dále v textu mluvíme o osobách s MP, máme nejčastěji na mysli dítě nebo žáka s ohledem na věk a vztah se školním prostředím.

## 1.1 Charakteristika a klasifikace MP

MP nepředstavuje zdaleka jen strohý popis jednotlivých stupňů dle WHO (viz níže). Je to komplex specifik vzhledem k osobnosti, sociální adaptabilitě, chování, motorice, pozornosti a řadě dalších. Často bývá MP chybně zjednodušováno na deficit pouze v kognitivní oblasti. Rubínšteinová (1976) mluví o MP jako o trvalém poškození poznávacích činností, které vznikly v důsledku organického poškození mozku. Dolejší (1978) popisuje řadu charakteristik MP, které se mohou vyskytovat v nejrůznější variabilitě a intenzitě: závislost na rodičích (případně blízkých osobách), nedostatky v intrapersonální identifikaci (vývoj „já“), opoždění psychosexuálního vývoje, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, porucha interpersonálních vztahů, komunikace, zpomalené chápání, někdy ulpívání na detailech, deficit v oblasti paměti (ať logické, mechanické, krátkodobé nebo dlouhodobé), poruchy vizomotoriky a pohybové koordinace. Z dnešního pohledu kontraverzní je považování MP za nesouměrný chorobný produkt přírody (Černá, M., Novotný, J., & Zemková, J., 1982). Valenta a Müller (2004) poukazují zejména na specifika ve smyslové percepci, myšlení, paměti, pozornosti, emoční stránky osobnosti, sexualitě, volních projevech a aspiraci. Avšak existují i relativně nedávni autoři, kteří se poměrně významně zaměřují spíše na kvantitativní vyjádření MP (např. Langer, 1996) a prostor věnují více mentálnímu deficitu než sociální adaptabilitě. Kvantitativní vyjádření má podle našeho názoru spíše orientační a katalogizující význam. Pro práci s osobami s MP je nutný pedagogický (ale i lidský) cit pro flexibilní a kreativní řešení jednotlivých interaktivních situací. Proto je nutná teoretická znalost tématu, jedinců, se kterými je výchovně-vzdělávací systém realizován, a dostatečně bohatý rejstřík prostředků pro pedagogickou práci. Dle našeho názoru naprosto správně akcentuje celistvý přístup s orientací na sociabilitu osob s MP např. Krejčířová (2003), podobně jako Valenta a Müller (2003), Válková (2008) a někteří další.

S ohledem na specifika v motorice (hrubé, jemné i obou současně), grafomotorice, senzomotorice, sociomotorice i psychomotorice a jejich dopadu do reálného života se cíleně realizované pohybové aktivity jeví jako esenciální součásti života i výchovně-vzdělávacího procesu osob s MP. Správně vedené programy nejen s osobami s MP, ale i s jedinci v jejich bezprostředním okolí (komunita jedince s MP) jsou velmi vhodným prostředkem reedukace, rehabilitace i kompenzace specifík postižení. Pohybové aktivity rozvíjejí bezprostřední vnímání, pozornost, paměť, obrazotvornost, představivost, myšlení a řeč. S tím se ztotožňují Valenta a Krejčířová (1997), když mluví o utváření časoprostorových představ, odhadu vzdálenosti, rychlosti a pochopení předmětových vztahů promítajících se do celkové anticipace osobnosti. Současně podtrhují význam těchto činností na zkvalitnění oběhové a podpůrné soustavy těla, respirace, metabolismu a v širším slova smyslu i zlepšení sociální adaptability osob s MP.

**Tabulka 1 Klasifikační stupně MP z pohledu 10. revize WHO**

Kód	Současné označení	Intelligenční kvocient
F70	Lehké mentální postižení	69–50
F71	Středně těžké mentální postižení	49–35
F72	Těžké mentální postižení	34–20
F73	Hluboké mentální postižení	20 a níže
F78	Jiné	Stanovení stupně mentálního postižení je nsnadné pro přidružené senzorní, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro poruchy autistického spektra. Často se jedná o MP vzniklé na základě např. senzorní deprivace.
F79	Nespecifikované mentální postižení	Mentální postižení je prokázáno, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů MP.

S ohledem na terminologickou nejednotnost jednotlivých oborů majících za předmět zájmu osoby s MP a zároveň zastaralost některých přístupů si při stručné charakteristice jednotlivých stupňů dovolujeme (v souladu s Krejčířovou, 2003) uvádět i jiná (často již historická) označení.

### Lehké MP (F70, IQ 69–50)

- lehká slabomyslnost (oligofrenie),
- lehká mentální subnormalita,
- debilita.

Podle Valenty a Müllera (2003) zaznamenáváme opožděný vývoj řeči. Celkově se komunikaci výrazněji věnuje Válková (2008), která uvádí, že schopnost komunikovat je většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči. Řada problémů se u těchto jedinců objevuje při nástupu do vzdělávacího systému kolem 6 let věku. Většina těchto osob je plně nezávislá na sebeobsluze, jsou schopni vykonávat jednoduchá zaměstnání. Organická etiologie se vyskytuje u menšiny osob (Valenta & Müller, 2004), u většiny se jedná o spodní variantu rozdělení inteligence v populaci. Výrazné problémy se mohou projevovat v období školní docházky: omezená schopnost logického a mechanického myšlení, slabší paměť, jemná a hrubá motorika může být lehce opožděna.



Velký význam u osob s lehkým mentálním postižením má výchovné prostředí, které může zásadním způsobem ovlivnit proces socializace jedince a jeho následné uplatnění ve společnosti (Pipeková, 2006). Většina těchto jedinců se dobře orientuje v každodenním životě a velmi dobře prospívá v manuálních a praktických zaměstnáních. Švarcová (2000) uvádí fakt, že mnozí jedinci s lehkým mentálním postižením mohou mít problémy s přizpůsobováním se normám či tradicím společnosti, udržením zaměstnání či se zajištěním bydlení a zdravotní péče.

Z celkového počtu jedinců s MP uvádí Pipeková (2006) cca 80 % osob s lehkou MP, v celkové populaci pak 2,6 %.

### **Středně těžké MP (F71, IQ 49–35)**

- střední mentální subnormalita,
- střední slabomyslnost (oligofrenie),
- imbecilita.

Myšlení a řeč jsou výrazně omezené, stejně jako dovednosti v sebeobsluze (Valenta & Müller, 2003). Stejní autoři uvádějí přidruženou epilepsii, neurologické, tělesné a duševní poruchy. Etiologie je již většinou organická. Válková (2012a) se ohledně úrovně a rozvoje řeči vyjadřuje jako o variabilní, někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev často bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Úroveň motorických dovedností kolísá mezi motorickou obratností a dyspraxií jemné i hrubé motoriky, která je spojena s potížemi s koordinací pohybů. Mnozí jedinci se středně těžkým MP potřebují občasný dohled a pomoc v náročnějších situacích. Žáci s tímto stupněm mentálního postižení za dobu školní docházky většinou zvládnou základy trivie. V dospělosti je v jejich životě důležitý stereotyp a organizace pracovní činnosti, při níž jsou schopni vykonávat jednoduché manuální činnosti. Samostatný život je zřídka možný, avšak pro mnohé z nich může být řešením podporované či chráněné bydlení. Své pracovní dovednosti uplatňují většinou v chráněných dílnách a na chráněných pracovištích (Krejčířová & Hutýrová, 2006).

Výskyt jedinců se středně těžkou formou MP je v populaci osob s mentálním postižením asi 12 % a v celkové populaci pak 0,4 % (Pipeková, 2006).

### **Těžké MP (F72, IQ 34–20)**

- těžká mentální subnormalita,
- těžká slabomyslnost (oligofrenie),
- idioimbecilita.

Valenta s Müllerem (2003) mluví o výrazném opoždění psychomotorického vývoje, který je patrný již v předškolním věku. Možnosti sebeobsluhy považují za výrazně limitované. Vývoj řeči stagnuje na předřečové úrovni. Motorické poruchy s příznaky celkového poškození CNS, stereotypní pohybové sebepoškození. Nezřídka tyto autoři uvádějí i hry s fekáliemi, agresi a projevy afektivního chování. Válková (2012a) pak uvádí komunikaci převážně nonverbální, neartikulované zvuky, výkřiky, případně jednotlivá slova. V dospělosti jsou osoby s těžkým mentálním postižením odkázány na podporu ze strany intaktní populace, u některých je proto nutné provést omezení v právních úkonech nebo úplné zbavení svéprávnosti.

V celkovém počtu jedinců s MP se s těžkou formou vyskytuje cca 7 %, v celkové populaci pak 0,2 % (Pipeková, 2006).

### Hluboké MP (F73, IQ pod 20)

- hluboká mentální subnormalita,
- hluboká slabomyslnost (oligofrenie),
- idiocie.

Nutná trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech. Často těžké sensorické a motorické postižení, podobně jako neurologické poruchy. Komunikační schopnosti maximálně na úrovni porozumění některým slovům a nonverbální odpověď (Valenta & Müller, 2003). Etiologie je organická v kombinaci s celou řadou dalších postižení, poruch, případně onemocnění (Zvolský et al., 1997). Válková (2012a) potvrzuje rudimentální nonverbální komunikace nebo dodává, že nekomunikují vůbec. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, maximum, kterého dosáhnou, je diferencování známých a neznámých podnětů a reakce na podněty libostí či nelibostí (Vágnerová, 2004). Možnosti vzdělávání jsou velmi omezené. Dlouhodobým tréninkem lze dosáhnout základních orientačních a sebeobslužných činností tak, že se jedinec s postižením může zapojit do různých domácích činností.

Tvoří asi 1 % z populace osob s mentálním postižením (Pipeková, 2006).

### Etiologie

K MP může vést celá řada příčin, a proto se etiologie u jednotlivých odborníků liší. V mnoha případech však příčinu nedokážeme objasnit ani dnes. Valenta a Müller (2007) rozdělují příčiny vzniku MP na příčiny prenatalní (např. dědičné nemoci, intoxikace matky a plodu, infekční onemocnění atd.), perinatální (např. nedonošenost, hypoxie, novorozenecká žloutenka atd.) a postnatální (např. traumata, infekční onemocnění mozku, mozkové nádory atd.).

Mezi stěžejní prenatalní faktory patří:

- **vlivy hereditární (dědičné)** – do těchto vlivů patří zděděné nemoci, jako metabolické poruchy i jiné abnormality, které se však vyskytují zřídka. Zvolský (1997) uvádí, že intelektové schopnosti dítěte jsou výslednicí průměru intelektového nadání rodičů;
- **genetické příčiny** – na základě poruchy funkce či změny struktury genetického aparátu vznikají tzv. dědičně podmíněná postižení. Podle Zvolského et al. (1997) mohou být tyto příčiny dominantně podmíněné, zahrnující většinu dědičných metabolických onemocnění – např. fukomatózu (onemocnění postihující kůži a nervový systém). Do této kategorie spadá velká skupina recesivně podmíněných poruch zahrnující většinu dědičných metabolických onemocnění, jako je fenylketonurie (porucha přeměny fenylalaninu na tyrosin, vedoucí k mentálnímu postižení) a galaktosemie (porucha štěpení enzymu galaktózy). Největší skupinu příčin MP tvoří syndromy, které jsou podmíněné změnou v počtu chromozomů při buněčném dělení. Například:
  - *Klinefelterův syndrom* (gonozomální porucha postihující mužské pohlaví, příčinou je nadbytečný chromozom X),
  - *Patauův syndrom* (autozomální porucha, trisomie 13. chromozomu),

- *Turnerův syndrom* (gonozomální porucha postihující ženy, příčinou je chybějící chromozom X),
  - *Cri-du-chat syndrom* (syndrom kočičího křiku, zapříčiněn delecí na krátkém raménku 5. chromozomu),
  - *Hirschhorn-Wolfův syndrom* (způsobující rozštěpy tvrdého patra),
  - *Downův syndrom*, který má poměrně vysokou frekvenci výskytu (1 na 600 porodů), jeho příčinou je trisomie 21. chromozomu (Selikowitz, 2005).
- **environmentální faktory** – autoři Valenta a Müller (2007, s. 59) uvádějí, že zde platí zákonitost: „čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější má následky pro zdraví dítěte“. Řadí sem různé prenatální infekce (např. toxoplazmózu, zarděnky, cytomegalovirus, pásový opar, kongenitální syfilis). Dále pak otravy olovem a přímou intoxikací embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom), její nedostatečnou výživu nebo závažné úrazy matky, porodní traumata.

K perinatálním faktorům patří:

- **mechanické poškození mozku** při porodu, které může být způsobeno například předčasným porodem. Dříve relativně časté bylo také mechanické poškození lebky a mozku např. klešťovými porody.
- **infekce plodu**.
- **asfyxie či hypoxie**. Valenta a Müller (2007) uvádějí jako příklad dětskou mozkovou obrnu (DMO), která asi ve dvacetině až desetině případů způsobuje MP.

Postnatální faktory:

Do této kategorie patří pouze postižení vzniklá zhruba do 1,5–2 let života a může se jednat např. o zánětlivé onemocnění mozku, úrazy, otravy apod. Dle Zvolského et al. (1997) může v době po narození způsobit MP mnoho vlivů, např.: virové, bakteriální záněty mozku a mozkových blan, úrazy hlavy, nemoci spojené s nedostatkem kyslíku nebo tzv. sociální faktory, na jejichž základě mohou vznikat psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek). Sociální faktory mohou způsobit nejen zaostávání mentálního vývoje dítěte, které se s postižením již narodilo, ale mohou zkomplikovat i jeho následující vývoj. Snížení intelektových schopností se může často objevovat i v souvislosti s institucionální péčí. Za tyto faktory mohou být považovány například špatné bytové nebo materiální podmínky.

## 1.2 Specifika psychomotorického vývoje

Reakce na úrovni reflexů je jedna z mála vrozených schopností v oblasti motoriky. Častější deficit však zaznamenáváme u následných motorických a psychomotorických projevů, které už mohou signalizovat nějakou anomálii ve vývoji dítěte.

**Tabulka 2. Základní novorozenecké reflexy a jejich výskyt u zdravého donošeného dítěte (Cíbochová, 2004)**

akustickofaciální reflex	od 10. dne
hledací reflex	do 3. měsíce
sací reflex	do 4. měsíce
reflexní úchop na horních končetinách	do 4. měsíce
reflexní úchop na dolních končetinách	do 12. měsíce
Moorův reflex	do 4. měsíce
chůzový reflex	do 3. měsíce

U dětí s MP dochází k nejrůznějším možnostem zpomalení vývoje nebo absence některých ukazatelů psychomotorického vývoje. Níže uvádíme normální vývoj psychomotoriky dítěte před nástupem do základní školy. Variabilita deficitu u dětí s MP je různá. V jeho důsledku pak v průběhu školní docházky musíme počítat z kvalitativně slabším motorickým projevem, často doprovázeným vadným držením těla, nevhodnými pohybovými stereotypy aj. Počátek stavby motorických struktur je však nutné hledat především v prvním roce života dítěte.

**Tabulka 3. Jednotlivá období psychomotorického vývoje dítěte (www.cpzp.cz)**

Měsíc/rok	
1. měsíc	Dítě umí otáčet hlavu ze strany na stranu v poloze na břiše, někdy i na zádech, krátce zvedá hlavu od podložky. Fixuje a sleduje předměty, které se mu ukazují. Pokud se usmějeme, může nám úsměv oplátit. Pokud se napije mléka, vydává spokojené vzdychavé zvuky.
3. měsíc	Dítě umí v poloze na břiše zvednout hlavu i trup nad podložku, opírá se na předloktí, „pase koníčky“, při přitahování do sedu již krátce udrží hlavičku (padá jen mírně dozadu), sleduje pohybující se hračky a snaží se je uchopit, prohlíží si svoje prsty a hraje si s nimi. Spontánně se usmívá. Samo spontánně vydává zvuky, žvatlá.
6. měsíc	V lehu na bříšku zvedá ručky a nožky do výše; dokáže se převalit z bříška na záda; za podané prsty se přitáhne do sedu; podržíme-li dítě v podpaždí, zapře nožky pevně o podložku; žvatlá slabiky – ba, va, ma, pa, ta; dokáže dobře přijímat stravu lžičkou.
9. měsíc	Pohybuje se po podložce v poloze na břiše. Může se plazit nebo lézt po čtyřech, umí se válet a přetáčet. Dokáže samo sedět. Zkoumá předměty ruka–oko–ústa. Má strach z neznámých lidí. Dokáže vyslovit několik slabik těsně za sebou.
12. měsíc	Samo se přitahuje do stoje, stojí s oporou např. nábytku, chvíli i samostatně, bez opory, dělá první krůčky. Některé děti umí už i samy chodit. Třeše s předměty a hračkami, bouchá s nimi, hází je na zem. Ukazuje blízké osobě náklonnost, především matce. Napodobuje zvuk řeči, říká krátká slova, hlavně dvojslabičná.

18. měsíc	Dítě už chodí samostatně, chůze je jistá, dokáže se shýbnout pro předměty na zemi. Intenzivně zkoumá prostředí, schovává věci a zase je přináší, uklízí, hraje si s vodou, přelévá atd. Používá slova jako máma a táta smysluplně a dokáže říci i další krátká slova.
2 roky	Běhá jistě, ale pokud se vyskytne překážka, obvykle ji obchází, nepřelézá. Dokáže si dřepnout i vstát z dřepu. Napodobuje každodenní činnosti a chování dospělého – hra na role. Zkouší se prosadit, brání si svoje hračky a své vlastnictví, nechce věci půjčovat. Používá smysluplně nejméně 20 slov, dokáže porozumět výzvě a splnit jednoduchý úkol.
3 roky	Seskočí ze stupínku snožmo, umí stát na jedné noze asi jednu sekundu. Dokáže se soustředit a koncentrovat na hry, kdy napodobuje činnosti a zároveň zapojuje svoji bohatou fantazii. Používá správná podstatná jména, jednotné i množné číslo. Mluví v krátkých větách, dokáže zazpívat jednoduchou písničku, řekne delší říkanku, dokáže rozeznat základní barvy.
4 roky	Dokáže chodit po schodech nahoru i dolů bez držení, umí stát na jedné noze více jak 1 sekundu. Jednoduchá konstruktivní hra, hlavně hra na role, ale už dohromady s ostatními dětmi. Chce si hrát s vrstevníky, hledá kamarády. Dokáže hovořit s ostatními, vyprávět zážitky, nakreslí jednoduchou postavu bez trupu (hlavonožec), zachování čistoty není problém, samo se umyje.
5 let	Dítě umí stát na jedné noze déle než 5 sekund a umí skákat na jedné noze – poskočí alespoň 5x za sebou. Dokáže dodržovat pravidla hry, dokáže hrát a plně se koncentrovat i na složitou hru. Spolupracuje se spoluhráči a kamarády, drží se stanovených pravidel. Bezchybně vyslovuje, možné jsou drobné gramatické chyby. Řekne, jak se jmenuje, kde bydlí, kolik má roků, pomáhá v domácnosti, rozezná pravou a levou ruku, nakreslí reálnou postavu.

### Vybrané vývojové škály

Vyšetřování dětí s sebou nese celou řadu specifík s ohledem na dobu spánku a krátkou dobu bdění, případný dopad nepohodlí při vyšetřování, negativní přijímání neznámé osoby. Kolem třetího roku života je dalším problémem silný negativismus (Svoboda, Krejčířová & Vágnerová, 2009). Většina vývojových škál má doporučený postup předkládání jednotlivých úkolů flexibilně upravených reakcím dítěte. Podle stejných autorů začíná vyšetření obvykle volnou hrou. Téměř vždy je prováděno v přítomnosti matky, jejíž pomoci lze v případě úzkostných reakcí využít. Záznam se provádí až po skončení vyšetření. Během vyšetření se doporučuje dělat si jen stručné poznámky. Test je vhodné znát z paměti a nenahlížet často do manuálu. Důraz je kladen zejména na pozorovací dovednosti vyšetřujícího. Pro interpretaci je povinnou součástí vyšetření podrobná anamnéza.

### Gesellovy vývojové škály

Podle Svobody, Krejčířové a Vágnerové (2009) (ze kterých je čerpáno i při popisu dalších vývojových škál) se jedná o nejznámější obecnou vývojovou metodu. Je založená na maturaci, tedy zrání nebo dospívání dítěte. Vývoj chování postupuje v zákonitých sekvencích. Například řeč, chůze, úchop jsou u dětí v různých etapách vývoje na podobné úrovni. Motorický vývoj, který nás v oblasti APA zajímá především, popsal Gesell v dodnes platných základních vývojových principech. Jedná se zejména o zákonitosti směru vývoje kefalokaudálního, proximodistálního a ulnoantagonistického.

Princip funkční asymetrie a princip individualizace a autoregulace. Technika je určena pro děti od 4 týdnů do 36 měsíců. Pro každá věkový stupeň je určeno charakteristické chování. Položky jsou rozděleny do pěti oblastí: adaptivní chování, hrubá motorika, jemná motorika, řeč a sociální chování. Pokud se soustředíme na hrubou motoriku, pak sledujeme v kojeneckém věku zejména polohu dítěte, posturální reakce, ovládání hlavičky, vývoj sezení, lezení a počátky chůze. V batolecím věku chůzi prostou, chůzi

do schodů, běh a skákání. Vyšetřující zaznamenává kvalitu pohybu, svalový tonus, případné asymetrie v reakcích, třes, přetrvávání primitivních reflexů i další neuromotorické abnormality. Jemná motorika se pak testuje klasicky ve spojení s manipulací s různými předměty. Hodnocena je dovednost sahání po předmětu, kvalita úchopu, jeho uvolnění i manipulace. Jemná motorika signalizuje případné deficity lépe než hrubá.

Vyhodnocení se nezjednodušuje na pouhou interpretaci ve stylu „zvládá, nezvládá“, ale jednotlivé položky mají různou vážnost. Pokud už nastoupilo zralejší chování, pak jsou vývojově nižší parametry hodnoceny jako splněné (např. otázka reflexů). Pracuje se i parametrem odmítnutí. Důležitý je záznam eventuální patologie. Závěrem vyhodnocení je určení vývoje kvocientu jako odhadu celkového intelektového potenciálu. Pokud zaznamenáváme výrazný nesoulad jednotlivých oblastí, pak je jakékoliv stanovení cílů velmi obtížné, především co se týká nesouladu parametrů s adaptivitou, která koreluje s budoucí inteligencí nejvíce.

### Škály N. Bayleyové

Zřejmě celosvětově nejrozšířenější je Bayley Scales of Infant Development. Rozsah cílové skupiny je od 1 měsíce až do 42 měsíců. Test obsahuje sérii úkolů se vzrůstající obtížností. Škála je rozdělena do tří částí. Mentální stupnice zahrnuje podobně jako Gesellova škála adaptivitu, řeč a částečně i sociální chování; od druhého roku do určité míry i jemnou motoriku. Velmi významnou je motorická stupnice, která zahrnuje koordinaci velkých svalových skupin. Opět se jedná o řešení úkolů od nejjednodušších po složitější s komparací s normou jednotlivých věkových kategorií. Třetí částí škály je chování dítěte, které popisuje spíše kvalitativně. Hodnoceno je interpersonální chování, sociální orientace, obecné emoční ladění, bázlivost, cílenost chování, pozornost, vytrvalost a využívání smyslů. Hlavními rozdíly od předchozích Gesellových škál je, že škála Bayleyové akcentuje motorickou a mentální škálu. Chování spíše popisuje. Výhodou je, že souhrnné skóry jsou přehlednější a jednoznačnější. Přehlednější zejména ve smyslu patrných odchylek od normy. Pokud matka potvrdí, že danou činnost dítě zvládá doma, ale při testování ji nepředvedlo, pak položka započítána není. Na rozdíl od interpretace Gesellovy škály není u škály Bayleyové projektováno tolik subjektivních názorů vyšetřujícího.

### Škála Ozeretzkého

Test obsahuje 46 položek jako ukazatelů motorického vývoje koordinace pohybů. Škála je rozdělena do 8 subtestů. Pro každou věkovou skupinu jsou určeny úkoly, které musí dítě příslušného věku splnit. Subtesty měří jak hrubou, tak jemnou motoriku, manuální zručnost, pohyblivost prstů. Existuje i zkrácená verze obsahující 14 položek.

Test není časově limitován. Administrace obvykle trvá 45–60 minut, zkrácená verze 15 minut. Metoda je určena pro děti od 4,5–14,5 let. Za každý splněný úkol získá dítě určitý počet bodů. Součet bodů slouží k výpočtu skóru – komplexní skór hrubé motoriky a zvlášť jemné motoriky. Škálu lze použít jako součást testové baterie.

Zejména pro děti staršího věku než první dvě vývojové škály jsou určeny např. Günsburgova škála, McCarthyové nebo Vinelandská škála sociální zralosti (Valenta et al., 2012). Stejný autor pak nezapomíná i na jednodimenziální a komplexní testy inteligence, jako jsou Kohsovy kostky, Ravenovy progresivní matice, nejpoužívanější WISC – III test nebo Test kognitivních schopností.



### 1.3 Žák s MP

Výchovně-vzdělávací proces žáků s mentálním postižením zdánlivě nevyžaduje tak rozsáhlá specifika jako práce s jedinci se zrakovým či tělesným postižením, není však méně náročný. Činnost pedagoga však zde musí být ještě soustavnější a důslednější.

Pokud mluvíme o specifikách, myslíme tím především rozdílný přístup k žákovi s ohledem na jeho jedinečnost. Velmi důležitými charakteristikami je motivovanost, trpělivost, pozornost, kreativita, flexibilita a celková zainteresovanost pedagoga (Ješina, 2008). Plánování a realizace programů kladou vyšší nároky také na personální zajištění, organizaci, bezpečnost a čas. Lze mluvit o tom, že se na práci s osobami s mentálním postižením i ve starším než školním věku kladou podobné nároky jako na práci s dětmi v předškolním a mladším školním věku, ale toto porovnání není zcela přesné. Hlavním rozdílem jsou především hlubší a bohatší zkušenosti a možné dovednosti osob s mentálním postižením s ohledem na jejich jedinečnost. Jednotlivé dovednosti mohou být na relativně velmi vysoké úrovni i v porovnání s populací bez mentálního postižení (Ješina, Kudláček, et al., 2011).

Bylo by nesporně velkou chybou omezit charakteristiku žáků s mentálním postižením na strohou klasifikaci mentálního postižení obecně (jak bylo uvedeno již v předchozích podkapitolách). Navzdory tomu, že každý jedinec je individuální sám o sobě, je možné vysledovat několik základních průřezových specifik.

Jedním z nejvýraznějších specifik, která mají bezprostřední dopad na vzdělávání, jsou kognitivní funkce. Smyslová percepce je součástí první signální soustavy (Valenta & Müller, 2003) a obsahem jsou počítka a vjemy. Výběrovost vzniká na základě zkušenosti. U žáků s mentálním postižením je proces získávání zkušeností pomalý a probíhá s určitými odchylkami. Velmi důležitá je zejména stimulace smyslů. Smyslová výchova je nutnou součástí výchovně-vzdělávacího procesu ať už jako diferencovaný vzdělávací předmět, tak jako součást všech ostatních předmětů. Myšlení společně s řečí bývá opět narušeno. Problém spočívá už v pouhém porozumění významu slov. Problémy se objevují i při fonematickém sluchu. Myšlení bývá konkrétní, často bez schopnosti abstrakce či generalizace. Paměť bývá nejčastěji mechanická bez možnosti rozlišit podstatné informace od nepodstatných. Udržení pozornosti bývá kratší, a tím pádem se žák s MP snadněji unaví. Únava obecně je přirozená reakce organismu na vnější či vnitřní zátěž, což znamená častěji střídání zaměření činností a využívání prostředků. Emoční stránka bývá u žáků s MP velmi individuální a v odborné literatuře se často můžeme setkat s mnoha mýty týkajícími se této problematiky. Některé kriticky hodnotí např. Válková (2012a). Rozhodně není pravdou, že emocionalita žáků s MP je chudší, a nepotvrzujeme ani informace o přehnané agresivitě většiny žáků s MP. Žáci s MP jsou z hlediska volných charakteristik často nerozhodní a je nutné využívat různých prostředků pro jejich aktivizaci a motivaci, což se např. v TV projevuje velmi výrazně. Deficit můžeme v pedagogické praxi pozorovat i ve vztahu k pozornosti, vnitřní motivovanosti, cílevědomosti apod.

Co se týká práce s osobami s lehkým MP, vycházíme z obecně platných metodik s akcentem na dodržování správných didaktických zásad, postupů a prostředků se specifikem v přijímání výjimečnosti jedinců klientské skupiny. Významnější specifika lze najít zejména u žáků se středně těžkým (případně těžkým) MP. Je zřejmé, že metodicky je nutné zvolit přiměřený sled postupných didaktických kroků, myslet na pomalejší tempo rozvoje specifických dovedností, a především musíme mít na zřeteli skutečnost, že primární nemusí být vždy výkon, ale spíše psychologicko-sociální rovina nově naučených dovedností či znalostí. Také pohybové aktivity obecně jsou pro žáky s mentálním postižením velmi důležité (Ješina, Kudláček et al., 2011).

Z didaktických zásad bychom chtěli zdůraznit především zásadu názornosti. Žákům s MP předkládáme informace způsobem, který vyžaduje zapojení co možná největšího počtu smyslů. Abstraktní

výrazy konkretizujeme za pomoci nejrůznějších didaktických pomůcek. Pozor však při popisech věcí a jevů, někdy méně je více. Přílišná verbalizace totiž může být pro žáka s MP matoucí. Zásada přiměřenosti je důležitá především vzhledem ke stupni a typu mentálního postižení. Často se snažíme vycházet ze hry, která má jednak motivační účinek, především však umožňuje lepší udržení pozornosti a uvědomění si využitelnosti učiva. Dále zdůrazňujeme zásadu soustavnosti, která dovoluje přijímání informací v ucelené soustavě (Valenta & Müller, 2003). Zásada trvalosti pak souvisí s uchováním naučeného. Je nutné, abychom využili maximum možných didaktických prostředků, včetně stimulace smyslů. Využitím mezipředmětových vztahů (např. matematika ve školní TV) podporujeme uchování naučeného, a především pak schopnost aplikovat naučené ve variabilních podmínkách, které hra přináší. Co však považujeme za jednu z klíčových zásad, je individuální přístup. Spočívá v nahlížení na žáka jako subjekt, ale i objekt, který má právo vzhledem ke své jedinečnosti na specifický přístup pedagoga v komunikaci, změnu obsahu a přizpůsobení podmínek.

Didaktické metody dělí Valenta a Müller (2003) na metodu motivační, expoziční, fixační a klasifikační. Motivačně může působit využití herních prvků, rozhovorů, vyprávění, dramatizace. Můžeme také využívat prvky zážitkové pedagogiky. Expoziční metoda je specifická především vzhledem ke konkretizaci učeného a je závislá na kreativitě a vnitřní motivaci samotného pedagoga. Je nutné využívat maximální množství prostředků a didaktických pomůcek. Nutná je také vizualizace, využití trojrozměrných pomůcek atd. Metoda fixační v sobě mimo jiné obsahuje zvýšený důraz na opakování učiva a hledání nových prostředků v případě opakujících se neúspěchů. Klasifikační metoda pak není pouhým známkováním, jedná se spíše o hledání možností získávání a předávání zpětné vazby, což kromě tradičního známkování či slovní klasifikace může být například tvorba obrázků, využití hudebních prostředků, básniček, her atd.



## 2 TV v systému škol pro žáky s MP

(Ondřej Ješina)

Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, rozvoj pohybových aktivit souvisí s rozvojem poznávacích schopností, rozvíjí bezprostřední vnímání, pozornost, paměť, obrazotvornost, představivost, myšlení a řeč, proto je nutné jejich využití u osob s mentálním postižením jednoznačně podporovat (Kvapilík & Černá, 1990). S tím se ztotožňuje Valenta a Krejčířová (1997), když mluví o utváření časoprostorových představ, odhadu vzdálenosti, rychlosti, pochopení předmětových vztahů promítajících se do celkové anticipace osobnosti. Současně podtrhují význam těchto činností na zkvalitnění oběhové a podpůrné soustavy těla, respirace, metabolismu a v širším slova smyslu i zlepšení sociální adaptability osob s mentálním postižením.

Při výchovně-vzdělávacím procesu žáků s MP je nutné využít pohybových aktivit a dalších herních činností pro relaxaci mentálních sil, pozornosti nebo v konkretizaci některých abstraktních výrazů v matematice, českém či cizím jazyce, zeměpisu nebo historii. Je nutné využívání mezipředmětových vztahů ještě více než u žáků bez MP.

Naprostu stěžejní je především sociální kontakt s novými lidmi v novém prostředí. Na tomto místě uvádíme vybrané aspekty, které je nutné formovat:

- sebeobslužné návyky,
- orientace v prostředí,
- sociální kontakt s lidmi,
- naučení se novým termínům,
- rozvoj morálně-volních vlastností,
- rozvoj specifických dovedností (psaní, čtení, motorické dovednosti aj.).

*Sebeobslužné návyky* zahrnují samostatnost v oblasti hygieny, dovednost postarat se sám o sebe při běžných činnostech denního režimu, jako je používání toalet, stravování se, základní příprava potravin apod. Pokud mluvíme o *orientaci v prostředí*, myslíme tím především schopnost orientovat se v budově školy, ve třídě (kde jsou schované pomůcky, sešity aj.). *Sociální kontakt* je klíčový především ve vztahu ke skupině spolužáků, k ostatním žákům, ale i k pedagogickým pracovníkům. Žák by měl umět požádat adekvátním způsobem o pomoc své spolužáky nebo naopak jim pomoc poskytnout, měl by být schopen oslovit pedagogické pracovníky atd. TV vytváří vhodné podmínky pro všechny tyto popsání aspekty.

Velmi důležité je také doplnění si slovní zásoby, *naučení se novým termínům* (z oblasti PA) a osvojení si jejich adekvátního používání. Pedagogové často při vysvětlování např. PA zapomínají na to, že žáci s mentálním postižením nerozumí běžně používaným termínům jako lajna, offside, ofenzivní hráč či strike. Proto je nutné tyto pojmy nejdříve vysvětlit, popř. najít jejich synonyma, která jsou pro žáky s MP srozumitelná. Při komunikaci si musíme být vědomi také vztahů žáka s MP s dalšími osobami, zejména rodiči, sourozenci a spolužáky. Především tím případným nedorozuměním, potenciálnímu snížení sociálního statusu žáka v třídní skupině nebo jiným nepříjemným situacím. *Rozvoj morálně-volních vlastností* je důležitý jak z hlediska dopadu v sociální oblasti, tak především ve vztahu k sobě samému. Žák by měl být veden k vlastní zodpovědnosti a současně s tím i k motivaci ve vztahu k jednotlivým činnostem. *Rozvoj specifických dovedností* vychází z obecně platných zásad, metod a prostředků, avšak

s důrazem na jedinečnost žáka s MP. Na zřeteli máme především nedostatečně rozvinutou jemnou (ale často i hrubou) motoriku, specifika v pozornosti, myšlení a paměti. V porovnání se skupinou žáků bez MP je více limitováno využívání i zpětnovazebných prostředků.

## 2.1 Stručná historie TV žáků s MP

Institucionalizovanou školní výchovu a vzdělávání (ve školách obecných) řeší legislativně říšský zákon z roku 1869, který i pro děti s postižením zavádí povinnou školní docházku. Karásková (1991) však uvádí, že už v roce 1850 byly pohybové aktivity osob s MP výrazným způsobem podpořeny v mimoškolní oblasti, a to zřízením tělocvičny v pražském ústavu pro choromyslné. A pohybové aktivity hrály důležitou roli při výchově a vzdělávání v našem nejznámějším ústavním zařízení té doby – v Ernestinu.

První pomocná třída pro žáky s MP byla na našem území zřízena při staroměstské obecné dívčí škole u sv. Jakuba v Praze v roce 1896 z iniciativy univerzitního profesora Jana Šauera z Augenburku a měla tři oddělení (Eisova, 1983 in Lejčarová, 2012). Rozsah výukových hodin byl v 1.–3. třídě 1 hodina týdně, 4.–8. třída 2 hodiny týdně (Karásková, 1991). Ve 20. letech vznikla iniciativa, jejíž hlavní tváří byl vrchní školský inspektor Josef Zeman. Ta vytvořila podmínky pro prosazení zákona o pomocných školách v roce 1929. Tento zákon zařazoval jako první děti s MP do speciálních škol na základě „úředního zjištění“ (Bednářova, 1973). V té době obsah TV tvořily většinou prostocviky, nápravné cviky, rytmický tělocvik, hry, zpěv, vycházka, cvičení smyslů a hygiena. Počet žáků v tomto typu školy byl oproti běžným školám snížen na 20 (Lejčarová, 2012). Zákon o jednotném školství pak zavedl nový termín zvláštní škola (dříve pomocná) (Valenta & Müller, 2003). Kromě změny, v té době již hanlivému označení pomocná škola přinesl tento zákon spíše negativa v podobě centralizovaných a pevněji daných osnov, které neumožňovaly přizpůsobení se potřebám žáků a podmínkám školy. Žáci byli rozděleni do čtyř stupňů (Lejčarová, 2012). Tento stav později ve školách (opět) pomocných (srovnání s dříve zrušeným označením) setrval až do školského zákona schváleného v roce 2004. V přípravném stupni obsahovala školní TV dokonce 6 vyučovacích hodin týdně, v dalších stupních pak 3. Významným cílem školní TV bylo překonávání nechuť k pohybu. Zajímavostí byla podpora i nepovinných předmětů včetně TV (Lejčarová, 2012). Školský zákon z roku 1953 pak rozšířil systém škol pro žáky s mentálním postižením o druhý cyklus škol (Valenta & Müller, 2003). Současně době došlo ke snižování počtu žáků ve třídě na běžných 15, což bylo přijímáno ve vztahu k organizaci TV kladně (Lejčarová, 2012). Zaznamenáváme obrovský nárůst škol a zařazených žáků (Valenta & Müller, 2003). V té době sloužil tento růst potřebám prezentace rozvoje našeho speciálního školství, diagnostiky a přípravy pedagogických pracovníků pro práci s žáky s MP. Vznikala internátní zařízení, kde byla nepovinná TV součástí volnočasových aktivit žáků. Už od 70. let 20. století zaznamenáváme diferenciaci škol na dva typy určené pro žáky s lehkým MP a středně těžkým MP (případně těžkým MP). Organizačně se skupiny postupně osamostatnily a vytvořily třídy v rámci tehdy speciálních škol. V 90. letech se pak žáci rozdělených tříd vzdělávali podle diferencovaných programů a plánů pro zvláštní a pomocné školy. Některé školy navštěvovali žáci vzdělávající se pouze podle jednoho vzdělávacího programu. Od roku 1995 se vyučovalo na základě programu pro pomocné školy a od roku 1997 pro zvláštní školy. TV se vyučovala v rozsahu 5 hodin na pomocné a 3 hodiny na zvláštní škole. Jepičík život pak měl pokus o vyřešení tehdejšího zvyku zařazovat do škol primárně zřízených pro žáky s MP žáky romského etnika. Jednalo se o Alternativní vzdělávací program zvláštní školy pro žáky romského etnika z roku 1998. Všechny tyto dokumenty totiž zrušilo schválení „školského zákona“ 561/2004 s platností od roku 2005. V současné době se setkáváme s možností žáků s MP vzdělávat se na školách primárně určených žákům s MP (mateřská škola speciální, základní škola praktická, základní škola speciální, praktická škola jednoletá, praktická škola dvouletá, odborné učiliště), formou individuální (do maximálního počtu 5 žáků se speciálními vzdělá-

vacími potřebami ve třídě) nebo skupinové integrace, kombinací těchto forem a formou individuálního vzdělávání (u žáků s hlubokým, případně těžkým MP nejčastěji v domácím prostředí).

## 2.2 Současný stav školní TV ve školách zřízených pro žáky s MP

Zlepšení motorických kompetencí žáka s mentálním postižením je jedním z úkolů pedagogických pracovníků realizujících TV. Jedinečnost žáků s MP si často vyžaduje úpravu podmínek a (v podstatě vždy) obsahu TV. Nejvíce specifík ve vztahu ke vzdělávacím normám najdeme na základní škole speciální. Zde probíhá výuka dle rámcových vzdělávacích programů pro základní školy speciální (RVP-ZŠS), která má dvě základní části – pro žáky se středně těžkým MP a těžkým MP a souběžným postižením více vadami. TV je vyučována pouze v rámci I. dílu tohoto dokumentu. Existují však i další alternativy, mezi nimi pro naše podmínky tradiční zdravotní tělesná výchova (ZTV) s úpravami pro žáky s MP. Především pohybová výchova (PV) a rehabilitační tělesná výchova (RTV). Jsou realizovány na základních školách speciálních. Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní školy speciální (RVP-ZŠS) definuje PV a RTV společně se ZTV jako součást oblasti Člověk a zdraví pro žáky s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

Výše popsaná specifika žáků s MP vyžadují změny forem a obsahů vyučovaných předmětů, stejně jako využívaných prostředků. Současný vzdělávací systém umožňuje žákům vzdělávat se v rozličných formách. Žáci s lehkým mentálním postižením se vzdělávají dle RVP ZV-LMP, jedná se tedy o základní vzdělávání s relativně minimálními modifikacemi. Poměrně rozdílná situace je u žáků se středně těžkým a těžkým mentálním postižením (případně souběžným postižením více vadami). Tito se vzdělávají nejčastěji na základní škole speciální, později na praktických školách.

V současné době mají žáci základních škol praktických ve svém vzdělávacím plánu minimálně 2 (často však 3) hodiny TV týdně a žáci základní školy speciální dokonce 6 hodin týdně u II. dílu, případně 3 hod. u I. dílu. Na praktických školách jednoletých pak dochází ke spojení časové dotace TV a výchovy ke zdraví, která činí 3 hodiny týdně. Dvouletá praktická škola již TV a výchovu ke zdraví odděluje poměrem 2 : 1 hodin v týdnu. Přičemž struktura školní TV je nejčastěji následující:

- základní školy praktické – minimálně dvě povinné vyučovací hodiny TV, jedna vyučovací hodina ZTV přidaná v rámci disponibilní doby ředitelem školy.
- základní školy speciální, I. díl – škola musí zařadit minimálně tři vyučovací hodiny školní TV. Toto dělení je často obdobné jako na základní škole praktické, tedy dvě vyučovací hodiny TV a jedna vyučovací hodina ZTV. Případně může ředitel školy zařadit další hodinu(y) v rámci disponibilní doby.
- základní školy speciální, II. díl – je z hlediska školní TV nejvelkorysejší. Minimálně dvě hodiny musí škola realizovat PV a čtyři hodiny pak ZTV, případně RTV v případě žáků se souběžným postižením více vadami.
- praktická škola jednoletá – 3 hodiny TV společně s výchovou ke zdraví.
- Praktická škola dvouletá – 2 hodiny TV (výchova ke zdraví je oddělena).

## 2.3 Obsah TV podle kurikulárních dokumentů

Základním kurikulárním dokumentem pro základní školy praktické je stejně jako pro základní školy (běžného typu) Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou pro žáky s lehkým mentálním postižením (RVP ZV – LMP), přičemž příloha není nikterak rozsáhlá. Obsahuje zejména návod, jak zpracovat školní vzdělávací program s minimálními úpravami pro participaci žáka s MP v integrovaném i segregovaném prostředí. Tato úprava spočívá ve změně formulace cílů „žák má“ za „žák by měl“. Zvláštností Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělávání základní škola speciální (RVP – ZŠS) je rozdělení na I. a II. díl podle hloubky postižení žáků. Praktické školy, které představují středoškolské pokračování vzdělání primárně pro žáky s těžším MP je možné realizovat jako jednoleté nebo dvouleté. Odborná učiliště určena primárně žákům s lehčím MP pak vytvářejí kurikulum podle Rámcového vzdělávacího programu pro gymnázia.

Ačkoliv jednotlivé výše uvedené dokumenty doznávají novelizací a úprav. Podstata zůstává prozatím stejná. Z toho důvodu je vhodné věnovat jim pozornost a případně monitorovat aktualizace na oficiálních webových stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

### 2.3.1 Tělesná výchova na základních školách

#### Základní školy (ve znění platném pro žáka s MP) a základní školy praktické

##### 1. stupeň

Očekávané výstupy – 1. období

Žák by měl:

- *spojovat pravidelnou každodenní pohybovou činnost se zdravím a využívat nabízené příležitosti;*
- *zvládat v souladu s individuálními předpoklady jednoduché pohybové činnosti jednotlivce nebo činnosti prováděné ve skupině, usiluje o jejich zlepšení;*
- *spolupracovat při jednoduchých týmových pohybových činnostech a soutěžích*
- *uplatňovat hlavní zásady hygieny a bezpečnosti při pohybových činnostech ve známých prostorech školy;*
- *reagovat na základní pokyny a povely k osvojované činnosti a její organizaci.*

Očekávané výstupy – 2. období

Žák by měl:

- *podílet se na realizaci pravidelného pohybového režimu, uplatňovat kondičně zaměřené činnosti, projevovat přiměřenou samostatnost a vůli po zlepšení úrovně své zdatnosti;*
- *zařazovat do pohybového režimu korektivní cvičení, především v souvislosti s jednostrannou zátěží nebo vlastním svalovým oslabením;*
- *zvládat v souladu s individuálními předpoklady osvojované pohybové dovednosti, vytvářet varianty osvojených pohybových her;*

- *uplatňovat pravidla hygieny a bezpečného chování v běžném sportovním prostředí, adekvátně reagovat v situaci úrazu spolužáka;*
- *jednoduše zhodnotit kvalitu pohybové činnosti spolužáka a reagovat na pokyny k vlastnímu provedení pohybové činnosti;*
- *jednat v duchu fair play: dodržovat pravidla her a soutěží, poznat a označit zjevné přestupky proti pravidlům a adekvátně na ně reagovat, respektovat při pohybových činnostech opačné pohlaví;*
- *užívat při pohybové činnosti základní osvojované tělocvičné názvosloví;*
- *cvičit podle jednoduchého nákresu, popisu cvičení;*
- *zorganizovat nenáročné pohybové činnosti a soutěže na úrovni třídy;*
- *změnit základní pohybové výkony a porovnat je s předchozími výsledky;*
- *orientovat se v informačních zdrojích o pohybových aktivitách a sportovních akcích ve škole i v místě bydliště, samostatně získávat potřebné informace.*

## 2. stupeň

### ČINNOSTI OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ

Očekávané výstupy

Žák by měl:

- *aktivně vstupovat do organizace svého pohybového režimu, některé pohybové činnosti zařadit pravidelně a s konkrétním účelem;*
- *usilovat o zlepšení své tělesné zdatnosti, z nabídky zvolit vhodný rozvojový program;*
- *samostatně se připravit před pohybovou činností a ukončit ji ve shodě s hlavní činností – zatěžovnými svaly;*
- *odmítat drogy a jiné škodliviny jako neslučitelné se sportovní etikou a zdravím, upravit pohybovou aktivitu vzhledem k údajům o znečištění ovzduší;*
- *uplatňovat vhodné a bezpečné chování i v méně známém prostředí sportovišť, přírody, silničního provozu; předvídat možná nebezpečí úrazu a přizpůsobit jim svou činnost.*

### ČINNOSTI OVLIVŇUJÍCÍ ÚROVEŇ POHYBOVÝCH DOVEDNOSTÍ

Očekávané výstupy

Žák by měl:

- *zvládat v souladu s individuálními předpoklady osvojované pohybové dovednosti a tvořivě je aplikovat ve hře, soutěži, při rekreačních činnostech;*
- *posoudit provedení osvojované pohybové činnosti, označit zjevné nedostatky a jejich možné příčiny.*

## ČINNOSTI PODPORUJÍCÍ POHYBOVÉ UČENÍ

Očekávané výstupy

Žák by měl:

- *užívat osvojované názvosloví na úrovni cvičence, rozhodčího, diváka, čtenáře novin a časopisů, uživatele internetu;*
- *naplňovat ve školních podmínkách základní olympijské myšlenky – čestné soupeření, pomoc handicapovaným, respekt k opačnému pohlaví, ochranu přírody při sportu;*
- *dohodnout se na spolupráci i jednoduché taktice vedoucí k úspěchu družstva a dodržovat ji;*
- *rozlišovat a uplatňovat práva a povinnosti vyplývající z role hráče, rozhodčího, diváka, organizátora;*
- *sledovat určené prvky pohybové činnosti a výkony, evidovat je a vyhodnotit;*
- *zorganizovat samostatně i v týmu jednoduché turnaje, závody, turistické akce na úrovni školy, spolurozhodovat osvojované hry a soutěže;*
- *zpracovat naměřená data a informace o pohybových aktivitách a podílet se na jejich prezentaci.*

## Základní školy speciální (I. díl)

### 1. stupeň

Žák by měl:

- *mít kladný postoj k pohybovým aktivitám;*
- *zvládat podle pokynů přípravu na pohybovou činnost;*
- *reagovat na základní pokyny a povely k osvojované činnosti;*
- *mít osvojeny základní pohybové lokomoce, dovednosti a prostorovou orientaci podle individuálních předpokladů;*
- *dodržovat základní zásady bezpečnosti při pohybových činnostech a mít osvojeny základní hygienické návyky při pohybových aktivitách;*
- *zlepšovat svou tělesnou zdatnost, pohybový projev a správné držení těla;*
- *podle pokynu uplatňovat v pohybovém režimu korektivní cvičení v souvislosti s vlastním zdravotním oslabením;*
- *rozvíjet základní pohybové dovednosti podle svých pohybových možností a schopností;*
- *rozumět základním termínům tělocvičné terminologie a reagovat na pokyny k provádění vlastní pohybové činnosti;*
- *zvládat podle pokynu základní přípravu organismu před pohybovou činností i uklidnění organismu po ukončení činnosti;*
- *využívat osvojené pohybové dovednosti při hrách a soutěžích;*
- *uplatňovat hygienické a bezpečnostní zásady pro provádění zdravotně vhodné a bezpečné pohybové činnosti.*



## 2. stupeň

### ČINNOSTI OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ

Žák by měl:

- *usilovat o zlepšení a udržení úrovně pohybových schopností a o zdokonalování základních lokomo-cí a pohybových dovedností;*
- *cíleně se připravit na pohybovou činnost a její ukončení;*
- *využívat základní kompenzační a relaxační techniky;*
- *uplatňovat bezpečné chování v přírodě a v silničním provozu;*
- *znát zásady ošetření drobných poranění, umět požádat o pomoc.*

### ČINNOSTI OVLIVŇUJÍCÍ ÚROVEŇ POHYBOVÝCH DOVEDNOSTÍ

Žák by měl:

- *zvládat v souladu s individuálními předpoklady osvojované pohybové dovednosti a využívat je ve hře, soutěži, při rekreačních činnostech;*
- *snažit se o co nejsprávnější provedení pohybové činnosti.*

### ČINNOSTI PODPORUJÍCÍ POHYBOVÉ UČENÍ

Žák by měl:

- *dodržovat dohodnutou spolupráci v družstvu při kolektivních hrách;*
- *sledovat určené prvky pohybové činnosti a výkony.*

#### 2.3.2 Tělesná výchova na středních školách

K úplnému výčtu nám však chybí uvést Rámcový vzdělávací program pro gymnázia (RVPG), který je platný i pro jiné typy středních škol. Pro školy, které jsou absolventy základních škol praktických upřednostňovány platí rámcové vzdělávací programy pro střední odborná učiliště vždy upravené s ohledem na výuční obory. Tělesná výchova je zde součástí vzdělávací oblasti Vzdělávání pro zdraví. Oblast vzdělávání pro zdraví zahrnuje jednak učivo potřebné k péči o zdraví a k ochraně člověka za mimořádných událostí, jednak učivo tělesné výchovy. Pro praktickou školu jednoletou a dvouletou jsou pak TV a ZTV definovány.

Očekávané výstupy tělesné výchovy na oborech středních odborných učilišť:

#### Výsledky vzdělávání

Žák:

- *sestaví soubory zdravotně zaměřených cvičení, cvičení pro tělesnou a duševní relaxaci; navrhne kondiční program osobního rozvoje a vyhodnotí jej;*
- *uplatňuje zásady sportovního tréninku;*
- *je schopen kultivovat své tělesné a pohybové projevy;*
- *dokáže vyhledat potřebné informace z oblasti zdraví a pohybu;*

- *dovede o pohybových činnostech diskutovat, analyzovat je a hodnotit;*
- *dovede rozvíjet svalovou sílu, rychlost, vytrvalost, obratnost a pohyblivost;*
- *ovládá kompenzační cvičení k regeneraci tělesných a duševních sil, i vzhledem k požadavkům budoucího povolání; uplatňuje osvojené způsoby relaxace;*
- *dovede uplatňovat techniku a základy taktiky v základních a vybraných sportovních odvětvích;*
- *uplatňuje zásady bezpečnosti při pohybových aktivitách;*
- *je schopen sladit pohyb s hudbou, umí sestavit pohybové vazby, hudebně pohybové motivy a vytvořit pohybovou sestavu (skladbu);*
- *využívá pohybové činnosti pro všestrannou pohybovou přípravu a zvyšování tělesné zdatnosti;*
- *ovládá základní herní činnosti jednotlivce a participuje na týmovém herním výkonu družstva;*
- *dovede rozlišit jednání fair play od nesportovního jednání;*
- *využívá různých forem turistiky;*
- *dokáže zjistit úroveň pohyblivosti, ukazatele své tělesné zdatnosti a korigovat si pohybový režim ve shodě se zjištěnými údaji;*
- *dovede připravit prostředky k plánovaným pohybovým činnostem;*
- *pozná chybně a správně prováděné činnosti, umí analyzovat a zhodnotit kvalitu pohybové činnosti nebo výkonu;*
- *ověří úroveň tělesné zdatnosti a svalové nerovnováhy;*
- *zvolí vhodná cvičení ke korekci svého zdravotního oslabení a dokáže rozlišit vhodné a nevhodné pohybové činnosti vzhledem k poruše svého zdraví;*
- *je schopen zhodnotit své pohybové možnosti a dosahovat osobního výkonu z nabídky pohybových aktivit.*

### **Teoretické poznatky**

- *význam pohybu pro zdraví; prostředky ke zvyšování síly, rychlosti, vytrvalosti, obratnosti a pohyblivosti; technika a taktika; zásady sportovního tréninku;*
- *odborné názvosloví;*
- *výstroj, výzbroj; údržba;*
- *hygiena a bezpečnost; vhodné oblečení – cvičební úbor a obutí; záchrana a pomoc; zásady chování a jednání v různém prostředí; regenerace a kompenzace; relaxace*
- *pravidla her, závodů a soutěží*
- *rozhodování*
- *zdroje informací*



## **Pohybové dovednosti**

### Tělesná cvičení

- *pořadová, všestranně rozvíjející, kondiční, koordinační, kompenzační, relaxační aj. jako součást všech tematických celků*

### Gymnastika

- *gymnastika: cvičení s náčiním, cvičení na nářadí, akrobacie, šplh*
- *rytmická gymnastika: pohybové, kondiční a taneční činnosti s hudebním a rytmickým doprovodem*

### Atletika

- *běhy (rychlý, vytrvalý); starty; skoky do výšky a do dálky; hody a vrh koulí*

### Pohybové hry

- *drobné a sportovní (alespoň dvě sportovní hry)*

### Úpoly

- *pády*
- *základní sebeobrana*

### Plavání (dle podmínek školy)

- *adaptace na vodní prostředí*
- *dva plavecké způsoby*
- *určená vzdálenost plaveckým způsobem*
- *dopomoc unavenému plavci, záchrana tonoucího*

### Lyžování (dle podmínek školy)

- *základy sjezdového lyžování*
- *základy běžeckého lyžování*
- *chování při pobytu v horském prostředí*

### Bruslení (dle podmínek školy)

- *základy bruslení (na ledě nebo inline)*

### Turistika a sporty v přírodě

- *příprava turistické akce*
- *orientace v krajině*
- *orientační běh*

### Testování tělesné zdatnosti

- *motorické testy*

### Zdravotní tělesná výchova

- *speciální korektivní cvičení podle druhu oslabení*
- *pohybové aktivity, zejména gymnastická cvičení, pohybové hry, plavání, turistika a pohyb v přírodě*
- *kontraindikované pohybové aktivity*

**Praktickou školu** je možné studovat jako jednoletou nebo dvouletou. **Jednoletá** pak obsahuje zejména:

Žák by měl:

- *zvládat podle pokynů přípravu na pohybovou činnost;*
- *zlepšovat svou tělesnou kondici, pohybový projev a správné držení těla;*
- *zdokonalovat základní pohybové dovednosti, zlepšovat a udržovat úroveň pohybových schopností;*
- *dodržovat základní zásady bezpečnosti a hygienické návyky při pohybových aktivitách;*
- *využívat základní kompenzační techniky a uplatňovat osvojené způsoby relaxace;*
- *usilovat o co nejspřávnější provedení pohybové činnosti v souladu s individuálními předpoklady;*
- *aplikovat osvojované pohybové dovednosti ve hře, v soutěži, při rekreačních činnostech;*
- *ovládat základní herní činnosti jednotlivce a dodržovat spolupráci v družstvu při kolektivních hrách;*
- *dodržovat pravidla her a soutěží;*
- *uplatňovat zásady ekologického chování v přírodě a bezpečného chování v silničním provozu;*
- *reagovat na základní pokyny a povely k osvojované činnosti;*
- *rozlišit nesportovní chování;*
- *znát základní zásady poskytování první pomoci.*

### ČINNOSTI OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ

- *význam pohybu pro zdraví – pohybový režim, délka a intenzita pohybu, pohybové činnosti a hry, rekreační sport;*
- *příprava organismu – před pohybovou činností, uklidnění po skončení činnosti, protahovací cvičení;*
- *zdravotně zaměřené činnosti – správné držení těla, průpravná, koordinační, kompenzační, relaxační, psychomotorická, dechová a jiná zdravotně zaměřená cvičení;*
- *rozvoj koordinačních schopností;*
- *hygiena a bezpečnost při pohybových činnostech.*

### ČINNOSTI OVLIVŇUJÍCÍ ÚROVEŇ POHYBOVÝCH DOVEDNOSTÍ

- *pohybové hry – s různým zaměřením a využitím tradičního a netradičního náčiní, bez náčiní, motivační a napodobivé hry, modifikace osvojených pohybových her;*
- *základy gymnastiky – průpravná cvičení, jednoduchá akrobatická cvičení, cvičení s náčiním a na náradí;*

- *rytmická a kondiční cvičení – vyjádření rytmu pohybem, sladění jednoduchého pohybu s hudbou, jednoduché tanečky;*
- *průpravná úpolová cvičení – přetahy, přetlaky;*
- *základy atletiky – průpravné atletické činnosti, běhy, skok do dálky, do výšky, hod kriketovým míčkem;*
- *základy sportovních her – průpravné hry, základní manipulace s herním náčiním, hry se zjednodušenými nebo upravenými pravidly, základní herní činnosti jednotlivce;*
- *turistika a pobyt v přírodě – chůze a pohyb v terénu, pohybové činnosti v přírodě, ochrana přírody;*
- *netradiční pohybové činnosti.*

## ČINNOSTI PODPORUJÍCÍ POHYBOVÉ UČENÍ

- *základní organizační činnosti v TV;*
- *komunikace v TV – smluvené povely a signály, základní odborná tělocvičná terminologie osvojovaných činností;*
- *zásady jednání a chování – fair play, olympijské symboly;*
- *první pomoc při sportovních úrazech.*

Pro **praktickou školu dvouletou** jsou cíle a obsah TV takřka totožné s jednoletou praktickou školou. Jediné úpravy jsou následující:

- *žák by měl kromě zvládnutí přípravy organismu před pohybovou činností i uklidnění organismu po ukončení činnosti umět využívat i cviky na odstranění únavy;*
- *s regenerací souvisí i další úprava spočívající ve využívání kompenzačních cvičení k regeneraci v jednostranné zátěži;*
- *z hlediska činností ovlivňujících úroveň pohybových dovedností jsou to „sportovní soutěže“;*
- *z hlediska činností podporujících pohybové učení by měl žák být schopen přijímat aktuální informace ze sportu a znát sportovní tradice regionu.*

### 2.3.3 ZTV na všech stupních základních a středních škol (běžného typu)

„Školám se současně doporučuje vyrovnávat pohybový deficit žáků III. (příp. II.) zdravotní skupiny a jejich potřebu korektivních cvičení zařazováním povinného či volitelného předmětu, jehož obsah vychází z tematického okruhu Zdravotní tělesná výchova (jako adekvátní náhradu povinné tělesné výchovy nebo jako rozšíření pohybové nabídky). Tato nabídka vychází ze situace v moderní společnosti, která v mnohém život usnadňuje, ale paradoxně tím vyvolává už v dětském věku četná zdravotní oslabení, která je nutné napravovat a korigovat (z nedostatku intenzivního a vhodně zaměřeného pohybu, z dlouhodobého setrvávání ve statických polohách, z nadměrného příjmu potravy v nevhodné skladbě, z nekvalitního ovzduší, z četných stresových situací, nepříznivých sociálních vztahů atd.)“ (RVP ZV, 2007, 65). Zdravotní tělesná výchova (dále jen ZTV) je jistou alternativou (nikoliv však jedinou) pro začlenění žáka se SVP do školní TV. Vzhledem k ucelenému systému speciálních cvičení, který je podobný pro 1. i 2. stupeň, je formulováno učivo tohoto tématu jen na 2. stupni s předpokladem využití v celém základním

vzdělávání. Z RVP ZV-LMP bychom uvedli především činnosti a informace podporující korekce zdravotních oslabení:

- Na prvním stupni se jedná o konkrétní zdravotní oslabení žáka, prevenci, pohybový režim, vhodné oblečení a obutí pro ZTV, zásady správného držení těla, dechová cvičení, vnímání pocitů při cvičení, nevhodná cvičení a činnosti (kontraindikace zdravotních oslabení).
- Na druhém stupni pak základní druhy oslabení, jejich příčiny a možné důsledky – základní pojmy osvojovaných činností, prevence a korekce oslabení, denní režim z pohledu zdravotního oslabení, soustředění na cvičení, vědomá kontrola cvičení, nevhodná cvičení a činnosti (kontraindikace zdravotních oslabení).
- Na třetím stupni pak není zdravotní tělesná výchova vůbec definovaná kromě praktické školy a minimalisticky u odborných učilišť. Při její realizaci se vychází ze ZTV na 2. stupni základní školy.

Dále se zdravotní TV zabývá speciálními cvičeními, tedy cvičebními polohami, základní technikou cvičení a speciálními cvičeními pro samostatné cvičení, všeobecně rozvíjejícími pohybovými činnostmi v návaznosti na obsah TV s přihlédnutím ke konkrétnímu druhu a stupni oslabení a speciálními cvičeními sloužícími k nápravě oslabení podpůrně pohybového systému, vnitřních orgánů, smyslových a nervových funkcí (RVP ZV – LMP, 2005).

## ZTV NA ZÁKLADNÍ ŠKOLE

### 1. stupeň

Očekávané výstupy – 1. období

Žák by měl:

- *uplatňovat správné způsoby držení těla v různých polohách a pracovních činnostech; zaujímat správné základní cvičební polohy;*
- *zvládat jednoduchá speciální cvičení související s vlastním oslabením.*

Očekávané výstupy – 2. období

Žák by měl:

- *zařazovat pravidelně do svého pohybového režimu speciální vyrovnávací cvičení související s vlastním oslabením v optimálním počtu opakování;*
- *zvládat základní techniku speciálních cvičení; korigovat techniku cvičení podle obrazu v zrcadle, podle pokynů učitele;*
- *upozornit samostatně na činnosti (prostředí), které jsou v rozporu s jeho oslabením.*

## ČINNOSTI A INFORMACE PODPORUJÍCÍ KOREKCE ZDRAVOTNÍCH OSLABENÍ

- zdravotní oslabení – konkrétní zdravotní oslabení žáka, prevence, pohybový režim, vhodné oblečení a obutí pro ZTV, zásady správného držení těla, dechová cvičení, vnímání pocitů při cvičení, nevhodná cvičení a činnosti (kontraindikace zdravotních oslabení).

## SPECIÁLNÍ CVIČENÍ

- základy speciálních cvičení – základní cvičební polohy, základní technika cvičení, soubor speciálních cvičení pro samostatné cvičení.

*Vzhledem k ucelenému systému speciálních cvičení, který je shodný pro 1. i 2. stupeň, je formulováno učivo tohoto tématu jen na 2. stupni s předpokladem využití v celém základním vzdělávání.*

## VŠEOBECNĚ ROZVÍJEJÍCÍ POHYBOVÉ ČINNOSTI

- pohybové činnosti v návaznosti na obsah TV – s přihlédnutím ke konkrétnímu druhu a stupni oslabení.

### 2. stupeň

Očekávané výstupy

Žák by měl:

- *uplatňovat odpovídající vytrvalost a cílevědomost při korekci zdravotních oslabení;*
- *zařazovat pravidelně a samostatně do svého pohybového režimu speciální vyrovnávací cvičení související s vlastním oslabením, usilovat o jejich optimální provedení;*
- *umět se aktivně vyhýbat činnostem, které jsou kontraindikací zdravotního oslabení.*

## ČINNOSTI A INFORMACE PODPORUJÍCÍ KOREKCE ZDRAVOTNÍCH OSLABENÍ

- základní druhy oslabení, jejich příčiny a možné důsledky – základní pojmy osvojovaných činností, prevence a korekce oslabení, denní režim z pohledu zdravotního oslabení, soustředění na cvičení, vědomá kontrola cvičení, nevhodná cvičení a činnosti (kontraindikace zdravotních oslabení).

## SPECIÁLNÍ CVIČENÍ

- oslabení podpůrně pohybového systému (A) – poruchy funkce svalových skupin (A1); poruchy páteře – odchylky předozadního zakřivení (A2) a vybočení páteře do stran (A3); poruchy stavby dolních končetin (A4): lokální a celková relaxace; správné držení hlavy, pletence ramenního, pánve, kolen; protažení prsních a bederních svalů, zadní strany stehů a ohybačů kyčle; posilování šíjového, mezilopatkového, břišního, hýžděového, stehenního a lýtkového svalstva, vzpřimovačů trupu; zvýšení kloubní pohyblivosti a rozsahu pohybu; uvolňování páteře; rotační cvičení; správný dýchací stereotyp.
- oslabení vnitřních orgánů (B) – oslabení oběhového a dýchacího systému (B1); oslabení endokrinního systému (B2); obezita (B3); ostatní oslabení vnitřních orgánů (B4): (kromě cvičení ze skupiny A) rozvoj hlavních a pomocných dýchacích svalů; hrudní a brániční dýchání při zvýšené zátěži; adaptace na zvýšenou zátěž; cvičení koordinace a rovnováhy.
- oslabení smyslových a nervových funkcí (C) – oslabení zraku (C1); oslabení sluchu (C2); neuropsychická oslabení (C3): (kromě cvičení ze skupiny A) adaptace srdečně-cévního a dýchacího systému; koordinace pohybu; rovnovážné polohy; rozvoj sluchového, zrakového a taktilního

ho vnímání rytmu; cvičení s hudebním doprovodem; orientace v prostoru; zraková lokalizace, rychlost zrakového vnímání.

## VŠESTRANNÉ ROZVÍJEJÍCÍ POHYBOVÉ ČINNOSTI

- pohybové činnosti v návaznosti na vzdělávací obsah TV – s přihlédnutím ke konkrétnímu druhu a stupni oslabení.

ZTV na praktické škole jednoleté i dvouleté je obsahově i s ohledem na cíle takřka totožné se ZTV na základní škole (viz výše). Na praktické škole jednoleté je možné zaznamenat jedinou významnou odlišnost ve vztahu ke speciálním cvičením, která mají kromě oslabení podpůrně pohybového systému řešit také vnitřní orgány, oběhový a dýchací systém, endokrinní systém, obezitu, oslabení smyslových a nervových funkcí a neuropsychická onemocnění.

### 2.3.4 Pohybová výchova na základní škole speciální

Výstupy jsou zaměřené na:

- získání kladného vztahu ke cvičení a pohybovým aktivitám,
- zvládnání podle pokynu přípravy na pohybovou činnost,
- reagování na pokyny a povely k dané pohybové činnosti,
- osvojení základní pohybové činnosti, dovednosti a prostorové orientace podle individuálních předpokladů,
- rozvíjení motoriky a koordinaci pohybů a poloh,
- zvládnutí uvolnění a zklidnění organismu.

Učivo

- pohybové hry a cvičení – motivační a napodobivé hry, pohybová cvičení s využitím tradičního i netradičního náčiní, průpravné hry,
- základní manipulace s míčem a drobným náčiním,
- rytmická cvičení,
- relaxační cvičení; prvky jógových cvičení,
- plavání – adaptace na vodní prostředí, hry ve vodě; plavání za pomoci různých pomůcek; základní plavecké dovednosti,
- turistika a pobyt v přírodě – vycházky, pohyb v terénu.

### 2.3.5 Zdravotní tělesná výchova na základní škole speciální

Pro základní školu speciální se pak jedná především o uplatňování správného způsobu držení těla v různých polohách a pracovních činnostech, zvládnání jednoduchých speciálních cvičení souvisejících s vlastním oslabením a na druhém stupni jde o korigování techniky cvičení dle pokynů učitele.

Očekávané výstupy

Žák by měl:

- uplatňovat správné způsoby držení těla v různých polohách,

- zaujímat správné základní cvičební polohy,
- zvládat jednoduchá speciální cvičení,
- zvládat základní techniku speciálních cvičení podle pokynů.

#### Učivo

- dechová cvičení;
- zásady správného držení těla; rozvíjení jemné i hrubé motoriky; koordinace pohybů;
- pohybový režim; pohybové činnosti s přihlédnutím ke specifice postižení; pohybové hry;
- uvolňovací cvičení; relaxační cvičení;
- vnímání pocitů při cvičení;
- plavání – hry ve vodě, cvičení ve vodě, plavání za pomoci pomůcek.

### 2.3.6 Rehabilitační tělesná výchova

Rehabilitační tělesná výchova je vyučovacím předmětem a zařazuje se jako alternativní forma zdravotní tělesné výchovy pro žáky s nejtěžšími formami mentálního postižení, u nichž je snižená schopnost spontánního pohybu. Zaměření musí odpovídat psychickým možnostem jednotlivých žáků, jejich zdravotnímu stavu a specifice postižení. Představuje výzvu pro pedagogické pracovníky a nutnost dozdělat se v oblasti fyzioterapie. Pro fyzioterapeuty zase nabízí možnost uplatnění v případě získání pedagogických (nejlépe učitelských) kompetencí.

Základní didaktickou formou sociálně-interakční (z pohledu kinantropologických autorů) či organizační formou (z pohledu pedagogických zdrojů) je v RTV individuální forma. Učitel realizuje výuku ve specializované herně, která plně odpovídá potřebám předmětu a žáka. RTV nedoporučujeme realizovat v klasických tělocvičnách ani na hřištích. Upravená herna by měla obsahovat jak klasické, tak specializované pomůcky, náčiní a nářadí – míčky, masážní válečky, žebřiny, rehabilitační lavici, zahřívací pytlíky, koordinační desky a čocky aj. Pro RTV lze využít i prvky zařazované do terapeutické snoezelenové místnosti. Pokud to dovolují podmínky školy, pak je možné část RTV realizovat také ve vodním prostředí.

Od prosté rehabilitace z pohledu fyzioterapie se RTV odlišuje zejména prostředím, ve kterém probíhá (škola, školské zařízení), kompetencemi rehabilitačního pracovníka. Obsah je v RTV zaměřen zejména na vzdělávání (databáze aktivit), ale i na výchovu (kladný přístup ke cvičení, důraz na vnitřní motivaci a aktivitu žáka) apod. U cílů zdravotních je hlavní průsečík výše zmiňovaných přístupů.

#### Očekávané výstupy

Žák by měl:

- získat kladný vztah k motorickému cvičení a pohybovým aktivitám,
- rozvíjet motoriku a koordinaci poloh,
- zvládat podle pokynu přípravu na pohybovou činnost,
- reagovat na pokyny k dané pohybové činnosti,
- snažit se o samostatný pohyb.



### Učivo

- rozvíjení hybnosti; polohování, změny polohy; uvolňovací cvičení,
- stimulace pohybu v prostoru; rozvíjení aktivního pohybu; nácvik chůze s oporou, s dopomocí; samostatný pohyb,
- rozvíjení motoriky – koordinace pohybů; rovnovážná cvičení; manipulace s drobným náčiním,
- plavání – adaptace na vodní prostředí, hry ve vodě; plavání za pomoci různých pomůcek,
- relaxační cvičení; uvolňování spastických částí těla,
- rehabilitační cvičení; alternativní formy terapie podle možností školy i žáků.

## 2.4 Mezipředmětové vztahy s využitím prostředků TV

Při výuce žáka s MP si v žádném případě nevystačíme pouze s didaktickými pomůckami využívanými v běžných základních školách. O možnostech a správnosti použití informuje pedagogického pracovníka (učitele, asistenta pedagoga) především speciálněpedagogické centrum. Obecně platí využít co nejširšího spektra pomůcek stimulujících jednotlivé smysly (pokud možno komplexně) vzhledem k často nedostatečnému rozvoji neuromotoriky, senzomotoriky, sociomotoriky či psychomotoriky. Doporučujeme využívat reálných trojrozměrných předmětů, dále pak velkoplošných projekcí, videodokumentace nebo fotodokumentace. Velmi jednoduše lze říci, že se při výchovně-vzdělávacím procesu žáka s MP v ATV snažíme o využití všech dostupných didaktických pomůcek a prostředků s cílem vytvořit co nejkonkrétnější představu i v případě velmi abstraktních věcí a jevů.

Propojenost s jinými předměty a především dopad do budoucího studia a práce je ještě důležitější než u žáků bez MP. Vzhledem k tomu, že žáci s lehkým MP mají často 3 vyučovací hodiny ATV/TV (minimálně 2, často přidaná ZTV) a žáci se středně těžkým či těžkým MP mají 6 vyučovacích hodin (2 hodiny TV/PV a 4 hodiny ZTV/RTV), nabízí se možnost více času věnovat propojení s jinými vyučovacími předměty, jako je matematika, jazyky atd. Existuje řada pohybových aktivit, které vedou k rozvoji dovedností relevantních pro jiné vyučované předměty v integrovaném i segregovaném prostředí.

Mezipředmětové vztahy rozhodně nejsou novinkou. Morkes (n. d.) tvrdí, že:

*Rozsah, ale i kvalita mezipředmětových vztahů ve výuce na dřívějších školách byla odlišná od rozsahu a kvality těchto vztahů, jak se s nimi setkáváme v současnosti. Je to dáno několika základními skutečnostmi, které bychom neměli pominout. Především skutečností, že existuje poměrně výrazná odlišnost v kvalitě tehdejších a současných učitelů, daná jak jejich pregraduální přípravou, tak i jejich zaměřením. Současně jde i o výrazně odlišnou charakteristiku žáků a také o to, že tehdejší školy existovaly i objektivně ve výrazně jiných společenských podmínkách než školy současné. Zanedbatelná nebyla ani skutečnost, že v minulosti to byla především škola, prostřednictvím které získávali žáci výraznou většinu svých vědomostí a poznatků. Toho si tehdejší učitelé byli dobře vědomi a snažili se proto i jednotlivé poznatky předávat v určitých širších souvislostech.*

Propojenost předmětů je přímo podporována novými trendy ve vzdělávání, především školními vzdělávacími programy, které přímo vycházejí z norem vymezených rámcovými vzdělávacími programy pro příslušný typ školy. Při aplikaci pohybových aktivit v rámci jiného předmětu nebo obráceně jiného předmětu v TV vycházíme vždy z premisy, že jednotlivé činnosti nejsou bezúčelné, ale akcentujeme především logičnost jejich zařazení. Nesmíme zapomenout i na evaluaci, která nám potvrdí či vyvrátí



vhodnost zařazení pohybových aktivit do výuky. Pohybové aktivity lze obecně využít v rámci prevence únavy tím, že prostřednictvím nich kompenzujeme zátěž specifického předmětu. Dále je nositelem často hlubších zážitků, se kterými je možné dále pracovat. V neposlední řadě se také jedná o aplikaci naučeného na reálné (i když simulované) jevy, které je možné si bezprostředně ověřit.

Pokud se pedagog zaměří na využití mezipředmětových vztahů do výuky, měl by si uvědomit, že se v případě TV nejedná jen o přístup jednostranný. Tedy že není organizačně nutné rozvíjet např. matematické nebo jazykové dovednosti v TV, ale že naopak je velmi vhodné zařazení her pohybového charakteru, ať už soutěživých či nesoutěživých. Je možné zařazení her na řešení problému, podobně jako simulačních her, případně málo strukturovaných. Efektivnost využití takových činností např. v matematice nebo fyzice potvrzují některá naše drobná výzkumná šetření (Kurtin, 2008; Marek, 2009).

Kromě řady jednoduchých i složitějších „izolovaných“ pohybových aktivit existují i systémy, které nabízejí řadu možností a kombinací. Jednou z nich je například Edubal (Rokita & Rzepa, 2005). Jde o otevřený systém pohybových her, soutěžních činností a drobných hrátek, které propojují především matematiku, jazyky, komunikační technologie (informatiku a výpočetní techniku), případně jiné vyučovací předměty. Pokud bychom chtěli Edubal velmi jednoduše popsat, jedná se o sadu minibasketbalových míčů popsanych písmeny, číslicemi a dalšími znaky (zavináč, tečka, čárka, houslový klíč, matematické znaky – mínus, plus, rovná se, krát, děleno). Tato sada může být samozřejmě nahrazena jinými předměty – různými popsanymi listy, kostkami apod. Je však nutné uvědomit si jistou výhodu míčů, které jsou tradiční a zároveň atraktivní pomůckou motivující žáky ke hře samotné, která získává na účelnosti díky kreativitě pedagoga, který jednotlivé činnosti řídí.

# 3 Integrovaná školní tělesná výchova s žákem s MP

(Radka Bartoňová, Ondřej Ješina)

Stejně jako u žáků s jiným zdravotním postižením je možná i integrace žáků s MP do hlavního vzdělávacího proudu. Vzhledem k ATV/TV je specifík v obsahu a podmínkách v porovnání s některým jiným zdravotním postižením minimální. Žáci s MP mohou řadu pohybových aktivit absolvovat s ostatními spolužáky podle svých možností. To znamená často (zdaleka však ne vždy) v nižší kvalitě. Učitel musí přihlídnout především k úrovni motorických kompetencí žáka a vnímat sociální klima ve třídě jako celek. ATV by měla být prostředím pro vytváření pozitivních vztahů. Hodnocení může být slovní, zohledňující především přístup k pohybovým aktivitám a zlepšení motorické výkonnosti.

## 3.1 Individuální vzdělávací plán pro účast žáka s MP v TV

Ačkoliv s ohledem na vývojovou psychologii jsme schopni popsat standardní ontogenezi jedince, u dětí se zdravotním postižením je vývoj velice individuální. Vývoj motorických schopností u žáka s MP obvykle souvisí s charakterem postižení, s celkovou dobou trvání postižení a s kompenzačními možnostmi daného jedince. Ve srovnání s běžnou populací mívá řadu zvláštností (Přinosilová, 2007). Pro žáky s MP je typický nerovnoměrný vývoj jednotlivých funkcí, které jsou pro zvládnutí požadavků školy nezbytné. Pokud hodnotíme školní zralost a připravenost, je třeba brát v úvahu psychický a somatický stav a sociální situaci tohoto žáka (Vágnerová, 2003). I kvůli těmto okolnostem probíhá před nástupem do školy ve speciálněpedagogických centrech (SPC) a v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP) psychologické vyšetření. Toto vyšetření mimo jiné určí, zda je žák připraven na školní docházku a to, jak bude zhruba vypadat další vývoj. Toto vyšetření pak tvoří podklad pro tvorbu individuálního vzdělávacího plánu (IVP) do předmětů, kde to bude třeba.

IVP by mělo ulehčit dětem se zdravotním postižením vzdělávání a stanovit podmínky, za kterých bude vzdělávání poskytováno. Týká se konkretizace obsahu a podmínek, rovněž i průběhu a způsobu získávání vzdělání.

- Stručná charakteristika IVP;
- shrnuje současnou úroveň dovedností a schopností žáka;
- stanovuje vzdělávací cíle a kroky;
- vysvětluje, jak má být těchto kroků dosaženo;
- obsahuje způsoby, jak průběžně kontrolovat výsledky nebo pokroky žáka;
- zahrnuje další speciální služby.

(občanské sdružení Rytmus, 2004)

IVP přímo vytvořené pro žáka se SVP dopomůže k explicitnímu vyjádření a seřazení priorit v péči o žáka a plán, jak budou jeho specifické potřeby uspokojovány. Představuje vytvoření programu činnos-

tí zaměřených na konkrétního žáka, zohlednění stylu učení žáka. Pomáhá vybudování užší a profesionálnějších vztahů mezi všemi, kdo ovlivňují vzdělávání žáka a formulování dosažitelných vzdělávacích cílů a konkrétních učebních úkolů zaměřených na rozvoj osobnosti žáka (Lang & Berberichová, 1998). Při sestavování IVP je třeba určit si priority, které jsou přesně individualizovány podle profilů žáka, požadavků rodiny a školy. Tvorba IVP by měla být týmovou prací a vycházet ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálněpedagogického vyšetření a z vyjádření zákonného zástupce žáka (Vítková & Lechta, 2010). Na tvorbě IVP se podílejí všichni pedagogové, kteří s žákem pracují, rodiče, a pokud možno i sám žák. IVP je vypracováván pro oblasti, které jsou negativně ovlivněny zdravotním postižením žáka (Jucovičová et al., 2009). Vzdělávání na základě IVP se týká širokého spektra žáků, a proto je nezbytné respektovat při vzdělávání vždy individuální rozvoj osobnosti žáka a zohlednit jeho potřeby a možnosti (Štréblová, 2009). Při sestavování IVP je nutné přísné respektování didaktických zásad. Těmi myslíme principy, které je nutné dodržovat při pedagogickém procesu ve školní TV. Jedná se o obecný, přesto však ucelený soubor jednotlivých zásad, jako je bezpečnost, uvědomělost a aktivita, názornost, přiměřenost, soustavnost, trvalost aj. (Ješina, Kudláček et al., 2011).

MŠMT na svých webových stránkách uvádí obecné informace k IVP, které je potřeba při jeho sestavování dodržet:

IVP je vypracováno ve spolupráci se školským poradenským zařízením a zákonným zástupcem žáka nebo zletilým žákem zpravidla před nástupem žáka do školy. Nejpozději však 1 měsíc po nástupu žáka do školy nebo po zjištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka a může být doplňován a upravován v průběhu celého školního roku podle potřeby.

Ředitel školy zodpovídá za jeho zpracování a provede seznámení zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka s individuálním vzdělávacím plánem.

Sledování dodržování postupů a vyhodnocování opatření stanovených v individuálním vzdělávacím plánu provádí školské poradenské zařízení, které poskytuje žákovi, škole i zákonnému zástupci žáka poradenskou podporu.

IVP se stanoví se především pro:

- individuálně integrovaného žáka;
- žáka s hlubokým mentálním postižením;
- případně pro žáka skupinově integrovaného nebo žáka speciální školy.

IVP vychází ze:

- školního vzdělávacího programu příslušné školy;
- závěrů psychologického a speciálně pedagogického vyšetření školského poradenského zařízení;
- vyjádření registrujícího pediatra či jiného odborného lékaře nebo dalšího odborníka (např. kliničtí psychologové, logopedi, byl-li žák v jejich dlouhodobé péči);
- vyjádření zákonného zástupce či zletilého žáka.

Podle Jucovičové a kol. (2009) by IVP mělo obsahovat:

- osobní údaje žáka (jméno, třída, škola, datum narození);
- závěry speciálněpedagogického, psychologického, případně i lékařského aj. vyšetření žáka, podstatné údaje z provedení pedagogické diagnostiky;
- obsah, rozsah, průběh a způsob poskytování individuální péče, volbu pedagogických postupů,

časové i obsahové rozvržení studia, způsob hodnocení a klasifikace (slovní nebo číselně vyjádřené);

- cíle speciálního vzdělávání;
- způsob reedukace;
- seznam potřebných pomůcek;
- v případě potřeby uvedení dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem (včetně zdůvodnění a uvedení rozsahu zajišťované péče);
- případné snížení počtu žáků ve třídě;
- jmenovité uvedení pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým škola spolupracuje při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka;
- předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků;
- podíl zákonných zástupců na realizaci IVP;
- další důležité údaje: např. doporučení rodičům, termíny setkávání k vyhodnocení realizace IVP atd.;
- datum podpisu a platnost IVP;
- podpisy vyučujících, zákonných zástupců žáka;
- aktualizace IVP.

Než začneme s integrací do TV a psaním IVP, je důležité ujasnit si několik věcí. Ty se týkají diagnostiky prostředí, žáka se SVP, personálních a materiálních podmínek, bezbariérovosti tělocvičny atd. Pokud se pro integraci rozhodneme, je potřeba si určit, zda je v rámci TV možná integrovaná či paralelní forma, zvážit stupeň zapojení, obsah, intenzitu zatížení apod. V obou případech je potřeba zajistit přesun do tělocvičny. Otázky, které je potřeba si položit: Je tělocvična součástí budovy? Je přístup bezbariérový? Pomůže někdo žákovi s přesunem? Může být při přesunu přítomen asistent? Je někdo jiný, kdo by při přesunu mohl nahradit asistenta či pedagoga? V případě segregované formy je nezbytná přítomnost asistenta a zajištění prostorů, kde bude tato hodina probíhat. Většinou je to možné na široké chodbě, ve třídě či jiné místnosti.

Dalším krokem je zjištění žakových vědomostí a dovedností v oblasti pohybových aktivit a zdraví. Jestliže je žák integrován do TV od první třídy a navštěvoval předtím mateřskou školu, měl by mít stejné vědomosti jako jeho spolužáci. Pokud budeme žáka integrovat v jiném ročníku, je potřeba zjistit, co zná vzhledem k jeho věku, a případnou neznalost zahrnout do individuálního vzdělávacího plánu (IVP).

Na základě výsledků lékařského vyšetření pak bude provedena diagnostika pohybových schopností a dovedností žáka a modifikace jednotlivých aktivit v TV. Opět musíme zjistit, jaké pohybové schopnosti a dovednosti žák má. Při této diagnostice je možno využít např. tabulku 5, kterou vytvořilo a využívá Centrum aplikovaných pohybových aktivit (Centrum APA). Při celém procesu konstrukce IVP je třeba brát v úvahu individuální charakter postižení u každého žáka a zohlednit jej právě i při diagnostice. Formulář diagnostiky lze považovat tedy jako předlohu, vzor či návrh.

IVP pro žáka se SVP do TV je potřeba založit na diagnostice vědomostí v pohybovém učení a diagnostice pohybových schopností a dovedností. Z těchto diagnostik je potřeba si určit cíle, které by měl žák během roku v TV dosáhnout. Při integraci v prvním roce je velice těžké odhadnout, jak se bude žák rozvíjet a jak rychle se bude novým dovednostem učit. IVP je dobré postavit na tematickém plánu pro danou třídu. Tento plán pak modifikovat podle schopností a dovedností žáka. Pokud aktivity v daném

plánu nelze modifikovat, vyměnit je za aktivity jiné. Lze zde využít kompenzační či rehabilitační cvičení doporučené fyzioterapeutem nebo využití speciálních sportovních kompenzačních pomůcek.

Naše zkušenosti s tvorbou IVP pro TV ukazují, že IVP pro TV by mělo obsahovat tyto údaje:

- Obecné informace: třída, školní rok, jméno žáka, věk

*Obecné informace je potřeba vyplnit, pokud je IVP pro TV vytvářeno samostatně. Pokud je součástí celkového IVP pro celý školní rok, měly by být tyto informace uvedeny.*

## Diagnostika

Základní materiály a diagnostiky, z kterých je potřeba při vytváření IVP vycházet, jsou poskytovány u většiny žáků SPC.

Diagnostiky, které je dobré si před tvorbou IVP pro TP prostudovat: lékařská část diagnostiky, psychodiagnostika, sociální diagnostika a speciálněpedagogická část diagnostiky (Přinosilová, 2007).

Do IVP pro TV je dobré zařadit:

- diagnózu zdravotního postižení,
- diagnostiku prostředí (vnější podmínky),
- diagnostiku vědomostí ohledně pohybového učení a zdraví,
- diagnostiku pohybových dovedností (test pohybových dovedností),
- výuku TV.

## Organizace výuky

Před samotnou výukou je potřeba si ujasnit, jak bude probíhat. Bude k dispozici při výuce asistent? Bude výuka probíhat v prostorech školy? Pokud není asistent, kdo pomůže žákovi s přesunem? S hygienou? Atd.

Speciální pomůcky

Pomůcky, které žák se SVP využívá nad rámec běžných pomůcek, které využívají spolužáci. Např. sportovní vozík, ozvučený míč, berle, overbal a další.

## Kontraindikace

Od lékaře kromě běžné lékařské diagnostiky je dobré si vyžádat doporučení, která cvičení a pohybové aktivity by žák se SVP neměl kvůli svému zdravotnímu postižení či zdravotnímu stavu provozovat. (Více v kapitole 7.)

## Cíle v TV (vzdělávací, výchovný, zdravotní) a jejich modifikace pro žáka se SVP

Cíle v TV vycházejí z tematického plánu. Každý pedagog TV by měl mít určené cíle pro daný školní rok. Je dobré si aspoň obecně určit, čeho dosáhnout v těchto oblastech u žáka se SVP. V prvním roce, pokud žáka neznáme, je těžké odhadnout, jak pokročí a jaký bude jeho tělesný vývoj. Cíle by měly být postaveny na základní diagnostice pohybových dovedností.

## Učivo dle RVP

Tematické plány pro TV musí být postaveny na RVP pro daný typ školy. Proto i v IVP pro TV by mělo být obsaženo učivo, které je dle RVP povinné. V IVP by se pak měly tyto činnosti objevit v klasické či modifikované formě.

Výstupy dle RVP

Stejně jako u výstupů dle RVP.

## Tematický plán a jeho modifikace pro žáka se SVP

IVP pro TV by mělo být postaveno na tematickém plánu pro danou třídu. Ne každý učitel má vypracovaný podrobný tematický plán. Někteří učitelé si vytvářejí plány, kde mají rozepsány činnosti na každý týden a jiní mají v plánech činnosti na půl roku. Je však dobré se při tvorbě IVP aspoň orientačně podle tohoto plánu řídit. Ulehčuje to pak naplánování integrovaných, paralelních či segregovaných činností (zvláště pokud se to týká žáků s těžším zdravotním postižením) v rámci třídy.

Na začátku docházky žáka se SVP do TV je potřeba určit, jaký bude způsob kvalifikace. Je dobré přihlídnout ke způsobu kvalifikace v ostatních předmětech. V každém případě je potřeba přihlídnout spíše k pokrokům a snaze žáků se SVP než jen k výkonnostním ukazatelům.

## Kontrola plnění IVP

IVP je tvořeno na určenou dobu, kdy je plněno a kdy mají být splněny cíle, které jsou v něm uvedeny. V této době by měla probíhat kontrola plnění IVP. Žák může opakovat test pohybových dovedností, případně znovu realizujeme pozorování nebo další techniky, které si zvolíme.

Časové období plnění IVP. Období, pro které je IVP napsáno.

## 3.2 Příklady úprav pohybových aktivit pro třídu s integrovaným žákem s MP

Modifikace ve školní TV nepředstavuje pro učitele vytvoření kompletně nových příprav, ale nejčastěji se jedná o inovaci stávajících. Realizace integrované TV může probíhat v několika různých formách. Jednou z důležitých skutečností, která výrazně ovlivní realizaci IVP ve školní TV, je *druh (myšleno např. zrakové postižení), typ (progresivní ztráta periferního vidění) a charakter (úroveň postižení, regresivita, aktuální stav, individuálně vytvořené kompenzační mechanismy atd.) zdravotního postižení žáka se SVP* (jelikož u žáků se zdravotním postižením jsou vzhledem k ostatním žákům se SVP specifika největší, mluvíme v dalším textu o žácích se zdravotním postižením). Je potřeba zvážit, zda integrace bude pro žáka se SVP i pro ostatní spolužáky přínosem a zda nebude negativně ovlivňovat průběh TV. I z tohoto důvodu existuje více typů integrované TV. Jsou-li to formy integrované, paralelní, separované (segregované) (Doll-Tepper & DePaw, 1996 in Válková, 2010, Ješina, Kudláček et al., 2011), pak toto dělení zařazují do systému organizačních forem hromadné, skupinové a individuální (**viz obr. 1**). Všechny tyto organizační typy a formy se mohou variabilně měnit v jedné vyučovací jednotce (VJ) nebo je možné je volně kombinovat v dalších navazujících VJ. Při školní TV s účastí žáka se speciálními vzdělávacími potřebami (ATV) ve všech formách je nutné mít na paměti především tato čtyři pravidla (Kudláček & Ješina, 2008), která označujeme jako principy (zásady):

- aktivity musejí být pro všechny žáky bezpečné;
- aktivity musejí být smysluplné;

???



- ne každá aktivita je vhodná pro všechny;
- žáci nesmějí trpět pocitem ochuzení z důvodu integrace žáka se SVP.

Obsah je vzhledem k individuálním specifickým např. osob se zdravotním postižením nutno často modifikovat. Dle výsledků projektu THENAPA (Van Coppenolle et al., 2004), může být modifikována každá pohybová aktivita. PA by měla být realizována s pochopením specifických potřeb plynoucích ze zdravotního postižení a může tedy vyžadovat modifikace v následujícím:

- nářadí, náčiní: využití míčů různých velikostí, které mohou být vyrobeny z různých materiálů;
- prostředí: snížení výšky sítě; zmenšení velikosti hřiště;
- úkol: zjednodušení aktivity, modifikace cíle – volejbal, kde žák s postižením hraje v sedě;
- pravidla: tenisový míček může před odehráním dopadnout na zem dvakrát (prodloužení času potřebného k odehrání míčku);
- instrukce: přizpůsobení se rozumových schopnostem žáků – jednoduché a krátké instrukce, redukce na pouze jednu informaci v daném čase, volba přímého pohybu namísto pohybu v kruhu (Van Coppenolle et al., 2004).

Válková (2010) rozděluje, a tím i akcentuje modifikace (adaptace) zejména v následujících oblastech:

- a) komunikace;
- b) metody práce, metody učení, postupy;
- c) obsah činnosti, programu, sportu;
- d) podmínky: přístup do prostředí, vlastní prostředí činnosti, pomůcky, náčiní;
- e) pravidla.

V souladu s Válkovou uvádějí Ješina, Kudláček et al. (2011) pro jednotlivé oblasti již praktické příklady modifikací pro realizaci APA nejčastěji organizovaného charakteru ve sportovních, pohybových, soutěživě nebo kreativně zaměřených hrách:

#### **Ad a)**

*Způsob komunikace* musíme volit podle věku, pohlaví i jedinečné osobnosti toho, s kým komunikujeme. Musíme si uvědomit, že při realizaci pohybových aktivit zdaleka nekomunikujeme pouze verbálně. Některá předem dohodnutá gesta se dokonce stala standardním prostředkem komunikace v rámci např. sportovních nebo pohybových her, což částečně napomáhá integraci např. žáků se sluchovým postižením. Komunikace musí být nejen přiměřená, ale nesmí u osob se speciálními potřebami vyvolávat pocit, že jsou kvůli svému postižení upřednostňovány.

#### **Ad b)**

*Zapojení dalších podpůrných osob* může být pro integrované programy s využitím pohybových aktivit za určitých okolností klíčové. Okolnostmi máme na mysli především typ a hloubku postižení, vnější podmínky, jako je prostředí a charakter konkrétních činností. Pokud mluvíme o zapojení dalších osob, máme tím na mysli především asistenta pedagoga, instruktory nebo vrstevníky (zejména ve školním prostředí častěji označovaného jako peer tutor). Zapojení může mít podobu asistence (tedy podpory či pomoci), ale také společného partnerského spojení, např. v pohybových či jiných hrách.

*Intenzita zatížení a odpočinku* je opět jednou z klasických možností modifikací pohybových aktivit. Např. ve vztahu k jedinci s tělesným postižením je nutné sledovat především možná zdravotní rizika a případné kontraindikace pohybových aktivit, jako je spasmus svalů, celková fyzická únava, vliv na kardiovaskulární aparát, případně další.

#### **Ad c)**

*Role hráče* (účastníka, participanta) je velmi důležitá vzhledem k jeho psychické spokojenosti s participací v pohybové aktivitě a z hlediska sociálního statutu ve skupině. Naší snahou by mělo být vytvoření podmínek pro co největší možnost zapojení jedince se speciálními potřebami do herní činnosti. V případě, že přímé zapojení jako hráče není možné, můžeme zvážit další možnosti (rozhodčí, poradce, supervizor, pomocný rozhodčí, manažer, živá meta, záchrana).

*Způsob lokomoce* (pohybu) je samozřejmě nezbytnou součástí pohybové aktivity. Nejpřirozenější je chůze a běh, ale můžeme zařadit i několik dalších (pohyb v sedu, vleže, plazení, chůze po čtyřech, skoky, poskoky po jedné končetině, kombinace uvedených způsobů). Změny pohybu můžeme zařadit a kombinovat i v průběhu pohybové aktivity. Všichni hráči se nemusí pohybovat stejně, to se týká např. i pohybových her.

#### **Ad d)**

*Prostor* (místo, velikost, vymezení prostoru pro pohyb) je dalším faktorem, který musíme při volnočasových aktivitách zohlednit. Prostor musí být bezpečný. Velikost zvolené plochy by měla odpovídat počtu a specifikům hráčů vzhledem k intenzitě zatížení, možnosti pohybu na vozíku, popř. musí být vhodně ohraničena. Velikost hřiště přímo ovlivňuje interakci žáků stejně jako množství aktivních zásahů do dané PA. Vymezení prostoru pro pohyb je nezbytné především z bezpečnostních důvodů, dále pak také z důvodu samotné frekvence zapojení žáka s MP.

*Počty účastníků* lze upravit podle potřeb. Víme například, že někteří účastníci jsou velmi šikovní. V tom případě k nim zařadíme např. hráče s MP. Lze také upravit počet ostatních spolužáků tak, že např. v jednom družstvu navýšíme počet hráčů, abychom výkonnostně týmy navzájem přiblížili.

*Náčiní* (druh, tvar, velikost, množství, hmotnost) může být pro některé žáky s MP zásadní. Například jedinec se souběžným postižením více vadami obrnou lépe manipuluje s velkým lehkým míčem než s těžkým a malým. U žáků s MP zvažujeme také barevnost a tvar použitého náčiní. Uvědomme si, že existuje sportovní náčiní (např. frisbee, ringo kroužky, kruhy, tyče), které je z hlediska manipulace a praktického použití často vhodnější než míče. Je možné využít specifických tvarů tohoto náčiní a nepoužívat je pouze jako náhradu za míč, vždyť např. s frisbee se nemusí jen házet. Malá švihadla můžeme nahradit delším lanem pro celou skupinu atp.

*Čas na aktivitu* patří mezi klasické možnosti modifikace pohybových aktivit. Jedná se o možnost ovlivnění celkové dynamiky, intenzity i koncentrace emocí. Čas je také důležitý s ohledem na zdravotní rizika, například ve spojení s psychickou únavou a ztrátou pozornosti u žáků s MP.

*Vzdálenost, výška, velikost, množství cílů* (košů, branek aj.) je přímo závislé na úrovni dovedností hráčů. Přímou kombinací tohoto principu s některými dalšími, jako třeba se způsobem a množstvím získávání bodů. Efektu dosáhneme i zvýšením počtu branek, čímž vytvoříme podmínky pro větší možnost úspěchu. Lze také například využít kombinovaných košů – na nižší hází žák s MP a na vyšší ostatní.

*Využití sportovně-kompenzačních (aplikovaných, modifikovaných) pomůcek* je v některých případech komplikovaný aspekt, ale často naprosto nezbytný. U žáků s MP se jedná například o tříkolku nebo jiné. Při jejich uplatnění je nutné myslet na bezpečnost všech zúčastněných.



**Ad e)**

*Způsob a množství získaných bodů* modifikujeme v případě, když hrozí možnost, že šikovnější hráči ty méně šikovné do pohybových aktivit nezapojí. V tomto případě můžeme zařadit pravidlo, které umožní potenciálně méně bodujícím (vybraným) hráčům násobit body za splněný úkol. Například pokud se určenému žáku podaří vhodit koš, počítá se za 5 bodů. Existuje i možnost zvýhodnění hráče s MP (ale nejen jeho), například v případě skórování nebo dosažení gólu, čímž dále získává na významu jeho postavení v týmu. Stejně tak zvýhodníme i vybraného hráče protějšího týmu. Pozor však na jeho opakované určení. Ačkoliv jednáte jednoznačně s vidinou pozitivního dopadu na skupinu, efekt může být opačný – proto doporučujeme střídání těchto hráčů. Zároveň lze rozšířit možnost bodování tím, že je neomezíme pouze na vstřelení koše, ale poskytneme možnost získat body i vhozením do obroučky, desky, na základě určeného počtu přihrávek bez přerušení apod.

*Celkovou modifikaci pravidel* považujeme za způsob změny specifické pohybové aktivity v jinou. Je však nutné respektovat sledované cíle. Zde se nejlépe projeví kapacita pedagoga, ale i časové možnosti. Jednoznačnou podmínkou je také vnitřní motivace. Nejčastěji se týká sportovních a pohybových her, ale i dalších pohybových činností.

### 3.3 Příklad IVP pro žáka s MP

Jarmila Krátká - lehké MP + diparetická forma dětské mozkové obrny (ZŠ – první stupeň)

(autor IVP – Radka Bartoňová)

#### Diagnostika pohybových schopností a dovedností

Individuální vzdělávací plán TV

INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN – TĚLESNÁ VÝCHOVA



Katedra aplikovaných pohybových aktivit FTK UP v Olomouci

Tabulka 4. Vzor IVP určeného pro žáka s lehkým MP v kombinaci s dětskou mozkovou obrnou (DMO)

OBECNÉ INFORMACE			
Škola:	ZŠ Paprsek	Město:	Paprsek
Třída:	3.A	Školní rok:	2009/2010
Jméno žáka:	Lenka	Věk:	10

DIAGNOSTIKA	
Diagnóza zdravotního postižení:	Kombinovaná forma dětské mozkové obrny (diparetická) a lehkého mentálního postižení.
Vnější podmínky:	<p>Rodiče, učitel i ředitel školy mají pozitivní postoj pro zařazení Lenky do vyučovacího procesu v hodinách TV. Rodiče měli možnost se k předloženému IVP vyjádřit, případně navrhnout změny a souhlasí s jeho současnou podobou.</p> <p>Na začátku školního roku došlo k promíchání původních tříd 2. ročníku. Vznikly nové kolektivy 3. tříd. Třída 3.A má nyní 23 žáků. Lenka přišla do 3.A z původní 2.C a spolu s ní ještě jedna dívka a dva chlapci. Děti z 2.C byly spíše individuality než parta kamarádů. Lenka má však i v novém kolektivu problém najít si kamarády a zapojit se do dění ve třídě. Lenka má k dispozici asistentku pedagoga, která se jí věnuje ve všech vyučovacích hodinách. V tělesné výchově je Lenka společně s ostatními spolužáky a asistentka jí pomáhá v jednotlivých úkolech. Tělocvičny této školy nejsou bezbariérové. Vedou k nim dvě schodiště. Lenka je zvládá pomocí zábradlí a asistentky. Velkou výhodou je, že tělocvičny jsou velké a je zde proto dost prostoru pro paralelní cvičení. Obě tělocvičny jsou vybaveny klasickým sportovním náradím a náčiním a větším množstvím gymbalových míčů, které jsou pro kolektivní cvičení s Lenkou velkou výhodou. Lenka pro svůj druh postižení musí více využívat k podrobnému vysvětlení úkolů a k dopomoci v jednotlivých cvičeních svou asistentku.</p>
Diagnostika vědomostí a poznatků ohledně pohybového učení a zdraví:	Lenka nechápe význam pohybu pro zdraví. K pohybu ji musí motivovat jiné věci. Proč dodržovat hygienu v TV a základní bezpečnost je jí jasná. Zná jen pravidla jednoduchých her a i tady ji musí dopomáhat asistentka. Komunikace s ostatními spolužáky je horší. Lenka navštěvuje TV už od první třídy, takže absolvovala veškerou výuku se svými spolužáky.
Diagnostika pohybových dovedností:	Viz tabulka 5.

<b>VÝUKA TĚLESNÉ VÝCHOVY</b>	
<b>Organizace výuky:</b>	Lenka v tělesné výchově pomáhá asistentka pedagoga.
<b>Speciální pomůcky:</b>	Nejsou
<b>Učební osnovy:</b>	Viz příloha RVP – ZŠS na <a href="http://www.msmt.cz">www.msmt.cz</a>
<b>Kontraindikace:</b>	Přechody přes hlavu (kotrmelec)
<b>Cíle v TV:</b>	<p><b>Vzdělávací:</b></p> <p><i>Gymnastika</i> – stoj na lopatkách za pomoci asistentky, válení sudů, odraz z můstku, názvy náradí a náčiní.</p> <p><i>Míčové hry</i> – znalost pravidel, fair play.</p> <p><i>Atletika</i> – vysoký start, umět startovat, skok do dálky z místa, štafety (naučit předávku – jen ve dvou), správná technika hodů kriketovým míčkem, bezpečný rychlý běh. Technicky správné provedení cviků.</p> <p><b>Výchovný:</b></p> <p>Naučit se spolupracovat se spolužáky, přemýšlet nad účelností pohybu, hygiena v TV.</p> <p><b>Zdravotní:</b></p> <p>Vylepšení koordinace pohybů, stability, zlepšení fyzické síly.</p>
<b>Učivo dle RVP ZV:</b>	<p><b>Činnosti ovlivňující zdraví:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• význam pohybu pro zdraví</li> <li>• příprava organismu</li> <li>• zdravotně zaměřené činnosti</li> <li>• rozvoj různých forem rychlosti, vytrvalosti, síly, pohyblivosti</li> <li>• koordinace pohybu</li> <li>• hygiena při TV</li> <li>• bezpečnost při pohybových činnostech</li> </ul> <p><b>Činnosti ovlivňující úroveň pohybových dovedností</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pohybové hry</li> <li>• základy gymnastiky</li> <li>• rytmické a kondiční formy cvičení pro děti</li> <li>• průpravné úpoly</li> <li>• základy atletiky</li> <li>• základy sportovních her</li> <li>• turistika a pobyt v přírodě</li> <li>• plavání</li> <li>• lyžování, bruslení (podle podmínek školy)</li> <li>• další pohybové činnosti (podle podmínek školy a zájmu žáků)</li> </ul> <p><b>Činnosti podporující pohybové učení</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• komunikace v TV</li> <li>• organizace při TV</li> <li>• zásady jednání a chování</li> <li>• pravidla zjednodušených osvojovaných pohybových činností</li> <li>• měření a posuzování pohybových dovedností</li> <li>• zdroje informací o pohybových činnostech</li> </ul>

<b>Výstupy dle RVP ZV:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spojuje pravidelnou každodenní pohybovou činnost se zdravím a využívá nabízené příležitosti.</li> <li>• Zvládá v souladu s individuálními předpoklady jednoduché pohybové činnosti jednotlivce nebo činnosti prováděné ve skupině; usiluje o jejich zlepšení.</li> <li>• Spolupracuje při jednoduchých týmových pohybových činnostech a soutěžích.</li> <li>• Uplatňuje hlavní zásady hygieny a bezpečnosti při pohybových činnostech ve známých prostorech školy.</li> </ul>	
<b>Časový plán:</b>		<b>Modifikace činností:</b>	
Březen	8.3.–12.3.	Gymnastika – kotouly, stoj na lopatkách. Taneční kroky a improvizace	Gymnastika – válení sudů s asistentkou na vedlejší žíněnce, stoj na lopatkách za pomoci asistentky, která dopomáhá a dohlíží na správné provedení.
	15.3.–19.3.	Nácvik odrazu z můstku. Překážky – bedna	Nácvik odrazu z můstku – zaměřit se na odrazové místo – naučit se přesně odrážet z daného místa, z počátku s dopomocí asistentky.  Překážky – bedna – jednotlivé úkoly na místě modifikovat, aby to Lenka za pomoci asistentky zvládla.
	22.–26.3.	Přeskok – koza. Trampolína	Přeskok koza – místo přeskoku bezpečné přezení, popřípadě výskok nahoru s dopomocí.
	29.3.–2.4.	Cvičení s gymbally	
Duben	5.4.–9.4.	Míčové hry – dodržování pravidel	
	12.4.–16.4.	Cvičení se švihadly. Aerobik	Cvičení se švihadly – místo přeskoků zařadit koordinaci při točení švihadlem, místo skákání přecházení.
	19.4.–23.4.	Atletická abeceda, starty	Atletická abeceda – zkusit, co zvládne, zaměřit se na chůzi po špičkách, patách, zvedání kolen při běhu, cval stranou – paralelně s ostatními. Starty – paralelní nácvik vysokého startu.
	26.4.–30.4.	Skok do dálky	Skok do dálky – skok z místa.
Květen	3.5.–7.5.	Hod kriketovým míčkem	
	10.5.–14.5.	Rychlý běh. Štafety	Rychlý běh – běhat bezpečně. Štafety – zkusit v pomalejším tempu, nácvik jen ve dvou.
	17.5.–21.5.	Škola v přírodě. Turistika	
	24.5.–28.5.	Vytrvalostní běh	Vytrvalostní běh – pozvolna přidávat zátěž, naučit „indiánský běh“.
Červen	31.5.–4.6.	Fotbal – pravidla hry	Fotbal – pozice brankáře, nácvik kopání individuálně.
	7.6.–11.6.	Soutěže družstev v atletice	Modifikovat tak, aby družstvo s Lenkou nezaostávalo za ostatními družstvy. V případě, že by nezvládala úkoly – trénovat paralelně individuální atlet. disciplíny.
	14.6.–18.6.	Míčové hry	
	21.6.–25.6.	Sportovní soutěže	Modifikovat, aby Lenka měla pocit úspěchu a soutěžení ji bavilo.

<b>Způsob hodnocení a kvalifikace:</b>	Numericky vyjádřené známkování – neznámkuje se výkonnost, známkuje se snaha žákyně a pokrok v jednotlivých cílech TV.
<b>Kontrola plnění IVP:</b>	Nutná diagnostika na začátku a na konci hodnoceného období. Opakování testu pohybových dovedností – červen 2010.
<b>Časové období plnění IVP:</b>	Březen až červen 2010.

Podpis třídního učitele:

Podpis ředitele:

Za Centrum podpory integrace:

Datum:

## Hodnocení

U Lenky vzhledem k její formě zdravotního postižení je potřeba postupovat ve výuce tělesné výchovy jinak než u ostatních dětí. Lenka nemá velké problémy s pohybem, ale s motivací, proč jej provádět. Je potřeba individuálního přístupu. I proto má Lenka k dispozici asistentku, která s ní po dobu vyučování pracuje. Lenka se v tělesné výchově snaží, když vidí, že má úspěch a že se jí vede. Proto je nezbytná pozitivní motivace, chválení a povzbuzování do dalších aktivit. Při pohybových aktivitách a hrách musí mít nápomoc formou nápovědy a podrobnějšího vysvětlení. Poté bez problému zvládá. Lenka dosáhla velkého pokroku ve fyzické výdrži. Daleko lépe komunikuje se spolužáky, a když je pozitivně motivována od ostatních, dokáže zvládnout i některé věci bez asistence.

## Cíle v TV:

### Splnění cílů:

#### *Vzdělávací:*

Gymnastika – zvládla sudy, stoj na lopatkách za pomoci asistentky. Odraz z můstku se nezkoušel. Zná náradí a náčiní, které se přes rok používalo.

Míčové hry – pravidla je většinou potřeba před každou hrou zopakovat. Ví, co znamená hrát spravedlivě, a snaží se to dodržovat.

Atletika – naučila se vysoký start na povel, sama startování nezkoušela. Skok do dálky z místa zvládá. Technika hodů se zlepšila. Vydrží běžet déle pomalu i rychle. Technicky správné provedení cviků – za pomoci asistence.

#### *Výchovný:*

Spolupráce se spolužáky je na lepší úrovni, než byla. Chápe, proč by se měla učit určitým pohybovým dovednostem a proč se zlepšovat.

#### *Zdravotní:*

Zlepšila se koordinace pohybů, stabilita i fyzická síla.

**Diagnostika a test pohybových dovedností:****Tabulka 5. Diagnostika motorických dovedností****TEST: Lenka**

Dovednosti/motorické kompetence obecné	Ano/Ne	Samo- statně	Dopo- moc	Stabilita/ kvalita pohybu	Poznámky	Hodnocení po 4. měs.
1. Stoj	A	*		velmi dobrá		nezměněno
2. Stávání z lehu, sedu	A	*		dobrá		nezměněno
3. Lezení po čtyřech	A	*		dobrá		nezměněno
4. Běh	A	*		dobrá		nezměněno
5. Chůze	A	*		slabší	schody s dopo- mocí	zvládá s opo- rou o zábradlí sama
6. Poskoky na místě	A	*		slabší	na celém cho- didle	mírné zlepšení
7. Skákání po jedné noze	A		s dopo- mocí	slabší	pravá s dopo- mocí, levá ještě horší	mírné zlepšení
8. Přeskok překážky	A	*		slabší		nezměněno
9. Skok do dálky	A	*		slabší		mírné zlepšení
10. Sklouznutí	A	*		dobrá		nezměněno
11. Plazení	A	*		dobrá		nezměněno
12. Jemná motorika	A	*		dobrá		nezměněno
Vozík	Ano/Ne	Bez do- pomoci	Dopo- moc	Stabilita/ kvalita pohybu	Poznámky	Hodnocení po 4. měs.
1. Jízda vpřed						
2. Jízda vzad						
3. Slalom						
4. Přesun z vozíku na zem a naopak						
5. Překonání překážky						
Dovednosti/specifické	Ano/Ne	Bez do- pomoci	Dopo- moc	Stabilita/ kvalita pohybu	Poznámky	Hodnocení po 4. měs.
1. Úder do stojícího míče	A	*		dobrá		zlepšení
2. Kutálení	A	*		velmi dobrá		nezměněno
3. Chytání	A	*		slabší		zlepšení
4. Kopnutí	A	*		slabší	pravá lepší než levá	zlepšení – lepší stabilita
5. Hod obouruč vr- chem	A	*		velmi slabá		mírné zlepšení

6. Hod obouruč spodem	A	*		dobrá		zlepšení
7. Hod jednou rukou	A	*		slabší		zlepšení
8. Hod trčením	A	*		dobrá		zlepšení
9. Zvednutí míče ze země	A	*		dobrá	dopomáhá si opřením o ruku	zlepšení
10. Různé míče	A	*				zlepšení

### Závěr a doporučení pro další rok:

U Lenky je důležité zlepšení nejen fyzické, ale i psychické. Pořád má stavy, kdy se sekne a odmítá něco dělat. Už jsou ale míň než na začátku, když jsme spolu začínaly pracovat. Při pozitivní motivaci dokáže skoro vše co ostatní. Asistence je však nutná. Je zapotřebí pomalu Lenku nechávat pracovat samostatně a pomáhat, jen když to bude nezbytně nutné. Důležité je pro ni také zachovat pravidelnost pohybu. V tělesné výchově doporučuji cvičit co nejvíce vytrvalost, složitější pohybové úkoly a práci s náčiním. Pro Lenku je nezbytný k další motivaci pocit úspěchu. Proto zařadit aktivity, kde ho Lenka pocítí nebo kde třeba bude lepší než její spolužáci.



# 4 Diagnostika a evaluace žáků s MP v TV

(Ondřej Ješina, Lucie Ješinová)

Diagnostika ve speciální pedagogice se zabývá průběhem dosavadního vývoje jedince a snaží se zjistit příčiny možných vývojových odchylek s ohledem na další rozvoj jeho osobnosti a uplatnění. Každý člověk je jedinečnou bytostí, která je na jedné straně ovlivňována svým sociálním prostředím, ale na straně druhé ona sama toto prostředí přetváří a mění. Proto je třeba, aby součástí diagnostiky bylo i poznání následujících oblastí:

- jak se jedinec vyrovnal se svým zdravotním postižením;
- jak jeho postižení ovlivnilo sociální prostředí, ve kterém žije (rodina, škola, vrstevníci, zájmy, profesní uplatnění);
- jak působí sociální prostředí na člověka s postižením;
- jak se tyto skutečnosti odrážejí v jejich vzájemné komunikaci a interakci.

Diagnostiku ve speciální pedagogice je možno chápat v různých kontextech. Pokud chceme hovořit o tzv. diagnostice, máme spíše na mysli užší vymezení, které se týká té části diagnostiky, kterou provádí přímo speciální pedagog. Jinak je asi lépe hovořit o diagnostice ve speciální pedagogice, což je širší vymezení, které zahrnuje celkovou, komplexní diagnostiku, tj. lékařskou, psychologickou, sociální a speciálněpedagogickou (Přinosilová, 2007).

Speciálněpedagogická část diagnostiky je zaměřena na daného jedince s postižením s ohledem na možnosti jeho dalšího vzdělávání a sleduje:

- kompetence, které jsou u jedince s postižením v důsledku jeho vady omezeny a modifikovány,
- dovednosti, které zůstaly nenarušeny,
- úroveň a schopnosti jedince v oblasti motoriky (hrubé, jemné), grafomotoriky a kresby, laterality, sebeobsluhy,
- komunikační schopnosti a jejich narušení,
- úroveň rozumových schopností ve vztahu k možnostem vzdělávání daného jedince, k profesní orientaci a možnostem jeho uplatnění na trhu práce,
- citové a sociální oblasti osobnosti, která je významná z hlediska jejich vztahů s prostředím (Přinosilová, 2007).

Mezi nejdůležitější praxe z hlediska vrozených a raně získaných postižení patří využití diagnostiky při:

- zahájení povinné školní docházky (školní zralost),
- výchově, vzdělávání a zájmových aktivitách žáka,
- poradenství,
- volbě povolání.

Přestože diagnostika žáka s postižením vyžaduje komplexní týmovou spolupráci odborníků (lékař, psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník), je v tomto směru (máme na mysli speciální pedagogiku) nejfrekventovanějším tandemem spojení psychologa a speciálního pedagoga.

#### 4.1 Základní charakteristika obecných diagnostických postupů

Diagnostické metody lze kategorizovat podle přístupu na klinické a testové. Diagnostické metody (anamnestické metody, pozorování, rozhovor, analýza spontánních produktů) jsou založeny na kvalitativní analýze zjištěných údajů, a proto nám umožňují poznat konkrétního jedince z hlediska dynamiky jeho vývoje, komplexnosti a jedinečnosti jeho osobnosti.

1) Metody klinického přístupu se využívají v případové práci s konkrétním klientem. Patří mezi ně pozorování, rozhovor, analýza a analýza spontánních produktů.

- Anamnestické metody se zabývají zjišťováním a shromažďováním dat a informací z minulosti vztahujících se k diagnostikované osobě a její rodině. Cílem je objasnění eventuálních příčin a souvislostí se současným stavem jedince. Rodinná anamnéza (RA) se zaměřuje na zjištění údajů o rodině se zřetelem na sledované a dědičné choroby, mentální retardaci, eventuálně výskyt dalšího postižení v rodině. Osobní anamnéza (OA) navazuje na rodinnou anamnézu a zjišťuje údaje o vyšetřované osobě z pre-, peri- a postnatálního období, z raného dětství, z období předškolního i školního věku atd. až po současný stav.
- Pozorování bývá nejčastěji vymezováno jako záměrné a zaměřené vnímání a myšlení, jehož cílem je rozpoznání nejdůležitějších znaků pozorovaného subjektu.
- Rozhovor umožňuje bezprostřední interakci mezi vyšetřovanou osobou a diagnostikem. Tato interakce se uskutečňuje formou otázek a odpovědí nebo v dotazníku formou psané řeči. Diagnostický rozhovor může být buď neřízený (klient má možnost si sám volit téma rozhovoru), nebo řízený.
- Analýza výsledků činnosti poskytuje informace o úrovni dovedností a vědomostí, o zájmech, ale i o nedostacích a problémech či obtížích konkrétního jedince (např. specifické poruchy učení). Jedná se o výsledky činnosti v oblasti písemných prací (slohová cvičení na daná témata, diktáty, básně, dopisy apod.) a výtvarné a pracovní činnosti, jako jsou kresby, malby, modely, plastiky, amatérské výrobky apod. (Přinosilová, 2007).

2) Testové metody jsou příkladem standardizovaného způsobu diagnostiky. Při jejich využití se klade důraz na stejnost podmínek pro všechny vyšetřované osoby. To znamená, že všechny osoby pracují se stejným podnětovým materiálem, za stejných podmínek, které se uplatňují i při registraci a vyhodnocování výsledků. Odpovídají spíše na otázky vztahující se k dílčím stránkám osobnosti, zatímco klinické metody umožňují utvořit si celkový obraz. Mezi testové metody patří:

- Didaktické testy – jsou zaměřeny na výsledky školního učení. „Didaktický test je složen z testových úloh, které mohou být variabilně konstruovány jako otevřené široké úlohy vyžadující obsáhlejší odpovědi či úlohy se stručnou odpovědí, dichotomické úlohy (typu ano × ne) či úlohy s výběrem odpovědí“ (Valenta & Müller, 2004, s. 85).
- Sociometrické testy – zjišťují a analyzují interpersonální vztahy v malých skupinách na pozadí vzájemných sympatií a antipatií. Nejčastější formou zadání je sociometrický dotazník.
- Psychodiagnostické metody – některé psychodiagnostické postupy využívá také psychoped, ale většina z nich je v kompetenci psychologa. Patří sem např. vývojové škály, testy inteligence nebo testy specifických funkcí a schopností.

## 4.2 Příklady diagnostických prostředků uplatnitelných v TV

V rámci hodnocení se musíme zaměřit na hodnocení výsledků pomocí klasifikace. Dle zákona č. 561/2004 Sb., může být hodnocení výsledků vzdělávání žáka na vysvědčení vyjádřeno klasifikačním stupněm (dále jen „klasifikace“), slovně nebo kombinací obou způsobů. O způsobu hodnocení rozhoduje ředitel školy se souhlasem školské rady.

Dle vyhlášky č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky, by hodnocení mělo respektovat:

- Zásady hodnocení průběhu a výsledků vzdělávání a chování ve škole a na akcích pořádaných školou;
- zásady a pravidla pro sebehodnocení žáků;
- stupně hodnocení prospěchu a chování v případě použití klasifikace a jejich charakteristiku, včetně předem stanovených kritérií;
- zásady pro používání slovního hodnocení včetně předem stanovených kritérií;
- zásady pro stanovení celkového hodnocení žáka na vysvědčení v případě použití slovního hodnocení nebo kombinace slovního hodnocení a klasifikace;
- způsob získávání podkladů pro hodnocení;
- podrobnosti o komisionálních a opravných zkouškách;
- způsob hodnocení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Hodnocení vychází z posouzení míry dosažení očekávaných výstupů formulovaných v učebních osnovách jednotlivých předmětů školního vzdělávacího programu. Hodnocení je pedagogicky zdůvodněné, odborně správné a doložitelné. Dle metodického pokynu MŠMT ke vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování, č. j.: 13 711/2001-24, se u některých žáků se SVP doporučuje širší slovní ohodnocení. Podstata individuálního přístupu v hodnocení má být ostatním žákům vhodným způsobem sdělena.

V případě průběžné evaluace integrované TV je nejvhodnější použití metody pozorování a rozhovoru. Při hodinách TV doporučujeme se zaměřit:

- Zvládá žák se SVP pohybové aktivity, které jsou v IVP uvedeny?
- Stíhá všechny aktivity, které jsou v IVP pro dané časové období uvedeny?
- Jsou modifikace, které jsou uvedeny v IVP, zvoleny správně?
- Zvládl by žák se SVP více aktivit, jiné provedení, nepotřebuje tolik modifikací?
- Jsou potřeba speciální sportovní pomůcky, či jsou zvoleny správně?
- Jak probíhá forma paralelní, integrovaná nebo separovaná? Jsou zvoleny u daného žáka se SVP správně?
- Jak reagují na integraci žáka se SVP spolužáci? Nemají s modifikací her pro žáka se SVP problém? Spolupracují s ním?
- Je žák se SVP schopen si pohybové aktivity modifikovat sám?

- Jak vypadá spolupráce s asistentem? Nevyužívá žák se SVP pomoci asistenta i tam, kde není potřeba?
- Baví žáka se SVP tělesná výchova?
- Do kterých aktivit se zapojuje nejraději?
- Jak se cítí během a po jednotce TV? Je unavený? Pociťuje bolest?

Pokud uznáme, že je potřeba udělat v obsahu IVP změny, je možné je zařadit v průběhu školního roku dle aktuální situace (doplňovat nebo i zcela změnit – např. nepřinášejí-li dosavadní postupy očekávaný efekt nebo vyvstanou nové okolnosti, které je důležité reflektovat). Dvakrát ročně školské poradenské zařízení vyhodnocuje dodržování postupů a opatření uvedených v IVP (Jucovičová et al., 2009).

Na konci uplynutí doby, pro kterou byl IVP vytvořen, je dobré provést reálné zhodnocení. Mělo by se hodnotit splnění jednotlivých cílů popsanych v IVP, žákovo zlepšení či zhoršení v určitých dovednostech, znalost učiva dle RVP, celkový dojem z žákova přístupu k TV a klima ve třídě. Pro reálné zhodnocení dosaženého zlepšení či zhoršení v pohybových dovednostech a schopnostech je dobré provést znovu test motorických kompetencí, který byl proveden na začátku docházky žáka se SVP do TV. Důležitá součást hodnocení je doporučení pro další rok. Po prvním roce jsme schopni objektivně říci, jaké pokroky žák udělal, a tohle je dobré využít při tvorbě IVP pro další rok.

Diagnostika u žáka s MP postižením může být velmi složitá, leč ne nemožná. Lze si stanovit nějaký základní model, který můžeme aplikovat u jednotlivých dětí. Důležité je určit si vlastní způsob zápisu, pozorování a dotazování.

#### 4.2.1 Základní testy motorických kompetencí uplatnitelné pro žáky s MP

Jedním s parametrů, který nám dovoluje stanovit přiměřené cíle, je diagnostika motorických kompetencí. Na jejím základě je možné si vytyčit postupně úkoly a způsob jejich provedení.

Pokud je žák integrován první rok, je obtížnější tyto postupné cíle určit, než u žáka, u kterého již bylo IVP ve školní TV realizováno dříve. Predikace plnění jednotlivých úkolů a kvalita prováděných pohybových aktivit mohou být proměnlivé. Individuální vzdělávací plán je nutné postavit na tematickém plánu tělesné výchovy. Většinu aktivit je možno modifikovat nebo vyměnit za aktivity jiné. U žáků, kteří nemají žádné zkušenosti se sporty či jinými pohybovými aktivitami, případně jsou integrováni až ve vyšších ročnících, je nutné rozvíjet základní pohybové návyky a dovednosti – házení, chytání, odbití míče, manipulace s florbalovou hokejkou, skok do dálky nebo dovednost více specifickou jízdou na sportovním vozíku. Nesmíme totiž zapomínat, že řada žáků s MP má také přidružené tělesné postižení a nezdídky využívají ke své běžné i sportovní mobilitě mechanický (případně elektrický) vozík. V případě, že vozík nevyužívají, je možné níže uvedené diagnostické přístupy uplatnit bez příslušných kategorií – ty nevyplňovat ani nevyhodnocovat.

**Tabulka 6. Možnost testovaných oblastí pro diagnostiku motorických kompetencí (zjednodušený)**

Dovednosti /motorické kompetence obecné	Ano/Ne	Samostatně	Dopomoc	Stabilita/kvalita pohybu	Poznámky
1. Stoj					
2. Vstávání z lehu, sedu					
3. Lezení po čtyřech					
4. Běh					
5. Chůze					
6. Poskoky na místě					
7. Skákání po jedné noze					
8. Přeskok překážky					
9. Skok do dálky					
10. Sklouznutí					
11. Plazení					
12. Jemná motorika					
Vozík	Ano/Ne	Bez dopomoci	Dopomoc	Stabilita/kvalita pohybu	Poznámky
1. Jízda vpřed					
2. Jízda vzad					
3. Slalom					
4. Přesun z vozíku na zem a naopak					
5. Překonání překážky					
Dovednosti/specifické	Ano/Ne	Bez dopomoci	Dopomoc	Stabilita/kvalita pohybu	Poznámky
1. Úder do stojícího míče					
2. Kutálení					
3. Chytání					
4. Kopnutí					
5. Hod obouruč vrchem					
6. Hod obouruč spodem					
7. Hod jednou rukou					
8. Hod trčením					
9. Zvednutí míče ze země					
10. Manipulace s různými míči					

Bartoňová & Kudláček 2010 (upraveno Bartoňová & Ješina, 2012)

Podpora žáka byla hodnocena na škále – sama s oporou, s dopomocí, s výraznou dopomocí. Dopomoc je možná s využitím osoby, kompenzační pomůcky nebo kombinací. Stabilita/provedení na škále – velmi dobrá, dobrá, slabší, velmi slabá (viz tabulka výše).

Spurná a Vaščáková (2011) vycházely při návrhu testu motorických kompetencí u žáků s TP a žáků s kombinovaným postižením z testu GMFM (Gross Motor Function Measure), který je primárně určen



Zakřížkuj odpovídající skóre:

**Testovací oblast A: LEH A PŘETÁČENÍ**

**SKÓRE**

1. v lehu na zádech zvedne hlavu do úhlu 45°	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. v lehu na zádech přitáhne pravé koleno k hrudníku	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. v lehu na zádech přitáhne levé koleno k hrudníku	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. z lehu na zádech se přetočí přes pravou stranu na břicho	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. z lehu na zádech se přetočí přes levou stranu na břicho	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. v lehu na břiše zvedne hlavu nahoru	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. z lehu na břiše se přetočí přes pravou stranu na záda	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. z lehu na břiše se přetočí přes levou stranu na záda	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Testovací oblast A celkem

**Testovací oblast B: SED**

**SKÓRE**

9. testující drží testovaného za ruce; testující se vytahuje do sedu s kontrolou hlavy	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. sedí na zemi s oporou o HK(K); vydrží 5 sek.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. sedí na zemi bez opory o HK(K); vydrží 3 sek.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. šikmý sed vlevo; vydrží 5 sek.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. šikmý sed vpravo; vydrží 5 sek.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. dostane se ze sedu na čtyři přes P stranu	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. dostane se ze sedu na čtyři přes L stranu	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Testovací oblast B celkem

**Testovací oblast C: PLAZENÍ A LEZENÍ**

**SKÓRE**

16. v poloze na břiše uplazí asi 180 cm	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
17. ve vzporu klečmo (na čtyřech) vydrží 10 sek.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
18. na čtyřech předpaží PHK	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
19. na čtyřech předpaží LHK	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
20. na čtyřech leze nebo se posune dopředu asi 180 cm	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Testovací oblast C celkem

**Testovací oblast D: STOJ**

**SKÓRE**

21. u žebřin se ze sedu vytáhne do stoje	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
22. vydrží ve stoji bez opory 3 sek.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
23. ve stoji bez opory zvedne LDK; vydrží 10 sek.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
24. ve stoji bez opory zvedne PDK; vydrží 10 sek.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
25. ze stoje vezme předmět ze země a vrátí se do stoje; bez opory	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Testovací oblast D celkem



**Testovací oblast E: CHŮZE, BĚH A POSKOKY**

**SKÓRE**

26. ujde 10 kroků dopředu bez opory	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
27. ujde 10 kroků dozadu bez opory	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
28. překročí PDK tyčku ve výši kolen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
29. překročí LDK tyčku ve výši kolen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
30. uběhne 4 m, zastaví se a vrátí se zpět	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
31. skočí snožmo 30 cm dopředu	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
32. vyjde nahoru 4 schody bez držení; střídá nohy	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
33. sejde 4 schody dolů bez držení, střídá nohy	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
34. skočí snožmo dolů z výšky 15 cm	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Testovací oblast E celkem

**Testovací oblast F: MOBILITA A MANIPULACE S MECHANICKÝM VOZÍKEM**

**SKÓRE**

35. ujde 10 kroků dopředu s oporou	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
36. ujede na vozíku 5 m vpřed	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
37. ujede na vozíku 5 m vzad	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
38. přesune se z vozíku na zem a zpět	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
39. při záběru používá HK současně	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
40. posune se vozíkem na jeden záběr 2 m dopředu	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
41. překoná překážku 2 cm vysokou	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Testovací oblast F celkem

**VÝPOČET CELKOVÉHO SKÓRE - KATEGORIE**

**VÝPOČET SKÓRE V %**

(VARIANTA 1)

A. Leh a přetáčení      kategorie A celkem × 100 = \_\_\_\_\_%

B. Sed      kategorie B celkem × 100 = \_\_\_\_\_%

C. Lezení a plazení      kategorie C celkem × 100 = \_\_\_\_\_%

D. Stoj      kategorie D celkem × 100 = \_\_\_\_\_%

E. Chůze běh a skákání      kategorie E celkem × 100 = \_\_\_\_\_%

Celkové skóre      A% + B% + C% + D% + E% = \_\_\_\_\_%

celkový součet kategorií (5)

(VARIANTA 2)

A. Leh a přetáčení                      kategorie A celkem  $\times 100 =$  \_\_\_\_\_%

B. Sed    kategorie B celkem  $\times 100 =$  \_\_\_\_\_%

C. Lezení a plazení                      kategorie C celkem  $\times 100 =$  \_\_\_\_\_%

D. Stoj    kategorie D celkem  $\times 100 =$  \_\_\_\_\_%

F. Mobilita a manipulace s mechanickým vozíkem   kategorie F celkem  $\times 100 =$  \_\_\_\_\_%

Celkové skóre                       $A\% + B\% + C\% + D\% + F\% =$  \_\_\_\_\_ %  
celkový součet kategorií (5)

(Spurná & Vašćáková, 2011)

#### 4.2.2 FUNfitness test

FUNfitness je screeningový program, který je součástí doplňkových programů Speciálních olympiád (SO) s názvem Healthy Athlete (zdravý sportovec). Ze širokého spektra možných měření smyslem části FUNfitness je zjistit úroveň některých ukazatelů motorické kompetence ve vztahu ke zdraví a životnímu stylu, formulovat doporučení pro specifičtější zdravotní prohlídku a zajímavou formou informovat o možnostech zlepšování sledovaných ukazatelů. Organizačně je toto hodnocení přiřčeno k významným národním, evropským či světovým akcím SO. FUNfitness obsahuje:

- hodnocení ukazatelů síly různých svalových partií, flexibility v oblastech různých kloubů, rovnováhy a cirkulorespiračních funkcí;
- hodnocení BMI a svalových dysbalancí;
- edukativní část orientovanou na výživu a ochranu zdraví, trénink i relaxaci ([www.specialolympics.org](http://www.specialolympics.org) – FUNfitness).

Celý systém šetření je dostupný na [www.specialolympics.org](http://www.specialolympics.org). Pro diagnostiku ve vztahu k tvorbě IVP je vhodný pro orientaci v základních motorických kompetencích u dětí s MP, případně SP, zvládnou jej jedinci s autismem, nepoužitelný je pro děti s problémy mobility a uživatele vozíku (Válková, 2012).

#### 4.2.3 Další obecné testy motorických schopností a dovedností

MABC (Movement Assessment Battery for children) je dalším relativně známým testovým systémem, který se týká hodnocení dovedností malých dětí. Tento test byl ověřen na dětech bez zdravotního postižení, ale může se používat i u dětí s postižením, které mají schopnost nabýt motorických vzorců typických pro děti s běžným vývojem (Polášková, 2007). Hodnocením prostřednictvím MABC se získávají údaje o motorické zralosti dětí od 3 do 12 let (v diferencovaných setech obtížnosti vzhledem k věku), neboť se soudí, že motorické ukazatele jsou odrazem i psychické zralosti. Diagnostická pomůcka má hodnocení kvantitativní (ukazatele času, vzdálenosti, bodů) a kvalitativní (pozorované způsoby chování a řešení). MABC není verifikována pro českou populaci, ale byla užita úspěšně ke klinickým účelům

u dětí s mentálním postižením, s poruchou autistického spektra a u dětí neslyšících. V současné době se užívá jednodušší a prokazatelnější verze 2, která po verifikaci v ČR může být vhodným nástrojem pro intervenční opatření, méně vhodná pro vstupní diagnostiku k účelům tvorby IVP.

Testová baterie UNIFITTEST (6–60) je určena pro posouzení a monitorování úrovně základní motorické výkonnosti populace školních dětí, mládeže a dospělých. Jednotlivé testy slouží jako ukazatele k jednoduchému posouzení rozvoje (tzv. základních či elementárních pohybových schopností a k jejich normativnímu hodnocení. Učitel TV může využít jednotlivých testů nebo jejich kombinaci dle publikovaného manuálu (Měkota & Kovář, 1996), je však nutné jej modifikovat dle charakteru postižení a věku žáka se SVP.

#### 4.2.4 Technika pozorování – DIC-CIT

Velmi zajímavým instrumentem pro diagnostiku školní TV a zapojení žáka se SVP (včetně analýzy sociálních vztahů) je test, který se uvádí pod zkratkou DIC-CIT (Didactic Inclusive Categories – Critical Incident Techniques). Český ekvivalent se stejnou zkratkou DIC-CIT se dá přeložit jako didaktické inkluzivní kategorie – technika kritických případů. Metoda DIC-CIT je základní metodou pro hodnocení činnosti žáků v inkluzivní vyučovací jednotce školní tělesné výchovy. Výsledky škálování pomocí DIC-CIT by měly odhalit časové charakteristiky skutečného začlenění žáků do hodiny, do činností paralelních a funkci asistentů pedagoga. Více o metodě v Manuálu pro hodnocení inkluzivních vyučovacích jednotek tělesné výchovy DIC-CIT pro ATV (Válková, Bartoňová & Ahmetašević, 2012).

Pokud plánujeme a realizujeme vzdělávací proces, je třeba vycházet z konkrétního zjištění a popisu speciálních vzdělávacích potřeb a možností žáků (Vitámvás, 2010). Kudláček a Ješina (2008) diagnostikou v integrované TV rozumí:

- Přípravenosti učitele TV – je důležité zjistit, zda je učitel ochoten žáka s postižením integrovat a jakou podporu by pro kvalitní integraci potřeboval.
- Přípravenost vnějších faktorů – kompenzační pomůcky, sportovní vybavení, dostupnost sportovních ploch, architektonické bariéry, připravenost ostatních žáků, curriculum, možnosti pohybových aktivit ve třídě.
- Přípravenost žáka se zdravotním postižením – používají se standardizované či nestandardizované testy a další techniky ke zjištění úrovně pohybových schopností a dovedností, zájmu žáka, preference pohybových aktivit rodiny, environmentálních stimulů.

IVP pro TV je většinou pro všechny zúčastněné z hlediska jeho specifčnosti problematické. Proto se v této kapitole budeme snažit přiblížit postup při jeho zpracování a další okolnosti, které se IVP a integrované TV týkají.

#### 4.2.5 Technika pozorování – nevhodné chování při TV

Jednou z možných diagnostických metod u žáků je pozorování. Pro zaznamenání pozorování doporučujeme připravit si záznamové archy a požádat např. asistenta pedagoga nebo jiného pedagogického pracovníka (nebo osobního asistenta) o zaznamenávání případného chování. Tabulka (viz níže) je záznamovým archem pro zjištění příčiny nevhodného chování při TV (Block, 2007). Nevhodné chování je vzhledem k osobnostním specifikům relativně typické pro cílovou skupinu žáků s MP, autismem, ale i duševním onemocněním. V případě, že se nevhodné chování při TV nevyskytuje, ať bere čtenář níže uvedený záznamový arch jako inspiraci pro formulaci jiných otázek, které mohou odhalit např. vztahy ve třídě, motivaci pro realizaci jednotlivých aktivit při TV nebo efektivitu zapojení spolužáků při využívání prvků peer tutoring.

**Tabulka 8. Formulář pro záznam chování****Formulář pro záznam chování**

Jméno žáka: \_\_\_\_\_ Třída: \_\_\_\_\_

Hodnotitel: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Chování:** Co žák dělá v průběhu zaznamenávaného období?

Popište:

**Zkoumání okolností:** Co v okolí žáka může být příčinou jeho nepatřičného chování?

Kdy se chování typicky vyskytuje?

Kde se chování typicky vyskytuje?

Co typického se stane, když se chování vyskytne?

**Zkoumání příčiny:** Co se pravděpodobně žák pokouší sdělit? (Zaškrtněte) Chce upoutat pozornost? Chce vám něco sdělit? Vyžaduje konkrétní pomůcku? Chce být s konkrétním kamarádem? Chce se vyhnout nějaké aktivitě? Potřebuje jít do sprchy? Chce se vyhnout určité situaci? Je v nepohodě? Potřebuje s něčím pomoci? Jde o nějaký jiný důvod? Pokud ano, o jaký? \_\_\_\_\_**Zkoumání důsledku:** Jak žák reaguje? (Za podnět stručně charakterizujte žakovu reakci.)

Přísný pohled učitele: \_\_\_\_\_

Učitel TV se přiblíží k žákovi: \_\_\_\_\_

Napomenutí učitele: \_\_\_\_\_

Je nucen omluvit se spolužákovi: \_\_\_\_\_

**Na základě učitelova pokynu musí žák:**

Odstranit nepořádek: \_\_\_\_\_

Vrátit se pro zapomenuté pomůcky: \_\_\_\_\_

Vyměnit partnera nebo skupinu: \_\_\_\_\_

Odejít na trestnou lavici: \_\_\_\_\_

Akceptovat fyzický kontakt asistenta pedagoga: \_\_\_\_\_

Odejít k řediteli či výchovnému pracovníkovi (školnímu psychologovi):

Jiné: \_\_\_\_\_ Žákova reakce: \_\_\_\_\_

Návrh opatření: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

# 5 Úvod do problematiky žáků s poruchami autistického spektra

(Lucie Kepštová, Ondřej Ješina)

Pervazivní vývojové poruchy patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního vývoje (Thorová, 2006). Termín pervazivní znamená všepromikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky ve všech složkách jeho osobnosti (Thorová, 2006).

Pojem pervazivní vývojové poruchy je nadřazeným označením pro celou skupinu poruch, které se svým obrazem vylučují a odlišují od jiných kategorií (Šedibová, Vladová in Lechta, 2009). Diagnostický manuál Světové zdravotnické organizace (WHO) Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) řadí pervazivní vývojové poruchy do poruch psychického vývoje. MKN-10 (původní verze z let 1992–1994, aktuální verze z roku 2012) uvádí následující charakteristiku: „*Skupina těchto poruch je charakterizována kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.*“ Tento diagnostický manuál uvádí 10 kategorií pervazivních vývojových poruch. Pervazivní vývojové poruchy se diagnostikují v dětství na základě projevů chování. Stupeň závažnosti poruch bývá různý a vyznačují se značnou variabilitou symptomů (Čadilová, Jůn, Thorová, et al., 2007). Termín poruchy autistického spektra (PAS) zhruba odpovídá termínu pervazivní vývojové poruchy. Obtížnost v zařazování dětí do určité kategorie pervazivních vývojových poruch a jejich vzájemné překrývání vyvolaly v praxi potřebu vzniku všeobecného termínu, který by zastřešoval děti s co nejširší škálou i mírou symptomů. Tento termín je považován za výstižnější, protože specifické deficity a abnormální chování jsou považovány spíše za různorodé než pervazivní (Thorová, 2006). České pojetí řadí PAS mezi pervazivní vývojové poruchy (Opekarová & Šedivá, 2006).

PAS je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. PAS je konečné symptomatické vyjádření mozkové dysfunkce, kterou mohou vyvolat různé příčiny (Gillberg & Peeters, 2003). Příčinu se prozatím nepodařilo odhalit. Předpokládá se, že určitou roli zde hrají genetické faktory, různá infekční onemocnění a chemické procesy v mozku.

## 5.1 Základní charakteristika a klasifikace PAS

Termín PAS pochází z řeckého slova autos, což znamená sám. Poprvé jej použil v roce 1911 švýcarský psychiatr E. Bleuler, který tento pojem užil k pojmenování jednoho ze symptomů pozorovaných u pacientů se schizofrenií (Thorová, 2006). PAS patří k vývojovým pervazivním poruchám. Nadřazeným používaným pojmem je porucha autistického spektra (PAS). Porucha je trvalá a označení pervazivní ukazuje, že se jedná o postižení ve více oblastech. Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) může mít PAS několik forem, které jsou definovány pod pořadovým číslem F84 a jedná se o skupinu poruch charakterizovaných kvalitativním zhoršením společenských vztahů a způsobů komunikace a omezenými, stereotypně se opakujícími zájmy. Tyto kvalitativní abnormality jsou rysem chování jedince ve všech situacích a jejich stupeň a intenzita mohou být různé.

V dnešní době je PAS samostatnou diagnostickou jednotkou. Až 80 % osob s klasickou formou PAS má inteligenční kvocient pod hranicí 70 bodů. Výjimku tvoří osoby s aspergerovým syndromem

u kterých je IQ vyšší (Gillberg & Peeters 2003). Mentální postižení je stav, kdy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka. Myšlení, řečové a sociální dovednosti jsou oproti průměru výrazně sníženy.

Mentální postižení a autismus jsou dva rozdílné syndromy, ačkoli se mohou částečně překrývat. Je velice důležité diferencovat mezi mentálním postižením a koexistencí společně s poruchou autistického spektra. Podstatným rozdílem je fakt, že dítě trpící poruchami autistického spektra má typicky nevyrovnaný vývojový profil, zatím co dítě s mentálním postižením má vývojový profil srovnatelný s intaktním dítětem nižšího věku (Jelínková, 1999).

Autismus je charakterizován postižením tří oblastí, a to komunikace, sociálních vztahů, představitosti a rigidního myšlení. Nedostatky v těchto třech oblastech se souborně nazývají „triádou postižení“ (Jelínková & Netušil, 2001). Všechny současné uznávané diagnostické systémy se shodují v tom, že pro diagnózu autismu je nutné postižení právě v těchto třech oblastech: omezení recipročních sociálních interakcí, omezení reciproční komunikace (verbální i neverbální) a omezení imaginace (Gillberg & Peeters, 2003). Hovoříme o diagnostické triádě. Thorová (2006) tuto triádu popisuje následovně:

## Komunikace

Postižení komunikace u osob s autismem je různorodé. Je na různých úrovních a projevuje se jen některé ve větší či menší míře. Příklad od případu je odlišný, a proto se ke každému musí přistupovat individuálně. Přibližně polovina dětí s poruchou autistického spektra zůstává prakticky nemluvící. Dalším problémem u osob s autismem bývá „chápání symbolů“ (Jelínková, 1999). Často nerozumí gestům, výrazům obličeje, intonaci a emocím. Nedokážou tyto symboly pojmenovat, zpracovat a využívat. Jiný problém může nastat při „chápání souvislosti“ úskalím v komunikaci, což zapříčiní, že osoby s autismem neumí dávat věci do širších souvislostí. Další problém bývá s generalizací vět, skloňováním nebo s gramatickými pravidly.

## Sociální interakce

Jedinci s poruchou autistického spektra často nerozumí signálům z okolí a nedokážou je dekodovat, nepocítují nutnost na tyto signály reagovat. Jejich reakce jsou úzce spjaté s jejich vlastní osobou a maximálně s vlastními potřebami. Vyskytují se však i případy, kdy jedinci s poruchami autistického spektra nedokážou vzhledem k svému postižení adekvátně vyjádřit ani své vlastní potřeby. Často mají osoby s autismem problémy v přijímání a dodržování sociálních pravidel, nemají potřebu se začleňovat mezi vrstevníky a z toho plyne i nízká schopnost účastnit se kolektivních her. O své zážitky se s druhou osobou nedělí a ani neumí dát najevo své negativní nebo pozitivní emoce.

## Představitost, stereotypní chování

Osoby s autismem často nemají schopnost pružného tvořivého myšlení a z toho důvodu jim chybí dovednost využívat představivosti. Nezbyvá jim tedy nic jiného než rituály, opakující se stereotypní aktivity a omezené zájmy. Znamenají pro ně jistotu, předvídatost, bezpečí a jsou základem jejich radosti, potěšení a úspěchu. Omezená představivost, neschopnost předvídat a očekávat sled dalších možných situací způsobuje nelibost až averzi ke změnám. Vyhovující je stálý řád a přesný denní harmonogram činností. Stereotypní chování se mění vzhledem k věku a vývojové úrovni dítěte.

V současné době jsou využívány dva klasifikační systémy nemocí. První a u nás více využívaný systém je Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize (MKN-10) z roku 1992, zpracovaná v Ženevě Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Druhým klasifikačním systémem je čtvrtá revize americk-



kého klasifikačního manuálu DSM-IV z roku 1994, vydávaného Americkou psychiatrickou asociací. Thorová (2006) upozorňuje na lepší využitelnost manuálu DSM-IV v praxi. Diagnostická kritéria jsou tu přehlednější, lépe definovaná a pro praktické využití srozumitelnější.

MKN-10 (1992) dělí pervazivní vývojové poruchy do osmi základních kategorií:

- F84.0 – Dětský autismus
- F84.1 – Atypický autismus
- F84.2 – Rettův syndrom
- F84.3 – Jiná dezintegrační porucha v dětství
- F84.4 – Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- F84.5 – Aspergerův syndrom
- F84.8 – Jiné pervazivní vývojové poruchy
- F84.9 – Nespecifikované pervazivní vývojové poruchy

DSM-IV (1994) uvádí pět kategorií:

- Autistická porucha
- Rettův syndrom
- Dětská dezintegrační porucha
- Aspergerova porucha
- Pervazivní vývojová porucha dále nespecifikovaná

**Tabulka 9. Historie klasifikace PAS**

Období	Názvy diagnóz	Četnost výskytu
40.–50. léta	Kannerův typický autismus	1–2/10 000
60.–70. léta	Kannerův časný dětský autismus (zredukováná kritéria Kannerova a Eisenberga)	4–5/10 000
80. léta	Pervazivní vývojové poruchy	10–25/10 000
90. léta	PAS poruchy autistického spektra	50/10 000
2000+	PAS poruchy autistického spektra (širší používání nových, přesnějších a obecně rozšířených diagnostických nástrojů)	60/10 000

## Dětský autismus

Dětský autismus (někdy nazývaný též Kannerův dětský autismus) tvoří jádro poruch autistického spektra. Bývá všeobecně považován za nejčastější typ PAS v ČR. Charakteristické rysy tohoto postižení se objevují ve třech oblastech vývoje. Vingová (1993) nazvala tyto tři okruhy triádou postižení (Thorová 2006). Jedná se o oblast sociální interakce, komunikace a imaginace. Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy (málo symptomů) po těžkou (velké množství symptomů). Typická je značná variabilita symptomů (Thorová, 2006). Kromě problémů spadajících do této triády mohou lidé s autismem trpět dalšími dysfunkcemi. Ve většině případů je tato diagnóza doprovázena souběžným postižením. Asi třetina osob s dětským autismem trpí současně epilepsií a u 80 % je diagnostikována přidružená mentální retardace (Gillberg & Peeters, 2003). Frekvence výskytu dětského autismu se pohybuje mezi 10 až 17 dětmi na 10 tisíc narozených dětí (Thorová, 2006).

**Tabulka 10. Charakteristika dětského autismu dle MKN-10**

<p><b>F84.0 Dětský autismus</b></p> <p>Typ pervazivní vývojové poruchy, která je definována:</p> <p>a) přítomností abnormálního nebo porušeného vývoje manifestujícího se před věkem tří let a</p> <p>b) charakteristickým typem abnormální funkce všech tří oblastí psychopatologie, kterými jsou reciproční sociální interakce, komunikace a opakující se omezené stereotypní chování. K těmto specifickým diagnostickým rysům dále přistupuje běžně škála dalších nespecifických problémů, jako fobie, poruchy spánku a jídla, návaly zlosti (temper tantrum) a agrese namířená proti sobě.</p>
--

## Atypický autismus

Atypický autismus tvoří zastřešující diagnostickou kategorii pro osoby, které splňují daná kritéria pro dětský autismus jen částečně a nesplňují kritéria jiné pervazivní vývojové poruchy. Méně narušeny někdy bývají sociální či komunikační dovednosti nebo chybí stereotypní zájmy. Typické pro tuto kategorii jsou potíže s navazováním vztahů s vrstevníky a neobvyklá přecitlivělost na specifické vnější podněty (Thorová, 2008). Ročně se v České republice narodí zhruba 100–150 dětí s atypickým autismem (Thorová, 2007).

Thorová (2006) upozorňuje na nedostačující popis této poruchy v diagnostických manuálech. Americký diagnostický systém DSM-IV pojem atypický autismus jako samostatnou kategorii nezná, užívá termín pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná.

**Tabulka 11. Charakteristika atypického autismu dle MKN-10**

<p><b>F84.1 Atypický autismus</b></p> <p>Typ pervazivní vývojové poruchy, která se odlišuje od dětského autismu buď věkem začátku, nebo tím, že nesplňuje všechny tři skupiny požadavků pro diagnostická kritéria. Tato podpoložka by měla být použita tam, kde je abnormální a porušený vývoj až po třetím roku věku, a kde není dostatečně průkazná abnormalita v jedné nebo ve dvou ze tří oblastí psychopatologie požadované pro diagnózu PAS (porucha reciproční sociální interakce, porucha komunikace a opakující se omezené stereotypní chování) i přes přítomnost charakteristických abnormalit v jiných oblastech. Atypický autismus vzniká často u výrazně retardovaných jedinců a jedinců s těžkou vývojovou receptivní poruchou řeči.</p>
--

## Rettův syndrom

Rettův syndrom je specifickou pervazivní vývojovou poruchou, která má výrazný vliv na vývoj osobnosti. Jedná se o syndrom doprovázený těžkým neurologickým postižením, který má pervazivní dopad na somatické, motorické i psychické funkce (Thorová, 2006). Tato porucha se od ostatních poruch autistického spektra odlišuje v některých charakteristikách. Jedná se o progresivní onemocnění, které se vyskytuje v naprosté většině u dívek a má známou etiologii. V České republice se ročně narodí 5–6 dívek s Rettovým syndromem.

Poprvé tento syndrom popsal rakouský dětský neurolog Andreas Rett. V roce 1966 publikoval popis 21 dívek a žen s identickými symptomy. V roce 1985 byla Hagbergem sestavena diagnostická kritéria a roku 1992 byl Rettův syndrom zařazen do diagnostického systému MKN. V té době ještě nebyla známa příčina vzniku Rettova syndromu (Thorová, 2006).

Příčinou Rettova syndromu je mutace genu situovaná na raménku chromozomu X. Tato mutace má aktuálně zhruba 200 podob (Thorová, 2006). Různorodost primárních příčin se podílí na variabilitě symptomatiky u těchto osob (Vágnerová, 2004). Rettův syndrom se projevuje výhradně u dívek. Chlapci s touto poruchou mají velmi závažné příznaky již během prenatálního vývoje. Dochází k přerušení těhotenství (potratu) nebo úmrtí krátce po porodu. Předpokládá se, že budou nalezeny příčinné mutace i v genech dalších (on line <http://www.rett-cz.com/cz/rettuv-syndrom>).

Vývoj dívek s Rettovým syndromem probíhá v několika charakteristických stádiích. První stadium je obdobím normálního vývoje (0–12 měsíců). V období mezi šestým a osmým měsícem se objevují první symptomy. V prvním až čtvrtém roce života dochází k výrazné vývojové regresi. Dítě začíná ztrácet dovednosti, které se již naučilo. Okolo čtvrtého roku věku je vývoj relativně stabilní. Toto období trvá přibližně do školního věku. Ve věku mezi 5. a 25. rokem dochází ke zhoršení motorických funkcí. Často se vlivem ochabujících svalů objevuje skolióza a ve velmi vysokém procentu epilepsie, okolo 80 % (Hrdlička, Komárek 2004, Thorová 2006). Dívky se dožívají přibližně 40 až 50 let.

**Tabulka 12. Charakteristika Rettova syndromu dle MKN-10**

### F84.2 Rettův syndrom

Stav až dosud zjištěný u dívek s obvyklým začátkem ve věku 7–24 měsíců. Po období časného vývoje, probíhajícího normálně, se objevuje částečná nebo pozvolná ztráta řeči a porucha obratnosti při chůzi a užívání rukou, současně se zástavou růstu hlavy. Ztráta účelných pohybů rukou, stereotypní krouivé pohyby rukou a spontánní hyperventilace jsou charakteristické. Je zastaven vývoj hraní a vývoj sociální, ale sociální zájmy mají tendenci se udržovat. Ataxie trupu a apraxie se začíná vyvíjet od čtyř let a často následují choreoatetoidní pohyby. Téměř vždy je výsledkem těžká mentální retardace.

## Jiná dětská dezintegrační porucha

Tuto poruchu poprvé popsal v roce 1908 speciální pedagog Theodore Heller. Publikoval studii šesti dětí, u kterých mezi třetím a čtvrtým rokem věku došlo k výraznému regresi a nástupu těžkého mentálního postižení, ačkoliv předtím vývoj probíhal zcela uspokojivě (Thorová, 2006). Dříve tak byla porucha nazývána Hellerova psychóza, Hellerova demence, dezintegrační psychóza (Gillberg & Peeters, 2003), Hellerův syndrom nebo infantilní demence (Hrdlička & Komárek 2004). Současná diagnostická kritéria se příliš neliší od původního popisu poruchy (Thorová, 2006).

Pro dětskou dezintegrační poruchu je charakteristické delší období normálního raného vývoje. Podle kritérií MKN-10 i DSM-IV musí normální vývoj trvat minimálně do dvou let života dítěte. Tento

vývoj je pak zastaven a nastává jasná regrese dovedností (markantnější, než je tomu u dětského autismu) vývojem autistických symptomů (Gillberg & Peeters, 2003) s nástupem mentálního postižení a autistického chování.

Nástup poruchy je udáván mezi druhým a desátým rokem věku. Nejčastěji se objevuje mezi třetím a čtvrtým rokem (Thorová, 2006). Vůdčím příznakem je rychlá progresivní ztráta řeči, k níž dochází během 6–9 měsíců od začátku poruchy (Wiener 1997 in Hrdlička & Komárek, 2004). Mezi další pozorované projevy patří nástup emoční lability, záchvaty vzteku, potíže se spánkem, agresivita, úzkostnost, dráždivost, hyperaktivita, dyskoordinace komplexních pohybů a neobratná zvláštní chůze, abnormální reakce na sluchové podněty (Thorová 2006). S touto poruchou se pojí vysoký výskyt epilepsie 77 % (u dětského autismu 33 %), (Hrdlička, Komárek, 2004). Dětská dezintegrační porucha je relativně vzácná, její výskyt se odhaduje na 0,6/10000 (Hrdlička & Komárek, 2004).

**Tabulka 13. Charakteristika Jiné dětské dezintegrační poruchy dle MKN-10**

**F84.3 Jiná dětská dezintegrační porucha**

Typ pervazivní vývojové poruchy, která je charakterizovaná tím, že po období zcela normálního vývoje následuje trvalá ztráta dříve získaných dovedností v různých oblastech vývoje průběhem několika měsíců. Typicky je to doprovázeno ztrátou zájmu o okolí, stereotypním motorickým manýrováním a porušenou sociální interakcí a komunikací, podobně jako u PAS. V některých případech může být porucha v určitém spojení s encefalopatií, ale diagnóza by měla být založena na projevech chování.

**Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby**

Tato porucha není v literatuře nijak široce popsána. Jak uvádí MKN-10, Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby není dobře definovatelná. Americký diagnostický manuál DSM-IV tuto poruchu nedefinuje. Jedná se o poruchu, která sdružuje hyperaktivní syndrom (nereagující na stimulancia), mentální postižení s IQ nižším než 50 bodů a stereotypní pohyby (případně také sebepoškozování). U osob s touto poruchou se nevyskytuje sociální narušení autistického typu (Hrdlička & Komárek, 2004).

**Tabulka 14. Charakteristika Hyperaktivní poruchy sdružené s mentální retardací a stereotypními pohyby dle MKN-10**

**F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby**

Tato porucha je špatně definovatelná s nejistou nozologickou validitou. Položka označuje skupinu dětí s těžkou mentální retardací (IQ pod 34), jejichž hlavní problém tkví v hyperaktivitě a v poruchách pozornosti, ale i ve stereotypním chování. Po stimulanciích se nezlepšuje (na rozdíl od dětí s normální inteligencí) a může docházet k těžkým dysforickým reakcím (někdy doprovázeným psychomotorickou retardací), po podání psychostimulancií a v dospívání jeví hyperaktivita sklon k nahrazení sníženou aktivitou (což u hyperkinetických dětí s normální inteligencí nebývá). Tento syndrom je často sdružen s řadou vývojových opoždění, ať již specifických nebo globálních. Do jaké míry je tento typ příznaků způsoben nízkým IQ nebo organickou chorobou mozku, není známo.

**Aspergerův syndrom (AS)**

Tento syndrom popsal v roce 1944 vídeňský pediatr Hans Asperger. Porucha nesla název autistická psychopatie. V roce 1981 prosadila Lorna Wingová termín Aspergerův syndrom (Hrdlička & Komárek, 2004). Frekvence výskytu je asi 32/10 000 (Thorová, 2006).

Aspergerův syndrom se projevuje kvalitativními poruchami ve stejné triádě oblastí jako Dětský autismus. Není tu však přítomno mentální postižení. Intelekt bývá průměrný až nadprůměrný. Podle klasického pojetí by se Aspergerův syndrom a Dětský autismus měly lišit v prevalenci, intelektových schopnostech, řečových schopnostech, některých autistických symptomech, motorické obratnosti a v prognóze (Hrdlička & Komárek, 2004).

Děti s Aspergerovým syndromem mohou a nemusí mít opožděný vývoj řeči. Ve věku pěti let však již mluví plynule. V tomto věku mají většinou čistou výslovnost a dobrou slovní zásobu. Vývoj řeči však bývá poněkud zvláštní (Thorová, 2006). Často se děti učí mluvit jakoby z paměti. Řeč může mít mechanický, příliš formální charakter a výroky jdou často mimo sociální kontext. V komunikaci jsou jednostranně zaměřené, mají potíže chápat humor, ironii, metafory a nadsázku. Jazykové dovednosti osob s AS mohou být i na vysoké úrovni (Thorová, 2009).

Způsob uvažování a logika osob s Aspergerovým syndromem bývají velice zvláštní, jako by jim chyběl „běžný selský úsudek“ (Thorová, 2009). Tyto osoby obtížně chápou potřeby jiných lidí, chybí jim empatie a působí egocentricky. Do kolektivu vrstevníků se děti zapojují s obtížemi, patří mezi samotáře nebo se chovají natolik odlišně, že nejsou ostatními dětmi přijímány. Často bývají velmi neobratné, mívají potíže s psaním a tělesnou výchovou.

U dětí s AS se frekventovaně vyskytují vývojové poruchy chování, hyperaktivita, poruchy pozornosti a nedostatečná kontrola emocí. Lidé s AS často trpí úzkostmi a depresemi, mají sklon k sebepodhodnocování a emoční labilitě. S problémovým chováním se u lidí s AS nesetkáváme vždy, ale bývá poměrně časté (Thorová, 2009).

**Tabulka 15. Charakteristika Aspergerova syndromu dle MKN-10**

#### **F84.5 Aspergerův syndrom**

Porucha nejisté nozologické validity, charakterizovaná tímž kvalitativním porušením reciproční sociální interakce, které napodobuje ostatní PAS, současně s opakujícím se omezeným, stereotypním repertoárem zájmů a aktivit. Liší se od ostatních PAS hlavně tím, že není opoždění ve vývoji řeči a kognitivních schopnostech. Tato porucha je často spojena se značnou nemotorností. Abnormality mají velkou tendenci přetrvávat do dospívání a dospělosti. V časně dospělosti se občas vyskytují psychotické epizody.

### **Jiné pervazivní vývojové poruchy**

Diagnóza Jiná pervazivní vývojová porucha nebývá v Evropě příliš často používána. Diagnostická kritéria nejsou přesně definována. Klasifikační systém MKN-10 tuto poruchu uvádí, není zde však charakterizována.

Thorová (2006) uvádí dva typy dětí, které jsou v praxi do této kategorie zařazovány. Prvním typem jsou děti, u kterých je narušena oblast komunikace, sociální interakce i hra, ne však do té míry, aby odpovídala diagnóze dětského nebo atypického autismu. Některé dílčí schopnosti odpovídají či se blíží normě. Tato diagnóza bývá častá u dětí s těžší formou poruchy aktivity a pozornosti, vývojovou dysfázií, nerovnoměrně rozvinutými kognitivními schopnostmi, mentální retardací a malou četností projevů typických pro PAS. Jedná se o hraniční kategorii, spíše s nespecifickými symptomy.

Druhou skupinu tvoří děti s výrazně narušenou oblastí představivosti. Mají malou schopnost rozeznávat mezi fantazií a realitou. Typický je pro ně vyhraněný zájem o určité téma, kterému se intenzivně věnují. Stereotypní zájmy a rigidní chování se odráží v kvalitě komunikace a sociální interakce. Patří sem děti se schizotypními a schizoidními rysy, kterým diagnostika konkrétní PAS nevyhovuje.



## Nespecifikované pervazivní vývojové poruchy

Nespecifikovaná pervazivní vývojová porucha je považována za kategorii přechodnou, dítě je nutné průběžně diagnosticky sledovat, případně poruchu specifikovat v pozdějším věku. Klasifikační systém MKN-10 tuto poruchu uvádí, není zde však charakterizována.

Samotná diagnóza vzhledem k různorodosti forem poruch autistického spektra a nerovnoměrnému vývoji jednotlivých složek osobnosti nepřináší dostatek informací pro poskytnutí vhodné intervence a systematické péče. Dalším ovlivňujícím faktorem je komorbidita řady dalších poruch. Z těchto důvodů je třeba PAS klasifikovat dle funkčních schopností konkrétních osob.

Diagnostika míry úbytku funkčních schopností napomáhá určení míry speciálních vzdělávacích potřeb jednotlivých žáků s PAS. Čím nižší je funkčnost, tím vyšší jsou nároky na péči a podporu (Čadilová, Jůn, Thorová, et al., 2007). V logice a duchu MKF Čadilová, Thorová a Žampachová navrhly domény (oblasti diagnostiky), které jsou inovativně specifikovány a zpracovány do podoby, která odráží potřeby školského systému. Mezi navržené domény patří Mezilidská jednání a vztahy, Komunikační a řečové dovednosti, Kognitivní schopnosti a proces učení, Smyslová integrace, Problémové chování, Volný čas, Aktivity každodenního života, Motorické funkce.

### PAS – autismus nízkofunkční

Lidé s nízkofunkčním autismem bývají velmi uzavřeni, mají malou či žádnou schopnost navazovat sociální vztahy. Nemluví, pouze vydávají zvuky či říkají ojedinělá slova. Pokud existuje řeč, objevuje se ve formě echolálie (opakování slyšeného). Ve volném čase se věnují stereotypním aktivitám, manipulují nefunkčně a opakujícím se způsobem s předměty, či se u nich objevují dlouhotrvající stereotypní pohyby nebo smyslové autostimulační aktivity (pozorování či poslouchání určitých vjemů, masturbace, očíhávání a olizování předmětů, manipulace s vlastním tělem, která může vést až ke zranění). U většiny lidí s nízkofunkčním autismem celkové schopnosti spadají do pásma těžké mentální retardace (IQ 34 a méně). Velmi časté je výrazné problémové chování ve formě agrese, destrukce či sebezraňování. V oblasti spolupráce je patrný negativismus, pasivita či ignorance.

### PAS – autismus středně funkční

Lidé se středně funkčním autismem mají sníženou schopnost navazovat kontakt, bývají v sociální komunikaci méně spontánní až pasivní. Běžným pokynům rozumí, občas ale reagují nepřiměřeně. V řeči se objevují četné zvláštnosti, jako například záměna zájmen, slovní „salát“, echolálie, ulpívání. V chování jsou patrné pohybové stereotypie. Při hře můžeme vedle stereotypních projevů pozorovat prvky vztahové, funkční a konstrukční hry. Rozumové schopnosti leží v pásmu lehké či středně těžké mentální retardace (IQ 69–35), typický je nerovnoměrný profil schopností. Spolupracují, pokud je dobře nastaven motivační systém. Problémové chování je při dodržování obecných principů práce s lidmi s autismem poměrně dobře zvladatelné.

### PAS – autismus vysoce funkční

Základní sociální a komunikační funkce u lidí s vysoce funkčním autismem bývají zachovány. Sociální chování je často považováno za výstřední a zvláštní. Lidé s vysoce funkčním autismem obtížně chápou sociální normu, neuplatňují sociální takt. Dítě obvykle dobře reaguje na řeč, vyhoví většině pokynů. V popředí řečového projevu je patrná nepřiměřenost konverzace, ulpívání na určitých tématech. Tyto děti obvykle neprojevují zájem o kolektivní hry a soutěže. Pokud ano, nedokážou týmově spolupracovat, svým organizováním a mentorováním odradí od společné hry své vrstevníky. Schopnost symbolické

ké hry bývá omezená, obtížně rozlišují realitu a fantazii. Rozumové schopnosti jsou v hraničním pásmu či v pásmu normy a mohou být až v nadprůměru (IQ minimálně 70). Verbální dovednosti jsou obvykle na nižší úrovni než abstraktně vizuální.

## 5.2 Specifika vzdělávání a podpory žáků s PAS

Edukace jedinců s PAS klade velké nároky na všechny činitele působící ve výchovně-vzdělávacím procesu, zejména na pracovníky poradenských služeb, pedagogické pracovníky, v neposlední řadě na rodiče, na materiální podmínky a úpravu prostředí a užívání specifických intervenčních programů. Osoby s PAS většinou potřebují specifickou podporu nejen v průběhu školní docházky, ale po celý život.

Péče o osoby s PAS, stejně jako o osoby s jiným typem zdravotního postižení a nemocí, se odvíjí od stanovení diagnózy a věku, ve kterém byla této osobě diagnóza přidělena. U osob s PAS je diagnóza stanovena nejčastěji ve věku okolo tří let. Odborníků věnující se problematice PAS přibývá, zkvalitňuje se diagnostika a věková hranice pro určení diagnózy se snižuje. Děti se stanovenou diagnózou mladších stále přibývá. S tímto je spojena potřeba následné péče. Včasná intervence je rozhodujícím faktorem pro další rozvoj dětí s PAS (Čadilová & Žampachová, 2008).

Ve světě je známá řada metod a programů, které se zaměřují na pomoc lidem s autismem. Kolébkou programu s vědecky ověřenou efektivitou, který se široce používá i v Evropě, je státní modelový program Severní Karolíny TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children – Péče a vzdělávání dětí s autismem a s problémy v komunikaci). Program již funguje třicet let a vznikl na základě spolupráce rodičů a profesionálů jako reakce na tvrzení, že děti s autismem jsou nevzdělavatelné. TEACCH program je modelovým programem péče o všechny věkové kategorie osob s autismem. Zahrnuje mimo jiné i speciální výchovně-vzdělávací program, který vychází z potřeb těchto osob a ze specifík autistické poruchy. V České republice také využíváme metodiku tohoto programu – mluvíme o tzv. strukturovaném učení (Valenta & Müller, 2003; Vocilka, 1996). Základními charakteristikami programu jsou:

- a) individuální přístup – volba nejvhodnějšího komunikačního kódu, volba vhodného pracovního místa, volba individuálního plánu;
- b) strukturalizace – prostředí, času (pravidelnost);
- c) vizualizace – především z důvodu pochopení denního režimu a úkolů pomocí fotografií, referenčních předmětů a piktogramů.

Individuální přístup u žáků s poruchami autistického spektra je respektován i v rámci legislativních norem. Vyhláška č. 62/2007 Sb. vymezovala počet žáků ve třídě zřízené pro žáky s autismem takto:

- předškolní – na počet 5 až 7 žáků 2 až 3 pedagogičtí pracovníci
- základní škola (1.–2. ročník) – na počet 5 až 7 žáků 2 až 3 pedagogičtí pracovníci
- základní škola (3.–9. ročník) – na počet 5 až 7 žáků 2 pedagogičtí pracovníci
- střední škola - na počet 5 až 7 žáků 2 pedagogičtí pracovníci

Pokud je žák se souběžným postižením více vadami (včetně PAS), pak je max. počet žáků o jednoho snížen a počet pedagogů pro 3.–9. ročník a střední školu může být o jednoho pedagogického pracovníka navýšen. Tato vyhláška však doznala zrušení a byla navracena relativně vágnější norma z roku 2005. Přesto je možné z výše uvedené vyhlášky vycházet při organizaci výchovně-vzdělávacího procesu ve školách.



Valenta a Müller (2003) uvádějí i další metody práce, jako je terapie pevným objetím (fyzický kontakt), Higashi School (důraz na skupinové aktivity), Delecatto metoda (alternativní způsoby komunikace), Waldenova škola (návčik řešení problémů).

V ČR jsou děti s PAS zařazeny do systému škol a školských zařízení cca od 3 let, kdy už většinou dochází k jejich diagnostice. Ještě před nástupem do systému MŠMT je však vhodná spolupráce s příslušným střediskem rané péče, které je poradenským, ale i výchovně-vzdělávacím subjektem financovaným v resortu Ministerstva práce a sociálních věcí jako sociální služba. Čadilová a Žampachová (2008) uvádějí následující služby, které by měla včasná intervence rodin s dětmi s PAS zahrnovat:

- podporu rodiny, respektive zákonných zástupců dítěte;
- úzkou spolupráci a kontakt s rodinou, diskuse o problémech rodiny, seznámení rodiny s problematikou PAS a diagnózou dítěte, tak aby rodič pochopil postižení svého dítěte a byl informován o možnostech péče;
- speciálněpedagogickou diagnostiku;
- diagnostiku prováděnou odborníky podílejícími se na péči v součinnosti se zákonnými zástupci. Diagnostika je důležitým krokem ke stanovení intervence;
- nastavení přiměřené intervence;
- půjčování pomůcek, náměty a pomoc při tvorbě pomůcek;
- pomoc při zařazení dítěte do předškolního zařízení;
- sociálněprávní poradenství;
- seznámení zákonných zástupců s jinými rodiči, případně organizacemi, jejichž úkolem je podporovat rodiny dětí s PAS.

Možnosti výběru forem výuky jsou plně v souladu se systémy vzdělávání dalších žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP). Jedná se o segregovanou formu výuky ve škole zřízené pro žáky se SVP, individuální nebo skupinovou integraci či individuální výuku v domácím prostředí.

Předškolní péče o děti s PAS navazuje na včasnou intervenci a dále ji rozšiřuje. Předškolní vzdělávání představuje pro rodinu možnost přesunout péči o dítě na část dne na instituce zajišťující předškolní vzdělávání. Předškolní vzdělávání je institucionálně zajišťováno mateřskými školami, popř. je realizováno v přípravných třídách základních škol (Smolíková, 2006). Po nástupu dítěte do předškolního zařízení bývá rodina dítěte nadále v péči terapeuta zabezpečujícího včasnou intervenci. Dochází však ke změně intervenčního programu. Do předškolního vzdělávání nastupují děti, které prošly ranou intervencí, ale i děti, kterým byla diagnóza přidělena bezprostředně před nástupem do školského zařízení, a také ty děti, které diagnózu nemají a jejichž zvláštnosti v chování vyplynou až z kontaktu s vrstevníky (Čadilová & Žampachová, 2008). Mateřská škola speciální je předškolní zařízení, které plní kromě formativní a informativní funkce také funkci diagnostickou (převážně s ohledem na další institucionální péči dítěte), reedukační a kompenzační, rehabilitační a často i terapeuticko-formativní, popř. respitní (úleva rodičům starajícím se o dítě), (Valenta & Müller, 2009). Speciální předškolní program pro děti s autismem poskytuje v České republice několik zařízení, těchto zařízení je ovšem nedostatek.

Řada dětí s PAS vzhledem ke svému postižení není v šesti letech připravena zahájit plnění povinné školní docházky. Dle školského zákona může být dětem, které nejsou tělesně nebo duševně vyspělé, odložen začátek povinné školní docházky o jeden školní rok. Odklad je možný nejdéle do zahájení

školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku. Těmto žákům je doporučeno vzdělávání v posledním ročníku mateřské školy nebo v přípravné třídě základní školy (je určena zejména dětem se sociálním znevýhodněním).

Základní vzdělávání se realizuje na základních školách, a to základních školách běžného typu, a základních školách určených žákům s určitým typem postižení (např. základní škola pro žáky s tělesným postižením), a na základních školách praktických a základních školách speciálních, kde jsou žáci dle svých rozumových schopností vzděláváni v odpovídajícím vzdělávacím programu. Žáci s autismem mají právo navštěvovat takovou školu, která je schopna zabezpečit specifika jejich výuky (Opatřilová in Pipeková, 2006).

Žáci, jejichž intelektová úroveň je v normě či podprůměru, jsou vzděláváni podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (aktuálně RVP ZV, 2013). Tento kurikulární dokument obsahuje přílohu upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV-LMP, 2005). Žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami jsou vzděláváni podle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělávání základní škola speciální (RVP – ZŠS, 2008). Ten je rozdělen na dvě části. První část nese název Vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením, a druhá část má název Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

Žáci s PAS mohou navštěvovat všechny typy středních škol. Žák tedy může dosáhnout středního vzdělání (praktická škola, odborné učiliště), středního vzdělání s výučním listem (střední odborné učiliště) a středního vzdělání s maturitní zkouškou (střední odborná škola, gymnázium, konzervatoř). Podmínkou pro přijetí žáka ke vzdělávání ve střední škole je splněná povinná školní docházka nebo úspěšné ukončení základního vzdělávání před splněním povinné školní docházky a splnění podmínek pro přijetí při přijímacím řízení.

Zřizování specializovaných tříd pro žáky s PAS při středních školách se neuskutečňuje. Někteří žáci s PAS vzhledem k míře jejich postižení střední vzdělávání nikdy navštěvovat nebudou. Tito žáci po ukončení povinné školní docházky většinou užívají služeb spadajících do oblasti sociální, docházejí do stacionářů či chráněných dílen.

### 5.3 Specifika ve vedení TV u žáků s PAS

Mezi abnormity motorického vývoje v prvním roce života patří hypertonie nebo hypotonie. Celková úroveň motorické aktivity se odchyluje od normy buď ve směru pasivity nebo hyperaktivity. Problematickou oblastí bývá koordinace pohybů. U většiny dětí s přidruženým MP nepřesáhnou motorické dovednosti předškolní úroveň (Gillberg & Peeters, 1998). Autoři uvádějí u 50–70 % dětí s PAS vývojovou poruchu motorických funkcí (dyspraxii). Dále potvrzují nerovnoměrnost motorického vývoje. Nejčastější příčinou dle výše uvedených autorek jsou zejména obtíže v imitaci motorických vzorů, deficit v motivaci a celkově snížená schopnost učit se nové dovednosti.

Typickým projevem v motorice jsou stereotypní pohyby rukou, celého těla a motorické tiky. Pohybové stereotypie se vyskytují velice často, nejsou však pro diagnózu stěžejní. Repertoár zvláštních pohybů bývá velice široký – od třepavých a kroutivých projevů rukou přes kývání celým trupem až po poskakování a běhání v kruhu. Krátké pohyby se často objevují při emočním rozrušení, déletrvající naopak jako prostředek k uklidnění nebo vyplnění volného času. Podíl na odeznívání stereotypních pohybů mívá věk dítěte a nácvik funkčních činností. Schopnost přizpůsobovat se změnám je u lidí s poruchou autistického spektra narušena vždy. Míra narušení adaptability je různá a určuje míru schopnosti dítěte

fungovat v běžném sociálním prostředí. Potíže s adaptací se projevují zejména při přechodu z jedné činnosti na druhou, přerušeni navyklého chování, změnách v prostředí (např. přestěhování nábytku, nové oblečení) nebo změnách osob (Thorová, 2006).

Existuje několik vývojových škál vytvořených cíleně na testování osob s autismem. Výsledky slouží jako podklad pro další pedagogickou činnost, včetně školní TV. Některé škály, zejména PEP-R (autory jsou Schopler, Reichler et al.) a AAPEP (Mesibov, Schopler et al.), zahrnují pozorovací škálu hodnotící pracovní dovednosti a chování, funkce nezávislosti, dovednosti pro volný čas, funkční komunikaci a interpersonální chování. Dále pak Edukačně hodnotící profil dítěte s PAS (Čadilová & Žámpachová, 2005; 2012) zahrnující sociální vývoj, komunikaci, receptivní řeč, expresivní řeč, imitaci, zejména pak motoriku, grafomotoriku a kresbu, dále sebeobsluhu. Základní verze tohoto diagnostického nástroje je pro děti do 7 let, následná verze pro děti od 8–15 let pak z hlediska motoriky hodnotí zejména koordinační schopnosti.

Při realizaci TV u žáků s poruchou autistického spektra vycházíme vždy z obecných principů práce s osobami s autismem. Nejdůležitější je princip individuální práce, kdy pracuje pedagog (nejčastěji asistent pedagoga nebo možno zvážit peer tutora) bezprostředně pouze s daným žákem – jeden na jednoho. Strukturace práce je analogická u všech činnostech, včetně pohybových aktivit.

Kromě organizované činnosti je vhodné vytvořit podmínky pro spontánní pohybovou činnost vytvořením relaxační místnosti, která však má jinou podobu než tradiční tělocvična. Doporučujeme následující vybavení této místnosti stimulující k pohybové činnosti či odpočinku – trampolínu, větší množství a typů gymballů, gymnastické zíněny a duchny, závěsnou síť, předměty různých tvarů i barev, provázky a lana atd. Z pohybových aktivit bývají u žáků s autismem oblíbené činnosti, které jsou nositelem jistého opakování (např. cyklické sporty), jako je cyklistika, běh, opakované skoky, oblíbené bývají i opakované činnosti s míčem aj.

Pro dodržení principu individuálního přístupu je třeba si uvědomit jedinečnost žáka. Před samotnou prací je vhodné žáka také detailněji poznat (diagnostikovat). Tato diagnostika, především ve vztahu ke specifickým chování žáka s autismem, je nutná v průběhu celého výchovně-vzdělávacího procesu. Nejprve musíme diagnostikovat environmentální faktory pro zjištění možných příčin poruch v chování. Dalším krokem je prozkoumání příčiny případné poruchy chování, to znamená, že je třeba zjistit, čeho chce žák určitým způsobem chování dosáhnout. Vzácně se žák s autismem chová nepatřičně bez zjevných příčin (např. se může náhle zastavit). Při bližším zkoumání však učitel TV zjistí, že se žák vyhýbá míči. Pravděpodobně se bojí zvuků s ním spojených nebo bezprostředního kontaktu s ním. V této souvislosti žák znervózní již při pouhém pohledu na míč. Svůj strach z míče vyjadřuje škrábáním ostatních spolužáků a křikem. Pokud to víme, upravíme organizaci TV tak, aby žák s autismem mohl být s asistentem pedagoga zařazen do jiné aktivity na druhém konci tělocvičny, zatímco jeho spolužáci si hrají s míčem. Další možné funkční příčiny chování jsou (Block, 2007): 1) touha nabýt jistoty, bezpečí; 2) snaha být začleněn; 3) hněv vůči spolužákovi, učiteli nebo situaci; 4) frustrace; 5) bolest nebo nepohoda; 6) potřeba pomoci od ostatních; 7) potřeba jít do sprch nebo 8) averze vůči spolužákům ve skupině, do které byl přidělen. Nemusíme vždy plně porozumět tomu, proč se žák s autismem chová určitým konkrétním způsobem, ale učitel TV může mnohdy důkladnou analýzou situace zjistit, proč se žák právě tímto specifickým způsobem projevuje (Block, 2005).

### **Strategie přístupu pedagoga při začlenění žáka s autismem v TV**

Když výše uvedená jednoduchá řešení nefungují, je možné ve spolupráci se speciálním pedagogem navrhnout strategii přístupu pedagoga při začleňování žákem s autismem v TV. Zásady by měly obsahovat: 1) kritéria hodnocení chování, 2) specifické postupy pro optimalizaci chování, 3) návrh řešení při projevu problematického chování.

*Techniky prevence problémů v chování a práce pedagoga s žákem s autismem (Block, 2000):*

- Určení příčiny případného nežádoucího chování. Pedagog se pokusí určit, co může být příčinou nežádoucího chování. Poté se snaží zjištěné příčiny eliminovat (modifikovat vnější prostředí nebo situaci za účelem prevence tohoto chování).
- Vyladění třídní skupiny. Pedagog si je vědom situace, dává speciálně pozor na žáky, u kterých se již problémové chování někdy projevilo.
- Nastavení správného tempa. Pedagog organizuje výuku tak, aby jedna aktivita plynule přecházela v druhou, nastaví pohodové tempo – ani rychlé, ani pomalé.
- Efektivní využití času. Pedagog redukuje na minimum čas, kdy neprobíhají žádné aktivity (např. žáci čekající na zahájení další aktivity se mohou začít nudit – a „zlobit“).
- Pochopení instrukcí. Pedagog se ujistí, že žáci pochopili instrukce tím, že je požádá, aby je zopakovali.
- Stanovení reálných cílů. Pedagog stanoví takové cíle (nebo pomůže žákům si takové cíle stanovit), které jsou pro ně vhodné a přiměřené. Pokud jsou aktivity příliš lehké, žáci se nudí. Pokud jsou naopak aktivity natolik složité, že je žáci nezvládají, jsou neúspěchem frustrováni.
- Rovnoměrná intenzita zatížení všech členů skupiny. Pedagog organizuje a motivuje třídu k maximální účasti na aktivitách (např. vyvaruje se aktivit, kdy žáci čekají v řadě).
- Vyvolání pozitivní vnitřní motivace a vlastní zodpovědnosti žáků za to, co se učí.
- Udržení pozornosti. Pedagog využívá kreativní techniky, nové pomůcky, netradiční hry a jiné prostředky s cílem udržet pozornost žáků.
- Udržení motivace žáků. Být si vědom úrovně motivace třídy i jednotlivců – upozorovat, kdy je lepší ukončit aktivitu dříve, než žáky přestane hra bavit a začnou se nudit.
- Důslednost. Trvat na dodržení pokynů. Neignorovat problémové chování.
- Využívání prostředků pro redukci napětí a tlumení stresujících situací (např. humor).
- Posilování sebevědomí žáků. Submisivním žákům zadávat úkoly, které povedou k posílení jejich sociálního statutu v třídní skupině.
- Posilování pozitivních emocí vyvolaných účastí v pohybových aktivitách a snaha přenést tyto zážitky do volnočasových aktivit.
- Posilování role učitele jako pozitivního vzoru.
- Okamžité řešení aktuálních problémů.
- Spolupráce s ostatními pedagogickými pracovníky školy. Respektování obecně přijaté strategie (doporučení SPC) komunikace s žákem s autismem.
- Projevování zájmu o problémy a úspěchy žáků.
- Zařazení vhodných pohybových aktivit s cílem potlačit agresivní projevy chování.
- Zařazení kooperativních her s cílem vhodně začlenit neoblíbené žáky. Nabízí se řada her, při kterých je nutné, aby si žáci navzájem pomáhali. Do rolí pomáhajících může pedagog zařadit právě neoblíbené žáky s cílem zvýšit jejich oblibu v třídním kolektivu.
- Používání nonverbálních způsobů komunikace. Používat jednoduchá gesta, jako je přiložení prstu na rty (ticho) nebo standardní sportovní gesta (znak pro time-out).

- Dodržování stereotypů chování ve třídě (tělocvičně) – např. do tělocvičny jako první vždy vstupuje učitel.
- Nastavení jednoznačných pravidel chování v třídní skupině a jejich důsledné dodržování.
- Vyvarovat se překvapivých jednání (zvuků, gest, nadávek), které mohou vyvolat úlek, strach nebo křik žáka s autismem.
- Vytvoření vhodně stimulujícího prostředí. Žák s autismem by měl mít možnost vlastního výběru činností relaxačního charakteru. Do prostředí tělocvičny či hřiště umístíme koutky, jako je houpací síť, trampolína, stan atp., jež žák může libovolně pod dozorem asistenta pedagoga využívat. Neznamená to však, že přílišnou pestrostí barev a dalšími rušivými vlivy (např. hlučnou hudbou) budeme negativně ovlivňovat jeho pozornost.

## 5.4 Příklad ŠVP školy primárně zaměřené na žáky s PAS

(autor IVP- Lucie Kepštová)

### Individuální vzdělávací plán

**Jméno a příjmení:** Stanislav Komínek

**Datum narození:** 9. 5. 1999

**Bydliště:**

**Třída:** V. A

**Školní rok:** 2010/2011

**Základní údaje o žákovi** (podstatné pro řešení problému): Atypický autismus, DMO – spastická diparéza, MP

**Školské a poradenské zařízení a jméno konzultanta:** J. Novák

**Třídní učitel:** P. Pospíšil

**Učitel:** viz třídní učitel

**Asistent pedagoga:** M. Dvořáčková

**Zařazení:** základní škola speciální

#### Stručná charakteristika žáka:

Žák s diagnózou atypický autismus, DMO – spastická diparéza, pasivní typ sociálního chování, intelektové schopnosti v pásmu středně těžké až těžké mentální retardace. Daniel verbálně funkčně nekomunikuje, vyskytují se u něj vokalizace, bezprostřední i odložené echolálie. Je porušena také receptivní složka řeči, má závažné obtíže s porozuměním pokynů. Školní docházku zahájil ve školním roce 2006/2007 v základní škole speciální. Do 2. ročníku nastoupil do základní školy pro tělesně postižené. V předloňském roce nastoupil do nově zřízené autistické třídy, kterou bude navštěvovat i v letošním roce.

**Závěry a doporučení odborného pracoviště (SPC, PPP...):**

Na základě doporučení SPC je vhodné při výchově a vzdělávání pracovat podle metodiky strukturovaného učení. Podporovat alternativní a augmentativní formy komunikace. Rozvíjet schopnosti v sociální oblasti – kontakty s vrstevníky, postupné zapojování se do společných činností. Průběžně sledovat vývoj dovedností.

**Priority:**

- aktivní spolupráce;
- ritualizace denního režimu;
- strukturování učiva;
- posilování vytrvalosti při řízené práci;
- rozvoj alternativní komunikace;
- rozvoj sociální schopnosti;
- rozvoj samostatnosti při sebeobsluze.

**Zásady pro práci:**

Důslednost, přiměřenost, individuální přístup, zohledňovat momentální náladu a dispozice žáka pro práci, respektování vývojové úrovně.

**Základní kompetence žáka s PAS:*****Sociální dovednosti***

– práce ve skupině (učit kooperaci)

***Komunikace***

– postupné vytváření alternativní komunikace (fotografie předmětů, obrázek – reálný předmět, ano – ne, chci – nechci)

***Pracovní dovednosti***

– rozvoj jemné motoriky  
– dokončení zadaného úkolu

***Sebeobsluha***

– vést k samostatnosti při jídle  
– automatizace základních hygienických návyků

***Volný čas***

– vést k aktivnímu samostatnému výběru hry  
– pochopení pravidel jednoduché hry



**Motivace:**

Odměny – sladká či slaná pochutina, písničky, skákání na míči, pochvala

**Pomůcky:**

Předměty a fotografie (denní režim, AAK), krabice, košíky, šanony, míče, kostky, stavebnice, obrázky, pexeso, loto, domino, plošné geometrické tvary, přírodní materiály, korálky...

**Způsob zkoušení a hodnocení:**

Bude hodnocen formou širšího slovního hodnocení na základě dosažených výsledků v individuálním vzdělávacím programu.

**Způsob motivace:**

Žetonovou tabulkou dle systému strukturovaného učení. Po splnění úkolu bude vždy následovat slovní pochvala. Odměna je formou sladké nebo slané pochutiny, poslech hudby ze sluchátek.

**Spolupráce s rodiči (jakým způsobem se budou podílet na plnění IVP):**

Rodiče se aktivně podíleli na vypracování IVP. Byli v průběhu tvorby informováni a měli možnost se k jednotlivým bodům vyjádřit. Zároveň je respektováno jejich právo vstoupit do výchovně-vzdělávacího procesu ve škole. Každodenním kontaktem s matkou při předávání Daniela do třídy a při konzultačních hodinách je zaručena průběžná informovanost obou stran (rodiny a školy). Doma pracují dle pokynů učitele.

**Podíl žáka:**

Žák se bude podílet na plnění IVP pod dohledem asistenta nebo učitele.

**Účast asistenta ve výuce:**

Asistent dopomáhá při manipulaci s pomůckami, zaměřuje se na rozvoj jemné motoriky a grafomotoriky, dopomáhá při práci v pracovních činnostech, připravuje pracovní listy pro žáka a dle potřeby dělá doprovod při akcích školy během výuky.



Tabulka 16. IVP pro žáka s PAS

Vyučovací předmět Oblast výuky a výchovy	Konkrétní specifické úkoly	Splněno (datum)
Rozumová výchova	<p>Rozvíjení komunikačních dovedností a řečová výchova:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– vytváření kladných emočních situací</li> <li>– reakce na vlastní jméno</li> <li>– vyjádření souhlasu či nesouhlasu – gesty</li> <li>– nácvik pozdravu</li> <li>– chování u stolu</li> <li>– reakce na jednoduché pokyny – dej, ukaž, pojď sem, sedni si apod.</li> <li>– rozvíjení pasivní složky řeči (porozumění), gesta, mimika</li> <li>– masáž a stimulace mluvidel</li> <li>– dechová a fonační cvičení, nácvik správného dýchání, prodlužování výdechové doby</li> <li>– cvičení mluvidel – vysunování a zasunování jazyka, otvírání a zavírání úst, polykání, oromotorika</li> <li>– orofaciální stimulace</li> <li>– alternativní komunikace</li> </ul> <p>Rozvíjení sociálního chování:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– paralelní činnosti se spolužákem při výtvarných a pohybových aktivitách</li> <li>– paralelní hra s pedagogem – předkládání nových vzorců, jak hračku použít</li> <li>– aktivity se střídáním – žák s pedagogem, žák se spolužákem</li> </ul> <p>Rozvíjení poznávacích schopností:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ukazování části obličeje, těla</li> <li>– reakce na jméno</li> <li>– poznávání předmětů denní potřeby (talíř, hrneček, oblečení apod.)</li> <li>– poznávání různých předmětů na obrázcích i ve skutečnosti</li> <li>– seznámení s prostředím třídy, orientace ve třídě, seznámení s budouvou školou, orientace ve škole</li> </ul> <p>Rozvoj logického myšlení a paměti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– cvičení koncentrace pozornosti, motivace k soustředěné činnosti</li> <li>– odpoutání od stereotypních činností</li> <li>– manipulační činnosti doprovázené pojmenováváním činností, předmětů</li> <li>– poznávání a rozlišování piktogramů</li> <li>– párování stejných předmětů či obrázků</li> <li>– třídění konkrétních předmětů či obrázků podle barev, tvaru, velikosti, atd. – diferenciacní cvičení</li> </ul> <p>Rozvoj grafických schopností:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– uchopování předmětů do celé ruky, špetky, dvou prstů</li> <li>– nácvik držení psacího náčiní</li> <li>– čmáraní prstem (v pískovničce, do mouky,...)</li> <li>– spontánní malba – voskovkami, pastelkami, tužkou, prstovými barvami</li> <li>– uvolňování končetin – cvičení paže, zápěstí, lokte</li> <li>– masáže prstů a dlaně</li> <li>– grafomotorické cviky v šablonách k nácviku psaní – vodorovné a svislé čáry, horní a spodní oblouk atd.</li> </ul>	

Vyučovací předmět Oblast výuky a výchovy	Konkrétní specifické úkoly	Splněno (datum)
Smyslová výchova	<p>Zrakové vnímání:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sebezpoznavání v zrcadle</li> <li>– uchopování viděných předmětů a manipulace s nimi</li> <li>– navázání a udržení očního kontaktu</li> <li>– poznávání a třídění předmětů dle kritérií, diferenciacní cvičení</li> <li>– skládání celků z částí</li> <li>– třídění materiálu (dvě odlišné komponenty)</li> <li>– rozlišování výrazně odlišných barev</li> </ul> <p>Sluchové vnímání:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– rozvoj sluchové percepce, otáčení za zvukem</li> <li>– sluchové soustředění na zvuky – ozvučené hračky, zvuky denního života</li> <li>– reagování na jméno, zavolání</li> <li>– sluchově motorická cvičení – spojení zvuků s pohybem</li> <li>– rytmická cvičení</li> <li>– snaha o koncentraci pozornosti při poslechu relaxační hudby</li> <li>– hra na Orffovy nástroje</li> <li>– rytmický doprovod k říkadlům</li> </ul> <p>Cvičení hmatu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– rozvoj hmatové percepce - dotyková terapie, masáže konečků prstů</li> <li>– manipulace s předměty, nácvik úchopu, různé velikosti předmětů</li> <li>– hry s vodou (teplá, studená, nabírání, přelévání)</li> <li>– hry s bublinkami (vytváření pěny)</li> <li>– třídění přírodnin, vyhledávání drobných předmětů</li> <li>– hlazení jemných látek, kožešiny navozování příjemných pocitů</li> </ul> <p>Cvičení čichu a chuti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– rozvoj chuťové percepce - správné kousání a polykání potravy</li> <li>– lízání medu, lízátko</li> <li>– čichání, dýchání nosem</li> <li>– rozlišování jednotlivých chuťových vlastností (sladký, slaný, atd.)</li> <li>– poznávání předmětů podle vůně</li> </ul> <p>Vizumotorická cvičení:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– cvičení pohybů oko – ruka (kolíčková stavebnice, navlékání na trn, pěnové vkládačky, patentní kostky, navlékání korálků na tkaničku atd.)</li> <li>– vnímání a poznávání části těla</li> <li>– překonávání překážek ve třídě</li> <li>– motorická imitace</li> </ul> <p>Kinestezie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– poznávání částí vlastního těla</li> <li>– cvičení rovnováhy</li> </ul> <p>Prostorová orientace:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– upevňování orientace ve třídě</li> <li>– orientace ve škole</li> <li>– plnění jednoduchých příkazů (dej, podej,..)</li> </ul>	

Vyučovací předmět Oblast výuky a výchovy	Konkrétní specifické úkoly	Splněno (datum)
<b>Pracovní a výtvarná výchova</b>	<p>Práce s barvami:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– vybarvování jednoduchých tvarů– voskovky, pastelky, vodové barvy, prstové barvy</li> <li>– zapouštění barvy do klovatiny</li> <li>– obtiskování razítek</li> </ul> <p>Práce s papírem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– mačkání jemného papíru do kuličky</li> <li>– trhání papíru na malé kousky a sbírání do krabiček</li> <li>– lepení papíru na vymezenou plochu</li> <li>– překládání a rolování</li> </ul> <p>Práce s přírodními materiály:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sbírání přírodních materiálů, navlékání jeřabin a kaštanů, obtiskování a lepení listů,...</li> <li>– třídění přírodních materiálů</li> </ul> <p>Modelování:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– práce s plastelínou a keramickou hlinou</li> <li>– zpracovávání modelovací hmoty oběma rukama</li> <li>– trhání, vykrajování, tvoření válečků a kuliček</li> </ul> <p>Práce se stavebnicemi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– práce s hříbkovou stavebnicí</li> <li>– stavění z kostek, ukládání kostek do krabic</li> <li>– navlékání kroužků na pevný bod</li> </ul> <p>Sebeobsluha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– svlékání, oblékání a úklid oblečení do košíků</li> <li>– obouvání, přezouvání a úklid obuvi na určené místo</li> <li>– rozepínání a zapínání knoflíků a zipů</li> <li>– úklid ve třídě</li> </ul> <p>Hygienické návyky:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nácvik mytí rukou a obličeje, používání mýdla, ručníku</li> <li>– spolupráce při použití WC</li> <li>– nácvik používání kapesníku</li> </ul> <p>Stolování:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– správné žvýkání a polykání</li> <li>– sezení při jídle</li> <li>– spolupráce při prostírání stolu</li> <li>– úklid nádobí po jídle</li> </ul>	
<b>Rehabilitační tělesná výchova</b>	<p>Cvičení na balančním míči</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– rovnoměrné používání rukou k ovládnutí vozíku, rozvoj samostatného pohybu</li> <li>– lezení vpřed libovolným způsobem</li> <li>– házení míče na terč a cíl</li> <li>– házení a chytání míče hozeného druhou osobou</li> <li>– nadhazování a chytání míče (oběma rukama)</li> <li>– podlézání, přelézání a prolézání vhodných překážek (průlezky, obruče, látkový tunel)</li> <li>– cvičení rovnováhy</li> <li>– vycházka</li> </ul>	

Vyučovací předmět Oblast výuky a výchovy	Konkrétní specifické úkoly	Splněno (datum)
Hudební výchova	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dechová a relaxační cvičení, dětské písničky, koncentrace pozornosti</li> <li>– Hra na tělo (dupání, tleskání)</li> <li>– Hra na jednoduché nástroje Orffova instrumentáře</li> <li>– Napodobování rytmu</li> <li>– Pohybové hry s dětskými písničkami</li> </ul>	

Podpisy:

Ředitelka školy.....

Třídní učitelka.....

Učitelka.....

Asistent pedagoga.....

Konzultant SPC.....

Rodiče žáka.....

## Hodnocení

### Pohybové aktivity žáka s poruchami autistického spektra (PAS)

L. je 12 let a navštěvuje základní školu, která se specializuje na vzdělávání žáků s tělesným postižením. Jedná se o žáka s diagnózou atypický autismus, dětská mozková obrna – spastická diparéza, pasivní typ sociálního chování a intelektovými schopnostmi v pásmu středně těžké až těžké mentální retardace.

Žák byl první dva roky školní docházky vzhledem k poruchám autistického spektra (PAS) a mentální úrovni integrován do třídy, kterou navštěvovali žáci s lehkým mentálním postižením bez přítomnosti PAS. Tělesná výchova (TV) probíhala formou vyučovacích jednotek v délce 45 minut dvakrát týdně. Výuky se účastnili všichni žáci této třídy současně (sedm žáků s tělesným a jiným přidruženým postižením a dva pedagogičtí pracovníci). Zapojit L. do společných činností v hodinách TV se vzhledem k potřebám vyplývajícím z jeho postižení příliš nedařilo. Mimo tento čas nebyla pohybovým aktivitám věnována přílišná pozornost.

Od třetí třídy byl žák zařazen do nově zřízené třídy určené pro vzdělávání žáků s PAS. Tato třída byla speciálně upravena pro výuku dle metodiky strukturovaného učení, jejíž základní principy vycházejí z potřeb žáků s PAS. Základními principy strukturovaného učení jsou individualizace, vizualizace a strukturalizace (struktura činností, prostoru a času). Metodika se dále zaměřuje na nalezení vhodných motivačních stimulů. Cíle školní tělesné výchovy byly u L. naplňovány převážně formou individuální práce. Výuka probíhala v prostorách třídy, na chodbě a v tělocvičně. Pohybové chvílky byly zařazovány v krátkých blocích několikrát denně a v blocích delších dvakrát až třikrát týdně. L. se učil ovládat jízdu na vozíku. Zprvu nedokázal jet dopředu a udržet směr ve vzdálenosti dva metry. Během tří let, kdy probíhala výuka převážně individuálně, se L. naučil ovládat jízdu na vozíku, jezdit na vozíku dopředu

a udržet žádoucí směr na vzdálenost přibližně patnáct metrů, zatáčet na obě strany, couvat zhruba jeden metr, naučil se vozík zabrzdit a odbrzdit a z vozíku samostatně slézt. L. byl veden k samostatné lokomoci bez kompenzační pomůcky a seznamoval se s tělocvičným náradím a pohybovými hrami. Činnosti na rozvoj pohybových schopností a dovedností byly pro L. sestaveny dle individuálních potřeb, možností a schopností.

V současné době L. plní povinnou školní docházku šestým rokem. Je vzděláván ve třídě, která není výhradně určena pro žáky s PAS. V této třídě je L. dále vzděláván dle metodiky strukturovaného učení a rozvoj pohybových schopností a dovedností probíhá formou individuální práce a paralelních činností.

## 5.5 Hry pohybového charakteru pro žáky s PAS

Hra je důležitou součástí vývoje každého člověka. Zdaleka se neomezuje jen na hru v dětském věku, i když v tomto období se jeví její význam jako nejvýraznější. Prostřednictvím hry rozvíjí interakci s okolním světem, uvědomuje si vlastní já, je schopen rozvíjet empatii, symboliku, sebe i ostatní sociální okolí. Uvědomuje si základní fyzikální zákonitosti, rozvíjí abstraktní myšlení, rozlišuje fikci od skutečnosti apod. Vzhledem k deficitům dětí s PAS v komunikaci, sociální interakci a představivosti je spontánní hra značně omezená a je nutné organizovanou formou herní situace navozovat. Samozřejmě s ohledem na specifika dítěte (popřípadě žáka ve školním prostředí).

Moor (2010) nabízí řadu praktických návodů, jak pracovat s hrou jako výchovným i vzdělávacím prostředkem u dětí s PAS. Jako velmi vhodné se autorce jeví hrátky s využitím balonků, peříček, bublíku aj. Tyto hry ale nabádá k využití zejména komunikace a sociální interakce. Ve hře více akcentuje diagnostickou složku, kdy např. pedagog nebo rodič zjišťuje reakce dítěte na různé podněty a díky nim potom může navázat s rozvojem dalších sociálních dovedností. Dále doporučuje rozdělit hru na několik samostatných úkolů, z nichž každý zadáváme zvlášť. Tato strukturovanost je jeden z hlavních principů při aplikaci jakékoliv herní činnosti. V průběhu hry se nejeví jako vhodné přesytní smyslů různými vjemy, proto pozor na využití hudby, barev nebo vodního prostředí. Je nutný princip postupných kroků a při zjištění nevhodných reakcí změnit činnost nebo prostředí. Problémy ve zpracování okolních signálů mají vliv na zhoršenou pohybovou koordinaci dítěte. Propriorecepce je jedním ze základních problémů (Moor, 2010). Psychomotorické hry na poznávání vlastního těla a jeho jednotlivých segmentů se tedy jeví jako velmi vhodné prostředky pro rozvoj dítěte.

Pomůcky, které je ve hře vhodné využít, jsou velké nafukovací „plážové“ míče, gymbally, obruče, trampolínky nebo velká venkovní trampolína, osvědčily se nám ale i další, jako např. lano, padák nebo různé druhy a tvary malých míčků, házecích pytlíků a polštářků. Preference k opakujícím se motorickým projevům využíváme při aplikaci cyklicky se opakujících pohybových vzorců – např. jízda na kole (vhodné využití tandemových kol), běh, skákání nebo chůze.

Organizačně je vhodné vést hry v poměru jeden pedagog na jednoho žáka, případně využít rodinných příslušníků nebo spolupráce např. s dobrovolnickými organizacemi.

Návody pro rozvoj bazálních motorických dovedností lze najít např. v některých publikacích vydávaných Centrem modrý klíč (Schopler, Lansing & Waters, 2000).

# 6 Úvod do pohybových aktivit žáků s duševním onemocněním

(Lenka Hovorková, Ondřej Ješina)

Duševní onemocnění je charakteristické tím, že ve většině případů zasahuje do celého života nemocných. Nemocní se potýkají nejen se samotnou nemocí, ale současně s celou řadou sekundárních následků, kterými mohou být narušené vztahy, nízké sebevědomí, ztráta praktických dovedností, motivace k návratu do původního životního stylu po hospitalizaci či vedlejší účinky léků. Další obtíž, kterou s sebou přináší duševní onemocnění, je také zvládání předsudků a stigmatu, že v důsledku nemoci nelze znova vykonávat některé své role a naplňovat své dřívější ambice. Výše uvedená fakta naznačují, že následkem duševní nemoci ztrácí postižený jedinec mnoho možností, jak žít kvalitní a plnohodnotný život. Proto je více než nutné pracovat s veškerými možnostmi a způsoby, jak takto nemocné rehabilitovat a umožnit jim tak navzdory nemoci žít kvalitní život (Praško et al., 2003).

## 6.1 Základní charakteristika duševního onemocnění

Podle výzkumné studie WHO každý čtvrtý dospělý občan EU vyhledá alespoň jednou za život odbornou pomoc lékaře, psychologa či terapeuta kvůli svým psychickým problémům. Odhaduje se také, že více než 27 % dospělých Evropanů postihne během období jednoho roku alespoň jedna z duševních poruch. Zároveň statistiky uvádějí, že 30 % až 40 % populace v zemích EU má určité psychické problémy trvalejšího charakteru a 2 % až 5 % lidí trpí vážnou duševní nemocí. Nejrozšířenějšími duševními nemocemi jsou v EU úzkostné stavy a deprese.

Léčba duševních onemocnění musí být komplexní a často sestává z kombinace různých léčebných postupů, jako je medikamentózní léčba, psychoterapie, rodinná terapie, psychosociální rehabilitace apod. Léčba probíhá v zařízeních různého typu, jako jsou psychiatrické léčebny, psychiatrické ústavy, nemocnice, psychiatrické ambulance, komunitní zařízení, soukromé psychiatrické a psychoterapeutické ordinace. Velmi užitečné mohou být také svépomocné skupiny, kde mají lidé s duševním onemocněním možnost podělit se o své zkušenosti a pocity související s jejich onemocněním.

Pojem duševní porucha je velmi široký, zahrnuje v sobě velké množství možných onemocnění, přičemž existuje několik možností, jak je lze klasifikovat (třídít). Mezi základní a nejjednodušší členění patří dělení duševních poruch na organické a funkční. Poruchy organické vznikají v důsledku poškození nebo nemoci mozku, zatímco funkční jsou způsobeny poruchou funkcí CNS, osobnosti a sociální oblasti.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, duševní poruchy a poruchy chování) MKN-10 z roku 1993 jsou duševní onemocnění (poruchy) označeny písmenem F a rozděleny do následujících skupin:

- a) **F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických** (např. demence).
- b) **F10–F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek** (např. poruchy vyvolané užíváním alkoholu, léků, tabáku a jiných návykových látek).

- c) **F20–F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy** (např. schizofrenie, trvalé duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy).

„Schizofrenie nemá jednotné symptomy. Pojem schizofrenie je značně široký. Schizofrenie se může projevovat celou řadou příznaků, které nemusí být u konkrétního jedince všechny přítomny. Mezi jednotlivými schizofreniemi jsou proto velké individuální rozdíly. Podle dominantních projevů se pak rozlišují jednotlivé druhy schizofrenie.“ (Nývtová, 2010). Osoba trpící schizofrenií se začíná izolovat od ostatních lidí, dochází u ní ke změně zájmů, mohou se objevit neobvyklé bizarní záliby. V pozdějších stádiích schizofrenie začíná jedinec trpět halucinacemi (tj. smyslovými vjemy bez vnější stimulace). Nejčastěji se objevují halucinace sluchové (slyší hlasy) nebo i zrakové (může vidět různé bytosti).

- d) **F30–F39 Afektivní poruchy** (tzv. poruchy nálady, např. manická porucha, depresivní porucha, bipolární afektivní porucha, rekurentní depresivní porucha).

Dominantním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce. Při bipolární afektivní psychické poruše se střídají manické a depresivní epizody v různých intervalech.

- e) **F40–F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy** (např. fobické úzkostné poruchy, panická porucha, smíšená úzkostně-depresivní porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha, poruchy přizpůsobení, přetrvávající somatoformní bolestivá porucha).

Úzkostné poruchy lze charakterizovat jako chronickou nepřiměřenou úzkost, která se může vystupňovat do vyhrocených akutních atak nebo iracionálně vystupňovaným strachem. Nemocní nemožou ovládat své pocity ani své chování, které z pocitů vyplývá (Nývtová, 2010).

- f) **F50–F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory** (např. poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a mentální bulimie, neorganické poruchy spánku, sexuální dysfunkce).

- g) **F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých** (např. emočně nestabilní porucha osobnosti, histerionická porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti, návykové a impulzivní poruchy – např. patologické hráčství a kleptomanie, poruchy pohlavní identity).

- h) **F90–F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci** (např. poruchy chování, porucha aktivity a pozornosti).

- i) **F99 Nespecifikovaná duševní porucha** (Svobodová, 2007).

Pojmy mentální postižení a duševní onemocnění jsou často zaměňovány, přestože je jejich význam odlišný. Lidé s mentálním postižením a lidé s duševním onemocněním potřebují v různých fázích své-



ho života různý druh podpory. K tomu, aby se jim dostalo podpory přiměřené, je potřeba činit rozdíly mezi těmito skupinami. Lidé s duševním onemocněním potřebují lékařskou pomoc, psychoterapii a medikamentózní léčbu. Obvykle nemají postižený intelekt a mohou žít samostatně, pokud je jejich nemoc pod kontrolou.

Mentální postižení není nemoc. Lidé s mentálním postižením potřebují snadno srozumitelné informace, přiměřenou podporu a praktický výcvik k tomu, aby mohli žít nezávisle. Stejný přístup k těmto dvěma odlišným skupinám lidí vede k nesprávným závěrům a tím k nevhodnému plánování služeb pro tyto osoby. Často má za následek také diskriminaci jedné nebo druhé skupiny. K tomu, aby se lidem s mentálním postižením a duševním onemocněním dostalo adekvátní podpory, je nutné, aby lidé pracující v sociálních službách, zdravotnictví a ve školství, byli schopni tyto dvě skupiny rozlišit. Stejně tak lidé, kteří se podílejí na politickém rozhodování, ať už na národní, místní nebo i evropské úrovni, musí pochopit odlišnosti mezi těmito skupinami k tomu, aby mohli vytvořit pro obě skupiny adekvátní systém podpůrných služeb.

## 6.2 Pohybové aktivity v psychiatrických léčebnách v ČR

Školy zřízené při psychiatrických léčebnách v ČR se vzdělávají podle forem běžných pro tyto typy škol. Výuka může probíhat individuálně nebo skupinově. Ředitel má na základě dodatku ministra školství, mládeže a tělovýchovy možnost upravit podmínky. Jinak se výuka řídí na základě platných předpisů shodných s jednotlivými typy škol, podle jejichž rámcového vzdělávacího plánu se má žák vyučovat. To logicky platí i pro všeobecně vzdělávací předmět TV, případně jeho alternativy ZTV, PV nebo RTV.

V této kapitole nás ale více než opakování již výše popsaného zajímá, jak je využíváno cíleně vedených pohybových programů pro děti a mládež v rámci terapeutického a léčebného působení v ČR. Změřili jsme se na psychiatrické léčebny a zajímal nás zejména jejich zájem metodicky a obsahově vhodně využívat tělovýchovných prostředků pro pozitivní formování jedinců s duševním onemocněním. Ačkoliv ochotu spolupracovat projevilo 6 ze 14 léčeben, jsme podobně jako u zbylých nuceni získávat informace pouze z webových stránek, jelikož jsme zaznamenali výraznou absenci odborných tematicky zaměřených článků vydávaných zaměstnanci těchto zařízení. Přesto si této ochoty velmi vážíme a doufáme, že předznamenává hlubší zájem ze strany lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků, podobně jako kinantropologických pracovníků.

### Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě

Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě poskytuje ambulantní a následnou lůžkovou zdravotní péči v oborech psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, gerontopsychiatrie, léčba návykových nemocí a sexuologie. Hospitalizovaným pacientům je poskytována somatická zdravotní léčba v oborech geriatric a vnitřní lékařství. Z hlediska právní subjektivity je léčebna státní příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Léčebna disponuje celkem 710 lůžky, průměrné roční využití stávající lůžkové kapacity činí 90–95 %. Roční příjem pacientů do léčebny se pohybuje kolem 2500. Léčebna je rozdělena na 11 primariátů a má nadregionální působnost. Spádové území zahrnuje oblast východních Čech s více než milionem obyvatel. Zdravotní péče spočívá v kombinaci farmakoterapie, režimové léčby, ošetrovatelského procesu, individuální i skupinové psychoterapie a psychiatrické rehabilitace (<http://www.plhb.cz/>).

Mezi sportovní aktivity léčebny patří rozcvičky, vycházky do přírody, hraní volejbalu a nohejbalu na hřišti v areálu, v podvečerních hodinách volné využití volejbalového a nohejbalového hřiště, dále

mezi volnočasové aktivity patří aerobik a hudební klub. Zázemí léčebny nabízí využití bazénu, posilovny, tělocvičny a tenisového kurtu. Dětské oddělení poskytuje dětem mimo školní vyučování trávit volný čas venku na vycházkách do přírody nebo do města. Několikrát do roka jsou pro děti pořádány celodenní výlety s naučným výchovným programem, v letním období jsou organizovány týdenní táborové pobyty. V létě děti využívají venkovní bazén situovaný přímo u pavilonu ([http://www.plhb.cz/sites/default/files/Katalog\\_aktivit\\_odd\\_1A.pdf](http://www.plhb.cz/sites/default/files/Katalog_aktivit_odd_1A.pdf)).

### **Psychiatrická léčebna v Brně**

Psychiatrická léčebna v Brně je odborným léčebným ústavem a je zřízena Ministerstvem zdravotnictví. Finance pro svou činnost získává z úhrad za poskytnutou zdravotní péči od zdravotních pojišťoven, Krajského úřadu Jihomoravského kraje, Magistrátu města Brna, z darů a vlastní činnosti. Poskytuje komplexní lůžkovou péči dospělým se všemi druhy psychických poruch, ústavní ochrannou léčbu sexuologickou, psychiatrickou, protitoxikomanickou a protialkoholní včetně kombinovaných druhů. Dále ambulantní péči v oborech psychiatrie, neurologie, interna a psychoterapie. Mezi její další činnosti patří provozování terénní zdravotní služby, protialkoholní záchytné stanice a ústavní lékárny. Léčebna má v současnosti kapacitu 830 hospitalizovaných pacientů, o které se stará zhruba 650 pracovníků (<http://www.plbrno.cz/>).

Mezi aktivity léčebny patří především hojná nabídka terapií včetně kondičního cvičení a terapeutických vycházek. Bohatá je také nabídka výtvarných činností, především v keramické dílně. Pacienti se v průběhu své léčby, dle závažnosti onemocnění, mohou pohybovat v parku léčebny a po absolvování úvodní části léčby mají možnost využít vycházek do města a výjezdů do domácího prostředí, což je má především připravit na bezproblémový návrat domů. Oddělení psychiatrické rehabilitace pacientům nabízí léčebnou tělesnou výchovu, fyzioterapii, léčbu prací, kulturní a rekreační terapii s dílnami pro ergoterapii a léčebnou výchovu k soběstačnosti (<http://www.plbrno.cz/>).

### **Psychiatrická léčebna v Jihlavě**

Psychiatrická léčebna v Jihlavě má celostátní působnost a poskytuje veškerou lůžkovou psychiatrickou péči s výjimkou dětské psychiatrie. Mimo komplexní psychiatrickou a diagnostickou péči ústavní i ambulantní dále zajišťuje činnost ústavní lékárny. V současné době disponuje léčebna 520 lůžky na 19 odděleních. V areálu se nachází 7 léčebných pavilonů, 3 objekty k bydlení, kulturní dům a další provozní a technické budovy jako prádelna nebo kotelna. V areálu je také park, zahradnictví a zoo koutek s venkovní jízdárnou pro provozování hipoterapie (<http://www.plj.cz/>).

Sportovní aktivity jsou brány jako doplňkové terapeutické metody. Pacienti se účastní na léčebných a kulturních programech v odborných dílnách a klubech. Dále léčebna spolupracuje s psychorehabilitačním centrem, a to především na přípravě pacientů na readaptaci pro propuštění z léčebny. Pro pacienty jsou pravidelně pořádány kulturní akce jako promítání filmů, divadlo a koncerty v Divadle na kopečku. Divadlo je také využíváno jako prostor pro seberealizaci pacientů a podporuje aktivity v oblasti psychiatrické a psychosociální rehabilitace (<http://www.plj.cz/>).

### **Psychiatrická léčebna v Kroměříži**

Psychiatrická léčebna v Kroměříži si vždy dokázala obhájit svou nezastupitelnost na Moravě, a to především díky obětavé práci zaměstnanců a vysoké odbornosti poskytované zdravotní péče. Léčebna se snaží zavádět nejmodernější způsoby léčby a po celou dobu existence se udržuje na předních místech mezi ostatními léčebnami v České republice (<http://www.plkm.cz/cs/uvod>).

Od roku 2011 je léčebna zapojena do projektu „Život za plotem“. Tento projekt poskytuje podporu lidem s chronickým duševním onemocněním při návratu do běžného života a je financován ze zdrojů Evropské unie. Díky tomu vznikla nová pobytová a terénní služba sociální rehabilitace Zahrada, kterou provozuje Oblastní charita Kroměříž. Léčebna se ve spolupráci s charitou snaží podpořit navazující sociální služby (<http://www.plkm.cz/soubory/zivot-za-plotem.pdf>).

Mezi aktivity léčebny patří různé druhy terapií, drobné práce, nácvik relaxačních metod a asertivity, možnost vycházek a cvičení, víkendové dovolenky, provozování léčebné tělesné výchovy, společenské akce a výlety za kulturou. Pacienti mají k dispozici prostor, kde je možné sportovní vyžití a jiné aktivity, jako např. grilování. Ve vnitřních prostorech je k dispozici rotoped a zájemci se mohou zapojit do hodin jógy v klubu pacientů. Na oddělení pro léčbu neuróz jsou povinné rozcvičky, alespoň hodinu denně kolektivní sport. Pro dětské oddělení jsou pořádány v průběhu prázdnin enuretická soustředění a ozdravné pobyty pro děti s ADHD se sportovně a kulturně zaměřenou náplní (<http://www.plkm.cz/cs/uvod>).

### **Psychiatrická léčebna v Opavě**

Psychiatrická léčebna v Opavě je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Jedná se o odborný léčebný ústav určený pro diagnostiku, léčbu a posouzení duševních chorob, léčení alkoholových a drogových závislostí. Léčebna má 863 lůžek, ročně poskytne péči 6500 pacientům. Hlavními úkoly léčebny jsou poskytování komplexní psychiatrické péče, ochranné a ústavní léčby, podílení se na vědecko-výzkumné činnosti, zabezpečování doškolování vlastních pracovníků a provádění zdravotně výchovné a osvětové činnosti (<http://www.plopava.cz/>).

Léčebna nabízí možnost pronájmu kulturního domu pro pacienty, individuální i skupinový léčebný tělocvik. Pacienti se mohou procházet v areálu léčebny a přilehlém parku a využít možnosti víkendové návštěvy domácího prostředí. V souvislosti se stavem pacienta jsou lékařem doporučeny různé léčebné i volnočasové aktivity a psychoterapie. Mezi volnočasové aktivity nabízené léčebnou patří stolní tenis, volejbal, plážový volejbal, nohejbal, fotbal, míčové hry, badminton, pracovní terapie, sportovní terapie a vodoléčba. Odloučené pracoviště v Horních Holčovicích dále nabízí dlouhodobé pobyty ve zdravém prostředí Nízkého Jeseníku. Dětské oddělení malým pacientům nabízí každý den zájmové aktivity jako sportovní hry, keramiku, jógu, hudebně dramatický a výtvarný kroužek, léčebnou tělesnou výchovu, která je zajištěna speciálními pedagogy podle individuálního zájmu dětí a indikací lékaře. Dále vycházky a využití tělocvičny, která je součástí primariátu (<http://www.plopava.cz/index.html>).

### **Psychiatrická léčebna ve Šternberku**

Psychiatrická léčebna Šternberk vznikla v roce 1990 jako státní rozpočtová organizace, od roku 1991 má formu příspěvkové organizace. V právních vztazích vystupuje svým jménem a nese odpovědnost z nich vyplývající. Posláním léčebny je poskytování zdravotní péče osobám postiženým duševními poruchami, u nichž je třeba specializované péče ústavní nebo ambulantní. V rámci své hlavní činnosti léčebna vykonává psychiatrickou péči v souladu s koncepcí oboru psychiatrie na úrovni současných vědeckých poznatků a vytváří k tomu vhodné podmínky, vykonává ochranné léčení uložené soudem, zabezpečuje pro hospitalizované osoby zdravotní služby v ostatních medicínských oborech, provádí ve svém spádovém území zdravotně výchovnou činnost, podílí se na preventivní péči včetně služeb laboratoře, lékárny a odborných ambulantních služeb a podílí se na pregraduální praktické výuce studentů FF UP (<http://www.plstbk.cz/>).

Léčebna svým pacientům nabízí bohatý rehabilitační program včetně skupinové i individuální léčebné tělesné výchovy, jógu, terapii tancem a ergoterapii. Péče je poskytována pacientům přímo na lůžkových odděleních nebo v areálu léčebny. V areálu se dále nachází tělocvična, jejíž prostředí splňuje normu pro výkonnostní sport, nalezneme zde nářadovnu a má oddělené šatny se sociálním zařízením. Pro dětské oddělení léčebny je k dispozici malá tělocvična, terapeutické místnosti a jedna školní třída. Za různými aktivitami malý pacienti odcházejí do zahrady, do rehabilitačního bazénu, velké tělocvičny, posilovny, keramické dílny a výtvarných ateliérů v areálu léčebny (<http://www.plstbk.cz/>).

V letech 2009–2011 se na dětském oddělení léčebny uskutečnil projekt Společná cesta v rámci evropského projektu Mládež v akci, při němž probíhala praxe studentů Univerzity Palackého v Olomouci. Studenti psychologie a aplikovaných pohybových aktivit každý pátek navštěvovali dětské oddělení s připraveným programem. V rámci času, který léčebna vymezila pro připravený program, se uskutečňovaly umělecké aktivity jako batikování, tvorba z papíru, výroba svíček atd. a pohybové aktivity, které byly do programu zařazeny později, jako lanové aktivity, pohybové hry, psychomotorické hry atd. Právě díky této praxi jsem si uvědomila důležitost zařazení pohybových aktivit do časového harmonogramu uživatelů péče, a to nejen na dětském oddělení. Současná reformní situace v psychiatrii umožňuje odborníkům z oblasti aplikovaných pohybových aktivit začlenit pohybové aktivity do léčby nebo terapií uživatelů péče.

**Tabulka 17. Harmonogram programu Společná cesta**

<b>15:30</b>	příjezd na oddělení a zahájení programu
<b>16:00</b>	program 1 – umělecké činnosti (10–15 dětí) program 2 – pohybové činnosti (max. 10 dětí)
<b>16:45</b>	výměna skupin
<b>17:30</b>	ukončení programu

### Psychiatrická léčebna v Bílé Vodě

Psychiatrická léčebna v Bílé Vodě je malým zařízením disponujícím 150 lůžky. Ke své ústavní psychiatrické léčbě přijímá osoby s pojištěním starší 15 let, a to ze stanoveného spádového území okresu Jeseník. Mimo tuto oblast přijímá pacienty pouze po předchozí domluvě. Diagnostické spektrum pacientů zahrnuje všechny duševní poruchy dle kapitoly MKN-10. Speciální léčebná péče je vyhledávána zejména u uživatelů péče trpícími závislostí na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách, pro které je k dispozici několik léčebných programů včetně začlenění do terapeutické komunity pro drogově závislé (<http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/>).

Součástí léčby jsou pracovní a sportovní terapie, výlety a relaxace. V areálu se nachází posilovna a v průběhu léčby je možno navštívit domácí prostředí. Při léčbě vznikla terapeutická komunita „FENIX“, která se specializuje na léčbu smíšených závislostí včetně alkoholu. Ta svým členům nabízí sportovní vyžití v podobě výletů na kole, běžkách, horolezectví a podobně, dále výlety a zátěžové akce. Ke svým účelům využívá prostředí Rychlebských hor a Jeseníků. Turistické výlety a sport si pacienti hradí sami. Pod vedením terapeutické komunity „FENIX“ se uskutečňuje olympiáda terapeutických komunit (<http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/>).

### **Psychiatrická léčebna v Horních Beřkovicích**

Psychiatrická léčebna v Horních Beřkovicích byla založena v roce 1891 jako zařízení při Zemském ústavu pro choromyslné v Praze. V roce 1919 byl ústav prohlášen za samostatný a postupně vybudoval několik pavilonů. Spádová oblast léčebny v dnešní době zahrnuje zhruba 1,5 milionu obyvatel (<http://www.plhberkovice.cz/>).

Mezi rehabilitační aktivity léčebny patří pracovní terapie, jako např. práce v dílnách, ruční práce a keramika, kulturní a tělovýchovná činnost, na otevřených odděleních vycházky, aktivizační činnosti jako rehabilitace a tělesná cvičení, dále zážitkové semináře a podpora zdravého životního stylu (<http://www.plhberkovice.cz/>).

### **Psychiatrická léčebna v Petrohradě**

Psychiatrická léčebna Petrohrad si klade za hlavní cíl udržet kvalitní zdravotní péči, bezpečnost jejího poskytování a předcházení možným rizikům. Dále také zajištění bezpečné péče kvalifikovaným zdravotním personálem za pomoci profesionální podpory zaměstnanců technicko-hospodářské správy (<http://www.plpetrohrad.cz/>).

### **Psychiatrická léčebna ve Lnářích**

V roce 1991 se Psychiatrická léčebna Lnáře stala samostatnou příspěvkovou organizací zřízenou Okresním úřadem ve Strakoniciích. Hlavním předmětem činnosti léčebny je poskytování odborné lůžkové a ambulantní psychiatrické péče. V současnosti má léčebna 70 lůžek a provozuje tři psychiatrické ambulance. Dále léčebna provozuje vlastní kuchyni, prádelnu a kotelnu. Zaměstnává celkem 65 pracovníků (<http://www.pllnare.cz/>).

Léčebna provozuje rehabilitační aktivity jako keramickou dílnu, malířský ateliér, práci na zahradě, tělocvičnu a aktivity v areálu léčebny – volejbal, pétanque, fotbalík nebo badminton (<http://www.pllnare.cz/>).

### **Psychiatrická léčebna v Červeném Dvoře**

Psychiatrická léčebna v Červeném Dvoře vznikla v roce 1966 v areálu, který měl být zlikvidován. Vznik léčebny zachránil nejen areál, ale dal možnost léčby i pacientům se závislostí na alkoholu. Specializace na léčbu závislosti na alkoholu se v léčebně uskutečňuje na čtyřech odděleních (<http://www.cervenydvor.cz/>).

Mimo skupinové terapie se zde uskutečňují rehabilitační aktivity jako pracovní terapie, přednášky a volnočasové aktivity. Součástí léčby je zvládnání některých činností s větší zodpovědností za chod léčebny, např. výpomoc v kuchyni, spoluvedení komunity a skupiny atd. (<http://www.cervenydvor.cz/>).

### **Psychiatrická léčebna v Dobřanech**

Psychiatrická léčebna v Dobřanech je státní příspěvkovou organizací v přímé řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví a je samostatným právním subjektem. Organizace je odborným lůžkovým zdravotnickým zařízením, které zabezpečuje především dlouhodobou léčbu a léčebnou rehabilitaci nemocným pacientům všech věkových kategorií v návaznosti na akutní psychiatrickou léčbu. Kvalitní péče je zajištěna prostřednictvím specializovaných oddělení. K dalším činnostem léčebny patří výkon ochranných léčeb a hospitalizace osob v rámci soudně znaleckého pozorování, zajištění závodní preventivní



péče pro zaměstnance, zajištění ambulantní péče a výkon ekonomický, provozní, technické, investiční, administrativní a další obdobné činnosti v rozsahu potřebném pro naplnění účelu svého zřízení (<http://www.pldobrany.cz/>).

Léčebna svým pacientům nabízí aktivity jako vycházky po nemocnici, společné vycházky, řízenou relaxaci a jógu pod vedením zkušených lektorů, drobné kulturní akce. Možnost kulturního i sportovního vyžití. V areálu je k dispozici několik hřišť. Do léčebny dochází i rehabilitační sestra pro korekci poruch hybnosti. Pacienti z dětského oddělení mohou na víkendy, prázdniny a svátky dojíždět domů nebo do dětských domovů. Je jim nabídnuta pohybová rehabilitace, relaxační klub, malá tělocvična, zastřešený bazén a multifunkční hřiště (<http://www.pldobrany.cz/>).

### **Psychiatrická léčebna v Kosmonosech**

U Mladé Boleslavi se nachází nejstarší psychiatrická léčebna českých zemí. Dnes je zdravotnickým zařízením s šesti sty lůžky a pěti sty zaměstnanci. Poskytuje hospitalizační i ambulantní psychiatrickou péči s využitím různých terapeutických postupů. V roce 2010 byl léčebně udělen rating A- v projektu Kvalita Očima Pacientů (<http://www.plkosmonosy.cz/>).

### **Psychiatrická léčebna v Bohnicích**

Psychiatrická léčebna Bohnice je v současnosti největším psychiatrickým zařízením v České republice. Jeho historie se začala psát před více než sto lety, kdy se za Prahou začal stavět Královský zemský úřad pro choromyslné. Za svou stoletou historii se léčebna stala svědkem vývoje moderní psychiatrie. V léčebně je 31 lůžkových léčebných oddělení, léčí se v ní přes 1300 pacientů a péče je zajištěna více než tisícovkou zaměstnanců. Léčebna se dlouhodobě snaží o destigmatizaci psychických onemocnění a usiluje o propojení života „za plotem“ se životem „venku“, tedy o integraci nemocných pacientů do běžného života. Jedním z příkladů je festival Mezi ploty, který každoročně probíhá v areálu léčebny (<http://www.plbohnice.cz/home1/cz>).

V roce 2009 stanovila Psychiatrická léčebna Bohnice vizi, že bude poskytovat integrovanou psychiatrickou péči v kontrolované kvalitě, vedoucí ke spokojenosti pacientů. V této strategii se objevují čtyři základní okruhy zodpovědnosti, a to vůči pacientům, zaměstnancům, zřizovateli a společnosti. Naplňováním těchto strategií dochází ke změnám ve struktuře poskytovaných služeb. Zlepšuje se lůžková péče a vytváří se nové služby, které pomáhají pacientům ve složité fázi propuštění po hospitalizaci. Vzniklá služba komunitní terénní centrum poskytuje pacientům služby po propuštění v jejich přirozeném prostředí. Spolupracuje s dalšími službami následné zdravotní i sociální péče. V rámci této služby mohou pacienti kdykoli zavolat, promluvit si, poradit se a to jim dodává jistotu a pomáhá jim lépe se znovu začlenit do běžného života. Evropské reformní snahy o zrušení institucionální péče se často potýkají s velkými problémy. Zrušení léčeben totiž není cílem reformy, ale jejím důsledkem. Pozvolná transformace služeb bohnické léčebny ukazuje, že v praxi může fungovat ([http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pece-ve-svetle-lecebny-v-bohnicich\\_7597\\_2778\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pece-ve-svetle-lecebny-v-bohnicich_7597_2778_1.html)).

## Rejstřík vybraných zkratk

<b>APA</b>	–	aplikované pohybové aktivity
<b>ATV</b>	–	aplikovaná tělesná výchova
<b>DMO</b>	–	dětská mozková obrna
<b>MP</b>	–	mentální postižení
<b>PAS</b>	–	poruchy autistického spektra
<b>PV</b>	–	pohybová výchova
<b>RTV</b>	–	rehabilitační tělesná výchova
<b>RVP – ZŠS</b>	–	rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální
<b>RVP ZV</b>	–	rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání
<b>RVP ZV – LMP</b>	–	rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou pro žáky s lehkým mentálním postižením
<b>SVP</b>	–	speciální vzdělávací potřeby
<b>TV</b>	–	tělesná výchova
<b>ZTV</b>	–	zdravotní tělesná výchova



## Referenční seznam

- Bartoňová, R., & Ješina, O. (2012). *Individuální vzdělávací plán ve školní tělesné výchově*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Block, M. (2007). *A teacher's guide to including students with disabilities in general physical education (4th ed.)*. Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Block, M. (2005). *A teacher's guide to including students with disabilities in general physical education (3th ed.)*. Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Block, M. (2000). *A teacher's guide to including students with disabilities in general physical education*. Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Cíbochová, R. (2004). Psychomotorický vývoj dítěte v prvním roce života. *Pediatric pro praxi*, 6, 291–297.
- Čadilová, V., Jůn, H., Thorová, K., et al. (2007). *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál.
- Čadilová, V., & Žampachová, Z. (2012). *Edukačně hodnotící profil dítěte s PAS (0–7 let)*. Praha: 2. vyd. APLA.
- Čadilová, V., & Žampachová, Z. (2005). *Edukačně hodnotící profil žáka s PAS (8–15 let)*. 1. vyd. Praha: IPPP ČR.
- Černá, M., Novotný, J., & Zemková, J. (1982). *Kapitoly z psychopedie*. Praha: UK.
- Dolejší, M. (1978). *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum.
- Howlin, P. (2005) Outcomes in Autism Spectrum Disorders. Chapter 7 in *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3rd ed.* In F. Volkmar, A. Klin, R., Paul, & D. Cohen (Eds.), Hoboken NJ: Wiley, pp. 201–222.
- Hrdlička, M. & Komárek, V. (2004). *Dětský autismus*. Praha: Portál.
- Gillberg Ch., & Peeters, T. (2003). *Autismus – životní a výchovné aspekty*. Praha: Portál.
- Janečka, Z., et al. (2012). *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Jelínková, M. (1999). *Autismus I. Problémy komunikace dětí s autismem*. 1. vyd. Praha: IPPP ČR.
- Jelínková, M., Netušil, R. (2001). *Autismus V. Hra a hračka v životě dítěte s autismem*. 1. vyd. Praha: IPPP ČR.
- Ješina, O. (2008). Kompetentnost absolventů studijního oboru aplikovaná tělesná výchova ve vztahu k pedagogickým profesím. In M. Kudláček & T. Vyskočil (eds.), *Integrace – jiná cesta II* (pp. 20–30).
- Ješina, O., Kudláček, M., et al. (2011). *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Jucovičová, D., Žáčková, H., Budíková, J., Bartošová, B., & Šauerová, A. (2009). *Individuální vzdělávací plán pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami*. Praha: Graphic Live spol. s r. o.
- Karásková, V. (1991). *Vyučovací činnost učitele tělesné výchovy na zvláštní škole*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Krejčířová, O. (2003). *Speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Krejčířová, O., & Hutýrová, M. (2006). *Speciální pedagogika 6*. Olomouc: UP v Olomouci.

- Kudláček, M., & Ješina, O. (2008). *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kvapilíp, J., & Černá, M. (1990). *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum.
- Lang, G., & Berberichová, CH. (1998). *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Praha: Portál.
- Langer, S. (1996). *Mentální retardace*. Hradec Králové: Kotva.
- Lejčarová, A. (2012). Tělesná výchova na základních školách praktických v historickém pohledu. *Tělesná kultura*, 35(6), 81–103.
- Lejčarová, A., & Tilinger, P. (2012). *Sport osob s intelektovým postižením*. Praha: Karolinum.
- Měkota, K., & Kovář, R. (1996). *Manuál pro hodnocení motorické výkonnosti a vybraných charakteristik tělesné stavby mládeže a dospělých v České republice*. Praha: Univerzita Karlova.
- Moor, J. (2010). *Hry a zábavné činnosti pro děti s autismem*. Praha: Portál.
- Morkes, F. (n. d.). *Mezipředmětové vztahy v historii výuky*. Retrieved from [aplikace.msmt.cz/.../NHMezipredmetovevztahyvhistoriivvyuky.DOC](http://aplikace.msmt.cz/.../NHMezipredmetovevztahyvhistoriivvyuky.DOC).
- Opekarová, O., & Šedivá, Z. (2006). *Psychologická diagnostika u žáků s poruchami autistického spektra ve speciálních pedagogických centrech*. Praha: IPPP ČR, 2006.
- Pipeková, J. (2006). *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: Paido.
- Polášková, P. (2007). *Hodnocení úrovně motorického vývoje předškolních dětí se sluchovým postižením a řečovými problémy testem MABC (Případová studie)*. Diplomová práce: Univerzity Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury.
- Praško, J., Herman, E., Horáček, J., et al. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Přinosilová, D. (2007). *Diagnostika ve speciální pedagogice. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido.
- Rokita, A., & Rzepa, T. (2005). *Piłky edukacyjne w kształceniu wczesnoszkolnym*. Wrocław: Wydawnictwo AWF Wrocław.
- Rubinštejnová, S. (1976). *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. Praha: SPN.
- Selikowitz, M. (2005). *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Praha: Portál.
- Schopler, E., Lansing, M., & Waters, L. (2000). *Výukové aktivity pro děti s autismem*. Praha: Modrý klíč.
- Švarcová, I. (2000). *Mentální retardace*. Praha: Portál.
- Spurná, M., & Vaščíková, T. (2011). Příklad testování motorických kompetencí u žáků s tělesným postižením a kombinovaným postižením. In A. Vyskočilova & O. Ješina (Eds.). *Integrace – jiná cesta 6* (pp. 67–72). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2009). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Svobodová, J. (2007). *Psychiatrie*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
- Thorová, K. (2006). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál.
- Thorová, K. (2009). *Poruchy autistického spektra, raná diagnóza branou k účinné pomoci*. Praha: APLA.
- Vágnerová, M. (2004). *Základy psychologie*. Praha: Karolinum.

- Valenta, M., & Krejčířová, O. (1997). *Psychopedie: Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejř.
- Valenta, M. & Müller, O. (2009). *Psychopedie: teoretické základy a metodiky (4. rozšířené vydání)*. Praha: Parta.
- Valenta, M., & Müller, O. (2007). *Psychopedie (3. vydání)*. Praha: Parta, s. r. o.
- Valenta, M., & Müller, O. (2004). *Psychopedie (2. vydání)*. Praha: Parta, s. r. o.
- Valenta, M., & Müller, O. (2003). *Psychopedie*. Praha: Parta, s. r. o.
- Vágnerová, M. (2003). Psychický vývoj postiženého dítěte ve školním věku. In M. Vágnerová & Z. Hadj Moussová, *Psychologie handicapu. 4. část. Školní věk a dospívání postiženého dítěte* (pp. 4–22). Liberec: Vysokoškolský podnik s. r. o.
- Válková, H. (2000). *Skutečnost nebo fikce? Socializace mentálně postižených prostřednictvím pohybových aktivit*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Válková, H. (2008). Komunikace a mentální postižení. In P. Kurková (ed.). *Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme* (pp. 63–70). Olomouc: UP v Olomouci.
- Válková, H. (2010). Teoretické vymezení APA jako kinantropologické disciplíny: co to je, když se řekne APA. *APA v teorii a praxi*, 1 (1), 25–32.
- Válková, H. (2012). Sport osob s mentálním postižením. In Z. Janečka. *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením* (pp. 101–108). Olomouc: UP v Olomouci.
- Válková, H. (2012a). *Teorie aplikovaných pohybových aktivit I*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Válková, H., Bartoňová, & R., Ahmetašević, A. (2012). *Manuál pro hodnocení inkluzivních vyučovacích jednotek tělesné výchovy DIC-CIT pro ATV*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Van Coppenolle, H., et al. (2004). „Adapt“ – *Společné evropské kurikulum základů aplikovaných pohybových aktivit a sportu osob se zdravotním postižením*. THENAPA [CD-ROM].
- Vítámvás, K. (2010). *Podpora integrace žáků s tělesným postižením ve školní tělesné výchově na běžných základních školách*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury.
- Vítková, M., Lechta, V. (2010). Realizace inkluzivní edukace. In V. Lechta (eds.). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole* (pp. 168–197). Praha: Portál.
- Vocilka, M. (1996). *Autismus*. Praha: Tech-Market.
- Zvolský, P., et al. (1996). *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.

## Normativní a legislativní dokumenty

- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. (2013). Výzkumný ústav pedagogický v Praze. Praha: MŠMT.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. (2007). Výzkumný ústav pedagogický v Praze. Praha: VÚP.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou pro žáky s lehkým mentálním postižením. (2005). Výzkumný ústav pedagogický v Praze. Praha: VÚP.

Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální. Výzkumný ústav pedagogický v Praze. Praha: VÚP.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2005). *Vyhláška 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky.*

Parlament ČR. (2004). *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).*

### **Internetové odkazy (anonymus)**

Anonymus:

<http://www.cervenydvor.cz/>

<http://www.cpzp.cz>

[http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pece-ve-svetle-lecebny-v-bohnicich\\_7597\\_2778\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pece-ve-svetle-lecebny-v-bohnicich_7597_2778_1.html)

<http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/>

<http://www.plbohnice.cz/home1/cz>

<http://www.plbrno.cz>

<http://www.pldobrany.cz/>

<http://www.plhb.cz/>

<http://www.plhberkovice.cz/>

[http://www.plhb.cz/sites/default/files/Katalog\\_aktivit\\_odd\\_1A.pdf](http://www.plhb.cz/sites/default/files/Katalog_aktivit_odd_1A.pdf)

<http://www.plj.cz/>

<http://www.plkm.cz/soubory/zivot-za-plotem.pdf>

<http://www.plkm.cz/cs/uvod>

<http://www.plkosmonosy.cz>

<http://www.pllnare.cz/>

<http://www.plopava.cz/>

<http://www.plopava.cz/index.html>

<http://www.plpetrohrad.cz/>

<http://www.plstbk.cz/>

Štréblová, M. (2009). Individuální vzdělávací plán pro žáky se zdravotním postižením s pokyny k tvorbě. Retrieved september 25, 2011, from <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/S/2998/individualni-vzdelavaci-plan-pro-zaky-se-zdravotnim-postizenim-s-pokyny-k-tvorbe.html/>

Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.  
Mgr. Radka Bartoňová  
Mgr. Lucie Kepštová  
Bc. Lenka Hovorková

## **Úvod do didaktiky aplikovaných pohybových aktivit žáků s mentálním postižením**

Výkonný redaktor prof. PhDr. Ivo Jirásek, Ph.D.  
Odpovědná redaktorka Jarmila Kopečková  
Technická redakce VUP  
Obálka Ivana Perůtková

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci  
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc  
[www.vydavatelstvi.upol.cz](http://www.vydavatelstvi.upol.cz)  
[www.e-shop.upol.cz](http://www.e-shop.upol.cz)  
[vup@upol.cz](mailto:vup@upol.cz)

1. vydání  
Olomouc 2013  
Ediční řada – Skripta

ISBN 978-80-244-3939-6

Neprodejná publikace

VUP 2013/844