

Univerzita Palackého v Olomouci

Otázky a odpovědi aplikované tělesné výchovy II

**aneb Inkluzivní tělesná výchova
pro II. stupeň základních škol
s přesahem do středoškolského vzdělávání**

Ondřej Ješina a kol.



Olomouc 2020

Oponenti
Mgr. Daniela Jonášová
Mgr. Věra Knappová, Ph.D.

Hlavní autor: Ondřej Ješina

Spoluautoři některých kapitol:

Martin Kudláček – 2.1, 2.2, 3.3, 3.4, 3.6, 4, 4.1, 4.2; Maxim Tomoszek – 1.2;

Michaela Lehnertová – 3.2; Lucie Ješinová – 3.5

Autoři některých podkapitol:

Jakub Válek – 4.4.1; Adam Jarmar – 4.4.2; Eva Kacanu – 4.4.3; Klára Botková – 4.4.4;

Ladislav Baloun, Tomáš Funfálek, David Pokorný – 4.4.5; Jana Sklenaříková – 4.4.6;

Kateřina Fiedlerová, Jitka Vařeková – 4.4.7

Videa (QR kódy): youtube kanál Centrum APA (správce Jakub Řiřička)

Toto dílo je licencováno pod licencí Creative Commons BY-SA
(Uveďte původ – Zachovejte licenci). Licenční podmínky najdete na adrese
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>.



Vydání bylo financováno v rámci projektu Podpora vzdělávání dětí, žáků a studentů prostřednictvím rovného přístupu v oblasti pohybové gramotnosti, reg. č. CZ.02.3.62/0.0/0.0/16_037/0004030.



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

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

1. vydání

© Ondřej Ješina a kol., 2020

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2020

ISBN 978-80-244-5757-4

Obsah

Společný úvod aneb Knihy se mají číst do začátku	5
Medailonek hlavního autora	7
1 Proč ano...?	8
1.1 Proč se hýbat?	10
1.2 Proč mají děti/žáci se speciálními vzdělávacími potřebami právo na pohyb a TV?	12
1.2.1 Proč ano s ohledem na právo?	13
1.2.2 Proč to je v praxi realizovatelné už dnes?	16
2 Kdo...?	19
2.1 Kdo to v ČR umí aneb Co to je ATV, APA?	21
2.2 Kdo a jaké by měl mít pedagogické kompetence pro ATV?	23
2.2.1 Kdo splňuje doporučení aneb Kvalifikační rámec	25
2.2.2 Kdo splňuje doporučení aneb Kompetenční rámec	28
2.3 Kdo je kompetentním učitelem a asistentem pedagoga v ITV?	33
2.4 Kdo je konzultantem APA a je ho vůbec třeba?	36
3 Jak, co a pro koho...?	42
3.1 Jak diagnostikovat?	42
3.1.1 Co diagnostikovat z pozice pedagoga?	44
3.1.1.1 Jak diagnostikovat základní podmínky pro ITV?	46
3.1.1.2 Jak diagnostikovat vědomosti a poznatky ohledně pohybového učení a zdraví?	47
3.1.1.3 Jak diagnostikovat úroveň pohybových schopností a dovedností?	48
3.1.1.4 Jak diagnostikovat sociální začlenění a zapojení do pohybových aktivit?	50
3.1.2 Jaké podklady mohou požadovat od lékaře?	51
3.2 Co to jsou kontraindikace pohybových aktivit?	59
3.2.1 Koho se mohou týkat kontraindikace pohybových aktivit – obecně?	61
3.2.2 Koho se mohou týkat kontraindikace pohybových aktivit – konkrétní diagnózy?	64

3.3	Jak plánovat a realizovat inkluzivní pohybové programy?	101
3.4	Pro koho je třeba podpůrných opatření v TV?	108
3.5	Jak připravit sociální okolí ve škole?	111
3.6	Jak modifikovat pohybové aktivity?	114

4 To...! 119

4.1	Nastavení výukových cílů a hodnocení žáka se SVP v ITV	120
4.2	Realizace osvětového programu – Paralympijský školní den	121
4.3	Sportovně-kompenzační pomůcky pro starší žáky	124
4.3.1	Pomůcky ze systému podpůrných opatření	124
4.3.2	Vybrané sportovně-kompenzační pomůcky vhodné pro starší žáky	128
4.4	Vybrané aplikované pohybové aktivity pro děti a žáky staršího školního věku	137
4.4.1	Sportovní a pohybové hry	139
4.4.2	Lyžování žáků se SVP	146
4.4.3	Atletika	158
4.4.4	Hudební a tanečně orientované aktivity	163
4.4.5	Fitness a kondiční cvičení se zaměřením na rozvoj silových schopností	171
4.4.5.1	Obecná část – rozvoj silových schopností	172
4.4.5.2	Rozvoj silových schopností u žáků se SVP	184
4.4.6	Gymnastika	201
4.4.7	Zdravotní TV	209
4.5	Hodnocení v ITV	222
	Společný závěr aneb Knihy je dobré číst až do konce	228
	Metodický pokyn k zařazování žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami do tělesné výchovy	229
	Referenční seznam	246
	Desatero pro pracovníky v oblasti APA	267
	Summary	270

Společný úvod aneb Knihy se mají číst od začátku

„Vše je opět, jak bylo dříve, a nic není nového pod sluncem a člověk se nemění, i když se mění jeho šat, ba i slova jeho řeči. Mnoho převratů jsem viděl já, Sinuhet, za svého života, ale vše je opět, jak bylo dříve, a člověk se nezměnil.“ Mika Waltari



Jelikož nic v životě není černobílé, ani na zařazování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP) nelze nahlížet přehnaně optimisticky ani pesimisticky. Jen střízlivý pohled dává šanci na takové formování vlastních postojů, které pomůže celému výchovně-vzdělávacímu procesu. Ačkoliv v textu reflektujeme zahraniční zkušenosti, stále více do něj promítáme relativně bohaté příklady z praxe v ČR. Pravda, ne vždy dobré praxe, ale i příklady „horší praxe“ mohou být vhodným upozorněním na některé nešvary, které si zaslouží nápravu. Při jejich představení se neubráníme zobecňování, které je vždy zavádějící. Pokud tímto zobecňováním někoho urazíme, omlouváme se. Pokud se v příkladech „horší praxe“ najdete, pak se může jednat o náhodu, nebo o popis reality, tak jak byla zachycena našimi pracovníky v terénu (takže o náhodu jít nemusí). Naši snahou není kohokoliv dehonestovat nebo zesměšňovat, proto představujeme jednotlivé případy anonymně nebo se změněnou identitou zainteresovaných. Na začátku každé kapitoly si vypomůžeme citátem moudřejších, někdy začneme kontroverzně či diskutabilně. Nechceme se tím v žádném případě povyšovat, rádi bychom jen co nejpokorněji vytvořili podmínky pro postupnou změnu (evoluci, nikoliv revoluci) myšlení, která je (jak věříme) důležitým předpokladem pro lepší přijímání jinakosti v pohybu i v životě.

Aplikované pohybové aktivity jsou svobodným prostředím, kde hledáme způsob řešení, nikoliv důvody, proč to nejde...

Tato kniha cílí zejména na pedagogické pracovníky napříč celým spektrem pedagogických profesí, včetně těch, kteří se na pedagogickou dráhu teprve připravují. Některým nepřináší nic nového (viz citát výše), pro jiné může být inspirací nebo upevněním toho, k čemu došli ve svojí praxi již dříve. Nepředpokládám, že vydání této knihy získá autorský tým „akademické ostruhy a tzv. rívovské body“, o to více by se však svou formou a sdělením měla přibližovat těm, kterým je určena, tedy lidem! Na samém začátku považujeme za důležité odpovědět na nejdůležitější otázky PROČ... V našem případě hned vysvětlíme, proč si myslíme, že ANO. Kompetencemi a doporučeními pro pedagogické pracovníky se zabýváme

zejména v kapitole KDO... Pevně věříme, že nejvíce budou myšlenky i jednotlivá témata rezonovat speciálním pedagogům, podobně jako dalším poradenským pracovníkům. Inspirovat (nebo alespoň donutit přemýšlet) by předkládaná kniha měla učitele, jejichž úkolem je řídit pohybové programy na různých typech a stupních škol. Ti, kteří čekají metodický materiál v pravém slova smyslu, budou možná zklamáni. V minulosti jsme se často setkávali s poptávkami typu: „Já bych přivítala metodiku plavání, abych podle ní mohla naučit svého žáčka plavat. Ale ne takové ty metodické řady, potřebovala bych konkrétní úpravy cvičení pro konkrétně postiženého žáka!“ Bohužel, takové komplexní texty nejsou dostupné ani v zahraničí. Těch konkrétních žáků jsou tisíce a reálně není možné vydávat knižně tisíce individualizovaných textů. Jedině snad pro konkrétní samostatné pohybové aktivity. Některé z nich však u nás již dostupné jsou a my se pokusíme na ně upozornit a odkázat. Některé souběžně s touto knihou vznikají a my vám je určitě na některé z elektronických či tištěných platforem poskytneme. Je nutné si uvědomit, že většina metodických podnětů má charakter doporučení, inspirace, podpůrného nástroje. Teprve v rukou pedagoga se z těchto nástrojů stává reálná činnost s konkrétním žákem ve specifických podmínkách. Proměnných, tedy vlivů, které mají dopad na konečnou podobu procesu, je celá řada, a proto je podání konkrétních opatření prostřednictvím knih velmi obtížné. Tak, jako se jen obtížně bez praxe zkušenosti naučíte plavat, jezdit na kole nebo lézt na skále, podobně nemožné je bez vlastní zkušenosti a ověřování přečíst knihu a vědět přesně „jak na to“. Lépe se nám ale odpovídá na otázky „JAK, CO A PRO KOHO...“. Protože už jen povědomí, kde a jak získat potřebné informace, může být hodnotnější, než se v dobré profesní víře domýšlet, jak to bylo autory myšleno.

Naše největší přání ve skutečnosti je, abyste při řešení otázek nacházeli i odpovědi a při nalezení odpovědi i sami sobě pokládali otázky další a další. A pokud v sobě najdete energii na hledání odpovědi na tyto další otázky, pak se postupně (bez ohledu na to, co jste vystudovali, nebo nevystudovali) začněte jako pedagogové stávat „aplikovanými“. A odtud už vede jen krátká cestička k tomu, abyste se nejen ptali a odpovídali, ale také abyste uskutečňovali!

Obě předkládané knihy (*Otázky a odpovědi ATV I* a *Otázky a odpovědi ATV II*), zaměřené zvláště na žáky mladšího a staršího školního věku, obsahují v úvodu shodné a společné kapitoly. To, co je odlišuje, jsou především prakticky zaměřené informace. Tedy TO...!, co v desítkách a dnes již stovkách škol realizujeme více než 10 let. Obě knihy odděleně respektují věková specifika mladších a starších žáků na prvním a druhém stupni základní školy. Jelikož si uvědomujeme propojení i s dalšími úrovněmi výchovně-vzdělávacího systému, dovoluujeme si na okraj zařadit i problematiku transferu z mateřských škol na první stupeň a z druhého stupně na střední školy a problematiku přípravy na budoucí pracovní uplatnění.

Závěrem snad zbývá dodat pro případné „škarohlídy“, že jsme záměrně do ani jedné z obou knih nezařadili kapitolu ZA KOLIK..., kterou s ohledem na změny ve financování mateřských, základních a středních škol nepovažujeme za relevantní ☺.

Za autorský tým Ondřej Ješina

Medailonek hlavního autora



Foto:
Stanislav Heloňa, MAFRA 1

Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D., je odborným asistentem na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Magisterské studium oboru aplikovaná tělesná výchova, který spojuje učitelství tělesné výchovy se speciální pedagogikou, doplnil později také o obor rekreologie – pedagogika volného času. Ačkoliv doktorské studium věnoval problematice pohybových aktivit osob se sociálním znevýhodněním, svoji profesní orientaci zaměřil již od začátku směrem na děti i dospělé s postižením a zdravotním znevýhodněním. Je autorem řady odborných i metodicky zaměřených knih z oblasti aplikovaných pohybových aktivit, zejména pak na školní tělesnou výchovu a volnočasové aktivity. Oblasti sportu osob s postižením se věnuje jen okrajově. Mezi hlavní témata jeho profesní dráhy patří životní styl a způsob osob s postižením, psychosociální rozměr pohybových aktivit ve společných pohybově orientovaných programech, aplikovaná tělesná výchova a poradenství při začleňování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol. Kromě akademické úrovně působí již řadu let v praxi jako uznávaný metodik pro školní inkluzivní tělesnou výchovu, je hlavním řešitelem nebo spoluřešitelem řady projektů s praktickým dopadem do škol i volného času. Je dlouholetým vedoucím týmu Centra aplikovaných pohybových aktivit, předsedou České asociace aplikovaných pohybových aktivit a jedním ze zakládajících členů znovuoobnovené European Federation of Adapted Physical Activity. Již řadu let vyučuje problematiku pohybových aktivit nejen v ČR, ale zejména na dvou univerzitách ve Finsku. Pedagogicky působil i v Kanadě, USA, Turecku, Maďarsku, Slovinsku, Polsku nebo Černé Hoře.

„Nevěř nikomu, komu je nad třicet.“ John Lennon



1

Proč ano...?



„Častá otázka, která se objevuje ve světě podnikání, je ‚proč?‘. To je určitě dobrá otázka, ale stejně důležitá je otázka ‚proč ne?‘.“ Jeff Bezos

Ondřej Ješina

Otázka, proč nezačleňovat některé žáky do povinné docházky ve školní tělesné výchově (TV), je možná stejně stará jako rozhodnutí zařadit TV mezi povinné předměty v rámci současného vzdělávacího systému v České republice. Argumenty byly vždy obdobné – ochrana zdraví, smysluplnost s ohledem na zdravotní limity konkrétních žáků, nemožnost účasti kvůli nedostatku sportovně-kompenzačních pomůcek, nedostatek kompetencí učitele TV apod. Vnitřní setrvačnost systému, spočívající v opakování tradičních (ne)řešení, představuje častou překážku pro inovace, nové trendy nebo celkový rozvoj. Vždyť podle České školní inspekce (2016) je více než 17% žáků středních škol uvolněných z TV. Každý čtvrtý pak má ve vztahu k TV „podpůrná opatření“ v podobě tzv. úplného nebo částečného uvolnění. Tato opatření mohou být formalizovaná v rámci plánu pedagogické podpory nebo individuálního vzdělávacího plánu, nebo neformalizovaná, jelikož „tradice je silnější než legislativní změny“. Tak vysoké číslo se zásadně rozchází s existujícími daty o zdraví a pohybové způsobilosti adolescentů. Kdyby vzdělávací systém přistupoval ke všem všeobecně vzdělávacím předmětům jako k TV, měli bychom více než 100 000 žáků středních škol evidovat v kategorii žáků se SVP.

*Poznámka na okraj: Před (stále ještě) nedávnými změnami vzdělávacího systému (rámcové vzdělávací programy, individuální vzdělávací plány apod.) jsme si měli jednoznačně odpovědět na otázku – proč začleňovat?! Asi jsme to jako pedagogická odborná veřejnost neudělali dost důsledně, protože se neustále vracíme k otázce předešlé – proč to nedělat. Nově bychom si však měli položit úplně jinou otázku, a to – jak začleňovat?! **Nehledejme důvody proč ne, ale způsobů jak ano!***

Školní TV je povinnou součástí vzdělávání ve většině evropských zemí. Rozdíly jsou v objemu vyučovacích hodin vyhrazených pro TV v zemích EU, v přístupu ke kurikulu a v požadavcích na odbornou přípravu učitelů TV. Některé naše (Ješina, 2011; Ješina, Hamřík, Bartoňová, Janečka, Kalman, Kučera, Panská, Rybová, & Vyhliďal, 2011; Kudláček & Ješina, 2013) i zahraniční (Kudláček, Morgulec, & Verellen, 2010) zkušenosti dokazují potřebu podpořit aplikované pohybové

aktivity (APA), včetně zdravotní TV, a skutečné zapojení žáků se zdravotním postižením a znevýhodněním (tedy se SVP) v systému školní TV. I přes neznalosti odpovědných pracovníků a systémové nedostatky je zřejmé, že princip aplikované tělesné výchovy (ATV), tedy TV pro všechny, je nosný a s ohledem na to, že je TV všeobecně vzdělávacím předmětem pro všechny žáky, jediný možný.

Ve světle proinkluzivních trendů se při terminologických diskusích, zda jsme při začleňování žáků se SVP svědky integrace, či inkluze, ztrácí především chápání podstaty problému a změna pedagogického paradigmatu. Pokud se alespoň trochu hlouběji zamyslíme, pak je možné pochopit nejen rozdíl ve významu těchto dvou termínů (integrace/inkluze), ale zejména jsme připraveni jej v budoucnu naplňovat. Pokud je tedy integrace postavena na definování vady či druhu postižení a z toho vyplývajících zdravotních limitů a bariér, pak inkluzí myslíme zejména proces pedagogického reagování, vytváření podmínek pro co nejuspěšnější společnou účast ve výchovně-vzdělávacím procesu (a později i v životě). Někdy jde o účast společnou, jindy zase o oddělenou s cílem budoucího spojení.

Konkrétním příkladem v TV je např. situace, kdy většina chlapců na druhém stupni základní školy má nějakou zkušenost se sportovní hrou (např. florbal). Žák s tělesným postižením však dosud neměl příležitost se florbal naučit, tudíž jeho motorické kompetence nedosahují takové úrovně, aby jeho plné začlenění bylo vhodné. Je nutné u něj individuálně rozvíjet ty herní dovednosti, které později uplatní při společné hře. Jiným příkladem může být žákyně s některým z typů poruch autistického spektra (i když většina z nich není pro dívky typická). Její začlenění do společných pohybových her není prozatím vhodné, ale je možné u ní rozvíjet tolik potřebné motorické kompetence (chytání a házení míče, manipulace s náčiním, chápání povelů a reakce na ně apod.) odděleně. Jedná se tedy o inkluzi ve smyslu začlenění do systému pohybových her, tedy účast s pozdější snahou o subjektivně maximální inkluzi sociální.

Inkluze je tedy hledání cest a způsobů s ohledem na specifickou osobu. Může být chápána také jako další krok integrace. Integrace je akt či stav nebo rozhodnutí a inkluze je následný proces vytváření podmínek pro účast. Přičemž ale existuje i možnost, že nikdy nedosáhneme úplné participace ve všem společně, vždyť bychom tím vlastně popírali inkluzi spočívající v respektu k jedinečnosti každého člověka – jedinečnosti při volbě povolání, jedinečnosti v osobních preferencích, jedinečnosti v systému chápání vlastních hodnot, stejně tak jedinečnosti v motorických a sociálních kompetencích.



Obrázek 1: QR kód webináře věnovaného zařazování žáků se SVP do školní TV

Příklad z praxe I: Matka žáka se sluchovým postižením byla při přechodu svého syna na běžnou střední školu hned první týden oslovena učitelem TV. Ten ji požádal, aby zařídila u dětského a dorostového lékaře „osvobození“ (tedy uvolnění) z TV. Za zmínku stojí, že žák předtím navštěvoval běžnou základní školu, kde se TV účastnil. V té době byl reprezentantem ČR v lyžování a atletice a zároveň medailistou v mládežnických kategoriích z mistrovství Evropy a řady mezinárodních

akcí. Matka toto odmítla s odkazem na sportovní úspěchy svého syna. Ten byl poté zařazen do školní TV, pro kterou nebylo nutné vypracovat ani plán podpůrných opatření. Později tento žák dokonce zahájil studium tělovýchovného zaměření na vysoké škole. S největší pravděpodobností byl „žák vyzván“ k uvolnění z TV s odkazem na své sluchové postižení, nikoliv na zdravotní kontraindikace spojené s účastí v pohybových aktivitách.

Proč se hýbat?



„Důležitější než rychlost pohybu je často nepřestat se pohybovat.“ Roger Zelazny

Ondřej Ješina

Pohybové aktivity hrají klíčovou roli při společenském začlenění žáků se SVP, jejich osobnostně-sociálním formování nebo při prevenci zdravotních komplikací při hypoaktivním životním stylu. Pozitivní účinky zapojení do pohybových aktivit bychom jednoduše mohli rozdělit na fyzické, psychické a sociální. V posledních letech bývá často zmiňován i rozměr spirituální. V oblasti fyzické se jedná konkrétně o rozvoj motorických kompetencí, které lze uplatnit v běžném životě a které dovolují zvýšení kvality i kvantity pohybových vzorců. V oblasti psychické a sociální pomáhají pohybové aktivity rozvíjet sebevědomí, sociální dovednosti, podporují vzorce pro vztahová jednání, mohou rozvíjet empatii, zvládnání stresu aj.

Z hlediska žáků se SVP (včetně minimálních zdravotních specifík, která nevyžadují úpravy jiných všeobecně vzdělávacích předmětů – obezita, astma, alergie, vadné držení těla) to znamená, že pokud se nesetkají s pestrá nabídkou pohybových aktivit a nebudou mít sociální kontakt, možnost sdílet emoce a rozvíjet své motorické kompetence v TV, mají v pozdějším věku velmi snížené možnosti přístupu k pohybovým aktivitám, a tím i k podpoře vlastního zdraví a zvyšování kvality života (Ješina, 2017). Pohybové aktivity jsou vhodným prostředkem, jak se mohou účastnit společenského života. U těchto žáků je tedy zapojení do pohybových aktivit jedním z možných preventivních nástrojů sociální exkluze. Někteří výzkumná šetření potvrzují i výrazně vyšší výskyt šikany žáků, kteří nejsou zařazení do školní TV (Doležalová, 2018). Z výsledků v systému mezinárodního výzkumného šetření Health Behaviour of School Aged Children z roku 2014 (Ješina, Baďura, Kudláček, Kalaman, & Doležalová, před vydáním) je patrné, že v ČR jsou žáci se specifickými poruchami učení nebo poruchami pozornosti a chování (nejčastěji známými pod zkratkami jako ADHD nebo ADD) uvolňování z TV takřka o 20 % více než žáci bez těchto diagnóz. Ačkoliv mezi diagnózami, kvůli nimž mohou být omezení nebo uvolnění z účasti v TV, jsou dle vyhlášky č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k TV a sportu, pouze poruchy pozornosti, a to zejména ty poruchy, které jsou způsobeny léčbou jako vedlejší efekt užívání medikamentů.

Poznámka na okraj: Při srovnání žáků s výše uvedenými diagnózami je pak poměrně velký rozdíl mezi těmi, kteří se TV účastní, a těmi, kteří se s různých důvodů účastní s omezením nebo vůbec. U žáků druhé skupiny jsme svědky výskytu šikany, přičemž jsou více než z 1/3 v pozici agresora a v 1/4 v pozici oběti. Negativní dopady neúčasti nebo omezené účasti v TV, kurzech, školních výletech apod.

jsou tedy zřejmě podstatně větší než zdravotní rizika, kvůli kterým byli žáci často bezdůvodně uvolněni nebo omezeni.

Zahraniční zkušenosti ukazují, že v některých státech až 96 % integrovaných žáků se zdravotním postižením (tedy dříve IV. zdravotní skupina) navštěvuje i školní TV. Pouze přibližně 4 % z nich jsou tedy z TV uvolněna (Jeong, 2011). Pokud se zabýváme žáky se zdravotním postižením, pak nelze akceptovat nerovný přístup spočívající v tom, že na školách primárně určených žákům se SVP (na „speciálních školách“) jsou v TV systémově vzděláváni i žáci s těžkými formami postižení, zatímco na „běžných“ školách jsou i žáci s relativně menšími zdravotními problémy (tedy dříve III. zdravotní skupina) z TV uvolňováni. Z praxe i z oficiálních statistik (ČŠI, 2016) je patrné, že v současné době je systém uvolňování z TV praktikován i u žáků s minimálními zdravotními odlišnostmi a je svázán s pohybově hypoaktivním životním stylem (Tomoszek et al., 2017).

Poznámka na okraj: Často jsou uvolněni z TV i žáci s nízkou vnitřní motivací k pohybovým aktivitám, kteří ani nesplňují úroveň některých legislativně vymezených diagnóz (např. nadváha vs. obezita; specifické poruchy učení; dyspraxie). To považujeme za přímý rozpor se zákonnými normami ČR.

Trendy vedoucí k hypoaktivnímu (někteří autoři uvádí inaktivnímu) životnímu stylu jsou zřejmě vědeckým pracovníkům, odborné i laické veřejnosti. TV stále směřuje ke zdravotně orientovaným cílům (Mužík, Dobrý, & Süß, 2008). Neohromuje objemem a zdaleka ani intenzitou pohybové aktivity, přestavuje však platformu pro zdravý životní styl, motivaci k realizaci pohybových aktivit i po školní výuce, edukaci a vzbuzení zájmu o společně trávený volný čas apod.

Osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním (dlouhodobým onemocněním, po dlouhodobé léčbě apod.) jednájí pravidelně realizovanými pohybovými aktivitami preventivně a předcházejí tím dalším prohlubujícím se zdravotním komplikacím (Vyhlídal, Ješina, Hrstková, Královec, Lauermanová, Rohleder, Štěřba, & Trávníková, 2015). Jelikož jsou pohybové aktivity přirozenou součástí života bez ohledu na postižení a škola má za povinnost vytvořit podmínky pro integraci žáků se zdravotním postižením či znevýhodněním, není přípustná bezdůvodná neúčast těchto žáků v TV. Pohybové aktivity rozvíjejí osobnost člověka komplex-



Obrázek 2: QR kód webináře věnovaného psychosociálnímu rozměru inkluzivní TV

Příklad z praxe II: *Dívka se narodila s dětskou mozkovou obrnou (cerebrální parézou). Její rodiče byli často konfrontováni s bariérami při účasti ve školní TV. Matka byla opakovaně vyzvána, aby ji nechala uvolnit z TV, což opakovaně odmítala. V průběhu školní docházky se u dívky rozvinul elektivní mutismus. Verbálně komunikovala především se členy své rodiny. S některými pedagogy a méně známými lidmi nekomunikovala prakticky vůbec. Na jejím prvním mimoškolním lyžařském kurzu rodiče zaznamenali obrovský pokrok v sociálních dovednostech, zejména komunikaci. Její verbální projevy se v průběhu kurzu progresivně zlepšovaly a komunikovala nejen se svým*

osobním instruktorem na monoski, ale i s dalšími organizátory. V průběhu dalších let se pak pravidelně účastnila zimních i letních vícedenních pohybově zaměřených akcí. Velmi silným momentem pak byl velmi otevřený a kritický proslov na adresu 20členné skupiny organizátorů (vysokoškolských studentů). Následně byla schopna aktivně a velmi fundovaně vystoupit před skupinou odborníků u příležitosti kula-tého stolu pořádaného Kanceláří veřejného ochránce práv – ombudsmana ČR. Kromě jiného se opakovaně úspěšně zapojila do systému SVOČ (studentské vědecké a odborné činnosti) s tématy zaměřenými na oblast APA a integraci/inkluzi.

ně a vyčleněním z možností participace systémově ochuzujeme žáka, což má bezprostřední vliv na kvalitu jeho života. Akceptací uvolňování z TV dává také odborná veřejnost učitelům TV signál, že jimi vedené pohybové programy nejsou vhodné, ale ani potřebné pro všechny. Někteří učitelé na středních školách svým neaktivním přístupem umožňují, aby se mezi rodiči a žáky rozvíjela představa, že je školní TV předmětem volitelným, zbytným nebo trpěným, nikoliv všeobecně vzdělávacím. I když je v praxi stále obtížnější motivovat žáky k pohybu jako takovému, přesto by neměli pedagogové rezignovat na svou aktivitu a pozitivní roli při zapojování všech žáků do povinných pohybových aktivit.

1.2

Proč mají děti/žáci se speciálními vzdělávacími potřebami právo na pohyb a TV?

„Tehdy jsem pochopil, že největší radostí lidu je, může-li společně křičet, a nedbá mnoho o to, proč křičí, nýbrž každý se cítí silnějším, křičí-li s ostatními, a má pak i věc, pro kterou křičí, za jediné správnou.“
Mika Waltari

Ondřej Ješina, Maxim Tomoszek

Téma školské integrace (chcete-li nově preferovaný termín – inkluze) je možné v současném výchovně-vzdělávacím procesu považovat za kontroverzní, v některých komunitách až třaskavé. Důkazem této kontroverze nebo třaskavosti může být prosté sdělení, které u některých pedagogů vyvolává nevoli, že „právem dětí a žáků je být vzděláván a povinností učitelů učit!“. Přesto (nebo právě proto) jsme přesvědčeni o tom, že každý žák s ohledem na své zdravotní limity má právo být adekvátním způsobem a vhodnými formami vzděláván v co nejširším možném spektru oblastí, které stát prostřednictvím systému vzdělávání nabízí. S ohledem na smysluplně vedené pohybové aktivity je třeba zvýšenou pozornost věnovat potřebám žáků se zdravotními limity. A to vzhledem ke vzrůstajícímu počtu hromadných neinfekčních onemocnění (Kalman & Vašíčková, 2013). Tento trend je třeba vnímat nejen jako zdravotní, ale především politický a právní problém.

1.2.1

Proč ano s ohledem na právo?

*„Jestliže svoboda slova vůbec něco znamená,
potom je to právo říkat lidem to, co nechtějí slyšet.“*
George Orwell



Základem mezinárodních závazků České republiky v oblasti začlenění žáků s různými zdravotními limity (zdravotním postižením a znevýhodněním) do vzdělávání je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (OSN, 2006, dále jen ÚPOZP). Jedná se o strategický dokument vytvořený v roce 2006 OSN, jehož smluvní stranou se ČR stala v roce 2009 (publikována byla pod č. 10/2010 Sb. m. s.). Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti. Úmluva je výrazem znepokojení nad obtížnými podmínkami osob se zdravotním postižením, které jsou vystavovány mnohonásobným a závažným formám diskriminace.

Dle čl. 1 ÚPOZP se za osoby se zdravotním postižením považují mimo jiné také osoby s dlouhodobým tělesným, duševním, mentálním nebo smyslovým postižením, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními. Členské státy jsou povinny podle čl. 9 odst. 1 ÚPOZP přijmout potřebná opatření, aby osobám se zdravotním postižením bylo umožněno žít nezávislým způsobem života a plně se zapojit do všech oblastí života společnosti, např. zpřístupnění veřejných budov a služeb. V oblasti vzdělávání stanovuje čl. 24 odst. 2 písm. b) ÚPOZP povinnost státu zajistit osobám se zdravotním postižením přístup k inkluzivnímu, kvalitnímu a bezplatnému základnímu vzdělávání a střednímu vzdělávání v místě, kde žijí. V čl. 24 odst. 4 ÚPOZP je stanoven závazek systémově podporovat přípravu pedagogických pracovníků i dalších odborníků na zapojení osob se zdravotním postižením do běžného života. Tato opatření se dotýkají oblastí školního vzdělávání, ale i volnočasových aktivit. Podle čl. 30 odst. 5 písm. a) mají státy také povinnost vytvářet podmínky pro účast osob se zdravotním postižením v různých formách pohybových aktivit. Podle čl. 24 odst. 2 písm. c) a odst. 5 zajistí k dosažení uvedených cílů státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, aby osobám se zdravotním postižením byla poskytována přiměřená úprava podmínek vzdělávání.

V důsledku ratifikace ÚPOZP vznikla nutnost přijmout v českém právním řádu opatření k naplnění závazků, které z ní vyplývají, zejména v podobě úprav právních předpisů. V současném systému české právní úpravy vzdělávání je nejdůležitějším předpisem zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů (dále jen školský zákon). Za velmi problematické považujeme ustanovení § 50 odst. 2 školského zákona, které umožňuje ředitelům školy uvolnit na základě žádosti

zákonného zástupce žáka zcela nebo zčásti z vyučovaného předmětu, kterým je nejčastěji právě TV. Ačkoliv má takový postup „chránit“ žáka před negativními zdravotními dopady, realita je jiná. V praxi jsme svědky někdy až nátlaku ze strany ředitelů, jehož cílem je vyloučit účast žáků se zdravotním postižením v TV s odkazem na zdravotní či bezpečnostní rizika. Obzvláště problematická je účast na lyžařských a jiných kurzech. Tento postup může pramenit z neznalosti problému, ze zaužívané praxe, ale může být i důsledkem negativních postojů k účasti žáků s postižením v pohybových aktivitách a snahy snížit administrativní a organizační zátěž pro školu a učitele.

V praxi také často dochází k bezdůvodnému uvolňování žáků s minimálními zdravotními problémy na podnět jejich rodičů. V tomto kontextu je velmi důležité ustanovení § 29 školského zákona, podle něž je škola při vzdělávání povinna přihlížet k základním fyziologickým potřebám žáků. Má vytvářet podmínky pro jejich zdravý vývoj a pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů. Typickým příkladem takového opatření jsou smysluplné a odborně vedené pohybové programy, které podporují zdraví žáků, utužují sociální vazby mezi žáky, a předcházejí tak sociálně patologickým jevům. Masové uvolňování ze školní TV (zejména na středních školách), která je na základních školách navíc součástí povinné školní docházky, a tím omezení přístupu k pohybovým aktivitám je naopak v přímém rozporu s povinností školy podle § 29 školského zákona.

Právní úprava obsažená ve vyhlášce č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, kterou společně připravily Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvo zdravotnictví, vychází z absurdní koncepce, že zdravotní omezení jako obezita, alergie či svalové dysbalance jsou důvodem pro uvolnění z TV, což je v příkrém rozporu s výše popsanými závazky plynoucími z ÚPOZP, ale také s Listinou základních práv a svobod. Stanovením zdravotní způsobilosti pro zapojení do TV, přestože je vedena profesně kompetentními pracovníky a uzpůsobena podmínkám a možnostem žákům a školy, jí citovaná vyhláška staví do role rizikového faktoru a příčiny prohloubení špatného zdravotního stavu žáků. Reálně je však takovým rizikem pohybově hypoaktivní životní styl, špatné stravování, kouření, užívání alkoholu a drog či jiné rizikové chování.

Vyhláška č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu, tak bohužel spoluvytváří podmínky pro často bezdůvodné vyčlenění žáků se zdravotním postižením a znevýhodněním z účasti na školní TV, sportu a volnočasových neorganizovaných pohybových aktivitách. Umožňuje uvolnění z TV na základě jedné z řady deklarovaných diagnóz, přestože u mnoha z nich je pohyb naopak prospěšný. Typickým příkladem takové diagnózy je obezita. V podstatě je tím řečeno, že smysluplně vedené pohybové aktivity na základě školního vzdělávacího plánu ohrožují zdraví žáků s obezitou, přestože jsou vedeny kompetentními pedagogy.

Problematická je však i celková koncepce vyhlášky. Jak již bylo zmíněno, je povinností státu přijmout taková opatření, aby se i přes určité zdravotní limity mohli žáci se SVP zapojit do vzdělávacích a sportovních aktivit. Vyhláška ale kromě zamezení nebo omezení účasti na pohybových aktivitách nenabízí žádné alternativy. Nestanoví povinnost zdravotní TV nebo zřízení ATV vedené kompetentními a specializovanými pedagogy. Z koncepce vyhlášky je jasně patrné, že

má primárně za cíl definovat potenciální zdravotní rizika v oblasti výkonnostního sportu. Dopad do oblasti rekreačního sportu, kam je pro potřeby této vyhlášky řazena také TV, je až sekundární. Z četnosti uvolnění žáků ze školní TV je však jasně patrné, že je vyhláška v mimořádném rozsahu nadužívána. Jestliže bychom akceptovali premisu, že cílem vyhlášky v oblasti školní TV je chránit žáky se zdravotními problémy před negativním zdravotním dopadem realizovaných pohybových aktivit, bude se týkat jen velmi výjimečných případů. Školní TV totiž představuje výrazně menší objem fyzické zátěže, než je všeobecně deklarované doporučení WHO v týdenním režimu (např. Kalman et al., 2010). Program lze navíc snadno uzpůsobit potřebám jednotlivých žáků tak, aby pro ně riziko nepředstavoval.

Ve skutečnosti tak lze mít spíše za to, že hlavním impulsem pro uvolnění jsou pro řadu žáků a především jejich rodičů obavy vyvolané přístupem školy. I to je však do určité míry chybou citované vyhlášky, protože právní úprava by měla být dostatečně určitá a jasná, aby neumožňovala takto masové zneužití. Nevidíme tedy jiné východisko, než zásadně změnit koncepci uvolňování z TV, což musí jít ruku v ruce se zásadním rozšířením zdravotní TV. To lze v omezené míře realizovat i se stávající právní úpravou, pro komplexní a systémovou změnu však bude nutná také změna § 50 školského zákona a vyhlášky č. 391/2013 Sb.



Obrázek 3: QR kód pořadu Týden v justici věnovaného právním aspektům uvolňování z TV

Příklad z praxe III: Ředitel základní školy na základě schůzky ředitelů získal ziská inspiraci i podklady pro řešení vzrůstajícího počtu žádostí o omezení nebo uvolnění z povinného předmětu TV. Upravil volně dostupný formulář, který respektoval zákonné normy. Ředitelé se pak na společných poradách navzájem utvrdili ve správnosti svých řešení s tím rozdílem, že někteří tato rozhodnutí přetavili v řešení nerespektující normy, aniž by o tom věděli. Jelikož ale na nesprávnost těchto řešení nebyli nikdy v minulosti upozorněni Českou školní inspekcí ani nikým jiným, pokračovali dále v rozhodnutích o zamezení nebo omezení účasti v TV. Jelikož se tato situace opakovala několik let, ověřili si, že jsou „správná“, a předali instrukce i svým následovníkům (zaznamenali jsme relativně velký rozdíl v uplatňování uvolňování z TV napříč regiony, kraji či obcemi) a utvrdili se ve správnosti svých postupů. Když odhlédneme od nelogičnosti uplatňování těchto norem v pedagogické praxi (o tom více viz výše), je prvním častým legislativním problémem fakt, že posudek „o omezení nebo zamezení v účasti“ nezpracovává registrující, ale odborný lékař. Přesto jej ředitel

přijímá jako platný a ještě jej používá jako argument pro neúčast. Druhým rozporem je pak úvaha, že rozhodujícím orgánem je lékař. Ředitel je tím, který de iure uvolňuje, tudíž by se měl snažit získat informace a podklady pro úpravu kurikula, nikoliv „doporučení uvolnit“. Třetím problematickým momentem je fakt, že iniciátorem má de iure být zákonný zástupce, nikoliv škola. V praxi jsme svědky toho, že čím je zdravotní postižení či znevýhodnění větší, tím častěji je iniciátorem právě škola (zastoupena řídícím nebo poradenským pracovníkem), případně učitel TV, asistent pedagoga nebo všichni uvedení. Paradoxním rozhodnutím pak bývá, že rodičům je slíbeno, že oficiální uvolnění z TV nic pro žáka neznamena, protože může i dál navštěvovat TV, jen z ní nebude klasifikován. Roztrpčení pak přichází u plaveckých nebo lyžařských kurzů, kdy se rodič dozví, že se jich jejich syn/ dcera nezúčastní, protože je „přeci osvobozen(a) z TV“! Asi největším legislativním rozporem je pak existence fenoménu uvolňování z TV po celý školní rok či pololetí jako jediného předmětu, u kterého tak může být činěno bez respektu k systému podpůrných opatření.

1.2.2

Proč to je v praxi realizovatelné už dnes?



„I dodal jsem si odvahy a šel se zeptat svého učitele, proč je tomu tak, avšak on pohlédl na mne jako na nepřítelny a řekl pouze: ‚Tak jest psáno.‘ Ale to nebyla odpověď na mé proč.“ Mika Waltari

Základním východiskem je vyvolat zásadní změnu koncepce uvolňování z TV, které je nutno chápat jako omezení práva na vzdělání, a tomu musí odpovídat jeho aplikace. TV je jakožto všeobecně vzdělávací předmět určena všem žákům, včetně žáků se SVP. Tím se TV s účastí integrovaného žáka stává inkluzivní TV (ITV).

Poznámka na okraj: ITV představuje podoblast ATV realizované na běžných školách ve formě společné TV. Segregované formy ATV můžou mít tedy podobu TV na školách primárně určených pro žáky se SVP („speciálních školách“), zdravotní TV s převažujícími zdravotně orientovanými cíli nebo ATV na běžných školách s účastí výhradně žáků se SVP s cíli shodnými s běžnou TV.

S tím musí jít ruku v ruce zásadní rozšíření zdravotní TV, případně konceptu ATV jako celku, jako alternativního pozitivního opatření naplňujícího závazky státu v oblasti zákazu diskriminace. K efektivní realizaci těchto změn je nutné aktivní zapojení poradenských zařízení, a to jak pedagogicko-psychologické poradny (PPP), tak speciálněpedagogického centra (SPC) v tlaku na ředitele škol při uplatňování § 50 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školského zákona), ve znění pozdějších předpisů (dále jen ŠZ) a podstatně častější využívání individuálního vzdělávacího plánu (IVP) a plánu pedagogické podpory (PIPP) při realizaci TV u žáků se SVP. To lze v omezené míře realizovat i se stávající právní úpravou. Ostatně dle stejného paragrafu výše uvedeného zákona je *povinností* ředitelů nalézt *vhodné* náhrady předmětů, ze kterých jsou žáci uvolněni na více než dva měsíce. Uvolněním bez náhrady porušuje ředitel povinnost přihlížet k základním fyziologickým potřebám žáků, jak mu to ukládá § 29 ŠZ, a neoprávněně omezuje jejich právo na vzdělání.

Stejně jako upravujeme ostatní všeobecně vzdělávací předměty, aby umožňovaly zapojení všech žáků, musí být tento postup běžně realizován i v TV a dalších pohybových programech realizovaných školou. Význam pohybových aktivit nemusí být vždy zřejmý všem žákům, musí však být zřejmý pedagogům. Proto nelze chápat účast ve školní TV jako dobrovolnou, podmíněnou souhlasem či ochotou žáka, když tuto praxi neakceptujeme ani v ostatních všeobecně vzdělávacích předmětech. V případech, kdy není tradičně uplatňovaná hromadná forma školní TV vhodná, např. u žáků s poruchou autistického spektra, ji lze nahradit formou individuální či specializovanou. Ostatně schopnost naplánovat, využít a realizovat paralelní formy TV, zejména u žáků méně nadaných nebo s lehčími

zdravotními omezeními, by měla být běžnou součástí pedagogické kvalifikace učitelů TV již dávno. Základním východiskem musí být teze, že TV je pro každého vhodná, ale ne pro všechny stejně.

K naplnění těchto cílů by postačovalo, kdyby byly dodrženy následující tři na sebe navazující kroky:

- a) požadovat od registrujících lékařů podrobnější informace o zdravotních rizicích spojených se zapojením konkrétního žáka do školní TV (například s využitím níže uvedeného formuláře) a nespokojovat se s pouhým vyjádřením zdravotní nezpůsobilosti či způsobilosti s nedostatečně definovanou podmínkou;
- b) na základě získaných informací vytvořit IVP či PIPP, které při zohlednění individuality žáka umožní naplnění vzdělávacích cílů školní TV, ať již samostatně, nebo ve spolupráci s externími spolupracujícími subjekty;
- c) ve spolupráci se školským poradenským zařízením, případně dalšími spolupracujícími subjekty, vytvořené plány realizovat, včetně vstupních a výstupních diagnostik s respektem k individuálním potřebám žáka se SVP i celé třídy, zejména pak vytyčeným výukovým cílům.

Esenciálním východiskem pro plánování a realizaci inkluzivní TV je změna pedagogického myšlení. Pedagogové musí respektovat mezinárodní i národní právní normy a vycházet z předpokladu pozitivních postojů a důvěry pedagogů ve své vlastní profesní kompetence (self-efficacy). Sebevědomé, ale zároveň pokorné myšlení umožňuje pochopit nutnost celoživotního sebevzdělávání a týmové spolupráce s poradenskými pracovníky a dalšími subjekty.



Obrázek 4: QR kód článku v časopisu MF Dnes věnovaný školní TV

Příklad z praxe IV: Střední pedagogická škola se již mnoho let potýká s případy, kdy přijímaní studenti (častěji studentky) dokládají zdravotní způsobilost pro studium na tomto typu školy. Součástí studia a maturitním předmětem (pro některé povinným) je TV. Studentky často dokládají způsobilost potvrzenou registrujícími lékaři. Aniž by se cokoliv zásadního, co by mělo mít vliv na jejich zdravotní stav, v průběhu prázdnin změnilo, dokládají v září od stejných lékařů posudek, který deklaruje žádost o uvolnění z TV. Při vzdělávání na středních pedagogických školách však výchovy včetně TV hrají velkou roli a patří nejen k všeobecně vzdělávacím, ale dokonce k profilačním vzdělávacím oblastem. Ředitelka školy pak s každou žákyní (včetně zákonných zástupců) absolvuje pohov-

or, kde jim vysvětluje limity takového uvolnění pro jejich potenciální práci a kompetence na pracovní pozici učitel mateřských škol. Drtivá většina z nich již poté uvolnění neinicuje a TV úspěšně absolvuje bez negativních zdravotních dopadů. Registrující lékař tak často spíše vyslyší prosby „pacienta“, než aby odborně zhodnotil zdravotní dopady takového rozhodnutí. Lékař není pedagogem, tudíž nenes odpovědnost za vzdělávání. Většinou neví, jaké aktivity jsou či mohou být v TV realizovány, a velmi často ani neví o existenci systému podpůrných opatření, se kterými se v současném vzdělávacím systému pracuje. Nevyjadřuje se tudíž pouze ke zdravotnímu stavu pacienta, nýbrž zde promítá i svou představu o obsahu vzdělávání, často ovlivněnou osobní zkušeností.

Shrnutí kapitoly 1:

Důvodů, proč se hýbat, je výrazně více, než proč se nehýbat! Pohybové aktivity hrají klíčovou roli pro kvalitu života. Vytvořením systému povinné zdravotní TV nebo ATV nevznikají žádné kompetenční problémy. Rozhodnutí o podpoře zavedení ATV a zaměstnání konzultantů APA na spádových či větších základních a středních školách také vyžaduje pouze distribuci kompetentních pedagogů (nikoliv navýšení finančních nákladů) a drobné změny právní úpravy (zejména jde o vyhlášky navazující na zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnicích, ve znění pozdějších předpisů). Tyto návrhy ostatně korespondují i se strategickým plánem Ministerstva zdravotnictví pod názvem Zdraví 2020 (n. d.). Ten se v mnoha bodech dotýká i resortů ostatních ministerstev (zejména Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva práce a sociálních věcí). Právo na vzdělávání a na účast v pohybových aktivitách je nezpochybnitelné. Je součástí Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, kterou již v první dekádě tohoto století ratifikovala i ČR. Škola je povinna využít nástrojů pro zařazení žáků se SVP do společného vzdělávání včetně školní TV. Uvolnění z účasti ve školní TV má být až posledním řešením, nikoliv prvním, jak jsme v současném vzdělávacím systému často svědky.

V případě, že žákem třídy je žák se SVP, je potřeba pečlivě zvážit, zda jsou parametry nastavené legislativou dostačující k tomu, aby byla zajištěna bezpečnost žáků a efektivita realizovaného vzdělávacího obsahu. Jedná se zejména o to, že zpravidla musí být (v závislosti na dopadech žákova znevýhodnění do vzdělávání) posílen počet osob dohlížejících na bezpečnost žáků a některé činnosti musí být zabezpečeny osobami s odpovídající kvalifikací. Vhodná je také revize norem zajišťující možnost spolupráce s kompetentními speciálněporadenskými pracovníky se zaměřením na APA nebo přímo na ATV.

2

Kdo...?

„Včera odpoledne jsem nabyl jistoty, že si přestávám rozumět. To přesně odpovídá mým výpočtům, podle nichž jsem se předběhl o takových 17 až 18 let. Nezbyvá, než abych si zachoval chladnou hlavu a počkal, až mne doba zase dožene.“ Jára Cimrman



Ondřej Ješina

Při samotné realizaci ITV je potřeba vzít v úvahu relevantní determinanty, které mají na samotný proces začleňování vliv. Nejdůležitější jednotkou, která ovlivňuje celý integrační proces, je samotný žák se SVP, především jeho preference a motivace. Důležitým faktorem je pak jeho rodina.

Ačkoliv rodiče mají jako zákonní zástupci nezastupitelnou roli v účasti žáků se SVP v TV, zajištění vzdělávání prostřednictvím mateřských, základních a středních škol je servisem státu. Na základě mezinárodních i národních norem je stát povinen tuto službu nabízet všem osobám. Deklaruje tím dlouhodobě jednu ze svých priorit a má vytvářet podmínky pro její efektivní a kvalitní fungování. Ačkoliv se dlouhodobě vedou spory o vlivu státu, krajů či obcí na řízení jednotlivých škol, o obsahu vzdělávání, školení pedagogů apod., o školství jako nutné a preferované formě (až na ojedinělé případy domácího vzdělávání) se nepochybuje. Systém tzv. inkluze ve výchovně-vzdělávacím systému je oproti tomu odbornou veřejností často zpochybňován jako uspěchaný nebo nedotažený. Poměrně často jsme v odborných textech i v případě veřejných médií konfrontováni s výhodami či nevýhodami inkluze jako takové. Mezi nejčastějšími limity v ČR relevantními pro inkluzivní školní TV byly v minulosti zmiňovány (Ješina, Kudláček et al., 2011): a) prostorové limity (problémy s přesuny na TV, nedostatečné prostory); b) materiální limity (nevhodné kompenzační pomůcky, nedostatek sportovního vybavení); c) personální limity (neexistence konzultantů v oblasti ATV, nedostatek asistentů, absence nebo neznalost systému peer tutoring). V první řadě bychom si měli uvědomit, že plné začlenění za každou cenu nemusí být vhodné pro každého žáka ve všech činnostech a že pokud se nepodaří uzpůsobit podmínky ve školní TV, mohou při společném vzdělávání trpět žáci se SVP, jejich spolužáci i učitel TV. Integrace v TV bez dostatečné podpory je učitelem TV většinou vnímána jako příliš náročná a nevede ke zdárnému společnému vzdělávání.

Klíčovým faktorem je výše zmíněná rodina žáka. Bezprostřední vliv rodičů jako autorit i vzorů při motivaci jejich dětí (včetně dětí se zdravotním postižením) k pohybovým aktivitám potvrzuje řada zahraničních i našich autorů (Block, 2007; Brownson, Baker, Housemann, Brennan, & Bacak, 2001; Hellison, 1995; Humpel, Owen, & Leslie, 2002; Huston, Evenson, Bors, & Gizlice, 2003; Ješina, 2010; King, Castro, Wilcox, Eyler, Sallis, & Brownson, 2000; McGhee, Groff, & Russoniello, 2005; Sigmund et al., 2008; Stahl, Rutten, Nutbeam et al., 2001; Voss et al., 2008). Rodiče mají jako zákonní zástupci nenahraditelnou roli v účasti žáků se SVP ve školní TV. Legislativní systém účasti nebo neúčasti v integrované formě vzdělávání, včetně školní TV, je přímo podmíněn přáním a rozhodnutím rodičů. Pokud se tento systém týká uvolnění ze školní TV, pak je rodič tím, kdo souhlasí, nebo nesouhlasí s účastí žáka ve školní TV. Rodiče by měli být adekvátním způsobem informováni o významu pohybových aktivit v životě svého dítěte. Měli by být informováni též o organizaci a obsahu školní TV. Bylo by vhodné, aby rodiče dostali informace o možnostech pohybových aktivit obdobně postižených dětí a aby měli možnost konzultace s dalšími odborníky. Učitelé (zejména pak ředitelé) by měli respektovat jejich přání spojená s výchovně-vzdělávacím procesem. Tato přání však musí být reálná a realizovatelná. Ředitelé škol a další pedagogičtí pracovníci jsou však někdy velmi překvapeni tím, co je možné, a zejména rodiče jsou o těchto možnostech mnohdy lépe informováni. Proto by měli být v procesu integrace do školní TV bráni jako partneři více, než tomu v mnoha případech dosud je (Bartoňová & Ješina, 2012).

Mezinárodní studie dokazují, že stále více žáků se zdravotním postižením je začleňováno do hodin školní TV. Učitelé TV proto stojí před problematikou začleňování těchto dětí do svých hodin a jejich vzdělávání spolu s ostatními dětmi (Kudláček & Ješina, 2013). Svědky tohoto trendu jsme však i v ČR. Ve většině případů není rozhodnutí o začlenění žáka se SVP v kompetenci učitele TV (Lienert, Sherrill, & Myers, 2001), ale tito učitelé se poté rozhodují, na kolik tohoto žáka začlení do svých hodin, respektive zapojí do pohybových aktivit (nakolik tedy naplní význam slova inkluze). Lieberman, Houston-Wilson a Kozub (2002) se zaměřili na názory 148 učitelů na bariéry při začleňování žáků se zrakovým postižením ve školní TV a zjistili, že mezi nejčastěji vnímané bariéry při integraci do TV patří: a) odborná příprava; b) nedostatek pomůcek; c) časová náročnost. Morley, Bailey, Tan a Cooke (2005) zjišťovali názory učitelů TV týkající se začleňování žáků se SVP (konkrétně zdravotním postižením). Jejich zjištění poukazují na nedostatek podpory pro integraci a bariérovost prostředí. Feijgin, Talmor a Erlich (2005) zjistili u 363 učitelů TV z Izraele následující překážky v integraci: a) nedostatečné prostorové podmínky; b) problémy s evaluací žáků; c) otázky bezpečnosti; d) modifikace vlastní výuky; e) komunikace s rodiči žáků se SVP. Je tedy zřejmé, že v zahraničí se s obdobnými tématy a pedagogickými výzvami potýkali již v první dekádě 21. století.

Tyto bariéry či limity však byly v zahraničí podrobně evaluovány zejména s cílem jejich nápravy či podpory. V ČR jsme někdy svědky tendence komentovat výhody či nevýhody školské integrace či inkluze. Při těchto tématech však z obsahu sdělení uniká žák jako takový a uniká i hledání způsobu řešení jako začleňování při vzdělávání. Častěji slycháváme důvody, proč není zařazování žáků se SVP do TV vhodné, než abychom řešili způsoby, jak společně vzdělávání naplnit.

2.1

Kdo to v ČR umí aneb Co to je ATV, APA?

„Já jsem Holly, lodní počítač s IQ 6000. Což je stejně, jako má 6000 učitelů tělocviku.“ Červený trpaslík, série I, epizoda 2 – Ozvěny budoucnosti



Ondřej Ješina, Martin Kudláček

V českém prostředí je TV tradičně součástí vzdělávacích kurikul na základních i středních školách. Tento předmět bohužel mnozí žáci, často bezdůvodně, neabsolvují. Obecně se předpokládá, že při normální úrovni inteligence neexistuje příliš mnoho problémů se začleňováním do běžného kolektivu i do ostatních všeobecně vzdělávacích předmětů. V oblasti TV však narazíme na limity či bariéry, které vycházejí z charakteru postižení a tradiční náplně předmětu (Kudláček & Ješina, 2013).

Paradoxem realizace ITV je, že ČR – přes neznalost laické a často i odborné veřejnosti – bývá v mezinárodním srovnání považována za jednu z nejznámějších zemí zaměřených na APA. Kromě toho, že je zde sídlo European Federation of Adapted Physical Activity, má dlouhodobě své zástupce v mezinárodních strukturách zabývajících se podporou APA. V ČR existují již od začátku 90. let minulého století vysokoškolské obory připravující odborníky v této oblasti. Za posledních 10 let byly v ČR vypracovány desítky didakticky zaměřených materiálů, odborných knih, metodik či různě koncipovaných pracovních listů a multimediálních materiálů specificky uplatnitelných pro české prostředí. V letech 2017–2020 byla ČR jedinou zemí světa, která měla celonárodní pokrytí poradenskými pracovníky pro ITV – konzultanty APA. ČR disponuje vzdělanými odborníky, pro některé specifické skupiny žáků se SVP i ojedinělým know-how. Podobně i řada SPC a některé PPP zaměstnává na pozicích speciálních pedagogů kompetentní poradenské pracovníky, kteří působí jako neoficiální konzultanti pro hlubší podporu v oblasti jemné i hrubé motoriky včetně TV.

ČR je zemí, která se podílela na řadě mezinárodních projektů pro International Paralympic Committee nebo hnutí Special Olympics International. ČR byla hlavním řešitelem projektu European Standards of Adapted Physical Activities, který byl realizován jako součást systému projektů finančně podporovaných přímo Evropskou komisí. Na sklonku roku 2018 byla ČR vyzvána, aby během několika dní prezentovala APA na půdě Evropského parlamentu a inspirovala tak další státy EU. V posledních letech jsou absolventi vysokoškolských oborů vnímáni jako partneři pro klíčové organizace v praxi, jako je např. Asociace pracovníků speciálněpedagogických center. Ověřená metodika se pak stává součástí speciálněpedagogických odborných textů.

Jelikož však oblast zájmu APA (a její součást ATV) stojí na pomezí mezi resorty Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví, ztrácí se povědomí o ní v konfrontaci s úžeji koncipovanými obory v jejich stínu. Multidisciplinárnost bohužel předznamenává i nepochopení v oblasti školské legislativy, respektive těch, kteří na uplatňování školské legislativy bezprostředně dohlížejí. Zkušenosti ze zahraničí a progresivnost jsou pak při plnění představ příslušných orgánů spíše kontraproduktivní a jako vzdělávací obor musí APA i ATV projít transformací, která má v některých ohledech regresivní charakter.

ATV (český překlad vznikl původně z angl. Adapted Physical Education) je chápána jako průsečík mezi speciální pedagogikou a učitelstvím TV. Přestože je TV všeobecně vzdělávacím předmětem, což předznamenává podobnost s vyučovanými oblastmi, jako je matematika, přírodopis, občanská výchova či jakýkoliv další vyučovaný předmět, je od ostatních takto zaměřených značně odlišná. Jedná se o vysoce interaktivní předmět, který vzhledem ke svému charakteru a rozvíjeným kompetencím nemá mezi ostatními předměty obdobu ani alternativu. Právě tato jedinečnost vyvolala napříč státy i světadíly potřebu vytvořit platformu pro sdílení zkušeností, výzkumných závěrů i příkladů dobré praxe. Významnou součástí takové sítě vysokoškolských pracovišť i mezinárodní spolupráce je právě i ČR, zejména pak Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci, avšak stále více i Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy a přesah do oblasti APA zaznamenáváme i na Fakultě sportovních studií Masarykovy univerzity. Na národní úrovni je však síť spolupracujících vysokoškolských subjektů ještě hustší a zahrnuje relevantní katedry garantující TV nebo výchovu ke zdraví na pedagogických fakultách v Ústí nad Labem, Plzni, Českých Budějovicích, soukromou vysokou školu Palestra aj.

Pokud odhlédneme od akademického záměru, pak se v případě APA jedná o soubor pohybových aktivit, programů a strategií, jejichž cílem je rozvoj aktivního životního stylu a zvyšování kvality života osob se speciálními potřebami (postižením, znevýhodněním, dlouhodobou nemocí, jinakostí). Svým působením přispívá k pozitivnímu ovlivnění celé společnosti v rovině kognitivní, postojové nebo dovednostní. Snaží se o celkový psychický, fyzický i sociální rozvoj všech stran zainteresovaných v procesu postupného sociálního začleňování jedinců z minoritních skupin. Své působení realizuje v kontextu tělesné výchovy (zde právě jako ATV), sportu, tělocvičné rekreace a částečně i rehabilitace ve smyslu komplexní rehabilitace. Aplikované pohybové aktivity se však (vedle této definice) především snaží o bezprostřední propojení teorie a praxe. Zabývají se prací s jedinci se speciálními potřebami (nejčastěji s postižením) s využitím pohybových aktivit jako prostředku celkové kultivace jedince. ATV je tedy TV pro všechny. Zahrnuje jak TV v běžných (mainstreamových) mateřských, základních a středních školách (tedy inkluzivní TV – dále jen ITV), tak TV na školách zřízených primárně pro žáky se SVP.

Více než ITV je odborně i laické veřejnosti známý termín zdravotní TV. Ten je na mezinárodní úrovni chápán jako podoblast ATV, avšak u nás má v důsledku odlišného vývoje i trochu jiný charakter. Kromě toho, že představuje alternativu pro žáky se zdravotním znevýhodněním, je zdravotní TV chápána také jako cvičení mimo oblast škol a školských zařízení, a to nejčastěji pro dospělé osoby

nebo ještě častěji osoby v seniorském věku jako společné pohybové aktivity s dominujícími zdravotními benefity. Tak je vzdělávání zaměřené na zdravotní TV garantováno i Českou asociací Sport pro všechny. V poslední době se však díky novým legislativním vymezením (konkrétně příloha vyhlášky č. 27/2016 Sb.) chápe zdravotní TV také jako předmět speciálněpedagogické péče. Pokud je zdravotní TV v tomto systému zařazena do vzdělávání (ať formou předmětu, nebo jako další péče o žáka), pak jí musí ředitel pověřit učitele s příslušnou kvalifikací a zaměřením na žáky se SVP.

Příklad z praxe V: V současné právní úpravě nesmí být vyučujícím předmětu speciálněpedagogické péče např. absolvent učitelství TV v kombinaci s jiným všeobecně vzdělávacím předmětem, pokud neabsolvoval studium nebo kurz v rámci celoživotního vzdělávání se zaměřením na speciální pedagogiku. Obráceně to však možné je, tedy absolvent učitelství a speciální pedagogiky může vést zdravotní TV jako předmět speciálněpedagogické péče i bez toho, že by zdravotní TV

byla součástí jeho vzdělávání. Zdravotní TV nebývá již dlouho povinným předmětem zařazeným v přípravě vysokoškolských oborů zaměřených na speciální pedagogiku a už vůbec nebývá zařazen v systému celoživotního vzdělávání pro speciálněpedagogická studia. I z toho důvodu nebývá o realizaci zdravotní TV v systému předmětů speciálněpedagogické péče takový zájem, jaký by byl při změně legislativy v budoucnu možný.

2.2

Kdo a jaké by měl mít pedagogické kompetence pro ATV?

„Dobrý pedagog chrání žáky i před svým vlastním vlivem.“ Bruce Lee



Ondřej Ješina, Martin Kudláček

Kompetence představují způsobilost nebo schopnost např. k výkonu profese nebo jakékoliv jiné lidské činnosti. Jedná se o soubor požadovaných vlastností, znalostí, schopností a dovedností, které v kombinaci s osobnostními charakteristikami, motivací a vhodnými podmínkami představují předpoklad pro odborně odvedenou práci v jakékoliv oblasti. Jde tedy o širší význam než pojem kvalifikace, který je více zaměřen na formální osvědčení dosažených výstupů z učení a vzdělávání. Přesto se v úvodu budeme i kvalifikačním rámcem zabývat.

Dále oblast APA i v mezinárodním kontextu (tam Adapted Physical Activity) zahrnuje čtyři následující oblasti: TV, sport, volný čas a rehabilitaci. Ostatně toto základní dělení bylo součástí závěrů projektu THENAPA (Thematic Network in Adapted Physical Activity), který byl v kooperaci řady zemí (včetně ČR) řešen již v průběhu 90. let minulého století. V souladu se současnými standardy MŠMT

lze TV dále rozdělit na učitelskou a neučitelskou pedagogiku. Učitelská zahrnuje zejména tradiční učitelství TV s ohledem na společné vzdělávání v ITV, ale i v segregovaném vzdělávání na školách a ve třídách určených primárně žákům se SVP. Neučitelskou, s ohledem na potřeby kompetenčního rámce, myslíme zejména speciální pedagogiku zaměřenou na poradenství v oblasti TV a dalších pohybově orientovaných programech. V obou pedagogických oblastech pak hraje důležitou roli spolupráce s tzv. „para edukátory“, v našem pojetí nejčastěji asistenty pedagoga. Sport a volný čas, i když se částečně prolínají a jejich nástroje (pohybové aktivity) mohou být podobně, mají odlišný cíl, odlišné je i vzdělávání pracovníků a často i další charakteristiky. Ve vztahu k pedagogickým profesím se jedná nejčastěji o trenéra, pedagoga volného času nebo vychovatele. Mimo klasický rámec pedagogických pracovníků se pak jedná např. o pozici instruktora. Ti jsou však čím dál více poptávaní jako realizátoři pedagogického procesu, jako další subjekty spolupodílející se na vzdělávání – plavecké kurzy, lyžařské kurzy, služby při školních výletech apod. Zároveň je vhodné, aby pedagogičtí pracovníci disponovali určitým přesahem a byli schopni poskytnout informaci i mimo školní oblast. Proto je vhodné seznámit se i s modelem kompetencí a návrhem pro pracovníky v oblasti volného času ať ve školských institucích, nebo i mimo ně.

V mezinárodním kontextu lépe pochopitelné spojení fyzioterapie či ergoterapie a aplikovaných pohybových aktivit se u nás prozatím nedočkal reálného naplnění ani v pracovních pozicích, ani ve vysokoškolských oborech či programech. Terapeutický efekt správně realizovaných aplikovaných pohybových aktivit se však často propaguje a diskutuje se o něm. Aspiraci na toto propojení nabízí například koncept psychomotorické rehabilitace (terapie, specializace), která se i v ČR dočkává postupné implementace v akademickém prostředí i praxi. Avšak s ohledem na skutečnost, že se běžně s terapeutickým pracovníkem v kontextu APA na pedagogických pozicích nesetkáváme, nebudeme se jim v následném textu zabývat.

2.2.1

Kdo splňuje doporučení aneb Kvalifikační rámec

„Vědění se nemá pokořit před mocí.“ Mika Waltari



Základním východiskem pro legislativní vymezení pedagogických profesí je v současné době zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících; instruktorské profese vymezuje nařízení vlády č. 399/2017 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě; vysokoškolská studia v oblastech učitelství i neučitelství pedagogiky, sociálních prací, zdravotnických nelékařských oborů aj. pak nařízení vlády č. 275/2016 Sb., o oblastech vzdělávání.

Rozšiřování o oblasti ATV či APA je vhodným doplněním, nikoliv legislativně nutnou podmínkou. Nicméně doporučení rozšířit kvalifikační rámec vidíme jako budoucí cestu pro zvýšení kvality ITV na školách a školských zařízeních. Pro řídicí pracovníky může být rámec inspirací, kam nasměrovat pedagogy v systému celoživotního vzdělávání. Případně mohou být návrhy důležité při výběru pedagogů či (nejčastěji) asistentů pedagoga. V žádném případě nezpochybujeme kvalifikační rámec definovaný zákonnými a podzákonnými normami, avšak i ty doznávají nejrůznějších úprav. Námi navržená doporučení jsou v některých oblastech implementována již nyní, jiná se mohou dočkat implementace do práva i praxe. Stávajícím speciálním pedagogům, učitelům či asistentům pedagoga pak mohou být inspirací pro vyhledávání kurzů v systému celoživotního vzdělávání či sebevzdělávání.

Návrh požadavků na pozici konzultant APA:

1. Dokončené vysokoškolské magisterské studium oboru/programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na aplikovanou tělesnou výchovu se státní závěrečnou zkouškou ze speciální pedagogiky.
2. Dokončené vysokoškolské magisterské studium oboru/programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na aplikované pohybové aktivity se státní závěrečnou zkouškou ze speciální pedagogiky.
3. Dokončené vysokoškolské magisterské studium oboru/programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na tělesnou výchovu a speciální pedagogiku a kurz v systému celoživotního vzdělávání realizovaného vysokou školou zaměřený na aplikované pohybové aktivity nebo aplikovanou tělesnou výchovu.
4. Dokončené vysokoškolské magisterské studium oboru/programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na speciální pedagogiku nebo speciální peda-

gogiku pro učitele a minimálně 5 let praxe v oblasti poradenství zaměřeného na podporu aplikovaných pohybových aktivit.

Návrh požadavků na učitele ATV:

1. Dokončené magisterské studium oboru/programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na všeobecně vzdělávací obor tělesná výchova pro druhý či třetí stupeň škol; učitelství prvního stupně ZŠ. Preferované zaměření – aplikovaná tělesná výchova nebo tělesná výchova v kombinaci se speciální pedagogikou pro učitele nebo program ve vzdělávací oblasti TV a sport, kinantropologie v kombinaci se speciální pedagogikou pro učitele.

Pro potřeby škol a tříd primárně zřízených pro žáky se SVP pak dokončené magisterské studium oboru/programu zaměřeného na aplikovanou tělesnou výchovu se státní závěrečnou zkouškou ze speciální pedagogiky; aplikované pohybové aktivity se státní závěrečnou zkouškou ze speciální pedagogiky; programu speciálněpedagogické poradenství se specializací aplikované pohybové aktivity; speciální pedagogiky pro učitele a všeobecně vzdělávacího předmětu tělesné výchovy.

2. Dokončené magisterské studium oboru/programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na všeobecně vzdělávací obor odpovídající prvnímu, druhému či třetímu stupni ZŠ a doplněné vysokoškolským studiem zaměřeným na aplikovanou tělesnou výchovu nebo aplikované pohybové aktivity.

Návrh požadavků na pozici asistent pedagoga pro ATV:

1. Dokončené vysokoškolské vzdělávání v oblasti pedagogických věd zaměřené na APA nebo speciální pedagogiku v kombinaci s tělesnou výchovou.
2. Dokončené vysokoškolské vzdělávání v oblasti pedagogických věd. Doporučujeme vzdělávání v systému celoživotního vzdělávání zaměřeného na problematiku APA, respektive ATV v minimálním rozsahu 50 výukových hodin.
3. Kurz v systému celoživotního vzdělávání zaměřený na asistenty pedagoga. Doporučujeme vzdělávání v systému celoživotního vzdělávání zaměřeného na problematiku APA, respektive ATV, v minimálním rozsahu 50 výukových hodin.

Návrh požadavků na pozici pedagog volného času, vychovatel, instruktor v APA:

1. Dokončené vysokoškolské vzdělání získané studiem v akreditovaném studijním oboru/programu ve studijní oblasti pedagogických věd v programech zaměřených na aplikované pohybové aktivity, aplikovanou tělesnou výchovu nebo tělesnou výchovu v kombinaci se speciální pedagogikou nebo speciální pedagogikou pro učitele.
2. Pro pozici pedagog volného času a vychovatel: Dokončené vysokoškolské vzdělání získané studiem v akreditovaném studijním oboru/programu ve stu-

dijní oblasti pedagogických věd a studiem kurzu základů APA pro volnočasové pracovníky v systému celoživotního vzdělávání pro trenéry (školení v systému celoživotního vzdělávání zaměřeného na problematiku APA v minimálním rozsahu 50 výukových hodin).

3. Pro pozici instruktor: Dokončené vysokoškolské vzdělání získané studiem v akreditovaném studijním oboru/programu ve studijní oblasti pedagogických věd. Pro relevantní oblasti pak dokončené celoživotní vzdělání pro instruktory s minimální dotací 150 výukových hodin a kurz základů APA pro instruktory nebo kurz pro instruktory APA s minimální dotací 150 výukových hodin.

Návrh požadavků na pozici trenér osob se zdravotním postižením:

1. Dokončené vysokoškolské vzdělání získané studiem v akreditovaném studijním oboru/programu ve studijní oblasti tělesná výchova a sport, získání osvědčení nejméně II. třídy trenéra příslušné specializace a absolvování kurzu základů APA pro sportovní trenéry (školení v systému celoživotního vzdělávání zaměřeného na problematiku APA v minimálním rozsahu 50 výukových hodin).
2. Dokončené vyšší odborné vzdělání získané ukončením akreditovaného vzdělávacího oboru/programu vyšší odborné školy v oboru vzdělání zaměřeném na sportovní, tělovýchovné a pohybové činnosti, získání osvědčení nejméně II. třídy trenéra příslušné specializace a absolvování kurzu základů APA pro sportovní trenéry (školení v systému celoživotního vzdělávání zaměřeného na problematiku APA v minimálním rozsahu 50 výukových hodin).
3. Dokončené střední vzdělání s maturitní zkouškou získané ukončením vzdělávacího oboru/programu středního vzdělávání nebo dokončené střední vzdělání s výučním listem získané ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání a trenérskou školou tělovýchovných fakult vysokých škol, získání osvědčení nejméně II. třídy trenéra příslušné specializace a absolvování kurzu základů APA pro sportovní trenéry (školení v systému celoživotního vzdělávání zaměřeného na problematiku APA v minimálním rozsahu 50 výukových hodin).

2.2.2

Kdo splňuje doporučení aneb Kompetenční rámec



*„Průměrný učitel vypráví. Dobrý učitel vysvětluje.
Výborný učitel ukazuje. Nejlepší učitel inspiruje.“*
Charles Farrar Browne

Kompetence znamenají způsobilost zvládat určitou pracovní pozici, umět ji vykonávat, být v příslušné oblasti kvalifikovaný, mít potřebné vědomosti a dovednosti. Podrobně jsou jednotlivé kompetence popsány v dokumentu Kompetenční rámec jednotlivých oblastí, potenciálních profesí a pracovních pozic v kontextu aplikovaných pohybových aktivit (Ješina & Kudláček, n. d.). Náš hrubý výčet kompetencí předznamenává dovednosti, které lze od pracovníků na těchto pozicích očekávat. Pokud tyto kompetence nebyly u současných pracovníků na těchto pozicích dosud rozvíjeny, mohou být pro ně návodem pro následující profesní rozvoj. Je zřejmé, že u některých pedagogických pozic je tento rozvoj nezbytnou podmínkou pro kvalitativní posun celého výchovně-vzdělávacího procesu v ITV.

Společné hlavní cíle pedagogů v oblasti integrované tělesné výchovy jsou:

- a) plánovat společné vzdělávání v tělesné výchově;
- b) realizovat společné vzdělávání;
- c) hodnotit studijní pokrok žáků se SVP a efektivnost používaných výukových a podpůrných strategií;
- d) účastnit se odborné spolupráce s cílem zlepšit kvalitu výuky pro žáky se SVP.

Obecná struktura kompetencí hlavních pedagogických pracovníků podílejících se bezprostředně na realizaci ITV, tedy konzultant APA v roli poradce, učitel ATV (respektive TV) v roli koordinačně řídicí i asistent pedagoga v roli podpůrné, vypadá velmi podobně. Při bližším pohledu jsou však role relativně jasněji vymezeny a předznamenávají vzájemná očekávání.

Konzultant APA

- A) Plánovat společné vzdělávání v tělesné výchově.

Konzultant ATV musí být schopen: 1) diagnostikovat potřeby žáků se SVP; 2) diagnostikovat osoby účastnící se společného vzdělávání v TV; 3) přizpůsobit obsah TV tak, aby naplňovala individuální potřeby všech žáků; 4) vytvořit výukové plány pro společné vzdělávání v TV; 5) připravit prostředí pro společné vzdělávání v TV.

B) Realizace společného vzdělávání.

Konzultant v oblasti ATV musí být schopen: 1) přizpůsobit výuku tak, aby naplňovala potřeby žáků v ATV; 2) formovat chování žáků tak, aby byly zajištěny optimální podmínky pro výuku TV; 3) přizpůsobit komunikaci schopnostem žáků se SVP; 4) vést záznamy týkající se IVP.

C) Hodnotit studijní pokrok žáků a efektivitu používaných výukových a podpůrných strategií.

Klíčové role v této oblasti jsou: 1) hodnotit studijní pokrok žáka se SVP ve vztahu k cílům IVP; 2) hodnotit úpravy obsahu vzdělávání v TV pro žáky se SVP; 3) hodnotit efektivnost používaných vzdělávacích, výchovných a podpůrných opatření; 4) hodnotit snahu učitele TV zapojit žáky se SVP.

D) Odborná spolupráce s cílem zlepšit kvalitu společného vzdělávání.

Applikovaná tělesná výchova má mezioborový charakter a od odborníků v oblasti ATV lze proto očekávat pravidelnou spolupráci s jinými odborníky nebo rodiči žáků se SVP. Klíčové role v této oblasti jsou: 1) spolupracovat s odborníky v oblasti TV, sportu a volnočasových aktivit; 2) spolupracovat s dalšími osobami podporujícími studenty se SVP; 3) rozvíjet odborné dovednosti a znalosti v rámci celoživotního vzdělávání; 4) podporovat práva žáků se SVP na rovný přístup ke vzdělání.

Učitel ATV/TV

A) Plánovat společné vzdělávání v tělesné výchově.

Učitel ATV musí být schopen: 1) diagnostikovat potřeby žáků se SVP; 2) zmapovat postoje zainteresovaných osob ke společnému vzdělávání v TV; 3) zmapovat podmínky školy pro výuku TV; 4) vytvořit výukové plány pro společné vzdělávání v TV; 5) připravit prostředí pro společné vzdělávání v TV; 6) přizpůsobit obsah TV tak, aby naplňoval individuální potřeby všech žáků.

B) Realizace společného vzdělávání.

Učitel ATV musí být schopen: 1) přizpůsobit obsah výuky TV tak, aby naplňoval individuální potřeby všech žáků; 2) formovat chování žáků tak, aby byly zajištěny optimální podmínky pro výuku TV; 3) přizpůsobit komunikaci schopnostem žáků se SVP; 4) vést záznamy týkající se IVP či jiných plánů podpory.

C) Hodnotit studijní pokrok žáků a efektivitu používaných vzdělávacích, výchovných a podpůrných strategií.

Nezbytným aspektem výuky žáků se SVP je hodnocení jejich studijního pokroku a úspěšnosti vzdělávacích, výukových a podpůrných strategií. Klíčové role v této oblasti jsou: 1) hodnotit studijní pokrok žáka se SVP ve vztahu

k cílům IVP; 2) hodnotit úpravy obsahu vzdělávání v TV pro žáky se SVP; 3) hodnotit efektivnost používaných vzdělávacích, výchovných a podpůrných opatření.

D) Odborná spolupráce s cílem zlepšit kvalitu společného vzdělávání.

Aplikovaná tělesná výchova má mezioborový charakter a od odborníků v oblasti ATV lze proto očekávat pravidelnou spolupráci s jinými odborníky nebo rodiči žáků se SVP. Klíčové role v této oblasti jsou: 1) spolupracovat s odborníky v oblasti TV, sportu a volnočasových aktivit; 2) spolupracovat s dalšími osobami podporujícími studenty se SVP; 3) rozvíjet odborné dovednosti a znalosti v rámci celoživotního vzdělávání; 4) podporovat práva žáků se SVP na rovný přístup ke vzdělání.

Asistent pedagoga pro ATV/TV

A) Plánovat společné vzdělávání v tělesné výchově.

Asistent pedagoga v ATV/TV musí být schopen pod vedením a v kooperaci s učitelem TV: 1) rozpoznat potřeby žáků se SVP; 2) zmapovat postoje zainteresovaných osob ke společnému vzdělávání v TV; 3) zmapovat podmínky školy pro výuku TV; 4) vytvořit výukové plány pro společné vzdělávání v TV; 5) připravit prostředí pro společné vzdělávání v TV; 6) přizpůsobit obsah TV tak, aby naplňoval individuální potřeby všech žáků.

B) Realizace společného vzdělávání.

Asistent pedagoga v ATV/TV musí být schopen pod vedením učitele TV a v kooperaci s ním: 1) přizpůsobit svou práci obsahu výuky TV tak, aby naplňoval individuální potřeby všech žáků; 2) formovat chování žáků tak, aby byly zajištěny optimální podmínky pro výuku TV; 3) přizpůsobit komunikaci schopnostem žáků se SVP; 4) rozumět záznamům týkajícím se IVP či jiných plánů podpory.

C) Hodnotit studijní pokrok žáků a efektivitu používaných vzdělávacích, výchovných a podpůrných strategií.

Nezbytným aspektem výuky žáků se SVP je hodnocení jejich studijního pokroku a úspěšnosti vzdělávacích, výukových a podpůrných strategií. Klíčové role v této oblasti pod vedením a učitele TV a v kooperaci s ním jsou: 1) hodnotit studijní pokrok žáka se SVP ve vztahu k cílům IVP; 2) hodnotit úpravy obsahu vzdělávání v TV pro žáky se SVP; 3) hodnotit efektivnost používaných vzdělávacích, výchovných a podpůrných opatření.

D) Odborná spolupráce s cílem zlepšit kvalitu společného vzdělávání.

Aplikovaná tělesná výchova má mezioborový charakter a od odborníků v oblasti ATV lze proto očekávat pravidelnou spolupráci s jinými odborníky nebo rodiči žáků se SVP. Klíčové role v této oblasti jsou: 1) spolupráce s odborníky v oblasti TV, sportu a volnočasových aktivit; 2) spolupráce s dalšími osobami

podporujícími studenty se SVP; 3) rozvíjet odborné dovednosti a znalosti v rámci celoživotního vzdělávání; 4) podporovat práva žáků se SVP na rovný přístup ke vzdělání.

Pracovník APA v oblasti volného času

Ačkoliv tradice pracovníků pro organizované volnočasové aktivity dětí, mládeže i dospělých má u nás je relativně dlouhá, systémově se jejich vzdělávání pro práci s žáky se SVP věnuje jen málo institucí. Součástí pregraduálního vzdělávání pedagogů volného času bývá i speciální pedagogika, avšak v naprosto nedostatečné míře (nejčastěji vůbec) APA. Jedinými obory v ČR, které systematicky vzdělávají odborníky právě pro tuto oblast, jsou obory zaměřené na aplikované pohybové aktivity na Fakultě tělesné kultury (FTK) UP v Olomouci a Fakultě tělesné výchovy a sportu UK. Zařazením předmětu (kurzu) s poměrně vysokou časovou dotací (5 ECTS) na stejné fakultě disponuje obor rekreologie. Instruktorská licenční školení taktéž prozatím nedisponují povinností zařadit problematiku OSP. Z tohoto pohledu unikátním je kurz lyžování OSP, který realizuje ve spolupráci s Českým svazem lyžařských škol opět FTK UP v Olomouci, stejně jako tzv. infuze tématu o cvičení osob se zdravotním postižením do kurzu Fitness instruktor tamtéž. Snahou odpovědných orgánů by měl být paralelní systém přímo zaměřených licenčních programů i tzv. infuze do již realizovaných instruktorských licencí (s minimální dotací 150 výukových hodin). Jelikož se oblast volného času v APA neomezuje (zatím) pouze na pedagogickou činnost, je nutné počítat i s některými kompetencemi, které jsou u osob bez speciálních potřeb činností jiných pracovních pozic (např. získávání zdrojů, marketing, management volného času, projektová práce).

A) Plánovat volnočasové aktivity pro žáky se SVP.

Instruktor volnočasových aktivit v APA (dále jen instruktor APA) musí být schopen: 1) posoudit potřeby žáků se SVP; 2) modifikace volnočasových pohybových aktivit (dále jen PA); 3) připravovat vhodné prostředí pro volnočasové APA; 4) spolupracovat s dalšími relevantními osobami a institucemi; 5) přípravy a plánování projektu pro volnočasové programy; 6) znát platnou legislativu; 7) adekvátně nastavit marketingové postupy a strategie v APA a životním stylu žáků se SVP.

B) Zařadit žáky se SVP do společných volnočasových pohybových aktivit.

Je možno očekávat následující tři klíčové role: 1) realizovat program pro žáky se SVP; 2) zvládnutí chování zapojené skupiny do volnočasových aktivit; 3) zvládnutí komunikace ve skupině.

C) Evaluace volnočasových aktivit v APA.

Evaluace je nezbytným nástrojem plánování a přípravy volnočasových PA. Evaluace může proběhnout ve formě zpětnovazebních informací. Klíčové role v této oblasti jsou: 1) hodnocení úspěšnosti a přiměřenosti obsahu volnočasového programu; 2) hodnocení používaných strategií; 3) vyhodnocení projektu.

D) Odborná spolupráce s cílem zlepšit kvalitu života žáků se SVP.

Od instruktora volnočasových PA lze očekávat pravidelnou spolupráci s jinými odborníky a neustálé sebevzdělávání. Klíčové role v této oblasti jsou: 1) zdokonalovat odborné dovednosti a znalosti; 2) advokacie práv žáků se SVP na aktivní trávení volného času prostřednictvím APA.

Kompetence sportovního trenéra v APA

Základní vymezení kvalifikačního rámce (legislativních kompetencí) sportovního trenéra je zahrnuto v zákoně č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnicích. Jednotlivé sportovní svazy pak disponují svými systémy vzdělávání trenérů. Podobně to funguje i u sportovních svazů zaměřených na sportovce se zdravotním postižením. Většina z nich však uznává trenérská oprávnění svazů pro sportovce bez postižení. Systémově se vzděláváním trenérů pro účely svých institucí zabývá zejména České hnutí speciálních olympiád. Ve světě jsou sport zdravotně postižených a příprava trenérů stále více profesionalizované a jejich kvalita se zvyšuje. Bohužel naše národní struktury často nepovažují vzdělávání trenérů v oblasti APA za klíčové.

A) Plánovat sportovní aktivity pro žáky se SVP.

Trenér sportovních aktivit v APA (dále jen trenér APA) musí být schopen: 1) posoudit potřeby žáků se SVP; 2) diagnostikovat sportovní APA; 3) modifikovat sportovní APA; 4) připravovat vhodné prostředí pro volnočasové a rekreační APA; 5) spolupracovat s dalšími relevantními osobami a organizacemi; 6) připravovat a plánovat rozpočet pro sportovní programy.

B) Zařadit žáky se SVP do společných sportovních pohybových aktivit.

Je možno očekávat následující tři klíčové role: 1) realizovat program pro žáky se SVP; 2) zvládat chování zapojené skupiny do sportovních aktivit; 3) zvládat komunikaci ve skupině.

C) Hodnocení sportovního progresu žáků se SVP.

Nezbytným aspektem sportovních PA je hodnocení pokroku a úspěšnosti našich výukových strategií. Pokrok v učení je u sportovců často velmi pomalý, proto si musíme vést záznamy o učení v souvislosti s individuálním sportovním plánem OSP. Klíčové role v této oblasti jsou: 1) hodnocení studijního pokroku; 2) hodnocení přiměřenosti obsahu; 3) hodnocení používaných strategií.

D) Odborná spolupráce s cílem zlepšit kvalitu sportovních aktivit pro žáky se SVP.

APA mají mezioborový charakter a od odborníků v oblasti trenérství lze proto očekávat pravidelnou spolupráci s jinými odborníky a neustálé sebevzdělávání. Klíčové role v této oblasti jsou: 1) spolupráce s jinými odborníky; 2) ce-

- loživotní odborné vzdělávání; 3) zdokonalovat odborné dovednosti a znalosti;
4) advokacie práv žáků se SVP na sport.

2.3

Kdo je kompetentním učitelem a asistentem pedagoga v ITV?

„Jedna věc, kterou nemůžete skrýt, je, když jste zmrzačení ve svém nitru.“ John Lennon



Ondřej Ješina

Osvícení pedagogové již v dávných dobách věděli, že pohyb a pohybová výchova jsou součástí lidského bytí. Vlastní pohyb není pouze důležitým projevem lidské existence, ale je také jedním ze základních předpokladů komplexního a harmonického rozvoje všech dětí. TV je tedy předmět, který by měli navštěvovat všichni žáci (Kudláček & Ješina, 2013). Jak uvádí Bartoňová a Ješina (2012), je podstatné, aby všichni, kteří se na integraci v TV podílejí, měli kladný postoj k celé problematice a byli vnitřně motivováni. Pokud rodiče mají kladný vztah k pohybovým aktivitám a vědí o možnostech, jak se mohou osoby se zdravotním postižením zapojit do sportu a TV, pak sami aktivně působí na účast svého dítěte v TV. Podobné je to i s učiteli TV a asistenty pedagoga. Je na nich velká zodpovědnost za všechny žáky, včetně žáka se SVP. Neznalost této problematiky může zapříčinit jejich negativní postoj nebo nedůvěru ve vlastní schopnosti (Kudláček, Baloun, & Ješina, 2020). Zařazování problematiky ITV do vysokoškolské přípravy budoucích učitelů TV, podobně jako APA do vzdělávání osob působících na pozici asistent pedagoga, je nezbytné pro potenciální zkvalitnění celého procesu. To, co může také podpořit negativní postoj některých učitelů a rodičů, je, že si nemyslí, že je TV pro žáka se SVP důležitá (Kudláček, 2008). Je si však třeba uvědomit, že se nejedná jen o TV ve smyslu vyučovací jednotky. Součástí vzdělávání jsou i plavecké kurzy, lyžařské kurzy, nejrůznější exkurze, výlety, školy v přírodě, ale i pohybová součást některých jiných předmětů (dopravní výchova, doplňující předměty jako dramatická výchova nebo pohybová a taneční výchova). Účast v TV se zvyšuje pravděpodobnost účasti i na všech dalších vzdělávacích aktivitách realizovaných mimo prostory určené pro vzdělávání (tedy mimo klasické prostory školy). Naopak podpora neúčasti v TV (často na hraně legislativních norem) ze strany školy předznamenává problémy s účastí i v těchto ostatních aktivitách.

Příklad z praxe VI: Žákyně s dětskou mozkovou obrnou, využívající k mobilitě vozík, zahájila povinnou školní docházku na základní škole. Spolupráce a komunikace mezi školou a rodiči probíhala na solidní úrovni. Spolupráci se školou hodnotili rodiče jako vstřícnou. Byli škole velmi vděční, že přijala jejich dceru, a snažili se vyhovět ve všem, o co je škola požádala. Sami si nebyli vědomi toho, že jelikož se jednalo o školu spádovou, měli na docházku do této školy právo, a tudíž se nejednalo ze strany školy o vysoký nadstandard (jak si původně skutečně mysleli). Neměli ani porovnání s ostatními školami, nebyli konfrontováni s jinými rodiči dětí s postižením a jejich zkušenostmi s jinou školou. Dcera byla uvolněna z TV. Iniciátorem byla škola, která rodičům předala

žádost s prosbou o spolupráci při uvolnění. Rodiče tak učinili v dobré víře, že je to tak pro jejich dceru správné. První rozčarování přišlo ve druhé třídě, když zjistili, že se jejich dcera nebude účastnit plaveckého výcviku; ten byl součástí TV, ze které byla na jejich žádost uvolněna i v následujícím roce. S přibývajícím ročníky přibývala i další překvapení. Postupně se jejich dcera neúčastnila školních výletů, a dokonce návštěv kin a divadel. Bylo jim vysvětleno, že na výlet dcera nemůže, protože by se o ni neměl kdo postarat (asistentka má pracovní dobu omezenou a není přece asistentkou osobní, ale pedagogickou). Návštěva divadla není možná, jelikož převlékání a přesun trvá tak dlouho, že by z představení moc neviděla. Navíc „tam jsou schody a asistentka na vše sama nestačí“.

Úkolem učitele je vzdělávat, vychovávat a řídit výchovně-vzdělávací proces. Je učitelem všech žáků ve třídě, tudíž preferování jednoho žáka na úkor ostatních by nebylo správné. Vysoké nároky a očekávání, které jsou kladeny na učitele, vyvolávají potřebu copingových strategií, které by měl učitel uplatňovat.

Poznámka na okraj: Vyšší nároky než zřejmě kdykoliv předtím jsou na učitele kladeny ve vztahu k dospělým osobám, jako jsou rodiče, avšak i kolegové přímo ve třídě. Jen minimum přípravných kurzů či vysokoškolských vzdělávání se věnuje komunikaci s dospělými, jejich koordinaci a řízení.

Často se při přípravě budoucích učitelů TV mluví o metodických řadách u jednotlivých pohybových aktivit (atletika, gymnastika, plavání). Méně se však setkáváme s tématy jako komunikační a sociální dovednosti, zvládnutí stresu, etika v pedagogice, řízení lidských zdrojů, práce se skupinovou dynamikou. Ve speciální pedagogice pak postrádáme některá témata typu rodina a specifika životního stylu žáků se SVP, ochrana a prevence zdraví u žáků se SVP, sexualita osob s postižením, zvládnutí stresu ve speciální pedagogice, problémový žák ve vzdělávání, motivace a vedení motivačních rozhovorů. Pokud se studenti s takovými tématy při vlastním vzdělávání setkali, jednalo se spíše o témata okrajová, přičemž dle našeho názoru se naopak dostávají do popředí a stávají se pro profesi učitele ITV naprosto nezbytnými. Zahraniční příklady nám dávají za pravdu a při realizaci nejrůznějších seminářů, které v oblasti APA nabízíme, jsou to velmi poptávaná témata i u nás. Pokud se tedy učitel TV nesetkal při své přípravě s těmito tématy, pak by bylo vhodné si je do svého pedagogického portfolia doplnit anebo využít poradenských služeb konzultantů APA, kteří by jej mohli inspirovat a podpořit při řešení jeho pedagogického úkolu. Bylo by velmi pozitivní, kdyby učitel TV nevnímal ITV jako pracovní problém, ale jako pedagogickou výzvu.

Úkolem asistenta pedagoga je podporovat svou činností učitele v naplňování jeho úkolu, podpořit individualizaci vzdělávacího procesu a být pedagogickou podporou pro všechny žáky ve třídě, zejména pro žáky se SVP. V naší praxi se setkáváme s tím, že pokud v ITV není přítomen asistent pedagoga, je integrace složitější nebo v některých případech jen obtížně možná. Na druhé straně

může být právě asistent pedagoga tím limitním článkem celého procesu. Problémem bývá už samotný výběr asistenta pedagoga. Pokud má ředitel možnost výběru, pak může klást požadavky nejen na kvalifikaci, ale i na kompetence. V opačném případě je rád, že je schopen zajistit na pozici asistenta pedagoga jakéhokoliv pracovníka splňujícího minimální požadavky. Tak se stává, že jako podpůrné opatření pro žáka ve druhé třídě přijímá člověka, který po podpisu smlouvy odmítá spolupracovat na plaveckém výcviku. Stejně tak v sedmé třídě s odůvodněním své nekompetentnosti není schopen asistence na lyžařském výcviku. Velmi podobné příklady z praxe se pak týkají účasti na TV zaměřené na bruslení, účasti a zapojení na školním výletě apod. V praxi se však setkáváme i s asistenty pedagoga s velmi pozitivními postoji, kteří, ačkoliv během svého vzdělávání nedostali žádné informace o TV, plní svoje pracovní povinnosti svědomitě a s maximálním možnou kompetencí.

Příklad z praxe VII: Rodiče žákyně se SVP kontaktovali regionální konzultantku APA. Ve spolupráci s ní, učitelem TV a příslušným SPC vypracovali individuální vzdělávací plán (IVP) pro TV a diskutovali o zařazení do dalších předmětů a akci školy tak, aby se jich žákyně mohla v maximální míře účastnit. To, že se žákyně se SVP bude ve druhé třídě účastnit TV, byla nová informace pro asistentku pedagoga, která se v průběhu předešlého roku do TV nezapojovala, jelikož žákyně byla uvolněna. Nepřijala tuto zprávu právě s nadšením, protože sama měla negativní postoj k TV a k pohybovým aktivitám jako takovým. Jedním z motivů, proč rodiče dále nechtěli, aby byla jejich dcera uvolněna, byla podpora její účasti ve výuce plavání. Očekávání, že tak jako v jiných předmětech i v plavání bude zapojení asistentky pedagoga aktivní, vzala rychle za své. Asistentka se odmítala aktivně zapojit.

Externí plavecká škola byla připravena asistentku pedagoga instruovat. Podobně konzultantka APA byla připravena se minimálně jednou za dva týdny do plaveckých lekcí aktivně zapojit. Asistentka pedagoga však dále odmítala plnit svoje pracovní povinnosti a rozhodla se napsat stížnost (či otevřený dopis) tehdejšímu předsedovi Výboru pro vědu, vzdělávání, kulturu, mládež a tělovýchovu Parlamentu ČR. Motivem k napsání dopisu bylo subjektivně nepřiměřeně moc práce, která se po ní v předešlém roce nepožadovala. Zařazením TV do obsahu vzdělávání žákyně se SVP se jí změnila náplň pracovní činnosti. Jako jeden z argumentů uvedla, že součástí jejího vzdělávání na pozici asistenta pedagoga nebyly ani kurzy plavání, ani další pohybové aktivit. Není tudíž kompetentní k tomu, aby se po ní tyto pracovní povinnosti požadovaly, a odmítá je nadále plnit.

Asistent pedagoga je asistentem pro celou třídu. Neměl by působit jako bariéra mezi spolužáky a žákem se SVP. Měl by si být vědom nutnosti přiměřeného vztahu ke všem žákům včetně pedagogické etiky, adekvátní komunikace s žáky i jejich rodiči. Musí si být vědom, jaké informace může sdílet a s kým je to vhodné a s kým nikoliv. Při předpokladu, že si svou práci vybral a je to tudíž jeho volba, by měl znát své pracovní povinnosti. Měl by ve vztahu k žákům působit jako autorita, zároveň by si měl uvědomovat, že jeho pedagogické působení funguje jako jistý vzor. Pokud bude negativně působit na žáka se SVP, dává tím signál i pro ostatní spolužáky. Musí tedy reagovat citlivě na často i vysoce náročné situace, které inkluzivní pedagogické prostředí přinášá.

Podstatné je, aby všichni, kteří se na účasti v TV podílejí, měli kladný postoj k celé problematice a byli vnitřně motivováni. Klíčovou roli v tomto procesu sehrávají rodiče a pedagogové (nejvíce pak učitel TV). Pokud rodiče mají kladný vztah k pohybovým aktivitám a vědí o možnostech, jak se mohou osoby se zdravotním postižením zapojit do sportu a TV, pak sami aktivně působí na účast svého dítěte v TV. Pokud se s touto možností nesetkali, nemají žádné zkušenosti s pohybovými aktivitami u osob se zdravotním postižením, mohou se integrace obávat. Toto

pak může být zásadní překážkou. Podobné je to i s učiteli TV (popřípadě asistenty pedagoga). Je na nich velká zodpovědnost za dítě, a proto může neznalost této problematiky zapříčinit jejich negativní postoj. Proto je nutná informativní strategie, která zvýší povědomí rodičů o možnostech jejich dětí. Když rodiče chtějí, aby jejich dítě TV navštěvovalo, je možné, že si asistenta zajistí sami jen pro hodiny TV. V současné situaci, kdy je proškolených asistentů nedostatek, se stává, že toto místo zaujme rodič dítěte. Je otázkou, zda je to pro žáka vhodné. Je potřeba, aby dítě mělo určitou volnost a pomalu se osamostatnilo. Uzlová (2010) tvrdí, že v roli asistentů se dobře osvědčují maminky po mateřské dovolené, které mají zkušenosti s výchovou vlastních dětí. Varianta, kdy funkci asistenta pedagoga zastává rodinný příslušník (většinou maminka nebo babička) začleněného žáka, je sporná. Mnozí rodinní příslušníci tuto praxi na základě vlastních zkušeností obhajují, odborníci se však častěji staví proti.

2.4

Kdo je konzultantem APA a je ho vůbec třeba?



„Mnohý ti dá radu, jak přeplavat moře, ale málokterý tě vytáhne z louže.“ Karel Poláček

Ondřej Ješina

Je zřejmé, že pracovníci obdobného zaměření (konzultant APA) jsou poptáváni i v jiných než pedagogických oblastech. Zejména ve skandinávských zemích se setkáváme se specialisty v oblasti APA financovanými z resortu zdravotnictví (Norsko) nebo sociálního resortu (Finsko). Specialisté APA jsou dlouhodobě financováni z veřejných prostředků např. v Irsku. Model poradenských pracovníků, kteří fungují jako součást školského poradenského systému, je však běžnější zejména v Severní Americe než v Evropě. Zahraniční zkušenosti z USA či Kanady nás inspirují pro práci zejména v pedagogické oblasti i u nás.

Integrační proces není v TV možné realizovat bez adekvátní podpory pedagogickým pracovníkům. Již v roce 2011 bylo dle výsledků výzkumného šetření patrné, že 85,71 % (36) SPC (respektive jejich řídicích pracovníků) bylo přesvědčeno o pozitivním přínosu zřízení pozice konzultanta APA ve svém kraji. Pouze 14,29 % (6) SPC by ji nepřivítalo nebo se nedomnívá, že je nutné její zřízení. Z čehož 69,01 % (29) uvedlo „určitě ano“, 16,67 % (7) „spíše ano“, 7,14 % (3) „spíše ne“, 7,14 % (3) „určitě ne“ (Ješina et al., 2011). Od školního (akademického) roku 2017/2018 dochází k podpoře společného vzdělávání v TV prostřednictvím tří projektů. Jedním z nositelů je Fakulta tělesné kultury UP v Olomouci (6 konzultantů APA), druhým Fakulta tělesné výchovy a sportu UK v Praze (2–3 konzultanti

Tabulka 1: Doručení postup deseti kroků při plánování a realizaci inkluzivní TV

<p>1. krok <i>Kontaktování PPP, SPC či relevantního spolupracujícího subjektu</i> Cíl: Zahájit celý proces.</p>	<p>Některá poradenská zařízení předloží konkrétní návrhy či kontakty. Některé kraje prioritně řeší rozvoj poradenství pro inkluzivní TV – např. Olomoucký kraj, nově také Ústecký kraj. Spolupracujícími subjekty mohou být také vysokoškolská pracoviště typu FTK UP v Olomouci, FTVS UK v Praze, FSpS MU v Brně, VŠ Palestra v Praze nebo pedagogické fakulty nejlépe se sdruženými programy TV a speciální pedagogika nebo se zkušenostmi v oblasti ATV (např. UJEP v Ústí nad Labem, PdF v Plzni nebo PdF v Českých Budějovicích).</p>
<p>2. krok <i>Prvotní schůzka – s rodičem nebo poradenským pedagogem</i> Cíl: Zjistit relevantní informace a představy zainteresovaných stran, zjistit možnosti a podmínky školy.</p>	<p>Nejprve mezi třídním učitelem nebo učitelem TV, případně jiným pověřeným pedagogickým pracovníkem, a kompetentním externím pracovníkem (nejlépe konzultantem APA). Pokud bude konzultant kontaktován rodičem, pak nejdříve schůzka konzultant – rodič.</p>
<p>3. krok <i>Koordinační schůzka na půdě školy</i> Cíl: Konfrontovat představy všech zainteresovaných a kompetentních osob o vzdělávání v TV a dalších pohybových programech.</p>	<p>Schůzka nejlépe za přítomnosti třídního učitele, učitele TV, pověřeného pedagogického pracovníka, řídicího pracovníka, rodiče (zákonného zástupce) a konzultanta APA. Před schůzkou a po ní kontaktování pracovníka poradenského zařízení.</p>
<p>4. krok <i>Vyžádání posudku registrujícího či zprávy odborného lékaře či zdravotnického pracovníka</i> Cíl: Získat relevantní informace o zdravotním stavu žáka se SVP od registrujícího lékaře pro účely tvorby podkladů pro IVP nebo PIPP.</p>	<p>Rodič obdrží od školy, poradenského zařízení nebo dalšího spolupracujícího subjektu formulář, který může předložit registrujícímu lékaři svého dítěte (žáka). Rodič vysvětlí lékaři důvody, proč tým podílející se na vzdělávání potřebuje informace uvedené ve formuláři a vyzve ho k zodpovědnému vypsání doporučení. Aby byly splněny podmínky dle aktuálního znění § 50 zákona č. 561/2004 Sb., jedná se tedy o lékaře registrujícího. V případě, že rodič neinicuje uvolnění nebo částečné uvolnění, pak je možné poptávat informace i od relevantního odborného lékaře (např. neurologa, diabetologa apod.) nebo zdravotnického pracovníka (např. fyzioterapeuta). Tyto informace pak mohou sloužit tvůrcům IVP pro TV jako zdroj pro vhodné úpravy obsahu a podmínek. Taky je možné tento krok neuskutečnit, avšak jedná se o zdroj relevantních informací, které jsou pro učitele TV velmi důležité, a může být výrazným limitem je nemít.</p>
<p>5. krok <i>Diagnostika motoriky, emocí, preferencí a sociálního začlenění</i> Cíl: Získat vstupní data o žákovi se SVP pro vytyčení a ověření dílčích cílů.</p>	<p>Konzultant APA ve spolupráci se zákonnými zástupci, žákem, školou a poradenským zařízením zrealizuje vstupní diagnostiku před tvorbou IVP nebo v počátku realizace PIPP nebo IVP.</p>
<p>6. krok <i>Tvorba podkladů pro PIPP či IVP</i> Cíl: Nastavit plán vzdělávání dle aktuálních norem a standardů.</p>	<p>Na základě školního vzdělávacího plánu, tematického plánu učitele, vyjádření a přání rodičů (zákonných zástupců), lékařského doporučení, případně doporučení dalších odborných pracovníků vypracuje konzultant APA podklady pro podpůrná opatření. Navrhne pro SPC normovaná a nároková podpůrná opatření a naplánuje získání (pronájem) nenárokových opatření (metodické materiály, kompenzační pomůcky apod.).</p>
<p>7. krok <i>Realizace osvětového programu nebo peer tutoring programu</i> Cíl: Pozitivní ovlivnění sociálního klimatu ve třídě a škole, vytvoření předpokladů pro pochopení speciálních potřeb spolužáka a vytvoření povědomí vrstevníků o možnostech pohybových aktivit konkrétního žáka se SVP.</p>	<p>Program typu Paralympijský školní den (pro mladší žáky či děti v MŠ upraven pod názvem pAPÁ hrátky) nebo peer tutoring program zaměřený cíleně pouze na třídu s integrovaným žákem má za cíl pozitivní formování postojů spolužáků k účasti žáka se SVP v TV a dalších pohybových programech.</p>

<p>8. krok <i>Průběžné intervence</i> Cíl: Poradensky podpořit pedagogy, společně hodnotit plnění úkolů a cílů, flexibilně reagovat na aktuální dynamiku třídního kolektivu při realizaci TV a dalších pohybových programů.</p>	<p>Intervencí se myslí celoroční setkávání konzultanta APA s pedagogy a spolupůsobení v reálných podmínkách TV včetně společných rozborů hodin a plánování, poradenství, zaškolování v některých specifických aktivitách, případně jeho spolupodílení na celoživotním vzdělávání.</p>
<p>9. krok <i>Zapůjčování didaktických a sportovně-kompenzačních pomůcek</i> Cíl: Zvýšit kvalitu vzdělávacího procesu v TV a dalších pohybových programech.</p>	<p>Konzultant APA společně s pedagogy definuje a zajistí baterii pomůcek a metodických materiálů, které by škola mohla získat mimo systém podpůrných opatření. Současně s tím zajistí společně nákup pomůcek ze systému podpůrných opatření tak, aby byl vhodně aplikovatelný v TV.</p>
<p>10. krok <i>Evaluace intervence a následné vytvoření plánu</i> Cíl: Zhodnotit efekt celého procesu vzdělávání v TV a dalších pohybových programech, nastavit následující intervenční a podpůrná opatření.</p>	<p>Pedagogové TV společně s konzultantem APA provedou na závěr intervenčního období evaluaci v oblasti motoriky, emocí, preferencí a sociálního začlenění při TV. Na základě výsledků pak připraví společně plán pro následující období.</p>

APA). V kombinaci s prioritami Olomouckého kraje v podobě projektu akčního plánu vzdělávání a přijetím šesti nových pracovníků na pozici konzultanta APA se v součtu jedná o cca 15 pracovních pozic. Dle dostupných informací European Federation of Adapted Physical Activity se stává ČR prvním státem v počtu takto zaměřených poradenských pracovníků v Evropě. Větší podporu pro společné vzdělávání nemá žádný stát v Evropské unii, což byla velká výzva a zároveň příležitost (Ješina, 2017).

Dlouhodobým etablováním pozice konzultant APA by bylo možné zabezpečit výše uvedenou podporu systému kontinuálně pro všechny stupně škol.

Poznámka na okraj: Konzultanti APA se v budoucnu v našem speciálněpedagogickém poradenském systému uplatní jako samostatná pracovní pozice (vzor USA, Kanada) nebo jako speciální pedagogové se zaměřením na TV (tzv. metodik pohybové gramotnosti – konzultant APA). Očekávané kompetence nabízíme v kapitole 2.2.2.

Mezi základní poptávanou pracovní činnost tedy patří zejména konkretizování podpůrných opatření (pomůcky, konzultace u plánu pedagogické podpory či individuálního vzdělávacího plánu, případně předmětů speciálněpedagogické péče), kooperace při jejich naplňování, předávání metodických materiálů, zaškolování asistenta pedagoga a inspirace učitele TV. Dále také komunikace s rodičem, zajištění kontaktů na případné další subjekty spolupodílející se na vzdělávání, předání kontaktů na volnočasové organizace a spolupráce při realizaci osvětových a vzdělávacích aktivit apod. (viz tabulka 1).

Zástupci škol a školských poradenských organizací tedy od nově zřízených pozic konzultantů APA mohou očekávat následující kroky. Jedná se o pracovní pozici využívanou ve vzdělávání v USA nebo Kanadě, v oblasti sociální a zdravotní například v Norsku nebo ve Finsku. Pilotně prvním zástupcem EU, který má celostátní pokrytí konzultanty APA, byla a je v letech 2017–2020 Česká republika.

Některé kraje pilotně ověřují zařazování konzultantů APA jako oficiální součást školského poradenského systému (reálné aktivity zejména Olomouckého kraje).

Základním problémem je neexistence systematické podpory v oblasti TV a pohybově orientovaných programů. Inovace postupu a změny myšlení spočívá zejména v zapojení koordinačních regionálních pracovníků, tzv. metodiků pohybové gramotnosti – konzultantů aplikovaných pohybových aktivit (zkráceně konzultantů APA). Pokud školské poradenské pracoviště preferuje spolupracující subjekty nezapojuvat, očekává se však jejich hlubší spolupráce se školou nejen v oblasti TV, ale i dalších pohybově orientovaných programech včetně vzdělávání mimo prostory běžně určené pro vzdělávání (výlety, školy v přírodě, exkurze, dopravní výchova).

Pro spolupráci školy, zákonného zástupce a poradenského pracoviště zde navrhujeme další subjekt podílející se na vzdělávání – zastoupený právě konzultantem APA – mimo oficiální systém školských poradenských zařízení. Pokud je konzultant APA součástí těchto zařízení, pak je postup shodný jako při kontaktování ostatních zástupců SPC či PPP.

Doporučení poradenských zařízení pro vzdělávání žáka se SVP pak mohou obsahovat i kontakt na další subjekty, které se na vzdělávání mohou podílet. Jedná se nejčastěji o ověřené organizace nebo jednotlivce, kteří mají zkušenosti z obdobně realizovaných intervencí. Po jejich kontaktování nejčastěji dochází k organizačním schůzkám s dohodou následných formalizovaných i neformalizovaných kroků. Zapojení těchto subjektů pak školám garantuje ověřený metodický postup, který vede k vyšší kvalitě vzdělávání žáků se SVP i jejich spolužáků bez SVP při zachování plnění všech povinností školy s maximálním možným snížením administrativního tlaku, který s dalšími subjekty společně sdílí.

Před podepsáním konkrétní smlouvy o spolupráci je definována její podoba, která může být více či méně konkretizovaná. Může však také zůstat otevřená nebo vždy specifikovaná v dodatcích ke smlouvě. Tuto spolupráci je vhodné deklarovat také ve formulářích:

- Doporučení pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole (analogicky ve školském zařízení) – deklaruje poradenské zařízení jako např. podpůrné opatření jiného druhu.
- Individuální vzdělávací plán – deklaruje škola, stejně jako jako další subjekty podílející se na vzdělávání žáka. Zároveň lze v kolonce „podpůrná opatření jiného druhu“ uvést konkrétní podporu od těchto subjektů, která nevyžaduje finanční nároky na systém podpůrných opatření (např. zapůjčení sportovní-kompenzačních pomůcek, zaškolení pedagogického pracovníka apod.).
- Plán pedagogické podpory – deklaruje škola jako podpůrné opatření jiného druhu, doplněné o doporučení k odbornému vyšetření. Toto vyšetření se může týkat doporučení registrujícího lékaře a diagnostiky motoriky, případně relevantních psychosociálních charakteristik při začlenění žáka se SVP ve vyučování.

Tabulka 2: Příklad konkrétní spolupráce

Spolupracující subjekt:	Centrum APA zřízené na katedře aplikovaných pohybových aktivit Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.
Podoba (předmět) spolupráce:	Vypracování IVP nebo podkladů pro IVP do tělesné výchovy; vypracování plánu nebo podkladů pro plán pedagogické podpory; zapůjčení sportovních a sportovně-kompenzačních pomůcek; poradenství při výběru nárokových relevantních pomůcek pro pohybové programy realizované školou či školskou organizací; přímá poradenská podpora při realizaci vyučovací jednotky TV; personální podpora při realizaci krátkodobých jednorázových pohybových programů (kurzů, výletů, pobytových akcí); diagnostika a evaluace vybraných charakteristik (motorika, psychosociální oblast relevantní pro TV); realizace peer tutoring programu pro TV; realizace osvětové a vzdělávací akce typu Paralympijský školní den; poskytnutí metodických materiálů pedagogickým pracovníkům; zaškolení pedagogického pracovníka při realizaci plaveckého nebo lyžařského kurzu.

Spolupracujícími subjekty však mohou být i zdravotnické organizace (relevance k fyzioterapeutickým či ergoterapeutickým vyšetřením a konzultacím), školská zařízení při naplňování náhradní výuky (např. při zrušení povinné výuky poslední vyučovací hodinu, viz § 50 ŠZ), spoluúčast dalších vzdělávacích subjektů při nemocnicích či jiných léčebných zařízeních.

Některá webová rozhraní poskytují relativně velké množství metodických materiálů a jiných metodicko-didaktických inspirací pro učitele TV, mezi taková patří například www.apa.upol.cz.

Příklad z praxe VIII: Při řešení inovovaného obsahu vzdělávání vysoce kvalifikovaných pedagogických pracovníků pro prostředí speciálněpedagogického poradenství v ITV bylo předkladatelům návrhu řečeno, že řada plánovaných předmětů nemá v kurikulu jiných pedagogicky a speciálněpedagogicky orientovaných programů obdobu. Tedy, že je na jiných vysokých školách nenabízí. Předkladatelé argumentovali, že právě proto je vhodné, aby se tím v ČR někdo zabýval. V praxi se jedná o poptávaná témata a chybí speciální pedagogové, kteří by byli schopni učitele (nejen TV) podpořit. Do poradenského systému by se tím konečně mohli dostat speciální pedagogové kompetentní pro problematiku ITV, jiné pohybové aktivity realizované školou i pro oblast vyučování mimo prostory určené pro vzdělávání. Tento argument nebyl ze strany schvalovacího orgánu MŠMT uznán a byl uveden jako hlavní důvod, proč předkládaný program jako

speciálněpedagogický nepřijmout. A to i přes uznání a oficiální deklaraci toho, že splňuje všechny formální požadavky včetně schválení příslušnou akreditační komisí, vědeckými radami i ostatními akademickými orgány.

Mimochodem, kurikulum i nabízený program byly podpořeny významnými organizacemi, jako jsou Asociace pracovníků speciálněpedagogických center, jeden z největších zaměstnavatelů školských poradenských pracovníků PPP a SPC Olomouckého kraje, nebo vrcholným zástupcem Ústavu speciálněpedagogických studií pověřeným otázkami akreditací. Podporu při argumentaci nabídla i kancelář tehdejší poslankyně a jedné z předsedkyň Disability Panel Evropského parlamentu v Bruselu a Kancelář veřejného ochránce práv, ombudsmana (oddělení ochrany práv osob s postižením).

Shrnutí kapitoly 2:

ČR disponuje know-how, které je však s ohledem na nižší úroveň mezioborové provázanosti obtížné implementovat do praxe. Na jedné straně jsme svědky snah o rozvoj kompetencí učitelů TV o oblasti ITV, na druhé straně je patrná snaha o zařazování relevantních témat do vzdělávání speciálních pedagogů či asistentů pedagoga. Paralelně s tím jsou však v ČR již více než 25 let rozvíjeny vysokoškolské obory a specializace, které připravují odborníky právě na tuto oblast. Díky praktickým aplikacím zahraničních zkušeností a díky vstřícnosti a osvědčenosti autorit z praxe je možné oblast ITV rozvíjet i mimo mainstreamová řešení a koordinaci MŠMT. Možná právě proto jsme u nás, stejně jako v zahraničí stále svědky nedostatečných kompetencí u učitelů TV (včetně učitelů na 1. stupni ZŠ či učitelů v MŠ), asistentů pedagogů i v poradenském systému působících speciálních pedagogů. Je nutná inovace systému, která umožní zaměstnávání podpůrných poradenských pracovníků, kteří budou spolupracovat s dalšími relevantními pedagogickými pracovníky a rodiči na zařazování žáků se SVP do TV a dalších pohybově zaměřených aktivit školy, včetně rozvoje jemné a hrubé motoriky s terapeutickým přesahem do oblasti zdravého psychosociálního i fyzického rozvoje žáků.

České vysoké školství již více než 30 let zařazuje povinné předměty typu zdravotní tělesná výchova do svých kurikul u oborů připravujících budoucí učitele TV. Řada vysokých škol pak zařazuje předměty z oblasti aplikovaných pohybových aktivit nebo přímo aplikované tělesné výchovy jako povinné (5 škol) nebo volitelné (1 škola) pro všechny studenty relevantních vysokoškolských oborů (Baloun, Kudláček, & Čepička, 2013). Na dvou vysokoškolských pracovištích (FTK UP v Olomouci a znovu i FTVS UK v Praze) je nabízen obor přímo zaměřený na přípravu odborníků v oblasti aplikované tělesné výchovy a zdravotní tělesné výchovy (Kudláček, 2014; Vařeková, Daďová, Levitová, & Prokešová, 2014).

Při získávání kompetentních dohlížejících osob je jednou z těch nejčastěji využívaných cest spolupráce s vysokoškolskými subjekty, které nabízejí programy (dříve obory) orientované na vzdělávání (nově učitelskou nebo neučitelskou pedagogiku). Pro zjednodušení lze takovou spolupráci rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou nebo jednorázovou. Tato spolupráce má charakter smlouvy mezi zainteresovanými subjekty, např. jako tzv. smlouva o fakultní škole nebo smlouva o spolupráci. Zajišťuje školám možnost přijímat oficiálně nekvalifikované, ale kompetenčně částečně vybavené studenty příslušných programů a získat metodickou podporu vysokoškolských pedagogů bezplatně nebo dokonce s možností finanční odměny škole nebo zaměstnancům školy. Krátkodobá spolupráce se týká např. několikadenní nebo několikaměsíční podpory, která se neopakuje vůbec nebo jen minimálně. Jedná se např. o účast žáka se SVP na plaveckých kurzech, v konkrétním předmětu (např. dopravní výchova), při konkrétní praxi (např. na středních školách) nebo při účasti na mimoškolních pohybově zaměřených aktivitách. Jednorázová spolupráce je pak realizována v rámci lyžařského kurzu, školy v přírodě, adaptačního kurzu nebo školního výletu.

3

Jak, co a pro koho...?



„Největším objevem v mém životě je zjištění, že lidé mohou změnit své vnější životy změnou vnitřního myšlení.“ William James

Při implementaci inkluzivních přístupů ve vzdělávání v ČR je často opomíjena spolupráce s dalšími subjekty mimo školu a školská poradenská zařízení. Přitom příklady dobré praxe v zahraničí, ale i u nás, představují jasný důkaz finanční, časové i personální efektivity takové spolupráce.

3.1

Jak diagnostikovat?



„Dospělí si potrpí na číslice. Když jim vypravujete o novém příteli, nikdy se vás nezeptají na věci podstatné. Nikdy vám neřeknou: ‚Jaký má hlas? Které jsou jeho oblíbené hry?‘ Místo toho se zeptají: ‚Jak je starý? Kolik má bratrů? Kolik váží? Kolik vydělává jeho otec?‘ Teprve potom myslí, že ho znají.“ Antoine de Saint-Exupéry

Ondřej Ješina

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

- a) Přípravenost učitele TV – je důležité zjistit, zda je učitel ochoten žáka s postižením integrovat a jakou podporu by pro kvalitní integraci potřeboval.
- b) Přípravenost vnějších faktorů – kompenzační pomůcky, sportovní vybavení, dostupnost sportovních ploch, architektonické bariéry, připravenost ostatních žáků, kurikulum, možnosti pohybových aktivit ve třídě.
- c) 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 většinou bývá pro všechny zúčastněné z hlediska jeho specifčnosti problematický. Proto se v této kapitole budeme snažit přiblížit postup při jeho zpracování a další okolnosti, které se IVP a inkluzivní TV týkají. Abychom byli jako pedagogové schopni adekvátně zhodnotit efektivitu výchovně-vzdělávacího procesu, je nutné zařadit diagnostiku jako jeho nedílnou součást. V TV se jedná o jednu z velmi podceňovaných součástí výuky. V praxi se často setkáváme s technikou „kouknu a vidím“, případně s argumenty, že za letitou praxi snad učitel TV ví, co má diagnostikovat. I když v žádném případě nezpochybňujeme a nerozporujeme kompetence zkušených „tělocvikářů“, přesto by bylo vhodné se alespoň zamyslet nad zařazením diagnostických nástrojů do výchovně-vzdělávacího procesu. Diagnostika nám pomáhá objektivizovat stav třídy a jednotlivých žáků. Dává nám šanci lépe nastavit výukové cíle. Prostřednictvím vstupní a výstupní diagnostiky můžeme hodnotit progres a případně jej zařadit i do celkového hodnocení žáka, nejčastěji numerického vyjádření v průběhu školního roku nebo i v jeho závěru.

Poznámka na okraj: Diagnostika, stejně jako následná evaluace, může mít nejen charakter kvantitativní, ale i kvalitativní. Díky kvalitativnímu se můžeme soustředit na pedagogické úkoly (výzvy), které můžeme a nemusíme promítnout do hodnocení žáka, každopádně nám však pomohou optimalizovat proces v konkrétní třídě.

Diagnostika motorických dovedností a z toho vyplývající vhodně nastavené aktivity jsou obtížnější u žáka, který s TV začíná (nebyl v předchozích letech do TV začleněn). Proto je důležité, aby byla prováděna průběžná evaluace IVP z důvodu včasného zařazení nutných úprav.

V případě průběžné evaluace inkluzivní TV je nevhodnější použití metody pozorování a rozhovoru. Při hodinách TV doporučujeme sledovat následující:

- 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 jednotky TV a po ní? 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-li nové okolnosti, které je důležité reflektovat). Dvakrát ročně školské poradenské zařízení vyhodnocuje dodržování postupů a opatření uvedených v IVP (Jucovičová et al., 2009).

Po 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 ŠVP, 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 to je dobré využít při tvorbě IVP pro další rok.

Poznámka na okraj: S většinou uvedených diagnostických nástrojů pro inkluzivní TV je možné se seznámit na <https://www.apa.upol.cz/diagnostiky-priklady#studium-atv-apa>.

3.1.1

Co diagnostikovat z pozice pedagoga?



„Dobrý učitel nepředpokládá nic.“

František Vymazal

Bez implementace diagnostických nástrojů jsme velmi omezeni při tvorbě plánu pedagogické podpory nebo IVP, jelikož nemáme kritéria, ze kterých vycházet. Diagnostika u žáka se SVP je s ohledem nejen na typ, ale zejména na hloubku postižení a motorickou úroveň velmi individualizovaná. V praxi osvědčený model je spíše výběr z více diagnostických technik a následné kombinování (ideálně triangulace) dosažených dat. Využití jediné techniky nám často dává pouze rámcový přehled o zjišťované skutečnosti, ale až znalost souvislostí nám může

dát relevantní informaci pro evaluaci a následnou úpravu obsahu, organizace podmínek či jiné úpravy edukativního procesu.

Než začneme s plánováním inkluzivní TV (dále ITV) a psáním IVP či plánu pedagogické podpory, je potřeba si prostudovat lékařskou diagnostiku a vše, co bylo poskytnuto ze SPC. Navzdory kritickým hlasům odborné veřejnosti je více než žádoucí, aby vedoucí pedagog, v našem případě učitel TV, byl informován vhodným způsobem o zdravotním stavu konkrétního žáka. Ne vždy je nutné nahlížet do lékařských vyjádření, řada diagnóz předznamenává organizační nebo obsahové úpravy na základě obecně dostupných informací a doporučení. Zároveň lze požádat rodiče o spolupráci při zjišťování vstupních dat, mezi něž logicky případné kontraindikace v podobě pohybových aktivit patří. Učitelé TV jsou během své pregraduální přípravy a vzdělávání v oblasti různého přístupu k žákům s ohledem na úroveň jejich motorických kompetencí, ale i zdravotního stavu. V kompetenci lékaře nemůže být rozhodnutí o způsobu vzdělávání a o potenciálních úpravách organizace a obsahu – toto je záležitost náležitě připraveného učitele TV. Lékař není pedagog a vůbec nerozumí pedagogickým nástrojům, legislativě, úpravám kurikul, právům žáků se SVP ani vzdělávání jako celku. Učitelé TV jsou vysokoškolsky vzdělaní odborníci. Kromě toho patří APA na základě nařízení vlády o oblastech vzdělávání (nařízení č. 275/2016) k základním deseti okruhům oblasti TV, stejně jako zdravotní TV nebo rehabilitace. Učitelé TV jsou na řadě vysokých škol v průběhu svého pregraduálního vzdělání vyučováni v relevantních okruzích a oborech (anatomie, fyziologie, zdravotní TV, rehabilitace a regenerace ve sportu, základy speciální pedagogiky nebo APA), v nichž získávají a rozvíjejí příslušné kompetence k tomu, aby v kooperaci se ŠPZ tyto úpravy ve výuce implementovali. Avšak nejde o nic nového, vždyť i v současné době, pokud rodič neinicuje uvolnění z TV, je učitel TV povinen tyto úpravy realizovat, a to navíc bez oficiální možnosti získat informace o zdravotním stavu žáka.

Aby mohl inovovaný systém společného vzdělávání fungovat, je vysoce žádoucí, aby byli učitelé TV, kteří v minulosti v pregraduálním vzdělávání adekvátní přípravou neprošli, ochotni doplnit si vzdělání účastí na seminářích, v systému celoživotního vzdělávání nebo samostudiem. Tak jim to ostatně aktuálně nařizují příslušné zákonné normy ve vzdělávání. Profesioním úkolem vysokých škol je pak respektovat výše uvedené nařízení vlády, doporučení akreditačních orgánů univerzit a MŠMT, zejména pak reflektovat současnou realitu společného vzdělávání a zařazovat kurzy, moduly či alespoň předměty zabývající se ATV (včetně ITV) do pregraduální přípravy budoucích pedagogů tam, kde to prozatím stále není realizováno.

Jedním z klíčových témat pro případné doplnění kompetencí jsou kontraindikace pohybových aktivit. Jeho součástí je pak hlubší pochopení pozitivního dopadu vhodně vedených pohybových aktivit. Nezbytné však je také umět využívat modifikací aktivit pro realizaci společného vzdělávání v ITV.

Jelikož do obsahu učiva všeobecně vzdělávacího předmětu TV patří nejen činnosti ovlivňující pohybové dovednosti (pohybové hry, atletika, gymnastika atd.), ale také činnosti *ovlivňující zdraví* (význam pohybu pro zdraví, příprava organismu, hygiena při TV atd.) a *podporující pohybové učení* (komunikace v TV, organizace prostoru a pohybových činností, měření specifických motorických

dovedností atd.), je vhodné provést diagnostiku všech těchto oblastí. Získaná data nám potenciálně mohou sloužit nejen k evaluaci efektu realizovaného IVP (dosažení předem zadaného cíle, případně dílčích cílů), ale také jako podklad pro závěrečné známkování (zlepšení, rozvoj).

3.1.1.1

Jak diagnostikovat základní podmínky pro ITV?

Jedním z často zmiňovaných limitů je bariérovost prostředí, zejména architektonické bariéry. Ačkoliv se příslušné orgány i zřizovatelé snaží tuto situaci průběžně řešit, přesto stále existuje velká řada škol, pro které jsou vnější bariéry tohoto typu limitující. Přesto lze říci, že pokud jsou postoje pedagogů ve vztahu k inkluzi pozitivní, tak se většinou najde způsob, jak architektonické bariéry řešit nebo alespoň jejich negativní dopad zmírnit. I podpůrná opatření obsahují některé investiční položky (např. schodolez), které umožňují tato řešení. Přesto se jeví stále jako nedostačující (zvyšuje se čas na přesuny). Pro plánování, zejména pro úpravy organizace, je zde jednoznačně nejvyužitelnější strukturované pozorování. To se však uplatňuje nejen ve vztahu k architektonickému, ale i sociálnímu prostředí. Čeho si tedy při diagnostice prostředí všimnat:

- Prostorových podmínek školy – kolik je tělocvičen (případně heren, posiloven), vzdálenost od ostatních učeben; případně přesunu mezi budovami, školního hřiště.
- Potenciální bariérovosti budov, tělocvičny a dalších sportovišť (pro potřeby žáků s tělesným či zrakovým postižením lze využít metodiku Pražské organizace vozíčkářů – www.pov.cz).
- Zapojení žáka v pohybových aktivitách mimo VJ TV nebo v TV ještě před tvorbou podpůrných opatření (motivace k pohybu, kooperace s ostatními).
- Chování žáka se SVP při spontánních aktivitách, např. o přestávkách, a komunikace s ostatními spolužáky.
- VJ TV a práce pedagoga, způsobu zapojování všech žáků, portfolia využívaných didaktických stylů, organizačních metod apod.

Na základě rozhovoru s rodiči můžeme zjistit, jakou má žák se SVP zkušenost s pohybovými aktivitami, zda nějaké sporty či aktivity realizuje, jestli chodí na rehabilitace či cvičí s fyzioterapeutem.

Dotazování – možné otázky:

- Jaké jsou vaše vlastní zkušenosti s pohybovými aktivitami či sportem?
- Sportujete se svým dítětem?
- Jaké sporty společně realizujete?
- Jak dále podporujete své dítě v účasti v pohybových aktivitách?

- Navštěvuje váš (vaše) syn (dcera) pravidelně rehabilitační zařízení?
- Jakých pohybových aktivit je váš (vaše) syn (dcera) schopen(na)?
- Provozuje váš (vaše) syn (dcera) nějaké volnočasové pohybové aktivity nebo sport?

Možnou inspirací (zejména u žáků prvního stupně, částečně i pro děti v mateřských školách) nebo případně jako podklad s možností využití celého (zejména u dětí druhého stupně, případně na střední škole) tzv. disHBSC dotazníku jsou otázky upravené z klasického HBSC dotazníku (viz <https://www.apa.upol.cz/diagnostiky-priklady#studium-atv-apa>).

V neposlední řadě se pak osvědčila i tzv. technika nedokončených vět. Pro osoby s mentálním postižením ji pilotně ověřila a standardizovala Válková (2000). Prostřednictvím této projektivní techniky jsou zaznamenávána přání žáka, která poté strukturuje do předem připravených oblastí. Oblasti, které mohou být relevantní, jsou hyperkritičnost, či naopak nekritičnost, orientace na výkon nebo zejména pohybové aktivity. Díky porovnání výskytu odpovědí zařaditelných do těchto oblastí je možné zjistit nejen pořadí preferovaných oblastí, ale zejména pak posun těchto preferencí v průběhu například školního roku.

3.1.1.2

Jak diagnostikovat vědomosti a poznatky ohledně pohybového učení a zdraví?

Pokud se při integraci žáka se zdravotním postižením do TV stane, že začíná navštěvovat TV později než od první třídy, je nutné provést základní diagnostiku znalostí z oblasti TV. Určíme, co by měl žák z TV přiměřeně k jeho věku a výstupům aktuálního RVP (lépe ještě ŠVP) znát. Vědomosti a poznatky z oblasti TV, respektive tělesné kultury, jsou jedním z mnoha opomíjených aspektů v práci pedagogů vyučujících TV. Převažující výchovné a zdravotní cíle často způsobují opomíjení těch vzdělávacích. Ty se pak často omezují na rozvoj konkrétních dovedností s argumentem, že se jedná o vzdělávání. Toto v žádném případě nezpochybujeme, jelikož učení se novým dovednostem je klíčovou součástí konceptu tzv. pohybové gramotnosti. Přesto by znalosti aplikované z přírodopisu, biologie, výchovy ke zdraví, vzdělávacích oblastí jako člověk a jeho svět, avšak i biomechaniky, dějepisu či zeměpisu mohly být zajímavým propojením při implementaci v TV. V praxi se pak setkáváme s příklady, kdy právě důraz na tuto oblast umožnil, aby se do TV zapojili i žáci s velmi těžkým zdravotním postižením či znevýhodněním (viz obrázek 5).

Prezentace znalostí z oblasti tělesné kultury pak mohou být nejen alternativou některých velmi obtížně realizovatelných pohybových aktivit, ale také jedním z kritérií hodnocení žáka se SVP, stejně jako v ostatních vyučovaných předmětech. Aby bylo studium těchto informací spojeno s bezprostřední fyzickou přítomností žáka se SVP ve výuce, může se prostřednictvím jakéhokoliv vhodného přístroje (tablet, smartphone, notebook) realizovat při vyučovací jednotce TV.



Obrázek 5: QR kód diplomové práce zabývající se TV u žákyně se syndromem motýlích křídel (Kepič, 2017)

Podobně pak prezentace informací může být součástí nejen závěrečné části TV, ale i hlavní části při fázi odpočinku.

Samozřejmě, že výše popsaná inspirace nemůže být využívána tam, kde to není nezbytné. Není v zájmu žáka, aby byly vědomostní úkoly kompletní nebo převažující náhradou za ostatní obsah, rozvíjející jeho pohybovou gramotnost.

3.1.1.3

Jak diagnostikovat úroveň pohybových schopností a dovedností?

Jedním z parametrů, který nám umožňuje stanovit přiměřené cíle, je diagnostika úrovně motorických kompetencí. Na jeho základě je možné si vytyčit postupné úkoly a způsob jejich provedení. S ohledem na věk žáků, typ postižení a jeho závažnost je možné využít celou řadu standardizovaných i upravených testových baterií.

Mezi nejznámější a v současné době používané baterie u žáků bez SVP patří UNIFITTEST (6–60), EUROFITTEST, MABC 2 nebo TGMD-3. Kromě těchto testů aplikovatelných u žáků s minimálními motorickými obtížemi je však nutné zaměřit se i na upravené testové techniky, které respektují potřeby žáků s hlubším postižením.

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 kombinací dle publikovaného manuálu (Měkota & Kovář, 1996), je však nutné je modifikovat dle charakteru postižení a věku žáka se SVP.

MABC (Movement Assessment Battery for Children) je dalším relativně známým testovým systémem, který se týká se 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 užitá 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 vhodným pro vstupní diagnostiku k účelům tvorby IVP (Válková, 2012). Její výsledky umožňují využívat jen části testů, případně zakomponovat jednotlivé oblasti do vlastních testových baterií (Psotta & Hendl, 2012).

S ohledem na specifika podmínek a motorické úrovně žáka si lze stanovit svoji diagnostickou techniku či baterii, kterou můžeme aplikovat u jednotlivých dětí a žáků. Důležité je určit si vlastní způsob zápisu, pozorování, případně doplňkového dotazování a navrhnout diagnostiku motorických kompetencí prostřednictvím záznamového základního testu motorických předpokladů (původní autoři Bartoňová a Kudláček) u žáků s tělesným či zrakovým postižením. Podpora žáka byla hodnocena na škále – sám s oporou, s dopomocí, s výraznou dopomocí. Dopomoc je možná s využitím osoby, kompenzační pomůcky nebo kombinací. Stabilita/provedení byly hodnoceny na škále – velmi dobrá, dobrá, slabší, velmi slabá. Tato technika na rozdíl od předešlých není vhodná pro žáky s minimálními motorickými obtížemi.

Pro žáky s těžkým tělesným nebo kombinovaným postižením (souběžným postižením více vadami) je možné využít upravený test Spurnou a Vaščákovou (2011). Ty 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 pro kvantifikaci změn ve schopnostech hrubé motoriky. Autory tohoto testu jsou kanadští vědci D. Russell, P. L. Rosenbaum, L. M. Avery a M. Lane působící v Chedoke Hospital, Hamilton, Ontario. Z důvodu obsáhlosti tohoto testu, který je určen spíše pro fyzioterapeutické vyšetření, upravily tento test pro potřeby TV (vyšší využitelnost v prostředí škol či tříd primárně určených pro žáky se SVP). Tento test motorických kompetencí je rozdělen do pěti testovacích oblastí. Varianta pro testování žáků, kteří zvládají samostatnou chůzi, zahrnuje tyto testovací oblasti: A) leh a přetáčení, B) sed, C) plazení a lezení, D) stoj, E) chůze, běh a poskoky a tvoří ji 34 položek. Varianta pro testování žáků, kteří k vlastní mobilitě používají mechanického vozíku, zahrnuje testovací oblasti A) leh a přetáčení, B) sed, C) plazení a lezení, D) stoj, F) mobilita a manipulace s mechanickým vozíkem a tvoří ji 32 položek (Spurná & Vaščáková, 2011).

FUNFitness je screeningový program, který je součástí doplňkových programů speciálních olympiád (SO) s názvem Healthy Athlete („zdravý sportovec“). Z širokého spektra možných měření je smyslem části FUNFitness 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 přičleňováno 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 – FUNfitness).

Celý systém šetření je dostupný na 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 v oblasti mobility a uživatele vozíku (Válková, 2012).

TGMD-3 (Test of Gross Motor Development) je testem vývoje hrubé motoriky, který vychází z původních (stejně označovaných) testů jako jejich revize. Tento systém byl poprvé publikován v roce 1985 (Ulrich, 1985). Další verze TGMD-2 pocházela z roku 2000 (Ulrich, 2000). Je využíván v kineziologii, obecné a speciální pedagogice, psychologii a fyzioterapii. Umožňuje zaměřit se na děti od 3 do 10 let. Autor celé testové baterie Dale Ulrich již od samého počátku řeší i úpravy a standardizace tohoto nástroje pro potřeby žáků se SVP. Původně zejména u žáků s vývojovou poruchou koordinace (v zahraničí známou pod zkratkou DCD, u nás častěji jako dyspraxie), později však u žáků s různým postižením, v posledních letech například žáků s PAS, u nichž je nejnižší věková hranice 4 roky (Allen, Bredero, Van Damme, Ulrich, & Simons, 2017). TGMD-3 hodnotí 13 základních motorických dovedností, rozdělených do dvou dílčích stupnic – lokomoce a dovednosti s míčem. Výhodou této testové baterie je relativní dostupnost pomůcek potřebných pro test. Patří mezi ně míče, rakety na soft tenis, plastové páky na softball, kužele, házeční pytlíky (sáčky) aj.



Obrázek 6: Příkladky pictogramů pro realizaci testu u žáků s PAS (Allen, Bredero, Van Damme, Ulrich, & Simons, 2017)

3.1.1.4

Jak diagnostikovat sociální začlenění a zapojení do pohybových aktivit?

Pokud se již daří zahájit realizaci společných pohybových aktivit v ITV, pak je vzhledem k využití diagnostických technik vhodné pozorování s kombinací s dalšími technikami. Zjišťujeme například:

- míru zapojení v TV;
- míru začlenění mezi spolužáky při TV;
- specifické dovednosti v průběhu jednotlivých činností v TV;
- způsob provedení pohybových aktivit při realizovaném IVP v TV;
- motivace a (pozitivní) emoční působení při realizovaném IVP v TV.

Míru zapojení a začlenění je možné pozorovat a vyhodnocovat prostřednictvím techniky Didactic Inclusive Categories – Critical Incident Techniques (DIC-CIT). Jedná se diagnostickou techniku standardizovanou v ČR právě pro potřeby ITV.

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 TV. Výsledky dosažené pomocí DIC-CIT by měly odhalit časové charakteristiky skutečného začlenění žáků do hodiny a do paralelních činností a funkcí asistentů pedagoga. Více o technice v Manuálu pro hodnocení inkluzivních vyučovacích jednotek tělesné výchovy DIC-CIT pro ATV (Válková, Bartoňová, & Ahmetašević, 2012).

Možná překvapivé výsledky nám mohou nabídnout zdánlivě jednoduché techniky zjišťování emočního působení TV a pohybových aktivit. Pro žáky na prvním stupni ZŠ doporučujeme např. upravenou techniku PACES, s variantou pro žáky druhého stupně. Pro žáky středních škol se pak jako vhodnější jeví dotazník DEMOR. Ideální je pretest před začátkem školního roku nebo na začátku a na konci. Výsledky jsou výrazně ovlivněny typem aktivit před vyplňováním, proto je vhodné je aplikovat opakovaně (zejména PACES) nebo po VJ zaměřených na obdobné aktivity (myšleno na začátku a na konci školního roku).

3.1.2

Jaké podklady mohu požadovat od lékaře?

„Lékaři předepisují léky, o nichž toho málo vědí, proti nemocím, o nichž vědí ještě méně, lidem, o jejichž stavu nevědí vůbec nic.“ Voltaire



Pro účast žáka se SVP je vhodné znát podrobnou diagnostiku zdravotního postižení a případné kontraindikace týkající se pohybových aktivit. Na základě lékařského vyšetření a posléze i kinantropologické či speciálněpedagogické diagnostiky by měl být připraven obsah TV s ohledem na specifika postižení, intenzitu zatížení apod. To, že žák nesmí s ohledem na zdravotní rizika realizovat některé pohybové aktivity, by nemělo být v žádném případě důvodem k jeho uvolnění z TV. S touto hlavní myšlenkou požádáme rodiče o zajištění relevantních informací. Není možné je však nutit k iniciaci uvolnění. Jelikož se nejedná o povinnost, je možné o vyjádření (nikoliv posudek) požádat jakékoliv relevantní odborné lékaře, ale i jiné osoby, např. fyzioterapeuty. Ti nemohou de iure předložit posudek, na jehož základě může ředitel školy žáka uvolnit, ale o to nám v podstatě vůbec nejde. Strategie je odlišná, informativní, nikoliv restriktivní.

Poznámka na okraj: Posudek lékaře k účasti či neúčasti na jakémkoliv předmětu nebo mimoškolních vzdělávacích aktivitách školy (pobyty, výlety, exkurze, praxe) je však vždy vypracován na základě žádosti (iniciativy) zákonného zástupce. Prvotní impuls tedy nemůže přijít od nikoho jiného a není přípustné, aby škola na zákonného zástupce vyvíjela jakýkoliv nátlak. V praxi jsme toho přesto svědky, zejména u žáků ve vyšších stupních podpůrných opatření.

V minulosti jsme zaznamenali zájem lékařské odborné veřejnosti vyjádřit se k této problematice (Hrstková & Bothová, 2012; Máček, Radvanský, Brůnová, Daďová, Fajstavr, Kolář, ..., & Zeman, 2011; Syslová, 2016; Štěrba, 2014). Někteří z nich poukazují na neopodstatněný negativní postoj praktických lékařů pro děti a dorost k účasti žáků se zdravotním znevýhodněním na pohybových aktivitách. Dostálová (2011), ale i Syslová (2016) však také upozorňují na potenciální negativní dopady nepřiměřené, jednostranně zaměřené a mnohdy nevhodně prováděné pohybové aktivity vyvolávající v organismu nežádoucí změny. Tyto obavy se často objevují v souvislosti s žáky se zdravotním znevýhodněním a postižením. Mezi zdravotní znevýhodnění se ve školním prostředí nejčastěji řadí takové diagnózy, které negativně ovlivňují školní docházku, limitují žáky v dosahování školních úspěchů, znevýhodňují žáky při srovnání s vrstevníky. Zdravotní znevýhodnění, stejně jako zdravotní postižení, je vnímáno jako jeden z klíčových důvodů implementace některého ze stupňů podpůrných opatření.

Pro účely tvorby IVP je vhodné doplnit TV do doporučení ke vzdělávání vydaného ŠPZ. Toto doporučení ve spolupráci s ostatními odborníky zpracovává SPC. V případě, že si nejsme jistí pochopením a správným výkladem odborných lékařských termínů, doporučujeme přímo kontaktovat registrujícího lékaře či jiné lékařské pracoviště, požádat o výklad příslušné SPC nebo se poradit s jinými odborníky (například s konzultantem APA). V ideálním případě by měla fungovat spolupráce učitele TV a příslušného lékaře (je výhodou, když tělovýchovného nebo jinak odborného) a komunikace mezi nimi, při níž by bylo možné rámcově sdílet navržené pohybové aktivity a navzájem se obohacovat o nové poznatky. Podklady od lékaře by měly sloužit k úpravě IVP, řešení využití asistence, kompenzačních pomůcek, samotných realizovaných pohybových aktivit, naplánování variabilních forem, zvážení možností jednotlivých stupňů začlenění. Tyto úpravy jsou mimo jiné v kompetenci učitele TV, který by měl být na základě svého vysokoškolského vzdělání (nebo případně celoživotního vzdělání) připraven na vypracování podkladů pro IVP v TV. Na základě našich zkušeností jsme navrhli rámcovou strukturu pro vypracování anamnestických údajů sloužících jako podklad učitelu TV pro tvorbu IVP. Tento dokument je průběžně inovován a ve spolupráci s dalšími organizacemi aktualizován (viz tabulka 4). Ve zdravotnické dokumentaci mají být povinně uvedeny informace o významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, a to zejména informace z rodinné, osobní, epidemiologické, sociální a pracovní anamnézy. V našem případě nesmí být logicky opomenuta oblast pohybová. Praktický lékař vyhotovuje pro různé adresáty a různé účely tzv. výpis ze zdravotnické dokumentace. Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, stanoví, že tento výpis musí povinně obsahovat např. tyto údaje:

- Základní údaje z anamnézy doplněné o údaje nezbytné k účelu, pro který je informace vydávána.
- Informace o posledním zjištěném zdravotním stavu pacienta a rozpis jim užívaných léčivých přípravků.
- Diagnostický souhrn.
- Stručné zhodnocení dosavadního vývoje zdravotního stavu pacienta.
- Další podstatné informace z posudkové péče.
- Pokud není pro žáka vhodné, aby se účastnil tradiční TV (respektive ITV), pak by mu měla být navržena účast ve zdravotní TV, případně s ohledem na typ

školy nebo dalšího spolupracujícího subjektu pohybová výchova, rehabilitační TV nebo minimálně alespoň mimoškolní léčebná TV realizovaná fyzioterapeutem. Pokud se to vzhledem k charakteru zdravotního stavu a jeho vývoje u žáků se SVP jeví jako vhodné, je možné jako podpůrné opatření zařadit zdravotní TV jako předmět speciálněpedagogické péče. V souladu se zahraničními systémy je zdravotní tělesná výchova součástí aplikované tělesné výchovy (společně s rehabilitační tělesnou výchovou nebo pohybovou výchovou). Dostálová (2011) zdravotní TV chápe jako specifický typ TV určený pro žáky se zdravotním oslabením. Úroveň zdravotní tělesné výchovy má u nás dlouhodobě silnou tradici v samostatném pojetí jako alternativa ke klasické tělesné výchově. Zejména z tohoto důvodu jsou pro realizaci zdravotní tělesné výchovy připravováni učitelé TV, nikoliv speciální pedagogové nebo speciálněpedagogičtí učitelé. V tom vidíme, stejně jako někteří zástupci Asociace speciálně pedagogických center i základní systémový problém pro realizaci v praxi.

Tento lékařský posudek se vydává se závěrem o zdravotní způsobilosti ke sportu nebo tělesné výchově; zdravotní nezpůsobilosti ke sportu nebo tělesné výchově; zdravotní způsobilosti s podmínkou ke sportu nebo tělesné výchově. V případě organizovaného či neorganizovaného sportu nebo předmětu tělesná výchova se uvádí vždy doba platnosti posudku. Umožňuje uvolnění z TV prostřednictvím lékařské diagnostiky na základě přiřazení k jedné z řady deklarovaných diagnóz. Tento dokument kromě zamezení nebo omezení účasti na pohybových aktivitách nenabízí žádné alternativy. Nestanoví povinnost zdravotní tělesné výchovy nebo zřízení aplikované tělesné výchovy s vedením kompetentními pedagogy. V podstatě je tím řečeno, že pohybové aktivity smysluplně vedené kompetentními pedagogy neprospívají zdraví žáků např. s obezitou. Představují pro ně tedy zdravotní riziko (Ješina, 2017). Z výsledků České školní inspekce (2016) je zřejmé, že téměř 42 % škol na 2. stupni uvolňuje žáky z tělesné výchovy. Na prvním stupni se jedná o cca 1 % a na druhém stupni 2 % všech žáků v ČR. Daleko problematičtější je však situace na středních školách, kde se počet žáků uvolněných z TV zvyšuje až ke 20 % na drtivé většině škol.

Poznámka na okraj: Podle § 50 ŠZ je za nezařazení žáka do školních a mimoškolních aktivit organizovaných školou odpovědný ředitel, nikoliv registrující lékař vydávající posudek. Povinností ředitele je také stanovit náhradní způsob vzdělávání, ledaže by se jednalo o první nebo poslední vyučovací hodinu, kdy může být žák uvolněn bez náhrady. Hlavním smyslem odstavce 2 tohoto ustanovení je přechodné uvolňování z TV a mimoškolních vzdělávacích aktivit organizovaných školou v akutních případech, tedy v období intenzivní léčby nebo poúrazové (pooperační) rekonvalescence, nikoli dlouhodobé či trvalé uvolnění, k němuž podle tohoto ustanovení v praxi běžně dochází. Přímo citované ustanovení totiž vyžaduje, aby škola stanovila takový způsob vzdělávání, který odpovídá možnostem žáka. Případně může povolit vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. Zákonný zástupce pak dle litery zákona musí vytvořit pro stanovené vzdělávací podmínky.

Posouzení zdravotního stavu spočívající jen v konstatování způsobilosti nebo částečné způsobilosti není pro pedagogické pracovníky, zejména učitele TV a ředitele školy, informačně dostačující. Není jim poskytnut návod, předpoklady pro

zlepšení nebo reálné pohybové kontraindikace. Posouzení je pouze podkladem pro další postup školy, proto by mělo obsahovat dostatečné množství informací, které pomohou učitelům TV vypracovat plán pro vzdělávání, a teprve v naprosto krajním případě, pokud to doporučí školské poradenské zařízení, lze přistoupit k náhradě předmětu. Jednou z možností, jak dostatek informací získat, je použití standardizovaného formuláře (viz tabulka 3). Pokud je formulář vyplněn úplně, poskytuje všechny potřebné informace pro další postup školy. V případě, že tomu tak není, je jednoduchým řešením spojit se s odbornými lékaři nebo fyzioterapeutem, behaviorálním analytikem, psychomotorickým terapeutem či jiným terapeutem (podle diagnózy) a prodiskutovat potenciální kontraindikace či naopak vhodnost indikovaných pohybových aktivit.

Tabulka 3: Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a pohybovým aktivitám organizovaným MŠ, ZŠ, SŠ a VOŠ (v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením č. 10/2010 Sb. m. s., se zákony č. 561/2004 Sb., 373/2011 Sb., vyhláškou č. 391/2013 Sb.)

Posouzení zdravotní způsobilosti registrujícím lékařem

Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a pohybovým aktivitám organizovaným MŠ, ZŠ, SŠ a VOŠ (v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením č. 10/2010 Sb. m. s., se zákony č. 561/2004 Sb., 373/2011 Sb., vyhláškou č. 391/2013 Sb.).

Žádám o provedení jednorázové lékařské prohlídky pro účely zjištění zdravotní způsobilosti k předmětu TV a dalším organizovaným pohybovým aktivitám realizovaným v rámci povinné i nepovinné školní docházky.

Jméno a příjmení posuzované osoby:	Evidenční číslo posudku:
Jméno žadatele:	Podpis žadatele:
Adresa trvalého pobytu:	Datum narození:

Doporučení lékaře pro zařazení do různého typu aplikované tělesné výchovy (ATV) – zaškrtněte:

Integrovaná (společná) TV – s nezbytnými úpravami obsahu a podmínek dle doporučených pohybových aktivit

Zdravotně orientovaná TV – individualizovaná výuka

Pohybová výchova – skupinová cvičení, pokud žák navštěvuje ZŠ speciální

Rehabilitační TV – individuální cvičení, pokud žák navštěvuje ZŠ speciální

Léčebná TV – jako náhrada za školní ATV, realizuje nejčastěji fyzioterapeut

Jiný typ organizované TV (navrhuje lékař)

Kontraindikované pohybové aktivity:

.....

.....

.....

Doporučené pohybové aktivity (zaškrtněte doporučené a v případě, že nedoporučujete nebo navrhuje s omezením, konkretizujte):

- Relaxační a rehabilitační
- Strečink (protahování)
- Rozvoj jemné motoriky
- Rozvoj hrubé motoriky (včetně využití sportovně-kompenzačních pomůcek):
 - základní lokomoce
 - taneční a rytmické
 - sebeobslužné činnosti
 - základní gymnastika
 - atletika
 - modifikované pohybové a sportovní hry
 - aktivity ve vodním prostředí
 - lyžování a bruslení (včetně pasivního na monoski nebo sledgi)
- Rozvoj pohybových schopností:
 - rychlost
 - síla
 - vytrvalost
 - koordinace
 - flexibilita
 - rovnováha
 - prostorová orientace
- Turistika – doplňte možné aspekty ovlivňující žáka se SVP při této činnosti (teplota, intenzita zatížení):
.....
 - Velmi krátké vzdálenosti (do 2 km)
 - Krátké vzdálenosti (do 5 km)
 - Dlouhé vzdálenosti (nad 5 km)
- Cykloturistika – doplňte možné aspekty ovlivňující žáka se SVP při této činnosti (teplota, intenzita zatížení):
.....
 - Krátké vzdálenosti (do 10 km)
 - Dlouhé vzdálenosti (nad 10 km)
- Další:

Prognóza pro vývoj motoriky. Jaké jsou další plánované lékařské a zdravotnické intervence (rehabilitace, operace, předpoklad vývoje motoriky atd.):

Na základě výsledků lékařské prohlídky je posuzovaná osoba:

- zdravotně způsobilá
- zdravotně způsobilá s podmínkou (podmínky viz výše)
- zdravotně nezpůsobilá (pokud ano, pak vyplnit odůvodnění ke konkrétním aktivitám viz výše)

Má-li posuzovaná osoba nebo zákonný zástupce za to, že je lékařský posudek nesprávný, může podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání, podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro který byla posuzovaná, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou. Práva na podání návrhu na přezkoumání je možné se vzdát na základě § 43 odst. 3 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách + vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, příloha č. 1, část 5).

Datum vydání lékařského posudku:

Datum ukončení platnosti posudku (posudek se vystavuje na dobu):

Podpis posuzované osoby nebo jeho zákonného zástupce (potvrzení, že posudek převzal):

Jméno lékaře:

Podpis lékaře:

Razítko lékaře:

Tabulka 4: Lékařská zpráva odborného lékaře či zpráva zdravotnického pracovníka k tělesné výchově a pohybovým aktivitám organizovaným MŠ, ZŠ, SŠ a VOŠ (v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením č. 10/2010 Sb. m. s., se zákony č. 561/2004 Sb., 373/2011 Sb., vyhláškou č. 391/2013 Sb.)

Lékařská zpráva odborného lékaře či zpráva zdravotnického pracovníka

Žádost o vypracování lékařské zprávy z vyšetření prováděného v rámci stanovení zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a pohybovým aktivitám organizovaným MŠ, ZŠ, SŠ a VOŠ (v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením č. 10/2010 Sb. m. s., se zákony č. 561/2004 Sb., 373/2011 Sb., vyhláškou č. 391/2013 Sb.).

Žádám o provedení jednorázové lékařské prohlídky pro účely zjištění zdravotní způsobilosti k předmětu TV a dalším organizovaným pohybovým aktivitám realizovaným v rámci povinné i nepovinné školní docházky.

Jméno a příjmení posuzované osoby:	Evidenční číslo posudku:
Jméno žadatele:	Podpis žadatele:
Adresa trvalého pobytu:	Datum narození:

Doporučení lékaře pro zařazení do různého typu aplikované tělesné výchovy (ATV) – zaškrtněte:

- Integrovaná (společná) TV – s nezbytnými úpravami obsahu a podmínek dle doporučených pohybových aktivit
- Zdravotně orientovaná TV – individualizovaná výuka
- Pohybová výchova – skupinová cvičení, pokud žák navštěvuje ZŠ speciální
- Rehabilitační TV – individuální cvičení, pokud žák navštěvuje ZŠ speciální
- Léčebná TV – jako náhrada za školní ATV, realizuje nejčastěji fyzioterapeut
- Jiný typ organizované TV (navrhuje lékař)

Kontraindikované pohybové aktivity:

.....

.....

.....

Doporučené pohybové aktivity (zaškrtněte doporučené a v případě, že nedoporučujete nebo navrhuje s omezením, konkretizujte):

- Relaxační a rehabilitační
- Strečink (protahování)
- Rozvoj jemné motoriky
- Rozvoj hrubé motoriky (včetně využití sportovně-kompenzačních pomůcek):
 - základní lokomoce
 - taneční a rytmické
 - sebeobslužné činnosti
 - základní gymnastika
 - atletika
 - modifikované pohybové a sportovní hry
 - aktivity ve vodním prostředí
 - lyžování a bruslení (včetně pasivního na monoski nebo sledgi)
- Rozvoj pohybových schopností:
 - rychlost
 - síla
 - vytrvalost
 - koordinace
 - flexibilita
 - rovnováha
 - prostorová orientace

Turistika – doplňte možné aspekty ovlivňující žáka se SVP při této činnosti (teplota, intenzita zatížení):

.....

Velmi krátké vzdálenosti (do 2 km)

Krátké vzdálenosti (do 5 km)

Dlouhé vzdálenosti (nad 5 km)

Cykloturistika – doplňte možné aspekty ovlivňující žáka se SVP při této činnosti (teplota, intenzita zatížení):

.....

Krátké vzdálenosti (do 10 km)

Dlouhé vzdálenosti (nad 10 km)

Další:

Prognóza pro vývoj motoriky. Jaké jsou další plánované lékařské a zdravotnické intervence (rehabilitace, operace, předpoklad vývoje motoriky atd.):

.....

.....

Na základě výsledků lékařské prohlídky je posuzovaná osoba:

zdravotně způsobilá

zdravotně způsobilá s podmínkou (podmínky viz výše)

zdravotně nezpůsobilá (pokud ano, pak vyplnit odůvodnění ke konkrétním aktivitám viz výše)

Má-li posuzovaná osoba nebo zákonný zástupce za to, že je lékařský posudek nesprávný, může podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání, podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro který byla posuzovaná, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou. Práva na podání návrhu na přezkoumání je možné se vzdát na základě § 43 odst. 3 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách + vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, příloha č. 1, část 5).

Datum vydání lékařského posudku:

Datum ukončení platnosti posudku (posudek se vystavuje na dobu):

Podpis posuzované osoby nebo jeho zákonného zástupce (potvrzení, že posudek převzal):

Jméno lékaře:

Podpis lékaře:

Razítko lékaře:

3.2

Co to jsou kontraindikace pohybových aktivit?

„Lékaři si myslí, kdovíjak pomohli nemocnému, když dali chorobě vhodné jméno.“ Immanuel Kant



Michaela Lehnertová, Ondřej Ješina

Pohyb je determinantou života. To, že se hýbeme, dokazuje, že žijeme. A nemusí jít jen o pohyb těla jako takového. Jak rozeznat, že nehybné tělo žije? Vidíme dýchací pohyby, cítíme pohyb krve v cévách. Pohyb je neoddelitelnou součástí života od početí po smrt. Zkušenosti dítěte s pohybem hrají důležitou roli při formování jeho osobnosti (Blythe, 2012).

Prostřednictvím pohybu můžeme vyjádřit sami sebe, komunikovat, získat sebevědomí, soupeřit nebo spolupracovat. Pohyb zahrnuje všechny úrovně od základních životních projevů (dýchání, reflexy, příjem potravy, vylučování, srdeční tep, akomodace oka, růst...) přes vzpřimování se, otáčení, lokomoci, běžné denní činnosti, pohyb v TV, rekreaci až po vrcholový sport (Pastucha, Filipčíková, Bezdičková, Blažková, & Hyjánek, 2011). Pohybová aktivita a její projevy prodělávají v průběhu života významné změny. Spontánní aktivita je nejčetnější v předškolním věku a snižuje se v období nástupu do školy (Fraňková et al., 2015).

Přiměřená pohybová činnost působí pozitivně a stimulačně na organismus a má nenahraditelný vliv na zdraví člověka. Naopak nepřiměřená, jednostranně zaměřená a mnohdy nevhodně prováděná pohybová aktivita vyvolává v organismu člověka nežádoucí změny. Děj, kdy reakce na zátěž není fyziologická, nazýváme maladaptace. Schopnost správně vykonat pohyb závisí na mnoha faktorech:

- věk;
- kvalita psychomotorického vývoje;
- pohlaví;
- dědičnost, somatotyp;
- aktuální zdravotní stav;
- vlivy prostředí (rodina, společnost, rasa, podnebí...). (Pastucha et al., 2011)

Pro osoby s postižením je pohyb o to důležitější, protože vyjma všech zřejmých benefitů je pro ně pohyb součástí léčby a prevencí či zmírňováním dalších přidružených potíží. Kábele (1992) uvádí na příkladu vozíčkářů specifické cíle TV a sportu:

- *Rozvíjení základních pohybových schopností a dovedností* – obratnost, síla, vytrvalost, udržení rovnováhy, prostorová orientace, reakční rychlost, bravurní zvládnutí jízdy na vozíku, manuální zručnost apod.
- *Osvojení žádoucích regeneračních a kompenzačních metod* – psychorelační technika, kompenzační cvičení proti svalovým dysbalancím, posilování, strečink aj.
- *Formování psychických vlastností* – volní úsilí, schopnost koncentrace, zvládnutí emocí, adaptace a kooperace, vyrovnávání se s konfliktními situacemi, kompenzace pocitů méněcennosti.
- *Překonávání sociálních bariér* – přijetí sociálních rolí, setkávání se s obdobně postiženými, navazování kontaktů se zdravou populací, pozitivní příklad pro dosud nesportující vozíčkáře, možnost výměny zkušeností a informací aj.
- *Předcházení vzniku civilizačních chorob* – vznikají především z nedostatku pohybu, nevhodné životosprávy, z vlivu stresových faktorů.

Avšak aby jim pohyb neškodil, je velmi důležité znát kontraindikace různých diagnóz k různým druhům pohybových aktivit. Proto je nezbytné být informován o zdravotním stavu dítěte a být si vědom možných komplikací základní diagnózy (Kálal, 2011). Obecné kontraindikace pohybové zátěže jsou: horečka; změny teploty; exacerbace (zhoršení) chronického onemocnění; akutní formy onemocnění; období rekonvalescence po prodělaném onemocnění (Kučera & Radvanský, 2011).

Aktivity v TV by měly být zdraví prospěšné a smysluplné. Ideálně by si z nich dítě mělo odnést něco do běžného života, např. zlepšení kondice, úpravu držení těla, aby v lavici sedělo optimálně, lepší soustředění, podporu kognitivních funkcí uplatnitelnou v dalších předmětech atd. Učitelé TV hrají velkou roli v rozpoznávání odchylek od optimálního psychomotorického vývoje. Společně s trenéry vidí žáky nejčastěji v pohybu, mohou sledovat jejich průběžný motorický projev, progresi v pohybu a srovnat je s ostatními spolužáky. Další podstatnou roli v tomto řetězci hrají lékaři a rodiče, jenže ti nevidají žáky v pohybu tak často.

3.2.1

Koho se mohou týkat kontraindikace pohybových aktivit – obecně?

„Nedostatek aktivity ničí přirozený stav člověka, zatímco pohyb a fyzická námaha ho vylepšují.“

Platón



Pedagogové jsou mnohdy schopni všimnout si u svých žáků odchylek od vývoje. V TV i v ostatních předmětech mohou usuzovat z toho, jak žáci sedí v lavici, jestli dobře vidí na tabuli nebo jak chodí po chodbě. Mnohdy se však k tomu necítí kompetentní. Dalším faktorem, proč je vadné držení těla opomíjeno nebo přehlíženo, je nedostatek času. Musí se stihnout vše, co je na programu pro daný školní rok, ale na kvalitu provedení se až tak nehledí. Avšak v tomto období, kdy se dítě vyvíjí, by měl být obzvláště kladen zřetel na kvalitu pohybu, na správné držení těla a korekci ostatních odchylek od optimálního vývoje. To, co si dítě odnese z takových hodin TV, využije i v následujících letech (Lauper, 2007). TV a organizované volnočasové aktivity představují pro žáky důležité možnosti pohybu (Learmonth et al., 2019). Tělovýchovné aktivity pozitivně ovlivňují plnohodnotné zapojení do společnosti a významně rozšiřují zónu sociálních kontaktů. Sport pomáhá odbourávat pocity méněcennosti a zbytečnosti a poruchy seberealizace. Tělesná výchova a sport umožňují společnou participaci zdravých a postižených. Tato skutečnost se ukazuje především v TV, kde nejsou žáci s postižením osvobozováni či nějakým způsobem zvýhodňováni či diskriminováni (Kábele, 1992).

PŘEDŠKOLNÍ VĚK V POHYBU

V období mezi 3.–6. rokem nedochází k tak velkému přírůstku na výšce a hmotnosti jako v prvních třech letech života. V tomto období dominuje nárůst funkcí centrálního a autonomního nervového systému, dítě má zájem o okolí, je zvědavé a zlepšují se rovnovážné a koordinační schopnosti pro získání složitějších pohybových návyků. Proto je v této době vhodné začít s nácvikem pravidelných pohybových aktivit, např. bruslení, lyžování či plavání. (Pastucha et al., 2011). Můžeme říci, že kolem 3.–4. roku má již chůze dítěte (cyklický pohyb) parametry zralé chůze – je automatická, rovnoměrná, se souhyby horních končetin, započatá úderem paty, odvíjí se palec, užší opěrná báze atd., avšak její vývoj pokračuje až do mladšího školního věku. Z acyklických pohybů zvládne dítě nejprve seskok, skok do dálky a nejspíše skok do výšky. Všechny tyto typy většinou děti zvládnou s nástupem do školy. V tomto období vyžívají také vzory chytání, házení a úderů (Kučera et al., 2011). Díky větší výšce a delším končetinám než u batolete jsou pohyby dítěte přesnější, koordinovanější a efektivnější na úrovni jemné i hrubé motoriky. Přirozeně se formuje tělesná zdatnost a všestrannost dítěte. Doporučuje se střídání rychlostní, obratnostní a dynamické silové činnosti,

ideálně formou hry. Vzhledem k silné motivaci a inspiraci okolím se s dětmi při volnočasových a sportovních činnostech většinou velmi dobře spolupracuje, mají z pohybu spontánní radost a cítí jeho potřebu (cca 6 hodin denně). Někdy je tato potřeba pohybu mylně interpretována jako nekázeň dítěte a trestání může negativně ovlivnit vztah k pohybu (Pastucha et al., 2011).

Nástup do mateřské školy (MŠ) představuje pro dítě poměrně výrazný zásah a klade velké nároky na zvládnání emocí a nové role, sociální vazby či samostatnost. Vhodným způsobem, jak dítěti pomoci zvládnout tuto náročnou situaci, jsou společné volnočasové aktivity – cvičení nebo plavání rodičů s dětmi, návštěva dětských center atd. (Hátlová, 2011). Již v MŠ jsou dnes tendence podporovat začlenění dětí se SVP. Právě předškolní (ale i mladší školní) věk je senzitivním obdobím pro formování osobnosti a v tomto věku se vytváří základy postojové a názorové. Zároveň však dochází v tomto období, kdy se děti (později žáci) setkávají mimo nukleární rodinu s ostatními vrstevníky, k vzájemnému ovlivňování a začleňování, stejně jako k inspiraci nebo efektu srovnávání.

Tabulka 5: Jemná a hrubá motorika předškolního dítěte (upraveno dle Kučera et al., 2011)

Jemná motorika	Hrubá motorika
Tužkový úchop	Samostatná střídávavá chůze ze schodů
Použití jídelního příboru, toaletních potřeb	Stoj na jedné noze 3–5 s
Zapínání zipu	Skok do dálky, přeskok, výskok
Zavazování tkaniček	Kopnutí do míče
Rozvoj bimanuální koordinace	Běh s vyhýbáním se překážkám
Jistá laterální ruky	Chůze po čáře (10 kroků)
Psaní tiskacím písmem	Střídávavá chůze po kladině

MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK V POHYBU

Školní věk můžeme rozdělit na mladší školní věk (7–11 let, období růstového klidu) a starší školní věk (12–15 let, období puberty). (Pastucha et al., 2011) S nástupem do školy se snižuje míra pohybové aktivity, což může být počátkem vzniku obezity nebo vadného držení těla. Málokterý pedagog si uvědomuje, jak velkou zátěž a sebezapření představuje pro školáka statická poloha. V ideálním případě by dítě mělo trávit pohybem stejný čas, jako tráví ve škole, tzn. zhruba 5 hodin denně. TV je vhodnou příležitostí, jak dítěti ukázat zdravý životní styl, budovat disciplinovanost, kooperaci, toleranci, fair play, a zvyšuje pravděpodobnost, že si vytvoří návyk pravidelně se účastnit mimoškolních pohybových aktivit (Pastucha et al., 2011; Zounková, Kučera, & Dylevský, 2011).

V mladším školním věku neboli v období „fyziologické hypermobility“ je ideální rozvíjet obratnost a ohebnost. Přispívá k tomu i dozrávání mozečkových funkcí, které se na koordinaci a rovnováze ve velké míře podílejí (Pastucha et al., 2011). Kloubní spojení jsou měkká a pružná, osifikace pokračuje rychlým tempem, dochází k ustálení zakřivení páteře, kostra však ještě není plně vyvinuta (Jansa & Dovalil, 2007). Při optimálním zatěžování a osvojování pohybů se velmi rychle

učí, nemají strach a zábrany a získanou koordinaci dokáží využít po zbytek života. Rozvoj obratnosti by neměl překračovat fyziologický rozsah, jinak povede k hypermobilitě (Pastucha et al., 2011). Je to období velké vnímavosti k pohybu, ideální pro zvládnutí základů sportů a jejich zdokonalování (Hátlová, 2011). Dále je toto období (až do 14 let) vhodné pro budování rychlostních dovedností, kdy se formuje nervový základ rychlosti. Po 15. roce přirozená schopnost zvyšování rychlosti klesá a její další rozvoj lze zajistit prací na silových schopnostech. Silové aktivity můžeme zařadit i dříve, ale pouze s vlastní vahou nebo maximálně do 10 % hmotnosti dítěte. Intenzivní silový trénink s nepřiměřenou zátěží je velmi rizikový, neboť může vést k redukci tělesné výšky a k hypertenzi (Pastucha et al., 2011).

V tabulce 6 jsou uvedeny jemně a hrubě motorické dovednosti, které by mělo zvládat dítě v mladším školním věku.

Tabulka 6: Jemná a hrubá motorika dítěte mladšího školního věku (upraveno dle Kučera et al., 2011)

Jemná motorika	Hrubá motorika
Lepší preciznost v manipulaci s drobnými předměty	Posturální kontrola podobná dospělému
Vývoj specifických úchopových dovedností	Balanční strategie podobné dospělému
Zdokonalení rukopisu	Zralá forma běhu a skoku
Zdokonalení dovedností ruky při jezení, házení, chytání	Hopsání

STARŠÍ ŠKOLNÍ VĚK A ADOLESCENCE V POHYBU

Školní věk můžeme rozdělit na mladší školní věk (7–11 let, období růstového klidu) a starší školní věk (12–15 let, období puberty), (Pastucha et al., 2011). Adolescence se běžně vymezuje jako období mezi starším školním věkem a dospělostí. Vzhledem k významným celosvětovým změnám v životním stylu posledních let se období adolescence rozšiřuje, a to od 10 do 24 let. Puberta nastupuje čím dál dříve, a naopak věk pro změnu sociální role, ukončení vzdělání, rodičovství či manželství se prodlužuje (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, & Patton, 2018).

Po období relativního růstového klidu v předškolním a mladším školním věku nastává v pubertě akcelerace růstu, mění se délka končetin a poměr jejich délky. Chlapcům obvykle vyhovují činnosti zaměřené na výkon a zvládnutí rizika, dívky upřednostňují nesoutěžní aktivity s estetickým zaměřením (Hátlová, 2011). Toto období je kritické z hlediska rozvoje entezopatií (přetížení, zánět šlach) a projevů maladaptace z přetížení. Velkou pozornost je třeba věnovat přetížení páteře velkým závažím nebo stlačením páteře. Nevhodné jsou např. hry, kde se žáci nosí na zádech. Než se organismus na nové podmínky adaptuje, může se objevit přechodná neohrananost. Sportovní výkonnost žáků je obvykle velmi dobrá, dosahují dobrého provedení, vědí, kdy využít jednotlivé pohybové strategie (Pastucha et al., 2011). Trénink již může probíhat ve všech typech pohybových aktivit s adekvátní zátěží a kompenzací. Pokud byla pohybová aktivita nevhodně zvolena, začne se to projevovat poklesem zájmu a výkonnosti (Zouňková, Kučera, & Dylevský, 2011).

V období adolescence se odhaluje zásadní rozdíl ve výkonu dívek a chlapců a je potřeba odlišit metodiku vedení tréninku. Adolescenti jsou schopni podávat výkony na horní hranici svých možností a ještě ji dále posunovat (Hátlová, 2011). Do jisté míry si umí sami navrhnout cvičební program. Uvědomují si souvislost fyzické aktivity s jejími dopady na tělesnou zdatnost, výkon, psychiku i zdravotní benefity. Věnují pozornost tepové a dechové frekvenci, vnímají, jak se při pohybu cítí, monitorují si ušlé kroky, vydanou energii a dávají prostor zotavení – protahování, regenerace (Pastucha et al., 2011).

3.2.2

Koho se mohou týkat kontraindikace pohybových aktivit – konkrétní diagnózy?



„Jednou z nejrozšířenějších nemocí je diagnóza.“

Karl Kraus

Ačkoliv v této publikaci neuvádíme zdaleka kompletní výčet diagnóz, zaměřili jsme se alespoň na ty, se kterými se v praxi setkáváme nejčastěji. Při jejich výčtu je však nutné upozornit, že jakékoliv zobecnění má pak v praktickém využití některé limity. Nezapomínejme na to, že zdraví, o které se v tomto tématu tak často jako o nedotknutelný pojem opíráme, má kromě fyzického také rozměr psychický, sociální a možná i spirituální.

Poznámka na okraj: Představa některých pedagogů typu „Můj žák má diagnózu X, tak mi řekněte, co s ním mohu dělat?“ je zjednodušující a může být vysoce nepřesná. Stejně tak je chybná úvaha, že když má žák konkrétní diagnózu uvedenou v jakémkoliv dokumentu či doporučení, pak má být bezesbytku z této pohybové aktivity vyčleněn.

ASTMA BRONCHIALE

Průduškové astma je nejčastějším chronickým respiračním onemocněním dětského věku, které způsobuje nadměrnou reaktivitu průdušek vedoucí k opakované dušnosti, pískotu při dýchání, tlaku na hrudníku a dráždivému kašli a hvízdavému dechu (GINA, 2011; Szabová, 2003). Dle Kašáka (2010) mohou za vznik astmatu faktory dědičné společně s faktory prostředí. Mezi nejzávažnější dědičnou predispozici pro vznik astmatu patří atopie. Spouštěče astmatu lze rozdělit na specifické (alergeny, profesní látky) a nespecifické (tělesná námaha, hyperventilace, cigaretový kouř, smog, respirační infekce, emoce).

Sledování vývoje a průběhu dětského astmatu je zcela zásadní pro prognózu vývoje nemoci ve všech věkových kategoriích. U dvou třetin dětí se první příznaky projeví do tří let života. Neplatí však tvrzení, že čím dříve se astma u dítěte vyskytne, tím je větší šance na vyléčení nemoci. Pokud se léčba aplikuje včas, lze u většiny dospívajících pozorovat, že netrpí téměř žádnými příznaky, považovat však nemoc za vyléčenou je zcela klamné. Mírné příznaky se mohou kdykoliv objevit, nebo se mohou dostavit příznaky i těžší formy nemoci. Pravděpodobnost úplného vyléčení nemoci je v podstatě nulová (Pohunek & Svobodová, 2013).

Hlavním cílem v léčbě astmatu u dětí je bezpochyby úplná kontrola nad onemocněním, což je velmi podobné stavu úplného zdraví. Ve stavu úplné kontroly není pacient nijak omezen v běžných činnostech, může se věnovat všem sportům, a to i na vrcholové úrovni. Mnoho autorů se shoduje na dvou základních částech komplexní léčby bronchiálního astmatu u dětí. Důležitou součástí léčby není jen vhodně aplikovaná farmakoterapie, ale také zavedení režimových opatření (Petrů, 2006; Krčmová & Novosad, 2010; Turzík, 2012; Pohunek & Svobodová, 2013; Vávrová, 2014).

Pravidelná pohybová aktivita hraje důležitou roli v léčbě dětí i dospělých s bronchiálním astmatem. Ještě v 80. letech 20. století se pacientům nedoporučovalo být pravidelně pohybově aktivní z důvodu obav z vyvolání astmatického záchvatu. Žáci byli zcela běžně uvolňováni z TV a současně s tím jim byla zakazována fyzická zátěž. Novodobé poznatky však prokázaly, že pravidelná pohybová aktivita, která je správně volena, může mít na vývoj onemocnění pozitivní účinky (Meško, 2005). Zvyšování tělesné zdatnosti je formou prevence dušnosti (Kučera, Dylevský et al., 1999). Aby se mohli astmatici bez problémů věnovat pohybové aktivitě, je nutné astma správně léčit a dostat ho aspoň pod částečnou kontrolu. V tomto případě se dá u astmatiků pohybovou aktivitou zvýšit odolnost organismu např. vůči chladu či únavě. Zároveň se mohou děti s astmatem věnovat jakékoliv pohybové aktivitě stejně dobře jako děti zdravé. Mohou se bez komplikací zapojit do všech školních činností společně s ostatními žáky (Stejskal, 2012).

Všeobecně se doporučuje při začátcích pohybové terapie u astmatických dětí 30–40 min. cílené pohybové aktivity při 60–80% tepové frekvenci, a to minimálně 3–5× týdně pod přísným dohledem (Meško, 2005). Asi 60 % astmatiků trpí na pozátěžový bronchospasmus. Obvykle se vyskytuje 4–10 min. po fyzické námaze. Vzniklá dušnost však nedosahuje intenzity astmatického záchvatu a dá se jí předcházet užitím bronchodilatačních léků. Pohybovou aktivitou, při níž se pozátěžový spasmus bronchů u astmatiků objevuje výjimečně, je plavání, díky tomu, že vdechovaný vzduch je relativně teplý a vlhký (Kučera, Dylevský et al., 1999). Pokud to zdravotní stav pacienta dovoluje, není doporučeno vyhýbat se pravidelné pohybové aktivitě, naopak by se měla provozovat ve stejných dávkách, jaké jsou doporučovány pro zdravé jedince. Před jakýmkoliv typem pohybové aktivity je důležité dopředu dostatečně zahřát organismus (min. 10 minut). Nejvhodnějšími aktivitami je rychlejší chůze a následný strečink. Úplně stejný postup pak následuje po ukončení intenzivní pohybové aktivity, aby se organismus zklidnil. Je nanejvýš důležité, aby byla pohybová aktivita volena individuálně dle aktuální fyzické zdatnosti. Intenzita, doba trvání, frekvence a druhy pohybové aktivity by měly být nejprve konzultovány s lékařem. V úvahu se pak bere i místo pro pohyb, venku záleží na ročním období a aktuálním počasím (na jaře a v létě

zvýšená prašnost a množství alergenů, v zimě chladný vzduch), při nevhodných podmínkách volíme pohyb v uzavřených prostorách. Dle Meška (2005) můžeme sportovní aktivity rozdělit na astmatiky relativně hůře tolerované, mezi které se řadí dlouhá jízda na kole, dálkové běhy, běh na lyžích, lední hokej, rychlobruslení, pozemní hokej, fotbal, horolezectví a horská turistika, a relativně dobře tolerované, ke kterým patří plavání, běh a jogging, rychlá chůze, turistika, tenis, sjezdové lyžování, volejbal, squash, golf, baseball, gymnastika, vzpírání, wrestling, kanoistika a veslování. Jako doplňkové vytrvalostní cvičení pro všechny věkové kategorie je nevhodnější jóga, která učí relaxačním technikám, odbourává stres a pomáhá cvičit správné dýchání. Stejný autor pak uvádí, že kromě všeobecných účinků má pravidelná pohybová aktivita u astmatiků také specifické účinky jako např. nárůst tolerance vůči dušnosti a snížení pocitů úzkosti, snížení medikace, úprava dýchání, snížení svalové únavy a lepší zvládnutí astmatických záchvatů, zvýšení celkové imunity organismu.

Pokud dojde k astmatickému záchvatu, nabízí pedagogům Daďová a Majorová (2015) následující doporučení:

- Především nepanikařte a zůstaňte v klidu. Vyděšený učitel žáku s astmatickým záchvatem nepomůže.
- Žákovi umožněte přejít do úlevové polohy (sed či dřep) tak, aby si mohl zapřít horní končetiny, případně ho nechte zaujmout polohu, která mu vyhovuje (nemocní podvědomě zaujímají úlevovou polohu). Nikdy nenuťte dítě si lehnout! Zabraňte pohybu (včetně chůze).
- Pomozte žákovi aplikovat jeho vlastní lék v předepsané dávce. Žáka slovně uklidňujte a vyzvěte ho k pravidelnému dýchání.
- Zajistěte přísun čerstvého vzduchu, případně uvolněte těsný oděv.
- Pokud nedojde v krátké době, tedy během několika minut, ke zlepšení stavu či je průběh záchvatu závažný, volejte neprodleně záchrannou službu na 155. Žáka neopouštějte, stav se může i přes podání léků zhoršit. Sledujte životní funkce a v případě potřeby ihned zahajte resuscitaci.

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Přílišná nekontrolovaná zátěž.
- Působení alergenů – prach, pyl, chlad, roztoči, zvěř, plísně, kouř, chemikálie.

ATOPICKÝ EKZÉM, LUPÉNKA

Atopický ekzém (AE) spadá do skupiny dermatitid. Jedná se o silně svědivé, chronické, neinfekční, zánětlivé onemocnění, při kterém se střídá období klidu a zhoršení. Často se připojují i různé alergie. Atopici mají zhruba 2,5× vyšší riziko alergické rýmy a 5× vyšší riziko astmatu (Benáková, 2009). Uvádí se, že 60–80 % dětských ekzematiků jsou alergici. Typ alergenu, na který reagují, se s věkem mění (Gutová, 2012).

AE je onemocněním převážně kojeneckého a dětského věku. V České republice trpí AE 16 % dětí do 1 roku života, 12 % dětí do 15 let věku a 3 % dospívajících nad 16 let. Mezi rizikové faktory patří pozitivní rodinná anamnéza, těžší průběh AE v dětství a přítomnost respirační atopie (Hercogová, 2005). Projevy AE jsou velmi variabilní a mění se v závislosti na věku pacienta. V tabulce 7 jsou uvedeny faktory, které mohou projevy AE vyvolat a zhoršit. Ve školním věku se ložiska suché a zhrubělé kůže nacházejí nejčastěji na obličeji, krku, hřbetu ruky, prstech, nártu, na loktech, pod koleny, na hýždích a zadní straně stehen (Nečas, 2011).

Tabulka 7: Hlavní příčiny vzplanutí nebo zhoršení ekzému a „spouštěče záchvatů svědění“ (Nevoralová, 2015)

1. Zvýšená suchost pokožky ekzematika – atopika	
2. Iritací („dráždivé“) podněty	mýdla, saponáty, prací a čisticí prostředky, dezinfekční látky (např. chlór v bazénech), kontakt s vlnou, dráždivé chemické látky v pracovním prostředí, kontakt s písek a hlínou, častý kontakt s vodou
3. Kontaktní a vzdušné alergen	roztoci, domácí prach, zvířecí alergen, pyl, domácí a venkovní plísně
4. Potravinové alergen	mléko, vejce, ryby, některé druhy ovoce a zeleniny, luštěniny, sója, bílkoviny v obilovinách, ořechy, kakao, čokoláda, med
5. Mikroorganismy	bakteriální infekce (především zlatý stafylokok), virové infekce (virová onemocnění horních cest dýchacích, opary, plané neštovice), plísňové infekce (především kvasinky)
6. Ostatní	růst zoubků, očkování, psychické změny (hlavně stres), horko a zapocení (nejčastější příčina zhoršení ekzému!), sezónní a klimatické změny, hormonální změny (dospívání, menstruační cyklus)

Děti s AE jsou velmi náchylné ke kožním infekcím různého typu. Nejčastější jsou bakteriální infekce, které jsou většinou způsobeny zlatým stafylokokem. Zdrojem může být samo nachlazené dítě nebo kdokoliv z okolí. Velmi nebezpečná je infekce virem oparu (herpes simplex virem). Může způsobit závažný stav s horečkami. Osoby, které mají opar, by neměly být v kontaktu s dítětem postiženým ekzémem (Čapková, Špičák, & Vosmík, 2009).

Lupénka neboli psoriáza je chronické zánětlivé onemocnění postihující kůži, vlasy, nehty a klouby. Psoriáza postihuje přibližně 2 % střeoevropské populace. První projevy jsou přítomny častěji až po pubertě. Před 16. rokem začíná u 25–45 % pacientů, v 10 % začíná před 10. rokem a ve 2 % před 2. rokem (Nevoralová, 2012). Lupénka je multifaktoriální choroba způsobená spolupůsobením mnohočetných genů u každého jednotlivce. Začátek lupénky může být vyvolán spouštěcím faktorem. U dětí hrají hlavní roli infekce, zejména streptokokové. Dále mohou být příčinou studené počasí a stres nebo některé léky (antimalarika, vysazení systémových kortikoidů) (Breathnach & Hintner, 1992). Lupénka se přednostně vysévá v místě dráždění kůže (tlak, tření, jizva, popálení, jiná kožní choroba apod.). U dětí je nejčastějším místem postižení hlava (58 %), následují končetiny, trup a nehty (Farber & Nall, 1999). Kromě kůže se lupénka může projevit například na nehtech nebo kloubech. Vznik nehtové psoriázy způsobuje nadměrná tvorba keratinu. Nehty změní svoji přirozenou barvu, drobí se a jsou

dolíčkované. Při kloubní psoriáze jsou klouby bolestivé, oteklé a ztuhlé (Bower, 1998).

Momentální stav kožní choroby zásadně ovlivňuje psychiku člověka a kvalitu života – a naopak. U dětí je nutný citlivý a chápavý přístup ze strany rodičů a učitelů. Je důležité chovat se k dítěti přirozeně, povzbuzovat ho a učit jej péči o pokožku. Pozornost se však nesmí přehánět, aby u dítěte nedošlo k nezdravé fixaci na chorobu, pocitům méněcennosti nebo k zneužívání nemoci pro vlastní prospěch. V individuálních případech je vhodné vyhledat pomoc klinického psychologa (Benáková, 2009).

Pobyt dítěte s kožním onemocněním ve škole vyžaduje jistá režimová opatření především při práci s dráždivými materiály (chemie), hlinou či plastelínou (výtvorná výchova) nebo při působení alergenů (pyl, prach, pot) v hodinách tělesné výchovy v tělocvičně nebo na venkovním hřišti (Nečas, 2011). Nicméně ve fázi minimálních kožních projevů mohou děti provozovat všechny druhy pohybových aktivit. Negativním faktorem bývá zapocení a častý pobyt v chlorovaných bazénech. Podráždění kůže však minimalizuje důsledná hygiena a ošetření kůže promazáním před aktivitou a po ní (Nevoralová, 2015).

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

U těžkých stavů a v období zhoršení:

- Prach, roztoči, srst.
- Sezonní alergenů – nejvíce na jaře a na podzim.
- Chlor, jiné chemikálie.
- Dlouhý pobyt ve vodě (kromě slané vody).
- Přílišné zpocení se.
- Ostrá, kořeněná, kyselá jídla (informace relevantní např. v době školy v přírodě či lyžařského výcviku).

CYSTICKÁ FIBRÓZA

Cystická fibróza (CF), někdy též mukoviscidóza, je chronické, progresivní, dědičné a multisystémové onemocnění postihující potní žlázy, respirační systém, gastrointestinální trakt a slinivku břišní. Mezi projevy patří vysoký obsah solí v potu („slané děti“), zpomalený růst a tvorba abnormálně hustého hlenu v dýchacích cestách, který jde špatně vykašlat. Tento hlen narušuje samočisticí schopnost dýchacích cest, množí se zde bakterie a nemocní tak trpí na opakovaně infekce respiračního systému. Ty se projevují suchým dráždivým kašlem a ztíženým dýcháním. To vše má vliv i na tvar trupu, kdy pozorujeme propadlé jamky u klíčních kostí nebo soudkovitý tvar hrudníku (Vávrová, Bartošová et al., 2009). Časté jsou i zažívací problémy, problémy se štěpením a trávením potravy a s tím spojená hypovitaminóza, diabetes mellitus, poruchy pankreatu, jaterní onemocnění (vedoucí až k cirhóze) a problémy střevní motility. Téměř u všech mužů (98 %) je přítomna vrozená oboustranná ageneze chámovodů, která vede k neplodnosti. Prognóza pacientů s CF závisí na včasné diagnostice, proto byl v mnoha zemích zaveden novorozenecký screening. V poslední době se vý-

znamně zlepšuje, takže přežití do 50 let není výjimkou (El-Lababidi, Bartošová, Fingerhutová, Frühauf, & Zeman, 2016).

Vzhledem výše zmíněným častým infekcím dýchacích cest a problémům trávicího traktu se dětem nedoporučuje zahájit předškolní docházku ve třech letech, ale až v 5–6 letech. Odklad školní docházky pak již pravidlem být nemusí. U dětí s CF mladšího školního věku můžeme spatřovat na jedné straně známky dobré adaptace na změněné podmínky života – děti dovedou říkat i ukázat spolužákům, co všechno musí denně provádět pro to, aby mohli být ve škole i v kolektivu (inhalace, dechová cvičení, užívání enzymů při jídle). Na druhé straně již v tomto věkovém období dochází často ke konfrontaci nemocného dítěte se zdravými dětmi v oblasti fyzické kondice. Poměrování sil v tělesné výchově nebo v různých sportovních kroužcích mohou nelibě nést především chlapci. Stálý kašel, potřeba odkašlávání i během vyučování a občasný zápach mohou také vést k pocitům méněcennosti. Během staršího školního věku bývá pro chronicky nemocné děti zcela příznačné, že se přestanou starat o svůj zdravotní stav, snaží se různými způsoby šidit doporučenou léčbu, unikat kontrole a nespolupracovat. Volba střední školy nebo učebního oboru je limitována požadavky léčebného režimu, děti nesmějí např. v budoucnu pracovat v horkém, prašném nebo jinak znečištěném prostředí, nesmějí vykonávat fyzicky těžké práce, neměly by pracovat s chemikáliemi atd. (Vávrová, Bartošová et al., 2009).

Hlavní složkou péče o nemocné s CF je léčebná rehabilitace, respirační fyzioterapie, dechová gymnastika a další pohybové aktivity, které cílí na odstranění přebytkového množství bronchiálního sekretu. Dobrá fyzická kondice je nedílnou součástí zlepšení stavu průchodnosti dýchacích cest u nemocných, zejména co se týče zkvalitnění způsobu života. Pohybová aktivita u CF slouží jako prevence deformit hrudníku a prevence svalových dysbalancí. Tím se předchází vadnému držení těla, přetíženému hrudníku a celkové únavě (Vávrová, Bartošová et al., 2009). Děti by měly být povzbuzovány k jakékoliv fyzické aktivitě, která zabraňuje zhoršení funkce plic, zvyšuje míru tolerance k zátěži, a tím šanci na prodloužení života. Vytrvalostní aktivity jako běh a chůze zlepšují sílu a vytrvalost dýchacích svalů. Silově založené sporty přispívají k vytvoření svalové hmoty a zvýšení svalové síly (Elbasan, Tunali, Duzgun, & Ozcelik, 2012). Sportování s prvky aerobního, posilovacího, protahovacího i relaxačního svalového tréninku udržují svaly těla pružné a funkčně výkonné, vedou k lepší obratnosti a tělesné výkonnosti. Současně podporují lepší hygienu dýchacích cest a v neposlední řadě přispívají také k psychické pohodě nemocných (Vávrová, Bartošová et al., 2009). Je důležité děti zásadně neomezovat a podporovat je v jejich přirozeném pohybu – pobíhání, skákání, tančení. Pohybové aktivity by se měly stát každodenní formou aktivního odpočinku (Dyrhonová, Máček, Smolíková, & Vlčková, 2017).

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Přetížení, vyčerpání.
- Nadměrné pocení, sauna, vysoké teploty okolí.
- Setrvávání v poloze hlavou dolů (kratší u kotoulu nebo výmyku nevadí).

DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

Dětská mozková obrna (DMO) je poškození nezralého mozku před porodem, během něj nebo po něm vlivem hypoxie nebo krvácení do mozku (Marešová, Joudová, & Severa, 2011). V poslední době se označení zjednodušuje na termín mozková obrna, avšak je možné se setkat i s označením cerebrální paréza (z ang. cerebral palsy), které je však spíše obecnějšího významu a označuje všechny parietické poruchy hybnosti způsobené poruchami v mozku (včetně např. cévních mozkových příhod). Patří do skupiny neurovývojových onemocnění a vzniká na základě širokého spektra abnormalit vyvíjejícího se centrálního nervového systému (Kraus, 2011). DMO vede k poruše psychomotorického vývoje a typickými projevy jsou abnormální svalový tonus, nedokonalá pohybová koordinace a porucha rovnováhy. K DMO se váže nejen porucha motoriky, ale následky se projevují i sníženými kognitivními schopnostmi, poruchami psychomotoriky, epileptickými záchvaty, pohybovou neobratností, neklidem a postižením řeči, zraku a sluchu (Renotírová & Ludíková, 2006). Klinický obraz dítěte s DMO je velice variabilní i v případě stejně velké tíže a stejné formy onemocnění. Utváří se většinou již během prvního roku života dítěte, proto bývá diagnostika z neurologického hlediska jasná již ke konci prvního roku (Opatřilová, 2003).

Kraus (2005) dělí DMO následovně:

- *Hemiparetická forma* – jednostranná porucha hybnosti horní (HK) a dolní (DK) končetiny, HK bývá postižena více, postižená HK neschopna funkčního úchopu, antevertze pánve, vnitřní rotace (VR), addukce (ADD) postižené DK, flexe (FL) kolene, pes equinus, pes equinovarus; disproporcionální růst, postižená DK zkrácená, našlapuje na špičku, úklon trupu na postiženou stranu.
- *Oboustranná hemiparéza* – nejtěžší forma, vzniká na podkladě dvou samostatných ložisek, každá v jiné mozkové hemisféře, končetiny nejsou schopny žádné lokomoce, nespojí HKK.
- *Diparetická forma* – postižení obou DKK, jsou kratší, slabší než u normální populace, disproporční vůči horní části těla, osově deformované; typické držení je antevertze pánve (zkrácený m. iliopsoas), zkrácené adduktory stehna (nůžkovité držení DKK), VR kyčlí, hypertonus m. rectus femoris, který táhne patelu nahoru, kolena ve flexi nebo v rekurvaci, zkrácený m. triceps surae, zatížení je na přední části chodidla – pedes planovalgi, předonoží v pronaci, zborcené klenby; HKK – vnitřní rotace, flekční držení v lokti, akrum – ulnární dukce, palmární flexe, flexe v MP kloubech, HKK funkční, schopni úchopu a sebeobsluhy; trup nasedá na šikmou pánev, skolióza, záklon a úklon hlavy; schopni samostatné chůze, ale také s berlemi nebo chodítkem, na delší vzdálenosti používají vozík. Zvládají otáčení na záda i na břicho, plazí se, lezou po čtyřech střídavě, vertikalizují se za pomoci HKK. Chůze asymetrická, kříží DKK, kolena se dotýkají, chůze po špičkách s laterálními výkyvy trupu.
- *Ataktická diparéza* – ataxie – porucha rovnováhy a koordinace.
- *Triparetická forma* – postižení obou DKK a jedné HK.

- *Kvadruparetická forma* – postiženy jsou všechny 4 končetiny, DKK podobný obraz jako u diparézy, HKK nejsou schopny úchopu, spastické držení HKK, nejsou schopni vertikalizace pomocí HKK, neschopni sebeobsluhy, používají elektrické vozíky.
- *Dyskinetická forma* (extrapyramidová dystonicko-dyskinetická neboli atetózní) – mimovolní nepotlačitelné pohyby různých částí těla, postihují i svaly mimické, žvýkací, polykací, nepravidelné dýchání, porucha hlasu a řeči.
- *Cerebelární forma* (ataktická, neprogresivní cerebelární ataxie) – snížený svalový tonus, zvětšený rozsah v kloubech, stoj a chůze nejistá, vrávoravá, o široké bázi, porucha koordinace, se spasticitou / bez spasticity, s atetózou / bez atetózy.
- *Smíšené formy DMO.*
- *Neobvyklé obrazy DMO.*

Mnoho dětí s DMO má motivaci k pohybu, některé děti jsou dokonce velmi aktivní. Osoby s DMO mají patologické senzomotorické „zkušenosti“ a následkem motorického deficitu často dochází ke vzniku primárního či sekundárního senzorického deficitu. Tímto deficitem pohybu vznikají patologické vzory, které vyžadují zvýšené úsilí při pohybu. Při opakování patologických vzorů dochází k jejich fixaci a následkem vznikají sekundární muskuloskeletální změny (Chmelová, 2011). Je velmi důležité dbát na kvalitu provedení pohybu, pohyby korigovat a zátěž dávkovat přiměřeně.

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Dopady, doskoky.
- Dlouhé běhy.
- Posilování s nadměrnou zátěží.
- Únava! (zhoršuje koordinaci a spasticitu).

DIABETES

Pohyb je nezbytnou podmínkou existence člověka. Pokud uvažujeme o pohybu, nejčastěji tak činíme v souvislosti s aktivitou kosterně-svalového aparátu, k níž je nezbytná energie. Tuto energii člověk obvykle získává pomocí glukózy. Fyzická zátěž tedy logicky vede ke spotřebě glukózy a ke snížení glykemie. Jediný rozdíl mezi diabetikem a „nediabetikem“ je v tom, že člověk s diabetem musí o sportu a pohybové aktivitě celkově více přemýšlet, protože tělesný pohyb zásadním způsobem ovlivňuje hladinu krevního cukru (Lebl et al., 2005). Pohybová aktivita významně zvyšuje využití glukózy v periferních tkáních a zvyšuje vstřebávání inzulínu v místě aplikace. Pravidelné cvičení má však mnoho dalších pozitivních efektů, např. na redukci tělesné hmotnosti či psychický stav diabetika. Ačkoliv bylo zjištěno, že pravidelná pohybová aktivita zlepšuje kompenzaci diabetu 1. typu (DM1T) (Rušavý, 2005; Rybka et al., 2006; Psottová, 2012), tak u diabetu 2. typu je pravidelná pohybová aktivita nedílnou součástí léčby (ale i prevence) spolu s příslušnou dietou a perorálními antidiabetiky nebo inzulínem. Má účinek

kauzální, snižuje inzulínovou rezistenci, hyperinzulinémií a také pozitivně ovlivňuje vysoký krevní tlak, lipidový profil a obezitu. S ohledem na fakt, že diabetes 2. typu je stále ještě diagnostikován zejména v dospělém věku, věnujeme se v této publikaci pouze 1. typu.

Vzájemnou souhrou výše uvedených faktorů glykemie u diabetika 1. typu klesá, stoupá nebo je neměnná. Změny glykemie u DMIT při zátěži souvisejí většínou s inzulínemí, tzn. s typem použitého inzulínu a intervalem mezi aplikací inzulínu a pohybovou aktivitou (Rybka et al., 2006). S ohledem na pohybové aktivity (Rušavý & Brož, 2012) hladina cukru klesá při intenzivní nebo prodloužené (30–60 min.) pohybové aktivitě; stoupá, když je před zátěží nebo při ní konzumováno velké množství sacharidů nebo když hyperglykemie existovala již před zátěží, např. 14–17 mmol.l⁻¹ před zátěží (Rušavý & Brož, 2012); hladina cukru je stabilizovaná – pohybová aktivita se praktikuje při uspokojivé vstupní koncentraci glukózy a relativně nízké koncentraci inzulínu, např. ráno na lačno.

Efekt pohybových aktivit pro organismus závisí na druhu, intenzitě, délce, opakování pohybové aktivity a rozvržení cvičební jednotky (Rušavý, 2005). Intenzita fyzické aktivity se odvíjí od cílů, kterých chceme u diabetika dosáhnout. Většina z nich je pouze orientační. Doporučuje se využívat 60 % maximální tepové frekvence (Rušavý, 2005; Svačina et al., 2012). Rozdílná intenzita fyzické zátěže při stejné pohybové aktivitě bez nutriční intervence a úpravy dávky inzulínu je nejčastější příčinou hypoglykemie (Rušavý, 2005; Rybka et al., 2006). Ohledně preskripce délky trvání fyzické zátěže panuje velká nejednotnost. Příliš dlouhý trénink (60 minut) zvyšuje riziko úrazů, přetížení a negativně ovlivňuje imunitní systém. Obvykle se doporučuje 20–60 minut aerobní zátěže mírné intenzity, tzn. 60 % maximální tepové frekvence s cílem zlepšení výkonnosti. Podobných výsledků lze dosáhnout krátkodobou desetiminutovou zátěží vysoké intenzity 90 % VO_{2max} při opakování 2–3krát za den. Tento typ cvičení je však nebezpečný u diabetiků s rizikem aterosklerotických změn a z nich vyplývajících komplikací. Pohybové programy pro osoby s metabolickým syndromem s poměrně krátkou dobou cvičení (10–15 minut) mají výrazně nižší účinek na fyzickou zdatnost než programy o délce trvání 30–60 minut. Proto jsou obecně doporučovány tréninky o délce 30–45 minut, kromě prvních dvou až čtyř týdnů u osob s dlouhodobou absencí tělesné aktivity, kde je vhodnější doba cvičení kratší – 20–30 minut (Rušavý, 2005; Svačinová, 2005; Svačina et al., 2012). Kromě aerobního cvičení doporučují Daďová, Vařeková a Vařeka (2014) také jako vhodný i trénink silový. Anaerobní cvičení s vysokou intenzitou si mohou dovolit jen sportovci zkušení a velmi dobře kompenzovaní. U žáků s diabetem dále tyto autoři doporučují jako ideální cvičit každý den ve stejnou denní dobu, aby mohl být nastaven stabilní režim inzulínu/jídla vůči pohybové aktivitě. Cvičení by vždy mělo obsahovat fázi zahřátí a zklidnění. Nemělo by se zapomínat na protažení zatěžovaných svalových partií a také na pitný režim. Pro dobrou kontrolu diabetu je vhodné dělat si záznamy pohybových aktivit, dávek inzulínu, stravy a výsledků glykemie. Lépe se pak udrží kompenzace nemoci a úpravy při změnách v režimu budou jednodušší.

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Déletrvající či intenzivní pohybová aktivita.
- Vynechání jídla (informace relevantní např. v době školy v přírodě či lyžařského výcviku).

EPILEPSIE

Epilepsii můžeme definovat jako chronické neurologické onemocnění, poškození mozkové tkáně, které se projevuje opakovanými záchvaty různého charakteru, klinickým obrazem a abnormními výboji mozkových neuronů spojenými se změnou v oblasti prožívání, uvažování, chování a s motorickými projevy, které jsou často doprovázeny poruchami vědomí. Výboje mozkových neuronů jsou spojeny s existencí epileptického ohniska, sklonem mozku reagovat záchvatovými projevy; neméně důležitou částí je epileptogenní podnět, jenž spouští manifestaci záchvatu (Novotná, Zichová, & Nováková, 2008; Vágnerová, 2004). Epileptický záchvat je náhlá a přechodná změna mozkové korové aktivity, nekontrolovaný elektrický výboj v šedé hmotě mozkové, který trvá několik sekund až minut. Jeden epileptický záchvat považujeme pouze za syndrom (Ambler, 2006).

Lidé trpící epilepsií musí dodržovat určitá pravidla správné životosprávy. Jde o součást léčebného procesu, stejně důležitou jako například užívání léků. Mezi tato pravidla se zahrnuje pravidelný režim spánku a bdění, pravidelná medikace, zákaz práce na noční směny a zákaz užívání alkoholu. Pravidelný režim spánku a bdění je pravděpodobně nejdůležitějším pravidlem životosprávy. Pacient má uléhat k spánku a také vstávat v určitou hodinu. Probdělá noc (případně více nocí) může nepříznivě ovlivnit záchvatovou pohotovost (Servít, 1985).

Podle Ošlejškové a Makovské (2009) můžou žákům s touto nemocí způsobovat komplikace po psychické stránce poruchy vnímání, pozornosti, ale i učení či řeči. Může se objevovat zpomalení psychických procesů nebo problémy s přizpůsobením na něco nového. Také je pravděpodobné, že se objeví poruchy chování, hyperaktivita, agresivita nebo výkyvy nálad. Tyto obtíže mohou být způsobeny vlastní nevládnutou epilepsií, někdy však mohou být důsledkem negativního ovlivnění některými antiepileptiky, často jde o kombinaci těchto faktorů.

Je prokázáno, že epileptici cvičí zpravidla méně než lidé bez epilepsie (25 % vs. 42 %). V minulosti byli epileptici často odrazováni od cvičení a sportování, většinou z důvodu strachu, hyperprotektivity rodičů a neznalosti konkrétních pozitiv/rizik pohybové aktivity (PA) (Daďová & Majorová, 2016). V současnosti však odborné společnosti poukazují na přínosy PA a zároveň konkretizují doporučení pro bezpečné sportování. Účast na pohybové aktivitě je důležitá jak z hlediska fyzické zdatnosti a prevence sedavého životního stylu, tak z hlediska psychického (nedochází k vyčlenění z kolektivu apod.). Žák s epilepsií by se tedy neměl vyhýbat pohybovým aktivitám, ale měla by se respektovat jistá omezení. Nejsou vhodné aktivity, při nichž hrozí riziko pádu, nebo ty, kde se využívá nebezpečného náčiní. Příkladem může být šplh, kdy se žák vyskytuje na nejvyšším bodě tyče a bez jakýchkoliv předzvěstí, ať už z důvodu vynaloženého úsilí nebo z jiných příčin, se mu projeví záchvat. I kdyby se v této situaci jednalo o pouhé zahledění, je dosti pravděpodobný pád. Pokud se jedná o plavání, tak dítě

s epilepsií může v rámci výuky navštěvovat plavecký výcvik, ale pouze s dozorem dospělé osoby. V případě školního zájezdu k moři je vždy nutná speciální plovací vesta, která udrží hlavu nad vodou i v případě ztráty vědomí (Ošlejšková & Makovská, 2009). V pohybových aktivitách, kde je běžné používat chrániče (lyžování, bruslení, cyklistika...), by je dítě mělo bezpodmínečně mít. Sportovat by mělo hlavně rekreačně, bez hrozby fyzického vypětí.

Orientačně uvádíme (zkráceno Dařovou & Majorovou, 2016) skupiny rizikovosti dle Capovilla et al. (2016). Dle autorů by se daly pohybové aktivity sportovního charakteru dle rizik pro žáka s epilepsií rozdělit následovně:

- Pohybové aktivity bez významného přidaného rizika – atletika (kromě skoku o tyči), basketbal, běh na lyžích, bowling, curling, fotbal, golf, judo, stolní tenis, tanec, tenis, volejbal.
- Pohybové aktivity se středním rizikem pro epileptika (a žádným rizikem pro okolí) – biatlon, bruslení, cyklistika, gymnastika, jízda na koni, kanoistika, karate, lední hokej, lukostřelba, plavání, sjezdové lyžování, některé atletické disciplíny (skok o tyči), snowboarding, šerm, triatlon.
- Pohybové aktivity s vysokým rizikem pro epileptika a v některých případech také pro okolí – lezení, potápění, skoky na lyžích, surfing.

Desatero zásad v tělesné výchově a sportu dětí s epilepsií (Dařovou & Majorovou, 2016):

1. Jedinec s epilepsií by měl u sebe vždy nosit informační lístek s nejdůležitějšími osobními a zdravotními údaji a vždy informovat o možnosti záchvatu své okolí.
2. Učitel by měl komunikovat s rodiči a mít informace o četnosti, typu a projevech záchvatu.
3. Tělesná výchova je pro žáka s epilepsií důležitou součástí školní docházky.
4. Při pohybových aktivitách se učitel řídí doporučením lékaře a aktuálním stavem dítěte.
5. Učitel by měl respektovat únavu žáka s epilepsií a nepřetěžovat ho.
6. Na mimoškolních akcích by měl žák s epilepsií dodržovat spánkový režim.
7. Učitel by měl eliminovat faktory, které u epileptiků mohou zvýšit riziko záchvatu (nadměrný stres, hyperventilace, hypoglykémie, náhlé změny, blikavá světla apod.).
8. Žák s epilepsií by měl sportovat pod dohledem poučené osoby.

9. Při TV a sportu epileptika je třeba vyloučit aktivity, při nichž ztráta vědomí může ohrozit sportovce nebo jeho okolí.
10. V případě záchvatu je třeba nepanikařit, ale poskytnout adekvátní první pomoc. Zajistit ochranu hlavy při záchvatu, nebránit křečím „zaleháváním“ a neotevírat násilím ústa.

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Nadměrná zátěž, únava, přetažení.
- Horolezectví, potápění, adrenalinové sporty, box.
- Údery do hlavy, hrozící pády.

HYPERMOBILITA

Pod pojmem hypermobilita rozumíme rozsah kloubní pohyblivosti větší, než je fyziologická norma ve smyslu aktivního i pasivního pohybu. Rozsah musí být zohledňován vzhledem k věku, pohlaví a etnické příslušnosti. Hypermobilita je dána zvětšenou laxitou a křehkostí pojivové tkáně, která je geneticky podmíněna poruchou tvorby jednoho nebo více genů, které zodpovídají za tvorbu kolagenu atd. Hypermobilitou může být postižen jeden nebo více kloubů (Kolář, 2009; Simmonds & Keer, 2007; Smits-Engelsman, Klerks & Kirby, 2011). Nejedná se o stav přechodný, nýbrž trvalý. Prognóza je dobrá, ale je nutno zdůraznit, že výskyt hypermobility pokrývá až jednu pětinu všech pohybových onemocnění dětí i dospělých a stále je nedostatečně diagnostikována (Beighton, Grahame & Bird, 2012). Hypermobilita postihuje častěji ženy. U mužů je hypermobilita hůře rozpoznatelná, jelikož mají mohutnější muskulaturu a ta částečně redukuje rozsah pohybu (Oliver, 2005).

Dle Jandy (2001) se hypermobilita sama o sobě nepovažuje za chorobný stav, ale vyjadřuje spíše kvalitu vazivové tkáně. Hypermobilita může být také doprovodným jevem některých dědičných poruch pojivové tkáně, jako je Ehler-Danlos syndrom, Marfanův syndrom či osteogenesis imperfecta (Hakim & Grahame, 2003).

Dělení hypermobility dle Koláře (2009):

- *Kompenzační hypermobilita* – vzniká jako kompenzační mechanismus k omezenému rozsahu pohybu v jiném segmentu.
- *Hypermobilita při neurologickém postižení* – zvětšená pasivita, která doprovází neurologické postižení jako např. mozečkové dysfunkce či parézy periferních nervů.
- *Konstituční hypermobilita* – zvětšení rozsahu pohybu ve všech kloubech bez jasné příčiny.
- *Lokální patologická (posttraumatická) hypermobilita* – u poúrazových stavů, kde došlo k poškození kloubního pouzdra či vazů v daném pohybovém segmentu.

Dělení hypermobility dle Dvořáka (2007):

- *Generalizovaná hypermobilita* – zasahuje všechny nebo většinu kloubů. Může být buď geneticky podmíněná, vyskytující se u onemocnění, jako je Marfanův syndrom, osteogenesis imperfecta či Ehler-Danlos syndrom, nebo konstituční. Konstituční hypermobilita bývá obvykle spojena s další kvalitativní poruchou vazivové tkáně (varikozity, hernie, prolapsy mitrální chlopně). I u tohoto typu nalézáme souvislost s určitou genetickou predispozicí.
- *Lokalizovaná hypermobilita* – je vždy patologická a zasahuje jeden nebo pouze několik kloubů v okolí postižené oblasti.
 - *Hypermobilita při neuropatiích* – do tohoto podtypu se řadí zejména Charcotův kloub, který je popsán u tabes dorsalis, v dnešní době ho však nalézáme u polyneuritidy, diabetické neuropatie, popřípadě syringomyelie.
 - *Posttraumatická hypermobilita* – vzniká buď jednorázovým postižením kloubu, nebo opakovanou mikrotraumatizací kloubu. Jako rizikové činnosti jsou uváděny gymnastika, cvičení na trampolíně, hod oštěpem, zápas a házená.
 - *Sekundární hypermobilita* – tento typ vzniká následkem omezení pohybu jednoho segmentu jako kompenzační mechanismus pro zachování rozsahu pohybu jako celku (Dvořák, 2007).

Grahame (2001) považuje za stěžejní včasné odhalení hypermobility v dětství a zahájení brzké a adekvátní terapie. V tomto věku mohou nejvíce zasáhnout praktičtí lékaři, učitelé tělocviku na základních školách nebo trenéři v zájmových sportovních klubech. Většina ovšem tuto problematiku neovládá a někdy ani nepovažuje za důležitou. Mnoho aktivit a také pracovních poloh (zejména dlouhý sed nebo stoj) je u hypermobilních jedinců provázeno bolestí (Gurley-Green, 2001; Grahame, 2001). V rámci pohybu je ideální se soustředit na stabilizaci hypermobilních/nestabilních segmentů. Ovšem neposilujeme jen svaly v okolí zvětšeně pohyblivého segmentu, ale i svaly vzdáleněji, které zabezpečují punctum fixum segmentu (Kolář, 2009). Vynaložené úsilí při posilování zpravidla neodpovídá růstu svalové hmoty. Díky časté slabosti svalů hypermobilních jedinců může dojít k jejich přetížení a vzniku bolestivých bodů. Janda (2001) při posilování nedoporučuje činky ani jiná závaží. Nejdůležitější je respektování silových možností daného žáka. Místo činek jsou doporučovány pomůcky kladoucí konstantní odpor po celou dobu provádění pohybu, jako je například Thera-band či posilovací gummy. Nemělo by se cvičit přes únavu. Kontraindikovány jsou švihové pohyby a cvičení vedoucí k dalšímu zvětšování rozsahu pohybu. Pro jedince s hypermobilitou se obecně nedoporučují sporty, při nichž dochází nejen k velkým kloubním rozsahům, ale také náhlým změnám směru pohybu nebo rotacím. Můžeme sem řadit gymnastiku, balet, házenou, tenis aj.

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Protahování do krajních poloh.
- Prudké švihové pohyby.
- Dlouhé setrvání ve statické poloze.
- Pohybové aktivity (sporty nebo jejich určité prvky) vyžadující velký rozsah pohybu – gymnastika, balet, jóga, některá bojová umění (taekwondo, karate, kung-fu...), zápas.

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentální postižení je široce vnímaný druh zdravotního postižení s velkým portfoliem symptomů. Laická veřejnost jej často redukuje na deficit intelektu, ale právě tato šíře předznamenává i případné pohybové kontraindikace. Ty jsou do značné míry závislé na komorbiditách k mentálnímu postižení jako takovému, např. na tělesném postižení, sensorickém postižení, dlouhodobém onemocnění či poruchách vnitřních orgánů nebo nejrůznější míře deficitu v jemné a hrubé motorice. U dětí s mentálním postižením 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 mentálním postižením je různá.

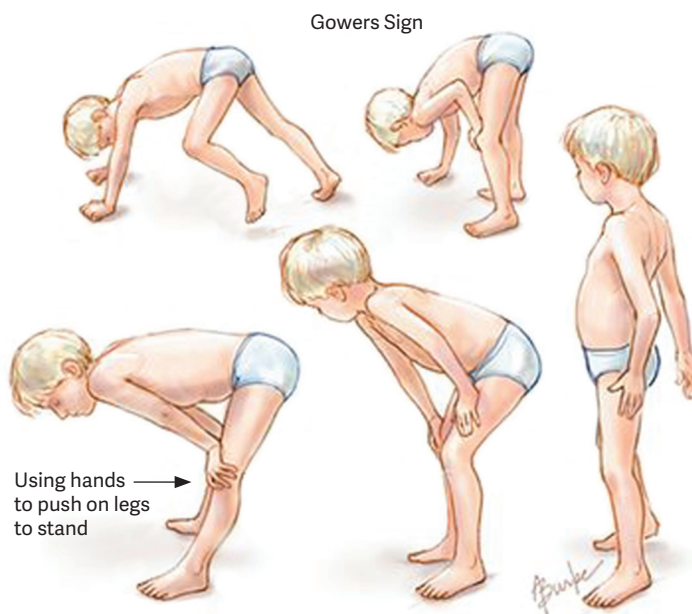
Nejčastějšími limity (kontraindikacemi), možná lépe nedoporučovanými pohybovými aktivitami, jsou motoristické sporty (nerelevantní pro TV), dále pak některé atletické disciplíny, jako je skok o tyči či hod oštěpem (opět s nízkou mírou relevance pro TV). Problematické jsou také pohybové aktivity, které souvisí s maximální mírou soustředění nebo s osobní zodpovědností za sebe a další osoby (lezení, aktivity s mečem nebo obdobnými prostředky). S ohledem na rozhodovací procesy i mimo prostory konkrétní pohybové aktivity se nedoporučují např. střelecké sporty. Mezi nedoporučované pohybové aktivity patří i některé úpoly jako box, avšak toto je v zahraničí občas zpochybňováno.

NERVOSVALOVÁ ONEMOCNĚNÍ

Nervosvalová onemocnění v dětském věku představují velmi různorodou skupinu nemocí. Podle místa postižení můžeme nervosvalová onemocnění rozdělit do čtyř skupin:

- *Onemocnění motorického neuronu* – postižení na úrovni míšních neuronů (spinální svalová atrofie).
- *Postižení míšních kořenů (radikulopatie), nervových pletení a periferních nervů (neuropatie).*
- *Poruchy nervosvalového přenosu* – myastenia gravis.
- *Onemocnění vlastního svalu* – myopatie (svalové dystrofie – m. Duchenne, m. Becker, pletencová forma dystrofie, facioscapulohumerální forma atd.; myozitidy).

Klinický obraz nervosvalových onemocnění je podobný. Obvykle převládá svalová slabost, bolesti končetin, svalová atrofie a kontraktury svalů. Pacienti mívají potíže s chůzí po schodech, zakopávají, svalová slabost se během dne zhoršuje, vertikalizují se pomocí tzv. myopatického šplhu (Gowersovo znamení, obrázek 7), častou komplikací jsou také kardiorespirační obtíže. Doba projevu příznaků se liší, někdy je porucha zřejmá již v novorozeneckém období, jiná onemocnění se manifestují až v pubertě (Mrázová, 2015).



Obrázek 7: Myopatický šplh – Gowersovo znamení (www.checkrare.com)

Kauzální léčba u nervosvalových onemocnění není doposud známa a je zaměřena především na symptomatickou péči, jejíž nedílnou součástí je léčebná rehabilitace. Soustavná, pravidelná a systematická rehabilitace by měla být zahájena co nejdříve od stanovení diagnózy. Ačkoli neléčí podstatu nemoci, zvyšuje kvalitu a prodlužuje délku života nemocných. Léčebná rehabilitace a pohybová terapie zahrnují preventivní opatření k zachování protažitelnosti svalstva, vhodná aktivní cvičení, edukaci, poskytnutí vhodných adaptačních pomůcek a podporu při jejich zapojení pro dosažení maximální možné míry soběstačnosti v běžných denních činnostech (Bushby et al., 2010; Vohánka, 2011).

Silové a aerobní cvičení napomáhá optimalizovat funkci svalů a kardiorespiračních funkcí. Snažíme se zabránit dalšímu oslabování svalů, atrofiím a snižování kondice, popřípadě je zpomalit. Schopnost regenerace svalových vláken je u myopata velice špatná a dochází k nedokonalé regeneraci, kdy je svalové vlákno nahrazeno vazivem a/nebo tukem, což má za následek další oslabení svalu. Na druhou stranu pravidelně nezatěžovaný sval slábne, takže i přes obavy by vhodné aktivní cvičení a posilování mělo být zařazeno (Bushby et al., 2010; Leitão, Duro, & Penque, 1995; Voet et al., 2013). Při cvičení je důležité zvolit správný druh kontrakce. U rychle progredujících myopatií se setkáváme s převážně pozitivním

účinkem izometrických kontrakcí. Pacientům s pomalu progredující formou můžeme zařadit cvičení proti malému odporu. Nikdy bychom neměli volit vysoko zátěžová cvičení a excentrické kontrakce kvůli poranění svalů. Aerobní trénink je doporučován, když má pacient dostatek síly, zejména v počátcích nemoci. Je důležité se vyhnout přílišné námaze a únavě z přetížení. Obecně u aktivního cvičení platí, že při výrazné bolesti svalů, únavě, svalovém třesu či myoglobinurii do 24 hodin od posledního cvičení, které značí přetížení a poranění svalu, bychom měli aktivitu modifikovat, popřípadě úplně omezit. Na myoglobinurii nás upozorní tmavá moč. Dítě by mělo mít možnost vyzkoušet jakýkoli sport a samo si najít své limity. Doporučuje se plavání, jízda na kole či hipoterapie, ale vždy je třeba dbát na odpočinek a vyvarovat se svalové i psychické únavy (Bushby et al., 2010; Vacek, 2005). V rámci fyzioterapie upozorňujeme na běžné denní činnosti, kdy excentrická kontrakce převažuje. Nejčastěji se jedná o posazování, chůzi ze schodů (excentrická kontrakce m. quadriceps femoris) nebo při děletrvajícím předklonu (excentrická zátěž paravertebrálních erektorů). Těchto činností se pacient musí vyvarovat nebo musí s pomocí fyzioterapeuta najít přijatelnou modifikaci provedení dané činnosti (například posazování s rozložením váhy těla i na horní končetiny) (Bushby et al., 2010; Lovering et al., 2005; Vacek, 2005).

Cvičení v bazénu znatelně snižuje nároky na svalovou sílu a volní aktivitou zvyšujeme rozsah pohybu a zlepšujeme kloubní pohyblivost. Vzhledem k hydrostatickému vztaku jsou při cvičení ve vodě na pacienta kladeny minimální požadavky na excentrickou kontrakci a výrazně snižujeme možné poranění svalu. Nezanedbatelný efekt také spočívá ve zlepšení aerobního stavu a stejně jako jakékoli cvičení v rámci komunity má pozitivní vliv psychiku pacienta. Cvičení ve vodě je vhodné zařadit již během rané chodící fáze a pokračovat v něm až do rané nechodící fáze, popřípadě pokračovat do doby, kdy je cvičení pro dítě ještě bezpečné. Po rozvoji respiračních obtíží pobyt ve vodě naopak vhodný není, protože dítěti znesnadňuje dýchání. Toto se však zmírňuje v horizontální poloze, kdy na přední stranu hrudníku nepůsobí tak velký tlak (Bender et al., 2005; Bushby et al., 2010; Loverin, 2005; Vacek, 2005).

Nenahraditelnou roli v prevenci kontraktur a v péči o ně hraje protahování svalů a šlach. Vzhledem ke snadné traumatizaci svalových vláken a pomalé adaptační schopnosti vaziva na protažení dbáme na šetrné a bezbolestné protahování, které by mělo probíhat ideálně 4–6× do týdne, alespoň 10 minut v pravidelném režimu. Můžeme využít protahování aktivní, aktivní s asistencí či pasivní. V případě, že je toho dítě fyzicky a mentálně schopné, naučíme jej protahovat se samostatně. Při protahování nesmíme „dopružovat“ v krajních pozicích, protože bychom traumatizovali svalovou tkáň i úpon (Bushby et al., 2010, Vacek, 2005). Kromě nevhodných dlouhodobých statických zátěží a jednostranných zatížení podporující patologické držení těla se nedoporučuje zásadním způsobem omezovat pohybovou aktivitu (Finder et al., 2004; Kolář & Šafářová, 2009; Mayer, 2015).

Myopatie

Jako myopatie se všeobecně označují nervosvalová onemocnění, jejichž hlavním znakem je proximální (centrální) svalová slabost. Dalšími nejčastějšími znaky jsou hyperlordóza, atrofie, hypertrofie (stehenních svalů) nebo hypertrofie (sval se

mění ve vazivovou hmotu, případně dojde k náhradě svalové hmoty tukem). Mezi časté symptomy řadíme snížené reflexy, ale nezaznamenáváme poruchy čítí.

- *Duchennova svalová dystrofie*

Duchennova svalová dystrofie (Duchenne muscular dystrophy, DMD) je genetická porucha charakterizovaná progresivní svalovou degenerací a slabostí způsobená mutací dystrofinového genu. Nemoc postihuje především chlapce, ženy jsou asymptomatickými přenašečkami. Objevuje se mezi 1.–5. rokem života. Zaznamenáváme mírné opoždění motorického vývoje s přeskočením fáze lezení a pozdějším začátkem samostatné chůze. Markantnější znaky jsou patrné v předškolním věku, kdy je dítě častěji v kontaktu s vrstevníky a ve srovnání s nimi mnohem častěji padá a je nemotorné (Bednařík, 2001; Bushby et al., 2010; Ehler, 2010; Maříková et al., 2004; Sarnat & Menkes, 2011). Typickým příznakem je pseudohypertrofie (zbytnění) lýtek, často se zkrácením a chůzí po špičkách. Zpočátku se jedná o pravou hypertrofii, ale následkem degenerace a nedokonalé regenerace jsou svalová vlákna nahrazena tukem a vazivem. Toto můžeme pozorovat i u jiných svalů, např. m. masseter, m. quadriceps femoris nebo m. deltoideus (Emery, Muntoni, & Quinlivan, 2015). S postižením trupového svalstva dochází k prohloubení bederní lordózy a k vyklenutí břicha. Pánev se překlápí dopředu a dolů (anteverze). Později se začíná rozvíjet skoliotická deformita, která se výrazně zhoršuje přechodem na vozík. Příznakem postižení svalů horní poloviny těla je oslabení zvedáčů hlavy, v jehož důsledku dítě v poloze na zádech není schopno zvednout hlavu od podložky. Chlapci s DMD mají problém s chůzí do schodů, zvedáním se ze země (Gowersovo znamení) a s během. Dalším typickým znakem je kolébavá chůze vlivem oboustranné atrofie m. gluteus medius. Pokud je dítě stále schopné chůze, dokáže poměrně dobře ovládat trup, ačkoliv jsou svaly trupu postiženy. I přes schopnost chůze však dítě nedokáže provést dřep (Mattle & Mumenthaler, 2001; Pfeiffer, 2007). Kolem 13 let ztrácejí schopnost samostatné chůze (Kraus, 2000). Do dvacátého roku věku se rozvíjí plná imobilizace a projevují se další přidružené komplikace (Maříková et al., 2004).

DMD postihuje kromě kosterního svalstva i ostatní tkáň, např. srdeční nebo hladkou svalovinu trávicího traktu (Maříková et al., 2004). Dále dochází k poklesu vitální kapacity plic a objevují se opakující se respirační infekce. Pacienti po probuzení pocítují vyčerpanost, únavu, během dne jsou spaví, nekoncentrovaní a velmi úzkostní. V pozdních fázích onemocnění může i mírné nachlazení vést k pneumonii a dechové nedostatečnosti (Burianová, Zdařilová, Mayer, & Ošťádal, 2006).

Léčba DMD je zaměřená na zpomalení progresu onemocnění, prevenci kontraktur, respirační fyzioterapii a správně volenou pohybovou léčbu.

- *Beckerova svalová dystrofie*

Beckerova svalová dystrofie (Becker muscular dystrophy, BMD) je mírnější formou svalové dystrofie. Projevy začínají mezi 5. a 15. rokem a průběh je pomalejší než u DMD. Mutace jsou na rozdíl od DMD charakteristické pro-

dukcí částečně funkčního dystrofinu. U chlapců s BMD můžeme pozorovat velice podobné klinické projevy jako u chlapců s DMD, avšak choroba má pozdější začátek a výrazně pomalejší progresi. První příznaky začínají mezi 3. až 20. rokem, průměrně ve 12 letech. Nejčastěji dochází k symetrické atrofii a slabosti kořenových svalů, bolestem svalů a pseudohypertrofií lýtek. O schopnost samostatné lokomoce přicházejí mezi 12. až 40. rokem věku. Mentální retardace či jiné projevy jsou vzácné. Pacienti s BMD se běžně dožívají 4. až 5. dekády, v některých případech až průměrného věku (Bednařík, 2001; Bednařík, 2004; Bushby et al., 2010; Maříková et al., 2004; Mrázová, 2016).

- *Kongenitální myopatie*

Kongenitální myopatie (congenital myopathy, CM) je heterogenní onemocnění s velmi širokým spektrem klinických nálezů. Pro tuto skupinu onemocnění je typický časný začátek, kontraktury, hypotonie a svalová slabost. Všechny CM jsou až na výjimky geneticky podmíněné. Vzhled pacienta je charakteristický pootvřenými ústy, gotickým patrem a protáhlým obličejem bez výrazu. Časté jsou také deformity nohou, hrudníku a dislokace kyčlí. Všechny příznaky jsou patrně způsobeny sekundárně svalovou slabostí. U pacientů se často setkáváme s restriční plicní poruchou a poruchou polykání. Intelekt ani srdce nejsou postiženy. V rámci symptomatologické léčby se využívá fyzioterapie, ergoterapie a logopedie s cílem udržení svalové síly a výkonu, prevence kontraktur, zlepšení respiračních funkcí a polykání (Cassandrini et al., 2017; Kraus, 2012).

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Únava.
- Nadměrná zátěž (vytrvalost, posilování proti velkému odporu).
- Protahování do krajních poloh.
- Pobyt ve vodě při vitální kapacitě plic v rozmezí 900–1500 ml.
- Dlouhodobá statická zátěž.

Spinální svalová atrofie

Spinální svalová atrofie (spinal muscular atrophy, SMA) je vrozená progresivní nervosvalová choroba. Rozeznáváme čtyři typy (I.–IV.) tohoto onemocnění s různou dobou nástupu nemoci a různou prognózou (Nováková, Havlová, & Böhme, 2006). První typ se objevuje u dětí od 0 do 6 měsíců. Svalová síla je tak nízká, že nikdy nedosáhnou nezávislého sedu. U II. typu, který se projevuje po 6. měsíci věku, jsou děti schopné udržet sed, pokud jsou do této pozice uvedeny. Děti s III. typem svalové atrofie jsou diagnostikovány většinou po 10. měsíci a jsou schopny chůze, ačkoliv se značnými problémy. Čtvrtý typ je spojen se svalovým oslabením u dospělých (Prior & Russman, 2013). SMA postihuje všechny kosterní svaly, přičemž svaly zad a svaly pletence ramenního a pánevního bývají postiženy nejvíce. Slabost v dolních končetinách je výraznější než u paží. Mohou být také postiženy polykací svaly, svaly krku a žvýkácí svaly. Intelekt, smyslové vnímání a kožní citlivost postihnuty nejsou (Kraus, 2006). Vážnou komplikací je dechová nedostatečnost, která může být i příčinou smrti. Dechová nedostatečnost se

projevuje zapojením pomocných dýchacích svalů a paradoxním dýcháním (při nádechu dochází ke zvedání hrudníku a vtahování břicha). Dalšími příznaky jsou námahová dušnost, cyanóza, poruchy spánku, nadměrná denní spavost, poruchy koncentrace, bolesti hlavy, zvýšená ranní únava. Mezi další závažné komplikace patří opakované záněty plic, postižení polykacích a řečových funkcí a s tím spojené riziko vdechnutí potravy (Nováková, Havlová, & Böhm, 2006). S dýchacími problémy jsou pak spojeny i limity při pohybových aktivitách, zejména v outdoorovém prostředí, týkající se nároků na zvýšenou hygienu, řešení tepelného komfortu či rizik respiračních onemocnění apod.

V léčbě SMA hrají nezastupitelnou úlohu, mimo genovou a farmakologickou terapii, ergoterapie, pohybová léčba a fyzioterapie se zaměřením na péči o dýchání, skoliózu, udržení funkčních schopností a zpomalení projevů onemocnění (Kočová et al., 2017). Míra postižení hybnosti závisí na typu a stádiu SMA. Z počátku pozorujeme časté zakopávání, pády a nestabilitu, postupně přestává zvládat chůzi v terénu nebo po schodech a nakonec je nezbytný mechanický a následně elektrický vozík. Ve třídě by měl být vyhrazen prostor pro změnu polohy dítěte při vyučování (lehátko, matrace...), neboť celodenní sezení na vozíku není prospěšné (Kočová & Bartošová, 2017).

OBEZITA

Obezitou rozumíme nadměrné nahromadění tukové tkáně, avšak ne nadměrnou hmotnost. U žen je považováno za nadměrné množství $\geq 30\%$, u mužů $\geq 25\%$ tuku. Jde o významný rizikový faktor, který se podílí na vzniku a rozvoji mnoha závažných i život ohrožujících somatických onemocnění: ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus či hypertenze. Jiná onemocnění může způsobit přímo, např. poruchy pohybového aparátu (Hainer, 2003). Česká obezitologická společnost také umožňuje stanovení obezity na základě hmotnostních indexů, nejčastěji Body Mass Index (BMI, $\text{kg}/(\text{m})^2$), přičemž ale u dětí doporučuje používat percentilové grafy, které jsou pro různé věkové kategorie různé a vznikly na základě předchozího měření v české populaci.

Obezita je zároveň nejviditelnějším paradoxem současného systému uvolnění z TV v ČR. Obezita je často tím důvodem, který vede k iniciování uvolnění, ačkoliv deficit v pohybovém režimu a nedostatek realizovaných pohybových aktivit jsou jedněmi z hlavních příčin obezity. Česká obezitologická společnost uvádí, že potřeba pohybové aktivity je v dětském věku fyziologicky vyšší než u dospělých a je nejfyziologičtější přístupem v prevenci i léčbě obezity (Kytarová et al., 2011). Obludným paradoxem je skutečnost viditelná v praxi, že navzdory těmto vysoce odborným pohybovým pozitivním prohlášením samotní odpovědní registrující lékaři potvrzují uvolnění z TV (často částečné bez následné komunikace s učitelem TV), a to i v případech, že se jedná o žáka nikoliv s obezitou, ale dokonce pouze s nadváhou. Tím se ještě více prohlubují u žáků nejen fyzické, ale s neúčastí spojené i psychické a sociální problémy. Zároveň je tímto krokem (myšleno podpora uvolnění z TV) podpořena představa pohybu jako něčeho negativního a pro zdraví škodlivého a v dospělosti poté jen velmi složitě dochází k rekonstrukci životního stylu či rozvoji motivace k pozitivnímu vztahu k vlastnímu zdraví. Velmi slibná je v tomto ohledu strategie přidání další

hodiny tělesné výchovy, která je doporučována odborníky a v některých školách formou volitelné hodiny opravdu funguje (Daďová, Vařeková, & Svoboda, 2018).

Od narození do zhruba půl roku věku dítěte tukové tkáně postupně přibývá. V dalším období dochází k postupnému úbytku vzhledem k přibývajícím pohybové aktivitě, lokomočním schopnostem dítěte a přibývajícím svalové a kostní tkáni. Ve školním věku pak začne tuková tkáň opět narůstat. Ve více než 95 % případů je příčinou dětské obezity převaha energetického příjmu nad výdejem. Avšak až u 70 % obézních dochází ke vzniku obezity také na základě genetických faktorů. Pokud se spojí genetické predispozice a vliv okolí (pohybová hypoaktivita, nevhodná skladba potravy, špatné návyky v rodině aj.), pak je pravděpodobnost rozvoje obezity velmi vysoká (Pastucha et al., 2011). Nejvhodnějším postupem pro prevenci obezity je zařazení pravidelné pohybové aktivity všeobecně rozvíjejícího charakteru již v batolecím období v rodině a následně v mateřské škole (Pastucha et al., 2011). Jako ideální jsou doporučovány chůze na měkkém povrchu, kondiční chůze, nordic walking, jogging, plavání, jízda na kole či rotopedu, pomalejší cvičení bez poskoků aerobikového typu, cvičení na velkých míčích, běh na lyžích, tanec, cvičení z oblasti zdravotní TV a psychomotoriky. Pro redukci hmotnosti a zabránění dalšímu hromadění tuku má však smysl pouze pohybová aktivita střední intenzity prováděná pravidelně 3–5× týdně (Dyrhonová, Máček, Smolíková, & Vlčková, 2017).

Nadměrná hmotnost vede k výraznému přetížení svalového i kosterního aparátu a k rozvoji funkčních i strukturálních změn. Obvykle se u obézních dětí setkáváme s vadným držením těla, skoliózou, plochonožím, poruchami postavení kloubů (typicky valgozita kloubů dolních končetin, rekurvace kolen) a svalovou dysbalancí. Obézní děti bývají často nemotorné a v souvislosti se svým vzhledem a neobratností odmítají cvičit, čímž se dostávají do začarovaného kruhu (Pastucha et al., 2011). Již v dětském věku hrozí obézním vysoký krevní tlak, mnohé metabolické a endokrinní komplikace a syndrom obstrukční spánkové apnoe. Nekvalitním spánkem jsou pak narušeny kognitivní funkce a soustředění. Nahromaděním tuku v oblasti břicha dochází ke ztíženému dýchání až hypoventilaci. Tím se pak v těle stírá oxid uhličitý a děti jsou spavé a unavené. Neméně závažné jsou psychické komplikace jako pocity méněcennosti, úzkosti, stud nebo nezáměr o sociální kontakt (Pastucha et al., 2011). Obézní dítě nemůže fungovat tak dobře jako dítě s normální hmotností, v mnohém mu nestačí (Fraňková et al., 2015).

Desatero pro výuku tělesné výchovy u žáka s obezitou (Daďová, Vařeková, & Svoboda, 2018):

1. Nezesměšňujeme, nestigmatizujeme žáka s obezitou.
2. Snažíme se zapojit žáka do co největšího množství aktivit. Můžeme se pokusit o změnu pravidel tak, aby se daný žák mohl/musel zúčastnit (gól neplatí, pokud se míče nedotknou všichni z týmu, více životů ve vybíjené apod.).
3. Respektujeme didaktické zásady: postupnost, soustavnost, trvalost, všestrannost, názornost.

4. Nenutíme žáka k provedení cviku násilím nebo výhrůžkou: „Skoč honem a nezdržuj, dělej nebo tě nechám z tělocviku propadnout.“ Snažíme se ho pozitivně motivovat a odbourat strach („Zkus to, my tě budeme jistit.“).
5. Respektujeme individuální odlišnosti. Nabízíme více variant provedení cviku („Kozu obejdi/přelez/přeskoč. Běž, jak rychle chceš, ale nezastavuj...“).
6. Do tělesné výchovy se snažíme vložit cvičební prvky vedoucí ke správnému držení těla a zlepšení posturální stability.
7. Pracujeme na zlepšení funkce klenby nožní i nosných kloubů (aplikujeme cviky pro posílení klenby nožní, ovlivnění valgózního postavení kolen apod.).
8. V klasifikaci hodnotíme spíše snahu (zlepšení) než výkon dle věkových tabulek. Chválíme a povzbuzujeme.
9. Snažíme se omezit nevhodné pohybové aktivity, které by mohly vést k pozdějším zdravotním problémům (skoky, doskoky, dlouhodobé zatížení nosných kloubů). Nabízíme k nim jinou alternativu („Neseskakuj, ale slez.“). Cvičíme více tahem než švihem.
10. Do teoretických předmětů se snažíme vkládat „tělovýchovné chvílky“. Téma správného životního stylu zpracováváme i v dalších předmětech (výchova ke zdraví apod.).

Kytnarová et al. (2011) uvádí, že nejvhodnějším postupem pro prevenci obezity je přiměřená pohybová výchova od nejtělejšího věku v rodině a v mateřské škole. Adekvátní rozvoj pohybových schopností a dovedností přispívá u dítěte k potřebné spontánní pohybové aktivitě, k jeho zájmu o tělovýchovné činnosti a eventuálně k účasti ve vhodném sportu i v průběhu dalšího rozvoje. Tým autorů dále nabízí následující návody k indikaci pohybové aktivity:

- Intenzitu i délku jednotlivé cvičební jednotky postupně zvyšujeme.
- Silová svalová cvičení a cvičení podporující zdravý vývoj kostí jsou vhodná minimálně 3× týdně. Silovou aktivitu pak doporučujeme provádět u dětí před pubertou pouze při cvičích se zátěží vlastní váhou, maximálně se závažím do 10% váhy, u adolescentů se závažím do maximálně 1/3 hmotnosti dítěte.
- U dětí s obezitou je vhodné, aby pohybová aktivita byla také zaměřena na rozvoj a udržování správného držení těla – posílení „svalového korzetu“ trupu silovými cvičeními – a dosažení symetrické a stabilní chůze a držení těla při chůzi. Pohybová aktivita napomáhá nápravě potenciálních funkčních poruch pohybového aparátu (předsun hlavy, protrakce ramen a jejich nerovnost, přehnaně zvýšená lordóza a kyfóza páteře, oslabená břišní stěna, antevertze pánve, valgózní postavení kolen, vnitřní rotace kyčlí, příčně nebo podélně plochá klenba nožní atd.) a vyrovnává počínající svalové dysbalance.
- Vhodné je kompenzační cvičení, dechové cvičení a cvičení zaměřené na posílení určitých částí těla a korekci nesprávného držení těla. Vzhledem k riziku

poškození nosných kloubů dolních končetin přetížením jsou vhodné aktivity s odlehčením těžiště.

- U dětí s vysokým stupněm obezity je vhodné začít se cvičeními v bazénu a využít možnosti odlehčení vlastní hmotnosti cviky pod vodou. Dále je možno pokračovat se cviky vleže a vsedě nebo v kleku. Jestliže některé cviky dělají obézním zpočátku potíže, mohou je provádět z méně náročných základních poloh (vleže, vsedě). Nejjednodušší polohou je leh na zádech, kdy je váha těla rozložena na větší ploše. Vhodné jsou především aktivity v přírodě.
- Nejčastěji se doporučují: chůze, plavání, cyklistika, tanec, modifikovaný aerobic (bez výskoků), kondiční tělocvik, dále kondiční turistika a v posledních letech velmi oblíbená chůze s holemi, tzv. nordic walking. Později lze pak zařadit i míčové hry, stolní tenis, badminton, tenis, squash a další. Vhodné je využití tzv. 3D tréninku aktivujícího hluboký stabilizační systém, např. TRX trénink (cvičení pouze se zátěží váhou vlastního těla) nebo BOSU (balanční, stabilizační tréninkové zařízení). Po určitém snížení hmotnosti je možno zařadit běh na lyžích, bruslení. Vždy je třeba omezit možnost nesprávného vykonávání cviků, které může vést k poškození i zranění. Při rozpisu pohybové aktivity je zapotřebí vždy respektovat limity vycházející ze specifík dětského věku a samotného onemocnění obezitou a maximálně omezovat možnost zranění a jakéhokoliv poškození, a vždy pokud možno pochválit a povzbuzovat v dalším cvičení, i když není dosaženo viditelného pokroku.

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Dlouhé běhy. Dlouhá chůze, dlouhý stoj.
- Dostřiky, dopady, prudké změny pohybu, nárazy (volejbal, tenis, běh po tvrdém povrchu).
- Švihové cviky.
- Cvičení se zátěží (vlastní váha je dostačující).
- Krátkodobé prudké zvýšení intenzity při pohybové aktivitě.
- Nepřiměřené požadavky na výkon.

ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Dle programů Světové zdravotnické organizace (WHO, 2007) zaměřených na prevenci rakoviny je pohybová aktivita jednou z důležitých součástí předcházení onkologického onemocnění. Pravidelná fyzická aktivita a udržování zdravé tělesné hmotnosti společně se zdravou stravou výrazně snižuje její výskyt. WHO dále uvádí, že národní politiky a programy by se měly zaměřovat na informovanost a povědomí o této problematice s cílem osvojení si zdravého životního stylu. Hrstková a Bothová (2012) potvrzují, že pohybové aktivity jsou významným faktorem zvyšování kvality života u žáků s onkologickým onemocněním. Existuje stále více důkazů o tom, že pohybová aktivita u žáků s onkologickým onemocněním tlumí únavu, zvyšuje sílu a kardiorespirační zdatnost (Vyhlídal, 2014). Během několika posledních let různé studie přinášejí zjištění o celkovém pozitivním účinku pohybových aktivit (Demark et al., 2005). Vzhledem k tomu, že pohybová aktivita hraje důležitou roli ve fyziologickém a psychosociálním vývoji dětí a žáků obecně, je její využití v oblasti dětské onkologie více než důležité (Paxton et al., 2010).

Využití pohybové aktivity během hospitalizace můžeme rozdělit do dvou oblastí (Vyhlídal, 2007):

- V průběhu léčby – připustit přiměřenou pohybovou aktivitu nižší intenzity. Vhodné jsou především psychomotorické aktivity a v poslední době se jedná také o využívání moderních herních technologií (viz další kapitoly této publikace). Veškeré aktivity je vhodné realizovat ve společnosti vrstevníků z důvodu zachování sociální interakce. Rovněž jóga smíchu se stále více „rozvíjí a vstupuje“ do nemocničního prostředí. V době ambulantního léčení jsou doporučovány především krátké procházky.
- Po skončení intenzivní léčby je vhodné postupné zatěžování organismu. Samozřejmě takovéto zvyšování zátěže je velmi individuální a záleží na stavu pacienta. Je nutné si dát především pozor na „přemotivovanost“ dětských pacientů. Dětská pacienta, kteří před nástupem nemoci realizovali například organizované pohybové aktivity na výkonnostní či vrcholné úrovni, mají tendenci se ke sportu co nejrychleji vrátit a dochází u nich k většímu zatížení, než je vhodné.

U onkologicky nemocných žáků jde o to, aby byl vliv nemoci a jejích následků minimalizován tak, aby se život dítěte po vyléčení příliš nelišil od běžného života, aby byl pokud možno plnohodnotný a vyrovnal se normám zdravých vrstevníků (Koutecký et al., 2002). Návrat žáků po intenzivní léčbě k pohybovým aktivitám je ovlivněn zejména konkrétním charakterem předešlého onemocnění. Zobecnování v této souvislosti bývá chybné a nevhodně aplikovatelné. Proto doporučujeme intenzivní komunikaci pedagoga s rodiči a současně i s relevantními lékařskými pracovníky.

NĚKTERÉ Z UVÁDĚNÝCH KONTRAINDIKACÍ

- Při zavedeném žilním katetru jsou nevhodné některé pohybové aktivity v TV, při kterých dochází k zatěžování pletence ramenního.
- Pokud bude hladina hemoglobinu u dítěte po léčbě příliš nízká, může dítě trpět nedostatkem kyslíku a při pohybové aktivitě může docházet k dušnosti nebo omdlávání.
- Intenzivní jednorázové vyčerpání po určitou dobu po zátěži snižuje imunitu.
- Při kontaktních pohybových aktivitách vzniká vyšší riziko zlomenin.
- Další kontraindikace s ohledem na přidružené komorbidity.

PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Ačkoliv se jedná o jiný druh postižení, podobně jako mentální postižení jsou i poruchy autistického spektra širokým portfoliem různých symptomů s vysoce individuálním projevem. Také pro ně platí, že limity (případně kontraindikace či nedoporučované pohybové aktivity) jsou odvislé od dalších komorbidit (přidružených vad).

Při velkém zobecnění můžeme uvést, že hypersenzitivita žáků s poruchami autistického spektra může vést zejména k negativním reakcím, nižší vůli realizovat spontánní pohybové aktivity či se vnitřně motivovat k některým pohybovým

aktivitám, jako jsou pohybové či sportovní hry. Motorická úroveň bývá u žáků s poruchou autistického spektra na nižší úrovni a s tím je spojeno i jejich obtížnější přijetí kolektivem. Tím vzniká oboustranná nižší vůle se podněcovat k sociální interakci, která bývá ve společné TV dominantní. Z toho důvodu často dochází k individualizované výuce a důslednému dodržování zásady postupných kroků prostřednictvím strukturovaného učení. Častý deficit abstraktního myšlení v kombinaci s nižší motorickou zkušeností a domyšlením některých svých motorických jednání způsobuje, že žáci s PAS neradi přijímají obecně platná a dodržovaná pravidla standardně nastavená pro ostatní žáky. Zjednodušeně řečeno, pravidla pro žáka s poruchami autistického spektra sice musí být jednoznačná a dodržovaná, avšak mohou být rozdílná od ostatních spolužáků a s tím by měli být všichni zainteresovaní důsledně obeznámeni.



Obrázek 8: Zásady komunikace s žákem s poruchami autistického spektra v TV

PORUCHY RŮSTU A VÝVOJE

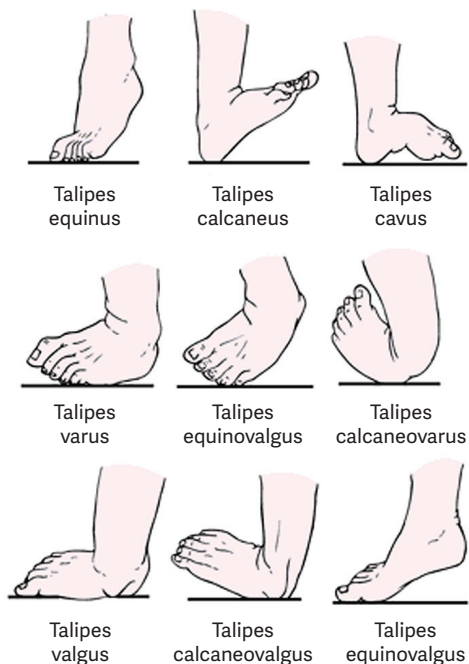
Příčinami vzniku vývojových vad jsou nejčastěji genetické a teratogenní vlivy (léky, chemikálie, určitá onemocnění matky...). (Poul, 2009)

Malformace jsou vrozené vývojové vady, kdy se daný orgán nebo část těla vyvíjejí abnormálně již od počátku. Řadíme sem například meningomyelokélu, amélie (úplné chybění končetiny), fokomélie (ruka nebo noha nasedá na pletenec, chybí střední část končetiny), hemimélie (chybí distální část končetiny v různé výšce), polydaktylie (nadpočetné prsty), syndaktylie (srůst prstů), (Justan, Stupka, & Veselý, 2009; Poul, 2009). Ačkoliv jsme si vědomi rozdílu mezi vrozenými malformacemi např. horních či dolních končetin (dysmélie, amélie) a amputacemi (v našem případě v dětském věku), s ohledem na realizaci pohybových aktivit zde tyto popisujeme společně. Jak uvádí Vařeková, Půlpán a Daďová (2019), zapojení žáka s takovým postižením do TV a sportu má svá specifika a omezení, ale v žádném případě není důvodem uvolnění z TV. Jedinci se ztrátou končetiny či její části se mohou věnovat všem oblastem TV a sportu včetně sportu vrcholového. Ve shodě s výše uvedenými autory musíme konstatovat, že časným a funkčním protetickým vybavením či zařazením sportovně-kompenzačních pomůcek podpoříme v maximální možné míře optimální raný motorický vývoj a zabráníme atrofii zbylých svalů postižené končetiny a rozvoji sekundárních asymetrií. Zvýšené zátěži jsou vystaveny zachované tkáně pohybového systému (svaly, klouby), které přebírají funkci chybějících částí. Z toho rovněž plyne rychlejší unavitelnost, vyšší riziko přetížení i vzniku degenerativních změn. Pozornost však musíme věnovat hygieně pahýlu a případným otláčeninám způsobeným protézou.

Poznámka na okraj: Představení řady příkladů zapojení dětí i dospělých s vrozenými malformacemi či amputacemi do pohybových aktivit na úrovni TV i sportu popisují např. Vařeková, Půlpán a Daďová (2019) v článku Žák s chybějící končetinou či poruchou jejího vývoje v tělesné výchově a sportu, který publikovali v roce 2019 v časopise Tělesná výchova a sport mládeže.

Deformace vznikají také vrozeně, ale orgán nebo končetina jsou původně založeny správně a deformují se až později během nitroděložního vývoje většinou abnormálním tlakem vnitřním či vnějším. Deformací se pak tvoří vady jako (tali)pes equinovarus nebo (tali)pes equinovalgus a další (obrázek 9). Tyto vady se někdy

nazývají polohové, protože vznikají vlivem nevýhodné polohy plodu v děloze – konec pánevní, málo místa v děloze. Pomínutím tlaku po porodu se vady mohou spontánně nebo rehabilitací upravit (Poul, 2009). Mimo cvičení je nutné myslet na vhodnou obuv v době, kdy dítě pro lokomoci používá převážně chůzi. U chodidel zdravých nebo s lehkou polohovou vadou volíme měkkou dostatečně širokou obuv, která dovoluje přirozené vinutí nohy po povrchu. Při těžších deformitách je vhodná obuv zdravotní nebo ortopedická. Korekční vložky zásadní korekci a vytvoření klenby nezprostředkovávají, především ji pasivně podpírají. Aktivní klenba se vytváří s úpravou držení těla (Skaličková-Kováčiková, 2017).



Obrázek 9: Typy vrozených vývojových vad nohy (www.liberaldictionary.com)

Dysplazie představují poruchy vývoje na úrovni tkání a orgánů. Kost nechybí, ale je změněna její délka či šířka. Asi nejznámější dysplazií je dysplazie kyčelního kloubu, kdy je porušen vývoj jamky, hlavičky a kloubního pouzdra. Lehčí stupně se projevují opožděnou osifikací jader, u nejtěžších stupňů jsou patrné závažné deformace acetabula i hlavičky femuru, kloub se luxuje (Dungl et al., 2014). Mezi dysplazie patří také achondroplazie nebo osteogenesis imperfecta.

Achondroplazie je definována zkrácenými proximálními segmenty končetin, tj. humerus a femur, ale může se projevit i zkrácením trupu, středních nebo distálních segmentů končetin, hlava je v poměru k tělu relativně velká s prominujícím čelem. Příčinou je předčasná osifikace oblastí, kde kost roste do délky. V dospělosti dosahují lidé s achondroplazií výšky cca 125–135 cm. Dalším znakem je zúžený páteřní kanál. V oblasti krční páteře může způsobovat spánkovou apnoe a v bederní etáži neurogenní klaudikace – kulhání (Poul, 2009).

Osteogenesis imperfecta se vyznačuje zvýšenou lomivostí kostí, poruchou sluchu, kloubní hypermobilitou, nadměrným pocením a tenkou, lehce zranitelnou

kůží. Jednou z příčin je porucha tvorby kolagenu I. typu. V léčbě je primární rehabilitace a preventivní ortézování proti zlomeninám (Poul, 2009).

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Nošení těžkých břemen.
- Nadměrná fyzická zátěž.
- Adrenalinové a rizikové pohybové aktivity (zúžený páteřní kanál!).
- Prudké dopady a doskoky, pády.

Scheuermannova nemoc patří do skupiny juvenilních osteochondróz. V prvních fázích může být zaměněna za vadné držení těla. Projevuje se zvětšenou kyfózou především v hrudní páteři, případně na přechodu mezi hrudní a bederní páteří a s přítomností klínovitých obratlů a nepravidelností kloubních plošek a přilehlých meziobratlových plotének. Onemocnění vzniká v období růstu, kdy se navíc zhoršuje. U chlapců se objevuje 2× častěji než u dívek (Chaloupka et al., 2009). Klinicky je omezena hybnost, pružnost páteře především v sagitální rovině (Janíček et al., 2007). Léčebné postupy jsou stále kontroverzní a pohybují se od prostého cvičení až po složité operační výkony. Konzervativní léčba je určena především raným stadiím deformit a flexibilním typům. Po skončení růstu se tvar obratlů již nemění, avšak i po této době by měl pacient dbát na pravidelné cvičení, vyvarovat se statického i dynamického přetěžování a často měnit pracovní polohy (Chaloupka et al., 2009; Palazzo, Sailhan, & Revel, 2014).

Kromě cílené fyzioterapie je nutné se zaměřit také na celkovou mobilitu jedince v průběhu dne. Sezení ve strnulé poloze je pro ně typicky nevhodným stereotypem s rizikem lokálního přetížení. Protážení během hodiny by mělo být samozřejmostí. Můžeme střídavě zařazovat takové pohybové aktivity, které jsou pro příslušnou věkovou skupinu vhodné s přihlédnutím ke kontraindikacím. Nedoporučují se úpolové sporty, gymnastické vzpory a doskoky, ale ani pozice brankáře při fotbale nebo házené; opatrnost je namístě u basketbalu a volejbalu, kde jsou doskoky časté. Plavání a aktivity ve vodním prostředí vhodné jsou, ale vyhýbáme se způsobu delfín a prsa (zkracování prsních svalů). Pacient by měl cvičit několikrát denně alespoň deset minut a cviky napravující svalové dysbalance, zlepšující dechovou kapacitu a fyzickou kondici celkově by se měly stát každodenním zvykem (Dylevský et al., 1997; Repko, Filipovič, Šprláková-Puková, & Štourač, 2018).

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Asymetrická cvičení a pohybové aktivity zejména na sportovní úrovni (florbal, tenis, stolní tenis, hokej, pádlování...).
- Dlouhodobá jednostranná zátěž.
- Zvedání a nošení nadměrných břemen, vzpírání, těžké tašky.
- Nadměrná sportovní a pracovní zátěž.
- Dlouhá chůze či stoj se zátěží.
- Nedůslednost při korekci cviků.
- Skoky, doskoky, nárazy.
- Prudké hmyty, trhavé pohyby.

- Omezit pohybové aktivity typu veslování, cyklistika, stolní tenis, jezdeckví a box (kyfotické držení).
- Omezování pohybových aktivit na sportovní úrovni (zejména při těžších stupních skoliózy).

Morbus Perthes (někdy ve speciálněpedagogické literatuře označovaná jako Perthesova choroba) postihuje 4× častěji chlapce než děvčata mezi 5.–7. rokem. Vyznačuje se nekrózou hlavice kosti kyčelní, která ztrácí svou mechanickou odolnost a při zátěži se deformuje. Příčina choroby není zcela známá, ale předpokládá se poškození cév vyživujících femur (Jankovský, 2006). Děti na postiženou končetinu napadají, stěžují si na bolest kyčle, stehna, někdy i kolena. Bolest se zhoršuje se zátěží. Pohyb v kyčelním kloubu je omezen především do abdukce a vnitřní rotace. Omezením pohybu vlivem spazmu svalů a bolesti se postupně deformuje hlavice stehenní kosti. Hlavice může být postižena v různých stupních. V poslední době se nejvíce využívá dělení dle Herringa, který tíži postižení dělí na stupně A–C. Dětem s kostním věkem do 6 let ve skupině A a B dle Herringa je většinou indikován krátkodobý pobyt na lůžku, redukce pohybu a rehabilitace. Stupně B a C s kostním věkem nad 6 let by měly být léčeny chirurgicky (Poul, 2009). Následná rekonvalescence musí být důsledná a dlouhodobá (kolem 2 let) a spočívá v klidovém režimu, kdy dítě nesmí končetinu zatížit (Jankovský, 2006).

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Zatěžování postižené končetiny (pokud lékař neurčí jinak).
- Pohyby v kyčli do maximálního rozsahu.
- Nadměrné přetěžování nepostižené končetiny.

Desatero pro výuku tělesné výchovy u žáka s chybějící končetinou či poruchou jejího vývoje (Vařeková, Půlpán, & Daňová, 2019):

1. Žáci s chybějící končetinou se mohou věnovat pohybovým aktivitám a jejich maximální možné začlenění do skupinové tělesné výchovy a jiných forem pohybové aktivity je vysoce žádoucí pro podporu na úrovni funkcí (zlepšení fyzického i psychického stavu), aktivit (rozvoj pohybových schopností i dovedností) i sociálního začlenění.
2. Pro vytvoření vzdělávacího plánu je nezbytné komunikovat s žákem i rodiči o předchozích zkušenostech s pohybovou aktivitou a možnostech začlenění. Provést zhodnocení pohybových schopností a dovedností žáka.
3. Na základě vstupního zhodnocení vytvořit plán respektující postupné zvyšování zátěže jak v rámci jednotlivé cvičební jednotky/tréninku, tak tréninkového cyklu.
4. Dbát na rozcvičení i kompenzaci. Cílem je prevence asymetrie a svalového zkrácení v oblasti pahýlu. Tedy podpora svalové rovnováhy a dostatečného pohybového rozsahu ve všech kloubech, včetně částí těla s postižením.

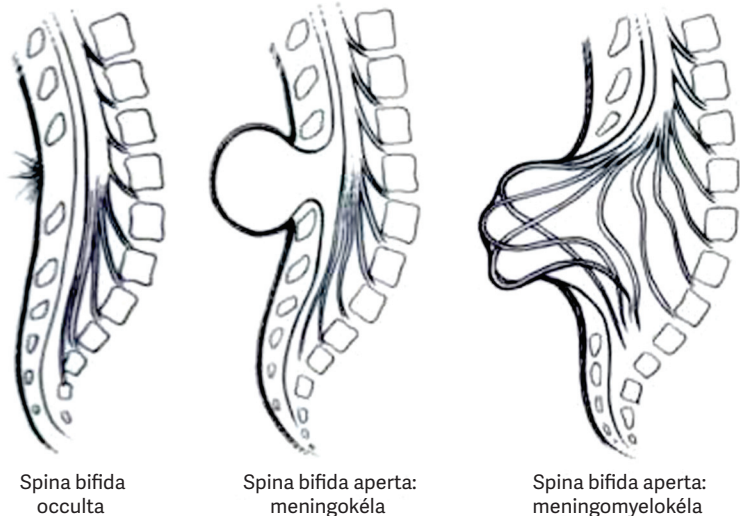
5. Umožnit soukromí pro převlékání a nošení oděvu podle potřeby (např. delších nohavic, rukávů).
6. Pracovat na motivaci a ovlivnění postojů k pohybové aktivitě jak u dítěte samotného, tak i u celé třídy. Např. na úvodní hodině promítnout motivační videa (např. Petráček, Vujcic), využít možnost programu Paralympijský školní den aj.
7. Vytvořit pro žáka bezpečné prostředí: nenutit do aktivit, nabídnout vyzkoušení a poskytnutí adaptací (když bude žák chtít aktivitu vyzkoušet, tak jej budeme jistit, nabídneme více času, upravíme dráhu/prostor).
8. Respektovat zdravotní specifika: extrémní teploty (vysoká – nadměrné pocení v pahýlovém lůžku, nízká teplota – prochlazení pahýlu, nutné dvojité ponožky), vyšší unavitelnost z důvodu vyšší námahy menšího množství svalů, fantomové bolesti.
9. Spolupracovat s protetikem nebo komunikovat o pomůckách s rodiči. Osvojit si základní porozumění kompenzační pomůcce. Před každou hodinou zkontrolovat kompenzační pomůcku (protézu/vozik), zda se nějaká součástka nepovolila/nevypadla.
10. Podporovat žáka v pohybových aktivitách i nad rámec v TV, včetně začlenění do soutěžního sportu.

ROZŠTĚPOVÉ VADY PÁTEŘE

Rozštěpové vady páteře vznikají kolem 5. týdne těhotenství nedokonalým uzavěrem neurální trubice. Rozštěpové vady páteřního kanálu se typicky objevují v lumbosakrální oblasti neuzavřením oblouků obratlů. Rozlišujeme tři základní druhy těchto vad (obrázek 10):

- Spina bifida occulta – skrytý rozštěp páteře; vyznačuje se rozštěpem jednoho či více obratlů, mícha a míšní obaly nejsou poškozeny. Kůže nad defektem bývá více ochlupená a pigmentovaná. Nález nevyvolává potíže a většinou je náhodný.
- Spina bifida aperta/cystica – otevřený rozštěp páteře; na povrchu kůže pozorujeme cystický vak, který obsahuje vyhrězlou nervovou tkáň nebo míchu. U většiny případů spina bifida aperta vykazuje mícha odchylky i v krční části, je přítomen hydrocefalus, páteřní kanál je malformovaný, dochází k rozvoji skoliózy nebo hyperkyfózy, markantním svalovým dysbalancím a deformitám dolních končetin, klinicky je vždy spojena s chabou paraparézou až plegií dolních končetin a s inkontinencí moči a stolice (Danhofer & Masaříková, 2015). Neurologický deficit je trvalý. V místě defektu je zvýšené riziko infekce, která se může šířit do centrální nervové soustavy (Ambler, 2006). Po porodu se provádí neurochirurgická operace a do roka se většinou zavádí shunt na regulaci mozkomíšního moku. Mobilitu ovlivňuje skolióza a osteoporóza, kterou má téměř 50 % osob s diagnózou spina bifida (Patel et al., 2019).

- Meningokéla – výhřez míšních obalů, mícha a míšní nervy nebývají poškozeny.
- Meningomyelokéla – výhřez míšních obalů a míchy; nejčastější forma spiny bifidy. Typickými projevy jsou paraparéza nebo paraplegie různé tíže, hydrocefalus, skolióza, sfinkterové poruchy, urologické a ortopedické komplikace a opoždění kognitivních funkcí (Hopson et al., 2019).



Obrázek 10: Druhy rozštěpových vad páteře (www.sancedetem.cz)

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Únava.
- Dlouhodobý pobyt ve statické poloze.
- Asymetrická cvičení, jednostranná zátěž.

VADNÉ DRŽENÍ TĚLA

Postura neboli držení těla je aktivní poloha segmentů těla držená proti gravitaci v jakékoli poloze. Bez postury by nebylo pohybu, je to jeho nezbytná podmínka (Kolář et al., 2009). Již v roce 1925 prohlásil německý fyziolog Rudolf Magnus, že „postura provází pohyb jako stín“. Schopnost zaujmout kvalitní polohu v kloubech a zpevnit je prostřednictvím koordinované svalové aktivity a vývoj fázické a opěrné funkce se pojí se schopností stabilizovat páteř, pánev a hrudník, což je dáno vrozeným motorickým programem centrálního nervového systému (Kolář et al., 2009). Při správném držení těla jsou klouby v neutrální poloze ve funkčním postavení, ve kterém zvládnou největší zatížení. V této fyziologické poloze jsou hluboké svaly jen minimálně namáhány a je zároveň umožněna relaxace svalů povrchových (Doležal & Jebavý, 2013). Např. legenda zdravotní TV Ludmila Mojžíšová (Vařeková & Prajerová, 2017) považovala za příčinu řady pohybových obtíží svalové dysbalance, které vedou ke kloubním blokádam a následně k vadnému držení těla.

Vadné držení těla je nejběžnější ortopedickou deformitou dětského věku. Hošková et al. (2012) charakterizují vadné držení těla jako funkční poruchu posturální funkce. Na rozdíl od ostatních ortopedických vad se dá aktivním volným úsilím vyrovnat (Čermák, Chválková, & Kotlíková, 1994). Dle Koláře (2002) je jednou z hlavních příčin vadného držení těla porucha v zapojení svalů v průběhu posturálního vývoje. Porucha posturálního vývoje je významným původcem řady hybných poruch v dospělosti. Chybně založené držení těla nese také důsledky pro morfologický vývoj (anteverze kyčelních kloubů, plochá noha, valgusita kolenní apod.). Výraznější poruchy posturální funkce se projevují charakteristickými změnami na reliéfu těla. Vadné držení těla se vyvíjí nejdříve jako porucha funkční. Jejím podstatou je snížený nebo nevyvážený svalový tonus, adaptace na nevhodné zatížení pohybového systému, nebo může být důsledkem nesprávného pohybového návyku. Až druhotně se mohou objevit změny strukturální, kdy již mluvíme o fixované posturální vadě (Havlíčková, Bartůňková, Chválková, & Čermák, 1991).

Často se stává, že vadné držení těla je doprovázeno patologickými pochody, kam patří osteoporóza, posttraumatické změny, posturu dále ovlivňují psychické funkce a špatná průchodnost dýchacích cest. Nejčastěji je způsobeno svalovými dysbalancemi na přední a zadní straně těla. Jeden z dvojice svalů bývá posturální se sklonem ke zkracování, druhý je fázický se sklonem k ochabování a nerovnováha mezi nimi vyúsťuje v neoptimální držení těla (Novotná & Koblíková, 2000). U žáků pozorujeme nápadně kulatá záda (hyperkyfóza), předsunuté držení hlavy se záklonem, protrakci ramen, hyperlordózu v bederní části, oslabenou břišní stěnu, anteverzi pánve a chabé držení těla celkově (Novotná & Koblíková, 2000). Podle Koláře (2009) vzniká takováto posturální disharmonie následkem poruchy na následujících úrovních:

- Anatomické – např. anteverze kyčelních kloubů, dysplazie sakrální kosti atd.
- Neurologické – mozečkové, vestibulární, extrapyramidové atd.
- Funkční – je porušena posturálně stabilizační funkce svalů během pohybu i statických pozic, tato porucha se pak nejvíce promítá do způsobu držení těla. Funkční poruchy je možné aktivním volným úsilím ovlivňovat, proto zde mají velký význam kompenzační cvičení.

Hošková a Matoušová (2007) dělí faktory ovlivňující držení těla na vnitřní a vnější:

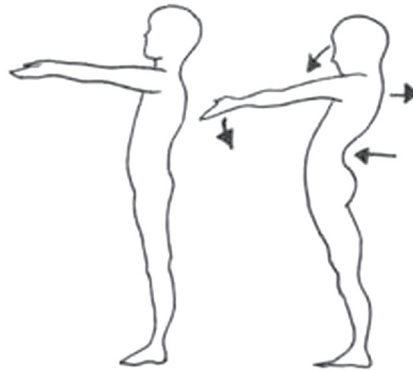
- Vnitřní faktory: vrozené vady (zraku, sluchu, neprůchodnost dýchacích cest, zpožděný duševní vývoj atd.), úrazy, prodělaná onemocnění.
- Vnější faktory: nedostatek svalové činnosti, jednostranné zatížení se statickým přetěžováním, nevhodné pohybové návyky, stres.

Na zmírňování dopadu vnějších faktorů se pracuje vždy snáze než na vnitřních. I pouhé zařazení krátkého protažení či procvičení žáků během sezení v lavici, snížení množství učebnic ve školní tašce, vhodný tvar školních tašek či ergonomie školního nábytku může hrát velkou roli v působení na vadné držení těla. O vedení žáků ke správnému sezení a držení těla pojednává i vyhláška MZ ČR č. 410/2005 Sb., § 21 odst. 1: „Časové rozložení výuky, sestava rozvrhu a režim

dne zařízení pro výchovu a vzdělávání a provozoven pro výchovu a vzdělávání se stanoví podle požadavků zvláštního právního předpisu s ohledem na věkové zvláštnosti dětí i žáků, jejich biorytmus a náročnost jednotlivých předmětů. Při výuce je třeba dbát na prevenci jednostranné statické zátěže vybraných svalových skupin výchovou žáků ke správnému sezení a držení těla.“

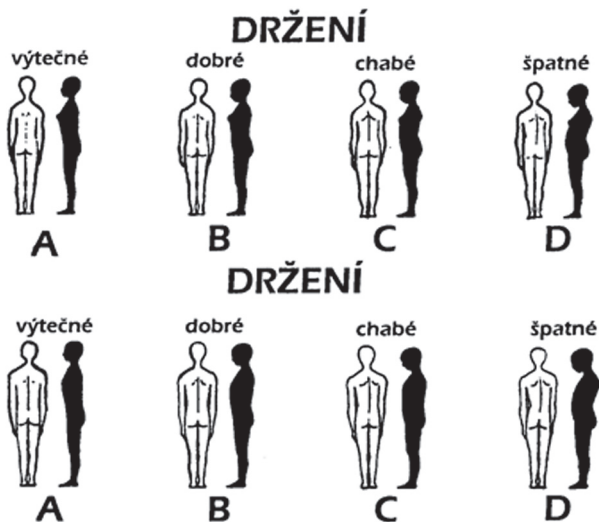
Znalost jednoduchých metod posouzení postury se hodí i učitelům (nejen) tělesné výchovy pro orientační hodnocení a případné zařazení nápravných cvičení, v těžších případech i doporučení návštěvy lékaře (Vojtíková & Vařeková, 2016a). Učitelé TV by měli znát základní testy na posuzování vadného držení těla a testování provádět několikrát do roka. Jako příklad lze uvést následující testy:

- Hodnocení posturálního stereotypu dle Mathiase – vyšetřovaný ve stoje předpaží do 90° a setrvá takto 30 sekund. Jestliže se postoj podstatně nezmění, jde o správné držení. Jestliže se hlava a horní část hrudníku zaklání, ramena jdou dopředu, břicho je vystrčené – jde o vadné držení (obrázek 11). Test se provádí u dětí od 4 let.



Obrázek 11: Hodnocení posturálního stereotypu dle Mathiase (Haladová & Nechvátalová, 2010)

- Testování podle Jaroše a Lomíčka – hodnotí držení těla u dětí – držení hlavy a ruky, hrudníku, břicha a sklonu pánve, křivky zad, držení těla v čelné rovině a stejně tak hodnotí postavení dolních končetin. Součtem známek stanoví klasifikaci držení těla. Za správné držení těla se pokládá takové, které se může označit jako držení klidové, jehož lze dosáhnout tím, že ze stoje v pozoru se nechá svalstvo uvolnit, nikoliv však ochabnout.
- Hodnocení posturálního stereotypu dle Kleina, Thomase a Mayera – vyšetření posturálního stereotypu hodnotíme ze tří stran: zepředu, z boku, zezadu. Vyšetřujeme aspekci, palpací podle Haladové a Nechvátalové (2010). Při vyšetřování a popisu postupujeme systematicky směrem kaudálním. Škála kvalitativního hodnocení postupuje od nejlepšího posturálního stereotypu po nejhorší. Na základě získaných výsledků konstatujeme držení těla *výtečné, dobré, chabé, špatné* (obrázek 12).



Obrázek 12: Hodnocení držení těla dle Kleina, Thomase a Mayera (Haladová & Nechvátalová, 2010)

Na nácvik správného držení těla je třeba myslet již v předškolním věku dítěte, v době, kdy se stabilizuje posturální program a vzpřímené držení těla. Následně je potřeba správnou pohybovou aktivitou a životosprávou udržovat dynamickou rovnováhu posturálního systému. Ve škole by se neměla zanedbávat tělesná výchova a žákům by se měl poskytnout prostor pro uvolnění ze statických poloh, ke kterým jsou v průběhu hodin nuceni. Optimálně by měl každý člověk vykonávat průměrnou pohybovou aktivitu a při jednostranných pohybových aktivitách nezapomínat na kompenzační cvičení (Molnářová, 2009).

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Asymetrická cvičení bez kompenzace.
- Dlouhodobá jednostranná zátěž.
- Zvedání a nošení nadměrné zátěže.
- Dlouhá chůze či stoj se zátěží.
- Nedůslednost při korekci cviků.
- Pohybové aktivity (pravidelně realizované a zejména na sportovní úrovni) typu veslování, cyklistika, stolní tenis a box (kyfotické držení – omezit!).

Ačkoliv v populaci dětí je možné zaznamenat i další vady, které způsobují vadné držení těla nebo jsou s ním pevně propojeny, rozhodli jsme se zaměřit na dvě zřejmě nejčastější. Obě lze do určité míry pozitivně ovlivnit i správně vedenými zdravotně orientovanými cvičeními v rámci TV, respektive nejčastěji zdravotní TV.

Skolióza

Skolióza je patologické zakřivení páteře, které je definováno jako vybočení větší než 10° dle Cobba (Bláha, 2005; Vařeka, 2000). Jedná se o trojrozměrnou deformitu páteře ve frontální rovině na pravou nebo levou stranu spojenou s rotací

v transversální rovině a ve většině případů s různým stupněm lordózy (Tóth, 2014; Poul et al., 2009). Souběžně se změnami na páteři probíhají i změny na žebrech. Na konkávní straně hrudníku vzniká hluboké vtažení se k sobě natlačenými žebry. Na konvexní straně jsou naopak žebra roztažená a vytvářejí tzv. gibbus (hrb). Lopatka je na vybočené straně hrudníku posunutá kraniálně a laterálně, na opačné straně je lopatka spíše v retrakci. Na straně konvexity je crista iliaca postavena níže než na opačné straně a toto šikmé postavení navozuje u nemocných pocit zkrácení dolní končetiny na konkávní straně (Kolář et al., 2009). Kromě pohybového omezení, kosmetického defektu a závažných psychosociálních důsledků se mohou v pokročilých stádiích onemocnění měnit i poměry v nitrohrudním prostoru a mohou vést k respiračním a kardiovaskulárním komplikacím. Současně díky omezení pohyblivosti v místě skoliotické křivky dochází k přetěžování sousedních úseků páteře a k následným degenerativním změnám (Otáhal, Otáhalová, & Hnízdil, 1996). Skoliotické křivky se nejvíce zhoršují v období růstu, do začátku puberty a pak ještě 1–2 roky (Chaloupka, Repko, Ryba & Neubauer, 2009).

Skoliózy můžeme dělit různými způsoby, např. dle stálosti změn na funkční (např. posturální, kompenzační, hysterická) či strukturální (např. idiopatická, neuromuskulární, kongenitální), dle výskytu patologického zakřivení (cervikální, cervikothorakální, thorakální, thorakolumbální a lumbální), podle věku vzniku, dle vývoje deformity, možnosti korekce, období zahájení léčby atd. (Repko, 2010; Sochová, 2002; Vařeka, 2000).

Idiopatická skolióza čili skolióza s neznámou příčinou představuje nejčastější druh skoliózy. Idiopatické skoliózy dělíme podle období vzniku na:

- *Infantilní* – záchyt do 3 let věku. Vyskytuje se ve formě resolutní, tj. mizí bez jakékoliv terapie, a formě rychle progresující.
- *Juvenilní* – záchyt ve věku 3–11 let. Pro svou růstovou potenci a častý výskyt je hodnocena jako nejzávažnější.
- *Adolescentní* – objevuje se v době poslední růstové akcelerace, na kterou připadá už jen 10% z celkové tělesné výšky jedince. Lokalizací a typem křivek se nijak neliší od skoliózy juvenilní.

Tóth (2014) popisuje novější dělení idiopatických skolióz podle doby vzniku na dvě formy:

- *Časně začínající skolióza* (early onset scoliosis) – deformita se objevuje do 5. roku života. Rychle progresuje, bez terapie dosahuje 100 a více stupňů a vyžaduje důslednou léčbu ortézou a v případě progresování křivky terapii operační.
- *Pozdně začínající skolióza* (late onset scoliosis) – začíná po 5. roce života. Progrese nebývá tak výrazná a výraznější nadějí na úspěch tak má konzervativní terapie.

V etiopatogenezi skoliózy bývá uváděna celá řada faktorů. Dříve byl nejčastěji citován vliv vertikálního přetížení páteře a následná svalová nerovnováha. Z řady dalších faktorů jsou často uváděny příčiny neurogenní, traumatické, kongenitální tvarové změny skeletu, vlivy genetické, poruchy cévního zásobení, metabolické poruchy a řada dalších (Blaha, 2005; Otáhal et al., 1996; Poul et al., 2009; Tóth, 2014). Pacientův nízký počáteční věk při objevení skoliózy, ženské pohlaví, lokalizace primární křivky v hrudní oblasti, laxicita měkkých tkání, přítomnost minimálního mozečkového syndromu a stupeň kompenzace (dekompenzace) křivky jsou rizikovými faktory, které zvyšují pravděpodobnost progresu. Opačně lze říci, že méně pravděpodobná je progresu u starších žáků s větší zralostí kostry a s menším zakřivením (Kolář et al., 2009).

Při léčbě je klíčové onemocnění včas zachytit, a pokud není jiný důvod, neomezovat zásadním způsobem pohybovou aktivitu jedince. Jedním z diagnostických nástrojů je Adamsův test (Vojtíková & Vařeková, 2016b). Testovaná osoba stojí zády k pozorovateli a pomalu se postupně předklání až do krajní polohy. Pohyb začíná předklonem hlavy a pokračuje odvíjením nižších segmentů páteře. Horní končetiny volně směřují směrem k zemi. Hodnotí se symetrie paravertebrálních valů a hrudníku. Hodnocení lze provést subjektivně aspekci nebo může být objektivizováno měřením pomocí skoliometru. V případě přítomné skoliózy pozorujeme val svalů podél páteře na jedné straně výše. Odchylna není po celé délce páteře, ale většinou pouze v určité fázi předklonu. V dalších fázích předklonu může být zvýšený val naopak na opačné straně páteře (podle počtu oblouků skoliózy) (Kolisko, Fojtíková, 2003; Tichý, 2000). Tímto testem hodnotíme především paravertebrální prominence. Slouží pouze orientačně pro prvotní hodnocení. Při pozitivním výsledku (přítomnost odchylny) by měly následovat další přesnější metody (Vojtíková & Vařeková, 2016).

Cvičení a pohyb jsou doporučovány jako léčba, která se má pokusit ovlivnit vývoj skoliotické křivky, ale i jako podpůrná terapie k posílení účinnosti korzetoterapie. Cvičení musí respektovat typ skoliózy, velikost křivky, věk dítěte a schopnost jeho spolupráce. Těží se především z formativního vlivu svalové funkce na kostní tkáň (Kolář et al., 2009). Důležitá je práce na držení těla, posilovací a protahovací cvičení, dechová cvičení a senzomotorická cvičení (Chaloupka et al., 2009). Pouze u těžších skolióz se setkáváme s nedoporučovanými pohybovými aktivitami založenými na častých doskocích nebo těmi, které jsou založeny na asymetrické zátěži (sportovní úroveň u tenisu, golfu nebo florbalu).

Plochá noha

Podle různých autorů se klenba nožní tvoří do 3–6 let, proto cca do 4 let ještě o ploché noze nehovoříme (Novotná, 2001). Noha má dvě hlavní funkce. První funkcí je nést hmotnost těla a druhou přemisťovat tuhou hmotnost pomocí pohybu (chůze, běh). Dále se uvádí, že pokud má být tělo stabilní, musí být podepřeno ve třech bodech a těžiště se musí nacházet mezi těmito body. Na noze jsou těmito třemi body: hlavička prvního a pátého metatarzu a hrbol patní kosti. Mezi zmíněnými body se nachází systém dvou kleneb – příčné a podélné. Úkolem kleneb je chránit měkké tkáně nohy a umožňovat pružný nášlap. Udržení kleneb ovlivňují tři faktory: tvar kostry nohy a architektura kostí, vazivový systém nohy a svaly nohy (Dylevský, 2009). V žádném případě ale nelze izolovaně řešit

pouze nohu. Ta je integrovaná do celého tělesného schématu a tělo a noha jsou na sobě závislé (Skaličková-Kováčiková, 2016). Problematika ploché nohy je čím dál častější, přibývá žáků s volným vazivem. Pokud se klenba netvoří ani u dítěte se správně založenou nohou, může být problém v nedostatečně vnímavosti nebo v jiných kloubech, např. addukce v kyčlích. Problémem dnešní doby je, že žáci jsou naboso minimálně, většinu času tráví v uzavřené obuvi, nazouvacích nebo ponožce, která také nohu utiskuje, zvláště když jsou to ponožky funkční s různými stahujícími zónami nebo zesílenou textilií. Ve všech těchto případech noha přichází o volnost pohybu, chodidlo je zmáčknuté (Lewitová, 2016).

Při cvičení zaměřených na plochonoží cvičíme naboso, za teplého počasí je ideální využít venkovní prostředí – trávník, písek, tartan a jiný rozmanitý bezpečný povrch pro stimulaci plosky nohy. Cvičíme ve všech polohách, např. podle vývojové kineziologie, v zatížení a využíváme různé pomůcky – míčky, válečky, čocky, švihadla, bedny atd.

NEJČASTĚJŠÍ KONTRAINDIKACE

- Dlouhé pochody a stání.
- Skoky, doskoky.
- Přetěžování hybného systému.

ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ

Z pohledu motorických kompetencí žáků se zrakovým postižením je stejně jako u předešlých diagnóz důležité znát případné kontraindikace pro provádění pohybových aktivit. S ohledem na relativně široké portfolio různých typů zrakových postižení je uvádíme společně, zjednodušeně a strukturovaně. Některé typické zejména pro dospělý věk neuvádíme.

Mezi refrakční vady patří dalekozrakost (hypermetropie) a krátkozrakost (myopie). Dalekozrakost jako taková s sebou obvykle nenese žádná rizika pro pohybové aktivity. Omezení se vyskytují pouze v případech, že se spolu s ní vyskytují ještě jiné poruchy oka. Velmi důležitá je však brýlová korekce i v hodinách tělesné výchovy (Janečka, 2007). Podobně u krátkozrakosti je jediným limitujícím faktorem nošení brýlí, které by mohly při rozbití způsobit úraz. Ty je však možné nahradit kontaktními čočkami. Astigmatismus je zraková vada, při níž světelné paprsky z bodového podnětu vytvářejí na sítnici nikoliv bodový obraz, ale obvykle elipsu. Zvýšenou bezpečnost vyžadují všechny pohybové aktivity, kde je nutné přesné ostré vidění. Mezi ně můžeme zařadit volejbal, basketbal, házenou, fotbal. V atletice jsou to hlavně skoky, překážkové běhy. Dále pak akrobacie v gymnastice, alpské lyžování, hokej, skoky do vody, stolní tenis, tenis, ringo apod. Pokud není astigmatismus spojen s další zrakovou vadou, nejsou s ním spojena žádná rizika, která by vedla ke zhoršení vidění (Janečka & Bláha, 2007).

U vrozeného glaukomu (zelený zákal) je mnoho důvodů se domnívat, že správně prováděná dynamická cvičení jsou prospěšná. Kontraindikací jsou cvičení izometrického charakteru, cvičení s předklony a výdrže v nich. Činnosti, při kterých by mohlo dojít k prudkým úderům do hlavy. Nevhodná jsou rovněž všechna extrémní silová cvičení, skoky do vody, pády a činnosti dlouhodobého vytrva-

lostního charakteru. Nedoporučují se ani prudké změny teploty při přecházení z místnosti do mrazu (Janečka, 2007).

Vrozená katarakta (šedý zákal) sám o sobě není důvodem k omezování tělocvičných aktivit. Může být omezeno zorné pole, snížený vizus a tím orientace v prostoru úměrná rozsahu zakalení čočky nebo pouzdra. Jiná situace je při stavech po operaci. Tam musí přesný režim určit lékař. Naturální centrální vidění afakického oka, které je jinak normální, je 1/60, tedy v oblasti praktické slepoty, i když umožňuje pacientovi základní vizuální orientaci v prostoru (Řehák, 1989).

Atrofii zrakového nervu rozumíme výsledný stav, který vznikl vlivem různých patologických procesů druhého neuronu zrakové dráhy. Jakýkoliv fyzický výkon je zakázán pouze ve stavech akutních zánětů. Pozor však na poruchy zrakového pole spojené s poruchou orientace. Janečka (2007) doporučuje vyšetření na perimetru pro stanovení rozsahu těchto poruch. Stejný autor pak popisuje, že při atrofii terčů zrakového nervu jde většinou o stacionární snížení zrakové ostrosti různého stupně. Při pohybových aktivitách musíme respektovat aktuální vizus a tomu přizpůsobit podmínky pro pohybové aktivity.

Stargardtova makulární juvenilní degenerace je, jak vyplývá z názvu, centrální degenerativní onemocnění sítnice dětského věku. Potíže ve zrakové diferenciaci se začínají objevovat zhruba v době počátku školní docházky. Společným znakem všech degenerativních onemocnění je neodvolatelnost jejich progresu a skutečnost negativní perspektivy, působící jako stresor. Určitou výhodou zůstává, že je rozložena do relativně dlouhého časového úseku a dítě má dost času se adaptovat (Vágnerová, 1995).

Tapetoretinální degenerace – retinis pigmentosa se projevuje nejčastěji již v prvních 10 letech života. Typická bývá porucha adaptace na tmu a šeroslepost související se zánikem tyčinek a čípků v sítnici. Toto onemocnění má progresivní charakter. Od útlého dětství jsou hlavními příznaky hemeralopie, nález na pozadí a změny zorného pole. Nebezpečí úrazu hrozí při cvičení za špatného osvětlení. V šeru je výrazně snížena schopnost adaptace. Charakteristické změny zorného pole odpovídají obrazu a vývoji změn na očním pozadí. Nebezpečí úrazu vzrůstá s omezováním zrakového pole od prstencového skotomu k trubicovému zúžení v rozsahu 5–10°, které je příčinou praktické slepoty, protože člověk s tímto postižením nemá dostatek informací o prostoru kolem sebe (Janečka & Bláha, 2013).

Achromatopsie je vrozená geneticky podmíněná aplázie neuroepitelu sítnice. Původ tohoto defektu není znám. Dítě má sníženou zrakovou ostrost, nystagmus, poruchu barvocitu a je světloplaché (Vágnerová, 1995). Vzhledem k fotofobii se tyto děti již od narození odvracejí od světla, které je dráždí. Janečka (2007) uvádí, že v prudkém světle lze takto postižené jedince považovat za prakticky nevidomé. Při ostrém světle jsou vhodné tmavé samozabarvovací brýle. Pro oko však pohybové aktivity nepředstavují žádné nebezpečí. Pozor na sníženou orientaci. Při nystagmu je zhoršena schopnost přesného zacílení na předmět spojená se špatným odhadem vzdálenosti.

Aniridie patří mezi na první pohled nápadné zrakové vady. Progresivní zhoršení zrakových funkcí u nemocného trpícího vrozenou aniridií bývá nejčastěji způsobeno

beno sekundárním glaukomem, který je obvyklou komplikací aniridie (Vágnerová, 1995). Vážnými kontraindikacemi pro provádění pohybové aktivity jsou glaukom a stavy s nebezpečím odchlípení sítnice. V těchto případech je nutná konzultace s oftalmologem a periodická kontrola aktuálního stavu.

Albinismus patří mezi vrozené vady metabolismu aminokyselin, kdy je příčinou defekt tyrosinázy v melanocytech, který má za následek poruchu tvorby melaninu (tj. pigmentového barviva). Při ostrém světle pozor na oslnění. Vhodnou pomůckou jsou tmavé samozabarvovací brýle.

Kolobomový komplex je komplex vrozených poruch, který může zahrnovat rozštěp celé uvey až k ciliárnímu tělísku, dále rozštěp čočky, sítnice či zrakového nervu (Vágnerová, 1995). Šíře postižení zrakových funkcí je u kolobomového komplexu značná. Těžší postižení zraku bývá způsobeno vlivem dalších komplikací, kterými mohou být katarakta, sekundární glaukom nebo amoce sítnice vedoucí k výpadkům zorného pole a snížení zrakové ostrosti. Proto je vždy nutná konzultace s oftalmologem, který určí rozsah činností v rámci pohybových aktivit (Janečka, 2007).

Afakie je stav, kdy v oku čočka chybí, např. po jejím operativním vyjmutí při kataraktě. Pseudofakie je pak stav, kdy je afakie trvale korigována umělou nitrooční čočkou (Kraus et al., 1997). Při pohybových aktivitách musíme respektovat těžkosti způsobené omezeným zrakovým polem, které je způsobeno sférickou vadou aberací silných brýlových skel. Navíc na okraji zorného pole vzniká „slepý úhel“ způsobující prstencový skotom. Tyto problémy se do značné míry dají korigovat kontaktními čočkami (Janečka & Bláha, 2013).

Vrozený nystagmus je podmíněn sensorickým nebo motorickým defektem. Při sensorické poruše vzniká nystagmus okulentní. Sem patří vedle fyziologického záškrbového nystagmu optokinetického kývavý nebo nepravidelný nystagmus slepých a těžce amblyopických očí. Aby vznikl, musí se vyvinout do dvou let života dítěte. Centrální neurogení nystagmus vzniká lézí vestibulárních jader a drah, které je spojují s mozečkem a jádry oko-hybných nervů (Kraus et al., 1997). Při nystagmu jsou důležité dva aspekty. Jedním je bezděčný rytmický pohyb oka, který zhoršuje jeho fixační možnosti, druhým je etiologie jeho vzniku. S touto jsou pak svázány případné kontraindikace. Proto je zde nutná konzultace s oftalmologem.

Při úplném přerušení zrakového nervu dochází k úplnému oslepnutí (amaurose) jednoho oka na straně přerušení zrakového nervu. Při poškození celého chiasmatu dochází k úplnému oslepnutí na obě oči. Pokud je poškození chiasmatu pouze částečné, dochází k typickému výpadku nesouhlasných polovin zorných polí na obou očích (Králiček, 2011). V závislosti na místě léze musíme vědět, kde a v jakém rozsahu jsou výpadky zorného pole. Při kortikální slepotě pak musíme vědět, kterou část z asociativních oblastí má dítě nebo dospělý postiženou. Tomu pak musí odpovídat celkové uspořádání podmínek, ve kterých se žák pohybuje. Zde doporučujeme spolupráci nejenom s oftalmologem, ale i neurologem.

Jen na doplnění uvádíme také daltonismus. Obecně můžeme říci, že pouze změněná schopnost barevného vnímání není sama o sobě vážnou překážkou pro

provádění pohybových aktivit. Pokud používáme barevné pomůcky či barevné odlišení družstev při hrách, snažíme se vybírat takové barvy, které dítě vidí dobře. U daltonismu vybíráme alespoň kontrastní odstíny. Při kombinacích s dalšími zrakovými vadami pak vycházíme z etiologie jednotlivých postižení.



Obrázek 13: Ukázky jednotlivých zrakových postižení

3.3

Jak plánovat a realizovat inkluzivní pohybové programy?

„Čím skrovnějšími, ale dokonalými prostředky docílíme úspěchu, tím je náš výkon cennější.“

Josef Skupa



Ondřej Ješina, Martin Kudláček

Při ITV s účastí žáka se speciálními vzdělávacími potřebami ve všech formách (organizačních, didakticko-metodických aj.) je nutné mít na paměti především tato čtyři pravidla (Kudláček & Ješina, 2008), která doplňujeme v současném systému inkluzivního školství o páté a šesté. Označujeme je pak jako principy (zásady):

- **Aktivity musejí být pro všechny žáky bezpečné!** (s přiměřenou mírou rizika zranění běžnou pro pohybové aktivity)
- **Aktivity musejí být smysluplné!**
- **Ne každá aktivita je vhodná pro všechny stejně!**
- **Žáci nesmějí trpět pocitem ochuzení z důvodu společného vzdělávání se žákem se SVP!**
- **Povinností pedagoga v konkrétní třídě je vzdělávat všechny žáky!** (bez ohledu na osobní preference nebo subjektivně vnímanou mírou motivace)
- **Pokud se pedagog necítí být pro konkrétní činnosti v inkluzivní TV kompetentní, pak musí být jeho snahou využít odborné spolupráce nebo sebevzdělávání!**

Block (2007) popisuje stupně podpory inkluze a realizace pohybových programů, včetně segregovaného (upraveno do českých podmínek in Ješina & Kudláček, 2009). Tyto stupně podpory se staly podkladem pro návrh „Metodického pokynu pro ATV“, který byl na základě iniciativy MŠMT předložen k dalším jednáním

na konci roku 2019. Úprava a rozšíření těchto stupňů, prezentovaných již dříve v odborných a metodických materiálech (Ješina, Kudláček et al., 2011; Bartoňová & Ješina, 2012, aj.), respektuje aktuální legislativní možnosti i aktuální změny ve vzdělávacím systému včetně propojení škol a školských zařízení s ohledem na vyhlášku č. 27/2016 Sb.

V závislosti na úrovni schopností, dovedností a možnostech žáka se SVP je jeho účast v TV nebo ATV zajišťována formou následujících opatření:

1. zapojení bez podpory a bez modifikace obsahu (běžná TV i ITV);
2. zapojení s úpravou obsahu a podmínek (ATV i ITV);
3. zapojení s využitím peer partnerů/tutorů (ATV i ITV);
4. zapojení s využitím asistenta pedagoga (ATV i ITV);
5. kombinované formy výuky (individuální segregovaná, individuální či skupinová paralelní ATV, běžná ITV);
6. další výuka skupinového charakteru (ATV, zdravotní TV);
7. spolupráce s organizacemi v komunitě školy nebo žáka (segregovaná ATV, výjimečně i ITV);
8. další výuka segregovaného charakteru (segregovaná ATV, zdravotní TV, léčebná TV).

Ad 1) Zapojení žáků bez podpory a bez modifikace obsahu (běžná TV). Nejčastěji se jedná o diagnózy uvedené v čl. 4, odstavec 5 nebo např. žáka s lehkým sluchovým postižením. Tito žáci jsou běžně pro účely ostatních předmětů vedeni jako žáci se SVP, avšak v TV s ohledem na potřeby žáka není nutné úpravy obsahu či výstupů realizovat.

Základní charakteristika: Vzhledem k charakteru postižení žáka není nutné upravovat obsah (a tím ani prostředky), podmínky, metody atd. Pro učitele není nutností v rámci terciárního nebo celoživotního vzdělání získat specifické kompetence nutné pro vedení ITV. Za určitých okolností se však v tomto případě může jednat o chybu v procesu integrace. Příklad: Vzhledem k charakteru postižení žáka je nutné upravit podmínky či obsah, avšak z důvodu nekompetentnosti učitele TV k tomu nedojde, tudíž je žák v podstatě integrován pouze fyzicky, bez specifického individuálního přístupu. V tomto případě může být negativní zásah do žákovy psychiky či celkového zdraví daleko hlubší než v případě jeho uvolnění z TV.

Ad 2) Zapojení s úpravou obsahu a podmínek (ATV). Zde se jedná nejčastěji o žáky se zdravotním postižením a znevýhodněním. Často se však může jednat o žáky, u kterých není s ohledem na jejich potřeby nutné upravovat jiný předmět, než právě vyučovaný předmět TV nebo i jiné aktivity v rámci ATV. Dominující sociálně interakční formou je nejčastěji hromadná.

Základní charakteristika: Učitel respektuje obecné cíle TV, ale současně se zamýšlí nad změnami nutnými pro participaci žáka s postižením a realizuje je. Vzhledem k charakteru postižení a po zvážení podmínek školy modifikuje obsah a upravuje organizaci TV tak, aby byla participace žáka s postižením možná. To vše při splnění jednoho ze základních principů integrace – integrace je realizo-

vána takovým způsobem, že kvůli ní ostatní žáci nepocítují nepohodu, frustraci a ochuzení.

- Žáci (zde i dále je myšleno žáci bez SVP a žák, popř. žáci se SVP) pracují na stejných cílech, ale na rozdílné úrovni.
- Žáci pracují v rámci jedné aktivity na rozdílných úkolech.

Ad 3) Zapojení s využitím peer partnerů/tutorů (ATV). Zde se jedná nejčastěji o žáky se zdravotním postižením, u nichž je ne vždy vhodné zapojení se všemi ostatními žáky. Z hlediska forem výuky se jedná o individuální (resp. dyadickou) nebo o skupinovou formu. Předem určený/ní a zaškolený/ní spolužák/ci realizuje/í aktivity ve dvojicích či ve skupině s žákem se SVP a je/ jsou instruován/i pedagogem.

Základní charakteristika: Učitel stále ještě nevyužívá podporu v podobě asistenta pedagoga. Vzhledem k charakteru postižení žáka je však nutná asistence spolužáků, vrstevníků z jiných tříd či žáků z vyšších či nižších ročníků – peer tutorů. V zahraniční literatuře je jejich pozice a role velmi podrobně popsána a sledována (Block, 2005; Lieberman, 2002; Sherrill, 2004). Nejčastěji se jedná o spolužáky z téže školní třídy, kteří plní funkci asistentů žáka s postižením. Vzhledem k naplnění cílů TV doporučujeme tyto peer tutorův obměňovat. Další varianta může být již organizačně náročnější – tehdy je peer tutorem vrstevník z paralelní třídy. Může jím však být i starší žák téže školy. Tyto dvě poslední varianty mohou využívat nových trendů ve školních kurikulech, tedy mezipředmětové provázanosti (viz výchova ke zdraví, výchova k občanství, průřezová témata). Příkladem může být účast peer tutora v hodinách TV s žákem s postižením v rámci předmětu výchova k občanství, kde jsou očekávané výstupy jednoznačně zaměřené na vztah k jedincům z minoritních skupin, porozumění, komunikaci v různých životních situacích, objasnění vůle a překonávání překážek, rozvíjení osobních předností, vztah k druhým lidem, otázky kvality života a mnohé další. Jedná se o oboustranně výhodný vztah, kdy žák bez postižení nabízí žáku s postižením fyzickou i psychickou podporu a naopak získává na důležitosti, protože jeho činnost má jednoznačný smysl. Formují se tím jeho morálně-volní vlastnosti, sebedpřijímání a jeho osobnost celkově. Z hlediska způsobu zapojení se jedná především o:

- tradiční jednostrannou podporu ze strany peer tutorů (vrstevníků, spolužáků);
- reciproční spolupráci, kdy si žáci s postižením a žáci bez postižení vyměňují role;
- zapojení starších žáků bez postižení;
- využití podpory více žáků ve třídě, kteří se spolužáky s postižením pracují na základě daného rozvržení aktivit.

Informujeme spolužáky o specifikách zapojení žáka se SVP a vedeme spolužáky k určité míře vlastní zodpovědnosti za sociální interakci se spolužákem se SVP. Tuto formu využíváme buď s přítomností asistenta pedagoga, nebo i bez něj, avšak s vyšší mírou organizační náročnosti pro učitele. Podpora přirozené sociální skupiny vrstevníků je často vhodnější než přítomnost asistenta pedagoga, která může působit rušivě a tvořit sociální bariéry.

Ad 4) Zapojení s využitím asistenta pedagoga (ATV). Zde se jedná nejčastěji o žáky se zdravotním postižením, případně s velmi těžkým onemocněním, u nichž je vhodné, aby byla část výuky vedena samostatně (individuálně). Asistent pedagoga sleduje obecné cíle ATV s respektem k plánu pedagogické podpory či individuálnímu vzdělávacímu plánu a průběžně je upravuje dle progresu motorických funkcí a zkušeností.

Základní charakteristika: Učitel má možnost využít podpory ze strany asistenta pedagoga. Umožňuje mu to zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), zejména pak vyhláška o vzdělávání žáků se SVP a žáků nadaných č. 27/2016 Sb. Pozici asistenta pedagoga a nároky na jeho vzdělání pak definuje zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a změně některých zákonů. Dle tohoto zákona ve znění pozdějších legislativních norem je však také možné získat legislativní kompetenci k této pedagogické profesi základním vzděláním a akreditovaným vzdělávacím programem pro asistenty pedagoga. Z toho je tudíž patrná nutnost dalšího vzdělávání, např. i neformálního, aby byli tito pracovníci schopni vykonávat svou pedagogickou činnost zodpovědně a co nejkvalitněji. Podpora ze strany asistenta pedagoga může být vzhledem k charakteru žákovy postižení, při nemožnosti využití peer tutorů, klíčová. Je však nutné mít na mysli také možná negativa zapojení takového pracovníka. Jeho přítomnost může paradoxně napomoci k vytvoření vnější bariéry ve školní třídě. Stane se jakousi hradbou mezi žáky samotnými. Dále je nutná spolupráce s učitelem TV, přičemž tento způsob práce klade vyšší nároky na řízení lidských zdrojů. Forma spolupráce pak spočívá především v:

- *podpoře asistentem pouze ve vybraných aktivitách;*
- *podpoře asistentem po celou vyučovací jednotku.*

Ad 5) Kombinované formy výuky (ATV). Zde se jedná nejčastěji o žáky s těžkým zdravotním postižením, případně žáky s velmi těžkým onemocněním. Specifika žáků vyvolávají potřebu dominantně využívat individuální vzdělávání, avšak ve vhodných částech vyučovací jednotky pedagog zařazuje i společné aktivity (např. úvodní nebo závěrečná část).

Základní charakteristika: S využitím asistenta pedagoga nebo bez něj (vzhledem ke způsobu zapojení) je žákovi s postižením umožněna kombinace různých forem ATV. Není nutné, abychom vždy a za každou cenu usilovali pouze o integrovanou TV. Nabízí se několik možností kombinací běžné ATV a činností s asistentem či ostatními spolužáky. Segregované činnosti představují pohybové aktivity, které žák s postižením uskutečňuje v jiný čas než ostatní žáci nebo s jiným obsahem či jinak cíleně zaměřené. Příklad: Žáci bez SVP absolvují vyučovací jednotku zaměřenou na sportovní gymnastiku. Vzhledem k charakteru postižení se asistent pedagoga se žákyní s dětskou mozkovou obrnou zaměřuje na cviky, jejichž cílem je celkové uvolnění a protažení svalstva. Paralelní činností myslíme pohybovou aktivitu, která probíhá ve stejném čase či na stejném nebo blízkém místě, často s obdobným obsahem nebo cílem. Příklad: Žáci bez SVP absolvují vyučovací jednotku TV zaměřenou na rozvoj vytrvalostních schopností, která je realizována během v lesním terénu. Ve stejné době pak žák se zrakovým postižením se svým asistentem absolvuje vyučovací hodinu zaměřenou na cyklistiku, kdy

se účastní 20km jízdy na tandemovém kole. Strukturovaně bychom tyto formy mohli uvést následovně:

- *Kombinované formy výuky bez podpory.*
 - ➔ *Modifikace aktivit probíhají na základě podnětů od žáka s postižením.*
 - ➔ *Aktivity jsou modifikovány učitelem TV/ATV.*
- *Kombinované formy výuky s podporou.*
 - ➔ *Flexibilní rozvrh: žák s postižením navštěvuje s podporou běžnou TV/ATV nebo individuální či paralelní ATV na základě charakteru (obsahu) vyučovací jednotky.*

Ad 6) Další výuka skupinového charakteru (zdravotní TV či segregovaná ATV). Je-li ve škole vzděláván vyšší počet žáků, u kterých je to vhodné a možné, škola realizuje zdravotní TV. Zdravotní TV může být realizována tradičně jako alternativa běžné TV s dominujícím zdravotně orientovaným obsahem nebo jako předmět speciálněpedagogické péče.

Základní charakteristika: Žák s postižením navštěvuje s podporou běžnou skupinovou ATV, častěji však zdravotní TV, na základě stanoveného rozvrhu. Tento rozvrh musí respektovat fyziologické principy s ohledem na jedinečnost žáků (není vhodné ji zařadit např. hned po obědě, s ohledem na některá specifická postižení či onemocnění je třeba zvážit i brzké ranní zařazení). Zdravotní TV přitom může být organizována dle tradičního modelu, tedy vyučována učitelem TV jako součást úvazku, nebo v systému podpůrných opatření jako předmět speciálněpedagogické péče. Je však nutné pokračovat dál v jednání na MŠMT o kvalifikaci pedagoga vyučujícího v tomto systému zdravotní TV. V současné době je to možné pouze u pedagoga se zaměřením na speciální pedagogiku, což neodpovídá aktuálnímu stavu pregraduálního vysokoškolského vzdělávání a programů zaměřených na speciální pedagogiku. Zdravotní TV je vyučována u kinantropologicky zaměřených programů, kde však pouze minimum z nich je zaměřeno na speciální pedagogiku. Pokud škola disponuje pedagogem se specializací ATV, aplikované pohybové aktivity, s kombinací učitelství TV a speciální pedagogika, případně speciální pedagogika s kurzem zdravotní TV nebo ATV, je ve vhodných případech možné (např. tam, kde není jiná možnost) zvážit organizaci společné třídy žáků se SVP s obsahem, který respektuje všeobecné cíle TV včetně výchovného a vzdělávacího tak, jak je běžné např. na školách primárně určených pro žáky se SVP.

Ad 7) Spolupráce se školskými organizacemi v komunitě školy nebo žáka (segregovaná ATV, výjimečně ITV). Zde se jedná nejčastěji o žáky s těžkým zdravotním postižením, případně žáky s velmi těžkým onemocněním. V případě, že všechna předchozí řešení nebyla úspěšná, je možné zařadit do individuálního vzdělávacího plánu spolupráci s externím subjektem, který zajistí zapojení do pohybových aktivit na úrovni ATV. Toto zapojení je pak možné zohlednit i při hodnocení vyučovaného předmětu TV ať už jako všeobecně vzdělávacího, volitelného, nebo nepovinného předmětu.

Základní charakteristika: V případě, že škola nemá vytvořeny podmínky pro možnou participaci žáků s postižením, má možnost spolupráce s jinými školami či

školskými organizacemi, především se školami zřízenými pro žáky se SVP a školami s třídami zřízenými pro žáky se SVP. Ačkoliv se v případě účasti v TV/ATV na škole zřízené primárně pro žáky se SVP zdánlivě nejedná o integraci, může být tento stupeň integrace v TV/ATV v našich podmínkách relativně běžný. Jedná se o případ, kdy je žák se SVP integrován na běžné škole v převážné většině vyučovacích předmětů a jediným předmětem (nebo jedním z mála), kterého se nemůže z důvodu nevytvořených podmínek účastnit, je TV/ATV. V rámci individuálního vzdělávacího plánu je definována kombinace školou organizované výuky, která je však redukována a umožňuje spolupráci s aktivitami jiných školských subjektů. Příklad: Žák s kvadruplegií navštěvuje úterní výuku, která je realizována ve velké tělocvičně nebo na hřišti, kde většinou probíhá výuka zaměřená na hry. Čtvrteční výuka se odehrává v malé tělocvičně, která je bariérová včetně sociálních zařízení, a není tedy možná participace žáka s kvadruplegií. Proto čtvrteční výuka probíhá v sousedním domě dětí a mládeže, kde je organizován pohybový zájmový kroužek pro všechny (buď v době výuky, nebo častěji až po ní). Mohli bychom tyto činnosti rozdělit následujícím způsobem:

- Výuka probíhá ve sportovním kroužku ve spolupráci s vybranou školou nebo školskou organizací v místě bydliště.
- Doplnkové zařazení výuky v komunitě. Výuka probíhá zčásti v rámci TV/ATV a zčásti ve spolupráci s vybranou školskou organizací v místě bydliště.

Ad 8) Další výuka segregovaného charakteru (segregovaná ATV, zdravotní TV, léčebná TV). V současné době je na základě dohody mezi školou a zákonným zástupcem, která může být zakotvena i jako součást IVP či PIPP jako spolupráce s externím subjektem, realizována náhrada za běžnou TV prostřednictvím jiné formy a zaměření pohybových aktivit. Tato náhrada může být zabezpečena jiným subjektem než školou nebo školskou organizací. Zapojení do jakékoliv smysluplné formy TV je vhodnější než uvolnění z TV a zabránění možnosti systémového rozvoje psychomotorických funkcí.

Základní charakteristika: V případě, že škola nemá vytvořeny podmínky pro možnou participaci žáků s postižením, má možnost spolupráce s jinými mimoškolskými subjekty. Příklad: Žák s autismem se může vzhledem k možnostem školy účastnit všech předmětů s výjimkou TV/ATV. Přesto však není z TV/ATV uvolněn a absolvuje ji u poskytovatele sociální péče zaměřeného na podporu osob s PAS, který poskytuje aktivizační službu ve vlastní herně nebo pohybovém studiu. Jiným příkladem pak může být kombinace školní docházky a domácí výuky u žáka s MP a PAS nebo léčebná TV u žáka s DMO v nemocnici či rehabilitačním zařízení.

Absence zařazení žáka se SVP ve společných aktivitách v TV a pohybových programech je vrcholně nežádoucí při inkluzivním procesu jako takovém. Než však přistoupíme k popisu jednotlivých aktivit, je nutné uvést základní postup, který je vhodné respektovat jako vodítko při jakékoliv obdobné činnosti:

- Stanovit si cíle pohybových aktivit – obecné cíle doplněné konkrétními úkoly, které musí respektovat zájmy všech žáků včetně těch se SVP.
- Diagnostikovat motorické i osobnostní kompetence skupiny (včetně žáka se SVP).

- Seznámit se s vnějšími podmínkami – architektonickými i sociálními bariérami ovlivňujícími bezprostředně tělovýchovný proces.
- Modifikovat pohybové aktivity pro zapojení všech žáků – na základě diagnostiky kompetencí skupiny a limitů vnějšího prostředí.
- Správně žáky motivovat – především žáky informovat o nutnosti a vhodnosti modifikací, tak aby byla možná participace všech.
- Seznámit žáky s pohybovou aktivitou, vysvětlit organizaci, pravidla.
- Zajistit bezpečnost – kromě běžné fyzické bezpečnosti nezapomínat ani na bezpečnost psychickou.
- Řešit nepředvídané situace, akceptovat vývoj a do jisté míry je unikátně tvořit – je důležité být připraven na flexibilní řešení, která přináší participace žáka s postižením.
- Pedagog by měl v určitý okamžik umět ustoupit do pozadí průběhu pohybové aktivity tak, aby průběh nejenom neutrpěl, ale aby tím byl naopak podpořen.
- Pružně reagovat na průběh pohybové aktivity (např. sportovní nebo pohybové hry), organizovat úpravy nebo změny činností či zapojení jednotlivých žáků.
- Realizovat zpětnou vazbu a ohlédnout se za důležitými body, které ze společné pohybové aktivity pro jednotlivé žáky nebo skupinu plynou.

Při samotné aplikaci vycházíme z jednoduchého předpokladu, že člověk dokáže víc, než si myslí. To platí ve vztahu k učiteli (asistentovi pedagoga) i k žákům včetně těch se SVP. Právě v tom spatřujeme neocenitelný přínos tělesné výchovy jako nositele výzvných situací, které nutí člověka k osobnostně-sociálnímu rozvoji ve vztahu k ostatním osobám i k sobě samému (Ješina & Kudláček, 2007).

Poznámka na okraj: Jinakost zde představuje jednoznačně identifikovatelný způsob sebezdokonalování ve smyslu filozoficko-hodnotové orientace. Přes možná pochybení se domníváme, že můžeme tento fakt nazvat „výchovou jinakostí“.

3.4

Pro koho je třeba podpůrných opatření v TV?



„Nedovedete si představit, jak je hrozné mít celý život naplánovaný.“ Antoine de Saint-Exupéry

Ondřej Ješina, Martin Kudláček

Plán pedagogické podpory představuje relativně tradiční způsob opatření, jak pedagog upravuje výuku a zaměřuje ji co nejvhodněji pro žáky. Tyto pedagogické postupy lze formalizovat prostřednictvím plánu pedagogické podpory (PIPP), který v systému podpůrných opatření upravených vyhláškou č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů, představuje nejmírnější, tedy 1. stupeň. PIPP společně s individuálním výchovným plánem (IVP pro 1. stupeň) realizuje škola při mírných a přechodných obtížích žáků ve vzdělávání (Mrázková & Zapletalová, 2016). IVP pak bývá vypracován ve spolupráci s příslušným PPP nebo SPC na základě jejich doporučení. V systému podpůrných opatření se jedná o II.–V. stupeň podpory, tedy od středně závažných až po nejvážnější omezení.

V systému podpůrných opatření mají konkrétní pravidla ke konkrétním aktivitám své místo v segmentu „jiná podpůrná opatření“ (viz § 16 vyhlášky č. 27/2016 Sb.). Jejich zavedení do vzdělávání žáků se SVP je nutno velmi důkladně promyslet a zvážit jejich možné důsledky. Tedy jinými slovy, ředitelé by měli respektovat doporučení poradenských zařízení, a pokud neobsahují úpravy obsahu nebo výstupů mimoškolních aktivit či TV, pak by měli žáky primárně zapojit na základě uplatnění 1. stupně podpůrných opatření, případně na základě běžných pedagogických neformalizovaných postupů. Až v nejkrajnějším případě lze využít institut uvolnění z TV podle § 50 ŠZ s náležitým odůvodněním a stanovením náhradního způsobu vzdělávání. V tomto kontextu je nutné vyjádření lékaře chápat jako podklad pro tvorbu podpůrných opatření v TV, nikoliv jako důvod k uvolnění z TV nebo jiných školou organizovaných mimoškolních činností.

Ačkoliv celkové počty začleněných žáků v TV vypadaly již na konci minulé dekády optimisticky (63,2 %), na základě tehdy realizovaných šetření u integrovaných žáků s tělesným postižením (TP) bylo při bližším pohledu zjištěno, že největší procento individuálně integrovaných žáků v hodinách TV tvoří žáci s lehkým TP (76 %). Ti byli schopni lokomoce bez využití kompenzačních pomůcek (Rybová & Kudláček, 2010). Jejich specifické potřeby tedy nebyly z hlediska organizačního zabezpečení hodiny tak náročné jako u žáků s těžšími formami. Žáci s těžším postižením (používající berle) byli začleněni pouze ze 47,7 %. Žáků používajících ortopedický vozík bylo začleněno pouze 35,6 %. Ze získaných podkladů vyplývá, že integraci (tehdy nebyl v praxi ani v legislativě užíván termín inkluze) v TV

podporovala méně než polovina dotázaných rodičů (38 %) a vedoucích pracovníků školských zařízení (37 %). Dosažené hodnoty ukázaly, že zásadní bariéra se nacházela již v prvním předpokladu úspěšné integrace, kterým je přesvědčení zúčastněných stran o prospěchu tohoto procesu. Přitom další výsledky potvrzovaly bezproblémový průběh začlenění žáků s TP do hodin TV a poukázaly také na fakt, že plná participace žáků v hodinách je ve většině případů přínosná jak pro samotné žáky s TP, tak pro jejich intaktní spolužáky. Jako největší problém uváděli učitelé omezenou možnost využití asistentů pedagoga ve výuce TV. Asistentských služeb využívalo pouze 46 % integrovaných žáků ze sledovaného vzorku, přičemž největší podíl z nich se pohybuje pomocí ortopedického vozíku. Každý sedmý dotazovaný respondent také vyjádřil názor, že rozhodujícími činiteli znesnadňujícími proces školské integrace jsou nedostatečné odborné znalosti a zkušenosti v oblasti APA.

Tabulka 8: Důvody znesnadňující začlenění žáka do hodin TV (Rybová & Kudláček, 2010)

Důvody		Četnost odpovědí
1.	Vysoká míra postižení	110
2.	Nedostatek asistentů	95
3.	Nedostatečná spolupráce ze strany rodičů	52
4.	Nedostatek speciálního materiálního vybavení a kompenzačních pomůcek	39
5.	Nedostatečná bezbariérová úprava	24
6.	Chybí odborné znalosti pedagogů	23
7.	Přidružené zdravotní komplikace (např. epilepsie, alergie apod.)	17
8.	Vzdálenost tělocvičny od budovy školy	9
9.	Příliš velký počet žáků v hodinách TV	7
10.	Žák individuálně rehabilituje a navštěvuje ZTV	7

Prostřednictvím ankety byly též zjišťovány názory učitelů TV na možnosti zlepšení podmínek integrace v TV. Základní východiska pro zlepšení tohoto procesu jednoznačně vycházejí z aktuálních potřeb a nedostatků školských zařízení. Mezi nejčastější návrhy patřila možnost využívat proškolených asistentů (94×), dále podpora odborníků v oblasti aplikované TV (28×) a spolupráce rodin žáků s TP (16×). Architektonické bariéry jsou již v kontextu školské integrace evergreenem. Učitelům TV by pomohly také konkrétní rady, náměty a odborná literatura.

Tabulka 9: Východiska pro zlepšení podmínek integrace (Rybová & Kudláček, 2010)

Možnosti		Četnost odpovědí
1.	Přítomnost proškoleného asistenta	94
2.	Spolupráce a pravidelné konzultace s odborníky v oblasti ATV	28
3.	Větší snaha ze strany rodičů	16
4.	Odstranění architektonických bariér	14
5.	Konkrétní rady, náměty, inspirace, literatura	14
6.	Snížený počet žáků ve třídě	10
7.	Větší podpora ze strany vedení školy	5
8.	Modifikace kurikula TV	3
9.	Vhodnější rozpracování IVP (individuální vzdělávací plán)	2
10.	Lepší přístup ze strany intaktních vrstevníků	2

V současné době již systém podpůrných opatření upravil možnosti při vzdělávání. Navzdory tomu se téměř vůbec nezvýšil počet integrovaných (chcete-li inkludivaných) žáků právě se zjišťovaným tělesným postižením (zaznamenali jsme dokonce snížení počtu těchto žáků v inkludivním prostředí běžných škol). Oproti tomu jsme svědky nárůstu celkového počtu integrovaných žáků se SVP na více než 80 000 (ČSÚ, 2016), což potvrzuje ve svých oficiálních zprávách i MŠMT (viz <https://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/statistika-skolstvi/vyvojova-rocenka-skolstvi-2007-08-2017-18>). A to ještě nepočítáme s žáky, pro které škola realizuje, ale neformalizuje 1. stupeň podpůrných opatření, a s žáky uvolněnými z některých předmětů (nejčastěji z TV) na základě § 50 zákona č. 561/2004 Sb. Možná i z důvodu tohoto nárůstu došlo k úpravám kritérií zařazování žáků se SVP do oficiálních statistik vedených MŠMT, zejména ve vztahu k hloubce a charakteru podpůrných opatření u žáků se specifickými poruchami učení, s poruchami řeči, s poruchami pozornosti a chování. Tudíž od roku 2016/17 jsou evidováni žáci se závažnými poruchami školních dovedností a žáci s postižením. Stejný zdroj uvádí počet takových žáků v inkludivním prostředí základních škol pro rok 2017/18 celkem 68 419 (přičemž zhruba cca 85 % jsou právě žáci s logopedickými problémy, SPU a ADHD). Na středních školách je to pak 12 985 (cca 82 % žáci s logopedickými problémy, SPU a ADHD). Pro doplnění: v mateřských školách (i když tam můžeme s ohledem na poslední legislativní úpravy očekávat zvýšení počtu) se jednalo v roce 2018 o 3 774 dětí se SVP individuálně integrovaných. Na téměř všech stupních vzdělávání zaznamenáváme nárůst individuálně integrovaných žáků s poruchami autistického spektra, mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami, méně pak u žáků se zrakovým postižením, jen málo u žáků se sluchovým postižením. U žáků, kteří jsou evidováni s tělesným postižením, je pak celkově paradoxně zaznamenán drobný propad jejich počtu kvůli jejich nižšímu počtu na základních školách. V MŠ i SŠ se jedná o nárůst cca o 50 dětí (celkem 238, respektive 311), avšak na ZŠ je to o více než 150 méně (celkem 919). Z tohoto pohledu je pak patrný trend a potenciální zvyšující se poptávka po řešení inkludivní TV u žáků se zrakovým a mentálním postižením, výrazně pak s poruchami autistického spektra, ADHD a zejména u žáků zdravotně oslabených, kteří nejsou vůbec pro charakter svého zdravotního stavu evidováni společně s ostatními žáky se SVP, navzdory uvolnění z TV (ať úplnému, nebo částečnému).

3.5

Jak připravit sociální okolí ve škole?

„Ani blízkost těl nemůže sblížit vzdálená srdce.“ *Mika Waltari*



Ondřej Ješina, Lucie Ješinová

Řada studií dále jednoznačně potvrzuje vliv vnějších faktorů (mezi něž můžeme zařadit finance, bariérovost prostředí, bariéry postojové, nedostatečné kompetence profesionálů) na konečnou účast v pohybových aktivitách (Brownson, Baker, Housemann, Brennan, & Bacak, 2001; Humpel, Owen, & Leslie, 2002; Rimmer, 2005). Pokud vyjdeme ze zkušeností s integrací v zahraničí (Block, 1995, Sherrill, 2004) i z našich zkušeností (Kudláček & Ješina, 2008; Kudláček, Ješina, & Štěrbová, 2008), můžeme konstatovat, že integrace žáků se SVP je možná. Je však nutno respektovat určitá specifika, která s sebou integrace přináší. V první řadě bychom si měli uvědomit, že integrace nemusí být vhodná pro každého žáka. ITV je bez podpory většinou pro učitele TV příliš náročná. Ve většině případů není rozhodnutí o začlenění žáka se SVP v kompetenci učitele TV. Učitelé ale rozhodují i o tom, v jaké míře bude tento žák v jejich hodinách skutečně zapojen do pohybových aktivit (nakolik tedy bude naplněn význam slova inkluze).

Učitelům TV stále chybí dostatečná podpora ve formě poradců se zaměřením na aplikovanou tělesnou výchovu (ATV), případně školených asistentů pedagoga přímo pro TV a další pohybové orientované programy, kurzy, školy v přírodě apod. Právě proto je vhodné podpořit pozitivní nastavení sociálního klimatu ve škole ve vztahu k inkluzivním postupům, v tomto případě pro TV.

Poznámka na okraj: Je potřeba si uvědomit, že sociální klima ve škole či třídě je jednou z klíčových determinant (podobně jako postoje či kompetence pedagoga), které mají vliv na úspěch či neúspěch společného vzdělávání.

Vzdělávání či osvěta ve vztahu ke společnému vzdělávání s přesahem do pohybových aktivit nejsou zdaleka pouhým předáváním informací či výukou modelů chování. Jedná se o pochopení, o vnitřní vhléd do formování osobností žáků; toho všeho je efektivně dosaženo za předpokladu vlastní zkušenosti. V první fázi je vhodná pozitivní zkušenost, která by postupně měla být formována odrazem reálného života, který nabízí i jiné než ryze pozitivní aspekty. Jako velmi efektivní se jeví využití prvků zážitkově orientovaných edukativních programů, prvků projektového vyučování nebo zařazování reálné osobní zkušenosti s fenoménem jinakosti. V ČR se ještě více než ve většině ostatních zemí ujaly vzdělávací programy typu Paralympijský školní den s úpravou pro děti v mateřských školách nebo žáky v prvních třídách prvního stupně základních škol (tzv. pÁPÁ hrátky). Podle zahraničních zkušeností se i v prostředí inkluzivní TV rozvíjí koncept peer

tutoringu jako podporující (nikoliv nahrazující) systém podpůrných pedagogických pracovníků (asistentů pedagoga nebo tzv. školských asistentů).

Co to je peer tutoring v TV?

Ačkoliv je dostatečně kompetenčně vybavený a postojově pozitivně nastavený asistent pedagoga výrazným pozitivním determinantem celého inkluzivního procesu, je za určitých okolností možné inkluzivní TV realizovat i bez něj. Ve světě se stále častěji uplatňuje systém peer tutoringu (Rybová & Ješina, 2010). Jelikož je peer tutoring (na rozdíl od systému dobrovolnictví v TV, který je např. běžný v USA) významně rozvíjen i v EU, zaměříme se na něj. Strategie peer tutoringu byla vyvinuta jako alternativa systému tradičních forem výuky. Jedná se o efektivní vyučovací strategii, jež může být východiskem pro školy s nedostatečným množstvím nezbytných asistentů pedagoga (osobních asistentů) či kompetentních učitelů (Topping, 1998). Nejedná se však o převedení pedagogické odpovědnosti na žáky. Jedná se o pedagogický nástroj, který umožní větší zapojení například pro talentovanější žáky nebo slouží jako prostředek pro výchovu k zodpovědnosti. Původně byly peer programy především preventivního charakteru a vznikaly jako reakce na rostoucí problémy s drogově závislou mládeží. I v oblasti tělesné výchovy je pojem peer tutoring znám právě z této doby. Jak uvádějí Lieberman a Houston-Wilson (2009), počátky jsou spojené s rokem 1980 a projektem PEOPEL, který kromě jiného zahrnoval písemný doklad a specifické podmínky k realizaci peer tutoringu. Primární motivace rozvinutí tohoto systému byla výhradně ekonomická, neboť využití studentů bylo finančně méně náročné než zaměstnání dalších profesionálních učitelů (Svenson & Hanson, 1996).

Peer tutoring je prospěšný pro žáky všech věkových kategorií a úrovní rozumových schopností (Klavina, 2007). Podstatou této strategie je tedy využití vrstevnického prostředí jakožto významného socializačního a formativního činitele. Vrstevníci jsou důležitým socializačním faktorem již od předškolního období a s rostoucím věkem se jejich vliv na jednotlivce zvyšuje. Kontakt s vrstevnickou skupinou ovlivňuje způsob myšlení, jednání a vystupování, vede jedince k sociálnímu srovnávání a sebereflexi (Kasíková, 1997). V kontextu výuky je tedy zřejmé, že se žák snadněji ztotožní s jedincem, který je mu bližší z hlediska věku, role a zájmů. Block (2007) v této souvislosti zdůrazňuje fakt, že právě prostředí TV je vhodným zprostředkovatelem pro interakci žáků se SVP s ostatními vrstevníky a že vzhledem k povaze předmětu lze rovněž toto vzájemné působení v co možná největší míře podporovat a systematicky řídit. Značně přínosná bývá pro tuto roli především zkušenost s výukou a vedením ostatních (Rink, 1998). Tutoři při své práci také přebírají jistou odpovědnost za průběh a organizaci výuky, což vede ke zvyšování jejich angažovanosti během výuky. Zároveň dochází ke konsolidaci jejich dosavadních znalostí či doplnění učiva. Neméně podstatnou výhodou je fakt, že využití peer tutoringu v TV vede ke zvyšování kooperačních dovedností, rozvoji empatie a vzájemné tolerance a akceptace mezi žáky (Johnson & Johnson, 1983). Stejně tak uvažuje Klavina (2007), která tuto skutečnost podporuje Allportovou kontaktní teorií. Ta je založena na myšlence, že za určitých podmínek může kontakt mezi jednotlivci z odlišných skupin snižovat předsudky působící v těchto skupinách.

Program vzdělávání peer tutorů může trvat jednu nebo více hodin – v závislosti na věku tutora a žáka, druhu zdravotního postižení a typu vyučovací jednotky. Výcvik se provádí individuálně či v menších skupinách a jeho intenzita je založena na dosavadních zkušenostech tutora. V první řadě je nutné seznámit tutora se specifickými potřebami a možnostmi zapojení žáků s TP do tělesné výchovy (Lieberman & Houston-Wilson, 2009). Pro praxi je rovněž nutná tutorova znalost kompenzačních pomůcek a způsobů komunikace (Klavina, 2007). Existuje několik typů peer tutoringů. Základní dělení je na peer tutoring realizovaný spolužákem a starším žákem. Starší žáky je zase možné využít v rámci jiných vyučovaných předmětů (výchova k občanství, průřezová témata apod.). Je třeba mít na paměti, že peer tutoring a pouhá vzájemná interakce jsou dvě odlišné záležitosti. Pokud není realizováno formální vzdělávání peer tutorů, používá se termín vzájemná interakce (Klavina, 2007).

Tabulka 10: Typy peer tutoringů pro žáka se SVP (Lieberman & Houston-Wilson, 2009), převedené do českých podmínek (Rybová & Ješina, 2010)

Typ peer tutoringů	Popis	Využití pro žáka se SVP
Peer tutoring vrstevníků (stejného věku).	Peer tutor i žák jsou ze stejné či paralelní třídy.	Žák s lehkou formou zdravotního postižení. 2. stupeň ZŠ a výše.
Peer tutoring dvojic (stejného věku).	Celá třída rozdělena na dvojice – střídání rolí peer tutor a žák.	Žák s lehčí formou zdravotního postižení. 2. stupeň ZŠ a výše.
Peer tutoring starším žákem.	Peer tutor je z vyššího ročníku a aktivitu realizuje v rámci svého předmětu (např. v rámci průřezových témat, výchovy k občanství, výchovy ke zdraví, TV aj.)	Žák se středně těžkou formou zdravotního postižení. Všechny stupně škol.
Peer tutoring jednostranný (starším žákem).	Peer tutor je vůdčí po celou dobu výuky.	Žák s těžkou formou zdravotního postižení. Všechny stupně škol.
Peer tutoring se střídáním rolí (starším žákem).	Peer tutor a žák si střídají role – napomáhá to k lepšímu vcítění se do potřeb druhého.	Žák s lehkou až středně těžkou formou zdravotního postižení. 2. stupeň ZŠ a výše.

3.6

Jak modifikovat pohybové aktivity?

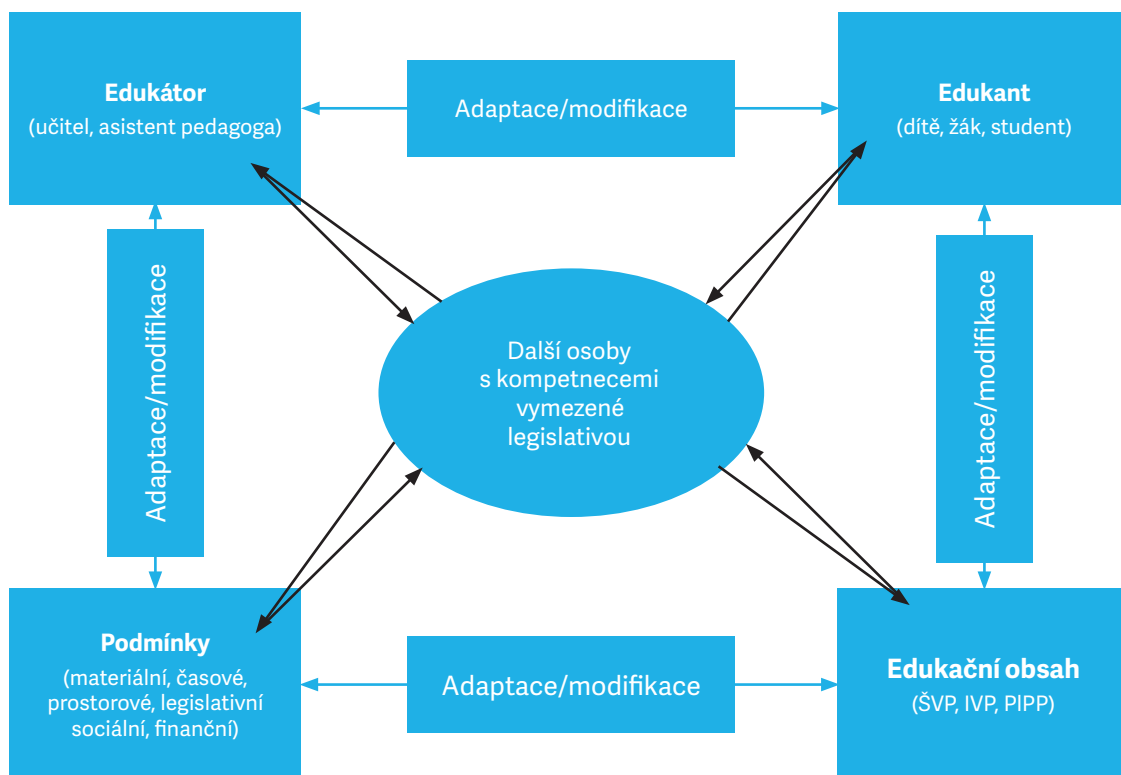


„Kdo jde pořád rovně, daleko nedojde.“ Antoine de Saint-Exupéry

Ondřej Ješina, Martin Kudláček

Důležitými termíny v oblasti APA a plánování jsou modifikace (nejčastěji ve smyslu přizpůsobení něčeho) a adaptace (nejčastěji ve smyslu přizpůsobení něčeho). Tyto termíny je však možné využívat také jako synonyma. Před jakoukoliv úpravou pohybových aktivit pro vhodné začlenění žáků se SVP je principiálním krokem definovat si aktuální preferované cíle, které vybranou pohybovou aktivitou jako pedagog sledujeme. S respektem k těmto cílům pak lze modifikace realizovat.

V kinantropologii nejčastěji uvažovaní didaktičtí činitelé („didaktický čtverec“ – např. pedagog, žák, obsah a podmínky) (Frömel, 1975; in Válková, 2010) jsou tedy



Obrázek 14: Model inovovaného edukačního čtverce v ATV

v kontextu APA doplnění dalšími vstupujícími determinanty. Podoba vstupu těchto determinantů včetně jejich kompetencí je definována aktuálními legislativními normami. Těmito determinanty myslíme zejména zákonné zástupce žáka (nejčastěji rodiče), pracovníky školského poradenského zařízení (ŠPZ), případně však v této roli mohou vystupovat i pracovníci další metodické podpory (např. České školní inspekce). Elementem, který významně doplňuje tyto činitele, jsou všudypřítomné modifikace/adaptace. Dle námi preferované definice APA (viz Ješina, Kudláček et al., 2011) se jedná o modifikace převážně u obsahu a podmínek a adaptace u edukátora a edukanta.

Obsah je vzhledem k individuálním specifikům např. osob se zdravotním postižením nutně 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:

- Náradí, 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 vsedě.
- Pravidla: tenisový míček může před odehráním dopadnout na zem dvakrát (prodloužení času potřebného k odehrání míčku).
- Instrukce: přizpůsobení se rozumovým 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:

- komunikace;
- metody práce, metody učení, postupy;
- obsah činnosti, programu, sportu;
- podmínky: přístup do prostředí, vlastní prostředí činnosti, pomůcky, náčiní;
- 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. Pro další pohybové aktivity uplatnitelné v různých organizačních a vzdělávacích formách byly později vypracovány metodické listy (Ješina, 2020).

Komunikace

Způsob komunikace musíme volit s ohledem na jedinečnost osobnosti toho, s kým komunikujeme. Musíme si uvědomit, že při realizaci volnočasových po-

hybových 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 upřednostňováni. Poměrně úspěšně lze pro komunikaci využívat nejmodernější komunikační technologie.

Zapojení pedagogů

Zapojení pedagoga a 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 a vnější podmínky, jako je prostředí a charakter konkrétních činností. Pokud mluvíme o zapojení dalších osob, máme tím na mysli především asistenta, instruktory (případně jiného externího pracovníka) nebo vrstevníky (zejména ve školním prostředí častěji označovaní jako peer tutoři). Zapojení může mít podobu asistence (tedy podpory či pomoci), ale také společného partnerského spojení, např. v pohybových či jiných hrách. Měli bychom stále mít na paměti, že jedním z cílů je sociální integrace žáka se SVP do skupiny vrstevníků. To znamená, že pedagog by si měl být vědom toho, že by mohl být on sám bariérou celé sociální interakce.

Obsah

Úprava objemu a intenzity zatížení ve vztahu k zařazování intervalů odpočinku je jednou z klasických možností modifikace 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. U žáků s poruchami pozornosti se pak jedná o častější střídání obsahu jednotlivých činností.

Role hráče (žáka) je velmi důležitá vzhledem k jeho psychické spokojenosti s participací v pohybové aktivitě a z hlediska sociálního statusu ve skupině. Naší snahou by mělo být vytvoření podmínek, které umožní jedinci se speciálními potřebami se co nejvíce zapojit 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 vsedě, 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. Takto výraznou změnu v lokomoci již považujeme za změnu obsahu, která může vést až k vytvoření APA vytvořeně primárně pro osoby se zdravotním postižením (např. power soccer, volejbal vsedě, fulli-fulli aj.).

Celkovou modifikaci pravidel či změnu motorického úkolu považujeme za způsob změny specifické pohybové aktivity v jinou. Je však nutné respektovat sledované cíle. Zde se nejlépe projeví kapacita pedagoga (instruktora) – kreati-

vita a intelekt, ale i časové možnosti. Jednoznačnou podmínkou je také vnitřní motivace.

Podmínky

Prostor (místo, velikost, vymezení prostoru pro pohyb) je dalším faktorem, který musíme při volnočasových aktivitách zohlednit. Prostor musí být bezbariérový, snadno dosažitelný. Velikost zvolené plochy by měla odpovídat počtu a specifickým hráčů (např. s mentálním či zrakovým postižením), především kvůli bezpečnosti, ale i intenzitě zatížení, možnosti pohybu na vozíku, popř. musí být vhodně ohraničena pro participaci jedince se zrakovým postižením. 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 jedince se speciálními potřebami do pohybové aktivity. Například osobě na vozíku omezíme možnost vjezdu do území pod košem při basketbalu nebo naopak omezíme možnost vstupu ostatním stojícím hráčům.

Počty účastníků ve skupině lze upravit podle potřeb. Víme například, že někteří účastníci jsou pohybově šikovní. V tom případě k nim zařadíme např. hráče s postižením. Lze také upravit počet účastníků PA tak, že např. v jednom družstvu navýšíme počet hráčů, abychom výkonnostně týmy navzájem přiblížili.

Náčiní (druh, tvar, velikost, množství, hmotnost) může být pro některé jedince se speciálními potřebami zásadní. Zdaleka však nejde jen o ozvučené míče v případě osob se zrakovým postižením. Ani při integraci jedince s tělesným postižením nesmíme zapomínat na používání různých typů sportovního náčiní. Například jedinec s dětskou mozkovou obrnou lépe manipuluje s velkým lehkým míčem než s těžkým a malým. U osob s mentálním postižením zvažujeme také barevnost a tvar použitého náčiní. Je možné využít specifických tvarů tohoto náčiní a nepoužívat je pouze jako náhradu za míč. 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 se svalovou únavou či jednostranným dlouhodobým zatížením žáků s ohledem na motorické stereotypy a zatížení mimo TV.

Vzdálenost, výška, velikost, množství cílů (košů, branek aj.) jsou přímo závislé na úrovni dovedností hráčů. Přímo se nabízí kombinace 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 hráč se speciálními potřebami a na vyšší ostatní

Využití sportovně-kompenzačních (aplikovaných, modifikovaných) pomůcek je v některých případech komplikovaný aspekt, ale často naprosto nezbytný. Existuje řada kompenzačních pomůcek (sportovní halový vozík, handbike, tandemové kolo, tříkolka, sledge, ozvučený míč aj.), přičemž je možné využít jen

jednu z nich nebo pomůcky kombinovat. Při jejich uplatnění je nutné myslet na bezpečnost všech zúčastněných.

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 žákovi podaří vhodit koš, počítá se za 5 bodů. Existuje i možnost zvýhodnění hráče se speciálními potřebami (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 protějšního 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.

Shrnutí kapitoly 3:

Multidisciplinární přístup je nezbytnou součástí podpory účasti žáků se SVP ve společném vzdělávání. To platí ještě výrazněji v prostředí ITV. Dříve, než se pedagog plně zapojí do vzdělávání, je vhodné provést vstupní diagnostiku a zjistit relevantní determinanty, které by později v průběhu inkluzivního procesu v TV nebylo z kapacitních důvodů možné adekvátně řešit. S celou řadou potenciálních determinant je učitel (případně asistent pedagoga) seznámen v průběhu činnosti odpovědného poradenského pracovníka (konzultant APA, případně jiný speciální pedagog či psycholog). V kooperaci s ním pak je vhodné zjistit vstupní informace o limitech a bariérách budovy školy, dostupných didaktických či sportovních pomůcek, diagnostikovat sociální klima ve třídě, komplexně pak žáka se SVP (psycho-socio-fyziologické složky). Přes relativně široké očekávání, které je kladeno na pedagogické pracovníky, ti disponují jen velmi omezenými kompetencemi pro využití, zpracování a interpretaci diagnostických nástrojů, a proto je nezbytná spolupráce s dalšími pedagogickými pracovníky, zdravotnickými i lékařskými pracovníky, ale i rodiči, sociálními a jinými pracovníky v komunitě žáka. Za klíčovou pak považujeme zejména důvěru v kompetence pedagoga, že s těmito informacemi dokáže adekvátně pracovat v rámci svých pedagogických nástrojů. Při relativním zvýšení tlaku na kompetence pedagoga je také nutná změna myšlení některých spolupracujících osob (např. lékařů nebo rodičů) a ochota průběžné spolupráce a spolupodílení se na celém vzdělávacím procesu i v jeho průběhu, nejen na začátku či na konci.

To...!

„Považuješ-li něco za nemožné, snaž se jednu možnost najít.“ Bruce Lee



Ondřej Ješina, Martin Kudláček

Premisa pro úspěšnou realizaci ITV je pochopení, že nedotknutelná není činnost (aktivita, v našem smyslu pohybová aktivita), ale člověk (žák, dítě). Z toho vyplývá, že žáky formujeme prostřednictvím obsahu výchovně-vzdělávacího procesu. Právě ten je možné upravovat, modifikovat, adaptovat s ohledem na vytyčené cíle. Cíl je esenciálním aspektem celého procesu, který bychom si měli na začátku stanovit. Aktivity v průběhu školního roku pak k tomuto cíli směřují. Jsou tedy nástrojem či prostředkem, nikoliv neměnným středobodem pedagogického snažení.

Na druhém stupni základních škol nebo na středních školách již lze předpokládat, že byl žák se SVP do ITV zařazen v minulosti a nese si určité návyky, zkušenosti a představy spojené s očekáváním. Lze tedy s ohledem na vytyčené cíle na co navázat a co rozvinout. Avšak stejně jako u mladších žáků, predikace plnění jednotlivých úkolů a kvalita prováděných pohybových aktivit může být velmi individuální. Ačkoliv by měli na druhém stupni základní školy vyučovat již specializovaní pedagogové, dle ČŠI (2016) se to tak úplně netýká právě TV. Takřka polovina učitelů TV nestudovala ve své pregraduální vysokoškolské přípravě učitelství TV. Pokud mají tedy naplňovat obsah a obecné cíle TV, dělají to nejčastěji intuitivně a bývá pro ně výrazný problém začlenit žáky se SVP, a to i ty, kteří byli na prvním stupni TV účastní. Ještě horší situace ve vztahu k uvolňování z TV je na středních školách, kde se setkáváme s úrovní 20–25 % uvolněných žáků. Zde se však již setkáváme dominantně s učiteli TV s adekvátní vysokoškolskou přípravou. Realizace ITV na těchto stupních vzdělávání je tedy stupňujícím se problémem. Celosvětově se odborníci v oblasti APA s tímto setkávají, takže to zdaleka není pouze naším fenoménem. V čem však zřejmě ČR prvenství opravdu „drží“, je počet uvolněných žáků a jednoznačné nadužívání norem a standardů v této oblasti. Problémem však pro ITV zůstává prohlubující se rozdíl v úrovni motorických dovedností žáků, zejména pak žáků hypoaktivních a žáků se SVP. Tradiční výkonnostní pojetí s absencí erudovaného systémového hodnocení pak u řady učitelů TV znemožňuje kompetenčně celý proces řešit a často sahají naprosto nesprávně k prvnímu řešení, a to je uvolnění žáků při sebemenším zdravotním problému.



Obrázek 15: QR kódy videí o inkluzivních pohybových programech v MŠ a u starších žáků s tělesným postižením (Vyhlídal, Janečka et al., 2011)



Většinu aktivit je možno modifikovat nebo vyměnit za aktivity jiné, vždy s respektem k cílům, které pohybová aktivita rozvíjí. Výuku je možné s podporou konzultantů APA, školských poradenských pracovníků, kompetentních asistentů pedagoga nebo úpravou organizačních struktur řešit. Je však nutné více ITV individualizovat, čímž se mohou VJ TV obsahově výrazně odlišovat od svých spolužáků. To vše je však možné pouze při kvalitním nastavení cílů a kritérií hodnocení. Toto v naší dlouholeté praxi považujeme za klíčový problém současného tělovýchovného vzdělávání v celé ČR u všech žáků bez ohledu na SVP.



Obrázek 16: QR kódy videí o inkluzivních pohybových programech v MŠ a u starších žáků se zrakovým postižením (Vyhlídal, Janečka et al., 2011)

4.1

Nastavení výukových cílů a hodnocení žáka se SVP v ITV

„Pokud nemůžete létat, běžte; pokud nemůžete běžet, chodte; pokud nemůžete chodit, plazte se; ale v každém případě pokračujte v pohybu.“ M. L. King, Jr.



Ondřej Ješina, Martin Kudláček

Cíl musí být ověřitelný, chcete-li, měřitelný či zjištělný. Ne však měřitelný pouze ve smyslu zjišťování výsledného výkonu, tedy ve smyslu kvantitativním. Měřitelnost či zjištělnost nebo ověřitelnost je možná i ve smyslu kvalitativním. Při ověřování plnění cíle se přes veškerou snahu může objevit určitá míra subjektivity. Neměla by však být tak vysoká, jako jsme někdy svědky (viz příklad z praxe IX). Cíl by měl být také dosažitelný, aby byl dostatečně motivující. To může být u žáků staršího školního věku problematické, jelikož věkovým specifíkem u řady žáků (zejména chlapců) bývá častým jevem vzájemné porovnávání. Proto mohou být i spolužáci bez SVP hypersenzitivní na křivdy, rozdílné hodnocení nebo nespravedlivé hodnocení. Toto jsou všechno argumenty, které nutí ještě více o cílech přemýšlet, dokázat je žákům adekvátně prezentovat a formulaci upravit citlivě a s ohledem na specifika žáků i skupiny.

Cíle musí být dostatečně konkrétní, obecná formulace typu „výchova k fair play“ není sama osobě negativní, ale je prostředek k rozvoji osobnosti a chápání vztahů, pravidel chování apod. Cílem sama o sobě není. Pokud se však nejedná o žáka, který má právě tyto parametry osobnosti v nerovnováze a je nutné se jim individuálně věnovat. V případě, že se jedná o žáka například s poruchou autistického spektra, není často nutné toto ještě zdůrazňovat v rámci cílů. Takový žák naopak může dodržování předem daných pravidel dodržovat hned od začátku důsledněji než samotný učitel. Obdobně u (z hlediska chování) „bezproblémo-

vého“ žáka s DMO nebo zrakovým postižením není toto opět nutné do IVP uvádět. Konkrétním vzdělávacím cílem např. může být znalost pravidel konkrétního sportu. Ověříme ji testem pravidel sportu a můžeme tím např. vyvážit to, že žák s DMO nebyl schopen zakončit úspěšně 6 z 10 dvojtaktů, což bylo kritérium pro hodnocení 1. Plnění výchovných cílů je obtížněji ověřitelné než plnění cílů kognitivních (vzdělávacích). Přesto je možné. Např. chceme, aby se žák více zapojoval do společných pohybových aktivit. Vyšší mírou zapojení předpokládáme i větší motivovanost, uvědomění si významu pohybu pro jeho život apod. Tak často zmiňovaná „snaha“. U žáka se SVP je možné ji ověřit pozorováním (viz téma diagnostika), kdy je pověřen asistent pedagoga, aby zrealizoval strukturované pozorování, a porovnáním s dřívějšími výsledky můžeme zjistit vzrůstající nebo naopak klesající míru. Dle toho taky lze hodnotit snahu (pozor na chyby v úsudku, více viz kapitoly zabývající se diagnostikou). Zdravotní cíle sice sledujeme, je vhodné si je vyhodnotit pro sebe, dát žáku zpětnou vazbu, ale nebývá součástí celkového hodnocení, už vůbec ne numerického vyjádření. Zahrnuje v sobě např. vyrovnávání svalových dysbalancí, úbytek tuku a nárůst aktivní svalové hmoty apod. I toto je pro některé překvapivě měřitelné i v prostředí TV a dává určitou zpětnou vazbu. Obezřetní by měli být však učitelé TV zejména v senzitivním období dospívání. Tato data a zpětná vazba musí být prezentována citlivě, sdílení výsledných dat musí respektovat etické normy a nemělo by být zveřejňováno. Splnitelnost specifických cílů lze pak považovat za vrcholné kritérium pro další hodnocení. Je vysoce individuální a znamená splnění nebo částečné splnění toho, co považují rodiče nebo žák za nejdůležitější, a může být nejvýznamnějším pozitivním efektem zapojení žáka do společného vzdělávání v TV, případně do jiných pohybových aktivit na škole.

4.2

Realizace osvětového programu – Paralympijský školní den

„Lidé vědí mnoho, velmi mnoho, ale jejich vědění nemá na jejich život daleko toho vlivu, jaký by mít mělo, a v tom je velká chyba: učíme se příliš mnoho pro školu a neučíme se dosti pro život.“ Tomáš Garrigue Masaryk



Ondřej Ješina, Martin Kudláček

Ojedinečnost Paralympijského školního dne (PŠD) spočívá především v bezprostředním uplatnění teoretických znalostí z problematiky APA v praxi, v napojení projektového vyučování na reálný program, který je součástí mezinárodního

vzdělávacího systému, a v možnosti reprodukce totožného programu samotnou školou, ať již ve spolupráci s profesionálním pracovištěm, nebo bez něj. V případě zájmu pořádat PŠD lze využít existující manuál, podle kterého je možné postupovat: <https://apa.upol.cz/knihy-a-skripta#studium-atv-apa>.

PŠD je jedním ze vzdělávacích pilířů Mezinárodního paralympijského výboru (IPC). Program byl vytvořen v rámci mezinárodního rozvojového projektu, který byl v letech 2005 a 2006 podporován Evropskou komisí (Kudláček, Ješina, & Janěčka, 2009). Tvorby programu se na popud IPC ujali zástupci 6 států Evropy (Belgie, Česká republika, Německo, Řecko, Litva a Švédsko). Zástupcem České republiky byla katedra aplikovaných pohybových aktivit Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. V současné době se program realizuje už i v USA, Kanadě, Španělsku, Turecku, Finsku a v řadě dalších zemí. Ačkoliv jinde iniciativu přebírají národní paralympijské výbory (včetně spolufinancování), u nás tato spolupráce nikdy zahájena nebyla. Přesto je právě Česká republika zemí, kde je zaznamenáno nejvíce programů na světě. Do roku 2020 bylo uspořádáno cca 400 těchto programů (drtivou většinu realizovala FTK v Olomouci) po celé ČR. V poslední době pořádání PŠD jako součást pregraduálního vzdělávání zařadila i Fakulta tělesné výchovy a sportu UK v Praze. Realizace programů byla také součástí spolupráce FTK UP v Olomouci a Pedagogické fakulty Ostravské univerzity v rámci preprogramu Mistrovství světa v parahokeji 2019 v Ostravě. Průměrný počet zapojených žáků na jednom programu je 100–120, učitelů a dalších pedagogických pracovníků pak 5–8. Ačkoliv se některé školy programů účastnily opakovaně, lze uvést, že do roku 2020 se tohoto programu zúčastnilo cca 45 000 žáků a 2500 pedagogů.

Díky tomu, že se od roku 2005 stává PŠD pravidelně součástí různých projektů, se jeho kontinuita za celou dobu nepřerušila. Přesto, že hlavním propagátorem tohoto vzdělávacího programu je u nás jeden z původních tvůrců FTK UP v Olomouci, jeho filozofií a strategií zůstává možnost škol organizovat PŠD pro své účely samostatně. Při zachování základních myšlenek, cílů a nástrojů (prožitkově orientované programy a praktické vyzkoušení si jednotlivých sportů) jej může realizovat prakticky kdokoliv. Některé školy, kde byl program nejprve připraven FTK UP v Olomouci, si jeho následné opakování již uspořádaly samy. „Know-how“ programu PŠD je navíc veřejně přístupné na oficiálních webových stránkách IPC. U nás byl metodický materiál k tvorbě programu přeložen a vydán knižně již v roce 2008 (Kudláček, Ješina, Machová, & Truksová, 2008).

Mezi základní principy programu patří: propagovat sport (pohybové aktivity) jako nezadatelné právo osob se speciálními potřebami; vytvářet povědomí o sportu osob se speciálními potřebami a o jejich životním stylu; respektovat a akceptovat individuální odlišnosti mezi lidmi; propagovat samostatnost a aktivitu osob se speciálními potřebami při zachování vhodné míry podpory. Obsah konkrétního programu PŠD se však flexibilně přizpůsobuje (dle počtu žáků) materiálním a především prostorovým podmínkám a specifickým přáním škol.

Nejčastěji jsou v rámci programu uskutečňovány následující aktivity, které jsou však vybírány a upravovány dle požadavků školy a zejména s ohledem na konkrétní postižení žáků, kteří školu navštěvují:

- Teoretická přednáška o sportech osob se speciálními potřebami.
- Beseda se sportovcem s postižením.
- Základní mobilita bez zrakové kontroly.
- Základní sportovní mobilita bez zrakové kontroly (drobné hry, běhání, skákání, chytání).
- Základní mobilita na vozíku (překonávání běžných architektonických bariér v prostoru školy a jejího okolí).
- Základní sportovní mobilita na vozíku (drobné hry, agility, drobné závody, honičky, štafety).
- Sporty osob se zrakovým postižením (goalball, judo či jiné, opět podle typu postižení; je vhodné zařadit i psychomotorické nebo pohybové hry).
- Sportovní hry osob s tělesným postižením (basketbal, florbal, házená či rugby na vozíku).
- Atletika sportovců s tělesným či zrakovým postižením.
- Cílové pohybové aktivity a hry (boccia, curling, laserová střelba).
- Mimo původní program PŠD lze zařadit aktivity pro přijetí osob s jiným postižením než zrakovým či tělesným (v době vzniku programu nebyly sportovci s mentálním postižením součástí paralympijských her). Patří mezi ně:
 - ➔ Základy znakového jazyka.
 - ➔ Hry na rozvoj komunikace s osobami se sluchovým postižením.
 - ➔ Videoprezentace sportů osob s mentálním postižením.
 - ➔ Besedy o aktivním životním stylu s nesportujícími osobami s postižením.
 - ➔ Zimní varianta PŠD (lyžování na monoski, parahokej).
 - ➔ Cizojazyčná podoba Paralympic school day – sekundárním cílem je rozvoj jazykových kompetencí.

PŠD má tři základní cíle. Jedním z nich je změna postojů k osobám se speciálními potřebami. Druhým je seznámení se životem a volnočasovými aktivitami osob se speciálními potřebami se zaměřením na participaci v pohybových programech. Třetí můžeme vysledovat především ve vztahu k plnění obsahu a cílů rámcových vzdělávacích programů.

Ke změně postojů dětí k osobám se speciálními potřebami může vést např. i seznámení žáků základních škol s ideály paralympismu. Programy se zaměřují například na rozvoj lidské solidarity, tolerance a vzájemného respektu, podporu míru, vzájemného porozumění, respektu k jiným kulturám, rozvoj základních lidských hodnot a vztahů vzhledem k národním i oblastním požadavkům. Sport a pohybová aktivita se prokázaly jako skvělý edukační prostředek ve vzdělávacím procesu (Kudláček, 2007). Pro dlouhodobý vliv programu je důležité, aby samotné realizaci PŠD předcházela příprava žáků a aby i po něm výchovně-vzdělávací proces pokračoval a žáci měli příležitost pracovat se svými zážitky a zkušenostmi v rámci další výuky, a to i v jiných předmětech, než je TV (Kudláček, Ješina, & Janečka, 2009).

Smyslem PŠD je informovat žáky o problematice osob se speciálními potřebami s akcentem na sport, čímž se snažíme pozitivním způsobem utvářet jejich postoje k těmto lidem a k přijímání jinakosti jako celku. Velmi výrazně však pomocí bezprostředního zážitku můžeme ovlivňovat a pozitivně formovat i kompetence účastníků ve vztahu k jednotlivým výstupům některých vzdělávacích oblastí, které najdeme v rámcových vzdělávacích programech (Ješina et al., 2008). Nej-

výrazněji se PŠD podílí na plnění výstupů ve vzdělávací oblasti Člověk a zdraví, ale paralely lze nalézt i u některých dalších oblastí. Jedná se například o výstupy vzdělávací oblasti Člověk a společnost či některých průřezových témat.

4.3

Sportovně-kompenzační pomůcky pro starší žáky



„Je třeba žádat od každého to, co může dát.“ Antoine de Saint-Exupéry

Ondřej Ješina

Při vzrůstající náročnosti motorických úkolů je nutné často zvažovat využití sportovně-kompenzačních pomůcek, díky kterým se participace žáka se SVP může výrazně zvýšit. Nevýhodou těchto pomůcek je především jejich často vysoká cena. Problematická může být i jejich homologace a nižší množství bezpečnostních pracovníků pro oficiální revizní kontroly. Rozšíření neorganizovaných volnočasových aktivit pohybového charakteru stále ještě není na takové úrovni, aby zisk z poskytování služeb pokryl náklady na zakoupení těchto velmi často nákladných sportovně-kompenzačních pomůcek. Přitom služba spojená se zapůjčováním těchto pomůcek je pro účast osob se zdravotním postižením nezbytná.

4.3.1

Pomůcky ze systému podpůrných opatření

Současný systém podpůrných opatření počítá primárně s tím, že jednotlivé školy, které si ze systému zakupují didaktické, případně sportovně-kompenzační pomůcky, a nevyužívají je aktuálně ke svým účelům, budou sloužit jako půjčovny těchto pomůcek pro ostatní školy a školská zařízení.

Kompenzační pomůcky se neomezují jen na ty, které podporují mobilitu, ale jedná se i o sportovní náčiní či didaktické pomůcky. Ačkoliv je primární využitelnost většiny z nich zejména v jiných všeobecně vzdělávacích předmětech, přesto jsou uplatnitelné i v TV. Pro lepší představu nabízíme některé vybrané pomůcky, kde drtivá většina z nich je relevantní i pro TV. Standardní postupy při TV často neumožňují pedagogům domyslet možné uplatnění některých pomůcek ze systému podpůrných opatření. Jedním z příkladů mohou být tablety, bezdotykové obrazovky, specifické softwary nebo flipcharty. Význam jejich uplatnění spočívá

v inspiraci například sportovní oblastí, kde právě tyto pomůcky slouží k rozborům utkání, lepší vizualizaci sdílených informací o realizované pohybové aktivitě apod. Při snížené možnosti začlenění žáka se SVP pak jejich zapojení s využitím těchto pomůcek může být při některých činnostech vhodné nebo dokonce jediné možné. Z důvodu toho, že se tato publikace nezabývá žáky s nadáním (v našem pojetí s nadáním ve sportu) ani žáky vyrůstající v odlišných kulturních a životních podmínkách, neuvádíme ani pomůcky určené pro ně.

Tabulka 11: Návrhy pomůcek ze systému podpůrných opatření využitelných v ITV (aktuálně platné pro školní rok 2019/2020)

Vysvětlivky zkratk:

Univ. – pomůcky pro všechny typy postižení

NKS – narušená komunikační schopnost

MP – mentální postižení

TP – tělesné postižení

SPCh – specifické poruchy chování

Sluch – sluchové postižení

Zrak – zrakové postižení

PAS – poruchy autistického spektra

Postižení	Kód	Kompenzační pomůcka, speciální učebnice nebo speciální učební pomůcka	Normovaná finanční náročnost
Univ.	U.II.2.01	Základní materiální a didaktické vybavení pro žáka se SVP (vč. spotřebního materiálu)	500 Kč
Univ.	U.II.2.02	Pomůcky pro rozvoj dílčích funkcí	500 Kč
Univ.	U.II.2.03	Pomůcky pro rozvoj vybraných smyslových funkcí a vnímání (sluch, zrak, hmat)	500 Kč
Univ.	U.II.2.04	Pomůcky pro rozvoj vybraných kognitivních funkcí (paměť, pozornost, myšlení)	500 Kč
Univ.	U.II.2.05	Pomůcky pro rozvoj hrubé motoriky včetně pohybu v prostoru	500 Kč
Univ.	U.II.2.06	Pomůcky pro rozvoj jemné motoriky či grafomotoriky	500 Kč
Univ.	U.II.2.11	Sada názorných či manipulačních učebních/didaktických pomůcek	2000 Kč
Univ.	U.II.2.15	Pomůcky pro rozvoj prostorové a pravolevé orientace	500 Kč
Univ.	U.II.2.16	Pomůcky pro rozvoj sociálních dovedností a seberegulace	500 Kč
Univ.	U.II.4.01	Počítač/notebook/tablet (podle potřeb žáka)	5000 Kč
Univ.	U.III.2.01	Základní materiální a didaktické vybavení pro žáka se SVP (vč. spotřebního materiálu)	1250 Kč
Univ.	U.III.2.02	Pomůcky pro rozvoj dílčích funkcí	1250 Kč
Univ.	U.III.2.03	Pomůcky pro rozvoj vybraných smyslových funkcí a vnímání (sluch, zrak, hmat)	1500 Kč
Univ.	U.III.2.04	Pomůcky pro rozvoj vybraných kognitivních funkcí (paměť, pozornost, myšlení)	1500 Kč
Univ.	U.III.2.05	Pomůcky pro rozvoj hrubé motoriky včetně pohybu v prostoru	1500 Kč
Univ.	U.III.2.06	Pomůcky pro rozvoj jemné motoriky či grafomotoriky	1500 Kč
Univ.	U.III.2.11	Sada názorných či manipulačních učebních/didaktických pomůcek	4000 Kč
Univ.	U.III.2.14	Pomůcky pro rozvoj sociálních dovedností a seberegulace	1500 Kč

Postižení	Kód	Kompenzační pomůcka, speciální učebnice nebo speciální učební pomůcka	Normovaná finanční náročnost
Univ.	U.III.3.01	Výukový, kompenzační či na rozvoj funkce zaměřený software	4000 Kč
Univ.	U.III.3.02	Komunikační programy pro alternativní a augmentativní komunikaci	5000 Kč
Univ.	U.III.4.01	Počítač/notebook/tablet (podle potřeb žáka)	8000 Kč
Univ.	U.IV.2.01	Základní materiální a didaktické vybavení pro žáka se SVP (vč. spotřebního materiálu)	2000 Kč
Univ.	U.IV.2.02	Pomůcky pro rozvoj dílčích funkcí	2000 Kč
Univ.	U.IV.2.03	Pomůcky pro rozvoj vybraných smyslových funkcí a vnímání (sluch, zrak, hmat)	1500 Kč
Univ.	U.IV.2.04	Pomůcky pro rozvoj vybraných kognitivních funkcí (paměť, pozornost, myšlení)	3000 Kč
Univ.	U.IV.2.05	Pomůcky pro rozvoj hrubé motoriky včetně pohybu v prostoru	2250 Kč
Univ.	U.IV.2.06	Pomůcky pro rozvoj jemné motoriky či grafomotoriky	2250 Kč
Univ.	U.IV.2.11	Sada názorných či manipulačních učebních/didaktických pomůcek	6000 Kč
Univ.	U.IV.3.01	Výukový, kompenzační či na rozvoj funkce zaměřený software	6000 Kč
Univ.	U.IV.3.02	Komunikační programy pro alternativní a augmentativní komunikaci	8000 Kč
Univ.	U.V.1.01	Úprava a strukturace prostoru (nábytek, podoba prac. místa, osvětlení, odhlučnění apod.)	4000 Kč
Univ.	U.V.4.01	Počítač/notebook/tablet (podle potřeb žáka)	12000 Kč
TP	D.II.1.02	Protiskluzová podložka	2300 Kč
TP	D.II.2.02	Manipulační pomůcky pro rozvoj grafomotoriky	2000 Kč
Zrak	I.II.2.03	Pomůcky pro rozvoj smyslů a vizuomotorické koordinace	3000 Kč
Zrak	I.II.2.04	Pomůcky pro výuku tělesné výchovy (ozvučené míče apod.)	1000 Kč
MP	B.III.2.04	Demonstrační obrázky	2000 Kč
MP	B.III.2.05	Didaktické pomůcky pro činnostní učení	1000 Kč
MP	B.III.2.10	Pomůcky pro nácvik sebeobsluhy	1500 Kč
MP	B.III.2.11	Bubny, Orffovy nástroje, perkuse	4000 Kč
MP	B.III.4.01	Multidotykový počítač	12000 Kč
TP	D.III.1.04	Polohovací pytle	4000 Kč
TP	D.III.1.06	Pomůcky pro činnost žáka v prostoru	2000 Kč
TP	D.III.1.07	Pomůcky pro pohyb a polohování v prostoru (např. schůdky, područky, gymbally apod.)	2000 Kč
TP	D.III.2.02	Pomůcky pro výuku tělesné výchovy – rovnovážné a balanční pomůcky pro senzomotorickou stimulaci	10000 Kč
TP	D.III.4.01	Dotykový monitor	15000 Kč
PAS	E.III.2.06	Individualizované pomůcky (symboly, sešity, pracovní listy, deníky, scénáře, schémata, strukturované úkoly apod.)	2500 Kč
PAS	E.III.4.02	Dotykový monitor	12000 Kč
SPCh	F.III.1.01	Pomůcky pro relaxaci (koberec, overball apod.)	2000 Kč
NKS	A.IV.1.01	Pomůcky pro alternativní komunikaci	3000 Kč
MP	B.IV.1.02	Pomůcky pro rozvoj augmentativní a alternativní komunikace	5000 Kč
MP	B.IV.2.01	Názorné didaktické (manipulační) pomůcky	8000 Kč
MP	B.IV.2.04	Pomůcky pro senzomotorickou stimulaci	10000 Kč

Postižení	Kód	Kompenzační pomůcka, speciální učebnice nebo speciální učební pomůcka	Normovaná finanční náročnost
MP	B.IV.2.05	Pomůcky pro rozvoj hrubé a jemné motoriky	8000 Kč
MP	B.IV.2.06	Montessori pomůcky (sada)	8000 Kč
Sluch	C.IV.3.01	Multimediální učebnice s podporou českého znakového jazyka	9000 Kč
Sluch	C.IV.3.02	SW a HW pro automatický přepis mluvené řeči v reálném čase	12000 Kč
TP	D.IV.1.01	Vozík mechanický	22000 Kč
TP	D.IV.1.02	Nájezdové ližiny	8200 Kč
TP	D.IV.1.08	Pomůcky pro pohyb a polohování v prostoru (např. schůdky, područky, gymbally apod.)	4000 Kč
TP	D.IV.2.01	Taktilně haptické didaktické pomůcky	5000 Kč
TP	D.IV.2.02	Pomůcky pro senzomotorickou stimulaci	5000 Kč
TP	D.IV.2.03	Pomůcky pro rozvoj motoriky	5000 Kč
TP	D.IV.4.01	Kamery připevněné na monitoru PC k snímání pohybů hlavy (včetně SW)	40000 Kč
PAS	E.IV.1.01	Komunikátor	5000 Kč
PAS	E.IV.2.01	Individualizované pomůcky (symboly, speciální učebnice, sešity, pracovní listy, deníky, scénáře, schémata, strukturované úkoly apod.)	5000 Kč
PAS	E.IV.2.02	Pomůcky pro rozvoj augmentativní a alternativní komunikace (zvukové hračky, komunikační tabulky aj.)	8000 Kč
Zrak	I.IV.1.03	Software na přepis psané řeči do hlasového výstupu	3000 Kč
Zrak	I.IV.2.06	Speciální pomůcky na tělesnou výchovu	5000 Kč
NKS	A.V.1.01	Pomůcky pro alternativní komunikaci	2000 Kč
NKS	A.V.1.03	Komunikátor	10000 Kč
MP	B.V.3.01	Speciální softwarové vybavení	4000 Kč
Sluch	C.V.1.01	Pomůcky pro alternativní komunikaci	3000 Kč
Sluch	C.V.1.02	Spotřební materiál na výrobu pomůcek pro augmentativní a alternativní komunikaci	2000 Kč
TP	D.V.4.01	Držák na tablet včetně ochranného obalu	8000 Kč
TP	D.V.4.02	Joystick pro alternativní ovládání tabletu	6000 Kč

Mimo tento systém poté stojí snahy některých organizací o reálné fungování systému půjčování, údržby a rozvoje prostřednictvím půjčoven. Ty se zaměřují na komerční půjčování pomůcek osobám s konkrétním druhem či typem postižení jako na jednu z mnoha služeb, často registrovaných v systému sociálních služeb. Některé neziskové či vzdělávací organizace se pak snaží o vytváření sítí půjčoven v rámci svých neziskových aktivit. Tyto sítě jsou často zaměřené na konkrétní sportovní pomůcku – handbike (Černí koně), monoski (Centrum APA), fitness pomůcky (Cesta za snem).

Možnosti však jednotlivci i školy mají také u půjčoven s relativně širokou nabídkou pomůcek. V současnosti největší portfolio sportovně-kompenzačních pomůcek pro využití v inkluzivní TV disponuje Centrum APA zřízené na Fakultě tělesné kultury UP v Olomouci. Je největší co do množství i pestrosti pomůcek, přičemž k nejčastěji zapůjčovaným pomůckám patří inodoorové sportovní vozí-

ky, monoski určené pro lyžování žáků používajících vozík, handbiky pro cyklistiku nebo sety na sportovní hru boccia. Pro inkluzivní TV jsou však vhodné i pomůcky, které nejsou primárně vyrobené jako kompenzační – jsou to nejrůznější upravené oštěpy, raketky, míče, signalizační pomůcky, otisky na zem (ruce + nohy + šipky – sety), posilovací míčky, házečí pytlíky (bean bagy) atd.

4.3.2

Vybrané sportovně-kompenzační pomůcky vhodné pro starší žáky

Monoski je sportovně-kompenzační pomůcka, lyžařská výzbroj umožňující lyžaři samostatnou jízdu (včetně jízdy na lyžařském vleku/lanové dráze) a plnohodnotné zařazení mezi lyžující veřejnost. Samotná technika jízdy pak spočívá v přenášení impulzů na lyži a koordinaci rovnováhy v jednotlivých fázích oblouku pomocí stabilizátorů. S ohledem na věk a tělesné proporce se liší různou velikostí skořepiny nebo délkou stabilizátorů.



Obrázek 17: Stabilizátory
(www.jiner.cz)



Obrázek 18: Monoski české výroby
(<http://www.dualski.com/en/project/outriggers/>)

Biski poskytuje díky nízko položenému těžišti dostatečnou stabilitu osobám s větší mírou tělesného postižení. Dalším rozdílem jsou také krátké lyže nízké tuhosti s velkým vykrojením, které jsou ovládnány pomocí systému paralelního naklápění. Asistence instruktora probíhá buďto pomocí jisticího lana nebo předávného madla. Firma JINER dodává inovovaný typ, který je finančně dostupný a vhodný pro žáky různých věkových skupin. Zahraničním modelem je například biski od firmy Tessier.

Pro koho je určeno: zejména osoby s kvadruplegií a omezenou schopností úchopu.



Obrázek 19: Biski české výroby
(<http://www.jiner.cz/cs/produkty/vse/id/14-biski>)

Bruslení a hokej

Para hokej se hraje ve speciálních sáních. Sáně jsou složeny ze sedáku, ocelového rámu a dvou nožů k bruslení. Hráči se pohybují a zároveň ovládají puk pomocí dvou krátkých hokejek opatřených na konci ocelovými hroty.



Obrázek 20: Hokejky na para hokej
(<http://www.hockeyland.cz> a <http://www.swerd.cz>)



Obrázek 21: Sledge na para hokej
(www.jiner.cz)



Obrázek 22: Dětské hrazdy na bruslení
(<https://www.e-sportshop.cz>
a <https://www.skatepro.cz>)

Racerunner je varianta chodítka určeného pro běh (tedy běhátka). Jedná se tedy o sportovně-kompenzační pomůcku podporující začlenění do atleticky orientovaných aktivit, případně štafet, drobných her a dalších. Je primárně určeno pro děti s dětskou mozkovou obrnou či s jiným tělesným postižením, které žáky limituje v rychlejší chůzi či běhu.



Obrázek 23: Racerunner českého výrobce (www.jiner.cz)

Jako **handbiky** se obecně označují sportovně-kompenzační pomůcky určené pro cyklistiku, které jsou poháněny silou horních končetin. Mohou se lišit dle posazení jezdce nebo dle přídatného elektropohonu. Pokud se zaměříme na handbiky pro starší žáky, pak se rozvojem handcyklingu u dospívajících v ČR nejvíce zabývá organizace Černí koně, kteří také vyvinuli a distribuují juniorskou variantu handbiku. U žáků středních škol už často bývá zřejmé, že se cyklistice budou věnovat i v dospělém věku, a tak je možné uvažovat již o handbiku určeném pro dospělé. Cena těchto sportovních pomůcek je však výrazně vyšší než u cyklistických kol pro osoby bez postižení. Z toho důvodu doporučujeme oslovit některé nadační fondy, které mohou finančně pomoci při nákupu handbiků. Výše uvedení Černí koně patří mezi poradenské organizace, které mohou s nákupem a získáním finanční podpory pomoci. Typově lze handbiky rozdělit podobně jako cyklistická kola na silniční, treková a horská či terénní. Je možné uvést i handbiky či čtyřkolky určené pro downhill. Všechny tyto typy je možné vybavit přídatným elektromotorem, podobně jako dále uváděné tříkolky či tandemová kola.



Obrázek 24: Handbike pro volný čas (<https://gbkids.com/product/handbike-kettwiesel/>)



Obrázek 25: Handbike závodní (<https://mtbs.cz/clanek/carbonbike-handbike-preview-zavodaka?page=1#.Xr0FeWgzZPY>)

Dalšími pomůckami pro cyklistiku žáků staršího školního věku jsou tandemová kola, závěsná kola, spřažená kola, tandemové tříkolky aj. Tandemové kolo je určeno pro cyklisty se zrakovým postižením, ale vhodné je i pro zařazení žáka s mentálním postižením nebo PAS (zejména do běžného provozu). V ČR existuje více výrobců, už jen proto, že tandemové kolo umožňuje zajímavou formu cyklistiky pro dvojice, bez ohledu na jakékoliv postižení či speciální potřeby. Zajímavou variantu představují i produkty pod značkou Benecykl, které jsou určeny i pro žáky s těžším tělesným či kombinovaným postižením.



Obrázek 26: Benecykl – Kozlík



Obrázek 27: Různé varianty dvojkol od různých výrobců a distributorů



Obrázek 28: Quadrix – čtyřkolka pro downhill

Tříkolka je primárně určena pro cyklisty s dětskou mozkovou obrnou či jinými cerebrálními parézami, poruchami koordinace, MP aj.



Obrázek 29: Tříkolka české výroby
(www.stercl.cz)



Obrázek 30: Obrácená tříkolka
(https://hollandbikeshop.com/cs-cz/?country_id=249)

Technické možnosti a varianty jdou velmi prudce kupředu. V poslední době se však snaží např. Centrum APA o testování zařízení EZ trainer, které umožňuje náklon kola a lepší pohybový transfer z běžné cyklistiky. Umožňuje tedy výhody vyšší stability, ale i náklonu do zatáček, tudíž je vhodné i pro využití u klasických tandemových kol.



Obrázek 31: EZ trainer

Mezi nejvyužívanější indoorové sportovně-kompenzační pomůcky patří sportovní vozíky. Ačkoliv existují i specializované elektronické vozíky (např. pro power soccer), představíme vám zejména vozíky mechanické. ČR má velkou výhodu v tom, že je možný nejen import různě cenově dostupných vozíků i v dětských variantách, ale že disponujeme i svými výrobci, jako je např. firma JINER.



Obrázek 32: Indoorový vozík české výroby (www.jiner.cz)

Díky spolupráci s českými firmami specializovanými na dovoz produktů ze zahraničí se však daří v ČR rozšiřovat i vozíky splňující minimální finanční možnosti dostupnosti v systému podpůrných opatření.



Obrázek 33: Indoorové vozíky finančně dostupné ze systému podpůrných opatření (www.vozikyprozivot.cz)

Salamander (mlok) – skládací mechanický vozík lehátkového typu, určený převážně na převoz či přiblížení osob s tělesným postižením, např. přes písčité povrchy k vodě, ale i na sněhu, bahně apod.



Obrázek 34: Mlok (<https://www.kury.cz/mlok.html>)

Přídavné přední kolečko: Pomůcka, která nadzvedne přední kolečka mechanického vozíku a díky níž je možné vyrazit i do náročnějšího terénu. Vozík má díky přednímu přídavnému kolečku větší stabilitu i při nerovném terénu. Kolečko je připevněno buď ke stupačce vozíku, nebo ke konstrukci vozíku.



Obrázek 35: Typ freewheel (<https://www.provozejky.cz/katalog-zbozi/freewheel>)

Kromě výše uvedené varianty mechanické se stále více uplatňuje i varianta elektropohonu, buď přidaného před vozík, nebo za něj.

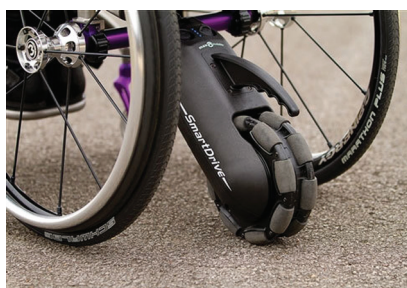


Obrázek 36: Elektropohon typu Clipdrive

Jednou z možných variant pro podporu turistiky je naopak přídavné zadní kolečko, většinou na elektropohon. Tato kolečka různých výrobců v různých cenových relacích umožňují podporu při pěší turistice a odlehčení asistujícím osobám.



Obrázek 37: Pohon typu Power Pack pro méně náročné uživatele



Obrázek 38: Smart drive pro náročnější uživatele

Sada na bocciu – hra nejen pro osoby s cerebrální parézou nebo kvadruplegií. Jedná se o paralympijský sport, ale i vysoce inkluzivní hru patřící mezi cílové hry.



Obrázek 39: Rampa na bocciu (www.bocciaramps.com)



Obrázek 40: Set na bocciu (<https://www.amazon.co.uk/Ability-Superstore-Superior-Indoor-Boccia/dp/B008U8MGSS>)

Ozvučené míče určené pro pohybové aktivity osob se zrakovým postižením. Umožňují začlenění žáků se zrakovým postižením do sportovních i pohybových her. Zároveň je možné v simulovaných (obrácených) podmínkách realizovat aktivity jako je goalball či kreistorball i se spolužáky bez zrakového postižení.



Obrázek 41: Variace ozvučených míčů

Pomůcky (osoby) pro žáky se zrakovým postižením

Děti a žáci se zrakovým postižením využívají při běhání či lyžování spíše podpory dalších osob než pomůcek. Každý malý sportovec má svého traséra (vodiče), který jede před ním a navádí ho. Trasér je osoba, na kterou se žák 100% spoléhá a které důvěřuje. Vždyť např. při jízdě ve vyšších rychlostech na lyžích je nutná naprostá souhra, důvěra a spolehlivost. Tento vztah se buduje dlouho. Malý sportovec i trasér jsou označeni viditelnou vestou opatřenou piktogramem či písmenem, např. vodič (guide) je označen písmenem „G“. Případně jsou označení jednoduše nápisy.



Obrázek 42: Výuka lyžaře se zrakovým postižením (<https://www.skiheavenly.com/plan-your-trip/ski-and-ride-lessons/category/adaptive.aspx>)

4.4

Vybrané aplikované pohybové aktivity pro děti a žáky staršího školního věku

„Každý den pozoruji, jak mládež trpí tím, že neexistují školy, v nichž by se učila žít s lidmi a se světem.“

Adam Mickiewicz



Ondřej Ješina

Pohybové aktivity jsou specifickým prostředím vytvářejícím přirozeně podmínky pro vlastní aktivitu a sebevyjádření. Řada pohybových aktivit je pak realizovaná s dalšími osobami, ať už ve skupině, ve dvojici nebo u žáků se SVP např. s asistentem pedagoga nebo jakoukoliv druhou asistující osobou (např. spolužák). Jak již bylo dříve zmíněno, ne všechny aktivity jsou vhodné pro všechny. Některé pohybové aktivity jsou jen obtížně realizovatelné společně s ostatními (např. sportovní hry u žáků s poruchami autistického spektra), některé pak s ohledem na přínos postrádají u některých žáků smysl (skok do výšky nebo do dálky u žáka s DMO používajícího vozík). V této souvislosti však v žádném případě nemůžeme zapomínat na žáky bez SVP, pro které je někdy obtížně akceptovatelné, že nebudou hrát svou oblíbenou hru dle běžných pravidel, ale musí akceptovat úpravy, které umožní účast spolužáka se SVP. Pohybové aktivity v TV jsou většinou podstatně interaktivnější než činnosti při jiných předmětech a z toho důvodu není možné předpokládat, že aktivity, které jsou primárně určeny žákům se SVP, budou plně ostatními spolužáky dlouhodobě preferovány. Některé jednotlivé pohybové dovednosti pak mohou být společně vyučovány v počátečních fázích motorického učení, avšak jako velmi problematické se pak jeví využití naučených pohybových vzorců při společných aktivitách např. na střední škole.

Poznámka na okraj: Například boccia je cílovým sportem (hrou), který může být obsahem TV, ale ve volném čase se mu budou převážně věnovat hráči s takovým postižením, pro které je primárně určen.

Pokud žák se SVP byl již před nástupem na druhý stupeň, či později na střední školu, konfrontován s vlastním začleněním do pohybových aktivit v ITV, je vytvořen pozitivní předpoklad pro jeho další účast. Navzdory tomu však dochází k častějšímu vyčlenění z ITV právě na druhém stupni a dominantně pak na střední škole. Limitem pro začlenění není jen vlastní zkušenost nebo úroveň pohybových dovedností, ale v pozdějším věku i obsahové zaměření pohybových aktivit v TV. Klíčovým faktorem je pak sám pedagog či pedagogický tandem. Rozhodující však nejsou pouze kompetence, ale zejména pak ochota, pozitivní postoj či self-efficacy těchto pedagogů upravit obsah a organizaci pro všechny

žáky, včetně těch se SVP. Zatímco na prvním stupni bývá často první negativní zkušenost žáků se SVP spojena s plaveckým kurzem, na druhém stupni je to pak kurz lyžařský. Právě při takových výzvěch se často odkrývá charakter pedagogů, včetně vedení školy. A někdy se stává, že je tato konfrontace reality a představ velmi bolestná.

Příklad z praxe IX: V minulosti jsme jako poradenští pracovníci byli často označováni za lháře, když jsme ředitelům škol vysvětlovali, že i žáci s tělesným či kombinovaným postižením mohou lyžovat. Stávaly se případy, kdy rodiče na internetu zjistili, že existuje lyžování na monoski, a to i v pasivnější formě zejména pro žáky s těžšími stupni postižení. Případně si měli sami možnost vyzkoušet tyto podoby lyžování na sérii osvětových programů Dny na monoski. Sami si sehnali kontakt na pracoviště, která tyto kurzy realizují a kde existují i možnosti celoživotního vzdělávání pedagogů, a dokonce tato pracoviště i spolufinancují účast žáků se SVP na školních lyžařských kurzech. Samozřejmostí je také zajištění kvalifikované asistence na těchto akcích. Když s touto zkušeností konfrontovali zástupce

školy, bylo jim vysvětleno, že to není možné. Rodiče jim kontakty i informace předali a očekávali pozitivní dokončení příprav účasti svého dítěte na kurzu. Setkali se však se sérií umělých překážek, z nichž většina se objevila na poslední chvíli (1–3 dny) před samotnou akcí. Pokud se nenechali odradit, ještě negativnější chování se strany pedagogů pak žáky se SVP čekalo na samotné akci. Učitelé museli tolerovat účast žáků se SVP na kurzu a svou neochotu (podpořenou vedením školy) pak dávali velmi neskrytě najevo i před ostatními spolužáky. Na druhou stranu existuje i řada příkladů pozitivních, z nichž jeden se nám podařilo zaznamenat a zavěsit na YouTube kanále Centra APA (viz video v QR obrázku 43). Kde je vůle, je i cesta...



Obrázek 43: Příklad dobré praxe – účast žáka se SVP na zimním lyžařském kurzu

Kromě věku participantů je také nutné, aby pedagogové věděli, jaké aktivity jsou relevantní s ohledem na postižení a z toho často vyplývající možnosti účasti v pozdějším věku. Tak jako není každá aktivita vhodná pro všechny, tak není každý vhodný pro danou pohybovou aktivitu. Není nemožné, aby žák se zrakovým postižením na úrovni slepoty hrál florbal. Je však vhodné jej vždy začleňovat, upravovat hru tak, aby byla pro něj možná, i přes ztrátu dynamiky a motivace ostatních spolužáků? Nepřichází tím o čas, který může věnovat komplexnějšímu a cílenějšímu vývoji motorických dovedností, které později uplatní? Není vhodné pro něj najít takovou roli, která bude, přes jeho trvalý zájem o hru, možná? Je tedy jeho plně inkluzivní zapojení vhodné skutečně pro všechny? Některé pohybové a sportovní aktivity je skutečně velmi obtížné upravit tak, aby byly stále smysluplné pro všechny. Právě s tímto vědomím je vhodné přistupovat ke každé úpravě pokorně a tam, kde pedagog vyhodnotí plnou účast jako možnou a vhodnou, tam ji také realizuje. Někde vyhodnotí jinou organizační formu při maximálním možném zapojení jako vhodnější. Vždy však musí chápat, proč toto rozhodnutí udělal, a musí být připraven toto i vysvětlit žákům, stejně jako případně rodičům těchto žáků. Pokud jsou postoje tohoto pedagoga k účasti všech žáků v ITV pozitivní, dovoluje mu to hledat cesty a úpravy. Pokud je negativní, pak jej toto svazuje natolik, že není schopen rozvinout subjektivně maximální pedagogický um a setkáváme se v praxi s často nepochopitelnými reakcemi a snižováním vlastního pedagogického kreditu.

S vědomím toho, že kniha žel není pro výuku konkrétních pohybových aktivit nevhodnějším médiem, si dovoluujeme odkázat na dostupné metodické materiály na www.apa.upol.cz, celoživotní vzdělávání, ať formalizované či neformální, a také na volně dostupná didakticko-metodická videa. YouTube kanály v ČR i zahraničí nabízí úžasné možnosti k seznámení se s praktickými činnostmi. Jedním z těchto kanálů je i YouTube kanál Centra APA, kde je odkázáno i na další

relevantní spolupracující instituce a organizaci působící ve vzdělávání či volnočasových pohybových aktivitách. Potenciál nabízí i nejrůznější metodické karty, včetně těch, které jsou pod názvem Metodické listy pro vybrané aplikované pohybové aktivity nabízeny jako součást tzv. resource packu s touto knihou nebo opět na webovém portále www.apa.upol.cz. Protože se však domníváme, že by sdělení této knihy nebylo úplně, vybrali jsme konkrétní pohybové aktivity relevantní pro děti a žáky mladšího školního věku. Některé představují inkluzivní prostředí bez neustálých modifikací (např. psychomotorické aktivity), u některých je zacílení na oblast zdravotní už samo o sobě úpravou (zdravotně orientovaná a relaxační cvičení), jiná pak vyžadují minimální úpravy, aby účast žáků se SVP byla možná (např. plavání nebo dopravní výchova), přestože v praxi jsme často svědky naprostého opaku.

Poznámka na okraj: Pro následující zpracování prakticky zaměřených podkapitol byli vyzváni ti, kteří se prezentovanými tématy dominantně v praxi zabývají. Vstup hlavního autora knihy je z důvodu předání autenticity potřeb praxe pouze minimální.

4.4.1

Sportovní a pohybové hry

„S životem je to jako s hrou. Nezáleží na tom, jak je dlouhá, nýbrž na tom, jak se hraje.“ Seneca



Jakub Válek, Ondřej Ješina

Hra + pohyb (pohybová aktivita) → pohybová hra

S ohledem na preference žáků, emocionální a sociální benefity jsou sportovní a pohybové hry nedílnou součástí školní TV. Podle Mazala (2000, 13) pohybovou hru chápeme „jako záměrnou, uvědoměle organizovanou pohybovou aktivitu dvou a více lidí, v prostoru a čase, s předem dobrovolně dohodnutými a dodržovanými pravidly. Hra má účelný a souvislý uzavřený děj. Je charakterizována napětím, radostí, veselím, vysokou motivací k činnosti, uplatněním známých dovedností, pohodou a často soutěživostí.“

Argaj (2001) charakterizuje pohybovou hru jako soutěživou činnost, ve které převládá činnost pohybová. Zapletal (1985–1988), zřejmě nejznámější odborník na hry u nás, ze kterého další autoři čerpají a navazují na něj, sepsal a v letech 1985 až 1988 také vydal dosud nepřekonanou **Velkou encyklopedii her**, která se skládá ze čtyř dílů. Jeho hlavním kritériem pro členění her bylo prostředí, v němž se hry uskutečňují, smysl hry pro rozvoj osobnosti a prostředky realizace. Po-

dobně také Hanuš (2008) předkládá členění dle smyslu a účelu hry a dle dalších doplňujících kritérií pro realizaci v praxi v různém prostředí.

Klasifikací her se také zabývá Dobrý (2000), který mimo jiné diskutuje nejasnost pojmu „hra“ ve sportovním či pedagogicko-psychologickém vnímání a především pak nejasnost dělení na pohybové a sportovní hry. Důležitým znakem pohybové hry je dle tohoto autora týmovost, kdy týmový (společný) prožitek je nadřazen prožitku individuálnímu (osobnímu), stejně tak, jako je týmový výkon nadřazen tomu individuálnímu. Pohybová hra je nejčastějším prostředkem využívaným ve školní TV, ale i ve sportovním tréninku nebo volnočasových (rekreačních) pohybových aktivitách. Rubáš (1997) říká, že „pohybové hry představují jedno ze základních cvičení ve školní TV“.

Pohybová hra stejně jako sportovní hra je komplexní pohybová aktivita. Je vhodná jak pro rozvoj či udržení současného fyzického stavu, tedy základních kondičních schopností (rychlost, síla, vytrvalost, obratnost), tak pro zdokonalování a procvičování pohybových dovedností v procesu motorického učení (automatizace a tvořivá koordinace/plasticita). Pohybová hra je také výborný prostředek pro diagnostiku a klasifikaci, a to pro všechny věkové a výkonnostní skupiny, a dále pro empirické hodnocení učitele, ale i samotných účastníků hry, kteří na základě svých předchozích zkušeností mohou i predikovat průběh a výsledek hry.

Inovativní přístup v kontextu APA: Nejednotnost pojetí pohybových her, specifika ve vztahu k účasti žáků se SVP a zejména dynamicky se měnící moderní technologie nás vedou k rozdílnému vnímání termínu pohybová hra, než je běžné v tradičně pojatých odborných zdrojích. Na základě toho zahrnujeme mezi pohybové hry všechny hry, pro které je k plnění herního úkolu nutný pohyb. Tedy nejen ty, které jsou charakteristické soubojem dvou a více stran o jeden předmět či ovládnutí tohoto předmětu. Pohybovou hru také nechápeme pouze jako týmovou, nýbrž je možná i při individuálním zastoupení jedné z účastníků se stran. I když to není tradičně tolik obvyklé, můžeme jako pohybovou hru chápat i individuální činnost s pohybovým úkolem. Tyto individuální úkoly mohou být řešeny a sdíleny v reálném a stejném čase nebo i s využitím virtuálních technologií v různých časech a realitách. Pro žáky se SVP (ale celkově i dospělé se speciálními potřebami obecně) je individualizované pojetí participace v pohybových aktivitách podstatně charakterističtější než u žáků bez SVP. Týká se to například i možností s využitím technologií snímání pohybu a videoprojekce s možností kompetice v jiném čase, včetně kompetice sám se sebou s ohledem na jedinečnost motorických limitů či progresu/regrese úrovně motorických dovedností.

Pohybová hra + sportovní hra → školní TV

Mezistupněm mezi pohybovými a sportovními hrami jsou pak modifikované sportovní hry pro uplatnění v podmínkách školní TV. Málodky je možné realizovat sportovní hru v TV v rámci oficiálních pravidel, a proto dochází k přirozené úpravě pravidel sportovních her pro konkrétní účely a podmínky ve škole. Ačkoliv tím při realizaci není splněna jedna z klíčových podmínek (respekt a dodržování uznaných, nejčastěji mezinárodních, pravidel), přesto o konkrétních pohybových aktivitách, jako je např. fotbal, basketbal nebo volejbal, mluvíme jako o sportech (včetně národních standardů a norem typu rámcové vzdělávací programy).

Hra + sport → sportovní hra

Sport je pohybová aktivita, která je determinována třemi základními body: 1. je provozovaná podle určitých/daných pravidel a zvyklostí a její výsledky jsou měřitelné a porovnatelné s jinými provozovateli (v místě a čase), 2. má svou organizaci a strukturu (soutěže, sportovní federace, národní svazy...), 3. důležitý je prožitek, a to nejen vlastní, ale i diváků, a je těsně spjatá s jejich všemi fenomény (fandění, sázení atd.).

Inovativní přístup v kontextu APA: Pokud se přijmeme tezi, že sportem se myslí pohybová aktivita, znamená to, že se tradičně vylučovaly soutěže, při kterých se využívá pouze duševních a inteligenčních schopností. Jednou z výjimek představovaly šachy. S přihlédnutím k novým trendům je však patrné, že atributy sportu přebírají stále více i tzv. on-line sporty, které se těší vzrůstajícímu zájmu „sportovců“, diváků, sázkařů i sponzorů. V kontextu sportu se také stále více laická veřejnost baví i v kontextu stolních či karetních on-line her, proto bude toto téma jistě dobré otevřít i v odborných kruzích. Právě fenomén on-line sportů může být jednou s platforem pro účast hráčů se zdravotním postižením společně s ostatními bez zařazování nejrůznějších modifikací či změn pravidel. Sport se dále dá dělit dle různých kritérií. Často se setkáváme např. s grassroot sportem (masový, rekreační, sport pro všechny), výkonnostním (často amatérský) a vrcholovým (často profesionální, někdy terminologicky precizovaný jako vrcholný) či někdy specifickou roli plní sportovní příprava mládeže. S ohledem na vzdalující se naplňování zdravotního cíle je možné setkat se s termínem „sport pro zdraví“, který se vymezuje zejména vůči vrcholovému a výkonnostnímu.

Sportovní hra → definice: *Sportovní hra je soutěživá činnost dvou soupeřů v jed-notném prostoru a čase, kteří podle institucionálně schválených pravidel usilují o prokázání převahy lepším ovládním společného předmětu (Táborský, 2004).* Pro sportovní hry je důležitá kooperace uvnitř týmu (družstva), často se proto nesprávně používá také termín „kolektivní hry“. Nejčastěji používané členění sportovních her je na 1. brankové hry, 2. síťové hry a 3. pálkovací hry.

- Brankové – ve kterých se body získávají dopravením společného předmětu do cílového prostoru, hrací plocha je pro oba soupeře stejná a trvání utkání je limitované časem. (např. basketbal, basketbal 3 × 3, streetbal, florbal, fotbal, futsal, frisbee, házená, plážová házená, korfbal, lední hokej, pozemní hokej, lacross, intercross, boxlacross, rugby a jeho varianty, např. americký fotbal, australský fotbal, pólo a vodní pólo).
- Síťové – ve kterých se body získávají chybou soupeře nebo dopravením společného předmětu do pole soupeře tak, aby jej nebyl schopen vrátit. Soupeři jsou na oddělených hracích plochách a trvání utkání je omezeno dosažením stanoveného vítězných setů (např. ringo, volejbal, plážový volejbal).
- Pálkovací – ve kterých se body získávají za přeběhy met do cílového prostoru, hrací plocha je pro oba soupeře společná a trvání utkání je limitované počtem směn (např. baseball, softball, kriket, pelota).

Je však nutné upozornit na vznik a rozvoj některých sportovních her, kde dochází k soupeření více než dvou stran. Mezi ně je nutné zařadit zejména kin-ball.

Táborský (2004) a Süß (2006) v návaznosti na Hughese a Barletta (2002) dělí hry podle hrací plochy na invazivní a neinvazivní hry. Invazivní hry jsou hry se společnou hrací plochou pro obě družstva. Neinvazivní naopak mají oddělené hrací plochy. Tím navazuje na další kritérium členění her, které Táborský uvádí, a sice na počet hráčů každého ze soupeřů na hřišti. Zde hry člení na hry individuální, párové a týmové. V individuálních hrách jsou dva soupeři proti sobě. V párových hrách soupeří proti sobě dvojice a v týmových hrách proti sobě soupeří vícečlenná družstva.

K jinému a mnohem detailnějšímu třídění dochází Táborský (2004, 2006), když vychází z kritéria, jakým způsobem manipulují hráči se společným předmětem. Vychází mu tyto kategorie sportovních her (SH; lze zde najít spoustu nedostatků z důvodu, že některé SH by mohly spadat do více skupin nebo do široké skupiny „jiné“):

- SH s házením: házená, plážová házená, vodní pólo, basketbal, korfbal, netball, horse ball, tchoukball, ultimate, guts, double disc court, ringo.
- SH s kopáním: fotbal, futsal, plážový fotbal, nohejbal, schuttelcock, sepak-takraw.
- SH s házením a kopáním: rugby, rugby v sedmi, americký fotbal, australský fotbal, podvodní rugby.
- SH s odbíjením: volejbal, plážový volejbal, faustball, indíaca, americký handball, irský handball.
- SH s hokejkou: lední hokej, bandy rink bandy, ringette, roll hokej, in-line hokej, pozemní hokej, halový pozemní hokej, florbal, hokejbal, podvodní hokej.
- SH s raketou: tenis, soft tenis, stolní tenis, badminton, squash, racquetball, ricochet.
- SH s pálkou: baseball, softball, softball slowpitch, kriket.
- SH jiné: lakros, interkros, boxlakros, kolová, motoball, kanoepolo, pólo na koních, peloty. (Táborský 2006)

Inovativní přístup v kontextu APA: V kontextu aplikovaných pohybových aktivit, ale např. i olympijského sportu se v posledních letech začaly objevovat sportovní hry, které se částečně vymykají tradičnímu pojetí (výše uvedenému) dělení sportovních her. Jedná se o cílové sporty, možná lépe cílové sportovní hry. Jedná se o soupeření dvou a více stran, dominantní zůstává i pohybový charakter, u některých subjektivně obsahově i intenzitou maximální možný. Jedním z průvodních atributů je souhra ruka-oko, odhad vzdálenosti a stejně jako u ostatních odezva na akci soupeřící strany. Společným předmětem pro hru je pak buď

místo, ke kterému předměty zájmu hráčů směřují (curling), nebo přímo předmět zájmu, ke kterému se ostatní předměty co nejvíce přibližují (boccia). Vždyť i v pálkovacích hrách není cílem získat míč a dopravit jej na určité místo, ale využít jej sekundárně. Cílem je získat maximální množství bodů prostřednictvím oběhů met. Dochází zde podobně jako u brankových, síťových či pálkovacích ke vzájemné interakci minimálně dvou stran a z toho vyplývá nutnost flexibilně reagovat na měnící se prostředí, vytváření taktických variant a přizpůsobování své akce reakci soupeře. Všechny tyto atributy jsou tedy shodné s klasickým dělením. S ohledem na invazivnost či neinvazivnost, tedy společné či oddělené hřiště, je v kontextu moderní trendů, ale i APA nutné zvažovat i fenomén již dříve zmíněných on-line sportovních her. Vzrůstající zájem je jednoznačně předvojem budoucího masového rozvoje a je dle našeho názoru nutné toto respektovat a v rámci teorie na to reagovat. Uznáním inovací v teoretickém konstrukt a vzdělávání budoucích pedagogů jsou totiž nastaveny podmínky pro potenciální využití i v kontextu žáků se SVP bez zbytečných postojových bariér pedagogů. Pro některé žáky se SVP je pak využití „avatarů“ jednou z cest zažívání obdobných psychických a emočních mechanismů jako u spolužáků bez postižení v tradičním pojetí sportovních her. Částečně je využito systému avatarů v paralympijském pojetí fotbalu pro sportovce se zrakovým postižením, kde dochází k navigaci vidícími hráči (brankář, navigátoři). V kontextu APA, ale i celého systému sportovních her je také vhodné nezapomenout na sportovní hry, jejichž úkolem je získat co největší množství bodů různým způsobem, zejména však dosažením určité zóny či prostoru a chycením či položením společného předmětu zájmu (nejčastěji míče, frisbee apod.). U některých sportovních her může jít o to dostat míč do zóny a zpět do hry s nějakým herním úkolem, díky kterému získá jedna ze stran bod. Jedná se např. o ultimate-frisbee, rugby, krestoball (inkluzivní hra s účastí hráčů se zrakovým postižením) aj.

Z výše uvedeného vyplývá návrh inovativního dělení sportovní her na:

- Brankové.
- Síťové.
- Pálkovací.
- Cílové.
- On-line hry či hry s využitím avatarů.
- Zónové-bodovací.

Výše uvedené sportovní hry mají také své varianty ve sportovních hrách pro osoby se SVP (aplikované pohybové aktivity), které jsou na programu jejich vrcholných (světových) i výkonnostních (národních) soutěží, jako jsou paralympijské hry nebo speciální olympiády. (Sportovci se sluchovým znevýhodněním soutěžící na svých Deaflympijských hrách nemají žádné modifikované sportovní hry). Jsou to například basketbal na vozíku, rugby na vozíku (quadrugby), para hokej (sledge hokej), sitting volleyball, florbal na vozíku (para florbal) pro osoby s tělesným postižením, dále goalball a fotbal 5 na 5 pro osoby se zrakovým znevýhodněním. Sportovci s mentálním znevýhodněním hrají tzv. unified sports neboli „sjednocené sporty“, což jsou sportovní hry, kde hrají společně osoby s mentálním postižením a bez něj, přičemž osoby s MP nesmí být na hřišti nikdy v menším počtu (basketbal, futsal, házená, přehazovaná nebo volejbal).

Zpět do školní TV

Podle RVP jsou do ŠVP pro 2 stupeň ZŠ a pro SŠ zařazeny tyto sportovní hry: basketbal, fotbal, florbal, házená, volejbal a výjimečně na některých školách, kde se chodí bruslit, i lední hokej. Jako s průpravnými nebo netradičními hrami se můžeme setkat s přehazovanou a jejími variacemi mířícími k volejbalu (faustball apod.), ringem, frisbee, kin-ballem atd.

Existuje velká variabilita pohybových her podle jejich zaměření (např. na rozvoj kondičních schopností, motorické dovednosti, kreativitu, kooperaci, soutěživost, ale i třeba na rozvíjení psychických, mentálních, inteligenčních a taktických schopností a dovedností nebo jen na vlastní prožitok a uspokojení).

Nejčastější nebo nejvíce používané pohybové hry ve školní TV (také ve sportovní přípravě dětí a mládeže) jsou honičky, vybíjené, soutěže družstev (štafety apod.).

Existuje velká škála možností a zdrojů (publikace, webové stránky), kde je možné čerpat. Často opomíjené a přitom velice vhodné pro všestranný rozvoj (kondiční i dovednostní) bývají úpolové hry a kreativně kooperační hry. Takové je možné najít opět u Zapletala, Mazala až po publikace autorů Neuman a Brtník či Hanuš a Hrkal. V kontextu aplikovaných pohybových aktivit mezi nejznámější patří karty zaměřené na sportovní a pohybové hry žáků s tělesným postižením (Ješina & Kukulová, 2008). V současné době jsou v tisku také Metodické listy pro vybrané aplikované pohybové aktivity (Ješina, ed.), které také obsahují listy zaměřené právě na úpolové, drobné a pohybové hry (Baloun, Ješina, & Kukulová) či sportovní hry (Mikeška, Fiedlerová, & Ješina). On-line je možné se s těmito listy seznámit na <https://www.apa.upol.cz/knihy-a-skripta#studium-atv-apa>.

Základní pravidla pro modifikaci pohybových her v inkluzivní TV pro žáky se SVP

Individuální přístup podle druhu nebo typu zdravotního nebo i jiného znevýhodnění je nezbytný. Důležité však je uvědomit si předpoklad, že pohybová aktivita je nutná a nezbytná v nějaké formě pro všechny nejen z hlediska fyziologického, ale i psychického (duševního) a sociálního. Právě pro proces socializace i kultivace jsou pohybové, potažmo sportovní hry nezastupitelné. Nehledě na emocionální složku, prožitkovost, uspokojení a seberealizaci. Je prokázáno, že pro osoby s těžkým nebo kombinovaným (souběžné postižení více vadami) postižením (např. tělesné s mentálním), kdy se dotyčný sám nemůže pohybovat, je možný pasivní pohyb a polohování nebo nějaký pohyb kolem sebe, který mohou vnímat.

Máme čtyři základní možnosti modifikace (přízpůsobení) pohybových a sportovních her.

- Modifikace herního prostoru (velikost a tvar hřiště).
- Modifikace času pro hru.
- Modifikace prostředí, kterým se hraje (velikost, váha, tvar a kvalita), nejčastěji jde o míče, ale máme spoustu improvizovaných prostředků (karty, šátky, houby, kelímky, PET lahve, víčka, házecí pytlíky, disky).
- Modifikace počtu hráčů ve družstvu nebo družstvech a jejich „kvalita“ pro danou hru.

Právě tady je důležitá role učitele nebo jiného pedagogického pracovníka, což závisí na jeho pedagogické zkušenosti s vyhodnocením situace, jeho znalosti třídního kolektivu a především na úrovni žáků se SVP. U sportovních her postupujeme od nácvičku herních činností jednotlivce přes herní kombinace až k herním systémům (vždy útočné a obranné), které vyústí v samotnou hru. Opět je nesmysl generalizovat (zase individuální přístup), ale ve většině případů žáků se SVP není problém zvládnout dovednostní stránku, čili herní činnosti jednotlivce (přihrávání, chytání nebo zpracování míče nebo míčku, driblíng nebo vedení míče, střelba, bránění, blokování atd.), těžší je zvládnutí nebo zapojení do herních kombinací a ještě těžší pak zapojení do samotné hry, kdy to buďto není možné vůbec, nebo je potřeba velmi modifikovat. Dalším důležitým bodem inkluzivní TV je integrace žáka se SVP do pohybové, potažmo sportovní hry podle typu a stupně znevýhodnění.

Opět je nutný individuální přístup, ale asi relativně nejjednodušší je integrace žáka se sluchovým znevýhodněním, který se de facto může zapojit do všeho; důležitější je pro něj hlavně jasné a názorné vysvětlení a předvedení. Problémem u samotné hry je pak ztížená komunikace a tím pádem i kooperace v rámci týmu, ale to se dá do určité míry vylepšovat nabytými zkušenostmi, a pak problém s vizuálním rozhodováním (soudcováním) – terče, šátky, fáborky, speciální píšťalky. Podobná situace je u hraničního pásma mentálního postižení – čím těžší stupeň, tím může být začlenění žáka složitější. Musíme myslet na to, že se dá do určitého stupně naučit a zvládnout určité herní činnosti (mají na to biologicko-fyziologický i technicky-dovednostní potenciál), ale díky jejich kognitivnímu potenciálu (koncentrace, anticipace, čtení hry, rozhodovací procesy) nelze mluvit o kooperaci a taktice, nelze nebo spíše není vhodné zapojení (integrace) do samotné hry. Navíc osoby s MP mají také oslaben emočně motivační potenciál (motivace, emoční stabilita, volní úsilí). Složitá a velmi různorodá je situace u žáků s tělesným znevýhodněním → příčina? (genetika, úraz, nemoc) co? (HK nebo DK, oboje, P nebo L strana atd.). Pohybuje se sám a jak kvalitně? Pohybuje se na vozíku, nebo mu může sportovní vozík dopomoci ke kvalitnějšímu pohybu? Zde opět zdůrazňujeme individuální přístup od HČ přes HK až ke hře (samostatně nebo s pomocí asistenta). I tady lze modifikovat hru, ideální je, když mají obě družstva podobný případ (není vhodné někoho dalšího omezit/vyčlenit). Např. úprava bodového systému, omezení prostoru, kde se kdo bude pohybovat, výška sítě, kvalita míče nebo všichni hrají v sedě (volejbal, přehazovaná, fuli-fuli atd.) → Pozor na to, že pohybové aktivity v sedě jsou překvapivě (pro někoho) dost fyzicky náročné a navíc je zde velká tendence porušovat pravidla (o pohybu, zvedání se atd.). Dále existuje velké nebezpečí opačné integrace (snažíme se integrovat žáka se SVP do kolektivu, ne přizpůsobovat celou hru jednomu žákovi), což může vést k negativním jevům po stránce emocionální a sociální.

Specifická je situace u žáků se zrakovým postižením. Opět záleží na typu a stupni, ale zde skoro není možná integrace do hry. Tito žáci potřebují naprosté ticho, soustředění, osvětlení, kompenzační pomůcky (ozvučené míče) → goalball. Většinou ale není problém s individuálními HČ (asistence, pasivní vedení), máme možnost paralelní výuky. Pro žáky s ADHD jsou pohybové a sportovní hry velmi vhodné, je třeba ale brát v potaz to, že tyto žáci se mnohem rychleji fyzicky i psychicky unaví a vyčerpají (Hlídat a usměrňovat!). Snad ještě důležitější a vhodnější je tato forma pohybové aktivity (P a S hry) pro žáky s poruchou chování.

(Dodržování pravidel a fair play, kooperace v rámci týmu). Zároveň existuje velké nebezpečí vzniku konfliktních situací (vzájemné bránění, fauly atd.). Důležitá je role učitele (vedoucího, rozhodčího), měl by žákům umožnit, aby si vyzkoušeli tuto funkci. Specifická je také integrace žáků s PAS, u kterých se vyskytuje velká šíře a různorodost potřeb a projevů. Pokud jsme všude zdůrazňovali individuální přístup, tak zde nejvíce. Autor této kapitoly nezaznamenal úspěšnou integraci do sportovních her, ale opravdu záleží na typu a stupni, u nějaké lehčí formy to možné je. Dá se pracovat ve stejném prostoru jako zbytek třídy, ale pozor na přecitlivost na smyslové podněty nebo i opačně na problémy při sociální interakci a vzájemné komunikaci. To může být důvod, proč se primárně používá individuální práce s asistentem (známá a důvěrná nebo blízká osoba např. u participace žáků s PAS či MP). Přesto bychom při respektu zásady přiměřenosti a bezpečnosti měli hledat modifikace vhodné pro účast všech žáků, nikoliv však za každou cenu.

4.4.2

Lyžování žáků se SVP



„Když jsem byl na škole, trenéři chtěli, abych přešel na snowboard. Mysleli si, že jako lyžař nestojím za nic. Byl jsem strašně hubený, měl jsem mizernou techniku. Naštěstí jsem odolal.“ Bode Miller

Adam Jarmar

Lyžování jakožto součást učiva zmiňuje Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV) ve vzdělávací oblasti Člověk a zdraví, resp. vzdělávacím oboru Tělesná výchova. Pro 2. stupeň základních škol potom mezi činnostmi ovlivňujícími úroveň pohybových dovedností konkretizuje učivo:

„... lyžování, snowboarding, bruslení (podle podmínek školy) – běžecské lyžování, lyžařská turistika, sjezdové lyžování nebo jízda na snowboardu, bezpečnost pohybu v zimní horské krajině, jízda na vleku; (popř. další zimní sporty podle podmínek školy).“

Právě z podmínek školy potom vychází pro výslednou realizaci lyžařského kurzu klíčový dokument školy – Školní vzdělávací program (ŠVP). Tento dokument ustavuje § 5 zákona 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Ten ukládá řediteli školy vydat tento dokument upravující realizaci RVP-ZP s možností úpravy obsahu do jiných tematických nebo předmětové příbuzných celků a uveřejnit ho na veřejně přístupném místě, v praxi většinou na webových stránkách školy nebo přímo

v budově školy. V případě, že ŠVP lyžařský kurz obsahuje (zpravidla pro žáky 7. ročníků, často potom i druhých ročníků středních škol), stává se povinnou součástí vzdělávání. Z tohoto titulu se potom neúčast žáků řeší nahrazením kurzu v jiném termínu, resp. v následujícím školním roce. Uvolňování žáků z lyžařských kurzů, stejně jako z předmětu tělesná výchova, je potom výhradně v kompetenci lékaře.

Poznámka na okraj: Uvolnění, resp. nařízená neúčast ze strany školy (ať už se jedná o zdravotní, kázeňské či jiné důvody), v případě, že je lyžařský kurz uveřejněn v ŠVP pro příslušný stupeň/ročník, není možná. V opačném případě je na místě uvažovat o rozporu s Listinou základních práv a svobod, konkrétně v upření práva na vzdělání dle článku 33, dále pak se školským zákonem, konkrétně § 2 odst. 1, o rovném přístupu ke vzdělávání.

V případě, že je lyžařský kurz součástí ŠVP školy, jeho organizaci a podmínky realizace upravuje zpravidla **organizační řád školy** nebo zvláštní **směrnice pro organizaci lyžařského kurzu**. Oba tyto dokumenty jsou součástí provozní dokumentace školy, kterou ředitel školy vypracovává v souladu s § 165 odst. 1 písm. a) školského zákona.

Účast žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP)

Z výše uvedeného plyne, že pokud je žák se speciálními vzdělávacími potřebami vzděláván na škole, která má lyžařský kurz zahrnut v ŠVP pro daný ročník studia, je jeho účast na kurzu povinná, vyjma situace, kdy by jeho účast na kurzu nebyla lékařem ze zdravotních důvodů, zejména z důvodu přímých kontraindikací, doporučena.

V opačném případě pak v přípravné fázi lyžařského kurzu věnujeme pozornost následujícím dokumentům a opatřením:

1. Lékařskému potvrzení o účasti žáka v pohybových aktivitách, konkrétně pak na lyžařském kurzu.
2. Přiznaným stupňům podpory, resp. podpůrným opatřením dle vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných (dále jen Vyhláška).
3. Doporučením pro vzdělávání školského poradenského zařízení dle § 15 Vyhlášky.
4. Podmínkám ubytovacího a stravovacího zařízení, kde bude lyžařský kurz probíhat, zejm. v oblasti architektonických bariér, možných dietologických omezení a dalším.
5. Možným architektonickým, ale také případným postojovým bariérám v lyžařském areálu (blíže popsáno ve fázích lyžařského kurzu).
6. Dostupnosti nezbytných sportovně-kompenzačních pomůcek.

7. Projednání účasti odborné asistence při výuce lyžování (konzultant APA, absolvent magisterského studia zaměřeného na APA/ATV, držitel licence základního lyžování žáků s tělesným/zrakovým postižením, držitel licence instruktor sjezdového lyžování osob se speciálními potřebami).

Bezpečnostní a hygienické aspekty lyžařského kurzu

Podmínky pro účast žáků, ale i dalších fyzických osob, stejně tak jako povinnosti školy na lyžařském kurzu z hlediska preventivně zdravotního, stanovuje zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Hygienické požadavky na ubytovací a stravovací zařízení, ve kterém je lyžařský kurz realizován a podobu lékařského posudku účastníka lyžařského kurzu upravuje vyhláška 106/2001 Sb., vyhláška Ministerstva zdravotnictví o hygienických požadavcích na zotavovací akce pro děti.

Případná zranění, úrazy či onemocnění během lyžařského kurzu musí být zaznamenána v souladu s vyhláškou č. 64/2005 Sb., o evidenci úrazů dětí, žáků a studentů.

Dále je doporučeno se řídit metodickým pokynem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) č.j.: 37 014/2005-25, vydaný 22. prosince 2005, k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních zřizovaných Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen Metodický pokyn MŠMT). Právní povahou se jedná o nelegislativní dokument, který má návodný či poradní charakter s cílem ujednotit a zdůraznit úkoly a podrobnosti v péči o bezpečnost a ochranu zdraví a v jejich rámci i úkoly dohledu nad dětmi, žáky a studenty škol a školských zařízení.

Personální zajištění lyžařského kurzu

Vedoucí kurzu: jmenován ředitelem školy, realizuje a garantuje přípravnou, realizační i závěrečnou fázi lyžařského kurzu.

Instruktor / externí lektor kurzu: pedagogický pracovník školy nebo externí pracovník, jehož kvalifikaci ověřuje ředitel školy před konáním lyžařského kurzu.

Možnosti odborné způsobilosti pro výuku lyžování na školních lyžařských kurzech:

- Pedagogičtí pracovníci jsou dle své kvalifikace získané na základě školského zákona kvalifikováni i pro vzdělávací činnost v oblasti tělesné výchovy, jejíž součástí je i lyžování, a není tedy nezbytné, aby získávali další kvalifikaci.
- Absolvent kurzu *základní školní lyžování* (min. hodinová dotace 50 vyučovacích hodin) a *základní školní snowboarding* (50 vyučovacích hodin), *doškolovací kurz základního školního lyžování* a *doškolovací kurz základního školního snowboardingu*.

- Absolvent kurzu *instruktor lyžování / snowboardingu* v rozsahu 150 hodin. Jedná se o akreditovanou kvalifikaci, která držitele opravňuje žádat také o živnostenské oprávnění k provozování lyžařské školy.
- V případě asistence u žáka se SVP potom: konzultant APA, absolvent Mgr. Studia oboru APA/ATV FTK UP v Olomouci nebo FTVS UK v Praze, držitel licence základního lyžování žáků s tělesným/zrakovým postižením, držitel licence instruktor sjezdového lyžování osob se speciálními potřebami.

Zdravotník: dle metodického pokynu MŠMT je nutná účast zdravotníka při počtu více než 30 žáků do 15 let. V opačném případě se vychází z povinnosti zajistit lékařské zařízení v dosahu s provozem 24 hodin denně.

Odbornou způsobilost k výkonu zdravotníka definuje zákon č. 258/2000 Sb., zákon o ochraně veřejného zdraví §11 odst. 1 a), konkrétně:

„... fyzická osoba, která získala způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře, všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotnického záchranáře nebo zdravotnického asistenta, fyzická osoba, která absolvovala kurs první pomoci se zaměřením na zdravotnickou činnost při škole v přírodě nebo zotavovací akci, a student oboru všeobecné lékařství nebo zubní lékařství po úspěšném ukončení třetího ročníku; náplň kursu první pomoci upraví prováděcí právní předpis.“

V opačném případě se vychází z povinnosti zajistit lékařské zařízení v dosahu s provozem 24 hodin denně.

Z aktuálně platných legislativních předpisů nevyplývá, že by byla v rozporu jakákoliv kumulace výše uvedených funkcí, je proto možné, aby funkci zdravotníka, instruktora a vedoucího kurzu vykonávala jedna osoba.

Počet pedagogů účastnících se lyžařského kurzu se odvíjí od počtu žáků, resp. počtu družstev. Dle Metodického pokynu MŠMT má lyžařské družstvo nejvýše 15 žáků. Vedoucí kurzu proto již v přípravné fázi předběžně zjišťuje subjektivní hodnocení aktuálních lyžařských dovedností žáků.

Pracovněprávní vztahy

Pracovněprávní vztahy v případě akcí konaných mimo zařízení školy vycházejí ze zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce. V případě zaměstnanců školy – pedagogů, vychovatelů – se vychází z jejich uzavřené pracovní smlouvy a lyžařský kurz je dle § 42 zákoníku práce chápán jako pracovní cesta, na kterou je zaměstnanec zaměstnavatelem vyslán v rámci pracovního úvazku. Je ovšem zapotřebí rozlišovat činnost, kterou pedagog na lyžařském kurzu vykonává. V případě učitele hovoříme jednak o výuce lyžování, resp. přímé pedagogické činnosti, ale také o činnostech s ní souvisejících, jako je příprava na výuku či dohled nad svěřenými žáky. Z povahy vícedenních akcí vyžadujících přímou pedagogickou činnost konaných mimo zařízení školy (školy v přírodě, lyžařské kurzy) je patrné, že pedagogové či vychovatelé působí na těchto akcích nad rámec pracovní doby sjednané v pracovní smlouvě (standardně 8–15 hod.).

Ředitel školy tak musí při plánování lyžařského kurzu brát v úvahu také soulad s platnými pracovněprávními předpisy, zejména pak s § 114 zákoníku práce upravujícím mzdu nebo náhradní volno při práci přesčas. Dále je možné s pedagogy uzavřít dle § 75 zákoníku práce dohodu o provedení práce (DPP), která ovšem musí být sjednaná na jinou pracovní činnost, než je uvedena v pracovní smlouvě dle úvazku. Pokud by s pedagogy nebyla uzavřena DPP, vzniklo by jim právo na příplatek dle odst. 1) § 114 zákoníku práce za přesčasové hodiny ve výši nejméně 25% průměrného výdělku, pokud se s ředitelem školy nedohodli na čerpání náhradního volna. V případě, že byla uzavřena DPP na činnost spojenou s dozorem nad žáky mimo dobu přímé výuky, řídí se tato činnost podmínkami a odměnou v ní uvedenou. Obdobná situace jako při práci přesčas je při práci vykonávané ve svátky a ve dny pracovního klidu. Dle § 135 zákoníku práce tak vzniká pedagogovi, který se účastnil lyžařského kurzu v době svátku, právo na náhradní volno v rozsahu práce vykonané v den svátku, nebo příplatek ve výši průměrného hodinového výdělku za každou odpracovanou hodinu ve svátek.

FÁZE LYŽAŘSKÉHO KURZU

1. Přípravná fáze

Týká se především vedoucího kurzu, který v této fázi zajišťuje a ověřuje:

- Termín kurzu po dohodě s ředitelem školy.
- Výběr lyžařského areálu s ohledem na jeho vybavenost a stálost podmiček, obtížnost sjezdových tratí, úroveň provozovaných dopravních zařízení, přítomnost základny Horské služby a další.
- Výběr ubytovacího zařízení s ohledem na termín akce a s přihlédnutím ke splnění všech hygienických a bezpečnostních předpisů.
- Zajištění autobusové dopravy.
- Tvorbu kalkulace, se kterou bude seznámen ředitel školy a následně rodiče žáků.
- Personální zajištění akce (pedagogové, externí instruktoři lyžování/snowboardingu, zdravotník), včetně pracovněprávních dokumentů a vyslání na pracovní cestu.
- Písemné informace rodičům žáků s podrobným seznámením s programem kurzu a celkovými náklady, dále předání lékařského posudku o zdravotní způsobilosti žáků k účasti na lyžařském kurzu, potvrzení o seřízení vypínacích sil vázání lyží odborným servisem.
- Poučení žáků o bezpečnosti chování (pravidla FIS) na lyžařském kurzu v souladu se školním řádem a ostatními bezpečnostními předpisy. O tomto poučení vyhotovit zápis s podpisy žáků i dalších fyzických osob, které se kurzu účastní.

- V případě účasti žáků se SVP a zdravotním oslabením/omezením zajištění vyjádření lékařů s účastí na lyžařském kurzu zahrnující možné kontraindikace. Dále se zjišťují dietologická omezení a jsou o nich informováni provozovatelé ubytovacího/stravovacího zařízení.
- Informování o možnostech zapůjčení sportovně-kompenzačních pomůcek, o zaškolení, popřípadě poskytnutí asistence (např. katedra APA, Fakulta tělesné kultury UP v Olomouci; Centrum APA při FTK). Zejména při účasti žáka s tělesným postižením a využitím monoski/biski je na místě před lyžařským kurzem informovat provozovatele ubytovacího zařízení i lyžařského areálu z důvodu připravenosti a úpravy vnějších podmínek (poučení personálu, vytvoření nástupního místa na dopravní zařízení – lyžařský vlek / lanová dráha, zprovoznění plošiny apod.
- Sestavení programu kurzu včetně výukového obsahu a denního režimu.
- Informování spádové hygienické stanice v souladu s hygienickými předpisy a informovat dětského praktického lékaře.

2. Realizační

V místě a termínu lyžařského kurzu:

- Žáci jsou seznámeni s ubytovacím a stravovacím zařízením, jeho režimem.
- Žáci jsou seznámeni s denním režimem a programem kurzu.
- Žákům je představen lékař/zdravotník, místo, kde jej lze nalézt, a ordinace – ní hodiny, pravidla pro hlášení úrazů, nemocí.
- V úvodu lyžařského kurzu jsou žáci rozděleni do družstev dle výkonnosti. Žáci bez předchozí zkušenosti s lyžováním jsou zařazeni přímo do družstva, ostatní předvedou bezpečnou jízdu dle instrukcí. V první fázi se hodnotí bezpečné ovládání lyží, v druhé potom celková souhra pohybu.
- Žáci jsou seznámeni s provozním řádem lyžařského střediska i přepravním řádem dopravních zařízení (lyžařský vlek / lanová dráha).
- Výuka v družstvech probíhá v souladu s aktuální platnou metodickou řadou dle Svazu lyžařů ČR (s výjimkou žáků s tělesným postižením na monoski/biski):

1. SJEZDOVÁ PRŮPRAVA

- **Základní** (manipulace s výzbrojí, pády, vstávání, obraty, rovnovážná cvičení, základní sjezdový postoj, skluz, jízda na vleku)
- **Specializovaná** (jízda po spádnicí, jízda šikmo svahem, odšlapování, bruslení, oblouky ke svahu, vlnovka)

2. ZÁKLADNÍ OBLOUKY

- **Přívratné oblouky** (oblouk z přívratu vyšší lyži, oblouk z rozšířené stopy)
- **Paralelní oblouky** (v základním provedení, střední, krátký)

3. OBLOUKY

- **Smýkané oblouky** (sesouvání, klouzavý brzdivý pluh, střídavé hranění při jízdě v pluhu po spádnicí, navazující činnosti)
- **Řezané oblouky** (hranění na místě, dlaně na kolena, pěsti mezi kolena, oblouk ke svahu z jízdy šikmo / po spádnicí, girlandy, oblouky zahájené na vnitřní/vnější lyži)

4. MODIFIKOVANÉ OBLOUKY

3. Závěrečná

Po návratu z lyžařského kurzu:

- Vedoucí kurzu podává písemnou zprávu o průběhu lyžařského kurzu řediteli školy.
- Pedagogové dokumentují a dokládají pracovní cestu.
- Vedoucí kurzu ve spolupráci s ekonomickým úsekem školy kontroluje údaje a správnost vystavených faktur provozovatelem ubytovacího a stravovacího zařízení, lyžařského areálu.
- Vedoucí kurzu zpracuje přehled o čerpání finančních prostředků v porovnání s prvotní kalkulací. O zbylých finančních prostředcích informuje rodiče žáků, stejně tak v případě zájmu poskytne rodičům k nahlédnutí veškeré účetní doklady.

SPECIFIKA INKLUZIVNÍCH LYŽAŘSKÝCH KURZŮ

Dle údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ) navštívilo v roce 2018 české základní školy 95 tisíc žáků se zdravotním postižením z celkového počtu 108 tisíc žáků do 15 let. V běžných třídách přitom bylo vzděláváno 76.037 (74,6%) žáků. Při účasti žáků se zdravotním postižením na lyžařském kurzu je nutno brát v úvahu především faktor změny prostředí, který se odráží zejména v oblasti mobility, komunikace, ale také značně ovlivňuje emoční stránku osobnosti.

Žák s tělesným postižením

Jak uvádí Ješina a Kudláček (2011), ve školním prostředí se nejčastěji setkáváme s diagnózou dětské mozkové obrny (DMO), rozštěpem páteře (spina bifida), pourazovými stavy páteře, progresivní svalovou dystrofií (myopatie), s amputacemi, různými vývojovými vadami a dalšími. „Obrny se týkají centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti a dělí se na parézy (částečné ochrnutí) a plegie (úplné ochrnutí)” (Valenta a kol., 2014, s. 108). Dále Valenta a kol. (2014) uvádí konkrétní formy: spastickou (diplegie/diparéza, kvadruplegie/kvadruparéza a hemiplegie/hemiparéza), dyskinetické (atetóza, dystonie, ataxie) a jiné formy.

Z hlediska sjezdového, ale i běžeckého lyžování je klíčové, zda se jedná o sedícího nebo stojícího lyžaře. Z tohoto základního poznatku vycházíme také při zajišťování kompenzačních pomůcek. Zejména v případě sedících lyžařů pak volíme na základě rozsahu tělesného postižení mezi monoski nebo biski.

Monoski je sportovně-kompenzační pomůcka – lyžařská výzbroj umožňující lyžaři samostatnou jízdu (včetně jízdy na lyžařském vleku / lanové dráze) a plnohodnotné zařazení mezi lyžující veřejnost. Samotná technika jízdy pak spočívá v přenášení impulzů na lyži a koordinaci rovnováhy v jednotlivých fázích oblouku pomocí stabilizátorů.

Biski poskytuje díky nízko položenému těžišti dostatečnou stabilitu osobám s větším rozsahem tělesného postižení. Nenajdeme zde systém odpružení pomocí tlumiče jako u monoski. Dalším rozdílem jsou také krátké lyže nízké tuhosti s velkým vykrojením, které jsou ovládány pomocí systému paralelního naklápění. Asistence instruktora probíhá buďto pomocí jisticího lana, nebo přídavného madla.

Pokud rozsah tělesného postižení umožňuje žákovi jízdu na lyžích, vycházíme vždy z aktuální úrovně lyžařských dovedností, kterou zjistíme stejně jako u všech žáků absolvováním metodické řady.

Zásady výuky lyžování žáka s tělesným postižením

Sedící lyžař na monoski/biski má k dispozici vlastního instruktora. Výuka probíhá individuálně dle metodiky jízdy na monoski, byť je z hlediska sociálních vztahů v kolektivu třídy velmi přínosné, pokud se v průběhu kurzu dvojice žák-instruktor přiřadí k některému z družstev.

Stojící lyžař dle rozsahu tělesného postižení nemusí mít individuálního instruktora, můžeme zde při dopomoci využít peer tutoringů spolužáka a všeobecnou přípravu lze modifikovat do cvičení ve dvojicích (zejména při manipulaci s výzbrojí a při cvičeních na místě). Důraz by měl být kladen především na rovnovážná cvičení, která nám u žáka odhalí limity jednotlivých segmentů těla způsobené svalovou dysbalancí nebo sníženou svalovou silou. Například pravostranná hemiparéza se projeví v nedostatečném odlehčení/zatížení pravé lyže, což ovlivní



Obrázek 44: QR kód publikace zabývající se lyžováním na monoski (Kvasnička, 2012)

nejen udržení směru rovné jízdy vpřed, usazení těžiště, ale také levý oblouk v pluhu – oboustranném přívratu.

Při specializované sjezdové průpravě se zaměřujeme především na kompenzaci limitů plynoucích z rozsahu tělesného postižení.

Poznámka na okraj: Při ztrátě rovnováhy v jednotlivých fázích pohybu poskytujeme pomoc-podporu. Využít přitom můžeme hned několik pomůcek standardně používaných při výuce lyžování v podobě pěnových nudlí-žížal, pěnových volantů nebo plaveckých destiček. Z hlediska bezpečnosti nejsou jako pomůcky dopomoci či jinak didakticky orientované pomůcky vhodné sjezdové hole.

Žák se zrakovým postižením

Zrakem přijímáme dle Janečky a Bláhy (2013) více než 90 % informací, zrak „táhne“ a motivuje aktivitu. Výpadek či omezení zrakového analyzátoru je značnou překážkou při osvojování pohybových aktivit a dovedností obecně. Základními otázkami, od kterých se činnost pedagoga bude odvíjet, jsou potom etiologie vzniku zrakového postižení (zda zraková vada vznikla vrozeně, či získaně v průběhu života a zda již došlo k osvojení základních pohybových vzorců) a rozsah zrakové vady (zda se jedná kupříkladu o žáka se sníženou zrakovou ostrostí, nebo žáka nevidomého).

Pro praktickou představu v souvislosti s výukou lyžování uvádíme sportovně-funkční členění IBSA (Mezinárodní organizace sportu zrakově postižených).

- B1** – úplná slepota, neschopnost rozeznávat objekty ani kontury z jakékoliv vzdálenosti, bez světlocitu až světlocit.
- B2** – schopnost rozeznávat předměty nebo kontury, zraková ostrost do vizu 2/60 s horní hranicí zrakového pole do 5°
- B3** – zraková ostrost 2/60 až 6/60 nebo omezení zrakového pole v rozmezí 5–20°.

Zásady výuky lyžování u osob se zrakovým postižením

Žák nevidomý (B1), začátečník – u žáka nevidomého je z hlediska motorického učení nutné vytvořit prvotní představu o pohybu. Zásadním nosičem informací je dle Janečky a Bláhy (2013) verbální komunikace, jejímž prostřednictvím popisujeme pohybovou činnost, zadáváme konkrétní pohybové úkoly, vymezujeme prostor, motivujeme a v neposlední řadě také hodnotíme. Na lyžařském kurzu se nevidomý žák pohybuje v neznámém prostředí, které bychom mohli rozdělit na kategorie:

- ubytovací zařízení,
- lyžařský svah,
- zázemí lyžařského svahu.

O každém prostoru si nevidomý žák musí udělat představu, na základě námi zprostředkovaných informací. Zejména první dny lyžařského kurzu jsou z hledis-

ka množství informací a probíhající adaptace na nové prostředí velmi náročné a můžeme u žáka pozorovat značnou únavu, případně i apatii. Proto se zejména v prvních dnech kurzu zaměříme na základní, hrubé informace o velikosti prostoru, možných překážkách, hledání vodicích linií. Tyto základní informace průběhu dále rozvíjíme o další charakteristiku prostředí.

Při výuce individuální přístup 1:1 instruktor (vodič) – žák. Slovní instrukce doplňujeme taktile především v úvodu metodické řady při manipulaci s výzbrojí. Žák hmatem poznává lyžařské boty, učí se zapínat jednotlivé přezky, u lyží učíme rozlišit špičku/patku lyže, mechanismus vázání, pokládání/nošení lyží atd. Neopomenutelným cílem výuky lyžování je také snaha o co nejvyšší míru samostatnosti žáka, k čemuž nesporně patří dovednost přípravy na pohybovou aktivitu v podobě obutí lyžařských bot, přichystání lyží, nasazení lyží, nasazení sjezdových holí.

Při cvičení na místě i v pohybu na rovině poskytujeme neustálou pomoc s podporou. Výpadek zrakového analyzátoru se projevuje také v celkové postuře, což může mít za následek omezení práce s těžištěm těla a v rovnovážných polohách. Klíčový je především pocit skluzu, vnímání těla v pohybu a rychlosti.

Metodická řada výuky sjezdového lyžování se neliší co do systematiky, jednotlivé prvky ovšem žák provádí v kontaktu s instruktorem-vodičem, konkrétně například:

- jízda v tandemu za sebou, kdy instruktor-vodič jede první a nevidomý žák se drží jeho lyžařských holí
- jízda vedle sebe, kdy instruktor-vodič i žák jedou opět na holích
- jízda za ruce, instruktor couvá, drží žáka za ruce. Výhodou je přímá verbální komunikace při jízdě / pohybu tváří v tvář.

Kromě lyžařských holí je možno využít i další didaktické pomůcky jako pěnové nudle-žízaly, pěnové volanty nebo plavecké destičky.

Žák B2, B3, začátečník – z hlediska verbální komunikace postupujeme obdobně jako u žáka s úrovní B1, ale dle individuálních zrakových možností není verbální doprovod v takovém rozsahu. Při dodržení základních podmínek je instruktorem-vodičem umožněno také imitační učení v rozsahu zrakového postižení žáka. Při výuce lyžování a pobytu na lyžařském svahu je nutno brát zřetel na světelné podmínky. Zatímco jednomu žákovi vyhovuje slunečné počasí z hlediska viditelnosti a rozeznávání objektů, na zrak druhého může působit dráždivě a rozostřit vidění. V tomto ohledu je nezbytná průběžná komunikace s žákem.

Lyžování a bezpečnost žáků se zrakovým postižením

Ačkoliv bezpečnost je při jakékoliv školní akci na prvním místě a úkolem pedagoga je jakémukoliv nebezpečí předcházet, u žáků se zrakovým postižením to platí dvojnásob:

Reflexní vesty: při pohybu na lyžařském svahu je žádoucí označit žáka i instruktora-vodiče reflexní vestou s příslušnými piktogramy. Pro ostatní lyžaře musí být zřejmé, že tato dvojice tvoří ve skutečnosti jeden nerozdělitelný celek a musí jim poskytnout dostatečný prostor pro případ reakce na změnu okolních podmínek, ztrátu orientace atd. a předejít případné kolizi.

Kontraindikace: hlavními kontraindikacemi uváděnými lékaři v doporučení k pohybovým aktivitám žáků se zrakovým postižením jsou především pády, otřesy hlavy. Těmto kontraindikacím je nutno věnovat pozornost v přípravné fázi kurzu a při výuce se snažit toto eliminovat (výběr vhodného prostoru, úroveň a obtížnost sjezdové tratě, dopomoc při manipulaci s lyžařskou výzbrojí apod.)

Žák se sluchovým postižením

Rozsah sluchového postižení zásadním způsobem ovlivňuje komunikační schopnosti, které jsou základem nejen fungování mezilidských vztahů, ale také obecně výchovy a vzdělávání.

Komunikace se žákem se sluchovým postižením není pouze záležitostí znakové řeči, ale také dalších komunikačních prostředků a kanálů v podobě artikulované řeči, mimiky, gest, imitací činností, názorných ukázek. Tyto komunikační kanály se uplatňují především v třídním kolektivu nebo v dalších skupinách, se kterými je žák v interakci. Základem pro efektivní komunikaci je připravenost všech zúčastněných. Pedagog, instruktor si musí ještě před lyžařským kurzem připravit plán jednotlivých výstupů v rámci metodické řady s důrazem na klíčové pohybové dovednosti, které musí být schopni přenést na žáka, ať už v podobě znaku, předvedení, popisu, obrázku. Žák se sluchovým postižením musí být seznámen s tím, jak bude výuka probíhat (bude součástí družstva, bude probíhat individuálně). Velmi dobrou variantou je umístit žáka se sluchovým postižením do družstva, kde jsou jeho blízcí slyšící spolužáci, a ty potom do komunikace zahrnout.

Klíčové je především dohodnout s žákem signály či znaky pro základní dorozumívání a především bezpečný pohyb (jedť, zastav, doprava, doleva, pomalu, počkej, nahore, dole atd.)

Sluchové postižení se kromě oblasti komunikace promítá do pohybové aktivity také v kvalitativní složce. Panská (2013) zmiňuje také poruchy rovnováhy v souvislosti s poruchami sluchu. Upozorňuje kupříkladu na závratě, které charakterizuje jako subjektivní pocit poruchy rovnováhy, doprovázený objektivní poruchou souhry postavení a pohybu v prostoru (úchyly a pády), vegetativními příznaky (nauzea, zvracení, změny tepové frekvence) a případně úzkostí.

Ješina a Kudláček (2011) uvádějí výčet činitelů, kteří mohou významným způsobem ovlivnit průběh vyučovací jednotky, tedy i výuku lyžování:

- přiměřená artikulace pedagoga
- zrakový kontakt
- intenzita světla a jeho směr
- konverzační vzdálenost

- zraková kontrola v průběhu pohybových činností
- využití vizuálních pomůcek (obrázky, videa, ukázky)
- příprava ostatních žáků (způsob komunikace)

Žák s mentálním postižením

U žáků s mentálním postižením nebývá v důsledku postižení primárně zasažena motorická oblast. Specifika tak nevidíme v kvalitě provedení výsledného pohybu, nýbrž v procesu motorického učení, který mu předchází. Z tohoto důvodu je nutné klást důraz na zásady výuky, zejména na tyto:

Zásada názornosti:

- Předkládáme informace takovým způsobem, který vyžaduje zapojení co možná největšího počtu smyslů.
- Abstraktní výrazy co možná nejvíce konkretizujeme (využijeme nejrůznější pomůcky).

Zásada přiměřenosti:

- Její význam stoupá společně se stupněm mentálního postižení.
- Stěžejním prvkem je hra, která má motivační charakter a umožňuje lepší udržení pozornosti a uvědomění si prováděné pohybové aktivity.

Zásada soustavnosti:

- Přijímání informací v ucelené podobě.

Zásada trvalosti:

- Maximální snaha o uchování naučeného.

Další oblastí, na kterou by se měl pedagog při výuce lyžování zaměřit, je oblast komunikace. Zvláště u žáků s mentálním postižením bez dosavadní zkušenosti s lyžováním a také působením faktoru zimního prostředí je při seznamování s touto pohybovou aktivitou emoční stránka osobnosti značně v popředí. Je proto více než na místě zaměřit se na obsah i formu sdělovaných informací, zejména pak bezpečnostních pokynů.

Zásady pro efektivní komunikaci s žákem s mentálním postižením:

1. Udržujte oční kontakt.
2. Používejte jednoduchou řeč.
3. Mluvte pomalu.
4. Doprovázejte svou řeč mimikou a řečí těla.
5. Ověřujte si, zda vám žák rozumí. Pokládejte ujišťující otázky.
6. Pamatujte, že žáci s mentálním postižením jsou zpravidla velmi sugestibilní.

4.4.3

Atletika



„Vydržte, dotáhnete věci do konce. Olympijským vítězem se také nestane běžec po prvním metru, ale až na cílové pásce.“ Asafa Powell

Eva Kacanu

Atletika (z řeckého slova *áthleon*) tvoří základní pohybové vlastnosti člověka, tj. běh, chůze, skoky, vrhy a hody, a její výhodou je měřitelnost a srovnatelnost výkonů všech zúčastněných. Atletika je sport, který lze provozovat celoročně, a to na sportovišti v přírodě a také v hale. Výhodou je, že na realizaci základních disciplín nepotřebujeme nákladné zařízení a vybavení. Atletika se zaměřuje na rychlost, vytrvalost, koordinaci, spolupráci. Atletika je velmi vhodná pro zapojení žáků se SVP, jelikož jednotlivé disciplíny to umožňují, i když v některých případech je potřebná modifikace, popřípadě úprava podle potřeb jednotlivce. Přínosem zapojení všech je, že se žáci učí vzájemnému respektu, toleranci, spolupráci, ocenění.

Při atletických činnostech na ZŠ si žáci osvojují nebo zdokonalují: techniku běhu, rychlý běh (60 m a 100 m), vytrvalý běh (1500 m a 3000 m), běh v terénu (až do 20 minut), štafetový běh, překážkový běh, skok do dálky z optimálního rozběhu, skok do výšky; při vhodných podmínkách hod míčkem z rozběhu, vrh koulí (3 kg, 4 kg, 5 kg) (Vindušková, Kaplan, & Metelková, 1998).

Rozehřátí

Rozehřátí by mělo proběhnout vždy na úvod hodiny. Je vhodné začít s nízkou intenzitou a postupně ji zvyšovat. Výsledkem by mělo být zrychlení srdečního rytmu, rozproudění krve a rozpohybování svalů. Vhodný je např. poklus na místě.

Modifikace pro žáka TP: rychlé rozjezdy na vozíku na krátkou vzdálenost; pokud používá kompenzační pomůcky – berle, chodítko atp. – rychlá chůze. Pokud není žák schopen se zapojit, tak může vsedě dělat předklony, kdy má obě ruce natažené a začíná ze vzpažení nad hlavou a jde do rychlého předklonu a dotkne se podle svých možností země, špiček bot, koleček atp.

Protaháním neboli strečinkem se připravíte na následující sportovní aktivitu. Strečink slouží jako **prevence zranění** a bolestí svalů či kloubů. Provádíme pomalé protahovací cviky s využitím velkého rozsahu v kloubech. Vždy je nutné začínat od hlavy, **protahování nejčastěji koordinujeme s výdechem, který snižuje svalové napětí**, protahování by nemělo být trhavé a příliš rychlé. Při protahování bychom měli dbát na to, aby probíhalo v optimální teplotě a nedošlo k vychladnutí žáka.

Pohybové aktivity

CHŮZE

Vychází ze vzájemného působení jednotlivých částí těla a správného postoje. U žáků s tělesným postižením ze správného sedu. Pro správný vzpřímený posed je nutné, aby držel rovná záda, nezakulacoval je. Ramena jsou spuštěna dolů, vzad. Hlava je vzpřímená, následně zapojí ruce jako při chůzi, kdy se střídají ruce v pravidelných intervalech. Při chůzi je nutné koordinovat pohyb s dolními končetinami: pravá ruka – levá noha, levá ruka – pravá noha. Lze doplnit chůzi o skipping. Jedná se o dynamický pohyb, kdy se zapojí kolena, která je potřeba dostat co nejvýše, nejlépe tak, aby stehno bylo ve vodorovné poloze. Hlavním požadavkem u tohoto cviku je dynamika. U všech cviků je třeba se zaměřit na držení horní části těla, která by se neměla dostat do záklonu, ale spíše do mírného předklonu.

BĚH

Jedná se o základní lokomoční pohyb. Správná běžecká technika je důležitá pro ostatní aktivity.

Žáky s tělesným postižením lze zapojit podle schopností a možností jedince, a to při využití pomůcek, jako je sportovní vozík. Lze používat i běžný vozík nebo racerunning (vhodný hlavně pro žáky s DMO nebo s problémem stability) – stabilní běžecký rám, který se skládá z rámu tříkolky se sedlem a opěrkou hrudníku, ale bez řetězu nebo pedálů.

V případě, že žák není schopen se zapojit ani s pomůckami, necháme ho, aby jednotlivý úsek šel, a to na maximum svých možností. Jako motivaci pro maximální zapojení lze použít měření času, přičemž si to v další hodině zopakujeme a opět měříme čas a tím motivujeme žáka ve snaze překonávat sama sebe. Žáka s těžkým zrakovým postižením zapojujeme pomocí spolužáka nebo asistenta (běhá ve dvojicích), kdy se drží za ruce; popřípadě, aby nedocházelo k tomu, že je tahán za ruku, tak je vhodné využít spojovací provázek. Doprovázejícího poučíme, že nesmí za sebou žáka táhnout. Vhodné je vyzkoušet si výměnu rolí, a to tak, že naplánujeme, aby si žáci do hodiny donesli šátky a běhali ve dvojicích s tím, že jeden z nich bude mít zavázané oči a druhý je vodič. Tato aktivita podporuje spolupráci, nácvik koordinace a také vzájemné naslouchání.

Štafety

Využíváme stejný postup jako při běhu. Pokud máme ve třídě žáka na vozíku, který by obtížně používal štafetový kolík, lze aktivitu modifikovat tak, že se bude štafeta předávat dotykem na levé nebo pravé rameno.

Překážky

Pomůcky: lavičky, žíněnky, kužele, obruče.

Popis: Překážková dráha cca 20–30 m; dráha bude sestavena z laviček, žíněnek, kuželů, obručí atp.

Modifikace pro TP: místo přeskokování či přelézání žák objíždí dané překážky nebo obchází co nejrychleji podle svých fyzických schopností.

Modifikace pro zrakově postižené: nutné běžet ve dvojicích, kdy vidící žák upozorňuje a naviguje. Tempo je nutné přizpůsobit tak, aby vodič za sebou spolužáka netáhl.

HODY, VRHY

Hod kriketovým míčkem – používá se běžně dostupný kriketový míček. V případech, kdy má žák velký problém s úchopem, je vhodné použít míček, který udrží. Při dobré stabilitě žák s TP hází vestoje, pokud žák nemá dobrou stabilitu, hází vsedě na vozíku, popřípadě na židli. I zde je však třeba dohlédnout na správný posed a také na správné použití ruky při technice hodu s přihlédnutím k fyzickým schopnostem jednotlivce. Stejný postup lze použít i při hodu raketkou, oštěpem, granátem.

Vrh koulí – podle věku žáka použijeme 3–5 kilogramovou kouli. Při dobré stabilitě žák s TP vrhá vestoje, pokud žák nemá dobrou stabilitu, vrhá vsedě, na vozíku, popřípadě na židli. Při nácvičku vrhu v sedu je třeba se zaměřit na správné sezení a také na techniku, aby to byl vrh, nikoliv hod. Pokud žák nemá dobrou stabilitu, je vhodné doporučit, aby si pořídil pás na suchý zip, který bude použit k bezpečnostnímu upoutání v pase. Toto umožní maximální zapojení při vrhu. Hodinu lze udělat zajímavou tím, že si žáci vyzkouší hody a vrhy vestoje, zapíší si výkon a pak si vyzkouší to samé vsedě, kde velmi důsledně dohlédneme na to, aby nepoužívali nohy. Na závěr si porovnávají výkony, které jsou vždy rozdílné.

Odhody

Pomůcky: basketbalový míč nebo medicinbal do 2 kg.

Popis: Odhod obouřč vzad přes hlavu. Žák stojí čelem do směru hodu v paralelním postavení nohou (popř. jednou nohou ve vykročení), druhý je v sedu a medicinbal chytá do vzpažení, paže má pokrčené a odhazuje medicinbal přes hlavu vpřed. Při odhodu dochází k prohnutí trupu, které je průpravou pro správné provedení „oštěpařského luku“. Pokud by bylo chytání medicinbalu pro žáka náročné, může jej nechávat spadnout na zem a chytit až po odrazu ze země.

Modifikace: žák s TP provádí odhody vsedě obkročmo na lavičce nebo na vozíku – nutno vždy zajistit stabilitu. Žáku se zrakovým postižením je potřeba vždy vložit míč nebo medicinbal do rukou a slovně ho nasměrovat.

Pomůcky: basketbalový míč nebo medicinbal do 2 kg.

Popis: odhod obouruč trčením od prsou. Žák stojí čelem do směru hodu ve vykročení, druhý žák je v sedu a oba chytají medicinbal obouruč před hrudníkem (paže jsou pokrčené, lokty směřují ven). Žák odhazuje medicinbal trčením paží od prsou. Žák v sedu eliminuje práci dolních končetin a soustředí se pouze na odhod medicinbalu.

Modifikace: žák s TP provádí odhody vsedě obkročmo na lavičce nebo na vozíku – nutno vždy zajistit stabilitu. Žáku se zrakovým postižením je potřeba vždy vložit míč nebo medicinbal do rukou a slovně ho nasměrovat.

SKOKY

Pomůcky: měkká podložka (např. žíněnka, koberec, pískoviště, doskočiště)

Popis: Skok do dálky z místa. Ze stoje snožmo od odrazové čáry, bez přešlapu. Hodnotí se poslední stopa jakékoliv části těla po dopadu. Žák má 3 pokusy, ocení se nejlepší pokus.

Modifikace pro žáky s TP: hodnotí se vzdálenost, kterou jezdec na vozíku urazí na jeden záběr z klidového postavení. Zrakově postiženého žáka je nutné postavit na odrazové prkno, nasměrovat pomocí rukou žáka, které si spojí natažené ve výši prsou a nasměruje před sebe; poté skočí.

ATLETICKÉ HRY A DROBNÉ SOUTĚŽE

Cílem takových her je většinou zvýšit úroveň pohybových schopností, jako jsou vytrvalost nebo rychlost, či dovednosti typu házení na přesnost, ale i pro atletiku nezbytná spolupráce, koordinace souhry „ruka-oko“.

„Rychlý terč“

Pomůcky: tenisáky nebo jiné míčky

Popis hry: Rozdělíme žáky do družstev a vyznačíme běžeckou trasu (okruh v délce 50–300 m) a trestné kolečko (cca 50 m). V cíli vybereme místo, které bude představovat terč, a připravíme si míčky. Závod se běží jako štafeta. Na povel odstartují první, oběhnou co nejrychleji vyznačený okruh a po doběhu střílí na terč. Každý má 5 ran. Za každou chybu ve střelbě musí běžec oběhnout trestné kolečko. Poté, co doběhne (či dojde), může předat pomyslný kolík dalšímu členovi své štafety. Vyhrává štafeta, která je v cíli první.

Modifikace: žák TP jede na vozíku; pokud ho má k dispozici zvládne to sám, pokud ne, jedou ve dvojicích, (všechny týmy). Hody – pokud je ve třídě dítě, který má postižené horní končetiny, je potřeba zvolit vhodný míček, např. měkký apod. Všichni hází vsedě. Pokud je ve třídě žák, kterému tělesné postižení neumožní běhat, zvolí si zástupce, ale je zapojen při hodech.

Úprava pro zrakově postižené: běh ve dvojicích, hody – pedagog nebo spolužák slovně naviguje.

„Trefovaná“

Pomůcky: lavičky, bedna, pěnové míčky, žíněnky

Popis hry: Soutěží se individuálně nebo dvě družstva proti sobě. Soutěžící se snaží vhodit pěnové míče do otevřené švédské bedny z prostoru, který je vymezen lavičkami. Při nezdaru při střelbě je možné si dojit pro míč. Je třeba se však po neúspěšném hodu vrátit na určené místo. Soutěž dvou družstev – útočící a bránící. Útočící se snaží během jedné minuty trefit míč pomocí přihrávek do otevřené bedny. Bránící se snaží pohybem po žíněnkách úspěšnému hodu do bedny zabránit. Po vypršení limitu si své úlohy vymění.

Modifikace pro TP: všichni sedí na lavičce nebo na zemi a hází nebo brání.

Modifikace pro zrakově postižené: pedagog nebo spolužák slovně naviguje.

„Semafor“

Pomůcky: barevné kartičky – zelená, oranžová, červená (barva pouze na jedné straně)

Popis hry: Hráči se rozdělí do několika skupin (minimálně po 4 hráčích). Pedagog vytyčí trasu (podle věku žáků, vhodná je kolem 20 m). Na začátek se postaví hráči a na konec položí pedagog kartičky s barvami, které jsou na semaforu. Počítáme tak se 4 kartičkami od každé barvy na skupinu. Kartičky dobře promícháme. První hráči běží ke kartičkám, jednu si vylosují. Mají-li zelenou, běží hned zpátky. Na oranžovou udělají např 2 dřepy (a na červenou 5 dřepů). Soutěží se o to, která skupina jako první vystřídá všechny své členy.

Modifikace: žák s tělesným postižením jede na vozíku, popřípadě běží ve dvojicích, jako trestná cvičení má otočky na vozíku, předklony, jízdu pozadu.

Modifikace pro zrakově postižené: běh ve dvojicích – pedagog nebo spolužák slovně naviguje.

„Nácvik rychlosti“

Pomůcky: drobné předměty – míček, šátek, papírová koule, zátka od PET lahví...

Popis hry: žáci stojí na čáře vedle sebe, za zády mají jednu ruku, dívají se vpřed, učitel prochází za jejich zády a jednomu z nich vloží do ruky nějaký předmět (míček, šátek, kroužek...). Kontaktovaný žák chvíli vyčká a pak vyrazí k cílové metě, ostatní se snaží zachytit jeho start a snaží se ho předběhnout. Komu se podaří běžce předběhnout, ten získává bod. Hra může být omezena časem nebo počtem dosažených bodů nejlepšího hráče.

Modifikace pro TP: jede na vozíku, běží ve dvojicích, popřípadě všichni sedí na zemi a musí se pohybovat po zemi pouze pomocí rukou tak, že jsou obě končetiny natažené a mají neustálý kontakt se zemí.

„Seber kartu“

Pomůcky: barevné kužele, větší karty s čísly 1–9, malé kartičky s čísly 1–9, obálky

Popis hry: Do prostoru rozmístíme barevné kužele, u kterých budou položeny očíslované karty 1–9 (snažíme se čísla namíchat, aby nebyla po sobě). Každé dítě obdrží svoji obálku, ve které bude pošta – malé kartičky s čísly 1–9. Úkolem pošťáka je roznést co nejrychleji jednotlivá čísla do správných schránek (kuželů). Pošťák smí běžet vždy jen s jedním číslem. Vyhrává ten pošťák, který má jako první prázdnou obálku.

Modifikace pro TP: žák s tělesným postižením jede na vozíku, běží ve dvojicích, popřípadě všichni sedí na zemi a musí se pohybovat pouze pomocí rukou – šoupu se. Úprava pro zrakově postižené: běh ve dvojicích – pedagog nebo spolužák naviguje.

4.4.4

Hudební a tanečně orientované aktivity

„Důležitější je, jaký jsi člověk, než jaký jsi tanečník.“

Marcia Haydee



Klára Botková

Hudebně pohybové aktivity jsou do RVP začleněny do dvou oblastí, a to Člověk a umění (hudební výchova) a Člověk a zdraví (tělesná výchova).

Mají za cíl rozvíjet fantazii, představivost a tvořivost žáků. Tyto aktivity umožňují uplatnit individualitu žáka a dávají prostor pro jeho kreativitu a aktivizaci. Pohyb v kombinaci s hudbou se tedy stává pro žáky aktivizujícím prostředkem a probouzí touhu po vlastní tvořivosti. Hudebně pohybové činnosti dávají možnost žákům vyzkoušet si pohybovou improvizaci a poskytují dětem příležitost vyjádřit své vnitřní pocity, ladění, náladu (Knopová, 2005).

Tělesným pohybem se spojují sensorické a pohybové schopnosti a u žáků se tak rozvíjí pohybová inteligence, smysl pro orientaci v prostoru a pohybová paměť. Díky hudebně pohybovým činnostem si žáci osvojují základní taneční kroky a pohybové prvky, vytvářejí si pohybové návyky a opakovaným cvičením pohybových schémat si tyto návyky mění v pohybové dovednosti. Žák rozvíjí koordinaci částí těla.

Dalším smyslem hudebně pohybových činností je vzbuzování radosti z pohybu. Hudebně pohybové aktivity slouží k vybití tělesné energie žáků a jsou součástí

tělesné a duševní hygieny. V psychoterapeutických ústavech je právě hudebně pohybová výchova účinným prostředkem k obnově duševní rovnováhy a zdraví. (Sedlák, 1984, s. 128)

Hudebně pohybové aktivity podporují rozvoj smyslového vnímání tím, že se žák naučí vnímat prostor, ve kterém se pohybuje, ostatní osoby v tomto prostoru, upevní si orientaci vpravo, vlevo, vpřed, vzad, nahoru, dolů, do kruhu, do řady, do středu apod. Zrakové vnímání je dále rozvíjeno při nácvičce nových figur (učení nápodobou). Rozvoj sluchového vnímání je zásadní, žák se učí vnímat hudbu, rytmus, melodii, tempo, rozeznávat tóny a jejich délku, výšku, barvu. Obsahem hudebně pohybových činností je ztvárňování hudby a reagování na ni pomocí pohybu, tance a gest.

Tanec

„Taneční a pohybová výchova vede žáky od spontánního pohybu k vědomému používání těla, ke kultivování zdraví prospěšného pohybu. Tanec rozvíjí tvořivost, citlivost i citovost, tělesnou inteligenci, harmonizuje tělesný vývoj, učí vnímavosti vůči prostředí, rozvíjí sociální inteligenci a navozuje kladný vztah k fyzické námaze a práci těla. Pomáhá vychovávat kultivovanou osobnost a posilovat vědomí o podstatě tance a jeho nezastupitelném místě v umění, kultuře a životě společnosti.“ (Lössl, 2008, s. 30)

„Taneční a pohybová výchova nezahrnuje úzce účelové činnosti zaměřené na dosažení taneční techniky a výsledných pohybových tvarů. Nezaměřuje se na prvenství, rychlost, výsledek, úspěch, ale nabízí soustředění, sebepoznávání, úcty k druhým, radost a potřebu pečovat o společně sdílený prostor. Je chápána jako tvůrčí umělecká činnost, která je prostředkem ke znovobjevování těla, jeho možností a citlivosti, k sebepoznávání a rozvíjení vyjadřovacích schopností neverbálním způsobem, současně podněcuje k samostatné tvůrčí činnosti.“ (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2010)

Balaš (2003) uvádí jako základní prvek tance rytmus. Dále zmiňuje, že rytmus může být směřován, a proto nemusí vždy tančit celé tělo, ale třeba jen některé jeho části, např. ruce, hlava, trup apod. Rytmus se neprojevuje pouze v tanci, ale také v hudbě, a proto je považován za pojítko tanečního umění s uměním hudebním, která se navzájem ovlivňují.

Rozdělení tanců není vždy jednoznačné. Balaš (2003) rozděluje tance z hlediska smyslu na obřadní, jevištní a společenské. Jako další uvádí zábavné tance, které se rozšířily na začátku 20. století v Americe i v Evropě. Dělí tance i podle účelu, a to na zábavně-společenské tance, kurzy tanců, taneční sport, soutěžně-zábavnou taneční činnost, sportovní taneční činnost a jevištní tanec. Zajímavou oblastí jsou kurzy tanců, které mají v České republice dlouholetou tradici. Výuka se týká tanců standardních, latinskoamerických, jazzových i kolových. Součástí tanečních škol, jež tyto kurzy pořádají, mohou být i taneční kluby, které se zaměřují na amatérský soutěžní společenský tanec.

Lidový tanec

Krapková a Šopková (1991) uvádějí, že pro tanec lidový jsou typické poskoky a točení, jejichž dynamiku ovlivňuje příznačný národní charakter.

Klasický tanec

Klasický tanec je někdy označován jako tanec scénický.

Zajímavostí je, že baletní umění vychází z lidového tance. Převzalo především bohaté výrazové prostředky, které využilo k vyjádření náročné životní situace a děje. Balet si vytvořil i své specifické formy výrazových prostředků. Za základní považujeme pózu, při které se výrazně stylizují přirozené pohyby lidského těla, jež můžeme provádět prudce, pomalu i přirozeně. Pokud je kompozice vedena s citem pro hudbu a zvládnuta po technické stránce dokonale, mění se v taneční gesto, které je schopné vyjádřit děj, city i prožitky člověka (Tarasov, 1983).

Moderní a jazzový tanec

Moderním tancem jsou všechny projevy tance uměleckého. Začal se vyvíjet na začátku 20. století a jeho projevy byly různorodé. Vznikl z potřeby komunikovat s divákem. Snažil se o vyjádření krásy, lehkosti, dokonalosti pohybu a chtěl přimět diváka prožívat tanec. Jazzový tanec se na počátku 20. století dostával do Evropy v podobě zábavných společenských tanců, ale také tanců revuálních a muzikálových. Mezi jazzové tance patří:

- blues;
- charleston – charakteristické je rychlé tempo a hudební synkopa (Balaš, 2003);
- swing – základem je houpání a švih, někdy jsou ke swingovým tancům řazeny
- boogie-woogie a rock-and-roll;
- twist – kde je typickým znakem rotace kyčlí;
- soul – vychází z černošského blues a spirituálu (Balaš, 2003).

HUDEBNĚ A TANEČNĚ ORIENTOVANÉ AKTIVITY PRO ŽÁKY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Postižení zrakových funkcí

Jedná se o postižení funkcí oka. Má tři stupně, hovoříme tak o narušení, omezení nebo úplném chybění prostorového vidění, schopnosti určit místo či polohu svého těla, procesu při koordinaci pohybu oka a ruky, analýzy a syntézy. Při pohybu po tanečním prostoru tak můžeme využívat světla nebo například oken, která nám mohou být nápomocna při orientaci v místnosti.

Při tanci je podstatné využívat kompenzační činitele. Předpokládáme, že osoba se zrakovým postižením procvičuje především svou paměť a schopnost soustředění. Jedinec si musí jednak pamatovat posloupnost kroků, ale také se koncentrovat na správnost pohybu. Mezi nejběžnější pracovní pozice pro osoby se

zrakovým postižením řadíme masérství a učitelství hudby. (Růžičková in Finková, Růžičková, & Stejskalová, 2009).

V této oblasti nepředpokládáme, že by došlo v rámci tance k nějakému pracovnímu uplatnění. Osoby se zrakovým postižením mohou díky tanci alespoň vyplnit svůj volný čas a zvyšovat tak fyzickou kondici.

Podle Mückové (2013) je i v tanci potřeba dodržovat přímý směr, a jedinec tak musí mít nejen výborně rozvinutou schopnost odhadnout vzdálenost, ale také úhel své pozice. S tímto mohou mít osoby se zrakovým postižením největší obtíže, a to především v tancích rychlých a točivých. Zde je významná role tanečního partnera, který taneční pohyb jedince se zrakovým postižením může nejen korigovat, ale především verbálně popisovat takovým způsobem, aby byl jedinec schopen určit pozici svého těla na tanečním parketu. Vzhledem k tomu, že se tančí na hudební doprovod, který na různých místech tanečního parketu dosahuje různé intenzity, můžeme podstatně rozvíjet i sluchovou orientaci. K posilování smyslu pro překážky se může využívat ostatních tanečních párů, kteří se po parketu pohybují. Tanec je také pohybovou aktivitou, která posiluje svalový systém člověka, a proto jej můžeme využít také při posilování stability jedince.

HUDEBNĚ A TANEČNĚ ORIENTOVANÉ AKTIVITY PRO ŽÁKY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje mentální retardaci jako stav neúplného či zastaveného rozvoje, který je charakterizován zvláště narušením dovedností, jež se projevují během vývojového období a postihují všechny složky inteligence – poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se vyskytuje samostatně nebo současně s dalšími somatickými a duševními poruchami (Valenta & Müller, 2013).

Dělení mentální retardace podle typu či druhu chování jedince uvádí Pipeková (2010):

- Typ eretický – dráždivý, nepokojný, nestabilní;
- Typ torpidní – netečný, strnulý, apatický;
- Nevyhraněný – vzruchy a útlumy v rovnováze, popřípadě ani jeden z nich nepřevažuje.

Osobnost člověka s mentálním postižením

Smyslové vnímání: Proces vnímání je u lidí s mentálním postižením pomalejší než u intaktní populace. Počítky a vjemy jsou nediferencované, jedinci mají problém s orientací v novém prostředí a situacích, některé stejné předměty vnímají jako rozdílné a naopak. Nejvýraznější je inaktivita vnímání, která se projevuje v omezené snaze či potřebě prohlížet si detaily předmětů. Akustická percepce je opožděná a může být i zkreslená. Celkově mají jedinci snížený cit pro koordinaci pohybů a prostorové vnímání, nižší hmatovou citlivost. Problémem je také zhoršené vnímání časoprostoru (Pipeková in Vítková, 2004).

Myšlení: člověk s mentálním postižením má omezenou schopnost zobecnění a abstrakce, jeho myšlení je tedy omezeno na konkrétní situační souvislosti. Poznávací činnost je narušena. Myšlení je mnohdy nesoustavné a nezaměřené, se slabou řídicí úlohou (jednání, které nepředvídá důsledek). Absence kritického myšlení, nedostatečné chápání souvislostí a následnosti jevů (Švarcová, 2006).

Paměť: převládá zejména paměť mechanická a nové věci se učí pomalu. Typickým znakem je pomalé tempo osvojování nových dovedností a poznatků a jejich následné uchování spojené s nepřesností vybavování. Mají lepší schopnost zapamatování vnějších znaků předmětů a jevů v jejich náhodných spojeních než v logických souvislostech. Při vzdělávání a výchovných činnostech se musí věnovat pozornost častému opakování a procvičování nabitých schopností a dovedností (Švarcová, 2003; Pipeková in Vítková, 2004).

Volní vlastnosti: osobnost člověka s mentálním postižením zraje později a nedosahuje takové zralosti jako osobnost člověka intaktního. To se odráží taktéž ve volních vlastnostech, kde v oblasti vůle sledujeme velké odlišnosti. Někteří autoři popisují u jedinců s mentálním postižením nesamostatnost, nedostatek iniciativy a neschopnost ovládat a řídit své jednání či překonávat překážky. Tyto příznaky jsou typické pro hypobulii, případně abulii. Ne vždy a ve všech případech se slabost vůle objevuje a určujícím faktorem je vždy obsah cíle, motivace a vůle jedince. Nedostatečně vyvinuté sebeovládání a celková nezralost osobnosti může vést k primitivním a bezprostředním reakcím, impulzivité a následnému afektivnímu jednání, jež může vyvolat jakýkoliv podnět z vnějšího prostředí (Švarcová, 2011).

Emoce: jednou z nejvýznamnějších oblastí osobnosti ovlivňující výrazným způsobem chování a prožívání člověka s mentálním postižením je emocionalita. Emoce mají v životě člověka s mentálním postižením mimořádný význam a patří k nejdůležitějším motivačním činitelům jejich vývoje. Ve své většině jsou lidé s mentálním postižením emočně nevypělí. Emoční nevypělost osobnosti se projevuje v neadekvátních a neúměrných reakcích vůči podnětům. Reakce jedinců bývají často intenzivní a silné a jejich nálada se často mění. Jejich prožitky bývají protikladné, převládají buď naprosto kladné, nebo naopak záporné. Emoce jsou často spíše egocentrického zaměření a velmi obtížně se utváří tzv. vyšší city a morální hodnoty, kterými jsou například svědomí, pocit povinnosti, soucit atd. (Pipeková in Vítková, 2004)

Emoce jsou jednou z nejdůležitějších složek, se kterou pracujeme v uměleckých, výchovných a terapeutických činnostech s lidmi s mentálním postižením. Umělecká tvorba, v níž se emoce vždy odráží, může být nástrojem k vyjádření pocitů a případné redukci tenze.

HUDEBNĚ A TANEČNĚ ORIENTOVANÉ AKTIVITY PRO ŽÁKY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Zpracováno podle Hrubé (2019)

Tanec je jedním z dalších způsobů terapie, který se ukazuje být velmi efektivním a přináší těmto lidem další životní náplň a smysl.

Tanec je považován za jistý druh umění. Je rozdíl mezi *tanečním uměním* a tancem jako pohybovou terapií. Pokud se nebere ohled na estetickou stránku, považujeme tanec za taneční a pohybovou terapii a jeho podstata je brána z hlediska psychologického, sociologického a historického. Hlavním principem taneční a pohybové terapie je tedy propojení pohybu a emocí jedince. Nevědomě navozené pohyby mohou vést u jedince k asociacím například ranějších událostí a dochází k jejich novému, hlubšímu a více uvědomělému prožití. Lidé se mohou do procesu hluboce ponořit a neverbálně vyjádřit své pocity, zážitky a emoce. Může se jednat o individuální či skupinovou terapii a základem jsou tvořivé taneční improvizace a nevědomé volné pohyby.

Při *taneční terapii* není ani trochu důležité, aby pacient uměl tančit. Nemusí mít ani cit pro rytmus, ani žádné předchozí zkušenosti nejsou podmínkou k realizaci terapie. Terapeuti se snaží poukazovat na důležitost vlastního, původního a originálního pohybu pacienta. Největší prioritou je vnitřní prožitek pacienta během tance a sebevyjádření. Přesto, že není důležitá estetika a forma tance, existuje v terapii zpětná vazba, a to ve smyslu přijetí a porozumění druhého, nikoliv hodnocením slovním. Dbáme na pocit bezpečí a reflexe v rámci terapeutického vztahu (Čížková, 2005).

Společenský tanec (taneční)

Kos (1977) uvádí, že dnešní společenský tanec nám dává možnost poznávat také pravidla správného společenského chování, a je tak doplňkem společenské výchovy. Tato výchova probíhá především v dnešních kurzech tance, tzv. tanečních.

- Točivé a kolové (čardáš, valčík, polka).
- Standardní tance (foxtrot, slowfox, waltz).
- Latinskoamerické tance (tango, rumba, samba, cha-cha, paso doble).
- Jazzové tance (blues, jive).

Ze společenských tanců se vyvinul také sportovní tanec, který je oficiálně označován jako taneční sport. „Tyto soutěžní společenské tance se dělí na standardní a latinskoamerické.“ (Landsfeld, 1991, s. 123)

Tanec vozíčkářů: tanec vozíčkáře se stojícím partnerem, a to v páru.

Paradance je elegantní, stylový a půvabný taneční sport, který je určen pro jedince, již mají postižení dolních končetin. Tanečníci mohou tančit ve skupině či ve dvojici a nemusí být pouze handicapovaní.

STANDARDNÍ TANCE

Waltz

Při waltzu tančíme dvě základní figury, a to levou neboli obrácenou otáčku a pravou neboli přirozenou otáčku.

Levá neboli obrácená otáčka

Využíváme pánské kroky:

- Nejdříve jde partner levou nohou krok vpřed, začínáme se otáčet doleva, přitom drží partnerku za ruce.
- Následuje pravou nohou krok stranou a stále otáčení doleva, partnerka se pohybem paží otáčí doleva.
- Poté přisun partnerovy pravé nohy k levé při stálé rotaci doleva, partnerku stále otáčí pohybem paží.
- Pravou nohou krok vzad, levou nohou krok stranou, stále se i s partnerkou otáčí doleva.
- Nakonec pravou nohu přisuneme k levé a dokončíme otáčku doleva.

Pravá neboli přirozená otáčka

- Partner začíná levou nohou krokem vpřed, přitom partnerku drží za ruce.
- Poté udělá partner pravou nohou krok stranou na úroveň levé nohy, partnerka se pohybuje spolu s partnerem.
- Levou nohu partner přisune k pravé noze.
- Následně pravou nohou udělá krok vpřed a začíná se otáčet doprava, partnerka se taktéž začíná otáčet doprava.
- Pak levou nohou krok stranou, stále se otáčíme doprava spolu s partnerkou.
- Pravou nohu přisune partner k levé a pořád se otáčíme doprava.
- Následuje krok vzad levou nohou a pravou nohou krok stranou, přičemž se partner s partnerkou dosud otáčí doprava.
- Poté přisune partner levou nohu k pravé a dokončíme otáčku doprava.
- Nato partner vykročí pravou nohou vpřed.
- Levou nohou udělá krok stranou na úroveň pravé nohy a přisun k levé noze, partnerka se pohybuje spolu s partnerem.

Tango

V tangu využíváme pouze chůzi do postupového kroku.

- Nejdříve vykročí levá noha partnera dopředu směrem přes pravé chodidlo, levé chodidlo je mírně vytočeno doleva, partnerka se pohybuje pomocí držení rukou partnera, na jednu dobu.
- Poté pravá noha partnera vykročí dopředu, chodidlo je mírně vytočeno doleva, partnerka se pomocí pohybu rukou natočí mírně doleva, na jednu dobu.
- Následně partnerova levá noha vykročí dopředu, mírně přes pravé chodidlo, levé chodidlo je mírně vytočeno ven – směřuje mírně vlevo, partnerka se pohybuje s partnerem, na půl doby.
- Pak pravá noha partnera udělá malý úkrok vpravo, mírně za levé chodidlo, partnerka se hýbe pomocí rukou partnera, na půl doby.
- Levá noha vykročí kupředu, mírně přes pravé chodidlo, levé chodidlo je trochu vytočeno ven – vlevo, partnerka se pohybem rukou taktéž vytočí mírně na levou stranu, na jednu dobu.
- Nakonec pravá noha partnera vykročí dopředu, chodidlo směřuje mírně vlevo, na jednu dobu.

Valčík

Ve valčíku tančíme základní krok a základní figuru, a to otáčku vpravo.

- Nejdříve jde pravá noha partnera vpřed, partnerka se pohybuje mírně vzad.
- Následuje dlouhý krok partnera levou nohou stranou, partnerka se pohne doprava.
- Poté partner pravou nohu přisune k levé noze, partnerka jde s ním pomocí držení za ruce partnerky.
- Partnerova levá noha jde vzad a mírně stranou, partnerka se na opačnou stranu pohybuje dopředu.
- Poté partner udělá pravou nohou malý krok stranou, partnerka jde v opačném směru.
- Nakonec přisune partner levou nohu k pravé noze.

LATINSKOAMERICKÉ TANCE

Cha-cha

V tomto tanci užíváme základní kroky a základní figury New York a sólo otáčku.

- Nejdříve jde levá noha partnera vpřed a špička je mírně vytočena ven, partnerka jde dozadu.
- Pravou nohu nechává partner na místě, partnerka zůstává také na místě.
- Následuje levou nohou krok stranou, partnerka se pohybuje vpravo.
- Poté se pravá noha partnera přisune k levé.
- Pravou nohou udělá partner krok vzad, levá noha zůstává na místě, partnerka se dostává mírně vpřed pomocí rukou partnera.
- Pravá noha partnera jde krok stranou, partnerka se pohybuje doleva.
- Pravou nohu přisune partner k levé noze, partnerka se hýbe pomocí rukou partnera.

4.4.5

Fitness a kondiční cvičení se zaměřením na rozvoj silových schopností

„Cvičení je jako manželství: nemůžete při něm podvádět a čekat, že to bude fungovat“ Anonymus



Ladislav Baloun, Tomáš Funfálek, David Pokorný

V této kapitole se zaměříme na fitness a kondiční pohybové aktivity u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP). Důležité je připomenout, že se jedná pouze o sumář základních pojmů, informací a doporučení k této problematice. Pokud vás toto téma osloví a budete mít zájem výrazněji prohloubit své znalosti, najdete na závěr knihy seznam dostupných zdrojů (některé jsou zdarma), kde je tato oblast podrobně probírána. V první (obecné) části kapitoly si přiblížíme tematiku fitness a kondičních cvičení, rozvoje silových schopností, ve druhé (speciální) se pak pokusíme tyto poznatky přenést na žáky základních a středních škol, včetně žáků se zdravotním postižením či zdravotním znevýhodněním se zaměřením na osoby s tělesným postižením používající invalidní vozík.

Poznámka na okraj: Pozor!!! Před zahájením jakéhokoli pohybového programu s žákem se SVP je vždy potřeba mít přehled o jeho aktuálním zdravotním stavu a kontraindikacích, které se vztahují k dané diagnóze.

Žáci se SVP, zejména pak ti s tělesným postižením využívající vozík, mají spektrum svých pohybových možností nezvratně omezeno. Často dochází k tomu, že díky absenci využitelnosti některých svalů se musí učit novým pohybovým vzorcům a zároveň se učí poznávat své vlastní tělo. Kromě nezastupitelné role fyzioterapie a ergoterapie mohou být fitness aktivity a kondiční posilování zdrojem rozvoje jedincovy samostatnosti a sebevědomí. Zároveň se žák se SVP učí cíleně se svým tělem pracovat a vnímat ho (Honzátková, Kratochvílová, Pokuta, Gregor, & Vyskočil, 2013).

V důsledku poškození míchy a ztráty volní hybnosti dochází ke snížené energetické spotřebě. U většiny osob s tímto postižením tak dochází k postupnému nárůstu tělesné hmotnosti. Nadváha a obezita pak negativně ovlivňují soběstačnost osob s poškozenou míchou a zároveň se stává náročnější i poskytování osobní asistence (Pokuta, Slavíková, & Honzátková, 2014). Dobře nastavený fitness program ve spojení s dietetickými opatřeními může tento nepříznivý vývoj zastavit, popřípadě může až zvýšit kompetence k sebeobsluze.

Mezi další výhody, které nabízí správně realizovaný program zaměřený na rozvoj silových schopností, patří:

- Zlepšená reakce krevního tlaku při zátěžích (snížení kardiovaskulární reakce);
- Zlepšená minerální hustota kostí (důležité hlavně u mladých dívek) a prevence osteoporózy;
- Zlepšený profil složení těla (redukce tělesného tuku a zvýšení beztukové tělesné hmoty);
- Prevence zranění při realizaci sportovních aktivit;
- Zlepšená psychická pohoda.

(Barbieri & Zaccagni, 2013; Faigenbaum & Myer, 2010; Matos & Winsley, 2007; Zatsiorsky & Kraemer, 2014)

4.4.5.1

Obecná část – rozvoj silových schopností

Tělesnou kondici je možné charakterizovat jako souhrn funkcí organismu, které nám umožňují obstát v tělesně náročných podmínkách a adekvátně reagovat v konkrétní situaci. Jedná se o komplex pohybových funkcí ve vztahu k základním pohybovým schopnostem (rychlostní, silové, vytrvalostní, koordinační

a kloubní pohyblivost). *Tělesnou zdatnost* pak můžeme chápat jako produkt adaptace organismu na pohybovou zátěž (Křištofič, 2007).

Zároveň je nutné zmínit, že interpretace pojmu tělesná kondice není jednotná a základní odlišnosti jejího obsahu lze shledat v začlenění počtu pohybových schopností, koordinačních schopností či v míře důrazu na psychiku, zdraví nebo specifickou (Lehnert, Novosad, Neuls, Langer, & Botek, 2012).

Kondiční posilování je jednou z forem tělesných cvičení, v rámci nichž realizujeme v sériích opakované cviky dle předem stanoveného tréninkového plánu. Využíváme k tomu hmotnost vlastního těla nebo jinou zátěž. Kondiční posilování se také používá jako prostředek poúrazové rehabilitace, při atrofii svalstva nebo v kombinaci s aerobní zátěží jako prostředek redukce tělesné hmotnosti (1. Lékařská Fakulta, UK, 2017, dostupné na <https://utv.lf1.cuni.cz/kondicni-posilovani>)

Cathala (2007) pojem *fitness* vysvětluje jako souhrn aktivit, především pak posilování, bodybuilding či cvičení nejrůznějších forem, které přinášejí cvičícímu formu „fit“, a to jak z pohledu plastičnosti těla, funkčnosti, tak z pohledu zdraví. Slovo fitness obecně znamená tělesnou zdatnost člověka. Je to schopnost lidského organismu efektivně fungovat s optimální účinností a hospodárností. Fitness se skládá z pěti složek:

- **Svalová síla** – schopnost svalu vydat maximální sílu proti odporu.
- **Svalová vytrvalost** – schopnost svalu opakovaně vydávat sílu proti odporu nebo vydržet ve svalové kontrakci.
- **Kloubní pohyblivost** – umožňuje provádět pohyb bez potíží a pomáhá předcházet poškození kloubů, svalů a vazů.
- **Stavba těla** – ukazuje zejména podíl podkožního tuku a svalové hmoty na celkové tělesné hmotnosti.
- **Kardiorespirační vytrvalost** – schopnost organismu přenášet důležité živiny, zejména pak kyslík ke svalům a zároveň schopnost odstraňovat přebytečné produkty vzniklé během dlouhého fyzického vypětí (Buzková, 2007).

Za pojmem fitness se skrývá celá řada nejrůznějších forem pohybových aktivit od aerobiku, pilates, strečinku přes silový funkční trénink, spinning, jógu, fitbox až po nordicwalking a aktivity ve vodním prostředí jako aqua-aerobic (Cathala, 2007).

Fitness je jednou z pěti složek *wellness*, což je pojem, který označuje zdravý životní styl, který přináší jedinci uspokojení v základních oblastech života, především pak v tělesné a duševní. Mezi další složky wellness patří pozitivní přístup k životu, osobní návyky, zvládnání stresových situací, zdravá výživa včetně kontroly hmotnosti (Buzková, 2007).

Pro pozitivní účinky cvičení je potřeba dodržovat určitá pravidla, která se obecně nazývají FIT zásady. Mezi tyto zásady patří:

- **Frekvence aerobního cvičení** – je nutné, aby byla opakovaná, v optimálním případě 3× týdně.
- **Intenzita cvičení** – jde o základní faktor, který definuje vytrvalostní, aerobní pohybové aktivity, jako jednotka slouží tepová frekvence (HR – heart rate). Za aerobní jsou považovány pohybové aktivity, kdy je HR v rozmezí 60–80 % maximální HR. Pro účely školní TV je stanovení tohoto aerobního pásma možné podle jednoduchého vzorce $220 (u\ žen\ 226) - věk = \text{maximální HR}$. Optimální intenzita cvičení je pak 60–80 % maximální HR*.
- **Trvání** – aerobní pohybové aktivity by měly být prováděny nepřerušovaně minimálně po dobu 20 minut. Jenom tak cvičení vyvolá adaptační reakci organismu. Tukové zásoby se začínají využívat jako zdroje energie zhruba po 15 min., ale procento využití je minimální. Pro efektivní spalování tuků v aerobní zóně je třeba provádět pohybovou aktivitu v rozsahu 20–30 min., nejlépe při 60 % HR (Kovaříková, 2017).

Poznámka na okraj: Přesnější metodou pro určení cílové HR při realizaci tělesných cvičení v aerobním pásmu je Karvenova rovnice:

% HR R = [(HR_{max} – klidová HR) × % požadovaná intenzita zátěže + klidová HR].

HRR = srdeční tepová rezerva; HR_{max} = maximální tepová frekvence; klidová HR = klidová tepová frekvence; % požadovaná intenzita zátěže = vyjadřuje se desetinným číslem v rozmezí 0–1, např. 60 % jako 0,6 (Ignaszewski, Lau, Wong, & Isserow, 2017).

Pro příklad můžeme zjistit 60 % HRR u muže ve věku 30 let a klidové HR 55 tepů/min.

% HRR = [(190 – 55) × 0,6 + 55]... výsledek je, že 60 % HRR je 136 tepů za minutu.

Klidovou tepovou frekvenci je dobré změřit ráno při probuzení ideálně jako průměr sedmi po sobě jdoucích dnů. Výpočet Karvenovy rovnice u žáků na školách nabízí vhodnou aplikaci mezipředmětových vztahů (tělesná výchova, biologie, matematika). Většina doporučení v této kapitole vztahujících se k aerobním aktivitám a míře tepové frekvence vychází právě z Karvenovy rovnice (srdeční tepové rezervy HRR), ale lze vycházet i z metody maximální HR (220 – věk).

Při běžném způsobu posilování svalů se často vychází jen z anatomické funkce, takže cvičení jsou odvozena ze začátku a úponu svalu. Na tomto principu je pak postavena většina používaných posilovacích strojů (Kolář et al., 2009). Stejný autor doporučuje, aby se při rozvoji svalové síly nevycházelo pouze ze začátku a úponu svalu, ale zároveň i z jeho začlenění do biomechanických řetězců. Ty však nelze odvozovat jen z anatomických souvislostí, ale také z řídicích procesů centrální nervové soustavy (centrálních programů). Takže pokud posilujeme prsní svalstvo, jsou vždy aktivovány i svaly, které stabilizují jejich úpony, tj. svaly

zádové, bránice, břišní svaly atd. Tato funkce je automatická a u většiny lidí velmi omezeně ovládaná vůlí, nemluvě o hlubokých svalech, které jsou pro posturální funkci (stabilizační, zpevňovací) obzvláště důležité.

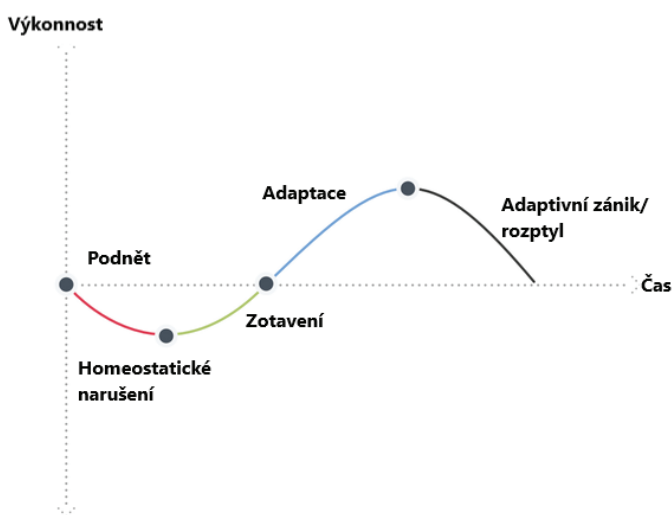
V posledních letech se proto často používá ve spojení s kondičním cvičením slovo funkce nebo *funkční přístup*, který je charakteristický důrazem na mezi-svalovou koordinaci. Podle tohoto přístupu je systém svalů víc než součet prvků a každý prvek má vliv na funkci systému jako celku a současně je ostatními ovlivňován. Oproti tomu anatomický přístup se věnuje jednotlivým svalům jako relativně izolovaným jednotkám. Funkční přístup zároveň klade důraz na základní pohybové vzorce. V ideálním případě by měly základní cviky propojovat koordinační a balanční složku v plném rozsahu pohybu, čímž se síla stává přenositelnou na další pohyby a zároveň se zamezuje vytváření dysbalancí a špatných pohybových vzorců (Křištofič, 2007). Lehnert et al. (2012) charakterizují funkční trénink síly jako trénink, při kterém dochází k optimalizaci svalových funkcí v pohybových strukturách. Tyto struktury jsou velmi podobné pohybovým strukturám sportovního výkonu. Zjednodušeně řečeno, funkční je trénink zaměřen na trénink pohybů, nikoli svalů. Posilování svalstva končetin je ve funkčním principu realizováno při současném zapojení svalstva trupu, což je z hlediska řízení pohybu účelnější než izolované cvičení.

Další termín, který má stoupající popularitu ve společnosti, je *core training*, který je zaměřen na posilování svalů tělesného jádra (někdy též středu těla). Je to oblast, která se nachází na úrovni těžiště těla a jde o systém svalů, které stabilizují polohu – pohyb pánve a páteře. Stabilita tělesného jádra zajišťuje přenos energie z velkých svalových skupin na ty malé. Jde o převodní stupeň mezi horními a dolními končetinami. Funkcí tělesného jádra je podílení se na produkci silových účinků (výška výskoku) a zároveň se podílí na jejich absorpci (tlumení doskoků). Přístup „core trainingu“ není založen na principu navyšování zátěže v její absolutní hodnotě (přidáním váhy na čince), ale zvyšováním koordinační náročnosti cvičení. Hojně využívané jsou balanční techniky. Jde o specifický způsob posilování, kdy nemaximální silou, koordinací participujících svalových jednotek plníme pohybový úkol v nestabilní poloze (malá plocha opory) výdrží, vedenými nebo dynamickými pohyby (Křištofič, 2007). Stabilní jádro ovlivňuje kontrolu pohybu (těžiště vůči opoře). To je předpokladem koordinované činnosti končetin, adekvátní pohybové reakce v nečekaných situacích a prevencí před zraněními (Lehnert, et al., 2012).

Základní pojem *adaptace*

Mezi základní pojmy tréninku (nejen ve školní tělesné výchově) patří *adaptace*, kterou lze v širším smyslu slova chápat jako přizpůsobování organismu okolnímu prostředí. Pokud tedy změníme prostředí, má tendenci měnit se i organismus tak, aby dokázal přežít za nových podmínek a právě pravidelná tělesná cvičení jsou silným adaptačním podnětem (Zatsiorsky & Kraemer, 2014). Snahou lidského těla je, aby se vnitřní stav organismu měnil co nejméně a při jeho narušení má tendenci se vracet k původním hodnotám (např. tělesná teplota, pH krve, osmotický tlak). Pokud však vnější prostředí narušuje tyto parametry dostatečně dlouho, dochází k tomu, že organismus přestává neustále napravovat narušení homeostázy a začne se podnětům přizpůsobovat neboli adaptovat (Perič,

Levitová, & Petr, 2012). Lze si to představit tak, že bezprostředně po tréninkové (vyučovací) jednotce zaměřené na kondiční cvičení dochází většinou k poklesu výkonnosti. Z dlouhodobého pohledu se ale výkonnost zlepšuje, jelikož se tělo přizpůsobí tréninkové zátěži (viz obrázek 45). Zde je důležité podotknout, že tréninková (vyučovací) jednotka nestojí osamoceně, ale v návaznosti na další jednotky. Po jednom „osamoceném“ cvičení nelze očekávat významné zlepšení. Dále je potřeba podotknout, že k adaptaci na tělesná cvičení může dojít jen tehdy, pokud velikost tréninkové zátěže překročí obvyklou míru. Mezi dva základní způsoby jak toto vyvolat patří zvýšení tréninkové zátěže (např. zvýšíme počet opakování či intenzitu cvičení) nebo změnění cviků za předpokladu, že žák na tyto cviky ještě není zvyklý. Především u špičkových sportovců dochází k tomu, že pokud provádí standardní cvičení po velmi dlouhou dobu s nezměněnou tréninkovou zátěží, nedojde k žádným dodatečným adaptacím a úroveň výkonnosti se nijak zásadně nezlepší (Zatsiorsky & Kraemer).



Obrázek 45: Adaptační křivka (převzato z <http://strongbyscience.net/2017/10/15/general-adaptation-specific-adaptation/>)

Dělení silových schopností

Silové schopnosti podle Zahradníka a Korvase (2012) můžeme rozdělit na:

- Statickou sílu* – při svalové kontrakci nedochází k viditelnému pohybu segmentů těla (výdrž ve dřepu v poloze stehen vodorovně k podložce).
- Dynamickou sílu* – svalová kontrakce způsobuje viditelný pohyb segmentů těla prodloužením (excentrická svalová kontrakce) nebo zkrácováním svalu (koncentrická svalová kontrakce).

Oblast dynamické síly pak dělí podle dílčích projevů na:

- *Maximální sílu* – projevuje se překonáváním vysokých až hraničních vnějších odporů malou rychlostí konkrétní svalovou skupinou zpravidla v jednom opakování. Někdy je označována jako základní silový potenciál.
- *Explozivní (výbušná, rychlá) síla* – projevuje se překonáváním nízkých vnějších odporů nebo hmotností vlastního těla maximálním zrychlením při jednorázovém (acyklickém) pohybu. Pro srovnání Lehnert et al. (2012) rozlišují rychlou sílu na startovní (provedení pohybu co nejvyšší rychlostí v nejkratším čase, např. start ve sprintu) a explozivní sílu (pokud udělujeme co nejvyšší rychlost v konečné fázi pohybu, např. skok daleký).
- *Vytrvalostní síla* – projevuje se opakovaným překonáváním relativně nízkých odporů malou rychlostí při cyklických pohybech (např. běh na lyžích, veslování).
- *Reaktivní síla* – schopnost realizovat svalový výkon v pohybových činnostech využívající cyklus protažení a následného zkrácení svalu v době trvání do 200 ms od zahájení. Jde o specifickou formu rychlé síly, a proto by se měla rozvíjet specifickými metodami a vhodným výběrem cviků, např. plyometrická metoda (doplněno z Lehnert et al., 2012).

Schopnost vyvinout sílu při statickém či dynamickém režimu svalové činnosti závisí na řadě antropometrických, biomechanických, morfologických a funkčních faktorů. Mezi hlavní faktory patří:

- a) Množství svalové hmoty.
- b) Nitrosvalová (intramuskulární) koordinace.
- c) Mezisvalová (intermuskulární) koordinace.
- d) Zásoby energetických zdrojů a jejich mobilizace ve svalu.
- e) Reflexní děje a elasticita svalové a šlachové tkáně.
- f) Optimalizace aktivační úrovně centrální nervové soustavy.
- g) Zvládnutí techniky cviku (Lehnert et al., 2012).

Činitelé ovlivňující efekt silového tréninku

(Poznámka: pokud není uvedeno jinak, jsou hodnoty pro dospělou populaci)

Mezi základní činitele, které ovlivňují výsledný efekt silového tréninku, patří: *velikost překonávaného odporu; počet opakování cviků; počet sérií, cviků a intervaly odpočinku; režimy svalové kontrakce.*

Velikost překonávaného odporu („jak velké závaží zvedám“) má největší význam při rozvíjení maximální síly, která se projeví při jednom opakovacím maximu (1OM) cviku. Velikost odporu je třeba důkladně zvažovat vzhledem k věkovým specifickým sportovce, trénovanosti a doposud absolvovanému zatížení. Pokročilí a dospělí potřebují pro rozvoj maximální síly používat zátěž ve výši 75–100 % z 1OM (tedy z nejvyšší váhy, kterou dokážou sami zvednout). U mládeže a začátečníků stačí 50% zatížení z 1OM pro významné přírůstky síly. Např. pokud

má jedinec na cviku bench-press na lavici maximální zvednutou váhu 50 kg, tak můžeme pro efektivní posilování maximální síly využít 25kg zátěž, tedy 50 % z jeho maxima. Nejjednodušší způsob jak stanovit přibližně 1OM zátěže, je pomocí tabulek, a to podle maximálního počtu opakování s lehčí vahou v jedné sérii viz tabulka 12 (Král, 2017; Lehnert et al. 2012).

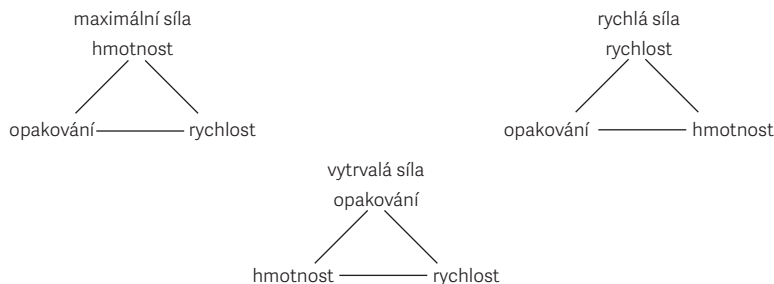
Počet opakování cviků („kolikrát to závaží dokážu zvednout za sebou v jedné sérii“) má rozsáhlou variaci, a to především vzhledem k očekávanému účinku. Počty opakování se liší u jednotlivých metod (podrobně rozebereme dále v textu). Pro maximální a explozivní sílu je to 1–3 opakování. U maximální síly s nižším efektem je to 4–6 opakování. Pro formy dynamické síly a síly spojené s frekvencí pohybu je to 7–10 opakování. U dynamické a vytrvalostní síly se zaměřením na funkci krevního oběhu, dýchání a ztrát tuku pak 11–30 opakování (Král, 2017).

Počet sérií, cviků a intervaly odpočinku („kolik sérií mám cvičit, kolik různých cviků mám dělat během jedné tréninkové jednotky a kolik času mám strávit odpočinkem mezi sériemi“). U počtu sérií se u začátečníků doporučuje číslo 3–4 s tím, že mohou absolvovat více (do 12) různých cviků na celé tělo. U pokročilých se může zvýšit na 6 sérií a vyspělí cvičenci do 12 sérií. Zároveň je potřeba připomenout, že podle skladby tréninku a počtu cviků od 4 do 12 mohou zůstat počty sérií jen na 4 pro jeden cvik, ale s vysokou intenzitou a zátěží (Král, 2017).

Délka odpočinku determinuje zejména úroveň obnovy energetických zdrojů a zotavení nervové soustavy. Rozdíl se projevují vzhledem k druhu trénované síly, použité metodě, velikosti procvičované svalové skupiny a vyspělosti cvičenců. Délku intervalu odpočinku se doporučuje v dlouhodobém horizontu měnit. Odpočinek krátký, tedy 30–60 vteřin, je vhodný pro rozvoj silové vytrvalosti a hypertrofie především u menších svalových skupin. Odpočinek středně dlouhý 1–3 min. je vhodný, pokud se chceme zaměřit na rychlou sílu a svalovou hypertrofii. Dlouhý odpočinek (3–5 min) je pak vhodný pro rozvoj maximální síly a explozivní síly (dá se ale také aplikovat při tréninku se zátěží 50–90 % 1OM). Pokud cvičenec není v dobré fyzické kondici, případně u začátečníků, je možné interval odpočinku i navýšit (de Salles et al., 2009; Lehnert et al., 2012; Zahradníka & Korvas, 2012)

Režimy svalové kontrakce. Mezi základní patří režim dynamický v pohybu (např. dřep) a statický-izometrický bez pohybu s konstantní délkou napjatého svalu (např. výdrž ve shybu). Dynamická kontrakce se dále rozděluje na koncentrickou (dostředivou – sval se smršťuje a zkracuje) a excentrickou (brzdivou – sval se protahuje). Mezi zmíněnými režimy existuje řada fyziologicky významných variací a některé posilovací metody se často jmenují podle těchto typů režimu svalové práce (Král, 2017).

Perič et al. (2012) pak ve zjednodušeném modelu pomocí trojúhelníků ukazují vzájemný poměr mezi metodotvornými činiteli při rozvoji maximální, výbušné a vytrvalostní síly (obr. 46.) Ten z parametrů (rychlost, hmotnost, opakování), který je dominantní (na vrcholu trojúhelníku), pak rozvíjí danou sílu. Tedy pro rozvoj maximální síly je potřeba vysoký odpor, pro trénink rychlé síly je potřeba vysoká rychlost provádění cviku a pro rozvoj vytrvalostní síly je potřeba vysoký počet opakování cviku.



Obrázek 46: Vztah metodotvorných činitelů při rozvoji síly (převzato z Perič et al., 2012)

Jako progresivní doplnění uvádíme Lewisovy (2018) činitele rozvoje svalové síly, který kromě zmíněných faktorů uvádí i:

- **konzistenci** – jak dobře cvičenec splňuje připravený tréninkový program;
- **techniku** – jak málo se cvičenci daří odchýlit od ideálního pohybového vzoru při provádění cviku;
- **výběr jednotlivých cviků;**
- **zotavení** – spánek a výživa umožňují chemické a strukturální změny potřebné pro adaptaci na tréninkovou zátěž;
- **odpočinek** – čas mezi jednotlivými sériemi u jednoho cviku;
- **warm up** – způsob a velikost zátěže při zahřátí a rozcvičení před samotným silovým rozvojem.

Všechny faktory pak Lewis (2018) vložil do obrázku pyramidy, aby prezentoval důležitost jednotlivých prvků (viz obrázek 47).



Obrázek 47: Činitele svalové síly podle důležitosti (Lewis, 2018; převzato z <http://strongbyscience.net/2017/10/15/general-adaptation-specific-adaptation/>)

Tabulka 12: Tabulkový přepoččet maximálního počtu opakování a maxima pro jedno opakování (převzato z <https://www.workoutcentre.nl//one-repetitie-maximaal-1rm-berekenen-how-fitness/>)

Max (Kg)	Maximální počet opakování a maximum pro jedno opakování (1MO)												
	>20	20	19-18	17-16	15-14	13-12	11-10	9-8	6-7	5-4	3-2	1	1
	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%
25	10	11	12	13	15	16	17	18	20	21	22	23	25
30	12	13	15	16	18	19	21	22	24	25	27	28	30
35	14	15	17	19	21	22	24	26	28	29	31	33	35
40	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40
45	18	20	22	24	27	29	31	33	36	38	40	42	45
50	20	22	25	27	30	32	35	37	40	42	45	47	50
55	22	24	27	30	33	35	38	41	44	46	49	52	55
60	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60
65	26	29	32	35	39	42	45	48	52	55	58	61	65
70	28	31	35	38	42	45	49	52	56	59	63	66	70
75	30	33	37	41	45	48	52	56	60	63	67	71	75
80	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80
85	34	38	42	46	51	55	59	63	68	72	76	80	85
90	36	40	45	49	54	58	63	67	72	76	81	85	90
95	38	42	47	52	57	61	66	71	76	80	85	90	95
100	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
105	42	47	52	57	63	68	73	78	84	89	94	99	105
110	44	49	55	60	66	71	77	82	88	93	99	104	110
115	46	51	57	63	69	74	80	86	92	97	103	109	115
120	48	54	60	66	72	78	84	90	96	102	108	114	120
125	50	56	62	68	75	81	87	93	100	106	112	118	125
130	52	58	65	71	78	84	91	97	104	110	117	123	130
135	54	60	67	74	81	87	94	101	108	114	121	128	135
140	56	63	70	77	84	91	98	105	112	119	126	133	140
145	58	65	72	79	87	94	101	108	116	123	130	137	145
150	60	67	75	82	90	97	105	112	120	127	135	142	150
155	62	69	77	85	93	100	108	116	124	131	139	147	155
160	64	72	80	88	96	104	112	120	128	136	144	152	160
165	66	74	82	90	99	107	115	123	132	140	148	156	165
170	68	76	85	93	102	110	119	127	136	144	153	161	170
175	70	78	87	96	105	113	122	131	140	148	157	166	175

Poznámka: Orientační odhad maximální zátěže provedeme následovně. Pokud cvičenec zvládne např. 7 opakování s váhou 40 kg, tak na horním řádku najdeme daný počet opakování, v našem případě to spadá do kolonky 6–7. V tomto sloupci si najdeme příslušnou váhu, v našem případě 40, a po příslušném řádku pokračujeme k prvnímu sloupečku, kde najdeme odhadované maximum. Zde to je 50 kg.

Druhy tréninkových cvičení

Nejčastěji se tréninková cvičení pro rozvoj silových schopností dělí na:

- Cvičení s vnějším odporem, který je vyvolán hmotností předmětu (činky, medicinbaly...), odporem spolucvičence (přetahy, přetlaky, nošení), odporem pružných předmětů (různé typy gumových expandérů, kroužků), odporem vnějšího prostředí (voda, písek), speciálně konstruovanými posilovacími stroji (trenažéry).
- Cvičení s hmotností vlastního těla bez doplňující zátěže (kliky, dřepy...) a s doplňující zátěží (pytlíky s pískem či vodou, zátěžové vesty). (Lehnert, et al., 2012)

Při sestavování tréninkových programů se zohledňuje také charakter používaných cviků, a to na:

- Cviky základní – zaměřené na hlavní svalové skupiny (např. leg-press, bench-press, shyby).
- Cviky doplňkové – zaměřené na jednu svalovou skupinu (např. výpony, tricepsově stahování kladky).
- Cviky vícekloubové – pohyb realizuje více svalových skupin (např. dřep, silové přemístění ze země na prsa).
- Cviky jednokloubové – pohyb realizuje jedna velká svalová skupina (např. bicepsový zdvih).
- Cviky tlakové – tlaky s jednoručkami.
- Cviky tahové – stahování kladky shora před tělem (Lehnert et al., 2012).

Metody posilování

V následujících bodech uvádíme a krátce charakterizujeme nejčastější metody rozvoje silových schopností podle Lehnerta et al. (2012), které vycházejí z již dříve uvedených metodotvorných činitelů.

Metoda maximálního úsilí (těžkoatletická) je založena na překonávání téměř hraničních odporů malou rychlostí v sériích s malým počtem opakování. To vede k zapojení maximálního počtu zapojených motorických jednotek a rozvoji maximální síly. Je vhodná jen pro silově připravené a dospělé sportovce s dokonalou technikou provádění cviku!

- Velikost odporu: 90–100 % 1 OM
- Počet opakování: 1–3
- Počet sérií: 3–6
- Interval odpočinku mezi sériemi: 2–5 min.

Metoda excentrická (brzdivá) je založena na brzdění nadmaximálního odporu co nejmenší rychlostí v sérii s jedním opakováním. Vychází z poznání, že sval je schopen vyvíjet vyšší sílu při excentrické činnosti než při koncentrické. Při cvičení se přednostně zapojují rychlá svalová vlákna. Je vhodná jen pro silově připravené a dospělé sportovce s dokonalou technikou provádění cviku!

- Velikost odporu: 100–120 % 1 OM (případně i více).
- Počet opakování: 1–5.
- Počet sérií: 1–3.
- Interval odpočinku mezi sériemi: 3–5 min. (případně více).

Metoda opakovaného úsilí (kulturistická) je založena na překonávání velkých, ale nemaximálních odporů malou rychlostí v sériích s různým počtem opakování. Důležité je zapojit velké svalové skupiny, což vede ke zvýšení hladiny anabolických hormonů i nitro- a mezisvalové koordinace. To vede k maximální síle na základě hypertrofie svalů. Někdy se využívá následných sérií se vzrůstajícím a klesajícím počtem opakování a s protichůdnou velikostí odporu (tzv. pyramidy nebo pyramidová metoda).

- Velikost odporu: 65–80 (85) % 1 OM.
- Počet opakování: 6–12.
- Počet sérií: 3–5 (případně více).
- Interval odpočinku mezi sériemi: 1–2 min. (případně více).

Metoda intermediární je založena na kombinaci statické a dynamické kontrakce. V průběhu pohybu konkrétního cviku (dřep s činkou) dojde několikrát (1–3×) k zastavení pohybu (statická kontrakce). Určená je pro vyspělejší cvičence.

- Velikost odporu: 65–80 (85) % 1 OM.
- Počet opakování: 6–10.
- Počet sérií: 3–5.
- Interval odpočinku mezi sériemi: 1–2 min. (případně více).

Metoda silově-vytrvalostní je založena na překonávání nízkých až středních odporů s nízkou až vysokou rychlostí v sériích s velkým počtem opakování.

- Velikost odporu: 50–75 % 1 OM.
- Délka zatížení: 30–45 s.
- Počet sérií: 3–5 (dávka se 3–4 opakuje).
- Interval odpočinku mezi sériemi: 1–2 min. (případně více).

Metoda kruhového tréninku (kruhová) je založena na střídání zatížení svalových skupin (např. břicho a záda, horní a dolní končetiny, velké a malé svalové skupiny). Základní varianta se snaží působit prostřednictvím vyššího počtu opakování cviků nejen na rozvoj svalové síly, ale i na kardiovaskulární systém (z této varianty se vyvinulo mnoho modifikací). Doporučuje se zařazovat jen dokonale zvládnutá cvičení. Nejčastěji se využívá 6–12 stanovišť rozmístěných obvykle po okruhu tělocvičny. Předností je možnost využití velkého spektra cvičení. Jde o vhodnou metodu pro silový rozvoj mládeže a začátečníků (nutné je ale pravidelné a dlouhodobé uplatnění).

- Velikost odporu: 50–80 % 1OM.
- Interval zatížení: do 20 s.
- Interval odpočinku: do 20 s.
- Interval odpočinku mezi sériemi: 1–2 min. Počet kruhů: 2–5 (celková doba cvičení 15–45 min.).

Metoda rychlostní (rychlostně-silová) je založena na překonávání nízkého odporu vysokou až maximálně možnou rychlostí v sériích s různým počtem opakování. Rychlost provedení pohybu je potřeba udržet (neměla by klesnout pod cca 50 % rychlosti daného pohybu bez odporu).

- Velikost odporu: 30–60 (70) % 1OM (činka, expandér, doplňkový odpor na těle).
- Počet opakování: 3–12.
- Počet sérií: 3–5 (případně více).
- Interval odpočinku mezi sériemi: 3–5 min.

Metoda explozivní vychází z rychlostní metody, ale vykazuje efektivnější účinky, avšak představuje vysoké nároky na kloubní aparát. Je založena na úsilí o maximální rychlé provedení pohybu s vysokým odporem bez nutnosti brzdění pohybu v konečné fázi. Metoda se využívá u vyspělých a silově připravených jedinců.

- Velikost odporu: 80–90 % 1OM (junioři 70–90 %).
- Doba trvání série: do 10 s.
- Počet sérií: 3–5 (případně více).
- Interval odpočinku mezi sériemi: 5 min.

Metoda balistická je založena na úsilí o maximálně rychlé provedení pohybu s nízkým odporem. Síla, která je vyvíjena, značně převyšuje odpor náčiní, při jehož vypuštění dochází k maximální akceleraci. Využívá se u sportovců při napodobování závodní rychlosti a techniky. Využit lze také princip kontrastu, kdy se střídají série odhodů těžších a lehčích břemen nebo odhodů. Rozvíjí se rychlá síla na základě koordinace činnosti agonistů (kontrakce) a antagonistů.

- Velikost odporu: minimální.
- Počet opakování: 5–10.
- Počet sérií: 3–5.
- Interval odpočinku mezi sériemi: 3–5 min.

Metoda plyometrická je založena na principu protažení a následného zkrácení svalu, kde se využívá nahromadění elastické energie pro následnou excentrickou kontrakci. Zpravidla se využívá hmotnosti vlastního těla v sériích s 2–5 opakováními.

- Počet opakování: cca 5–10.
- Počet sérií: 2–5.
- Interval odpočinku mezi sériemi: 1–3 min.

4.4.5.2

Rozvoj silových schopností u žáků se SVP

Rozvoj silových schopností u dětí a mládeže

V době nástupu puberty by se měl stát rozvoj silových schopností jednou z významných oblastí tělesných cvičení. Nesmíme zapomenout, že v tomto období dochází k výrazné produkci pohlavních a růstových hormonů, což vede k přirozenému nárůstu silových schopností (nárůst svalové síly i objemu svalové hmoty). Díky nerovnoměrnosti nástupu puberty u jednotlivých žáků je potřeba jistě míra individualizace silové přípravy. Základní doporučení pro rozvoj silových schopností v období staršího školního věku hovoří tak, že by nemělo docházet k zatěžování páteře a přetěžování velkých kloubů (Kučera et al., 2011). Zatsiorsky a Kramer (2014) zmiňují, že pro začátek aplikace silového tréninku musí být dítě či mladistvý psychicky připravený plnit zadané pokyny, takže pokud je žák připraven účastnit se sportovních aktivit, pak je připraven na upravenou formu silového tréninku. Zároveň se snažíme upozornit na často sdílený mýtus, že silový trénink blokuje strukturální růst dětí. Pokud se totiž dodržují věkově specifické zásady fyzické aktivity, stejně jako výživová doporučení, tak má silový trénink na každém vývojovém stupni pozitivní vliv na růst a neovlivňuje přirozenou tělesnou výšku. Matos a Winsley (2007) konstatují že, přestože trénink silových schopností v dětském věku nedosahuje takové účinnosti jako u dospělé populace, můžeme i tak dosáhnout významných pozitivních přírůstků svalové síly a zároveň snižujeme riziko zranění při realizaci sportovních aktivit. Jako prevenci před zraněními při realizaci sportovních her doporučuje Americká akademie pediatriků (The American Academy of Pediatrics – AAP) zařadit silový trénink od osmi let věku dítěte (dostupné z <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/Are-Weights-Safe-for-Kids.aspx>). Barbieri a Zaccagni (2013) doplňují, že, přestože je silový trénink namáhavý a intenzivní, pokud se nevyužívají maximální a submaximální zátěže, jde o bezpečnou a efektivní formu pohybové aktivity pro děti a mládež (musí být ale zajištěn odborný dohled a se zaměřením na správnou techniku prováděného pohybu). Kromě maximálních zátěží nedoporučují Lehnert et al. (2012) u dětí a mládeže také zvedání vyšších doplňkových odporů nad hlavu, explozivní zvedání a omezení náročných statických, tahových a tlakových cvičení, která přetěžují páteř (např. cvičení se zátěží v předklonu).

Lehnert et al. (2012) z pohledu sportovního tréninku uvádí doporučení k silové přípravě podle věku následovně:

- *Mladší školní věk (6–10 let)* – upřednostnit cvičení s vlastním tělem (krátkodobá submaximální zatížení vyvolaná podpory, visy, výstupy, šplháním, hupy atd.), které rozvíjí stabilitu, rovnováhu, propriocepci a kinestezii. Dále využít úpolových cvičení, tělocvičného nářadí (lavičky, bedny, hrazdy) a náčiní (lehké medicinbaly, gymbaly, expandery, lehké jednoručky, plastové lahve s pískem či vodou). V době konce období je možno začít nácvik techniky cviků s doplňkovými odpory.

- *Starší školní věk (11–14 let)* – kromě cvičení uvedených v předchozí etapě je možné zahrnout cvičení v posilovně s malými a postupně středními doplňkovými odpory s důrazem na obměny poloh a cvičení v různých rovinách. Preferovat komplexní cviky (zapojení více kloubů) v počtu 6–8 se zapojením hlavních svalových skupin. Vyšší počty opakování 8–12 pro horní část těla a 15–20 pro dolní část těla. Ke konci období možno využít odpory v rozsahu 50–60 % 1OM. Nadměrné zatěžování vysokými odpory může vést k nežádoucím změnám kosterního svalstva. Věnujeme pozornost rozvoji flexibility a korekci svalových dysbalancí.
- *Adolescentní věk (15–18 let)* – v počátku podobný charakter jako předcházející fáze. Se stoupající produkcí testosteronu se zvyšuje úroveň síly. Ke konci období je možno přistoupit k rozvoji maximální síly. Je potřeba mít na paměti, že nejdříve dochází k dokončení vývoje svalstva a poté až vazivového aparátu. U dívek klademe důraz na horní polovinu těla, s cílem udržet proporcionality svalové síly.

Pro rozvoj silových schopností u mládeže uvádí Kučera et al. (2011) tato doporučení:

- Zaměřte se na **nácvik techniky posilování** – silově rovnovážná cvičení založená na manipulaci s napodobeninou osy činky (např. násada na koště). Dochází tak ke správným návykům v provádění pohybu a dýchání. Zároveň může být rozvíjena i rovnováha (manipulace s osou činky ve dřepu) a pohyblivost (ramenní kloub při vytrčení činky nad hlavu).
- Zaměřte se na **všeobecnou silovou přípravu** – především na silově-vytrvalostní schopnosti. Hlavní formou pak mohou být jednoduché kruhové tréninky, které zatěžují žáky v oblasti silového i vytrvalostního rozvoje. Počty opakování jsou mezi 15–20 (či doba zátěže 15–30 sekund). Posilujeme s vlastní vahou těla (kliky, shyby, dřepy), s malými činkami (2–5 kg) či plnými míči, odporem soupeře (úpolové aktivity), či využíváme cvičení ve ztížených podmínkách (běh do kopce a v písku, vylézání z vody).
- Zaměřte se na **rozvoj rychlostně-silových schopností** – převážně formou odrazových a odporových cvičení jako skoky přes překážky (lavičky, kužely), výskoky (na švédskou bednu, schody), seskoky a výskoky (mezi částmi švédské bedny). Důležité je zachovat správnou techniku provedení.
- Zaměřte se na **odhodová cvičení** – využijte plné míče (popřípadě se dají využít i fotbalové či basketbalové míče) pro hody do dálky, výšky, ve dvojicích. Hody provádějte jak z postavení čelem, tak zády ke směru hodu. Při těchto činnostech je nesmírně důležitá bezpečnost.
- Při posilování se závažím je hmotnost zátěže 30–50 % 1OM. Počet opakování je u rychlostní metody omezen délkou zatížení (10–15 sekund) s maximální rychlostí provedení cviku a délkou odpočinku 2 min. mezi 2–3 sériemi. U vytrvalostní metody je vyšší počet opakování (15–20, někdy i více). Rychlost provedení a délka odpočinku záleží na zóně energetického krytí, ve kterém se cvičenec pohybuje.

Dalším důležitým faktorem kondičního tréninku je *intenzita cvičení*, která odráží náročnost aktivity, a to jak ve smyslu absolutní velikosti zátěže, tak počtu opakování a rychlosti pohybu či způsobu odpočinku. Základním pravidlem u stanovení intenzity cvičení by měl být princip přiměřenosti (vzhledem k věku a aktuálnímu stavu) a princip postupnosti (postupně zvyšovat zátěž dle individuálních možností) (Křištofič, 2007). Perič et al. (2012) doporučují pro věkové období 10–12 let režim krátce a rychle pro rozvoj rychlé síly nebo déle a pomalu (15–20 opakování) pro rozvoj obecné silové vytrvalosti.

Obecná FITT doporučení pro děti a mládež ve věku 6 až 17 let jsou podle America College of Sports Medicine, (2018) následující:

- U aerobních cvičení frekvence ideálně 1× denně, nejvíce v pásmu střední intenzity zatížení s tím, že minimálně 3× týdně je dobré zahrnout i aktivity v pásmu vyšší intenzity zatížení. Čas na jednu tréninkovou jednotku minimálně 60 min., ale ideálně delší. Vhodné jsou pohybové aktivity, kde se zapojí velké svalové skupiny (běh, rychlá chůze, plavání, tanec, cyklistika, sportovní hry jako fotbal, basketbal či tenis). Děti a mládív s nadváhou až obezitou nemusí v počátcích splňovat požadovaných 60 min. denně pro pohybovou aktivitu. Intenzita zátěže mírná až střední s postupným navyšováním.
- U posilovacích cvičení 3× týdně nejčastěji cviky s vlastní vahou těla, 8–15 opakování. Dále je možné zahrnout bezpečné lezení na stěny či stromy zvedání závaží či odporové gumy.
- Aktivity na zpevnění kostí jako běh, skákání přes švihadlo, basketbal, skákání panáka zařazovat 3× týdně.

Všechna uvedená FITT doporučení (nejen výše uvedená pro děti a mládež, ale i pro další specifické skupiny) od America College of Sports Medicine (2018) stanovují minimální hodnoty pohybové aktivity potřebné pro dosažení zdravotních výhod spojených s pravidelnou pohybovou aktivitou. U většiny specifických skupin (zdravotní postižení či znevýhodnění) jsou uvedená doporučení pouze pro dospělou populaci, proto je potřeba při jejich aplikaci na žáky a studenty na základních a středních školách vždy brát ohled i na danou věkovou skupinu!!!

V rámci kondičního posilování během vyučovacích jednotek na základních a středních školách obecně doporučujeme nejen u žáků se SVP nižší váhy (do 50 % maximální zátěže, ale převážně méně), vyšší počet opakování 11–30, počet sérií jako u začátečníků tedy 3–4 s tím, že mohou absolvovat do 12 cviků (12 pouze u vyspělejších žáků, kteří jsou na tom kondičně nadprůměrně) na co nejširší skladbu svalových partií po celém těle. Celkově je potřeba jednotlivé parametry (velikost překonaného odporu, počet opakování, počet sérií) nastavit přiměřeně, jelikož při velké zátěži dochází k nesprávnému provedení jednotlivých cviků a tím dochází k upevňování špatných pohybových stereotypů (Honzátková et al., 2013; Král, 2017).

Intenzitu cvičení doporučujeme držet v oblasti aerobní zátěže, kterou jsme již popsali výše jako aktivitu, kdy je HR v rozmezí 60–80 % maximální HR. Pro účely

školní TV je stanovení tohoto aerobního pásma možné podle jednoduchého vzorce $220 (u\ žen\ 226) - věk = \text{maximální HR}$. Optimální intenzita cvičení je pak 60–80% maximální HR (Kovaříková, 2017).

Doporučujeme také zařazovat prvky funkčního tréninku, který je zaměřen na zapojení početných svalových skupin v mnohačetných rovinách. Pohyby odrážejí reálné životní situace a spojují vertikální i horizontální pohyb k rozvoji stability, pružnosti a vytrvalosti. Základním cvičebním prostředkem je vlastní tělo cvičence, dále se pak často využívají jednoruční činky, balanční plošiny, medicinbal, odporový pás, stupínek, gymball, volné kladky či odporové pásy, flexibary (Spilio & Gordon-Mallin, 2015).

U žáků (zejména s kvadruplegií), kteří nejsou schopni dostatečného úchopu, např. jednoručních činek, doporučujeme využít rukavice active hands (viz obrázek 48). Kompletní možnost využití těchto rukavic je možné zhlédnout na instruktážním videu https://www.youtube.com/watch?time_continue=904&v=S9vQZ79r1CQ&feature=emb_logo



Obrázek 48: Active hands rukavice
(zdroj: [www. https://www.activehands.com/](https://www.activehands.com/))

Postura a její funkce

Jak zmiňují Perič et al. (2012), starší školní věk je obdobím, kdy pohybové ústrojí jakoby „předbíhá“ vývoj vnitřních orgánů a to přináší vyšší náchylnost ke vzniku některých poruch hybného ústrojí, proto je v tomto období důležité formování návyků správného držení těla.

Stejně jako při rozvoji silových schopností u žáků bez postižení je potřeba i u žáků se SVP dbát na výchozí polohu těla, respektive na správné držení těla (posturu). Kučera et al. (2011, p. 66) definují posturu jako:

Aktivní držení segmentů těla proti působení zevních sil, ze kterých má v běžném životě největší význam síla tíhová. Postura však není synonymem vzpřímeného

postoje na dvou končetinách nebo sedu, jak je nejčastěji prezentováno, ale je součástí jakékoli jiné polohy (třeba vzpřímené držení hlavy v poloze na břicho u kojence nebo zvednutí dolních končetin proti gravitaci v poloze na zádech) a především každého pohybu. Postura je základní podmínkou pohybu, nikoli naopak.

Posturální aktivita předchází a doprovází každý cílený pohyb. I když sval ve své anatomické funkci dosahuje maximálních hodnot, jeho zapojení v konkrétní posturální (stabilizační) funkci (biomechanickém řetězci) může být zcela nedostatečné a sval v této funkci selhává (Kolář et al., 2009).

Před začátkem cvičení žáků s tělesným postižením na invalidním vozíku je potřeba zkontrolovat správný sed. Honzátková et al (2013, p. 15) tento proces popisují takto:

Dobrou kontrolou mohou být kolena, která by měla být v jedné rovině. Pokud nejsou v jedné rovině, může to poukazovat na šikmo postavenou pánev. Důležité je i postavení chodidel, ta by měla být na širší pánve, špičkami směřovat vpřed. Pokud úprava chodidel není možná (zvýšená spasticita dolních končetin nám nemusí dané nastavení vždy umožnit), snažíme se alespoň co nejvíce přiblížit zmíněnému vzoru. U klientů s částečnou hybností končetin se snažíme využít oporu o dolní končetiny. V případě odklopné stupačky využijeme oporu dolních končetin přímo o podlahu. Takový klient si však musí poposednout dopředu ve vozíku. Opora dolních končetin, pokud je možná, pomáhá s propojením a stabilizací trupu. V případě nestabilního trupu klienta ve vozíku, kdy hrozí jeho přepadání při cvičení, je nutné jej poutat pásem k vozíku. Někdy může jít o nestabilitu dočasnou, kterou pravidelným cvičením odstraníme. Pás pak již není nutné využívat. Ke korekci správného držení trupu můžeme využít i polštáře, overbally a další pomůcky ke korekci. Svalová funkčnost na levé a pravé straně trupu může být asymetrická, což vede k jednostrannému přetěžování a naklánění trupu k jedné straně. Naší snahou při cvičení bude posílení slabší strany. Zvlášť si u těchto případů dáváme pozor na výchozí polohu před cvičením.

Ke korekci vadného držení těla při provádění cviků můžeme využít i volně dostupné pomůcky jako overbally či měkké míče (viz obrázek 49).

Podrobný popis správného posedu a s tím související ideální nastavení invalidního vozíku najdete v materiálu vydaném v roce 2015 Českou asociací paraplegiků (volně dostupné na <https://www.dmapraha.cz/data/files/czepa-zdravy-sed.pdf>).



Obrázek 49: Příklad korekce sedu s využitím overballu při cvičení na běžeckém trenažéru (Honzátková, et al., 2013)

Dýchání při posilování

Doležal a Jebavý (2013) uvádějí zásady zdravého dýchání, mezi které patří:

- Nadechovat se od břicha do hrudníku (zespodu nahoru), to platí i pro výdech.
- Svaly břicha i pánevního dna udržovat aktivní, používat bránici.
- Dýchat zhluboka – hloubka má přednost před frekvencí.
- Nádech provádět nosem (vzduch se tak ohřívá a čistí), při námaze vydechovat i ústy.
- Dýchat plynule – nezadržovat dech.
- Propojovat dýchání s držením těla a pohybem.

Všeobecná doporučení pro dýchání při kondičním posilování hovoří o tom, že při svalovém stahu (tedy v době, kdy sval „zabírá“) vydechujeme a s relaxací (při uvolnění) svalů se nadechujeme. Zároveň se při pohybech, kdy je hrudník rozvírán a svalstvo je současně protahováno, nadechujeme a s pohybem paží dovnitř a se sbalením hrudníku a současnou kontrakcí svalů vydechujeme. Takže například u klasického kliku se při pohybu dolů nadechujeme a při pohybu nahoru vydechujeme. Výjimku mohou tvořit např. cviky pro rozvoj deltových svalů, kdy výdech vychází na fázi zdvihu paže a rozevření hrudníku, tedy opačně než u popisovaného kliku. V těchto případech je tedy potřeba podřídit dýchání vztahu kontrakce a relaxace svalů. Důležité je připomenout, že u některých metod (metoda maximálního úsilí, metoda se statickým režimem kontrakce) při silovém tréninku je dech zadržen a výdech následuje až s uvolněním svalů, nádech je před záběrem. Tím stoupá nejen krevní, ale i nitrohruční, nitrobřišní, nitrooční tlak, proto tato metoda není vhodná pro začátečníky, starší osoby, a žáky se SVP (např. kvadruplegici či osoby se zrakovým postižením) nebo pro kondiční cvičení, jelikož tato cvičení sledují jako svůj cíl funkční rozvoj krevního oběhu a dýchání (Král, 2017).

Zatsiorsky a Kramer (2014) doporučují, aby se během zvedání zátěže nezadržoval dech, jelikož to může vést ke zvýšení krevního tlaku, k omezení prokrvení mozku a následkem může být malátnost a ztráta vědomí. U dětí a mladistvých není cílem silového tréninku zvedání maximálních zátěží, proto není přehnané zadržování dechu nutné.

Honzátková et al. (2013, p. 16) se u dýchání při posilování osob s poraněním míchy zaměřuje na funkci bránice takto:

Bránice má kromě funkce dechové také funkci stabilizační (posturální). To znamená, že se podílí na zajištění aktivního držení polohy těla tím, že prostřednictvím kontroly nitrobřišního tlaku zpevňuje (stabilizuje) bederní páteř. Obě tyto funkce (jak dechová, tak stabilizační) probíhají ve své podstatě souběžně, případně dle potřeby, tzn. dle situace, ve které se pohybový systém právě nachází (míra zatížení, působení zevních sil, kde hlavní úlohu hraje již zmíněná gravitační síla) převažuje buď jedna, nebo druhá ve svém uplatnění, či probíhá jejich synchronizace.

Zásady fitness a kondičních pohybových aktivit pro vybrané skupiny osob se zdravotním postižením či zdravotním znevýhodněním

Tělesné postižení se zaměřením na poranění míchy

Poranění míchy má za následek ztrátu somatických, smyslových a autonomních funkcí pod úrovní míšní léze. Osoby s tímto postižením mají vysoké riziko výskytu sekundárních stavů (bolesti ramene, infekce močových cest, vředy, deprese, obezita). Před zahájením pohybových aktivit zjistíme jednoduchým testováním velikost rozsahu pohybu jednotlivých končetin, svalovou sílu, flexibilitu a stabilitu. Při realizaci pohybových aktivit je potřeba brát zřetel na míru postižení, protože úroveň a úplnost poranění míchy mají přímý dopad na tělesné funkce, metabolismus a kardiopulmonální reakce. Jednoduchý přehled vlivu výšky míšní léze na vybrané tělesné funkce uvádíme v následujících bodech

- L2–S2 – ztráta volní kontroly močového měchýře, střev a sexuálních funkcí, horní polovina těla je obvykle bez ztráty funkčnosti.
- Th6–L1 – dechová a motorická kontrola závisí na funkční kapacitě břišních svalů.
- Th1–Th5 – špatná termoregulace, hypotenze a autonomní dysreflexie, bradykardie (snížení maximální tepové frekvence), dýchací kapacita je omezena.
- C5–C7 – na úrovni C7 je možné ovládat svaly v oblasti lopatek a ramen, na úrovni C5 využití pouze bicepsového svalu v oblasti pletence ramenního.
- C4 – vyžaduje ventilační podporu při dýchání. (America College of Sports Medicine, 2018).

Honzátková et al. (2013) strukturuje cvičení u osob s tělesným postižením s ohledem na cíl, se kterým jej vykonávají, s dominujícím efektem dle preferencí cvičícího. Uvádí:

- a) **Sportovní posilování**, kdy je cílem zlepšení stávající kondice, zvýšení vytrvalosti a svalové síly. Pro zvyšování silové vytrvalosti ve velké míře využíváme trenažery (veslařský, lyžařský, běžecký, ergometry, rotopedy, motomedy atd. viz obr. 50).
- b) **Rehabilitační posilování**, jehož cíle jsou stanovovány vždy ve spolupráci s fyzioterapeutem či ergoterapeutem, tím pádem je náročnější na odbornost a personální zajištění, jelikož je často potřeba i asistent.
- c) **Posilování paretických svalových skupin a zbytkových svalů** se zaměřuje na svaly, které jsou důležité pro zlepšení mobility a běžných každodenních činností. Např. u kvadruplegiků se soustředíme na posílení horních končetin, jako je trénink opor, posílení mezilopatkových svalů nebo svalů nahrazujících propnutí (extenci) paže v lokti u nefunkčního tricepsu brachii (obr. 51 a 52). Nejčastěji využijeme posilovací stroje a trenažery.
- d) **Kompenzační cvičení**, jehož cílem je vyrovnání (kompenzace) svalové nerovnováhy, chybného postavení kloubního segmentu, vadného držení těla, ale i špatných dechových funkcí (Dostálová, Sigmund, & Kvintová, 2013). Doporučujeme také zrakovou kontrolu před zrcadlem.
- e) **Protahování a zvětšování kloubního rozsahu** je prováděno většinou na strojích s kompresorem, kde klienta zafixujeme v jeho maximálním rozsahu a necháme ho prodýchat (obr. 53).
- f) **Propojení horního a dolního trupu, zlepšení stability trupu** jsou cvičení zacílená na správnou funkci svalů trupu, což je prevence proti bolestem páteře a zároveň podporuje správné držení těla a omezuje vznik patologických zakřivení páteře (skolióza, kyfóza). Cvičit je možné s flexibarem, na míči a na trenažérech. Tato cvičení by měla být obsažena v každé cvičební jednotce.
- g) **Sportovně-kompenzační posilování** má za cíl vyrovnávat sportovní specializaci, a proto se zařazuje do tréninkových programů u osob, které se věnují pravidelně konkrétní sportovní aktivitě. Díky dlouhodobému sportovnímu zatížení často dochází k jednostranné zátěži, která se musí kompenzovat, a proto je potřeba přesně určit přetěžované svalové skupiny.



Obrázek 50: CRANKcycle
(zdroj: <https://www.krankcycle.com/inclusive-fitness/>)



Obrázek 51 a 52: Kvadruplegik – aktivní opora a vzpřímení
(zdroj: Honzátková et al., 2013, s. 18)



Obrázek 53: Protažení kvadruplegika s využitím posilovacího stroje
(zdroj: Honzátková et al., 2013, s. 19)

Při využívání posilovacích zařízení je pro bezpečnost tréninku důležité jejich nastavení. Většina posilovacích strojů je konstruována na průměrného dospělého muže a velikost končetin a trupu dětí či mládeže (ale také i u osob trpících malým vzrůstem jako např. nanismus) nemusí odpovídat rozměrům stroje. To platí především u strojů s variabilní zátěží, u kterých se odpor mění v průběhu pohybu. Zároveň může být cvik prováděn v neúplném rozsahu či nepřiměřené zátěži (může vést k přetěžování či zranění). Pouhé posunutí sedačky či výměna opěrky nemusí situaci vyřešit (situaci je možné řešit i vypodložením posedu a podložením dolních končetin tak, aby se nohy dotýkaly podložky a bylo se možné o ně opírat). Jako další problém se může ukázat přílišná hmotnost závaží pro jedno opakování či velké hmotnostní odstupy mezi jednotlivými závažími. Pokud budete mít tedy pochybnosti ohledně rozměrů nebo hmotnosti závaží, měli byste se uchýlit k alternativním cvikům s volnou zátěží (Kraemer & Fleck in Zatsiorsky & Kraemer, 2014).

Pro inspiraci uvádíme webové stránky firmy Lax, jež dodává na český trh rehabilitační posilovací stroje, které jsou vhodné pro osoby stojící i sedící (na invalidním vozíku) (<https://lax-fitness.com/kategorie-produktu/reha/>). Každý stroj kromě samotného popisu a fotografií obsahuje instruktážní video s osobou na invalidním vozíku, která názorně demonstrovuje využití konkrétních strojů.

Hlavním cílem při tělesných cvičeních pro osoby s poraněním míchy je prevence ztráty tělesné kondice, udržení optimální tělesné hmotnosti, zvýšení svalové síly, vytrvalosti a flexibility (vede k vyšší mobilitě na ortopedickém vozíku) a prevence pádů. FITT doporučení pro tuto kategorii jsou následující:

- U aerobních cvičení minimálně 2× týdně s intenzitou na úrovni 40–60% HRR. Délka cvičení zpočátku 5–10 min. s 5min. aktivními přestávkami, po adaptaci zvýšit na 20min. zátěž v kuse. Vhodné je využít různé trenažery.
- U posilovacích cvičení minimálně 2× týdně nižší váhy do 20 opakování a 1–3 série. Možno využít dostupné posilovací stroje, popřípadě jednoruční činky, připeňovací závaží na ruce, odporové gumy a therabandy.
- Protahovací cvičení provádět denně na dolní hranici nepřijemných pocitů, každou svalovou partii 3–4 min. při preferování aktivního strečinku. (America College of Sports Medicine, 2018)

Mezi specifické zásady při provádění tělesných cvičení patří:

- Do posilovacích cvičení zapojte všechny inervované svaly (neignorovat parietické svaly) a zaměřte se především na svaly hrudníku a pletence ramenního.
- Udržujte vyvážený poměr cviků zaměřených na tlaky a tahy.
- Při posilovacích cvičeních udržujte nižší rychlost pohybu (tak, aby nevznikl napínací reflex).
- Před samotným cvičením provést vyprázdnění (malá i velká strana).
- U osob, které začínají s tělesným cvičením, dochází k dřívější svalové únavě (America College of Sports Medicine, 2018).

Dětská mozková obrna (DMO)

Charakteristickým znakem DMO je porucha řízení motoriky, často je však spojena i s jinými smyslovými (poškození zraku či sluchu) či kognitivními funkcemi (mentální postižení). Dalším přidruženým problémem mohou být křečovitě záchvaty (epilepsie). Obecně mají osoby s DMO sníženou fyzickou zdatnost ve srovnání se svými vrstevníky. Přesto, že je DMO neprogresivní onemocnění, tak díky klinickým příznakům často dochází v důsledku procesu stárnutí k funkčním poklesům zejména v hrubé motorice, k posturálním změnám a snížení aerobní kapacity. I z tohoto důvodu je důležité od mládí pracovat na dobré fyzické kondici, aby se kompenzoval vliv procesu stárnutí. Obecně lze aplikovat zásady, které byly prezentovány pro dané věkové skupiny, je ale důležité připomenout, že v této oblasti není dostatek odborných zdrojů, které by byly podpořeny adekvátním výzkumem. Proto uvádíme i další specifické připomínky:

- Zjistěte jednoduchým testováním velikost rozsahu pohybu jednotlivých končetin, svalovou sílu, flexibilitu a stabilitu.
- Vzhledem k jinému procesu řízení pohybu dosahuje často energetická spotřeba vyšších hodnot i při nízké úrovni výkonu.
- U osob s lehčí formou DMO je samotná chůze vhodná jako prostředek rozvoje aerobní vytrvalosti. Pro zjištění tolerance na submaximální zátěže se doporučuje 6minutový test chůze. U osob s těžší formou DMO se doporučuje využít recumbentu (posilovací zařízení na principu rotopedu či stepperu s křeslem viz obrázek 54).
- Díky neekonomickým pohybům dochází u osob s DMO k vyšší unavitelnosti, proto se doporučuje realizovat pohybovou aktivitu v kratších intervalech o vyšším počtu než jednu aktivitu dlouhou.
- Na začátku vyučovacích jednotek se zaměřte na nácvik nových dovedností a závěr věnujte kompenzačním cvičením.
- Odporová cvičení zvyšují sílu bez nepříznivých účinků na svalový tonus.
- Cvičení dynamického charakteru se doporučuje dělat pomalu v plném rozsahu pohybu.
- Hypertonické svalové partie by se měly protahovat do krajních poloh v pomalém tempu (vyhněte se balistickému strečinku).
- Před samotným cvikem nastavte správnou polohu hlavy a trupu.
- Osoby s DMO jsou náchylnější ke zranění z důvodu vyšší inaktivity a s tím souvisejících stavů jako vyšší svalový tonus a bolesti kloubů (American College of Sports Medicine, 2018).

U žáků s DMO se dá předpokládat malá pohybová zkušenost a povědomí o vlastním těle, zejména pokud se aktivně nevěnují pohybovým aktivitám a sportu ve volném čase. Doporučujeme se proto zaměřit na jednoduchá pomalá cvičení cyklického charakteru s využitím trenažerů, cviky zaměřené na správné držení těla a zlepšení koordinace pohybů (Honzátková, et al., 2013).



Obrázek 54: Recumbent stepper (vlevo) a recumbent rotoped (vpravo)

Mentální postižení a Downův syndrom

Osoby s mentálním postižením a Downovým syndromem mají vyšší pravděpodobnost výskytu pohybové inaktivity, nadváhy a obezity a kardiovaskulárních onemocnění. Osoby s Downovým syndromem mohou mít výraznou hypotonii a kloubní hypermobilitu a až o 50 % sníženou úroveň aerobní kapacity (vztaženo k normální populaci). Až 50 % osob s Downovým syndromem může mít vrozené srdeční onemocnění, proto by se pro stanovení maximální HR neměl používat standardní vzorec $220 - \text{věk}$ pro muže a $226 - \text{věk}$ pro ženy, ale $210 - \text{věk} - 15,5$ (America College of Sports Medicine, 2018). FITT doporučení pro osoby s mentálním postižením a Downovým syndromem jsou následující:

- U aerobních cvičení minimálně 3× týdně s intenzitou na úrovni 40–80 % HRR. Délka cvičení zpočátku 30–60 min. Vhodné pohybové aktivity jsou chůze, případně pomalý běh, plavání.
- U posilovacích cvičení minimálně 2× týdně se zátěží na úrovni 60–70 % (80 % u pokročilých) 1OM do 12 opakování. Počet sérií 2–3 se zaměřením na hlavní svalové partie. Je možno využít dostupné posilovací stroje, popřípadě jednoruční činky. Z důvodu bezpečnosti omezte volné závaží.
- Protahovací cvičení provádět minimálně 2× týdně maximálně do mírného diskomfortu. Statický strečink v rozsahu 10–30 s a 2–4 opakování.

Mezi specifické zásady při provádění tělesných cvičení u osob s mentálním postižením a Downovým syndromem patří:

- Zaměřte se na rozvoj svalové síly (u osob s Downovým syndromem hlavně v oblasti velkých kloubů), vytrvalosti a aerobní kapacitu, jelikož bývá často výrazně snížena jejich úroveň.
- Doporučena jsou cvičení jako jóga nejen pro pozitivní vliv na tělesný aparát, ale také díky sociálnímu charakteru (pokud je vykonávána skupinově). U osob s Downovým syndromem pozor na hypotonii a kloubní hypermobilitu.
- Používejte jednoduché instrukce a pokyny a zaměřte se na pravidelnou podporu ve formě motivace k realizaci pohybových aktivit.
- Využívejte rozmanité formy pohybových aktivit, a pokud to jde, doplňte je o hudební doprovod.

Nadváha a obezita

Jako nadváhu a obezitu označujeme stav, kdy je BMI (body mass index – index tělesné hmotnosti) v rozsahu 25–29,9, respektive více jak 30. V ČR trpí nadváhou až čtvrtina obyvatel. Nadváha a obezita zvyšují riziko výskytu některých forem onkologických onemocnění, diabetes mellitus II. typu, kardiovaskulárních onemocnění, hypertenzi a dalších. Vhodné nastavení množství realizovaných pohybových aktivit ve spojitosti s dietologickými opatřeními může výrazně snížit tělesnou hmotnost a s tím související rizika výskytu onemocnění. FITT doporučení pro osoby s nadváhou a obezitou jsou následující:

- U aerobních cvičení ideálně 5× týdně s intenzitou na úrovni 40–59% HRR. Délka cvičení zpočátku 30–60 min. Vhodné pohybové aktivity jsou chůze, plavání, cyklistika (vyhněte se aktivitám, které přetěžují kloubní aparát, jako např. běh).
- U posilovacích cvičení 2–3× týdně se zátěží na úrovni 60–70% 1OM, 8–12 opakování. Počet sérií 2–4 se zaměřením na hlavní svalové partie. Je možno využít dostupné posilovací stroje či volné váhy.
- Protahovací cvičení provádět 2–3× týdně maximálně do mírného diskomfortu. Statický a dynamický strečink (případně PNF) v rozsahu 10–30 vteřin a 2–4 opakování pro každý cvik. (America College of Sports Medicine, 2018)

Mezi specifické zásady při provádění tělesných cvičení u osob s nadváhou a obezitou patří:

- V začátcích realizování pohybových aktivit by měla být intenzita mírná až střední, v rozsahu minimálně 30 min., pro zajištění zvýšeného energetického výdeje vedoucího ke ztrátě hmotnosti by mělo jít o nejméně 250 min. za týden. Popřípadě je možné rozdělit denní pohybovou aktivitu do více denních dávek po 10–15 min. střední intenzity. Zároveň snižujte energetický příjem (snížený příjem tuků).

- Vytvořte krátkodobé a střednědobé minimální cíle redukce hmotnosti, např. 3–10% tělesné hmotnosti v časovém období 3–6 měsíců.
- Doporučte navázání spojení s odborníkem v oblasti dietologie a obezitologie (America College of Sports Medicine, 2018).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) je skupina metabolických chorob charakterizovaných zvýšenou hladinou glukózy v krvi (tzv. hyperglykémie) v důsledku defektů v sekreci inzulínu nebo nemožnosti jeho využití. Trvalé zvýšené hladiny glukózy v krvi vystavují pacienty riziku mikrovaskulárních a makrovaskulárních onemocnění a také neuropatie (poškození cév a nervů). Mnoho osob s DM trpí nadváhou či obezitou. Existuje několik typů DM a mezi ty nejčastější patří DM 1. typu (cca 5–7% všech případů DM) a DM 2. typu (cca 90% všech případů). DM 1. typu je způsoben autoimunitní destrukcí buněk produkujících inzulín, následkem čehož tělo člověka s tímto onemocněním není schopno ho vytvářet. DM 2. typu je pak způsoben rezistencí kosterního svalstva, tukové tkáně a jater na inzulín v kombinaci s poruchou jeho sekrece. Mezi základní prostředky jak zvládat onemocnění DM patří kromě diety a užívání léků také pohybová aktivita, která pomáhá při prevenci souvisejících zdravotních komplikací, proti inzulínové rezistenci, u DM 2. typu vede ke zlepšení glukózové tolerance, zvýšené citlivosti na inzulín a snížení nemocnosti a úmrtnosti.

FITT doporučení pro osoby s DM jsou následující:

- U aerobních cvičení ideálně 3–7× týdně se střední intenzitou na úrovni 40–59% HRR i vyšší intenzitou na úrovni 60–89% HRR. Doporučení pro DM 1. typu hovoří minimálně o 150 min. za týden pro střední intenzitu nebo 75 min. za týden pro vyšší intenzitu. Pro DM 2. typu to je pak 150 min. za týden pro střední až vyšší intenzitu. Vhodné pohybové aktivity jsou chůze, plavání, cyklistika.
- U posilovacích cvičení 2–3× týdně se zátěží na úrovni střední (50–69% 1OM) až vyšší (70–85% 1OM), 8–15 opakování (podle zátěže). Počet sérií 1–3 se zaměřením na hlavní svalové partie. Možno využít dostupné posilovací stroje či volné váhy.
- Protahovací cvičení provádět 2–3× týdně maximálně do mírného diskomfortu. Statický a dynamický strečink (případně PNF) v rozsahu 10–30 vteřin a 2–4 opakování pro každý cvik. (America College of Sports Medicine, 2018)

Astma

Astma patří mezi chronická zánětlivá onemocnění dýchacích cest, jejichž výskyt se v populaci v posledních desetiletích výrazně zvyšuje (především u dětí a mládeže). Zanícené dýchací cesty se pak stávají hyperaktivními, mají zúžený průchod pro přívod vzduchu do plic. Klinickým projevem je sípavé dýchání, dušnost, tlak na hrudi, kašel, ke kterému dochází v noci nebo brzy ráno. Tyto symptomy jsou proměnlivé, reverzibilní a mohou být vyvolány nebo zhoršeny při realizaci tě-

lesných cvičení, což může vést k nižší intenzitě pohybových aktivit a tím pádem ke snížení kardiorepirační zdatnosti. V současné době nejsou žádné důkazy o tom, že by tělesná cvičení měla terapeutický vliv na léčbu astmatu, přesto se u osob se stabilním astmatem doporučuje pravidelně provádět pohybové aktivity, a to díky jejím dalším pozitivním vlivům na lidský organismus. Velká část osob s astmatem má zkušenosti s námahou indukovanou bronchokonstrikcí (exercise-induced bronchoconstriction, EIB), tedy se zúžením dýchacích cest nejčastěji v důsledku tělesných cvičení. U sportovců je často spouštěčem EIB příliš teplý nebo chladný vzduch, silné znečištění vzduchu či výskyt alergenů (America College of Sports Medicine, 2018; Petrů, 2008).

Osoby trpící astmatem v současné době nemají konkrétní FITT doporučení, proto by se měly držet obecných zásad pro danou věkovou skupinu.

- U aerobních cvičení ideálně 3–5× týdně, zažít se střední intenzitou na úrovni 40–59 % HRR a po adaptaci na tuto zátěž přejít na vyšší intenzitu na úrovni 60–70 % HRR. Čas na jednu tréninkovou jednotku minimálně 30 min., ale ideálně vyšší. Vhodné jsou pohybové aktivity, kde se zapojí velké svalové skupiny (běh, chůze, plavání, cyklistika, cvičení ve vodním prostředí).
- U posilovacích cvičení 2–3× týdně, u začátečníků se zátěží na úrovni střední 60–70 % 1OM (8–12 opakování) a poté okolo 85 % 1OM, pro silovou vytrvalost ≤50 % 1MO. (15–20 opakování podle zátěže). Počet sérií 2–4 se zaměřením na hlavní svalové partie. Využít možno dostupné posilovací stroje či volné váhy nebo váhu vlastního těla.
- Protahovací cvičení provádět 2–3 x týdně maximálně do mírného diskomfortu. Statický a dynamický strečink (případně PNF) v rozsahu 10–30 vteřin a 2–4 opakování pro každý cvik. (America College of Sports Medicine, 2018)

Mezi specifické zásady při provádění tělesných cvičení u osob s astmatem patří:

- Při použití cílových intenzit HR se doporučuje opatrnost při odhadu maximální HR, a to díky velké variabilitě v souvislosti s ventilací a potenciálním účinkem léků.
- Tělesná cvičení neprovádějte v chladném prostředí nebo tam, kde se vyskutekuje ve vzduchu znečištění či alergeny. EIB může být také spuštěna vysokou intenzitou cvičení či přílišnou délkou trvání.
- Preferujte nechlorované vodní prostředí, jelikož je menší pravděpodobnost, že spůsobí astmatický záchvat.

Specifika fitness pro žáky se zrakovým postižením

Pro vyučovací jednotky TV může pedagogický pracovník využívat pestrobarevné oblečení, aby byl pro žáka se zrakovým postižením snadno identifikovatelný. V prostorách, kde dochází k tělesnému cvičení, zajistíte dostatečné osvětlení

a zároveň se vyhněte možnému oslnění žáka se SVP, tím že byste stáli mezi ním a zdrojem světla (např. sluneční svit). Pro popis cvičení dávejte jasné a stručné pokyny. Případně můžete žáka daným pohybem provést. Pokud to jde, označte nebezpečná místa v prostoru (vyčnívající hrany posilovacího stroje) světelnou či reflexní páskou/značkou. Moderní posilovací přístroje určené pro všechny disponují barevně odlišenými regulačními prvky (páčky, tlačítka, madla atd.) a hmatově identifikovatelnými symboly (regulace zátěže atd.). Mimo jiné z těchto důvodů se také vyrábí medicinbaly, kettlebally, činky, kotouče atd. v barevném rozlišení.

Prevence před zraněními a kontraindikace při fitness aktivitách u žáků se SVP

Základní pravidla pro prevenci zranění při kondičním a silovém tréninku:

- Nejdůležitější zásadou zdravého tělesného cvičení je správné provedení daného pohybu či cviku. V opačném případě dochází k fixaci negativních pohybových stereotypů. To může mít i v krátkodobém časovém horizontu negativní dopad na zdraví žáků (u žáků se SVP to platí dvojnásobně). I proto je důležitá neustálá korekce ze strany pedagogického pracovníka či vyškoleného peer tutora. Platí zásada, že zátěž nesmí být nikdy na úkor techniky;
- Místnost kde se cvičí a veškeré nářadí, náčiní a posilovací stroje udržujte v pořádku, zároveň by měl být prostor dobře odvětráván;
- Při práci s dětmi a mladistvými je důležitý dohled dospělé proškolené osoby a zároveň je potřeba dodržovat zásady specifické pro daný věk;
- Cvičte ve vhodné pevné obuvi a oblečení, které umožní plný rozsah pohybu;
- Před každou tréninkovou (vyučovací) jednotkou se dostatečně zahřejte a roz-cvičte;
- Na závěr každé tréninkové (vyučovací) zařaďte kompenzační cvičení;
- Nepřehánějte dávky;
- U začátečníků a dětí se vyvarujte metodě maximálního úsilí;
- Poskytujte záchranu a pomoc, když činka dosahuje maximální polohy a když se provádějí excentrická cvičení;
- Pokud to jde, usilujte o komplexní zapojení všech svalových skupin do tré-ninku;
- Balanční pomůcky používejte dle návodu výrobce a před použitím zkontrol-ujte, zda nejsou poškozeny;
- Při cvičení nezanedbávejte pitný režim, aby nedošlo k dehydrataci.

- Začněte od jednodušších cviků a po získání pocitu jistoty zkuste ty složitější;
- Povrch, na kterém cvičíte, udržujte čistý a suchý, balanční pomůcky nepoužívejte na klzkém povrchu (Faigenbaum & Myer, 2010; Jebavý a Zumr, 2014; Zatsiorsky a Kramer 2014).

Speciální pozornost by se při silovém tréninku měla věnovat především jedné části těla a tou je bederní páteř. Podle epidemiologických šetření má až 80% dospělého obyvatelstva občasné či chronické problémy s bolestí v dolní části zad (tzv. syndrom bolesti dolní části zad, v anglickém jazyce *low back pain syndrome* – LBPS). LBPS zaujímá čelní postavení mezi všemi nemocemi, které jsou příčinou pracovní neschopnosti. Kromě abnormality látkové výměny, infekce či geneticky podmíněné náchylnosti je třeba za prvořadé důvody LBPS považovat zejména přetížení zad, tedy biomechanické vlivové veličiny. Proto je potřeba zdůraznit, že správná technika provádění cviků a důkladná příprava zaručují spolehlivou ochranu před bolestmi v oblasti bederní páteře (Zatsiorsky & Kraemer, 2014).

Především žáci s kvadruplegií mohou mít problémy s krevním tlakem a jeho regulací (tzv. ortostatická hypotenze), následkem mohou být závratě či mdloby. U žáků s míšní lézí nad segmentem Th6 se může vyskytnout tzv. autonomní dysreflexie, což je prudký náhlý vzestup krevního tlaku způsobený neadekvátní reakcí autonomního nervového systému na podráždění pod místem léze (např. přeplnění močového měchýře či střev, popálení, zánět). V této situaci je potřeba urychleně odstranit příčinu dráždění, rychlá vertikalizace polohy těla, případně podání antihypertenziva. Další komplikací při práci se žáky se SVP může být spasticita neboli náhlé zvýšení svalového tonu (Honzátková et al., 2013).

Jako kontraindikaci pro realizaci cíleného tréninku pak považujeme dekubity (proleženiny), což jsou poruchy kožního krytu, které vznikají v důsledku tlaku podložky na disponované části těla. Nebezpečí hrozí především u osob se ztrátou citlivosti, jelikož často nejsou samy schopny odhalit tvorbu dekubitů v počátečním stadiu (v postiženém místě necítí bolest). V případě výskytu dekubitů je možno se po poradě s lékařem věnovat lehkému kondičnímu cvičení. Důležitý je vhodný polohovací režim a odlehčování postižené oblasti (Honzátková et al., 2013).

Při realizaci pohybových aktivit by se také nemělo zapomínat na adekvátní příjem tekutin. Především u osob s tělesným postižením na invalidním vozíku se setkáváme s velkými nedostatky v pitném režimu. Je to způsobeno nejčastěji jejich obavou z úniku moči, a proto minimalizují svůj denní příjem tekutin. Důležité je proto s takovými žáky tuto problematiku diskutovat a zvolit vhodný režim (pomůcky), aby bylo dosaženo doporučeného množství tekutin (Honzátková et al., 2013).

Jednoduchá tělesná cvičení, která lze využít jak ve školní TV, tak v domácím prostředí, jsou dostupná ve formě PDF dokumentu na webových stránkách organizace UFIT.



Obrázek 55: Webové stránky projektu U-FIT-W

UFIT (Universal Fitness Innovation & Transformation) je platforma vzniklá za podpory organizace UNESCO, jejímž cílem je rozvoj, podpora a výzkum v oblasti inkluzivních fitness aktivit.

Velký zásobník nejen kondičních a posilovacích cvičení najdete na youtubeovém kanálu organizace NCHPAD.

NCHPAD (National Center on Health, Physical Activity and Disability) je organizace, která je zaměřena na podporu veřejného zdraví osob s handicapem. Jejím cílem je zvýšení účasti osob s postižením v různých formách pohybových i sociálních aktivit.



Obrázek 56: Zásobník cvičení z youtube kanálu NCHPAD

4.4.6

Gymnastika

*„Tělesná cvičení mohou nahradit mnoho léků,
ale žádný lék na světě nemůže nahradit tělesná
cvičení.“ Mosso*



Jana Sklenaříková

Gymnastika je soubor tělesných cvičení, jehož cílem je všestranný pohybový rozvoj lidského těla, udržení fyzické zdatnosti a celkově dobré výkonnosti jedince. Gymnastika na 2. stupni ZŠ je zařazena do Rámcového vzdělávacího programu (RVP), a proto by neměla být opomíjena ani ve smyslu aplikované formy pro osoby se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP).

Kapitolu chápejte jako manuál, který popisuje jednotlivé cviky, postupy a metody nácviku různých forem gymnastiky, čímž napomáhá ke zjednodušení tohoto sportu a především učitelům TV v jejich přípravě pro žáky se SVP. Cílem je naučit nejen základům rytmické a estetické gymnastiky či sportovní gymnastiky, ale také plni, soustředění, ochotě překonávat překážky, brát sport jako zábavu, spolupracovat, ale nést i vlastní zodpovědnost. Gymnastika, spolu s prvky atletické přípravy, tvoří základ pro zdokonalení pohybových dovedností a tím přípravu na budoucí sportovní specializaci (Panská, 2010).

Proč cvičit gymnastiku?

- Zlepšuje koordinace pohybů vlastního těla i orientaci v prostoru.
- Podporuje správný vývoj motoriky a rovnováhy.
- Je základem pro všechny pohybové aktivity a činnosti každodenního života.
- Zvyšuje sebevědomí a víru v sebe sama.

Do činností v oblasti gymnastiky jsou v rámci RVP zařazeny:

- Estetické a kondiční formy cvičení s hudbou a rytmickým doprovodem – základy rytmické gymnastiky, cvičení s náčiním; kondiční formy cvičení pro daný věk žáků; tance.
- Gymnastika – akrobacie, přeskoky, cvičení s náčiním a na nářadí.

Gymnastické činnosti jsou zaměřeny na schopnost ovládnutí těla, uvědomělou kultivaci i správné provedení pohybu a především na obratnost. Základem je orientace v tělním schématu, ovládnutí jednotlivých částí těla, orientace v prostoru a volba správné intenzity pohybu. Velmi důležitou složkou je centrální nervový systém, který pohyby těla řídí (Vaculíková & Hedbávný, 2011).

Nedílnou součástí gymnastiky před cvičením na nářadí je posilování svalů středu těla a průpravné cvičení jednotlivých prvků.

Příklady posilování svalů středu těla:

- *Leh na zádech, nohy opřít o lavičku, zvedat pánev.*
- *Leh na zádech, učitel zvedne dolní končetiny zároveň s trupem mírně nad podložku.*
- *Vzpor ležmo či podpor na předloktích ležmo a výdrž – ramena a pánev jsou v jedné rovině, aktivní hýžděové i břišní svalstvo, odtazení ramenou od podložky, hlava v prodloužení trupu.*
- *Družstvo v řadě vzpor ležmo, poslední žák se proplazí tunelem a na konci se zařadí do vzporu ležmo.*

Modifikace pro žáky se SVP:

Žáci s tělesným postižením – žáci se spastickou formou DMO mají zhoršený kloubní rozsah – dbát na limity rozsahu v krajních polohách.

Žáci s epilepsií – vyvarovat se nadměrnému stresu či vyčerpání organismu. Cvičit pod neustálým dohledem, záchvat může přijít kdykoliv. Zvýšený dozor při cvičení ve výškách. Vyvarovat se úderů do hlavy. Zjistit si spouštěč záchvatu a vyvarovat se mu (např. fotosenzitivní epilepsie).

Žáci s mentálním postižením – vysvětlovat pokyny jednoduše a stručně, klást důraz na opakování cviků a postupné zvyšování náročnosti.

Žáci se sluchovým postižením – dbát na vzdálenost a směr, ze kterého na dítě mluvíme (zvláště při cvičeních, kdy se často mění směr a vzdálenost).

Žáci s poruchou autistického spektra (PAS) – maximálně strukturovat výuku, např. rutinní rozcvička či posilování, s případnou podporou vizualizace dané aktivity – vysvětlení pohybu pomocí obrázků.

AKROBACIE

Pro cvičení akrobacie ve školní TV je ideální akrobatický pás, který můžeme doplnit libovolnou doskokovou žíněnkou pro nácvik nového nebo obtížnějšího cviku. Použití můžeme také stejně vysoké žíněnky řazené těsně za sebou. Zapojení pomůcek do cvičebního procesu usnadňuje nácvik jednotlivých prvků a dělá výuku atraktivnější. Rychleji zvládnuté dovednosti motivují žáky a pedagog nepotřebuje vynaložit velké množství fyzických sil při nutné přímé dopomoci.

Příklady akrobacie:

- *Válení sudů (převaly).*
- *Kolébky.*
- *Kotoul vpřed, kotoul vzad.*
- *Stoj na hlavě.*

Modifikace pro žáky se SVP:

Žáci s tělesným postižením – válení sudů po nakloněné rovině s předmětem mezi kotníky je adekvátní modifikace kotoulu. Kolébky je možno realizovat s dopomocí za horní končetiny či trup. Stoj na hlavě – vzpor ležmo / podpor na předloktí ležmo, dle limitů zdravotního stavu ve vzporu ležmo učitel zvedne nohy nad podložku.

Žáci se zrakovým postižením – provedení pasivních pohybů vedením, před výukou kotoulu vpřed je nutno ovládat kolébku do stoje z důvodu správné orientace v prostoru.

Žák se sluchovým postižením – při poruše rovnovážového ústrojí omezit rotační a převratová cvičení, může se objevit zhoršená rovnováha.

Žák s mentálním postižením – názorná ukázka, dopomoc.

GYMNASTIKA NA NÁŘADÍ

Kladina

Cvičení na kladině je typickým cvičením rovnováhy, protože sama úzká plocha kladiny podmiňuje tento charakter cvičení, ať jde o jednoduché nebo složitější tvary. Pohyb na úzké, postupně zvyšované ploše nářadí vyžaduje odvalu, podporuje vůli překonat strach z pádu.

Na kladině lze cvičit naboso nebo v gymnastických měkkých cvičkách, v žádném případě ne v ponožkách. Ve výjimečných případech lze na lavičkách cvičit ve sportovní obuvi.

Pod kladinu rozložíme několik žíněnek položených na šířku. Pod kladinu můžeme také rozložit dlouhý koberec opět doplněný silnějšími žíněnkami v místech pro doskok.

Kladinu lze nahradit lavičkou nebo pouze širokým pásem (cca 10 cm) položeným na koberci.

Příklady základních prvků na kladině:

- Chůze vpřed.
- Chůze ve výponu.
- Chůze s přednožováním.
- Chůze podřepmo (nabírání vody).
- Chůze s přednožením skrčmo.
- Chůze stranou.
- Chůze vzad.
- Skoky snožmo na místě, vpřed.
- Žabáci, kačenky.
- Obrat ve výponu, obrat ve dřepu.
- Náskok do vzporu dřepmo.
- Náskok do vzporu dřepmo únožného pravou/levou.
- Kotoul vpřed s dohmatem na kladinu.
- Kotoul vpřed s dohmatem na podložku.

Modifikace pro žáky se SVP:

Žáci s tělesným postižením – jízda na sportovním vozíku ve vymezeném (úzkém) prostoru, plazení po lavičce (i do kopce při zaháknutí lavičky za žebříny), chůze po lavičce.

Žáci se zrakovým postižením vždy s doprovodem další osoby – přidržování za ruce, případně chůze za zvukovým signálem. Při zdravotní indispozici vynechat seskoky z kladiny.

Žáci s mentálním postižením – cviky provádět na lavičce, na čáře, s doprovodem a podporou další osoby.

Přeskok

Přeskok je často u žáků spojován s psychickou bariérou. Pro její odstranění doporučujeme dostatečné zajištění bezpečnosti. Před cvičením na jakémkoliv odrazovém a přeskokovém nářadí (odrazový můstek, molitanový můstek, trampolína, švédská bedna, kůň, koza, molitanová kostka) je nezbytné zařadit doskokovou přípravu, především z důvodu bezpečnosti a ochrany kloubního aparátu žáků.

Příklady průpravných cvičení pro všechny žáky:

- Přeskokování drobných překážek během chůze a běhu (lana, podložky, obruče, kostky).
- Krátký rozběh s doskokem snožmo na žíněnku.
- Krátký rozběh – náskok na můstek – výskok na vyšší žíněnku.
- Výskok do vzporu dřepmo na nízkou bednu bez můstku.

Malá trampolína

Velmi atraktivním a zábavným zpestřením výuky je cvičení na malé trampolíně. Při cvičení je třeba zakrýt případné mezery mezi pružinami trampolíny a velmi důsledně připravit především dostatečně dlouhou, širokou a vysokou doskovou plochu. Zařazením skoků z malé trampolíny (i skoků na trampolínce) do hlavní části cvičební jednotky zlepšujeme koordinační schopnosti žáků, sládnění pohybů paží a nohou, odrazovou a doskokovou průpravu.

Příklady:

- *Rozběh a skok přes překážku (přes lano, pěnové kostky) – nácvik odrazu jednož na trampolínu a doskok snožmo.*
- *Skoky snožmo, skrčmo, roznožmo na trampolíně s následným výskokem na žínětku – do výskoku si žák pomůže pažemi do vzpažení.*
- *Skoky s obraty na trampolíně s výskokem na žínětku.*
- *Skok snožný na trampolínu z vyvýšené plochy (lavička, díly švédské bedny), odraz a doskok na žínětku. Ve výskoku na žínětku možno přidat polohy skrčmo, roznožmo.*
- *Nácvik rozběhu, přechodu na trampolínu a odrazu snožmo z trampolíny. Následně ve výskoku přidáváme prvky jako například: skrčka, roznožka, schylka, obrat, dvojný obrat či přímý skok vysoký.*

Modifikace pro žáky se SVP:

Žáci s tělesným postižením – tolerance odrazu z jedné nohy, skoky na trampolíně s držením za ruku v bočním postavení, skoky na trampolíně u žebřin (zakopávání, roznožka), pohupování na trampolíně v sedě (s chytáním a házením míče) či v leže na zádech, žáci na vozíku – jízda přes překážku (lano).

Žáci se zrakovým postižením – skoky na trampolíně s dopomocí za ruce v čelném postavení (i během výskoku), skoky na trampolíně u žebřin – zakopávání, roznožka.

Žáci s mentálním postižením – při běhu i skoku s vedením za ruku, přesakování nižších překážek (žíněnek), postupně přidávat na obtížnosti, dbát na správný dopad snožmo.

Šplh na laně a na tyči

Šplh je vynikající pro rozvoj síly a dobré kondice. Současně vyžaduje obratnost a koordinační schopnosti. Při nácviku se zaměřujeme na průpravná cvičení, která můžeme zařazovat do překážkových drah nebo do kruhového cvičení. Pod šplhadla je vhodné umístit dostatečné množství žíněnek nebo položit rozmotaný gymnastický pás. Předpokladem ke zvládnutí šplhu je správný úchop, který lze nacvičit např. na hrzdě, na žebřinách nebo na kruzích.

Příklady šplhu na laně:

- *Houpání na laně z žíněnky na žíněnku (zhoupnutí po liáně přes řeku plnou krokodýlů) – ve visu; ve visu s přitažením ve shybu.*
- *Houpání ve dvojici, trojici.*
- *Přeručkování z lana na lano.*
- *Šplh s přírazem, bez přírazu.*
- *Kotoul vzad s držetím jednoho lana v každé ruce s oporou o pevnou překážku (zeď, švédská bedna).*

Příklady šplhu na tyči

- *Seznámení s tyčí prostřednictvím aktivit na zahřátí – probíhání slalomu.*
- *Vis na obou žerdích a střídavě se otáčíme k jedné tyči a k druhé tyči.*
- *Lezení po tyči – opřeme o tyč bosá chodidla a uchopíme tyč, lezeme vzhůru pomocí opory o chodidla a ručkováním (indiáni na vysoké palmě).*
- *Šplh s přírazem, bez přírazu.*
- *Přechod z tyče na tyč.*

Modifikace pro žáky se SVP:

Žáci s tělesným postižením – vertikalizace, chůze s přidržováním o tyč, žáci na vozíku – přitahování za lano upevněné za žebřiny, jízda mezi tyčemi za pomoci práce paží.

Žáci se zrakovým postižením – nezařazovat izometrická cvičení, předklony a výdře, visy hlavou dolů, vyvarovat se skokům/doskokům a silovým cvičením při diagnózách typu: zelený zákal, novorozenecká retinopatie, dalekozrakost 6 a více dioptrií. Zvukový doprovod, nižší vrcholový bod, je možno zařadit sestavu u tyče/lana na hudební doprovod.

Žáci s mentálním postižením – nižší vrcholový bod, houpání vsedě na uzlu z lana, ručkování pouze dolů z vyvýšeného bodu. Je možno zařadit sestavu u tyče/lana na hudební doprovod.

ESTETICKÁ A RYTMICKÁ GYMNASTIKA

Rytmická gymnastika zahrnuje cvičení za doprovodu hudby případně i s využitím náčiní. Vyjádření hudby pohybem, pohyby s využitím náčiní jsou vizuálně atraktivní, posilují estetiku pohybů, koncentraci, zvládnání pohybů na bázi jemné motoriky, vnímání jednotlivých složek hudby – tempo, počítací doba, takt, dynamika.

Chůze a běh jsou základním lokomočním prostředkem užívaným nejen v rytmické gymnastice. Pomocí chůze je možné vyjadřovat rytmické změny, změny tempa a dynamiky a různorodé využití prostoru (Horák & Richter, 2009). Při chůzi je nutno dbát na správné držení těla a na koordinovaný sourodý pohyb paží a nohou (Novotná, 2011). Běh je pro člověka jedním z nejpřirozenějších pohybů vůbec. Pro žáky se SVP je nezbytné tyto druhy lokomoce rozvíjet pro potřeby každodenního života. Při omezené pohyblivosti je nutno alespoň modifikovat

dané lokomoční pohyby. Uvedené náměty chůze a běhu se dají kombinovat s doprovodným pohybem paží a dále v kombinaci s poskoky:

Příklady chůze:

- Chůze po rozdílném povrchu (měkká žíněnka, tvrdá podlaha, koberec).
- Chůze do nakloněné rovině (rozkládací klín, odrazový můstek).
- Chůze po zúžené rovině (lavička, kladina).
- Chůze po vyznačené cestě (otisky nohou, lano, balanční podložky).
- Chůze ve výponu na špičkách, chůze do rytmu hudby, chůze se zapojením práce paží.

Příklady běhu:

- Běh ve výponu, cval stranou, poskok střídavý, krok sun krok, poskoky snožmo, poskoky po jedné noze, žabák, zajíček (skrčmo, roznožmo, schylmo), rak, kačenky.

Modifikace lokomoce pro žáky se SVP:

Žáci se zrakovým postižením – chůze nebo běh s trasérem (vzájemné držení za pomocí gumy).

Žáci s tělesným postižením – jízda na sportovním vozíku, lezení, plazení po lavičce nebo po koberci.

Žáci s mentálním postižením – nižší intenzita, rutinní opakování zadaného úkolu.

Žáci se sluchovým postižením – jednoduché výrazy, vždy domluvený a viditelný signál pro komunikaci.

Příklady využití lokomoce během integrovaných her:

Název: Rytmus v našem těle

Zaměření: rytmické cítění, komunikace, improvizace.

Popis: Učitel povídá o rytmech v našem těle – dech, tep, chůze apod. Žáci se pomalu prochází po tělocvičně a snaží se vnímat různé rytmy (včetně reproduované hudby), případně je doplní tlesknutím, lusknutím, dupnutím. Děti mohou přidat nějaký zvuk, vytvořit si svůj vlastní rytmus, který se snaží zafixovat. Když někoho potkají, komunikují pouze pomocí těchto rytmů – chtějí se pochlubit, něco si sdělit. Postupně učitel ztlumí hudbu a děti jdou do kroužku – stále si drží svůj rytmus.

Název: Činnosti v Africe

Zaměření: rozvoj koordinačních schopností, taneční reprodukce, improvizace, kreativita.

Popis: Učitel povídá o tom, co by mohli lidé v Africe dělat – vaří, umývají se, perou prádlo, radují se... Každý ukáže tancem nějakou činnost, ostatní se ji naučí tančit, postupně přidáváme jednotlivé činnosti za sebou a máme společnou choreografii.

Cvičení s náčiním je nedílnou součástí rytmické gymnastiky. Nabízí cvičencům zajímavý způsob rozvoje koordinačních schopností a současně se podílí na celkové pohybové kultivaci pohybu. Ve spojení s hudebním doprovodem může být vhodným zpestřením pohybového obsahu tělesné výchovy.

Tradičně využívané náčiní (míče, obruče, švihadla, obruče, kužele, stuhy) mohou doplnit paličky (pro bubnování s gymnastickými míči) či šátek. Zařazujeme do hlavní části vyučovací hodiny.

Příklady využití švihadel, šátků, stuh:

- Bočné, čelné kruhy se složeným švihadlem.
- Překračování švihadla (na místě, za chůze).
- Skok snožmo s meziskokem, bez meziskoku.
- Skok po jedné noze.
- Koníčky – běh s přeskokem přes švihadlo.
- Skoky ve dvojici (za sebou, vedle sebe).

Příklady využití obručí:

- Kroužení obručí na pažích, v bocích.
- Provlékání obručí všemi směry.
- Provlékání obručí v kruhu s dalšími spolužáky.
- Skoky přes obruč.

Modifikace pro žáky se SVP:

Žáci s tělesným postižením – vyjádření hudby pohybem trupu, pažemi nebo hlavou.

Žáci se zrakovým postižením – seznámení s cvičebním prostředím, pomůckami, provedení pasivních pohybů vedením, důraz na správnou terminologii tělesných cvičení a co nejprěsnější popis pohybových cvičení.

Žák se sluchovým postižením – vyjádření rytmu posunky, využití vibrací reprodučen.

Žák s mentálním postižením – časté opakování a jednoduché instrukce.

4.4.7

Zdravotní TV

Lidé obětují zdraví, aby vydělali peníze, potom obětují peníze, aby znovu získali zdraví, potom se tak znepokojují minulostí a budoucností, že si neužívají přítomnosti, a tak nežijí ani v přítomnosti, ani v budoucnosti. A žijí tak, jakoby neměli nikdy zemřít, a potom zemřou bez toho, aby předtím žili.“

*Džampal Ngawang Lozang Ješe Tändzin Gjamccho
(14. dalajláma)*



Kateřina Tesařová, Jitka Vařeková

Zdravotně orientovaná cvičení si kladou za cíl ovlivnit u dětí funkční poruchy pohybového systému. Pohybový projev každého jedince je jedinečný, což platí i pro širokou škálu pohybových poruch. Nejčastěji se u dětí setkáváme s poruchami svalové rovnováhy, držení těla, dechového stereotypu, koordinace, psychomotorického napětí či vnímání. Funkční poruchy pohybového systému mohou souviset s dalšími typy obtíží (např. s pohybovým, nervovým či smyslovým postižením či specifickými poruchami učení) nebo se vyskytovat samostatně. Tyto poruchy spolu navzájem úzce souvisí a je vhodné s nimi pracovat. Lze je považovat za SVP, a tedy za důvod ke speciálněpedagogické intervenci. Zdravotně orientovaná cvičení tvoří most mezi léčebnou rehabilitací a školní TV. Jejich zařazení umožňuje kompenzaci a prevenci funkčních poruch a cestu k sebezpoznání a výchově ke zdraví. Mohou být zařazena do běžných hodin tělesné výchovy nebo mohou být využita ve specializovaných hodinách zdravotní TV. Odchytky jsou různé, ale mají společné jmenovatele, a proto i zdravotně orientovaná cvičení mají své základní pilíře. Podle těchto pilířů je kapitola rozčleněna do následujících podkapitol:

- A) **Cvičit dýchání!** Správný dechový stereotyp je klíčem k dobrému držení těla, svalové rovnováze i pozitivní mysli. Dechová cvičení je vhodné zařadit do jiných typů cvičení a učit žáky vědomé práci s vlastním dechem.
- B) **Cvičit vnímání!** Poruchy vnímání jsou úzce propojené s poruchami pohybové funkce. Proto je důležité u žáků rozvíjet různé formy vnímání: tedy propriocepci (vnímání polohy a pohybu) a exterocepci (vnímání zevních podnětů).
- C) **Cvičit svaly!** Podporovat je v jejich zapojení v rovnováze a koordinaci. Usilovat o ovlivnění svalové nerovnováhy (oslabené posilovat, napjaté uvolňovat). Nezapomínáme ale ani na posílení svalů středu těla – takzvaného hlubokého stabilizačního systému (HSS). Podporujeme oblasti s nedostatečnou funkcí (například chodidla) a zlepšujeme celkovou pružnost a pohyblivost páteře i končetin.

- D) **Cvičit držení těla!** Držení těla věnujeme pozornost nejen samostatně, ale i při dalším cvičení – a také při školní práci. Podporujeme žáky ve vzpřímeném držení. A jdeme sami vzorem!
- E) **Cvičit i s myslí!** Do práce s tělem zařadit i cvičení, která pracují s myslí. Využít metody relaxace, neboť mají mnoho pozitivních účinků. Cíleně ale pracovat i s představou pohybu a pohybovým záměrem (tzv. ideomotorikou). Pozitivně motivovat a probouzet radost k pohybu.

Všech těchto pět pilířů se navzájem úzce ovlivňuje. Můžeme je navzájem kombinovat, nebo je v jejich využití střídat.

Věděli jste, že...?

Svaly se dělí na svaly s tendencí ke zkracování a svaly s tendencí k ochabování. Často jsou naproti sobě (antagonisté). Např. prsní sval má tendenci se zkracovat a mezilopatkové svaly mají tendenci ochabovat. To může způsobovat protrakci ramen (ramena předsunutá dopředu) a zvětšenou hrudní kyfózu (kulatá záda). ZTV udává velmi důležité pravidlo, abychom si zdravotně neublížili: vždy nejprve protáhnout svaly s tendencí ke zkracování – a pak teprve posílit svaly s tendencí k ochabování.

Motivace k ZTV

Ve starším školním věku dochází k výraznému rozvoji osobnosti dítěte a vstupu do puberty, čemuž je nezbytné přizpůsobit motivační rámec zdravotních cvičení. Zatímco v mladším školním věku se využívá názorných příkladů, jednoduchých instrukcí ke cvikům a motivace pomocí zvířátek a příběhů, ve starším školním věku je tomu jinak. V přístupu se začíná více uplatňovat didaktická zásada uvědomělosti, komplexního rozvoje a vědeckosti. Je žádoucí, aby žáci v tomto věku již lépe rozuměli významu zdravotních cvičení a získané zkušenosti byli schopni přenést i do dalšího života.

1. **Vlastní zájem:** Zkuste si s žáky povídat, kdo dělá jaký sport a zda se setkávají s nějakými funkčními obtížemi (bolestmi). Možná budete zaskočeni, kolik žáků staršího školního věku už zná bolesti zad. Dále se pobavte o sportech, které zazněly, a o tom, jaké zdravotní a funkční poruchy pohybového systému mohou přinášet. U fotbalistů se objevuje získané varózní postavení DK (DK do „O“), zkrácené svaly na zadní straně DK. U volejbalistek se objevuje zvětšená bederní lordóza a bolesti zad v této oblasti. U tenistů nebo oštěpařů je nebezpečím stranově asymetrická zátěž, která může vést ke skoliotickému držení těla. U gymnastek se vyskytuje hypermobilita kloubů atd. Žáci mohou získat vlastní zájem se něco dozvědět a naučit. Která cvičení jsou zdravotní a kompenzační s cílem ovlivnit zmíněné funkční poruchy pohybového systému?
2. **Vlastní sestavy:** Žáci mohou dostat za úkol vymyslet každý jeden zdravotní cvik, ze kterých pak společně utvoříte dvě až tři vlastní sestavy cviků, jež budete v TV střídat.

3. **Pět písniček:** Žáci si mohou na každou hodinu TV připravit 3 až 5 písniček, které při zdravotním cvičení budete poslouchat. Tím si cvičení spojí s něčím příjemným, co mají rádi. To zvýší motivaci k zapojení do této části hodiny.
4. **Zefektivnění vlastního cvičení:** Starší žáci i žákyně začínají v tomto věku projevovat zájem o posilování. Dívky zkusí posilovat břicho a hýždě, chlapci často posilují břicho, prsa a paže. Tento zájem můžeme využít a nabídnout možnost zefektivnění jejich cvičení. Např. než začnete posilovat břicho, protáhněte takto bedra, neboť dosáhnete lepšího výsledku. Posilujte takto i šikmé břišní svaly, spodní část přímého břišního svalu, hluboké břišní svaly atd., protože vyřýsujete i tyto oblasti, břicho pak vypadá perfektně a neztratí funkčnost.
5. **Nenásilné zařazení:** ZTV lze začlenit do jednotlivých fází vyučovací jednotky nenásilným způsobem, jen je důležité cviky správně zařadit a dodržovat určitá pravidla. Např. bychom neměli obracet toto pořadí: zahřátí, mobilizace, protažení, posílení a relaxace. Posilováním bez protažení (rozcvičení) nebo protahováním bez předchozího zahřátí si můžeme ublížit. Některá dechová cvičení na uvolnění hrudního koše a aktivaci hlubokého stabilizačního systému (HSS) můžeme zařadit hned v úvodu hodiny ještě před zahřátím organismu. Aktivovaný HSS využijeme po celou dobu TV včetně běhání. Navíc předejdeme snížení tepové frekvence, kdybychom je zařadili do rozcvičky. Posilovací cvičení v průběhu hlavní části TV jakožto vedlejší pohybové aktivity doplňte nebo obměňte i cviky na protažení nebo cviky kompenzačními (fotbalisté mají jiné než gymnasté, dívky jiné než chlapci, žák se SVP jiné než vrcholový sportovec atd.). Cvičení pro zdravou nohu lze zařadit např. v závěru TV v rámci vyklusání – žáci si sundají boty a ponožky a proběhnou se bosí. V závěru TV je prostor pro mobilizační cviky páteře nebo dechová cvičení pro zklidnění. Lze si lehnout ke stěně, opřít nohy o stěnu, prodýchat břicho i hrudník a vyklepat svaly DK i HK.
6. **Formou hry včetně hraní rolí:** Např. následující podkapitola B) Zdravá noha a vnímání aneb nauč svého robota novým dovednostem (s. 213).
7. **Výzva:** Pro žáky lze vymyslet výzvu, kterou budou toužit splnit. Jen vždy zachejte správné provedení cviků – většina se provádí pomalu a bez švihů, takže např. rychlost by výzvou být neměla. Soutěživost bude vhodná jen za předpokladu, že neztíží podmínky méně nadaným žákům nebo žákům se SVP. Můžeme však hledat výzvy, kde tito žáci budou mít navrch: aktivity bez zrakové kontroly apod.
8. **Kompenzační program na míru:** Se žáky lze na začátku pololetí provést jednoduché funkční testování (např. svalového zkrácení, síly, koordinace). V hodinách pak probíhá cílená kompenzace, jejíž efekt je možné ověřit na konci pololetí. Proto jsou u jednotlivých cvičení uvedena doporučení pro jednoduchou diagnostiku, kterou mohou žáci provádět ve skupinách či ve dvojicích. Usilujeme o propojení teorie s praxí – tedy s porozuměním vztahu mezi konkrétní pohybovou funkcí (případně jejími poruchami) a metodami prevence a kompenzace.

A. Dechová cvičení

A1. Základní jednoduchá diagnostika správného dýchání

Instrukce: Žáci jsou rozděleni do dvojic. Jeden leží na zádech s pokrčenými dolními končetinami opřenými o chodidla. Druhý žák dýchání sleduje a podle instrukcí učitele pomáhá určit: a) jestli je možné dýchání do břicha (dopředu, do stran i směrem k podložce) a do hrudníku (směrem vpřed i do stran); b) jestli nad úroveň klíčních kostí nedochází při dýchání k zapojení svalů (ke zvedání hrudníku, k pohybu ramen a napínání kývačů hlavy); c) jestli je žák schopen zpevnění břicha po nádechu.

A2. Balónková válka

Pomůcky: balónky, provázek, (rolničky)

Cíl: rozvoj vitální kapacity plic, rozvoj jemné motoriky, rozvoj souhry oko-ruka

Instrukce: Každý žák si nafoukne svůj balónek a zaváže ho. (U žáka se SVP se zrakovým postižením dejte do balónku před nafouknutím rolničku. Případně tak můžete učinit u všech.) Rozdělíme žáky na dvě družstva. Hřiště rozdělíme napůl a určíme středovou čáru. Žáci jsou v prostoru na čtyřech a každý fouká do svého balónku tak, aby jej dopravil na polovinu soupeře. Balónku se nesmí dotknout končetinami. Vyhrává družstvo, které má na své polovině méně balónků. Hra trvá např. 2 minuty.

Modifikace: Místo poloviny hřiště můžeme zvolit konkrétní místo (žíněnku, ohradu apod.). Žák se SVP může hrát roli brankáře, který jako jediný smí vyfouknout balónky z žíněnky/ohrady. Žák se SVP na vozíku neschopný lokomoce na čtyřech nebo plazení ani s pomocí fouká individuálně do balónku položeného před něj na švédskou bednu nebo z dlaně AP, může být rozhodčí apod. U žáků se zrakovým postižením můžeme zkusit využít balónky s rolničkami.

A3. Dýchání do břicha a aktivace hlubokého stabilizačního systému (HSS) 1

Cíl: rozvoj správného dýchání, podpora činnosti vnitřních orgánů, vliv na hluboké svaly břicha

Instrukce: Žáci leží na zádech, mají pokrčené DK, pedagog stojí před žáky, rukama ukazuje a současně říká, kam mají žáci posílat dech. Žák si může také ukazovat rukama a posílat nádech vždy do určeného místa. Začněte na pupíku, přejděte na jeden bok (pod žebra), zpět na pupík, druhý bok, pupík, podbřišek, spodní okraj hrudní kosti, horní okraj hrudní kosti, pupík, pak se mohou ruce rozdělit a každá se přesunout na jinou stranu do boků (pod poslední žebro), nakonec se mohou sejít na bedrech. Vždy chvíli počkejte na místě na hluboký nádech žáků a ruce přenášejte pouze v době výdechu. Lze provádět ve dvojici: jeden žák cvičí, druhý udává místo vdechu a kontroluje, zda se místo, kam je nádech poslán, rozpíná. Pohlídejte, aby žákům nevystupovala spodní žebra vzhůru (stav, kdy nelze rukou zajet pod žebra).

Modifikace: S žáky vyzkoušíme nádech do hrudního koše (rozpíná se do všech směrů: vzhůru, dolů do podložky i do stran) a nádech do břicha včetně spodního břicha (opět se břicho rozpíná do všech směrů včetně směrů do stran a do podložky). Střídáme nádechy do břicha a do hrudníku. Dýchání je pomalé a klidné. Dokážete vnímat, jak je střídavě výš jedna a při příštím nádechu druhá část? Mohou jít obě nahoru úplně stejně?

A4. Dýchání do břicha a aktivace hlubokého stabilizačního systému (HSS) 2

Cíl: vliv na hluboké svaly břicha, protažení bederních vzpřimovačů, posílení mezi-
lopatkových svalů

Instrukce: Žáci si lehnou na záda, skrčí přednožmo a chytanou se za kolena. S nádechem kolena tlačí proti odporu paží směrem ke stropu. S výdechem vše povolí. Osmkrát zopakujte. Zkontrolujte žákům ramena na podložce tažená směrem k pánvi, hlavu na podložce vytaženou za temenem a dýchání.

Modifikace: U některých žáků se SVP bude potřebná pasivní dopomoc. Lze cvičit pouze s jednou DK, druhá je pokrčená nebo položená na švédské bedně.

Věděli jste, že...?

Kontrakce může být izometrická (sval je v napětí, ale nekoná se pohyb) a dynamická (sval provádí pohyb). U dynamické dále rozlišujeme koncentrickou (zkrácení svalu, „move“, způsobuje pohyb) a excentrickou kontrakci (natažení svalu, brzdí nebo zpomaluje pohyb – pomalé vracení zpátky). U dechových cvičení využíváme izometrickou kontrakci a postizometrickou relaxaci. Příkladem je cvičení A4: zatnutí svalů s nádechem a povolení svalů s výdechem.

Dechová cvičení mají pozitivní vliv na svaly, orgány i psychiku. Podporují například činnost střev. Lze jimi aktivovat a posílit hluboký stabilizační systém.

B. Zdravá noha a vnímání aneb nauč svého robota novým dovednostem



B1. Základní jednoduchá diagnostika

Pomůcky: papíry A3 nebo A0, psací potřeby, popř. vodové barvy

Cíl: diagnostika nohy (chodidla), rozvoj teoretických znalostí o noze

Instrukce: Žáci utvoří dvojice. První si stoupne bos nohama na papír a druhý obkreslí celá jeho chodidla. Pak se vystřídají. Obkreslené chodidlo je základem pro diagnostiku nohy. Lepší diagnostiku získáme, když obě celá chodidla nabarvíme vodovými barvami a projdeme se po velkém archu papíru (stačí celkem 4 stopy). Určete s žáky, kdo má zdravou nohu (písm. b na obrázku) a komu se pod podélnou klenbu vejdou dva prsty, kdo má plochou nohu (písm. a na obrázku) nebo nohu s vysokou podélnou klenbou (písm. c na obrázku). Určete typ nohy: I. egyptská (2. prst je kratší než palec, 70 % populace), II. řecká (2. prst je delší než palec) a III. čtvercová. Dále zjistěte, kdo má vbočený palec a kdo ne. Zařaďte cvičení nohou do TV a diagnostiku po určité době opakujte.

Modifikace: U žáka se SVP se zrakovým postižením nalepte po obvodu nakreslené čáry provázek. Případně lze chodidlo vystříhnout ze silné látky. Když jsou k dispozici papíry a psací potřeby, zkuste nohou nakreslit (namalovat) obrázek nebo něco napsat (např. vzkaz pro kamaráda, který pak odpoví). U žáků se SVP, kteří nohou nic neudrží, lze malovat prsty nebo kteroukoliv částí nohy (využití obtisků).

B2. Robot v Egyptě a na zahrádce

Pomůcky: víčka od PET lahví, lano nebo kloboučky, (žíněnky, lavička atd.)

Cíl: rozvoj vnímání, citu a funkce nohy, rozvoj jemné motoriky nohy, protažení svalů prstů, prokrvení DK, prevence ploché nohy a dalších poruch nohy

Motivace: Každý má svého robota. Robot je ještě malý a půjde teprve do robotů školy. Budeme ho tedy učit mnoha novým dovednostem formou hry. Dnes ho zajímají dějiny a příroda. Vaše nohy budou představovat ruce vašeho robota. Teď jste roboti vy a musíte se naučit jemnou práci prstů.

Instrukce: Žáci bez bot a ponožek jsou v pozici raka: vzpor vzadu sedmo, pokrčit DK. Ruce robotů představují DK žáků a své ruce naopak nesmí používat. Před nimi jsou víčka, ze kterých budou stavět pyramidu (do výšky). Každý robot má za úkol si odnést víčko po víčku (cca 6) do svého domečku. (Domečky jsou vyznačeny například kloboučky nebo kruhem z lana ve vzdálenosti 4 m od hromádky všech víček.) Až shromáždí 6 víček, můžou začít tvořit. Žáci by měli víčko prsty u nohou uchopit a přenést, není účelem víčko pouze sunout po zemi. Dále z pyramid utvoří kytičku. Když mají všichni žáci hotovo, využijeme nerovného povrchu a projdeme se bosky. Procházíme se po kytičkách, laně, přidáme měkké žíněnky, dřevěnou lavičku, pružnou trampolínu, studené dlaždičky atd. a pak si o vjemech s žáky popovídáme v rámci zpětné vazby: Co bylo příjemné? Co nepříjemné?

Modifikace: U žáků se SVP s tělesným postižením lze cvičení provádět (nepreferovanou) HK, nicméně pak doplňte cvičením na plosku nohy, např. v podobě masáže různými míčky. Žákovi se zrakovým postižením lze položit mezi hromádkou a domečkem švihadlo. Procházku po víčkách udělejte ve dvojicích: jeden žák má oči zakryté šátkem nebo klapkami a druhý je jeho průvodcem.

B3. Robot „malou nohu“ má

Pomůcky: teplé prostředí, podložky, tenisák, míče, úseče, bosu

Cíl: rozvoj podélné klenby nožní, rozvoj vnímání, citu a funkce nohy, rozvoj rovnováhy a koordinace, prokrvení DK, protažení svalů nohy, prevence ploché nohy a dalších poruch nohy

Instrukce: Nejprve si ukážeme tři opěrné body, na kterých robot stojí (teď jsou nohy žáků nahrazeny robotů). Je to pata a polštářky pod kloubem palce a malíčku. Teď se na ně bez bot a ponožek postavíme: vzpřímený úzký stoj rozkročný na podložce, opora na třech zmíněných bodech. Zkontrolujeme, že oba palce

směřují dopředu a že jedna noha není víc vpředu než druhá. Žáci si představí, že jim pod podélnou klenbu vlezl malý brouček a oni mu chtějí umožnit prolézt a vylézt druhou stranou ven. Přiblížením bodů opory (obou bodů pod klouby palce i malíku k bodu na patě) docílíme vyklenutí nártu a tím i zkrácení nohy. Prsty se však nekřčí ani nezvedají, zůstávají volně položené na podložce. Pohyb nemusí být z počátku takřka znatelný, ale opakováním k němu dojdeme. Uvolníme a zopakujeme ještě 2×. Cvičení proložíme masáží chodidla. Položíme si na zem tenisák a jednou nohou na něj částečně přeneseme váhu. Zkusíme dělat krouživé pohyby, válet po něm nohu předozadně včetně masáže paty, prstů atd. Využít můžeme válce, úseče či různé povrchy (přírodní chodníčky) pro masáž a prokrvení chodidla. Prostřídejte běžnou chůzi a chůzi po špičkách, po patách a po vnějších nebo vnitřních hranách chodidel. Poté se vrátíme k cvičení „malé nohy“, které zopakujeme a sledujeme, zda nám teď jde lépe. Roboti, kteří zvládli malou nohu, mohou pokračovat s náročnějšími úkoly. Bosí stojíme ve dvojicích naproti sobě, uděláme „malou nohu“ a házíme si s míčem obouruč trčením. To samé na jedné DK. Bosí stojíme ve dvojicích na bosu naproti sobě, uděláme „malou nohu“ a házíme si s míčem. To samé na jedné DK.

Modifikace: „Malou nohu“ lze provádět i bez zrakové kontroly. U cvičení můžeme sedět na židli nebo gymballu, avšak abychom zachovali váhu na chodidlech, sedíme pouze na hýždích.

Věděli jste, že...?

Noha (chodidlo) má význam pro naši stabilitu a vnímání. Rovnováha mezi kostním a svalovým systémem chodidla vede ke správnému postavení kolenního a kyčelního kloubu, pánve, celé páteře, ramen a lebky. Noha je tedy základnou pro lidské tělo.

Svět kolem sebe vnímáme mnoha smysly. Většinou nejvíc zrakem a sluchem, ale také hmatem. Pro pohyb je však důležitý ještě jeden smysl, a to kinestezie, tedy vnímání pohybu. Vnímání dodává mozku informace a na jejich základě se plánuje pohyb. Když nejsou informace dobré, když nemáme naše smysly vycvičené a ony nedodávají správné informace v pravý čas, pohyb je nekoordinovaný. Proto je zkvalitňování vnímání nesmírně důležité.

Abychom mohli zaměřit pozornost na vnímání našeho těla, je potřeba se „obrátit dovnitř“. Někdy pomůže, když na chvíli vynecháme náš dominantní smysl, tedy zrak, a zakryjeme si oči.

V této části jsme využili senzomotorickou stimulaci podle prof. Jandy: „Malá noha“.

Co dodat? Když zlepšíme vnímání, zlepšíme funkci.

C. Cvičení středu a osy těla

C1. Základní jednoduchá diagnostika funkce středu a osy těla

Instrukce: Pro zjištění správné funkce svalů (zapojení těch správných a relaxování těch ostatních), tzv. koaktivace, se využívá model tříměsíčního kojence. Dítěti se v tomto věku začínají do funkce zapojovat tzv. svaly fázické (převážně extenzory, zevní rotátory a abduktory), tedy svaly, které pracují ve smyslu

vzpřímeného držení těla. Pro tříměsíčního kojence je typické pasení hříbátek a zvedání pokrčených DK do úhlu 90° v kyčli, koleni i hleznu v poloze na zádech. V prvním cviku sledujte, že ruce a předloktí jsou aktivní (odtlačují se od podložky), ramena široká a zasazená dolů směrem k pánvi, lopatky neodstávají, hlava je v prodloužení trupu a zvedání hlavy vychází z břicha, nikoliv z beder. Druhý cvik kontroluje, zda jsme schopni zapojit všechny břišní svaly, nejenom přímý sval břišní. Žáci jsou rozděleni do dvojic. Jeden leží na zádech s pokrčenými DK. Druhý žák cvičení sleduje a podle instrukcí učitele pomáhá určit správně či nesprávně provedenou cviku a jeho částí.

C2. **Vajíčko** – uvolnění, protažení bederních vzpřimovačů

Zařazení: vždy před posilováním břišních a hýžďových svalů, kdykoliv při napětí v oblasti páteře

Instrukce: Klek sedmo na patách, hluboký ohnutý předklon, čelo na podložce, HKK podél těla, uvolnit celé tělo. Uvolnit šiji, ramena, HK, bedra a navodit pocit propadání se do podložky. Pro lepší protažení bederních vzpřimovačů se můžeme pokusit o vyhrbení v bederní části páteře, a to nejlépe nádechem do celé oblasti dolní části trupu.

Modifikace: Vajíčko lze cvičit i na zádech (leh, skrčit přednožmo povýš, chytit kolena předloktími), nebo stejným způsobem na boku. Pokud není žák se SVP pozice schopen sám, zkusíme jej do jedné z poloh dostat s dopomocí, pozice má však být příjemná. U žáků např. se spazmy dojděte jen do takové fáze, která jeho spazmy nebude zvyšovat. Když tuto fázi s žákem prodýcháte a ucítíte postupné uvolnění svalů, můžete se s výdechem posunout o další krůček dále.

C3. **Kočka** – mobilizace páteře v předozadní rovině, protažení vzpřimovačů páteře

Zařazení: před i po velkém zatížení oblasti páteře, jako jsou skoky, výskoky, silová cvičení s rotací páteře, posilovací cviky se zátěží, prevence přepětí a bolesti zad

Instrukce: Vzpor klečmo, ruce jsou aktivní (odtlačují se od podložky), lokty mírně pokrčeny (nejsou zamčené) a směřují dozadu (podél těla), ramena nad rukama, široká a zasazená dolů směrem k pánvi (záda ani hlava v ramenou „nevisí“), lopatky neodstávají, hlava je v prodloužení trupu, bedra nejsou propadlá. Cvičíme kočku: vyhrbení a prohnutí. Pohyb zahájíme podsazením pánve a stažením hýždí, bradu zatlačíme do hrdelní jamky. Při prohnutí opět pohyb zahájíme pánví, snažíme se i o hrudní prohnutí (nikoliv jen bederní) a zároveň se snažíme o záklon v krční páteři, neděláme zákyv hlavy. 6–8 opakování.

Modifikace: Tento cvik lze provádět na předloktích v podporu, anebo naopak s přidáním zvýšené plochy ve vzporu s rukama např. na lavičce. U žáků se SVP a žáků se zhoršenou senzoričkou a propriocepcí (vnímání polohy částí těla) bude třeba uhlídat správné provedení cvičení. Můžeme cvičit i ve dvojicích, kdy jeden žák cvičí a druhý jej opravuje a rovná.

C4. **Uvolnění svalů páteře** – mobilizace páteře v boční rovině

Zařazení: před i po velkém zatížení oblasti páteře, jako jsou skoky, výskoky, silová cvičení s rotací páteře, posilovací cviky se zátěží, prevence přepětí a bolesti zad

Instrukce: Vzpor klečmo (srovnání v základní pozici viz výše v cviku C2). Úklon vpravo se současným vytočením bérců vpravo, podívat se na nohy a chvíli vytrvat. Zpět a to samé vlevo, hlava i DK se přesouvají současně. 6–8 opakování.

Modifikace: Viz výše v cviku C2.

C5. **Spinální cvičení** – mobilizace páteře pomocí torze obratlů, protažení vzpřimovačů páteře, protažení svalů šíje

Zařazení: před i po velkém zatížení oblasti páteře, jako jsou skoky, výskoky, silová cvičení s rotací páteře, posilovací cviky se zátěží, prevence přepětí a bolesti zad

Instrukce: Leh pokrčmo, spojíme kolena i kotníky k sobě, upažit. Pánev pomalu přetáčíme na jednu stranu a hlavu současně na stranu druhou. Ramena zůstávají na podložce, kolena zůstávají spojená. Vrátime se zpět do výchozí pozice a přetáčíme pánev a hlavu na druhou stranu. 3–4 opakování.

Modifikace: Při cviku můžeme v krajní poloze zastavit a prodýchat. U těchto tzv. spinálních cviků můžeme využít různé varianty: a) leh, patu pravé opřít o špičku levé, upažit, b) leh, skrčit pravou, chodidlo opřít o koleno levé DK, upažit atd. U žáků se SVP můžeme dopomoci nebo cvičit pasivně.

C6. **Protažení prsních svalů**

Zařazení: vždy před posilováním mezilopatkových svalů, prevence protrakce ramen (ramena předsunutá vpřed) a zvětšené hrudní kyfózy (kulatých zad) v případě, že následně posílíme i mezilopatkové svaly; pozn.: posílit mezilopatkové svaly bychom měli vždy, než zařadíme kliky.

Instrukce: Vzpor klečmo, paže v prodloužení trupu, dlaně dál od sebe než na šířku ramen. Hlava je v prodloužení trupu, lopatky neodstávají, bedra nejsou prohnutá. Ramena zlehka zatlačíme směrem do podložky (protáhneme prsní svalstvo) a povolíme. 6–8 opakování.

Modifikace: U žáků se SVP můžeme dopomoci. U žáků se spazmy, kteří se do této pozice nedostanou, můžeme využít jiná cvičení na protažení prsních svalů, např. cviky pro každou HK zvlášť (stoj/sed, pokrčit upažmo předloktí vzhůru, opřít se předloktím a dlaní o překážku a zatlačit trupem a ramenem vpřed), nebo vleže na zádech s upažením povýš můžeme žákovi protáhnout svalstvo pasivně. Nejlépe míčkováním sem a tam ve směru vedoucích vláken svalu (od ramene směrem k hrudní kosti).

C7. Protážení svalů zadní strany dolních končetin s uvolněnými bederními vzpřimovači

Pomůcky: švihadlo

Zařazení: vždy po běhu, po posilování DK, po posilování se zátěží, před i po skocích, výskocích a jiných odrazech, před posilováním hýžďových svalů

Instrukce: Leh, švihadlo zachytit za chodidlo PDK (s dorzální flexí v hleznu – „fajfka“) a s propnutým kolenem ji za pomoci zádových svalů přitáhnout do přednožení povýš podle rozsahu. Protáhnout. Hlava je volně na podložce. Druhá DK je na podložce. Během cvičení přirozeně dýcháme a s výdechem můžeme zkusit přitáhnout nohu ještě víc. To samé LDK.

Modifikace: Účinněji tento cvik zacvičíme, pokud přidáme rotaci a vytočíme špičku vpravo a pak vlevo. U žáků se SVP můžeme dopomoci nebo cvičit pasivně. Pokud není žák se SVP cviku schopen, zkusíme jej do pozice dostat. U žáků např. se spazmy dojdete jen do takové fáze, která jeho spazmy nebude zvyšovat. Když tuto fázi s žákem prodýcháte a ucítíte postupné uvolnění svalů, můžete se s výdechem posunout o pár milimetrů dále.

C8. Aktivace hlubokého stabilizačního systému (HSS), core training

Pomůcky: čtverec z ustříženého koberce (cca 40 × 40 cm) nebo flowin

Zařazení: až po zvládnutí správně provedeného vzporu a podporu (hlava v prodloužení trupu, ruce nebo předloktí jsou aktivní – odtlačují se od podložky, lokty mírně pokrčeny – nejsou zamčené a směřují dozadu (podél těla), ramena široká a zasazená dolů směrem k pánvi, lopatky neodstávají, bedra nejsou propadlá, hýždě nejsou vystrčené)

Instrukce: Ve dvojicích udělá jeden žák podporu na předloktích vzadu ležmo (předloktí na čtverci koberce), zpevní se jako „prkno“ a druhý jej chytne za kotníky a zvedne jej do výšky. Úkolem je spolužáka táhnout za sebou k čáře (na šířku tělocvičny) a pak tlačit zpět před sebou. Žák v podporu musí udržet „prkno“.

Modifikace: To stejné lze dělat v podporu na předloktích ležmo (čelem dolů), ve vzporu ležmo (klik) nebo ve vzporu vzadu ležmo apod. Variantou bez kluzké podložky může být provedení vzporu (podporu) ležmo při spojení kotníků i kolen k sobě, druhý žák chytí oběma rukama spolužáka za kotníky, zvedne do výšky svých kolen a střídavě pouští pravou nebo levou DK. Žák ve vzporu (podporu) má za úkol udržet kotníky u sebe.

Věděli jste, že...?

Odstávající lopatky a vyvalená břicha s prohnutými bedry mohou u žáků vypovídat o možné svalové dysbalanci, která jim může v budoucnosti přinést vážné zdravotní problémy a komplikace. Svalové dysbalance mohou být sledovány v oblasti pánve, břicha a bederní části páteře nebo v oblasti pletence ramenního, hrudní části páteře, krku a hlavy. Nejčastěji se však jedná o celý řetězec, který na sebe navazuje článek po článku, neboť i všechny pohyby těla jsou vzájemně spjaty.

Mezi patologie v oblasti páteře patří:

- dolní zkřížený syndrom (sklopená pánev: zkrácené bederní vzpřimovače a flexory kyčlí, ochablé hýžděvé a břišní svalstvo)
- horní zkřížený syndrom (zkrácené horní fixátory lopatek, prsní svaly, kývače hlavy a extenzory šíje, ochablé dolní fixátory lopatek, mezilopátkové svaly a flexory šíje)
- skoliotické držení (např. jednostranná zátěž, špatná obuv nebo ploché nohy, dlouhodobé sezení, nestejná délka končetin, nošení tašek na jednom rameni, stavy po úrazech)

V této části jsme využili cvičení podle Ludmily Mojžíšové a spinální cviky podle Jiřího Čumpelíka.

D. Techniky posturální korekce (správné držení těla)

D1. Základní jednoduchá diagnostika

Instrukce: Ve dvojicích se jeden žák postaví zády ke stěně, zaujme správný postoj a druhý hodnotí: spustíme-li z hrbolu kosti týlní olovnici (nebo pomyslnou kolmici), musí se dotýkat hrudní kyfózy, projít mezi hýžděmi a skončit mezi patami ve středu přímky, která jejich konce spojuje. Prostor mezi stěnou a krční páteří je něco málo přes 2 cm a mezi stěnou a bederní páteří jsou necelé 3 cm. Čím větší sledujete rozdíl mezi klidovým a vzpřímeným postojem, tím horší je správné držení páteře.

D2. Posturální korekce aneb surikata na stráži

Motivace: Surikaty pobíhají, hrají si a dovádějí, ale nejméně jedna z nich vždycky dobře hlídá. Postaví se na zadní a rozhlédne se.

Instrukce: Hlídkající surikata chce stát úplně vzpřímeně. Pevně se opírá do tlapek. Nohy má na šířku pánve. Představte si, že máte ocásek jako surikata (o něco menší než má klokan) a ten svojí tíhou směřuje k zemi – pánev se tak trochu posadí. Žáda narovnat. Hlava směřuje vzhůru, ale nezaklání se. Střídáme uvolněné pobíhání (ev. pobíhání po čtyřech) a vzpřímení. Žáci se ve funkci „hlídkáč“ surikaty střídají (např. hlídají postupně ti narození v lednu, v únoru, dívky, chlapci atd.).

Modifikace: U žáků se SVP se zrakovým postižením může být větší tendence k předsunutí hlavy a shrbení zad. Kompenzací je třeba věnovat zvýšenou pozornost. Posturální korekce je důležitá i u žáků sedících na vozíku. Pomůžeme najít vzpřímený sed. V případě potřeby hledáme možnost vypodložení.

D3. Posturální korekce v lehu na zádech

Instrukce: Pokuste se co nejvíce se prodloužit – za patami a za vzpaženými HKK do dálky. Povolte. Zůstaňte ležet a vnímejte, jak jsou záda v bedrech prohnutá. Prolezla by tam žížala? Proběhl by tam křeček? Zkuste přilepit záda k podložce. Jde to úplně? A co ramena? Směřují ke stropu? Je možné je přilepit k podložce? A co hlava? Je vzpřímená, nebo v záklonu? Je možné ji narovnat a protáhnout v ose do dálky?

D4. Trénink posturální korekce se zátěží

Pomůcky: látkové pytlíky s rýží či luštěninami (cca 100–200 g) nebo polovyfouknutý overball, sešit, PET víčko, ringo kroužek aj.

Instrukce: Trénování vzpřímeného držení s předmětem na hlavě. Nejprve jen stoj, pak zvedání nohou a rukou, dále chůze a nakonec procházení trasou s drobnými překážkami.

Věděli jste, že...?

Z pouhého pohledu může zkušený odborník usuzovat na trénovanost, vyváženost svalové funkce a někdy i celkové napětí a ladění jedince. Držení těla neboli postoj či postura vypovídá o jedinci mnohé. Posturální odchylky, tedy neideální držení těla, jsou jednou z nejčastějších funkčních poruch pohybového systému. V každé třídě běžně vidíme žáky s předsunem hlavy, „kulatými zády“ (hyperkyfózou hrudní páteře), odstávajícími lopatkami, rameny vytaženými vpřed (protrakcí ramen), povoleným břišním svalstvem, odchylkami os dolních končetin (kolena vbočená nebo prolomená vzad), plochýma nohama.

Držení těla má přitom zásadní vliv nejen na pohybový systém, ale i na funkci vnitřních orgánů a na psychiku. Je vhodné nejen v TV usilovat o zlepšení držení těla.

V rámci této části si lze rozšířit obzory o správném držení těla podle Feldenkraise nebo Lewitové (dříve Hermachové), skrze Alexandrovu techniku nebo pomocí Brüggerova modelu ozubených kol.

E. Relaxace a cvičení s myslí

E1. Základní jednoduché krátké nebo delší zklidnění

Instrukce: Základní jednoduché zklidnění po dynamické aktivitě – lehnout na záda, uvolnit, zavřít oči. Na začátku stačí pár vteřin. Popřípadě delší zklidnění s relaxační hudbou.

E2. Koncentrace na tělesné sebeuvědomění

Instrukce: Koncentrace na tělesné sebeuvědomění – vnímat své tělo, kde leží ruce, kde nohy? Jsou obě stejně vtočené či vytočené? Jsou špičky stejně natažené? Kam dýcháte? Do břicha, nebo do hrudníku? Neovlivňujte to, jen to pozorujte. Se zavřenýma očima si představte sami sebe v prostoru. Vzpomenete

si, vedle koho ležíte? Jak daleko jsou vaše nohy ode zdi? A hlava? Základní relaxaci doplňujeme o otázky, které mají za cíl prohloubit tělesné sebeuvědomění. Rozvíjíme tak vedle schopnosti relaxace i polohocit a pohybovit. Poruchy tělesného vnímání často korespondují s poruchami motoriky, proto je to důležité.

E3. Relaxace a rozvíjení představivosti

Instrukce: Rozvíjení představivosti pomocí navození příjemných představ. Vnímejte tuto hudbu – jaké ve vás vyvolává představy? Vnímejte hudbu a představte si procházku letní krajinou. Představte si strom – kde roste? Jak je vysoký? Je Jehličnatý nebo listnatý? Má plody? Představte si moře, studánku atd. Pracujeme s rozvíjením dětské fantazie. Necháváme žáky, aby si své představy sami dokreslovali, a povzbuzujeme je otázkami.

E4. Relaxace s využitím Schultzova autogenního tréninku

Instrukce: Princip Schultzova autogenního tréninku spočívá v představivosti a imaginaci. Položte se, zavřete oči, uvolněte se a vnímejte svůj dech. Cítíte příjemné teplo a tíhu ve vašich končetinách. Pomalu a zhluboka se nadechněte a pomalu vydechněte. Ležte klidně, vaše ramena jsou těžká, HK jsou těžké jako z olova atd. (vyjmenujte části těla). Jindy se můžeme více zaměřit na teplo v končetinách, klidný dech, pravidelnou srdeční frekvenci, pocit tepla v nadbřišku nebo chladné čelo. U skupiny žáků z vyšších ročníků předem vysvětlíme principy představy tepla a tíhy.

E5. Progressivní relaxace podle Jacobsona

Instrukce: Aktivity na principu Jacobsonovy progresivní relaxace pracují se střídáním a rozlišováním fází aktivace (napětí) a relaxace (uvolnění). Zkuste zamračit čelo nebo zatnout ruku v pěst a sledovat, kde je napětí a jak je silné, pak úplně uvolněte a sledujte rozdíl mezi tímto stavem a předchozím napětím. Postupovat lze systematicky: ruce, paže, obličej, šíje, ramena, hrudník, břicho, bedra, DK.

E6. Pohybem k sebeuvědomění malého bobříka

Instrukce: Vnímání pomalého pohybu využívá ve své metodě např. M. Feldenkrais. V relaxaci je pozornost zaměřena na různé pohyby, které se postupně stávají složitějšími. Když ležíme na zádech a chceme se převalit na bok, kde ten pohyb začíná? A jak pokračuje? Jde to ještě pomaleji? Na kterých bodech spočívá váha trupu? A jak se to mění v průběhu pohybu?

Věděli jste, že...?

Relaxační postupy si kladou za cíl fyzické, psychické i emocionální uvolnění. Děti se jim učí snadno, neboť mají barvitou představivost a bohatou fantazii. Přesto se relaxaci musí postupně naučit. Mezi základní zásady patří: ležet klidně, vnímat sám sebe a nerušit ostatní.

V této části jsme využili Schultzův autogenní trénink, Jacobsonovu progresivní relaxaci a metodu Pohybem k sebeuvědomění podle Feldenkraise.

Poznámka na okraj: Fyzická aktivita ovlivňuje psychiku a kognitivní výkon – a naopak. „Ve zdravém těle zdravý duch“ je heslo, které připomíná úzkou souvislost mezi tělesnými a duševními procesy. S „hlavou“ je zkrátka při cvičení dobré počítat. Jen vědět, jak na to.

4.5

Hodnocení v ITV



„Nedostatek iluzí, snaha snižovat a skepticizmus vedou ke stejně vážným omylům v hodnocení jako přemíra iluzí, nadšení a víra.“ Jean Dutourd

Ondřej Ješina

Hodnocení vychází z posouzení míry dosažení očekávaných výstupů formulovaných ve školních vzdělávacích programech, případně plánu pedagogické podpory či individuálním vzdělávacím plánu. Hodnocení je pedagogicky zdůvodněné, odborně správné a doložitelné. Nemělo by být čistě subjektivní, ale mělo by být postaveno na maximálně možných objektivních kritériích, která jsou měřitelná. Tato měřitelnost však může mít i kvalitativní charakter, zdaleka se nejedná pouze o „fyzikální“ měřitelnost dosažených časů či vzdáleností. Ve zkratce uvádíme několik poznámek k hodnocení:

- Hodnocení v sobě zahrnuje znalost vstupních a výstupních dat i průběhu pedagogického procesu.
- Hodnocení se týká i dosažení či nedosažení vytyčených individuálních cílů.
- Hodnocení je měřitelné podle vytyčených kritérií. Ta mohou být kvalitativní i kvantitativní.
- Hodnocení není pouze známkování.
- Hodnocení není pouhé měření.
- Hodnocení nemusí být nastaveno ve vztahu k celostátním normám či průměru ani k průměru ve třídě.
- Hodnocení může být nastaveno individuálně, tedy ve vztahu ke zlepšení v průběhu školního roku či jiného časového vymezení s ohledem na specifika progredující či regredující diagnózy žáka.

Hodnocení je možné fundovaně vytyčit pouze tehdy, pokud respektuje cíle, které jsme si na začátku časového období (školní rok) nebo v jeho průběhu určili. Legislativní normy umožňují hodnotit závěrečnou známku, tedy numericky, nebo slovním popisem. Navzdory různým názorům se ztotožňujeme s tím, že by při realizaci plánu pedagogické podpory nebo IVP v ITV měl být brán zřetel

na názor a přání rodičů. Pokud jsou zastánci numerického hodnocení, není důvod je přesvědčovat o opaku. Potom však v praxi narážíme na běžný problém, že vlastně u nás řada učitelů TV neumí hodnotit. K tomuto závěru nás vedou nejen výsledky některých našich výzkumných šetření, ale zejména poznatky z praxe a případové studie, které nikdy do výzkumů zařazovány nebyly. Je velmi obtížné stanovit úpravy hodnocení do přílohy IVP pro ITV, když učitel není schopen správně popsat svoje vlastní kritéria hodnocení u žáků bez SVP v běžné TV. Je však zřejmé, že vlivů, které vstupují do hodnocení, může být celá řada a citlivé posouzení je vždy v kompetenci pedagogů.

Poznámka na okraj: Často se setkáváme s tím, že učitel nechce (zejména na I. stupni ZŠ) žáka demotivovat, ale naopak vést k pohybu až nekritickým hodnocením. V praxi jsme však bohužel svědky opačného efektu. Žák se SVP postupem času ví, že dostane stejnou známku (ať jedničku nebo dvojku) bez ohledu na to, jestli u něj subjektivně nebo objektivně došlo ke zlepšení. Učitelé mají tendenci porovnávat hyperkriticky s obecnými výkony spolužáků, nebo naopak nekriticky.

Technika „kouknu a vidím“ se stejně jako v diagnostice vstupní nebo výstupní (evaluaci) neuplatňuje dobře analogicky ani ve výsledném hodnocení. Pokud se tedy zaměříme na podpůrná opatření v TV, pak je nutné společně s konzultanty APA najít právě ta kritéria hodnocení žáka se SVP, která jsou měřitelná, přiměřeně dosažitelná, ale dostatečně rozvíjející. Jak už bylo výše uvedeno, hodnocení a správné nastavení cílů jsou spojené nádoby. Při respektu k tradičnímu stanovení vzdělávacích, výchovných a zdravotních cílů je vhodné doplnit specifické cíle. Ty respektují přání rodičů, případně vyplynou z rozhovoru s nimi.

Příklad z praxe X: Při zjišťování kritérií hodnocení žáků v TV jsme se dostali k zajímavým pedagogickým závěrům. Zjistili jsme, že někteří učitelé nemají kromě kvantitativních (většinou nějaké výkonnostní tabulky) jiné objektivně měřitelné postupy, jak hodnotit. Ale i ty nakonec nerespektují konečnou známku. Zajímavý

(nikoliv ojedinělý) byl názor jednoho ze zkušenějších učitelů TV. Parafraze: „Žák měl např. v průběhu školního roku 2, 2, 2, 1, 3 za svoje výkony. Já jsem však u něj viděl, že se snaží, tak dostal na konci tohoto roku z TV 1. Nevidím důvod, proč bych mu měl kazit vysvědčení.“

Nekritický přístup k žákovi se SVP či absence hodnocících kritérií v TV u všech žáků bývají negativně přijímány i ostatními spolužáky. Někdy je tedy efekt opačný než původní motivace pedagoga, s negativním dopadem na celou třídu. Kritérii hodnocení však zdaleka nemusí být pouze splnění či nesplnění absolutních výkonů. Možnostmi pro stanovení kritérií vhodných pro závěrečné hodnocení může být:

- a) zlepšení žáka se SVP (komparace s vlastními výkony na začátku roku či před výukovým blokem konkrétní pohybové aktivity);
- b) zvýšená kvalita pohybového vzorce (strukturovaný záznamový arch);



Obrázek 57: Inspirace pro hodnocení ITV

- c) zvýšení zájmu o pohybové aktivity ve volném čase (strukturovaný rozhovor, actigraph);
- d) úroveň znalostí z oblasti TV a sportu (didaktický test, samostatné úkoly);
- e) úroveň znalostí z oblasti vnímání pohybu pro zdraví (didaktický test, samostatné úkoly);
- f) zvýšení zapojení do pohybových aktivit (strukturované pozorování);
- g) zvýšení zájmu a vlastního zapojení do pohybových aktivit (chytré hodinky, sporttester, krokoměr);
- h) zlepšení dovedností při používání sportovně-kompenzačních pomůcek (pozorování);
- i) prezentovaná znalost pravidel vybraných sportů (zkoušení, didaktický test);
- j) splnění jiného samostatného alternativního úkolu ve vztahu k ostatním spolužákům (prezentace specifického tématu ostatním – např. paralympijské hry, medailonek sportovce s postižením apod.).

Způsoby a předmět hodnocení by však neměly opouštět původně nastavené cíle. Měly by být nejen v souladu s nimi, ale sloužit i jako podklad pro ŠPZ jako doklad adekvátnosti nebo deficitu podpůrných opatření. Splnění cílů a jejich hodnocení částečně odráží i následující otázky. Ty mohou být inspirací pro pedagogické pracovníky ve vztahu ke zprávě, kterou může jako relevantní podklad hodnocení poskytnout ŠPZ.

1. Je žák v hodině TV aktivní?

(úplně souhlasím – částečně souhlasím – méně souhlasím – nesouhlasím)

2. Převažující postup při začlenění žáka do výuky TV:

(s asistentem – bez asistenta – s ostatními spolužáky – individuálně)

3. Jako pedagog jsem schopen/schopna vždy samostatně vymyslet modifikace k dané aktivitě v TV.

(úplně souhlasím – částečně souhlasím – méně souhlasím – nesouhlasím)

4. Využívám jako pedagog pomůcky pro TV získané z podpůrných opatření?

(úplně souhlasím – částečně souhlasím – méně souhlasím – nesouhlasím)

5. Jaké pomůcky mám jako pedagog ve škole k dispozici z podpůrných opatření (PO)?
6. Využívám jako pedagog kromě pomůcek z PO i jiné pomůcky? Pokud ano, které? Z jakých zdrojů je škola získala?
-
7. **Naše doporučení (potřeba) pomůcek pro příští období**
-
-
8. Účast žáka na vzdělávání mimo budovu školy:
- a) lyžařský výcvik (zúčastnil se – nezúčastnil se – nebyl realizován)
 - b) plavecký výcvik (zúčastnil se – nezúčastnil se – nebyl realizován)
 - c) škola v přírodě (zúčastnil se – nezúčastnil se – nebyl realizován)
 - d) výlety, exkurze (účastní se – někdy se účastní – neúčastní se)
 - e) další aktivity
9. Zapojuje se žák do další organizované činnosti školou nebo školským zařízením? (družina, DDM, internát, školní klub)
- ANO/NE (pokud ano, do jakých?)
10. Zapojuje se žák do jiných mimoškolních aktivit?
- ANO/NE (pokud ano, do jakých?)
11. Navštěvuje žák fyzioterapeuta?
- ANO/NE (pokud ano, jak často?)
12. Od kterého roku se žák účastní TV?
13. Hlavní cíl, který si pedagog stanovil při práci s žákem – v oblasti fyzické, psychické, sociální:
-
-
-
-

14. Dosažené pokroky, progres/regres za dané období v oblasti fyzické, psychické, sociální:

.....

.....

.....

.....

15. Na co je vhodné se dominantně zaměřit při další práci?

(samotný žák – kolektiv třídy – pedagogové – rodiče – škola)

.....

16. S rodiči žáka se spolupracuje:

(výborně – hodně dobře – dobře – méně dobře – špatně)

17. Další poznámky (celkové zhodnocení, nedostatky, nápady na zlepšení, atp.)

Datum vyplnění:

Podpis pedagoga:

Shrnutí kapitoly 4:

Ačkoliv zobecňovat v kontextu ITV je velmi ošidné, přesto mezi základní, v pedagogice platné postupy implementovatelné i v ITV patří stanovení výchovně-vzdělávacích cílů, diagnostika podmínek, příprava tam, kde aktuální podmínky nevyhovují, realizace a následná evaluace celého procesu. Nastavení cílů je nezbytnou součástí pro následné modifikace obsahové části. Diagnostika je pak v kombinaci se stanovenými cíli klíčová pro stanovení hodnocení. To je součástí celého pedagogického procesu stejně jako obsah. Pedagogové v kontextu TV mají často problém se stanovením kritérií hodnocení. Pak jen velmi obtížně chápou úpravy pohybových aktivit, protože celou řadu věcí realizují intuitivně. Omezují se někdy na své často letité zkušenosti, které se však jeví limitní při začlenění žáka se SVP, se kterým nemají v dosavadní praxi žádné zkušenosti.

Doporučujeme tedy prokonzultovat návrhy obsahu, možnosti využití sportovně-kompenzačních pomůcek, modifikace jednotlivých činností, spolupráci při instruování podpůrného pedagoga nebo stanovení diagnostických kritérií s externími poradenskými pracovníky. To v kombinaci s jejich pedagogickou erudicí a znalostí prostředí umožňuje větší šanci pro realizaci společných aktivit v ITV ku prospěchu všech žáků, s respektem k jejich potřebám i přáním rodičů či jiných zákonných zástupců.

Společný závěr aneb Knihy je dobré číst až do konce

„Vzdělávací systém. Vzdělávání je vždy systém, provázaný celek obsahu, formy, organizace a úzkého vztahu mezi poskytovatelem a uživatelem. Špatný systém nelze změnit ani zlepšit separovanými úpravami jednotlivých dimenzí (jako např. prosté nalítí peněz) – ty špatný systém pouze utužují a jeho výkonnost jen zhoršují. Lepšího systému lze dosáhnout pouze změnou organizace všech jeho výše zmíněných složek.“ Milan Zelený

Ondřej Ješina

Na základě iniciativy Kanceláře veřejného ochránce práv – ombudsmana a MŠMT byl ve spolupráci s Českou asociací aplikovaných pohybových aktivit, zástupci Právnické fakulty UP v Olomouci, České společnosti tělovýchovných lékařů, Asociace pracovníků speciálněpedagogických center, České unie plaveckých škol, Českého svazu lyžařských škol a některých dalších vypracován podklad pro inovativní metodický pokyn podporující zařazování žáků se SVP do TV a dalších pohybově orientovaných programů. Tento materiál byl MŠMT předložen na sklonku roku 2019 (Ješina, 2019). Podklady jsou do značné míry výsledkem mnohaleté „průkopnické, sisyfovské a donkichotské“ práce, jejímž cílem je zajistit žákům se SVP naplňování jejich práv na vzdělání a pohybové aktivity, stejně jako šířit osvětu o pozitivním efektu smysluplně realizovaných pohybových aktivit u žáků (a zákonných zástupců), kteří nebyli v průběhu života vedeni k pozitivnímu vztahu k pohybu jako takovému. V průběhu roku byl pro účely MŠMT text upraven společně s Oddělením předškolního a speciálního vzdělávání a po připomínkování postoupen ke schválení (Tafatová & Ješina, 2020).

Příklad z praxe XI: S ohledem na vyhlášení celostátního nouzového stavu v důsledku pandemie způsobené nemocí covid-19 bylo závěrečné schválení tohoto metodického materiálu odloženo na neurčito. Z toho důvodu nebylo možné v této knize uvést konečné schválené znění s příslušným identifikačním označením. Přes vyjádřenou podporu ze strany České společnosti tělovýchovného lékařství bylo schvalovacím orgánem MŠMT osloveno vedení České pediatrické

společnosti, aby se k finálnímu návrhu souhlasně vyjádřilo. Některými odborníky byl tento postup zpochybňován, protože právě nižší spolupráce pediatrické odborné veřejnosti na změnách při uvolňování žáků se SVP z TV v jejich očích způsobila současný stav. Nezbyvá než popřát vedení České pediatrické společnosti, aby v sobě našla tolik zodpovědnosti, aby její připomínky bylo možné do materiálu promítnout, aniž by byl popřen smysl celého dokumentu.

Metodický pokyn k zařazování žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami do tělesné výchovy

(aktuálně ve fázi prozatím neschváleného návrhu)

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen „MŠMT“) vydává metodický pokyn, který vymezuje podmínky k zařazování dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami do školní tělesné výchovy a pohybově orientovaných programů, včetně vzdělávání mimo prostory, kde se uskutečňuje vzdělávání.

ČI. I

CÍL METODICKÉHO POKYNU A VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Cílem metodického pokynu je doporučit postup pro zařazování dětí, žáků a studentů (dále jen „žáků“) s potřebou podpůrných opatření i žáků se zdravotním znevýhodněním, které je omezuje v účasti na hodinách tělesné výchovy a dalších pohybově orientovaných programech realizovaných školou či školským zařízením (dále jen „školou“). MŠMT chce zamezit rozdílnému přístupu vedení škol k uvolňování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen „SVP“) z hodin školní tělesné výchovy (dále jen „TV“), poskytnout ucelený přehled o platných legislativních předpisech.

Pro účely tohoto metodického pokynu se za žáky se SVP považují všichni žáci, jejichž zdravotní stav vyžaduje odlišný přístup v tělesné výchově a pohybově orientovaném vzdělávání mimo prostory určené pro vzdělávání než u většinové populace. Mezi odlišný přístup řadíme nutné modifikace obsahu, podmínek či výstupů předmětu, případně v komunikaci v takové míře, že by hrozilo nezapojení těchto žáků do školní TV a tím povinné součásti výchovně-vzdělávacího procesu. Tyto modifikace pak mohou být součástí systému podpůrných opatření.

V souladu s mezinárodními i národními systémy označujeme TV s účastí žáků se SVP aplikovanou tělesnou výchovou (dále jen „ATV“).

V souladu s TV (respektive ATV) tento metodický pokyn řeší i aktivní mobilitu spojenou s přemísťováním se mezi budovami či detašovanými pracovišti školy, včetně návštěvy kulturních a sportovních akcí.

Relevantně zaměřenými vysokoškolskými pracovišti se pro účely tohoto metodického pokynu myslí ta, která realizují bakalářský nebo magisterský studijní program v oblasti pedagogických věd zaměřených na speciální pedagogiku v kombinaci s učitelstvím tělesné výchovy, aplikovanou tělesnou výchovou nebo aplikované pohybové aktivity.

Čl. II LEGISLATIVNÍ RÁMEC

Základem mezinárodních závazků České republiky v oblasti začlenění žáků s různými zdravotními limity (zdravotním postižením a znevýhodněním) do vzdělávání je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (OSN, 2006). Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti.

Právo na vzdělání je zakotveno v čl. 33 Listiny základní práv a svobod.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, upravuje základní školní docházku. Ta se realizuje na základě rámcových vzdělávacích programů, které zakotvují do školního vzdělávacího programu konkrétní způsoby a podmínky výuky všech předmětů, tedy i tělesné výuky.

Ustanovení § 29 školského zákona stanovuje podmínky pro zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví ve školách a školských zařízeních.

Školský zákon, § 50 odst. 2, stanovuje, že „ředitel školy může ze zdravotních nebo jiných závažných důvodů uvolnit žáka na žádost jeho zákonného zástupce zcela nebo zčásti z vyučování některého předmětu; zároveň určí náhradní způsob vzdělávání žáka v době vyučování tohoto předmětu. V předmětu tělesná výchova ředitel školy uvolní žáka z vyučování na základě posudku vydaného registrujícím lékařem, pokud má být žák uvolněn na pololetí školního roku nebo na školní rok. Na první nebo poslední vyučovací hodinu může být žák uvolněn se souhlasem zákonného zástupce bez náhrady“.

Stejný zákon, v části určené pro střední školství svým § 67 odst. 2, stanovuje, že „ředitel školy může ze závažných důvodů, zejména zdravotních, uvolnit žáka na žádost zcela nebo zčásti z vyučování některého předmětu; žáka uvedeného v § 16 odst. 9 může také uvolnit z provádění určitých činností, popřípadě rozhodnout, že tento žák nebude v některých předmětech hodnocen. Žák nemůže být uvolněn z předmětu rozhodujícího pro odborné zaměření absolventa. V předmětu tělesná výchova ředitel školy uvolní žáka z vyučování na základě

posudku vydaného registrujícím lékařem, pokud má být žák uvolněn na pololetí školního roku nebo na školní rok. Žák není z předmětu, z něhož byl zcela uvolněn, hodnocen“.

Ustanovení § 1 odst. 1 vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů, „*upravuje pravidla pro vzdělávání dětí, žáků, studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, vzdělávání žáků uvedených v § 16 odst. 9 školského zákona a vzdělávání žáků nadaných“.*

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, stanovuje v § 2 účel poradenských služeb, které mají vytvářet vhodné podmínky pro zdravý tělesný a psychický vývoj žáků, pro jejich sociální vývoj, pro rozvoj osobnosti před zahájením a v průběhu vzdělávání. Poradenské služby poskytují zároveň metodickou podporu pedagogickým pracovníkům, výchovným poradcům a metodikům prevence.

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, konkrétně jeho § 51 odst. 4, zakotvuje pojem zdravotní způsobilost k tělesné výchově a podmínky pro uvolnění z vyučování tělesné výchovy. Podle § 52 písm. b) uvedeného zákona má prováděcí předpis stanovit „*seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k vzdělávání nebo v průběhu vzdělávání, ke sportu, tělesné výchově nebo jiné činnosti“.* Prováděcím předpisem je vyhláška č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu.

Zákon č. 115/2001 Sb., o podpoře sportu, ve znění pozdějších předpisů, stanoví, že kraje a obce ve své samostatné působnosti by měly vytvářet podmínky pro rozvoj pohybových aktivit osob se zdravotním postižením.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči.

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), ve znění pozdějších předpisů, v § 3 označuje „*nepřímou diskriminací z důvodu zdravotního postižení také odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, k výkonu pracovní činnosti nebo funkčnímu nebo jinému postupu v zaměstnání, aby mohla využít pracovního poradenství, nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání, nebo aby mohla využít služeb určených veřejnosti, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení“.*

ČI. III

PŘEDMĚT A ROZSAH ÚPRAVY

(1) Tento metodický pokyn stanoví postupy pro účast v ATV žáků ve školách a školských zařízeních.

(2) Metodický pokyn je určen pro školy zapsané v Rejstříku škol a školských zařízení poskytujících služby, které souvisejí se vzděláváním a výchovou.

(3) Metodický pokyn respektuje a doplňuje Metodický pokyn k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních zřizovaných Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a rozšiřuje jej o problematiku začleňování žáků se SVP.

ČI. IV

ZÁSADY PRO REALIZACI SPOLEČNÉ ATV

(1) Uvolnění z TV je možné využít jako krajní opatření, a to pouze s dobrovolným informovaným souhlasem zákonných zástupců žáka. To, že žák nemůže s ohledem na zdravotní rizika realizovat pouze některé pohybové aktivity, nesmí být důvodem k jeho úplnému uvolnění z ATV. K uvolnění smí ředitel školy přistoupit až jako k poslednímu z možných kroků, pokud nepostačují méně invazivní postupy (např. základní úpravy obsahu a organizace, plán pedagogické podpory, individuální vzdělávací plán). Využívání metod, forem, prostředků týkajících se zapojení žáka se SVP je plně v kompetenci učitele, případně v kooperaci s dalším pedagogickým pracovníkem při respektu práv a potřeb všech participujících žáků.

(2) S ohledem na participaci žáků v ATV je nutné zvážit úpravy podmínek a obsahu tradiční školní TV. Tyto úpravy by měly respektovat následující principy:

- a) aktivity musí být bezpečné pro všechny žáky, a to ve smyslu bezpečnosti fyzické i psychické, se snahou o co nejoptimálnější sociální začlenění všech žáků,
- b) úpravy aktivit musí být smysluplné, respektující předchozí cíle, plány (individuální či tematické) výuky,
- c) není nutné, aby všichni žáci byli společně zapojeni vždy do stejných aktivit. Pedagog upravuje formy, včetně sociálně interakčních forem cvičení (individuálních, skupinových, hromadných) tam, kde je to vhodné,
- d) žáci nesmí trpět pocitem ochuzení z důvodu společného vzdělávání se žákem se SVP. V kompetenci učitele je podpořit sociální prostředí tak, aby bylo v maximální možné míře srozuměno s účastí všech žáků včetně těch, jejichž úroveň motorických dovedností je na nižší úrovni než u ostatních.

Čl. V ROZDĚLENÍ SVP VE VZTAHU K ATV

(1) Pro účely tohoto metodického pokynu rozdělujeme žáky se SVP ve vztahu k ATV na žáky se:

- a) zdravotním znevýhodněním, dlouhodobým onemocněním nebo specifickými poruchami v motorice nebo chování (dále zdravotní znevýhodnění),
- b) zdravotním postižením,
- c) zdravotním stavem vyvolávajícím vysokou míru úprav obsahu, formy zapojení a úprav v organizaci (dále velmi těžké onemocnění).

(2) Za zdravotní znevýhodnění považujeme například onemocnění typu alergie a astma (zejména lehčí formy), některé lehčí anatomické odlišnosti, jako je vadné držení těla, poruchy pozornosti typu ADHD, vývojová porucha koordinace (dyspraxie), chronické onemocnění dolních cest dýchacích, onkologické onemocnění v období remise (bezpříznakové období), metabolická onemocnění bez manifestace progredujících (postupujících) poruch funkcí a psychomotorického vývoje (obezita, diabetes mellitus), lehčí formy kožních onemocnění aj.

(3) Za zdravotní postižení považujeme například zrakové postižení, sluchové postižení, tělesné postižení (včetně vrozených anatomických malformací, amputace), mentální postižení, poruchy autistického spektra, souběžné postižení více vadami, progredující metabolická onemocnění vedoucí k zastavení, zpomalení nebo k regresi psychomotorických funkcí a vývoje aj. S ohledem na jednotlivé pohybové aktivity, zejména kurzy, dále žáky s postižením dělíme na těžší a lehčí formy postižení. Toto dělení nesnižuje vnímání hloubky postižení, potenciální společenské exkluzivní riziko nebo vliv těchto postižení na osobnost žáka.

(4) Za velmi těžké onemocnění považujeme takové diagnózy, které vyžadují vysokou míru limitů pro participaci žáků se SVP v pohybových aktivitách. Jedná se např. o epidermolysis bullosa, těžké poruchy vnitřních orgánů, těžké srdeční vady, velmi těžká metabolická onemocnění s vysokou mírou regresivního vývoje aj.

Metodicko-informativní komentář 1:

U žáků s těmito diagnózami převažuje snaha o kognitivní a sociální začlenění ve společných aktivitách nad pohybově aktivním zapojením a účastí. Jedná se o diagnózy s vysokou mírou rizikivosti pohybových aktivit, vyvolávají soustavnou spolupráci a vzájemnou koordinaci se zákonnými zástupci a odbornými lékaři.

(5) Za žáky se SVP ve vztahu k ATV nepovažujeme pro účely tohoto metodického pokynu takové žáky, jejichž diagnózy nemají na průběh a změny obsahu či výstupu všeobecně vzdělávacího předmětu TV (a tím i na jiné pohybové aktivity realizované školou) výrazný vliv, např. narušená komunikační schopnost, speciální poruchy učení.

ČI. VI PŘEDCHÁZENÍ RIZIKŮM, SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝM JEVŮM A ÚRAZŮM PŘI ATV

(1) Škola zajišťuje bezpečnost a ochranu zdraví žáků při vzdělávání a výchově (dále jen vzdělávání), v činnostech s ním přímo souvisejících a při poskytování školských služeb.¹ K zabezpečení tohoto úkolu škola přijímá na základě vyhledávání, posuzování a zhodnocování rizik² spojených s činnostmi a prostředím, opatření k jejich prevenci. Při stanovení konkrétních opatření bere v úvahu zejména možné ohrožení žáků při vzdělávání v jednotlivých předmětech, při přesunech žáků v rámci školního vzdělávání a při účasti žáků školy na různých akcích pořádaných školou.

Zároveň:

- a) přihlíží k věku žáků, jejich schopnostem, fyzické a duševní vyspělosti a zdravotnímu stavu,
- b) upravuje formy a metody výuky ATV tak, aby byla možná participace všech žáků, i když nemusí vždy tato participace být společná,
- c) používá takové výukové postupy a pomůcky, které vytváří nejvhodnější výukové prostředí pro vzdělávání a osobní zkušenost s pohybovými aktivitami a pohybovými vzorci použitelnými pro běžný život,
- d) v případě vhodnosti vytváří plán pedagogické podpory či individuální vzdělávací plán v součinnosti se školským poradenským zařízením (dále jen „ŠPZ“) a může pro realizaci ATV využít kooperaci dalších externích subjektů a osob.

(2) Při pohybových a sportovních činnostech, aktivitách se účastníci řídí ustanoveními bezpečnosti obsaženými v pravidlech pro příslušnou aktivitu, věkovou skupinu a jejich modifikací pro dané prostorové, materiální a personální podmínky školy, dále ustanoveními soutěžních řádů daných sportů. Při realizaci inkluzivních aktivit v ATV s využitím sportovně-kompenzačních pomůcek je kladen zvýšený důraz na předcházení rizik úrazu. Modifikace aktivit jsou realizovány s respektem k individuálním cílům žáků se SVP a k zajištění možné účasti všech žáků při využití celého spektra forem výuky.

Metodicko-informativní komentář 2:

Didaktické či sportovně-kompenzační pomůcky (dále jen „pomůcky“) vhodné pro realizaci ATV je možné získat ze systému podpůrných opatření. Pokud škola nezíská do svého vlastnictví pomůcku ze systému podpůrných opatření, je možné si ji vypůjčit od jiné školy, která ji vlastní.

(3) Školy jsou při vzdělávání a s ním přímo souvisejících činnostech i při poskytování školských služeb povinny přihlížet k základním fyziologickým potřebám žáků

¹ § 29 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a o změně některých zákonů (školský zákon)

² § 101 a § 102 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů

a vytvářet podmínky pro jejich zdravý vývoj a pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů.

Metodicko-informativní komentář 3:

Škola podle školního vzdělávacího programu, zpracovaného na základě příslušného rámcového vzdělávacího programu, plánu pedagogické podpory či individuálního vzdělávacího plánu, seznamuje v interakci společně (inkluzivně) žáky s nebezpečím ohrožujícím jejich zdraví tak, aby bylo dosaženo klíčových kompetencí vztahujících se k ochraně zdraví žáků a jejich bezpečnosti. Tyto klíčové kompetence jsou vytvářeny na základě vzdělávacího obsahu – očekávaných výstupů a účelně zvoleného učiva. Ve školním vzdělávacím programu je ochrana a bezpečnost zdraví součástí výchovy ke zdraví, zdravému životnímu stylu a zdraví člověka, chápánému jako vyvážený stav tělesné, duševní a sociální pohody. K uplatnění rozvoje těchto kompetencí využívá škola dominantně nástroje školní tělesné výchovy, výchovy ke zdraví, dopravní výchovy, ochrany člověka za mimořádných událostí, problematiky první pomoci a úrazů, prevence sociálně patologických jevů, ochrany před sexuálním zneužíváním atp.

(4) Při využívání externí spolupráce např. při plavecké výuce, lyžařském výcviku nebo vodní turistice odpovídají pedagogičtí pracovníci za bezpečnost a ochranu zdraví žáků po celou dobu výuky, která je vedena externím pracovníkem. V dohodách uzavíraných o využívání cizích zařízení k výuce je nutno upravit ve smyslu těchto zásad podrobně povinnosti zaměstnanců zúčastněných stran, týkající se jejich odpovědnosti za bezpečnost žáků.

(5) Při přemísťování mezi budovami pro účely naplnění ATV, kde je nutná asistence pro žáka se SVP, tuto asistenci realizuje pedagogický pracovník nebo jiná osoba pověřená ředitelem školy. V případě očekávané výrazné časové ztráty způsobené přesunem a dalšími nutnými úkony je možné tento přesun uskutečnit i v době přestávky před vyučovací jednotkou nebo po ní.

Čl. VII

ŘEŠENÍ ZAPOJENÍ ŽÁKŮ SE SVP DO TV NEBO ATV

V závislosti na úrovni schopností, dovedností a možnostech žáka se SVP je jeho účast ve školní TV nebo ATV zajišťována formou následujících opatření:

- 1) zapojení bez podpory a bez modifikace obsahu;
- 2) zapojení s úpravou obsahu a podmínek;
- 3) zapojení s využitím peer partnerů/tutorů;
- 4) zapojení s využitím asistenta pedagoga;
- 5) kombinované formy výuky;
- 6) další výuka skupinového charakteru.

ad 1) Zapojení žáků bez podpory a bez modifikace obsahu (běžná TV). Nejčastěji se jedná o diagnózy, viz čl. V, odst. 5, nebo např. žáka s lehkým sluchovým postižením. Tito žáci jsou běžně pro účely ostatních předmětů vedeni jako žáci se SVP, avšak v TV s ohledem na potřeby žáka není nutné úpravy obsahu či výstupů realizovat.

ad 2) Zapojení s úpravou obsahu a podmínek (ATV). Zde se jedná nejčastěji o žáky se zdravotním postižením a znevýhodněním. Často se však může jednat o žáky, u kterých není s ohledem na jejich potřeby nutné upravovat jiný předmět, než právě vyučovaný předmět TV nebo i jiné aktivity v rámci ATV. Dominující sociálně interakční formou je nejčastěji hromadná.

ad 3) Zapojení s využitím peer partnerů/tutorů (ATV). Zde se jedná nejčastěji o žáky se zdravotním postižením, u nichž ne vždy je vhodné zapojení se všemi ostatními žáky. Z hlediska forem výuky se jedná o individuální (resp. dyadickou) nebo o skupinovou formu. Předem určený/ní a zaškolený/ní spolužák/ci realizuje/í aktivity ve dvojicích či ve skupině s žákem se SVP a je/jsou instruován/í pedagogem.

Metodicko-informativní komentář 4:

Informujeme spolužáky o specifikách zapojení žáka se SVP a vedeme je k určité míře vlastní zodpovědnosti za sociální interakci se spolužákem se SVP. Tuto formu využíváme buď s přítomností asistenta pedagoga, nebo i bez něj, avšak s vyšší mírou organizační náročnosti pro učitele. Podpora přirozené sociální skupiny vrstevníků je často vhodnější než přítomnost asistenta pedagoga, která může působit rušivě a tvořit sociální bariéry.

ad 4) Zapojení s využitím asistenta pedagoga (ATV). Zde se jedná nejčastěji o žáky se zdravotním postižením, případně žáky s velmi těžkým onemocněním, kde je vhodné, aby byla část výuky vedena samostatně (individuálně). Asistent pedagoga sleduje obecné cíle ATV s respektem k plánu pedagogické podpory či individuálnímu vzdělávacímu plánu a průběžně je upravuje dle progresu motorických funkcí a zkušeností.

ad 5) Kombinované formy výuky (ATV). Zde se jedná nejčastěji o žáky s těžkým zdravotním postižením, případně žáky s velmi těžkým onemocněním. Specifikum žáků vyvolává potřebu dominantně využívat individuální vzdělávání, avšak ve vhodných částech vyučovací jednotky pedagog zařazuje společné aktivity (např. úvodní nebo závěrečná část).

ad 6) Další výuka skupinového charakteru (zdravotní TV či segregovaná ATV). Je-li ve škole vzděláván vyšší počet žáků, u kterých je to vhodné a možné, škola realizuje zdravotní TV. Zdravotní TV může být realizována tradičně jako alternativa běžné TV s dominujícím zdravotně orientovaným obsahem nebo jako předmět speciálněpedagogické péče.

Metodicko-informativní komentář 5:

Pokud škola disponuje pedagogem se specializací ATV, aplikované pohybové aktivity, s kombinací učitelství TV a speciální pedagogika, případně speciální pedagogika s kurzem zdravotní TV nebo ATV, je ve vhodných případech možné (např. tam, kde není jiná možnost) zvážit organizaci společné třídy žáků se SVP s obsahem, který respektuje všeobecné cíle TV, včetně výchovného a vzdělávacího tak, jak je běžné např. na školách primárně určených pro žáky se SVP.

Čl. VIII

ÚČAST NA POHYBOVĚ ORIENTOVANÝCH KURZECH A PROGRAMECH

(1) Škola je povinná zvažovat možnosti aktivní mobility, dopravy nebo ubytování pro všechny zúčastněné žáky. Pokud s účastí na pohybově orientovaných kurzech a programech souhlasí zákonný zástupce žáka se SVP, nemohou být tyto SVP důvodem jeho neúčasti. V případě, že z důvodu nepřekonatelných architektonických bariér není možná účast žáka se SVP ve stejném ubytovacím zařízení jako u ostatních žáků, zajistí škola možnost jiného ubytování pro žáka se SVP a asistenta pedagoga nebo jiného pedagogického pracovníka či jiné osoby, které jsou v pracovněprávním vztahu ke škole. Vhodné alternativní ubytování musí být v maximálně možné blízkosti tohoto výše uvedeného ubytovacího zařízení. Škola poté zajistí dopravu nebo přesun žáka na společně realizované aktivity. Jakákoliv alternativní řešení nemají mít vliv na zvýšení finančních nákladů zákonných zástupců dětí se SVP oproti nákladům ostatních dětí, pokud s tím zákonný zástupce žáka se SVP nesouhlasí.

Metodicko-informativní komentář 6:

Zákonný zástupce může být žádán o spolupráci se školou při řešení případných obtíží při organizaci vzdělávání mimo místo, kde se uskutečňuje vzdělávání, a je možné jej požádat o fyzickou podporu při řešení. Není však přípustné, aby tato spolupráce byla podmínkou pro účast žáka se SVP.

(2) Pro účast na některých vzdělávacích činnostech školy mimo místo, kde se uskutečňuje vzdělávání (např. škola v přírodě), se vyžaduje zdravotní způsobilost, kterou posuzuje a posudek vydává registrující lékař. Účast na sportovních akcích (např. reprezentace školy) vydává tělovýchovný lékař. Pro kurzovní výuku (např. lyžařský výcvik či vícedenní výlet) může být žák krátkodobě uvolněn na základě iniciativy zákonného zástupce. Nepřípustná je iniciativa ze strany školy. Zákonný zástupce musí být poučen zástupcem školy o potenciálních důsledcích neúčasti žáka se SVP na těchto akcích a je vhodné hledat alternativní cesty, jako je např. jednodenní účast nebo krátká návštěva. Pro tento účel je možné také požádat zákonného zástupce o spolupráci při vyhotovení vyjádření relevantního odborného lékaře (dle druhu a typu zdravotního postižení, znevýhodnění či velmi vážného onemocnění). Toto vyjádření pak může být podkladem pro úpravy organizace, obsahu, v nejzazším případě nezařazením žáka se SVP na kurz. Pokud to vyžaduje úroveň pohybových dovedností a míra postižení či znevýhodnění nebo velmi vážné onemocnění žáka, probíhá účast na kurzu s aktivní účastí asistenta pedagoga.

(3) Plavecký kurz organizovaný základní školou je povinnou součástí základního vzdělávání. Základní výuka plavání se realizuje na 1. stupni v celkovém rozsahu nejméně 40 vyučovacích hodin; očekávané výstupy je možné splnit již v 1. období 1. stupně; o zařazení do ročníků rozhoduje ředitel školy. Žák se SVP se výuky plavání neúčastní pouze v případě, že je tato neúčast zdůvodněná na základě posudku lékaře a je součástí doporučení pro vzdělávání vydaném ŠPZ.

- a) Pokud je využíván pro žáka asistent pedagoga, pak je tento metodicky řízen a instruován odpovědným externím pracovníkem (plavecké školy) na základě smlouvy kmenové školy a plavecké školy.
- b) U žáků se SVP je adekvátně snížen počet žáků na jednoho pedagogického či externího pracovníka. V odůvodněných případech probíhá výuka plavání formou jeden na jednoho.

Metodicko-informativní komentář 7:

Forma jeden pedagogický pracovník na jednoho žáka je využívána zejména u žáků nevidomých či se zbytky zraku, žáků s těžkým tělesným postižením, žáků s těžkými poruchami CNS (např. těžká forma epilepsie, těžká forma poruchy pozornosti), žáků s těžkými poruchami autistického spektra, žáků se středně těžkým, těžkým či hlubokým mentálním postižením a žáků s velmi těžkým onemocněním.

Metodicko-informativní komentář 8:

Pro vyhotovení doporučení pro vzdělávání (vydává ŠPZ) je vhodné, ve spolupráci se zákonným zástupcem, získat vyjádření relevantního odborného lékaře (dle druhu a typu zdravotního postižení, znevýhodnění či velmi vážného onemocnění). Toto vyjádření pak může být podkladem pro úpravy organizace, obsahu, v nejzazším případě uvolnění z výuky plavání. Pokud to vyžaduje úroveň plaveckých dovedností a míra postižení či znevýhodnění nebo velmi vážné onemocnění žáka, probíhá výuka plavání s aktivní účastí asistenta pedagoga.

(4) Vodácký, turistický, cyklistický a lyžařský kurz (dále jen „kurz“) může organizovat škola dle svých možností a s ohledem na školní vzdělávací program.

- a) Pokud je využíván pro žáka asistent pedagoga, pak je tento metodicky řízen a instruován odpovědným pedagogickým pracovníkem nebo pracovníkem externího subjektu (firmy, organizace) na základě smlouvy s kmenovou školou nebo učitelem zodpovědným za realizaci kurzu.
- b) U žáků se SVP je adekvátně snížen počet žáků na jednoho pedagogického či externího pracovníka. V odůvodněných případech probíhá výuka formou jeden na jednoho. V případě nutnosti je očekávána vždy aktivní účast pedagogického pracovníka či externího pracovníka ve smyslu účasti ve stejné lodi nebo v bezprostřední blízkosti této lodi (kánoe, raft), na cyklistickém výletě na tandemovém kole nebo v bezprostřední blízkosti žákovi se SVP.

Metodicko-informativní komentář 9:

Forma jeden pedagogický pracovník na jednoho žáka je využívána zejména u žáků nevidomých či se zbytky zraku, žáků s těžkým tělesným postižením, žáků s těžkými poruchami CNS (např. těžká forma epilepsie, těžká forma poruchy pozornosti), žáků s těžkými poruchami autistického spektra, žáků se středně těžkým, těžkým či hlubokým mentálním postižením a žáků s velmi těžkým onemocněním (kromě vodáckého kurzu, kde je podmínkou také plavecká dovednost).

(5) Kurz lezení nebo aktivity, které jsou obsahově podobné kurzu lezení v rámci všeobecně vzdělávacího předmětu TV (dále jen „lezení“), může organizovat škola dle svých možností a s ohledem na školní vzdělávací program. Žák se SVP se kurzu neúčastní pouze v případě, že je tato neúčast zdůvodněná a je součástí doporučení pro vzdělávání vydaného ŠPZ nebo jako součást plánu pedagogické podpory, kde je tato aktivita nahrazena jinou pohybovou aktivitou nebo pokud to vyplývá z posudku lékaře. Tato neúčast je možná pouze na základě dobrovolného informovaného souhlasu zákonných zástupců. Lezení na umělé stěně nebo skalní lezení může vést pouze pedagogický pracovník s příslušným vzděláním a kurzem akreditovaným vysokou školou nebo MŠMT, případně externí pracovník s příslušným oprávněním (kurzem, člen Českého horolezeckého svazu) při dodržení všech pravidel k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví stanovených horolezeckým svazem. Pedagogický pracovník odpovídá za bezpečnost a ochranu zdraví žáka, i když je výuka vedena externím pracovníkem.

(6) Dopravní výchova je obsahově součástí jiných vzdělávacích oblastí, zejména Člověk a jeho svět. Žák se SVP se dopravní výchovy neúčastní pouze v případě, že je tato neúčast zdůvodněná a je součástí doporučení pro vzdělávání vydaného ŠPZ nebo jako součást plánu pedagogické podpory, kde je tato aktivita nahrazena jinou srovnatelnou aktivitou nebo pokud to vyplývá z posudku lékaře. Tato neúčast je možná pouze na základě dobrovolného informovaného souhlasu zákonných zástupců. Pro podporu aktivní účasti je vhodné zapůjčení relevantní sportovní či sportovně kompenzační pomůcky (typu tandemové kolo, handbike, tříkolka) v příslušné půjčovně či centru dopravní výchovy.

Metodicko-informativní komentář 10:

Pokud asistent pedagoga nedisponuje kompetencemi potřebnými pro řádný výkon svých pracovních povinností, pak doporučujeme účast v celoživotním vzdělávání zaměřeném na konkrétní typ pohybové aktivity v kontextu žáků se SVP v minimálním rozsahu 2 ECTS (50 hod. výukové zátěže), realizovaném relevantně zaměřenými vysokoškolskými pracovišti, nebo v programu akreditovaném MŠMT v systému dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků.

ČI. IX

POSUDEK REGISTRUJÍCÍHO LÉKAŘE A POSUDEK ODBORNÉHO LÉKAŘE

(1) Pro účast žáka se SVP v ATV a realizaci podpůrných opatření je potřebné znát podrobnou diagnostiku zdravotního postižení či znevýhodnění žáka a případné kontraindikace týkající se pohybových aktivit. Na základě lékařského vyšetření a zpracované lékařské zprávy a posléze i speciálněpedagogické (případně kinantropologické) diagnostiky ŠPZ by měl být upraven plán obsahu všeobecně vzdělávacího předmětu TV s ohledem na specifika postižení či znevýhodnění.

(2) Škola může požádat zákonného zástupce o zajištění potřebných informací a vyjádření relevantních odborných lékařů (nejlépe tělovýchovných), případně zdravotnických nelékařských pracovníků (např. fyzioterapeutů). Na základě této lékařské zprávy nemůže ředitel školy žáka uvolnit. Uvedená lékařská zpráva má informativní charakter sloužící jako podklad pro modifikace obsahu, výstupu či forem výuky.

(3) Posudek registrujícího lékaře může být vydán s platností na pololetí školního roku nebo na školní rok na základě iniciativy zákonných zástupců. Uvolnění žáka z TV nemůže být prvním opatřením, které škola jeho zákonným zástupcům k řešení situace nabídne. Škola musí podat zákonným zástupcům informaci o rizicích nezařazení žáka do ATV v případě, že uvolnění iniciují sami zákonní zástupci. Toto uvolnění však může být aplikováno až jako poslední opatření, když budou ostatní podpůrná opatření vyhodnocena jako neúspěšná (plán pedagogické podpory, individuální vzdělávací plán). S ohledem na systém podpůrných opatření by měla být jakákoliv úprava obsahu či výstupu všeobecně vzdělávacího předmětu součástí doporučení ke vzdělávání vydaného ŠPZ. Pouze ve výjimečných případech lze žáka uvolnit okamžitě (např. čl. 4, odst. 1), avšak i toto rozhodnutí, pokud je delší než 2 měsíce, ředitel konzultuje s příslušným ŠPZ a musí být zahrnuto nebo doplněno do doporučení ke vzdělávání. Posudek registrujícího lékaře tedy není jediným dokumentem, na jehož základě má k případnému uvolnění dojít.

ČI. X KVALIFIKAČNÍ RÁMEC PEDAGOGICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Kvalifikační rámec učitele, asistenta pedagoga a poradenského speciálněpedagogického pracovníka je dán zákonem č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

V rámci systému celoživotního vzdělávání je možné studovat kurz v zaměřený na aplikované pohybové aktivity, učitelství TV a speciální pedagogiku. Více informací na: <https://www.apa.upol.cz/dokumenty-a-formulare#studium-atv-apa>

ČI. XI ZÁVĚR

Každý žák má právo na plný a řádný život při zajištění takových podmínek, které zabezpečují důstojnost, podporují sebedůvěru a umožňují jeho aktivní účast ve společnosti. Je žádoucí nevyčleňovat žáka se SVP z aktivní účasti v hodinách TV. Pouze ve výjimečných případech na základě posudku registrujícího lékaře je možné rozhodnout o úplném uvolnění žáka z výuky tělesné výchovy.

Příloha I:

Posouzení zdravotní způsobilosti registrujícím lékařem

Žádost o posouzení zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a pohybovým aktivitám organizovaným MŠ, ZŠ, SŠ a VOŠ (v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením č. 10/2010 Sb. m. s., se zákony č. 561/2004 Sb., 373/2011 Sb., vyhláškou č. 391/2013 Sb.).

Žádám o provedení jednorázové lékařské prohlídky pro účely zjištění zdravotní způsobilosti k předmětu TV a dalším organizovaným pohybovým aktivitám realizovaným v rámci povinné i nepovinné školní docházky.

Jméno a příjmení posuzované osoby:	Evidenční číslo posudku:
Jméno žadatele:	Podpis žadatele:
Adresa trvalého pobytu:	Datum narození:

Doporučení lékaře pro zařazení do různého typu aplikované tělesné výchovy (ATV) – zaškrtněte:

- Integrovaná (společná) TV – s nezbytnými úpravami obsahu a podmínek dle doporučených pohybových aktivit
- Zdravotně orientovaná TV – individualizovaná výuka
- Pohybová výchova – skupinová cvičení, pokud žák navštěvuje ZŠ speciální
- Rehabilitační TV – individuální cvičení, pokud žák navštěvuje ZŠ speciální
- Léčebná TV – jako náhrada za školní ATV, realizuje nejčastěji fyzioterapeut
- Jiný typ organizované TV (navrhuje lékař)

Kontraindikované pohybové aktivity:

.....

.....

.....

Doporučené pohybové aktivity (zaškrtněte doporučené a v případě, že nedoporučujete nebo navrhuje s omezením, konkretizujte):

- Relaxační a rehabilitační
- Střečink (protahování)
- Rozvoj jemné motoriky
- Rozvoj hrubé motoriky (včetně využití sportovně-kompenzačních pomůcek):
 - základní lokomoce
 - taneční a rytmické
 - sebeobslužné činnosti

- základní gymnastika
- atletika
- modifikované pohybové a sportovní hry
- aktivity ve vodním prostředí
- lyžování a bruslení (včetně pasivního na monoski nebo sledgi)
- Rozvoj pohybových schopností:
 - rychlost
 - síla
 - vytrvalost
 - koordinace
 - flexibilita
 - rovnováha
 - prostorová orientace
- Turistika – doplňte možné aspekty ovlivňující žáka se SVP při této činnosti (teplota, intenzita zatížení):
 -
 - Velmi krátké vzdálenosti (do 2 km)
 - Krátké vzdálenosti (do 5 km)
 - Dlouhé vzdálenosti (nad 5 km)
- Cykloturistika – doplňte možné aspekty ovlivňující žáka se SVP při této činnosti (teplota, intenzita zatížení):
 -
 - Krátké vzdálenosti (do 10 km)
 - Dlouhé vzdálenosti (nad 10 km)
- Další:

Prognóza pro vývoj motoriky. Jaké jsou další plánované lékařské a zdravotnické intervence (rehabilitace, operace, předpoklad vývoje motoriky atd.):

.....

.....

Na základě výsledků lékařské prohlídky je posuzovaná osoba:

- zdravotně způsobilá
- zdravotně způsobilá s podmínkou (podmínky viz výše)
- zdravotně nezpůsobilá (pokud ano, pak vyplnit odůvodnění ke konkrétním aktivitám viz výše)

Má-li posuzovaná osoba nebo zákonný zástupce za to, že je lékařský posudek nesprávný, může podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání, podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro který byla posuzovaná, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou. Práva na podání návrhu na přezkoumání je možné se vzdát na základě § 43 odst. 3 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách + vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, příloha č. 1, část 5).

Datum vydání lékařského posudku:

Datum ukončení platnosti posudku (posudek se vystavuje na dobu):

Podpis posuzované osoby nebo jeho zákonného zástupce (potvrzení, že posudek převzal):

Jméno lékaře:

Podpis lékaře:

Razítko lékaře:

Příloha II:

Lékařská zpráva odborného lékaře či zpráva zdravotnického pracovníka

Žádost o vypracování lékařské zprávy z vyšetření prováděného v rámci stanovení zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a pohybovým aktivitám organizovaným MŠ, ZŠ, SŠ a VOŠ (v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením č. 10/2010 Sb. m. s., se zákony č. 561/2004 Sb., 373/2011 Sb., vyhláškou č. 391/2013 Sb.).

Žádám o provedení jednorázové lékařské prohlídky pro účely zjištění zdravotní způsobilosti k předmětu TV a dalším organizovaným pohybovým aktivitám realizovaným v rámci povinné i nepovinné školní docházky.

Jméno a příjmení posuzované osoby:	Evidenční číslo posudku:
Jméno žadatele:	Podpis žadatele:
Adresa trvalého pobytu:	Datum narození:

Doporučení lékaře pro zařazení do různého typu aplikované tělesné výchovy (ATV) – zaškrtněte:

- Integrovaná (společná) TV – s nezbytnými úpravami obsahu a podmínek dle doporučených pohybových aktivit
- Zdravotně orientovaná TV – individualizovaná výuka
- Pohybová výchova – skupinová cvičení, pokud žák navštěvuje ZŠ speciální
- Rehabilitační TV – individuální cvičení, pokud žák navštěvuje ZŠ speciální
- Léčebná TV – jako náhrada za školní ATV, realizuje nejčastěji fyzioterapeut
- Jiný typ organizované TV (navrhuje lékař)

Kontraindikované pohybové aktivity:

.....
.....
.....

Doporučené pohybové aktivity (zaškrtněte doporučené a v případě, že nedoporučujete nebo navrhuje s omezením, konkretizujte):

- Relaxační a rehabilitační
- Strečink (protahování)
- Rozvoj jemné motoriky
- Rozvoj hrubé motoriky (včetně využití sportovně-kompenzačních pomůcek):
 - základní lokomoce
 - taneční a rytmičné
 - sebeobslužné činnosti
 - základní gymnastika
 - atletika
 - modifikované pohybové a sportovní hry
 - aktivity ve vodním prostředí
 - lyžování a bruslení (včetně pasivního na monoski nebo sledgi)
- Rozvoj pohybových schopností:
 - rychlost
 - síla
 - vytrvalost
 - koordinace
 - flexibilita
 - rovnováha
 - prostorová orientace
- Turistika – doplňte možné aspekty ovlivňující žáka se SVP při této činnosti (teplota, intenzita zatížení):
.....
 - Velmi krátké vzdálenosti (do 2 km)
 - Krátké vzdálenosti (do 5 km)
 - Dlouhé vzdálenosti (nad 5 km)

Cykloturistika – doplňte možné aspekty ovlivňující žáka se SVP při této činnosti (teplota, intenzita zatížení):

.....

Krátké vzdálenosti (do 10 km)

Dlouhé vzdálenosti (nad 10 km)

Další:

Prognóza pro vývoj motoriky. Jaké jsou další plánované lékařské a zdravotnické intervence (rehabilitace, operace, předpoklad vývoje motoriky atd.):

.....

.....

Na základě výsledků lékařské prohlídky je posuzovaná osoba:

zdravotně způsobilá

zdravotně způsobilá s podmínkou (podmínky viz výše)

zdravotně nezpůsobilá (pokud ano, pak vyplnit odůvodnění ke konkrétním aktivitám viz výše)

Má-li posuzovaná osoba nebo zákonný zástupce za to, že je lékařský posudek nesprávný, může podle ustanovení § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání, podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro který byla posuzovaná, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou. Práva na podání návrhu na přezkoumání je možné se vzdát na základě § 43 odst. 3 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách + vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, příloha č. 1, část 5).

Datum vydání lékařského posudku:

Datum ukončení platnosti posudku (posudek se vystavuje na dobu):

Podpis posuzované osoby nebo jeho zákonného zástupce (potvrzení, že posudek převzal):

Jméno lékaře:

Podpis lékaře:

Razítko lékaře:

Referenční seznam



„Kritizování druhých ještě nikoho nezbavilo nutnosti vlastního výkonu.“ Noel Coward

Allen, K. A., Bredero, B., Van Damme, T., Ulrich, D. A., & Simons, J. (2017). Test of Gross Motor Development-3 (TGMD-3) with the Use of Visual Supports for Children with Autism Spectrum Disorder: Validity and Reliability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(3), 813–833. DOI: 10.1007/s10803-016-3005-0.

Ambler, Z. (2006). *Základy neurologie*. Praha: Galén.

American College of Sports Medicine (2018). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription* (10th ed). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.

Argaj, G. (2001). *Pohybové hry*. Bratislava: Univerzita Komenského.

Arida, R. M., Cavalheiro, E. A., da Silva, A. C., & Scorza, F. A. (2008). Physical Activity and Epilepsy. *Sports Medicine*, 38(7), 607–615.

Balan, V. (2014). Study on the Method for Teaching Freestyle to Young People with Down Syndrome. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 2014(117), 710–714. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814018175>

Baloun, L., Kudláček, M., & Čepička, L. (2013). Analýza nabídky předmětů z oblasti aplikovaných pohybových aktivit pro studenty studující obor učitelství tělesné výchovy na vysokých školách v České Republice. *Tělesná kultura*, 37(1), 95–112.

Barbieri, D., & Zaccagni L. (2013). Strength Training for Children and Adolescents: Benefits and Risks. *Collegium Antropologicum*, 37(2), 219–225.

Bartoňová, R., & Ješina, O. (2012). *Individuální vzdělávací plán ve školní tělesné výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Bednařík, J. (2001). *Nemoci kosterního svalstva*. Praha: Triton.

Bednařík, J. (2004). Svalové dystrofie. *Neurologie pro praxi*, 3(1), 137–141.

Beighton, P., Grahame, R., & Bird, H. (2012). *Hypermobility of joints* (4th ed.). London: Springer.

Bělka, J. (2018). *Soubor pohybových her*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Benáková, N. (2009). *Ekzémy a dermatitidy*. Praha: Maxdorf.
- Bender, T., Karagülle, Z., Bálint, G. P., Gutenbrunner, C., Bálint, P. V., & Sukenik, S. (2005). Hydrotherapy, balneotherapy, and spa treatment in pain management. *Rheumatology international*, 25(3), 220–224.
- Beyer, J., & Gammeltoft, L. (2006). *Autismus a hra*. Praha: Portál.
- Bláha, J. (2005). *Idiopatická skolióza – screening, prognostika a konzervativní terapie*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- 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* (3rd ed.). Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Block, M. (1995). Development and validation of Children's Attitudes Toward Integrated Physical Education-Revised (CAIPE-R) Inventory. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12, 60–77.
- Blythe, S. G. (2012). *Dítě v rovnováze*. Partyzánske: Inštitút psychoterapie a socioterapie.
- Boner, R., Brügger, A., & Kollman, A. (1995). *Zdravé držení těla během dne: podle A. Brüggera*. Praha: Alexander Kollmann.
- Bower, H. (1998). *Lupénka přírodní cestou*. Frýdek-Místek: Alpress.
- Breathnach, S. M., & Hintner, H. (1992). *Averse drug reactions and the skin* (1st ed.). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Brownson, R. C., Baker, E. A., Housemann, R. A., Brennan, L. K., & Bacak, S. J. (2001). Environmental and policy determinants of physical activity in United States. *American Journal of Public Health*, 91(12), 1995–2003.
- Brtník, J., & Neuman, J. (2008). *Zimní hry na sněhu i bez něj*. Praha: Portál.
- Burianová, K., Zdařilová, E., Mayer, M., & Ošťádal, O. (2006). Poruchy dýchání u neurologicky nemocných. *Neurologie pro praxi*, 1, 46–48. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/neu/2006/01/16.pdf>
- Bushby, K., Finkel, R., Birnkrant, D. J., Case, L. E., Clemens, P. R., Cripe, L.,..., & Poysky, J. (2010). Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis, and pharmacological and psychosocial management. *The Lancet Neurology*, 9(1), 77–93.
- Buzková, K. (2006). *Fitness jóga*. Praha: Grada Publishing.
- Carter, C. R. (2014). *Dítě s ADHD a ADD doma i ve škole*. Praha: Portál.

Cassandrini, D., Trovato, R., Rubegni, A., Lenzi, S., Fiorillo, C., Baldacci, J.,..., & Santorelli, F. M. (2017). Congenital myopathies: clinical phenotypes and new diagnostic tools. *Italian journal of pediatrics*, 43(1), 101. DOI: 10.1186/s13052-017-0419-z.

Cathala, H. (2007). *Wellness od vnějšího pohybu k vnitřnímu klidu*. Praha: Grada Publishing.

Čapková, Š., Špičák, V., & Vosmík, F. (2009). *Atopický ekzém*. Praha: Galén.

Čechovská, I. (2011). *Plavecká gramotnost jako součást pohybové gramotnosti*. Praha: FTVS.

Čermák, J., Chválová, O., & Kotlíková, V. (1994). *Záda už mě nebolí*. Praha: Svojtka a Vašut.

České školní inspekce. (2016). *Tematická zpráva: Vzdělávání v tělesné výchově, podpora rozvoje tělesné zdatnosti a pohybových dovedností*. Dostupné z http://www.csicr.cz/html/TZ_telak/html5/index.html?&locale=CSY, 30. 11. 2018

ČSU. (2008). *Děti se zdravotním postižením a osoby se zdravotním postižením žijící mimo soukromé domácnosti*. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/deti-se-zdravotnim-postizenim-a-osoby-se-zdravotnim-postizenim-zijici-mimo-soukrome-domacnosti-2017-2018>

Daďová, K., & Majorová, S. (2016). Žák s epilepsií v tělesné výchově. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 82(6), 35–41.

Daďová, K., & Mojerová, S. (2015). Žák s astmatem v tělesné výchově. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 81(5), 42–48.

Daďová, K., Vařeková, J., & Svoboda, V. (2018). Tělesná výchova u dětí s obezitou. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 84(1), 41–48.

Daďová, K., Vařeková, J., & Vařeka, T. (2014). Žák s diabetes mellitus 1. typu v tělesné výchově (II. část). *Tělesná výchova a sport mládeže*, 80(6), 43–48.

Daďová, K., Vařeková, J., & Vařeka, T. (2014). Žák s diabetes mellitus I. typu v tělesné výchově (I. část). *Tělesná výchova a sport mládeže*, 80(5), 43–46.

Daďová, K., Vařeková, J., & Vařeka, T. (2014a). Žák s diabetes mellitus I. typu v tělesné výchově (II. část). *Tělesná výchova a sport mládeže*, 80(6), 43–48.

Danhofer, P., & Masaříková, H. (2015). Vrozené vývojové vady mozku a míchy. In H. Ošlejšková (Ed.), *Dětská neurologie* (s. 5–21). Olomouc: Solen.

Demark-Wahnefried, W., Werner, C., Clipp, E. C., Guill, A. B., Bonner, M., Jones, L. W., & Rosoff, P. M. (2005). Survivors of childhood cancer and their guardians. *Cancer*, 103(10), 2171–2180.

Doležal, M., & Jebavý, R. (2013). *Přirozený funkční trénink*. Praha: Grada Publishing

Doležalová, A. (2018). *Vliv uvolnění z tělesné výchovy na výskyt šikany u žáků se specifickými vývojovými poruchami učení* (Diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury.

Dostálová, I. (2011). Teorie a praxe zdravotní tělesné výchovy. *Tělesná kultura*, 34(2), 114–126.

Dostálová, I., Sigmund, M., & Kvintová, J. (2013). Theoretical and practical aspects of health physical education in the Czech Republic. *E-pedagogium*, 13(2), 110–124.

Dungl, P., et al. (2014). *Ortopedie*. Praha: Grada.

Dylevský, I., et al. (1997). *Pohybový systém a zátěž*. Praha: Grada.

Dyrhonová, O., Máček, M., Smolíková, L., & Vlčková, B. (2017). *Léčebná rehabilitace v pediatrii*. Bratislava: Raabe.

Ehler, E. (2012). Svalová onemocnění. *Neurologie pro praxi*, 13(4), 182.

El-Lababidi, N., Bartošová, J., Fingerhutová, Š., Frühauf, P., & Zeman, J. (2016). Od naražení palce nohy k diagnostice cystické fibrózy. *Česko-Slovenská pediatrie*, 71(5–6), 268–274.

Elbasan, B., Tunali, N., Duzgun, I., & Ozcelik, U. (2012). Effects of chest physiotherapy and aerobic exercise training on physical fitness in young children with cystic fibrosis. *Italian Journal of Pediatrics*, 38(1). DOI: 10.1186/1824-7288-38-2

Emery, A. E. H, Muntoni, F., & Quinlivan, R. C. M. (2015). *Duchenne muscular dystrophy*. UK: Oxford University Press.

Farber, E. M., & Nall, L. (1999). Childhood psoriasis. *Cutis*, 64(5), 309–314.

Faigenbaum, A. D., & Myer, G. D. (2010). Resistance training among young athletes: safety, efficacy and injury prevention effects. *British Journal of Sports Medicine* 44(1), 56–63.

Fejgin, N., Talmor, R., & Erlich, I. (2005). Inclusion and burnout in physical education. *European Physical Education Review*, 2(1), 29–50.

Feldenkrais, M. (1996). *Feldenkraisova metoda – Pohybem k sebeuvědomění*. Praha: Pragma.

Finder, J. D., Birnkrant, D., Carl, J., Farber, H. J., Gozal, D., Iannaccone, S. T., ..., & Schroth, M. (2004). Respiratory care of the patient with Duchenne muscular dystrophy: ATS consensus statement. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 170(4), 456.

Fox, A. S., Carty, C. P., Modenese, L., Barber, L. A., & Lichtwark, G. A. (2018). Simulating the effect of muscle weakness and contracture on neuromuscular

control of normal gait in children. *Gait & Posture*, 61, 169–175. DOI: 10.1016/j.gait-post.2018.01.010

Fraňková, S., Pařízková, J., Malichová, E., Bednaříková, K., Divoká, J., & Kopáčiková, D. (2015). *Dítě s nadváhou a jeho problémy*. Praha: Portál.

Global Initiative for Asthma (GINA), (2011). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Dostupné z http://www.ginasthma.org/uploads/users/files/GINA_Report2011_May4.pdf

Grahame, R. (2001). Time to take hypermobility seriously (in adults and children). *Oxford Journal Rheumatology*, 40(5), 485–487.

Griffin, S., & Sandler, D. (2012). *300 her pro děti s autismem: rozvíjení komunikačních a sociálních dovedností*. Praha: Portál.

Gurley-Green, S. (2001). Living with the hypermobility syndrom. *Oxford Journal Rheumatology*, 40(5), 487–489.

Hainer, V. (2003). *Obezita*. Praha: Triton.

Hakim, A., & Grahame, R. (2003). Joint hypermobility. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 17(6), 989–1004.

Haladová, E., & Nechvátalová, L. (2010). *Vyšetřovací metody hybného systému*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství.

Hanuš, R. (2008). Hra a její dělení. In L. Charvát (Ed.), *Hry 2008: výzkum a aplikace*, 74–79. Plzeň: Západočeská univerzita.

Hanuš, R., & Hrkal, J. (1999). *Lanové překážky a lanové dráhy*. Olomouc: Hanex.

Hátlová, B. (2011). Psychologické faktory sportovní činnosti dítěte. In M. Kučera, P. Kolář, I. Dylevský, et al., *Dítě, sport a zdraví* (115–120). Praha: Galén.

Havlíčková, L., Bartůňková, S., Chvátalová, O., & Čermák, J. (1991). *Zdravotní tělesná výchova*. Praha: Sportpropag.

Hellison, D. (1995). *Teaching Responsibility Through Physical Activity*. Champaign: Human Kinetics.

Hercogová, J. (2005). Topical anti-itch therapy. *Dermatologic Therapy*, 4(18), 341–343.

Hermachová, H. (2001). O kožním vnímání, jeho změnách a ovlivnění. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 8(4), 182–184.

Holbová, S., Válková, H., & Hyklová, V. (2012). *Metodická příručka pro trenéry rytmické gymnastiky v Českém hnutí speciálních olympiád*. Olomouc: UP v Olomouci.

Honzátková, L., Kratochvílová, L., Pokuta, J., Gregor, M., & Vyskočil T. (2013). Posilování vozíčkářů. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 4(2), 14–20.

Hopson, B., Alford, E. N., Zimmerman, K., Blount, J. P., & Rocque, B. G. (2019). Development of an evidence-based individualized transition plan for spina bifida. *Neurosurgical Focus*, 47(4), 1–6. DOI: 10.3171/2019.7.FOCUS19441

Horák, K., & Richter, M. (2009). *Segmentace obrazu pro identifikaci osob pomocí bipedální lokomoce*. Dostupné z http://dsp.vscht.cz/konference_matlab/MATLAB09/prispevky/036_horak.pdf

Hošková, B., et al. (2012). *Zdravotní tělesná výchova (druhy oslabení)*. Praha: Karolinum.

Hošková, B., & Matoušová, M. (2007). *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy pro studující FTVS UK*. Praha: Karolinum.

Hrkal, J., & Hanuš, R. (2000). *Zlatý fond her: hry a programy připravené pro kursy Prázdninové školy Lipnice II*. Praha: Portál.

Hrstková H, & Bothová P. (2012). Pohybová aktivita u jedinců po prodělaném nádorovém onemocnění v dětství. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 3(1), 54–59.

Hrubá, J. (2019). *Vybrané druhy společenských tanců uživatelky ortopedického vozíku se stojícím partnerem*. Středoškolská odborná činnost obor číslo 14: Pedagogika, psychologie, sociologie a problematika volného času, Olomoucký kraj, Olomouc.

Hughes, M. D., & Barlett, R. M. (2002). The use of performance indicators in performance analysis. *Journal of Sports Science*, 20(5), 739–754.

Humpel, N., Owen, N., & Leslie, E. (2002). Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: A review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(3), 188–199.

Huston, S. L., Evenson, K. R., Bors, P., & Gizlice, Z. (2003). Neighborhood environment, access to places for activity, and leisure-time physical activity in a diverse North Carolina population. *American Journal of Health Promotion*, 18(1), 58–69.

Chaloupka, R., Repko, M., Ryba, L., & Neubauer, J. (2014). Dětská páteř. In J. Poul et al., *Dětská ortopedie* (s. 66–67). Praha: Grada.

Checkrare (2019). *Duchenne muscular dystrophy*. Dostupné z <https://checkrare.com/duchenne-muscular-dystrophy/>

Chmelová, I. (2011). *Bobath koncept v pediatrické praxi*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Janda, V. (2001). *Hypermobilita. Doporučené postupy pro praktické lékaře*. ČLS JEP.

Janečka, Z. (2007). Zrakové vady a jejich kontraindikace při tělocvičných aktivitách. In Z. Janečka, O. Ješina & S. Panská, *Vybrané outdoor aktivity jinak zrakově disponovaných osob v letní přírodě*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Janečka, Z., & Bláha, L. (2013). *Motorické kompetence osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Janíček, P., et al. (2007). *Ortopedie* (2nd ed.). Brno: Masarykova univerzita.

Jankovský, J. (2006). *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton.

Janošková H., & Šeráková, H. (2019). *Gymnastika dětí hravě i metodicky*. Dostupné z https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/js19/gymnastika_deti/web/index.html

Jansa, P., & Dovalil, J. (2007). *Sportovní příprava: vybrané teoretické obory, stručné dějiny tělesné výchovy a sportu, základy pedagogiky a psychologie sportu, fyziologie sportu, sportovní trénink, sport zdravotně postižených, sport a doping, úrazy ve sportu a první pomoc, základy sportovní regenerace a rehabilitace, sportovní management*. Praha: Q-art.

Jebavý, R., & Zumr, T. (2014). *Posilování s balančními pomůckami. Druhé vydání rozšířené o TRX*. Praha: Grada Publishing.

Jedlička, P., & Keller, O. (2005). *Speciální neurologie*. Praha: Galén.

Jeong, M. (2011). Measuring physical educators' teaching behavior: Process of developing a questionnaire. In *18th International Symposium of Adapted Physical Activity. ISAPA Book of Abstract* (n. p.). Paris: Universita Paris Ouest.

Ješina, O. (2007). *Aplikované pohybové aktivity v zimní přírodě*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Ješina, O. (2010). *Vztah žáků romského etnika k tělocvičným aktivitám* (Disertační práce). Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury.

Ješina, O. (2011). Kompetence učitelů aplikované tělesné výchovy. *Tělesná kultura*, 34(2), 19–44.

Ješina, O. (2017). Fenomén neoprávněného uvolnění z tělesné výchovy v základním a středním školství. *Tělesná kultura*, 40(1), 16–22. DOI: 10.5507/tk.2015.016

Ješina, O. (2019). *Metodický pokyn k zařazování žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami do tělesné výchovy*. Nepublikovaný interní materiál pro Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Ješina, O. (ed.). (2020). *Metodické listy vybraných aplikovaných pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Ješina, O., Baďura, P., Kudláček, M., Kalman, M., & Doležalová, A. (před vydáním). Relationship of exclusion from school physical education and bullying in pupils with specific learning disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly* (zasláno do redakce).

Ješina, O., Hamřík, Z., Bartoňová, R., Janečka, Z., Kalman, M., Kučera, M., ... , & Vyhlídal, T. (2011). *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Ješina, O., & Kudláček, M. (Eds.). (n. d.). *Kompetenční rámec jednotlivých oblastí, potenciálních profesí a pracovních pozic v kontextu aplikovaných pohybových aktivit*. Dostupné z https://apa.upol.cz/images/Kompeten%C4%8D-n%C3%AD_r%C3%A1mec.final.pdf

Ješina, O., Kudláček, M., Janečka, Z., Kukolová, P., & Machová, I. (2008). Představení vzdělávacího programu s názvem „Paralympijský školní den“. In M. Kudláček & I. Machová (Eds.), *Integrace – jiná cesta*. Sborník příspěvků ze semináře Olomouc 30. 11. 2007. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Ješina, O., Kudláček, M., Janečka, Z., Kukolová, P., Nekudová, B., Němcová, D., ... , & Štěrbová, D. (2011). *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Ješina, O., & Kudláček, M. (2009). Modifikace pohybových aktivit pro participaci dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením v integrované školní tělesné výchově. *Speciální pedagogika*, 19, 227–237.

Ješina, O., & Kudláček, M. (2007). Modifikace pohybových a sportovních her pro osoby s TP. In M. Kudláček, O. Ješina, I. Machová, J. Válek, *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Ješina, O., & Tomoszek, M. (2019). Uvolnění z tělesné výchovy – jak z toho ven? (I. část). *Tělesná výchova a sport mládež*, 85(1), 2–9.

Johnson, R. T., & Johnson, D. W. (1983). Effects of cooperative, competitive, and individualistic learning experiences on social development. *Exceptional Children*, 49(4), 323–329.

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.

Justan, I., Stupka, I., & Veselý, J. (2009). Vrozené vady ruky. In J. Poul et al., *Dětská ortopedie* (s. 93–104). Praha: Grada.

Kábele, J. (1992). *Sport vozíčkářů*. Praha: Olympia.

Kálal, J. (2011). Postižené dítě a sport. In M. Kučera, P. Kolář, I. Dylevský, et al., *Dítě, sport a zdraví* (s. 169–170). Praha: Galén.

Kalman, M., & Vašíčková, J. (2013). *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Kalman, M., Sigmund, E., Sigmundová, D., Hamřík, Z., Beneš, L., Benešová, D., & Csémy, L. (2010). *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Kasíková, H. (1997). *Kooperativní učení, kooperativní škola*. Praha: Portál.

Kašák, V. (2010). Bronchiální astma. *Medicína pro praxi*, 7 (8), 319–321.

Kepič, R. (2017). *Integrace žáka s nemocí epidermolysis bullosa dystrophica do školního vzdělávání na prvním stupni základní školy se zvláštním zaměřením na výuku tělesné výchovy* (Diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu.

King, A. C., Castro, C., Wilcox, S., Eyster, A. A., Sallis, J. F., & Brownson, R. C. (2000). Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different race/ethnic groups of US middle-aged and older-aged women. *Health Psychology*, 19(4), 354–364.

Klavina, A. (2007). *The Effect of Peer Tutoring on Interaction Behaviors in Inclusive Physical Education* (Disertační práce). Riga: Latvian Academy of Sport Education, Department of Sport Medicine and Physical Therapy.

Kočová, H., et al. (2017). *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada.

Kočová, H., & Bartošová, B. (2017). Zdravotní postižení spinální svalovou atrofií v souvislostech inkluzivního vzdělávání. In H. Kočová et al., *Spinální svalová atrofie v souvislostech* (s. 204–228). Praha: Grada.

Kolář, P., et al. (2009) *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén

Kovaříková, K. (2017). *Aerobik a fitness*. Praha: Univerzita Karlova – Karolinum.

Král, J. (2017). *Fitness s Evou Samkovou. Účinnost cviků podle EMG*. Praha: Grada Publishing.

Křištofič, J. (2007). *Kondiční trénink*. Praha: Grada Publishing.

Kučera, M., Kolář, P., & Dylevský, I., Bouška, I., Hátlová, B.,...& Zounková, I. (2011). *Dítě, sport a zdraví*. Praha: Galén.

Kolář, P. (2002). Vadné držení těla z pohledu posturální ontogeneze. *Pediatric pro praxi*, 3(3), 106–109.

Kolář, P., et al. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.

Kolář, P., & Šafářová, M. (2009). Skolióza. In P. Kolář et al. (Eds.), *Rehabilitace v klinické praxi* (s. 441–448). Praha: Galén.

- Kolisko, P., & Fojtíková, M. (2003). *Prevence vadného držení těla na základní škole*. Ostrava: Revírní bratrská pokladna, ZP.
- Koutecký, J., Kabíčková, E., & Starý, J. (2002). *Dětská onkologie pro praxi*. Praha: Triton.
- Králíček, P. (2011). Úvod do speciální neurofyzologie. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Karolinum.
- Kraus, H., et al. (1997). *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada.
- Kraus, J. (1996). Spinální svalové atrofie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 59(5), 254–260.
- Kraus, J. (2000). Neuromuskulární choroby. In V. Komárek, A. Zumrová, et al., *Dětská neurologie* (s. 103–111). Praha: Galén.
- Kraus, J., et al. (2005). *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada.
- Kraus, J. (2011). Dětská mozková obrna. *Neurologie pro praxi*, 12(4), 222–224.
- Kraus, J. (2012). Kongenitální myopatie. *Neurologie pro praxi*, 13(4), 188–194.
- Krčmová, I., & Novosad, J. (2010). Bronchiální astma – praktické aspekty. *Interní medicína pro praxi*, 12(4), 196–199.
- Křištofič, J. (2007). *Kondiční trénink*. Praha: Grada.
- Kučera, M., Dylevský, I., et al. (1999). *Sportovní medicína*. Praha: Grada.
- Kučera, M., Kolář, P., & Dylevský, I., et al. (2011). *Dítě, sport a zdraví*. Praha: Galén.
- Kučera M., & Radvanský, J. (2011). Indikace, kontraindikace a návrat ke sportu. In M. Kučera, P. Kolář, I. Dylevský et al., *Dítě, sport a zdraví* (s. 137–140). Praha: Galén.
- Kudláček, M. (2014). Aplikované pohybové aktivity a jejich kořeny v České republice. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 5(2), 33.
- Kudláček, M. (2007). *Paralympijský školní den*. Dostupné z <http://www.apa.upol.cz>
- Kudláček, M. (2008). *Inclusion of children with physical disabilities in physical education, recreation and sport*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kudláček, M., et al. (2013). *Základy aplikovaných pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kudláček, M., Baloun, L., & Ješina, O. (2018). The development and validation of revised inclusive physical education self-efficacy questionnaire for Czech physical education majors. *International Journal of Inclusive Education*, published online. DOI: 10.1080/13603116.2018.1451562.

- Kudláček, M., & Ješina, O. (2013). *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kudláček, M., & Ješina, O. (2008). *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kudláček, M., Ješina, O., & Janečka Z. (2009). Paralympijské vzdělávací programy. *Tělesná kultura*, 32(1), 44–55.
- Kudláček, M., Ješina, O., Machová, I., & Truksová, M. (2008). *Paralympijský školní den*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kudláček, M., Ješina, O., & Štěrbová, D. (2008). Integrace žáka s tělesným postižením v kontextu školní tělesné výchovy. *Speciální pedagogika*, 18(3), 232–239.
- Kudláček, M., Morgulec, N., & Verellen, J. (2010). *European standards in Adapted Physical Activities*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kytnarová, J., Aldhoon Hainerová, I., Boženský, J., Divoká, J., Plášilová, I., Pařízková, J., Pastucha, D., Procházka, B., Tláškal, P., & Zamrazilová, H. (2011). *Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči (3. autorská revize) – Děti s obezitou*. Dostupné z http://www.obesitas.cz/download/doporuceny_postup_prevence_a_lecby_detske_obezity.pdf
- Lauper, R. (2007). *Dítě od hlavy až k patě v pohybu*. Olomouc: Poznání.
- Learmonth, Y. C., Hebert, J. J., Fairchild, T. J., Møller, N. C., Klakk, H., & Wedderkopp, N. (2019). Physical education and leisure-time sport reduce overweight and obesity: a number needed to treat analysis. *International Journal of Obesity*, 43(10), 2076–2084. DOI: 10.1038/s41366-018-0300-1.
- Lehnert, M., Novosad, J., Neuls, F., Langer, F., & Botek, M. (2012). *Trénink kondice ve sportu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Leitão, A. V. D. A., Duro, L. A., & Penque, G. M. C. D. A. (1995). Progressive muscular dystrophy: Duchenne type. Controversies of the kinesitherapy treatment. *Sao Paulo Medical Journal*, 113(5), 995–999.
- Levitová, A., & Hušáková, M. (2018). *Bechtěrevova nemoc: návod na aktivní život a průvodce cvičením*. Praha: Grada.
- Levitová, A., Vařeková, J., & Daňová, K. (2015). Prevence a korekce ploché nohy u dětí a mládeže (II. část). *Tělesná výchova a sport mládeže*, 81(3), 39–45.
- Lewis, A. (2018). A Hierarchy of Variables in Strength Training. *Starting Strength*. Dostupné z <https://startingstrength.com/article/a-hierarchy-of-variables-in-strength-training>.
- Lewit, K. (1990). *Manipulační léčba v rámci léčebné rehabilitace*. Praha: Nadas.

- Lewitová, C. M. (2016). O dětských nohách. *Umění fyzioterapie*, 1(1), 5–7.
- Lieberman, L. J. (2002). *Strategies for inclusion: A handbook for physical educators*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Lieberman, L. J., & Houston-Wilson, C. (2009). *Strategies for Inclusion: A Handbook for Educators* (1st ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Lieberman, L. J., Houston-Wilson, C., & Kozub, F. M. (2002). Perceived barriers to including students with visual impairments in general physical education. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19, 364–377.
- Lienert, C., Sherrill, C., & Myers, B. (2001). Physical educators' concerns about integrating children with disabilities: A cross-cultural comparison. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 18, 1–18.
- Lovering, R. M., Porter, N. C., & Bloch, R. J. (2005). The muscular dystrophies: from genes to therapies. *Physical therapy*, 85(12), 1372–1388.
- Máček, M., Radvanský, J., Brůnová, B., Dadřová, K., Fajstavr, J., Kolář, P., ..., & Zeman, V. (2011). *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén.
- Marešková, M., Joudová, P., & Severa, S. (2011). *Dětská mozková obrna*. Praha: Galén.
- Maříková, T., Kraus, J., Mařouška, V., Mazanec, R., & Zámečník, J. (2004). *Neurogenetika svalových dystrofií a kongenitálních myopatií*. Praha: Maxdorf.
- Matos, N., & Winsley, R. (2007). Trainability of young athletes and overtraining. *Journal of Sport Science and Medicine* 6(3), 353–367.
- Mayer, O. H. (2015). Scoliosis and the impact in neuromuscular disease. *Paediatric Respiratory Reviews*, 16(1), 35–42. DOI: DOI.org/10.1016/j.prrv.2014.10.013
- Mazal, F. (2000). *Pohybové hry a hraní*. Olomouc: Hanex.
- Mazal, F. (2007). *Hra a hraní pohledem ŠVP*. Olomouc: Hanex.
- McCall, P. (2015). *7 Different Types of Strength and Their Benefits*. Dostupné z <https://www.acefitness.org/education-and-resources/professional/expert-articles/5495/7-different-types-of-strength-and-their-benefits/>
- McGhee, S. A., Groff, D. G., & Russoniello, C. V. (2005). We care too: Providing community based therapeutic recreation serviced for youth with emotional and behavioral disorders. *Therapeutic Recreation Journal*, 39(1), 32–46.
- Meško, D. (2005). Bronchiální astma a športová aktivita. *VIA PRACTICA*, 2(1), 40–43.
- Měkota, K., & Kovář, R. (1996). *UNIFITTEST (6–60)*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (n. d.). Zdraví 2020 ČR – AP č. 01: Podpora pohybové aktivity. Dostupné z <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/podpora-pohybove-aktivity-na-obdobi-2015-2020>, 30. 11. 2018

Molnářová, M. (2009). Postura – význam, diagnostika a poruchy. *Rehabilitácia*, 46(4), 195–205.

Morley, D., Bailey, R., Tan, J., & Cooke, B. (2005). Inclusive Physical Education: teacher's views of including pupils with Special Educational Needs and/or disabilities in Physical Education. *European Education Review*, 2(1), 84–107.

Mrázová, L. (2015). Nervosvalová onemocnění v dětském věku. In H. Ošlejšková et al. (Eds.), *Dětská neurologie* (s. 51–61). Olomouc: Solen.

Mrázková, J., & Zapletalová, J. (2016). *Metodika pro nastavování podpůrných opatření ve školách ve spolupráci se školskými poradenskými zařízeními*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků. Dostupné z http://www.nuv.cz/uploads/Metodika_pro_nastavovani_podpurnych_opatreni_unor_2016.pdf

Müllerová, E. (1998). *Příběhy z měsíční houpačky. Autogenní trénink pro děti od čtyř let*. Praha: Portál.

Mumenthaler, M., & Mattle, H. (2001). *Neurologie*. Praha: Grada.

Mužík, V., Dobrý, L., & Süß, V. (2008). *Tělesná výchova a sport mládeže v biologickém, psychologickém, sociálním a didaktickém kontextu*. Brno: Masarykova Univerzita.

Nadeau, M. (2003). *Relaxační hry s dětmi*. Praha: Portál.

Nečas, M. (2011). Atopický ekzém. *Česká dermatovenerologie*, 1(2), 8–18.

Neuman, J. (2001). *Dobrodružné hry v tělocvičně*. Praha: Portál.

Neuman, J. (2002). *Zlatý fond her: hry a programy připravené pro kursy Prázdninové školy Lipnice. I*. Praha: Portál.

Neuman, J. (2014). *Dobrodružné hry a cvičení v přírodě*. Praha: Portál.

Neuman, J., et al. (1999). *Překážkové dráhy, lezecké stěny a výchova prožitkem*. Praha: Portál.

Nevoralová, Z. (2012). Lupénka v dětském věku. *Pediatric pro praxi*, 13(6), 383–386.

Nevoralová, Z. (2015). Atopický ekzém – teorie a praktické rady. *Dermatologie pro praxi*, 9(3), 104–110.

NFDO Krtek. (2008). *Průvodce pro rodiče pacientů Kliniky dětské onkologie FN Brno*. Autor.

- Nováková, L., Havlová, M., & Böhm, J. (2006). Spinální svalové atrofie. *Postgraduální medicína*, 8(5), 559–566.
- Novotná, H. (2001). *Děti s diagnózou plochá noha*. Praha: Olympia.
- Novotná, V., Čechovská, I., & Bunc, V. (2006). *FIT programy pro ženy*. Praha: Grada.
- Novotná, H., & Kohlíková, E. (2000). *Děti s diagnózou skolióza*. Praha: Olympia.
- Novotná, I., Zichová, L., & Nováková, D. (2008). *EEG, epilepsie a diferenciální diagnostika poruch vědomí*. Brno: NCO NZO.
- Oliver, J. (2005). Hypermobility. *Hands On: Practical advice on management of rheumatic disease*, 7, 1–5.
- Opatřilová, D. (2003). *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: Pedagogická fakulta MU.
- Organizace spojených národů. (2006). *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. New York: Autor.
- Ošlejšková, H., & Makovská, Z. (2009). *Naše dítě má epilepsii*. Praha: Adela.
- Otáhal, S., Otáhalová, J., & Hnízdil, J. (1996). Ovlivnění dětské idiopatické skoliózy prostředky fyzioterapie a kinezioterapie. In J. Hnízdil et al., *Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové* (s. 89–114). Praha: Grada.
- Paclt, I., et al. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.
- Palazzo, C., Sailhan, F., & Revel, M. (2014). Scheuermann's disease: An update. *Joint Bone Spine*, 81(3), 209–214. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2013.11.012>
- Panská, S. (2013). *Aplikované pohybové aktivity osob se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Panská, Š. (2010). Rytmická gymnastika a pohybová skladba (programy cvičení s hudbou). Dostupné z https://ftvs.cuni.cz/FTVS-149-version1-rytmicka_gymnastika_a_pohybova.pdf
- Pastucha, D., Filipčíková, R., Bezdičková, M., Blažková, Z., & Hyjánek, J. (2011). *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada.
- Patel, S. K., Staarmann, B., Heilman, A., Mains, A., Woodward, J., & Bierbrauer, K. S. (2019). Growing up with spina bifida: bridging the gaps in the transition of care from childhood to adulthood. *Neurosurgical Focus*, 47(4), 1–8. DOI: 10.3171/2019.7.FOCUS19441
- Paxton, R. J., Jones, L. W., Rosoff, P. M., Bonner, M., Ater, J. L., & Demark-Wahnefried, W. (2010). Associations between leisure-time physical activity and health-re-

lated quality of life among adolescent and adult survivors of childhood cancers. *Psycho-Oncology*, 19(9), 997–1003.

Pédroletti, M. (2007). *Od šplouchání k plavání*. Praha: Portál.

Peráček, P., et al. (2004). *Teória a didaktika športových hier I*. Bratislava: Univerzita Komenského.

Perič, T., Levitová, A., & Petr, M. (2012). *Sportovní příprava dětí*. Praha: Grada Publishing.

Petrů, V. (2006). Moderní diagnostika a léčba astmatu u dětí. *Pediatric pro praxi*, 7(4), 194–200.

Pfeiffer, J. (2007). *Neurologie v rehabilitaci*. Praha: Grada.

Pohunek, P., & Svobodová, T. (2013). *Průduškové astma v dětském věku*. Praha: Maxdorf.

Pokuta, J., Slavíková, S., & Honzátková, L. (2014). Vliv nadváhy na kvalitu života u lidí po poškození míchy [Abstract]. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 5(2), 53.

Polášková, P. (2007). *Hodnocení úrovně motorického vývoje předškolních dětí se sluchovým postižením a řečovými problémy testem MABC* (Případová studie). (Diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury.

Poul, J. (2009). Poruchy normálního růstu a vývoje z ortopedického hlediska. In J. Poul et al., *Dětská ortopedie* (s. 46–48). Praha: Grada.

Poul, J. (2009). Skeletální dysplazie. In J. Poul et al., *Dětská ortopedie* (s. 161–163). Praha: Grada.

Poul, J., et al. (2009). *Dětská ortopedie*. Praha: Galén.

Prior, T. W., & Russman, B. S. (2013). Spinal muscular atrophy. In M. P. Adam, H. H. Ardinger, R. A. Pagon & S. E. Wallace (Eds.), *GeneReviews* [online]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle. Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1352/>

Psotta, R., & Hendl, J. (2012). Movement Assessment Battery for Children – second edition: Cross-cultural comparison between 11–15 year old children from the Czech Republic and the United Kingdom. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis*, 42(3), 7–16. DOI: 10.5507/ag.2012.013.

Renotierová, M., & Ludíková, L. (2006). *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Repko, M. (2010). Skolióza – komplexní diagnostické a terapeutické postupy. *Pediatric pro praxi*, 11(4), 218–222.

- Repko, M., Filipovič, M., Šprlíková-Puková, A., & Štourač, P. (2018). Scheuermanova hyperkyfóza – operační léčba solitárně zadním přístupem s využitím Smith-Petersenových osteotomií. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae czechoslovaca*, 85(6), 392–397.
- Ridzoň, P., & Mazanec, R. (2010). Paliativní péče u terminálních stavů chorob motorického neuronu. *Neurologie pro praxi*, 11(1), 23–26.
- Rimmer, J. H. (2005). The Conspicuous Absence of People With Disabilities in Public Fitness and Recreation Facilities: Lack of Interest or Lack of Access? *The science of health promotion*, 19(5), 327–329.
- Rink, J. E. (1998). *Teaching physical education for learning*. Boston: McGraw-Hill.
- Rokyta, R., Kříž, N., Buřitová, J., & Mojžíšová, L. (1992). *Rehabilitační metoda Ludmily Mojžíšové očima fyziologa. Fyziologické principy a návody ke cvičení*. Praha: Univerzita Karlova.
- Rybová, L., & Ješina, O. (2010). Peer tutoring ve školní tělesné výchově. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 76(3), 6–9.
- Rybová, L., & Kudláček, M. (2010). Integrace žáků s tělesným postižením do hodin školní tělesné výchovy. *Studia Sportiva*, 4(1), 127–132.
- Řehák, S., et al. (1989). *Oční lékařství*. Praha: Avicenum.
- de Salles, B. F., Simao, R., Miranda, F., Novaes J. da S., Lemos, A., & Willardson, J. M. (2009). Rest interval between sets in strength training. *Sports Medicine*, 39(9), 765–777.
- Sarnat, H. B., & Menkes, J. H. (2011). Onemocnění motorické jednotky. In J. H. Menkes, H. B. Sarnat & B. I. Sarnat (Eds.), *Dětská neurologie*, (s. 1537–1618). Praha: Triton.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1
- Servít, Z. (1985). *Nervové záchvaty a epilepsie*. Praha: Avicenum.
- Sherrill, C. (2004). *Adapted physical activity, recreation and sport: Crossdisciplinary and lifespan* (6th ed.). Boston, MA: WCB/McGraw-Hill.
- Sigmund, E., Lokvencová, P., Sigmundová, D., Turoňová, K., & Frömel, K. (2008). Vztahy mezi pohybovou aktivitou a inaktivitou rodičů a jejich 8–13letých dětí. *Tělesná kultura*, 31(2), 89–101.
- Simmonds, J. V., & Keer, R. J. (2007). Hypermobility and the hypermobility syndrome, Part 2: Assessment and management of hypermobility syndrome: Illustrated via case studies. *Manual Therapy*, 13, 1–11.

- Skaličková-Kováčiková, V. (2016). Dětská noha a její problémy, principy rehabilitace. *Umění fyzioterapie*, 1, 21–23.
- Skaličková-Kováčiková, V. (2017). *Diagnostika a fyzioterapie hybných poruch dle Vojty*. Olomouc: RL-Corpus.
- Skalsky, A. J., & McDonald, C. M. (2012). Prevention and management of limb contractures in neuromuscular diseases. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 23(3), 675–687.
- Smits-Engelsman, B., Klerks, M., & Kirby, A. (2011). Beighton Score: A Valid Measure for Generalized Hypermobility in Children. *The Journal of Pediatrics*, 158(1), 119–123.
- Sochová, V. (2002). Skoliózy u dětí a mladistvých a rehabilitačné možnosti ich liečby. *Rehabilitácia*, 35(4), 212–231.
- Spilio, K., & Gordon-Mallin, E. (2015). *Funkční trénink – anatomie* (S. Večeřek, Trans.). Brno: CPress. (Originál vydán 2013)
- Spurná, M., & Vaščáková, T. (2011). Příklad testování motorických kompetencí u žáků s tělesným postižením a kombinovaným postižením. In A. Vyskočilová & O. Ješina, *Integrace – jiná cesta VI. Sborník příspěvků ze semináře zaměřeného na oblast fitness a wellness osob se zdravotním postižením* (s. 67–72). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Stahl, T. A., Rutten, D. N., Nutbeam, A., et al. (2001). The importance of the social environment for physically active lifestyle results from an international study. *Social Science Medicine*, 52(1), 1–10.
- Stejskal, P. (2012). *Patofyziologie tělesné zátěže*. Brno: Masarykova univerzita [online]. Dostupné z <https://is.muni.cz/el/1451/podzim2012/bp1176/um>
- Süss, V. (2006). *Význam indikátorů herního výkonu pro řízení tréninkového procesu*. Praha: Karolinum.
- Svenson, G. R., & Hanson, B. S. (1996). Are peer and social influences important components to include in HIV-STD prevention models? *European Journal of Public Health*, 6(3), 203–211.
- Syslová, V. (2016). Možné zdravotní kontraindikace dětí s onkologickou diagnózou. In O. Ješina, T. Vyhliďal, & V. Syslová, *Metodika pro pořádání zotavovacích pobytových akcí v dětské onkologii – specifikace pohybového programu* (s. 19–21). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Szabová, M. (2003). *Pohybom proti astme*. Bratislava: Liečreh Gúth.
- Szabová, M. (2001). *Preventivní a nápravná cvičení*. Praha: Portál.

- Štechová, K., Perušicová, J., & Honka, M. (2014). *Diabetes mellitus 1. typu*. Praha: Maxdorf.
- Štěrbá, J. (2011). *Úvod do problematiky dětské onkologie*. Dostupné z <http://telemedicina.med.muni.cz/pdm/detska-onkologie/index.php?pg=obecna-onkologie--uvod>
- Táborský, F. (2004). *Sportovní hry: základní pravidla – organizace – historie*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Táborský, F. (2006). *Cílové sporty*. Praha: Grada Publishing a. s.
- Tafatová, J., & Ješina, O. (2020). *Metodický pokyn k zařazování žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami do tělesné výchovy*. Nepublikovaný interní materiál Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Finální verze pro připomínkové řízení.
- Tichý, M. (2000). *Funkční diagnostika pohybového aparátu*. Praha: Triton.
- Tomajko, D. (1997). *Pohybové hry* (Habilitační práce). Olomouc: Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého.
- Tomajko, D., & Dobrý, L. (1999). Pojmoslovné a terminologické vádemékum – Pohybová hra. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 65(8), 11–15.
- Tomoszek, M., et al. (2017). Právní aspekty uvolňování žáků z tělesné výchovy. Dostupné z https://www.apa.upol.cz/images/pravni_aspekty_uvolnovani.pdf
- Topping, K. (1998). Peer assessment between students in colleges and universities. *Review of Educational Research*, 68(3), 249–276.
- Tóth, L. (2014). Deformity páteře. In P. Dungal et al., *Ortopedie* (s. 441–454). Praha: Grada.
- Turžíková, J. (2012). Novinky v přístupu k dětskému pacientovi s alergickou rýmou a asthma bronchiale. *Pediatric pro praxi*, 13(5), 212–216.
- Ulrich, A. (2000). *Test of gross motor development-2*. Austin, Texas: Pro-Ed.
- Ulrich, A. (1985). *TGMD, Test of Gross Motor Development*. Austin, Texas: PRO-ED.
- Uzlová, I. (2010). *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál.
- Vacek, J. (2005). Léčebná rehabilitace u svalových dystrofií. *Neurologie pro praxi*, 6(1), 302–305.
- Vaculíková, P. (2014). *Gymnastika hravě a zábavně*. Dostupné z http://www.fsps.muni.cz/hrou/?page=elearning&subpage=4_gymnastika

- Vaculíková, P., & Hedbávný, P. (2011). *Nebojme se gymnastiky*. Dostupné z <https://www.fsps.muni.cz/sdetmivpohode/kurzy/gymnastika/vyuka.php>
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (1995). *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum.
- Valenta, M. (2014). *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál.
- Vařeka, I. (2000). Skolióza ve fyzioterapeutické praxi. *Fyzioterapie, 1*. Dostupné z <http://www.ortotika.cz/skoliozavareka.htm>
- Vařeková, J. (2000). Posturální korekce. *Bulletin UNIFY, 8(35)*, 15–19.
- Vařeková, J., Daňová, K., Levitová, A., & Prokešová, E. (2014). APA na FTVS UK – historie a současnost. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi, 5(2)*, 66.
- Válková, H. (2012). *Teorie aplikovaných pohybových aktivit pro užití v praxi 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Válková, H. (2000). *Skutečnost nebo fikce? Socializace mentálně postižených prostřednictvím pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Válková, H., Bartoňová, R., & Ahmetašević, A. (2012). *Manuál pro hodnocení inkluzivních vyučovacích jednotek tělesné výchovy DIC-CIT pro ATV*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Van Coppenolle, H., et al. (2004). „Adapt“ – Společné evropské kurikulum základů aplikovaných pohybových aktivit a sportu osob se zdravotním postižením. THENAPA [CD-ROM].
- Vařeková, J., & Prajerová, K. (2017). Ludmila Mojžíšová a jej odkaz ve zdravotní tělesné výchově. *Tělesná výchova a sport mládeže, 83(1)*, 33–42.
- Vařeková, J., Půlpán, D., & Daňová, K. (2019). Žák s chybějící končetinou či poruchou jejího vývoje v tělesné výchově a sportu. *Tělesná výchova a sport mládeže, 86(1)*, 33–43.
- Vávrová, H. (2014). Nová doporučení v diagnostice a léčbě astmatu v dětském věku. *Pediatric pro praxi, 15(2)*, 76–78.
- Vávrová, V., Bartošová, J., et al. (2009). *Cystická fibróza*. Praha: Professional publishing.
- Véle, F. (2006). *Kineziologie: přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. Praha: Triton.
- Vietzová, G. (2008). *Zásobník drobných pohybových her pro žáky mladšího školního věku*. Liberec: Technická univerzita.

Vindušková, J., Kaplan, A., & Metelková, T. (1998). *Atletika. Edice metodických textů pro školní i mimoškolní tělesnou výchovu a sport 11–15letých žáků*. Praha: NS Svoboda.

Voet, N., van der Kooi, E. L., Riphagen, I. I., Lindeman, E., van Engelen, B. G., & Geurts, A. C. (2013). *Strength training and aerobic exercise training for muscle disease*. The Cochrane Library. DOI: 10.1002/14651858.CD003907.pub4.

Voháňka, M. S. (2011). Pokroky v léčbě hereditárních svalových chorob. *Neurologie pro praxi*, 12(3), 191-195.

Vojtíková, L., & Vařeková, J. (2016). Hodnocení držení těla v tělovýchovné praxi (I. část). *Tělesná výchova a sport mládeže*, 82(2), 37–42.

Vojtíková, L., & Vařeková, J. (2016). Hodnocení držení těla v tělovýchovné praxi (II. část). *Tělesná výchova a sport mládeže*, 82(3), 37–42.

Voss, L. D., Hosking, J., Metcalf, B. S., Jeffery, A. N., & Wilkin, T. J. (2008). Children from low-income families have less access to sports facilities, but are no less physically active: Cross-sectional study (EarlyBird 35). *Child: Care, Health and Development*, 34(4), 470–474.

Vyhlídal, T. (2007). *Pohybové aktivity a pohybové hry jako prostředek k začlenění onkologicky nemocných dětí zpět do běžného života*. (Bakalářská práce). Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury.

Vyhlídal, T., & Janečka, Z. (2013). *Už to také dokážu!* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Vyhlídal, T., Ješina, O., Hrstková, H., Královec, J., Lauermanová, L., Rohleder, O, ..., & Trávníková, D. (2014). *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. Praha: Vydavatelství Powerprint.

World Health Organization. (2007). *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes* (Vol. 2). World Health Organization.

Woynarowska, B., et al. (2017). *Žák s epilepsií*. Varšava: Institut matky a dítěte.

Zahradník, D., & Korvas, P. (2012). *Základy sportovního tréninku*. Brno: Masarykova universita.

Zapletal, M. (1985-1988). *Velká encyklopedie her I–IV: Hry v přírodě. Hry v klubovně. Hry na hřišti a v tělocvičně. Hry ve městě*. Praha: Olympia.

Zapletal, M., et al. (1990). *Zlatý fond her*. Praha: Mladá Fronta.

Zatsiorsky, V. M., & Kraemer W. J. (2014). *Silový trénink. Praxe a věda* (T. Studený, Trans.). Praha: Mladá fronta. (Originál vydán 2006).

Zelenková, B. (2015). *Nebojme se gymnastiky II*. Dostupné z <https://clanky.rvp.cz/clanek/k/PL/20205/NEBOJME-SE-GYMNASTIKY-II.html/>

Zounková, I., Kučera, M., & Dylevský, I. (2011). Pohybový systém dítěte. In M. Kučera, P. Kolář, I. Dylevský et al., *Dítě, sport a zdraví* (s. 9–40). Praha: Galén.

Žáčková, H., & Jucovičová, D. (2003). *Relaxace nejen pro děti s LMD*. Praha: D&H.

Desatero pro pracovníky v oblasti APA

Téměř vše, co se na přelomu 20. a 21. století v oblasti aplikovaných pohybových aktivit (APA), zejména pak na vysokoškolské úrovni, ale i v praxi v oblasti volného času, školní tělesné výchovy a v rámci Českého hnutí speciálních olympiád v České republice odehrálo, nese výraznou stopu práce profesorky Hany Válkové. Profesorka Válková byla a je zdrojem stálé inspirace a autorkou mnoha myšlenek, podnětů, vědeckých prací a projektů, které znamenaly zásadní přínos pro formování celého oboru. Řada těchto myšlenek je obsažena v jedné z jejích publikací Teorie aplikovaných pohybových aktivit pro užití v praxi 1 (2012) a stala se základem předkládaného „Desatera pro pracovníky v oblasti APA“. Práce v oblasti APA je různorodá a nelze ji obsáhnout v několika bodech. Desatero nicméně vytváří základní ideový rámec, který je pro všechny odborníky v oblasti APA společný. Budiž návodem pro studenty, instruktory, trenéry, učitele, speciální pedagogy, asistenty pedagogů, sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, terapeuty a jiné.

I když si člověk jde svou cestou, má často rád, když ví, kam jde, po čem jde, jestli tudy šel první, nebo ne, s kým jde nebo proč tam jde. Desatero (zásad) může být vhodným průvodcem při hledání rozhodnutí v práci i životě. Někdy nám tento návod umožní se dříve zamyslet než konat a zvyšuje šanci, že tak učiníme správně.



Ondřej Ješina a Jitka Vařeková

pro Českou asociaci aplikovaných pohybových aktivit

Flexibility! Buď připravený pružně reagovat!

Být flexibilní aneb „Be flexible“ – být připravený pružně a kreativně reagovat na změny, které práce v oblasti APA přináší.



2

Accept differentness as normality! Jinakost vnímej jako normu, nikoli jako překážku!

Vnímat jinakost jako normu, nikoliv jako překážku nebo důvod k neposkytnutí služby, partnerské nebo profesní podpory.

3

Cooperation! Spolupracuj s dalšími odborníky!

Spolupracovat s ostatními odborníky (psychology, fyzioterapeuty, lékaři, protetiky, sociálními pracovníky). Pracovník v APA se nesmí stydět požádat o radu i ostatní spolupracovníky, případně je ke spolupráci vyzvat.

4

(Im)possible? Téměř vše je možné.

Jen málo věcí je (ne)možných – neznamená to, že každá aktivita je pro všechny. Je však možné hledat cesty tak, abychom došli k vytyčenému cíli.

5

Locomotion! Hýbej se, buď aktivní!

Pohyb je život aneb „Chvála pohybu“ – pokud není možné pohyb ani na základě modifikací samostatně provádět, pak je možný s asistencí, případně se hýbe okolí. Pohyb není jen lokomoce, ale lze jej vnímat i skrze jeho duchovní nebo sociální rozměr. Důležité je nezůstat nečinný samostatně v prostoru.

6

Identify the qualities! Nepodceňuj ani nepřeceňuj!

Nepřeceňovat ani nepodceňovat. Hledat v lidech (klientech, sportovcích, žácích) to, co jsou, a ne to, co nejsou. Mít přiměřená očekávání. Nedávat lidem vlastnosti, které nemají.

7

*Take money! Dobrovolnictví není nevolnictví!
Brát odměnu za práci není nemravné.*

Dobrovolnictví není nevolnictví, zaměstnání není příživnictví. Být ochoten a připraven plnit dle možností a podmínek řadu pracovních rolí a pozic. Někdy v pozici dobrovolníka, jindy jako zaměstnanec v pracovněprávním vztahu. Není nemorální požadovat za odvedenou práci finanční odměnu.

8

*Adaptability! Hledej řešení, jak věci zvládnout,
přizpůsobuj podmínky!*

Nehledáme důvody, proč ne, ale hledáme řešení aneb „Každý jedinec je výzva“ – programy upravujeme s ohledem na potřeby klientů (žáků, sportovců, účastníků, uživatelů služeb); přizpůsobujeme podmínky.

9

*Total safety! Snaž se vždy zajistit naprostou
bezpečnost všech zúčastněných!*

Bezpečnost je na prvním místě. Aktivity (programy, kurzy) musí být obsahově vhodně aplikovány, a to s ohledem na fyzické i duševní zdraví a potřeby klientů

(žáků, sportovců, účastníků, uživatelů služeb). Musí být přiměřené, motivující a inspirující, smysluplně vedené.

Education! Stále se vzdělávej!

Nespokojit se s tím, co vím – stále se vzdělávat. Absolvent APA na jakékoliv úrovni (předmět, kurz, licence, vysokoškolské studium) by měl mít přiměřené sebevědomí, ale zároveň by si měl být vědom limitů svých profesních kompetencí, být pokorný. Nebýt přesvědčen jen o své pravdě, umět přemýšlet a někdy i pochybovat. Vzdělávat se, zjišťovat novinky, trendy.



10

Summary

The main topic of the book with a significant overlap into practice is the dynamically developing area of common, if you want inclusive, education. In a practice is apparently that one of the most difficult areas to apply is inclusive physical education. Despite the fact that even about 10 years ago there were only a minimum of methodically focused materials for inclusive physical education or for adapted physical education in general, the Czech Republic is currently one of the leaders in the development of these methodologies in comparison with other EU countries.

The book Questions and Answers of Applied Physical Education II is focused on pupils of older school age studying at the second stage of primary school. However, within the framework of the educational transfer, it is possible to consider in a number of contexts also with possible inspiration for pedagogues working at secondary schools. The first volume of this book, published in parallel with the same title, differs in the most extensive chapter with regard to the relevance of the age of the target group of pupils. The general themes valid across all age groups are the same.

Questions and answers represent the phenomenon of co-education as the right of every pupil, including the right to organized physical activity. The main starting point for the structure of the book and subsequently the content is the non-categorical approach into individual disabilities. This means that we deal with individual topics cross-sectionally, and only from individual specific examples are adjustments for pupils with various disabilities or health disadvantages apparent. We respect the principle of joint education and ICF 2001, which focuses on the method of support rather than catalogued individual diagnoses. The guarantee of the quality of teaching presented by the state must reflect the international legislative standards in the field of education, but it must respect also the specifics of our Czech environment. Both of these normative levels have been springboards for pilot verification of inclusive physical education in the last few years, when the Czech Republic was the only country in the world to provide APA consultants nationwide. The scope of these consultants provided the basis for a large amount of experience incorporated into methodological procedures, solving examples of good and bad practice, ensuring sufficient know-how.

The first chapter of the book addresses the basic argumentation, advocacy and policy in relation to the participation of pupils with special educational needs in joint physical education. In the second part of the book, we focus mainly on personnel issues, proposals for adjustments to improve the qualifications

and competencies of pedagogical staff providing services for inclusive physical education in schools and in extracurricular or hobby activities. The third extensive chapter largely addresses the neglected area of pedagogy in physical education, and that is diagnostics, goal setting, creating plans and finding ways to modify. However, the final chapter is relatively extensive, which offers only answers to previously presented and only partially answered questions. It is a practical guide on how to proceed. The practical guidelines are then relevant to the appropriate level of education.

Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D., a kol.

OTÁZKY A ODPOVĚDI APLIKOVANÉ TĚLESNÉ VÝCHOVY II
aneb Inkluzivní tělesná výchova pro II. stupeň základních škol
s přesahem do středoškolského vzdělávání

Výkonný redaktor Mgr. František Chmelík, Ph.D.

Odpovědný redaktor Bc. Otakar Loutocký

Jazyková korektura Bc. Michal Zych

Technická redakce Jitka Bednaříková

Návrh layoutu a obálky Štěpán Bartošek

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci

Křížkovského 8, 771 47 Olomouc

www.vydavatelstvi.upol.cz

www.vydavatelstviupol.cz

vup@upol.cz

1. vydání

Olomouc 2020

Neprodejná publikace

ISBN 978-80-244-5757-4

VUP 2020/0148