

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Iva Maralíková

Aquaterapie a trampoterapie u lidí s postižením

Olomouc 2019

vedoucí práce: Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Univerzitě Palackého v Olomouci a zpřístupněna ke studijním účelům.

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Evě Urbanovské, Ph.D. za odborné vedení a pomoc při zpracovávání bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat své spolubydlící Kataríně Grajciárové za podporu a pomoc při psaní bakalářské práce.

Obsah

Obsah	4
Úvod	5
1. Uvedení do problematiky pohybu osob s handicapem.....	6
1.1. Handicap, zdravotní znevýhodnění.....	6
1.2. Význam pohybu pro osoby s handicapem	7
1.3. Pohybové specifika lidí se zdravotním znevýhodněním.....	9
2. Pohyb v systému ucelené rehabilitace.....	11
2.1. Ucelená rehabilitace.....	11
2.2. Terapie	13
2.3. Pohyb jako součást ucelené rehabilitace.....	14
2.4. Relaxace.....	15
3. Motorika, psychomotorika a zásady procesu učení	18
3.1. Motorika a psychomotorika	18
3.2. Zásady edukačního procesu	19
4. Socializace a pohyb	22
4.1. Socializace	22
4.2. Význam pohybu a sportovních aktivit v socializaci	23
5. Trampoterapie a aquaterapie	25
5.1. Aquaterapie	25
5.2. Trampoterapie	27
5.3. Výhody terapií	30
5.4. Nevýhody terapií.....	31
5.5. Porovnání terapií.....	32
Závěr.....	33
Seznam použité literatury	34

Úvod

Téma práce jsem si zvolila, jelikož je dle mého názoru pohyb v životě člověka nezastupitelný element. Osoby se zdravotním znevýhodněním si mohou zvolit jednu z mnoha sportovních aktivit. Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila aquaterapii a trampoterapii, jelikož obě neplní jen úlohu pohybovou a sportovní, ale zároveň mají roli terapeutickou a jsou ve školách speciálních využívány čím dál častěji.

Pohyb je součástí života většiny intaktní společnosti a to v různých formách, podobách a na rozličné úrovni. Stává se předpokladem k naplnění zdravého životního stylu, udržení pevného zdraví a správného fungování lidského organismu. Nezapojujeme jen svaly, ale také naši mysl, učíme se novým dovednostem, anebo naopak, může náš mozek díky sportu relaxovat. Navíc je to koníček, zábava, psychický odpočinek od povinností a jedna z možností trávení volného času. Umožňuje nám pobyt ve společnosti, setkávání s lidmi, navazování nových kontaktů a přátelství.

Osoby s handicapem dříve neměly takové možnosti, jako ostatní. Společně se zlepšující se péčí a vyrovnávání příležitostí se vyvíjely i sporty, pohybové aktivity a terapie pro tuto skupinu osob. Dnes existují sporty specializované pro jedince s handicapem, pořádají se závody i olympiády. Díky pozitivním účinkům sportu na tělo i duši se utvořily různé pohybové terapie, které využívají poznatků a prvků z daného sportu, ale modifikují je právě pro terapeutické účely rozvoje osob se zdravotním znevýhodněním a stávají se součástí systému ucelené rehabilitace.

V nadcházejícím textu bych chtěla zdůraznit důležitost pohybu v průběhu života jedince a přiblížit jeho roli pro lidi se specifickými potřebami. Popsat a vysvětlit pojmy aquaterapie a trampoterapie, zmínit jejich výhody a klady, ale také možné zápory. Nakonec pak srovnat působení těchto dvou terapií.

1. Uvedení do problematiky pohybu osob s handicapem

Úvod práce je věnován vymezení pojmů handicap a zdravotní znevýhodnění. Poté se dostáváme ke kapitole, která se zabývá důležitostmi pohybu v životě lidí s postižením a následuje stat' o jistých specifických, jež v pohybu u určitých skupin osob nalezneme.

1.1. Handicap, zdravotní znevýhodnění

V prvním úseku se budeme věnovat pojmu zdravotní znevýhodnění. Jelikož se práce týká využití určitých terapií u jedinců se zdravotním handicapem, je podle nás důležité na úvod zařadit kapitolu, která toto slovní spojení vysvětluje.

V literatuře se setkáváme nejčastěji s pojmy vada, postižení a znevýhodnění. Ačkoli se může na první pohled zdát, že tato různá slova nesou stejný význam, není tomu tak. Jsou spolu úzce propojena a mají mezi sebou jistou návaznost a spojitost, nejsou však totožná. Pro vysvětlení využijeme definice z Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů ICIDH. Označení vada (v různých zdrojích také defekt či porucha) „*je narušení psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce*“ (Slowík, str. 26, 2007). Postižení je, dá se říct, následkem vady, její dopad na život jedince. Postižení podle znamená „*omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální*“ (Slowík, str. 27, 2007). Zde je již jasně vidět rozdíl mezi prvními dvěma pojmy a zároveň jejich návaznost. Jedinec má nějakou vadu, například narušení nějakého orgánu, a jejím odrazem je postižení, takže některé věci nemůžeme dělat, nebo je nemůžeme provádět v plném rozsahu a v takové intenzitě jako ostatní. Tak jako se vada reflektuje v postižení, tak se postižení reflektuje ve znevýhodnění. Znevýhodnění „*se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj normální*“ (Slowík, str. 27, 2007).

Jedná se o stav trvalý a neměnný projevující se u jedince v rovině kognitivní, komunikační, motorické nebo emocionální. Následkem jsou problémy při učení nových dovedností a sociálním chování. Z pohledu etiologického je možno chápat postižení jako odchylku vývinu, kdy jsou následkem obtíže procesu práce se symbolickými formami jevů (transformace, zpracovávání, uchování, vybavení, operace s nimi), nebo obtíže v mobilitě, sebeobsluze či sociální interakci (Kroupová a kol., 2016).

Zdravotní znevýhodnění může být tedy následkem tzv. defektu, čímž rozumíme ztrátu nebo poškození stavby organismu a jeho funkcí. Příčinou mohou být úrazy, onemocnění nebo

také dědičnost (Jesenský, 1998 in Bendová a kol., 2015). Dle doby vzniku defekty dělíme na vrozené (vznik v období prenatálním, perinatálním, raně postnatálním) a získané (během života). Dělení na funkční a orgánové rozlišují, zda je poškozen orgán a jeho části, nebo je jen poškozena funkce orgánu následkem jiným než změnou tkáně. Poslední dělení, které bychom chtěli uvést, je podle druhu a to tělesné (vady pohybového aparátu a chronická onemocnění), zrakové, sluchové, komunikační (poruchy řeči), mentální, poruchy chování a kombinované vady (Bendová a kol., 2015).

1.2. Význam pohybu pro osoby s handicapem

Pohyb má nemalou roli v životě každého člověka. Slouží nám jako prostředek naší seberealizace, samostatnosti, k udržení fyzického i psychického zdraví. Nyní objasníme smysl pohybové složky pro skupinu lidí se zdravotním znevýhodněním a poukážeme na to, jak se vliv aktivity prolíná všemi rovinami osobnosti a je přínosný pro jedince ve všech směrech.

Pravidelný pohyb je prostředkem k dosažení zlepšení celkové kondice a zdraví. U osob se specifickými potřebami je třeba vzít v potaz specifika každé skupiny (lidé s mentálním postižením, lidé s tělesným postižením, lidé se zrakovým postižením, lidé se sluchovým postižením nebo lidé s postižením kombinovaným), a taktéž specifika každého jednotlivce, a modifikovat přístupy k jejich zapojení do činností sportovního charakteru. U těchto osob je větší riziko sociálního vyloučení a zároveň je zvýšena pravděpodobnost civilizačních chorob, jako je například obezita, diabetes či onemocnění kardiovaskulárního systému (Ješina, Hamřík a kol., 2011).

Jedinci se zdravotním postižením mohou díky pohybu dosáhnout pozitivního působení v oblasti fyzické, psychické a sociální. Na fyzické úrovni pozorujeme hlavně na rozvoj motoriky, která je nutná pro běžné úkony v životě. Gallowaye (2007) poukazuje na pozitivní vliv pohybu na imunitní systém. V období vývoje přispívá k nárůstu kostních minerálů, což zlepšuje jejich pevnost (Gallowaye, 2007). Po psychické a sociální stránce je posilováno sebevědomí a sebepoznání, emocionální vlastnosti, sociální kontakty a dovednosti. U této skupiny osob je také dobré poukázat na rozvoj komunikační schopnosti, kognitivní dovednosti, adaptibilitu a hodnotovou orientaci (Válková, 2000 in Ješina, Hamřík a kol., 2011). Neméně důležitý je kladný účinek u osob s některým typem dlouhodobého onemocnění, kdy pohyb, zejména pravidelný, pomáhá předcházet zdravotním komplikacím a zhoršení celkového zdravotního stavu. Skupiny lidí s mentálním a tělesným postižením ve zvýšené míře trpí srdečními onemocněními následkem nedostatečné pohybové aktivity.

Významným přínosem je dosažení lepšího sociálního statusu, jež bývá u osob se speciálními potřebami oproti intaktní populaci snížen. Pohybová aktivita se stává prostředkem k účasti na společenském životě. Člověk získává navíc prožitky, které si vytváří vlastním tělem a prací s ním (Hošek 2001, in Ješina, Hamřík a kol., 2011). Z této kapitoly vyplývá, že klíčový přínos pohybových aktivit a terapií, je zlepšení a podpoření převzetí vlastní zodpovědnosti jedince se specifickými potřebami ke vztahu ke svému tělu a životnímu stylu a získávání sociálních dovedností obecně (Ješina, Hamřík a kol. 2011).

Novosad (2001) rozdělil význam pohybu pro člověka do dvou základních rovin. První skupinou je rovina pohybů nezbytných, jež obecně zajišťují lidskou existenci, a rovinu pohybů ostatních, které slouží ke zlepšení kvality života člověka. Autor považuje pohyb za elementární nástroj zabezpečující uspokojení základních fyziologických potřeb, existenční zajištění, přísun informací a podnětů, sebeobsluhu a samostatnost obecně. Pohyb je nezbytný pro výkon občanských práv a svobod, seberealizaci a navazování sociálních kontaktů (Novosad, 2001).

Obecně platí, že lidé, kteří nejsou pohybově aktivní, mají sníženou zdatnost a imunitu. Již při velmi malé zátěži se projevuje dušnost a rychlé bušení srdce. Typická je rychlá unavitelnost spojená často s poruchami spánku, bolestmi hlavy, zad či břicha a nestálou termoregulací těla. Dopad imobility jsou vidět i ve vnitřních pochodech našeho těla. Jedná se například o vyplavování vápníku z kostí, což je následkem hlavně u klientů dlouhodobě ležících. Pokles objemu červených krvinek, ztráta bílkovin, změny v metabolismu sacharidů a mnoho jiných následků (Máček, Radvanský, 2011).

.Z této kapitoly vyplývá, že pohyb je důležitý pro všechny jedince, i pro ty se specifickými potřebami. Je nezbytný pro správné fungování těla i mysli. Pokud je pohybu nedostatek, mohou se stát následkem zdravotní komplikace. Navíc se přikláníme k tvrzení Novosada (2001), jež ve své knize uvádí „*Pohyb se nestal jen mediátorem života, ale je v mnoha podobách výrazem snahy člověka o „přesahování všednosti“ a zprostředkovává člověku zážitky, jež jsou zdrojem radosti a štěstí*“ (Novosad, str. 239, 2001).

1.3. Pohybové specifika lidí se zdravotním znevýhodněním

Pokud hovoříme o terapiích, kdy je hlavním prostředkem pohyb, je dle nás důležité, věnovat stat' specifikům, jež doprovází pohybové aktivity jedinců s handicapem. Postupně popíšeme základní specifika skupin dle druhu zdravotního znevýhodnění.

Při volbě aktivity bereme v potaz vývojový stupeň, ve kterém se jedinec nachází, jeho výkonnostní stav a momentální zdravotní situaci. Respektujeme odchylky vývojové i získané, se kterými osoba přichází. Ve hře je také stupeň postižení a hrozící progrese, nebo také kontraindikace s některými pohybovými terapiemi, či aktivitami. Pokud možno necháme volbu konkrétního sportu na jedinci (Máček, Radvanský, 2011).

Jedinci s tělesným postižením jsou převážně při pohybu a sportu závislí na vybavenosti prostředí, tudíž na speciálních pomůckách, velikosti prostoru a jednoznačně na kompletní bezbariérovosti (Kudláček a kol., 2013). Mezi funkce, které jsou omezeny v následku tělesného postižení, řadíme například nedostatečné hmatové vnímání, desorientaci v orientaci vlastního tělového schématu, poruchy při sledování pohybujících se předmětů a celkově problémy se zrakovým vnímáním. Jelikož zde řadíme i jedince s dlouhodobým onemocněním, je nutné zohlednit i obtíže, které sebou nemoc nese (Čadová a kol., 2015). Skupina osob se znevýhodněním v důsledku tělesného postižení je obecně ve sportu nejlépe integrována. Sportovní aktivity nejsou jen formou terapie, rehabilitace nebo relaxace, ale je zde největší zastoupení sportovců s handicapem na vrcholové úrovni (Kudláček a kol., 2013). Je nutné však respektovat a počítat se zdravotních specifických těžkostí jako je osteoporóza nebo dekubity. Pro tuto skupinu je plavání a pobyt ve vodě velmi vhodný a prospěšný (Máček, Radvanský, 2011).

Potřeby ve sportovních aktivitách u zrakově postižených se odvíjejí od stupně postižení. Často však trpí problémy s rovnováhou, sníženou zdatností a mohou se objevit změny v celkovém držení těla (Máček, Radvanský, 2011). Vhodnost aktivity a způsob provedení závisí individuálně na každém jedinci. Bohužel u spousty činností může docházet ke zhoršování vady, takže se u některých osob aktivity sportovního charakteru vůbec nedoporučují. Zapojení jedinců vyžaduje organizační a personální opatření. K vykonávání máme možnost použít kompenzační pomůcky např. ozvučené míče, dvojkolo (Kudláček a kol., 2013). Nezbytné také bývá využití asistenta. Nevidomí musejí být velmi podrobně seznámeni s prostředím, v němž se pohybují. Instrukce jsou podrobně a srozumitelně

popsány, tak aby bylo zajištěno co nejlepší provedení a co největší bezpečnost (Máček, Radvanský, 2011).

U sluchového postižení je stejně jako u výše uvedeného zrakového postižení závislost na stupni sluchové poruchy. Obecně je však pro tuto skupinu nejsnadnější vykonávat pohybové aktivity a sport obecně (Kudláček a kol., 2013). U některých osob, se stejně jako u jedinců se zrakovým postižením, se může vyskytnout porucha rovnováhy, nižší zdatnost nebo komplikace s orientací v prostoru (Máček, Radvanský, 2011). Musíme počítat se zvýšenou unavitelností z důvodu zvýšené koncentrace na zrakové i sluchové podněty. Překážkou může být komunikace, je nutné zajistit překladatele do znakového jazyka, pokud jedinec komunikuje tímto způsobem (Barvíková a kol., 2015). Tak, jako tělesně postižení mají paralympiády, tak i sluchově znevýhodnění mají deaflympiády. Není až tak velká potřeba užívat kompenzačních pomůcek (Kudláček a kol., 2013).

Aktivita skupiny osob s mentálním postižením často souvisí s bazálními dovednostmi. U mentální retardace je zasažena složka poznávací, pozornost a myšlení. Osoby s tímto handicapem mají nedostatečné prostorové vnímání, nedokonalou koordinaci pohybu a snížení vnímavosti hmatových vjemů. Jeden z problémů, který může činit komplikace během aktivity, je snížený a zpomalený rozsah zrakového vnímání (Valenta a kol., 2015). Obvyklá je nestálost a rychlá unavitelnost. V pohybových aktivitách se tedy volí spíše obecně aktivizační činnosti, které klienty baví a motivují k pohybu dle jejich možností. Zvládají dle stupně postižení jednodušší týmové sporty a individuální formy pohybu. U stupně těžkého a hlubokého má pohyb spíše charakter fyzioterapeutický. Pomocí pohybu můžeme rozvíjet postižené funkce a podpořit zdraví jedince (Kudláček a kol., 2013). U této klientely se nejčastěji zaměřujeme na redukci váhy, jelikož mají častý sklon k obezitě. Celá aktivita by měla být přiměřeně jednoduchá jak organizačně tak zátěžově a je nutné prokládat ji motivačními prostředky. Vše by mělo probíhat pod dohledem (Máček, Radvanský, 2011). Nelze také opomenout inaktivitu vnímání, zejména znovu poznání již zažité zkušenosti, což znamená, že musíme vysvětlovat na každém setkání znova pravidla provedení, nemůžeme očekávat, že si jedinec bude pamatovat přesný postup z minula (Valenta a kol., 2015).

2. Pohyb v systému ucelené rehabilitace

Druhá kapitola se věnuje pohybu a jeho roli v systému ucelené rehabilitace, jehož podobou mohou být právě aquaterapie a trampoterapie. Jako první vysvětlíme pojem ucelené rehabilitace a na ni navážeme pojmem terapie. Ujasníme zařazení pohybu do systému ucelené rehabilitace. Poslední část se věnuje relaxaci.

2.1. Ucelená rehabilitace

Část věnující se rehabilitaci jsme zvolili, jelikož trampoterapie i aquaterapie se mohou zařadit do systému ucelené rehabilitace a tento pojem by tedy neměl být opomenut.

Rehabilitace je pojem, jenž dříve znamenal návrat k původnímu stavu schopností, tedy odstranění následků postihujících jedince ve všech rovinách, tedy fyzické (pohybové ústrojí) i psychických a rozumových (Neubauerová, 2011).

Ucelená, nebo také komprehenzivní rehabilitace je interdisciplinární propojení mezi péčí zdravotnickou, psychologickou a sociálně právní (Jankovský, 2006). To znamená, že důsledky spadají do všech oblastí lidského bytí a nelze je řešit pouze zdravotnickými postupy, stav je pro jedince trvalým, nelze je tedy plně odstranit léčbou (Votava in Neubauerová, 2011). Výsledkem ucelené rehabilitace není jen pomoc v oblasti zdraví, ale jde o co největší zapojení jedince do běžného života. Integrace probíhá v oblasti sociální, výchovné a také pracovní. V roce 1994 světová zdravotnická organizace WHO definuje rehabilitaci jako „Proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti“ (Jankovský, 2006). Specifičtější je pak definice od Jakobové „Proces, při kterém má koordinované a kombinované uplatnění lékařských, sociálních, výchovných a pracovních opatření umožnit občanům se zdravotním postižením pozvednout se na co nejvyšší možnou funkční rovinu a plně se zařadit do společnosti.“ (Jakobová, A. 2007, s. 24).

Ucelenost spočívá ve včasnosti, návaznosti jednotlivých složek. Pomáhá osobám se zdravotním postižením přizpůsobovat se životním podmínkám a vyrovnat se změnami. Je zde snaha o vyrovnání možností a příležitostí s nepostiženou populací (vzdělávání, bydlení, práce a jiné). Jak jsme již výše zmínili, ucelená rehabilitace se skládá z více prostředků a to léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních (Votava, 2005). Aquaterapie a trampoterapie se mohou stát jednou z možností poskytování péče u prvních dvou zmiňovaných prostředků.

Léčebné prostředky, které se zaměřují na zmírnění, odstranění nebo eliminaci následků funkčních poruch. V tomto směru lze využít fyzikální terapie, kde spadá kromě jiného vodoléčba nebo léčebná tělesná výchova, jejíž základem je pohyb a práce s ním, zde lze uplatnit trampolining. Jako jiné léčebné prostředky lze zmínit například aplikovanou ergoterapie, animoterapii a další specifické terapie jako na příklad muzikoterapii nebo arteterapii (Jankovský, 2006). Léčebnou složku rehabilitace dělí autor Votava (2005) na dvě roviny, horizontální a vertikální. Přičemž vertikální rovinou se rozumí proces, který směřuje k úplnému navrácení do původního stavu (jedná se tedy například o rehabilitaci u osob po úrazech, či onemocněních). Horizontální rehabilitace se věnuje osobám s trvalým postižením, kdy není ve výsledku dosaženo původního zdravotního stavu. Věnuje se tedy především kompenzací (Votava, 2005).

Sociální prostředky rehabilitace spočívají hlavně v integraci jedince do společnosti, zlepšení jeho postavení nebo třeba uplatnění na trhu práce. (Jankovský, 2006). Obecným cílem je dosažení co největší možné samostatnosti nutné pro fungování ve společnosti. Jedním z bodů je pomoc člověku přijmout své znevýhodnění a integrovat se v maximální míře, jež je možná (Neubauerová, 2011). Legislativní a ekonomická složka jsou jedním z pilířů sociální rehabilitace. Jedinci a jejich rodiny mají právo na finanční výhody (zlevněné jízdné, stupy), úhradu či příspěvky na kompenzační pomůcky a sociální dávky (Zikl, 2011). Zakotvení sociální rehabilitace můžeme nalézt v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (ve znění pozdějších předpisů), jež vymezuje činnosti sociálních služeb a kromě jiného, řeší výši příspěvku pro osoby se zdravotním znevýhodněním (www.mpsv.cz). Na realizaci sociální rehabilitace se podílí celé okolí jedince, nejdůležitějšími jsou pak rodina, škola, pracoviště, přátelé, ale také různé neziskové organizace poskytující sociální služby (Zikl, 2011). Sportovní aktivity či skupinové terapie zprostředkovávají styk s okolním světem, možnost poznávání nových lidí a zlepšování sebehodnocení.

Pracovní rehabilitace napomáhá nalézt klientům uplatnění na trhu práce. Pro volbu povolání je důležité brát v potaz schopnosti a dovednosti jedince a zároveň jeho zdravotní omezení, aby nedocházelo ke kontraindikaci (Neubauerová, 2011). Zikl (2011) zminuje důležitost zvyšování kompetencí v oboru informačních a komunikačních technologiích, které, kromě toho, že slouží jako kompenzační pomůcky, mohou osobám se zdravotním znevýhodněním napomoci při nalezení vhodného pracovního uplatnění (Zikl, 2011). Jednou z možností jsou podporovaná zaměstnání, což jsou pracovní pozice určené přímo lidem

s omezenou pracovní uplatitelností, kteří nemohou pracovat běžným způsobem (Neubauerová, 2011).

Pedagogická rehabilitace je nepostradatelnou složkou u dětí a mladistvých. Výsledkem je co nejvyšší možný stupeň vzdělání, samostatnost a rozvoj dovedností (Neubauerová, 2011). U dětí se specifickými potřebami se, kromě běžné náplně vzdělávání, věnujeme v rámci pobytu ve školním prostředí nácviku sebeobsluhy, komunikačních dovedností, motorických funkcí, komunikační dovednosti a přípravě na profesní uplatnění, dle individuální možnosti každého žáka (Zikl, 2011).

Úspěch při dosahování cílů jednotlivých složek ucelené rehabilitace je závislý na několika faktorech. Výsledek je samozřejmě přímo úměrný individuálních možností každého jedince, odvíjí se od druhu znevýhodnění, schopností a aktuálního zdravotního stavu. Dalším faktorem je úroveň péče v rodině, práce profesionálu, se kterými se během života jedinec setká, a míra využívání možných sociálních služeb (centra rané péče, poradenská centra, sociální služby, školy a jiné). Elementárním faktorem, který zpravidla ovlivňuje celý proces, jsou možnosti regionu, zda je pro osoby dostupná odborná pomoc a vůbec existence potřebných služeb (Zikl, 2011).

2.2. Terapie

Rádi bychom věnovaly pár slov termínu terapie. Již podle názvu aquaterapie a trampoterapie vidíme, že obě jsou specifické formy terapií. V této kapitole se tedy pokusíme tento pojem definovat a přiblížit.

Terapeutické přístupy se zabývají „*odborným a cíleným jednáním s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k prospěšné změně*“ (Müller, 2014). V knize Slowíka najdeme definici terapie jako „*každý odborný postup, který pomáhá dosahovat výchovných a vzdělávacích cílů a současně má také léčebný efekt*“ (Slowík, str. 54., 2007). Rozdělení terapií vychází z medicínské praxe, kde se člení na postupy chirurgické, farmakoterapeutické, fyzioterapeutické a psychoterapeutické.

Terapie mají své pravidla, a to že probíhají v určitém prostředí a v určitém čase, mají také určitou organizační formu. Je vedena terapeutem, jež má odpovídající odborné i osobnostní prostředky pro její výkon (vzdělání, výcvik a zkušenosti). Jsou přizpůsobeny věku klienta a jeho specifikům odvíjejících se od typu a stupně postižení. Jejich zacílení je léčivé a

rehabilitační, směřují k prospěšným změnám, zmenšování rozvoje dalších obtíží a žádoucímu společenskému stavu (Müller a kol., 2014).

Existuje více dělení terapií, my uvedeme dělení dle Valenty, které je typické hlavně pro mentální a kombinovaná postižení a to na Metody léčebně-rehabilitační, kde kromě masáží, elektroléčby, světloléčby, Vojtovy metody reflexní lokomoce a jiných, spadá vodoléčba a léčebná tělesná výchova. Metoda pedagogicko-rehabilitační zahrnuje například alternativní a augmentativní komunikaci, stimulaci psychomotorickou či senzomotorickou, expresivní terapii, canisterapii a mnohé další. Metoda sociálně-rehabilitační využívá změny prostředí, režimový tlak, práci s rodinou a jiné (Valenta, Müller, 2007).

2.3. Pohyb jako součást ucelené rehabilitace

Kapitola se zaměřuje na roli pohybu v systému ucelené rehabilitace. Pohyb je využíván hlavně v kinezioterapii, o které v této kapitole budeme hovořit, jelikož trampoterapie i aquaterapie využívají její poznatky a mohou se stát jejím prostředkem.

V předchozí kapitole jsme se zabývaly tématem ucelené rehabilitace, jejíž součástí je rehabilitace léčebná. Metody léčebné rehabilitace lze rozdělit na fyzikální, kinezioterapeutické, ergoterapeutické, psychoterapeutické, farmakoterapeutické a další. V této části bychom se chtěly věnovat metodě kinezioterapeutické, jelikož využívá v průběhu terapie pohybu, k čemuž může využít i trampolínu nebo vodní prostředí.

Pohyb můžeme rozdělit do dvou oblastí a to pohybové schopnosti a dovednosti. Schopnosti jsou jakési předpoklady, které jsou nám částečně vrozené, k tomu vykonávat nějakou činnost. Nemůžeme je získat, může ale na nich pracovat a zlepšovat je. Pohybové dovednosti, jsou na rozdíl od předchozích schopností, získané, naučené. Jedná se o specifické úkony jako je třeba plavání, jízda na kole nebo lyžování (Perič, 2004). Další možnost dělení uvádí Vaněk (2013) a to na bezděčný a úmyslný (Vaněk, in Sluka, 2013).

Kinezioterapie si klade za cíl ovlivnit pohybovou soustavu tak, aby pohyb vyvolal žádoucí efekt, prohlubovat jej a fixovat. Využívá ve svém průběhu dynamických a statických sil, na které reaguje centrální nervová soustava, jež je vyhodnocuje a reaguje na ně. Tato terapie je prováděna odborníky a to buď individuálně nebo skupinově. Individuální práce s klientem nám umožňuje nad ním mít maximální kontrolu při vykonávání jednotlivých

prvků, dochází k úzké spolupráci a vytváření hlubšího vztahu mezi terapeutem a klientem. Skupinová cvičení jsou výhodná v tom, že v dané době, se terapeut věnuje více klientům, což je pro něj časově úspornější, a však terapie neprobíhá již tak specificky a cíleně jako u formy individuální. U osob s postižením se volí skupiny v počtu šesti klientů na jednoho terapeuta, aby měl čas sledovat účastníky a skupinu korigovat. Je také vhodné volit členy cvičící skupiny tak, aby jejich zdravotní omezení bylo podobné. Často se projeví soutěživost mezi jedinci a snaha být lepší než ostatní, což jde využít jako motivace k práci, ale terapeut musí s těmito emocemi umět pracovat tak, aby držel atmosféru ve skupině umírněnou, pro efektivní chod terapie (Dvořák, 2007).

Kinezioterapie se dělí také z hlediska zaměření na určitou složku pohybu. Může se jednat o zvětšení svalové síly, zvětšení rozsahu pohybu v kloubu na rychlost a reakci, či koordinaci a tvorbu správných pohybových stereotypů, zlepšení kondice a relaxaci, té se budeme věnovat v nadcházející kapitole (Dvořák, 2007).

2.4. Relaxace

Jelikož relaxace neodlučitelně patří k ucelené rehabilitaci a také k terapiím, věnovaly jsme ji další kapitulu, kde vysvětlíme tento pojem, uvedeme možné dělení a zásady relaxačního procesu.

Relaxace je jedním ze základních prvků celého rehabilitačního procesu. Machová vysvětluje relaxaci jako „*záměrné uvolňování a to jak v oblasti psychické, tak fyzické*“ (Machová, str. 141, 2009). Janáčková (2007) definuje relaxaci podrobněji a to jako „*psychofyzilogický stav intenzivní regenerace organismu, kdy dochází k posílení imunitního systému a k hluboké regeneraci buněk, zejména nervového systému*“ (Janáčková, str. 158, 2007).

Relaxaci můžeme rozdělit do dvou skupin a to na mimovolní (spánek) a volní, tedy záměrná aktivita navozující uvolnění těla (Blahutková, Matějková, Brůžková, 2010). Machová rozdělila relaxaci do 6 základních druhů a to Jógová relaxace, která, jak vychází z názvu, čerpá poznatky z jógy. Zaobírá se dechovým cvičením, polohovým cvičením, meditací a soustředěním. Další formou je psychofyzická relaxace. Zde můžeme zahrnout Schulzův autogenní trénink, který pracuje s pocitem tíhy, tepla, uvolněním svalů a dýcháním. Vychází z poznatků zakladatele této metody s hypnózou a jógou. Fyziologická relaxaci lze dělit na aktivní a pasivní, kdy u aktivní formy jde o zapínání a uvolňování svalů. Mezi nejznámější

techniky aktivní fyziologické relaxace patří Jacobsonova progresivní relaxace. Pasivní formou jsou pak masáže. Relaxačně imaginativní cvičení využívá lidskou představivost pro uvolnění a zlepšení stavu jedince. Zde se můžeme například setkat se Silvovou metodou ovládání vědomí. Blesková relaxace je druh relaxace, kdy se jedná o krátké časové úseky, které slouží k odpočinku během práce, či průběžné zátěže, jako je například vyučování ve škole. Využít se dá protažení, protřepání a uvolnění dané části, většinou ruky. Relaxace za pomoci biologické zpětné vazby uplatňuje snímání činnosti mozku elektrodami za přítomnosti proškoleného odborníka a specializované techniky (Machová, 2009).

Jiné dělení druhů relaxačních postupů, které je dle našeho názoru v práci s lidmi se specifickými potřebami výstižnější, je dělení dle autorky Srbové. Jde o dosažení výsledku pomocí příjemných představ, pomocí opakováním uklidňující mantry, pomocí dechových cvičení, pomocí střídání napínání a uvolňování svalů, pomocí příjemných smyslových vjemů nebo pomocí pohybu (Srbová in Blahutková, Matějková, Brůžková 2010).

. V knize od autorky Machové nalezneme také zásady, kterých by se měl proces relaxace řídit a dodržovat je. Stejně jako u terapií a jiných aktivit je nutné před počátkem znát klientův zdravotní stav a brát na něj ohledy, aby se relaxační technika nestala kontraindikační vůči stavu jedince. Pravidlem je volba vhodného místa i času, například není vhodné volit čas po jídle. Místnost by měla působit příjemně, čemuž mohou napomoci teplé barvy na stěnách, vybavení (sítě, matrace, křesla, sedací pytle). Vhodné je před samotným zahájením relaxace zařadit pohybovou aktivitu. Na začátku se jedná o seznámení s technikou, která bude při relaxaci užita, jaké jsou její účinky a jakých cílů chceme dosáhnout (Machová, 2009).

Usuzujeme, že z těchto zásad lze vycházet u aplikace trampoterapie a aquaterpie. Pro obě platí, že nebudeme volit čas po jídle. Pro vykonávání aquaterapie zvolíme vhodný bazén (pokud není v rámci školy nebo zařízení), tak, aby měl vyhovující teplotu vody, bezbariérový přístup a byl dostatečně velký pro výkon terapie. Trampolína je většinou zakoupena v rámci školy, nebo zařízení. Většina trampolín je velkých a umístěných venku. Lze však zakoupit trampolíny menší, které jsou uvnitř budovy. Takovou trampolínu pak umístíme do místnosti, která odpovídá výše uvedenému popisu. Nebudeme ji situovat do místností, které jsou zřízeny pro práci. Dnes má většina zařízení relaxační místnosti, vybavené právě, také již zmíněnými, sedacími pytli, matracemi nebo různými houpačkami. Tato místnost je vhodná také pro umístění trampolíny, pokud je v ní dostatek místa, tak aby nedošlo k úrazu.

Vycházet můžeme také z pravidel průběhu relaxace, kdy před samotným začátkem zvolíme pohybovou aktivitu (plavání jako takové, pohybové hry, skákání na trampolíně). Poté seznámíme účastníky s následujícími postupy, technikou a metodou relaxace, aby byli připraveni. Sdělíme, jaké jsou cíle, ke kterým chceme dospět.

3. Motorika, psychomotorika a zásady procesu učení

Motorika a psychomotorika jsou předpoklady pro vykonávání pohybu. Umožňují nám vykonávání fyzické aktivity. Jejich zdokonalování a cvičení je základ pro samostatnost. Aquaterapie i trampoterapie využívají motoriky a psychomotoriky a zároveň je zdokonalují. Proces učení jsme zmínily z toho důvodu, že při terapiích si osvojujeme nové znalosti a dovednosti. Aby vše probíhalo tak jak má a bylo dosaženo cíle, je nutné respektovat tyto zásady.

3.1. Motorika a psychomotorika

Jedna z výše uvedených kapitol objasnila pojem terapie, vzhledem k tomu, že obě pracují s pohybem a jeho složkami, rozhodli jsme se věnovat tuto kapitolu objasnění dvěma termínům, jež s pohybem souvisí, a to motorice a psychomotorice.

Obě zvolené terapie působí na obě složky motoriky, tudíž na hrubou a jemnou. Hrubá motorika je celek aktivit, kdy se zapojují velké svalové skupiny (držení těla, pohyby končetinami, chůze, plavání, skákání a mnoho dalších). Pohyb je pro člověka podstatnou součástí jeho života a to nejen pro upevnění zdraví a kondice, ale také napomáhá k navazování vztahů, zábavu, pracovnímu uplatnění a seberealizaci a primárně je nutný k sebeobsluze a soběstačnosti. Jemná motorika, na rozdíl od hrubé, aktivuje drobné svaly a umožňuje nám manipulaci s předměty, jemnou práci rukou, pohyby mluvidel a zpětnou zrakovou vazbu (Opatřilová, Zámečníková, 2008).

Specifickou součástí je psychomotorika, kterou budujeme pomocí cvičení, které propojuje složku pohybovou (složku motoriky) se složkou psychickou a sociální. Jde o ucelení a spojení mezi percepcí, pohybem a prožitkem. Respektuje projevy nálad, citů a afektů, které se během aktivit dostávají na povrch, tudíž ovlivňují celý proces pohybové aktivity. Cílem je tedy, kromě jiného, dosáhnout biologický, psychologický i sociální komfort (Karásková, 2010). Výsledkem se projevuje ne jen ve fyzických vlastnostech jedince, ale také ve zdokonalení jeho samostatnosti což přirozeně souvisí se zvýšením sebevědomí a dosažením duševní pohody. Jedinec poznává lépe své tělo a získává nové zkušenosti s pohybem. V rámci cvičení se učí pracovat s různými materiály a pomůckami a poznává nové lidi (Slouka. 2013).

Cvičení vedoucí ke zlepšení motorických dovedností mají svá pravidla. Základním pravidlem je začít vždy od nejlehčích úkonů a postupnými kroky se dostávat k těm

nejméně složitějším. Osvojování jednotlivých kroků a fází v motorickém učení je individuální, každý má své tempo a způsoby osvojování. Výsledkem cvičení se stává vybudování dlouhotrvající změny v pohybovém chování a to díky praxi a zkušenosti (Cratty, Oxendine in Slouka, 2013).

Karášková (2010) uvádí 3 základní kompetence v psychomotorickém učení. První kompetencí je interakce s prostředím, kdy jde o učení zacházení s předměty a pochopení fyzikálního prostředí. Uplatňujeme práci s pomůckami a orientaci v prostředí. Druhou kompetencí je sociální interakce, kdy se snažíme dosáhnout jak prosazování vlastních názorů, tak i přizpůsobení se ostatním. Sociální interakce souvisí se zlepšováním komunikačních dovedností, rozvojem spolupráce, odstraňování ostýchavosti. Učíme jedince respektovat ostatní a empatii. Poslední je osobní kompetence, čímž se rozumí poznávání sebe sama. Ovládání svého těla, uvědomění si své vlastní síly. Uvědomování si citů a pocitů, rozvoj kreativity a flexibility (Karášková, 2010).

Prostředky ke zlepšení psychomotoriky mají různý charakter, vždy je však obsáhnuta jak stránka fyzická, tak psychická. Může se jednat o různé hry, tanec, jógu a jiná cvičení. Hlavním principem je zábava pro klienta, jeho nadšení a zapálení pro aktivitu, i přes neúspěchy. Cvičení je individuálně upraveno uživateli tak, aby bylo zvládnutelné a postupně zacílené na odstraňování nedostatků (Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

3.2. Zásady edukačního procesu

Část je zvolena na základě nutnosti dodržování jistých pravidel, ne jen v procesu edukace ve školách, ale při všem, co má edukační charakter a jedinec se učí novým poznatkům.

Předpokladem úspěchu v naplnění cílů terapie je vytvořit u klientů jisté vědomosti, vyvolat žádané chování a také nabýt jisté vědomosti z dané oblasti a ty využívat. Pohybový návyk vzniká opakováním a procvičováním. Při uskutečňování a upevňování lze využít zásady, které známe z edukačního procesu.

Grecmanová ve své publikaci uvádí, že tak zvané „výchovné zásady“ jsou zásady, jež „vyjadřují vztah mezi cílem, obsahem, podmínkami a prostředky výchovy a vyplývají z poznání vztahů výchovy a společnosti, z poznání a respektování vztahů uvnitř výchovného procesu“ (Grecmanová, str. 144, 2002).

Zásada trvalosti nám pomáhá k co nejdelšímu udržení vědomostí a dovedností v paměti člověka a jejich následné využití ve chvíli, kdy to potřebuje. Tomu napomáháme právě cvičením, opakováním a to nejlépe dlouhodobě a pravidelně.

Zásada názornosti sděluje, že je snadnější vytvoření dovednosti pokud ji můžeme vnímat více smysly. Jednotlivé prvky nejlépe názorně předvedeme a doplníme slovním popisem. Pokud máme v průběhu dostatek času, můžeme doplnit o fotografie či videa.

Zásada soustavnosti znamená, že pro realizaci je nutné mít plán, jehož kroky jsou systematické a logické propojené. Respektují přitom zvláštnosti jedince, nebo skupin. Bere v potaz věk, druh a velikost oslabení, funkční stav a pohybové dovednosti. Prvky mezi sebou mají postupnost, začínáme jednoduchým a postupně přecházíme ke složitějšímu, od známého k neznámému.

Zásada individuálního přístupu navazuje na předchozí zásadu. Je nutné znát každého jedince, jeho diagnózu a jeho individuální možnosti a na ty při práci brát zřetel. Proto je nutné tvořit skupiny o velmi malém počtu klientů, případně mít na pomoc asistenta.

Zásada přiměřenosti koriguje náplň procesu a to podle věku klienta, bere v úvahu jeho stupeň postižení, rozumové schopnosti a další. Upravujeme taktéž organizační formu a podmínky, za kterých terapie probíhá. Neméně důležitá je doba trvání, aby nedošlo k přílišnému vyčerpání.

Zásada vědeckosti upozorňuje na to, že bychom měli dbát na aktuální stav vědeckého poznání. Sledujeme tedy vývoj v daném oboru.

Zásada spojení výchovy se životem pojednává o snaze propojení nabitých vědomostí a dovedností s reálným životem a jejich uplatnění v něm. Ve vztahu ke zvoleným aktivitám se může jednat o pochopení významu pohybu v životě člověka.

Zásada spolupráce všech odborníků a lidí, kteří nevyskytují jak během terapie, tak v životě jedince (Grecmanová, 2002). V rámci aquaterapie a trampoterapie se jedná hlavně o terapeuta, lékaře a rodiče.

Juřeníková (2010) k těmto zásadám přidává ještě zásadu zpětné vazby, uvědomělosti a aktivity a zásadu kulturnosti. Zpětná vazba spočívá dle autorky převážně v ověřování porozumění informací, které jsou předávány, případně ověřování si jejich zapamatování. Zásada uvědomělosti a aktivity umožňuje jedinci se aktivně podílet na edukačním procesu,

vyjádřit své připomínky a návrhy. Zásada kulturnosti zohledňuje odlišnosti národností, náboženství, kultur nebo sociálních skupin a zohledňuje je v průběhu procesu učení (Juřeníková, 2010).

Osobně se nejvíce přikláníme k zásadám autorky Zormanové, která zahrnuje již zmíněné zásady uvědomělosti a aktivity, vědeckosti, spojení teorie s praxí, trvalosti, názornosti, soustavnosti a zpětné vazby. Přidává k nim zásadu emocionálnosti, čímž se rozumí snaha o udržení přátelské atmosféry, dobrých vztahů a důvěry. Zásadu individuálního přístupu, dbát tedy na zvláštnosti a specifika každého jedince. Poslední je zásada komplexního rozvoje, což znamená rozvíjet osobnost po všech stránkách – poznávací, afektivní a psychomotorické (Zormanová, 2014).

4. Socializace a pohyb

Pohybové aktivity se mohou stát součástí procesu socializace. Po ujasnění pojmu socializace, se budeme blíže věnovat jeho roli a výhodám v tomto směru.

4.1. Socializace

Proces socializace je stěžejním pro vytváření a formování lidské osobnosti. Jde o osvojování hodnot a jistých norem, jež jsou u jedinců jisté společnosti podobné. Je to proces kdy se stává biologický tvor, společenskou bytostí. Reichel (2004, str. 172) definuje socializaci jako „*původně biologický organismus osvojuje specificky lidské způsoby chování a jednání, informace, hodnoty a normy, jazyk a další kulturní fenomény, takže chápe sociální realitu a vstupuje tak do sociokulturního kontextu společnosti*“ (Reichel, str 172, 2004).

Výsledkem socializace se stává jedinec, který je schopný se ve společnosti samostatně pohybovat a je pro sociálně orientovaný. Rodíme se tedy jako lidé, jež mají svá práva, ovšem společenskou bytostí se stáváme právě díky procesu socializace. Socializační proces není konečný, probíhá celý život, kdy se formuje naše osobnost, individualita. Socializace nezasahuje jen chování jedince, ale působí ve třech dílčích složkách, a to citové, volní a behaviorální (Reichel, 2004).

Dle toho kde k procesu socializace dochází, ji můžeme dělit na primární a sekundární. Primární socializace probíhá v rámci nejbližší rodiny a okruhu blízkých přátel, sekundární pak v rámci institucí (škola, práce), které jedinec navštěvuje (Jandourek, 2003).

Jako každý proces učení, má i socializace své mechanismy. Základním mechanismem je nápodoba. Probíhá často na nevědomé úrovni, kdy dítě napodobuje chování, gesta rodičů. Na vědomé úrovni pak využíváme nápodobu k učení od dětství (hygiena, manuální práce a činnosti). Identifikace je druhým mechanismem procesu socializace. Nejde jen o pouhou nápodobu vzorců chování, či názorů, ale o vnitřní ztotožnění s nimi. Sugere je přejímání názorů jiné osoby na základě jeho autority (nebo postavení ve skupině). Náзор je přijímán nekriticky, jedinec důvěřuje správnosti tohoto tvrzení. Posledním mechanismem je sociální činnost, kterou pro dítě je hra, později učení a v dospělosti práce (Montoussé, 2005).

Činitelé, kteří ovlivňují výsledek socializace, jsou osoby a skupiny, které se podílí na formování osobnosti jedince. V první řadě je to rodina, zejména ta nejbližší, tedy nukleární, což jsou matka, otec a sourozenci. Svou roli má i širší rodina s ohledem na časnost setkávání s dítětem. Důležitým se pak stává prostředí mateřské školy, základní školy a zájmové aktivity. V těchto případech působí hlavně vliv vrstevnické skupiny. V období adolescence, tedy mezi

11-20 rokem, se vrstevnická skupina dostává do popředí v utváření názorů a chování jedince. V dnešní době se přidávají jako dalším činitelem komunikační média, jelikož lidé tráví čím dál více času u sociálních sítí, zejména pak lidé mladí. Bohužel má tento fenomén mnoho negativních dopadů hlavně v oblasti mezilidské komunikace. Posledním činitelem jsou tak zvané referenční skupiny, které nepůsobí na dítě přímo, ale buď jej motivují k určitému chování, jelikož se chce do skupiny zařadit (například chodit na vysokou školu, dosažení postavení v práci, vrcholový sport), nebo ho naopak od chování a postojů odrazují (např. bezdomovci, alkoholici, narkomani), jelikož se nechce stát členem takovéto skupiny (Montoussé, 2005).

4.2. Význam pohybu a sportovních aktivit v socializaci

Oddíl jsme věnovaly vysvětlení, proč je důležitý pohyb pro jedince ve vztahu k socializaci. Na tuto stat' se stává jakýmsi úvodem, pro další část, která se věnuje významu pohybu pro jedince se specifickými potřebami.

Socializace je proces sociálního učení, čili formování sociální, ale zároveň i individuální bytosti. Tento děj je ovlivněn mnohými faktory, mezi nejvýznamnější patří zejména rodina, škola, vrstevníci, média a (sportovní, pracovní) kolektivy, ve kterých se jedinec vyskytuje (Sekot a kol., 2004).

Zahájení sportovní aktivity znamená vstup do nové sociální skupiny lidí, která má svá pravidla, termíny a způsob uvažování o provozování sportu. Jedinec musí pro začlenění přijmout a osvojit si charakteristické znaky dané skupiny, což se může stát obtížným, dokonce nezvládnutelným (Coakley, 2004).

Sport ve vztahu k socializaci lze popsat ve 4 dimenzích. Přijímání společenské identity je první dimenze. Jedinec přijímá závazné normy a hodnoty skupiny. Druhou dimenzí je utváření sebeidentity, kdy dochází k souladu nové sociální role a osobní potřeby jedince, i v jeho novém postavení je zachována individualita a nezávislost. Díky toho se můžeme dostat k dimenzi třetí – sebeprosazení. Jedinec tedy reprezentuje a prosazuje své osobní hodnoty, aniž by porušoval pravidla sportovní skupiny. Poslední dimenze je propojení sebepojetí se sociálními závazky, kdy se jedná o kooperaci a respektování jiných hráčů (Slepička, Hošek a Hátlová, 2006).

Vliv sportu na socializaci je doposud v literatuře diskutabilní, jelikož není jeho účinek prokázán ve všech rovinách a úrovních socializačního procesu. Někteří autoři zpochybňují jeho vliv, nebo poukazují na negativní dopady. Na rozdíl od toho se objevují v některé literatuře důkazy o jeho nezastupitelnosti a důležitosti, hlavně ve věku dětství a dospívání. Výsledek není jednoznačný, závisí od věku, typu sportovní aktivity a stupně výkonu, tedy zda se jedná o zábavu, či je usilováno o vrcholové výsledky a budování kariéry (Sekot a kol, 2004). Autoři Slepíčka, Hošek a Hátlová uvádějí, že můžeme vidět nejen vliv sportu na socializaci, ale vliv sociálních vlastností na sport. „Vztah mezi sportem a společenskými hodnotami je významný, neboť společenské hodnoty ovlivňují výběr provozovaných sportů, způsob jejich organizace a motivaci k účasti ve sportovních aktivitách“ ((Slepíčka, Hošek a Hátlová, 2006).

Hlavně pro skupinu mladých je pohyb jeden z předpokladů pro zlepšení fyzického a psychického vývoje. Fyzická zátěž nám umožňuje sebepoznání a zjištění hranic našich možností. Získáváme smyslové zkušenosti a emocionální zážitky a to jak radost z překonání překážek, tak i vyrovnání se s neúspěchem, což přispívá k emoční stabilitě. Nelze opomenout faktor poznávání nových lidí, získávání nových kontaktů, tedy možnost realizovat se jako sociální bytost (Sekot a kol., 2004).

V této práci se budeme věnovat vlivu sportu nevrcholového, jako činnosti, která má za účel dosažení rozvoje jednotlivce, zlepšení kondice a zdraví, oddychu a relaxaci.

5. Trampoterapie a aquaterapie

Tato kapitola se věnuje konkrétně zvoleným terapiím. Z počátku kapitoly popíšeme jednotlivé disciplíny. Poté se budeme věnovat výhodám a záporům a nakonec terapie srovnáme.

5.1. Aquaterapie

V této kapitole se dostáváme k první z terapií. Na začátku je uvedena terminologie, a popis vlastností vody, které jsou důležité pro průběh aquaterapie. Následuje výčet toho, na co pobyt ve vodě působí, jaký má vliv na lidský organismus a výhody tohoto procesu pro člověka. Nakonec lehce nastíníme formy a techniky, které mohou být využívány.

Aquaterapie je jeden z možných názvů pro netradiční cvičení ve vodním prostředí (Šauereová, 2012). V literatuře se můžeme setkat také s pojmy rehabilitační či léčebné plavání, nebo také jednoduše bazénová terapie (Čechovská, 2016). Tato metoda vznikla na základě kojeneckého a batolecího plavání, kdy bylo prokázáno u dětí lepší psychomotorický vývoj vlivem vodního prostředí. Jedním z významných faktorů je teplota vody, pokud je dostatečně teplá, nastupuje relaxační účinek, z čehož vyplývá, že tato metoda se krom jiného využívá na zmírnění stresu a celkového uvolnění svalstva. Mezi další výsledky můžeme zařadit zlepšení pohybové dovednosti a grafomotorických dovedností, zvýšení koncentrace, posílení sebedůvěry, emoční stability a fyzické kondice. Dnes se užívá pobyt ve vodním prostředí jako doplněk, podpora nebo součást ucelené rehabilitace (Šauerová, 2012).

V literatuře kromě výše uvedených názvů nalezneme také pojem zdravotní plavání. Ten se od ostatních liší svou náplní. Aquaterapie je více cílená na pobyt ve vodě jako takový, její působení na tělo a cvičení ve vodě, nikoli však přímo využití plaveckých stylů. Oproti tomu zdravotní plavání využívá plaveckých dovedností. Není přímo cíleno na skupinu jedinců se specifickými potřebami, ale na celou populaci. (Čechovská, 2002). Pohyb ve vodě se liší od pohybu v klasickém prostředí díky hustotě vody a jejích vlastnostem. Hydrodynamický odpor cítíme při pohybu ve vodě jakožto následek viskozity (tření, které nutí molekuly držet pohromadě). Tento odpor zvyšuje námahu nutnou k vykonání pohybu. Pokud chceme svaly aktivovat ještě více, lze využít turbulence nebo víření. Pokud voda není v klidu, ale rychlými pohyby, či pomocí trysek vyvoláme víření, zvýšíme odpor a práci svalů nutnou k pohybu. Hydrodynamický odpor nám pohyb ve vodě ztěžuje, oproti tomu vztlaková síla nám pomáhá a ulehčuje. Vše, co má nižší hustotu než voda, je díky zmíněné vztlakové síle vytlačováno na hladinu. Tuk obsažený v lidském těle má hustotu nižší než voda, takže je vztlakovou silou

nadnášen, což nám umožňuje zvedat lehce části našeho těla nebo i tělesa těžší, než jsme my sami (Rodriguezová-Adamiová, 2005).

Terapie ve vodě má vliv na celkový tělesný, psychický a sociální rozvoj jedince. U tělesného rozvoje se zdokonalují silové, vytrvalostní a rychlostní schopnosti, zjednodušeně kondiční schopnosti jedince. Buduje se také obratnost, koordinační schopnosti a celková mobilita člověka. U lidí s handicapem jde v přední řadě o uvolňování spastických svalových skupin, nebo naopak o aktivaci svalů hypotonických a zlepšování kloubní pohyblivosti. Pozitivní účinky vody se odrážejí i v jiných tělních soustavách jako je nervová, dýchací či oběhová (Šindlíková, 2011).

Mezi hlavní výhody aquaterapie patří zejména nadšení, které napomáhá k lepšímu uvolnění, aktivní spolupráci a je navíc samotnou motivací. Hydrostatický tlak, krom jiného, napomáhá cirkulaci krve z dolních končetin směrem k srdci, což pomáhá od bolesti nohou a snižuje otoky. Odpor, který je přítomný ve všech směrech a jeho překonávání posiluje svalstvo. Teplota vody se doporučuje kolem 35°C, svaly a klouby se v teplé vodě příjemně uvolňují. Díky správné aplikaci můžeme dosáhnout zmírnění křečí a bolesti, omezení nadměrného napětí a ztuhnutí kloubů a svalů (www.detske-centrum.cz).

Na úrovni psychické a sociální lze zmínit pozitivní působení skupiny, kdy se setkávají lidé mezi sebou a s instruktory při zábavné činnosti, což je samo o sobě formou motivace k terapii. Teplota vody a pobyt v ní má taktéž relaxační účinky na psychiku a celkové uvolnění (Šindlíková, 2011).

Jak již bylo výše zmíněno, v oblasti plavání nalezneme dva směry využití. Využití terapeutické, kdy je hlavním faktorem působení vody na lidské tělo a využití sportovní, kdy se soustředíme již na plavání jako pohyb, jeho techniky a zlepšování plaveckých dovedností.

Mezi formy můžeme zařadit potápění a to v různých podobách (od krátkého potopení obličeje až po překonávání různých vzdáleností pod vodou). Na to navazuje práce s dýcháním, kdy jde o výdechy do vody a jejich postupné spojování s pohybem. Další formou je splývání, neboli vznášení se na vodě v polohách na znak a prsa. Aktivní způsoby jsou pak skoky do vody v rozličných modifikacích (řadíme zde jak poskoky ve vodě, tak i seskoky z okraje bazénu do něj) a plavecké záběry, které mohou být vytvářeny například chůzí ve vodě, kopáním nohama nebo zabíráním rukama, kdy tělo drží na hladině pomůcka (kruhy,

plovací desky a jiné) a nakonec i samotným plaváním. Můžeme zde zařadit i rehabilitační cvičení ve vodě (Šindlíková, 2011).

5.2. Trampoterapie

Druhou zvolenou terapií, je trampoterapie, nebo také jinak řečeno trampolining. Z názvu je jasné, že se jedná o pobyt a pohyb na trampolíně. Nyní vysvětlíme blíže pojem trampoterapie a její působení na fyzickou, ale také psychickou oblast člověka. Na konci této části se opět věnujeme nástinu forem a technik, které se aplikují během terapie.

Využití trampolín ve speciálním vzdělávání není úplná novinka, již v 50. letech se v Anglii trampolíny využívaly jako součást výuky. Nejvýznamnějším průkopníkem této metody se stal v roce 1969 Eddy Anderson, ježpoužil trampolínu za účelem terapie pro děti s tělesným a mentálním postižením, o 40 let později získal ocenění NPOWER Special Award for Outstanding Achievement. Jeho společnost ReboundTherapy do dnes funguje a nabízí programy a certifikované školení (<http://www.reboundtherapy.org>).

U nás se této disciplíně začala věnovat paní Mgr. Bohumila Toupalová, která začala trampolining využívat jako metodu výuky a úzkou vazbou na psychiku. Poprvé v roce 2003, v časopise Tělesná výchova a sport mládeže, vychází článek od paní Toupalové o trampoliningu a jeho využití. V tomtéž časopise vychází o rok později článek věnující se tématu trampoliningu u dětí s poruchami učení. Od té doby najdeme ještě pár článků věnující se této tématice, v některých knihách se objevují kapitoly zmiňující trampolining jako možnou terapii. V posledních letech stoupá zájem o tuto terapii v našich školách (Toupalová, 2003).

Trampoterapie, nebo také trampolining je aktivita, kdy lze využít trampolíny jak k aktivaci organismu, tak i k jeho relaxaci. Trampolína je jednoduchá pomůcka, skládající se z ocelové konstrukce a pevné látky přes ni napnuté. A však cenová dostupnost se pohybuje v řádech tisíců, což společně s nedostatkem proškolených odborníků pokládáme jako příčinu, proč je tato metoda zatím tak málo využívána (www.trampolining.cz).

Fyzická aktivita spojená s trampolínou má blahodárný vliv na mnoho somatických funkcí těla. Je to cesta k vnímání naší vlastní tělesnosti úzce propojenou s psychickou stránkou naší osobnosti (Toupalová, 2003). Příznivě působí jednoznačně na svalstvo, a to jak na hypotonii (nadměrné mimovolní kontrakce), tak i na hypertonii (nedostatečná kontrakce svalových vláken). Dochází k procvičování svalstva zábavnou formou skákání, kdy klient

musí držet rovnováhu, odrážet se a korigovat dopad (<https://www.trampolining.cz/>). To úzce souvisí s kosterní soustavou, jelikož jedinec musí vyvinout při výskoku jistou sílu, dopad je však mírněn pružnou látkou, takže celkový pohyb na trampolíně není pro kosti a jejich spoje tvrdý a zátěžový jako při jiných sportech. Na vrcholu výskoku se jedinec dostává do chvilkového bodu bez tíže, při poklesu je pak jeho pohyb zrychlen gravitací. To nutí jedince se učit novým pohybovým dovednostem, díky kterým udrží rovnováhu a nespadne. Jde tedy o využití ochranných mechanismů, vyvolaných samovolně v mozku, což znamená, že z počátku se jedinec neučí techniku dopadu, ale reflexivně zapojí svalstvo, jako ochranu před pádem. Postupně se pohyb stane předvídatelným a méně náročným, díky opakování a stejnému rytmu (<http://www.reboundtherapy.org>). Abychom tyto nové dovednosti rozvíjeli co nejvíc, je důležité měnit rytmus skákání nebo sílu odrazu, což nutí jedince pracovat s tělem pokaždé trochu jinak. Učí se pracovat s posturálními funkcemi svého těla. Pro uvolnění svalstva zvolíme naopak mírné skákání, nebo jen pohupování a přejdeme tak do relaxace. Při skákání se příznivě rozproudí krev, což ulehčuje zátěž srdci, tento pohyb je tedy vhodný i pro kardiovaskulární systém. Skákáním se mění tlak v oblasti chlopní, zlepšuje se tím mnohonásobně průtok lymfy, z čehož vyplývá i kladný vliv na lymfatický systém (trampolining se doporučuje na zmírnění otoků dolních končetin). V neposlední řadě se skákání na trampolíně aplikuje u lidí, kteří trpí problémy s dýchacím ústrojím. Například u klientů trpících Cistikou fibrózou skákání podporuje při dýchání větší příjem kyslíku a vibrace napomáhají odstranění hlenu (<http://www.reboundtherapy.org>).

Pro vnímání má trampolining význam hlavně v oblasti koordinace. Jedinec vnímá rytmus a samotný pohyb v porovnání prostoru kolem něj. Udržuje kontrolu nad pobytem ve vzduchu a návratem ke stabilitě, což je velmi obohacující hlavně pro lidi s motorickým znevýhodněním. V důsledku kardio-respiračních změn při skákání, se zvyšuje vokalizace. Hlavně dětská klientela u skákání křičí (radostí, vzrušením i nejistotou), viská, heká, vzdychá, což se dá v terapii na trampolínách také využít v práci s tělem (<http://www.reboundtherapy.org>).

Tato terapie, jak vyplývá z výše uvedeného, je vhodná pro lidi s některými typy tělesného postižení, s poúrazovými stavy, s onemocněním dýchacího ústrojí nebo lymfatického systému. Dále pro osoby s mentálním postižením nebo s poruchou autistického spektra v podobě psychorelaxace, jež spočívá v houpání a mírném poskakování na povrchu trampolíny. Tato aktivita má na klienty uklidňující účinky. Také aktivní skákání má na tuto skupinu uživatelů kladný vliv, tento druh pohybu zábavný, pomáhá jim vybit energii, což

pozitivně působí na jejich psychiku. Dalším okruhem jsou děti se specifickými poruchami učení a chování. Pomáhá ke zlepšení rytmizace, pozornosti a trénování rovnováhy. U žáků se dá například využít v učení počtů, kdy je číselná řada doprovázena rytmickým skákáním (<https://www.trampolining.cz/>).

Možností skoků je mnoho, my bychom se rádi v této práci ráda zaměřila na použití trampolín u dětí s postižením. U této skupiny se nevyužívá paleta skoků, křížení nohou či jejich roztahování, u těchto žáků se využívá pobyt na trampolíně jako takový. Již to, že dítě na trampolíně sedí a pohupováním uvádí pružiny k aktivitě, může mít dobrý vliv na jeho psychiku i tělo (<http://www.reboundtherapy.org>). Trampolínu lze využít jako prostředek bazální stimulace, kdy tedy jen jedinec leží a látka se s ním lehce pohupuje. Můžeme toto cvičení doplnit o relaxační hubu. Cílem je co největší možné uvolnění a kvalitní odpočinek (Rittichová, 2009).

Pokud je dítě pohybově schopné na trampolíně stát, případně s přidržením za ruce, a lehce se pohupovat, nebo poskakovat zapojuje svalstvo, aniž by to vnímalo, proto je důležité necvičit příliš dlouho, žáci se rychle při této aktivitě unavují. Spojuje se zde úsilí o odraz, mírnění dopadu a hlavně udržení rovnováhy, které nás právě donutí zapojit všechny svaly v těle (<http://www.reboundtherapy.org>). U jedinců s pohybovými obtížemi postačí, když budou na trampolíně sedět a pumpováním těla rozhoupou trampolínu. I oni budou bojovat s rovnováhou ve snaze se nepřekulit, nebo nepřepadnout do lehu. U tramporelaxace nám jde naopak o uklidnění těla a uvolnění. Dítě položíme na plochu trampolíny a sami trochu trampolínu rozhoupeme. U toho ho můžeme nechat tiše relaxovat, atmosféru lze doplnit klidnou hudbou, nebo si můžeme povídat. Tělo vnímá kmity plochy trampolíny a postupně se uvolňuje. Vždy je lepší, aby kmity měly přibližně pravidelný rytmus (www.trampolining.cz).

Jak bylo již zmíněno, v naší zemi není zatím příliš trampolining aplikován a však na stránkách <https://www.trampolining.cz/reference>, můžeme nalézt ohlasy na tuto metodu. Podle evaluací a ohlasů vidíme, že i u nás se zvedá zájem o tuto disciplínu a všechny reakce účastníků jsou pozitivní. Podle evaluací značně vede zájem o využití v logopedii, převážně u dětí s dysfázií (www.trampolining.cz).

5.3. Výhody terapií

V kapitolách věnujících se jednotlivým disciplínám jsme zmiňovaly, jak působí na člověka. V této stati bychom chtěli shrnout výhody aktivit. V mnoha se shodují a obě jsou vhodné pro široké spektrum uživatelů. Jejich pozitivní vliv je promítán do celé osobnosti člověka, a proto shledáváme tyto terapie přínosné.

Obě terapie mají spoustu výhod a jejich účinek se prolíná ve více složkách osobnosti. Aquaterapie je běžnou součástí osnov škol speciálních a dnes má již mnoho ze škol na svém pozemku i trampolínu a zapojují do svých programů trampoterapii. Po stránce fyzického a tělesného zdraví jsme u obou terapií narazily na uvolňování, ale i aktivizaci svalů, dle prováděného cvičení a to buď díky snaze udržení rovnováhy na trampolíně, nebo překonávání hydrodynamického tlaku ve vodě. Společný je také blahodárny vliv na soustavu oběhovou, dýchací a nervovou. Další v čem se terapie shodují, je celkový rozvoj pohybu, koordinace, vytrvalosti a motoriky. Terapie jsou šetrné k opěrné soustavě, v aquaterapii je to díky vztlaku, který nadlehčuje naše části těla, v trampoterapii hraje roli při odlehčování pružnost látky. Obě terapie lze využít kromě aktivního pohybu i k relaxaci a celkovému zklidnění organismu. Práce probíhá převážně díky využití hrubé motoriky, což je dobré pro upevnění zdraví a kondice, ale primárně je nutný k sebeobsluze a soběstačnosti.

Po stránce psychické pomáhají tyto terapie k poznání vlastního těla a uvědomění si ho a svých vlastních možností. Aktivizují poznávací procesy, emocionální procesy, procesy motivační, integrační a regulační. Nelze opomenout procesy učení a paměti. Autoři se také shodují v tom, že se terapie odrazí ve zvýšení koncentrace, posílení sebedůvěry a podpoře emoční stability.

Důležitým přínosem je zprostředkování kontaktu s okolím, kdy se setkává klient s terapeutem, či jinou osobou která dohlíží na aktivitu a také se setkává s ostatními klienty, pokud je zvolená forma skupinová. Má tedy díky těmto terapiím možnost budovat si nové sociální kontakty a přátelství.

5.4. Nevýhody terapií

Nyní se zmíníme i o nevýhodách, nebo komplikacích, které ovlivňují užívání terapií. Problémy jsou převážně v organizačních záležitostech a se zajištěním provozu vybraných aktivit.

Trampoterapie a aquaterapie nejsou vhodné pro každého klienta. Vždy by měla být aplikace těchto disciplín před zahájením prodiskutována s odborníkem. Jednou takovou skupinou mohou být klienti se zrakovým postižením, které má tendenci k progresu a změny tlaku v oční dutině mohou vyvolat zhoršení. Další skupinou jsou lidi s akutními záchvatovými stavy.

Problémem se dále stává stránka organizační a finanční. Terapie by měl vést proškolený odborník, což se stává někdy problémem, jelikož ne vždy si to mohou školy dovolit. Dnes je sice běžnou záležitostí, že většina škol speciálních má své fyzioterapeuty, a však to neznamená, že jsou specialisti na vybrané dvě terapie. Je tedy potřebné personál doškolit pomocí kurzů a dalšího vzdělávání, nebo sehnat personál další. Práce je také fyzicky náročná pro vedoucího terapie, hlavně v práci s imobilními pacienty, kdy musí klienta dostat do vody, nebo na povrch trampolíny a zpět.

Obě terapie žádají ke svému uskutečnění dostatek času, obě mají své metody a postupy, které mají určitou následnost, a je třeba plynule přecházet od základních prvků ke složitějším. Trampolínu si může pořídit bez velkých nároků na prostor každá škola, s bazénem je to ovšem těžší a málokterá škola má finance a dostatek místa k vybudování bazénu. Tudíž většina škola využívá plaveckých bazénů ve svém okolí, kdy musíme počítat s dalším časovým intervalem nutným k přesunu tam a zpět. Na začátku je nutné se na aktivitu připravit, rozehrát se, poté přichází samotná aktivita a většinou na konci volíme chvíli relaxace. Z toho vyplývá, že nám může užití terapií zabrat podstatnou část vyučování.

Problémem se může také stát finanční náročnost. U aquaterapie je nutné zaplatit dopravu, pokud bazén není umístěn v prostorách školy, a samotný bazén. U trampoterapie je možné navštěvovat sportoviště, které trampolíny vlastní, takže opět řešíme z finančního hlediska dopravu a pronájem. Trampolínu lze také koupit a ve škole užívat neomezeně.

5.5. Porovnání terapií

Terapie mají některé společné benefity pro všechny jedince s postižením. Obě terapie budují pohybové schopnosti, rozvíjí umění koordinace a zvyšují fyzickou zdatnost. Podporují koncentraci, sebedůvěru a emoční stabilitu. Zároveň rozvíjí i kognitivní složku osobnosti, jelikož se jedinci učí novým dovednostem, kdy je nutné využití pozornosti, procvičování a paměti, takže terapie mají edukační prvky. Obě působí na více soustav souběžně (kosterní, svalovou, dýchací, nervovou). Na svaly mohou vyvolat efekt jak aktivizační při hypotonii a atrofii, tak uvolňující při spasticitě. Lze je také využít jako techniku relaxace a navození celkovému uvolnění organismu. Společné je také naplnění role socializační, jsou prostředkem styku se společností, dávají možnost navazování nových kontaktů a přátelství. Klientela, které napomáhají obě terapie ve zlepšení celkového stavu a jsou pro ni vhodné ve všech formách (aktivních i relaxačních) jsou klienti s tělesným a mentálním postižením.

Při uvedení rozdílů, můžeme navázat na vhodnost pro dané skupiny lidí se zdravotním znevýhodněním. Aquaterapie může přispět jedincům se zrakovým postižením formou relaxace a v rámci socializačního procesu. Trampoterapie je pro tuto skupinu nevhodná, jelikož nárazy, přestože jsou tlumeny látkou na povrchu trampolíny, vyvolávají otřesy a což může vést ke komplikacím. Ke zhoršení stavu může také dojít změnami tlaku v těle způsobenými skákáním. Naopak terapeutické využití má trampoterapie u klientů s poruchami učení a logopedickými problémy, kdy se cíleně využívá ke zlepšení dovedností. Aquaterapie u této klientely plní pouze roli relaxační a socializační.

Rozdíly nalezneme také v práci těla a využívání pomocných sil. U aquaterapie pracujeme s hydrostatickým tlakem, vztlakovou silou, teplotou a odporem vody. Terapie využívá převážně k aktivizaci cílených a uvědomělých pohybů (kopání, máchání). U trampoterapie pracujeme hodně s podmíněnými reflexy a využíváme ochranných mechanismů, při snaze udržet rovnováhu.

U osob, pro které není jedna z terapií v rozporu se zdravotním stavem jedince, se mohou terapie navzájem doplňovat.

Závěr

V práci jsme věnovali pozornost pohybu v životě osob s postižením, jelikož tak jako je pohyb součástí života intaktní populace, je součástí života i populace se zdravotním znevýhodněním. V práci jsme poukázali na to, že díky sporotu a pohybových aktivitám nezískáváme jen po stránce zdravotní, ale ve stejné míře získáváme i po stránce psychické a sociální. Setkáváme se s novými lidmi a utváříme nová přátelství, získáváme pocit, že někde patříme. Aquaterapie a trampoterapie umožňují lidem začlenit se do nové sociální skupiny. Těžit ze zdravotních benefitů, které terapie obnáší, a při tom si užívat zábavu.

Hlavním cílem této práce bylo seznámení s disciplínami trampoterapie a aquaterapie, popsání jejich výhod a nevýhod a nakonec srovnání. Práce poukazuje na to, že obě terapie jsou velmi přínosné pro osoby s některými typy zdravotního znevýhodnění. Mohou být začleněny v systému ucelené rehabilitace a podílet se tak na zlepšení klientova stavu po stránce zdravotní, sociální a psychické. Zároveň bylo poukázáno i na skupiny lidí, pro které tyto terapie vhodné nejsou z důvodu možných komplikací.

Terapie jsou přínosné v mnoha směrech napříč celou osobností. Hlavním problémem v jejich realizaci se stává nedostatek financí, přístupu k nutným opatřením (bazén, trampolína) a nedostatku proškoleného personálu.

Doufáme, že zájem o aquaterapii a trampoterapii bude růst, budou hojně využívány jak školami, institucemi tak i jednotlivci samými.

Seznam použité literatury

Knižní zdroje:

ADAMI, Mimi Rodriguez. *Akvafitness: cvičení pro posílení těla šetřící klouby*. V Praze: Ikar, 2005. ISBN 80-249-0547-7.

BARVÍKOVÁ, Jana. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu sluchového postižení nebo oslabení sluchového vnímání: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4616-5.

BENDO VÁ, Petra. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.

BLAHUTKOVÁ, Marie, Eva MATĚJKOVÁ a Lucie PERIČKOVÁ. *Psychologie zdraví: pro studenty bakalářských a magisterských oborů*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5417-2.

COAKLEY, Jay. *Sports in Society: Issues and Controversies*. Vyd. 8. New York: McGraw-Hill, 2004. ISBN 0-07-255657-9.

ČADOVÁ, Eva. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodů tělesného postižení nebo závažného onemocnění: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4615-8.

ČECHOVSKÁ, Irena. *Plavání dětí s rodiči: "plavání" kojenců a batolat : plavecká výuka předškolních dětí : hry a říkadla do vody*. Praha: Grada, 2002. Pro rodiče. ISBN 8024702118.

DVOŘÁK, Radmil. *Základy kinezioterapie*. 3. vyd., (2. přeprac.). Olomouc: Univerzita Palackého, 2007, 104 s. ISBN 9788024416564.

GALLOWAY, Jeff. *Děti v kondici*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2134-7

GRECMANOVÁ, Helena, Drahomíra HOLOUŠOVÁ a Eva URBANOVSKÁ. *Obecná pedagogika*. I. Olomouc: Nakladatelství HANEX, 2002, 231 s. ISBN 80-85783-20-7.

JAKOBOVÁ, Anna. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. ISBN 978-80-7368-488-4.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládání*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-210-2.

JANDOUREK, Jan. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178_749_3.,

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006, 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

JEŠINA, Ondřej a Zdeněk HAMŘÍK. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 150 s. ISBN 978-80-244-2946-5.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

KARÁSKOVÁ, Vlasta. *Pohybem k odvaze a zodpovědnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 50 l. ISBN 9788024425047.

KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016, 326 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5264-8.

KUDLÁČEK, Martin. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 91 s. Skripta. ISBN 978-80-244-3938-9.

LEŠKA, Dušan, Josef OBORNÝ a Vladimír JŮVA. *Sociální dimenze sportu*. Editor Aleš SEKOT. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Fakulta sportovních studií, 2004, 245 s. ISBN 8021035811.

MÁČEK, Miloš a Jiří RADVANSKÝ. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén, c2011, xvi, 245 s. ISBN 978-80-7262-695-3.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2715-8.

MONTOUSSÉ, Marc a Gilles RENOUEAU. *Přehled sociologie*. Přeložila Kateřina DOHNALOVÁ. Praha: Portál, 2005. 335 s. ISBN 80-7178-976-3

MÜLLER, Oldřich, *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Editor Oldřich

MÜLLER. Praha: Grada, 2014, 508 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4172-7.

NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, 133 s. Recenzované monografie, 8. ISBN 978-80-7435-109-9.

OPATRŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0.

PERIČ, Tomáš. *Sportovní příprava dětí*. Praha: Grada, 2004. Děti a sport. ISBN 8024706830.

SLEPIČKA, Pavel, HOŠEK, Václav a HÁTLOVÁ, Běla. *Psychologie sportu*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1290-9.

SLOUKA, I., 2013. Studium výuky prostorové orientace zrakově postižených: metodická příručka ke kurzu v rámci projektu č. CZ.1.07/1.3.00/19.0001 Specializace pedagogických pracovníků na výuku prostorové orientace zrakově postižených. V Tribunu EU vydání první. Brno: Tribun EU s.r.o. ISBN 978-80-263-0289-6.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika : terapie a poradenství : vzdělávání osob s různým postižením : člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta, Klára ŠPAČKOVÁ a Eva NECHLEBOVÁ. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. Praha: Grada, 2012, 248 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4369-1.

VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER, Marie VÍTKOVÁ, Zdeňka KOZÁKOVÁ, Iva STRNADOVÁ a Monika MUŽÁKOVÁ. *Psychopedie*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2007, 386 s. ISBN 9788073200992.

VALENTA, Milan. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu mentálního postižení nebo oslabení kognitivního výkonu: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4614-1.

VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.

ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3856-7.

ZORMANOVÁ, Lucie. *Obecná didaktika: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4590-9.

Odborné časopisy

NOVOSAD, Libor. VÝZNAM TĚLESNÉHO POHYBU Z KINANTROPOLOGICKÉHO A SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉHO HLEDISKA. *Speciální pedagogika: časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. Praha: Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta, 2001, **11**(1-5), 4. ISSN 08621632.

TOUPALOVÁ, Bohumila. Trampolining - netradiční forma pohybové aktivity pro všechny. *Tělesná výchova a sport mládeže*. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy, 2003, **69**(6), 39-40.

Internetové zdroje

Aquaterapie. *Základní škola a Mateřská škola Motýlek* [online]. 1999 [cit. 2019-04-04].

Dostupné z: <http://detske-centrum.cz/terapie/aquaterapie/>

Benefits of Rebound Therapy. *REBOUND THERAPY* [online]. 2019 [cit. 2019-04-04].

Dostupné z: <https://www.reboundtherapy.org/about/benefits>

ŠINDLÍKOVÁ, Radka. AQUATERAPIE ve speciálním školství. *Metodický portál*

RVP [online]. 2011 [cit. 2019-04-04]. Dostupné z:

<https://clanky.rvp.cz/clanek/c/s/10691/AQUATERAPIE-VE-SPECIALNIM-SKOLSTVI.html/>

Trampolining. *TRAMPOLINING* [online]. 2006 [cit. 2019-04-04]. Dostupné z:

<https://www.trampolining.cz/trampolining>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. [cit.2019 – 04 - 01]. Dostupné na

WWW:http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

Anotace

Jméno a příjmení:	Iva Maralíková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Aquaterapie a trampoterapie u lidí s postižením
Název práce v angličtině:	Aquatherapy and Trampoline therapy for people with disabilities
Anotace práce:	Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na dvě pohybové terapie, a to aquaterapii a trampoterapii. Věnovala jsem pozornost účinkům terapií a výhodám pro lidi s postižením.
Klíčová slova:	aquaterapie, trampoterapie, pohybové terapie, pohyb osob s postižením, význam pohybu
Anotace práce v angličtině:	In my bachelor thesis I have focused on two types of motion therapy - aquatic therapy and rebound therapy. I have studied effects of therapies and their benefits for people with disabilities.
Klíčová slova v angličtině:	aquatherapy, trampoline therapy, movement therapy, movement of people with disabilities, the importance of movement
Rozsah práce:	38 stran
Jazyk práce:	český jazyk