

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ
CENTRUM TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU**

**SOUČASNÝ STAV VÝUKY PŘEDMĚTU ZDRAVOTNÍ
TĚLESNÁ VÝCHOVA NA ZÁKLADNÍCH ŠKOLÁCH
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Kateřina Studeníková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Špottová, Ph.D.

Plzeň 2020

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 27. dubna 2020

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Petře Špottové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu při zpracovávání bakalářské práce, za cenné rady a připomínky k jejímu obsahu. Dále chci poděkovat Mgr. Ladislavu Harvánkovi za pomoc při distribuci dotazníků a všem pedagogům tělesné výchovy na základních školách za účast při dotazníkovém šetření.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINÁL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	6
1 ÚVOD.....	7
2 ROZBOR TEORETICKÝCH VÝCHODISEK DANÉ PROBLEMATIKY.....	9
2.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVĚ.....	9
2.1.1 Cíle a úkoly ZTV.....	10
2.1.2 Organizační formy ZTV.....	11
2.2 PŘEHLED ZDRAVOTNÍCH OSLABENÍ.....	13
2.2.1 Oslabení pohybového aparátu.....	13
2.2.2 Respirační oslabení.....	18
2.2.3 Kardiovaskulární oslabení.....	19
2.2.4 Metabolické poruchy.....	19
2.2.5 Nervová a neuropsychická oslabení.....	22
2.2.6 Smyslová oslabení.....	22
2.2.7 Gynekologická oslabení.....	23
2.2.8 Gastrointestinální oslabení.....	23
2.3 CHARAKTERISTIKA MLADŠÍHO A STARŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU.....	23
2.3.1 Mladší školní věk.....	23
2.3.2 Starší školní věk.....	25
2.4 OBLASTI PODPORY ZDRAVÍ.....	25
2.4.1 Studie zdraví 2016.....	26
2.4.2 Škola podporující zdraví.....	27
2.4.3 Programy a fondy zdravotních pojišťoven.....	28
2.4.4 Další programy podporující zdraví a prevenci.....	29
3 CÍL, ÚKOLY A HYPOTÉZY PRÁCE.....	30
3.1 CÍL PRÁCE.....	30
3.2 ÚKOLY PRÁCE.....	30
3.3 HYPOTÉZY.....	30
4 METODIKA.....	31
4.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	31
4.2 VÝZKUMNÉ METODY.....	31
4.3 METODY ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ ÚDAJŮ.....	31
5 VÝSLEDKY A DISKUZE.....	32
6 ZÁVĚR.....	48
SHRNUTÍ.....	50
RESUMÉ.....	51
SEZNAM LITERATURY.....	52
SEZNAM GRAFŮ.....	56
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	57
PŘÍLOHY.....	I
I. PRŮVODNÍ DOPIS PRO UČITELE TV NA ZŠ.....	I
II. DOTAZNÍK PRO UČITELE TV NA ZŠ.....	II

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ZTV	zdravotní tělesná výchova
TV	tělesná výchova
CJ	cvičební jednotka
VJ	vyučovací jednotka
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZŠ	základní škola
LTV	léčebná tělesná výchova

1 ÚVOD

Pohyb je přirozenou součástí lidského života, výrazně zlepšuje jeho kvalitu, přináší radost a uspokojení. U dětí je pohyb obzvláště důležitý a je na rodičích dítěte, aby jej zajistili a motivovali k němu. Poté, co začne povinná školní docházka, začne i pravidelné cvičení v hodinách tělesné výchovy. Tělesná výchova vyučovaná na základních školách dříve pohyb dětí vhodně doplňovala a rozvíjela, dnes jej mnohdy nahrazuje.

Děti se nechtějí hýbat a tělesná výchova se pro ně stává stále méně oblíbeným předmětem ve škole. Ta je přitom pro ně jednou z hlavních cest k udržení zdravého životního stylu a kondice. Současně s tím má stále více žáků v běžné tělesné výchově různá omezení nebo jsou z ní zcela uvolněni. Děje se tak, protože se setkáváme s dětmi, které mají různá zdravotní oslabení. Ať už jde o hendikep pohybového aparátu, obezitu, diabetes mellitus, srdeční či jiná onemocnění. Tato oslabení mohou mít různé příčiny. Mimo vrozených vad budou jejich hlavní příčinou především civilizační choroby. Odborníci z celého světa je spojují s moderním způsobem života zahrnujícím nesprávné stravování, častý stres a nedostatek fyzické aktivity. U dětí se nejedná o chybu jejich vlastní, ale o chybu rodičů, kteří nedbají o správnou životosprávu a nevedou dítě k tolik potřebnému pohybu.

Aby však nebyl pohyb dětem se zdravotním oslabením v rámci tělesné výchovy úplně zapovězen, existuje zvláštní druh tělesné výchovy tzv. zdravotní tělesná výchova. Její zařazení do běžné výuky je jednou z možností, jak udržet základní pohybovou aktivitu, pozitivní vztah k pohybu a zároveň vytvořit pozitivní účinky na konkrétní oslabení.

Součástí výuky bakalářského studia naší fakulty je právě zdravotní tělesná výchova, která byla inspirací pro téma této bakalářské práce. Studenti během jejich hodin provádí cviky určené pro osoby se zdravotním oslabením. Vzhledem k jejich obtížnosti, která mnohdy překvapí i sportovně založené jedince, si musí důkladně osvojit jejich správné provedení.

V úvodu práce je podrobně rozebrán pojem zdravotní tělesné výchovy, její charakteristika, úkoly a cíle. Popisuje také hlavní organizační formu, kterou je cvičební jednotka.

Druhá kapitola pojednává o jednotlivých zdravotních oslabeních. Ty postihují pohybový aparát, kardiovaskulární, respirační systém nebo jsou způsobeny metabolickými poruchami. Jedná se o zdravotní oslabení, která se většinou vyskytují u jedinců zařazených do III. zdravotní skupiny.

Bakalářská práce je zaměřena na tělesnou výchovu během základní školní docházky, ke které až na výjimky dochází mezi šestým a patnáctým rokem života člověka. Právě v tomto období prochází na základě přirozeného vývoje lidské tělo zásadními změnami. Tělesná výchova by měla být těmto změnám v průběhu školní docházky přizpůsobena. Pro potřeby této práce je proto v její další části toto období rozděleno na mladší a starší školní věk a podrobněji charakterizováno.

Závěrečná kapitola je zaměřena na další oblasti podpory zdraví realizované mimo školní docházku pro zdravotně oslabené jedince.

Hlavním cílem této práce je popsat předmět zdravotní tělesná výchova a zjistit aktuální stav jeho výuky v daném regionu.

Výzkumná část je zaměřena na průzkum současného stavu výuky předmětu zdravotní tělesná výchova na základních školách, který probíhal v Plzni. Pro tyto účely byl vytvořen online dotazník, který byl rozeslán učitelům tělesné výchovy na základních školách.

2 ROZBOR TEORETICKÝCH VÝCHODISEK DANÉ PROBLEMATIKY

2.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O ZDRAVOTNÍ TĚLESNÉ VÝCHOVĚ

Zdravotní tělesná výchova (dále jen ZTV) je zvláštní druh tělesné výchovy (dále jen TV) vycházející z Rámcového vzdělávacího programu vydaného ministerstvem školství (Dostálová Iva, 2011).

ZTV má dlouholetou a bohatou tradici, protože pohyb měl a má pro zdraví člověka velký význam. Její počátek se datuje už od 3. tisíciletí př.n.l.. V Čechách patřil mezi propagátory Jan Amos Komenský, který zdůrazňoval ve všech svých dílech význam TV. Své místo má stále i v současné výuce TV.

V dnešní době se mnohem častěji setkáváme s dětmi školního věku všech věkových kategorií, kteří se stále více potýkají s vadným držením těla, obezitou, nervovými a interními oslabeními. Tato oslabení jsou často provázána různými nedostatky v oblasti pohybového aparátu, které mají celkově špatný vliv na vývoj žáků. Způsobují nejen pokles jejich fyzické zdatnosti a odolnosti, ale také snižují pracovní výkonnost (Srdečný a kol., 1982).

ZTV, dříve označována jako zvláštní tělesná výchova, je specifická forma TV, určená pro zdravotně oslabené jedince zařazené do tzv. III. zdravotní skupiny. Podle směrnic MZ ČR (č. 3/1981) byla TV naší populace rozdělena do čtyř zdravotních skupin (Hošková & Matoušková, 2000).

První skupina je určena pro zdravé jedince, kteří jsou přiměřeně vyspělí a mají vysokou míru trénovanosti. Tito jedinci mohou vykonávat školní TV a sport bez omezení, s výjimkou omezení věku a pohlaví.

Ve druhé skupině se nacházejí podobní jedinci jako v první skupině, ale jsou charakterizováni jako méně trénovaní. Mají povolené stejné pohybové aktivity jako jedinci z první zdravotní skupiny.

Třetí zdravotní skupina je pro jedince, kteří mají oslabení s dočasnými nebo stálými odchylkami tělesného vývoje. Tito mají často v běžné školní TV úlevy, avšak především pro ně by měla být zřízena zdravotní TV. Sportovní činnost, kterou mohou vykonávat je závislá na typu a stádiu jejich oslabení.

Poslední čtvrtá zdravotní skupina je pro jedince, kteří mají zdravotní hendikep. Tito bývají úplně osvobozeni ze školní TV a neměli by provozovat žádný sport. Je jim doporučována léčebná TV, která spadá už do kompetencí fyzioterapeutů (Hošková & Matoušová, 2000).

2.1.1 CÍLE A ÚKOLY ZTV

ZTV má několik cílů. Z celkového pohledu je nejdůležitějším cílem racionálním způsobem posilnit organismus oslabeného jedince a odstranit či alespoň redukovat zdravotní oslabení. Měla by také vytvořit dispozice pro optimální tělesný, pohybový a duševní rozvoj a dbát na zdokonalení funkční a pohybové výkonnosti organismu. V neposlední řadě umožnit zdravotně oslabenému jedinci, podle jeho způsobilosti a zdravotního stavu, sportovní vyžití.

Úkoly ZTV, které jsou podřízeny těmto cílům, rozdělujeme na zdravotní, vzdělávací a výchovné (Matoušová a kol., 1992).

Hlavním zdravotním úkolem je vykompenzovat oslabení tam, kde doposud nenastalo upevnění vady, případně kde choroba není chronická. Dále stabilizovat oslabení či zamezit jeho zhoršování, pokud kompenzace již není možná. Nezbytné je také udržet celkový zdravotní stav jedince v dobré kondici, odstranit negativní následky v oblasti fyzické a psychické zapříčiněné hospitalizací nebo upoutáním na lůžko po vážné nemoci či zranění (Hálková a kol., 2008). V neposlední řadě se má podílet u dětí a mládeže na utváření organismu, jeho dílčích částí, vývoje funkcí, navyšovat celkovou zdatnost a funkční výkonnost organismu oslabeným jedincům (Matoušová a kol., 1992).

Dalším úkolem je úkol vzdělávací. Má seznámit cvičence se základními pohybovými dovednostmi, návyky a jejich dávkováním s ohledem na zdravotní oslabení jedince (Hálková a kol., 2008), prohloubit a rozšířit znalosti cvičence o jeho vlastním oslabení, o možnostech jeho ovlivňování a čeho se vyvarovat (Hošková & Matoušová, 2000).

Třetím úkolem je úkol výchovný. Ten má vybudovat u cvičenců pozitivní vztah k trvalému pohybovému režimu a směřovat jej k jeho plnění zrovna tak, jako k plnění obecných i specifických hygienických pravidel (Hálková a kol., 2008). Trénování a zlepšování v dané činnosti přináší jedinci pocit sebedůvěry ve vlastní síly a schopnosti. Může díky tomu překonávat dočasné, případně i trvalé zdravotní potíže. V neposlední řadě tento pozitivní vztah k pohybu usnadňuje snazší a rychlejší socializaci (Hálková & Matoušová, 2000).

2.1.2 ORGANIZAČNÍ FORMY ZTV

ZTV má několik organizačních forem. Za nejdůležitější a hlavní organizační formu se považuje cvičební jednotka (Srdečný a kol., 1982).

Cvičební jednotka (dále jen CJ), ve školní TV hovoříme spíše o vyučovací jednotce (VJ), je založena na stejných didaktických zásadách jako běžná hodina TV. Podle Hoškové a Matoušové (2000) by CJ zdravotně oslabených měla trvat 45 minut. Její strukturu dle Hálkové a kol. (2008) vidíme v tabulce č. 1. Stejný názor má i Srdečný a kol. (1982), který uvádí dobu trvání taktéž 45 minut. Rozdílný názor nacházíme u Strnada (1989) a Hálkové a kol. (2008), kteří uvádějí dobu cvičení v rozmezí 45 až 60 minut, ojediněle i 90 minut. Zde však záleží nejen na zdravotním stavu cvičence či na úmyslu pedagoga, ale i na materiálních okolnostech.

Ve CJ najdeme dvě hlavní pozitiva didaktického procesu – obsahová návaznost a pravidelnost.

Měla by se konat několikrát do týdne, nejlépe 2x – 3x. Čím vícekrát se bude uskutečňovat, tím bude efekt účinnější. CJ by měla být vedena aprobovaným cvičitelem či učitelem, který dokáže určovat obsah vyučovací jednotky, uplatňovat metodickou posloupnost a didaktické zásady a pozorovat, jaký vliv má pravidelnost cvičení na vyrovnávací proces. CJ také zajišťuje stálý kontakt s cvičitelem, který koriguje a pozoruje pohyb cvičících, pomáhá oslabeným vhodným výběrem cvičení podle druhu oslabení a s pohybovým režimem jedince. Projevuje se zde i sociální stránka (Matoušová & Hošková, 2000), neboť cvičící se setkává s přibližně stejně starými jedinci, kteří mají podobné nebo totožné zdravotní oslabení i výkonnost (Hálková a kol., 2008). Tento kontakt zajišťuje oboustranný pozitivní vliv, kdy se cvičící zbavuje pocitu méněcennosti, ostychu a věří sám v sebe (Matoušová & Hošková, 2000).

CJ má tři části – úvodní, hlavní a závěrečnou.

Tabulka 1: Časové rozložení cvičební jednotky (Hálková a kol., 2008)

Čas	Trvání		
	45 minut	60 minut	90 minut
Úvodní část	5 – 8 minut	8 – 10 minut	10 – 15 minut
Hlavní část – a) vyrovnávací	15 – 20 minut	20 – 30 minut	25 – 40 minut
b) rozvíjející	10 – 15 minut	15 – 20 minut	20 – 45 minut
Závěrečná část	5 – 7 minut	7 – 10 minut	10 – 15 minut

V úvodní části cvičitel či učitel zahajuje CJ nástupem cvičenců a jejich prezencí. Poté seznámí jedince s obsahem a cílem hodiny a zdůvodní význam cvičení, které se uskuteční během hodiny. Následuje příprava organismu, rozcvičení, uvolnění kloubů a svalů a navození příjemného prostředí (Srdečný a kol., 1982). Zahřátí je na rozdíl od zdravých cvičenců pozvolnější a má i nižší zatížení. Zařazují se nenáročné pohybové činnosti ve formě cyklických činností, například chůze, různé obměny kroků (poskoky, pohupy) doprovázené pohyby paží a s případným využitím hudby (Hálková a kol., 2008). Vhodné je používat i cvičební pomůcky, které mohou cvičení zpestřovat, zlehčovat či ztěžovat. Pro cvičence, kteří jsou obézní či věkově starší, je vhodnější začínat v nižších polohách (Hošková & Matoušová, 2000).

Hlavní část dělíme na část vyrovnávací a rozvíjející. Do vyrovnávací části CJ zahrnujeme cílená cvičení pro jednotlivé oblasti těla a určitá zdravotní oslabení (Hrabinec a kol., 2017). Patří sem i rovnovážná, relaxační, dechová, smyslová a speciální cvičení (Hálková a kol., 2008).

Ve vyrovnávací části jde také o soustředěnost jedince, aby si provedení cviku či cvičení dokonale osvojil a zvládnul ho kdykoliv zacvičit doma, případně v jiné formě TV i bez přítomnosti učitele či cvičitele. Také je důležité naučit cvičence sebekontroly (Strnad, 1989).

Rozvíjející neboli kondiční část CJ obsahuje cvičení, kterými rozvíjíme celkovou zdatnost jedince, jeho pohybové dovednosti a výkonnost (Hošková & Matoušová, 2000).

Mohou se zařazovat i cvičení z části vyrovnávací, ale v těžších obměnách, například s různým náčiním či rovnovážná cvičení (Hálková a kol., 2008). Měli bychom provádět cvičení, o které mají zájem cvičenci pro podporu pocitu sportovního prožitku, avšak v souladu s jejich druhem oslabení (Hošková & Matoušová, 2000).

Závěrečná část CJ se podle Pernicové a kol. (1993) dělí na dvě části – uklidňující a organizační. V uklidňující části dochází k pozvolnému zklidnění organismu po psychickém i fyzickém úsilí. Náplní této části jsou relaxační a dechová cvičení či herní činnosti, které nejsou náročné. Obsahem druhé organizační části je zhodnocení CJ a motivace na další CJ.

Mimo CJ zahrnujeme do dalších organizačních forem domácí cvičení. Domácí cvičení podporují a doplňují školní výuku ZTV. Délka každodenního domácího cvičení by měla být minimálně 15 – 20 minut.

Mezi další organizační formy patří víkendové činnosti či týdenní až dvoutýdenní ozdravné pobyty (Hošková & Matoušová, 2000).

2.2 PŘEHLED ZDRAVOTNÍCH OSLABENÍ

2.2.1 OSLABENÍ POHYBOVÉHO APARÁTU

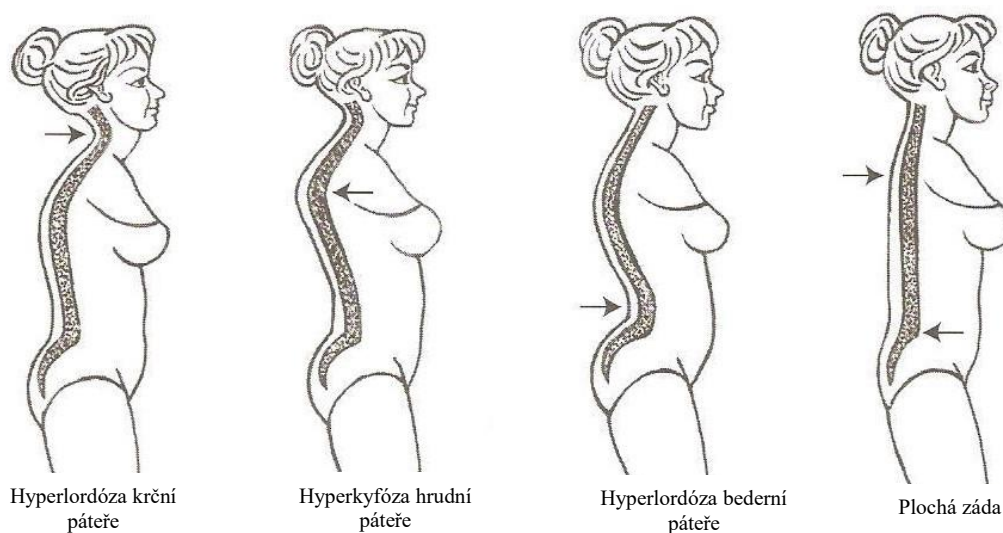
Oslabení pohybového aparátu je nejčastějším oslabením, které se objevuje u všech věkových kategorií. Nejpočetnější skupinu vytvářejí jedinci s chybnými pohybovými stereotypy, zejména jedinci s vadným držením těla (viz obr. 1). Další skupinu tvoří jedinci, jenž se potýkají se svalovou dysbalancí v jednotlivých částech těla. (Kyrlová & Matoušová a kol., 1995).

Oslabení pohybového aparátu u dospělé populace je rozdílné než u dětí a mladistvých, kteří prochází růstem a vývojem (<https://is.muni.cz>).

Jednou z nejčastějších pohybových oslabení vyskytující se u dětí a mládeže je skolióza. Lenhnert – Schroth a Gröbl (2014) uvádějí, že skolióza je oslabení v sagitální rovině a ve většině případů není známa její příčina. Diskuze pojednávají, že vznik skoliózy může být od genetické dispozice po zpožděný růst až po změny v centrální nervové soustavě, avšak uvádějí, že jde o primární defekt růstu.

Stejný názor jako Lenhnert – Schroth a Gröbl zastávají Kyalová & Matoušová (1995), že jde o skoliózy tzv idiopatické, a to znamená, že původ tohoto druhu skoliózy je neznámý. Podle nich patří právě skolióza k vážnějším poruchám pohybového aparátu, protože postihuje partie hrudní, bederní a krční páteře.

Pomocí pravidelného zdravotně – kompenzačního cvičení můžeme skoliotické držení těla úspěšně usměrnit (Levitová & Hošková, 2015). Děti se skoliotickým držení těla by měly provádět například vlnivé pohyby páteře jako je přelézání, podlézání, překážkové dráhy či lezení po čtyřech nebo plazení. Jednostranná zátěž, tvrdé doskoky nebo sprinty patří mezi činnosti, kterým by se měly vyvarovat.



Obrázek 1: Vady páteře (Levitová & Hošková, 2015)

Podle Srdečného a kol. (1982) je hyperlordóza charakterizována jako nadměrné prohnutí v oblasti bederní páteře dopředu. Největší rozsah pohybu má krční a bederní páteř. Na tyto úseky jsou kladeny velké nároky z důvodu správné funkčnosti svalstva, obzvláště na správnou koordinaci a k rovnováze napětí flexorů a extenzorů páteře.

Pro hyperkyfózu hrudní páteře neboli kulatá záda je typické nadměrné vyklenutí v oblasti hrudní páteře vzad. Ochablé zádové svalstvo, například mezilopátkové svaly, jsou nejčastější příčinou tohoto oslabení (Srdečný a kol., 1982). Dětská kulatá záda mohou vznikat i v důsledku ztíženého dýchání, kdy děti začínají dýchat ústy, tudíž se na dýchání podílí pouze bránice a svaly břišní stěny. Toto oslabení je často doprovázeno odstávajícími lopatkami (Pokorný, 2000).

Další oslabení, se kterým se často setkáváme, jsou plochá záda. Jedná se o posturální oslabení, které vede k ochabnutí svalstva trupu a k mírnému sklonu pánve (Pokorný, 2000). U plochých zad dochází v částech hrudní kyfózy a krční a bederní lordózy ke kompletnímu zmenšení fyziologického zakřivení páteře (www.zdravotnitv.webnode.cz).

Jedinci s plochými zády by měli cvičit s páteří po částech a vždy se současnou kompenzací.

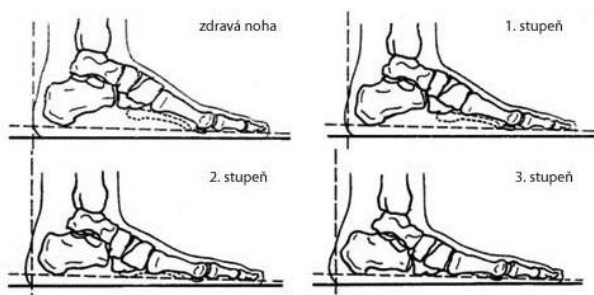
Mezi vhodná cvičení zahrnujeme prolézačky, nikoliv však přímivá cvičení a cvičení v lehu na zádech.

Do oblasti oslabení pohybového aparátu patří také horní zkřížený a dolní zkřížený syndrom. U horního zkříženého syndromu (dále jen HZS) dochází ke svalové dysbalanci v oblasti hlavy, krku a horní části trupu. Pokud se svalová nerovnováha úplně rozvine, dojde k vadnému držení těla.

Jedinec bude mít kulatá záda, ramena se stočí dopředu či vytáhnou k uším a hlava se dostane do předsunu bradou vpřed a nastane záklon v oblasti krční páteře (Tlapák, 2011). Mezi hlavní zásady vyrovnání u HZS je fixace polohy pánve, protažení prsních svalů a zadní strany krku a posílení hlubokých flexorů krku a dolních fixátorů lopatek.

K dolnímu zkříženému syndromu (dále jen DZS) dochází v případě svalové nerovnováhy v oblasti pánve, dolní části trupu a dolních končetin. Břišní a hýžděové svaly, bederní vzpřimovače a kyčelní ohybače se podílejí na tom, aby byla pánev ve správném postavení. Dojde-li ke svalovému narušení mezi těmito svaly, vzniká vadné držení těla v oblasti pánve neboli k DZS (Tlapák, 2011). Do zásad vyrovnání u DZS zahrnujeme protažení flexorů, hamstringů, vzpřimovače páteře a čtyřhranného svalu bederního a posílení břišních a hýžděových svalů.

Mezi další oslabení patří tzv. plochá noha. U dětí patří mezi nejčastější oslabení dolní končetiny. Podle Levitové & Hoškové (2015) je vznik ploché nohy zapříčiněn nerovnoměrností mezi pevností svalů a zatížením nohy, vazů anebo znetvořením kostí. Mezi faktory ovlivňující vznik ploché nohy u dětí patří nedostatek pohybové aktivity v batolecím či předškolním období, špatná obuv (velikost, tvar špičky apod.) či obezita (Levitová & Hošková, 2015). Plochá noha se dělí na 3. stupně plochosti (viz obr. 2).



Obrázek 2: Zdravá noha a tři stupně ploché nohy (www.ortopedica.cz)

1. stupeň plochosti je tzv. mírně plochá noha objevující se jen u zátěže. U středně ploché nohy (2. stupeň plochosti) může docházet k bolesti nártu či chodidla po námaze. Nejvyšší stupeň plochosti (3. stupeň) je označován jako silně plochá noha, u které se i při chůzi projevuje bolest. Jedinci trpící 3. stupněm plochosti mají potíže s rovnováhou při stožení na jedné končetině a jejich chůze je těžkopádná. Do cviků pro léčbu a prevenci plochosti nohy zahrnujeme například následující cviky:

- válení míčku s drsným či hladkým povrchem mezi chodidly
- vsedě kreslení nohou na papír
- natahování a ohýbání prstů
- sběr předmětů, uchopování a jejich předávání
- snožmo výpon na špičky
- svlékání a navlékání ponožky prsty druhé nohy

Mezi stimulaci plosky nohy můžeme zařadit chůzi naboso po trávníku či kamínkách, dále pak vložení ortopedických vložek do obuvi nebo rehabilitaci.

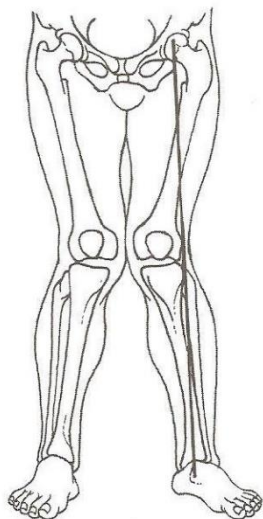
Mezi další oslabení dolních končetin, se kterým se u dětí můžeme setkat, je valgózní a varózní postavení kolenních kloubů. U tohoto oslabení dochází k odchýlení kolen od osy. Tato osa prochází od kyčelního kloubu přes koleno až k hlezennímu kloubu (Pokorný, 2000).

Valgózní postavení kolenních kloubů (viz obr. 3) charakterizujeme jako vbočené kolenní klouby. Toto postavení je také nazýváno jako postavení dolních končetin do tvaru „X“. Směrem dovnitř směřují kolenní klouby, kdežto bérce se odchylují zevně a toto vybočení od osy je mediální. Valgozita se objevuje častěji u dětí trpících nadváhou než u dětí shodného věku, kteří nemají nadváhu.

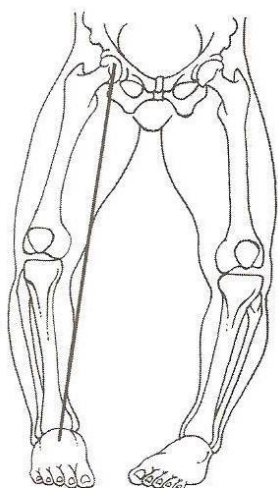
Mezi nápravná cvičení zařazujeme zdravotně – kompenzační cvičení, které je určené na protažení a posílení svalových skupin a uvolnění kloubních struktur. Nevhodnými činnostmi jsou rychlé a dlouhé běhy, posilování s nadměrnou zátěží nebo jednostranné či asymetrické zátěže (in – line bruslení).

Vybočené kolenní klouby jsou typické pro varózní postavení kolenních kloubů neboli postavení do „O“ (viz obr. 4). Toto oslabení zapříčiňuje, že kolenní klouby směřují ven, kdežto dovnitř se uchylují bérce. U varozity se jedná o laterální odchýlení kolenního kloubu od osy.

Korekce varozity zdravotně – kompenzačním cvičením je obdobná jako u valgózního postavení kolenních kloubů. Mezi nevhodné činnosti řadíme dlouhodobé pochody nebo stání, fotbal či jízdu na koni (Levitová & Hošková, 2015).



Obrázek 3: Valgózní postavení kolenních kloubů (Levitová & Hošková, 2015)



Obrázek 4: Varózní postavení kolenních kloubů (Levitová & Hošková, 2015)

2.2.2 RESPIRAČNÍ OSLABENÍ

Respirační oslabení postihují dýchací ústrojí, které společně s oběhovou soustavou tvoří tzv. transportní systém. Ten odpovídá na požadavky organismu. Reaguje na ně v klidu i při fyzické námaze. Transport dýchacích plynů je nejdůležitější při fyzickém výkonu. Při onemocnění respiračního systému nastává adaptace základních fyziologických dějů odpovídajícím požadavkům a možnostem organismu. Frekvence a hloubka dýchání (neboli stereotyp dýchání) se tomu také přizpůsobuje (Kyrálová & Matoušová a kol., 1995).

Nejčastějším onemocněním, se kterým se u dětí školního věku setkáváme, je zánět průdušek (bronchitida) a astma.

Podle Srdečného a kol. (1982) je bronchiální astma a bronchitida v chronické podobě onemocnění dýchacích cest, které se nejhojněji vyskytuje u mládeže.

Srdečný a kol. (1982) uvádí, že mládež nejvíce trpí akutním zánětem průdušek hlavně v zimním období, především při vlhkém počasí. Akutní onemocnění průdušek se může změnit v chronické. Když dítě trpí chronickým zánětem průdušek, objevují se u něho někdy bolest, kašel, bodání na prsou. Při fyzickém výkonu se kašel stává dráždivější a dochází ke zhoršení celkového zdravotního stavu. Proto pro takového jedince není vhodný sport na závodní úrovni, spíše volit sporty rekreačního typu, například lyžování, bruslení či vysokohorskou turistiku.

„Astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, v němž se účastní mnoho buněk a buněčných působků.“ (Novotná & Novák, 2012, str. 23). Podle Srdečného a kol. (1982) je astma onemocnění, u kterého dochází k záchvatům. Tyto záchvaty bývají křečovité, neboť jsou způsobeny křečemi hladkého svalstva. Při výdechu nastává dušnost. Nejhorším záchvatem, který může u jedince nastat, je právě záchvat výdechové dušnosti. Ten může trvat i několik hodin. Astma je také doprovázeno pískoty při dýchání, tlakem na hrudi, dušností a kašlem, nejčastěji však v noci či brzo ráno (Novotná & Novák, 2012). Při onemocnění astmatem je vhodné provádět dýchací cvičení, které napomáhá ovlivňovat svaly dýchacích cest. Tato cvičení při větším počtu opakování zlepšují sílu dýchacích svalů a také řídí pohyb s dýcháním (Kyrálová & Matoušová, 1995).

U oslabení dechového systému bychom měli dbát na čisté prostředí, pravidelné větrání, otužování. Pohybové aktivity provozovat se správným dýcháním.

Navíc respirační oslabení, které není kompenzováno, může vést až k infekci dýchacích cest, která je nejčastější příčinou úmrtí lidské populace (Kolek & Vágnerová a kol., 2016).

2.2.3 KARDIOVASKULÁRNÍ OSLABENÍ

Cévy a srdce tvoří oběhový systém lidského těla, jejich onemocnění se nazývá kardiovaskulární oslabení.

Oslabení samotného oběhového systému můžeme rozdělit do dvou skupin – vrozené a získané. Původem vrozených srdečních vad je nesprávný vývoj velkých cév nebo srdce. U získaných vad je jejich původem nejčastěji tzv. revmatické a porematické chlopenní poškození (Navrátil a kol., 2008).

Mezi nejčastější kardiovaskulární oslabení patří arteriální hypertenze neboli vysoký krevní tlak. Je charakterizován jako opětovné zvýšení tzv. systolického a diastolického tlaku (Bulava, 2017). U dětí a mládeže se jedná o juvenilní hypertenzi. Zprvu se u této choroby neprojevují žádné výrazné příznaky. Vyšší hodnoty krevního tlaku zjistíme náhodným měřením. Jedinci s vyššími hodnotami krevního tlaku by měli změnit životosprávu a zařadit do svého života více fyzické aktivity. Vliv na hodnoty krevního tlaku má i pohybová aktivita dynamického rázu. Adaptace na dlouhodobé působení pohybové aktivity vede k poklesu krevního tlaku. Nedostatek pohybové aktivity (hypoaktivita) zapříčiňuje navýšení hodnot krevního tlaku.






Srdečný a kol. (1982) uvádí hlavní principy cvičení pro kardiaky. Ti by podle něj měli dodržovat cvičební tempo s menším zatížením, pravidelné a pozvolné zatěžování, mezi cvičením by si měli dávat pauzy a také správně zkoordinovat dýchání a pohybové tempo. Doporučuje také sporty spíše rekreačního typu, například lyžování, golf, bruslení, jízdu na koni či turistiku. Vhodné je i plavání, které je důležité právě pro zkoordinování dýchání a pohybu.

2.2.4 METABOLICKÉ PORUCHY

Metabolické poruchy jsou poruchy látkové přeměny. Mezi nejobvyklejší poruchy metabolismu u dětí řadíme obezitu a diabetes mellitus.

Obezita je onemocnění, při kterém dochází ke znásobení tělesné tukové tkáně nad stanovenou ideální mez organismu. Z mechanické stránky zatěžuje dynamický a statický aparát člověka a také poškozuje funkce fyziologické (Müllerová a kol., 2009).

Obezitu můžeme diagnostikovat například podle hodnot BMI a rozdělit ji do několika stupňů (viz. obr. 5).

Stupeň hodnocení	BMI
podvýživa	do 18,5
normální hmotnost 	18,5–25
nadváha 	25–30
obezita I. stupně (mírná) 	30–35
obezita II. stupně (střední) 	35–40
obezita III. stupně (morbidní) 	nad 40

Obrázek 5: Stupně obezity (Müllerová, 2009)

CJ pro obézní jedince by měla začínat nejprve v nízkém vytrvalostním zatížení, poté je vhodné zařadit střední zatížení ve formě vytrvalostně dynamické. Cvičenci by měli tuto aktivitu vykonávat alespoň 30 minut obden. Cyklistika, plavání, rušné hry ve vodě, intenzivní chůze či zimní turistika jsou vhodnými sportovními aktivitami pro jedince mající obezitu (Kyrálová & Matoušová, 1995).

Diabetes mellitus neboli cukrovka se řadí mezi nejhojnější metabolické poruchy. Je pro ní charakteristický defekt látkové přeměny sacharidů. Defekt je vyvolán redukovanou vnímavostí na inzulín či nedostačujícím vytvářením inzulínu (<https://is.muni.cz>).

Rozlišujeme dva typy cukrovky:

Diabetes mellitus 1. typu

Tento typ cukrovky je charakterizován naprostým nedostatkem inzulínu, který je zapříčiněn autoimunitní destrukcí beta buněk. Objevuje se především v dětství a v dospívání.

Jedincům, majícím cukrovku 1. typu, se dlouhodobě podává inzulín a také musí dodržovat určenou dietu (Navrátil a kol., 2008). Žízeň, ztrátu na váze a velký výdej moči uvádí Svačina & Bretšnajdrová (2003) jako hlavní příznaky cukrovky 1. typu.

Diabetes mellitus 2. typu

Cukrovka 2. typu se vyskytuje zejména u dospělé populace, kdy dochází k necitlivosti na hormon inzulín (Svačina & Bretšnajdrová, 2003). Jedná se o typ cukrovky, který se nejčastěji objevuje u obézních lidí a je také mnohdy dědičný (Navrátil a kol., 2008).

Kyralová & Matoušová (1995) uvádějí pravidla pro pohybovou činnost jedinců, kteří mají diabetes mellitus 1. a 2. typu:

- Stálé zatížení by nemělo překročit hranici 45 minut, u aktivit delších je nezbytné zařazovat přestávky, při kterých je zapotřebí doplnit tekutiny a živiny do těla. V případě zařazení svalových činností doporučují zahájit je po cca 45 minutách po příjmu potravy.
- Po svolení lékaře může jedinec svalovou činnost konat s námahou odpovídající 50% až 65 % nejvyšší výkonnosti.
- Aktivace svalů by měla být pozvolná. Je vhodné začínat od malých svalových skupin po velké. Nakonec dospět až ke stejnoměrnému využití kompletní svalové soustavy.
- Pohybová aktivita by měla být zařazována alespoň 3x týdně po dobu 30 minut.

Počet opakování, intenzita a doba trvání je vázána na pohlaví, věk, stavbu těla a na stav jedince. Nezbytná je konzultace s lékařem před začátkem pohybové aktivity.

2.2.5 NERVOVÁ A NEUROPSYCHICKÁ OSLABENÍ

Nejsložitějším systémem v lidském těle je nervová soustava. U tohoto systému se vyskytuje velké množství různých onemocnění. Patří sem:

- neurózy (funkční poruchy)
- dětská mozková obrna (DMO)
- syndrom ADHD
- degenerativní onemocnění CNS
- záchvatová onemocnění CNS – epilepsie

Neurózy souvisí se životním stylem, nedostatkem pohybové aktivity. Jedná se o úzkosti, deprese, poruchy spánku, projevy hysterie, různé fobie. Vhodná cvičení jsou například plavání, procházky v přírodě, cvičení při hudbě.

Dětská mozková obrna je charakteristická opožděným vývojem všech funkcí, především poruchou hybnosti.

Syndrom ADHD je vrozená porucha chování (hyperaktivita). Cvičení pro děti s ADHD je vhodné provádět s méně početnou skupinou dětí. Mezi doporučené aktivity patří plavání, turistika, kolektivní hry.

Epilepsie je nejčastější neurologické záchvatové onemocnění. Doporučená cvičení pro děti s epilepsií jsou snadné pohybové aktivity, které zlepšují rovnováhu, koordinaci pohybu (www.is.muni.cz).

2.2.6 SMYSLOVÁ OSLABENÍ

U lidského organismu rozlišujeme pět smyslů – zrak, sluch, čich, chuť a hmat. Každý z jednotlivých smyslů může mít svá oslabení. Ta mohou být vrozená nebo získaná.

Mezi nejběžnější oslabení patří poruchy zraku, sluchu a řeči. Pro jedince se zrakovým oslabením je vhodné seznamování s různými sporty v rámci jeho možností.

Sluchově a řečově oslabeným jedincům se doporučují rytmická cvičení, lyžování, bruslení, běh (Kyrálová & Matoušová, 1995).

2.2.7 GYNEKOLOGICKÁ OSLABENÍ

Gynekologická oslabení tvoří velkou skupinu poruch. U dívek na ZŠ se můžeme setkat například s poruchou menstruačního cyklu či opožděným vývojem dělohy. Další oslabení vznikají s přibývajícím věkem ženy. V době menstruace zařazujeme lehká kondiční a relaxační cvičení (Kyrálová & Matoušová, 1995).

2.2.8 GASTROINTESTINÁLNÍ OSLABENÍ

Jedná se o oslabení zažívacího ústrojí. Řadíme sem zácpu, zánětlivé onemocnění střev, syndrom dráždivého tračníku, různé potravinové intolerance. Vhodná pro jedince s tímto oslabením je turistika a lyžování.

2.3 CHARAKTERISTIKA MLADŠÍHO A STARŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

2.3.1 MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK

Dnem, kdy dítě vstupuje do školy, nastává vývojová etapa mladšího školního věku (Šimíčková-Čížková a kol., 2008). Nástupem do školy začíná další rozvoj dětské osobnosti (Vágnerová, 2000). Ta postupně prochází procesem adaptace k novému prostředí, ke způsobu komunikace s učitelem a spolužáky a k osvojování nových sociálních rolí (Novotná & Hříchová & Miňhová, 2012).

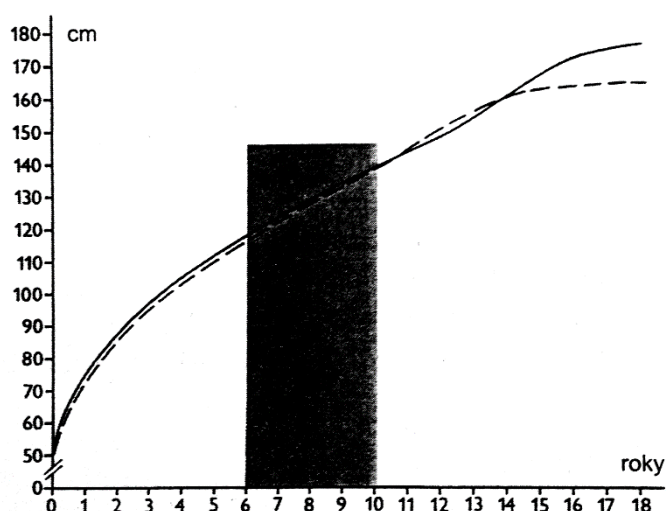
Vstupem do školy se dítěti zásadně mění způsob života. V předchozím období převažovaly spíše herní činnosti, avšak nyní se do popředí dostávají činnosti učební. Dítě se nyní musí podřídít požadavkům školního dění, vypořádat se zvýšenými nároky a povinnostmi, které jsou v porovnání s předchozím obdobím těžší a závažnější (Panny, 2016).

Mladší školní věk dítěte se podle Thorové (2015) dělí do dvou základních etap. Na rané střední dětství, které trvá od 6 do 9 let, a pozdní střední dětství, které bývá označováno také jako prepubescence a trvá od 10 do 11 – 12 let.

Na začátku mladšího školního věku probíhá růst a na něm navazující proporcionalita v několika stádiích. Nejdříve je dítě v tzv. období vytáhlosti, neboť prodlužování kostí způsobuje dojem hubenosti a vytáhlosti. Po skončení tohoto období přichází na řadu pomalý růst a vývoj, kdy růstové tempo je pravidelné a klidné (Machová, 1994). U dívek mezi 7 až 10 lety a u chlapců mezi 7 až 11 lety dochází ke zmírnění růstu přibližně na 5 cm za rok (viz obr. č. 6) (Thorová, 2015) a jejich hmotnost se zvětší v průměru o 3 kg (Machová, 1994).

Následuje období plnosti, na kterém se podílí i klidové růstové tempo. Objevují se podkožní tukové vrstvy, tudíž se tělesné proporce stávají plnějšími a poměr hlavy k tělu se zmenšuje (Machová, 1994).

V mladším školním věku se již také projevují sexuální změny mezi chlapci a děvčaty, proto toto období je označováno jako období bisexuálního dětství. Avšak nejde o rozvoj sekundárních pohlavních znaků, nýbrž o rozdíly mezi mužskou a ženskou kostrou (Machová, 1994). Dívky mají širší pánev, chlapci zase hrudník a ramena. (Thorová, 2015).



Obrázek 6: Průměrná výška chlapců a dívek od narození do 18 let (Machová, 1994)

Plná čára na obrázku č. 6 zobrazuje průměrnou výšku chlapců, přerušovaná průměrnou výšku dívek. Vyplněný obdélník představuje období mladšího školního věku.

Vývoj dětí v mladším školním věku má velký vliv na jejich motoriku, která je součástí tzv. psychomotoriky.

Psychomotorika je charakterizována jako spojení psychiky a právě zmíněné motoriky. Jako celek se nezaměřuje pouze na tělesnou zdatnost a rozvoj motorických schopností, ale také na společenskou a psychickou složku jednotlivce. Prožitek z pohybu je jedním z hlavních cílů psychomotoriky a její složky motoriky. (Blahutková) Rozvíjí se už od útlého dětství, na počátku období mladšího školního věku je ve fázi, kdy je charakterizována jako neobratnost a hranatost (Machová, 1994). Tím, že růst kostí a svalů není rovnoměrný, nejsou u dětí pohyby dokonale přesné (Kyrálová & Matoušová, 1995).

Přestože je motorika u dětí dosud nezralá, už jsou způsobilé a připravené na výkony, u kterých je nezbytností obratnost a síla při hře, cvičení a běhu. Ty po motoricky nejistém začátku získávají pocit jistoty. Mladší školní věk je obdobím, kdy se nové dovednosti získávají snadno. Vhodnými pohybovými aktivitami pro toto období je jízda na kole, plavání a další sporty.

V psychické oblasti dochází také k velkým změnám. Vlivem školní docházky se zdokonaluje veškerá psychická činnost, řeč, myšlení, vnímání a rozvíjí se paměť (Machová, 1994).

2.3.2 STARŠÍ ŠKOLNÍ VĚK

Machová (1994) uvádí, že starší školní věk je zahájen u dětí, kteří dosáhnou dvanácti let. V tomto období se začíná u dětí projevovat puberta. U děvčat přichází puberta dříve než u chlapců. Zatímco děvčata už vstupují do fáze puberty, chlapcům teprve začíná fáze prepuberty.

V této fázi života děti prochází velkými změnami. Dostávají se do dalšího období tzv. vytáhlosti, kdy kosti i trup rostou intenzivním tempem. Také se začínají objevovat sekundární pohlavní znaky vlivem působení endokrinních změn (Šimíčková – Čížková, 2008).

Podle Thorové (2015) se u adolescentů ve věku od 13 do 15 diferencuje a přestavuje motorika, kdy pohyby začínají být exaktní a úspornější. Už i s používáním náčiní (míč, pálka, hůlky) dokáží předurčovat své pohyby. Jejich akcelerovaný vývoj způsobuje značnou neobratnost a nekoordinovanost pohybů, ale na druhou stranu dochází k nárůstu rychlostních schopností.

2.4 OBLASTI PODPORY ZDRAVÍ

Pojem podpora zdraví je vysvětlován jako proces, který jedincům usnadňuje zvýšit dohled nad determinanty svého zdraví, díky čemuž mohou zdokonalovat svůj zdravotní stav. Zdraví dětí nemusí být podporováno různými programy pouze prostřednictvím škol, ale může to být i prostřednictvím zdravotních pojišťoven či výzkumných studií (www.szu.cz).

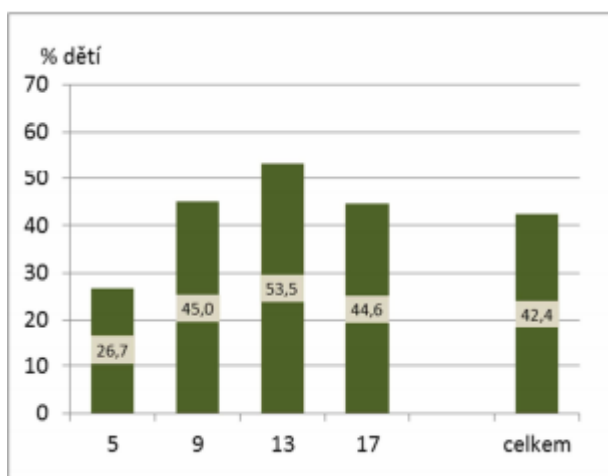
2.4.1 STUDIE ZDRAVÍ 2016

Je studie provedená Státním zdravotním ústavem v roce 2016. Jejím záměrem bylo zjistit prostřednictvím dotazníkového šetření vybrané zdravotní dispozice dětí. Dotazník vyplnil praktický lékař po preventivním vyšetření, ke kterému rodiče museli dát kvalifikovaný souhlas. Šetření probíhalo v 15 městech České republiky a ve 46 ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Soubor testovaných osob se skládal z dětí ve věku 5, 9, 13 a 17 let. Z každé věkové skupiny bylo do studie zařazeno 30 dětí, tedy 120 dětí celkem na jednu lékařskou ordinaci. Tato studie zkoumala výskyt alergických onemocnění, rizikové faktory kardiovaskulárního onemocnění, obezitu, zhodnotila hmotnost a vady pohybového aparátu dětí. Pro studii bylo zpracováno celkem 5132 vyplněných dotazníků, z čehož 51% respondentů bylo chlapců a 49% dívek.

Držení těla studie posuzovala podle tří kritérií.

- zakřivení páteře z boku,
- zakřivení páteře zezadu (se zaměřením na skoliotické držení těla a skoliózu)
- celkové držení těla hodnocené na čtyřbodové stupnici

Podle výsledků (viz obr. č. 7), které vyšly z dotazníků, byly děti rozděleny do dvou skupin. První skupinu tvořily děti s fyziologickým držením těla a druhou skupinu děti s vadným držením těla (www.szu.cz).

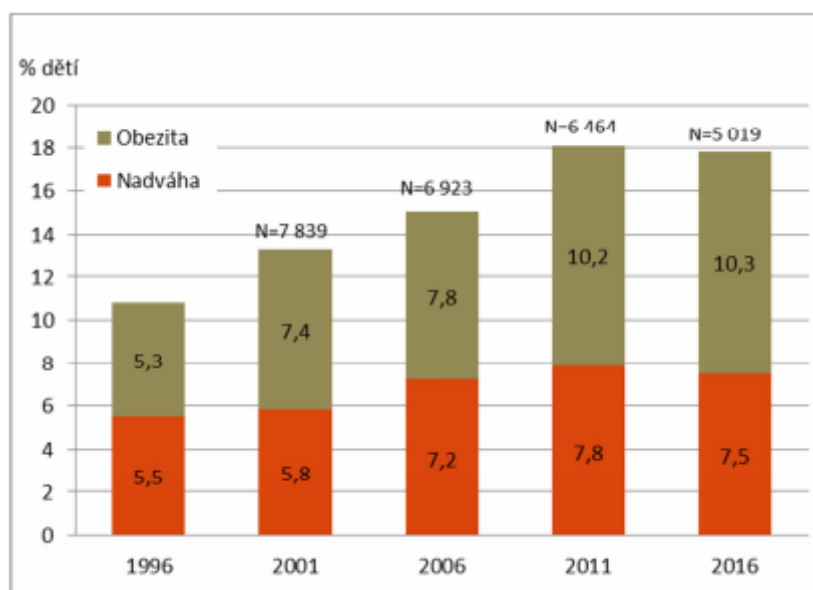


Obrázek 7: Prevalence vadného držení těla dle věku (Státní zdravotní ústav)

Na obrázku č. 7 můžeme vidět, že z celkového počtu dětí se u 42,4% ukázalo vadné držení těla, které převažuje spíše u chlapců (46,2%). U pětiletých dětí se vadné držení těla se projevilo z 26,7%, avšak u třináctiletých stouplo až na 53,4%.

Kulatá záda, předsun hlavy, zvětšená hrudní kyfóza a skoliotické držení byly nejčastějšími vadami, které se nejvíce vyskytovaly u třináctiletých dětí.

Obezita byla jedním z dalších vybraných zdravotních dispozic dětí, kterou se studie zabývala. Byly vytvořeny čtyři skupiny rozdělující děti podle hmotnosti – nízká hmotnost, normální hmotnost, nadváha a obezita. Nejvyšší procento bylo zastoupeno ve skupině „normální hmotnost“, kde bylo 74,1% dětí. Avšak druhou nejpočetnější skupinou byla „obezita“ s 10,3%. Mezi 5. a 9. rokem docházelo k nejvyššímu nárůstu dětí s nadváhou a obezitou. Chlapci měli nadváhu či obezitu častěji než dívky.



Obrázek 8: Nadváha a obezita u dětí mezi lety 1996 – 2016 (Státní zdravotní úřad)

Obrázek č. 8 ukazuje, že mezi lety 1996 – 2011 došlo k zásadnímu nárůstu počtu dětí s obezitou a nadváhou. Mezi lety 2011 – 2016 je tento počet dětí téměř stabilní.

Děti trpící obezitou či nadváhou se potýkají také se zvýšeným krevním tlakem, na rozdíl od dětí s normální hmotností (www.szu.cz).

2.4.2 ŠKOLA PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ

Tento program, který je určený jak pro základní školy, tak i pro střední a mateřské školy, je charakterizován jako program sjednocující školy, kde zdraví chápají jako výsledek bio – psycho – sociálních navzájem působících faktorů, a ne jenom jako zdraví znamenající absenci nemoci.

Garantem a koordinátorem programu „Škola podporující zdraví“ je Státní zdravotní ústav. Úspěšnost programu spočívá v podpoře všech, kteří jsou součástí každodenního života školy, tj. pedagogů, žáků a rodičů, ale i nepedagogických zaměstnanců (Nejedlá a kol., 2015). Toto pojetí zdraví zastává i WHO (www.szu.cz).

2.4.3 PROGRAMY A FONDY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Zdravotní pojišťovny mají za úkol svým plátcům hradit zdravotní služby. V České republice bylo dříve 29 zdravotních pojišťoven, avšak časem došlo k jejich zredukování. Nyní v ČR máme 7 zdravotních pojišťoven (www.mzcr.cz). Každá z nich nabízí pro své pojištěnce různé fondy a programy na podporu zdraví. Zdravotní pojišťovny jsou: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky; Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky; Česká průmyslová zdravotní pojišťovna; Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví; Zaměstnanecká pojišťovna Škoda; Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky; Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Zdravotní pojišťovny prostřednictvím svých fondů připravují programy zaměřené jak na prevenci, tak na podporu zdravého životního stylu.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (dále jen ZPMVČR) má pro své pojištěnce připravený Fond prevence 2020, který obsahuje například program telemedicína, program pro onkologicky nemocné jedince, program pro krevní dárce a kostní dřeně, program pro těhotné ženy nebo na podporu zdravého životního stylu či na podporu diet.

Zdravý životní styl je podporován programy pro všechny věkové skupiny – od novorozenců až po dospělé jedince.

Novorozencům přispívá ZPMVČR kupříkladu na cvičení s rodičem či organizované plavání, na novorozenecké pomůcky, jakou jsou čističky vzduchu, váha, teploměr. U dětí do 18 let jsou to například sportovní kroužky, soustředění či lyžařský výcvik. ZPMVČR také přispívá na aktivity, kde děti rozvíjí koordinaci, kondici, flexibilitu a sílu jako je gymnastika, tanec, hokej či fotbal. Dospělí od 19 let jsou podporováni v sportovních a dlouhodobějších aktivitách – spinning, jóga, tenis, florbal atd. (www.zpmvcr.cz).

Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP) nabízí několik výhod a příspěvků nejen pro dospělé, ale i pro děti. VZP poskytuje například bezlepkovou či nízkobílkovinnou dietu, různé druhy očkování, pohybové aktivity služby a pomůcky pro diabetiky či ozdravně – léčebné pobyty (www.vzp.cz).

Česká průmyslová pojišťovna (ČPZP) má pro děti a mládež preventivní program 2020, ze kterého mohou rodiče vybrat z několika nabídek. Preventivní program nabízí příspěvky na produkty pro diabetiky, na prevenci obezity, kde například je možno příspěvek využít při sestavování jídelníčku, u obezitologa či praktického lékaře, nebo na konzultace ohledně snižování nadváhy či obezity (www.cpzp.cz).

2.4.4 DALŠÍ PROGRAMY PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ A PREVENCI

Podporou zdraví a předcházení nemocem se zabývá organizace Národní síť podpory zdraví. Jde o neziskovou organizaci, která je nezávislá a dobrovolná. Členové této organizace jsou pracovníci ze zdravotnického oboru, mají dlouholetou praxi se zdravotní výchovou, s podporou zdravého životního stylu a s konzultačními činnostmi. Tato organizace poskytuje rozsáhlé množství aktivit a programů na podporu zdraví: přednášky a besedy jak pro všechny typy škol, tak i pro veřejnost, dále poskytuje měření ukazatelů zdraví, školení či programy pro školy a další různé nabídky.

Z programů, které nabízejí pro základní školy, jsou vedeny jako interaktivní hry např. program „Nekouřím“ či „Hravá strava“ anebo formou besedy „První pomoc“, „Zdraví a fyzická kondice“. Poskytují také programy pro rodiče a pedagogy (www.nspz.cz).

3 CÍL, ÚKOLY A HYPOTÉZY PRÁCE

3.1 CÍL PRÁCE

Cílem bakalářské práce je monitoring současného stavu výuky předmětu zdravotní tělesná výchova na základních školách v Plzni.

3.2 ÚKOLY PRÁCE

Z výše uvedeného cíle vyplývají následující úkoly:

- sumarizace dosavadních poznatků dané problematiky,
- dotazníkové šetření mezi pedagogy základních škol v Plzni,
- analýza výsledků a vyvození závěrů pro teorii a praxi.

3.3 HYPOTÉZY

H₁: Předpokládáme, že z oslovených základních škol bude méně než polovina vyučovat zdravotní tělesnou výchovu.

H₂: Předpokládáme, že hlavním důvodem nezařazení zdravotní tělesné výchovy do výuky je nedostatek kvalifikovaných učitelů.

H₃: Předpokládáme, že nejčastějším zdravotním oslabením u dětí zařazených do III. zdravotní skupiny bude oslabení pohybového systému

.

4 METODIKA

4.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Do výzkumného souboru byli zařazeni pedagogové TV ze ZŠ v Plzni.

Dotazník (náhled v přílohách) byl rozeslán pomocí e-mailu s průvodním dopisem (rovněž v přílohách) pro dotazované pedagogy TV a byl zcela anonymní. Dotazník byl připraven v elektronické podobě pomocí internetové stránky Survio.com. Výzkumná studie probíhala od konce listopadu 2019 a byla ukončena na konci února 2020.

4.2 VÝZKUMNÉ METODY

Pro výzkum mé bakalářské práce bylo použito dotazníkové šetření. Využila jsem otázek polouzavřených a uzavřených, přičemž převažují ty uzavřené. U některých otázek mohli také respondenti vybírat z několika odpovědí. Výjimkou je otázka č. 15, kde učitelé seřazují odpovědi podle jejich důležitosti. Dotazníkové šetření určené pro pedagogy TV na ZŠ celkem obsahovalo 22 otázek.

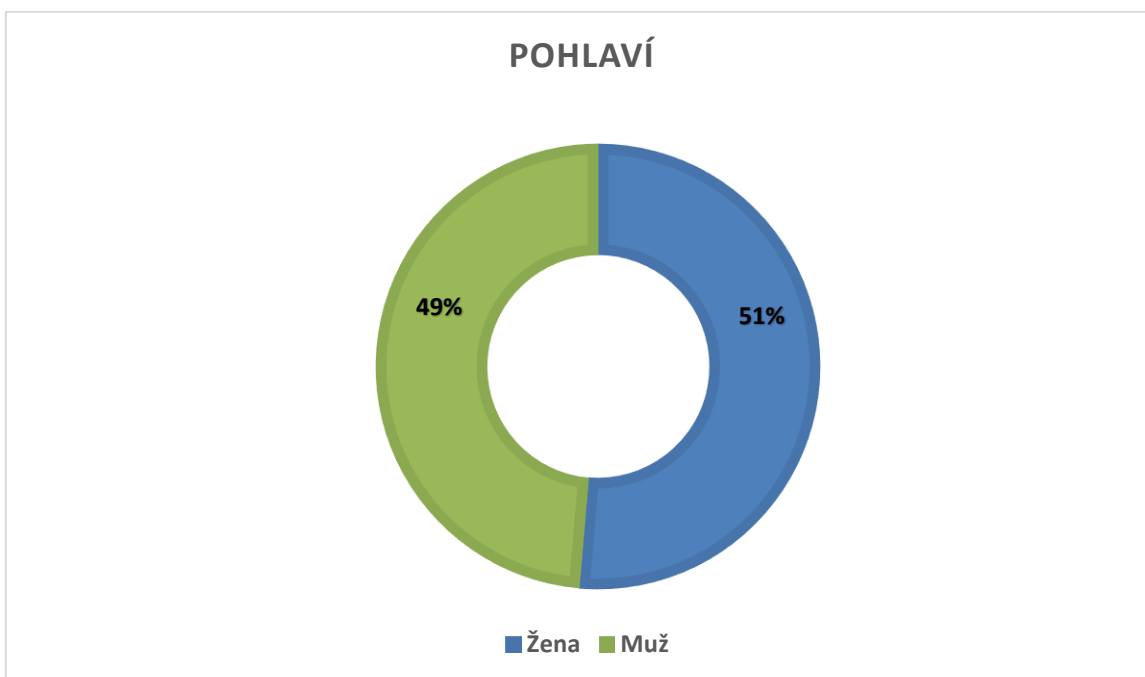
Výhodou dotazníkové metody je získání hromadných informací od velkého počtu respondentů. Avšak značnou nevýhodou je návratnost dotazníků, kdy sami učitelé jsou vytíženi svými pedagogickými povinnostmi a často dostávají na vyplnění i jiné dotazníky či formuláře. Je-li dotazník složitý a dlouhý, jeho návratnost je také značně omezena.

4.3 METODY ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ ÚDAJŮ

Dotazníkové šetření probíhalo online metodou a výsledky byly automaticky vygenerovány. Pro zpracování výsledků byla použita popisná statistika. Výsledky byly sumarizovány v kruhových či sloupcových grafech, které jsou zastoupeny procentuálně nebo četnostně.

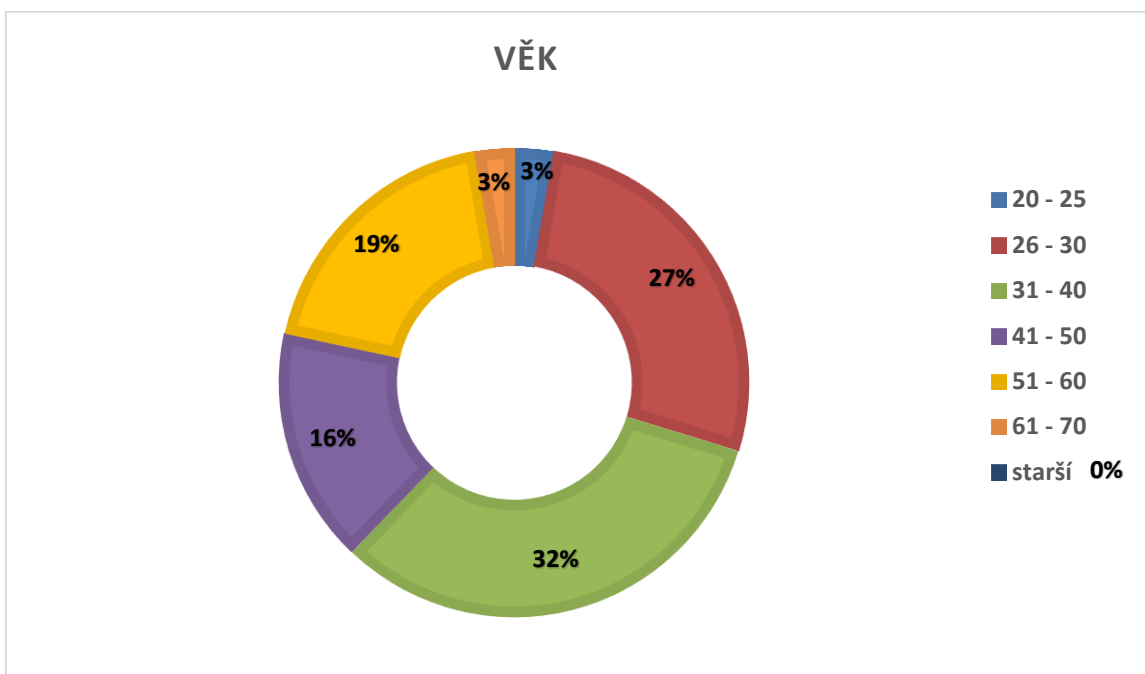
5 VÝSLEDKY A DISKUZE

Otázka č. 1 Vaše pohlaví?

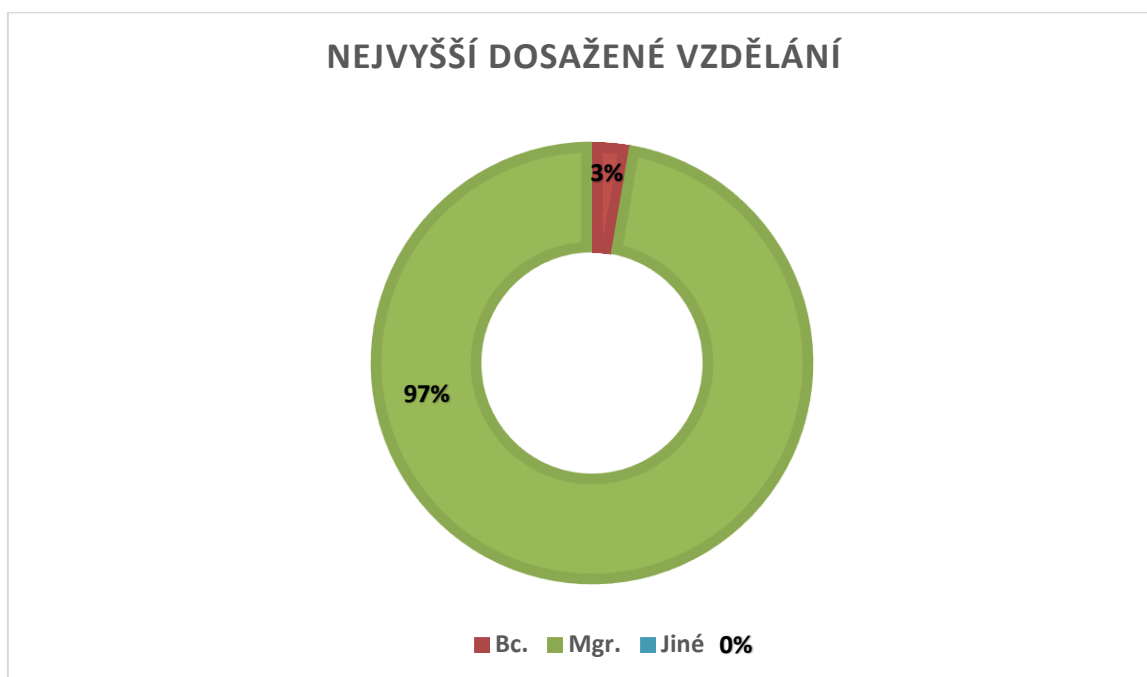


Graf 1: Pohlaví respondentů

Otázka č. 2 Váš věk?



Graf 2: Věk respondentů

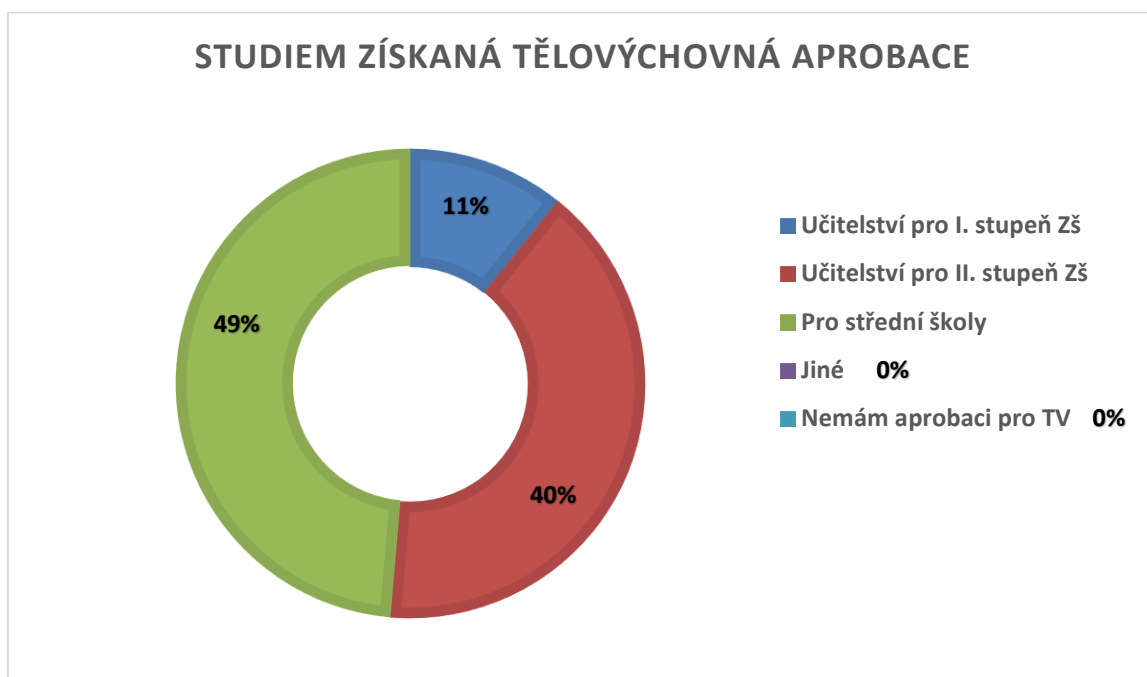
Otázka č. 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 1 udává, jaké je pohlavní respondentů. Z 51 % (19) vyučují TV ženy a z 49% (18) muži. Z grafu č. 2 vidíme jejich věk. Nejvíce vyučují pedagogové TV ve věkovém rozmezí 31 – 40 let (32%). Druhou nejpočetnější skupinou jsou pedagogové v rozmezí 26 – 30 let (27%).

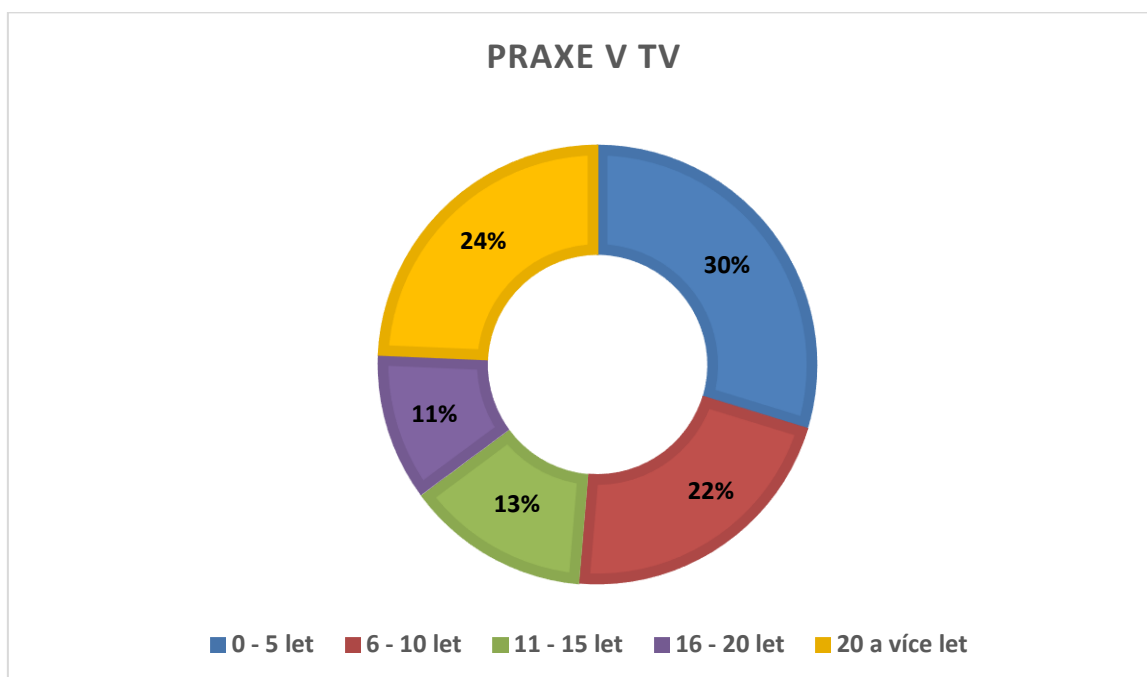
Otázka č. 3 zjišťovala, jaké nejvyšší vzdělání mají respondenti. Z 97% (36) mají získaný titul Mgr. a pouze 3 % (1) má dosažené vzdělání Bc. Nikdo z respondentů neuvedl odpověď „jiné“.

Otázka č. 4 Jakou tělovýchovnou aprobaci jste studiem získal?



Graf 4: Tělovýchovná aprobace

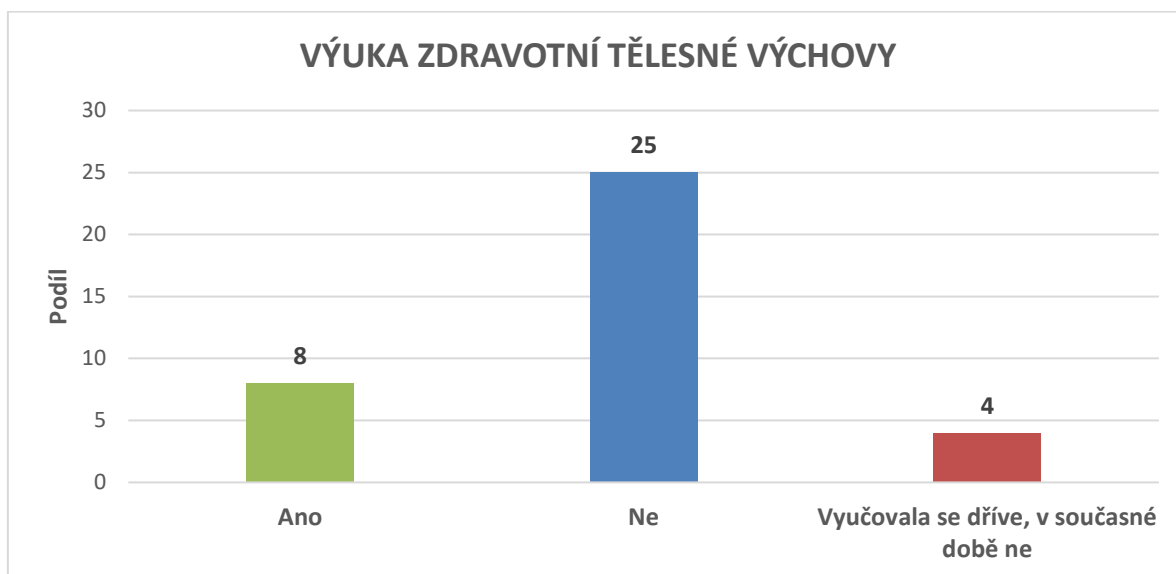
Na otázku „Jakou tělovýchovnou aprobaci jste studiem získal“ vybralo odpověď „pro střední školy“ nejvíce respondentů 49% (18). Dále pak graf 4 ukazuje, že žádný z dotazovaných neuvedl odpověď „jiné“ či „nemám aprobaci“.

Otázka č. 5 Kolikaletou máte pedagogickou praxi v tělesné výchově?

Graf 5: Pedagogická praxe v TV

Zde zjišťujeme, kolik let se učitelé pohybují v oblasti TV (viz graf 5). Nejvíce odpovědí bylo v rozmezí 0 -5 let, kde odpovědělo 30 % (11) učitelů. Další nejpočetnější skupinou učitelů, tvoří skupinu 24% (9) učitelů, kteří udávají, že jejich pedagogická praxe v TV je 20 a více let. Z 100% (37) učitelů vybralo 22% (8), že jejich tělovýchovná praxe je v rozmezí 6 až 10 lety. 13% (5) učitelů mají tělovýchovnou praxi mezi 11 až 15 lety a 11% (4) mezi 16 až 20 lety.

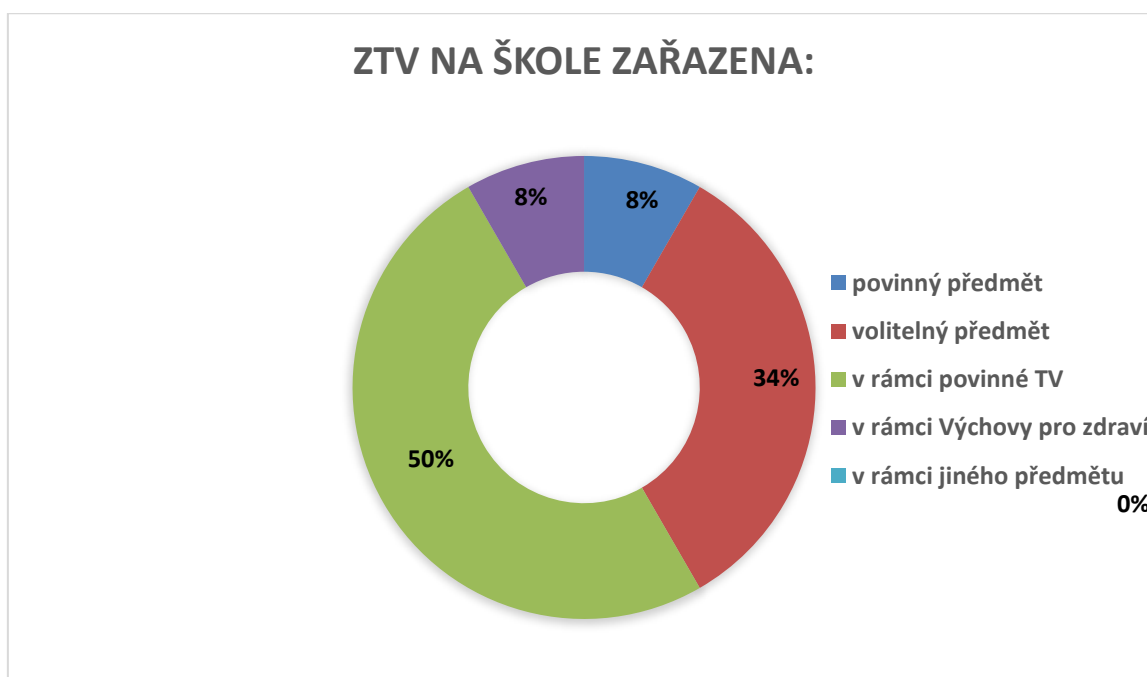
Otázka č. 6 Vyučujete se na vaší škole v současné době zdravotní tělesná výchova? (dále jen ZTV)



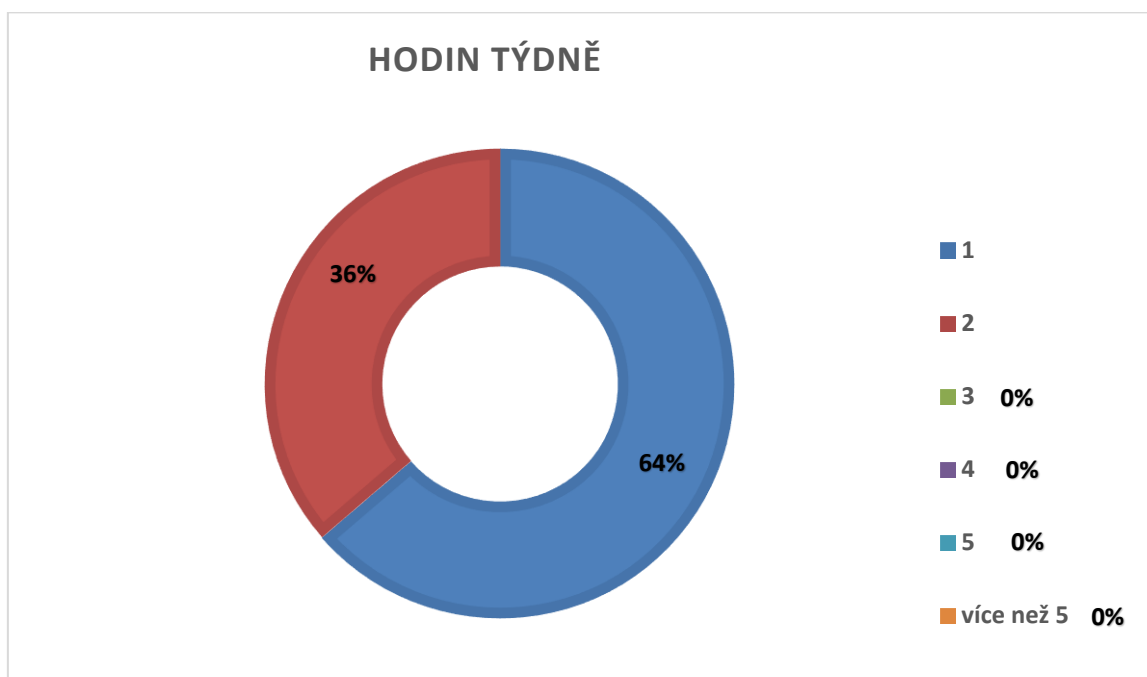
Graf 6: Výuka ZTV v současné době

Z grafu č. 6 můžeme vidět aktuální stav ZTV na ZŠ v Plzni. V současné době z dotazovaných vyučuje pouze 22% (8) základních škol ZTV a 11% (4) ji vyučovalo dříve. Nejpočetnější skupina je tvořena 68% (25) respondentů, kteří uvádějí, že se na jejich ZŠ se ZTV nevyučuje.

Otázka č. 7 ZTV je na vaší škole zařazena:



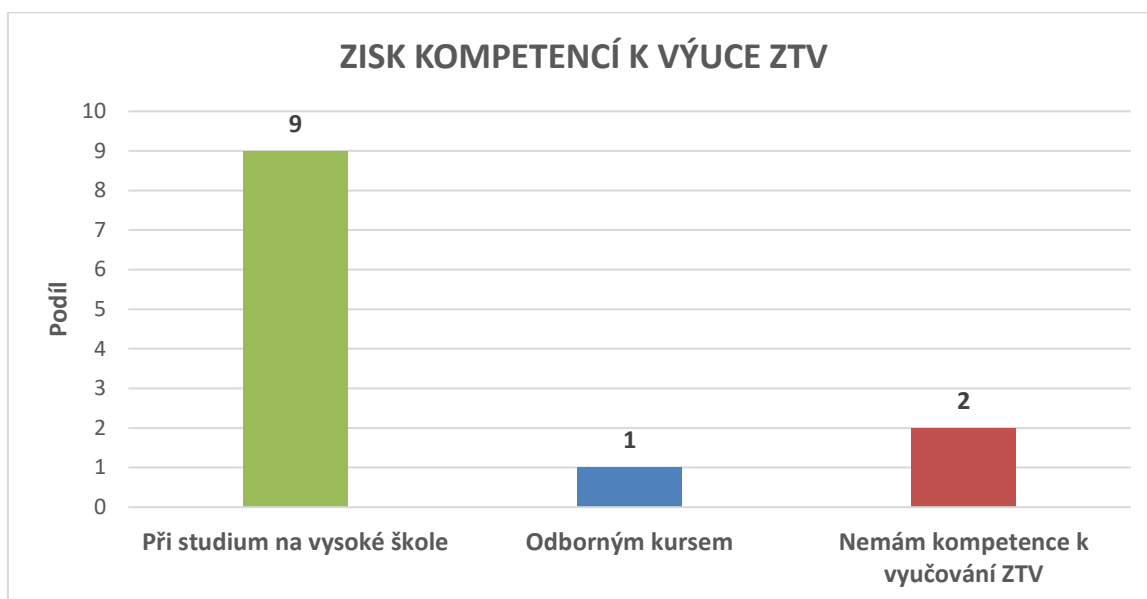
Graf 7: Zařazení ZTV na ZŠ

Otázka č. 8 Kolik hodin týdně je ZTV vyučována na vaší škole?

Graf 8: Vyučování ZTV týdně na ZŠ

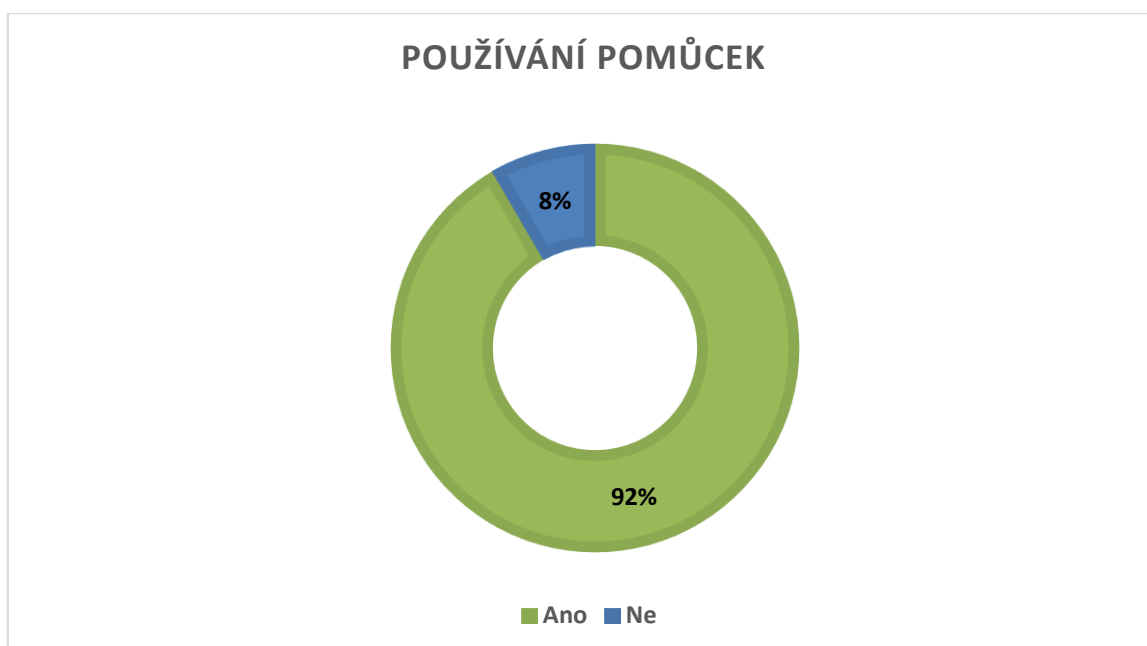
Od otázky číslo 7 odpovídali pouze ti, kteří uvedli, že se na jejich ZŠ vyučuje či dříve vyučovala ZTV. Z této otázky zjišťujeme, jakým způsobem je nebo byla ZTV zařazena do výuky. Z grafu vyplývá (viz graf 7), že z 50% (6) vyučuje ZTV v rámci tělesné výchovy. Druhou nejčastější vybranou odpovědí na otázku č. 7 byla „volitelný předmět“, kde odpovědělo celkem 34% (4) respondentů.

Další otázkou (č. 8) bylo, kolik hodin týdně věnují ZTV. Ze všech respondentů odpovědělo 64 % (7), že ZTV zařazují pouze 1x týdně a 36% (4) ji zařazují 2x týdně. Z grafu č. 8 můžeme vidět, že nikdo z dotazovaných, který vyučuje ZTV na ZŠ, nevyučuje více než 2 hodiny týdně ZTV.

Otázka č. 9 Jak jste získal/a kompetence k vyučování ZTV?

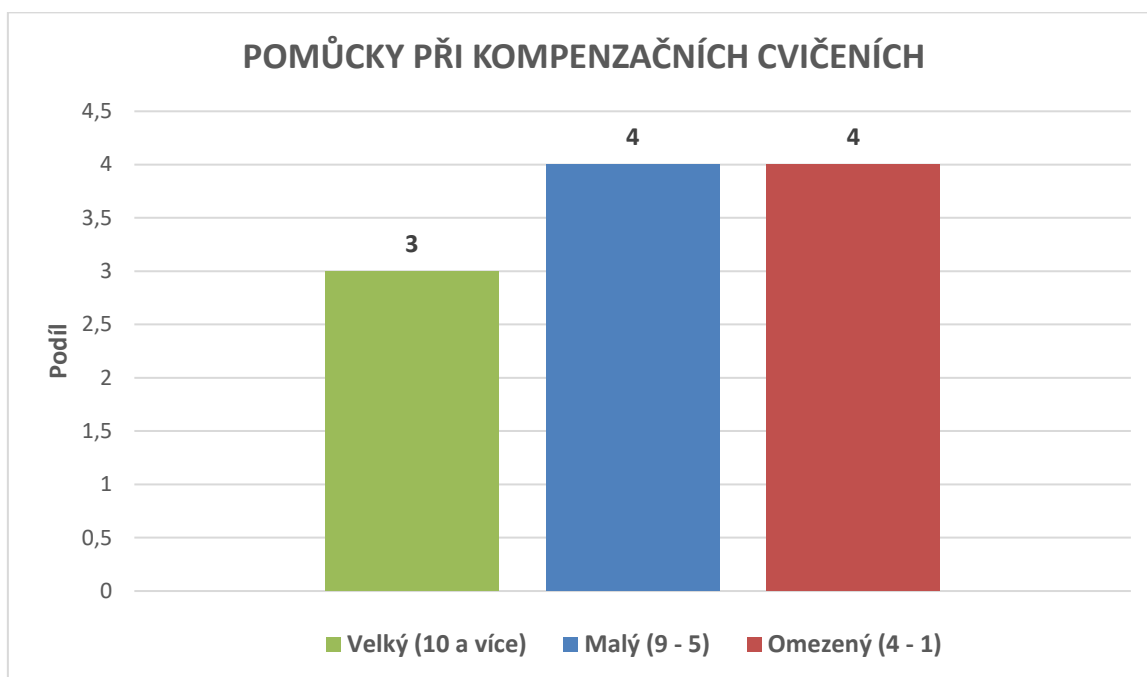
Graf 9: Zisk kompetencí k výuce ZTV

Otázka č. 9 zjišťuje, kde pedagogové TV získali kompetence k vyučování ZTV, pokud je tedy mají. Z grafu č. 9 vidíme, že 75% (9) z 12 odpovídajících pedagogů získalo kompetence při studiu na vysoké škole a 8 % (1) je získal odborným kursem. Pouze 17% (2) respondentů uvedlo, že nemají potřebnou kvalifikaci k výuce ZTV.

Otázka č. 10 Používáte pomůcky při kompenzačních cvičeních (gymbally, overbally, švihadla,...)?

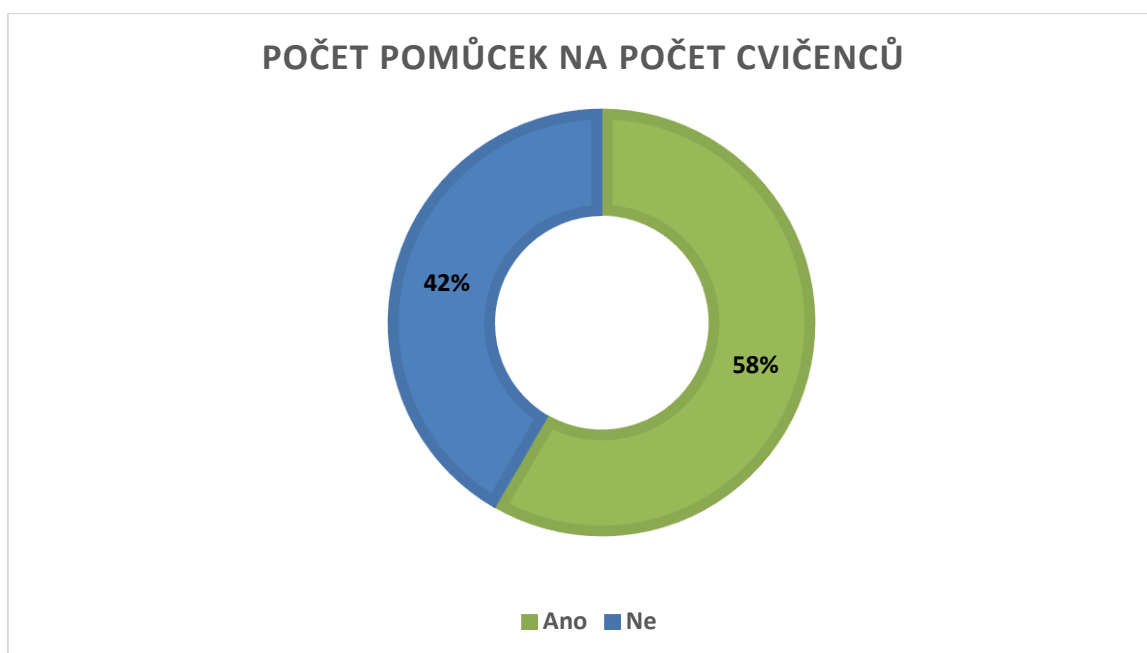
Graf 10: Používání pomůcek při hodinách ZTV

Otázka č. 11 Jaký máte výběr z pomůcek při kompenzačních cvičeních?



Graf 11: Výběr pomůcek při kompenzačních cvičeních

Otázka č. 12 Máte dostatečný počet pomůcek na počet cvičenců?

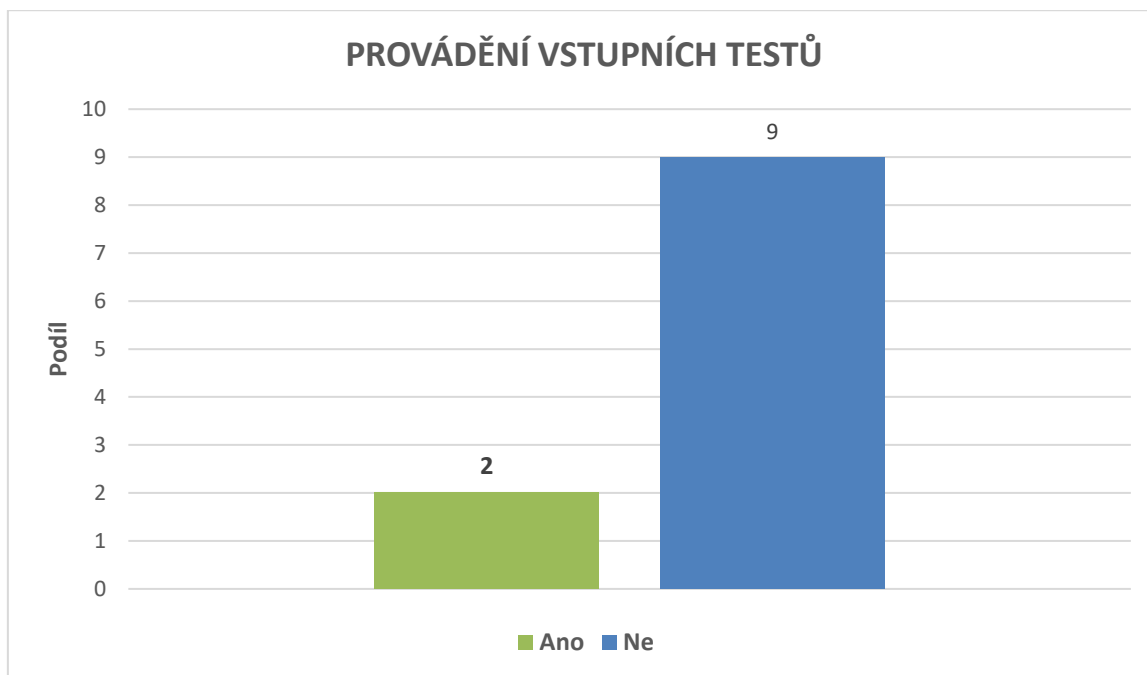


Graf 12: Počet pomůcek na počet cvičenců

Otázky č. 10, 11 a 12 (viz grafy 10, 11, 12) se zabývají informacemi ohledně pomůcek při kompenzačních cvičeních při hodinách ZTV. Z grafu č. 10 můžeme vidět, že 11 pedagogů ze 12 využívá kompenzační pomůcky při výuce ZTV, což představuje 92% respondentů. Dále u grafu č. 11 vidíme, pouze 27% (3) odpovědí mají velký výběr

z pomůcek, zatímco malý a omezený výběr mají oba po 36% (4). V otázce č. 12 se ptáme, zda-li je dostatečný počet pomůcek na počet cvičenců. Více než polovina (58%) respondentů uvedla, že mají dostatečný počet pomůcek na cvičence.

Otázka č. 13 Děláte vstupní testy svalových dysbalancí (tj. určitý stav nerovnováhy v zapojení svalů)?



Graf 13: Provádění vstupních testů na svalové dysbalance

Otázkou č. 13 jsem zjišťovala, jestli učitelé dělají vstupní testy svalových dysbalancí u žáků (viz graf 13). Pokud učitelé odpověděli, že vstupní testy dělají, odpovídali pak také formou otevřené odpovědi, jaké vstupní testy uskutečňují. Z grafu vidíme, že pouze 18% (2) z nich je dělají. Jeden z nich uvádí, že dělá testy na posturální svaly s tendencí ke zkrácení a testy fázických svalů s tendencí k ochabování. Vstupní testy druhého učitele jsou testy na horní a dolní zkřížený syndrom, hypermobilitu kloubů, plochou nohu a na varózní či valgózní postavení kolenního kloubu.

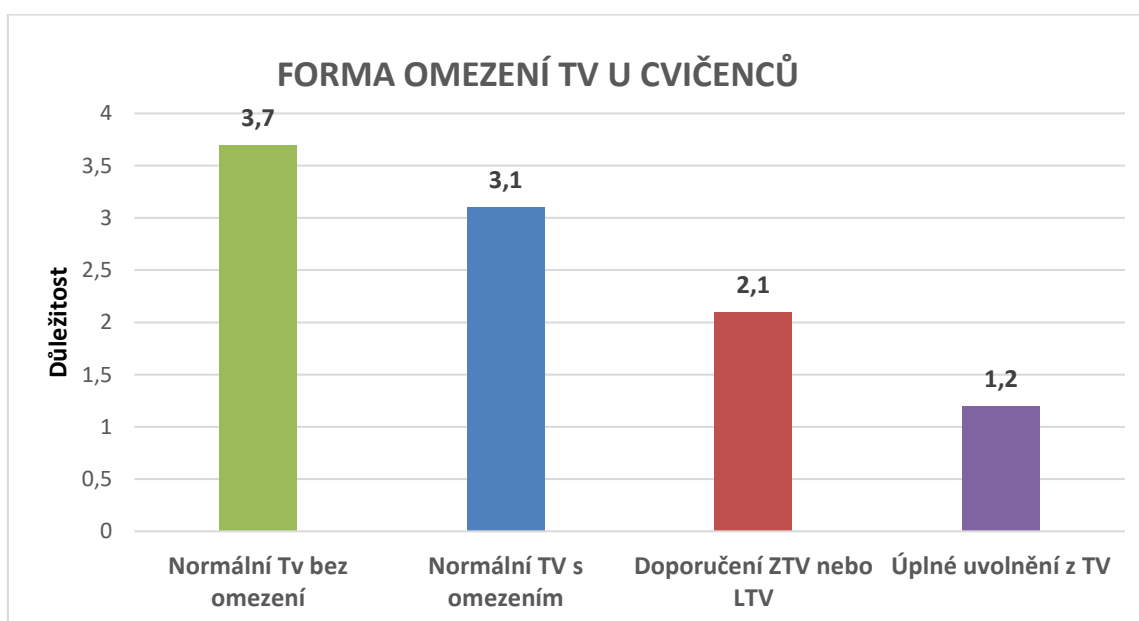
Otázka č. 14 Myslíte si, že hodiny ZTV mají pozitivní vliv na žáky se zdravotním omezením?



Graf 14: Pozitivní vliv hodin ZTV na žáky se zdravotním oslabením

V této otázce se ptáme respondentů, jestli se domnívají, že ZTV pozitivně ovlivňuje zdravotně oslabené žáky. Na grafu č. 14 vidíme, že 92% (11) učitelů si myslí, že ZTV žáky se zdravotním oslabením pozitivně ovlivňuje a 8% (1) učitelů, kteří se domnívají, že vliv ZTV není pozitivní pro žáky se zdravotním oslabením.

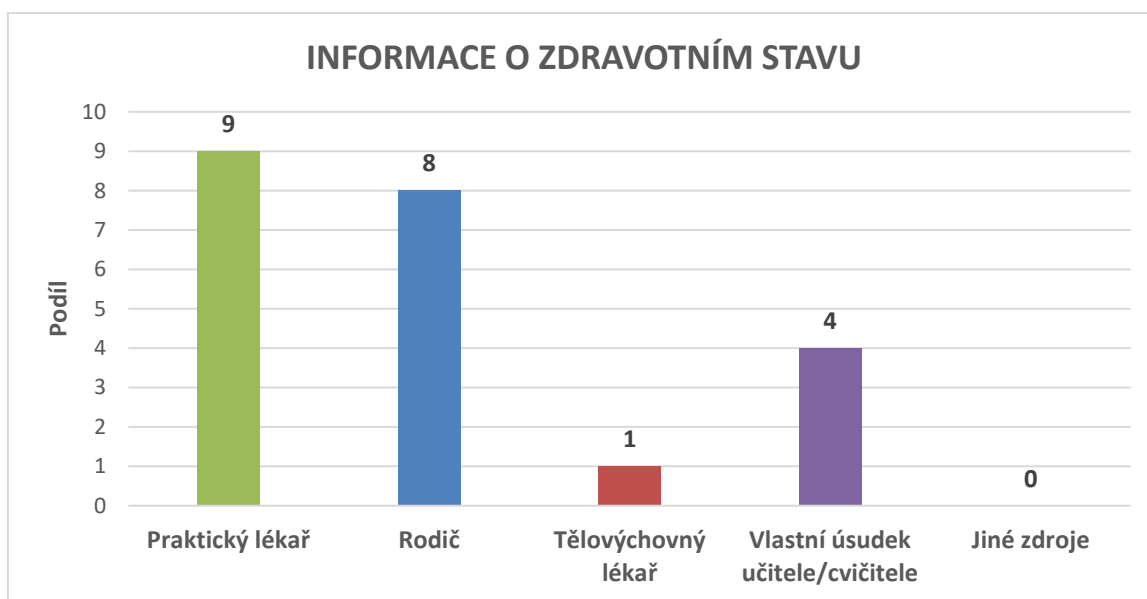
Otázka č. 15 Seřad'te, jaká forma omezení TV se u cvičenců nejvíce vyskytuje (1) po nejméně vyskytující se (4).



Graf 15: Forma omezení TV u cvičenců

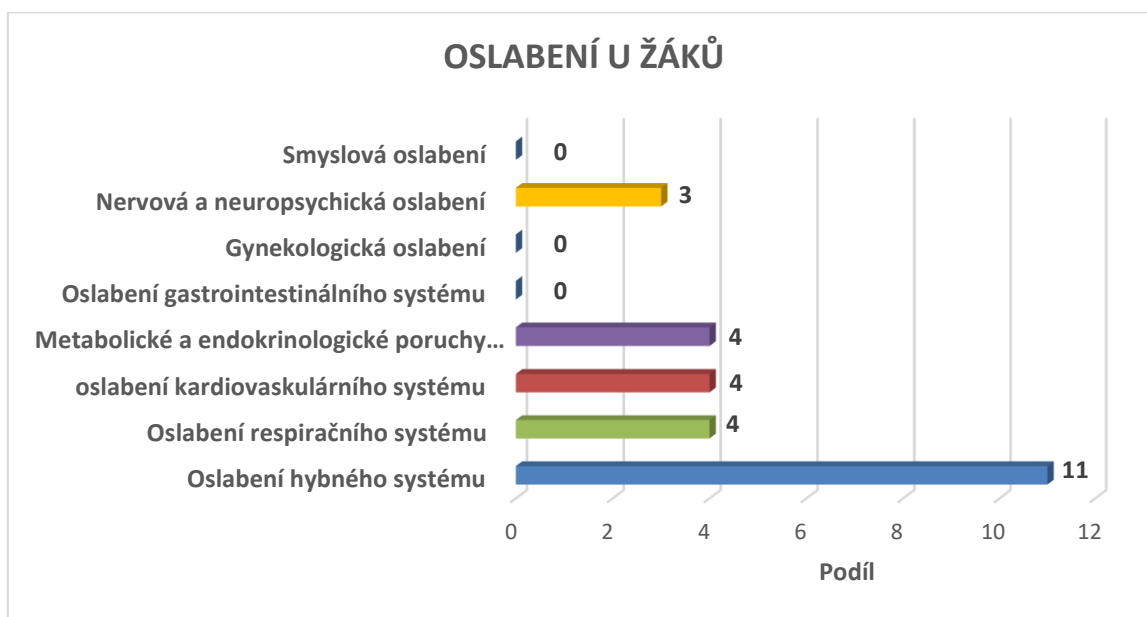
U otázky č. 15 měli učitelé seřadit, s jakou formou omezení TV se u žáků nejvíce setkávají až po nejméně se vyskytující. Graf č. 15 ukazuje, že se učitelé nejvíce setkávají se žáky, kteří mají normální TV bez omezení. Druhou nejčastější vybranou odpovědí byla normální TV s omezením, kde žáci se např. nesmí zúčastňovat dlouhých běhů. Další odpovědí bylo doporučení ZTV nebo LTV. Za nejméně vyskytující se formu omezení TV, s kterou se učitelé setkávají, vybrali možnost „úplné uvolnění z TV“.

Otázka č. 16 Jakým způsobem získáváte informace o zdravotním stavu žáka, který je zařazen do III. zdravotní skupiny?



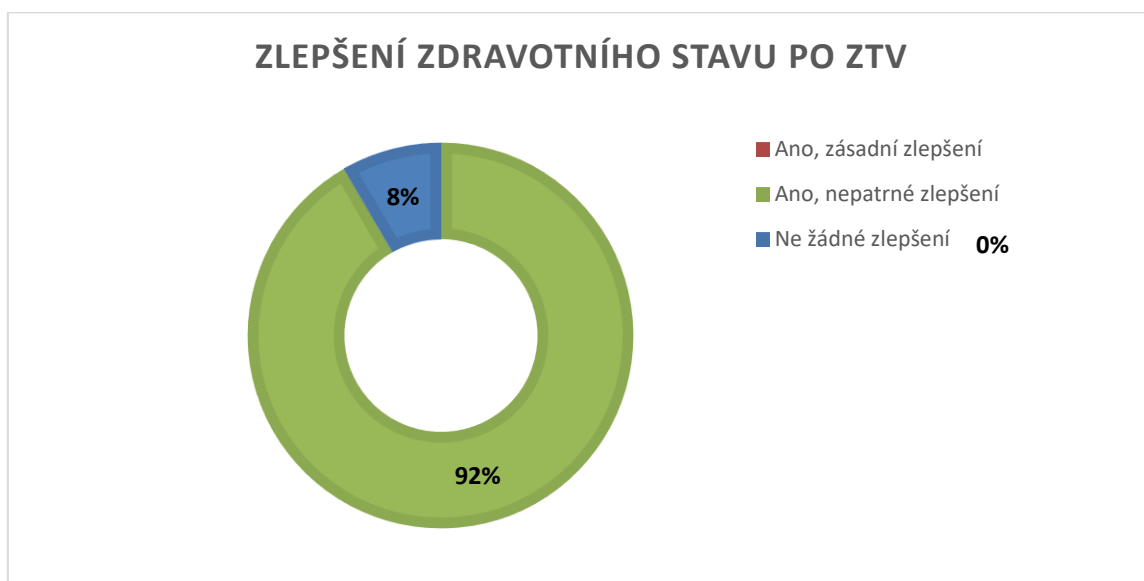
Graf 16: Informace o zdravotním stavu žáka zařazeného do III. zdravotní skupiny

U této otázky, kde zjišťujeme, od koho dostávají učitelé informace o zdravotním stavu žáka zařazeného do III. zdravotní skupiny, mohli učitelé vybírat jednu či více odpovědí. Z grafu č. 16 je patrné, že nejčastěji učitelé získávají tyto informace od praktického lékaře 75 % (9) a od rodičů 67% (8).

Otázka č. 17 S jakými oslabeními se u žáků setkáváte?

Graf 17: Oslabení u žáků ZŠ

U této otázky se učitelů ptáme, s jakými zdravotními oslabeními se u žáků setkávají. Zde učitelé také vybírají jednu či více odpovědí. Z grafu č. 17 je vidět, že učitelé se setkávají nejvíce s žáky, kteří mají oslabení pohybového aparátu - 92% (11). U dalších třech oslabení – respiračního systému, kardiovaskulárního systému a u metabolických a endokrinních poruch – je hodnota odpovědí shodná - 33% (4). Menší počet odpovědí bylo u nervového a neuropsychického oslabení, kde hodnota odpovědí byla 25% (3). Žádný z učitelů se podle grafu č. 17 neseťkává s žákem, který by měl smyslová, gynekologická či gastrointestinální oslabení.

Otázka č. 18 Pozorujete zlepšení zdravotního stavu žáka po hodinách ZTV?

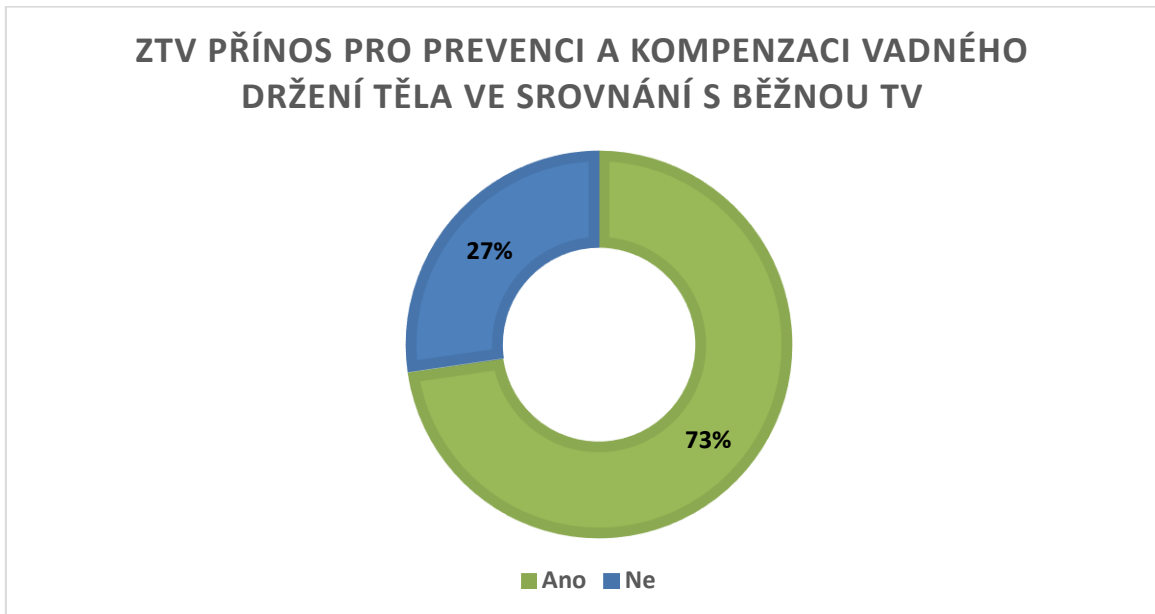
Graf 18: Zlepšení zdravotního stavu žáka po hodinách ZTV

V otázce č. 18 zjišťujeme, zda – li se u žáků zlepší jejich zdravotní stav po hodinách ZTV. Žádný z učitelů z TV nepozoruje zásadní zlepšení u žáků po hodinách ZTV. 11 z 12 učitelů (92%) pozoruje u žáků nepatrné zlepšení. Pouze 8% (1) z nich nepozoruje u žáků žádné zlepšení zdravotního stavu po hodinách ZTV.

Otázka č. 19 Kolik procent žáků, podle Vašeho kvalifikovaného odhadu, by potřebovalo pravidelnou ZTV? (z celkového počtu žáků vaší školy)

V této otázce měli respondenti uvést, kolik procent z celkového počtu žáků na základní škole by potřebovalo pravidelnou docházku na výuku ZTV. Ze 100% (12) respondentů 58 % (7) slovně uvedlo následující procenta: 100%, 80%, 80%, 7%, 20%, 50% a 40%. Zbýlých 42% (5) uvedlo odpověď – „nelze odhadnout“.

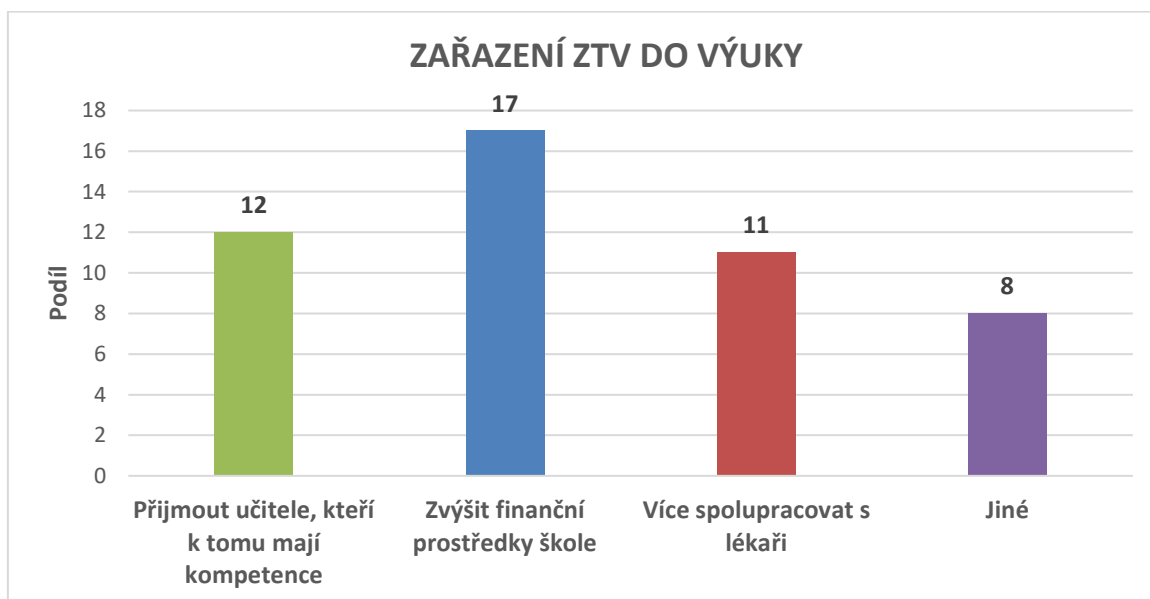
Otázka č. 20 Je podle Vašeho názoru ZTV přínosem pro prevenci a kompenzaci vadného držení těla v porovnání s běžnou TV?



Graf 19: ZTV přínos pro prevenci a kompenzaci vadného držení těla ve srovnání s běžnou TV

Na otázku „Je podle Vašeho názoru ZTV přínosem pro prevenci a kompenzaci vadného držení těla v porovnání s běžnou TV“ zastává více než polovina učitelů - 73% (8) názor, že ZTV je přínosem pro prevenci a kompenzaci vadného držení těla. Necelá jedna třetina - 27% (3) je toho názoru, že ZTV není přínosem (viz graf č. 19).

Otázka č. 21 Pokud se na vaší škole nevyučuje ZTV, co by se podle Vás mělo udělat, aby byl předmět zařazen do výuky?

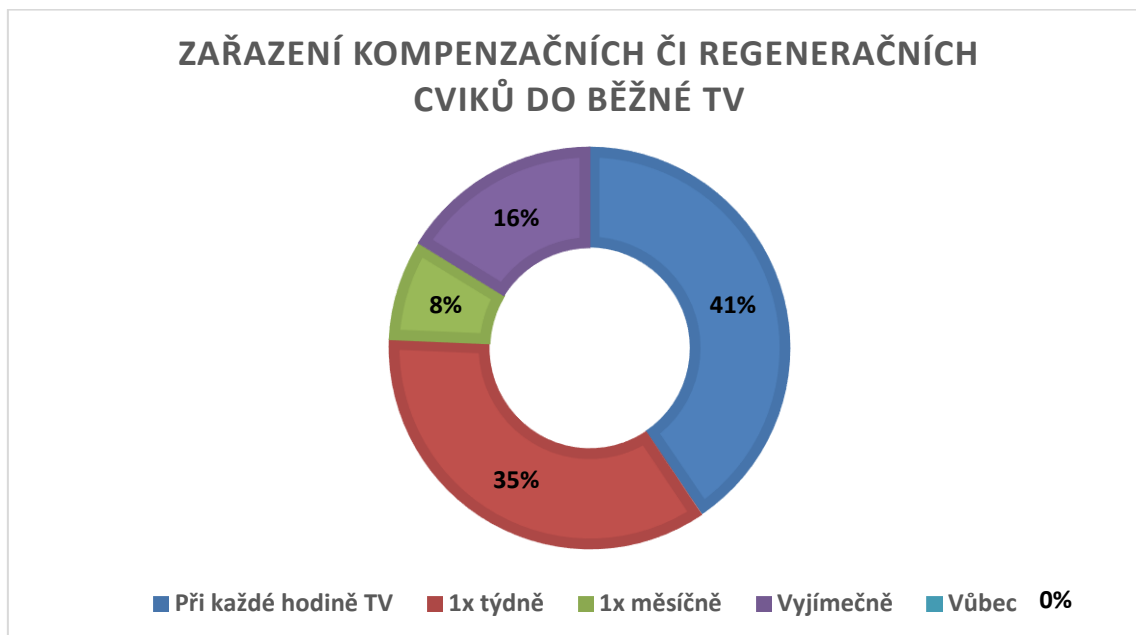


Graf 20: Zařazení ZTV do výuky

Nejčastější odpovědí, kterou respondenti vybírali, aby mohla být zařazena ZTV do výuky, je podle nich navýšení finančních prostředků školy. Tuto odpověď vybralo 46 % (17) respondentů (viz graf 20).

Dalším důležitým prostředkem, aby byla zařazena ZTV, bylo zajistit učitele, kteří mají k výuce kompetence - 32% (12). Třetím nejdůležitějším faktorem je pro respondenty větší spolupráce s lékaři, tuto odpověď vybralo 30% (11) respondentů. 22% (8) respondentů vybralo odpověď „jiné“, kde následně slovně popsali, co by se mělo udělat pro zařazení ZTV do výuky. 4 respondenti uvedli, že se u nich ZTV vyučuje, další 3 respondenti uvedli navýšení časové dotace pro výuku a mít na výuku prostory. Poslední z nich uvedl, že neví, jaký důvod by měl být pro zařazení ZTV do výuky, ale že by bylo ji vhodné zařadit.

Otázka č. 22 Jestliže se na vaší škole nevyučuje ZTV, zařazujete cviky kompenzační či regenerační do běžné TV?



Graf 21: Zařazení kompenzačních či regeneračních cviků do běžné TV

Poslední otázka v dotazníku se zaměřuje na zařazení kompenzačních nebo regeneračních cviků do běžné TV v případě, že se na ZŠ nevyučuje ZTV. Z grafu č. 22 můžeme vyvodit, že necelá polovina - 41% (15) zařazuje cviky do každé hodiny TV. Dále pak alespoň jednou týdně zařazuje do hodin TV kompenzační či regenerační cviky 35% (13) respondentů. Nejméně respondentů - 8% (3) uvedlo, že zařazují cviky do hodin TV jen jednou za měsíc. 16% (6) respondentů zařazují cviky pouze výjimečně.

Celková diskuze

Bakalářská práce byla vytvořena za účelem zjištění stavu výuky ZTV na ZŠ v Plzni.

V diskuzní části se zaměřuji na průběh tvorby bakalářské práce a otázky výzkumu. Tématem výzkumu byl současný stav výuky předmětu ZTV na ZŠ. Při získávání informací jsem využila vhodnou literaturu k problematice ZTV, internetové zdroje.

Ke kontaktování učitelů TV jsem použila e-mailové adresy, jejichž prostřednictvím byl rozeslán odkaz na online dotazník. Dotazník, který jsem zvolila, byl podle mého názoru časově nenáročný, jednoduchý na doplnění. Nejsem spokojena s jeho návratností. Jsem si ale vědoma, že učitelé jsou časově velmi vytíženi, protože jejich práce zahrnuje kromě pedagogické činnosti i spoustu administrativy. S oslovením pedagogů TV pomáhal Mgr. Ladislav Harvánek z Krajského úřadu Plzeňského kraje – odbor školství, mládeže a sportu.

6 ZÁVĚR

Zdravotní tělesná výchova je vhodným doplněním klasické tělesné výchovy. Kompenzování zdravotního oslabení u dětí mladšího i staršího školního věku má rozhodně smysl, protože napomůže zlepšit vztah ke sportu obecně. Napomůže přistupovat oslabeným jedincům k pohybu i v pozdějším věku takovým způsobem, aby byl jim prospěšný a poskytoval radost. ZTV navíc kladně ovlivňuje zdravotní stav žáků během povinné školní docházky ZŠ a je důležité, aby si jejím prostřednictvím osvojily správné provádění cviků a dokázaly korigovat svá zdravotní oslabení.

Jak naznačila druhá kapitola této práce, je mnoho druhů oslabení, což vyžaduje zvýšené úsilí pedagogů v přípravě ZTV a jejich kvalifikaci.

Cílem práce proto bylo provedení průzkumu současného stavu výuky předmětu zdravotní tělesná výchova na základních školách v Plzni.

Praktická část práce byla založena na elektronickém dotazníkovém šetření, kterého se zúčastnili pedagogové tělesné výchovy vyučující na základních školách v Plzni. Vyhodnocení bylo uskutečněno po zpracování dotazníků, ze kterých byly následně vypracovány závěry z pohledu stanovených hypotéz. Analýza výsledků u jednotlivých hypotéz byla provedena následujícím způsobem.

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že z oslovených základních škol bude méně než polovina vyučovat zdravotní tělesnou výchovu.

Na základě položené otázky č. 6 v dotazníku, kde respondenti odpovídali, zda-li se na jejich ZŠ vyučuje ZTV, můžeme potvrdit hypotézu č. 1. Pouze 22% z dotazovaných uvedlo, že vyučují ZTV na ZŠ.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že hlavním důvodem nezařazení zdravotní tělesné výchovy do výuky je nedostatek kvalifikovaných učitelů.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Na otázku č. 21, která hypotézu ověřovala, uvedl největší počet respondentů, že je potřeba zajistit škole vyšší finanční prostředky pro zařazení ZTV do výuky. Až na druhém místě se značným odstupem respondenti uvedli, že je třeba zajistit více kvalifikovaných pedagogů.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že nejčastějším zdravotním oslabením u dětí zařazených do III. zdravotní skupiny bude oslabení pohybového systému.

Na otázku č. 17 respondenti nejvíce vybrali odpověď, že se nejvíce setkávají s dětmi s oslabením pohybového aparátu, a tím potvrdili hypotézu č. 3.

Stanovený hlavní cíl práce byl splněn. Další poznatky týkající se oblastí podpory zdraví, doplňující tělesnou výchovu v českém školství, jsou podrobněji uvedeny v závěru druhé kapitoly. Podpora zdraví dětí i dospělých je tak vhodně doplňována zdravotními pojišťovnami, státními programy a činnostmi dalších subjektů. Na základě získaných poznatků lze říci, že zdravému pohybu dětí je věnována v České republice v systému školní docházky i mimo ni zvýšená pozornost, což je nepochybně správně.

SHRnutí

Cílem bakalářské práce bylo zjistit současný stav výuky ZTV na ZŠ. V kvalifikační práci byla popsána charakteristika ZTV, včetně cvičební jednotky a druhů oslabení, se kterými se učitelé mohou setkat u žáků zařazených do III. zdravotní skupiny. Prostřednictvím dotazníkového šetření byl proveden výzkum. Na základě dotazníkového šetření byly zjištěny informace o současném stavu výuky ZTV na ZŠ. Bylo potvrzeno, že v současné době vyučuje ZTV méně než 50% ZŠ v Plzni. Dále bylo zjištěno, že pro zařazení ZTV do výuky je zapotřebí zajistit školám vyšší finanční prostředky (do vybavení náčiní specifických pro ZTV), spíše než přijmout učitele, kteří mají kompetence k výuce ZTV. Závěrem byl potvrzený předpoklad, že nejvíce se učitelé TV setkávají se žáky s oslabením pohybového aparátu.

Klíčová slova: zdravotní tělesná výchova, stav výuky; základní škola; školní věk; zdravotní oslabení; dotazníkové šetření

RESUMÉ

The aim of this bachelor thesis was to find out current state of teaching a ZTV (Adapted physical education – APE) at elementary schools. In this thesis was described a characteristic of the APE. There were as well included exercise units and types of weakening, teachers could experience with pupils classified in the third health group. An appropriate research was done by a survey. The information about current state of teaching APE was found out on the basis of the survey done at elementary schools. Results of the survey were firstly, that the APE is provided in less than 50% of elementary schools in Pilsen and secondly that it is more important to provide proper financial support for schools (to get specific equipment for the APE) than to employ more teachers qualified in the field of APE. In conclusion, an assumption that more often PE teachers encounter with pupils whose locomotor system is weakened, was confirmed.

Key words: adapted physical education, state of teaching, elementary school, school age, medical weakening, survey

SEZNAM LITERATURY

- BULAVA, Alan. *Kardiologie pro nelékařské obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-271-0468-0.
- HÁLKOVÁ, Jitka a kol. *Zdravotní tělesná výchova: speciální učební text – I. část – obecná*. 5.vyd. Praha: ČASPV, 2008. ISBN 80-86586-15-4 (brož.).
- HOŠKOVÁ, Blanka, MATOUŠOVÁ, Miluše. *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-621-X.
- HRABINEC, Jiří. *Tělesná výchova na 2. stupni základní školy*. 1. vyd. Univerzita Karlova: Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3654-2.
- JEŽÍK, Miroslav BTV, 2013. *Současný stav vyučovacího předmětu zdravotní tělesná výchova na základních školách v Českých Budějovicích*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Fakulta pedagogická. Katedra tělesné výchovy a sportu.
- KOLEK, Vítězslav, VÁGNEROVÁ, Iva a kol. *Kapesní průvodce ambulantní léčbou respiračních infekcí*. Praha: MAXDORF s.r.o., 2016. ISBN 978-80-7345-490-6.
- KYRALOVÁ, Marie, MATOUŠOVÁ, Miluše a kol. *Zdravotní tělesná výchova - II. část*. 1. vyd. Praha: ONYX, 1995. ISBN 80-85228-24-6.
- LEHNERT- SCHROTH, Christa, GRÖBL, Petra. *Dreidimensionale Skoliosebehandlung*. 8.vyd.München: Elsevier GmbH, 2014. ISBN 978-3-437-46461-4.
- LEVITOVÁ, Andrea, HOŠKOVÁ, Blanka. *Zdravotně – kompenzační cvičení*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-4836-8.
- LUDVÍK, Panny, 2016. *Mladší školní věk – bezpečí ve virtuálním prostoru*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta pedagogická. Katedra tělesné výchovy a výchovy ke zdraví.
- MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-980-2.
- MATOUŠOVÁ, Miluše a kol. *Zdravotní tělesná výchova*. 1. vyd. Praha: Sport pro všechny, 1992. ISBN (Brož.)
- MÜLLEROVÁ, Dana a kol. *Obezita – prevence a léčba*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, a.s., 2009. ISBN 978-80-204-2146-3.
- NAVRÁTIL, Leoš a kol. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.
- NOVOTNÁ, Bronislava, NOVÁK, Jiří. *Alergie a astma – v těhotenství, prevence v dětství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4390-5.

NOVOTNÁ, Lenka, HŘÍCHOVÁ, Miloslava, MIŇHOVÁ, Jana. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Univerzita, 2012. ISBN 978-80-261-0115-4.

PERNICOVÁ, H. a kol. *Zdravotní tělesná výchova*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1993. ISBN 80-7168-086-9.

POKORNÝ, Ivan. *Zdravotní tělesná výchova pro 1. stupeň základní školy – 1. část pracovní sešit*. 2. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2000. ISBN 80-7044-318-9.

SMOLKOVÁ, Lenka, 2005. *Zdravotní tělesná výchova na základních školách v Plzni a okolí*. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Fakulta pedagogická.

SRDEČNÝ, Vojmír a kol. *Tělesná výchova zdravotně oslabených*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. SPN 36-06-17/2.(1982)

STRNAD, Pavel. *Vybrané kapitoly z tělesné výchovy zdravotně oslabených*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 17-070-80.

SVAČINA, Štěpán, BRETŠNAJDROVÁ, Alena. *Cukrovka a obezita*. 1. vyd. Praha: MAXDORF,s.r.o., 2003. ISBN 80-85912-58-9.

ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2015. ISBN 978-80-262-0714-6 (váz.)

TLAPÁK, Petr. *Tvarování těla pro muže a ženy*. 9.vyd. Praha: ARSCI, 2011. ISBN 978-80-7420-014-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Co je podpora a ochrana zdraví [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 1 s. [cit. 12. 3. 2020]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CINDI/kurz/podpora_20zdravi.pdf

Fond prevence 2020 [online]. ZPMVCR: ©2019 [cit. 10. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/vyhody-pro-pojistence/fond-prevenec-2020/>

Gastrointestinální potíže [online]. Nestlé HealthScience: © 2019 [cit. 9. 4. 2020]. Dostupné z: <https://www.nestlehealthscience.cz/cz/pece-o-zdravi/gastrointestinalni-potize>

Metabolické poruchy: diabetes mellitus – Zdravotní tělesná výchova [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 10. 3. 2020]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/ztv/pages/08-diabetes-text.html>

Národní síť podpory zdraví [online]. NSPZ © 2019 [cit. 18. 3. 2020]. Dostupné z: <https://nspz.cz/nabidka/>

Nervová a neuropsychická oslabení – Zdravotní tělesná výchova [online]. Brno: Masarykova univerzita [21. 2. 2020]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/ztv/pages/11-neuropsych.html>

Oslabení pohybového aparátu – Zdravotní tělesná výchova [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 6. 3. 2020]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/ztv/pages/02-oslabeni-pohyb-text.html>

Plochá noha [online]. OrtoComp s.r.o.:© 2012 – 2019 [cit. 1. 4. 2020]. Dostupné z: <https://www.ortopedicka-ambulance.cz/plocha-noha>

Ploché nohy [online]. Ortopedica s.r.o.: © 2000 – 2020 [cit. 15. 2. 2020]. Dostupné z: <http://www.ortopedica.cz/ploche-nohy/>

Plochá záda [online]. Zdravotní tělesná výchova:© 2014 [cit. 8. 3. 2020]. Dostupné z: <https://zdravotnitv.webnode.cz/druhy-oslabeni/plocha-zada/>

Program škola podporující zdraví [online]. SZÚ. [cit. 18. 3. 2020]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi>

Psychomotorika – international conference of psychomotricity [online]. Ústí nad Labem: [cit. 18. 2. 2020]. Dostupné z: <https://psychomot.cz/teorie/psychomotorika/>

Tělesná kultura [online]. Olomouc:© 2020 [cit. 2. 1. 2020]. Dostupné z: https://telesnakultura.upol.cz/artkey/tek-201102-0007_TEORIE_A_PRAXE_ZDRAVOTNI_TELESNE_VYCHOVY.php

Výhody a příspěvky [online]. VZP ČR:©2020 [cit. 10. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky/deti>

Zdravotní pojišťovny [online]. MZČR:©2010 [cit. 20. 2. 2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/zdravotni-pojistovny_3307_29.html

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví respondentů	32
Graf 2: Věk respondentů.....	32
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	33
Graf 4: Tělovýchovná aprobace	34
Graf 5: Pedagogická praxe v TV	35
Graf 6: Výuka ZTV v současné době	36
Graf 7: Zařazení ZTV na ZŠ	36
Graf 8: Vyučování ZTV týdně na ZŠ	37
Graf 9: Zisk kompetencí k výuce ZTV	38
Graf 10: Používání pomůcek při hodinách ZTV	38
Graf 11: Výběr pomůcek při kompenzačních cvičeních	39
Graf 12: Počet pomůcek na počet cvičenců.....	39
Graf 13: Provádění vstupních testů na svalové dysbalance.....	40
Graf 14: Pozitivní vliv hodin ZTV na žáky se zdravotním oslabením.....	41
Graf 15: Forma omezení TV u cvičenců	41
Graf 16: Informace o zdravotním stavu žáka zařazeného do III. zdravotní skupiny.....	42
Graf 17: Oslabení u žáků ZŠ	43
Graf 18: Zlepšení zdravotního stavu žáka po hodinách ZTV	44
Graf 19: ZTV přínos pro prevenci a kompenzaci vadného držení těla ve srovnání s běžnou TV	45
Graf 20: Zařazení ZTV do výuky	46
Graf 21: Zařazení kompenzačních či regeneračních cviků do běžné TV	47

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Vady páteře	14
Obrázek 2: Zdravá noha a tři stupně ploché nohy (www.ortopedica.cz)	16
Obrázek 3: Valgózní postavení kolenních kloubů.....	17
Obrázek 4: Varózní postavení kolenních kloubů	17
Obrázek 5: Stupně obezity (Mullerová, 2009)	20
Obrázek 6: Průměrná výška chlapců a dívek od narození do 18 let (Machová, 1994)	24
Obrázek 7: Prevalence vadného držení těla dle věku (Státní zdravotní ústav)	26
Obrázek 8: Nadváha a obezita u dětí mezi lety 1996 – 2016 (Státní zdravotní úřad).....	27
Tabulka 1: Časové rozložení cvičební jednotky (Hálková a kol., 2008).....	12

PŘÍLOHY

I. PRŮVODNÍ DOPIS PRO UČITELE TV NA ZŠ

Vážená paní učitelko, Vážený pane učiteli

Jmenuji se Kateřina Studeníková a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty Západočeské univerzity v Plzni obor – Tělesná výchova a sport. Tématem mé bakalářské práce je „Současný stav výuky zdravotní tělesné výchovy na základních školách“ a vedoucím práce je Mgr. Petra Špottová, Ph.D.

Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění níže zaslaného dotazníku, který poslouží jako podklad pro praktickou část bakalářské práce.

Dovoluji si Vás požádat o pravdivé vyjádření v dotazníku, který je zcela anonymní.

Odpovědi budou vygenerovány automaticky. V případě zájmu o výsledky mé bakalářské práce či dotazy mě kontaktujte e-mailem: katerina.studenikova@seznam.cz

Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem

Studeníková Kateřina

II. DOTAZNÍK PRO UČITELE TV NA ZŠ

1. Vaše pohlaví?
 - a) muž
 - b) žena
2. Váš věk?
 - a) 20-25
 - b) 26-30
 - c) 31-40
 - d) 41-50
 - e) 51- 60
 - f) 61- 70
 - g) starší
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Bc.
 - b) Mgr.
 - c) jiné – uveďte
4. Jakou tělovýchovnou aprobaci jste studiem získal?
 - a) učitelství pro I. stupeň ZŠ
 - b) učitelství pro II. stupeň ZŠ
 - c) pro střední školy
 - d) jiné
 - e) nemám aprobaci pro tělesnou výchovu (dále jen TV)
5. Kolikaletou máte pedagogickou praxi v TV?
 - a) 0-5 let
 - b) 6-10 let
 - c) 11-15 let
 - d) 16-20 let
 - e) 20 a více let
6. Vyučujete se na vaší škole v současné době zdravotní tělesná výchova? (dále jen ZTV)
 - a) ano
 - b) ne (prosím přejděte na otázku č. 21)
 - c) vyučovala se dříve, v současné době ne

-
7. ZTV je na vaší škole zařazena:
- a) jako povinný předmět
 - b) jako volitelný předmět
 - c) v rámci povinné TV
 - d) v rámci Výchovy ke zdraví
 - e) v rámci jiného předmětu
8. Kolik hodin týdně je ZTV vyučována na vaší škole?
- a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
 - e) 5
 - f) více než 5
9. Jak jste získal/a kompetence k vyučování ZTV?
- a) při studiu na vysoké škole
 - b) odborným kursem
 - c) nemám kompetence k vyučování ZTV
10. Používáte pomůcky při kompenzačních cvičeních (gymbally, overbally, švihadla,...)?
- a) ano
 - b) ne (přejděte na otázku č. 12)
11. Jaký máte výběr z pomůcek při kompenzačních cvičeních?
- a) velký (10 a více)
 - b) malý (9-5)
 - c) omezený (4-1)
12. Máte dostatečný počet pomůcek na počet cvičenců?
- a) ano
 - b) ne
13. Děláte vstupní testy svalových dysbalancí (tj. určitý stav nerovnováhy v zapojení svalů)?
- a) ano – jaké:
 - b) ne
14. Myslíte si, že hodiny ZTV mají pozitivní vliv na žáky se zdravotním omezením?
- a) ano
 - b) ne

-
15. Seřad'te jaká forma omezení TV se u cvičenců nejvíce vyskytuje (1) po nejméně se vyskytující se (4).
- 1) normální TV bez omezení
 - 2) normální TV s omezením (např.: bez dlouhých běhů)
 - 3) doporučení na ZTV nebo LTV (léčebná TV)
 - 4) úplné uvolnění z TV
16. Jakým způsobem získáváte informace o zdravotním stavu žáka, který je zařazen do III. zdravotní skupiny?
- a) od praktického lékaře
 - b) od rodiče
 - c) od tělovýchovného lékaře
 - d) vlastní úsudek učitele/cvičitele
 - e) jiné zdroje
17. S jakými oslabeními se u žáků setkáváte?
- a) oslabení hybného systému
 - b) oslabení respiračního systému
 - c) oslabení kardiovaskulárního systému
 - d) metabolické a endokrinní poruchy (diabetes, obezita,...)
 - e) oslabení gastrointestinálního systému
 - f) gynekologická oslabení
 - g) nervová a neuropsychická oslabení
 - h) smyslová oslabení
18. Pozorujete zlepšení zdravotního stavu žáka po hodinách ZTV?
- a) ano, zásadní zlepšení
 - b) ano, nepatrné zlepšení
 - c) ne, žádné zlepšení
19. Kolik procent žáků, podle Vašeho kvalifikovaného odhadu, by potřebovalo pravidelnou ZTV (z celkového počtu žáků vaší školy)?
- a) uveďte procenta
 - b) nelze odhadnout
20. Je podle Vašeho názoru ZTV přínosem pro prevenci a kompenzaci vadného držení těla v porovnání s běžnou TV?
- a) ano – jakým:
 - b) ne

21. Pokud se na vaší škole nevyučuje ZTV, co by se podle Vás mělo udělat, aby byl předmět zařazen do výuky?
- a) přijmout učitele, kteří k tomu mají kompetence
 - b) zvýšit finanční prostředky školy
 - c) více spolupracovat s lékaři
 - d) jiné – uveďte jaké
22. Jestliže se na vaší škole nevyučuje ZTV, zařazujete cviky kompenzační či regenerační do běžné TV?
- a) při každé hodině
 - b) 1x týdně
 - c) 1x měsíčně
 - d) výjimečně
 - e) vůbec