

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu



Integrace dětí se zdravotním handicapem

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Duben 2006

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Rostislav Čichoň, PhD.

Zpracovala:

Markéta Tučková

Markéta Tučková

Abstrakt

Název práce: Integrace dětí se zdravotním handicapem.

Title of the diploma thesis: Childrens' integration with health handicap.

Cíle práce

Cílem práce je ukázat, jak lze pracovat s dětmi se zdravotním postižením v hodinách tělesné výchovy na základní škole. Popsat výběr, modifikace a aplikace pohybových činností ve cvičebních jednotkách.

Metoda

Podchycení, modifikace a shrnutí aplikačních modelových jednotek.

Klíčová slova

Zdravotní handicap (postižení), integrace, inkluze, pohyb, individualita.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Při zpracování daného tématu jsem vycházela z uvedené literatury a hlavně z poznatků ze své praxe.

V Praze dne 7. dubna 2006

Markéta Tučková

Děkuji Mgr. Rostislavu Čichoňovi, PhD. za odborné vedení práce a mnoho cenných rad a podnětů. Dále Mgr. Haně Klomínské a Mgr. Břetislavu Klomínskému za umožnění praktické aplikace modifikované tělesné výchovy se žáky mladšího školního věku na základní škole.

Motto:

„Nejsem dost velký, abych mohl hrát fotbal nebo baseball. Ještě mi není osm. Máma mi řekla, že když začnu hrát baseball, nemůžu rychle běhat, protože jsem byl na operaci. Řekl jsem jí, že nebudu muset běhat tak rychle. Když budu hrát baseball, budu odpalovat mimo hřiště. A pak budu moci klidně jen chodit.“

sedmiletý chlapec

OBSAH

Úvod	
1 Přehled literatury	10
2 Cíle a úkoly práce	11
2.1 Cíle práce	11
2.2 Úkoly teoretické části	11
3 Teoretická část	12
3.1 Definice pojmů	12
3.1.1 Nejčastější diagnózy, se kterými se setkáváme na základních školách	15
3.1.2 Vybraná terminologie pohybu	22
3.1.3 Integrace a inkluze dětí s handicapem	23
3.1.4 Výběr bodů z osnov tělesné výchovy pro základní školy	25
3.2 Individuální vzdělávací program tělesné výchovy	28
4 Praktická část	31
4.1 Individuální přístup k pohybové aktivitě	31
4.1.1 Výběr pohybových činností	31
4.1.2 Popis, provádění (modifikace) a shrnutí pohybových činností	33
5 Diskuse	67
Závěry	69
Seznam použité literatury	70
Přílohy	72

Úvod

V současné době stoupá stále více počet dětí se zdravotním postižením, které navštěvují základní školu. Tuto situaci si ve velké míře uvědomili učitelé a učitelky základních škol vlivem nového znění školského zákona č.561/2004Sb., který se týká vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. „Děti, žáci a studenti se zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním se budou vzdělávat v “běžných” třídách “běžných” škol s tím, že při jejich vzdělávání bude využíváno takových forem a metod, které jsou přizpůsobeny jejich potřebám. Pro tyto kategorie osob se speciálními vzdělávacími potřebami tedy nebudou zřizovány samostatné školy či třídy, je jim pouze přiznán nárok na zvláštní péči v rámci běžné třídy, běžné školy“(www.msmt.cz).

Nastává tedy chvíle, kdy přichází dítě se speciálními potřebami do běžné školy a pedagogové jsou postaveni před náročný úkol, jak zvládnout zapojení dítěte do běžného typu tříd a výuky, ztížený ještě lokálními podmínkami jednotlivých škol. Speciálními potřebami se zde rozumí především důsledek tělesného nebo duševního postižení nebo poruchy, vedoucí k tomu, že zapojení určitého dítěte do vyučování a učení vyžaduje buď speciální pomoc, nebo změnu v postupu práce učitele (Berberichová, Lang, 1998).

Především ti, kteří učí tělesnou výchovu, bývají vyděšeni a kladou si otázky: dokáží se o takové dítě postarat? Budu ho umět zapojit do hodiny? Neublížím mu? A co jeho bezpečnost? Vždyť nemám žádné speciální školení. Úzkost dále prohlubuje propast mezi dítětem a učitelem, tím prakticky mizí šance chlapce nebo dívky plnohodnotně prožívat s ostatními radost z pohybu a kolektivního cvičení. Situace na školách se v tomto směru značně liší. Existují již zařízení, která jsou na přijetí žáků se speciálními potřebami připravena. Tím je myšleno vhodné bezbariérové prostředí, dostatek kvalifikovaných pedagogů a tolik důležitých asistentů, kteří zajistí ve třídě danému dítěti tolik potřebný individuální přístup.

Tento model se ve většině případů nachází ve větších městech a tím se naskýtá otázka: A co my, na menších školách? Nedostatek financí, nepřítomnost speciálních pedagogů, nedostatečná informovanost, to vše bývá tématem při přijímání žáků se speciálními

potřebami. Fakt je ale takový, že každý pedagog musí zajistit všem žákům kontakt s vrstevníky, umožnit vzdělávání v prostředí běžné třídy, upravit obsah svých vyučovacích hodin tak, aby žádný z účastníků nebyl vyřazen z činnosti a následně prožíval pocity méněcennosti a marnosti.

V této práci jsme se pokusili popsat a shrnout do uceleného zásobníku modelové cviky, které budou i v modifikované verzi vhodné pro aplikaci na jednotlivá zdravotní postižení, se kterými se v současné době na základních školách setkáváme. Vycházeli jsme z platných osnov tělesné výchovy pro základní školu, zaměřili jsme se na situace, při kterých se nejčastěji stává, že daní žáci, vzhledem k jejich bezpečnosti, bývají vyřazeni z činnosti.

Samozřejmě není možné opomenout vymezení důležitých pojmů a seznámení s důležitými diagnózami. Usílovali jsme o srozumitelnou formu tak, aby tato práce mohla být pomocníkem a návodem pro každého pedagoga, který cítí, že není důležité být dobře proškolený učitel tělocviku, ale člověk s touhou překonat bariéry především v sobě.

1 Přehled literatury

O problematice integrace dětí se zdravotním postižením lze v současné době najít velké množství titulů a článků. Nabízejí se publikace velmi známých a uznávaných českých autorů, ale i v literatuře zahraniční je celkem uspokojivý výběr.

Při výběru literatury jsme se soustředili především na odkazy s novějším datem vydání. Z knih, ač vynikajících autorů, které byly vydávány před několika desítkami let, jsme se pokusili vybrat ty nejdůležitější a nejcennější informace, jejichž pravdivost je léty potvrzena.

Velká část potřebných knih byla opatřena v Městské knihovně v Trutnově, Teplicích, v knihovnách při nemocnicích Trutnov a Teplice a částečně i v knihovně FTVS UK. Svoji databázi titulů poskytli pedagogové a zdravotníci ze Státních léčebných lázní v Janských Lázních, z rehabilitačního centra REHAB ve Svobodě nad Úpou, ze Základní školy v Horním Maršově a Speciální základní a mateřské školy při dětské lázeňské léčebně Vesna v Janských Lázních.

2 Cíle a úkoly práce

2.1 Cíle práce

Snahou závěrečné diplomové práce bylo popsat některé vybrané modifikované pohybové činnosti, které mohou být dle potřeby aplikovány v hodinách tělesné výchovy pro děti se zdravotním handicapem.

Teoretická část by měla být souhrnem nejdůležitějších informací, myšlenek a pojmů sloužících ke zlepšení orientace v tématu a doplnění vědomostí pro pedagogy, kteří vyučují tělesnou výchovu na základních školách.

V praktické části se zaměříme na výběr pohybových činností a jejich modifikací pro handicapované žáky.

Závěrem by mělo být shrnutí postřehů a zkušeností do uceleného přehledu, který by mohl být vodítkem pro výuku školní tělesné výchovy.

2.2 Úkoly teoretické části

- Zpracovat doporučenou a dostupnou literaturu z oblasti pohybových činností a integrace jedinců se zdravotním handicapem.
- Zpracovat doporučenou a dostupnou literaturu o vybraných diagnózách.
- Zpracovat doporučenou a dostupnou literaturu týkající se individuálního přístupu a motivace v hodinách tělesné výchovy na základní škole.
- Zpracovat vybrané body z osnov tělesné výchovy pro základní školu.

3 Teoretická část

3.1 Definice pojmů

Hovoříme-li o postižení, pak je vhodné uvést pojmy, které již v našich podmínkách zdomácněly a jsou hodně užívány. Jinou otázkou však je, zda jsou tyto pojmy vždy používány adekvátně v tom slova smyslu, jak je Světová zdravotnická organizace (WHO) v r.1980 publikovala, resp.zavedla jako součást „Mezinárodní klasifikace“(IC IDH) včetně překladu do češtiny. Druhá verze této klasifikace (IC IDH2) vstoupí v platnost v blízké budoucnosti.

Impairment je vhodné chápat jako poruchu, poškození, ztrátu, resp. abnormalitu ve funkcích či strukturách fyziologických, somatických, resp.anatomických a ovšem také psychických. Tato porucha je tedy změna funkce na úrovni tělního orgánu či systému.

Pojmem *disability* vyjadřujeme omezení, chybění, neschopnost-ve smyslu následku poškození, v důsledku čehož nelze vykonávat aktivity právě tím způsobem, jak je to obvyklé. Jedná se tedy o poruchu na úrovni celého jedince.

Handicapem pak rozumíme spíše znevýhodnění než postižení. Projevuje se to zejména snížením, omezením možností daného člověka ve srovnání s tím, co by běžně zastal, pokud by ovšem nebyl znevýhodněn. Handicapovaný člověk je tedy v podstatě člověk znevýhodněný při plnění svých sociálních rolí (Jankovský, 2001). Votava (2003) uvádí definici handicapu dle mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů jako poruchu i disabilitu při projekci do společenské roviny.

Pojem *defekt* vymezují autoři Vokurka, Hugo a kol. (2002, 2003) a Klimeš (1998) jako nedostatek, ztrátu, chybění, poruchu nebo vadu. Může se jednat o defekt orgánový nebo funkční. Příčinou orgánových defektů může být vývojová vada postihující buď celé orgány, nebo jen jejich část. Jsou to například vývojové defekty končetin nebo rozštěpy patra, obličej a páteře. Další příčinou orgánových defektů může být nemoc, jestliže zanechává následky v postižení některých orgánů (srdeční vada, poškození smyslových orgánů, chronické změny tkání), nebo úraz (trauma), což je jednorázové nebo opakované poškození organismu. Funkční defekt znamená poruchu orgánové funkce,

popřípadě poruchu v celkových funkcích organismu, aniž by původně orgán nebo orgánový systém byl tkáňově přerušen.

Defektivita je narušení celistvosti člověka čili porucha, popřípadě vývojový nedostatek vztahů ke společnosti, tj. narušení vztahu k výchově, vzdělání, k práci. Hlavními znaky defektivity jsou změny ve struktuře osobnosti, je to proces dlouhodobý a týká se poruchy společenských vztahů ke kolektivu lidí nepostižených. Defektivita není stavem trvalým (Sovák, 1983). Dle Jesenského (1995) se jedná především o druhotný následek defektu. Představuje odchylky v průběhu psychických procesů, odchylky ve vývoji schopností (disaptibility), odchylky ve vztahu k sobě a k prostředí, změny ve vývoji osobnosti. Za rozhodující se přitom považuje tzv. sociální dimenze (rozměr), tj. vymezení, jak tyto odchylky přijímá či nepřijímá zdravá veřejnost, jak postižený prožívá své znevýhodnění (handicap).

Sovák (1983) ve své kapitole *Dítě a škola* uvádí, že vedle skupin dětí zdravých, dětí nemocných a dětí defektních vyskytují se děti, které nejsou ani zdravé, ani nemocné, ani defektní. Je to skupina dětí postižených takovým defektem, který nenabyl sociální dimenze, tj. zůstal záležitostí osobní. Rozlišujeme dítě defektní (tj. dítě stížené defektem s následnou defektivitou) a dítě postižené defektem (bez následné defektivity). Toto rozlišení vyplývá ze skutečnosti, že člověk postižený defektem se nemusí stát člověkem defektním. Z hlediska pedagogiky je třeba těmto dětem věnovat pozornost při zařazování do odpovídajícího typu školy. Leckdy vyvstávají pochyby o tom, kam takové dítě zařadit. Stává se, že všeobecně vzdělávací škola se brání přijmout dítě stížené nějakým defektem do kolektivu třídy. Je tedy v zájmu prevence defektivy, aby tyto děti byly zařazovány do všeobecně vzdělávacích škol, protože taková opatření plně odpovídají zájmům včasné a plynulé socializace postižených.

V návaznosti na výše zmíněné pojmy uvádí obecnou charakteristiku hlavních typů postižení ve své knize Votava a kol. (2003):

Typy postižení

1. *Tělesná (motorická) postižení*: poruchy hybného ústrojí, tedy osoby, jejichž diagnóza spadá do oblasti neurologie, ortopedie a traumatologie, nebo revmatologie.

Z postižení získaných v dospělosti sem patří např. stav po cévní mozkové příhodě,

po zánětech CNS, následky poranění míchy, stavy po poranění mozku, amputace končetin, artritidy, artrózy aj. Z postižení od časného dětství např. dětská mozková obrna, muskulární dystrofie, vrozený rozštěp míchy, poruchy růstu aj.

2. *Zraková postižení*: nevidomí a slabozrací na podkladě úrazů i degenerativních onemocnění.
3. *Sluchová postižení*: neslyšící a nedoslýchaví buď od narození, nebo v průběhu života.
4. *Postižení vnitřními chorobami* (které se někdy označují také jako nemoci civilizace): kardiaci, astmatici, osoby se selháváním ledvin, onkologičtí pacienti aj.
5. *Mentální postižení*: od mládí existující snížené rozumové schopnosti různého stupně o známé či méně známé příčině.
6. *Demence* čili zrychlený úbytek rozumových schopností ve starším věku.
7. *Psychiatřičtí pacienti*.
8. *Samostatné těžší poruchy řeči* (často kombinují jiná postižení).
9. *Kombinovaná a další postižení*. Nejčastěji se jako kombinovaná postižení označují ta, kde se mentální postižení přiřazuje k jinému, např. tělesnému či zrakovému. Za samostatné postižení můžeme považovat těžší, medikací nekompensovanou epilepsii.

Zdravotní postižení může být výrazně komplikováno sociální zaostalostí či izolací, případně kulturní či etnickou odlišností od většinové společnosti.

Vágnerová, Hajd-Mousová, Štech (2001) označují postižení jako náročnou životní situaci. Každé postižení působí podle toho, jak postižený své postižení prožívá a jak toto prožívání na něj působí, jaké způsoby řešení své situace nachází a jak tyto způsoby

řešení ovlivňují jeho osobnost (jako získané dispozice, tj. ustálené způsoby chování či vzorce chování). Postižení můžeme z hlediska prožívání jedince chápat jako náročnou životní situaci (podle vymezení Čápa a Dytrycha, 1968, str. 24,25), protože dlouhodobě působí na jedince zatěžujícím vlivem, zvyšuje stres, zhoršuje jeho každodenní situaci, způsobuje řadu konfliktů, z nichž některé jsou pro postiženého neřešitelné (např. životní ambice proti reálným možnostem, limitovaným postižením) a způsobuje řadu frustrací. „Zdravotním postižením myslíme nejen újmu na zdraví jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury a funkce organismu, nýbrž všechna postižení vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí a vyústějící v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti“ (Matějček, 2001).

3.1.1 Nejčastější diagnózy, se kterými se setkáváme na základních školách

„Handicap je slovo, které se podle slovníku Petit Robert objevuje v Anglii kolem r. 1827 (z angl. „hand in cap“ – ruka v klobouku) a pochází z prostředí dostihového sportu. „Ruka v klobouku“ označuje los, kterým se určuje, které z lehčích, starších či trénovanějších koní ponesou větší zátěž, resp. Poklušou delší distanci, aby byly podmínky pro všechny stejné a závod spravedlivý. Mnohem později začal tento termín přeneseněji i u lidí označovat „zátěž“ nějakého onemocnění, tělesné vady, postižení. Hovoří se tedy vlastně o znevýhodnění určitých osob oproti jiným osobám – většinou bez vlastního zavinění (daném genetickými, vrozenými či v průběhu života působícími faktory sociálními a sociálněpsychologickými“ (Vágnerová, Hajd-Mousová, Štech, 2001).

Toto znevýhodnění se týká stále většího počtu dětí, které navštěvují základní školu. Ve své knize určené učitelům prvního stupně základní školy poukazuje Edelsberger, Kábele a kol. (1988) na situaci, kdy se mohou mezi žáky základních škol vyskytnout děti, které svými zvláštnostmi duševními, smyslovými a tělesnými se nějak vymykají z běžného, obvyklého průměru třídy nebo se jeví jako tzv. hraniční případy, jež však lze považovat za výrazně patologické. Je snahou učitelů základní školy, aby takové žáky pokud možno udržela v normálním školním a společenském prostředí a poskytla jim přiměřenou

výchovu a vzdělání jako všem ostatním žákům. Vhodné školní prostředí může těmto dětem velmi prospět, je-li učitel obeznámen s problematikou jejich zvláštností a s možnostmi výchovného přístupu k nim. Mělo by být samozřejmou povinností všech učitelů základních škol, aby se seznámili s problematikou patologických zvláštností, nejrůznějších anomálií a odchylek u svých žáků. Měli by vědět, které děti s patologickými zvláštnostmi se ve škole vyskytují a kterých pedagogických možností lze v rodinném a školním prostředí využít. I pro učitele na základních školách by měla platit ona z lékařství dobře známá hippokratovská zásada: *Primum non nocere*, především neuškodit.

Abychom dodrželi tuto zásadu, měli bychom znát základní informace o nejčastějších zdravotních oslabeních vyskytujících se u dětí navštěvující základní školu. Ve speciální části své publikace rozděluje Kyrálová, Matoušová a kol. (1996) zdravotní oslabení takto (srovnej Kábele, 1988; Hošková, 2000):

- a) oslabení hybného systému
- b) oslabení respiračního systému
- c) srdečně cévní systém a jeho oslabení
- d) metabolické poruchy
- e) oslabení zažívacího ústrojí
- f) gynekologická oslabení
- g) oslabení nervová a neuropsychická
- h) oslabení smyslů
- ch) Tv starších osob

Profesionálním přístupem pedagogů lze žáky s určitým druhem oslabení zapojit do běžných výukových programů dle platných osnov, typickým příkladem je právě začlenění těchto dětí do školní tělesné výchovy.

Dítě nastupuje školní docházku ve věku šesti až sedmi let, pokud se rodiče rozhodnou, mohou požádat o odklad školní docházky o jeden rok. Vstupem žáka do první třídy, přebírají učitelé odpovědnost za jeho výuku a vzdělání. Zákonitě tedy musí postupovat tak, aby v maximální míře zpřístupnili veškeré činnosti a možnosti poznání co nejširšímu okruhu žáků, tedy i žáků handicapovaných.

Je zřejmé, že bez odborných znalostí problematiky handicapu nelze kvalitní výuku uskutečnit. Proto se v této části pokusíme přiblížit jednotlivé typy oslabení.

● Oslabení hybného systému

Skoliózy

„Skolióza – vychýlení páteře do strany. Může být vrozená nebo způsobená různými onemocněními páteře, zádových svalů nebo nervů“ (Vokurka, Hugo a kol., 2002, 2003).

„Patří k vážným vadám páteře, postihují oblast hrudní, bederní i krční. Lehčí druh skoliózy, tzv. skoliotické držení – nestrukturální, může v dospělosti vymizet. Nejčastějším typem strukturální skoliózy jsou idiopatické skoliózy (neznámého původu). U dívek se vyskytují častěji. Původ není znám, faktorů je celá řada“ (Kýralová, Matoušová a kol., 1996).

Sovák (1983) doplňuje skoliózy návykové vznikající ve školním věku nevhodnou návykovou polohou při psaní nebo při práci. V těžších případech je skolióza provázena i deformací hrudníku, která může někdy být zvláště nápadná vyklenutím žeberních chrupavek na přechodu do kosti hrudní. Deformity hrudníku mají pak za následek dýchací a srdeční potíže.

Snížení podélné i příčné klenby nohy – plochá noha

Porucha klenby nožní se nazývá plochá noha. Podélně plochá noha se vyznačuje snížením až vymizením podélné klenby. Příčně plochá noha vzniká oslabením svalstva (Cinglová, 2002).

Lidská noha se dovede v stání i v pohybu přizpůsobit nerovnostem podložky, což je umožněno klenbou nohy. Nosnost nohy je dána pevností kostry a vazů i napětím svalstva. Když se noha nadměrně zatíží nebo když nožní svaly i vazy jsou ochablé, klenba chodidla se oploští. Chůze s plochou nohou bývá bolestivá a únavná (Sovák, 1983).

● Oslabení respiračního systému

Astma bronchiale – průduškové astma

Onemocnění charakterizované záchvatovou expirační (výdechovou) dušností vznikající na podkladě náhlého zúžení průdušek. Podkladem je chronický (vleklý, trvalý) zánět průdušek, který zvyšuje reaktivitu dýchacích cest na četné podněty (zevní vlivy, infekce, emoce, fyzickou námahu aj.).

Uplatňují se dědičné faktory, které spolu s novorozeneckým a kojeneckým obdobím ovlivňují utváření imunitního systému (systém zabezpečující ochranu organismu před cizorodým a infekčním materiálem), jehož odchylná reakce na některé alergeny (pyl, prach, peří, některé potraviny) vede ke vzniku astmatu a někdy i dalších onemocnění. Významný je rovněž vliv psychiky.

Klasicky se astma projevuje astmatickým záchvatem (dušnost s pískáním, obtížný výdech).

Alergie – souvisí s astmatem

Stav přecitlivělosti organismu na určitou látku – alergen (pyl, prach, peří, srst, některé potraviny či léky aj.) vznikající na podkladě atopie. Podstatou je porucha řízení imunitního systému vedoucí k nadměrným reakcím – často spojeným s vyplavením některých látek poškozujících organismus či určité orgány (otok, zúžení průdušek, poruchy činnosti cév, zvýšená tvorba hlenu, ničení buňek aj.).

Alergeny (látky vyvolávající alergie) mohou vnikat do těla inhalací, polknutím, kontaktem s kůží, bodnutím, injekčním podáním.

S alergií souvisí ekzém, povrchový neinfekční zánět kůže postihující zejména pokožku. Projevuje se zejména svědivými neinfekčními změnami. Vzniká na alergickém podkladu při působení určité látky na kůži.

● **Metabolické poruchy**

Diabetes mellitus – cukrovka

Onemocnění způsobené nedostatkem inzulínu (hormon, který je důležitý pro regulaci hladiny glukózy v krvi a pro metabolismus sacharidů) nebo jeho malou účinností. Postihuje přes 5% obyvatelstva. Diabetes mellitus se dělí na dva hlavní typy. 1. typ, tzv. závislý na inzulínu, vzniká častěji v mládí na autoimunitním (autoimunita – porucha, při níž je činnost imunitního systému zaměřena proti vlastním orgánům a tkáním, které jsou poškozovány) podkladu, má značný sklon k těžkým akutním komplikacím vč. kómatu (stav hlubokého bezvědomí) a nezbytné je podávání inzulínu, jehož je při tomto typu v těle naprostý nedostatek. Při diabetu dochází k špatnému využití glukózy v organismu. Komplikacemi při cukrovce mohou být i různá poškození ledvin, očí, poškození drobných cév s nebezpečím gangrény (sněť, nekróza tkáně druhotně změněná působením zevních faktorů např. vysycháním, hnilobou, působením některých bakterií) okrajových částí dolních končetin, častější infekce, např. močové, kožní, nervové poruchy.

Léčba cukrovky zahrnuje dietu, omezení cukrů s jejich přesným denním množstvím v potravě, pravidelný příjem potravy v určitých časových intervalech, antidiabetika, inzulín. Spolupráce nemocného je nutná, její nedodržení může mít vážné důsledky.

Obezita

Otylost, nadměrné hromadění energetických zásob v podobě tuku, nadměrná tělesná hmotnost. Při vzniku se uplatňují větší energetický příjem, nedostatek pohybu, dědičné vlivy, psychické vlivy, způsob výživy v raném dětství aj. V menším procentu případů je obezita podmíněna onemocněním. Při snižování hmotnosti se uplatňuje dostatek pohybu, úprava příjmu potravy, některé speciální diety či postupy, psychoterapie a některé chirurgické postupy (Vokurka, Hugo a kol., 2002, 2003).

● Oslabení nervová a neuropsychická

Dětská mozková obrna

Vývojová porucha, která vzniká z postižení mozku v nejranějším dětství a která postihuje jak hybnost, tak i některé jiné mozkové funkce.

Příčiny jsou mnohotvárné: buď z doby před narozením (oběhové poruchy, infekce matky, léky, popř. jedy apod. postihující vývoj mozku), nebo při narození (krvácení do mozku, porodní úrazy apod.), dále může jít o následky nevyzrálости centrálního nervového systému. Z doby po narození jsou to nejvíce poškození mozku různými infekcemi, poruchami látkové výměny, úrazy apod. Příznaky se projevují jednak v oblasti hybné, jednak v oblastech jiných.

Hybnost bývá postižena obrnami různého typu i rozsahu. Jsou to příznaky spastické nebo nespastické. Spastické obrny postihují buď obě dolní končetiny, nebo končetiny pouze jedné strany, nebo dokonce všechny čtyři končetiny.

K příznakům nespastickým se řadí formy dyskinetické (charakterizované nepotlačitelnými pohyby končetin nebo jen některých svalových skupin), formy hypotonické (s nápadným snížením svalového napětí) a formy ataktické (při nichž jsou veškeré pohyby neuspořádané, nevyrovnané).

Zvláštní skupiny tvoří děti s malým mozečkovým postižením; tady nejde o vyslovené obrny, ale spíše o nápadnou neobratnost, popř. motorický neklid.

Uvedené klinické obrazy nejsou nijak fixní, mění se s vývojem dítěte i s vyzráváním nervstva (Sovák, 1983).

Epilepsie

Skupina poruch mozku projevujících se opakovanými záchvaty různého charakteru. Záchvaty jsou způsobeny výbojem v elektrické činnosti určité části nervových buněk a mohou se projevovat poruchami vědomí a vnímání, křečemi, vegetativními projevy a psychickými příznaky.

Záchvaty se dělí na parciální (postižena je určitá oblast těla), které jsou buď bez poruch vědomí nebo s poruchou vědomí. Generalizované záchvaty mají vždy poruchu vědomí. Klasickým záchvatem je tzv. grand mal (tonicko-klonický) s náhlým bezvědomím, křečemi, pmočením, pokousáním.

Charakter záchvatu závisí na místě, které je v mozku postiženo, a liší se též věkem pacienta. Někdy bývá přítomna aura, což je stav často předcházející záchvatu, smyslové vjemy, které většinou nemají původ v okolí, nýbrž v nervové soustavě nemocného (Vokurka, Hugo a kol., 2002, 2003).

Záchvatem častým u dětí je petit mal. Je charakterizován náhlou, velmi krátkou poruchou vědomí (asi sekundu anebo několik sekund), bez křečí. Dítě se „náhle zarazí“, „zahledí se do prázdna“, zastaví se v řeči, v psaní, apod. Po znovunabytí vědomí pokračuje v předcházející činnosti. Postižený neví, co se po dobu záchvatu stalo (Kyrálová, Matoušová a kol., 1996).

- **Oslabení smyslů**

Hypermetropie – dalekozrakost

Porucha vidění blízkých předmětů. Typ refrakční vady oka, kdy se světelné paprsky lámou do oblasti za sítnicí. Příčinou je nedostatečná síla lomivého aparátu oka nebo je příliš krátká předozadní osa oka. Dalekozrakost se upravuje brýlemi se spojkami.

Myopie – krátkozrakost

Neschopnost vidět ostře vzdálené předměty. Typ refrakční vady oka, při níž se světelné předměty lámou do oblasti před sítnicí, na níž pak vzniká neostřý obraz. Příčinou je nadměrná optická síla lomivého aparátu oka nebo je příliš dlouhá předozadní osa oka. Myopie se upravuje brýlemi s rozptylkami (Vokurka, Hugo a kol., 2002, 2003).

Poruchy sluchu

Mohou být vrozené nebo získané, mohou být různého stupně a druhu; nedoslýchaví, se zbytky sluchu a neslyšící. Často se můžeme setkat s poruchami sluchu, které vznikly jako následek chronických stavů onemocnění. Jako příklad můžeme uvést chronický zánět středouší. Časté jsou i poruchy rovnováhy či určení polohy těla (Kyrálová, Matoušová a kol., 1996).

3.1.2 Vybraná terminologie pohybu

Pohyb je neodmyslitelnou součástí lidského života. Je řízen centrální nervovou soustavou, do které je zahrnut mozek, mozeček, mícha a dále periferní nervovou soustavou, to znamená nervovými kořeny a periferními nervy. Tato nervová soustava řídí činnost svalů, jejíž výsledkem je již zmíněný pohyb (MŠMT, 1997).

Jeho význam pro zdraví, pro plnohodnotný biopsychosociální vývoj člověka je známý: pohyb rozvíjí a upevňuje svalstvo, má vliv na pevnost a pohyblivost kostí, podporuje a zlepšuje činnost vnitřních orgánů, oběhového, nervového, lymfatického systému. Pohybem lze významně ovlivnit stav mozku. Prostřednictvím pohybu vnímáme a poznáváme okolní svět a můžeme k němu přistupovat tvořivě (Szabová, 2001).

Pohyb je též základní potřebou a lze jej dělit z hlediska využití na relaxační, léčebný, ale také na pohyb zaměřený na ovlivnění psychického vývoje jedinců s různými handicap. Pohyb musí být dávkován tak, aby stimuloval vývoj jedince. Nedostatečné i nadměrné zatížení zhoršuje funkci organismu. Nebezpečná je hypoaktivita i hyperaktivita. Při nedostatečné pohybové stimulaci dochází ke snížení funkčních rezerv organismu a k oslabené adaptaci na zátěž. K tomu vede nedostatek pohybu ve škole, ale i doma. Z pohybových aktivit se vyčleňují děti oslabené nemocí nebo dlouhodobou rekonvalescencí. Časté osvobozování dětí z povinné školní tělesné výchovy je způsobeno nejen jakýmsi alibismem lékaře (lehčí je zakázat, než povolit), ale i dětmi samotnými, které mají obavy ze známky na vysvědčení (Cinglová, 2002).

Cíleně zaměřené pohybové aktivity jsou jednou ze základních potřeb právě pro tyto jedince. Vycházíme z toho, že základem jakékoliv pohybové aktivity je pohyb, který je chápán v tom nejjobecnějším pojetí jako základní projev života. Záměr, účel vychází z potřeb živého organismu. Ty slouží k udržení integrity tohoto objektu v přirozeném prostředí – je to aktivní účelový proces řízený vnitřními potřebami objektu (Hošková, Matoušová, 2000).

Motorické chování - soubor všech pohybových fenoménů živého objektu.

Pohybové chování - integrovaný pohybový projev, individuální pohybové jednání, které je výrazem běžné pohybové činnosti člověka (Hošková, Matoušová, 2002).

Pohybové schopnosti – soubor vnitřních předpokladů k pohybové činnosti určitého charakteru.

Pohybová dovednost – zevní projev pohybových schopností (Havlíčková a kol., 2000).

Kyralová, Matoušová a kol. (1996) uvádějí, že náplň pohybových režimů osob s různými zdravotními oslabeními jsou převážně pohybové činnosti.

Záleží tedy na učiteli tělesné výchovy, aby přihlížel k požadavku přiměřeného a všestranného pohybového rozvoje svých žáků se zřetelem ke zdravotnímu stavu, k věku i k pohybovým možnostem. Jestliže dítě s poruchou hybnosti není schopno provést určitý pohyb nebo praktický výkon postiženou končetinou, snaží se jej učitel nacvičit pomocí končetin ostatních (Kábele, 1988).

3.1.3 Integrace a inkluze dětí s handicapem

„Každé postižení má z hlediska důsledků pro vývoj osobnosti dítěte svou hodnotu objektivní i subjektivní. Dítě s pohybovým defektem na sklonku školního věku, kdy vývoj inteligence je prakticky ukončen, je vystaveno objektivně daleko menšímu riziku mentálního zaostávání, než dítě postižené ve dvou či třech letech. Subjektivně však bude prožívat ztrátu svých dřívějších schopností pravděpodobně daleko tíživěji, než kdyby k tomu došlo v časném dětství. Dítě svou pohybovou zdatnost prožívá jako účelný prostředek nejen k opatřování podnětů z okolí, ale především ke hře a k sociálnímu kontaktu s dospělými a s druhými dětmi“ (Matějček, 2001).

Právě proto omezení při školních pohybových aktivitách je pro dítě s handicapem velmi stresující. V tělesné výchově, při pracovních činnostech, přesuny a pohyb dítěte po budově školy, příchod a odchod z ní, to jsou všechno chvíle, kdy se jedinec dostává do problému, jak situaci vyřešit. V kolektivu dětí na základních školách dítě prožívá spoustu příjemných a podnětných chvil. Omezení v pohybu, které zapříčiňuje tělesný nebo mentální handicap, by nemělo být pro dobrého pedagoga překážkou. Začlenění těchto dětí do kolektivu v klasické základní škole, by mělo být přirozené.

„Jestliže dítě nemůže mluvit, budeme se zajímat, jak by mu pomohlo zařízení pro hlasový výstup z počítače... Jestliže dítě nemůže chodit, budeme přemýšlet, jak

odstranit bariéry pro jeho vozík ... Jestliže si dítě nedokáže věci zapamatovat, můžeme navrhnout systém mnemotechnických pomůcek nebo barevných symbolů a obrázků, které by mu to usnadnily ... Jestliže dítě neuslyší, naučíme se znakovou řeč ... Jestliže se dítě neumí chovat v sociální skupině, budeme mu svým chováním vytvářet model toho, co je vlídnost, sebekázeň a láska ... Jestliže dítě nedokáže sedět v klidu a tiše pracovat, budeme zařazovat takové učební činnosti, které dávají větší prostor pro pohyb žáků ... Jestliže dítě nedokáže bez pomoci používat záchod, zorganizujeme přestávku tak, abychom mu pomohli ... Jestliže dítě dokáže učiteli poděkovat nebo se na něj třeba jen usmát, jakými dalšími požadavky bychom měli ještě podmiňovat jeho zařazení do naší třídy? Neexistují nepřekonatelné bariéry – existují jen dveře, které jsme se nepokusili otevřít“ (Lang, Berberichová, 1998).

Jesenský ve své knize „Prostor pro integraci“ (1993) uvádí: „*Integraci* definujeme jako spolužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti vztahů těchto skupin.“

„*Integrace* je stav, kdy se zdravotně postižený vyrovnal se svou vadou (akceptoval ji), žije a spolupracuje s nepostiženými, prokazuje výkony a vytváří hodnoty, které společnost intaktních uznává jako rovnocenné, společensky významné a potřebné“ (Jesenský, 1993).

„*Integrace* znamená sjednocování postojů, hodnot, chování a směřování aktivit různého druhu. Ovlivňuje jak interpersonální, tak skupinové vztahy. Její potřeba vzniká při kontaktu dvou navzájem se odlišujících jevů, situací, postojů nebo aktivit. Tyto se mohou projevit ve formě stresů, konfliktů a problémů, narušujících rovnováhu a harmonii vztahů, jistotu a spokojenost životního běhu. Integrace je jeden z prostředků, které pomáhají takovéto rozpory překonat. Nevadí, že sama je rozporuplná. Prakticky vysoká aktuálnost a naléhavost jejího řešení však vedla k přehlížení této rozporuplnosti a k přijímání jednoduchých teorií a koncepcí řešení“ (Jesenský, 1996).

Slovník cizích slov (1987) vykládá integraci jako „scelení, ucelení, sjednocení“. Velký výkladový slovník Diderot (1999) vykládá integraci jako „plnohodnotné soužití zdravých a handicapovaných jedinců, jež umožňuje respektování individuálních potřeb každého z nich v různých oblastech života (vzdělávání, volný čas, zaměstnání atp.)“. S pojmem integrace souvisí nový pojem *inkluze*. „Pojem integrace je dle Z. Sýkorové (in M. Vítková a kol., 1998) postupně nahrazován výstižněji inkluze, což znamená

rovnoprávný vztah (vyrovnání příležitostí), tedy úplné začlenění (zařazení). Například v rámci pedagogické integrace (viz. dále) se tím rozumí začlenění do běžné třídy na kmenové škole“ (Jankovský, 2001).

„*Inkluze* znamená vytvořit ve třídě takové prostředí, které vítá a oceňuje odlišnost. Staví všechny zainteresované před nutnost jít dál, než je zvykem, a ptát se, proč vůbec existují jevy jako vylučování některých lidí ze společnosti, předsudky a diskriminace“ (Lang, Berberichová, 1998).

3.1.4 Výběr bodů z osnov tělesné výchovy pro základní školy

Specifické cíle tělesné výchovy

Tělesná výchova představuje nejdůležitější formu pohybového učení a pohybové kultivace žáků a je hlavním zdrojem poznatků a námětů pro zdravotní, rekreační i sportovní využití pohybu v režimu školy i mimo školu.

V tělesné výchově žáci nacházejí prostor k osvojování nových pohybových dovedností, k ovládnutí a využívání různého sportovního náčiní a nářadí, k seznámení s návody pro pohybovou prevenci či korekci jednostranného zatížení nebo zdravotní oslabení, stejně jako pro zdravý rozvoj tělesné zdatnosti a výkonnosti. Učí se uplatňovat osvojené pohybové dovednosti v různém prostředí a s různými účinky, zvykají si na rozličné sociální role, které vyžadují spolupráci, tvořivost, překonávání zábran, objektivnost, rychlé rozhodování, organizační schopnosti i nutnou míru odpovědnost za zdraví své i svých spolužáků.

Hlavně však tělesná výchova umožňuje žákům poznat vlastní pohybové možnosti a přednosti i zdravotní a pohybová omezení, rozumět jim, respektovat je u sebe i jiných a aktivně je využívat nebo cíleně ovlivňovat. Vede proto žáky od spontánního pohybu k řízené pohybové činnosti (s narůstajícím podílem žáka na tomto řízení) a zpět k vlastní pravidelné seberealizaci v oblíbeném sportu nebo jiné pohybové aktivitě.

V souladu s vývojovými předpoklady a individuálními zvláštnostmi žáků, směřuje vyučovací úsilí učitele a učební činnost žáků v tělesné výchově k tomu, aby:

- si osvojili nové pohybové dovednosti, kultivovali svůj pohybový projev a správné držení těla a postupně usilovali o optimální rozvoj zdravotně orientované zdatnosti;
- se orientovali v základních otázkách vlivu pohybové aktivity na zdraví a práce schopnost člověka, v problematice zjišťování potřebných ukazatelů zdatnosti a pohyblivosti a uměli své poznatky využít při začleňování pohybu do denního režimu;
- zvládali základní organizační, hygienické a bezpečnostní zásady pro provádění zdravotně vhodné a bezpečné sportovní či jiné pohybové činnosti ve známém i méně známém prostředí;
- kladně prožívali osvojené pohybové činnosti a využívali je s pomocí dospělých nebo samostatně jako prostředek překonávání aktuálních negativních tělesných či duševních stavů a dlouhodobější zdravotní prevence i jako předpoklad pro vytváření trvalého vztahu k pohybovým aktivitám;
- si uvědomovali význam sociálních vztahů a rolí ve sportu a jiných pohybových aktivitách a uměli je využít pro hodnotné pohybové vyžití i přátelské meziosobní vztahy

Všechny naznačené cíle by měli ústít do pozitivního vztahu žáka k pohybovým aktivitám jako základnímu prostředku dlouhodobého ovlivňování aktivního zdraví a projevit se v návyku pravidelného využívání pohybových činností různého zaměření v každodenním životě moderního člověka, v jeho životním stylu (MŠMT ČR, 1996).

Přístup k obsahu a organizaci výuky

Z hlediska vývoje žáků, jejich motorického rozvoje, adaptace na pracovní zátěž, zvýšené potřeby zdravotní prevence oslabení hybného systému, jejich konkrétní pohybové úrovně, zájmů atd. je učivo povinného předmětu tělesná výchova členěno do samostatných na sebe navazujících etap.

Obsah předmětu tělesná výchova je převážně vyučován v koncentrovaných tématických blocích. Proto jsou i osnovy členěny do tématických celků, není děleno do ročníků. Rozlišováno je pouze učivo základní, které má učitel pracující podle tohoto programu možnost nabídnout všem žákům, aby zajistil naplnění vzdělávacího standardu a konkrétních vzdělávacích cílů, a učivo rozšiřující (nezávazné), které má možnost nabídnout celé třídě, skupinám žáků nebo jednotlivcům. Výběr základního i rozšiřujícího učiva je plně v pravomoci učitele, který zná nejlépe možnosti a potřeby žáků. Ten také vytváří konkrétní vzdělávací program pro jednotlivé ročníky, třídy, skupiny (MŠMT ČR, 1996).

Motivace a mladší školní věk

Motivace (z latiny: movere – hýbat, pohybovat) vyjadřuje souhrn všech skutečností, které podporují nebo tlumí jedince, aby něco konal či nekonal (Čáp, Čechová, Rozsypalová, 1998). Motivace je jedním z nejdůležitějších faktorů v procesu vzdělávání, má vysvětlit volbu mezi různými možnostmi jednání (Nakonečný, 1996).

Mladším školním věkem označujeme období přibližně mezi 6 a 9 rokem, kdy vstupem dítěte do školy dochází k velkému rozšíření jeho společenského kruhu. Po celý školní věk převládají hry pohybové, které při rozmanitějších a intenzivnějších sociálních vztazích dítěte nabývají čím dál více formy soutěživých her kolektivních, zvláště u chlapců (Matějček, 2000).

Děti, které pohybově druhým nestačí, jsou víceméně vylučovány z účasti na životě dětského kolektivu a na hodnotách, které dětská společnost svým členům přináší. Pocit méněcennosti, nebylo-li výchovné vedení dost taktické, se v mladším školním věku ohlašuje často již plnou silou. Dítě v tomto věku je při normálním psychickém vývoji přístupno již rozumnému výkladu o podstatě defektu a o postupu nápravy. Navíc je možno podněcovat zájem o spolupráci při zlepšování tělesné zdatnosti představou nového zapojení do kolektivu, nové možnosti uplatnit se, soutěžit s ostatními, případně v některém směru i vyniknout. Takto Matějček ve své „Psychologii nemocných a zdravotně postižených dětí“ (2001) charakterizuje mladší školní věk, ale podstata motivace a podněcování dítěte k výkonu se dá uplatňovat po celou délku školního věku.

Jako pomůcku pro pedagogy, která může být uplatňována i v hodinách tělesné výchovy, nabízí Karnsová (1995) desatero k motivaci :

1. Nešetřete chválou.
2. Dejte dětem možnost vedení a volby.
3. Ve všem hledejte klady.
4. Buďte zodpovědní a předávejte zodpovědnost.
5. Uznávejte cenu.
6. Zaměřujte se na to, co je nutné, aby daná otázka byla vyřešena správně, lépe nebo jinak.
7. Pomáhejte si navzájem ke správnému řešení.
8. Sami jedněte tak, jak si přejete, aby se chovaly děti.
9. Více si hrajte, více se smějte a dělejte více věcí společně.
10. Zprostředkujte dětem okamžiky, na které budou vzpomínat celý život.

Lang, Berberichová (1998) dodávají: „Každý touží po uznání a po vývoji, růstu nebo dosažení něčeho, a děti se speciálními potřebami nejsou výjimkou. Buďte však opatrní, aby vaše uznání nebylo přehnané, pokud mají své fyzické, rozumové a citové potřeby nějak posunuty. Děti poznají, chováte-li se k nim pouze blahosklonně – to podemílá pozitivní vztahy a zvyšuje pochyby části žáků o sobě samých.“

3.2 Individuální vzdělávací program tělesné výchovy

Individuální vzdělávací program je klíčovým nástrojem pro odpovídající a odbornou přípravu na výuku žáka se speciálními potřebami. Individuální vzdělávací program je především prostředkem koordinace toho, co se ví o specifických potřebách a podmínkách dítěte a dostupných zdrojů školy, aby byl vytvořen smysluplný a vhodný vzdělávací program (Lang, Berberichová, 1998).

Tuto situaci vymezuje zákon Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky zákonem 561/2004 - § 16 a vyhláškou 73/2005, kde se uvádí, že žákem se speciálními vzdělávacími potřebami je žák se zdravotním postižením (mentální, tělesné,

zrakové, sluchové postižení, autismus a vývojové poruchy učení), zdravotním znevýhodněním (zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc) nebo sociálním znevýhodněním. Tito žáci mají právo na vzdělávání s podpůrnými opatřeními (obsah, formy, postupy a metody, které odpovídají jejich možnostem a potřebám) a na vytvoření podmínek pro toto vzdělávání a poradenskou pomoc. Na základě individuálního programu vypracovává učitel individuální vzdělávací plán, který povoluje ředitel školy na základě písemného doporučení školského poradenského zařízení a žádosti zákonného zástupce. Vychází ze školního vzdělávacího programu, závěrů vyšetření školským poradenským zařízením, jiných odborníků a vyjádření zákonného zástupce. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka a je součástí dokumentace žáka.

Individuální vzdělávací plán obsahuje:

- údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální péče včetně zdůvodnění
- údaje o cíli vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, volbu pedagogických postupů, způsob zadávání a plnění úkolů, způsob hodnocení
- seznam kompenzačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku
- jmenovité určení pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zjišťování potřeb žáka
- návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy
- předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků
- závěry speciálně pedagogických vyšetření

Individuální vzdělávací plán je vypracován zpravidla před nástupem žáka do školy, nejpozději jeden měsíc po nástupu nebo zjištění individuálních vzdělávacích potřeb. Může být doplňován a upravován v průběhu celého školního roku podle potřeby. Za jeho zpracování zodpovídá třídní učitel, který ho vypracovává ve spolupráci s vyučujícím předmětu, ve kterém se bude podle plánu pracovat – na zpracování se podílí školské poradenské zařízení a zákonný zástupce žáka, který potvrdí svým

podpisem skutečnost, že byl s individuálním plánem seznámen. Toto platí i v případě prováděných změn.

4 Praktická část

4.1 Individuální přístup k pohybové aktivitě

Pohybové možnosti dětí se zdravotním handicapem jsou dány tělesným a psychickým stavem. Učitelé tělesné výchovy mají mít hlubší znalost zákonitostí somatického a psychického vývoje dítěte za podmínek normálních i patologických.

Z vnitřních podmínek je pro tělesnou výchovu důležitý zvláště stupeň tělesného i duševního vývoje a zdravotní stav jedince. Podle zdravotního stavu se stanoví rozsah a míra přístupného namáhání jednotlivých žáků, při nácviku pohybových dovedností se akceptují jejich pohybová nadání a pohybové schopnosti.

Je třeba důsledně vyloučit z činností těchto dětí veškeré cviky, které působí nepříznivě na postižení nebo na celou osobnost oslabeného jedince.

Stejně však je třeba zkoumat příznivý vliv různých cvičení užívaných v základní tělesné výchově na osoby s různým postižením. Nelze proto odmítat určitá odvětví nebo cvičení paušálně nebo odhadem jen proto, že se jich dosud nepoužívalo nebo že jejich nácvik je obtížnější než u zdravých cvičenců. Rovněž je nelze paušálně zamítat u všech jedinců s určitým postižením jen proto, že působí některým z nich potíže. To se stává i u zdravých žáků v základní tělesné výchově, a přece to není důvodem k vyřazování určitých cviků ze školních osnov tělesné výchovy. Je třeba zkoumat příčiny těchto potíží, stejně však i příčiny příznivého působení jiných cvičení.

Vliv a působení tělesné výchovy na člověka je třeba posuzovat celkově, po stránce tělesné i duševní (Kábele, 1988).

4.1.1 Výběr pohybových činností

Obsah tělesné výchovy na základní škole je ve Vzdělávacím programu základní školy rozdělen do specifických okruhů, které vymezují požadavky pro danou věkovou skupinu dětí. Je na učiteli tělesné výchovy, jaké činnosti zvolí, jakou formou bude s dětmi určitý úkol plnit.

Osnovy tělesné výchovy vymezují okruhy takto:

1. poznatky z TV a sportu, komunikace, organizace, hygiena a bezpečnost v TV a sportu
2. průpravná, kondiční, koordinační, kompenzační, relaxační, vyrovnávací, tvořivá a jiná cvičení
3. gymnastika
4. rytmické a kondiční činnosti s hudbou, tanec
5. atletika
6. pohybové hry a netradiční pohybové činnosti
7. sportovní hry
8. plavání, bruslení, lyžování, turistika a pobyt v přírodě (MŠMT ČR, 1996)

Vzhledem k velmi širokému spektru pohybových aktivit v tělesné výchově pro základní školy, jsme se v této části práce věnovali nejčastějším okruhům, ve kterých je důležitá úprava cvičení pro specifické druhy oslabení.

Při začleňování dětí se zdravotním handicapem by měl učitel podrobně prostudovat materiály popisující dané postižení, konzultovat začlenění dítěte s dětským lékařem a rodiči. Měl by hledat vhodná cvičení a jednotlivé modifikované cviky pro aplikaci na určený druh postižení. Důležité je i znát problematiku cviků *nevhodných*.

Během vlastní pohybové činnosti je nutné dbát na individuální potřeby a zvláštnosti dítěte. Jedná se především o úroveň pohybových dovedností, kde je vhodné začínat od nejjednodušších cviků po složitější, dbát na individuální rytmus při cvičení, který zaručí cvičenci dokonalé prožití pohybové aktivity, a proto také dávkování a opakování vychází z individuálního rytmu dítěte (Hošková, Matoušová, 2002).

Pro přehlednost a ucelenost problematiky bylo k jednotlivým oslabením vybráno několik pohybových aktivit a doplněno o pohybovou hru, která je velmi důležitým prvkem v hodinách tělesné výchovy.

4.1.2 Popis, provádění (modifikace) a shrnutí pohybových činností

• Oslabení hybného systému

Skoliózy

U tohoto druhu oslabení sport nezakazujeme, naopak je vhodná zvýšená tělesná aktivita, z ní nejlépe plavání „na znak“. Cvičení zahrnuje posilování zádového svalstva a dechové cviky. Zakazuje se nošení břemen a skoky (Cinglová, 2002).

Doporučují se symetrická cvičení koordinovaná s dýcháním. Vytváříme pevný svalový korzet. Zařazujeme i jiné tělovýchovné činnosti, které nevyžadují výraznou zátěž páteře (Kyrálová, Matoušová a kol., 1996).

Hlavní zásadou je chránit děti s oslabeným posturálním svalstvem před déle trvajícím statickým zatížením páteře. Oslabené svalstvo nedokáže v tomto případě udržet pánev a páteř ve správném postavení, tělo klesá váhou dolů a vadné držení se zhoršuje.

Nejvhodnější je střídat rušné a vydatné procvičení posturálního svalstva i ostatních svalových skupin s odpočinkem v lehu na zádech s pokrčenýma nohama. Zásadně má u těchto dětí následovat po každém cvičení, vycházce nebo pochodu delší odpočinek v lehu (Kábele, 1988).

Důležitým prvkem v tělesné výchově jsou pohybové hry. Při poruchách držení těla vybíráme hry zaměřené na hrubou motoriku, rovnováhu a koordinaci pohybů (Szabová, 2001).

Nevhodná cvičení: přetahy, přetlaky, nošení břemen, cvičení ve vzporu, skoky, doskoky (Kábele, 1988), cvičení, která jsou prováděna rychle, švihem, zatěžování nosných kloubů, dlouhý běh, stálé otřesy (Kyrálová, Matoušová a kol., 1996).

Vhodná cvičení: protahování zkrácených svalů, posilování ochablých svalů, vycházet z nejnižších stabilizovaných poloh, volit nejjednodušší cviky (Kyrálová, Matoušová a kol. 1996), klony a otáčení trupu v lehu na zádech, válení, dechová cvičení, plavání (Kábele, 1988).

Pohybová aktivita: cvičení vyrovnávací – korektivní (podle úrovně oslabení nebo ohrožení jednotlivých žáků)

Pomůcky : molitanové houbičky (na nádobí)

Provádění :

Cvičení A

- základní poloha: leh – vzpažit, houbička položena na bříšku
- při výdechu zafixovat pánev a protáhnout levou paži a pravou dolní končetinu (obrázek č.1 viz. Přílohy)
- vdech
- při výdechu uvolnit do základní polohy
- totéž opačně

Cvičení B

- základní poloha: leh pokrčmo mírně roznožný, chodidla na podložce rovnoběžně, připažit, dlaně vzhůru (obrázek č. 2 viz. Přílohy)
- při výdechu stahem hýždí podsadit pánev, stáhnout ramena a lopatky směrem k hýždím a zafixovat, protáhnout hlavu do dálky s mírným přitažením brady protáhnout paže v připažení
- výdrž a vdech plným dechem až do horních partií hrudníku
- při výdechu upažením vzpažit
- výdrž a vdech plným dechem až do horních partií hrudníku
- při výdechu upažením připažit se stahem ramen a lopatek směrem k hýždím

Cvičení C

- základní poloha: vzpor klečmo, houbička položena jako „miska s mlékem“
- při výdechu zafixovat pánev a protáhnout hlavu temenem do dálky se stažením ramen a lopatek k hýždím (obrázek č.3 viz. Přílohy)
- polohu udržet, vdech
- při dalším výdechu zvednout chodidla s vytočením vlevo a úklon trupu vlevo (obrázek č.4 viz. Přílohy)

- vdech
- při výdechu zpět do základní polohy
- totéž opačně

Chyby: v lehu nedostatečná fixace pánve, prohnutí v bedrech se záklonem hlavy, ve vzporu klečmo chybné zaujetí základní polohy, předklon nebo záklon hlavy s prohnutím v bedrech (Hošková, Matoušová, 2000).

Cvičení D

- pohybová hra „Na manekýnky“
- chůze ve výponu za doprovodu hudby volného tempa, houbičku přidržovat na hlavě v pokrčení vzpažmo zevnitř správné provedení – ve výponu stažení hýždí
- lokty rozevřeny
- hlava a šíje v ose těla (Kyrálová, Matoušová a kol., 1996)

Shrnutí: Cvičení jsou vhodná pro všechna výše uvedená oslabení s přihlédnutím k individuálním zvláštnostem s výjimkou dětské mozkové obrny. Zde rozhoduje rozsah postižení.

Důležitým prvkem je základní poloha cviků, kde např. leh na zemi plní funkci korekce, kde jsou přirozeně zachována fyziologická zakřivení páteře.

Snížení podélné a příčné klenby nohy – plochá noha

V dětském věku vyžaduje klenba nohy velkou péči. Je důležité naučit jedince pružnému běhu a doskokům. Je doporučována vhodná sportovní obuv. Významné je také udržení optimální hmotnosti těla (Kyrálová, Matoušová a kol.). Kábele (1988) doporučuje posilování klenby nohy především hravým způsobem, bez zatížení chodidla váhou těla (v sedu, v lehu, ve vzporu o předloktí).

Tato cvičení by se měla zařazovat do každé hodiny tělesné výchovy, vhodné je cvičení ve dvojicích, kdy je možné cvičit současně (předávání předmětů) nebo střídavě, kdy jeden žák cvičí, druhý relaxuje. Přenášení váhy na hrany chodidel, rozložení váhy na celou plošku chodidel s přenášením středu úsilí – tyto pohyby ovlivňují svalové napětí v drobných svalech plosky a zajišťují posilování podélné klenby nožní. Příčná klenba se

zlepšuje pohyby, ve kterých provádíme tzv. „špetky“ – prsty se svírají a rozevírají, uchopování drobných předmětů, odchylování chodidel (Hošková, Matoušová, 2000). Nezařazujeme cviky s prudkými skoky, seskoky, omezujeme dlouhé stání žáků. Při postižení dolních končetin, volíme pohybové hry zaměřené na jemnou motoriku (Szabová, 2001).

Nevhodná cvičení: dlouhé pochody, skoky do hloubky, dlouhé stání, nošení břemen

Vhodná cvičení: cvičení v sedu, v lehu, uchopování míčků, podávání předmětů

Pohybová aktivita: *rytmické a kondiční gymnastické činnosti s hudbou, tanec (vnímání a prožívání rytmu, nápodoba pohybem, pohyby různých částí těla)*

Pomůcky: molitanové míčky, kamínky, lano, šátky

Provádění:

Cvičení A

- cvičení ve dvojici za doprovodu hudby
- sed - předávání míčků oběma nohama
- podávání kamínků, jednou nohou, poté druhou
- rovnání kamínků do obrazců prsty u nohou
- „trhání trávy“ prsty nohou
- „shrnování šátku“ prsty nohou a předání druhému ve dvojici (Kábele, 1988)

Cvičení B

- chůze za doprovodu valčíkového, polkového rytmu po laně, které je volně položeno na podlaze
- chůze po laně se zavázanýma očima
- chůze po laně se zavázanýma očima – tvar položeného lana změněn
- chůze po molitanových míčcích, které jsou nasypány např. do kruhu z lana
- chůze po kamínkách, které překryjeme šátky

Cvičení C

- základní poloha – vzpor vzadu sedmo
- při výdechu zafixovat pánev a protáhnout hlavu temenem vzhůru se stažením ramen a lopatek směrem k hýždím – skrčit přednožmo pravou
- polohu udržet, vdech
- při dalším výdechu „píd'alkovitým“ pohybem chodidla napnout nohu do přinožení
- totéž opačně

Chyby: nedostatečný stah svalů plosky nohy, neudržení vzpřímeného držení (Hošková, Matoušová, 2000), těžkopádná, rychlá chůze

Cvičení D

- pohybová hra „Tanec pradlen“
- na hudbu písně Červený šáteček znázorníme postup při ručním praní prádla v potoce: praní, máchání, ždímání, vyklepávání, sbírání, žehlení, skládání za pomoci šátků
- ve druhé fázi toto předvádíme ve vzporu vzadu sedmo nohama (Szabová, 2001)

Shrnutí: Cviky je nutné provádět bez obuvi, „na boso“, cvičení jsou vhodná pro všechna výše uvedená oslabení s přihlédnutím k individuálním zvláštnostem a možnostem. Toto omezení platí především pro děti obézní a děti s postižením dolních končetin (dětská mozková obrna).

• Oslabení respiračního systému

Astma bronchiale – průduškové astma.

Před každým cvičením dbáme na pročištění nosních cest. U lehčího stupně oslabení můžeme do pohybového režimu zařazovat různé tělovýchovné činnosti za účelem zvyšování celkové tělesné zdatnosti.

Přednost dáváme dynamickým činnostem, při kterých pracují velké svalové skupiny. Adaptace na tělesnou zátěž se může u lehčích a středně závažných forem projevit

zvýšením ventilace, zlepší se vytrvalost dýchacích svalů, ekonomizace jejich zapojení, zvláště pomocných dýchacích svalů, zlepší se pohyblivost hrudníku. Intenzitu zatížení stanoví lékař.

U astmatických dětí je pohybová aktivita velmi důležitá. V klidovém období se astmatik po funkční stránce podstatně neliší od zdravého. Můžeme očekávat podobné výkony jako od netrénované osoby stejného věku, a proto s obecnými principy doplněnými specifickými poznatky (dbáme na brániční dýchání, preferujeme výdech, vkládáme častější odpočinkové pomlky, intenzivní vytrvalostní zátěž neprovádíme déle než 3 minuty) přistupujeme k volbě pohybové náplně cvičební jednotky pro takto oslabené jedince. Musíme brát v úvahu skutečnost, že oslabené dítě je při tělesné zátěži omezeno:

- nízkou adaptací na zátěž
- předčasnou únavou dýchacích svalů
- různými deformitami hrudníku

Je nutné si uvědomit, že u některých oslabených cvičenců se mohou objevit při vlastní tělesné zátěži funkční poruchy, a to:

- bronchospasmus (křečovitý stah průdušek)
- hyperventilace (rychlejší výměna vzduchu)
- tachykardie, která neodpovídá zátěži (zrychlení srdeční činnosti nad 90 tepů za minutu)

Intenzitu zatížení bychom měli často konzultovat s lékařem, abychom zbytečně neprovokovali uvedené funkční poruchy.

Tělesnou zátěž může provázet tzv. pozátěžový bronchospasmus, který (podle poslední teorie) je důsledkem zevního působení na sliznice dýchacích cest, kdy cvičenec při zátěži dýchá ústy. Nejčastěji se vyskytuje při běhu, při hrách apod., nejméně častý je při plavání, vdechovaný vzduch je vlhčí a teplejší. Lze mu předejít rozcvičením mírnou intenzitou po dobu 15 až 20 minut, asi 15 minut před intenzivnějším výkonem. Doporučuje se trénovat dýchací svalstvo dýchacími cvičeními. Dýchací svaly lze také trénovat dýcháním proti odporu, např. foukáním do vody, do zúžené trubice,

vydechováním do vody při pomalém plavání, čímž prodlužujeme výdech. Vedle toho je důležité trénovat celkovou vytrvalost při zátěži střední intenzity (50 až 60 % individuálního maxima). Vhodnější je intervalová zátěž v délce 2 až 3 minuty a při ní můžeme prodlužovat dýchání nosem, což posiluje dýchací svaly, které musí překonávat určitý odpor.

Dýchací cvičení zaměřujeme na pohyblivost páteře a hrudního koše. Fixujeme optimální posturální stereotyp. Velmi se doporučuje plavání, obzvláště v poloze „znak“. Dle diagnózy a doporučení lékaře můžeme zařazovat i kondiční formy pohybových aktivit (chůze, běh, hry apod.), čímž můžeme trénovat dýchací svaly, zvyšovat jejich sílu a vytrvalost (Kyrlová, Matoušová a kol., 1996).

Nevhodná cvičení: všechny činnosti, kde je omezeno dýchání a kde intenzita cvičení přesahuje možnosti organismu, cvičení v nevhodných podmínkách (prašné prostředí apod.).

Vhodná cvičení: dýchací cvičení, při kterých ovlivňujeme správné držení těla a naopak, cvičení pro správné držení těla, která umožní optimální mechaniku dýchání.

Pohybová aktivita: sportovní hry (manipulace s míčem odpovídající velikosti a hmotnosti na místě a v pohybu), dechová cvičení

Pomůcky: nafukovací míče

Provádění:

Cvičení A

- břišní, brániční dýchání
- základní poloha: leh pokrčmo mírně roznožný, chodidla na podložce rovnoběžně, skrčit upažmo poníž, dlaně na břicho
- 1. až 4. výdech (obrázek č.5 viz. Přílohy)
- 5. až 8. vdech (obrázek č. 6 viz. Přílohy)
- pozornost zaměřit na pohyb břišní stěny a bránice, sledovat její pohyb při vdechu a výdechu

- důležitá motivace dětí – „nafukujeme balónek v bříšku“
- výdech možný s obměnami – na ššššš, mašinka – š-š-š-š-

Chyby: rytmus dýchání je rychlý, do pohybů dítě zapojuje i hrudník, zvedání ramen při nádechu, porušování základní polohy (Hošková, Matoušová, 2000).

Cvičení B

- uvolnění pletence ramenního a zdůraznění rozpínavosti hrudníku při vdechu
- prodlužovat výdech
- základní poloha: leh na levém boku, hlava leží na upažené levé ruce, nohy ohnuté v kolenou (hlava, hrudník a stehna jsou v podélné ose) – připažit pravou, nafukovací míč před tělem
- 1. až 2. při výdechu stáhnout hýždě a vyhladit břišní stěnu – protáhnout paži v připažení se stažením ramene a lopatky směrem k hýždi, pomyslně obkresluje nafukovací míč
- 3. až 4. při vdechu upažením vzpažit
- 5. až 8. při výdechu upažením připažit (zkracovat vdech a prodlužovat výdech)
- totéž opačně

Chyby: dbát na podsazení pánve a stažení ramene a lopatky směrem k hýždi, dbát na dýchání do vrchní části poloviny hrudníku, dbát na nádech i vdech nosem, neprohýbat se v bedrech a nezvedat rameno.

Cvičení C

- cvičení ve dvojicích, čtveřicích
- cvičenci se rozdělí do čtveřic, za sebou spojení uchopením v pase předcházejících
- v pohybu napodobují lokomotivy, které se pohybují po vyznačených kolejích s vyslovováním hlásek „šššššššš“ a ve stanicích pískají, houkají a první uchopí připravený míč
- cvičenci se rozdělí do dvojic, dvojice má lehký nafukovací míč
- vzájemně si přihrávají, udržují míč ve vzduchu

Cvičení D

- za doprovodu klidné hudby
- motivace – „indiánská meditace“
- základní poloha: sed zkřížený po kruhu – skrčit připažmo, předloktí dovnitř, hřbety rukou položit na kolena, dlaně vzhůru
- při zavřených očích vnímat brániční dýchání
- otočit pravou dlaň dolů, dýchání omezeno do pravé plíce
- otočit pravou dlaň zpět a vnímat plné dýchání
- otočit levou dlaň dolů, dýchání omezeno do levé plíce
- otočit levou dlaň zpět a vnímat plné brániční dýchání (Kyrálová, Matoušová a kol., 1996)

Shrnutí: U astmatických dětí podporujeme individuální sledování vlastního stavu organismu, při činnostech s větším zatížením včas tempo zvolnit, popřípadě samostatně zařadit relaxaci.

V případě, že dítě vlastní kapesní inhalátor, nutný v případě záchvatového stavu, je nutné zafixovat u něho automatické nošení „kamaráda“ do hodin tělesné výchovy (na začátku výuky předá učitelce, odloží na viditelné, přístupné místo). Nutností je také zajistit při cvičení hygienické prostředí (místnost vyvětrána, pokud možno bez prachu). V případě cvičení venku je třeba zohlednit roční období, kdy jarní a letní vzduch je plný pylových zrn, která jsou jedním ze spouštěcích činitelů astmatického záchvatu.

Nevybízíme ke zvýšenému, hlubokému dýchání. V případě vydýchání po rušné části je vhodnější nechat žáky vydýchat individuálně.

Fyziologická potřeba zvýšeného množství kyslíku v organismu je dalším předpokladem pro příznivý účinek dechového cvičení. Hluboké dýchání bez potřeby působí na lidský organismus stejně rušivě jako nedostatek kyslíku. Hluboké dýchání bez potřeby, v klidu na čerstvém vzduchu vyvolává pocit závratí, *u epileptiků dokonce záchvat*. Proto se vytváří vždy před dechovým cvičením stav zvýšené potřeby kyslíku v organismu. Toho se docílí nejlépe rušnými pohyby, a proto se zařazují dechová cvičení vždy za rušné aktivity, pokud jsou splněny ostatní didaktické a metodické zásady. Z toho vyplývá potřeba nácviku správného dýchání a vdechování nosem. Pro větší intenzitu se klade

důraz na usilovný nebo dlouhý výdech, aby se v plicích uvolnil větší prostor pro vdechovaný vzduch (Kábele, 1988).

Dechová cvičení jsou vhodná pro všechny výše uvedené diagnózy s ohledem na individuální zvláštnosti a možnosti daného oslabení. Zvýšená pozornost musí být věnována při cvičení s epileptiky. U dětí s dětskou mozkovou obrnou je nutné zvážit rozsah postižení a vhodnost daného cvičení.

Alergie

Alergie je nemoc, která nepronásleduje trvale. Mezi fázemi zhoršení bývají období plného zdraví, alespoň takového pocitu, i když zhoršení může přijít v nedaleké alergické sezóně či z čista jasna. Není proto žádných důvodů, aby alergik aktivně nesportoval. Doporučit lze však pouze určitý výběr sportů. Vhodné je doporučit individuální sporty, kde chvilkový horší výkon neznamena ztrátu pro širší kolektiv. Ekzematik se musí chránit sportu s fyzickým výkonem, který vede k silnému pocení, musí zvážit i plavání v bazénech, kde je chlórem ošetřovaná voda, ačkoliv samo plavání mu bude prospívat.

Pro onemocnění dýchacích cest je vhodné plavání, lyžování, zvláště běžky, turistika, běhání i lehká atletika, prostě vše, co zvyšuje plicní funkci a učí správnému dýchání, hospodaření s dechem v delším časovém intervalu.

Pravidelné procházky, doprovázené usilovnými úseky, by neměly být ovlivněny počasím, pokud není zdravotních důvodů proti. V zimě je velmi vhodný pobyt venku v bezalergických prostorách pokrytých sněhem. Tady ale pozor na náhlé nadýchání ledového vzduchu při astmatu (Zavázal, 2000).

U dětí s ekzémem dbáme na to, aby mělo dítě při cvičení vzdušný, bavlněný oděv a aktivita se odehrávala v bezprašném prostředí. Zvýšenou pozornost věnujeme těmto žákům při hrách v kolektivu, kde dochází ke kontaktu s ostatními, odřeninám a škrábnutím. Ekzematické dítě má citlivou, mnohdy již mírně narušenou pokožku, každé další poranění se velmi špatně hojí.

Nevhodná cvičení: fyzicky náročná cvičení, která vedou k silnému pocení, aktivity v nevětraných, prašných prostorách, cvičení v kolektivu, kde může dojít k poškrábání, odřeninám, plavání v chlorované vodě.

Vhodná cvičení: turistika, běh, lehká atletika, pobyty na sněhu, sportovní a pohybové hry

Pohybová aktivita: turistika a pobyt v přírodě (zimní období)- cvičební jednotka

Pomůcky: nutné co nejjednodušší, lyžařské hole

Místo: mírně zvlněný terén s rovnými plochami a dostatkem sněhové pokrývky

Provádění:

- cvičení pro výuku lyžování, samostatný nácvik lyžování, sáňkování, bobování.
- pohybová průprava ke zlepšení pohybové koordinace, posílení potřebných svalových skupin před nácvikem lyžařských dovedností

Úvodní část : seznámení s obsahem, motivace – než se začneme učit lyžovat, musíme si připravit všechny svaly v těle a probudit ze spánku i hůlky...

rušná část : pohybová hra „Na molekuly“

- hole zapíchané uvnitř kruhu
- děti se pohybují ve vymezeném prostoru, chůzí, poskoky, během
- na smluvený signál si každý najde své hole, správně nasadí a dál se pohybuje s holemi

Hlavní část :

průpravná část: s holemi, cvičení v kruhu

- doporučuji mezi cviky udělat dva, tři kroky stranou, otočku, zatleskat – pro uvolnění, udržení pozornosti

1. *základní lyžařský postoj:* nohy od sebe na šířku kyčlí, kolena mírně pokrčit, ruce s holemi mírně pokrčit, držet nad kolena, hole jsou volně zapíchnuty do sněhu, přechody ze stoje do základního lyžařského postoje (hlava vzpřímená, dívat se vpřed), pohotově zaujímat základní postoj, uvolnit „vyklepáním“ nohou

2. *v základním postoji*, hole využity jako opora, zvednout paty, více pokrčit kolena, výdrž 2s, zpět do základního postoje, opakovat individuálně, uvolnit „vyklepáním“ nohou
3. přenášet hmotnost těla z jedné nohy na druhou: tělo naklonit na zatěžovanou nohu, koleno zatěžované nohy více pokrčit – měďa Béd'a, hole využít ke stabilizaci
4. *stoj spojný*, ruce opřít o hole, unožit poníž pravou nohu, provést tři kroužky, přinožit, totéž levou
5. *stoj mírně rozkročný*, paže pokrčit, pohybovat pažemi jako při běhu, hole zapíchnuté před sebou, jako branka, uvolnění – možnost lehnout si na snůh, hadrový paňáca, vyklepat

rozvíjející část: rozvoj koordinace pohybu paží a hůlek, zvyšování zdatnosti

- motivace – napodobování pohádkových postav nebo zvířat
- jedno dítě předvede, ostatní opakují
- cvičení možné v kruhu, na dráze, ze svahu, proti svahu...

1. krátké kroky s holemi – chůze jako trpaslík
2. dlouhé kroky – obr
3. s předdupem – slon
4. plíživé – kočka
5. skoky – klokan
6. pohybová hra: „Odhazování holí“ – kdo dál dohodí, možno tím uklidit hole

Závěrečná část :

- uklidnění organismu
- hra „ Na písmena“ – děti vytváří ze svých těl začáteční písmena názvů zvířat, která se předváděla, možno v lehu

- hra „ Andělé“ – do prachového sněhu, v lehu, vytvořit pohybem paží a nohou siluetu anděla – uvolnění nohou a paží
- hodnocení, pochvala

Chyby: přílišné zatěžování dětského organismu, při kterém se děti velmi zapotí.

Shrnutí: V zimním období je vhodné využít pro děti s alergiemi větší množství příznivých dnů. Ideální je volba pobytů na sněhu, než v tělocvičně, vzhledem k čistotě prostředí. Zimní období je šancí vynahradiť alergickým dětem hodiny tělesné výchovy, kdy se nemohly plně věnovat všem aktivitám s ohledem na jejich zdravotní stav.

Velmi oblíbené jsou hry na sněhu a se sněhem, průpravná cvičení pro nácvik lyžařských dovedností, klouzání, bobování, sáňkování. Oblíbenost zimních hrátek se zvyšuje i tím, že sníh, jako herní „materiál“, poskytuje dostatek možností jeho využití a svojí konzistencí plní i bezpečnostní funkci (pády, skoky...).

Zdravotní význam zimních aktivit se umocňuje tím, že se provádějí v relativně čistém prostředí. Nižší teploty a jejich časté změny zvyšují adaptabilitu organismu. Tím se zvyšuje otužilost, jako základ dobrého zdravotního stavu. Aktivity na sněhu všestranně zaměstnávají organismus, vyvolávají zvýšenou činnost srdečně cévní soustavy, působí na dýchací orgány a termoregulaci. Podněcují k vyšší intenzitě činnosti svalstva nohou, paží, břicha a dýchacích svalů. Děti se učí trpělivosti, činnosti jsou většinou vykonávány ve skupině a jsou proto faktorem pro vytváření dobrých mezilidských vztahů. Aktivity na sněhu vyžadují přiměřenou odvahu, samostatnost a kázeň. Kladou zvýšené nároky na volní vlastnosti, protože v drsných horských podmínkách musí cvičenci často překonávat nepřízeň počasí, vzdálenosti a vyrovnávat se s různou kvalitou sněhu.

U alergickým dětí stále podporujeme chuť a zájem o činnosti, motivujeme, střídáme aktivity s odpočinkem, odměňujeme, chválíme. Dbáme na to, že děti mají tendenci přeceňovat svoje možnosti, neodhadnou zásoby svých sil, je tedy úlohou cvičitele bedlivě sledovat nárůst únavy a úbytku pozornosti, na které musí bezprostředně reagovat.

Důležitým bodem při hrách na sněhu je dodržování základních pravidel. Ty se týkají nejenom pobytu v horách, ale i pobytu na sněhu třeba v městských částech (parky, hřiště). Přiměřeně věku s těmito pravidly seznámíme všechny účastníky her:

1. nevzdalovat se od skupiny, učitele, cvičitele
 2. vhodné a dostatečné oblečení
 3. do vyšších poloh sluneční brýle
 4. nesetrvávat v jedné poloze, postoji delší dobu
 5. nevolnost, změnu stavu ihned oznámit učiteli
- (Gnad a kol., 2002; Svoboda, Svobodová, 1995)

Nesmí být opomenuto, že při pobytu venku na sněhu bývají děti více oblečené, hůře se pohybují, rychleji zahřejí.

● **Metabolické poruchy**

Diabetes mellitus – cukrovka

U diabetiků se cvičením zlepšuje tělesný i psychický stav. Mělo by mít charakter rovnoměrného pohybového zatížení se stále se stupňující intenzitou a s prodlužujícím se trváním. Nemá být příliš namáhavé, aby se neporušila rovnováha vegetativních funkcí. Základním požadavkem je pravidelnost cvičení v denním režimu. V průběhu cvičení se stále sleduje stupeň únavy dítěte, neboť je nebezpečí hypoglykémie. Proto má být cvičení vhodně dávkováno co se týče intenzity i trvání se zřetelem k dietní a inzulínové léčbě.

Významnou složkou cvičení jsou hry, které působí příznivě na psychický stav dětí a odvádějí pozornost od nemoci (Kábele, 1988). Musíme si uvědomit, že většina dětských diabetiků je odkázána na aplikaci inzulínových dávek i během vyučování, a proto psychická relaxace, odpoutání pozornosti od nemoci, uvolnění, radost z pohybu, to vše jsou důležité momenty, které dítě prožívá během hodiny tělesné výchovy.

O podstatném vlivu pohybu na metabolickou situaci při cukrovce se ví již řadu let :

- zlepšuje se kapacita a funkční stav svalové hmoty, zlepšují se pohybové schopnosti
- zvyšuje se tělesná zdatnost a výkonnost
- zlepšuje se citlivost tkání na inzulín a tím jeho lepší využití
- zlepšuje se využití glukózy ve svalech

Před započítím pohybové činnosti je nutná konzultace s lékařem, který posoudí úroveň kompenzace cukrovky, informuje o projevech a možnostech řešení akutních komplikací, zejména hypoglykémie. Každý pacient s cukrovkou by tedy měl mít u sebe kostku cukru, kterou by snědl při eventuálním snížení hladiny krevního cukru. Klinicky se tento stav – hypoglykémie – projevuje bolestí hlavy, neklidem, třesem, nevolností s pocitem hladu, pocením, únavou až postupnou ztrátou vědomí.

Nevhodná cvičení: cvičení, u kterých dochází k velkému energetickému vyčerpání, nepřiměřené posilování, nepřiměřený vytrvalostní trénink i sportovní činnost se střídáním intenzity. Dále sporty, při kterých náhlá nevolnost představuje zdravotní ohrožení – judo, plavání v hloubce, šplh apod. (Kyrálová, Matoušová a kol.).

Vhodná cvičení: chůze, běh, nízké poskoky, protahovací a posilovací cvičení, dechová a relaxační cvičení, pohybové a sportovní hry

Pohybová aktivita: pohybové a netradiční hry

Pomůcky: zapsány u jednotlivých pohybových her

Provádění:

Pohybová hra „Cvičení s ručníkem“

Vybavení: klidná hudba, pro každého žáka jeden pevný starší ručník

Popis: v této činnosti žáci používají netradiční cvičební pomůcku – ručník. Na danou hudbu učitel nebo žák předvádí jednotlivé cviky, žáci si mohou vymýšlet i vlastní pohyby.

Cviky: položíme ručník na podlahu a každou nohou stoupneme na jeden konec. Točíme se na něm (ručník umožní pohybovat se s menším třením), bruslíme dopředu, dozadu, rozkročíme se a pohybujeme nohama od sebe a k sobě, otáčíme se doprava a doleva.

V sedě na ručníku se posunujeme dopředu, dozadu, do stran, točíme se s koleny přitáženými k tělu a zvednutými chodidly, otáčíme se doprava, doleva, zapojujeme paže.

Pohybová hra „Rybičky, rybičky, rybáři jdou“

Vybavení: žádné

Popis: 1-3 žáci (rybáři) uprostřed tělocvičny, zbývající žáci (rybičky) na jednom konci tělocvičny.

Rybáři zvolají: „Rybičky, rybičky, rybáři jdou!“ Nato se rybičky pokoušejí přeběhnout na druhou stranu tělocvičny, aniž by je rybáři chytili. Rybáři mohou opustit čáru uprostřed tělocvičny, na které stojí a chytají probíhající rybičky. Z chycených rybiček se stávají rybáři, postaví se s ostatními rybáři na čáru a celá hra se opakuje. Pokračuje se do té doby, než jsou chyceny všechny rybičky. Poslední chycená rybička může být prvním rybářem v nové hře.

Pohybová hra „Gorily a paviáni“

Vybavení: šátky nebo praporky pro polovinu dětí

Popis: 2 skupiny dětí, jedna se šátky, druhá bez nich. Vysvětlíme dětem, že paviáni mají ocas (šátky zastrčené za pasem), gorily nikoliv. Gorily získávají ocas tak, že paviánům šátky vytáhnou. Paviáni, kteří ztratili svůj ocas, se stávají gorilami a hra pokračuje.

Pohybová hra „Míčková sprcha“

Vybavení: malé molitanové míčky pro každého žáka

Popis: dva týmy stojí proti sobě podél středové čáry, míčky jsou roztroušené po podlaze. Každý tým se snaží zbavit míčků na své straně, a proto je odhazuje na protější stranu. Hru začneme zvoláním „míčková sprcha“. Oba týmy hází míčky z jedné strany tělocvičny na druhou. Hra pokračuje až do té doby, kdy vykřikneme: „Stop!“ Po tomto signálu už žáci nesmějí házet žádné míčky. Členové týmu je na jedné straně shromáždí

a spočítají. Mužstvo, které má méně míčků, vyhrává (Fosterová, Hartingerová, Smithová, 1997).

Chyby: nedodržování pravidel hry, nevyužívání pomůcek a náčiní, žádná nebo nevhodná motivace

Shrnutí: Pohybové hry soutěživého typu, mají silný emoční náboj. Při takové hře je dítě „vtaženo“ do hry takovým způsobem, že zapomíná na své oslabení a plně se může věnovat pohybové aktivitě, která má na jeho psychiku a tělesnou zdatnost blahodárné účinky.

Je vhodné citlivým, nenásilným způsobem volit dítě s oslabením do hlavní role, protože v tu chvíli může plně prožívat pocit sounáležitosti s ostatními, ale i důležitosti pro druhé a samozřejmě i pocit prvenství, které v ostatních druzích sportovních aktivit, vzhledem ke svému omezení, zažívá málokdy (Kábele, 1988).

Hry jsou vhodné pro všechny druhy postižení s přihlédnutím k individuálním zvláštnostem a potřebám jednotlivců. Zvýšenou pozornost při rušnějších hrách vyžadují děti se zrakovým a sluchovým oslabením s ohledem na jejich bezpečnost.

Obezita

Významné je působení tělesné výchovy při obezitě. Soustavným cvičením se zvyšuje rozsah látkové přeměny a snižuje se tělesná hmotnost. Kromě toho se obézní děti, navyklé zpravidla na sedavý způsob života, aktivizují k intenzivnějšímu pohybu. K tomu jsou vhodným prostředkem zejména pohybové a závodivé hry, při kterých děti zaujaty průběhem zapomínají na zvýšenou námahu a pohybují se velmi intenzivně. Větší intenzita pohybu je velmi důležitá pro účinnost cvičení, neboť bylo prokázáno, že mírný pohyb nemá ani při delším trvání podstatný vliv na snížení tělesné hmotnosti. Teprve cvičením a prací, vyčerpávajícími do jisté míry rezervy výživných látek v organismu, se snižuje tělesná hmotnost.

Náplň cvičení, jednotlivé cviky a hry je třeba volit tak, aby nebyly nadměrně namáhány klouby, zejména dolních končetin a meziobratlové ploténky, které značně trpí při dlouhotrvajícím stání, pochodu nebo běhu. Obézní děti mají také často ploché nohy.

Proto jsou důležitá i průpravná cvičení k posílení klenby nohy. Cvičí se v sedu nebo v lehu.

Cvičení zaměřujeme především na:

- a) intenzivní pomalé tahové pohyby a výdrže v nízkých polohách, zejména na procvičování břišních svalů
- b) nácvik pružné chůze, běhu a skoku (prevence nadměrného zatěžování a opotřebování kloubů)
- c) posilování svalstva klenby nohy (prevence ploché nohy)

U dětí se sklonem k nadměrnému požívání potravin se osvědčilo zařazování dosti náročných a namáhavých cviků, zejména tahových pohybů pro břišní svaly, a to zvláště před jídlem. Pozorováním bylo zjištěno, že po takového únavě břišních svalů se snižuje chuť k jídlu (Kábele, 1988).

U otylých s komplikacemi musíme pohybový režim dle požadavků lékaře individualizovat a zaměřit se více na ovlivnění komplikací. Při pohybové aktivitě dochází ke ztrátě tělesného tuku, zatímco beztukové tělesné hmoty, např. svaly přibývají.

Optimálním pohybovým režimem můžeme navodit kladný vztah k pohybu vůbec, což je důležitým momentem u mládeže a dětí pro jejich další život. Vždy bereme v úvahu stupeň obezity, věk, přítomnost komplikací a předchozí pohybovou zkušenost.

Pro obézní jedince je velmi vhodná organizovaná skupinová forma cvičení, jsou zapojeni do kolektivu, jsou podporováni kamarády.

Pro častý nedostatek pohybových zkušeností, nervosvalové koordinace, či obratnosti obézních cvičenců, je třeba věnovat pozornost pohybové přípravě. Volíme metodické postupy od nejjednodušších cviků k složitějším ve vhodně zvolených cvičebních polohách. Spíše dáváme přednost nižším polohám, zvláště u začínajících cvičenců, kde je ještě hmotnost vyšší, abychom odlehčili nosným kloubům, které jsou vyšší hmotností nadměrně zatěžovány. Vedeme cvičence k ekonomizaci pohybu, rozvíjením správných hybných stereotypů.

Sledujeme známky únavy a je-li třeba, zvolíme odpočinkové chvíle zvláště u malých dětí.

Nevhodná cvičení: přetěžování dolních končetin dlouhým stáním, dlouhými pochody v pomalém tempu a se zátěží, dále poskoky, skoky a přeskoky. K nevhodným aktivitám patří i převaha silových prvků. Dále se nedoporučují akrobatická cvičení a cvičení na náradí, pro které většinou otlílí nemají náležité pohybové předpoklady a hrozí jim nebezpečí úrazu. Pohybová aktivita obézních v horkém a vlhkém prostředí zatěžuje značně srdečně cévní systém.

Vhodná cvičení: různá gymnastická cvičení bez náčiní a s náčiním (plné míče, malé činky, tyče, dlouhá lana), využíváme cvičení při hudbě, přizpůsobený nízký aerobik, tanec, vhodné jsou také drobné hry, průpravné hry k míčovým hrám i vlastní míčové hry s upravenými pravidly.

Pohybová aktivita: cvičení tvořivá, motivační, napodobivá

Pomůcky: míče, míčky, lepenkové čtverce, kotouče, lepenková deska s otvorem, stojan

Provádění:

Cvičení A

„Házení míčků“

- prohazování míčků otvorem velikosti 10 až 12 cm v dřevěné nebo lepenkové desce (krabici)
- deska je postavená před žáky

„Házení kotoučů“

- na podlaze se nakreslí 5 šachovitě rozmístěných kruhů nebo čtverců
- žák dostane 5 stejně velkých překližkových nebo lepenkových kotoučů nebo čtverců a hází je ze vzdálenosti 4 až 5 m
- komu se podaří zakrýt nejvíce kruhů (čtverců), vítězí

Cvičení B

Štafety s podáváním a uchopováním, s házením a chytáním míče:

- s postupným střídáním žáků vpředu a posíláním míče štafetou dopředu
- první v družstvu chytí míč, běží s ním na konec družstva a odtud jej posílá dopředu podáváním nebo různými způsoby
- podáním přes hlavu (ve výponu, se záklonem)
- pod tělem (ve stoji rozkročném)
- bokem (vpravo nebo vlevo, bez otočení)
- podání bokem po obehrání míče kolem těla
- podáním po odrazu od země (jednom, dvojím, trojím)
- po vyhození nad hlavu a chycení (jednom, dvojím, trojím)
- házením pod tělem (ve stoji rozkročném)
- házením dozadu přes hlavu atd.

Cvičení C

„Na hradního pána“ (zasahování a bránění cíle)

- na stojanu ze tří svázaných tyčí je položen míč (míček)
- u stojanu stojí jeden až tři obránci – hradní páni
- ostatní žáci stojí nebo chodí kolem kruhu, přihrávají si míč nebo víc míčů
- nenadálým hodem se snaží stojan nebo míč na něm srazit
- komu se to podaří střídá hradního pána

Cvičení D

Pohybová hra „Všechno opačně“

- žáci pochodují v kruhu, jeden uvnitř kruhu proti nim – opačně
- jakmile zatleská v předpažení, všichni se rovněž zastaví, ale zatleskají v zapažení
- při potlesku ve vzpažení tleskají v předpažení dole
- při výponu v podřepu a opačně atd.
- kdo se zmýlí, je vyřazen z družstva

- vyřazení vytvářejí druhé družstvo

Chyby: dlouhé prostoje, kdy dítě stojí na místě

Shrnutí: Při kolektivních hrách je vhodné zařazovat děti s obezitou do hlavních rolí, popřípadě jim nabídnout možnost být „hlavním hrdinou“. V těchto hrách se tyto děti cítí velmi dobře a bezpečně, hra je jim blízká a přirozená, zapomínají na stud, nechuť, strach. Je důležité také dodržovat všeobecné zásady:

- pohybovou aktivitu spojit s vhodnou redukční dietou
- vyvarovat se poškozování pohybového systému, především páteře a kloubů dolních končetin

Nesmíme zapomínat na průběžné doplňování tekutin a minerálů v průběhu pohybové zátěže. U obézních dětí je třeba podporovat rozvoj všech pohybových vlastností a schopností, aby co nejméně zaostávaly za dětmi zdravými. Integrace obézních dětí do dětského kolektivu je důležitá (Kýralová, Matoušová a kol., 1996).

● **Oslabení nervová a neuropsychická**

Dětská mozková obrna

Hlavní zásadou je vystříhat se příliš namáhavých cvičení a tělesného i duševního napětí. Tělesná výchova u těchto dětí má především úlohu relaxační a uvolňovací. V současné době se stále více rozvíjejí hry, které mají upravené pomůcky, pravidla, právě pro tento druh postižení. Jedná se především o pohybové hry a didaktické hry. Výhodou těchto činností je, že se jich mohou zúčastnit i cvičící s těžkým postižením dolních končetin, kteří nemohou stát nebo chodit (Kábele, 1988). Stejně je však možno upravovat pro ně běžné sportovní hry, např. odbíjenou nebo košíkovou v sedě (při snížení sítě a košů), což zaručuje zachování atraktivity těchto kolektivních sportovních her.

Do dětských kolektivů můžeme zařadit i jedince, kteří trpí motorickým neklidem (chorea minor). Zvláště zde jsou vhodná relaxační a dechová cvičení, aktivní vláčné pohyby od distálních (okrajových) končetin, směrem ke kořenovým kloubům. Volíme

jednoduché elementární pohyby a postupně je skládáme ve větší celky. Důležité je, aby cvičenec vnímal kontrast mezi napětím a uvolněním.

Nevhodná cvičení: cvičení odporová, ve dvojicích, ani se cvičenců příliš nedotýkáme, abychom neprobouzeli motorický neklid (Kyrálová, Matoušová a kol. 1996).

Vhodná cvičení: cvičení obratnosti (na žíněnce, na trávniku – v lehu nebo sedu), hody ze sedu, z kleku nebo lehu, plavání, stolní tenis (ve stoji nebo na vozíku), pohybové hry, pohyby za doprovodu hudby, tanec (dle možností)

Další možné postižení končetin

Tato postižení vznikají buď vrozenými deformitami horních končetin, poúrazovými amputacemi jedné nebo obou paží nebo jejich částí nebo při obrně. Děti takto postižené tvoří v tělesné výchově buď samostatnou skupinu, nebo je lze spojit se skupinou žáků postižených obrnou převážně horních končetin.

Z gymnastiky je pro ně vhodná zejména chůze, cvičení rovnováhy, cvičení obratnosti, rytmická cvičení a lidové tance.

Ze sportovní přípravy běh, rychlý i vytrvalý, skok vysoký i daleký, plavání, bruslení a lyžování.

Ze sportovních her je to kopaná a hokej, pokud se naučí jakýmkoliv způsobem pahýlem nebo dvěma pahýly, držet a vést hokejku (Kábele, 1988).

Pohybová aktivita: manipulace s míčem, sportovní hry

Pomůcky: velké míče

Provádění:

Cvičení A

Protahení a uvolnění svalstva v oblasti páteře (postižení dolních končetin)

- upravíme velikost míče upuštěním vzduchu
- základní poloha: leh na zádech, vzpažit (obrázek č.7 viz. Přílohy)
- koulíme míč za hlavou zleva doprava a zpět

- nezvedáme míč nad podložku
- základní poloha: leh na zádech, vzpažit pokrčmo
- podíváme se očima vzhůru za míčem, zhluboka vdechneme, napneme horní končetiny a protáhneme trup
- s výdechem uvolníme a zavřeme oči
- při pohledu očí vzhůru nezakláníme hlavu

Cvičení B

Posílení svalstva paží (postižení dolních končetin)

- základní poloha: leh na zádech (obrázek č.8 viz. Přílohy)
- v lehu uchopíme míč před prsa, vyhadujeme míč obouruč vzhůru, chytáme (Dobeš, Dobešová, 1998)

Cvičení C

Průpravná cvičení – chytání, házení (na vozíku, v sedě)

- síť nebo provaz nízko nad zemí
- žáci sedí (stojí) ve dvojicích proti sobě
- přehazování míče přes síť, chytání
- chytání s jedním dopadem
- chytání s otočkou na vozíku
- chytání jednoruč, obouruč
- hod na snížený koš – jednoruč, obouruč
- odhod míče na cíl, objetí mety na vozíku a zpět
- odhod míče na cíl, projetí slalomu z kuželů a zpět (Kábele, 1988)

Cvičení D

Přehazovaná v sedě – družstva po 6 žácích (mohou být i 3 členná družstva)

- pravidla upravena pro mladší školní věk
- přehazování míče přes sníženou síť
- v sedě hrají i zdraví hráči
- na jedné straně možnost jen tří doteků míče

- při nezpracování míče, neodehrání míče přes síť, získává bod a možnost podání soupeř
- u mladších dětí – hra do 15 bodů, hra s nafukovacím nebo molitanovým míčem

Shrnutí: Výhodou úprav běžných sportovních her je zpřístupnění těchto oblíbených činností i dětem s tělesným handicapem. Většinou to znamená snížení nároků, změnu pravidel. Hra by měla být ale upravena tak, aby byla průpravou pro správné provedení podle pravidel, a aby k němu směřovala.

Modifikovaná cvičení nebo úpravy sportovních her se mohou využívat pro všechna výše uvedená oslabení. Nutné je dodržet pravidla bezpečnosti dětí, a to především při používání náčiní (např. basketbalový míč vyměnit za molitanový míč, nafukovací míč).

Epilepsie

U dětí postižených epilepsií je hlavním úkolem tělesné výchovy dosáhnout celkového tělesného a duševního uvolnění. Je třeba odvádět myšlenky dětí od nemoci a upoutávat jejich zájem na cvičení, vzbudit pocit uspokojení a radosti z pohybu, zejména z pohybu harmonického a rytmického. Epileptické děti jsou velmi vděčnými cvičenci a na cvičení se těší.

Jistá opatrnost je však třeba při zařazování namáhavějších a rušných cviků, náročných na spotřebu kyslíku v tkáních a vyvolávajících náhlou změnu v intenzitě a rytmu dýchání. *Obecně je známo, že hyperventilace vyvolaná nadměrným dýcháním může přivodit epileptický záchvat.* Dle výzkumu bylo zjištěno, že epileptický záchvat nevzniká při fyziologicky zvýšené oxidaci tkání, nýbrž jen při nadměrné hyperventilaci bez potřeby (při hlubokém dýchání v klidu). Stejně tak můžeme při nefyziologické hyperventilaci vyvolat závrať u zdravého jedince (Kábele, 1988).

Při stabilním stavu je vhodné zlepšit koordinaci pohybu, podpořit rovnováhu, předcházet svalovým disbalancím a především podpořit psychickou harmonizaci organismu. Mimo vyrovnávacích cvičení je vhodné zařazovat různé tělovýchovné činnosti s cílem zvýšit celkovou tělesnou zdatnost a optimálním pohybovým stimulem podpořit růst a vývoj dětského organismu.

Nevhodné je příliš velké zatížení organismu, které vyvolá únavu (Kyrálová, Matoušová a kol., 1996).

Nevhodná cvičení: velmi rušná cvičení s náhlými změnami intenzity dýchání, míčové hry s možností prudkých úderů do hlavy, náročná akrobatická cvičení, plavání v hluboké vodě, cvičení vyvolávající přílišnou únavu

Vhodná cvičení: cvičení na zlepšení koordinace pohybů, podpory rovnováhy, předcházení svalovým disbalancím, postupné zvyšování celkové tělesné kondice, relaxace

Pohybová aktivita: kompenzační, relaxační, tvořivá cvičení

Pomůcky: overbally (velké míče)

Provádění: cvičení s míči, nácvik správného sedu na míči (obrázek č.9 a č.10 viz. Přílohy)

Cvičení A

Postavení pánve: pro dosažení přirozeného držení těla musí být pánev dostatečně sklopena vpřed

Nácvik:

- sed na míči, dolní končetiny od sebe, chodidla opřena o podložku
- jednu ruku položit na břicho pod „pupík“, druhou na kost křížovou (obrázek č.11 viz. Přílohy)
- pohybujeme pánví rytmicky vpřed a vzad, nejdříve s kontaktem rukou, později necháme paže volně podél těla (obrázek č. 12 viz. Přílohy)
- tempo volné, klidné

Cvičení B

Postavení hrudníku: pro dosažení přirozeného držení těla musí být hrudník tlačěn vpřed a prsní kost zvedána vzhůru. Při pohybech pánve vpřed a vzad se současně pohybuje i hrudník.

Nácvik:

- sed na míči, dolní končetiny od sebe, chodidla opřena o podložku
- jedna ruka na břišku, druhá na hrudní kosti
- pohybujeme pánví rytmicky vpřed a vzad (současně s pánví se pohybuje i hrudník)
- při klopení pánve vpřed se ruce oddalují, při pohybu vzad přibližují
- později bez kontaktu rukou
- tempo volné, klidné

Cvičení C

Postavení pletence ramenního: visí-li paže stranou, pánev je sklopena vpřed a hrudník vzpřímen, je postavení ramenního pletence automaticky správné. Při pohybu paží či jejich opoře musí být ramena aktivně stahována dolů.

Nácvik:

- sed na míči (pánev sklopena vpřed, hrudník vzpřímen) a paže volně visí podél těla
- zvedneme ramena k uším, poté ramena uvolníme, necháme klesnout dolů
- vnímáme polohu ramen k hrudnímu koši
- pokusíme se vnímat postavení pletence ramenního při vzpřímeném a ohnutém držení těla
- tempo volné, klidné

Cvičení D

Postavení krční páteře: při vzpřímeném držení těla (pánev sklopena vpřed, hrudník vzpřímen) je krční páteř automaticky vzpřímena a hlava je posunuta lehce vzad (při pohledu před sebe)

Nácvik:

- správný sed na míči (pánev je sklopena vpřed, hrudník vzpřímen)
- pohled fixuje bod ve výši očí
- prsty jedné ruky položíme na bradu, prsty druhé ruky na šíji do oblasti přechodu krční a hrudní páteře (obratel je dobře hmatný)
- vysuneme hlavu vpřed v horizontální rovině (za bradou)

- zasuneme zpět jako „šuplík“ (obratel fixovaný prsty se „ztrácí“)
- pohyb později opakujeme bez rukou a kontroly zraku
- tempo volné, klidné

Cvičení E

Postavení dolních končetin: správné postavení dolních končetin je důležité pro postavení kyčlí, kolen a kloubů nohou. Optimální zatížení vzniká tehdy, když osa stehna, bérce a nohy je v jedné rovině. Velké zevní, či vnitřní rotace nohy způsobuje chybné zatížení kloubů dolních končetin.

Chyby: znaky nesprávného sedu:

- pánev sklopena vzad (chybí bederní lordóza)
- ohnutý hrudník
- pletenec ramenní tažen vpřed
- hlava před podélnou osou těla
- nesprávné postavení dolních končetin (nohy jsou vtočeny příliš zevně či dovnitř)

Shrnutí: Vzhledem k velkému rozmachu cvičení a používání velkých míčů na základních školách, je správný sed na míči první důležitým prvkem.

Epileptické děti, vzhledem k neustálému pohybovému omezení, velice rádi využívají nových pomůcek v tělesných aktivitách, rády se učí novým dovednostem. Sezení a cvičení na velkých míčích může být i vhodnou alternativou do tříd, kde vedle klasických židlí, bude i několik overballů pro uvolnění a relaxaci.

Cvičení na míčích není vhodné pro postižení dolních končetin z hlediska bezpečnosti, ale alternativou mohou být cvičení v lehu (viz. cvičení A a B u dětské mozkové obrny).

• Oslabení smyslů

Zraková oslabení

Vzhledem k tomu, že zrakový analyzátor je nejdůležitější a koordinační orgán při pohybu člověka v prostředí, velmi záleží na tom, abychom při tělovýchovných činnostech neohrožovali oslabený zrak.

Osoby slabozraké, s refrakčními vadami a se zbytky zraku, mají více pohybových možností a méně potíží než nevidomé, neboť se přece jen, i když v omezené míře mohou při pohybu orientovat zrakem. To platí sice při běžném pohybu a při daných činnostech ve známém prostředí, nikoli však při intenzivním pohybu a cvičení v tělesné výchově. Je třeba větší opatrnost tam, kde je ještě zachován použitelný zbytek funkce zrakového ústrojí, aby se při nevhodném nebo neopatrném pohybu ještě více nepoškodil oslabený orgán. Je celá řada cviků, které by tyto děti konat mohly a mnohdy také chtěly, avšak nesmějí, neboť je při nich ohrožen zrakový orgán. Jsou to prudké pohyby hlavou, nárazy, tvrdé doskoky nebo překrvení hlavy velmi riskantní a nebezpečné.

Vedle dětí aktivních jsou i děti se sklonem ke klidnému vysedávání a samy se cvičení straní. Tyto děti se bojí rychlejšího pohybu a cvičení, neboť jsou neustále varovány a napomínány lékařem, rodiči, učiteli a vychovateli nebo dalšími osobami ve svém okolí, aby si neopatrným pohybem nezhoršily již tak dost nepříjemnou zrakovou vadu. Pohybují se proto málo, získávají však také málo pohybových dovedností a návyků, jsou následkem toho neobratné zejména při novém cviku nebo pohybu v neznámém prostředí bojácné (Kábele, 1988).

Velmi důležité je postupovat individuálně dle druhu a stupně zrakové vady.

Zvláštní význam mají cvičení reedukační (zlepšující funkci, její návrat) a kompenzační.

Jsou zaměřena na rozvoj činnosti analyzátorů:

- reedukaci oslabeného analyzátoru zrakového
- kompenzaci ostatních analyzátorů

Je vhodné zdůraznit, že u dětí slabozrakých s refrakčními vadami jsou tato cvičení zvláště významná pro zlepšování činnosti zrakového analyzátoru, pro nácvik opticko-

-motorické koordinace i pro rozvíjení celkové pohybové obratnosti (Kyrálová, Matoušová a kol., 1996).

Nevhodná cvičení: nezařazujeme do pohybové náplně cvičební jednotky prudké pohyby hlavou, nárazy, tvrdé doskoky nebo polohy, při nichž dochází k překrvení hlavy, tedy předklony, zejména prudké či déletrvající.

Vhodná cvičení: zejména cvičení pro základní pohybovou přípravu, nácvik hybných stereotypů, předcházení svalovým disbalancím, rozvíjení jednotlivých pohybových dovedností, abychom zrakově oslabeného cvičence připravili na zvládnutí běžných lidských činností. (Kyrálová, Matoušová, a kol., 1996).

Pohybová aktivita: gymnastika, pohybové a netradiční pohybové činnosti

Pomůcky: míče velké a malé, švihadla, kladina, lavičky, kroužky, šipky, kuželky, luk, mince

Provádění:

Koordinace zrakového a motorického analyzátoru

- uchopování a podávání, chytání a házení, odbíjení a odrážení velkých i malých míčků
- nácvik délky a rytmu kroku mezi metami
- podbíhání a přeskokování dlouhého švihadla
- cvičení rovnováhy na kladině, na lavičce, na prkně
- cvičení s krátkým švihadlem („školky“)

Cvičení orientační schopnosti

- honičky s několika míči
- probíhání mezi barevnými kuželi, krabicemi
- slalomové dráhy s barevnými metami
- pohybové hry Na rybáře, Na červené a bílé, Na kontakty

Cvičení zrakové lokalizace

- zasahování cílů
- házení šipek na terč
- házení kroužků
- střílení z luku
- koulení kuželek
- házení míče na terč za pochodu

Cvičení rychlosti zrakového vnímání

- štafety s míčky a s míči
- sbírání mincí a míčků

Cvičení akomodace zraku

- házení na mety různě vzdálené
- štafetové hry s házením na cíl z různé vzdálenosti

Cvičení pozorování a rozlišování

- určovat, co se změnilo v místnosti, tělocvičně
- hra „Tichá pošta“ apod.

(Kyrálová, Matoušová a kol., 1996)

Pohybová hra „Na kontakty“ (orientace v prostoru)

Pomůcky: žádné, jen připomenout, že hra probíhá neverbálně

Postup:

Představme si, že jsme v neznámém městě. Chodíme sem a tam po ulici nebo po parku. Jsme úplně sami, nikoho tu neznáme, s nikým si nepovídáme, jen tak chodíme a vychutnáváme si pocit samoty (1 minuta). Po chvíli se nám zdá, že už tu nejsme tak cizí, dokonce i tváře některých lidí se nám zdají známé – podíváme se tedy na ty, kdo chodí okolo nás, a usmějeme se na ně (30 sekund). V některých poznáváme staré známé. Podáme jim pravou ruku (30 sekund), potom levou a nakonec obě ruce (30 sekund). Potřeseme si oběma rukama jako staří kamarádi. Sblížili jsme se natolik, že

lidi, které potkáváme, poplácáme po rameni (30 sekund) a obejmeme se s nimi. Na znamení blízkosti se nakonec pokusíme chytit kolemjdoucího na méně dostupném místě – kotníky, uši, polechtáme v podpaždí apod. (bez časového limitu). Kolik dotyků jsme nasbírali? (Szabová, 2001).

Shrnutí: Velmi důležité je u všech činností zajistit zdvojený dozor tak, aby se zabránilo úrazu, musí být zajištěna bezpečnost všech žáků. Dodržujeme především zásadu přiměřenosti. Ti, kteří jsou méně aktivní, ke cvičení povzbuzujeme, aktivním jedincům dopřejeme dostatek pohybu a bezpečí. Prostory a prostředí, ve kterých probíhají tělovýchovné činnosti, musí být dostatečně osvětleny.

Cvičení jsou vhodná pro všechna výše uvedená oslabení, ale musíme přihlídnout k individuálním zvláštnostem, stavu organismu a zvláštností onemocnění.

Sluchová oslabení

Často se můžeme setkat s poruchami sluchu, které vznikly jako následek chronických stavů onemocnění. Jako příklad můžeme uvést chronický zánět středouší. Časté jsou i poruchy rovnováhy či určení polohy těla.

Při volbě pohybového režimu pro sluchově oslabené musíme brát v úvahu jednak oslabení sluchového ústrojí, a také oslabení celkové, které z poruchy sluchu buď přímo vyplývá, nebo s ní souvisí. Vhodně zvolené pohybové aktivity mohou příznivě ovlivňovat některé negativní jevy, které se u jedinců s tímto oslabením mohou projevit. Jde především o poruchy rovnováhy a pohybové koordinace vlivem nedostačující orientační a informativní schopnosti sluchového analyzátoru.

Omezení spontánní pohybové aktivity v mládí a její nedostatečné podněcování mohlo u některých jedinců vést k oslabení funkce i jiných systémů. Nacházíme celkovou ochablost svalstva, chybné pohybové stereotypy, zvláště stereotypy posturální a dýchací. U mnohých zaznamenáváme nízkou výkonnost srdečně cévního systému a celkovou nízkou zdatnost (Kýralová, Matoušová a kol., 1996).

Zvláštní důraz klademe na rytmická cvičení. Rytmus a dynamika jsou podstatnými složkami pohybového projevu při různých činnostech. Na základní škole se většinou setkáváme s jedinci nedoslýchavými, popřípadě s dětmi neslyšícími na jedno nebo

druhé ucho. Z tohoto důvodu zařazujeme i cvičení s hudbou, kde můžeme dodávat rytmické podněty.

Nevhodná cvičení: otřesy hlavy, pohyby, které vedou k zadržení dechu a cvičení, při kterých vzniká překrvení hlavy, skoky do vody, plavání pod vodou, kopaná atd.

Vhodná cvičení: cyklické činnosti, kde se střídá napětí a uvolnění – běh na střední a dlouhé tratě, lyžování, bruslení, hudebně pohybové hry, tanečky

Pohybová aktivita: rytmické a kondiční gymnastické činnosti s hudbou, tanec

Pomůcky: nahrávky skladeb, popř. hudební doprovod na klavír, zpěv s kytarou, drátěnky

Provádění:

Cvičení A

Hudebně pohybová hra „ Čížečku, čížečku“

- děti jsou v kruhu, popř. podle možností rozmístění po místnosti.
- podle vzoru učitele napodobují pohyby za zpěvu písně:

„Čížečku, čížečku, ptáčku maličký, pověz mi čížečku, jak sejou mák...“

- houpavý pohyb zprava doleva

„Aj tak, tak, sejou mák, aj tak, tak, sejou mák, aj tak, tak, sejou mák, tak sejou mák“

- předvádíme setí máku

- roste mák – pažemi naznačíme růst rostliny do výšky
- kvete mák – dlaněmi naznačíme rozevírání květu
- sklízí mák – naznačujeme trhání stvolů
- jedí mák – napodobujeme hodování

Cvičení B

Taneček Okolo Hradce

- žáci stojí v párech čelem k sobě a drží se za ruce, páry jsou rozestavěny po celé tělocvičně

- žáci začínají tancovat a jeden přesně dělá to, co druhý

1. Pata, špička, pata, špička, sun, sun, sun, sun (udáme směr).
2. Pata, špička, pata, špička, sun, sun, sun (opačný směr).
3. Opakujeme krok 1 a 2.
4. Provedeme totéž v opačném pořadí (začneme druhou nohou a zopakujeme předchozí tři kroky).
5. Tleskneme vlevo, tleskneme vpravo, tleskneme vpředu, tleskneme na kolena.
6. Uděláme rukou kroužek doprava a doleva (nebo oběma rukama najednou).

- opakujeme během celé nahrávky (Fosterová, Hartingerová, Smithová, 1997)

Cvičení C

Nácvik stereotypu chůze

- chůze kolem tělocvičny s drátěnkou položenou na temeni hlavy
 - dbát na pravidelný rytmus kroků
 - vyžadovat aktivní držení těla, symetrii všech pohybů dolních končetin, pánve i horní části trupu a horních končetin
 - variace – změna rytmu, tempa hudby, otočky, doprovodné pohyby pažemi
- (Kyrálová, Matoušová a kol., 1996)

Chyby: při chůzi velké prohýbání v bedrech, špatná koordinace paží při chůzi, chůze nepřirozená, příliš rychlá, pomalá. Pohyby za doprovodu hudby křečovité, bez uvolnění.

Shrnutí: U sluchově oslabených vytváříme kladný vztah k pohybu a podporujeme sportovní vyžití. Aby nedocházelo k přetížení organismu, sledujeme známky únavy.

Pro lepší průběh cvičení je vhodné si stanovit přesná znamení a posunky, která sluchově oslabený cvičenec pochopí a jimi se řídí. Učitel svým názorným předvedením vytváří

představu o pohybu, a proto volí takové polohy, které umožní sledovat předvedení jednotlivých cviků.

Hry jsou vhodné pro všechny druhy oslabení, u dětí s postižením dolních končetin modifikujeme tanečky dle pohybových možností. Volíme i velmi jednoduché pohyby.

5 Diskuze

Velmi důležitým faktorem, ovlivňujícím budoucí úspěšné začlenění handicapovaných dětí, je informovanost všech zainteresovaných subjektů. Laická veřejnost (rodiče, ale i ošetřující lékař dítěte), která není podrobně obeznámena s možnostmi integrace do výukových programů, raději volí schůdnější cestu, tzn. vynechává pohybové aktivity, v lepším případě přísně diferencuje. Poznatkem tedy je, podrobně informovat o možnostech, typech a modifikacích cvičebních jednotek přímo aplikovaných pro toho konkrétního žáka, přesvědčit o nutnosti praktikování pohybových aktivit z důvodu zvyšování tělesné i psychické kondice dítěte.

Počátečním úskalím bylo přesvědčit i žáky samé o nutnosti zapojení do vyučovacího procesu, zároveň bylo nutné poučit zdravé žáky, jak přistupovat k handicapovaným spolužákům a nemít strach z jejich postižení. Každá nově prováděná činnost se setkala vždy s obrovským úspěchem, tudíž bylo možné kontinuálně navazovat složitější modifikace cvičebních jednotek.

Vzhledem k charakteru a povaze programu byla prvořadá včasná a podrobná informovanost rodičů a následné pohovory o dalším postupu ve výuce, rodiče byli zváni do hodin a mnohdy i zapojeni do výuky.

Výsledným efektem bylo odstranění komunikačních bariér a plně se rozvinula aktivní spolupráce mezi dítětem, učitelem a rodiči.

Handicapovaní žáci měli zpočátku problémy s interakcí ve své sociální skupině, ale v průběhu několika málo týdnů se tento stav upravil. Zdraví žáci se sami dokázali postarat o zajištění přípravných činností (oblékání, příprava náradí, náčiní) a zcela automaticky pomáhali dětem handicapovaným. Počáteční vzájemná nesmělost úplně vymizela.

Po zkušenostech s výukou školní tělesné výchovy zdravých žáků společně se žáky handicapovanými, uvádíme ucelený přehled důležitých a neopomenutelných pravidel:

- Ne všechny tělocvičny jsou bezbariérové, musíme tedy počítat s delším časovým úsekem na přípravu k vyučovací hodině.
- Dalším důležitým bodem je seznámení všech dětí v kolektivu s pravidly bezpečnosti,

zejména se to týká dětí s oslabením, které v zápalu cvičení a hry přeceňují svoje možnosti a hrozí riziko úrazu.

- V péči o handicapované dbejme přiměřenosti, přílišná starostlivost potlačuje motivaci dětí ke cvičení.
- Počítejme s tím, že vysvětlení pravidel her a cvičení zabere více času (úprava pravidel, názorné ukázky).
- Osvědčeným „pomocníkem“ jsou domluvené signály, mezi učitelem a žákem. Takto se může pedagog i na větší vzdálenost informovat o aktuálním stavu dítěte. Při hlučných hrách to bývá např. signál zvednutého palce směrem k dítěti, kdy dítě také odpoví zdvižením palce.
- Cvičení s handicapovanými dětmi bývá klidnější než s dětmi zdravými. Abychom předešli ochabnutí zájmu a pozornosti, je vhodné používat dostatečné množství i velmi jednoduchých pomůcek ke každému cvičení (drátěnky, sáčky s rýží, korkové zátky ...).
- Při jakékoliv činnosti se ukázalo efektivnější cvičení dětí ve dvojicích, než cvičení jednotlivců. Děti si navzájem pomohou a dokáží zpravidla rozpoznat první příznaky zdravotních obtíží svého spolucvičence a včas informovat učitele.
- Dbáme na kladné hodnocení za sebemenší projevenou snahu.

Závěry

Výuka tělesné výchovy na základních školách by měla být určena pro všechny žáky zdravé i handicapované a to bez rozdílu. Praktické uplatňování školní tělesné výchovy se děje na základě určitých profesních předpokladů pedagogů, kteří nejsou zcela seznámeni s problematikou integrace handicapovaných.

Nejdůležitějším úkolem je tedy odborná příprava pedagogických pracovníků. Základní potřebou v této přípravě je zpracovaný přehled pohybových činností a jejich modifikací pro jednotlivé druhy oslabení, který by byl vodítkem pro výuku školní tělesné výchovy handicapovaných. Součástí a potřebou při působení na vzdělávání dětí jsou zcela určité vzájemné interpersonální vztahy.

Kladná motivace a povzbuzení všech zúčastněných mají významný vliv na vývoj dítěte. Současně je také nutná podpora vyučujícího pedagoga, jak ze strany nadřízeného, rodičů, tak i ostatních kolegů pedagogů. Učitel by neměl zůstat jen u aplikací školní tělesné výchovy, ale měl by navést žáky na obdobné aktivity v mimoškolním prostředí. Pokud jsou splněny výše uvedené body, měla by fungovat zpětná vazba mezi žákem a učitelem. V konečném důsledku by takto prováděná školní tělesná výchova měla zefektivnit a zpestřit život handicapovaných dětí a postupně je připravovat na složitější životní situace.

Význam práce pro praxi spočívá v tom, že vzešla především z potřeb kolegyň a kolegů pedagogů, kteří postrádali stručnou a jednoduchou příručku pro výuku školní tělesné výchovy handicapovaných, která by obsahovala modelová cvičení pro nejčastější druhy postižení, tedy jakýsi základní manuál cviků pro učitele.

Důraz byl kladen na základní popis nejčastějších onemocnění vzhledem k tomu, že ne všichni učitelé znají problematiku zdravotních oslabení.

Práce byla psána srozumitelnou a zřetelnou formou tak, aby bylo možno podle ní postupovat bez odborných medicínských znalostí.

Seznam použité literatury

1. CINGLOVÁ, L. *Vybrané kapitoly z tělovýchovného lékařství*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0492-2.
2. DOBEŠ, M., DOBEŠ, P. *Cvičíme na velkém míči*. 4. vyd. Havřírov : Domiga, 1998. 49 s. ISBN 80-90 2222-0-X.
3. EDELSBERGER, L., KÁBELE, F. a kol. *Speciální pedagogika pro učitele prvního stupně základní školy*. 1. vyd. Praha : SPN, 1988. 176 s.
4. FOSTEROVÁ, R., HARTINGEROVÁ, K., SMITHOVÁ, K. *85 her pro zlepšení kondice dětí*. Přel. E. Lakšová. 1. vyd. Praha : Portál, 1997. 112 s. Přel. z: Fitness Fun – 85 Games and Activities For Children. ISBN 80-7178-177-0.
5. GNAD, T. a kol. *Kapitoly z lyžování*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0241-5.
6. HAVLÍČKOVÁ, L. a kol. *Fyziologie tělesné zátěže I*. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80- 7184- 875-1.
7. HOŠKOVÁ, B., MATOUŠOVÁ, M. *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy*. Praha : Karolinum, 2000.
8. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha : Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
9. JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. Praha : Comenia Konsult, 1993.
10. JESENSKÝ, J. *Speciální pedagogika*. Praha : PedF UK, 1993.
11. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
12. JESENSKÝ, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Karolinum, 1996.
13. KARNSOVÁ, M. *Jak budovat dobrý vztah mezi učitelem a žákem*. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-032-4.
14. KÁBELE, F. *Tělesná výchova mládeže vyžadující zvláštní péči*. 3. vyd. Praha : SPN, 1988. 256 s.
15. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 3. vyd. Praha : SPN, 1987. 816 s.
16. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 6. vyd. Praha : SPN, 1998. ISBN 80-7235-023-4.

17. KYRALOVÁ, M., MATOUŠOVÁ, M. a kol. *Zdravotní tělesná výchova*. Praha : Onyx, 1996. 175 s. ISBN 80-85 228-39-4.
18. LANG, G., BERBERICHOVÁ, CH. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Přel. S. Mostina. 1. vyd. Praha : Portál, 1998. 152 s. Přel. z: All children are special. ISBN 80-7178-144-4.
19. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany : HaH, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
20. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha : Academia, 1997. ISBN 80-200-0592-7.
21. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 5. vyd. Praha : SPN, 1983. 232 s.
22. SVOBODA, P., SVOBODOVÁ, H. *Lyžování a jiné aktivity na sněhu*. 1. vyd. Praha : Septima, 1995. 52 s. ISBN 80-85801-39-6.
23. SZABOVÁ, M. *Preventivní a nápravná cvičení*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 143 s. ISBN 80-7178-504-0.
24. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha : Karolinum, 2001. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
25. *Velký slovník naučný*. Praha : Diderot, 1999.
26. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 3. vyd. Praha : Maxdorf, 2002, 2003. ISBN 80-85912-97-X.
27. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
28. ZAVÁZAL, V. *Abeceda pro alergiky a třetinu naší populace*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-724-0.

Jiné zdroje

29. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ REPUBLIKY. *Vzdělávací program základní škola*. 1. vyd. Praha : Fortuna, 1997. 96 s. ISBN 80-7168-337-X.
30. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ REPUBLIKY. *Vzdělávací program zvláštní školy*. 1. vyd. Praha : Septima, 1997. 280 s. ISBN 80-7216-025-7.

Přílohy



Obrázek č. 1: Při výdechu protáhnout levou paži a pravou dolní končetinu



Obrázek č. 2: Leh pokrčmo mírně roznožný, připažit dlaně vzhůru



Obrázek č. 3: Základní poloha – vzpor klečmo



Obrázek č. 4: Při výdechu zvednout chodidla s vytočením vlevo a úklon trupu vlevo



Obrázek č. 5: 1. až 4. výdech



Obrázek č. 6: 5. až 8. vdech – „nafukování balónku v bříšku“



Obrázek č.7: Leh na zádech, vzpažit, koulíme míč za hlavou zleva doprava a zpět



Obrázek č. 8: Leh na zádech, vyhazujeme míč obouruč vzhůru



Obrázek č. 9: Správný sed na míči



Obrázek č. 10: Správný sed na míči



Obrázek č.11: Sed na míči, jednu ruku položit na břicho, druhou na kost křížovou



Obrázek č. 12: Pohybujeme pánví rytmicky vpřed a vzad