UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

Zjišťování stavu zdravotní tělesné výchovy na základních školách v kraji Vysočina

Diplomová práce

Vedoucí práce

Doc. PhDr. Blanka Hošková, CSc.

Zpracovala

Lucie Vrzáčková

Praha 2009

ABSTRAKT

Název

Zjišťování stavu zdravotní tělesné výchovy na základních školách v kraji Vysočina

Cíle práce

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, zda se zdravotní tělesná výchova vyučuje na základních školách v kraji Vysočina, popřípadě kolika hodinami týdně je v rozvrhu zastoupena.

Metoda

Tato práce je zpracovaná metodou případové studie. Pro studii byly náhodně vybrány některé základní školy v kraji Vysočina. Pomocí dotazníkového šetření bylo zjišťováno, jestli se na nich vyučuje zdravotní tělesná výchova. Dotazník byl rozeslán elektronicky, a pro nízký počet vrácených dotazníků byla nutná i osobní a telefonická domluva.

Výsledky

Na základě dotazníkového šetření lze potvrdit, že se zdravotní tělesná výchova na základních školách v kraji Vysočina téměř nevyučuje. Nejčastějším důvodem jsou rozvrhové obtíže, nedostatek finančních prostředků, ale i nezájem rodičů a dětí.

Klíčová slova

Zdravotní tělesná výchova, oslabení, svalová dysbalance, vadné držení těla, pohyblivost páteře.

ABSTRACT

Title

Detection of the situation in health physical training at elementary schools in Vysočina Region.

Object

The main object of this work is detection, if the healt physical training is taught at elementary schools.

Method

The method of this work is the case study. For this study some elementary schools in Vysočina were chosen. I was finding if the health physical training was taught by the answer sheets . I sent answer sheets round by email, post and because of low number of returned answer sheets I had to contact the schools by phone or personally.

Results

Due to returned answer sheets I can confirm, that the health physical training is nearly not taught. The reason is absence of finance, difficulties in schedules and the children's and parents' lack of interest.

Key words

Health physical education, debilitation, muscular disbalance, defective carriage of body, spine moveability.

Děkuji vedoucí diplomové práce, paní Doc. PhDr. Blance Hoškové, CSc., za odborné vedení a ochotu při vypracovávání mé diplomové práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Zjišťování stavu zdravotní tělesné výchovy na základních školách v kraji Vysočina“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

V Praze dne 30. 3. 2009

Lucie Pražáková

.....

Svoluji k zapůjčení své diplomové práce ke studijním účelům.

Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatelů, kteří musejí pramen převzaté literatury řádně citovat.

Jméno a příjmení:	Číslo obč. průkazu:	Datum vypůjčení:	Poznámka:

ÚVOD 6
1 CÍL A ÚKOLY PRÁCE 7
1. 1 Cíl diplomové práce 7
1. 2 Úkoly diplomové práce 7
2 VĚDECKÁ OTÁZKA 7
3 TEORETICKÁ ČÁST 8
3. 1 Historie tělesné výchovy 8
3. 2 Historie zdravotní TV 11
3. 3 Charakteristika zdravotní TV 15
3. 4 Cíle a úkoly zdravotní tělesné výchovy 21
3. 5 Organizační formy zdravotní tělesné výchovy 23
3. 6 Zdravotní tělesná výchova a kondiční cvičení ve školní tělesné výchově 26
3. 7 Pohybový systém 28
3. 7. 1 Poruchy funkce svalových skupin 32
3. 7. 2 Poruchy páteře – odchylky předozadního zakřivení 33
3. 8 Zdravotní oslabení u dětí 35
3. 8. 1 Charakteristika tělesného vývoje v předškolním věku 36
3. 8. 2 Charakteristika tělesného vývoje v žákovském věku 36
3. 8. 3 Charakteristika tělesného vývoje v dorostovém věku 37
3. 9 Formy organizace řízení tělovýchovného procesu 38
3. 10 Osobnost pedagoga v tělovýchovném procesu 38
3. 11 Začlenění problematiky zdraví do základního vzdělávání 39
4 PRAKTICKÁ ČÁST 43
4. 1 Organizace výzkumu 43
4. 2 Zpracování dat 43
5 VÝSLEDKY 43
5. 1 Výsledky stavu zdravotní tělesné výchovy v kraji Vysočina 44
5. 2 Porovnání výsledků výzkumu v Jihočeském kraji v roce 2005
s výsledky výzkumu v kraji Vysočina z roku 2008 54
6 DISKUSE 62
7 ZÁVĚR 66
8 LITERATURA 67
9 PŘÍLOHA 71
10 POUŽITÉ ZKRATKY 79

ÚVOD

Rozhodla jsem se pro diplomovou práci na téma „Zdravotní tělesná výchova na základních školách v kraji Vysočina“, protože v dnešní době je mnoho oslabených dětí, které mnohdy ani o svých problémech nevědí. Rodiče podceňují tělesné vady svých dětí a neuvědomují si, že jim to může přinést velké problémy. Jejich děti proto hodiny zdravotní tělesné výchovy nenavštěvují, protože nechtějí být odlišní od ostatních, nebo se za svoje oslabení stydí.

Na druhé stránce se na většině škol ruší hodiny zdravotní tělesné výchovy a upřednostňují se jiné předměty, které jsou sice také důležité, ale ze zdravotního hlediska dětem nepřinášejí žádné výhody. Děti raději sedí doma u počítače, než aby se šly proběhnout ven. Rodiče je nechají, jen aby měli chvilku klid, nebo jsou do večera v práci a nevědí, co jejich děti doma dělají. Měli by tento přístup změnit. Vždyť pohyb je jedním z předpokladů zdravého způsobu života.

Cílem tohoto výzkumu je začlenění hodin zdravotní tělesné výchovy do povinného programu základních škol. Bylo by třeba informovat o této problematice vedení škol. Poskytnout finance pro kvalifikované učitele, kteří mají v tomto oboru znalosti a praxi. Myslím, že zdravotní tělesná výchova je v dnešní době velmi důležitá. Proto bychom měli usilovat o zařazení zdravotní tělesné výchovy do programu každé školy. Zájem o tuto problematiku byl natolik silný, že jsem si toto téma vybrala pro vypracování diplomové práce.

1 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

1. 1 Cíl diplomové práce

Cílem mé diplomové práce je zjistit, v jaké míře se vyučuje zdravotní tělesná výchova na základních školách v kraji Vysočina. Kolik hodin týdně je zařazeno do rozvrhu a proč se v posledních letech na školách zdravotní tělesná výchova ruší. Kdo tento předmět na školách nejčastěji vyučuje a jestli prošel nějakým školením.

1. 2 Úkoly diplomové práce

- výběr základních škol v kraji Vysočina
- rozeslání dotazníku
- zpracování výsledků z obdržených dotazníků
- vypracování diplomové práce

2 VĚDECKÁ OTÁZKA

Existují na základních školách oddělení zdravotní tělesné výchovy pro zdravotně oslabené nebo postižené žáky popř. v kolika hodinách týdně je tato činnost zastoupena?

3 TEORETICKÁ ČÁST

3. 1 Historie tělesné výchovy

Zájem a péče o zdravotně oslabené občany má bohatou a dlouhodobou tradici. Význam tělesného pohybu pro zdraví člověka, pro harmonický rozvoj lidského těla, pro zlepšení fyzické zdatnosti a konečně jako prostředek léčení byl znám a uznáván před dávnými věky (Srdečný, 1982).

Historie tělesné výchovy v cizích zemích

První doklady o tělovýchovné činnosti pocházejí z Číny, odkud se zkušenosti přenášely i do jiných zemí, např. do Indie, do arabských států, do střední Asie apod.

Číňané zachovali nejstarší zprávu v knize „Kung-Fu" (psáno někdy jako „Cong-Fu"), která vznikla téměř 3000 let před naším letopočtem (je z roku 2698). Léčebné prostředky uvádějí dechovou gymnastiku v různých základních polohách, cvičení při zlomeninách, při deformitách páteře, nemocech krevního oběhu, různé druhy masáže apod.

Indové věnovali velkou pozornost vlastnímu systému *jóga*. Nejznámější metodou je hathajóga, která má směřovat k ovládnutí těla a jeho fyziologických pochodů. V indických knihách „Véda" (z roku 1800 před naším letopočtem) se popisují aktivní cvičení a pasivní pohyby, dechová gymnastika a masáže. Všechny tyto činnosti se doplňují koupáním v posvátné vodě Gangu a spojují se s náboženskými obřady (Srdečný, 1982).

Z dávných systémů zdravotní gymnastiky čínské, indické a egyptské zbyl do dnešní doby pouze systém jógy, který se v poslední době šíří do celého světa, avšak pro občany západního světa je velmi těžko pochopitelný.

V *Řecku* byla speciální gymnastika pěstována individuálně, doplňována masáží a dietou. Toto období rozkvětu řeckého státu patří mezi další vývojovou etapu léčení nemocí a úrazů pohybovou činností.

Řekové dělili tělesná cvičení na:

a) přírodní (běh, chůze, plavání, zápas),

b) vojenská (hod oštěpem, střelba, šerm, jízda),

c) náboženská (rytmicko-plastické hry a tance při obřadech, předváděné hlavně ženami),

d) léčebná (u chorob, nemocí, úrazů).

Základ tělovýchovnému systému léčebného zaměření dal učitel gymnastiky HERODIKOS kolem roku 1500 př. n. l. Smyslem života Řeků byla krása a zdatnost těla a ušlechtilost mysli (kalokagathia).

Římané v prvním období měli zájem pouze o válečná tažení a rozšíření moci. Proto měla tělesná výchova především branný účel. V pozdější době uznávali význam tělesných cvičení, masáže a zásad správné výživy. Pro některé druhy cvičení byla zkonstruována
speciální zařízení (Srdečný, 1982).

GALÉNOS (131 - 210) považoval za hlavní léčebný prostředek tělesná cvičení, doporučoval dietu, masáž a činnost - zaměstnání nemocných. Římané rovněž hájili názor, že tělesný pohyb nemocné posiluje, nečinnost je naopak oslabuje.

V 19. století vzniklo v Evropě několik tělovýchovných soustav, které měly vliv na pozdější systematickou péči o zdravotně oslabené.

Ve *Švédsku* vznikla nová tělovýchovná soustava, která nás nejvíce zajímá z hlediska tělesné výchovy zdravotně oslabených. Zakladatelem systému švédské nápravné gymnastiky byl PETER HENRIK LING (1776 - 1839). Svůj tělovýchovný systém založil na podkladě anatomicko-fyziologickém, pro každý cvik stanovil jeho účel. Zdravotnímu účelu přizpůsobil nejen cvičení, ale konstruoval se zřetelem k němu i nové druhy nářadí. První jeho odborné sdělení vyšlo v roce 1808 pod názvem „O otužování lidského těla“ (Srdečný, 1982).

Podle toho, který význam v dané soustavě cvičení převažuje, dělí Ling gymnastiku na výchovnou, vojenskou, léčebnou, estetickou.

V *Rusku* vystupuje v 19. století M. J. MUDROV a požaduje zavádění tělesných cvičení, masáže a léčby prací. Jeho požadavky jsou v souladu se snahami lékařů, kteří se v této době začínají v Rusku starat o nemocné a postižené občany. Carská vláda svěřila tělovýchovnou činnosti do rukou cizinců, nejdříve Francouzům, později Němcům a některým tělovýchovným pracovníkům ze severských národů. V roce 1865 zde vychází první časopis o léčebné tělesné výchově. Vliv na rozšíření časopisu a na

jeho obsahovou náplň mají BOTKIN, JINOZEMCEV, BĚLOVOV A LESGAFT.

Ve *Francii* se setkáváme s celou řadou významných autorů, kteří se zabývali vyrovnávací gymnastikou. Jsou to především BALLAND, GROZELIER, LAMY, LESUR, BARNIER, LAPIERRE aj.

V *Německu* byly v roce 1913 zahájeny organizované kursy „zvláštního tělocviku" s hlavní náplní nápravné gymnastiky. Bohatá německá literatura z této oblasti vychází z potřeb školní mládeže. Z autorů jsou nejčastěji připomínáni: SPITZY, SCHEDE, SCHULTESS, LANGE aj. (Srdečný, 1982).

V *Polsku* mají dlouholeté bohaté zkušenosti v oblasti zvláštní tělesné výchovy. Na Akademii vychowania fizycznego ve Varšavě je katedra léčebné rehabilitace, která vychovává vysokoškolsky vzdělané pracovníky pro léčebná zařízení v oblasti ministerstva zdravotnictví i pro sdružení „START" (NAUMAN, WEISS, KOZINSKA, BECK, WALICKI).

V *Německé demokratické republice* se rozvíjí dlouhodobě systematická péče o oslabené občany. Plavání postižené mládeže věnují své práce MÖLLER a KNEIST, systému dýchacích cvičení se věnuje kolektiv lékařů a tělovýchovných pedagogů DERN, KABISCH, SCHEDE.

V *Bulharsku* pracuje na určení prostředků, forem a metod tělesné výchovy oslabených kolektiv pracovníků Institutu tělesné výchovy G. Dimitrova v Sofii (KARANESCHEW, MANTSCHEWA aj.). Institut má též katedru léčebné tělesné výchovy, která se podílí na výuce všech jeho specializací (trenéři, pedagogové, metodici LTV). Vychovává vysokoškolsky vzdělané „metodiky LTV" pro nemocnice a léčebná zařízení.

V *Maďarsku* se zabývají problematikou zdravotně oslabených GARDOŠOVÁ, NEMESSURI, PENTE, SZÉKELY, péče je zaměřena především na školní mládež.

V *Rumunsku* na funkční převýchově postižených osob a růstu pracovní schopnosti pracují MARIN, STIRBU, BUGNARIU.

V oboru zvláštní tělesné výchovy mládeže pracují IONESCU, MOTER A NICOLAS (Srdečný, 1982).

3. 2 Historie zdravotní TV

Do počátku 19. století nenalézáme v literatuře zprávy o využívání tělesné výchovy na našem území k léčebným účelům. Prvními průkopníky v této oblasti byli lékaři, kteří teoretickými pracemi, přednáškami a vlastním příkladem přispěli k uznání tělesné výchovy jako vhodného prostředku ke zlepšení zdravotního stavu oslabených občanů.

Význam tělesné výchovy z hlediska zdravotního zdůrazňovali další lékaři, a to FILIP STANISLAV KODYM (1811 - 1884) ve spisech „Zdravověda" (1853), „Úvod do tělovědy člověka" (1862) a JAN EVANGELISTA PURKYNĚ (1787 - 1869) ve spise „Akademia" (1861) (Srdečný, 1982).

Koncem 19. století byl zaznamenán počátek školního zdravotnictví. Okresní lékaři prováděli zdravotní prohlídky školních dětí (1883). Na základě zdravotního stavu byly děti osvobozeny od tělocviku nebo se tělocvik prováděl s určitým omezením. Byl to jeden z pokusů o tělesnou výchovu pro zdravotně oslabenou mládež. Zásluhu na této činnosti měl MUDr. JINDŘICH ZÁHOŘ (1845 - 1927).

V práci se zdravotně oslabenou mládeží se objevuje první žena - KLEMEŇA HANUŠOVÁ (1845 - 1918) - ve spisech „Domácí tělocvik pro dívky chybného držení těla" (1891) a „Tělocvik domácí co zdravotní a léčebný prostředek" (1907).

Požadavek správného držení těla se vyslovuje také v učebních osnovách tělocviku pro střední školy z let 1911 a 1913 (Srdečný, 1982).

Z historických pramenů můžeme zjistit dlouhodobé a bohaté tradice, které se váží k významu pohybu pro zdraví člověka. Hippokrates, otec mediciny, řekl doslova: „Orgán, který je určen k funkci, musí tuto funkci vykonávat, jinak umírá."

Již před naším letopočtem byla funkce pohybu jasně formulována a byla zdůrazněna jeho nutnost a nenahraditelnost. Cvičení bylo uznáno jako prostředek léčení.

Zachovaná nejstarší zpráva je v knize „Kung-Fu", která pochází z r. 2698 před naším letopočtem. V té době již Číňané jako léčebný prostředek uvádějí dechovou gymnastiku v různých základních polohách, cvičení při zlomeninách, při deformitách páteře, nemocech krevního oběhu, různé druhy masáží apod.

Také Indové rozvíjí svůj systém - jógu. V Sušrutově lékařské encyklopedii ze 7. století př. Kr. je patrný význam cvičení pro zdraví, který si uvědomovali již ve starověkém indickém lékařství. V „ájurvédě" se jógická cvičení stala integrální součástí prevence i léčby. „Hathajóga" přisuzuje větší význam dechových cvičením. V dnešní době je tato

metoda užitečná při prevenci a i v rehabilitaci civilizačních chorob, a to zejména hypertenze, bronchiálního astmatu a ischemické choroby srdeční. Hathajógická cvičení jsou zejména vhodná tam, kde se významně uplatňují poruchy řízení a regulací fyziologických funkcí (Dostálek, 1996).

Již Herodikos, učitel gymnastiky, kolem r. 1500 př. n. l. vytvořil základ tělovýchovného systému léčebného zaměření. Řekové viděli smysl života v kráse a zdatnosti těla a v ušlechtilosti mysli. Antické pojetí „Kalokagathiá" je nám i dnes blízké. Toto pojetí je výrazem sjednocujícím tělesnou krásu spojenou s dušení ušlechtilostí v harmonické jednotě. Takovým způsobem nazírá na tělovýchovu i J. A. Komenský. I pro Komenského byl ideálem člověk zdravý, tělesně zdatný, mravný, všem lidem užitečný. Ve všech jeho dílech je zdůrazněn význam tělesné výchovy. Pohyb považuje za prospěšný nejen pro zdraví, ale i pro „občerstvení ducha". Myšlenku harmonického rozvoje člověka přijali zakladatelé Sokola (Tyrš, Fűgner), kteří se ztotožnili s jedinečným historickým vyjádřením „Jest třeba si přát, aby ve zdravém těle sídlil zdravý duch." Škvára (1973), kterého považujeme za zakladatele zdravotní TV, i on vycházel z hluboké vnitřní identifikace s těmito myšlenkami. Proto můžeme uvést, že uvedený myšlenkový základ stál u kolébky zdravotní TV (Hošková, Matoušová, 1998).

V 19. století vzniklo několik tělovýchovných soustav, které ovlivnily systematickou péči o zdravotně oslabené. Ve Švédsku Ling zakládá systém švédské nápravné gymnastiky na podkladě anatomicko-fyziologickém. Cvičení přizpůsobil zdravotnímu účelu, konstruoval i nové druhy nářadí. Výběr cviků byl účelový, účinek cviků se měl zvyšovat postupným stupňováním požadavků na cvičence. Lingovy pokrokové myšlenky našly odezvu v celém světě i u nás. Již v r. 1839 lékař Hirsch založil první ortopedický ústav, kde se cvičilo pouze podle zásad vyrovnávací švédské gymnastiky. O několik let později (1842) vzniká první léčebný ústav, jehož zakladatelem byl docent ortopedie, léčebného tělocviku a balneologie na lékařské fakultě pražské university MUDr. Spott. Byl vydavatelem příručky „Nástin tělocviku léčitelského". Pod vlivem Spottových přednášek byl zaveden léčebný tělocvik do pražského ústavu pro choromyslné a Malýpetr se stává prvním cvičitelem léčebného tělocviku. V r. 1844 byl v Praze založen první tělocvičný ústav, který převzal Schmidt a u něho se vycvičila většina prvních cvičitelů Sokola. Konec 19. stol. byl počátkem školního zdravotnictví. Prováděly se zdravotní prohlídky školních dětí a dle nich se děti osvobozovaly od tělocviku nebo se tělocvik prováděl s určitým omezením. Byla to jakási TV pro zdravotně oslabenou mládež (Hošková, Matoušová, 1998).

Péče o zdravotně oslabenou mládež se rozvíjela. Hanušová vydala spis „Domácí tělocvik pro dívky chybného držení těla" a „Tělocvik domácí co zdravotní a léčebný prostředek". Požadavek správného držení těla se objevil i v učebních osnovách tělocviku pro střední školy. Lékař Kneidl sestavil příručku nazvanou „Tělocvik domácí a léčebný". V moderním pojetí s komplexní péčí o tělesně postižené byl založen Jedličkův ústav, který byl vzorem i pro mnohé zahraniční ústavy. Podobné ústavy byly zakládány i v jiných městech. Pohybová léčba pro tělesně postižené byla uznávána na ortopedických klinikách, později na neurologických, pediatrických i ostatních klinikách.

Až v r. 1950 byla výnosem ministerstva školství zavedena tzv. „Zvláštní TV" na školách všech stupňů jako nepovinná forma. Na základních a středních školách byly do zvláštní TV zařazovány především děti s ortopedickým oslabením (se skoliotickým, kyfotickým, kyfolordotickým držením, s plochýma nohama atd.). Na vysokých školách vznikaly oddíly smíšené pro studující s různými typy oslabení nejen hybného systému, ale též srdečně cévního, dýchacího, nervového atd. Vývoj byl pomalý a teprve r. 1982 byla oficiálně tato forma začleněna i do dobrovolného hnutí jako tělesná výchova zdravotně oslabených a později pod názvem „Zdravotní TV". Tento název byl zaveden postupně pro všechny typy škol.

Dnes je zdravotní TV začleněna do učebních plánů na fakultách tělesné výchovy a pedagogických fakultách, kde se seznamují budoucí učitelé s tímto oborem. Různá občanská sdružení organizují vzdělávání cvičitelů zdravotní TV. Tím je dán předpoklad k významnému vlivu a rozvoji zdravotní TV (Hošková, Matoušová,1998).

Tělesná výchova zdravotně oslabených jedinců vznikla nejdříve pro děti na školách. Ukázalo se totiž, že určité procento žáků, kteří se nemohou účastnit tělesné výchovy v plném rozsahu s dětmi zdravými, nepatří ani mezi děti, které je třeba od tělesných cvičení zcela osvobodit. Potřebují specifickou formu tělesné výchovy, která by respektovala jejich oslabení a pomáhala je odstranit. První oddělení pod názvem zvláštní tělesná výchova vznikaly na školách již od roku 1949, o rok později byly zavedeny výnosem ministerstva školství na školách všech stupňů, včetně vysokých. Na nižších stupních škol byly do zvláštní tělesné výchovy zařazovány především děti s ortopedickým oslabením, se skoliotickým, kyfotickým, kyfolordotickým držením, s plochýma nohama atd., na vysokých školách vznikaly oddíly smíšené pro studující s různými typy oslabení – nejen pohybového systému, ale též srdečně-cévního, dýchacího, nervového atd. (Adamírová, 1988).

V dobrovolné tělesné výchově se objevily první oddíly pro zdravotně oslabené koncem padesátých let. Vznikaly hlavně při vysokoškolských tělovýchovných jednotách, specializovaly se na jeden druh oslabení a měly většinou výzkumný charakter. Výsledky jejich činnosti byly vědecky ověřeny.

Rekreační forma tělesné výchovy jedinců třetí zdravotní skupiny byla začleněna do organizačního systému ČSTV a to do Svazu ZRTV v roce 1982 po téměř dvacetileté obětavé přípravné práci pedagogů a lékařů pracujících v komisi zvláštní tělesné výchovy při vědecko-metodické radě ČÚV ČSTV (Adamírová, 1988).

V oddílech zdravotní tělesné výchovy je organizováno přes šest tisíc cvičenců. V současné době potřebuje vyrovnávací cvičení pro zlepšení držení těla na 70 % dětí. S přibývajícím věkem se zvyšuje i počet zdravotně oslabených. Ve středním věku do šedesáti let již jen 50 % jedinců lze počítat mezi zdravé, nad šedesát let jen 20 %.

Význam zdravotní tělesné výchovy stoupá i u dospělých, kteří již začínají trpět různými zdravotními poruchami způsobenými často sedavým zaměstnáním, jednostranným pohybovým zatížením, málo pestrou pohybovou činností a také nedostatkem pohybu vůbec. Velmi často se setkáváme s poruchami páteře, s vysokým krevním tlakem i ischemickou chorobou srdeční, obezitou, bronchiálním astmatem (Adamírová, 1988).

Lingův švédský systém zdravotního tělocviku

Ve Švédsku vybudoval pro mladou buržoazii soustavu zdravotního (léčebného) tělocviku Petr Jindřich Ling (1776 - 1839) na podkladu anatomickém a přírodovědeckém.

Mladý Petr Henrik prožíval neklidné mládí. V 17 letech zanechal studií a potloukal se západní Evropou v nejrůznějších zaměstnáních jako sluha, tlumočník, voják atd., než se znovu vrátil do Lundu na universitu, teologii studoval v Upsale. V Kodani se učil šermu od dvou francouzských uprchlíků a přesvědčil se o jeho léčebných účincích na svém churavém rameni. To ho vedlo k poznání, že je třeba propracovat tělocvik z hlediska lékařského.

V roce založení ústavu vyšlo jeho pojednání *„Několik slov o gymnastice"*. Gymnastika stejně jako hry je pro něj nejlepším prostředkem k zvýšení zdatnosti školní mládeže i vojáků. Z roku 1820 pochází jeho *„Obecný návod o užitečnosti a nezbytnosti gymnastiky pro vojáky"*. Pro potřeby vojska vydal později několik příruček - předpisů o šermu bodákem (Krátký, 1974).

Velkou pozornost věnoval správnému držení těla. Špatnými návyky a nepřiměřenými, déle trvajícími pohyby se tělo křiví. Správnými pohyby lze různé tělesné vady napravovat a odstranit. Výběr žádoucích, správně zvolna a plně prováděných, jednoduchých a přirozených cviků činí tělo zdravé a krásné.

V tělocvičné hodině se mají soustavně zaměstnat všechny svalové skupiny a vnitřní orgány. Pedagogicky vedený tělocvik rozvíjí celého člověka nejen tělesně, ale i duševně, rozumově citově a charakterově.

Ling vyučoval tělocviku a především šermu na vojenské akademii v Karlsbergu a Mariebergu. Kromě toho ještě provozoval praxi léčebného tělocviku v některých lázních, někdy již ve spolupráci s lékařem.

Ling zavedl tělocvik nejen pro zdravé, ale i pro choré, kterým se snažil vrátit zdraví tělesnými cvičeními.

Specifikum švédského systému je léčebná (zdravotní) gymnastika, rozeznávající cviky aktivní a pasivní v aplikaci prováděné koncentricky, kdy se odpor překonává, nebo excentricky, kdy se odpor klade (Krátký, 1974).

3. 3 Charakteristika zdravotní TV

Strnad (1996) definuje zdravotní TV jako formu řízené pohybové aktivity, která je podle tělovýchovně lékařské kvalifikace určena jedincům tzv. III. zdravotní skupiny.

Zdravotní TV, dříve zvláštní TV, je specifická forma tělesné výchovy pro zdravotně oslabené jedince. Je to forma moderní, jejíž význam stále stoupá vzhledem k růstu zdravotních poruch obyvatelstva.

V našem TV systému je pamatováno na TV všech osob, žen i mužů, všech věkových skupin i různých skupin pracovních, sociálních a také zdravotních.
Právě pro TV byla naše populace podle směrnic MZ ČR (č. 3/1981) rozdělena do 4 zdravotních skupin. Metodický pokyn s platností od 1. 1. 1991 toto rozdělení potvrzuje, jednotlivé skupiny a povolený druh TV charakterizuje, vymezuje výstižněji a jednodušeji (Matoušová a kol., 1992).

Zdravotní skupiny

Naše populace je podle jednotné zdravotnické klasifikace pro potřeby tělesné výchovy rozdělena do čtyř zdravotních skupin:
Skupina I - sport bez omezení
Skupina II - sport s částečným omezením
Skupina III - relativní kontraindikace ke sportu
Skupina IV - absolutní kontraindikace ke sportu

Skupina I:
Jedinci přiměřeně tělesně vyvinutí a zdraví, schopni velké tělesné námahy, s vysokým stupněm trénovanosti.
Povoluje se:
1. Trénink na úrovni všech výkonnostních kategorií a závodní provádění sportu v plném rozsahu
2. Tělesná výchova, rekreační i výkonnostní sport a turistika v plném rozsahu
3. Tělesná výchova ve školách bez omezení

Skupina II:
Jedinci zdraví s nižším stavem trénovanosti nebo s odchylkami zdravotního stavu, které nejsou kontraindikací k určenému výkonnostnímu sportu včetně sportovců hendikepovaných.
Povoluje se:
1. Specializovaný trénink a závodní provádění určeného sportu v celém rozsahu
2. Tělesná výchova, rekreační i výkonnostní sport a turistika v plném rozsahu
3. Tělesná výchova ve školách bez omezení
4. Trénink a závodní činnost hendikepovaných sportovců dle druhu postižení

Skupina III:

Jedinci se značnými trvalými nebo dočasnými odchylkami tělesného vývoje, stavby, složení těla a zdravotního stavu, které představují kontraindikaci zvýšené tělesné námahy.

Povoluje se:

1. Školní povinná tělesná výchova s úlevami podle druhu oslabení
2. Zdravotní tělesná výchova.
3. Cvičení, rekreační sport a turistika podle zvláštních osnov nebo přizpůsobeného programu

Skupina IV:

Jedinci nemocní.

Povoluje se léčebná tělesná výchova jako součást komplexní léčebně preventivní péče. Zákaz tréninku a závodění a zákaz povinné školní tělesné výchovy .

Zdravotní TV je tedy především určena zdravotně oslabeným jedincům. Zdravotní oslabení se může projevovat trvalými nebo dočasnými odchylkami tělesného vývoje, tělesné stavby a zdravotního stavu. Zpravidla není překážkou pro školní docházku a vzdělávání, ani nemusí být příčinou omezující pracovní zařazení. Tvoří však kontraindikaci zvýšené tělesné námahy při tělovýchovných činnostech, ve kterých je zdůrazňován výkonnostní aspekt (Hošková, Matoušová, 1998).

Zdravotní tělesná výchova je vhodným cvičením pro ty, kteří mají nějaké zdravotní oslabení, s nímž se buď léčí nebo byli kvůli tomu alespoň na konzultaci u lékaře. Ten jim sice nedoporučil sportovat, ale nevyloučil pohybovou aktivitu úplně - doporučil jim buď sníženou tělesnou námahu nebo speciální cvičení. Mohou sem přijít i ti studenti, kteří navštěvují hodiny zaměřené na některý sport, ale chtějí se dovědět něco víc o stavu své tělesné schránky, naučit lépe dýchat a relaxovat, příp. zbavit se svých špatných pohybových návyků.

Po ukončení jednoho roku docházky žák

- zná cviky vhodné pro své oslabení a umí je cvičit.
- má představu o stavu svého svalového a kloubního systému. Získá ji pomocí speciálních testů.
- má základní vědomosti o denním pohybovém režimu a správných pohybových návycích (správný leh, sed, stoj, zdvih břemen).
- umí správně dýchat, zná základní dechové cviky a relaxační techniky.
- všechna důležitá cvičení si může žák doma zopakovat podle animovaných podob cviků.

Program hodin zdravotní tělesné výchovy

V každé hodině se objevují určité obecně i speciálně zaměřené části. Na začátku se prozradí, co se bude dál dít, pak následuje zahřátí a protažení celého těla pomocí uvolňovacích a strečinkových cviků, většinou s klidnou, příjemnou hudbou. V další části následují protahovací a posilovací cviky zaměřené na určitou část páteře, příp. dechová cvičení či relaxace.

Zpočátku se každé nové sestavě speciálních cvičení věnujeme déle, až si základní principy cvičení všichni bezpečně osvojí.

V některých hodinách se občas objevuje i individuální forma cvičení - část hodiny si studenti opakují ty cviky, které již umí zacvičit dobře a které jsou vhodné pro nápravu jejich problému.

Hodina obvykle končí uklidněním (prohloubené dýchání, krátká relaxace) nebo je chvíli čas na ukázku vhodných postojů a poloh při různých činnostech, na problematiku volby správné, ergonomicky vhodné židle, vhodné polohy pro práci u počítače i jak si správně zařídit pracovní místo s počítačem, aby se nenamáhaly příliš oči atd.

Zdraví je nepochybně otázkou biopsychosociální. Tedy i na pohybové aktivity musíme pohlížet jako na prostředky ovlivňující nejen fyzické zdraví a kondici. V této souvislosti připomínáme požadavek somatomentální vyváženosti (Hošek, 1993). Ten vychází ze stávající preference podnětů mentálního rozvoje člověka ve výchovně vzdělávacím systému a z podceňování rozvoje tělesného.

Aplikujeme předcházející názor na předmět tělesná výchova v obecné škole. Když pomineme kvalitu kandidátů učitelství pro obecnou školu z pozic tělesné výchovy, krátkou pedagogickou praxi studentů, zjišťujeme spolu s dalšími autory, že se u vedení škol objevují konflikty vyplývající z nepochopení významu předmětu tělesná

výchova na rozvoj osobnosti žáků. Časté je špatné zařízení školy z hlediska předmětu tělesná výchova, podceňování předmětu tělesná výchova a následně i učitelů tělesné výchovy. Přílišná liberalizace pro žáky vede v hodinách tělesné výchovy k nedisciplinovanosti a k poklesu zájmu o některé tradiční tematické celky (gymnastika, atletika). Především starší učitelky nereagují na nové poznatky v oboru. Využívají tělesnou výchovu jako předmět, se kterým lze téměř libovolně disponovat.

Tento nevyvážený přístup připomíná středověké myšlení. To považovalo lidské tělo za skutečnost nižšího řádu a rozum za skutečnost řádu vyššího. Souvztažnost tělesného a duševního však byla zřejmá již ve středověku a novověk ji potvrzuje vědeckou globalitou problémů člověka (Charvát, 1973).

Bioadaptační potřeby člověka tkví v jeho fylogenezi. Technizace v posledních desetiletích navozuje lidskou hypokinezi, ohrožující člověka po zdravotní stránce biodegradací. Lidstvo slábne nedostatkem pohybu a spoře nabízené dodatkové pohybové programy nejsou pro lidí dost atraktivní. Svou sportovní orientací přinášejí uspokojení z pohybu především lidem šikovnějším a zdatnějším, zatímco pohybově průměrní a podprůměrní jsou sociálním srovnáním v pohybových aktivitách spíše frustrováni. Uvědomovaný prospěch ze cvičení nebývá vždy dostatečným motivem.

Začátek školní docházky nazývající někteří autoři (Kučera, 1990) pátou kritickou periodou života člověka. Nejzávažnějším problémem tohoto období z pohledu tělesné výchovy je omezení pohybu dítěte a působení různých druhů mimofyzické zátěže. Čím je žák mladší, tím více preferuje činnosti dynamické a dlouhotrvající pohyblivá nečinnost je pro něho unavující a zatěžující. Omezování pohybové činnosti a malá možnost přeměny statického projevu na dynamický mají za následek oslabení podpůrně pohybového systému spojeného se špatným držením těla.

Poznatky získané dlouhodobým sledováním předškolních dětí (Pařízková, 1986) poukazují na fakt, že chyby v držení těla se vyskytují u dětí a mládeže ve všech věkových kategoriích, včetně dětí předškolního věku. Příznivější vývoj v držení těla se projevoval u dětí z venkova, což může zřejmě souviset s častějším využíváním přírodních podmínek k jejich spontánní pohybové aktivitě. Stejné zjištění platí i u dětí, které vykonávaly pohybovou činnost organizovanou formou. Můžeme předpokládat, že už v předškolním věku závisí rozvoj tělovýchovné aktivity na vlivu vnějšího prostředí. Úkolem školy je reagovat na tento stav a vhodným způsobem pomáhat vzniklé disproporce kompenzovat popřípadě odstraňovat.

Učitel tělesné výchovy si musí být vědom toho, že pohybová aktivita dítěte v předškolním a mladším školním věku je přibližně 6 hodin denně (Kučera, 1990). Podle tohoto autora je naší povinností zajistit dětem ve smyslu životního minima alespoň 50 % této hodnoty. Dítě by mělo mít možnost vykonávat denně nejméně 3 hodiny tělovýchovné aktivity na úrovni všestranně rozvíjejících činností v minimálním průměrném pásmu stimulace oběhového systému 150 % klidových hodnot. To znamená u šestiletého dítěte při klidové hodnotě 95 tepů/minutu při zatížení, u desetiletého dítěte potom s 80 tepy v klidu alespoň v průměru 120 tepů/min. Jedná se o průměr tepové frekvence za celou dobu volného pohybu. U dětí hypermobilních tuto normu zvyšujeme přibližně o 20 %, u dětí hypomobilních naopak o 20 % snižujeme.

Jediným činitelem kompenzujícím hypokinezi v životě dítěte (i dospělých) je oblast tělesné výchovy. Zatím však podle našeho názoru výsledky neodpovídají očekávaným předpokladům, ani obecně známým možnostem. Dlouhodobé uspokojení v učitelské veřejnosti zdůrazňoval i mýtus o nejoblíbenějším vyučovacím předmětu, propracovaná metodika, která se v mnoha příručkách a učebnicích opisuje s minimálními úpravami, zažité formy práce, stabilizovaný obsah.

Nepodařilo se nám však u dětí vypěstovat trvalejší vztah k pravidelnému cvičení a zvýšit u nich zájem o zdravý způsob života.

Kárníková (1990) při sledování vybraných režimových ukazatelů žáků základních škol v Praze zjistila, že tendence k hypodynamice se vyskytuje už v dětské populaci. Více jak třetina sledovaných žáků se zúčastňuje jen povinných dvou hodin tělesné výchovy ve škole. Plnohodnotnou formu aktivního pohybu,jako je pohyb na čerstvém vzduchu po dobu dvou hodin denně sice využívalo více jak 50 % sledovaných žáků, ale jen v prvním a druhém ročníku základní školy. Nejhorší situace byla u žáků pátých až osmých tříd, kde 50 % z nich nemá pohybovou aktivitu ani jednu hodinu denně mimo školní tělesné výchovy. Zajímavé zjištění dokládá Ryba (1990). V několikaletém sledování sportovních a nesportovních tříd prokázal, že pohybové zatížení u sportovní třídy je jen o málo vyšší, než současné požadavky na optimální zatížení žáků v tělesné výchově a mimoškolní pohybové aktivitě odpovídající věkové populace.

Nedostatečná pohybová aktivita přináší nepochybně zdravotní komplikace. Na tělovýchovné a sportovní aktivity však nelze pohlížet jako na prostředky ovlivňující pouze fyzické zdraví a kondici. Ve školách stále nejsou doceňovány psychoregenerační a psychorelaxační účinky těchto aktivit, které se pozitivně projevují dokonce dříve, než např. snížení hmotnosti či zvýšení kondice. Problém lidské kondice je v praxi obtížně

dělitelný na tělesný a duševní. Např. většina případů obezity není jen somatický problém, ale problém mentálně podmíněné nestřídmosti v jídle a neochoty přiměřenému energetickému výdaji.

Nepostradatelná funkce pohybových aktivit pro děti je funkce socializační. Pohybové aktivity jsou vhodnou náplní volného času a působí jako preventivní prostředek proti nežádoucím sociálním jevům, jako je užívání drog, vandalismus apod. Tělesná cvičení podle Nešpora (1994), pokud jsou přiměřená věku, prokazatelně snižují úzkost i lehké a středně těžké deprese. Jedná se tedy o relativně velmi bezpečný nefarmakologický způsob, jak ovlivnit vlastní duševní stav. To může pro část populace představovat zdravou alternativu zneužívání návykových látek.

Předpokládá se, že tělesná cvičení a sport vedou k sekreci endorfinů a mohou tedy navodit pocit euforie. Opět se tedy jedná o relativně bezpečnou a přirozenou alternativu využívání návykových látek. Přiměřená tělesná cvičení mají příznivý efekt na fyzické a duševní zdraví a jsou dobrou prevencí řady chorob, které by jinak mohly vyžadovat léčbu léky, u nichž je riziko návyku. Pravidelné provádění tělesných cvičení tedy vede k vytváření zdravého životního stylu. Snaha po sportovním výkonu u mládeže podle našich zkušeností (Ryba, 1993) může vést k tomu, že mladý člověk nekouří, snaží se žít zdravě, pečuje o své zdraví a vyhýbá se návykovým látkám.

Domníváme se, že cílem školní tělesné výchovy je vytváření pozitivního postoje a vztahu žáka k tělovýchovné činnosti. Tím však může školní tělesná výchova přispívat i k pozitivnímu chápání života.

3. 4 Cíle a úkoly zdravotní tělesné výchovy

Cíle a úkoly tělesné výchovy osob třetí zdravotní skupiny (zdravotně oslabených) jsou jednak obecné, totožné s cíly a úkoly tělesné výchovy zdravých osob, jednak speciální, platné pro různé skupiny oslabení nebo pro jeden druh, typ oslabení.

Nejdůležitějším úkolem je vyrovnat oslabení tam, kde je to možné, kde ještě nedošlo k fixaci vady, choroba není chronická, a stabilizovat oslabení, zabránit zhoršování u oslabení fixovaných. Dále je třeba zlepšit celkový zdravotní stav, pozitivně působit na další negativní důsledky oslabení, které se mohou projevovat ve sféře fyzické i psychické vlivem dlouhodobého onemocnění, hospitalizace, těžkého úrazu apod. Mohou to být nedostatky v rozvoji základních pohybových vlastností, tělesné zdatnosti a výkonnosti, v morálních vlastnostech (např. nedostatek odvahy,

smyslu pro kolektiv, zdravého sebevědomí, pocity méněcennosti) apod. (Adamírová, 1988).

Kromě toho existují ještě specifické úkoly pro jednotlivé skupiny nebo druhy oslabení, např. pomáhat snižovat zvýšenou hmotnost u otylých, pozitivně ovlivnit dýchací funkci u jedinců s chronickými bronchitidami, bronchiálním astmatem, zvýšit kardiopulmonální výkonnost osob s oslabením srdečně-cévního systému, využít uklidňujícího vlivu relaxačních cvičení i vhodné tělovýchovné aktivity na jedince s různými druhy neuróz atd.

Z tohoto výčtu vyplývá, že i plnění úkolů obecných bude u zdravotně oslabených cvičenců obtížnější než u cvičenců zdravých. Tělovýchovný proces je náročnější a klade zvýšené požadavky na cvičitele, na spolupráci lékař – cvičitel – cvičenec.

U dětí k tomu přistupuje požadavek na úzkou spolupráci rodičů (Adamírová, 1988).

Z komplexního pohledu cílem zdravotní TV je racionálním způsobem odstranit nebo zmírnit zdravotní oslabení a posílit organismus. Tím vytvořit předpoklady pro všestranný harmonický vývoj oslabeného jedince, aby se i on mohl plně uplatnit a realizovat ve společenském životě a stal se jeho tvůrčím činitelem. Poskytnout mu možnost sportovního vyžití v rozsahu, jaký odpovídá jeho schopnostem a zdravotnímu stavu.

Tomuto cíli jsou podřízeny zdravotní, vzdělávací a výchovné úkoly tělovýchovného procesu:

a) zdravotní

- příznivě ovlivňovat stupeň zdravotního oslabení až k jeho vymizení či kompenzaci podněcováním (stimulací) funkcí jednotlivých tkání, orgánů a organismu
- u dětí a mládeže podílet se na formování organismu, jeho jednotlivých částí a utváření funkcí
- zvyšovat funkční výkonnost organismu a celkovou zdatnost, působit na udržování stálosti vnitřního prostředí v mezích zdravotních možností.

b) vzdělávací

- vybavit cvičence základními pohybovými dovednostmi a návyky s ohledem na stupeň oslabení
- prohloubit znalosti o vlastním oslabení a o možnostech jeho ovlivňování

c) výchovné

- vést cvičence k trvalému pohybovému režimu a k dalším hygienickým návykům, které se stanou součástí péče o vlastní tělo
- utvářet pocit sebedůvěry ve vlastní síly a schopnosti, k životnímu optimismu, který pomáhá překonávat dočasné případně i trvalé zdravotní obtíže a přináší radost a uspokojení (Matoušová a kol., 1992).

3. 5 Organizační formy zdravotní tělesné výchovy

Ve zdravotní TV se používají následující organizační formy:

1. cvičební jednotka
2. půldenní, jednodenní, dvoudenní a víkendové akce
3. letní a zimní soustředění

Cvičební jednotka

Je základní organizační formou práce v zdravotní TV. Zajišťuje:

- pravidelnost a obsahovou návaznost v TV procesu
- stálý kontakt s cvičitelem, se kterým se cvičenec může poradit o svých potížích, o domácím cvičení, o pohybovém režimu atd.
- pravidelný kontakt s kolektivem cvičenců stejné zdravotní i výkonnostní úrovně, stejného věku, ve kterém se mohou cítit dobře, bez ostychu a pocitu méněcennosti (Matoušová a kol., 1992).

Charakteristika vyučovací jednotky zdravotní tělesné výchovy

Základní formou zdravotní tělesné výchovy je vyučovací jednotka. Má jasně formulované dílčí výchovně vzdělávací cíle, jejichž plnění je v souladu se stanovenými výchovně vzdělávacími cíli tematických celků speciálního učiva a učiva pro všestranný tělesný a pohybový rozvoj (Pernicová, 1993).

Její obsah a organizaci ovlivňuje řada faktorů. Například:

- věkové zvláštnosti žáků (vjemy, představy, úroveň pozornosti, myšlení a motoriky, zájmy, city aj.)
- zastoupení jednotlivých zdravotních oslabení v oddělení ZTV (homogenní oddělení se skupinami oslabení A a B, popřípadě i C)
- předchozí pohybové zkušenosti žáka (žák již cvičil ve ZTV)
- odborná úroveň a pedagogická zkušenost učitele
- materiální podmínky pro vedení vyučovací jednotky

Vnější stavbou se vyučovací jednotka zdravotní tělesné výchovy výrazně neodlišuje od vyučovací jednotky tělesné výchovy. Zásadní rozdíly se však projevují v obsahu učiva a ve volbě forem a metod práce se zdravotně oslabenými žáky ve speciální části vyučovací jednotky. Do jisté míry je však třeba respektovat i způsob a hodnoty funkčního a emočního zatěžování organismu žáků v kondiční části vyučovací jednotky, aby jejich odezva měla pozitivní vliv na utváření a další rozvoj orgánů (Pernicová, 1993).

Trvání cvičební jednotky se pohybuje mezi 45 - 60 minutami, zřídka trvá až 90 minut. Záleží to nejen na zdravotním stavu cvičenců, ale často na materiálních podmínkách. Frekvence cvičebních jednotek je 1 - 3x týdně. Větší počet je zárukou intenzivnějšího působení cvičitele na oslabené cvičence. Často se přizpůsobujeme možnostem cvičenců a materiálním podmínkám (Matoušová a kol., 1992).

Výběr se provádí tak, aby byly návazně plněny dílčí úkoly a bylo dosaženo cíle zdravotní TV. Cvičební jednotka ve shodě se Srdečným (1977), Belšanem (1980), Pernicovou (1993), Hoškovou, Matoušovou (1998) má tyto části v tomto časovém rozložení.

a) V úvodní části (1/9 času), cvičitel seznámí cvičence s cílem i obsahem cvičební jednotky. Následuje příprava na další zatížení s využitím chůze, krokových variací, střídání chůze a běhu, jednoduchých průpravných cvičení, pohybových her atd. Ve srovnání se zdravými cvičenci je zahřátí organismu pozvolnější, zatížení nižší.

b) Ve vyrovnávací části (4/9 času), je těžiště cvičební jednotky. Obsah tvoří základní vyrovnávací prostředky - cvičení pro správné držení těla, cvičení dechová a relaxační. Jsou společným programem pro jednotlivé druhy oslabení. Jsou to cvičení, kterými se snažíme o uvolnění celkové (psychické i fyzické) a lokální. Dále sem patří cvičení protahovací (na protažení zkrácených svalů) a posilovací, která zvyšují svalový tonus i sílu svalů. Cílem je dosáhnout svalové rovnováhy. Důležité místo mají i cvičení mobilizující k uvolnění kloubových blokád, zmírnění křečovitého stahu (spasmu) okolo kloubu, k zvýšení pohyblivosti ztuhlých kloubů nebo cvičení stabilizační, která zpevňují kloubní spojení, snižují hypermobilitu. Nedílnou součástí jsou cvičení pro vypěstování návyku správného držení těla, pro vyrovnávání vadného držení nebo pro stabilizaci vad.

Nutný je i nácvik správného dýchání, plného dechu i dýchání lokalizovaného, zaměřeného již na jednotlivé druhy oslabení. V této části klademe důraz na přesné zvládnutí cviku, procítění jeho účinku při zachování všech metodických zásad. V závěru této části a u pokročilých cvičenců můžeme uplatnit cvičení s náčiním a s hudebním doprovodem.

c) V rozvíjející (kondiční) (3/9 času), části mohou být ještě zařazena cvičení vyrovnávací formou pohybových her, taneční průpravy nebo cvičení na nářadí, abychom se přesvědčili, do jaké míry jsou již pohybové návyky upevněny. Cílem je však odstranit nedostatky v pohybových schopnostech, přispět k všestrannému pohybovému vzdělání, osvojit si základní technické dovednosti některých sportů.

Základ této části tvoří cvičení na rozvoj pohybových schopností, na zvýšení celkové zdatnosti a zlepšení činnosti vnitřních orgánů, především srdečně-cévního a dýchacího systému. Zvláštní pozornost věnujeme nácviku vytrvalosti a přiměřenému dávkování zatížení. Zde bereme zřetel a i na zájem cvičenců a volíme prvky a některé formy gymnastiky (kondiční, rytmické), průpravu míčových her (odbíjené, košíkové, kopané), někdy i samotnou hru podle přizpůsobených pravidel.

d) Závěrečná část (1/9 času), obsahuje činnosti, které uvolňují fyzické i psychické napětí, navozují psychickou rovnováhu a pohodu. V návaznosti na obsah předcházejících částí se mohou zařazovat cvičení dýchací, relaxační, pomalé hry, tance, cvičení rytmu a rovnováhy, cvičení nervosvalové koordinace apod. V této části je vhodné zadávat a kontrolovat domácí cvičení. Nemělo by se zapomínat ani na zpěv, pochod se zpěvem (Matoušová a kol., 1992).

3. 6 Zdravotní tělesná výchova a kondiční cvičení ve školní tělesné výchově

Životní styl a vztah k vlastnímu zdraví se vytváří během života člověka v závislosti na mnoha faktorech, mezi něž patří výchova, vzdělání, zkušenost, sociální prostředí, profese a další. Žák stráví značnou část života v prostředí školy. V této době na něj vedle školy působí zejména rodina. Pokud ta nevede dítě k vytváření hodnotového systému, v němž jsou zásady zdravého životního stylu na předním místě, je působení školy v podstatě nenahraditelné. Úroveň zdravotně orientované zdatnosti není určena výkonnostními normami vztahujícími se k určitému věku jedince, ale individuálními potřebami člověka (Mužík, Tupý, 1999).

Výzkumy lékařů prokazují vzrůstající trend ve zdravotním oslabení žáků ZŠ a to především:

- oslabení pohybového aparátu
- oslabení respiračního systému
- psychická oslabení způsobená nadměrnou psychickou zátěží

Tato oslabení nejsou dostatečně kompenzována. Současné učební programy staví na rozšíření pohybové nabídky žákům a na důslednější zařazování pohybových činností se zdravotním zaměřením do povinné TV i do dalších aktivit v režimu dne. Mezi základní pojmy nového pojetí TV patří:

Zdravotně orientovaná tělesná zdatnost je definovaná jako zdatnost ovlivňující zdravotní stav nebo vztahující se k dobrému zdravotnímu stavu a působící preventivně na zdravotní problémy vzniklé v důsledku hypokineze. Umožňuje člověku vyrovnávat se s pracovním a dalším zatížením a věnovat se v dostatečné míře pohybové činnosti ve volném čase. Do zdravotně orientované zdatnosti se řadí:

1. Aerobní zdatnost je způsobilost přijímat, přenášet a využívat kyslík, produkce aerobní energie, cílem jsou změny dýchání, činnosti srdce a krevního oběhu.

2. Svalová zdatnost je složitý celek, k němuž patří svalová síla, svalová vytrvalost a flexibilita, optimální svalová zdatnost je důležitým předpokladem svalové rovnováhy nezbytné pro správné držení těla, souvisí úzce s tělesným zdravím. Další složky svalové zdatnosti jsou rychlost a výbušnost krátkodobých pohybů, rovnováha, koordinace pohybů a způsobilost měnit rychle postavení a směr.

3. Složení těla je dáno zejména poměrem množství podkožního tuku a ostatní tělesné hmoty, u dětí mladšího školního věku by neměl podíl tuku přesáhnout 10% (Mužík, Tupý, 1999).

Zdravotně orientovaná tělesná výchova je tělesnou výchovou pro všechny, nezaměřuje se na prosazování pohybově nadaných žáků, ale snaží se získat pro trvalou pohybovou aktivitu co nejvíce dětí. Předpokládá se, že tohoto cíle bude dosaženo při plnění následujících úkolů:

1. Už v období do 10 let věku je třeba vytvořit kladný vztah dětí k pohybové činnosti. Snažíme se o to pestrou nabídkou pohybových aktivit, v nichž není důležité plnit výkonnostní normy, ale cílem je kladný prožitek z pohybové činnosti.
2. Pohybové učení zůstává součástí zdravotně orientované TV, protože trvalá pohybová aktivita předpokládá jistou dovedností úroveň žáků.
3. Trvalá pohybová aktivita vyžaduje určitou úroveň tělesné zdatnosti i psychické odolnosti žáků. Žáci jsou proto cíleně a přiměřeně uváděni do stavu fyzického zatížení, je jim však srozumitelně vysvětlován účinek různých druhů fyzického zatížení na jejich organismus a zdravotní význam pohybových činností.
4. Tělesná výchova musí být spjata s preventivním a systematickým působením na tělesné, ale také psychické a sociální zdraví žáků. Do TV a celodenního režimu dětí jsou ve zvýšené míře vkládána kompenzační cvičení a pohybově rekreační činnosti, a to v rámci tělovýchovných chvilek, rekreačně pohybových přestávek, v povinných a zájmových předmětech apod.
5. Účinný pohybový režim nemůže být zabezpečen pouze školou. Součástí TV je proto i přenesení pohybové aktivity mimo školu (např. plnění dobrovolných pohybových domácích cvičení) a spolupráce s rodiči (Mužík, Tupý, 1999).

3. 7 Pohybový systém

Držení těla je složitý vnější projev stavu hybného systému člověka, který je vymezen tvarem páteře, stavem kosterního svalstva, psychickým stavem, věkem a dalšími četnými vlivy. Lékaři rozlišují držení těla podle určitých standardních postojů na držení: výtečné, dobré, chabé a špatné, přičemž první dva druhy držení posuzují jako normální a druhé dva jako držení vadné (Kubát, 1993).

Pro každého člověka je důležité, aby si zachoval dobré držení těla a neustále zdokonaloval tento pohybový návyk. Držení těla je výsledkem určitého tvaru zad, práce svalů a funkce zad. Je to vzájemná poloha končetin, trupu a hlavy při dané poloze anebo činnosti, ale i jejich vzájemná pohyblivost.

Důležitým předpokladem držení těla je aktivita neurofyziologických a centrálněnervových regulačních mechanizmů, které ovládají posturální funkci a jejich koordinaci. Významným pro držení těla je celková funkční zdatnost organismu.

Správné držení těla můžeme charakterizovat takto: hlava je vzpřímená, krk vytažený nahoru, brada svírá s krkem úhel 90^0, hrudní kost směřuje vpřed a nahoru, lopatky jsou stažené dozadu a dolů, sedací svaly stáhnuté, pánev podsazená, břišní svaly stáhnuté dovnitř, chodidla postavená rovnoběžně, prsty nohou rozložené rovnoměrně na podložce, hmotnost těla na malíčkové straně nohy (Labudová, 1989).

Držení těla významně ovlivňuje poloha pánve. Právě od schopnosti ovládat postavení pánve závisí, jestli si žák dokáže vědomě kontrolovat, případně upravovat držení (Čermák, 1976).

V této poloze pánev balancuje, takže její držení je závislé od souhry svalů přední a zadní strany trupu. Při převaze jedné valové skupiny nad druhou se zvětšuje nebo zmenšuje sklon pánve. Každé takovéto postavení pánve špatně ovlivňuje křivku zad. Souborem specifických cvičení můžeme postupně vytvářet u oslabeného žáka předpoklady uvědomení si správného postavení pánve, aby se nadzdvihl souvislý pohyb zad a funkční připravenost svalů (Labudová, 1989).

Správné držení těla

Správné držení těla je držení, kdy rozdíl mezi bazálním metabolismem a metabolismem v dané poloze je co nejmenší. Jinými slovy, pro zachování rovnováhy při náročných posturálních polohách je zapotřebí co nejméně energie (Skopová, Zítko, 2005).

Jaroš považuje za správné takové držení těla, které bychom mohli označit jako držení klidové, jehož dosáhneme v držení v pozoru tak, že necháme uvolnit, ne však ochabnout, svalstvo. Frejka pokládá za správné takové držení těla, při němž se páteř, pokud možno stále, tedy i v klidu, drží zpříma. Čím je rozdíl mezi klidovým a vzpřímeným postojem větší, tím je držení páteře horší.

Spustíme-li ze záhlaví - hrbolu kostí týlní - kolmici, musí se tato kolmice dotknout hrudní kyfózy, projít mezihýžďovou rýhou a skončit ve středu přímky, která spojuje konce pat. Nebo můžeme vést kolmici z mečovitého výběžku kosti hrudní, pak musí být břicho při správném držení těla za touto kolmicí (Srdečný, 1982).

V metodickém dopise „Zdravověda" (učební texty pro cvičitele ZdrTV vydané v r. 91) autoři vysvětlují podstatu statické a dynamické funkce hybného systému a mimo jiné konstatují:

„..... *že za správné držení těla* je považováno takové držení, kde účinek gravitace je plně kompenzován vnitřními silami a kde nelze zjistit zřejmé známky oslabení či přímo funkční selhání některé složky podpůrného pohybového systému. Držení těla je tím lepší, čím více se blíží ideálnímu držení těla" (Matoušová a kol., 1992).

Zásady správného držení těla:

1. Hlava vzpřímena, vytažena vzhůru, při stoji zády ke stěně se dotýká hrbol kostí týlní této stěny, brada s krkem svírá úhel asi 90^0 C, pohled vpřed.
2. Ramena jsou mírně stažena vzad a dolů.
3. Hrudník rozšířen, břicho zataženo.
4. Horní část pánve je vytočena vzad, dolní část vpřed stahem břišního a hýžďového svalstva.
5. Dolní končetiny jsou napjaty v kloubech kolenních, váha těla přenesena vpřed a na vnější část chodidel (Srdečný, 1982).

Popis správného držení těla v ideálním postoji

Při ideálním postoji jsou

- nohy volně u sebe, kolena a kyčle nenásilně nataženy
- pánev je v takovém postavení, aby hmotnost trupu byla vycentrována nad spojnicí středů kyčelních kloubů
- páteř má být plynule fyziologicky zakřivena
- ramena volně spuštěna dolů a dozadu tak, že se jejich hmotnost přenáší spíše na páteř než na hrudník
- lopatky jsou celou plochou přiloženy k zadní straně hrudníku
- hlava má být postavena tak, aby spojnice horního okraje zevního zvukovodu a dolního okraje očnice probíhala vodorovně
- těžnice těla prochází v bočném průmětu od bradavkového výběžku za boltcem ušním přes tělo sedmého krčního obratle páteře, kterou znovu protíná v místě přechodu hrudního oddílu páteře v bederní, dále sestupuje přes kyčelní kloub a před osou kloubu kolenního do středu chodidla (Matoušová a kol., 1992).

Vzpřímené držení těla můžeme pokládat za individuální posturální program, který vznikl během pohybového vývoje daného individua. Je výsledkem složitých reflexních dějů, tzv. posturálních reflexů. Tyto složité reflexy orientují tělo v prostoru, slouží k udržení zaujaté polohy - vzpřímeného postoje. Za účasti mozkové kůry vzniká jakýsi individuální program výkonu posturální funkce - posturální stereotyp. Pro každého jednotlivce tedy platí, že nejlepší postoj je takový, při kterém jsou jednotlivé sektory posturálního systému harmonicky vyváženy a potřebují nejmenší svalovou práci pro udržení nejlepší stability (Véle, 1995).

Za vzpřímené držení těla můžeme také považovat takové držení, kde účinek gravitace je plně kompenzován vnitřními silami a kde nelze zjistit zřejmé známky oslabení či přímo funkčního selhání některé složky podpůrného pohybového systému. Držení těla je tím lepší, čím se více blíží ideálnímu postoji.

Udržování vzpřímeného držení je proces vyžadující souhru svalů, které se na něm podílejí. Jejich činnost řídí CNS. Na svalovou aktivitu jsou kladeny vyšší nároky, vyšší nároky jsou kladeny i na koordinační funkci řídícího NS, který musí dokonale vyvažovat stálý vliv gravitace. Posturální funkce, která zajišťuje vzpřímené držení probíhá subkortikálně v podvědomí a vnímáme ji pouze jako pocit posturální jistoty.

Korekce vadného držení není tedy snadná. Chceme-li napravit vadné držení, musíme změnit posturální režim a dostat ho jako program do podvědomí (Hošková, Matoušová, 1998).

Názory na možnost „změnit" nebo „zlepšit" navyklé držení těla, které se stalo již určitým standardním posturálním programem, se různí podle autorů různých škol. Podle Véleho (1995) se lze domnívat, že dočasná obměna držení (modulace posturálního programu) je poměrně snadno možná, ale trvalá přestavba posturálního programu vyžaduje delší proces, který přeprogramuje již zafixovanou tendenci k navyklému držení. V tělovýchovné praxi bychom neměli zapomínat na to, že u jedinců je držení těla závislé na mnoha somatických a psychologických faktorech. Držení těla posuzujeme individuálně. Bereme v úvahu, že je to způsob, jakým se každý jedinec vyrovnává se statickými nároky vzpřímené polohy těla - je to specifický způsob adaptace člověka na zemskou tíži.

Každému je vlastní jeho charakteristické držení. Během vývoje se posturální stereotyp neustále přepracovává v důsledku změn tělesných proporcí, rozložení hmoty těla, prosazují se vrozené i získané faktory, jak je konstituce, pohlaví, výživa apod. Posturální stereotyp se mění i pod vlivem podnětů z oblasti psychické.

Držení těla je určováno postavením pánve, hlavy a dolních končetin. Postavení pánve má klíčový význam. V pánvi se nalézá těžiště těla, je základnou pro páteř, která je indikátorem všech změn. Z pánve vycházejí pohybové činnosti velkého rozsahu.
Hlava má vedoucí postavení ve vedení, řízení směru pohybové činnosti. Dolní končetiny zajišťují základní lokomoční pohyb - chůzi. Pánev, hlava a dolní končetiny jsou ve svém postavení ovlivňovány napětím svalových skupin, které obklopují.
Vzpřímené držení těla zajišťuje především axiální systém. Zahrnuje svalstvo kolem páteře i svalstvo činné při dýchání (Hošková, Matoušová, 1998).

Vadné držení těla

Vadné držení těla můžeme charakterizovat jako poruchu posturální funkce. Řadíme ji k funkčním poruchám hybného systému. Podle různých autorů je celá řada faktorů podílejících se na vzniku vadného držení těla. Mezi vnitřní faktory můžeme řadit vrozené vady (např. vady zraku či sluchu, neprůchodnost dýchacích cest, zpožděný duševní vývoj a další), úrazy, prodělaná onemocnění. V četnějších případech působí vnější faktory, např. nedostatek svalové činnosti, jednostranné zatížení se statickými přetěžováním, nevhodné pohybové návyky (Hošková, Matoušová, 1998).

Vadné držení těla je takové, které vykazuje odchylky od správného a tyto odchylky nejsou ještě trvale fixované – lze je tedy cvičením odstranit či minimalizovat (Skopová, Zítko, 2005).

Za nesprávné držení těla označujeme takové držení těla, u kterého nacházíme odchylky od správného držení těla. To znamená, že např. kolmice spuštěná z hrbolu kosti týlní se nedotýká hrudní kyfózy, nespadá do mezihýžďové rýhy, nebo neprochází středem mezi patami apod. Tato oslabení nejsou trvalá a lze je vyrovnat vlastním svalových stahem.

Podle Jaroše nejčastější ortopedické vady ve školním věku jsou kulatá záda celková (totální), kulatá záda s bederním prohnutím (kyfolordóza), kulatá záda (hrudní kyfóza), plochá záda, skoliotické držení, ploché nohy, vbočená a vybočená kolena. Pokorná doplňuje tato ortopedická oslabení o celkovou uvolněnost svalového a vazivového aparátu, dále o drobné funkční poruchy rozvíjení páteře.

Příčiny nesprávného držení těla mohou být vrozené nebo získané. Za vrozené považujeme celkové fyzické oslabení, svalové oslabení, opožděný vývoj. Získanými příčinami mohou být stavy oslabení po přestálých chorobách, málo pohybu, nedostatečný počet hodin tělesné výchovy, špatně a málo prováděná tělesná výchova a konečně vliv jednostranného zatížení ve školách i v zaměstnání (Srdečný, 1982).

3. 7. 1 Poruchy funkce svalových skupin

Jde zejména o zkrácené svaly převážně posturální a oslabené svaly převážně fázické, a z toho plynoucí svalové nerovnováhy. Tyto svalové nerovnováhy jsou pak příčinou i dalších poruch základních pohybových stereotypů (Pernicová, 1993).

U každého jedince je stav zkrácených a oslabených svalů jiný a jevem ne zcela vzácným je, že svaly zařazené v tabulce do jedné skupiny se u konkrétního člověka vyskytnou ve skupině druhé. Tak např. u dívek, které se věnují dennímu cvičení břicha pouze ve zkráceném rozsahu a bez patřičné kompenzace, se mohou vyskytnout „zkrácené“ břišní svaly. U lidí se sedavým zaměstnáním jsou časté sice zkrácené, ale zároveň ochablé vzpřimovače trupu v oblasti beder apod. (Tlapák, 2004).

Svaly s tendencí k oslabení

Flexory prstů na noze, přední sval holenní, obě hlavy (hlavně vnitřní) čtyřhlavého svalu stehenního, hýžďové a břišní svaly, rotátory páteře, vzpřimovače páteře v oblasti hrudníku, střední a spodní trapéz, zadní část svalu deltového, vnější rotátory pažní kosti (sval podhřebenový a malý sval oblý), rombické svaly, pilovitý sval přední, natahovače (extenzory) horní končetiny, horní vlákna velkého svalu prsního, hluboké ohybače krční páteře.

Svaly s tendencí k tuhosti, hyperaktivitě a ke zkrácení

Lýtkové svaly, zadní strana stehen (hamstringy), adduktory stehna, kyčelní ohybače (bedrokyčlostehenní a přímý sval stehenní), napínač povázky stehenní, čtyřhranný sval bederní, hluboké svaly podél páteře (paravertebrální svaly), a to hlavně v oblasti beder a krku, dolní vlákna velkého svalu prsního a širokého svalu zádového, horní vlákna trapézového svalu, zdvihač lopatky, sval podlopatkový, zdvihač hlavy, svaly kloněné (Tlapák, 2004).

3. 7. 2 Poruchy páteře – odchylky předozadního zakřivení

Lehká fyziologická kyfóza hrudní páteře se může při nedostatku vhodných pohybových podnětů a cvičení kompenzačního charakteru vystupňovat ve výraznější deformitu, kterou nelze svalovým úsilím vyrovnat. Od ní je někdy obtížné odlišit tzv. „kulatá záda“, podmíněná mnohdy dědičně. Kyfózy je možno rozdělit na vrozené a získané. Vrozené kyfózy vznikají na podkladě deformity obratlů (klínový obratel, chybějící obratel aj.). Nejčastější formou získané kyfózy je Scheuermannova choroba vznikající mezi 8. až 18. rokem. Představuje závažné onemocnění, u kterého po odeznění obtíží (bolesti nejčastěji v bederní oblasti) zůstává trvalá deformita – fixovaná kyfóza – na podkladě klínové deformace obratlů a zúžení meziobratlových prostorů. U lehkých fyziologických kyfóz zaměříme vyrovnávací proces na odstranění svalové nerovnováhy na přední a zadní straně hrudníku. U vrozených a získaných kyfóz je třeba z pohybového režimu oslabených dětí vyloučit přetěžování páteře. Vyrovnávací úsilí ve vyučovacích jednotkách ZTV především zaměříme na posílení zdravotního stavu dítěte hraje pravidelné domácí cvičení a plavání (Pernicová, 1993).

Poruchy páteře – vybočení páteře do strany

V této souvislosti hovoříme o skoliózách, které patří k vážným vadám páteře. Podle jejich druhu a stupně závažnosti je dělíme na nestrukturální a strukturální, podle umístění křivky na torakální, lumbální, torakolumbální a na skoliózy s jednoduchou, dvojitou nebo mnohočetnou křivkou (Pernicová, 1993).

Nestrukturální skoliózy představují méně závažný typ skolióz. Mají příznivou prognózu a vzhledem k volbě správného pohybového režimu je nezbytné je včas odlišit od skolióz strukturálních, které vyžadují pravidelné lékařské sledování a často i speciální cvičení. Nejjednodušší pomůckou k posouzení typu skoliózy je pozorování dítěte v předklonu a sledování tvaru páteře, je-li přítomná fixovaná odchylka od osy páteře a rotace obratlů, typické znaky strukturální skoliózy. Nejčastějším typem skoliózy této skupiny je skolióza posturální s křivkami mírného typu v hrudní nebo bederní krajině, bez rotace nebo jiných změn obratlů. Křivka vymizí aktivním svalovým úsilím, při výponu na špičkách s rukama ve vzpažení, vleže nebo v předklonu. V průběhu dospívání se obvykle nehorší a při vhodném pohybovém režimu (včetně rekreačního sportu) vymizí v dospělosti bez léčení. Do této skupiny také patří skoliózy kompenzační (u zkrácené dolní končetiny nebo asymetrie pánve) a hysterické (u dívek v pubertálním období) aj.

Strukturální skoliózy představují závažné onemocnění páteře s rotací obratlových těl a trnových výběžků. Rozpoznání počínající skoliózy může být obtížné (příznaky pozvolného vybočování mohou být zpočátku neurčité, skolióza se nemusí projevovat bolestí). Při vyšetření pozorujeme nestejnou výši ramen, asymetrii boků a hýždí, nerovnoměrné rozvíjení páteře v předklonu, stranové rozdíly v pohyblivosti trupu aj. Pro stanovení diagnózy a léčebného postupu je nezbytné RTG vyšetření a na jeho základě se posuzuje další vývoj skoliózy (Pernicová, 1993).

Poruchy stavby dolních končetin

Nejčastější vrozenou vadou je vrozené vykloubení kyčelních kloubů, které je dnes díky vypracovanému systému sledování všech dětí včas léčeno. Přesto porucha poměrů zatížení v kyčelních kloubech u některých dětí přetrvává a vyžaduje zařazení do zdravotní tělesné výchovy. Vyrovnávání se zaměřuje na zabezpečení svalové rovnováhy zejména v kyčelní a pánevní oblasti dodržováním zásady šetřit dítě *před nárazy* při doskocích a přetěžováním postiženého kyčelního kloubu. Současně se zaměřuje na správné držení těla zejména při chůzi (Pernicová, 1993).

Deformity kyčelního kloubu ve smyslu coxa vara (postavení do O) a coxa valga (postavení do X) mohou být vrozené nebo získané na podkladě nejrůznějších poruch. Lehčí kompenzované formy jsou zařazovány do zdravotní tělesné výchovy, jejímž úkolem je zajištění správného držení těla a svalové rovnováhy. Juvenilní aseptické nekrózy kyčlí se objevují mezi 2. až 12. rokem, u chlapců častěji a po dlouhodobém léčení lze kompenzované stavy zařadit i do zdravotní tělesné výchovy s výše uvedeným cílem (Pernicová, 1993).

Poruchy osy končetiny ve smyslu valgozity a variozity se objevují i v oblasti kolenních kloubů – vbočená nebo vybočená kolena. Příčiny jsou různé a kompenzované stavy se zařazují do zdravotní tělesné výchovy se stejnými úkoly a cíli, jak je uvedeno výše. Nejčastější deformitou nohy postihující více chlapce je vbočená noha různého stupně, často spojená se zkrácením trojhlavého lýtkového svalu, který je nutno protahovat. Správnou anatomickou polohu pomáhají zajišťovat příslušné svaly (Pernicová, 1993).

3. 8 Zdravotní oslabení u dětí

V každé věkové skupině musíme vždy přihlížet k změnám, které může způsobit oslabení nejen ve sféře fyzické, ale i psychosociální, protože každá odchylka od zdravotní normy je záležitostí nejen postiženého orgánu, systému, nýbrž celé osobnosti. Např. viditelná vada může vyvolávat ostych před kolektivem, snahu uzavřít se do samoty. Dlouhodobé upoutání na lůžko se může projevovat ještě po uzdravení sníženou výkonností a tělesnou zdatností, také strachem z přetížení, obnovy nemoci.

Se změnami v oblasti fyzické, funkční nás seznamuje lékař, následky oslabení v rozvoji pohybových vlastností a schopností se naučí ohodnotit každý cvičitel zdravotní TV, ale oblast psychosociální bývá složitá. Proto pokládáme za nutné upozornit na některé důležité okolnosti, s kterými by se měl postupně cvičitel u každého cvičence seznámit a brát na ně zřetel při výchovně vzdělávacím působení (Adamírová, 1988).

3. 8. 1 Charakteristika tělesného vývoje v předškolním věku

Předškolní věk je věková kategorie, v které ještě není dostatek zkušeností ve zdravotní TV a je třeba při teoretických rozborech čerpat především ze zkušeností léčebné tělesné výchovy, protože je velmi důležitá. Toto věkové údobí může totiž ovlivnit celý život. Právě v této době začíná dítě vyžadovat společnost a navazuje vztahy mimo rodinu. Jakákoliv izolace způsobená vadu nebo nemocí se může projevit nepříznivě a je třeba ji omezit na dobu co možná nejkratší.

Při zatěžování oslabeného dítěte v tomto období musíme mít na mysli, že i zdravé dítě po 15 – 20 minutách přestává mít zájem o jednu činnost. Oslabené dítě může být ještě snadněji unavitelné. Je možné cvičit krátkodobě a častěji, je nutné i vyrovnávací cvičení emocionálně motivovat: napodobivá forma, zařazení her. Hry mohou být zařazovány jako kondiční vložky mezi cvičení vyrovnávací. Vyrovnávací prvky je třeba volit v tomto období co nejjednodušší, využívat rytmu, hudby, zpěvu (Adamírová, 1988).

3. 8. 2 Charakteristika tělesného vývoje v žákovském věku

Výrazným znakem tohoto období, převážně prepubescence, je disproporce mezi vývojem jednotlivých systémů a růstem těla, což v sobě skrývá nebezpečí pro ty struktury, jejichž vývoj se relativně opožďuje vůči ostatním. Pohybový systém prochází kritickým údobím růstové akcelerace mezi 6. – 9. rokem. I u zdravého organismu může snadno dojít k deformaci maximálně rostoucích dlouhých kostí, páteře, k mikrotraumatům ve vazivu, kontrakturám svalového systému. Tím větší nebezpečí je pro oslabený organismus. Kromě toho dříve vzniklá nebo vrozená oslabení pohybového systému se mohou zhoršovat (Adamírová, 1988).

Nedostatek pohybu v tomto věku brzdí vývoj motorického analyzátoru, znemožňuje upřesnění diferenciace pohybů v kloubech, získávání jemné motorické koordinace. Toto období je zároveň charakteristické předpoklady pro vývoj základních pohybových vlastností. Poslední výzkumy ukazují, že kromě obratnosti, rychlosti a přiměřené síly snesou orgány i funkce dětí tohoto věku i větší vytrvalostní zatížení, než se doposud předpokládalo. Ovšem přetěžování podélných kostí, statické zatěžování svalů při cvičeních síly je kontraindikováno i u zdravých dětí.

V tomto věku mají děti zájem o tělovýchovnou aktivitu. Většinou to platí i o dětech zdravotně oslabených. Najdeme však mezi nimi i děti apatické, jejichž zájem je třeba trpělivě rozvíjet. Zároveň se můžeme setkat s dětmi, které z touhy vyrovnat se zdravým dětem by si mohly ublížit. Takové děti je třeba stále sledovat při hrách i soutěživých cvičebních formách (Adamírová, 1988).

3. 8. 3 Charakteristika tělesného vývoje v dorostovém věku

Je to složité období postpubertálních změn, složité období dospívání, které směřuje k dokončení vývoje jedince. Oslabení může tento vývoj nepříznivě ovlivnit a je třeba usilovat, aby negativní vlivy byly co nejmenší. Vlivem oslabení se vývoj převážně zpožďuje, méně urychluje. Somatický vývoj probíhá zpočátku ještě velmi strmě, postupně se zvolňuje a v závěru doznívá. Až koncem období můžeme počítat s ukončením osifikace kostí, při zachování jejich pružnosti a s pevným vazivem. Proto právě zejména na začátku tohoto období lze ještě vyrovnat vadné držení dříve, než bude fixováno. I u zdravé mládeže platí zásady prevence a kompenzace při zatěžování klenby nožní a posturálních svalů, aby nedošlo k deformaci. U oslabených to platí tím spíše, protože může dojít ke zhoršení vady.

Vlivem oslabení dochází k různým odchylkám od přirozeného vývoje. Místo sebevědomí se setkáváme s pocity méněcennosti. Vázne i začlenění do určité společenské skupiny. Obtížné bývá získat tuto mládež pro cvičení v kolektivu. Přitom musíme počítat s novým diferenčním znakem společensko-profesionální příslušnosti, protože se prakticky vytvářejí tři skupiny: mládež školní, učňovská a mládež v zaměstnaneckém poměru, samostatná a nezávislá (Adamírová, 1988).

Koncem období se pozvolna dovršuje tělesný vývoj, projevuje se to v plném rozvoji a výkonnosti všech orgánů těla: srdce, plic, svalů, zesílení kostí, šlach aj. Na rozdíl od předchozích let, která jsou obdobím přestavby organismu, jde nyní o jeho dobudování (Dovalil a kol. 2002).

3. 9 Formy organizace řízení tělovýchovného procesu

Ve cvičebních jednotkách dochází k úzkému kontaktu mezi cvičitelem a cvičencem a mezi cvičenci navzájem. Záleží na formách organizace řízení, které tyto kontakty upravují. Cvičitel může využít:

1. Hromadná (kolektivní) forma práce

- při které usměrňuje všechny cvičence současně a působí na ně přímo. Této formy se využívá ve všech částech cvičební jednotky. Výhodou je, že ve zdravotní TV cvičí v jedné cvičební jednotce malý počet cvičenců (12 - 15).

Tato forma je vhodná pro mladší věkové kategorie.

2. Skupinová (diferencovaná) forma práce

- cvičenci, zvláště ve vyrovnávací části cvičební jednotky, se dělí do skupin (družstev) především ve smíšených oddílech, např. podle oslabení, kde cvičitel konkrétními úkoly pro skupinu ovlivňuje příslušné oslabení. Někdy se užívá i ve specializovaných oddílech pro skupinové odlišení vytrvalostního tréninku co do intenzity v kondiční části.

3. Samostatná (individuální) forma práce

- kdy každý cvičenec si procvičuje samostatně vyrovnávací cvičení dle potřeby a svého rytmu. Je vhodná pro dospělé cvičence a je využívá převážně ve vyrovnávací části (Matoušová a kol., 1992).

3. 10 Osobnost pedagoga v tělovýchovném procesu

Činnost pedagoga v tělovýchovném procesu se výrazně odlišuje od ostatní pedagogické činnosti především nároky na organizační činnost. Neúměrně vysoká organizační činnost je však typickým znakem pro tradiční direktivní styly řízení v tělesné výchově. Ve skupině mládeže dospělí mnohdy zcela automaticky přebírají vedoucí roli. Každý přináší do skupiny své potřeby a svou osobitost. To platí i o vedoucím skupiny. Styl vedení může být různý, od autokratického, autoritativního,

demokratického až k liberálnímu typu. Všechny uvedené styly mají svá negativa i své opodstatnění v určitých situacích. Lze hovořit o kontinuu stylů vedení od autokratického vedení „pevné ruky" až k vedení svobodnému, volnému (Krejčí, 1998).

3. 11 Začlenění problematiky zdraví do základního vzdělávání

V současnosti je zdraví definováno jako vyvážený stav tělesné, duševní, duchovní a sociální pohody. Na optimální kvalitu zdraví má vliv osobní chování a jednání každého z nás, zdraví komunity, v níž člověk žije a pracuje, i globální zdraví světa. Propojením těchto tří rovin získává zdraví integrační charakter, který překračuje hranice medicíny směrem k ekologii, psychologii, sociologii, pedagogice atd. a umožňuje uplatnění nové preventivní strategie - podpory a ochrany zdraví (Portál, 1988.)

Vztah ke zdraví je dnes chápán a vymezován jako základní právo každého jedince na zdravý vývoj, zdravotní péči a ochranu zdraví, jako solidarita partnerů, skupin či zemí směřující k ochraně zdraví člověka i přírodního prostředí a především jako odpovědnost každého a všech za zdraví a jeho ochranu.

Uvažujeme-li o míře a způsobu začlenění problematiky zdraví do školního vzdělávacího programu v základním vzdělávání na úrovni výchovných a vzdělávacích strategií školy, je třeba si uvědomovat tyto skutečnosti (http://www.rvp.cz/clanek/78).

Problematika zdraví je do Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (RVP ZV) začleněna na různých úrovních a v různých vztazích:

a) obecné a podpůrné části dokumentu

- **zdraví jako jeden z cílů základního vzdělávání** - znamená, že o zdraví, jeho podpoře a ochraně musíme uvažovat na úrovni celé školy (všech učitelů).Musí se stát součástí základní analýzy podmínek a činností školy i součástí společných výchovných a vzdělávacích strategií i organizace života školy; všem musí být jasno, co se formulací daného cíle rozumí a jak ho bude škola jako celek i každý z učitelů naplňovat.

- **odpovědnost za vlastní rozhodování a ochrana zdraví jako klíčová kompetence** - znamená, že způsobilost žáka rozhodovat se ve prospěch zdraví a chránit zdraví je jednou ze stěžejních výsledků vzdělávací činnosti školy, k naplnění tohoto stěžejního výstupu musí svým způsobem přispět všichni vyučující podle společné výchovné a vzdělávací strategie i podle specifiky obsahu jednotlivých vzdělávacích oborů a průřezových témat.

- **zdraví jako součást cílového zaměření vzdělávacích oblastí** - představuje konkretizaci vzdělávacích a výchovných záměrů, které se budou promítat do výchovných a vzdělávacích strategií a do vzdělávacího obsahu konkrétních předmětů v ŠVP, směřuje do konkrétních činností, postupů a příležitostí, které jsou vytvářeny k dosahování konkrétních výstupů souvisejících se zdravím.

- **zdraví jako součást podmínek pro realizaci RVP ZV** (respekt k potřebám žáků, kvalita prostředí, způsoby vzdělávání, komunikace a spolupráce, optimální prostorové a materiální podmínky, psycho-sociální podmínky, hygiena a bezpečnost, organizace života školy) - znamená, že zdraví, jeho podpora a ochrana se musí stát součástí vstupní i průběžné analýzy podmínek školy (tj. zvažovat, které z podmínek na škole podporují či nepodporují zdraví žáků), výsledky analýz jsou východiskem pro nastavení výchovných a vzdělávacích strategií na úrovni školy i předmětů - co a proč je třeba zlepšit na škole ve prospěch zdraví žáků, co upravit ve vzdělávání a v organizaci života školy a jak k tomu budeme společně přispívat atd.

- **zdravotní aspekty jako součást vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami** - znamená, že jakákoli forma integrace a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami má výrazné zdravotní "rozměry", které je třeba zvažovat a řešit již v etapě přípravy ŠVP ZV. (http://www.rvp.cz/clanek/78).

b) obsahová část dokumentu

- **zdraví jako součást vzdělávacího obsahu vzdělávacích oborů** - znamená, že učitelé jednotlivých předmětů budou při naplňování vzdělávacího obsahu respektovat výše zmíněné společné strategie podpory zdraví na úrovni školy, budou promýšlet strategie na úrovni předmětů; budou zvažovat začlenění učiva

do konkrétních předmětů, o jeho integraci a podílu při naplňování očekávaných výstupů.

- **zdraví jako součást průřezových témat** - znamená, že při výběru a zařazení průřezového tématu s prvky podpory zdraví (např. environmentální výchovy) je třeba zvažovat společný způsob realizace tohoto tématu na úrovni školy a předmětů, které budou dané téma zajišťovat především. (http://www.rvp.cz/clanek/78).

Přínos školy

Lze říci, že škola v dané problematice žákům dosti dluží jak v samotném vzdělávacím procesu, tak v nabytí potřebných způsobilostí k efektivnímu provádění pohybových cvičení.

Žádoucí teoretické vzdělávání není v současných osnovách tělesné výchovy zastoupeno. Je to chyba zejména v době, kdy stoupají nároky na kompenzaci zatížení u různých profesí – např. při dlouhodobém používání osobních počítačů. Následné vertebrogenní potíže přivádějí do zdravotnických pracovišť zástupy neinformovaných klinentů.

Teoretické vzdělávání by mělo prolínat vhodně tělesnou výchovu, případně výuku o rodině či životním stylu. Má při nejmenším takový význam jako stále proklamovaná sexuální výchova a lze je začlenit se zvyšující se náročností do celé školní docházky.

I v praktické části výuky je co dohánět. Mnohé funkční poruchy v důsledku nerovnováhy ve svalovém systému jsou poznatelné a ovlivnitelné racionální pohybovou aktivitou od časného dětství. Učitel by se měl naučit na základě testu, případně i po konzultaci s odborným lékařem, stav zhodnotit a zvládnout. Jinak přetrvává z ranného školního věku zbytečně řada funkčních poruch s přidruženými potížemi. Škola by měla vyzbrojit žáky pro praxi cílenými preventivními a zdravotně podpůrnými cviky, spojenými případně v ucelené sestavy. Lze jimi testovat, kontrolovat, hodnotit a následně klasifikovat (Kubálková, 2000).

Jak propašovat zdravotní benefity a jiné užitečnosti do Školního vzdělávacího programu (ŠVP)? (Mužík, Dobrý, 2008)

Zdá se nám, že Rámcové vzdělávací programy (RVP) jsou dělány především pro naukové předměty, i když obsahují oblast Člověk a zdraví a v ní obor tělesná výchova. Mezi výchovou ke zdraví a tělesnou výchovou, resp. pohybovými aktivitami či pohybovou aktivností je však propast, kterou můžeme nyní přemostit.

Podívejte se znovu do RVP a plně si uvědomte, co se v nich předkládá. Při volbě jakéhokoli učiva se ptejte, jak a proč získávat žáky pro pohybovou aktivnost, která s sebou přináší žádoucí zdravotní benefity. Právě proto byla TV propojena s výchovou ke zdraví a měla by se vyučovat integrovaně, aby nedošlo k šablonovitému „probírání učiva". Jestliže bude mít TV dosavadní podobu, nebude se realizovat výchova ke zdraví jako součást TV a nedojde k žádoucí behaviorální změně.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4. 1 Organizace výzkumu

Pro získání údajů z primárních zdrojů byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Na základě definovaných cílů byl sestaven dotazník o rozsahu 23 otázek. Dotazník, aplikovaný na základě rezortního výzkumného úkolu, vyhlášeného MŠMT pod identifikačním kódem LS 0306, byl rozeslán elektronicky do vybraných základních škol v kraji Vysočina. Celkový počet škol v tomto kraji je 288, osloveno a vybráno bylo 30 městských i venkovních škol. Výzkum probíhal od začátku října 2007 do konce dubna 2008. Pro nízký počet vrácených dotazníků bylo nutné opakované připomenutí, nebo telefonický či osobní kontakt.

4. 2 Zpracování dat

Získaná data byla zpracována prostřednictvím procentuálních a relativních četností jednotlivých proměnných. Při zpracování byla věnována pozornost taktéž korelacím, tj. souvislostem zjištěných skutečností tak, aby bylo možné zjistit vliv jednotlivých faktorů na současný stav zdravotní tělesné výchovy na základních školách v kraji Vysočina.

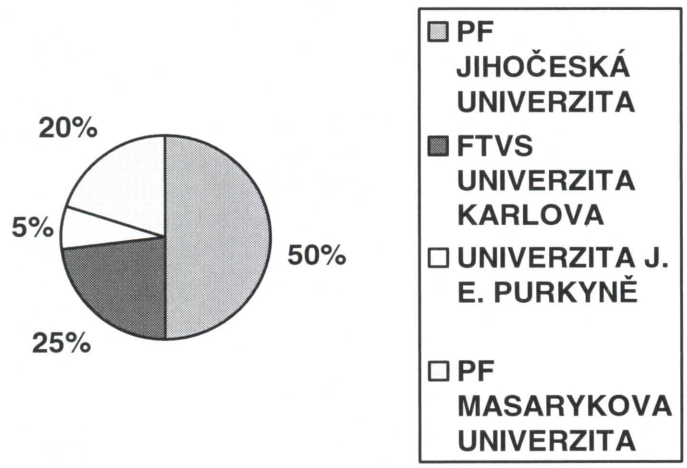
5 VÝSLEDKY

Výsledky šetření jsou v následujících řádcích rozebrány po jednotlivých otázkách z ankety. Vždy je uvedeno kolik respondentů a jak odpovědělo. K otázkám je též připojeno vyhodnocení a diskuse. Pro lepší přehlednost jsou data zpracována do grafů, k jejichž vytvoření bylo použito počítačového programu MICROSOFT WORD.

5. 1 Výsledky stavu zdravotní tělesné výchovy v kraji Vysočina

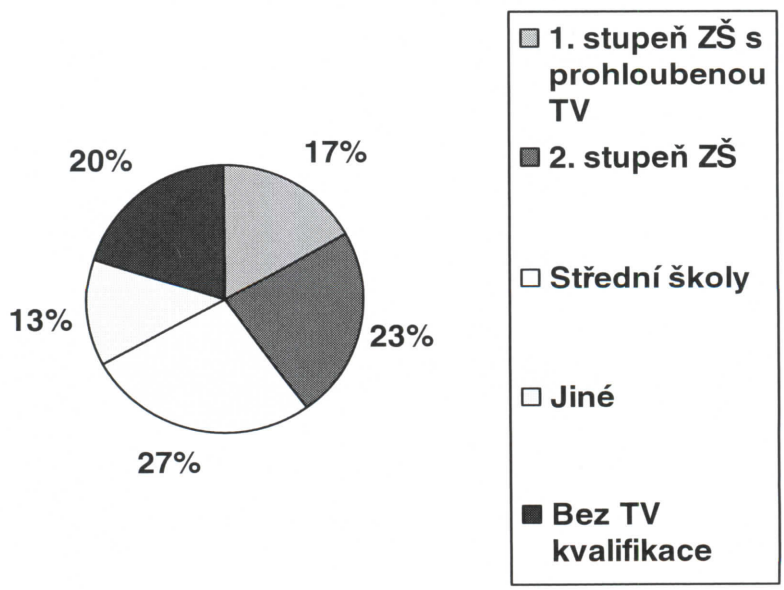
1. **Na které vysoké škole, fakultě a ve kterém roce jste ukončil(a) studium?**

Obr. 1 Typ absolvované VŠ



2. **Jakou tělovýchovnou kvalifikace jste vysokoškolským studiem získal(a)?**

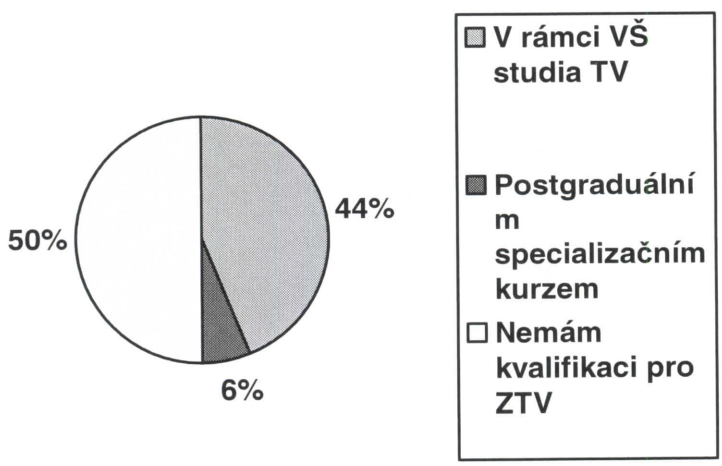
Obr. č. 2 Získaná tělovýchovná kvalifikace



Všichni dotazovaní učitelé mají dokončené vysokoškolské vzdělání. Polovina z nich absolvovala PF Jihočeské univerzity, 7 učitelů studovalo na FTVS UK a 6 učitelů na PF Masarykovy univerzity. Tělovýchovnou kvalifikaci nemělo 6 učitelů. 8 jich vystudovalo tělesnou výchovu pro střední školy, 7 učitelů pro 2. stupeň ZŠ, 5 učitelů vystudovalo tělesnou výchovu pro 1. stupeň ZŠ s prohloubenou tělesnou výchovou, 4 učitelé uvedli jiné (tělesná výchova a sport, 1. stupeň ZŠ s prohloubenou výtvarnou výchovou, trenér 3. třídy v kopané, speciální pedagogika pro 1. stupeň ZŠ).

3. Kvalifikaci vyučovat zdravotní TV jste získal(a)?

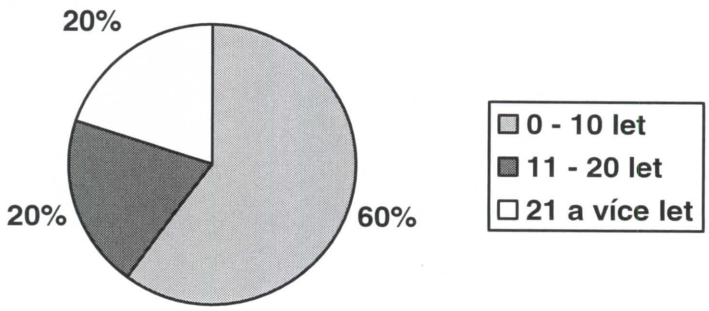
Obr. č. 3 Kvalifikace vyučovat zdravotní TV



Zajímavá byla také problematika týkající se kvalifikace pro zdravotní tělesnou výchovu. Polovina učitelů nemá kvalifikaci vyučovat zdravotní tělesnou výchovu. 13 učitelů tuto kvalifikaci získalo při vysokoškolském studiu tělesné výchovy. Pouze dva dotazovaní učitelé se zúčastnili postgraduálního specializačního kurzu.

4. Vyjádřete počtem let dobu Vaší pedagogické praxe:

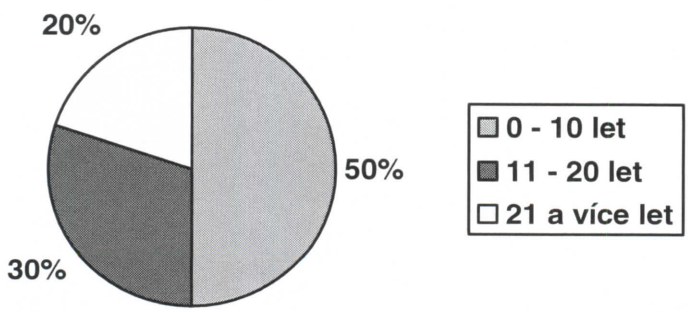
Obr. č. 4 Počet let pedagogické praxe



Pedagogická praxe učitelů byla nejčastěji v rozmezí od 1 do 10 let, což uvedlo 18 učitelů.

5 . Kolik let vyučujete, nebo jste vyučoval(a) tělesnou výchovu?

Obr. č. 5 Počet let vyučování tělesné výchovy



Tělesnou výchovu v rozmezí 0 – 10 let vyučovalo 15 učitelů. 8 učitelů má praxi v rozmezí 11 – 20 let a pouze 7 učitelů má praxi více než 21 let.

6. Kolik let vyučujete, nebo jste vyučoval(a) zdravotní TV?

Pouze 3 učitelé (10%) vyučovali zdravotní TV. Zbylých 27 učitelů (90 %) nevyučují a nikdy zdravotní tělesnou výchovu nevyučovali.

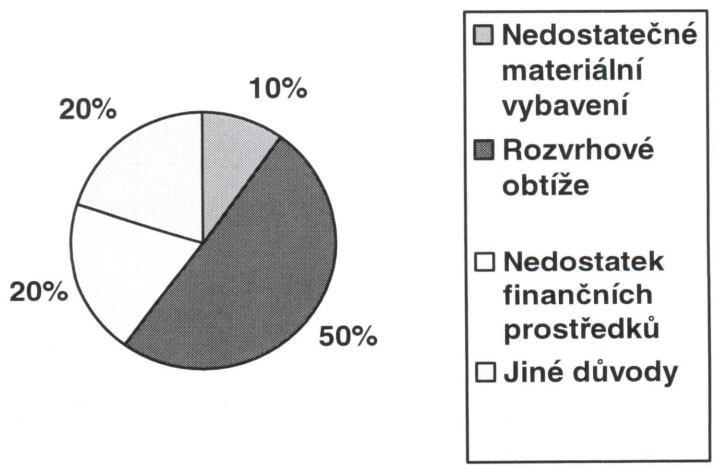
7. Kolik vzdělávacích seminářů ze zdravotní TV jste po získání kvalifikace pro zdravotní TV absolvoval(a) a ve kterém roce jste se účastnila posledního semináře?

Vzdělávacích seminářů ze zdravotní TV se zúčastnilo pouze 5 dotazovaných učitelů (17%).

8. Vyučujete zdravotní TV v současné době?

Zdravotní TV vyučují v současné době pouze 2 z dotazovaných škol **(6%)**, jiné školy ji buď v posledních letech zrušily, nebo ji nikdy nevyučovaly.

Obr. č. 6 Nejčastější důvody ke zrušení zdravotní TV



Jako nejčastější důvod ke zrušení zdravotní tělesné výchovy byly uvedeny rozvrhové obtíže. Velkým problémem byl ale i nedostatek finančních prostředků, což mělo za následek i nedostatečné materiální vybavení. Jedním z dalších důvodů byl i nezájem rodičů a dětí.

9. Jak získáváte potřebné informace o zdravotním stavu žáků zařazených do 3. zdravotní skupiny?

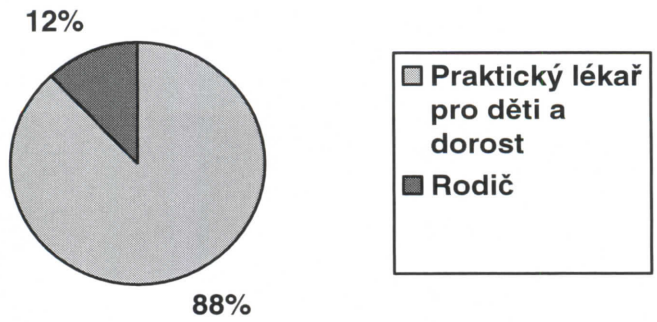
Od praktického lékaře pro děti a dorost – **64%**
Od rodičů – **30%**

Jiné zdroje informací**: 6%**

- lékaři napíší rodičům potvrzení na to, o co si řeknou
- nikdy není jistota, že učitelé TV obdrží všechny potřebné informace.
- používání informací z očkovacích průkazů, kde je uvedena zdravotní skupina
- většinou nejprve informují žáci společně s rodiči, poté i lékař a jeho následné doporučení. Spolupráce v tomto směru je dobrá.

10. Kdo dává podnět k osvobození žáka od tělesné výchovy?

Obr. č. 7 Podnět k osvobození žáka od TV



Podnět k osvobození žáka od tělesné výchovy dává v 88 % praktický lékař pro děti a dorost. Ve 12 % o toto osvobození požádá rodič.

11. Jaké důvody jsou uváděny k osvobození žáků od tělesné výchovy?

Nejčastěji:

- opakované operace
- oslabení pohybového systému
- po onemocnění infekční mononukleózou
- těžký atopický ekzém
- poúrazové stavy
- alergie
- poruchy dýchacího a pohybového systému
- astma
- vady páteře, kloubů
- gynekologické problémy
- cukrovka
- celkový špatný zdravotní stav

12. Kolik žáků z celkového počtu ve třídách v nichž vyučujete TV, je zdravotně oslabeno, se zdravotním postižením, a osvobozeno od TV?

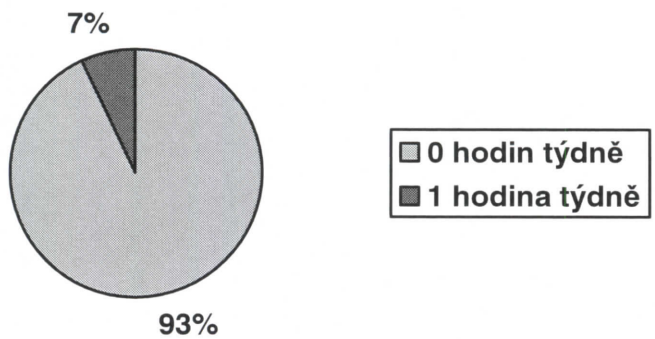
Na tuto otázku odpověděli jen 3 učitelé (10 %).

13. Kolik žáků z celkového počtu ve třídách v nichž vyučujete TV, je zařazeno do povinné TV s úlevami, vzhledem ke zdravotnímu oslabení či postižení?

Na tuto otázku odpověděli jen 3 učitelé (10 %).

14. Kolika vyučovacími hodinami v týdnu je zdravotní TV na škole pro žáky 3. zdravotní skupiny zabezpečena?

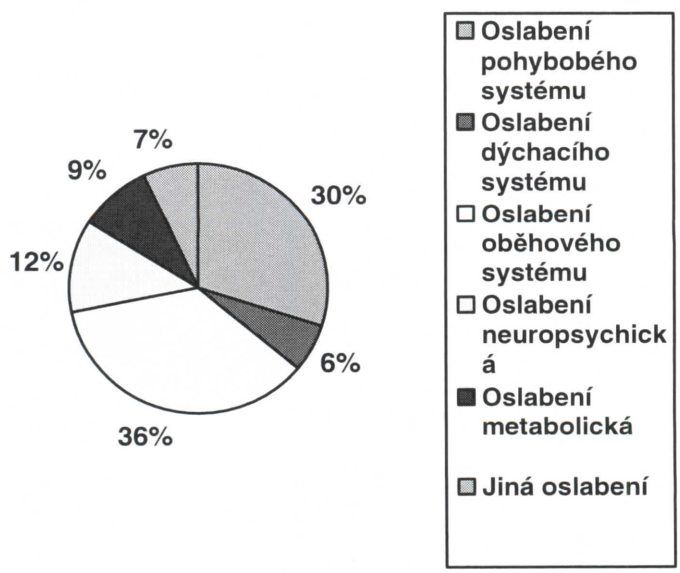
Obr. č. 8 Počet hodin zdravotní TV



Pouze dvě z dotazovaných škol vyučují zdravotní tělesnou výchovu, a to jen jednu hodinu týdně. Ostatní školy zdravotní tělesnou výchovu nevyučují.

15. Pokud znáte důvody, podle nichž byl žák zařazen do 3. zdravotní skupiny, uveďte prosím počty u níže uvedených oslabení.

Obr. č. 9 Nejčastější důvody osvobození



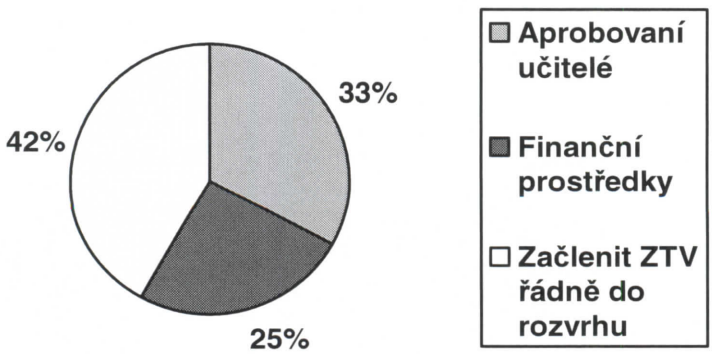
Mezi nejčastější důvody osvobození od tělesné výchovy bylo oslabení oběhového a pohybového systému. V méně případech se jednalo o oslabení neuropsychická, metabolická, nebo jiná oslabení, kde učitelé uváděli např. ekzém, vrozená srdeční vada, oslabení ledvin.

18. Vyjádřete prosím procentem Váš kvalifikovaný odhad žáků, kteří by potřebovali pravidelnou školní zdravotní TV.

V průměru by potřebovalo pravidelnou školní zdravotní TV **15%** žáků.

19. V případě, že se na vaší škole nerealizuje zdravotní TV, která opatření by bylo třeba podle vašeho názoru učinit, aby byl zmíněný vyučovací předmět pro zdravotně oslabené a postižené zaveden?

Obr. č. 10 Důvody, pro které se zdravotní TV na školách nevyučuje



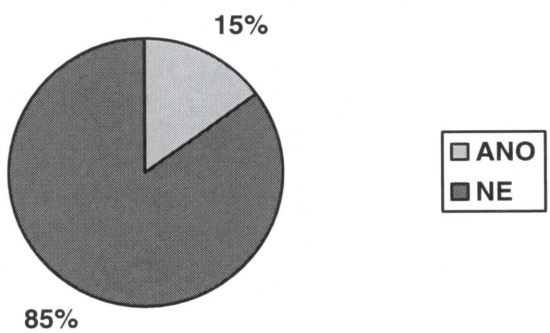
Hlavní důvod, proč se zdravotní tělesná výchova na školách nevyučuje, je v tom, že není řádně začleněna do rozvrhu. Dalším problémem je nedostatek aprobovaných učitelů. Někteří učitelé nemají ani aprobaci na tělesnou výchovu, natož na zdravotní TV. Čtvrtina dotazovaných postrádá i finanční prostředky na nákup pomůcek pro zdravotní tělesnou výchovu.

20. Znáte „Metodický pokyn k postupu praktických lékařů pro děti a dorost při posuzování zdravotní způsobilosti k tělesné výchově na základních školách a středních školách?“

Č.j.: OZP/3-2542-6. 11. 1995.

ANO – **15%*** NE – **85%**

Obr. č. 11 Znalost metodického pokynu

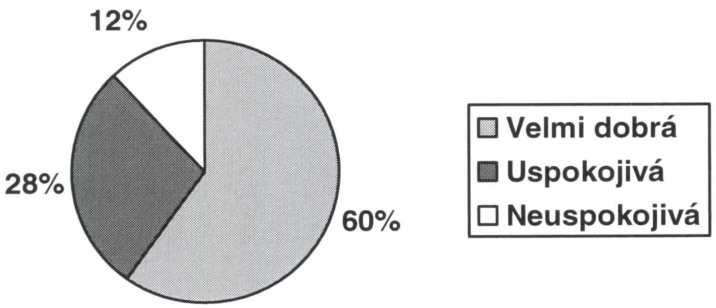


* (Zákoník práce, Školský zákon)

Metodický pokyn k postupu praktických lékařů pro děti a dorost při posuzování zdravotní způsobilosti k tělesné výchově na základních a středních školách zná pouze 15 % dotazovaných učitelů. Zbylých 85 % tento pokyn nezná.

22. Zhodnoťte kvalitu spolupráce s lékařem při zařazování dětí do zdravotních skupin.

Obr. č. 12 Hodnocení kvality spolupráce s lékařem



Kvalita spolupráce s lékařem při zařazování dětí do zdravotních skupin je pro 60 % učitelů velmi dobrá. Pouze 12 % učitelů uvedlo, že spolupráce je neuspokojivá.

23. Místo pro vyjádření doplňujícího názoru nebo vysvětlení k otázkám a položkám uvedených v dotazníku.

Citace učitelů:

ZŠ Vícenice u Náměště

Jsme malá školička s 1.- 4. roč. a aprobovaného učitele TV nemáme.

ZŠ Jihlava

Domnívám se že získat osvobození z TV pro žáka není žádný problém od většiny praktických lékařů. Osvobození je pouze možnost snížit si počet hodin, které musí žák ve škole trávit. Většina u mne cvičících děvčat však cvičí právě proto, že chtějí se svým tělem něco dělat a mají jasné cíle. (zhubnout)

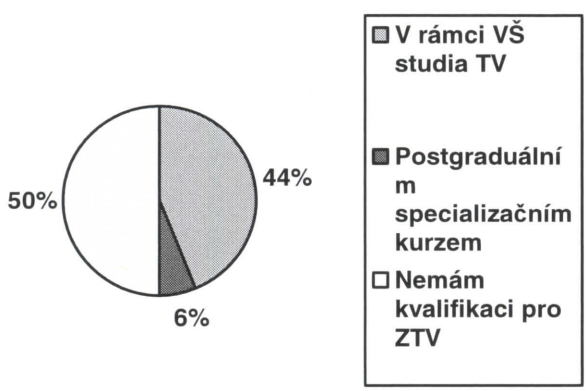
5. 2 Porovnání výsledků výzkumu v Jihočeském kraji v roce 2005 s výsledky výzkumu v kraji Vysočina z roku 2008

Porovnání těchto dvou výzkumů bylo zpracováno pouze prostřednictvím procentuálních četností jednotlivých proměnných, jelikož v Jihočeském kraji bylo osloveno podstatně více škol.

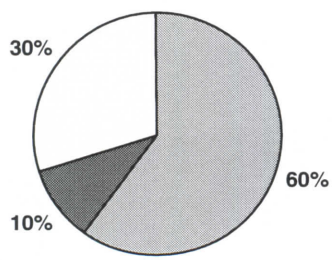
1. Kvalifikaci vyučovat zdravotní TV jste získal(a)?

Obr. č. 1 Kvalifikace vyučovat zdravotní TV

Kraj Vysočina



Jihočeský kraj



Zajímavá byla problematika týkající se kvalifikace pro zdravotní tělesnou výchovu. Zatímco v kraji Vysočina nemá kvalifikaci vyučovat zdravotní tělesnou výchovu polovina učitelů, v Jihočeském kraji je to jen **30 %** učitelů. Postgraduálního specializačního kurzu se zúčastnilo v Jihočeském kraji o **4 %** více učitelů než v kraji Vysočina.

2. Kolik let vyučujete, nebo jste vyučoval(a) zdravotní TV?

V kraji Vysočina vyučovalo zdravotní tělesnou výchovu pouze **10 %** učitelů. Na rozdíl od Jihočeského kraje, kde zdravotní tělesnou výchovu vyučovalo 0 – 10 let **90 %** učitelů a 11 let a více **10 %** učitelů.

3. Kolik vzdělávacích seminářů ze zdravotní TV jste po získání kvalifikace pro zdravotní TV absolvoval(a) a ve kterém roce jste se účastnila posledního semináře?

Vzdělávacích seminářů ze zdravotní TV se zúčastnilo v kraji Vysočina **17 %** učitelů, v Jihočeském kraji to bylo **45 %** dotazovaných učitelů.

4. Vyučujete zdravotní TV v současné době?

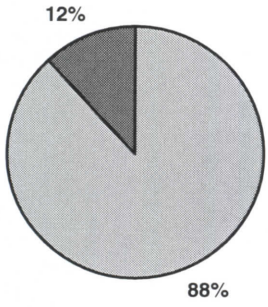
V kraji Vysočina vyučuje zdravotní TV v současné době pouze **6 %** dotazovaných škol, v Jihočeském kraji je to o poznání víc, celých **45 %** škol.

Jako nejčastější důvod ke zrušení zdravotní tělesné výchovy byly v obou krajích uvedeny zejména rozvrhové obtíže. Velkým problémem byl ale i nedostatek finančních prostředků a kvalifikovaných učitelů. Jedním z dalších důvodů byl i nezájem rodičů a dětí, nebo i fakt, že se na škole nikdy zdravotní tělesná výchova nevyučovala.

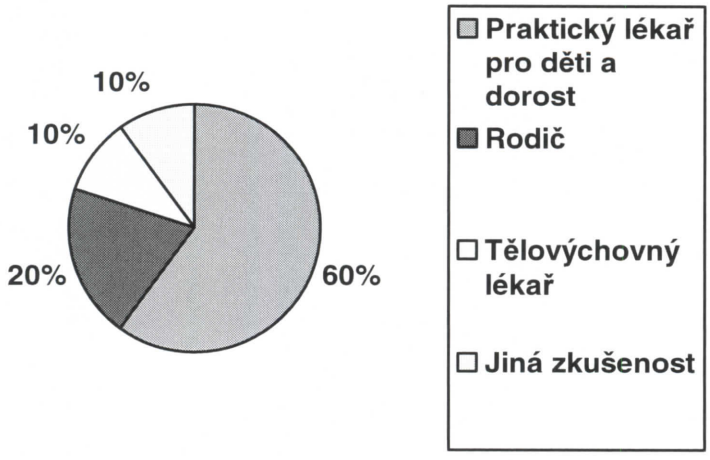
5. Kdo dává podnět k osvobození žáka od tělesné výchovy?

Obr. č. 2 Podnět k osvobození žáka od TV

Kraj Vysočina



Jihočeský kraj

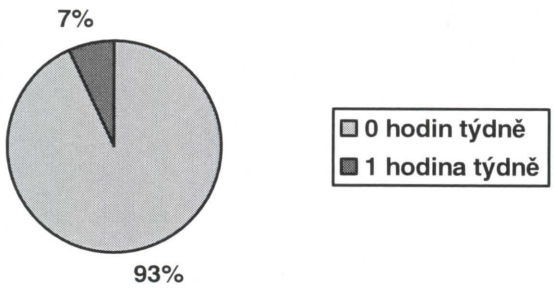


Podnět k osvobození žáka od tělesné výchovy dává v kraji Vysočina téměř ve všech případech praktické lékař, v Jihočeském kraji to bylo jen v **60 %.** Podnět k osvobození tam dává i tělovýchovný lékař – **10 %**, a v **20 %** dává toto osvobození sám rodič.

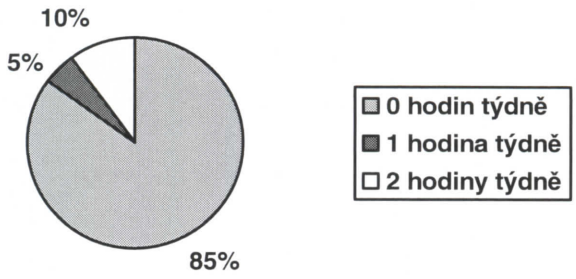
6. Kolika vyučovacími hodinami v týdnu je zdravotní TV na škole pro žáky 3. zdravotní skupiny zabezpečena?

Obr. č. 3 Počet hodin zdravotní TV

Kraj Vysočina



Jihočeský kraj



V kraji Vysočina vyučuje zdravotní tělesnou výchovu pouze **7 %** škol, a to jen jednu hodinu týdně. Ostatní školy zdravotní tělesnou výchovu nevyučují. V Jihočeském kraji vyučovalo zdravotní TV 1 hodinu týdně **5 %** škol. Dvě hodiny týdně vyučovalo **10 %** dotazovaných škol.

7. Pokud znáte důvody, podle nichž byl žák zařazen do 3. zdravotní skupiny, uveďte prosím počty u níže uvedených oslabení.

V obou krajích jsou nejčastějším důvodem pro zařazení žáka do 3. zdravotní skupiny hlavně oslabení pohybového systému, dále oběhového systému, oslabení neuropsychická a v několika případech i oslabení metabolická či jiná oslabení, kde učitelé uváděli např. ekzém, vrozenou srdeční vadu, nebo oslabení ledvin.

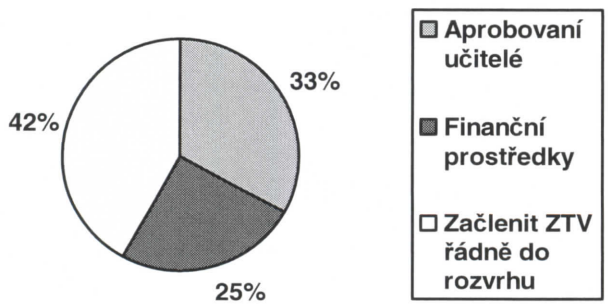
8. Vyjádřete prosím procentem Váš kvalifikovaný odhad žáků, kteří by potřebovali pravidelnou školní zdravotní TV.

V kraji Vysočina by v průměru potřebovalo pravidelnou školní zdravotní TV **15%** žáků, v Jihočeském kraji byl tento odhad vyšší, **21 %** žáků.

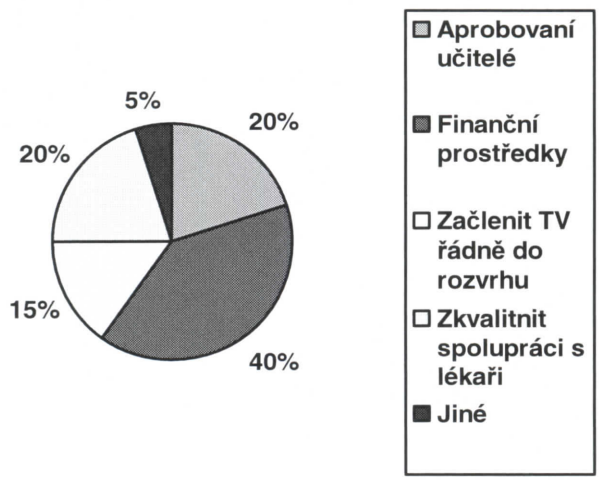
9. V případě, že se na vaší škole nerealizuje zdravotní TV, která opatření by bylo třeba podle vašeho názoru učinit, aby byl zmíněný vyučovací předmět pro zdravotně oslabené a postižené zaveden?

Obr. č. 4 Důvody, pro které se zdravotní TV na školách nevyučuje

Kraj Vysočina



Jihočeský kraj

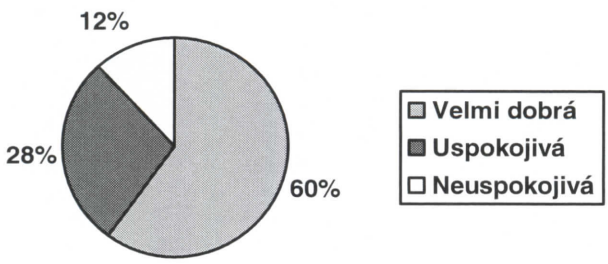


V kraji Vysočina je hlavním důvodem, proč se zdravotní tělesná výchova na školách nevyučuje, že není řádně začleněna do rozvrhu. Dalším problémem je nedostatek aprobovaných učitelů. Někteří učitelé nemají ani aprobaci na tělesnou výchovu, natož na zdravotní TV. Čtvrtina dotazovaných postrádá i finanční prostředky na nákup pomůcek pro zdravotní tělesnou výchovu. V Jihočeském kraji je to rozdílné. Nejčastějším důvodem, proč se zdravotní tělesná výchova na školách nevyučuje, je nedostatek finančních prostředků. Druhým problémem je i nedostatek aprobovaných učitelů, ale i to, že zdravotní TV není řádně začleněna do rozvrhu. 20 % učitelů dále uvedlo, že by bylo potřeba zkvalitnit spolupráci s lékaři, protože od nich by měli dostávat informace o žácích zařazených do 3. zdravotní skupiny.

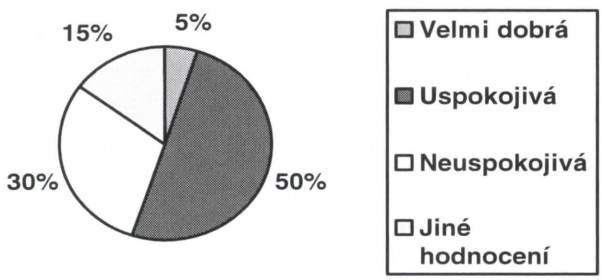
10. Zhodnoťte kvalitu spolupráce s lékařem při zařazování dětí do zdravotních skupin.

Obr. č. 5 Hodnocení kvality spolupráce s lékařem

Kraj Vysočina



Jihočeský kraj



Kvalita spolupráce s lékařem při zařazování dětí do zdravotních skupin je v kraji Vysočina pro **60 %** učitelů velmi dobrá. Pouze **12 %** učitelů uvedlo, že spolupráce je neuspokojivá. V Jihočeském kraji je se spoluprací velmi spokojeno pouze **5 %** učitelů.

Pro polovinu dotazovaných učitelů je spolupráce uspokojivá a pro **30 %** je spolupráce neuspokojivá. **15 %** učitelů uvedlo jiné hodnocení např.

- nemohu posoudit
- lékaři se s námi o zařazení dětí do zdravotních skupin nedomlouvají
- lékaře tato činnost obtěžuje, domnívám se, že polovina z osvobozených žáků je zdravá a mohla by zdárně absolvovat tělesnou výchovu
- nechtěl bych být doktorem a čelit tlaku rodičů při rozhodování, zda dítě může cvičit, či nikoliv

6 DISKUSE

V dnešní době má velmi mnoho dětí nějaké oslabení. Statistiky uvádějí, že zhruba 60% dětské populace má vadné držení těla a toto procento se stále zvyšuje. Může za to i dědičná dispozice, ale z velké části je to ovlivněno dnešním způsobem života. Na trh stále přicházejí nové technické výrobky a vymoženosti, které nám ušetří spoustu práce a času, ale bohužel i spoustu pohybu. Největší záliba dnešních dětí je počítač a vše s ním spojené. Dříve si děti chodily hrát ven, běhaly po sídlišti a hrály různé hry. Dnes se většina z nich po příchodu ze školy zavře doma a skoro celý den prosedí u počítače. Naučí se sice spoustu nových věcí, které budou v životě určitě potřebovat, ale jejich zdraví to moc prospěšné není. Snad jediný pohyb, který mnoho děti provází je školní tělesná výchova. To jsou ale jen dvě hodiny týdně a to ještě ne každý žák cvičí. Samozřejmě pár jedinců, co se věnují nějakému sportu, se najde. Tím, že jsou nadaní, tak není problém je do nějakého kroužku či oddílu přihlásit. Nadaným sportovcům je dnešní doba nakloněna a mají pro to i vhodné podmínky. Ale i těchto dětí se může týkat nějaké oslabení či dysbalance, protože se zaměřují třeba jen na jeden druh sportu, což není pro jejich vývoj zrovna moc vhodné. Podle Máčka (2004) a jeho výzkumu ze získaných výsledků však nelze celkově hodnotit účast ve vrcholovém sportu jako zdravotní riziko. Bohužel ne každý oddíl či kroužek je veden odborníkem. Sportovní aktivita se často vykonává bez řádného rozcvičení, prodýchání a následných kompenzačních cviků.

Dnes například není problém si nechat od doktora napsat potvrzení o omezení či dokonce osvobození od tělesné výchovy a nemusí se to vždy týkat jen dětí oslabených. Přitom doktor by měl rozhodnout, zda dítě bude ve škole cvičit, či nikoli. A ne se nechat ovlivnit rodiči, kteří nechtějí své dítě „trápit“ v tělocvičně. Ti místo aby dítě motivovali ke sportu, i když se mu moc nedaří, tak mu umožní nesportovat vůbec. Sice se může stát, že méně nadané nebo oslabené dítě může být terčem posměchu nadanějších žáků, ale tím, že rodiče umožní dítěti necvičit vůbec, mu moc nepomůžou. V některém případě může chyba spočinout i na straně učitele, který kvůli jednomu žáku nehodlá upravovat program pro ostatní „zdravé“ žáky a brzdit tak chod hodin tělesné výchovy. Je pro něj jednodušší nechat tohoto žáka radši sedět na lavičce, než aby vymyslel vhodné cvičení a zapojení dítěte do výuky. I z tohoto důvody by se na všech základních školách měla vyskytovat zdravotní tělesná výchova.

Na druhou stranu i když žák nemá možnost navštěvovat zdravotní tělesnou výchovu ve škole, tak má možnost navštívit alespoň jiné či podobné aktivity v rámci volného času. Dnes se například rozmáhá cvičení Pilates. Dle citace autorky B. Siler: "Metoda Pilates je založena na posilování nejhlubších svalů a na bezbolestné stavbě Powerhouse (centra stability a pohybu, které se nachází v oblasti pánve a zahrnuje břicho, bedra, hýždě a boky). Je to metoda výchovy uvědomění si těla". Tato cvičení jsou podobná svým obsahem zdravotní tělesné výchově.

Od té doby, co vznikly Rámcové vzdělávací programy, má škola možnost sestavit osnovy zčásti podle svých potřeb. Nevím, ale jestli je to výhra, protože je to spíše na ředitelích škol, popř. na učitelích, jakým předmětům dají přednost. Například ředitel, který je zaměřený spíše na technické předměty, se bude snažit hodiny zaměřit tímto směrem. Takže zdravotní tělesná výchova je pro něj zbytečný předmět, který ani nemá kam zařadit. Problém je ale i u ředitelů, kteří by předmět rádi zařadili, ale nemají na to prostory v rozvrhu. Všude se klade stále větší důraz na cizí jazyky a výpočetní techniku, a díky těmto předmětům není místo pro zdraví prospěšnější předměty. Přitom oblast „Výchova ke zdraví" přímo nabízí sem zařadit zdravotní tělesnou výchovu.

Bohužel není ani dostatek kvalifikovaných učitelů, kteří by tento předmět vyučovali. Na mnoho školách není dostatečné materiální vybavení pro tělesnou výchovu, natož pomůcky pro zdravotní tělesnou výchovu. Je nedostatek finančních prostředků, nebo s nimi není vhodně naloženo. Problémem ale může být i nezájem rodičů, kteří si nepřipustí, že zrovna jejich dítě je oslabené a potřebuje tato cvičení. Přitom v tomto věku je velmi důležité se cvičením začít, dá se tak předejít trvalým odchylkám, kdy už ani cvičení nepomůže.

Jedním z důvodů nezájmu dětí o tělesnou výchovu je i jednotvárnost hodin. Týká se to především starších učitelů, kteří mají naučené a vyzkoušené svoje cviky a nemají zájem zkoušet s dětmi něco nového, co by je mohlo bavit. Z vlastní praxe vím, že děti mají radši cvičení formou her. Můžou se tam zařadit i cviky méně oblíbené, ale když se to vhodně zařadí do nějaké hry nebo soutěže, děti se spíše zapojí. Týká se to spíš dětí mladších, ale i ti starší dají přednost herním cvičením. Fyzická kondice dětí je rok od roku horší, proto by se občas měli i zapojit netradiční a méně známé hry a sporty, např. létající talíře, kolečkové brusle, mini trampolíny a další. Děti aspoň budou mít větší chuť vyzkoušet něco nového a jejich pohybová aktivita o malinko stoupne.

Dítě stráví v době nástupu do školy asi šedesát procent času spontánní aktivitou ve vysoké pohybové intenzitě a s častým střídáním činností. Tím potvrzuje pohyb jako svoji potřebu. Zjištěné hodnoty představují přibližně 6 – 6,5 hodiny pohybové aktivity v průběhu dne. Vzhledem k realitě současnosti, často nepříznivě vyplývající na možnost uspokojit uvedený požadavek, je nevyhnutelné zabezpečit pro žáka minimálně 2,5 – 3 hodiny pohybové aktivity denně (Krejčí, Bäumeltová, 1999).

Nedostatek pohybu vede k obezitě. Podle Vondráčka (1992) k obezitě často vedou již nesprávné návyky v raném věku, kdy přejídání způsobuje tvorbu nadměrného počtu tukových buněk, který se v dalším životě již nemění, a podle okolností jsou tyto buňky buď tukem naplněny, anebo jsou k případnému plnění připraveny. Zde ovšem hraje rozhodující roli ten, kdo výživu zajišťuje, dítě samo je nevinné, stává se vlastně obětí původně dobrého záměru.

V zahraničních zdrojích se velmi často setkáváme s výrazem „kvalitní tělesná výchova". Ve známém dokumentu Healthy People 2010 jsme našli následující charakteristiku tohoto pojmu – Kvalitní tělesná výchova (klade důraz na znalosti a dovednosti vztahující se k celoživotní pohybové aktivnosti, udržuje žáky v aktivnosti po celou dobu vyučovací jednotky, nabízí výběr z mnoha různých pohybových aktivit, podporuje pohybovou aktivitu mimo školu atd.)

Z výsledků tohoto výzkumu je patrné, že se zdravotní tělesná výchova na většině základních škol nevyučuje. Důvodů existuje několik, avšak nejzávažnějším problémem je, že zdravotní tělesná výchova není řádně začleněna do rozvrhu. Některé ze škol se výzkumu ani nezúčastnily, a z toho bychom mohli odvodit, že zdravotní tělesnou výchovu nevyučují. Myslím, že je to velká škoda, nejen pro oslabené žáky, ale i jako prevence pro žáky zdravé.

Proto musím odpovědět záporně na otázku, zda existují na základních školách oddělení zdravotní tělesné výchovy pro zdravotně oslabené nebo postižené žáky, kterou jsem si položila na začátku své práce.

Názory lékařů a pedagogů ze semináře zdravotní tělesné výchovy v Praze:

- Zdravotní tělesnou výchovu může vyučovat absolvent vysoké školy, který složil zkoušku ze zdravotní tělesné výchovy. Proto by bylo dobré, aby tuto zkoušku plnili i učitelé 1. stupně základních škol.
- Začlenit pravidelné sportovní prohlídky každé 2 roky pro děti ve věku od 3 – 19 let, u sportovců častěji.

- Z pohledů lékaře – učitelé nerozlišují nemoc a nechuť k pohybu, dítě se někdy bojí říci, co nesmí cvičit. Je jednodušší osvobodit žáka, než zavést hodiny zdravotní tělesné výchovy. Je malý zájem učitelů o zdravotní stav dětí.
- Zavést do škol jednoho fyzioterapeuta, který by vyučoval zdravotní tělesnou výchovu.
- Věnovat více peněz na zdravotní tělesnou výchovu, méně na vrcholové sportovce.
- Možnost pohybu dětí i o přestávkách.
- Nezařazovat 3. vyučovací hodinu tělesné výchovy, ale raději zavést hodinu zdravotní tělesné výchovy.
- Od roku 1984 je zdravotní tělesná výchova součástí zkoušky na vysoké škole. Od roku 1993 se mohou učitelé účastnit různých školení, seminářů a kurzů.
- Od roku 2006 – rámcové plány – je zde zařazena i zdravotní tělesná výchova, ale vše je v pravomoci školy, zda zdravotní tělesnou výchovu začlení do rozvrhu.
- Většinou převažuje výuka jazyků a počítačů. Ani rodiče nemají zájem, aby jejich děti navštěvovaly zdravotní tělesnou výchovu. Kdyby zájem měli, tak by ředitelé tento předmět museli do rozvrhu zařadit ("tlak zespoda").
- Je lepší omezit např. matematiku, český jazyk a zařadit zdravotní tělesnu výchovu, protože je to důležitější pro zdraví, a jenom zdraví jedinci jsou schopni plného rozvoje.
- Lékař nemůže dát informace o svých pacientech školám. Může to pouze rodič, který si to u lékaře zjistí a předá to do školy. Lékař nemá právo informovat školu bez souhlasu rodičů.
- Zvýšit informovanost rodičů z vedení škol o důsledcích, když dítě necvičí či nedodržuje zdraví.
- Zvýšit zájem školy o zdravotní stav žáků. Jak je možné hovořit o individuálním přístupu k žákům při výchově a vzdělávání, když o nich nemáme základní

7 ZÁVĚR

V dnešní době se na sport můžeme dívat ze dvou hledisek. Z jedné strany se sportuje extrémně (kulturisti, vrcholoví sportovci), z druhé strany se sportu velká část lidí straní. Dávají přednost počítači a jiným technickým prostředkům a neuvědomují si, že jejich tělo potřebuje pro správnou funkci aspoň nějaký pohyb. Už není samozřejmostí jako dřív, že do práce z práce, nebo do školy ze školy se chodí pěšky. Téměř každý jezdí všude autem a chůzi používá pouze pro přemístění z auta. Přitom chůze je nejpřirozenější pohyb, který může provádět každý bez nějakých následků nebo strachu ze zranění. Ale i sportovat může téměř každý. Záleží, jaký druh sportu si kdo vybere. Vždyť sport je naše radost, odpočinek od všedních starostí a hlavně nejspolehlivější prostředek ke zdraví.

Z obdržených dotazníků vyplývá, že zdravotní tělesná výchova se v dnešní době na většině škol už nevyučuje. A tam kde je se z mnoha důvodů ruší. Spolupracovalo jen velmi málo škol a to i přes opakované žádání o vyplnění. Z těch, které spolupracovaly většina zdravotní tělesnou výchovu nevyučuje. Některé ji nikdy nezavedly, jiné ji v posledních letech zrušily. U těch škol, které neodpověděly lze předpokládat, že zdravotní tělesnou výchovu na škole nevyučují.

Největším problémem je to, že zdravotní tělesná výchova není řádně zařazena do rozvrhu. Dále jsou to finanční důvody. Na tuto problematiku by se mělo věnovat více peněz. Někteří ředitelé škol by uvítali zdravotní tělesnou výchovu na škole, ale nemají prostředky, aby mohli učitelům zaplatit více peněz, zejména aprobovaných a zkušeným učitelům. V mnoha případech je to i nezájem dětí a především rodičů. Děti mnohdy ani nevědí, že mají nějaké oslabení. Rodiče by neměli podceňovat zdraví svých dětí. Myslím, že by bylo povinné zavedení zdravotní tělesné výchovy do škol dobré nejen pro oslabené děti, ale i pro děti zdravé. Pohyb je v dnešní době velmi zanedbáván. Děti dají přednost sezení u počítače, nebo se začlení do nějaké party. Měla by se zlepšit informovanost rodičů o zanedbání nějakého oslabení, protože v dospělosti už bývá pozdě nějakou vadu odstraňovat. Měli bychom přehodnotit některé hodnoty našeho života, protože zdraví máme jenom jedno.

8 LITERATURA

1. ADAMÍROVÁ, J. *Zdravotní tělesná výchova.* Praha: Olympia, 1988, 115 s. ISBN 27-052-88

2. BELŠAN a kol., *Tělesná výchova pro 5. – 8. ročník základní školy.* 1. vydání, Praha: SPN, 1980, 456 s.

3. BOTLÍKOVÁ, V. *Vyrovnávací cvičení – vadné držení těla u dětí.* Praha: 1992, 24 s. ISBN 80-85521-14-4

4. DOVALIL J. a kol. *Výkon a trénink ve sportu.* Praha: Olympia, 2002, 248 s. ISBN 80-7033-760-5

5. HOŠEK, V. *Smysl pohybu.* Těl. Vých. Mlad., 58, 1992, č. 8, s. 19-21

6. HOŠKOVÁ, B., MATOUŠOVÁ, M. *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy.* Praha: Karolinum, 2005, 135 s. ISBN 80-7184-621-X

7. CHARVÁT, J. *Život, adaptace a stres.* Praha, Avicenum 1973

8. JANDA, V. *Vyšetřování hybnosti.* Praha: Avicenum, 1981, 259 s.

9. KÁRNÍKOVÁ, R. V*ztah pohybového vývoje dětí k některým vývojovým ukazatelům.* Teor. Praxe těl. Vých., č. 26, 1990, č. 6. s. 365-371

10. KOS, B. a TEPLÝ, Z. *Kondiční gymnastika.* Praha: Olympia, 1980

11. KRÁTKÝ, F. *Dějiny tělesné výchovy I. Od nejstarších dob do roku 1848.* Praha: OLYMPIA, 1974

12. KREJČÍ, M. *Uplatnění jógy v resocializačním procesu dětí a mládeže.* České Budějovice: PF ČB 1998, 205 s. ISBN 80-7040-311-X

13. KREJČÍ, M. a BÄUMELTOVÁ, M. *Optimalizace denního režimu žáků mladšího školního věku.* České Budějovice: INCA, 1999, 81 s. ISBN 80-238-4619-1

14. KUBÁNEK, B. *Základy zdravotní tělesné výchovy pro žáky základních škol.* Olomouc: HANEX, 1992, 57 s. ISBN 80-900925-2-7

15. KUČERA, M. *Tělesná zátěž a pohybový systém.* Těl. Vých. Mlad., 57, 1990, č. 3, s. 92-95

16. KYRALOVÁ, M. *Zdravotní tělesná výchova – II.* Část. Praha: 1996, ISBN 80-85228-39-4

17. KUBÁLKOVÁ, L. *Pohyb v prevenci a péči o zdraví.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2000, ISBN 80-86317-04-8

18 LABUDOVÁ, J. *Teória a didaktika telesnej výchovy oslabených.* Bratislava: 1989, 92 s. ISBN 80-223-0118-3

19 MÁČEK, M. *Klady a rizika sportovní činnosti – sport a zdraví.* Medicina sportiva. Ročník 2004, číslo 4, s. 171. ISSN 1210-5481

20. MATOUŠOVÁ, M. a kol. *Zdravotní tělesná výchova.* Praha: 1992, SPORT PRO VŠECHNY asociace rekreační tělesné výchovy a sportu ve spolupráci s BESTia s. r. o.

21. MILTNER, V. *Jóga pro děti.* Liberec: Liberecké tiskárny, 1990, ISBN 80-85269-00-7

22. MUŽÍK, V., DOBRÝ, L. *Jak propašovat zdravotní benefity a jiné užitečnosti do ŠVP?* Tělesná výchova a sport mládeže. 74, 2008, č. 4. s. 2, ISSN 1210-7689

23. MUŽÍK, V. a KREJČÍ, M. *Tělesná výchova a zdraví.* Olomouc: HANEX 1997

24. MUŽÍK, V. a TUPÝ, V. *Zdravotně orientovaná tělesný výchova na základní škole.* MU PdF Brno, 1999

25. PERNICOVÁ, H. a kol. *Zdravotní tělesná výchova.* Praha: Fortuna, 1993, 183 s. ISBN 80-7168-086-9

26. RYBA, J. a kol. *Vybrané kapitoly z didaktiky školní tělesné výchovy v obecné škole.* Hradec Králové: GAUDEAMUS, 1996, 148 s. ISBN 80-7041-025-6

27. RYBA, J. *Příspěvek k vývoji talentované mládeže s intenzivnějším pohybovým režimem.* Kandidátská disertační práce. FTVS UK Praha, 1993.

28. SILER, B. *Schlank und schön mit Pilates*, München: Mosaik Verlag, 2000

29. SRDEČNÝ, V. *Didaktika zvláštní tělesné výchovy.* Hradec Králové: 1981, 71 s. ISBN 60-209-82

30. SRDEČNÝ, V. a kol. *Tělesná výchova zdravotně oslabených.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982

31. SKOPOVÁ, M.a ZÍTKO, M. *Základní gymnastika.* Praha: Karolinum, 2005, 28 s. ISBN 80-246-0973-8

32. STRNAD, P. *Současný stav vyučovacího předmětu zdravotní tělesná výchova na základních a středních školách.* Praha: Karolinum, 2005, 127 s. ISBN 80-86317-37-4

33. ŠTUMBAUER, J. *Přehled československých dějin tělesné výchovy a sportu.* České Budějovice: PF ČB, 1990, 89 s. ISBN 80-7040-046-3

34. TLAPÁK, P. *Tvarování těla pro muže a ženy.* Praha: ARSCI, 2004, 17 s. ISBN 80-86078-41-8

35. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Healthy people 2010. Physical aktivity and fitness.* Washington, DC.: U.S. Department of Health and Human Services, 2000. Apendix 10.

36. VONDRÁČEK, M. a kol. *Kapitoly zdravotní výchovy*. Praha: Fortuna, 1992, 117 s. ISBN 80-85298-85-6

37. http://www.rvp.cz/clanek/78

9 PŘÍLOHA

Dotazník pro učitele tělesné výchovy

Přesný název a adresa školy Jméno a příjmení učitele telefon: mail:

1. Na které vysoké škole, fakultě a ve kterém roce jste ukončil studium?

2. Jakou tělovýchovnou kvalifikaci jste vysokoškolským studiem získal(a)?

A) pro I. stupeň ZŠ s prohloubenou TV B) pro II. stupeň ZŠ

B) pro střední školy

D) jinou (uveďte jakou).....

E) nemám tělovýchovnou kvalifikaci

3. Kvalifikaci vyučovat zdravotní tělesnu výchovu (dále zdravotní TV) jste získal(a):

A) v rámci vysokoškolského studia tělesné výchovy

B) postgraduálním specializačním kursem, pořádaným (kým, termín konání).....

C) odborným rekvalifikačním kursem, pořádaným (uveďte prosím vzdělávací instituci a termín konání).....

D) rehabilitačním, fyzioterapeutickým vzděláním

E) nemám kvalifikaci pro zdravotní TV

4. Vyjádřete počtem let dobu Vaší pedagogické praxe: .....

5. Kolik let vyučujete, nebo jste vyučoval(a) tělesnou výchovu?.....

6. Kolik let vyučujete, nebo jste vyučoval(a) zdravotní TV

7. Kolik vzdělávacích seminářů ze zdravotní TV jste po získání kvalifikace pro zdravotní TV absolvoval(a)..... a ve kterém roce jste se účastnil(a) posledního semináře?.....

8. Vyučujete zdravotní TV v současné době?

ano celkový počet hodin v týdnu.....

ne výuka zdravotní TV byla zrušena ve šk.roce..... z těchto důvodů:

A) nedostatečné materiální vybavení (uveďte prosím jaké).....
.....

B) rozvrhové obtíže

C) nedostatek finančních prostředků

D) jiné důvody (uveďte prosím jaké):.....

9. Jak získáváte potřebné informace o zdravotním stavu žáků (studentů) zařazených do III. zdravotní skupiny? (Vyjádřete prosím i stručné hodnocení.)

A) od praktického lékaře pro děti a dorost

B) od tělovýchovného lékaře

C) od rodičů

D) jiné zdroje informací (uveďte prosím jaké).

(místo pro hodnocení)

10. Kdo dává podnět k osvobození žáka (studenta) od tělesné výchovy?

A) praktický lékař pro děti a dorost

B) tělovýchovný lékař

C) rodič

D) uveďte prosím i jinou zkušenost.....

11. Jaké důvody jsou uváděny k osvobození žáků (studentů) od tělesné výchovy?

12. Kolik žáků (studentů) z celkového počtu žáků (studentů) ve třídách v nichž vyučujete TV, je zdravotně oslabeno, se zdravotním postižením, a osvobozeno od TV?

Třída, ročník	Počet žáků celkem	z toho		z toho		z toho		z toho osvobození od TV	
		hoši	dívky	zdravotně oslabení hoši	dívky	zdravotně postižení hoši	dívky	hoši	dívky

13.Kolik žáků (studentů) z celkového počtu žáků (studentů) ve třídách v nichž vyučujete TV, je zařazeno do povinné TV s úlevami, vzhledem ke zdravotnímu oslabení či postižení?

Třída, ročník	počet žáků v povinné TV s úlevami		
	hoši	dívky	celkem

14. Kolika vyučovacími hodinami v týdnu je zdravotní TV na škole pro žáky (studenty) III. zdravotní skupiny zabezpečena? (Do součtu zahrňte i vyučovací hodiny vašich kolegů (kolegyň), kteří spolu s Vámi na škole také vyučují zdravotní TV.).....hod. týdně.

15. Pokud znáte důvody, podle nichž byl žák (student) zařazen do III. zdravotní skupiny, (opíráte se o vyjádření lékařů a své profesní znalosti), uveďte prosím počty u níže uvedených oslabení. Pokud důvody neznáte, místo čísla u jednotlivé položky uveďte prosím nemohu se vyjádřit. /Jedná se o žáky, (studenty) které Vy vyučujete./

A) oslabení pohybového systému .....

B) oslabení dýchacího systému .....

C) oslabení oběhového systému .....

D) oslabení neuropsychická .....

E) oslabení gynekologická .....

F) oslabení metabolická (např. obezita, cukrovka) .....

G) oslabení smyslová .....

H) jiná oslabení (specifikujte prosím jaká a číslem vyjádřete počet žáků).....

.....

16. Kolik zdravotně oslabených a zdravotně postižených žáků (studentů) pravidelně cvičí v oddělení (odděleních) zdravotní TV na celé vaší škole? (Tj. včetně oddělení vašich kolegů.)

zdravotně oslabení		zdravotně postižení		celkem	
hoši	dívky	hoši	dívky	hoši	dívky

17. Kolik žáků (studentů) dochází do vaší školy?

Hoši	Dívky	Celkem

18. Vyjádřete prosím procentem Váš kvalifikovaný odhad žáků (studentů), kteří by potřebovali pravidelnou školní zdravotní TV (myšleno z celkového počtu žáků (studentů) vaší školy. a).....%

b) je obtížné se vyjádřit (uveďte prosím důvod).....

19. V případě, že se na vaší škole nerealizuje zdravotní TV, která opatření by bylo třeba podle vašeho názoru učinit, aby byl zmíněný vyučovací předmět pro zdravotně oslabené a postižené zaveden?

A/ aprobovaní učitelé B/ finanční prostředky

C/ začlenit zdravotní TV řádně do rozvrhu vyučovacích hodin

D/ zkvalitnit spolupráci s lékaři E/ jiné (uveďte prosím jaké(á) .....

20. Znáte „Metodický pokyn k postupu praktických lékařů pro děti a dorost při posuzování zdravotní způsobilosti k tělesné výchově na základních školách a středních školách?“ –

Č.j.: OZP/ 3-2542-6.11.1995. (Prosíme o pravdivé sdělení.)

a) ano b) ne

21. Znáte nějaký jiný materiál (směrnici, pokyn, předpis MZ...), který informuje lékaře o organizaci péče o zdraví při provádění tělesné výchovy a sportu?

.....

.....

22. Zhodnoťte kvalitu spolupráce s lékařem (lékaři) při zařazování dětí do zdravotních skupin.

A) velmi dobrá B) uspokojivá

C) neuspokojivá

D) jiné hodnocení.....

23. Místo pro vyjádření doplňujícího názoru nebo vysvětlení k otázkám a položkám uvedeným v dotazníku.

10 POUŽITÉ ZKRATKY

ZTV – zdravotní tělesná výchova

ŠVP – školní vzdělávací program

RVP – rámcový vzdělávací program