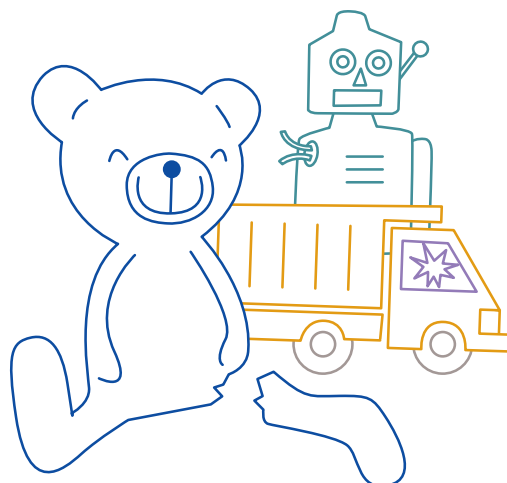


Univerzita Palackého v Olomouci

Otázky a odpovědi aplikované tělesné výchovy I

**aneb Inkluzivní tělesná výchova
pro I. stupeň základních škol
s přesahem do mateřských škol**

Ondřej Ješina a kol.



Olomouc 2020

Oponenti

Mgr. Daniela Jonášová

Mgr. Jana Sklenaříková, Ph.D.

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; Veronika Chvojková – 4.3;

Michal Šmíd – 4.5.5

Autoři některých podkapitol:

Kateřina Fiedlerová – 4.5.3; Lucie Kutheilová – 4.5.7; Jana Sekaninová – 4.5.2;

Pavla Štenclová – 4.5.4; Jitka Vařeková – 4.5.3; Eliška Vodáková – 4.5.6;

Tomáš Vyhliďal – 4.5.1

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



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 978-80-244-5719-2

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	Realizace osvětového programu – pÁPÁ hrátky	124
4.4	Sportovně-kompenzační pomůcky pro děti a mladší žáky	126
4.4.1	Pomůcky ze systému podpůrných opatření	126
4.4.2	Vybrané sportovně-kompenzační pomůcky vhodné pro děti a mladší žáky	130
4.5	Vybrané aplikované pohybové aktivity pro děti a žáky mladšího školního věku	136
4.5.1	Psychomotorika a psychomotorické hry	138
4.5.2	Pohybová příprava – rozcvičky	141
4.5.3	Zdravotně orientovaná a relaxační cvičení	146
4.5.4	Rytmické hry a cvičení	159
4.5.5	Pohybové hry a hry soutěživého charakteru	162
4.5.6	Plavecká příprava a plavání	168
4.5.7	Dopravní výchova	174
4.6	Hodnocení v ITV	176
	Společný závěr aneb Knihy je dobré číst až do konce	182
	Metodický pokyn k zařazování žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami do tělesné výchovy	183
	Referenční seznam	200
	Desatero pro pracovníky v oblasti APA	219
	Summary	222

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, dovolujeme 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. Vždyt 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.) jednají 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 kulačského 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 zařízení 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 nepřítelného 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 všeobecné 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 slýcháváme 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, zvládnání 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, zvládnání 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 akcí 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 žáku 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 pÁPÁ 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</p> <p><i>Průběžné intervence</i></p> <p>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</p> <p><i>Zapůjčování didaktických a sportovních-kompenzačních pomůcek</i></p> <p>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</p> <p><i>Evaluace intervence a následné vytvoření plánu</i></p> <p>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 dobrovolnické 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 navrhuje 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?



„Dobry 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 psaním 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 všimnout:

- 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, házečí pytlíky (sáčky) aj.



Obrázek 6: Příklady piktogramů 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 učiteli 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 zdravě 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 (výtvárná 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 odkáslávání 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, žvýkácí, polykácí, 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 sensorického 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, senzoryckém 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.

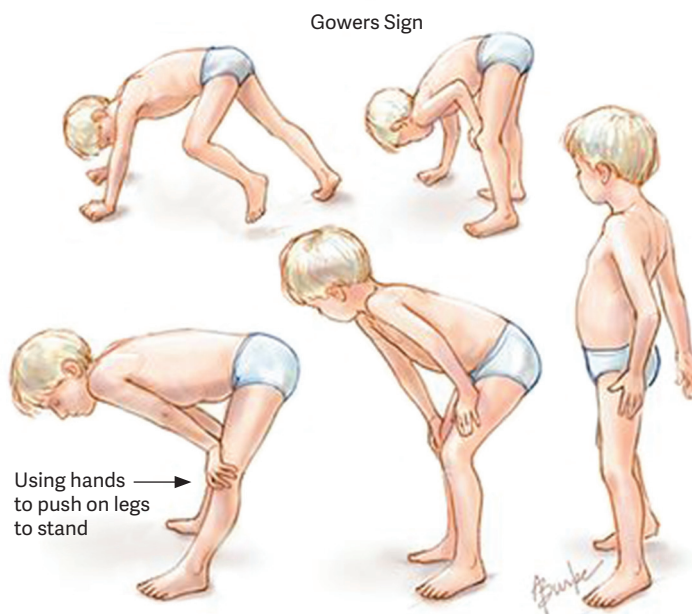
Nejčastějšími limity (kontraindikacemi), možná lépe nedoporučovanými pohybovými aktivitami, jsou motoristické sporty (nerelevantní pro TV), dále pak některé atletické disciplíny, jako je skok o tyči či hod oštěpem (opět s nízkou mírou relevance pro TV). Problematické jsou také pohybové aktivity, které 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 vztlaku 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 kolébatá 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-

dukci 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, & Böhm, 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 žvýkácké 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.
- Dostřehy, 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 přináší 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. Dětské pacienty, 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

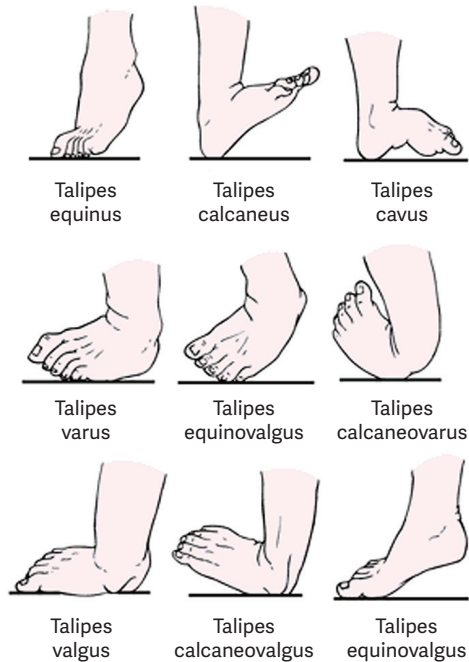
Příčinami vzniku vývojových vad jsou nejčastěji genetické a teratogenní vlivy (léky, chemikálie, určitá onemocnění matky...). (Poul, 2009)

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.

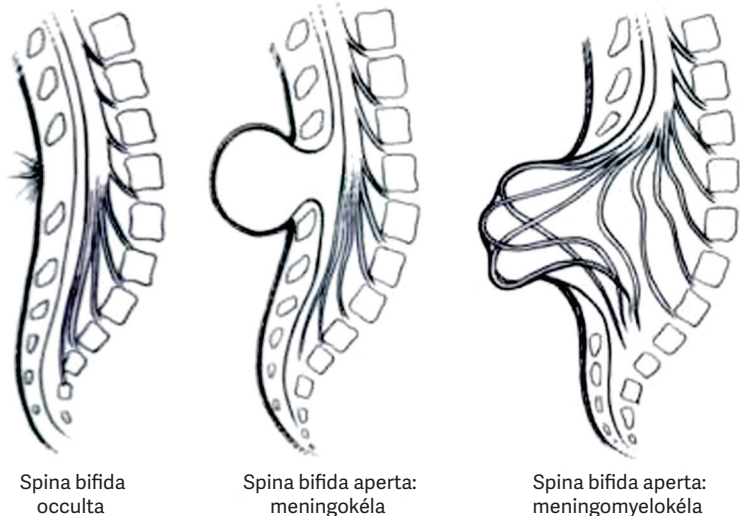
5. Umožnit soukromí pro převlékání a nošení oděvu podle potřeby (např. delších nohavic, rukávů).
6. Pracovat na motivaci a ovlivnění postojů k pohybové aktivitě jak u dítěte samotného, tak i u celé třídy. Např. na úvodní hodině promítnout motivační videa (např. Petráček, Vujcic), využít možnost programu 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. Její 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, anteverzii 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:

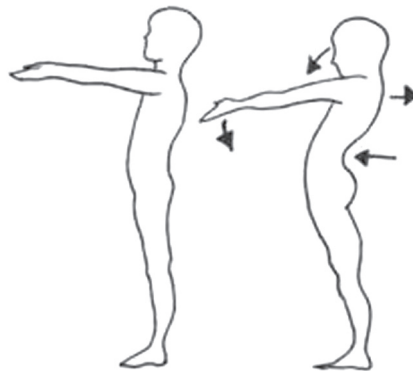
- Vnitřní faktory: vrozené vady (zraku, sluchu, neprůchodnost dýchacích cest, zpožděný duševní vývoj atd.), úrazy, prodělaná onemocnění.
- Vnější faktory: nedostatek svalové činnosti, jednostranné zatížení se statickým přetěžováním, nevhodné pohybové návyky, stres.

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.“

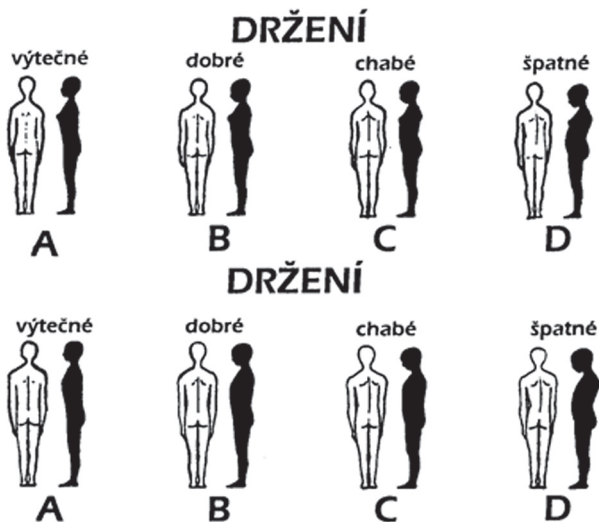
Znalost jednoduchých metod posouzení postury se hodí i učitelům (nejen) tělesné výchovy pro orientační hodnocení a případné zařazení nápravných cvičení, v těžších případech i doporučení návštěvy lékaře (Vojtíková & Vařeková, 2016a). Učitelé TV by měli znát základní testy na posuzování vadného držení 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 zakázaný 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 světlolaché (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 tutorů 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 výzvoevých 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 (stejně 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 (stejně 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?

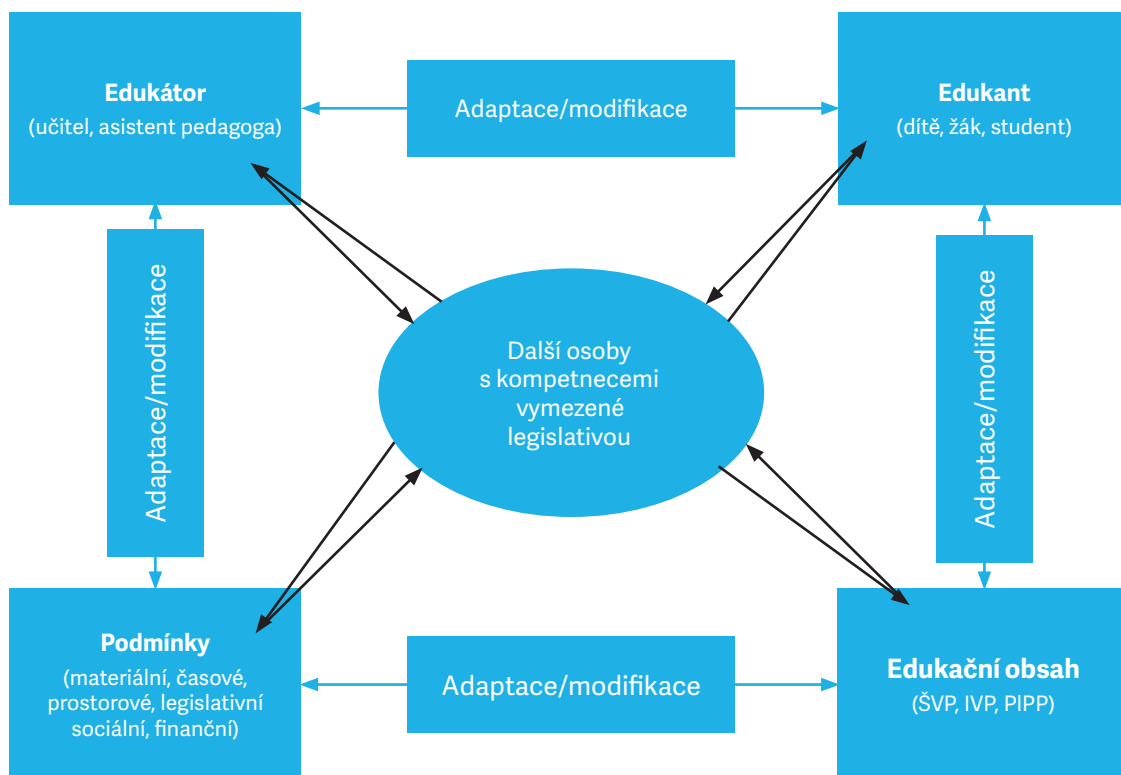


„Kdo jde pořád rovně, daleko nedojde.“ Antoine de Saint-Exupéry

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 šikovni. 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...!

„Nemohu se ubránit obavám, že by lidé mohli dospět k takovému stavu, kdy by považovali každou novou teorii za nebezpečí, každou novotu za obtížný zmatek, každý sociální pokrok za první krok k revoluci a ze strachu, že by je mohl někam strhnout, by odmítali jakýkoliv pohyb.“ Alexis De Tocqueville

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, který bychom si měli na začátku stanovit, je esenciálním aspektem celého procesu. Aktivity v průběhu školního roku pak k tomuto cíli směřují. Jsou tedy nástrojem či prostředkem, nikoliv neměnným středobodem pedagogického snažení.

Pokud je žák do ITV zařazen teprve prvním rokem, je u něj určení adekvátního cíle obtížnější než u žáka, u kterého již byl IVP v TV realizován dříve. Proto je vhodné vytyčít si průběžné dílčí cíle a úkoly. Predikace plnění jednotlivých úkolů a kvalita prováděných pohybových aktivit může být velmi individuální. Většinu aktivit je možno modifikovat nebo vyměnit za aktivity jiné vždy s respektem k cílům, které pohybová aktivita rozvíjí. U žáků, kteří nemají žádné zkušenosti se sporty či jinými pohybovými aktivitami, případně jsou integrováni až ve vyšších ročnících, je nutné rozvíjet základní pohybové návyky a dovednosti – házení, chytání, odbití míče, manipulaci s florbalovou hokejkou, skok do dálky – nebo dovednost více specifickou, např. jízdu na sportovním vozíku apod., čímž se mohou VJ TV obsahově výrazně odlišovat od svých spolužáků.



Obrázek 15: QR kód videa o inkluzivních pohybových programech v MŠ a u mladších žáků s tělesným postižením (Vyhlídal et al., 2011)



Obrázek 16: QR kód videa o inkluzivních pohybových programech v MŠ a u mladších žáků se zrakovým postižením (Vyhlídal et al., 2011)

4.1

Nastavení výukových cílů a hodnocení žáka se SVP v ITV

„Pokud nemůžete lézat, běžte; pokud nemůžete běžet, chodte; pokud nemůžete chodit, plazte se; ale v každém případě pokračujte v pohybu.“ Martin Luther King, Jr., proslov na Spelman college, USA, duben 1960

Ondřej Ješina, Martin Kudláček

Cíl musí být ověřitelný, chcete-li měřitelný či zjišťitelný. Ne však měřitelný pouze ve smyslu zjišťování výsledného výkonu, tedy kvantitativním. Měřitelnost je možná i ve smyslu kvalitativním. Při ověřování plnění cíle může být přes veškerou snahu přítomná určitá míra subjektivity. Neměla by však být tak vysoká, jak někdy pozorujeme (viz příklad z praxe X).

Cíle musí být dostatečně konkrétní; obecná formulace typu „výchova k fair play“ není sama osobě negativní, ale nejedná se o cíl. Je to prostředek k rozvoji osobnosti a chápání vztahů, pravidel chování apod., cílem však nejsou, ledaže se jedná o žáka, který má právě tyto parametry osobnosti v nerovnováze a je nutné se jim individuálně věnovat. Pokud se však jedná o žáka například s poruchou autistického spektra, není často nutné toto ještě zdůrazňovat v rámci cílů. Takový žák naopak může dodržovat předem daná pravidla hned od začátku důsledněji než samotný učitel. Obdobně u (z hlediska chování) „bezproblémového“ žáka s DMO nebo zrakovým postižením není toto opět nutné do IVP uvádět. Konkrétním vzdělávacím cílem např. může být znalost pravidel konkrétního sportu. Ověříme 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 plnění než cílů kognitivních (vzdělávacích), přesto je možné. Např. chceme, aby se žák více zapojoval do společných pohybových aktivit. S vyšší mírou zapojení předpokládáme i větší motivovanost, uvědomění si významu pohybu pro jeho život apod. U žáka se SVP je možné ji ověřit pozorováním (viz téma diagnostika), kdy pověříme asistenta pedagoga, aby zrealizoval strukturované pozorování a porovnání 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 žákovi zpětnou vazbu, ale nebývají součástí celkového hodnocení a už vůbec ne numerického vyjádření. Zahrnují 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 však měli být učitelé TV zejména v senzitivním období dospívání. Tato data a zpětná vazba musí být prezentovány 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 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 ní. 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, & Janečka, 2009). Tvorby programu se na popud IPC ujali zástupci šesti 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.

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 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 para hokeji 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 2 500 pedagogů.

Díky tomu, že se od roku 2005 stává PŠD pravidelně součástí různých financovaných 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, aby školy mohly 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, ty 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 ragby 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 – sekundární cíl 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). Nejvýrazněji 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

Realizace osvětového programu – pÁPÁ hrátky



„Všichni víme, jak vychovávat cizí děti.“ Jiří Žáček

Veronika Chvojková, Ondřej Ješina

Bohaté zkušenosti s realizací programu PŠD nám ukázaly, že model, který je vhodný pro většinu žáků základních a středních škol, se v mateřských školách a prvních ročnících základních škol nedá uplatnit. Na základě toho vznikla myšlenka modifikovat koncept PŠD pro potřeby těchto skupin dětí a žáků. Tak začal být realizován program, který krátce po svém vzniku dostal název pÁPÁ hrátky. Inovovaný název byl srozumitelnější pro mladší věkovou skupinu a zároveň deklaroval drobný odklon od svého „rodičovského programu“. Program, stejně jako PŠD, představuje problematiku života osob se zdravotním postižením, avšak způsobem, který je pro děti pochopitelnější. Hlavním nástrojem pro formování postojů jsou původní pohádky s výrazným akcentem jinakosti. I program PŠD obsahoval pohádku jako jednu z možností, nehrála však tak dominantní roli jako v tomto případě. Program pomáhá dětem přirozenou formou hry a příběhů seznámit se zdravotním postižením, pozitivně formovat jejich postoje a názory k osobám s jinakostí a snaží se o prevenci sociálního odloučení.

Zpočátku zahrnoval celý program sérii čtyř interaktivních vzdělávacích programů. V současné době se původní záměr rozšiřuje a přibývají nově zaměřená témata. Délka programu je obvykle 1,5 hodiny. Čím mladší jsou děti, které se účastní programu, tím je třeba počítat s kratší pozorností a celkovou délkou programu. Je lepší, pokud se současně účastní i paní učitelky a aktivně se zapojují. Jednotlivé programy vždy uvádí motivační pohádka, na kterou navazují další aktivity.

a) Pohádka

Využití pohádky, respektive bajky, tedy fiktivního příběhu s dobrým koncem a personifikováním zvířat, je pro děti předškolního a mladšího školního věku (v prvních třídách) velmi přirozeným prostředkem pro vzdělávání. Hlavními hrdiny pohádek využívaných v pÁPÁ hrátkách jsou postavy zvířátek s různým typem postižení. Jejich příběhy mají společné to, že umožňují spolu s postavami prožívat jejich těžkosti, ale zároveň nabízejí vyústění v podobě překonání překážek a nalezení kamarádů.



Obrázek 17: Opička Jiřinka s PAS



Obrázek 18: Ovečka Saša se sluchovým postižením

b) Aktivity a hry s tématem zdravotního postižení

Druhá část programu umožňuje dětem prohlédnout si a vyzkoušet kompenzační pomůcky pro dané postižení. Děti se do aktivit zapojují spontánně a rády si pro ně neobvyklé věci vyzkouší. Aktivity přímo navazují na předchozí pohádku a obsahově jsou kohezní s tématem konkrétního postižení. Pokud je tématem pohádky jinakost ve spojení se sluchovým postižením, je pak součástí aktivit výuka základů znakového jazyka a specifik komunikace s osobami se sluchovým postižením. Jestliže je ústředním tématem tělesné postižení, pak navazuje seznámení se sportovně-kompenzačními pomůckami pro osoby s tělesným postižením. Pohyb a segment sportu je zde využíván jako přirozený nástroj pro interakci a uvědomění si praktické aplikace jinakosti v běžném životě.



Obrázek 19: Různě zaměřené programy pÁPÁ hrátek



Mezi současná témata patří problematika osob s tělesným, zrakovým, sluchovým a mentálním postižením, osob s poruchami autistického spektra, rozšiřuje se i oblast osob s dlouhodobým onemocněním (epilepsií, onkologickým onemocněním aj.).

4.4

Sportovně-kompenzační pomůcky pro děti a mladší žáky



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

Ondřej Ješina

Nevýhodou sportovně-kompenzačních pomůcek je především jejich často vysoká cena. Problematická může být i jejich homologace a nižší množství bezpečnostních pracovníků pověřených 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.

4.4.1

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 se většina z nich primárně využívá v jiných všeobecně vzdělávacích předmětech, jsou uplatnitelné i v TV. Pro lepší představu nabízíme některé vybrané pomůcky, z nichž drtivá většina 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 utká-
ní, 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 mož-
né. Z důvodu toho, že se tato publikace nezabývá žáky s nadáním (v našem pojetí
s nadáním ve sportu) ani žáky vyrůstajícími 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

Postižení	Kód	Kompenzační pomůcka, speciální učebnice nebo speciální učební pomůcka	Normovaná finanční náročnost
Univ.	U.III.2.14	Pomůcky pro rozvoj sociálních dovedností a seberegulace	1500 Kč
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 struktura 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

Postižení	Kód	Kompenzační pomůcka, speciální učebnice nebo speciální učební pomůcka	Normovaná finanční náročnost
MP	B.IV.2.04	Pomůcky pro senzomotorickou stimulaci	10000 Kč
MP	B.IV.2.05	Pomůcky pro rozvoj hrubé a jemné motoriky	8000 Kč
MP	B.IV.2.06	Montesori 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 buď zaměřují na komerční půjčování pomůcek osobám s konkrétním druhem či typem postižení jako na jednu z mnoha služeb, často registrovaných v systému sociálních služeb, nebo se některé neziskové či vzdělávací organizace 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 největším portfoliem 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 pomů-

cek, přičemž k nejčastěji zapůjčovaným pomůckám patří inodoorové sportovní vozíky, monoski umožňující lyžování žákům používajícím 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 nejrozličnější upravené oštěpy, rakety, míče, signalizační pomůcky, otisky na zem (ruce + nohy + šipky – sety), posilovací míčky, házečí pytlíky atd.

4.4.2

Vybrané sportovně-kompenzační pomůcky vhodné pro děti a mladší žáky



Obrázek 20: Stabilizátory (www.jiner.cz)

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. Dětské varianty se od dospělých liší pouze velikostí skořepiny, případně délkou stabilizátorů. I když žáci mladšího školního věku zpočátku preferují tzv. „pasivní“ jízdu, stabilizátory vůbec nepoužívají.



Obrázek 21: Dětské monoski (<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 ovládány pomocí systému paralelního naklápění. Asistence instruktora probíhá buďto pomocí jisticího lana nebo předávaného madla. Firma JINER dodává inovovaný typ finančně dostupný a vhodný pro žáky různých věkových skupin. Zahraničním modelem je například biski od firmy Tessier. Je určeno zejména pro osoby s kvadruplegií a omezenou schopností úchopu.

Bruslení a hokej

Para hokej se hraje ve speciálních sáních. Sáně jsou zkonstruovány 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 22: Biski české výroby (<http://www.jiner.cz/cs/produkty/vse/id/14-biski>)



Obrázek 23: Hokejky na para hokej (<http://www.hockeyland.cz> a <http://www.swerd.cz>)



Obrázek 24: Sledge na para hokej
(www.jiner.cz)



Obrázek 25: Dětské hrazdy na bruslení
(<https://www.e-sportshop.cz>
a <https://www.skatepro.cz>)



Obrázek 26: Racerunner
českého výrobce
(www.jiner.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.

Jako **handbiky** se obecně označují sportovně-kompenzační pomůcky určené pro cyklistiku, které jsou poháněny silou horních končetin. Mohou se lišit dále dle posazení jezdce či dle přídatného elektropohonu. Pokud se zaměříme na handbiky pro nejmenší, pak se rozvojem handcyclingu u dětí v ČR asi nejvíce zabývá organizace Černí koně, která také vyvinula a distribuuje dětskou variantu handbiku.



Obrázek 27: Dětský handbike od Černých koňů (www.cernikone.cz)



Obrázek 28: Varianty pro podporu mobility nejmenších dětí (www.cernikone.cz)



Obrázek 29: Rikša
(www.jiner.cz)

Rikša je určena pro cykloturistiku, ale umožňuje svou konstrukcí i pasivní jízdu pro osoby s postižením. Ačkoliv není typickou sportovně-kompenzační pomůckou, je možné její uplatnění u žáků mladšího školního věku např. v dopravní výchově.

Dalšími cyklistickými pomůckami pro žáky mladšího školního věku jsou tandemová, závěsná a spřažená kola, tandemové tříkolky aj. Tandemové kolo je vhodné pro cyklisty se zrakovým postižením, ale i pro žáka s mentálním postižením nebo PAS (zejména pro zařazení do běžného provozu). U žáka s hluchoslepotou lze použít například spřažené kolo. V ČR existuje více výrobců, už jen proto, že tandemové kolo umožňuje zajímavou podobu cyklistiky dvojicím bez ohledu na postižení či speciální potřeby.



Obrázek 30: Různé varianty dvojkol od různých výrobců a distributorů

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



Obrázek 31: Tříkolka české výroby
(www.stercl.cz)



Obrázek 32: Obrácená tříkolka
(https://hollandbikeshop.com/cs-cz/?country_id=249)

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

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

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



Obrázek 33: Indoorový vozík české výroby (www.jiner.cz)



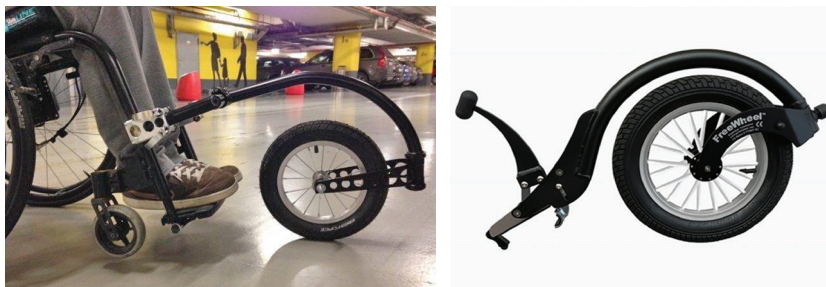
Obrázek 34: Indoorové vozíky finančně dostupné ze systému podpůrných opatření (www.vozikyprozivot.cz)

Salamander (mlok) je 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.



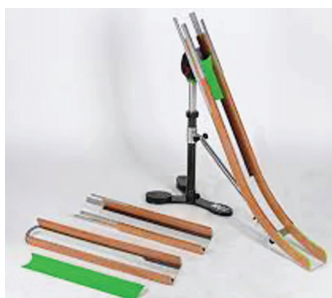
Obrázek 35: Mlok (<https://www.kury.cz/mlok.html>)

Přídavné přední kolečko: Pomůcka, která nadzvedne přední kolečka mechanického vozíku, a tím je možné vyrazit i do náročnějšího terénu. Vozík má díky přednímu přídavnému kolečku větší stabilitu i na nerovném terénu. Připevnění kolečka je buď ke stupačce vozíku či ke konstrukci vozíku.



Obrázek 36: Typ freewheel (<https://www.provozejky.cz/katalog-zbozi/freewheel>)

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



Obrázek 37: Rampa na bocciu (www.bocciaramps.com)



Obrázek 38: 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 goalball či kreistorball i se spolužáky bez zrakového postižení.



Obrázek 39: Variace ozvučených míčů



Pomůcky a pomáhající osoby pro žáky se zrakovým postižením

Děti a žáci se zrakovým postižením využívají při běhání či lyžování více než pomůcek podpory dalších osob. Každý malý sportovec má svého traséra (vodiče), který jede před ním a navádí ho. Trasér je osoba, na kterou se žák stoprocentně 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. Sportovec s piktogramem oka či nápisem „nevidím,“ trasér pak písmenem „G“ (guide – vodič).



Obrázek 40: Výuka lyžaře se zrakovým postižením (<https://www.skiheavenly.com/plan-your-trip/ski-and-ride-lessons/category/adaptive.aspx>)

4.5

Vybrané aplikované pohybové aktivity pro děti a žáky mladšího školního věku



„Všichni dospělí byli dětmi, ale málokdo si na to pamatuje.“ Antoine de Saint-Exupéry

Ondřej Ješina

Pohybové aktivity jsou specifickým prostředím, které přirozeně vytváří podmínky po vlastní aktivitu. 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. spolužákem). 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 určené žákům se SVP, budou ostatními spolužáky plně dlouhodobě preferovány. Například boccia je cílovým sportem, který může být obsahem TV, ale ve volném čase se mu převážně věnují hráči s takovým postižením, pro které je primárně určen. 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.

S respektem k výše uvedenému a s vědomím limitů společně realizovaných pohybových aktivit je však nutné s výukou pohybových aktivit vůbec začít. I v mezinárodním srovnávání zkušeností je patrné, že čím mladší jsou účastníci společných pohybových aktivit, tím funkčnější a úspěšnější inkluze je. Mladší žáci, zejména na 1. stupni základních škol, nebo děti v mateřských školách realizují společné aktivity daleko přirozeněji než starší děti. Čím přirozenější a spontánnější je společný začátek, tím větší je šance na to, že budou společné pohybové aktivity úspěšné i s přibývajícími roky.

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 modifikovanou přehazovanou nebo vybíjenou (na kapitána). Je však vhodné jej soustavně připravovat na národní turnaj, kde již modifikace možné nebudou? Nepřichází tím o čas, který může věnovat komplexnějšímu a cílenějšímu vývoji motorických dovedností?

Příklad z praxe IX: Pozitivní postoj a zapálení pro „věc“ motivovaly studenta dálkového studia relevantního oboru zaměřeného na inkluzivní TV tak, že se rozhodl získat finanční prostředky a realizovat seriál osvětových programů pro veřejnost. Cílem těchto programů bylo seznámit děti i dospělé s postižením s možnostmi pohybových aktivit, kterým se pak mohou věnovat. Škoda jen, že jeho nadšení nebylo podpořeno know-how a jeho ušlechtilé cíle pak nekorespondovaly s obsahem. V žádném případě jeho činnost v regionu, ve kterém akce realizoval, nepůsobila na veřejnost nepatřičně a bylo jistě možné vysledovat její pozitivní

dopad, avšak vynaložená energie, čas a finance donátorů nenašly efektivního uplatnění. Nejenže tyto aktivity neměly systémové pokračování (důvody z osobních důvodů neuvádíme) a jejich výsledkem nebyl vznik organizací, které by mohly aktivity dál rozvíjet, ale zároveň řada činností postrádala pro cílovou skupinu logiku. Účastníci s mentálním postižením tak byli zapojeni do basketbalu na vozíku, účastníci se sluchovým postižením hráli běžně dostupné hry bez účasti osob slyšících, žáci bez postižení měli možnost vyzkoušet si sportovně-kompenzační pomůcky jako exotickou věc, a to bez dalšího vzdělávání.

Knihy není pro výuku konkrétních pohybových aktivit nejvhodnějším médiem. Z toho důvodu si dovoluujeme odkázat na metodické materiály dostupné na www.apa.upol.cz. Youtube kanály v ČR i v zahraničí nabízejí úžasné možnosti, jak se seznámit s praktickými činnostmi. Jedním z nich je i kanál Centrum APA, kde jsou odkazy i na další relevantní spolupracující instituce a organizace působící ve vzdělávání či volnočasových pohybových aktivitách. Potenciál nabízí i nejrůznější metodické karty, včetně těch, které jsou pod názvem Metodické listy vybraných aplikovaných pohybových aktivit 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 úplné, 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: Ke zpracování následujících, 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.

4.5.1

Psychomotorika a psychomotorické hry



„Pohyby jsou stejně výmluvné jako slova.“

Isadora Duncan

Tomáš Vyhlídal

Psychomotorika představuje ucelený pohybový program, který je postavený na těsném spojení pohybu, prožitku a percepce. Lze ji tedy chápat jako výchovu pohybem, kde jde o spontánní prožívání radosti z pohybu (Blahutková & Koubová, 1995). Psychomotoriku lze provádět velmi hravě, zábavně, nápaditě a promyšleně s využitím různých známých i velmi netradičních pomůcek (například kelímky od jogurtů, noviny, kolíčky na prádlo, nafukovací balónky, provázky, deky, plata od vajíček, různé míčky atd.).

Psychomotorické hry jsou charakteristické prvky psychomotoriky a přinášejí možnosti nácviku pohybu zábavnou a hravou formou. Využívají se nejen u dětí, ale i u dospělých a seniorů. Velkou výhodou je snadná modifikace pro osoby se speciálními vzdělávacími potřebami.

Psychomotorika ve školním prostředí

Neúspěchy v oblasti pohybových aktivit, ačkoliv si to rodiče či pedagogové nepřipouští, prožívají žáci v období mladšího školního věku častokrát tíživěji než neúspěchy v učení (Matějček, 2005). Autorky v oblasti psychomotorických aktivit Louková a Blahutková (2013) definují jako jeden z problémů odsouvání a nepochopení přirozeného pohybu a prožitku z něj. Jak uvádějí, ve školním prostředí se často dětské hry mění v závod. Důraz je velmi často kladen na výkon, což není úplně dobré. Pedagogové by v tomto případě měli vytvářet takové možné prostředí, aby každý žák byl schopen zažívat pocit úspěchu a sounáležitosti se skupinou. Dvořáková a Michalová (2004) uvádí psychomotorické aktivity jako vhodnou formu pohybových aktivit pro jedince, kteří jsou v běžné tělesné výchově méně úspěšní.

Dle Blahutkové (2003) je možné zařadit psychomotorické hry či aktivity do všech částí hodin školní tělesné výchovy – úvodní, rušné i průpravné části, nácvikové i výcvikové části, závěrečné části hodiny. Je ovšem důležité zmínit to, že psychomotorika nenahrazuje hodiny školní tělesné výchovy, ale je jejich součástí či doplněním.

Ve školním prostředí je možné zařadit psychomotorické aktivity nejen do hodin školní tělesné výchovy, ale i do hudební výchovy či dalších předmětů, kde se vyžaduje spolupráce dětí a rozvoj komunikace.

Psychomotorika u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

Dle Szábové (2001) je vhodné u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami rozvíjet v oblasti psychomotoriky především tyto oblasti:

- žáci s tělesným postižením – aktivity zaměřené na rozvoj hrubé a jemné motoriky;
- žáci se zrakovým postižením – aktivity zaměřené na rozvoj hrubé motoriky, orientace v prostoru, rovnováha, koordinace pohybů;
- žáci s mentálním postižením – aktivity zaměřené na rozvoj koordinace pohybů, jemné motoriky a oromotoriky (motorika mluvidel), rovnováha a orientace v prostoru;
- žáci se sluchovým postižením – aktivity zaměřené na rozvoj oromotoriky (motorika mluvidel), orientace v prostoru, mimika;
- žáci s narušenou komunikační schopností – aktivity zaměřené na rozvoj komunikačních dovedností;
- žáci a poruchou chování a pozornosti – aktivity zaměřené na dodržování pravidel, fair play, rytmické aktivity, spolupráce a komunikace s ostatními;
- žáci se zdravotním oslabením – aktivity zaměřené na rozvoj dýchání, vnímání vlastního těla, relaxační aktivity;
- žáci s psychickými problémy – aktivity zaměřené na klidové činnosti jako relaxace a uvolnění, aktivity na stimulaci k aktivitě, dynamické činnosti.

Zásady psychomotorických her

Cílem psychomotoriky je pomocí psychomotorických her zajistit podporu pohybového, citového, poznávacího, sociálního a osobnostního rozvoje jedince. Cílem výuky by mělo být dítě, které má prožitek z pohybu. V psychomotorice začínáme vždy pracovat s jednotlivci, potom ve dvojicích a nakonec ve skupině (Blahutková, 2007).

Mezi důležité zásady patří dle Blahutkové:

1. Motivování žáků do hry – prostřednictvím atraktivnosti pomůcek, barevností, originalitou, povzbuzováním, hudbou atd.
2. Pomůcky připravujeme vždy dopředu, aktivitu si časově i obsahově rozvrhneme.
3. Hru vysvětlíme a ujistíme se, zda žáci pochopili pravidla hry.
4. Je vhodné se do hry také zapojit a být žákům rovnocenným partnerem.
5. Kde je to vhodné a možné, využijeme hudebního doprovodu.
6. Žákům necháváme prostor pro vlastní řešení problému, tvořivost.
7. Po každé hře sdílíme s žáky jejich pocity.
8. Při hrách ve dvojicích je vždy nutné prohodit role.



Obrázek 41: Využití padáku u žáků s poruchami autistického spektra (Veličková pro Centrum APA)

Dílčí oblasti psychomotoriky

Szabová a Sližík (1999) dělí psychomotoriku do několika dílčích oblastí:

1. neuromotorika;
2. senzomotorika;
3. sociomotorika.

Neuromotorika zahrnuje oblast jemné a hrubé motoriky a orientace v prostoru, rovnováhu, koordinace pohybů a schéma těla. Neuromotorika obsahuje také pohybové aktivity podmíněné či nepodmíněné, volní i mimovolní, reflexní, a to bez ohledu na druh podnětu, který ji vyvolá.

V senzomotorice se řeší motorická akce nebo reakce na jednotlivé podněty (sluchové, zrakové, hmatové, čichové, chuťové a další). Psychomotorické hry zaměřené na motorické akce nebo reakce jedince, realizované například bez zrakové či sluchové kontroly, jsou zejména u dětí velmi oblíbené.

Sociomotorika označuje pohyb, chování, jednání ve společnosti – škole, rodině, zaměstnání. V psychomotorických hrách se využívá působení jedince či skupiny.

Základní úkoly psychomotoriky

Adamírová (2006) zmiňuje tři základní úkoly psychomotoriky:

1. poznání svého těla;
2. seznámení se s prostředím, s předměty;
3. poznání společenského prostředí a osob.

ad 1) Poznání schématu svého těla, poznání jeho funkcí jako celku, naučit se tělu rozumět, prožívat různé city a pocity a umět je tělem vyjádřit, umět tělo ovládat a přitom je přijímat takové, jaké je.

Adamírová dále dělí poznání svého těla z fyziologického hlediska (zmapování těla, vnímání velikosti těla a jeho částí, rozlišení a vnímání těla v klidu a v pohybu, vnímání vnitřních orgánů...), kognitivní zkušenosti (znalost těla a jeho částí, chápání tělesných procesů, identifikace s vlastním tělem...) a emocionální zkušenosti (cit pro tělo, prožívání těla, vnímání pocitů a citů a jejich vyjádření...).

ad 2) Seznámení se s předměty, které jsou kolem nás. Pochopení možností jejich využití. Jedná se např. o předměty v běžném životě (knihy, židle, noviny...), přírodniny (kaštany, listy, květy, tráva, větvičky, kameny...), cvičební pomůcky, náčiní, nářadí (vybavení hřišť, tělocvičen...), pomůcky výtvarné, hudební atd.

ad 3) Poznání prostředí, v němž žijí, vyrůstám. Naučit se poznávat své vrstevníky, kamarády. Naučit se spolupracovat, komunikovat, navazovat kontakty...

V současné době se koncepty psychomotoriky a především psychomotorické hry využívají nejen ve školském prostředí, ale také například v prostředí nemoc-

ničním. Pro svoji velkou míru modifikace se dají využít nejen u osob se zdravotním postižením, ale také u osob se zdravotním znevýhodněním.

Ukázka psychomotorických aktivit

Slož si čepici – Žáci utvoří dvojice. Jejich společným úkolem je z papíru sestavit např. čepici, lodičku či vlaštovku. Každý žák ve dvojici může ovšem použít pouze jednu ruku. Modifikace hry: např. jeden z hráčů skládá poslepu nebo žáci používají svoji nedominantní ruku.

Zakryj mě – Cílem hry je „zakrýt“ spolužáka co největším počtem tácků. Tácky se nesmí vzájemně dotýkat ani se nesmí dotýkat země. Modifikace hry: např. tácky se pokládají na hráče nedominantní rukou.

Stavba – Úkolem žáků je vytvořit společné dílo z kolíčků na prádlo – stavbu, do které je tematicky zakomponován alespoň jeden ze žáků. Např. obraz cyklisty – žák leží na zemi jako cyklista a ostatní žáci k němu vytvoří z kolíčků na prádlo obraz kola. Další možnost může být např. kajakář, kde žák sedí na zemi a kolem něj ostatní žáci vytvoří obraz kajaku. Téma necháme na samotných žácích. Toto podpoří komunikaci ve skupině, shodu na tématu, spolupráci a další. Modifikace hry: např. do obrazu je začleněno více žáků; pro rozvíjení občanských kompetencí zadáváme konkrétní témata (rodina, svět zvířat, obchod, cestování...).

Přejdi řeku – Cílem je přejít předem vyznačenou trasu takovým způsobem, aby se hráč nedotkl chodidlem země. K dispozici má např. pivní tácky, houbičky, noviny, na které může došlápnout. Modifikace hry: např. použití pouze omezeného množství předmětů či ztížení trasy – např. přejít přes lavičku nebo jinou překážku.

4.5.2

Pohybová příprava – rozcvičky

„Obyčejná chůze je nejkompexnější pohyb, tělo zapojuje obrovské množství svalů. Nemusíme počítat kroky, můžeme chodit pro radost, ale hlavně chodit.“ Veronika Kutlvašrová



Jana Sekaninová

Všestranná pohybová příprava by měla být součástí každé vyučovací jednotky (VJ), chcete-li vyučovací hodiny TV, a to většinou na začátku hodiny – tzv. rozcvička. Ta je důležitou přípravou na jakoukoliv pohybovou činnost. Je přípravou celého organismu na zvýšené pohybové zatížení účelně vybranými činnostmi

s důrazem na předcházení poškození pohybového aparátu. Je to součást hodiny, kdy můžeme zcela zapojit i žáky se SVP, ať už mají asistenta, či nikoli.

Úkolem rozcvičení je:

- zahřát, uvolnit, odstranit nadbytečné napětí ve svalích;
- aktivovat hybný systém;
- uvolnit a rozhýbat kloubní struktury;
- protáhnout svalové skupiny (zejména ty zkrácené – prsní svaly, zadní strana stehen atd.);
- naladit organismus na specifickou pohybovou aktivitu, připravit tělo na dynamické zatížení.

Poznámka na okraj: Častou chybou rušné části v úvodu vyučovací jednotky (hodiny) je to, že žáci dosahují vyšší intenzity zatížení organismu (vyšší tepové frekvence) než ve zbytku hodiny. Vzniká tím paradox, který může přinášet riziko zranění, nižší kvalitu následných pohybových aktivit, a tím pádem i nižší efektivitu pro motorické učení.

Rozcvička by měla být pestrá, promyšlená, důkladná, dostatečně dlouhá (přibližně 5–15 minut) a měla by obsahovat následující části:

- a) **Rušná část:** je důležitá pro zvýšení srdeční frekvence, prokrvení a prohřátí vnitřních orgánů a svalů. Můžeme využít chůzi, taneční kroky, švihadlo nebo opakované pohyby na místě (poskoky). Můžeme využít míče – vybíjená a různé hry.

Žáci se SVP – Kontrolovat jejich přetížení, zpomalit tempo, krátký odpočinek...

- b) **Mobilizační část:** v této části dochází k mobilizaci kloubů. Vhodné jsou krouživé a kyvadlovité pohyby bez výrazné silové podpory. Zpočátku pozvolna a v malém rozsahu, který postupně zvětšujeme a postupně můžeme i pohyb zrychlovat. Důležité je věnovat se procvičení všech kloubů. Ne kroužení hlavou – není to pro člověka přirozený pohyb! Cvičení by mohlo začínat krouživými pohyby ramen, kroužením rukou (zápěstí, předloktí, v ramenou), úklony trupu, kroužení trupem, pohyby hlavy s regulovaným rozsahem, pohyby kyčlí, kolen a kotníků.

Žáci se SVP – Menší rozsahy pohybu; žáci na vozíku mohou tuto část cviků provádět vsedě na svém vozíku.

- c) **Statický strečink:** v posledních letech se od statického strečinku při rozcvičce upouští. Ale mírné protažení (nikoliv bolestivé) s krátkými výdržemi (do 8 s) má velmi pozitivní vliv na aktivaci svalových, šlachových a kloubních proprioreceptorů, které pomáhají při přenosu informací do centrální nervové soustavy. Doporučujeme jej využít až u starších žáků. U dětí a mladších žáků není statický strečink na rozdíl od dynamického tolik doporučovaný.

Žáci se SVP – Mírné protažení s kratšími výdržemi, žáci mohou být provedeni pohybem asistentem pedagoga (např. u žáků se zrakovým postižením, mentálním postižením, tělesným postižením), případně pasivní pohyby opět s využitím asistenta pedagoga. Zaměřit se na ty svalové skupiny, které jsou dominantně u žáka se SVP namáhány s ohledem na aktivity, které jsou v rámci konkrétní VJ TV v plánu.

- d) **Dynamický strečink:** kontrolované švihové pohyby horních, dolních končetin a také celostní pohyby, do kterých je více zapojeno svalstvo trupu (hmity, klony, kroužení, rotace, suny, klopení, vytahování, protahování). Postupně zvětšujeme rozsah pohybu i jeho rychlost. Důležitým přínosem je rytmizace (např. počítání), avšak pozor na intenzitu a potenciální riziko zranění.

Žáci se SVP – Mírné protažení s nižší intenzitou, žáci mohou být provedeni pohybem asistentem pedagoga (např. u žáků se zrakovým postižením, mentálním postižením, tělesným postižením), případně pasivní pohyby opět s využitím asistenta pedagoga. Zaměřit se na ty svalové skupiny, které jsou dominantně u žáka se SVP namáhány s ohledem na aktivity, které jsou v rámci konkrétní VJ TV v plánu.

- e) **Koordinační cviky (mentální rozcvička):** tato část má stimulovat člověka k většímu sebevnímání a psychorelaxaci. Tím se člověk začne více soustřeďovat na své tělo. Příkladem cviků mohou být současné i odlišné činnosti končetin (např. levá ruka dělá jiný pohyb než pravá ruka apod.), *cviky podporující správné držení těla a rovnovážná cvičení.*

Žáci se SVP – Mírné protažení s kratšími výdržemi či nižší intenzitou, žáci mohou být provedeni pohybem asistentem pedagoga (např. u žáků se zrakovým postižením, mentálním postižením, tělesným postižením), případně pasivní pohyby opět s využitím asistenta pedagoga. Zaměřit se na ty svalové skupiny, které jsou dominantně u žáka se SVP namáhány s ohledem na aktivity, které jsou v rámci konkrétní VJ TV v plánu. Řada těchto činností může být s ohledem na charakter postižení žáka (např. cerebrální paréza) velmi obtížně realizovatelná, proto bude nutná jejich modifikace nebo nahrazení jinými.

- f) **Zpevňovací část:** účelem zpevňovacích cvičení na konci rozcvičky není posilování, ale *stimulace zpevnění těla jako celku.* Zatímco úvodní část rozcvičky má za úkol prohřátí a uvolnění svalů, tak závěr rozcvičky má naopak stimulovat svalstvo k tonizaci (klidovému napětí svalů). Vhodné jsou krátké izometrické výdrže (body core), kolébaté pohyby zpevněného těla v lehu na zádech nebo lokální pohyby určité části těla bez souhybů trupu (např. podřepy, výpady aj.).

Žáci se SVP – Modifikace cviků. Zaměřit se na ty svalové skupiny, které nejsou dominantně mimo VJ TV namáhány, samozřejmě také s ohledem na aktivity, které jsou v rámci konkrétní VJ TV v plánu.



Obrázek 42: Příklady elementárních pohybových dovedností a jejich limitů u žáků s mentálním postižením

Do rozcvičky můžeme zařazovat i další části:

- drobné hry;
- průpravnou část zaměřenou na již zvládnuté dovednosti;
- cvičení s hudbou (vytváří příznivou atmosféru a pomáhá řídit pohyb).

Vybrané aktivity pro rušnou část

Drobné hry mohou velmi dobře posloužit k rozehtání organismu (rušná část). Hra by měla probíhat v klidnějším (nižším) tempu. Toho můžeme dosáhnout omezením prostoru, časovým intervalem, množstvím zapojených cvičenců, úpravou hry, preferováním určitého druhu pohybu (např. pohyb po patách, po čtyřech, ve dvojicích, družstvech apod.).

Poznámka na okraj: Uvedené hry jsou jen inspirací. Pro skutečné začlenění žáka s konkrétními SVP jsou nutné modifikace, o kterých informujeme v jiných částech knihy: pro potenciální modifikace her viz kapitoly Pohybové hry a hry soutěžního charakteru nebo Jak modifikovat pohybové programy? Další prakticky orientované metodické materiály je najdete na www.apa.upol.cz nebo jako součást „Resource packu APA“, jehož součástí je i tato kniha.

Inspirace pro pohybové aktivity, které je možné v omezené míře realizovat například u žáků s mentálním postižením.

Molekuly: Všichni hráči běhají kolem tělocvičny, na písknutí pedagoga vydá povel: udělejte dvojice, trojice, čtveřice, ...

Přenášená míčů: Družstva po 4–5 hráčích; rozestavíme cca 4 kruhy ve vzdálenosti asi 2 metry od sebe. První hráč musí do všech kruhů donést míče, vršky od PET lahví, drátěnky..., druhý hráč je nese zase zpátky, třetí je nese zase do kruhů.

Štafeta okolo: Hráči stojí v zástupu ve vrcholu čtverce. Na povel první hráč vybíhá po směru hodinových ručiček a obíhá celý čtverec, vrací se na místo a vybíhá druhý hráč. Možno střídat směry běhu u jednotlivých hráčů.

Pán a pes: Ve dvojicích. Pán běhá pomalu po tělocvičně a pes se snaží ho následovat po levém boku (po pravém).

Na babu: Omezený prostor. Možné modifikace: baba se předává pouze dotekem na rameno, na lýtko, ...

Honička ve trojicích: Hráči se rozdělí do trojic, každá hraje samostatně. První honí oba, nebo první honí druhého, ten třetího a třetí prvního.

Dotkni se, koho můžeš: Po omezený časový úsek se všichni snaží dotknout všech. Vyhrává ten, který nejčastěji někoho zasáhnul.

Černý Petr: Hráči mají nějaký předmět, který si předávají (čepice, míček, ...). Pronásledovatel může dát babu jen tomu, kdo má předmět.

Honička ve dvojicích: Pronásledovatel je sám, ostatní jsou ve dvojicích. Kdo je z dvojice zasažen, má babu a původní pronásledovatel se zařadí do dvojice.

Honička ve dvojicích: Jedna z dvojic honí ostatní. Chycená dvojice se stává pronásledovatelem. Pustí-li se pronásledující dvojice, chycení neplatí. Pustí-li se pronásledovaná dvojice, je tím chycena.

Honička ve dvojicích II: Dvojice se snaží pochyvat ostatní hráče. Jakmile někoho chytí, udělají trojici. Po chycení dalšího hráče se z nich stávají opět dvě dvojice. Kdo zůstane nechycen poslední?

Štafeta bez míče: Děti se rozdělí do družstev po 4–5 hráčích. Meta je vzdálená asi 10 metrů. Různými způsoby se musí dostat k metě a zpátky, pak vybíhá další. Např.: snožmo, po jedné noze, bokem, couváním, ...

Štafeta s míčem: Stejný princip jako minulé cvičení, nyní ale různá cvičení s míčem: hráči míč nesou, kutálí, driblují jím, proplétají jej mezi nohama, ...

Honička monster: Dvojice jsou vzájemně spojeny lokty zády k sobě a nesmí se rozpojit. Baba se předává jemně nohou.

Baba s pirátem: Je určen jeden hráč, který nemůže dostat babu. Ten se snaží bránit pronásledovateli, aby babu někomu předal.

Červení a bílí: Dva týmy (červení a bílí) stojí naproti sobě na čárách. Když se zavolá „červení“, červený tým se snaží pochyvat bílý tým, který musí utéct co nejdříve přes koncovou čáru do bezpečí. U žáků můžete využít příběhu – např. O Červené Karkulce.

Loupení šátků: Na vymezené ploše mají všichni hráči za pasem barevný šátek (rozlišovací dres apod.). Kdo dokáže za určený čas uloupit nejvíce šátků?

Dvojitá postel: Hráči si lehnou ve dvojicích na podlahu. Jeden hráč je zajíc. Když si zajíc lehne vedle ležící dvojice, ten hráč, který je dál od zajíce, se stává novým zajícem.

Na mrazíka: Jeden hráč se snaží dotknout co nejvíce hráčů. Označený hráč pak musí stát s roztaženýma nohama. Zachráněn je tehdy, pokud mu jiný hráč podleze pod nohama.

Hra barev: Hráči běhají různě po celé hale. Na povel trenéra se musí všichni dotknout nejbližší čáry podle barvy, kterou zavelí trenér.

Dopravní policista: Čtyři skupiny stojí na žíněnkách, každá v jiném rohu tělocvičny. Každý hráč drží balón. Dopravní policista uprostřed tělocvičny ukáže, které skupiny si musí vyměnit místa. Která z nich to dokáže rychleji, získává bod.

Zachraň se, kdo můžeš!: Všichni hráči driblují mezi žíněnkami po tělocvičně. Po hvizdu musí chytit míč a najít útočiště na prázdné žíněnce. Kdo ho najde jako poslední, prohrává.

Ubraňte čisté hřiště! Hřiště je rozdělené napůl. Každý tým se snaží bránit svoji půli tím, že hází všechny míče na polovinu svého soupeře. Po určitém čase se míče spočítají.

Na rybáře: Rybičky jsou rozptýleny po hřišti. Rybáři (2–3) jsou ve vyznačeném asi 3metrovém pásu podél hřiště (rybárna). Všichni driblují, na povel opouští rybář rybárnu a snaží se chytat rybičky. Chycení hráči odkládají míč do rybárny a s rukama za zády brání rybářům chytání rybiček.

4.5.3

Zdravotně orientovaná a relaxační cvičení

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, jako by neměli nikdy zemřít, a potom zemřou bez toho, aby předtím žili.“ Džampal Ngawang Lozang Ješe Tändzin Gjamccho (14. dalajláma)

Kateřina Fiedlerová, Jitka Vařeková

Zdravotně orientovaná cvičení si kladou za cíl ovlivnit u dětí a žáků funkční poruchy pohybového systému. Pohybový projev každého jedince je jedinečný a to platí i pro širokou škálu pohybových poruch. Nejčastěji se u dětí setkáváme se svalovou nerovnováhou, poruchami držení těla, dechového stereotypu, koordinace, psychomotorického napětí či poruchami vnímání (Lewit, 1990; Véle, 2006). Funkční poruchy pohybového systému mohou souviset s dalšími typy poruch (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 považovat je 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 sebepoznání 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. Tímto pilířem nás provede **beruška a balónek**.
- 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). Do světa vnímání nahlédneme s **malým robotem i bobrem**.
- 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. Základní zdravotní cvičení představují **pejsek a kočička**.
- 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! Zahrajme si na **surikaty**.
- 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. **Bobr jde spát**.

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 v určitých oblastech naproti sobě. 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.

A. Beruška a balónek – dechová cvičení

A1. Beruška, sedm teček a balónek

Pomůcky: balónky, provázek, permanentní fixy (nemusí být)

Cíl: rozvoj vitální kapacity plic, rozvoj jemné motoriky, rozvoj souhry oko-ruka

Motivace: Představme si, že je jaro a právě se budou klubat berušky. Každý si vyrobí svou berušku.



Instrukce: Každý žák si nafoukne svůj balóněk, zaváže jej a pomaluje sedmi tečkami.

Modifikace: U žáka se SVP se zrakovým postižením dejte do balónku před nafouknutím rolníčku.

A2. Sluníčko, popojdi maličko

Pomůcky: balónky (vytvořené беруšky)

Cíl: rozvoj vitální kapacity plic

Motivace: Zazpíváme si píseň Sluníčko, sluníčko, popojdi maličko.

Instrukce: Žáci jsou v prostoru na čtyřech a každý fouká do své беруšky tak, aby ji dopravil na zvolené místo (žíněnku, za čáru, do ohrady apod.)

Modifikace: Žák se SVP na vozíku neschnopný lokomoce na čtyřech nebo plazení ani s dopomocí fouká do balónku položeného před něho na lavici nebo z dlaně AP.

A3. Berušky v bříšku

Pomůcky: podložka, teplé a klidné prostředí

Cíl: rozvoj správného dýchání, podpora činnosti vnitřních orgánů, vliv na hluboké svaly břicha

Motivace: Vletěly nám беруšky do bříška. Podívejte, kde nám létají.

Instrukce: Žáci leží na zádech, mají pokrčeny DK, pedagog stojí před žáky a rukama ukazuje, kde se zrovna nacházejí беруšky. Žák si může také rukama ukazovat a posílá nádech vždy do určeného místa. Začněte na pupíku, přesuňte na jeden bok, zpět na pupík, druhý bok, pupík, podbříšek, spodní okraj hrudní kosti, horní okraj hrudní kosti, pupík, pak se mohou беруšky rozdělit a každá letět na jinou stranu do boků (pod poslední žebro), nakonec se mohou sejít na bedrech. Vždy posečkejte chvíli na místě na hluboký nádech žáků a беруškami přelétejte pouze v době výdechu. Lze dělat ve dvojici: jeden žák cvičí, druhý sleduje, zda vidí, kde zrovna létají беруšky. Pro kontrolu sledujeme, zda se místo, kam je nádech poslán, rozpíná. Pohlídejte, aby žákům nevystupovala spodní žebra vzhůru (stav, kdy nelze rukou zajet pod žebra). Posledním výdechem necháme беруšky z bříška vylézt.

Modifikace: Houpačka pro беруšky. Představte si, že jedna беруška přistála doprostřed hrudníku a jedna na břicho. Chtěly by se opatrně pohoupat. Střídáme nádechy do břicha a do hrudníku a „houpáme беруšky“. Dýchání je pomalé a klidné. Dokážete vnímat, jak je střídavě výš jedna a při příštím nádechu druhá? Mohou jít obě беруšky nahoru úplně stejně?

A4. Beruška na zádech

Pomůcky: podložka, teplé a klidné prostředí

Cíl: rozvoj správného dýchání, vliv na hluboké svaly břicha, protažení bederních vzpřimovačů, posílení mezilopatkových svalů

Motivace: Už jste viděli broučka na zádech? Zahrajeme si na berušku na zádech.

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 že dýchají do břicha. Na cvičení můžeme navázat kolébkou v této pozici a zakončit jej vyšvihnutím se přes zadeček do dřepu. V tu chvíli se mohou berušky rozletět.

Modifikace: U některých žáků se SVP bude potřebná pasivní dopomoc. Lze cvičit pouze s jednou DK, druhá je pokrčená nebo položená na švédské bedně (židli) s úhly v kyčelním a kolenním kloubu 90 stupňů.

Věděli jste, že...?

Kontrakce může být izometrická (sval je v napětí, ale nekoná se pohyb) a dynamická (sval dělá 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 s oblibou 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 střevní. Lze jimi aktivovat a posílit hluboký stabilizační systém (Vařeková, 2000).

B. Nauč svého robota aneb noha, nožka, nožička – zdravá noha a vnímání

B1. Jak robot přišel na svět

Pomůcky: papír, tužka (pastelky)

Cíl: rozvoj jemné motoriky, koordinace oko-ruka, rozvoj kreativity a představivosti

Motivace: Každý dostanete malého robota a toho dneska zkusíte naučit co nejvíce dovedností. Nejprve si jej nakreslíme a vyzdobíme. Poté teprve půjdeme cvičit a učit se dovednostem.

Instrukce: Žáci utvoří dvojice. První si stoupne jednou bosou nohou na papír a druhý obkreslí celé jeho chodidlo. Pak se vystřídají. Obkreslené chodidlo je základem pro dokreslení nebo dotvoření vlastního malého robota. Přikreslí se oči



a pusa, nohy a ruce. Robota je možné vystříhnout apod. Z robotů se může udělat malá výstava. V dalších aktivitách si budou žáci na roboty hrát a předvádět je.

Modifikace: U žáka se SVP se zrakovým postižením nalepte po obvodu čáry provázek. Tento žák může svého robota buď dokreslit, nebo k jeho dozdobení využít taktéž provázek a lepidlo. Případně lze chodidlo vystříhnout z tlusté látky a nechat žáka dotvořit robota pomocí výstřižků a různého materiálu podle jeho a vaší fantazie. Stejnou techniku tvorby bez zrakové kontroly můžete zkusit i u celé třídy s využitím klapiček (šátků) přes oči.

B2. Robot v domečku

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. Náš robot je ještě malý a půjde teprve do robotí školky. Budeme ho tedy učit mnoho nových dovedností. Dnes by si chtěl zkrášlit domeček a mít kolem něho kytičky. Vaše nožičky budou představovat ruce vašeho robota. Teď jste tedy roboti vy a musíte se naučit jemnou práci prstíků.

Instrukce: Žáci bez bot a ponožek si sednou na zem do pozice raka. Vzpor vzadu sedmo, pokrčit DK. Ruce robotů představují DK žáků a své ruce naopak nesmí používat. Zde jsou víčka, z kterých budete tvořit kytičky a tady máte každý svůj domeček. Každý robot má za úkol si odnést víčko po víčku celkem šest víček do svého domečku. (Domečky jsou vyznačeny například kloboučky nebo kruhem z lana ve vzdálenosti 4 m od hromádky všech víček.) Až bude mít u domečku šest víček, udělá z nich kytičku. Žáky navádíme k práci pomocí prstíků u nohy a chválíme je za ni. Není účelem pouze víčko sunout po zemi, ale zkusit jej nohou uchopit a přenést. Když všichni žáci mají hotovo, využijeme nerovného povrchu a projdeme se bosky po všech zahrádkách, kde nám vyrostly kytičky. Procházíme se po kytičkách i po laně (kloboučcích). Využít a přidat můžeme i další povrchy: měkké žíněnky, dřevěnou lavičku, pružnou trampolínu, studené dlaždičky a pak si o vjemech s žáky popovídat v rámci zpětné vazby: Co bylo příjemné? Co nepříjemné?

Modifikace: Těžší variantou je postavit z víček pyramidu do výšky. U žáků se SVP s tělesným postižením lze cvičení provádět horními končetinami (např. nepreferovanou HK). Nicméně pak doplňte i cvičením na DK a nohu např. v podobě masáže molitanovým míčkem. Žákovi se zrakovým postižením lze natáhnout mezi hromádkou a domečkem švihadlo. Procházku po robotím kraji lze udělat i ve dvojicích: jeden žák má oči zakryté šátkem nebo klapkami a druhý je jeho průvodcem.

B3. Robotí tleskání

Pomůcky: žíněny (nemusí být)

Cíl: rozvoj vnímání, citu a funkce nohy, protažení a posílení svalů DK, posílení hlubokého stabilizačního systému, prokrvení DK, prevence ploché nohy a dalších poruch nohy

Motivace: Vaši malí roboti se již něco naučili, takže si můžeme zatleskat. Jako roboti ale budeme tleskat robotíma ručičkami. Kde je máme? Pojdte na zem a uděláme takovou malou robotí oslavičku.

Instrukce: Slavit budeme ve dvojicích. Lehněte si na záda nohama k sobě. Ve dvojicích podpor na předloktích vzadu ležmo DKK k sobě, skrčít přednožmo povýš tak, abychom se dotýkali chodidly. Nohy jsou bez bot a bez ponožek. Zkusíme, jak vám malým robotům půjde tleskat s kamarádem naproti sobě. Teď zkusíme jednou tlesknout samy a jednou s kamarádem, pokud nám to jde, tak střídáme. Pokračujeme křížem (pravá s pravou, levá s levou), jednostranně (pravá s levou, levá s pravou). Žákům vymyslete k tleskání rytmickou sestavičku a nebo je nechte, ať si ji každá dvojice vymyslí sama.

Modifikace: U žáka se SVP se zrakovým postižením zkuste jeho dvojici zavěsit na prsty rolničky, případně zvolte výrazné barevné ponožky, využijte pasivní dopomoc asistenta nebo nechte žáka tleskat o stěnu (desku, opřenou žíněnkou). U žáků se SVP s tělesným postižením lze cvičení provádět horními končetinami. Nicméně pak doplňte i cvičení na DKK a nohy např. v podobě masáže molitanovým míčkem. Žák může zkoušet ve stejné pozici udržet míč DKK opřený o stěnu (kutálet s ním).

B4. 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

Motivace: Přijel k nám princ a hledá Popelku. Má u sebe malinkatý střevíček a chce, abychom si ho všichni vyzkoušeli. Já vás naučím udělat „malou nohu“, aby se naše nožka do střevíčku vešla.

Instrukce: Nejprve si ukážeme tři opěrné body, na kterých robot stojí. (Teď jsou nožky žáků nohama robotů, případně místo „malé nohy“ zvolte pojem „malá ručička“ a pozměňte pohádku.) Je to pata a polštářek 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. Podívejte, vaše noha dělá takový most (podélná klenba na vnitřní straně chodidla). Představte si, že tam teď vlezl malý brouček a vy mu chcete udělat tunel, aby vyšel druhou stranou ven. Přiblížením bodů opory (obou bodů pod klouby palce i malíku a bod

na patě) k sobě docílíme vyklenutí nártu, a tím i zmenšení nohy. Prsty se však nekrčí ani nezvedají, zůstávají volně položené na podložce. Pohyb nemusí být z počátku takřka znatelný, ale opakováním k němu dojdeme. Komu se podařilo udělat tunel a brouček mu vylezl na druhé straně? Uvolníme a zopakujeme ještě dvakrát. Cvičení proložíme masáží chodidla. Položíme si na zem tenisák a jednou nohou na něj přeneseme částečně 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, obuli i střívků a mohou pokračovat s náročnějšími úkoly, avšak vždy s provedením „malé nohy“. Bosí stojíme ve dvojicích naproti sobě, uděláme „malou nohu“ a házíme si s míčem obouruč trčením. To samé na jedné noze. Stojíme ve dvojicích na bosu naproti sobě, uděláme „malou nohu“ a házíme si s míčem obouruč trčením. To samé na bosu na jedné noze. Jaké další cvičení s „malou nohou“ vymyslíte?

Modifikace: „Malou nohu“ lze provádět i bez zrakové kontroly. U cvičení můžeme sedět na židli, 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 (Levitová, 2015). Vyšetřit podélnou klenbu lze strčením dvou prstů pod klenbu (u dospělé osoby). Pokud se vejdou, je klenba v pořádku.

Svět kolem sebe vnímáme mnoha smysly, většinou nejvíc zrakem a sluchem, ale také hmatem. Pro pohyb je však důležitý ještě jeden smysl, a to kinestézie, tedy vnímání pohybu. Vnímání dodává mozku informace a na jejich základě se plánuje pohyb. Když nejsou informace dobré, když nemáme naše smysly cvičené a ony nedodávají správné informace v pravý čas, pohyb je nekoordinovaný. Proto je zkvalitňování vnímání nesmírně důležité (Véle, 2006).

Abychom mohli zaměřit pozornost na vnímání našeho těla, je potřeba obrátit se dovnitř, a tedy se trochu ztišit. 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.“ (Levitová, 2015)

Co dodat? *Když zlepšíme vnímání, zlepšíme funkci.*

C. Pejsek a kočička – střed a osa těla

C1. Jak pejsek a kočička našli vajíčko

Pomůcky: podložky

Cíl: uvolnění, protažení bederních vzpřimovačů

Motivace: Znáte pohádky o pejskovi a kočičce? Třeba jak pejsek a kočička pekli dort? Co všechno tedy patří a nepatří do dortu? Co byste tam dali vy? Když jste zmínili vajíčko, tak si vajíčko spolu zacvičíme.

Instrukce: Klek sedmo na patách, hluboký ohnutý předklon, čelo na podložce, HKK podél těla, uvolnit celé tělo. Uvolnit šíji, 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), anebo stejným způsobem na boku. Pokud není žák se SVP pozice schopen sám, zkusíme jej do jedné z poloh dostat s dopomocí. Pozice má být však příjemná. 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 další krůček dále.

C2. Jak cvičí kočička

Pomůcky: podložky

Cíl: mobilizace páteře v předozadní rovině, protažení vzpřimovačů páteře

Motivace: Vajíčko už umíme, ale jak cvičí kočička? Kdo mi to ukáže?

Instrukce: Vzpor klečmo, ruce jsou aktivní (odtlačují se od podložky), lokty mírně pokrčeny (nejsou zamčené), ramena nad rukama, široká a zasazená dolů směrem k pánvi (záda ani hlava v ramenu „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 a vytáhneme se z ramen. 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 senzoricou a propriocepcí (vnímání polohy částí těla) bude třeba ohlídat správné provedení cvičení. Můžeme cvičit i ve dvojicích, kdy jeden žák cvičí a druhý jej opravuje a rovná.

C3. Jak cvičí pejsek

Pomůcky: podložky

Cíl: mobilizace páteře v boční rovině

Motivace: A jak cvičí pejsek? Viděli jste pejska, jak se točí do kolečka a honí si ocásek? Uděláme pejska, který se kouká, kde ten ocásek má.

Instrukce: Vzpor klečmo (srovnání v základní pozici viz výše v cviku C2. Úklon vpravo se současným vytočením bérců vpravo, podívám se na nohy a chvilku vytrvám. Zpět a to samé vlevo, hlava i DK se přesouvají současně. 6–8 opakování.

Modifikace: Viz výše v cviku C2.

C4. Pejsek a kočička perou prádlo

Pomůcky: podložky

Cíl: mobilizace páteře pomocí torze obratlů (spinální cviky), protažení vzpřimovačů páteře, protažení svalů šíje

Motivace: Pamatujete si, jak pejsek a kočička prali prádlo? Vždyť oni vlastně prali sebe navzájem. Nejprve se vydrbali v neckách a pak se ždímalí. A my se teď hezky vyždímáme také. Nejprve zlehka, protože z nás poteče hodně vody, potom trochu přidáme a nakonec budeme ždímat hodně, hodně. Lehněte si na záda.

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. Vrátíme 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. Ještě bude potřeba prádlo usušit: leh, vzpažit. Vytahujeme se ze středu těla do dálky za HK i za DK.

C5. Pejsek našel míček

Pomůcky: podložka

Cíl: protažení prsních svalů

Motivace: Pejsek a kočička jsou suší a mohou si jít hrát. Najednou pejsek najde míček, a jak to tak pejskové mají rádi, chtěl by ho od kočičky házet. No, a když vám pejsek přinese míček a položí ho před vás, tak se u toho umí tak hezky protahovat a při tom vrtět ocáskem. Pojdme na čtyři, ruce dáme dál od sebe, kolínky couvneme trošku dozadu a protáhneme se.

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).

C6. Pejsek a kočička našli švihadlo

Pomůcky: švihadlo

Cíl: protažení svalů zadní strany DK

Motivace: Jak víte, kočičky mají rády klubíčka a dokáží si s nimi pěkně vyhrát. Skoro by se do takového klubíčka zamotaly. Natož když si s ním hrají vleže na zádech. A co by teprve vymyslely, když by našly švihadlo? Lehneme si na záda a takhle si chytíme tlapku.

Instrukce: Leh, švihadlo zachytit za chodidlo PDK (s dorzální flexí v hleznu – fajfka) a s propnutým kolenem ji přitáhnout do přednožení povýš dle rozsahu. Protáhnout. 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.

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 (Vařeková, 2000).

Mezi patologie v oblasti páteře patří:

- dolní zkřížený syndrom (sklopená pánev: zkrácené bederní vzpřímovače a flexory kyčlí, ochablé hýžďové svalstvo a břišní svalstvo);
- horní zkřížený syndrom (zkrácené horní fixátory lopatek, prsní svaly a extenzory šje, ochablé dolní fixátory lopatek, mezilopatkové svaly a flexory šje);
- 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 (Rokyta, 1992) a spinální cviky podle Jiřího Čumpelíka (Levitová, 2018).

D. Surikaty na cvičišti – správné držení těla (posturální korekce)

D1. Surikata na stráži

Cíl: techniky posturální korekce

Motivace: Surikaty pobíhají, hrají si a dovádějí. Ale nejméně jedna z nich vždycky dobře hlídá. Postaví se na zadní a rozhlédne se.

Instrukce: Hlídací surikata chce stát úplně vzpřímeně. Pevně se opírá do tlapek. Nohy na šířku pánve. Představte si, že máte ocásky jako surikata (o něco menší než má klokan) a ty svojí tíhou směřují k zemi – pánev se tak trochu podsadí. Žáda narovnat. Hlava směřuje vzhůru, ale nezaklání se. Střídáme uvolněné pobíhání (ev. pobíhání po čtyřech) a vzpřímení. Žáci se ve funkci „hlídací“ 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. Kompenzaci 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.

D2. Ležící surikata

Cíl: posturální korekce v lehu na zádech

Motivace: Po běhání si surikaty potřebovaly odpočinout. Pak je napadlo, že budou trénovat protahování vleže na zádech, aby byli jednou lepší hlídači a dohlédly ještě dál.

Instrukce: Pokuste se se prodloužit co nejvíc – za patami a za vzpaženými HKK do dálky. Povolte. Zůstaňte ležet a vnímejte, jak jsou záda v bedrech prohnutá. Prolezla by tam žízala? Proběhl by tam křeček? Zkuste přilepit záda k podložce. Jde to úplně? A co ramena? Koukají na strop? Je možné je přilepit k podložce?

A co hlava? Je vzpřímená nebo v záklonu? Je možné ji narovnat a protáhnout v ose do dálky?

D3. Trénink pro surikaty

Pomůcky: látkové pytlíky s rýží či luštěninami (cca 100–200 g) nebo polovyfouknutý overball, sešit, PET víčko, ringo kroužek aj.

Motivace: Mladé surikaty trénují na nejlepší hlídače: Dobře vědí, jak je vzpřímené držení těla důležité a protože „těžko na cvičišti – lehkou na bojišti“, trénují i se zátěží.

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), odstátlými lopatkami, rameny vysunutými vpřed (protrakcí ramen), oslabeným břišním svalstvem, odchylkami os dolních končetin (kolena vbočená nebo prolomená vzad).

Držení těla má přitom zásadní vliv nejen na pohybový systém, ale i na funkci vnitřních orgánů a na psychiku. Je vhodné nejen TV usilovat o zlepšení držení těla.

V rámci této části si lze rozšířit obzory o správném držení těla podle Feldenkraise (1996) nebo Hermachové (2001), nyní Lewitové, skrze Alexandrovu techniku nebo přes Brüggerův model ozubených kol (Boner, 1995).

E. Malý bobr jde spát – relaxace a cvičení s myslí

E1. Když jde malý bobr spát

Motivace: Na písničku „Když jde malý bobr spát“ žáci pobíhají a předvádějí písničku. Kdykoli se hudba zastaví, lehnou si a chvíli se ani nehnu.

Instrukce: Základní jednoduché zklidnění po dynamické aktivitě – lehnout na záda, uvolnit, zavřít oči. Na začátku stačí pár vteřin.

E2. Bobříci a kamarádi

Motivace: Uložíme se k relaxaci. Jako bobříci, koťátka v košíku či zajíčci v pelišku.

Instrukce: Delší zklidnění s relaxační hudbou. Čas na začátku krátký, postupně se prodlužuje.

E3. Zvědavý malý bobr

Motivace: Zavřete oči, prozkoumáme svá tělíčka.

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.

E4. O čem se malému bobrovi zdá

Motivace: Zavřete oči, vydáme se do krásné přírody.

Instrukce: Rozvíjení představivosti pomocí navození příjemných představ. Vnímejte tuto hudbu – jaké ve vás vyvolává představy? Vnímejte tuto 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.

E5. Jak bobří postavili hrad

Motivace: Rodinka bobříků – máma, táta i všichni sourozenci – celý den běhali a stavěli bobří hrad. Tahali spoustu těžkých klacků, aby postavili ložnici a nad ní střechu... a pak ještě velkou bobří hráz, aby v potoce stoupla voda a všechny cesty k domečku zaplavila. Pak doplavali do hradu, sešli se v ložnici, stulili se do klubíčka a navzájem se zahřívali. Cítili se příjemně unavení a spokojení, jaký mají krásný hrad.

Instrukce: Příběhy využívající princip Schultzova autogenního tréninku jsou založené na postupně se zpomalujícím příběhu, kde se hlavní postava (zvířátko, panáček) po běhání ukládá, uvolňuje a cítí příjemné teplo a tíhu ve všech končetinách.

E6. Progresivní relaxace na bobří hrázi

Motivace: Jak se bobřík protahuje, když cvičí? Tááák. A jak se bobřík schoulí, když je unavený? Tááák.

Instrukce: Aktivita na principu Jacobsonovy progresivní relaxace pracují se střídáním a rozlišováním fází aktivity a relaxace (ráno se květina vytahuje ke slunci a večer se sklání, takhle chodí zuřivý tygr a takhle lehce našlapuje kočička)

E7. Pohybem k sebeuvědomění malého bobříka

Motivace: 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?

Instrukce: Vnímání pomalého pohybu využívá ve své metodě např. M. Feldenkrais. V relaxaci je pozornost zaměřena na různé pohyby, které se postupně stávají složitější.

Věděli jste, že...?

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 zkratka při cvičení dobré počítat. Jen vědět, jak na to.

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 (Müllerová, 1998), Jacobsonovu progresivní relaxaci (Nadeau, 2003) a metodu Pohybem k sebeuvědomění podle Feldenkraise (1996).

4.5.4

Rytmické hry a cvičení

„Hudba a rytmus nacházejí cestu k nejskrytějším místům duše.“ Platón



Pavla Štenclová

Ačkoliv je učitelům mateřských škol a prvního stupně základních škol využití říkadél notoricky známo, je nutné zamyslet se i nad společnou účastí dětí a žáků se SVP. Například, jak melodii a náladu skladby převést pro účast dětí a žáků se sluchovým postižením? Jak začlenit žáka s poruchami autistického spektra do školní besídky? Jak umožnit dítěti s mentálním postižením v mateřské škole úspěch při prezentování úryvku básničky či říkadla? K čemu je výuka tanečních prvků u žákyně na vozíku? Bude mít vůbec v budoucnu možnost tančit, bude se moci účastnit v 16 letech tanečních, existují taneční spolky pro osoby s postižením? Velice zjednodušeně zní odpověď ANO... Umožněte, pokuste se, snažte se, mají možnost, existují, může do tanečních! Domníváme se, že by knize a portfoliu informací v „Resource packu APA“, jehož je tato kniha součástí, něco chybělo,

a z toho důvodu uvádíme i tuto kapitolu. A tak, jak je přirozené využít rytmických cvičení u dětí a žáků mladšího školního věku, tak přirozená by mohla být snaha pedagogů o nalezení úprav pro společné začlenění všech, včetně těch se SVP.

Pravidelný rytmus řeči, zvuků či hudby má pozitivní vliv na naladění dětí a žáků. Rytmicizovaná říkadla, jednoduché básničky a písničky jsou přirozenou náplní her a komunikace s nimi. Děti a žáci je přijímají velmi pozitivně. Bylo zjištěno, že děti (myšleno i žáky) uklidňuje, pokud slyší pravidelné údery v tempu srdečního tepu. Dle některých všeobecně přijímaných názorů je to dáno tím, že v prenatálním období slyšely tlukot srdce matky. Rytmus hraje důležitou roli od nepaměti. Mezi nejstarší předpokládané tance patří rituály našich předků již v prvobytně pospolné společnosti. Pravěká podstata rituálů v nás probouzí nejen tělesné, ale i duchovní prožitky.

Poznámka na okraj: Vždyť se mnohdy stačí podívat, co hudba vyvolává v nejmenších dětech ještě dříve, než jim rodiče mohou vysvětlit, co to znamená tanec a že by mohly tančit. Prostě se hýbou, tančí a radují.

Naše běžné pohybové úkony, jako je chůze, běh a pracovní činnosti, probíhají v určitém rytmu. U malých dětí i žáků v mladším školním věku je cvičení v rytmu podle říkadla velmi prospěšné. V rytmu pohybů se projevuje i konkrétní nálada a stav mysli. Rytmem tedy lze děti rozradostnit. Děti nejraději hudbu a rytmus sami tvoří, už jako batolata třeba vařečkou do hrnce nebo pokličkami o sebe. Rytmus a hudba jsou spojeny s pohybem. Už první říkanky pro miminka jsou spojeny s houpáním, tleskáním a kolébáním (Karásková, 2000).

Připomeneme si některá říkadla a písničky, která si můžeme zaspívat a zatančit s dětmi. Myslete na rozvoj rytmu a umožněte dětem naučit se přijímat hudbu už v raném věku bez ohledu na speciální potřeby či postižení. Snažte se vhodně využívat takových hudebních forem a podob, které dítě pozitivně přijímá. K prvním rytmizovaným činnostem patří *Paci, paci, pacičky* a všechna dětská říkadla se škádlením, lechtáním a dotýkáním se těla. S těmi o málo staršími můžete vyzkoušet následující říkadla, hry a písničky:

Kapela

Zahrajeme si na pokličky, klepeme o sebe dvěma vařečkami nebo lžícemi. Hrajeme spolu a pochodujeme v rytmu. Postupně zrychlujeme, až utíkáme.

Hodinky

Hodinky tikají – poslechněte si je a pak si je zahrajeme: klepejme o sebe dvěma lžícemi, vařečkami, tleskejte nebo jen kývejte hlavou jako kyvadlo:

Tik-tak, tik-tak, tikají,
zastavit se nedají.
Tiky-taky, tiky-tak,
proběhnem se zrovna tak.

Představme si, že máme hodinky, které tikají někdy rychle a někdy pomalu. Zahrajme si na ně. Říkejme tik-tak, klepejte o sebe lžícemi nebo vařečkami v různém tempu, přidejte tleskání, plácání do stehů či do podložky nebo dupání na místě. Dále můžeme přidat také poskoky v rytmu říkadla, které plynule přejdou v chůzi a běh.

Jedna, dvě

Jedna, dvě, Honza jde, nese pytel mouky.
Máma se raduje, že bude péct vdolky.

(Těžká chůze s pytlou mouky a potom lehké poskočení dokola)

Kolo, kolo mlýnský

Děti se vzájemně chytí za ruce a chodí dokola a zpívají:

„Kolo, kolo mlýnský, za čtyři rýnský“

Poté běhají dokola: „Kolo se nám polámalo, mnoho škody nadělalo, udělalo báb,“ a padnou na zem. V lehu na zádech děti šlapou nohama jako na kole, jestli kolo není úplně rozbité – pomalu i rychle. Zkuste s dětmi také mlít mlýnkem rukama a pak v lehu šlapat na kole a zároveň mlít i rukama. Zdá se, že půjde opravit: klekněte si na jedno koleno a na druhém kolenu rytmickým pohybem rukou naznačujte řezání nebo klepání kladívkem:

Vezmeme si hoblík, pilku,
zahrajem si ještě chvíli,
až to kolo spravíme,
takhle se zatočíme.

(Děti vstanou a zatočí se)

Cib, cib, cibulka

Cib, cib, cibulka,
mak, mak, makulka.
Když jsem byla maličká,
chovala mě matička.
A teď když jsem veliká,
musím chovat Pepíka.

(Děti doprovází v rytmu písně dvěma malými podřepy, třetí až téměř do dřepu. Pak následuje chůze dokola a dítě se podtáčí pod naší rukou.)

Výše uvedená říkadla a aktivity viz Hana Dvořáková (2009).

Rytmická cvičení s využitím hudby

Učitel pustí hudbu, děti se pohybují po prostoru, tancují, poskakují a mohou si tleskat nebo mávat rukama. Po zastavení hudby plní děti různé úkoly.

Například: zkamení, tlesknou si do kolen, lehnou si na břicho, na záda, třikrát vyskočí, zakřičí hurá, hurá, hurá, dřepnou si, položí si ruce na zadek, stojí na jedné noze jako čáp, udělají veselou opičku, kačenu, koníka, mňoukající kočku, panáčkujícího pejska, létajícího orla atd. Hraním na zvířátka v dětech vzbuzujeme velikou kreativitu a to je motivuje do další pohybové činnosti.

Velmi oblíbené je cvičení, kdy si děti lehnou na podlahu a cvičí tzv. tanec červíků. Ten spočívá v tom, že se pohybují v rytmu hudby, ale zády se dotýkají podlahy. Nebo děti vyštěkávají haf, haf, haf... v rytmu písně Skákal pes přes oves a u toho se pohybují poskoky po prostoru.

Výše uvedená říkadla a aktivity viz Vlasta Karásková (2000).

Chodí pešek okolo

Děti stojí nebo sedí v kroužku. Jedno z dětí obchází kolem a v ruce drží peška (můžeme využít i smotané noviny nebo letáky, popřípadě plyšovou hračku) a do rytmu chůze říká následující říkačku: „Chodí pešek okolo, nedívej se na něho, kdo se na něj koukne, toho pešek bouchne.“ V tento moment dítě lehce ťukne peškem jiné dítě po zádech a peška položí na zem vedle něj. Ten, koho se pešek dotkl, musí peška vzít a snaží se obcházejícího chytit dřív, než se mu podaří obsadit volné místo v kruhu dětí. Všichni běhají nebo chodí kolem kruhu ve směru hodinových ručiček. Když pešek obchází a říká říkanku, musí se všichni dívat do země (Einová, 1998).

4.5.5

Pohybové hry a hry soutěživého charakteru



„Hra je jeden z nejefektivnějších způsobů, jak zjednodušit život. Přesně to jsme dělali jako děti, ale v dospělosti jsme si hrát zapomněli.“ Albert Einstein

Michal Šmíd, Ondřej Ješina

Neodmyslitelnou součástí výuky TV jsou pohybové a soutěživé hry, které mají za cíl rozvoj motorických dovedností a schopností, ale také podporují interakci

ve skupině, podporují radost z pohybu a ze hry samotné. Hra má v životě člověka nezastupitelné místo a představuje jedno z nejpřirozenějších prostředí stojících na pomezí mezi kulturou a biologickou podstatou. Hraní her by mělo všem žákům umožnit prožít libé pocity, radost z výhry a dosaženého úspěchu, stejně tak jako rozvinout schopnost přijetí porážky a neúspěchu v konkrétní hře. Proto bychom se ve školní tělesné výchově měli snažit o komplexní rozvoj osobnosti prostřednictvím pohybových her v souvislosti s výběrem vhodného prostředí a využitím nejrůznějších pomůcek.

Na rozdíl od psychomotorických her mají pohybové a soutěživé hry kompetitivní charakter. Kaplan, Bartůněk a Neuman (2003) však vybízejí pedagogy ke snaze změnit přemýšlení o realizovaných pohybových aktivitách a cvičení ve školní tělesné výchově. Autoři se snaží upozornit na limity výkonově orientovaných her a upozorňují na ztrátu potřebné motivace u některých žáků ještě před zahájením dané pohybové aktivity. S touto částečnou kritikou souhlasí i někteří autoři v kontextu ATV (Ješina, Kudláček et al., 2007) nebo přímo ITV (Bartoňová & Ješina, 2012). Případným uvolněním žáka se SVP z tělesné výchovy či svou neúčastí ve hře přichází daný žák se SVP nejen o možnost prožít radost ze hry, jakou mají jeho spolužáci, ale také o možnost získat kompetence, které hra rozvíjí.

Hra by ideálně měla být zábavná a dostatečně motivovat k participaci. To tedy znamená, že tato zábava a výše uvedené libé pocity nejsou cílem, ale měly by být nedílnou součástí každé hry. Pokud hra nebaví, tak se k ní žák nerad vrací a snižuje se tím šance jejího opakování a následně i rozvoje specifických kompetencí. Bez ohledu na motorické dovednosti by měla být umožněna všem, včetně žáků se SVP. Ve školním prostředí se setkáváme s hrami, které jsou řízeny pedagogem a jejichž správný výběr a realizace závisí na tvořivosti, zájmu a předchozích zkušenostech pedagoga (Adamčák & Novotná, 2009). Chceme-li tedy zprostředkovat žákům zájem o aktivní zapojení do pohybových her, měli bychom je jako pedagogové dokázat správně motivovat a chápat jejich konkrétní prožitky. Při plánování obsahu vyučovací jednotky by se proto měl pedagog zamyslet nad možnostmi úprav průběhu hry či zvolením správné strategie její realizace a komunikace s hráči tak, aby se opravdu všichni žáci mohli aktivně zapojit do pohybové aktivity spojené s danou hrou. S ohledem na pohybovou či soutěživou (můžeme ji nazvat i drobnou) hru je logické, že míra zapojení jednotlivých hráčů je různá. Měla by však umožnit každému žákovi, aby rozvinul v maximální možné míře své kompetence a participoval s maximální subjektivně možnou mírou zapojení.

Pro lepší pochopení dané problematiky a pro realizaci VJ ITV se zapojením žáka se SVP se pokusíme vymezit pojem pohybová hra a soutěživá hra tak, jak o nich uvažují někteří autoři sborníků her, ve kterých lze hledat i velké množství inspirace pro pedagogickou činnost.

Pohybové hry

„Pohybové hry vedou ke zdokonalení pohybových dovedností. Do her spojených s pohybem děti s nadšením vkládají své síly a prožívají přitom radost a pohodu. Dobrá hra děti dovede strhnout do jiného myšlenkového světa, dává jim zapomenout na čas, přispívá k utváření kamarádských a přátelských vztahů. Než

začneme jakoukoliv hru hrát, měli bychom dětem řádně vysvětlit pravidla. Při hrách spojených s pohybem je důležitá především pochvala, vyjádření radosti z úspěchu, citlivý a spravedlivý přístup k dětem, trpělivost a přátelská atmosféra.“ (Kalábová, 2016, s. 109)

Vymezením pojmu se i ve starší literatuře zabývala Jelínková (1954), která uvádí, že hlavním znakem pohybové hry je tělesný pohyb, při němž prostřednictvím hravé formy dochází k výkonu. Na podobnou myšlenku navazuje i Mazal (2002). Ten pohybovou hru vnímá jako jakoukoliv pohybovou aktivitu, která přináší do hry pohodu, vysokou motivaci, soutěživost, radost a v neposlední řadě uspokojení všech účastníků. Aby takový popis pohybové hry nezůstal pouhou bezobsažnou nebo nerealizovanou definicí, je nutné pro toto uspokojení vytvořit podmínky. Pohybová hra je nejčastěji definovaná jako soupeření dvou a více stran o jeden či více předmětů s cílem překonání soupeře dle určitých pravidel. Rozdíl mezi pohybovou hrou a sportovní hrou pak spočívá v neměnnosti pravidel či jejich oficiálním ukotvení, které je podpořené systémem sportovních klubů, soutěží apod.

Soutěživé hry

Jak již z názvu vyplývá, jedná se o hry, které mají kompetitivní náboj a předpokládá se vítěz i poražený (do určité míry protipól psychomotorických her). V kontextu pohybových aktivit mají své neoddiskutovatelné místo, vždyť respektují přirozenou potřebu člověka se poměřovat s někým nebo sám se sebou a prezentovat potřebu srovnávání, ať už interpersonální, nebo intrapersonální. Na rozdíl od pohybových her se nejedná o soupeření stran o předmět, přesto se v našem vnímání pohybových aktivit jedná dominantně o hru pohybového charakteru. Někteří autoři tyto hry označují jako drobné hry. Kompetice představuje nástroj v ruce pedagoga, tedy nemělo by jí být moc ani málo. Měla by vytvořit osobnostně podnětné prostředí, které často vyžaduje zpětnou vazbu, většinou řízenou samotným pedagogem. ITV si pak vyžaduje pedagoga v pozici nejen moderátora (vysvětlení pravidel) a rozhodčího (kontrola pravidel), ale také supervizora (zpětná vazba) a mentora (vysvětlení, proč jsou nutné modifikace pravidel, proč někteří hráči mají jiné role či jiná pravidla než ostatní).

Ať už se jedná o soutěž jednotlivců či týmů, soutěží se o to, kdo bude lepší než ostatní či kdo bude mít více štěstí, kdo je rychlejší, zdatnější apod. Podle Sochorové (2011) je pro použití soutěže v rámci třídy velmi důležité dobře znát všechny žáky třídy. Tím pro pedagoga bude snazší vytvořit adekvátní podmínky pro dodržování pravidel, vzájemný respekt soutěžících i spolupráce. Je také důležité, abychom v dětech dokázali vypěstovat sociální cítění k poraženému a aby se neposmívaly jiným za neúspěch. Naopak by pedagog měl umět žákům vysvětlit, že je pro celkový rozvoj osobnosti důležité umět přijmout prohru jako součást pravidel hry, dokázat zhodnotit svůj výkon a své chyby a uvědomit si, jak by se z nich dalo pro další hry poučit. Je žádoucí naučit děti, aby nevnímaly porážku jako pochybení svých schopností (Sochorová, 2011).

Pedagog musí zvážit, jak často zahrnuje do vyučovací jednotky právě soutěživé hry. Na nebezpečí příliš soutěživého prostředí v tělesné výchově upozorňují Dvořáková s Engelthalerovou (2017), podle nichž může docházet k deprivaci a odmítavému postoji k tělesné výchově a pohybu celkově u žáka, který se stává

často neúspěšným. Kromě pocitu viny se mohou objevovat i časté narážky spolužáků, nikdo ho nechce do týmu apod. Bohužel v integrované tělesné výchově se terčem méněcennosti může stát právě žák se SVP. Je proto potřeba umět zvážit vhodné úpravy realizace soutěže a celé třídy konkrétní uzpůsobení vhodně vysvětlit. Sochorová (2011) dodává tři otázky, nad kterými by se měl pedagog zamyslet před realizací soutěživé hry ve třídě. Jsou to:

- Zdali hra umožňuje aktivní zapojení všech žáků?
- Jak jsou do hry zapojeni méně úspěšní jedinci?
- Mají méně úspěšní jedinci šanci se uplatnit, prosadit, v lepším případě zvítězit?

S formou soutěživých her se často setkáváme např. při různých štafetových závodech s obměnami a s využitím různých tělocvičných prvků, při posuzování individuálních dovedností žáků nebo při kolektivních hrách s využitím míčů a dalších pomůcek. Nicméně ve vzdělávací oblasti tělesné výchovy a výběru her pro tělesnou výchovu se shodují např. Vietzová (2008), Kudláček a Ješina (2008). Uvádějí, že je důležitý správný výběr hry, přičemž by měla být smysluplná a všechny žáky rozvíjet, bezpečná z hlediska nejen prevence zranění, ale měla by co nejvíce omezit riziko strádání v sociální a emocionální sféře. Zároveň v případě integrace žáka se SVP nesmí trpět zdraví žáci pocitem ochuzení.

Jedním z nejčastějších problémů soutěživých her může být rozdělení žáků do týmů. Pokud se přistoupí na klasické rozdělení pomocí kapitánů, ti nejslabší žáci budou s nejvyšší pravděpodobností voleni vždy jako poslední, protože „zbylí“. Vietzová (2008) uvádí některé další možnosti rozdělení hráčů do týmů, na které by pedagogové neměli zapomínat: rozdělení barvou oblečení, podle barvy očí, podle velikosti, podle rozvážení pedagoga. Nabízí se také možnost plnění úkolu, při kterém se žáci seřadí např. podle velikosti, podle abecedy, podle měsíce narození apod. a v této řadě dojde k rozpočítání žáků do jednotlivých skupin vytvářejících týmy. Další variantou rozdělení v řadě může být vytažení určité barvy krepevého papíru či víčka od PET lahví a další možné způsoby.

Co vše se vlastně dá v tělesné výchově pro zapojení žáků se SVP modifikovat? Autoři Ješina a Kudláček et al. (2011) vyjmenovávají např. prostor (velikost hřiště), úpravu počtu žáků ve hře, využití specifických pomůcek, určení role hráče (pokud je např. pro žáka se SVP hra nevhodná, může být ve funkci např. rozhodčího, časoměřiče atd.), způsob lokomoce (určení specifického pohybu), čas na hru a případná další pravidla vycházejících z představivosti a motivace konkrétního pedagoga. Konkrétní úpravy her pro účast žáků s tělesným postižením nabízí např. Ješina a Kukulová (2008) nebo nově jako součást „Resource packu APA“ Metodické listy vybraných aplikovaných pohybových aktivit se zaměřením na drobné, pohybové a úpolové hry v APA.

Vybrané a uvedené hry nemohou sloužit jako jednoznačný návod, ale mají za cíl přinést pedagogům další inspiraci pro pedagogickou profesi. A tak jako kdysi „Zapletalovy hry“, tak i my si dovolíme jen naznačit možnosti začlenění žáka se SVP a ponecháváme pedagogům možnost domyslet jejich reálné zapojení.

Příklady vybraných her pohybového charakteru

Vyfouknutý míč

Honička podobná hře na mrazíka – jeden z hráčů představuje jehlu, ostatní žáci jsou míče. Koho se jehla dotkne, ten propíchne míč a sedá nebo lehá s napodobením vyfukování. Zachránit ho může pumpička, která k vyfouknutému míči přiběhne a pohyby představující nafukování míče pomocí pumpičky umožní žákovi opět pokračovat ve hře. Jehel či pumpiček může být více, případně pumpičkou mohou být všichni hráči kromě jehly. Žák se SVP může představovat pumpičku a tím zachraňuje ostatní spolužáky.

E. T. volá domů!

Vybereme na úvod např. 2–3 žáky, kteří se budou pokoušet dotykem chytit ostatní žáky. Chycený žák se stává E. T. mimozemšťanem, přičemž znehybní, zvedne ukazováčky a drží je směrem nahoru. Jiný žák může spolužáka poslat zpět do hry tak, že se svými ukazováčky dotkne jeho ukazováčků a společně zvolají: „E. T. volá domů!“

Magnety

Hra velice podobná klasické hře Molekuly, kdy se žáci shlukují dle zadaného počtu. Pedagog při hře magnety zahlásí číslo (např. 6) a k tomu dodá část těla, kterou se jednotliví žáci dotýkají (např. koleno). Žáci tak mají za úkol utvořit útvar, při kterém se bude 6 kolen dotýkat. Hra umožňuje vymýšlet různý počet řešení – 6 žáků se postaví dokola jedním kolenem k sobě nebo můžou 3 žáci vytvořit magnet ze svých kolen dohromady.

Kuny a veverky

Ve vymezeném prostoru využijeme několik částí švédské bedny jako území pro kuny. Ve hřišti jsou rozházené oříšky (víčka, míčky, ...). Žáci, kteří představují veverky, se snaží co nejrychleji uložit všechny oříšky do domečku. Několik žáků představuje kuny a nachází se v domečku veverek a po jednom oříšku se snaží vyházet oříšky z domečku veverek. Doporučuje se hrát na určitý čas a závěrečný signál, kdy po odpočítání posledních 5 vteřin se musí všichni hráči postavit do pozoru, aby se po skončení limitu nepodvádělo s vházením či vyházováním oříšků.

Mumie

Hra, při které využijeme např. víčka od PET lahví, provázky, pивní tácky... V prostoru je určena podložka, na kterou si jeden z žáků lehne na záda a zavře oči – mumie spí. Ostatní žáci pokládají pomůcky na tělo mumie. Mumie se však může náhle probudit a snaží se chytit spolužáka. Ten, koho mumie chytne, se stává novou mumíí a usíná na podložce. Celý proces se opakuje. Mumie se probouzí podle svého uvážení nebo na pokyn pedagoga. Podložek a mumíí může být zpočátku více.

Na veverky

Při této hře jsou v herním prostoru rozházená víčka, papírové koule, kolíčky na prádlo atd., představující oříšky. Každý z týmů má určené dva domečky – např. obruče, do kterých mohou veverky postupně ukládat oříšky. Bližší z domečků je např. za 1 bod, vzdálenější za 2 body. Na startovní pokyn vybíhá z každého týmu jedna veverka. Sebere v prostoru oříšek, uloží do domečku a vrací se zpět a předává štafetu dalšímu v pořadí. Veverka může vzít vždy jen jeden oříšek. Může se hrát na časový limit nebo do vysbírání oříšků. Pedagog může upravit počet veverek, které z jednoho týmu vybíhají najednou. Po skončení hry se sečtou body za oříšky. Týmy mohou různě taktizovat – jestli budou rychleji běhat s jedním oříškem k bližšímu domečku za 1 bod nebo k vzdálenějšímu za 2 body. Pokud nám to prostor umožňuje a máme třídu starších žáků, můžeme mít pro zajímavější počítání i 3 nebo více domečků.

Biatlon

Populární zimní sport si lze zahrát i v tělocvičně nebo venku, předpokladem pro větší zážitek ze hry je velikost prostoru. Štafetový závod kombinující běh a střelbu na cíl, případně i další pohybové prvky (např. kotoul). V poli máme vyznačenou trasu běhu od startu ke střelnici a tzv. trestné kolečko. Po odstartování vybíhají první z týmu, na střelnici jsou připravené tři míčky a tři kelímky pro každý tým. Pokud hráč trefí všechny kelímky, běží po trase ke svému týmu a předává štafetu. Podle počtu netrefených kelímků běží nejprve patřičný počet trestných koleček, než bude moci pokračovat v trase závodu. Ostatní žáci, kteří, nejsou zrovna na trati, fandí a podporují svého člena štafety. Pokud máme omezený prostor, místo trestných koleček může být třeba počet 5 vteřin, které musí závodník vydržet stát na místě, či pedagogem jiný zvolený způsob. Pedagog může vymyslet i jiný způsob střelnice.

Člověče, nezlob se!

Živá verze oblíbené společenské hry. Žáci jsou rozděleni do týmů a každý tým má hrací kostku. První hráči se snaží jako v klasické hře hodit na kostce číslo 6 – tím nasadí a další hod kostkou udává počet koleček, které musí ve vymezeném prostoru oběhnout, než doběhne do domečku – ke svému týmu zpět. Pokud ovšem běžícího hráče chytne běžící hráč z jiného týmu, nastává vyhození. Chycený žák se vrací ke svému týmu do pořadí čekajících hráčů. Vítězí tým, který bude mít první všechny hráče ve svém domečku.

Účast žáka se SVP v ITV a jeho aktivní zapojení představují pro něj samotného možnost rozvoje motorických dovedností a úrovně schopností. Rozvíjí se také jeho sociální a osobnostní kompetence. Vhodnými pohybovými aktivitami může pedagog docílit toho, že žák se SVP se cítí jako součást celého týmu a nabyvá jistoty, že do kolektivu patří, což jej může velice motivovat. Ješina & Tomoszek (2019) upozorňují na další důležitý aspekt tělesné výchovy u žáka se SVP, a sice, že dochází k rozvoji sebevědomí a ke zlepšení celkové kvality života. Pedagog by se neměl bát případných modifikací pohybových aktivit a her. Obecně pedagog, který se dokáže nad problematikou integrace žáka se SVP ve školní tělesné

výchově zamyslet nad možnostmi, jak lze žáka zapojit, dokáže víc, než si může myslet (Kudláček & Ješina, 2013).

Poznámka na okraj: Důležitý je ale náš apel na pedagogickou profesionalitu a snahu udržet si co možná nejvyšší pedagogické kompetence. Jinak řečeno: vést dobře hru od začátku až po zpětnou vazbu není žádná legrace!

4.5.6

Plavecká příprava a plavání



„Na potápějících se lodích zůstávají nejen hrdinové, ale také neplavci a ti, kteří se bojí vln.“ Gabriel Laub

Eliška Vodáková

Plavecká příprava žáků je velmi důležitá, stala se prospěšnou, dlouhodobou, systematickou činností a dle informací Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (2015) se v současné době téměř odstranila plavecká ngramotnost žáků ZŠ. Český systém výuky plavání je tak v celosvětovém měřítku ojedinělý.

Základním dokumentem, kterým se školní plavecká výuka řídí, je Rámcový vzdělávací program (dále jen RVP) pro základní vzdělávání, vypracovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy jako součást školského zákona ČR. RVP stanovuje zajistit základní plaveckou výuku jako součást TV na základních školách, zpravidla ve dvou po sobě jdoucích ročnících prvního stupně základní školy v rozsahu nejméně 20 vyučovacích hodin během jednoho ročníku. Na základě RVP si každá škola zpracovává svůj školní vzdělávací program, kterým RVP naplňuje a dle svých možností může výuku plavání i rozšířit.

O zařazení plavání do daných ročníků rozhoduje ředitel školy. Ten musí také ověřit dodržování hygienických podmínek ze strany zařízení určeného pro výuku plavání, odbornou úroveň poskytované výuky a podmínky pro zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví žáků.

V současné době mohou dle právních výkladů MŠMT ČR výuku plavání zajišťovat:

- Plavecké školy jako školská účelová zařízení zapsaná podle školského zákona do školského rejstříku.
- Jiné subjekty ve školském rejstříku nezapsané, tedy např. fyzická nebo právnická osoba provozující volnou živnost „Výroba, obchod a služby neuvedené v přílohách 1–3“ živnostenského zákona.

- Právnícké osoby, které vykonávají činnost školy, mohou poskytovat výuku plavání v rámci své hlavní nebo doplňkové činnosti (např. pedagogičtí pracovníci s patřičnou aprobací).

Podle České unie školního plavání bychom měli v mladším školním věku navazovat na plaveckou přípravu předškoláků. Pokud tato výuka neproběhla, musíme řešit fázi adaptace na vodní prostředí, tak aby dítě bylo připravené zvládat výcvik základních plaveckých dovedností. Dítě v mladším školním věku má již vyšší úroveň pohybových schopností a zvládne nácvik záběrových pohybů lépe než předškolní dítě.

Pokud přeskočíme nácvik základních plaveckých dovedností, může být dítě negativně ovlivněno, například nezvládne dýchání do vody nebo skoky do vody. Cílem plavecké výuky je naučit dítě plavat, jedná se ale o složitější proces. Nejdříve musíme dítě dokonale seznámit s vodním prostředím, musíme docílit toho, aby například na dovolené bylo schopno plavat bez dopomoci.

Podle Macejkové (2005) by plavání mělo přinášet hlavně potěšení, je to jediný sport, kde se dítě může cítit naprosto volně. Jedná se o fyziologicky nejhodnější tělesné cvičení, střídá se totiž napětí a relaxace, což příznivě působí na činnost pohybového aparátu, krevního oběhu, dýchací soustavy a nervové soustavy

V základní plavecké výuce pro 1. stupeň by dle RVP měli žáci zvládnout:

- hygienu plavání;
- adaptaci na vodní prostředí, základní plavecké dovednosti;
- jeden plavecký způsob (plaveckou techniku);
- prvky sebezáchrany a bezpečnosti.

Níže se budeme věnovat jednotlivým oblastem.

HYGIENA A BEZPEČNOST V PLAVÁNÍ

Do plavecké výuky mohou být žáci zařazeni na základě souhlasu rodičů. Učitel plavecké školy přebírá žáky od pedagogického doprovodu, při nástupu, před zahájením plavecké výuky, provádí kontrolu, zda žáci nemají řetízky, náramky, náušnice, či jiné předměty, které by mohly způsobit úraz. Pokud máme **žáka se zrakovým postižením**, je možné mu nechat brýle, rodič předem musí souhlasit s rizikem poškození brýlí. U **žáků s poruchou autistického spektra (PAS)** je možné tolerovat osobní předmět po předchozí domluvě s plaveckou školou (např. hračka, míček pro případný stimul).

Žáci by měli před výukou navštívit WC, použít sprchu, před plaváním se nedoporučuje jíst (až dvě hodiny), v prostorách bazénu je zakázáno jíst, používat žvýkačku atp. U **žáků s diabetem mellitem** naopak musíme zajistit dostupnost jídla a pití během plavecké výuky.

Je dobré předcházet negativním účinkům vodního prostředí a bazénu (doporučujeme obuv, plavecké brýle, čepici), žáci by měli vědět, že do vody se nesmrká, nemočí, neplive. Po plavání se žáci osprchují, osuší si vlasy. **Žáka s PAS** nebude-

me nutit nosit plaveckou čepici, případně brýle. Některé plavecké školy to mají jako podmínku, záleží na domluvě.

ZÁKLADNÍ PLAVECKÉ DOVEDNOSTI A ADAPTACE NA VODNÍ PROSTŘEDÍ

Podle Čechovské a Milera (2008) můžeme do základních plaveckých dovedností zařadit: dýchání, orientaci ve vodním prostředí, pocit vody, polohu těla a splývání, skoky do vody, jednoduché lokomoční pohyby. Tyto dovednosti jsou nezbytné pro zvládnutí jednotlivých plaveckých způsobů. U mladších dětí je dobré využívat formu hry. Herní prvky pomáhají odbourávat strach z vodního prostředí, vyrovnávají rozdíly se zkušeností s vodou, které jsou u každého dítěte individuální. V posledních letech bývají bohužel bagatelizovány.

Orientace ve vodě: Jedná se o prostorovou orientaci ve vodě i pod vodou, je předpokladem pocitu bezpečí, jistoty. Využijeme potápění, lovení, plavání pod vodou, kotouly, stojky. Pozor u dětí s epilepsií na kotouly.

Pocit vody: Cvičení pro rozvoj vnímání vody pomáhají rozpoznat, kdy voda znesnadňuje pohyb, které pohyby pomáhají jedince udržet na hladině, kdy se jedinec cítí ve vodě komfortně, zde doporučujeme využít hry jako chůze (čáp, rak, medvěd, další zvířata), cákání rukama, kopání nohama atd. Velmi důležitá fáze pro žáky s PAS, je dobré využívat formu hry pro rozvoj pocitu vody a správné lokomoce.

Poloha těla a splývání: Souvisí s rozvojem rovnováhy, dále zvládnutím dovedností zaujmout a udržet plaveckou polohu ve vodě, je dobré zahájit nácvik s deskou, případně s dopomocí učitele. Využijeme nácviku polohy hvězdičky, hříbku, odrazy od stěny.

Dýchání: Nácvik úplného výdechu do vody má význam pro pozdější plavecké dýchání koordinované se záběry paží. Jedná se o hluboký nádech, pomalý výdech, nádech nosem + ústy, výdech ústy. Pédroletti (2007) Má-li se plavec správně nadechnout, musí nejdříve dobře vydechnout.

Pády a skoky do vody: Základní pády a skoky do vody provádíme z okraje bazénu, začínáme vsedě s dopomocí, dále popředu, pozadu, ze stoje. Důležitá je bezpečnost: palce přes okraj bazénu, dbát na hloubku bazénu k danému skoku, nevhodné jsou skoky s rozběhem. U určitých diagnóz osob se zrakovým postižením vynecháme skoky, stejně tak u osob s epilepsií. Osoby s Downovým syndromem vzhledem k oslabeným svalům krční páteře by rovněž měly mít menší počet opakování.

PLAVECKÝ ZPŮSOB

Holdně se spekuluje o tom, jaký plavecký způsob zvolit při výuce jako první. U každého plaveckého způsobu nalezneme klady i zápory, některé uvádím níže v tabulce podle Neuls et al. (2014)

Tabulka 12: Přednosti a limity jednotlivých plaveckých způsobů

Prsa
+ nejstarší plavecký způsob
+ rekreační plavání, snadná orientace, lze udržet hlavu nad vodou
+ možnost využít i kralové nohy (hlavně u dětí se SVP)
- vysoké nároky na koordinaci, nesouměrný kop
- špatné odstraňování chyb, potíže při špatném dýchání do vody
Znak
+ pro začátečníka snadné dýchání
+ základní poloha splývání (kontakt se cvičitelem)
+ nejmenší nároky na sílu jedince, podobnost s kraulem
- nutné perfektní zvládnutí splývavé polohy
- ztížená orientace
- přesnost pohybu paží (malíček první do vody, natažené paže)
Kraul
+ základní a nejrychlejší plavecký způsob v plaveckých sportech a dalších (triatlon, vodní pólo)
- nutnost zvládnout výdech do vody na obě strany, dýchání může být problematické
- udržet polohu těla
- správné pohyby paží, dolních končetin

Ve školní plavecké výuce se tedy nejdříve učí plavecký způsob prsa, sportovní formě se podobá vzdáleně, ale je snadno pochopitelný a zvládnutelný. Hlavu lze udržet nad hladinou a prsové nohy můžeme nahradit kralovými. Při bezpečném plavání musí být plavec schopen:

- ponořit hlavu pod hladinu;
- otevřít oči ve vodě;
- vydechovat do vody;
- při nádechu hlavu z vody vynořit.

Již v 80. letech 20 století uváděli Hoch et al. (1987) pro děti ve věku do 7 let požadavek uplavat nejméně 10 m, aktuálnější kritéria ve vztahu k plavecké způsobilosti prezentuje Macejková et al. (2005) formou plaveckých testů pro 1. stupeň ZŠ: uplavat 25 m jakýmkoliv způsobem. Čechovská a Miller (2008) považují za plavce dítě do 10 let, které uplave 100 m a více; dítě, které uplave méně než 100 m, je poloplavec, a dítě, které neuplave ani 10 m, je neplavec. Uplaváním rozumíme plavání bez jakékoliv nadlehčovací pomůcky.

PLAVECKÉ POMŮCKY

Plavecké pomůcky mohou plaveckou výuku zpestřit, usnadnit, zefektivnit. Při první fázi adaptace na vodu se snažíme nadlehčovací pomůcky využívat co nejméně (pásky, vesty, kruhy, rukávky), je důležité, aby začátečník pocítil vodu, její odpor, se kterým dále pracuje. Dítě tak samo zjistí, jak se položit na vodu, jaké dělat pohyby končetinami, aby se mohlo volně pohybovat.

Pomůcky můžeme rozdělit do těchto skupin:

- pomůcky sloužící k nadlehčení (pásky, desky, rukávky, kroužky);
- pomůcky sloužící k doplnění výuky (pontony, plovací hadi);
- pomůcky sloužící ke zpestření výuky (potápěcí kolíky, míčky, vodolepky).

Nejčastěji využívaná pomůcka je plavecký pás, Pomůcky jako plavecké kruhy nebo rukávky jsou nevhodné, protože omezují pohyb dítěte. Podle Macejkové (2005) plavecké pomůcky také stabilizují polohu těla, vytvářejí větší škálu možností pro plavecké cvičení, umožňují zvýšit odpor v plavání.

Specifika plavání u žáků se SVP

Výuka plavání u žáků se SVP na základních školách se řídí dle vyhlášky č. 27/2016 Sb. Velkou výhodou plavání je všestranný a rovnoměrný rozvoj svalstva. Plavání lze doporučit dětem s obezitou, kardiakům, diabetikům, alergikům i astmatikům. Vzhledem k hydrostatickému tlaku je nádech pro astmatiky ve vodě složitější, dochází tak k roztažení plic a to vede k rozvoji dýchacího svalstva (Lukášek, 2017). Astma tedy není důvodem k osvobození z plavecké výuky.

Podle Balana (2015) lze plavecké techniky naučit i žáky se zdravotním postižením. Oproti výuce žáků bez postižení je potřeba více trpělivosti, času a většího zapojení učitele.

Čechovská, Novotná a Milerová (2003) zmiňují příznivý vliv základních plaveckých dovedností, které mají vliv na zklidnění, uvolnění a relaxaci pro osoby oslabené nebo se zdravotním postižením.

Vždy záleží na daném typu postižení; pokud má žák k dispozici asistenta, tento vztah je v plavání podle Kepštové (2011) založen na důvěře. Asistent by měl žáka obeznávat s tím, co se bude dělat, krok po kroku, důležitá je taky opora pro žáka ve vodě, případně na suchu. Asistent by měl být dobrým plavcem a kvalitně provádět ukázky. Pro kvalitní plaveckou výuku je ale důležité nastavit pravidla spolupráce mezi asistentem a učitelem plavání. Plavecká škola by měla být informována o příchodu žáka se SVP. Například, zda je nutné, aby byl asistent s dítětem ve vodě a pomáhal při samotné výuce, nebo zda bude dítě pouze doprovázet na toaletu.

U dětí s ADHD, ADD, SPU, SPCH můžeme pozorovat často impulzivní až agresivní chování, proto je přítomnost člověka (asistenta), na kterého je žák zvyklý, důležitá. Učitel plavání by měl porozumět obtížím, kterými žák trpí, je nutné zadávat jasné a srozumitelné pokyny. Žáci se častěji dotazují, co mají dělat, je třeba kontrolovat, zda rozumí.

Žáci s poruchou autistického spektra mají kvalitativní poruchu myšlení, komunikace a sociální interakce. Je dobré využít motivaci, neobvyklé zájmy dítěte (dinosauři, auta), přizpůsobit výuku více hravou formou. Často je potřeba vizualizace, je potřeba mít připravenou každou lekci a dbát na individualitu jedince. Podle Millara (2014) je také dobré být v kontaktu s rodiči. Pedagog musí být připraven na nečekané reakce a změny v chování. Často můžeme pozorovat,

že žákům s autismem vadí velký hluk a světla, plavání na zádech. Nebudeme je nutit dělat aktivity, které nechtějí.

U žáků s Downovým syndromem je důležité znát přidružené vady; až 10–20 % má oslabené krční svalstvo, doporučuje se vyvarovat se potápění, skoků do vody, šipek. Dále se podle Balana (2014) doporučuje učit jeden plavecký způsob po druhém, vyhnout se nadměrnému počtu opakování. Například učíme pouze kraulové nohy, poté dýchání a následuje již souhra, kterou opakujeme. U dětí bez Downova syndromu můžeme střídat s ostatními plaveckými způsoby.

Pokud žák trpí epilepsií, pedagog o tom musí být informován a měl by znát principy první pomoci. Rizika spojená s plaváním jsou minimální. O žákovi s epilepsií by měl být vždy informován i plavčík. Průzkumy uvádějí, že při plavání dochází k záchvatům málo, ale je nezbytný trvalý dohled. Žák s epilepsií by měl být označen, mít čepici viditelné barvy, která plavčíkovi usnadní dohled. Podle Woynarowske a kol. (2017) by bylo lepší, aby byl žák v krajní dráze, ne uprostřed.

U žáků s diabetem mellitem je důležité předání informací o aktuálním zdravotním stavu před výukou plavání. Neměly by se podle Štechové (2012) přesahovat možnosti cvičenců, doporučuje se změřit hladinu glykémie před vstupem do vody. Diabetik by si měl před lekcí vzít sacharidy, aby doplnil energii, a po celou dobu výuky by měl mít k dispozici jídlo a pití. Po skončení lekce by opět mělo dojít k přeměření glykémie. Plavání je možné i pro děti s inzulínovou pumpou, která je zavedena v podkoží. Opět je dobré, pokud je žák pro lepší dohled označen plaveckou čepicí, kontrolujeme stav únavy žáka.

Pro tělesně postižené žáky je důležité zajistit bezbariérový vstup do plaveckého zařízení, dále také sociální zařízení a vstup do bazénu. Obvykle tito žáci potřebují teplejší vodu, je proto možné, že nevydrží celou lekci plavání. U žáků s těžším tělesným postižením je asistent ve vodě nutný. Například pro žáky s DMO je plavání jednou z nevhodnějších pohybových aktivit, specifické vlastnosti vodního prostředí usnadňují dětem s poruchou hybnosti samostatný pohyb, který je za normálních podmínek realizovatelný pouze s využitím kompenzačních pomůcek. Dítě s DMO se tak ve vodě cítí volně. Jednou z aktivních forem vodní terapie pro děti s DMO je Halliwickova metoda plavání – principem této metody je práce jeden na jednoho a využívá se základních fyzikálních vlastností vody (Pacholík, Vlčková, & Blahutková, 2009)

U žáků se sluchovým postižením musíme kontrolovat, zda nemá sluchadlo, jinak výuka probíhá bez omezení. Žáci se zrakovým postižením musí být informováni o vzdálenosti od kraje bazénu.

Celkově lze tedy říci, že plavání je pro rozvoj jedince velmi přínosné. Dle Neulse a kol. (2014) je plavání definováno jako pohybová činnost cyklického charakteru, kde zásadními faktory výkonu jsou dokonale zvládnutá technika pohybu ve vodním prostředí a specifická plavecká vytrvalost. Při nezvládnutí se tyto faktory stávají pro plavání významnými limity.

Mezi základní významy plavání můžeme kromě zdravotního zařadit také psychický a sociální význam. Žáci se mohou samostatně pohybovat, pociťují klid,

uvědomují si vlastní tělo, zvyšují si sebevědomí, ve vodě se často „skryjí“ nedostatky, které například pozorujeme u konkrétních žáků při jiných aktivitách v TV. Důležitý v základním plavání je prožitek z vody, ne výkon.

4.5.7

Dopravní výchova



„Čím více cyklistů jezdí, tím je to pro ně bezpečnější, také proto, že s nimi ostatní účastníci provozu více počítají.“ Anonymus

Lucie Kutheilová

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (dále jen RVP ZV), který byl upraven a vyšel v platnost od 1. 9. 2013, mimo jiné zvyšuje nároky na výuku dopravní výchovy. Dává důraz například na pozitivní ovlivňování zdraví, pochopení pojmu hodnota zdraví, jednání a chování za mimořádných událostí a vzájemné prolínání těchto témat a jejich uplatňování v praxi (MŠMT).

Doprava patří mezi jeden ze základních faktorů lidského života a značně nás ovlivňuje v každodenním životě. Zákon č. 561/2004 Sb. umožňuje každé škole vytvořit vlastní vzdělávací program. Je důležité, aby vedení školy přihlíželo k dopravní situaci v daném regionu a zvolilo vhodnou metodiku výuky. Učitelé, kteří vyučují tento předmět, by měli splňovat odbornou způsobilost, ovládat základní pedagogickou metodu „škola hrou“ a hlavně by měli žáky zaujmout. Nejen učitelé by měli žákům od samého počátku vštěpovat myšlenku, že dopravní výchova je základem pro celý život (Dvořáček, 1999). Besip (n. d.) pak upozorňuje na to, že žák by měl znát vymezený bezpečný prostor pro hru během celoročního období i pravidla bezpečného chování v obytné zóně. Důležité je, aby znal též rizika při vbíhání do silnice mezi řadou zaparkovaných aut, telefonní čísla na složky IZS a správný postup při komunikaci s dispečinkem.

Cyklistický kurz může organizovat škola dle svých možností a s ohledem na školní vzdělávací program. Participující pedagog je metodicky odpovědným garantujícím pedagogickým pracovníkem nebo pracovníkem externího subjektu na základě smlouvy o realizaci kurzu s kmenovou školou. U žáků se SVP je adekvátně snížen počet žáků na jednoho pedagogického či externího pracovníka. V odůvodněných případech probíhá výuka formou jeden na jednoho. Je-li to nutné, očekává se vždy aktivní účast pedagogického pracovníka či externího pracovníka ve smyslu účasti na cyklistickém výletě na tandemovém kole nebo v bezprostřední blízkosti žáka se SVP. Není ani nutné, aby žák měl svůj tandem či handbike, dá se vypůjčit od externích subjektů.

Základní vzdělávání – mladší školní věk (6–11 let)

Nejzásadnější období pro vzdělávání žáka v oblasti dopravní výchovy s cílem samotného pohybu v dopravním prostředí – v roli chodce, cyklisty, cestujícího v automobilu i v prostředí MHD; znalost adekvátních dopravních značek a pokynů policisty.

Žáci v mladším školním věku by měli zvládat následující požadavky:

V první třídě by měli žáci ovládat:

- Bezpečnou cestu do školy.
- Bezpečně zvládnout přechod po přechodu pro chodce, po nadchodu a podchodu, přejít silnici na dobře viditelném a schůdném místě.
- Znat význam světelných signálů pro chodce.
- Znat zásady bezpečného a slušného chování ve vozidlech hromadné dopravy.
- Bezpečně si hrát, sáňkovat, bruslit, lyžovat na místech k tomu určených.
- Vidět a být viděn, funkce reflexních materiálů.

V druhé třídě by měli žáci ovládat:

- Chůzi po silnici, krajnici, nebezpečná místa na silnici.
- Chůzi přes železniční přejezd a závorami a bez závor.
- Nebezpečí, která hrozí chodcům za snížené viditelnosti.
- Zásady bezpečného chování v automobilu, používání autosedaček, bezpečnostních pásů.
- Měli by být schopni pomoci starším lidem ve vozidlech hromadné dopravy.
- Dbát zásadám kázně k ostatním účastníkům silniční dopravy, tzn. nepřekážet, neomezovat, neohrožovat.
- Výcvik ovládnutí jízdy na kole, znát příslušenství, které patří k výbavě kola.

Ve třetí třídě by měli být žáci schopni:

- Znat místa a prostory, kam je chodcům vstup zakázán.
- Ovládat pravidla bezpečné jízdy na in-line, skateboardu a koloběžce.
- Poznat vozidla se zvláštními výstražnými signály a umět na ně reagovat.
- Přivolat první pomoc při dopravní nehodě, umět ošetřit drobná poranění.

Ve čtvrté třídě by měli žáci:

- Upevňovat zásady správného chování chodce a cyklisty.
- Procvičovat si pravidla silničního provozu cyklisty.
- Znat povinné vybavení jízdního kola (Besip n. d.).

Dopravní výchova pro žáky se SVP

Cyklistika je pro mnohé z nás oblíbeným sportem, protože propojuje aktivní pohyb s možností poznávání nových míst během výletů. Není tedy divu, že si tuto aktivitu oblíbily i osoby s postižením. Je ale důležité podotknout, že pro tyto

osoby je nutností využít speciálních kompenzačních pomůcek. Pro osoby s tělesným postižením se jedná o handbike – což je speciálně upravené ruční kolo, které umožňuje rychlý pohyb na cyklostezkách i v nepevném terénu. Dalším typem je kolo tandemové, které je určené pro osoby se zrakovým postižením, ale mohou je využívat i osoby s mentálním postižením či s ADHD.

Handbike

Jak již bylo zmíněno, osoby s tělesným postižením využívají handbike, který je poháněn horními končetinami otáčením klik. Kliky nám zároveň slouží jako řídkátka, také jsou na nich upevněné brzdy. Je důležité zmínit to, že handbike není určen pouze pro handicapované. Handbike je vždy vyráběn zákazníkům přesně na míru (Benada & Zvonek, 2015)

Tandemové kolo

Toto kolo je určené pro více osob, nejčastěji pro dvě. Klíčovým prvkem je zde zachování jednostoposti, respektive posazení jezdců za sebou. Na tandemu vždy vpředu sedí vidící průvodce, vzadu nevidomý cyklista. Oba musí šlapat, ale řídí pouze vidící průvodce. Po celou dobu jízdy by měli oba jezdcí komunikovat, vidící průvodce pouze neřídí kolo, ale také popisuje, kde se aktuálně nacházejí a okolo čeho jedou, aby si nevidomý cyklista mohl představit cestu, kterou zdolává (Nevidomí mezi námi, 2016). Tandemové kolo je však možné při nácviu využít i pro žáky s mentálním postižením, případně poruchami autistického spektra nebo i pro žáky s některým specifickým tělesným postižením (např. malformace horní končetiny s nemožností použít brzdu).

4.6

Hodnocení v ITV



„Nedostatek iluzí, snaha snižovat a skepticismus vedou ke stejně vážným omylům v hodnocení jako přemíra iluzí, nadšení a víra.“ Jean Dutourd

Ondřej Ješina

Hodnocení vychází z posouzení toho, do jaké míry byly dosaženy očekávané výstupy formulované ve školních vzdělávacích programech, případně v 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 cha-

rakter, zdaleka se nejedná pouze o „fyzikální“ měřitelnost dosažených časů či vzdáleností. Ve zkratce uvádíme několik poznámek k hodnocení:

- Hodnocení v sobě tedy zahrnuje znalost vstupních a výstupních dat i průběhu pedagogického procesu.
- Hodnocení se týká i dosažení či nedosažení vytyčených individuálních cílů.
- Hodnocení je měřitelné dle vytyčených kritérií. Ta mohou být kvalitativní i kvantitativní.
- Hodnocení není pouze známkování.
- Hodnocení není pouhé měření.
- Hodnocení může být nastaveno jinak než ve vztahu k celostátnímu průměru, ale například ve vztahu k průměru konkrétní třídy.
- 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 provést, pouze pokud respektuje cíle, které jsme si na začátku časového období (školní rok) nebo v jeho průběhu vytyčili. 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, proč je přesvědčovat o opaku. Pak 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 TV, když učitel není schopen správně popsat svoje vlastní kritéria hodnocení u žáků bez SVP. Zároveň je ale pochopitelný citlivý přístup pedagogického hodnocení.

Poznámka na okraj: Často se setkáváme s tím, že učitel nechce (zejména na 1. stupni ZŠ) žáka demotivovat, ale naopak jej chce 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 s obecnými výkony spolužáků hyperkriticky, nebo naopak nekriticky.

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.“

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-

ně 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.

Nekritický přístup k žákovi se SVP či absence hodnotících kritérií v TV u všech žáků bývají negativně přijímány i ostatními spolužáky. Někdy je tedy efekt původního pedagoga motivu opačný a má negativní dopad 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) zvýšení kvality pohybového vzorce (strukturovaný záznamový arch);
- 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 (strukturovaného 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 jiný samostatného alternativního úkol 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 souladu s nimi, ale měly by být i podkladem pro ŠPZ jako doklad adekvátnosti nebo deficitu podpůrných opatření. Splnění cílů a jejich hodnocení částečně odrážejí i následující otázky, které 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, tak které a 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 jaké?)

10. Zapojuje se žák do jiné mimoškolní aktivity?

ANO/NE (pokud ano, do jaké?)

11. Navštěvuje žák fyzioterapeuta?
ANO/NE (pokud ano, do jaké?)
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 je zobecňování v kontextu ITV 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 jako limitní při začlenění žáků se SVP, se kterými se ve své praxi zatím příliš neseťkali. 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 dává větší šanci na realizaci společných aktivit v ITV ku prospěchu všech žáků, s respektem k jejich potřebám i k 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 nalití 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“.*

Čl. 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.

Čl. 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.

ČI. 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 očekávaná 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 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:

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

Adamčák, Š., & Novotná, N. (2009). *Hry v tělocvični a základná gymnastika*. Žilina: EDIS Žilina.

Adamírová, J. (2006). *Hravá a zábavná výchova pohybem. Základy psychomotoriky*. Praha: ČASPV.

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.

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.

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.

Benada, L., & Zvonek, A. (2005). *Handbike cyklistika*. Brno: Masarykova Univerzita.

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.
- Besip (n. d.). Žáci základních škol. Dostupné z <https://www.ibesip.cz/tematicke-stranky/dopravni-vychova-deti/zaci-zakladnich-skol>
- Bláha, J. (2005). *Idiopatická skolióza – screening, prognostika a konzervativní terapie*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Blahutková, M. (2003). *Psychomotorika*. Brno: Masarykova univerzita.
- Blahutková, M. (2007). *Psychomotorika*. Brno: CDVU MU.
- Blahutková, M., & Koubová, J. (1995). *Psychomotorika aneb prožitek z pohybu*. Brno: CDVU MU.
- 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. (2007). *A teacher's guide to including students with disabilities in general physical education (4th 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*. Partizánske: Inštitút psychoterapie a socioterapie.
- Boner, R. (1995) *Zdravé držení těla během dne podle Dr. med. A. Brüggera*. Praha: MUDr. Alexander Kollman.
- 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*. 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.
- 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.

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.

Čapková, Š., Špičák, V., & Vosmík, F. (2009). *Atopický ekzém*. Praha: Galén.

Čechovská, I. (2011). *Plavecká gramotnost jako součást pohybové gramotnosti*. Praha: FTVS.

Čechovská, I., Milerová, H., & Novotná, V. (2003). *Aqua-fitness*. Praha: Grada.

Čechovská, I., & Miler, T. (2008). *Plavání*. Praha: Grada.

Čermák, J., Chválová, O., & Botlíková, 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.csic.cz/html/TZ_telak/html5/index.html?&locale=CSY

Daďová, K., & Majorová, S. (2015). Žák s astmatem v tělesné výchově. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 81(5), 42–48.

Daďová, K., & Majorová, S. (2016). Žák s epilepsií v tělesné výchově. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 82(6), 35–41.

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.

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.

Dostálová, I. (2011). Teorie a praxe zdravotní tělesné výchovy. *Tělesná kultura*, 34(2), 114–126.

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.

Dungl, P., et al. (2014). *Ortopedie*. Praha: Grada.

Dvořáček, J. (1999). *Základy pedagogiky*. Praha: VŠE.

Dvořák, R. (2007). *Základy kinezioterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dvořáková, H. (2009). *Sportujeme s nejmenšími dětmi*. Velké Bílovice: TeMi CZ.

Dvořáková, H., Engelthalerová Z., et al. (2017). *Tělesná výchova na 1. stupni základní školy*. Praha: Karolinum.

Dvořáková, H., & Michalová, Z. (2004). *Využití psychomotoriky ve škole*. Praha: PF UK.

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.

Einová, D. (1998). *Naše dítě: rozvoj osobnosti*. Praha: Fragment.

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*. Oxford: Oxford University Press.

Farber, E. M., & Nall, L. (1999). Childhood psoriasis. *Cutis*, 64(5), 309–314.

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 dys-

trophy: 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.gaitpost.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.

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.

Hátlová, B. (2011). Psychologické faktory sportovní činnosti dítěte. In M. Kučera, P. Kolář, I. Dylevský, et al., *Dítě, sport a zdraví* (s. 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.

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

Hoch, M., et al. (1987). *Plavání: teorie a didaktika*. Praha: SPN.

- Hošková, B., et al. (2012). *Vademecum Zdravotní tělesná výchova (druhy oslabení)*. Praha: Karolinum.
- Hošková, B., & Matoušová, M. (2007). *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy pro studující FTVS UK*. Praha: Karolinum.
- 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.
- Humpel, N., Owen, N., & Leslie, E. (2002). Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: A review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 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*. Získáno z World Wide Web: <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* (2. vyd.). Brno: Masarykova univerzita.
- Jankovský, J. (2006). *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton.
- 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.
- 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.). Paříž: Universita Paris Ouest.

Jelínková, Z. (1954). *Dětské hry a říkadla z Horňácka*. Praha: Státní nakladatelství krásné literatury, hudby a umění.

Ješina, O. (2007). *Aplikované pohybové aktivity v zimní přírodě*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Ješina, O. (2010). *Vztah žáků romského etnika k tělocvičným aktivitám* (Diplomová 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. (2020). *Metodické listy vybraných aplikovaných pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Ješina, O., Kudláček, M., Janečka, Z., Kukulová, 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., 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., ..., & Vyhřídá, 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%8Dn%C3%AD_r%C3%A1mec.final.pdf

Ješina, O., Kudláček, M., Janečka, Z., Kukulová, P., Nekudová, B., Němcová, D., ..., & Štěrbová, D. (2011). *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

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., & 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., & 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.

Kalábová, N. (2016). *Hry plné nápadů a fantazie: do klubovny i do přírody*. Praha: Portál.

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.

Kaplan, A., Bartůňek, D., & Neuman, J. (2003). *Skáče, běháme a hrajeme si na hřišti i pod střešou*. Praha: Portál.

Karásková, V. (2000). *Zábavná cvičení s mentálně postiženými dětmi*. 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., Eyer, 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* (204–228). Praha: Grada.

Kolář, P. (2002). Vadné držení těla z pohledu posturální ontogeneze. *Pediatric pro praxi, 3*(3), 106–109.

Kolář, P. (2012). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.

Kolář, P., & Šafářová, M. (2009). Skolióza. In P. Kolář et al., *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., Kabičková, E., & Starý, J. (2002). *Dětská onkologie pro praxi*. Praha: Triton.

Králíček, P. (2011). *Úvod do speciální neurofyziologie*. 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. (2011). Dětská mozková obrna. *Neurologie pro praxi, 12*(4), 222–224.

Kraus, J. (2012). Kongenitální myopatie. *Neurologie pro praxi, 13*(4), 188–194.

Kraus, J., et al. (2005). *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada.

- 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. (2007). *Paralympijský školní den*. Dostupné z <http://www.apa.upol.cz>
- Kudláček, M. (2014). Aplikované pohybové aktivity a jejich kořeny v České republice. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 5(2), 33.
- 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. (2008). *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kudláček, M., & Ješina, O. (2013). *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. 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.

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., 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. ISSN 1210-7689.

Levitová, A., & Hušáková, M. (2018). *Bechtěrevova nemoc: návod na aktivní život a průvodce cvičením*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2008-6.

Lewit, K. (1990). *Manipulační léčba v rámci léčebné rehabilitace*. Praha: Nadas. ISBN 80-7030-096-5.

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: Human Kinetics.

Lieberman, L. J., & Houston-Wilson, C. (2009). *Strategies for Inclusion: A Handbook for Educators*. Champaign: 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.

Louková, T., & Blahutková, M. (2013). Vliv psychomotoriky na pozornost dětí s ADHD. *Studia Sportiva*, 7(3), 199–209.

Lovering, R. M., Porter, N. C., & Bloch, R. J. (2005). The muscular dystrophies: from genes to therapies. *Physical therapy*, 85(12), 1372–1388.

Lukášek, M. (2017). *Plavání III*. Brno: Masarykova Univerzita.

Macejková, Y., et al. (2005). *Didaktika plavání*. Bratislava: ICM Agency.

- Máček, M., Radvanský, J., Brůnová, B., Daďová, K., Fajstavr, J., Kolář, P., ..., & Zeman, V. (2011). *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén.
- Matějček, Z. (2005). *Výbor z díla*. Praha: Karolinum.
- Marešková, M., Joudová, P., & Severa, S. (2011). *Dětská mozková obrna*. Praha: Galén.
- Maříková, T., Kraus, J., Maťouška, V., Mazanec, R., & Zámečník, J. (2004). *Neurogenetika svalových dystrofií a kongenitálních myopatií*. Praha: Maxdorf.
- Mayer, O. H. (2015). Scoliosis and the impact in neuromuscular disease. *Paediatric Respiratory Reviews*, 16(1), 35–42. DOI: DOI.org/10.1016/j.prv.2014.10.013
- Mazal, F. (2000). *Pohybové hry a hraní*. Olomouc: Hanex.
- 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>
- Molnárová, 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. ISBN 80-7178-601-2.
- 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. ISBN 80-7178-712-4.
- Nečas, M. (2011). Atopický ekzém. *Česká dermatovenerologie*, 1(2), 8–18.
- Neuls, F., et al. (2014). *Plavání (příručka pro studující tělovýchovné obory)*. Olomouc: Fakulta tělesné kultury.
- 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, 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.
- Novotná, V., Čechovská, I., & Bunc, V. (2006). *FIT programy pro ženy*. Praha: Grada.
- Okamžik, z. s. (2016). *Zrakově postižení a sport*. Dostupné z http://www.nevidomi-mezinami.cz/main/nmn/Texty/Sport/nevidomi_a_sport.html
- 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.

- Pacholík, V., Vlčková, I., & Blahutková, M. (2009). *Halliwickova metoda plavání*. Brno: Masarykova Univerzita.
- 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>
- 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-related 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.
- 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.
- 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*. Seattle: University of Washington. 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.

Renotíerová, 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., Šprláková-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. ISBN 80-85467-68-2.

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.

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: 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.
- Sochorová, L. (2011). *Didaktická hra a její význam ve vyučování*. Metodický portál inspirace a zkušenosti učitelů. Dostupné z <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/Z/13271/DIDAKTICKA-HRA-A-JEJI-VYZNAM-VE/>
- Sochová, V. (2002). Skoliózy u dětí a mladistvých a rehabilitační možnosti ich léčby. *Rehabilitácia*, 35(4), 212–231.
- 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. Dostupné z <https://is.muni.cz/el/1451/podzim2012/bp1176/um>
- 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. Vyhlídal, & V. Syslová, *Metodika pro pořádání zotavovacích pobytových akcí v dětské onkologii – specifikace pohybového programu* (s. 19–21). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Szabová, M. (2001). *Preventivní a nápravná cvičení*. Praha: Portál.
- Szabová, M. (2003). *Pohybom proti astme*. Bratislava: Liečreh Gúth.

- Szabová, M., & Sližík, M. (1999). *Cvičení pro rozvoj psychomotoriky: stimulační hry pro děti od 3 do 10 let*. Praha: Portál.
- Štechová, K., Perušicová, J., & Honka, M. (2014). *Diabetes mellitus 1. typu*. Praha: Maxdorf.
- Štěřba, J. (2011). *Úvod do problematiky dětské onkologie*. Dostupné z <http://tele-medicina.med.muni.cz/pdm/detska-onkologie/index.php?pg=obecna-onkologie-uvod>
- 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.
- 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.
- Turziková, J. (2012). Novinky v přístupu k dětskému pacientovi s alergickou rýmou a asthma bronchiale. *Pediatric pro praxi*, 13(5), 212–216.
- Ulrich, A. (1985). *TGMD, Test of Gross Motor Development*. Austin: Pro-Ed.
- Ulrich, A. (2000). *Test of gross motor development-2*. Austin: 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.
- Vágnerová, M. (1995). *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Válková, H. (2000). *Skutečnost nebo fikce? Socializace mentálně postižených prostřednictvím pohybových aktivit*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Válková, H. (2012). *Teorie aplikovaných pohybových aktivit pro užití v praxi 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Válková, H., Bartoňová, R., & Ahmetašević, A. (2012). *Manuál pro hodnocení inkluzivních vyučovacíh 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].

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., & Prajerová, K. (2017). Ludmila Mojžíšová a jej odkaz ve zdravotní tělesné výchově. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 83(1), 33–42.

Vařeková, J., Dadřová, K., Levitová, A., & Prokešová, E. (2014). APA na FTVS UK – historie a současnost. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 5(2), 66.

Vařeková, J., Půlpán, D., & Dadřová, 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. ISBN 80-7254-837-9.

Vietzová, G. (2008). *Zásobník drobných pohybových her pro žáky mladšího školního věku*. Liberec: Technická univerzita.

Voet, N., van der Kooij, 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

Vohánka, 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., Ješina, O., Kudláček, M., Partyš, M., Zajíček, K., ..., & Vaca, V. (2012). *Vstupte prosím aneb společně v pohybu*. 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.

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.

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,
přízpůsobuj 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); přízpůsobujeme 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 Adapted Physical Education I* is aimed at younger school-age pupils. However, within the educational transfer, it is possible to consider in a number of contexts also with possible inspiration for teachers working in kindergartens. The second part of this book with the same title differs only in the most extensive chapter with regard to the relevance to older school-age pupils.

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 I
aneb Inkluzivní tělesná výchova pro I. stupeň základních škol
s přesahem do mateřských škol

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.vydavatelstvi.upol.cz

vup@upol.cz

1. vydání

Olomouc 2020

Neprodejná publikace

ISBN 978-80-244-5719-2

VUP 2020/0124