

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Bakalářská práce

2020

Nikola Marcelová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B5347

Nikola Marcelová

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

POHYBOVÉ AKTIVITY JAKO SOUČÁST PRIMÁRNÍ PREVENCE U PŘEDŠKOLÁKŮ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Martinek, Ph.D.

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nikola MARCELOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0266P**
Studijní program: **B5347 Veřejné zdravotnictví**
Studijní obor: **Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví**
Téma práce: **Pohybové aktivity jako součást primární prevence u předškoláků**
Zadávající katedra: **Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

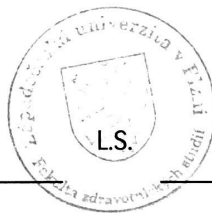
- ZOTHOVÁ, Jiřina a kolektiv. Hygiena dětí a dorostu. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. ISBN 80-7013-192-6.
- KUČERA, Miroslav, KOLÁŘ, Pavel a Ivan, DYLEVSKÝ. Dítě, sport a zdraví. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-712-7.
- SVOBODOVÁ, Lenka a kolektiv. Trendy v realizaci pohybové aktivity dětí mateřských škol a 1. stupně základních škol. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7877-2.
- PASTUCHA, Dalibor. Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4065-2.
- PICA, Rae. Physical education for young children: movement ABCs for the little ones. 1. title. Champaign, IL: Human Kinetics, 2008. ISBN 978-0-7360-7149-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lukáš Martinek, Ph.D.**
Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



Mgr. Stanislava Reichertová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....
vlastnoruční podpis

ABSTRAKT

Jméno a příjmení: Nikola Marcelová

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Pohybové aktivity jako součást primární prevence u předškoláků

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Martinek, Ph.D.

Počet stran: 72 (číslované 54, nečíslované 18)

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: pohybová aktivita – předškolní věk – obezita – vadné držení těla –
prevence

Shrnutí:

Tématem této bakalářské práce je pohybová aktivita dětí předškolního věku. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývá obdobím předškolního věku, a to od tří do šesti let dítěte. Dále se zde zmiňuje pohybová aktivita dětí v tomto věku a důsledky nedostatečné pohybové aktivity, jako například obezita, vadné držení těla, úrazy. V praktické části se zjišťuje kvalita a kvantita pohybové aktivity u dětí předškolního věku v závislosti na bydlišti, jejich zdravotní problémy způsobené nedostatečnou pohybovou aktivitou a zapojení dětí do pohybové aktivity rodičů. Data byla zjišťována pomocí dotazníkového šetření.

ABSTRACT

Name and surname: Nikola Marcelová

Department: Department of Rescue Services and Technical Fields

Title of thesis: The Physical Activities as Part of Primary Prevention of Pre-school Children

Consultant: Mgr. Lukáš Martinek, Ph.D.

Number of pages: 72 (numbered 54, not numbered 18)

Number of appendices: 1

Number of literature items: 20

Keywords: physical activity – preschool age – obesity – poor posture – prevention

Summary:

This bachelor thesis deals with the physical activities of preschool age children. The thesis is divided into two parts: a theoretical part and a practical part. The theoretical part is focused on preschool age - namely from 3 to 6 years of age. Further is mention physical activities of preschool age children and consequences of insufficient physical activity as obesity, poor posture and injuries. The practical part deals with quality and quantity of physical activity in preschool children depending on the place of residence, their health problems caused by insufficient physical activity and involvement of children in the physical activity of their parents. The data were collected by means of a questionnaire study.

Poděkování:

Ráda bych zde poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Lukášovi Martinkovi, Ph.D. za trpělivost, odborné vedení, poskytování rad a materiálních podkladů. Zároveň bych ráda poděkovala ředitelkám mateřských škol a rodičům za spolupráci při vyplňování dotazníků.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
1 OBDOBÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	15
1.1 Dítě ve věku od tří a půl let do čtyř let	16
1.2 Dítě ve věku od čtyř do čtyř a půl let	17
1.3 Dítě ve věku od čtyř a půl do pěti let.....	19
1.4 Dítě ve věku od pěti do pěti a půl let.....	20
1.5 Dítě ve věku od pěti a půl do šesti let.....	21
2 POHYBOVÁ AKTIVITA.....	23
2.1 Pohybový systém dítěte	23
2.2 Pohybová aktivita dítěte	25
3 DŮSLEDKY (NE)DOSTATEČNÉ POHYBOVÉ AKTIVITY.....	28
3.1 Obezita.....	28
3.1.1 Poruchy pohybového aparátu	29
3.1.2 Kardiovaskulární komplikace.....	29
3.1.3 Metabolické a endokrinní komplikace	29
3.1.4 Respirační komplikace	30
3.1.5 Psychosociální komplikace.....	30
3.2 Vadné držení těla	30
3.2.1 Anatomicky nekoordinované držení jednotlivých částí těla.....	31
3.2.2 Skolióza a skoliotické držení.....	32
3.3 Úrazy	33
3.3.1 Faktory vyvolávající riziko úrazů.....	34
4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	37

5	PŘEDPOKLADY	38
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	39
7	METODIKA PRÁCE	41
8	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	42
9	DISKUZE	62
	ZÁVĚR.....	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	SEZNAM PŘÍLOH	69
	PŘÍLOHY	70

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Věk dětí	39
Graf č. 2: Místo bydliště dětí	40
Graf č. 3: Způsob dopravy dětí do MŠ	42
Graf č. 4: Celková pohybová aktivita dětí	43
Graf č. 5: Pohybová aktivita dětí v časovém rozmezí	44
Graf č. 6: Sportovní aktivita dětí mimo MŠ	45
Graf č. 7: Sportovní aktivita dětí mimo MŠ v časovém rozmezí	46
Graf č. 8: Sportovní aktivita rodičů v časovém rozmezí	47
Graf č. 9: Zapojení dětí do pohybové aktivity rodičů.....	48
Graf č. 10: Jednotlivé zdravotní potíže dětí.....	49
Graf č. 11: Zdravotní potíže související s pohybovou aktivitou.....	50
Graf č. 12: Přístup dětí k mobilu/tabletu v časovém rozmezí.....	51
Graf č. 13: Porovnání způsobu dopravy dětí do MŠ podle bydliště	52
Graf č. 14: Porovnání pohybové aktivity dětí podle bydliště	53
Graf č. 15: Porovnání času stráveného dítětem venku v MŠ.....	54
Graf č. 16: Porovnání času stráveného dítětem venku mimo MŠ	55
Graf č. 17: Porovnání sportovní aktivity rodičů	56
Graf č. 18: Porovnání zapojení dětí do sportovní aktivity rodičů.....	57
Graf č. 19: Porovnání zdravotních problémů dětí	58
Graf č. 20: Přístup dětí k mobilu/tabletu podle bydliště	59
Graf č. 21: Porovnání přístupu k mobilu/tabletu v časovém rozmezí	60

SEZNAM ZKRATEK

ml	mililitry
g	gramy
apod.	a podobně
např.	například
cm	centimetry
HDL	high density lipoprotein (lipoprotein s vysokou hustotou)
LDL	low density lipoprotein (lipoprotein s nízkou hustotou)
RTG	rentgen
MŠ	mateřská škola
č.	číslo
MHD	městská hromadná doprava
max.	maximum
SZÚ	Státní zdravotní ústav

ÚVOD

V odborné literatuře se uvádí, že mezi základní fyziologické potřeby člověka patří pohybová činnost a je jedno, zda je jedná o dítě nebo dospělého člověka. Pohybovou aktivitu nalezneme i v Maslowově pyramidě lidských potřeb od stejnojmenného psychologa A. H. Maslowa, který ji zahrnul mezi základní tělesné potřeby člověka.

V této době moderních technologií je pohybová aktivita dětí jeden z velkých problémů. Děti sedí u televizí, počítačů, tabletů či mobilů bez ohledu na věk, a tak zanedbávají přirozený pohyb. Nedostatečnou pohybovou aktivitou mohou vznikat nejrůznější zdravotní problémy. V této bakalářské práci se okrajově zmiňujeme o obezitě, vadném držení jednotlivých částí těla, skoliotickém držení, skolióze a úrazech.

Téma bylo zvoleno za účelem zviditelnění problematiky pohybové aktivity dětí předškolního věku. Pohybová aktivita se ve velké míře řeší především u dětí mladšího školního věku a starších jedinců. Je důležité ukázat rodičům, aby dítě vedli k pohybu již v tomto útlém věku a předešli tak důsledkům nedostatečné pohybové aktivity v podobě zdravotních obtíží. Bez přirozeného pohybu nemůže dojít k vývoji pohybového aparátu, nevytvoří se dostatečný svalový korzet a dochází k omezení motorického, ale i mentálního vývoje dítěte. Pouze pravidelná pohybová aktivita v přiměřené míře k věku a předpokladům dítěte může mít vliv na zdraví a zdatnost jedince. Rodiče by neměli klást důraz na dosahované pohybové výkony nebo sportovní výsledky dítěte, ale především budovat pozitivní postoj a zájem dítěte o pohybovou aktivitu.

Tato bakalářská práce se bod po bodu zmiňuje o jednotlivých obdobích předškolního věku, a to od tří do šesti let dítěte. Jsou zde uvedeny i informace o pohybovém systému dítěte a jeho pohybové aktivitě. Nachází se zde i kapitola o důsledcích nedostatečné pohybové aktivity, ve které je uvedena obezita a její možné komplikace, vadné držení těla se skoliózou a úrazy.

Cílem této bakalářské práce je zjistit kvalitu a kvantitu pohybové aktivity u dětí předškolního věku v závislosti na bydlišti, jejich zdravotní problémy způsobené nedostatečnou pohybovou aktivitou, zapojení dětí do pohybové aktivity rodičů a přístup dětí k mobilu či tabletu v závislosti na bydlišti. Data budou zjišťována pomocí dotazníkového šetření ve spolupráci s mateřskými školami.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBDOBÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Období předškolního věku trvá od tří do šesti let. Během této doby dítě zahajuje povinnou školní docházku. Charakteristika tohoto období spočívá v prudkém rozvoji motoriky, myšlení a řeči (ZOTHOVÁ, 1995). Tempo růstu se v průměru pohybuje okolo 9 až 11 centimetrů za rok. Přírůstek na váze je průměrně 4 až 5 kilogramů za rok (BACUS, 2004).

Tělesný vývoj v předškolním věku zahrnuje prořezané mléčné zuby a ke konci předškolního věku se začínají prořezávat první zuby trvalého chrupu v podobě stoliček. Páteř je esovitě zakřivena a kostnatění probíhá v tělech obratlů (ZOTHOVÁ, 1995). Dítě v předškolním věku má štíhlejší trup a delší končetiny. Díky tomu dochází k formování základu abdominálního pletence (tvořen vláknů a úponů šikmých břišních svalů) (POSTUCHA, a další, 2011).

Tepová frekvence je stále vysoká, v průměru 95 tepů za minutu, což způsobuje malý systolický objem. Koncem předškolního věku se tepová frekvence snižuje. Krevní tlak je u dětí 80–100/60–80 torrů (ZOTHOVÁ, 1995).

Vitální kapacita plic se zvyšuje u chlapců na 1400 ml a 1300 ml u dívek. Rozvíjí se také schopnost termoregulace, proto je tento věk vhodný pro začátek otužování (ZOTHOVÁ, 1995).

V předškolním věku se hmotnost mozku zvýší asi na 1200 g. Prohlubují se rýhy a brázdy, což způsobuje zvětšení plochy mozkových hemisfér. Dále dochází ke zvětšování počtu nervových vláken a ke zlepšení spojení mozkové kůry s ostatními oddíly centrálního nervstva (ZOTHOVÁ, 1995).

Pro vývoj intelektu je důležitý rozvoj smyslových orgánů a koordinace pohybových funkcí. Patrný je rozvoj paměti, identifikace, slovního vyjadřování (ZOTHOVÁ, 1995).

Výrazně se zdokonaluje motorika díky pohybovým hrám a běžným denním činnostem (ZOTHOVÁ, 1995). V hrubé motorice je viditelné zlepšení např. v chůzi po schodech, po úzké ploše, při hře s míčem, při stožení a poskocích na jedné noze. Zlepšuje se koordinace pohybů, obratnost rukou, nohou a trupu (MUŽÍK, a další, 2019). Rozvoj jemné motoriky se projevuje ve schopnosti dítěte se samo oblékat, svlékat, manipulovat s knoflíčky, také zvládá navlékat korálky, správně držet tužky apod. (ZOTHOVÁ, 1995).

1.1 Dítě ve věku od tří a půl let do čtyř let

Průměrná váha dítěte v tomto věku je 14 až 17 kilogramů a výška 92,5 až 100 centimetrů. Dítě zvládá pár kroků chůze po špičkách, chůzi na úzkém prostoru a skok snožmo. Při chůzi ze schodů ještě potřebuje podporu v podobě držení za ruku. Rádo kreslí, zvládá nakreslit kosočtverec a rozdělit ho na několik dílů. Občasné problémy mívá s koordinací zraku a pohybů ruky, které mohou mít za vinu určitou nepřesnost (BACUS, 2004).

V tomto období hraje u dítěte velkou roli ovládnutí emocí, obav a agresivního jednání. Z tělesné agrese se stává agrese verbální a z fyzického napadání přechází dítě na výhrůžky typu „nechám tě zavřít do vězení“, „zavolám tatínka a ten ti dá na zadek“. Přicházejí i různé strachy, například z některých zvířat, samoty, ztráty rodičů. Zvládá lépe vyjadřovat své city a emoce. Dítě začíná být zvědavé v oblasti pohlavních znaků a intimního života dospělých lidí (BACUS, 2004).

Dítě rozeznává levou a pravou botu, umí si obout boty bez tkaniček. Umí částečně prostříit stůl a za dohledu dospělého si samo nandat jídlo (BACUS, 2004).

Slovní zásoba se rozšiřuje a dítě je schopno tvořit delší věty. Může docházet ke koktání, neboť má myšlenky rychlejší než slova. Toto období doprovází časté otázky typu proč, kdy nebo kdo. Velký pokrok můžeme pozorovat ve schopnosti dítěte správně pojmenovat věci (BACUS, 2004).

Koktání se projevuje opakováním stejných slabik nebo se hovořící zadržává uprostřed řeči. U dětí v tomto věku se z pohledu odborníků jedná pouze o přechodný problém s nedostatečnou plynulostí řeči. Mohou ale nastat zvláštní případy, při kterých je koktavost spuštěna následkem emocionálního šoku. Koktání se u dětí projevuje nejvíce ve chvílích úzkosti a psychické nepohody – dítě je rozzlobené, nervózní nebo unavené. U koktajících dětí můžeme vidět doprovodné znaky, jako je zrudnutí dítěte, potíže s dýcháním, pocení. U dítěte mohou nastat i jiné řečové obtíže (nesprávné tvoření vět, malá slovní zásoba). Tyto obtíže se projevují většinou u osob mužského pohlaví (BACUS, 2004).

Zlepšuje se soustředěnost a trpělivost dítěte. Jeví zájem o klasické pohádky, které vydrží v klidu poslouchat zhruba dvacet minut. Začíná stoupat zájem o hudbu, dítě tancuje a poskakuje do rytmu. Pamatuje si několik rozpočítadel a umí je použít. Pamatuje si i své příjmení, jména rodičů a dalších osob v rodině. Dítě dokáže nakreslit rovnou čáru,

obkreslit některá písmena, obvykle umí počítat do deseti a stavět velké stavby z kostek (BACUS, 2004).

Sociální vývoj u dítěte obnáší první kamarády a děti, které nemá rádo. Některé mohou stát mimo kolektiv, jiné zase zastanou roli vůdce pro ostatní děti. Dítě je rovněž citlivé na pochvalu a na výtky (BACUS, 2004).

Dítě v tomto věku začíná mít určité potřeby. Potřeba citové náklonnosti, kdy vyžaduje pozornost a čas rodičů, potřebuje slyšet, že ho rodiče mají rádi, že je hodné a šikovné. Potřeba porozumění – rodiče se dokážou vcítit do dítěte a snaží se pochopit, jak dítě uvažuje. Potřeba být respektován – dítě potřebuje cítit, že má svou hodnotu, udělá si obrázek samo o sobě a má samo v sebe důvěru (BACUS, 2004).

Dítě do svých čtyř let prodělá až 40 nejrůznějších virových onemocnění. Nejběžnější bývá zánět horních cest dýchacích. Mohou se k němu připojit ale i infekční komplikace (zánět středního ucha, bronchitida a další). Dítě si časem vybuduje dostatečnou imunitu a bude méně náchylné k virovým onemocněním (BACUS, 2004).

1.2 Dítě ve věku od čtyř do čtyř a půl let

Váha čtyřletého dítěte se pohybuje v průměru od 14,5 do 18 kilogramů. Průměrná výška je 97,5 až 104 centimetrů. Dítě v tomto věku je velmi pohybově aktivní – skáče, dělá kotrmelce, leze po stromech, jezdí na tříkolce, běhá. Dokáže samo chodit po schodech a střídát levou a pravou nohu. Zlepšuje se i manuální zručnost dítěte. Dítě umí zacházet s nůžkami (stříhá rovně), kresby postaviček se podobají na lidi (hlava, tělo, ruce, nohy), zvládne napsat velkými tiskacími písmeny své křestní jméno (BACUS, 2004).

U dítěte nastává období, během kterého je hovorné, má větší sebevědomí, začíná ve velké míře používat představivost, zároveň bývá podrážděné, panovačné a občas i obtížně zvládnutelné. Toto vnitřní napětí se může projevat okusováním nehtů, zlými sny, zadržováním při mluvení, případně i tikem. Je to následkem důležitého psychického vývoje, kdy je v takzvaném „hloupém věku“. Často se směje vulgárním slovům, které se naučilo, hloupým nápadům a svému předvádění. Smích a pláč (pofňukávání) je ve stejné míře. Vrací se fyzická agrese. Dítě je velmi citlivé, žárlivé, méně poslušné a rádo se chlubí. Přetrvává zájem o intimní záležitosti rodičů a přichází na řadu otázky, kudy se dostávají děti ven na svět z mamincina břicha (BACUS, 2004).

Dítě v tomto věku většinou už spí celou noc, zvládne si samo dojít na toaletu, umýt a osušit se, samo se obléct, začíná zvládat jednoduché zapínání i zašněrování bot. Má vybraná jídla, která mu nechutnají, problém sedět v klidu. Často skáče druhým do řeči (BACUS, 2004).

Dítě se lepší ve vyjadřování, mluví v delších větách a lépe chápe pojem času (přítomný, budoucí i minulý). Čas se naučí vnímat ve třech etapách. Prvním krokem je pochopení výrazů „teď, nyní, ihned“, je schopno časovat slovesa v přítomném čase. Druhým krokem je pochopení budoucnosti, během tohoto období se význam slova „zítra“ změní v pohledu dítěte z toho, co se ještě nestalo, na den, co následuje po dnešní noci. A posledním krokem je pochopení minulosti, ta je pro dítě na pochopení nejtěžší. Slovo „včera“ je z pohledu dítěte celé období od miminka až po to, co se stalo nedávno. Začíná se také orientovat v ročních dobách, měsících, dnech a týdnech. Zlepšuje se i orientace v okolí, zná cestu do mateřské školy, do blízkého obchodu. Slovní zásoba dítěte se rozšířila v průměru na 1500 slov (BACUS, 2004).

Co se týká rozumových vlastností čtyřletého dítěte, zvládá počítat do deseti (občas do patnácti), správně spočítá tři předměty, rozezná rozdíl mezi nejtěžší, největší a nejdelší. Rozlišuje barvy a umí je pojmenovat. Rádo maluje, kreslí, vybarvuje, tvoří pomocí modelíny, stříhá, lepí a s pomocí zvládne navlékat korálky. S dětskými kamarády si rádo hraje na doktory nebo na vojáky. Mezi oblíbené aktivity patří rovněž puzzle, stavebnice, používání převleků a hraní divadla. Dítě je kreativní a na své výtvořky bývá hrdé. Je potřeba ho v tom povzbuzovat, aby v budoucích letech neztratilo toto kreativní myšlení. Vyžaduje vyprávění delších příběhů, líbí se mu dětská poezie, která si hraje se slovy. Dokáže rozeznat v textu písmena, která obsahují jeho jméno a nacvičuje jejich psaní. Umí odrecitovat krátkou básničku a zazpívat několik kratších písniček i s možným pohybovým doprovodem (BACUS, 2004).

Toto období je především zaměřeno na pohyb. Dítě vyžaduje dostatek prostoru, proto potřebuje pohyb venku, aby se mohlo vyběhat. Rádo využívá prolézačky na hřištích, hry ve vodě nebo s vodou a hry s míčem (BACUS, 2004).

Sociální vývoj v tomto období je zaměřen především na rodinu a domov. Dítě je rádo, když je rodina pohromadě a podnikají se různé výlety, návštěvy nebo procházky. Jestliže má dítě mladšího sourozence, může se u něj začít projevovat snaha chovat se jako dospělý

a pocity podobné mateřským, když například malý sourozenec pláče nebo se stydí. U jeho vztahů s ostatními dětmi začínají vznikat nerozlučitelná přátelství, ale i tvrdé neshody a hádky. Dítě si začíná hrát odděleně s dětmi stejného pohlaví a tato tendence se bude v dalších letech prohlubovat (BACUS, 2004).

1.3 Dítě ve věku od čtyř a půl do pěti let

Dítě v tomto věkovém období vyrostlo. Jeho průměrná výška je 100 až 109 centimetrů a váha se průměrně pohybuje od 15,4 do 19 kilogramů. Dítě zvládá i několika kilometrové procházky, pokud má dobrou motivaci. Zlepšuje se jeho manipulace s míčem, zvládá ho hodit správným směrem a chytit ho. Dítě převádí svou pozornost z dospělých na stejně staré děti, se kterými vytváří party. Kresby dítěte začínají být detailnější, postava má viditelné části těla včetně vlasů, očí, uší a nosu. Při kresbě rodiny zachytí i domácí mazlíčky. Zvládá počítat do 19 až 29, ale přechod přes desítku mu stále může dělat problémy. Slovní zásoba se rozšířila na 1900 slov. Nejvíce ho zajímají neslušná slova, vulgarismy a vymyšlená slova (BACUS, 2004).

Je vhodné začít s přípravou na čtení nejlépe v podobě her. Důležité je osvojení tří základních dovedností. První je schopnost uspořádat prvky, pochopit sled a pořadí, během toho si dítě musí uvědomit, že řazení písmen ve slově a jednotlivých slov ve větě má svá pravidla. Druhá je schopnost třídit, dítě se naučí zařazovat předměty do správných skupin dle daných kritérií (např. červený míč – barva červený, tvar kulatý, funkce hračka). Začít na jednoduchých příkladech, jako jsou hruška, jablko, banán, že jsou ovoce. A třetí dovedností je rozvoj sluchového vnímání, které doplňuje vnímání zrakové, to bylo doteď dominantní. Dítě se musí naučit rozlišovat hlásky, na které slovo začíná (BACUS, 2004).

I v tomto věku dítě pociťuje různé strachy. Nejčastěji to bývá strach ze tmy, vody, zvířat, ze „zlého pána“ a v neposlední řadě i strach vyvolaný množstvím informací, kterým je denně vystavováno nejčastěji z televize, kde jsou jen samé špatné zprávy (BACUS, 2004).

Nastává období běžných dětských nemocí, které si děti navzájem předávají v mateřské škole. Dítě může objevit takzvaný sekundární zisk nemoci, který může být například jenom zdrojem určitého potěšení a příjemných vzpomínek, nebo může nastat situace, kdy si dítě uvědomí výhody nemoci (stálá pozornost matky, koukání na televizi, omezené navštěvování mateřské školy) a začne toho zneužívat, začne si vymýšlet symptomy, aby bylo opět považováno za nemocné (BACUS, 2004).

1.4 Dítě ve věku od pěti do pěti a půl let

Pětileté dítě dosahuje průměrné výšky 105 až 111 centimetrů a průměrně váží 16,3 až 20,5 kilogramů. Ovládá svou rovnováhu a díky tomu dokáže skákat po jedné noze nebo snožmo. Jeho pohyby jsou přesnější, umí jezdit na kole s opěrnými kolečky, rádo objevuje nové věci. Pohybová aktivita se rozšířila na šplhání, klouzání se, skákání, plížení se, lezení po zemi apod. Dítě začíná preferovat a zručněji používat jednu ruku, koordinace pohybů ruky se stává přesnější (viditelné při manuálních činnostech). Vytvořené kresby obsahují stále více detailů (BACUS, 2004).

Během pátého roku se dítěti vrací jeho vnitřní vyrovnanost, chová se dospěleji, zodpovědněji a je trpělivější. Spolupráce s dospělým člověkem mu nedělá problém. Má realističtější pohled na svět a dokáže hájit svůj názor. Z dítěte se stává přátelský a pozorný společník. Pláč a vztek ustupují, agrese se přesouvá z lidí na předměty. Snaží se dodržovat stanovená pravidla, rádo slýchává slova chvály. Méně si vymýšlí, nechlubí se tolik a nelpí tolik na tom, co je jeho (BACUS, 2004).

Z pohledu každodenních činností ovládá práci s dětským nožem (krájení jídla, namazání chleba), jí čistotněji, samo se oblékne, zapne si knoflíky, patentky a zaváže si tkaničky u bot. Hygienu zvládá rovněž samo, až na mytí vlasů a často si nerado namáčí obličej. Bývá méně nemocné, mohou se ale objevit neštovice, pokud je ještě neprodělalo (BACUS, 2004).

Slovní zásoba dítěte se rozšířila na 2000 slov. Dítě mluví plynule a téměř správně gramaticky. Jestliže má stále drobné vady ve výslovnosti, je potřeba se jim tento rok věnovat. Dítě ovládá správné používání zájmen, správně časuje slovesa a rozumí výrazům množství (polovina, největší, ještě víc, nic) (BACUS, 2004).

Dítě v tomto věku o věcech hodně přemýšlí a často vyvodí chybný závěr z informací, které má k dispozici. Neuvědomuje si, že ostatní lidé nepřemýšlí o věcech stejně jako ono a ani je stejně nevnímají. Dokáže poznat celkem dost písmen a pár slov v knížkách, snaží se je číst a psát. Zná nazpaměť své jméno a příjmení, adresu a ví, kolik je mu let. Zkouší psát číslice, přečte číslice na hodinách, ale stále mu dělá problém vyjmenovat číslice ve správném pořadí (BACUS, 2004).

Pohybové aktivity a pobyt venku zabírá velkou část dětských her. Dítě si vystačí hrát samo, stále napodobuje činnosti dospělých lidí (maminky, vojáci, piloti, kuchaři). Začíná

mít zájem o dětské časopisy, dobrodružnější knížky, než jsou příběhy a pohádky s mluvícími zvířaty. Prohlubuje se i zájem o hudbu. Dítě rádo zpívá a tancuje do rytmu. Přitahuje ho i televize, pamatuje si čas a program svého oblíbeného pořadu (BACUS, 2004).

Sociální kontakt se u dítěte zlepšuje, je přátelské a společenské. Začleňuje se do kolektivu, přeje si mít hodně kamarádů a u dospělých hledá spojence. Je velmi vázáno na rodiče, ve kterých vidí oporu a ochranu, snaží se jim pomáhat a dělat jim radost. Dokáže si klidněji hrát se staršími sourozenci, u mladších se ještě občas dožaduje práva staršího. Učí se dělit s ostatními, myslet na ně v různých situacích, vcítit se do druhé osoby. Dítě obvykle zná pravidla slušného chování a zdvořilostní pravidla, ale často na ně zapomíná a je nutné mu je připomínat. Daří se mu lépe zvládat prohry v různých kolektivních hrách (BACUS, 2004).

1.5 Dítě ve věku od pěti a půl do šesti let

Dítě v tomto věku se od předchozího příliš neliší. Průměrná výška je 107,5 až 115 centimetrů a průměrná váha se pohybuje od 17,2 do 21,3 kilogramů. Dívky mohou být pod tímto průměrem, chlapci naopak mohou být nad tímto průměrem (BACUS, 2004).

Je o něco vyspělejší a osvojuje si průběžně získávané dovednosti. Na kole jezdí bez opěrných koleček, zkouší jezdit na kolečkových i klasických bruslích, na skateboardu a zkouší skákat přes švihadlo. Tyto fyzické aktivity vyžadují dobrý smysl pro rovnováhu (BACUS, 2004).

Dítě konečně dobře rozeznává pravou a levou stranu. Nastává znovu problémové období, ve kterém je dítě méně přizpůsobivé a nastupuje nová krize, která se naplno dostaví v dalším roce. Dítě začíná více plakat, má častější záchvaty vzteku, trucování nebo zlosti. Občasná vulgární slova se mění na nadávky a výhrůžky mají podtón pomsty. Chová se ale cudněji, co se týká pozorování ostatních při intimních úkonech a zároveň být při nich samo viděno. Stále se zajímá o miminka a období, kdy jím ono samo bylo (BACUS, 2004).

Znovu se můžou dostavovat strachy, jako je například strach ze tmy, zvířat, samoty, jeho ztráty nebo ztráty matky. Tyto strachy pak můžou být následkem zlých snů, které pak dítě rádo vypráví rodičům (BACUS, 2004).

Dítě začíná mít smysl pro morálku, dokáže posoudit, zda je chování druhých v pořádku, nebo neodpovídá příkazům rodičů. Může to být například nezapnutí

bezpečnostního pásu, znečištění životního prostředí, kouření. Balancuje mezi dvěma způsoby chování – nechce nikomu nic půjčit, nebo naopak, chce se podělit a všechno rozdat (BACUS, 2004).

Začíná období zakládání nejrůznějších sbírek od kamínek, přes samolepky až po obal od žvýkačky. Dítě už umí dobře počítat, zvládne říct bezchybně čísla za sebou do dvaceti. Při psaní číslic se mu stává, že je píše obráceně (především čísla 1, 7 a 9). Při snaze rodičů si dítě dokáže zapamatovat svůj datum narození nebo telefonní číslo, případně někomu zavolat. Umí se zeptat na cestu a samo dokáže koupit v malém obchodu pečivo (BACUS, 2004).

2 POHYBOVÁ AKTIVITA

Mezi základní biologické projevy a potřeby lidského života patří pohyb, kterého v důsledku vědecko-technického rozvoje a změny životního stylu stále ubývá, přestože se potřeba pohybu nemění (POSTUCHA, a další, 2011).

Pohybová aktivita je definována jako výsledek práce svalů člověka, při kterém dochází ke zvýšení energetického výdeje. V závislosti na kontextu se spojují s dalšími pojmy, např. zdraví podporující, sportovní, běžná každodenní (HENDL, a další, 2011).

Během prvních několika let života dítěte je pohybová aktivita spontánně realizována v podobě her. Doba aktivního pohybu u dítěte během dne dosahuje podle několika pozorování 70–80 % času, kdy je dítě vzhůru (MÁČEK, a další, 2011).

2.1 Pohybový systém dítěte

V období předškolního věku je dokončena myelinizace pyramidových drah, zdokonalují se rovnovážné schopnosti a kloubní pohyblivost má velký rozsah daný volností vazivového aparátu. Zvyšuje se uvědomění si a interpretace sensorické informace. Zlepšuje se obratnost, motorická koordinace a narůstá pohybová výbava (KUČERA, a další, 2011) (DYLEVSKÝ, 2012).

V průběhu třetího a čtvrtého roku se zdokonaluje zralá chůze, která obsahuje všechny vlastnosti chůze dospělého člověka:

- *„sklon a rotaci pánve;*
- *úder paty při počátečním kontaktu;*
- *odvíjení palce;*
- *flexi kolena v mezistoji;*
- *vyzrálý vztah mezi mechanikou kyčelního, kolenního a hlezenního kloubu;*
- *reciproční pohyby dolních končetin;*
- *reciproční pohyby paží;*
- *zúžení opěrné báze na šířku pánve nebo i méně.“ (KUČERA, a další, 2011 str. 13)*

V období šestého a sedmého roku je pohyb již vyzrálý, strukturálně ukotvený a díky délce dolních končetin se prodlužuje i délka kroku. Tempo chůze klesá, ale roste rychlost a snižuje se kroková proměnlivost (KUČERA, a další, 2011).

Díky zdokonalení chůze se dále vyvíjejí skoky, přískoky, hopsání, poskoky (acyklické pohyby). Poskok zahrnuje krok a skok na jedné noze a následně to samé na noze druhé. Přískok zahrnuje krok na jedné noze a poskok na noze druhé. Máme dvě varianty přískoku – dopředu, který se vyvíjí u dítěte dříve, a do strany. Dítě v předškolním věku začíná nejprve seskoky, následně skoky do dálky, a jako poslední zkouší skok do výšky. Šestileté dítě umí hopsat, poskok pak zvládá mezi šestým a sedmým rokem (KUČERA, a další, 2011).

Růst těla a síly dítěte kladně ovlivňuje množství, výšku a vzdálenost skoků. Dítě začíná prvně skoky z výšky s dopadem na obě nohy, později skoky dopředu, přes překážku a skoky na jedné noze. Pětileté dítě je schopno skočit 60 cm do dálky, přeskóčit švihadlo 15 cm nad zemí a provést 10 poskoků na jedné noze (KUČERA, a další, 2011).

V období čtvrtého až šestého roku dítě ovládá tyto dovednosti hrubé motoriky:

- „*samostatná střídavá chůze ze schodů;*
- *stoj na jedné noze trvající 3-5 vteřin;*
- *skoky do dálky s prodlužující se vzdáleností;*
- *přeskakování přes předměty;*
- *výskoky;*
- *skok do výšky;*
- *vyzrálý vzor silného kopnutí do míče;*
- *rychlý běh spojený s vyhýbáním se překážkám;*
- *chůze po přímce v délce 10 kroků;*
- *střídavá chůze na balanční kladině.“ (KUČERA, a další, 2011 str. 14)*

Mezi druhým a čtvrtým rokem dítě hází předmět spodním a vrchním způsobem. V průběhu čtvrtého roku zvládne hodit na měřitelnou vzdálenost a postupem dětství se vzdálenost hodů stále zvětšuje díky schopnosti využít sílu a pohyb ramene a trupu. Okolo pátého roku je dítě schopno chytit míč oběma rukama díky uvolněným ramenům a loktům. V šestém roce jsou plně vyzrálé vzory chytání, házení a úderů (KUČERA, a další, 2011).

Aktivita u čtyř až pětiletých dětí vyžadují vnitřní stabilitu, stabilitu mezi ramenem a loktem a svalovou sílu. Zlepšuje se jemná motorika. Úchop tužky se zdokonaluje – okraj ruky je opřen o podložku, tužka je podpírána prostředníkem, vedena ukazovákem a palec

poskytuje potřebný tlak. Stříhání je pro dítě velmi namáhavá činnost, musí sladit pohyby obou rukou s tím, co vidí (KUČERA, a další, 2011).

V období čtvrtého až šestého roku dítě dokáže následující dovednosti jemné motoriky: tužkový úchop s jeho využitím při malování; používání jídelního příboru, toaletních potřeb a jiných nástrojů; zapnutí zipu, zavázání tkaniček u bot; ovládání koordinace obou rukou; preference jedné ruky; psaní tiskacích písmen (KUČERA, a další, 2011).

Jako pohybové aktivity pro děti předškolního věku se doporučuje střídání rychlostních a obratnostních schopností (např. kotrmelec), dynamicky silových (házení míče na cíl a kopání míče v terénu, běh v podobě honiček a hry na schovávanou.) Jako vhodná aktivita se počítá i turistika, u které je potřeba děti zabavit hrou (KUČERA, a další, 2011).

U předškolních dětí je důležité dávat pozor na jednostranné zatěžování a zvýšené statické působení, které může omezit vlastní růst dítěte. V tomto věkovém období se může začínat s přípravou na tenis, fotbal, hokej a zařadit některé taneční prvky a gymnastická cvičení (KUČERA, a další, 2011).

Dítě napodobuje chování staršího jedince, uznává autority v podobě rodičů a vychovatele (KUČERA, a další, 2011).

2.2 Pohybová aktivita dítěte

Dítě si osvojuje náročnější pohyby vyžadující soustředěnou pozornost, koordinaci drobných pohybů a rozvíjí jemnou motoriku, díky které zvládá úkony sebeobsluhy a drobné pracovní činnosti. Svě naučené poznatky z rodinného prostředí přenáší do chování k ostatním lidem mimo rodinu (např. k druhým dětem) (KUČERA, a další, 2011).

Zahrnujeme sem i potřebu uspokojování pohybové aktivity. Při potlačování této potřeby hrozí možnost civilizačních onemocnění, jako jsou obezita, kardiovaskulární onemocnění, případně onemocnění pohybového ústrojí. Z psychických onemocnění hrozí poruchy chování, možnost závislého chování, neurotické a psychosomatické onemocnění. Tento věk může být nebezpečný podklad pro rozvoj poruch příjmu potravy (KUČERA, a další, 2011).

Stejně jako dítě procházejí i jeho pohybové dovednosti různými vývojovými podobami a úroveň záleží na možnosti jejich provádění. Dítě nejvíce využívá spontánní

pohybovou aktivitu řízenou emocionálním prožíváním, která je převážně herního charakteru. Vysoká aktivita se střídá s přestávkami na odpočinek, pestrost činností závisí na stupni vývoje pozornosti (KUČERA, a další, 2011).

„Pohybové aktivity jsou vhodným prostředkem k získání kompetencí v oblasti osvojování nejen pohybových dovedností, intelektových poznatků, ale slouží především k získávání a ověřování vlastních zkušeností se sebou samým a v konfrontaci toho, co si myslím o své činnosti já a co si o mně a mé činnosti myslí ti, na kterých mi záleží.“
(KUČERA, a další, 2011 str. 117)

Dítě by v předškolním vzdělávání mělo získat následující pohybové dovednosti:

- lokomoční (pohyb z místa)
 - pohyb v prostoru všemi směry (plazení, lezení, chůze, běh, skok); pohyb mezi překážkami a přes ně; poskoky a skoky různých způsobů a kombinací; skoky do různých směrů, přeskočení překážky, výskok na překážku a následný seskok; pohyb v různých polohách (v podřepu, v dřepu, v kleku); kombinace lokomočních pohybů a pohybů částí těla (tleskání při chůzi); pohyb a vzájemná spolupráce s druhým dítětem; tanec; pohyb v prostředí (na sněhu, ve vodě);
- nelokomoční (pohyb na místě)
 - znalost základních pohybů a poloh těla (vzpažení, připažení, upažení, klek, podřep, leh); pohyb částmi těla dle pokynů s nářadím či náčiním (švihadlo, stuha, míč); pohyb kolem os těla (kotouly, obraty, převaly); podřízení pohybů těla hudbě;
- manipulační
 - skupinová spolupráce při manipulaci s náčiním; manipulace předměty a náčiním; odhad pohybu náčiní a přizpůsobení vlastního pohybu (KUČERA, a další, 2011).

Z tělesné zdatnosti by mělo zvládat následující:

- pohyb lokomočními pohyby po delší dobu, zvládnutí přiměřené fyziologické zátěže;
- schopnost zpevnit a uvolnit tělo;
- schopnost protažení těla dle pokynů;

- správné dýchání v klidu (KUČERA, a další, 2011).

Dále by dítě mělo mít určité znalosti z kognitivní a afektivní oblasti:

- znalost a schopnost pojmenovat části těla;
- znalost směrů v postavení ke svému tělu;
- znalost činnosti srdce a reakci na fyzickou zátěž;
- dodržování dohodnutých pravidel;
- spolupráce při pohybových hrách a činnostech;
- respekt vůči ostatním;
- schopnost postavit se strachu z cizího prostředí;
- schopnost říct svůj názor;
- radost z pohybu (KUČERA, a další, 2011).

3 DŮSLEDKY (NE)DOSTATEČNÉ POHYBOVÉ AKTIVITY

Zdravotní stav dětí je ohrožen negativními trendy dnešní doby. Kvůli tomu vzrůstá počet nejrůznějších alergií, obezita přetrvávající i v dospělosti, s tím související nárůst artrózy, hrozící nárůst případů osteoporózy a problémy s maladaptací. Dalšími problémy jsou nedostatky v klenbě nožní, vadné držení těla a následná dysbalance. Problémy mohou být ale i psychického rázu v podobě neuróz, depresí, bulimie, mentální anorexie a dalších nemocí (FRÖMEL, a další, 1999).

Zvyšující se spotřeba energie díky tělesnému pohybu zabraňuje vzniku obezity a mnoha nemocí. Dá se tak předejít riziku vzniku onemocnění srdce a cév, snižuje se krevní tlak, zvyšuje se hladina HDL, a naopak se snižuje hladina LDL cholesterolu. Snižuje se riziko diabetu II. typu, zabraňuje vzniku osteoporózy, zlepšuje se funkce trávicího systému, psychický stav a celkové zvládnání stresu (JANOVSKÁ, a další, 2013).

3.1 Obezita

Odvození od latinského slova „obesus“, jehož význam je dobře živěný, tučný. Obezita je nakušení tukové tkáně u mužů ≥ 25 % a u žen ≥ 30 %. U dětí je přírůstek hmotnosti plynulý. Liší se v jednotlivých věkových obdobích, v pohlaví dítěte a záleží také na rozvoji kostry a svalové hmoty. Během prvních roků života je tuková tkáň u dítěte až 25 %. S rostoucí pohybovou aktivitou postupně klesá a přibývá více aktivní svalové hmoty a kostní tkáně. Další nárůst tukové tkáně nastává ve školním věku až po dospělost. Mužské pohlaví má od narození menší zásoby tuku než ženské pohlaví (POSTUCHA, a další, 2011).

Nejnovější analýzy ukázaly, že na světě žije 1,1 miliardy lidí s nadváhou nebo obezitou. Z tohoto čísla je 320 miliónů dospělých lidí obézních. Z dětské populace k tomu musíme připočítat ještě 118 miliónů dětí trpících nadváhou nebo obezitou. I v České republice se obezita stala závažným epidemiologickým problémem. Studie prokázaly, že až 20 % dětí ve věku 6–12 let a 11 % dětí ve věku 13–17 let trpí buď nadváhou nebo obezitou. Problém s obezitou se nejvíce objevil u dětí ve věku 7 let, ve kterém dochází ke změně životního stylu díky nástupu do školy (POSTUCHA, a další, 2011).

Ve většině případech se jedná o dětskou primární nebo esenciální obezitu, při které dochází k převaze lipogeneze nad lipolýzou. Je to následkem zvýšeného

energetického příjmu a nízkého energetického výdeje. Obezita je způsobena genetickou příčinou nebo faktory zevního prostředí. Mezi tyto faktory patří výživa dítěte a pohybová aktivita (POSTUCHA, a další, 2011).

U 70 % jedinců propuká obezita na základě genetických faktorů, které však potřebují zmíněnou nerovnováhu mezi energetickým příjmem a výdejem. Proto je velké riziko rozvoje obezity pro geneticky predisponovaného jedince se současně vhodným výskytem faktorů zevního prostředí (POSTUCHA, a další, 2011).

3.1.1 Poruchy pohybového aparátu

Nadměrná hmotnost vede k přetížení kosterního i svalového systému, které způsobuje funkční poruchy pohybového aparátu. Často se projevují vadným držením těla, skoliózou, poruchami v postavení kolenních kloubů a plochýma nohama, změnou těžiště a rozvojem svalových dysbalancí. Obézní dítě často změní základní postoj v rozkročení na široké bázi, což bývá příčinou rekurvace a valgózního postavení kolenních kloubů, valgózního postavení v hlezenním kloubu a snížení příčné klenby nožní. U obézních dětí dochází k ochabnutí svalstva nejčastěji v oblasti břišní, hýžděové a mezi lopatkami, které postupně vede od skoliotického držení těla až ke skolióze (POSTUCHA, a další, 2011).

3.1.2 Kardiovaskulární komplikace

„Riziko kardiovaskulárních onemocnění je způsobeno především vysokým krevním tlakem, což často v dospělosti může vést k ischemické chorobě srdeční. Hypertenze, hypertrofie a dilatace levé komory, ischemická choroba srdeční, snížená kontraktilita myokardu, arytmie, náhlá smrt, cévní mozková příhoda, varixy a tromboembolické nemoci (TEN) se objevují zejména u androidní obezity.“ (POSTUCHA, a další, 2011 str. 14)

3.1.3 Metabolické a endokrinní komplikace

Mezi metabolické změny řadíme hyperestrogenizmus, hyperandrogenizmus u žen, a u mužů s vyšším stupněm obezity hypogonadizmus. Obézní chlapci často trpí hypogonitalizmem, může jít pouze o relativní, který se projevuje zanořením zevního genitálu do hypertrofické vrstvy podkožního tuku. U dívek s vyšším stupněm obezity hrozí poruchy menstruačního cyklu, naopak u dívek s nižším stupněm obezity dochází k předčasné pubertě (POSTUCHA, a další, 2011).

Nadměrným zmnožením tukové tkáně, která je největším endokrinním orgánem, vznikají rozsáhlé metabolické změny, hormony a peptidy mohou vést k hypertenzi a stimulovat sympatickou aktivitu. Aktivace sympatiku má za následek zvýšení variability tepové frekvence, krevního tlaku i hladiny plazmatických katecholaminů. Inzulinorezistence, hyperinzulinemie, porucha glukózové tolerance, diabetes mellitus II. typu, dyslipidemie jsou dalšími metabolickými komplikacemi obezity. U dyslipidemie, což je nejčastější metabolická porucha v dětství, je důležité vyhodnocení laboratorních výsledků, aby nedošlo k podcenění nebo naopak přecenění, které by zbytečně vedlo k režimovým omezením nebo podávání léků (POSTUCHA, a další, 2011).

3.1.4 Respirační komplikace

U dětí s nadměrnou obezitou často propuká syndrom obstrukční spánkové apnoe, jehož následky jsou příčinou narušených kognitivních funkcí, poruchy soustředění, hyperaktivita s poruchou soustředění. Děti s vyšším stupněm obezity trpí ztíženým dýcháním a hypoventilací, která způsobuje spavost s usínáním během dne. Obezita zhoršuje astmatické potíže, postihuje rovněž srdce (pravostranné selhání) a plíce (POSTUCHA, a další, 2011).

3.1.5 Psychosociální komplikace

Obézní děti (nejčastěji dospívající dívky) strádají i po psychické stránce už v útlém věku. Projevuje se to v podobě citové deprese, pocitu méněcennosti, úzkostnými stavy a depresiemi. Často se za svou obezitu stydí, snaží se vyhýbat kolektivu, odmítají cvičit a plavat pro svou neobratnost, preferují samotu a jsou často oběťmi šikany, což způsobuje ztížení společenské adaptability. Výzkumy prokázaly, že děti s obezitou jsou v dospělosti náchylnější na psychiatrická onemocnění (POSTUCHA, a další, 2011).

3.2 Vadné držení těla

V současné době se vadné držení těla objevuje u 40 % dětské populace. Jedná se o stále stoupající tendenci a vyskytuje se už u dětí předškolního věku (VYSLUCHOVÁ, 2016). Projevuje se vyklenutým a ochablým břichem, vystouplými lopatkami a kulatými zády, což vzniká především sezením u televize, počítače a omezením spontánního pohybu. Následně se zhoršuje v období povinné školní docházky, při které dítě sedí několik hodin v lavici, která je mnohdy ergonomicky nevyhovující (FÁROVÁ, a další, 2003).

Vadné držení těla se řeší formou cvičení, které musí být prováděno vědomě, pomalu a společně s dýcháním. Je vhodný nácvik dolního hrudního a břišního neboli bráničního dýchání (KOLISKO, 2003). Je nutné pravidelné a dlouhodobé cvičení, alespoň 15 minut denně pacient poctivě cvičí. Doporučuje se k tomuto cvičení přidat i jinou sportovní aktivitu, a to zejména plavání, kalanetiku, jógu a běh na lyžích (VYSLUCHOVÁ, 2016).

Závažnější vadou je skolióza páteře, při které dochází k poruše postavení ve všech třech anatomických rovinách. Důležité je odlišit juvenilní kyfózu (Scheuermannova nemoc) od vadného držení těla (VYSLUCHOVÁ, 2016). Toto onemocnění se objevuje pětkrát častěji u chlapců ve věku 12 až 17 let než u dívek. Scheuermannova nemoc se projevuje zvýšenou hrudní kyfózou (zakřivení hrudní páteře dozadu) (FYZIOKLINIKA, 2011).

3.2.1 Anatomicky nekoordinované držení jednotlivých částí těla

Nejčastějším projevem nekoordinovaného držení hlavy je prohnutá stlačená šíje s předsunutou hlavou, brada tlačena k hrudi a spodní čelist je zasunutá. Toto postavení hlavy má vliv na nedovření úst, což způsobuje v obličeji výraz nezájmu, oči jsou zmenšené a hlas potlačený. Negativně ovlivněno je i dýchání, které je ztíženo stejně jako polykání kvůli krční páteři, která tlačí na hrtan. Nevhodné držení hlavy způsobuje chronicky přepjaté svalstvo šíje, což způsobuje nevolnost, napětí a bolesti hlavy (LAUPER, 2002). Mohou nastat problémy s meziobratlovými ploténkami v oblasti krční páteře, poruchy očního svalstva a rovnovážného ústrojí (LARSEN, a další, 2008).

Mezi anatomicky nekoordinované držení patří stlačená bederní páteř, pánev překlopená dozadu, stejně tak pánev překlopená dopředu, ze které může vzniknout fixovaná hyperlordóza (LAUPER, 2002). Další chybou je šikmá poloha pánve nebo celé posunutí pánve doleva, což vyvolává podezření na skoliózu (LARSEN, a další, 2008). Následky chybného držení jsou oslabené břišní svalstvo a svalstvo pánevního dna, které může způsobit inkontinenci. Dalšími následky jsou poškození meziobratlových plotének, zkrácené svaly bederní páteře a ohybače kyčelních kloubů (LAUPER, 2002) (LARSEN, a další, 2008). Hrozí i předčasná artróza drobných obratlových kloubů (LARSEN, a další, 2008).

I na hrudním koši můžeme pozorovat chybné držení těla v podobě nerovnoměrného obrysu hrudníku – hrudní kost je nadměrně vypouklá nebo naopak propadlá. Páteř v hrudní oblasti je příliš napjatá nebo je ohnutá do kulatých zad. Pohyblivost hrudní páteře a hrudního koše může být omezena, což je problém jak z pohledu chůze a běhu, tak z pohledu plic, které

potřebují prostor pro úplné rozvinutí (LAUPER, 2002). Časté bodavé bolesti v hrudním koši jsou projevem bloků obratlových a žebních skloubení (LARSEN, a další, 2008).

Anatomicky nekoordinovaná ramena poznáme na první pohled. Lopatky jsou vysunuty dopředu a nahoru, ramena viditelně padají dopředu (i při sezení) nebo jsou vysoko vytažená s šikmo postavenou klíční kostí, což ukazuje na svalovou nerovnováhu. Rovněž křídlovitě odstávající lopatky jsou ukazatelem svalové nerovnováhy. Projevuje se ztráta stability a mobility ramen (LAUPER, 2002). Negativním projevem je bolest hlavy způsobená přetažením krčních, ramenních a šíjových svalů (LARSEN, a další, 2008).

U chybně postavených kyčlí jsou stehna otočena k sobě, oblast třísel je vtažená, kyčelní kloub je vestoje ohnutý. Tyto vady mohou způsobit zkrácení a oslabení svalů, které stabilizují pánev, artrózu, bolest a znemožnění pohybu (LAUPER, 2002) .

Kolenní česky směřující dovnitř nebo ven (volný postoj i nohy u sebe), kolena tlačena dozadu, dotýkající se stehna s natočením kolen dovnitř a vzdálenými kotníky (nohy do X) nebo naopak vzdálená kolena s dotýkajícími se kotníky (nohy do O), to vše jsou chybné osy nohou (LAUPER, 2002) (LARSEN, a další, 2008).

Špatných postavení chodidel je také hned několik. Osy chodidel směřují od sebe (V postavení), což způsobuje nesprávné zatížení podélné a příčné klenby a vzniká zploštění chodidla, často vznikají drápovité prsty. U postavení, ve kterém se osy chodidel sbíhají vpředu (A postavení) a ve stoje jsou chodidla otočena k sobě, vzniká přetížení na straně malíčku a problémy s kolenními a kyčelními klouby. Postoj, při kterém jsou paty výrazně vbočené dovnitř, podkolenní jamky šikmo a noha natočena dovnitř, způsobuje narušení klenby chodidla – vzniká vbočený palec a deformace prstů. Vbočené nohy jsou u dětí ve věku do šesti let brány za normální. Takzvaná „opičí noha“ je postoj, při kterém jsou obě paty vybočeny směrem ven a kloub palce ztrácí potřebný kontakt se zemí (LARSEN, a další, 2008).

3.2.2 Skolióza a skoliotické držení

Jedná se o onemocnění páteře a to takové, že se fyziologické zakřivení páteře změní na patologické vychýlení páteře do strany. Fyziologické zakřivení páteře je důležité pro tlumení nárazů při chůzi a běhu. Nejčastější výskyt tohoto onemocnění je u dětí a dospívajících. Může však vzniknout v jakémkoli věku (BÍLKOVÁ, 2011).

U tohoto onemocnění hovoříme buď o skolióze (tvar obratlů je změněn), nebo o skoliotickém držení (obratle mají správný tvar, ale svaly je rotují nebo táhnou špatným směrem). Skoliotické držení je častějším onemocněním v populaci a jeho léčba je snadnější než léčba u skoliózy, neboť toto držení není pevné. Výskyt skoliózy je častější u dívek než chlapců kvůli vyššímu podílu vody a elasticitě vazivových vláken (BÍLKOVÁ, 2011).

U 80 % případů je vznik skoliózy neznámý, ale předpokládá se vliv více faktorů. Nesprávný psychomotorický vývoj v prvních měsících života dítěte může být důvodem vzniku skoliózy. Upřednostňování jedné strany je častým projevem skoliózy především u přetáčení, lezení nebo plazení dítěte. V době zrychleného růstu, během kterého svaly nestíhají udržet kostěný aparát napřímený, vzniká u dětí nejvyšší progrese skoliózy (BÍLKOVÁ, 2011).

Diagnostika skoliózy probíhá na základě rentgenového vyšetření (RTG), je proveden RTG snímek a změřen úhel křivky páteře. Kontrola u lékaře má být čtyřikrát za rok u dětí a jedenkrát za rok u dospělých pacientů se skoliózou. Léčba spočívá v odstranění oslabení a zkrácení svalů a získání dostatečného rozsahu pohybu. Důležitá je koordinace a stabilizace chůze a vytvoření svalového korzetu (SMÍŠEK, a další, 2018).

3.3 Úrazy

Statistiky ukázaly, že více než polovina dětských úmrtí je způsobena úrazy. Úrazy jsou i dlouhodobě na první příčce v příčinách úmrtí u dětí (KUČERA, a další, 2011).

Rozlišujeme tři typy poranění:

- všeobecného charakteru, vznik při běžných činnostech, nejsou znakem prováděného sportu;
- specifické pro typ pohybu (pohyb z místa, zvedání závaží, skoky, doskoky, ...)
- specifické pro sportovní činnost (úder, srážky, nárazy, pády, ...) (KUČERA, a další, 2011).

Při určitých sportovních činnostech je možné poukázat na riziková místa na těle člověka. Při běhu jsou to následující: klouby – hlezenní, kolenní, nožní; svaly – zádové, stehenní, bérkové; šlachy – Achillova. U skoků mluvíme hlavně o následujících: klouby – metatarzofalangeální, hlezenní, kolenní, meziobratlové; svaly – zádové, stehenní,

bércové. Pohybová aktivita v podobě vrhů má následující riziková místa: klouby – páteřní, ramenní, kolenní, hlezenní; svaly – pletence pažního a zádové (KUČERA, a další, 2011).

Úraz lze charakterizovat jako zevní událost, která náhle nebo relativně krátkou dobu působí na organismus a má za následek poruchu zdraví. Dá se říct, že je to náhlé porušení tkáně, při kterém dojde k překročení prahu její tolerance, vlivem působící síly zevního nebo vnitřního násilí. Známe tři směry zraňující síly – lineární, pro který je příkladem náraz na příčnou překážku nebo dopad z výšky v ose těla; rotační, pro který je typický mechanismus rotace při pádu na lyžích; a torzní, který je dominantní především v automobilismu (KUČERA, a další, 2011).

3.3.1 Faktory vyvolávající riziko úrazů

Máme různé faktory vyvolávající riziko úrazů. Patří sem například faktor vlastní osoby poraněného, faktor působení zevního prostředí, technický faktor, nechtěný pád nebo naopak chtěný či úmyslný pád. Těmto faktorům se budeme níže jednotlivě věnovat (KUČERA, a další, 2011).

3.3.1.1 Faktor vlastní osoby poraněného

U tohoto faktoru je důležité zaměřit prevenci především na individuální přístup k dítěti, vysvětlení a názorné předvedení cviku a upozornit na rizika jednotlivých činností. Pro dítě je hlavní potřebou denního režimu aktivní pohyb. Může ale dojít do takové fáze, že se zvýší riziko selhání organismu. Výkonnost dítěte klesá při jakékoliv fázi onemocnění, což může mít na dítě negativní vliv v podobě strachu z vyřazení z pohybové aktivity, ale i strach z léčení. Dítě se snaží ukázat vůli a statečnost tím, že sportuje v oslabení organismu, ale neuvědomuje si možné nedozírné následky (KUČERA, a další, 2011).

Při výběru sportu pro dítě je nutné brát v úvahu nejen fyzické předpoklady, ale i stav rozumové oblasti a momentální výkonnosti dítěte. To rovněž spadá do prevence před rizikem úrazů. I u dětí je důležité dodržovat rozcvičení, předehrátí a uklidňující (restituční) část včetně běžné regenerace (KUČERA, a další, 2011).

3.3.1.2 Faktor působení zevního prostředí

Řešíme především teplotu, osvětlení, čistotu a kvalitu ovzduší v prostotu, kde je provozována sportovní aktivita. V tréninkovém procesu je důležitá adaptace na prostředí. Nejvíce si toho můžeme všimnout na výkonnosti v domácím a cizím prostředí,

ale i na výkonnosti a snížené schopnosti se přizpůsobit prostředí po delším vyřazení (zimní pauza) (KUČERA, a další, 2011).

3.3.1.3 Technický faktor

Myslíme tím výstroj a výzbroj cvičenců nejen při závodě, utkání, ale i během tréninku. Jako klasický příklad nám poslouží nepoužívání ochranných prostředků v podobě přileb při jízdě na horském kole nebo při hokejovém tréninku. Důležitá je také samotná kontrola cvičebního nářadí (bradla, hrazda) (KUČERA, a další, 2011).

3.3.1.4 Nechtěný pád

Svůj podíl zde má tělesná hmotnost, funkční stav organismu, momentální výkonnost a vliv některých léků, případně drog a alkoholu. Způsobit si ho může poraněný sám (zakopnutí, uklouznutí) nebo i druhá osoba (KUČERA, a další, 2011).

3.3.1.5 Chtěný či úmyslný pád

Mnohdy je to součástí techniky a taktiky (simulování), ale i součástí výkonu. Mezi úmyslné pády řadíme všechny skoky a doskoky, pro které je samozřejmý nácvik. Jsou ale i aktivity, u kterých tento nácvik není prováděn. Setkáme se s tím u míčových her – skoky brankářů, hlavičkové souboje, rybičky. Proto by bylo vhodné v rámci prevence zařazovat určité formy nácviku padání (KUČERA, a další, 2011).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je zjistit úroveň kvality a kvantity pohybové aktivity u dětí v předškolním věku v závislosti na jejich bydlišti. Dalším cílem je zjistit případné zdravotní problémy dětí předškolního věku způsobené nedostatečnou pohybovou aktivitou, a v neposlední řadě, zdali rodiče zapojují děti do své pohybové aktivity.

Úkolem první poloviny praktické části je znázornit data o jednotlivých pohybových aktivitách dětí, které vykonávají v MŠ i mimo ni, včetně kroužků, sportovních aktivit a způsobu dopravy do MŠ. U těchto aktivit znázornit i dobu, po kterou je dítě vykonává. Dalším úkolem je graficky vyobrazit sportovní aktivitu rodičů a případné zapojení dětí do této aktivity, zjistit zdravotní problémy dětí a jejich souvislost s nedostatkem pohybu. V neposlední řadě uvést přístup dětí k mobilu, případně tabletu.

V druhé polovině praktické části je úkolem porovnat data o pohybové aktivitě dětí předškolního věku v závislosti na bydlišti respondentů se zjištěnými daty ze studie SZÚ zaměřené na životní styl dětí.

5 PŘEDPOKLADY

K cílům bakalářské práce byly stanoveny následující předpoklady:

P1: Kvantita pohybové aktivity u dětí v předškolním věku se liší v závislosti na místě předškolní docházky.

P2: Kvalita pohybové aktivity u dětí v předškolním věku se liší v závislosti na místě předškolní docházky.

P3: Pohybově aktivní rodiče zapojují své děti do pohybové aktivity.

P4: Zdravotní problémy jsou způsobené nedostatečnou pohybovou aktivitou.

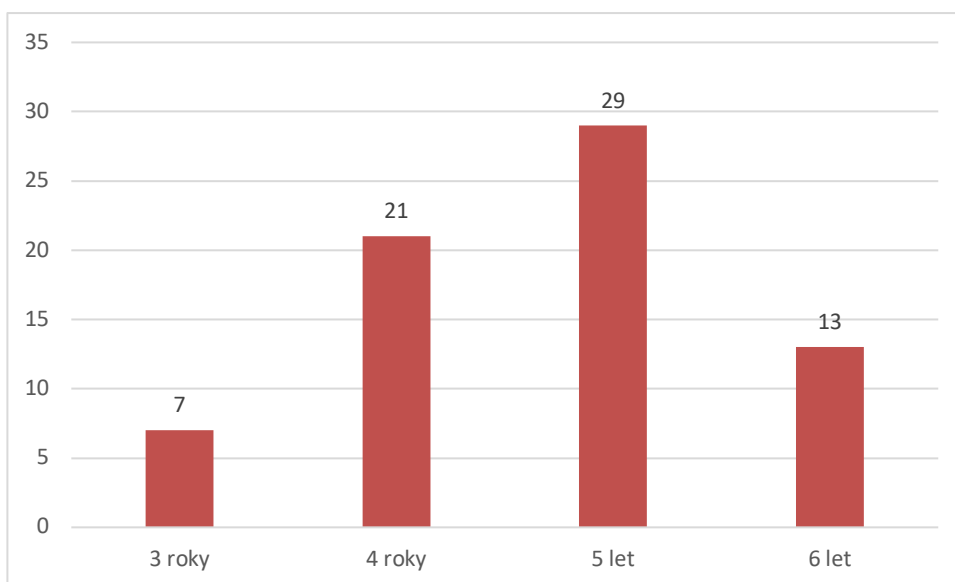
P5: Přístup dětí k mobilu či tabletu se liší v závislosti na místě bydliště

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Praktická část bakalářské práce byla realizována v pěti mateřských školách (MŠ). Dvě z toho byly v Plzni a zbytek po okolních obcích. Byly vybrány různě velké obce – od vesnice po velké město, aby byl zmapován rozdíl pohybové aktivity v závislosti na bydlišti dítěte.

Sledovaným souborem jsou děti ve věku od tří do šesti let navštěvující MŠ. Z celkového počtu 70 respondentů bylo 33 dívek (47,1 %) a 37 chlapců (52,9 %). V následujícím grafu číslo (č.) 1 je uveden počet respondentů rozdělený podle věkové kategorie.

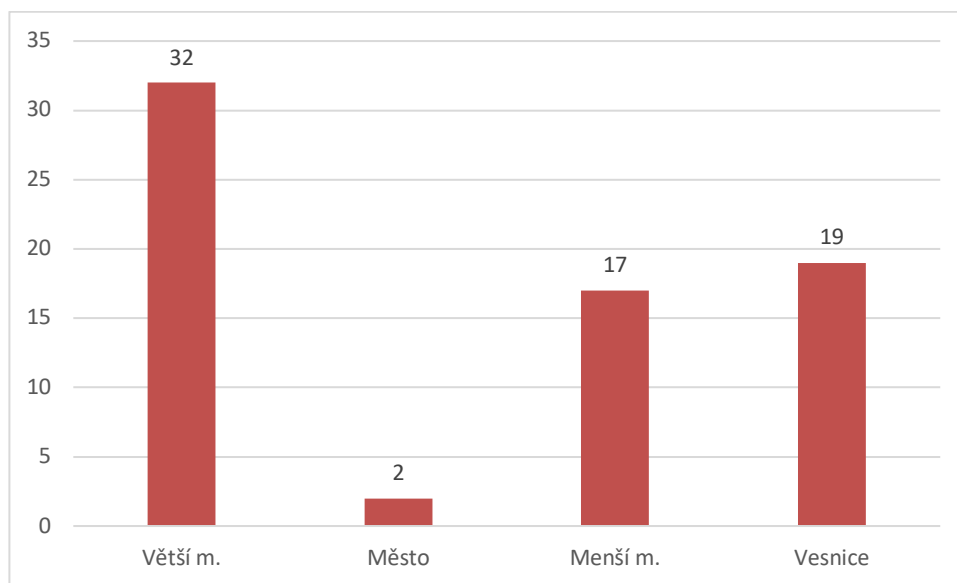
Graf č. 1: Věk dětí



Zdroj: vlastní

Bydliště dětí bylo rozděleno podle počtu obyvatel v dané obci – větší město (nad 100 tis. obyvatel), město (50–100 tis. obyvatel), menší město (do 50 tis. obyvatel), vesnice (do 3 tis. obyvatel). V následujícím grafu je uveden počet respondentů rozdělený podle bydliště.

Graf č. 2: Místo bydliště dětí



Zdroj: vlastní

7 METODIKA PRÁCE

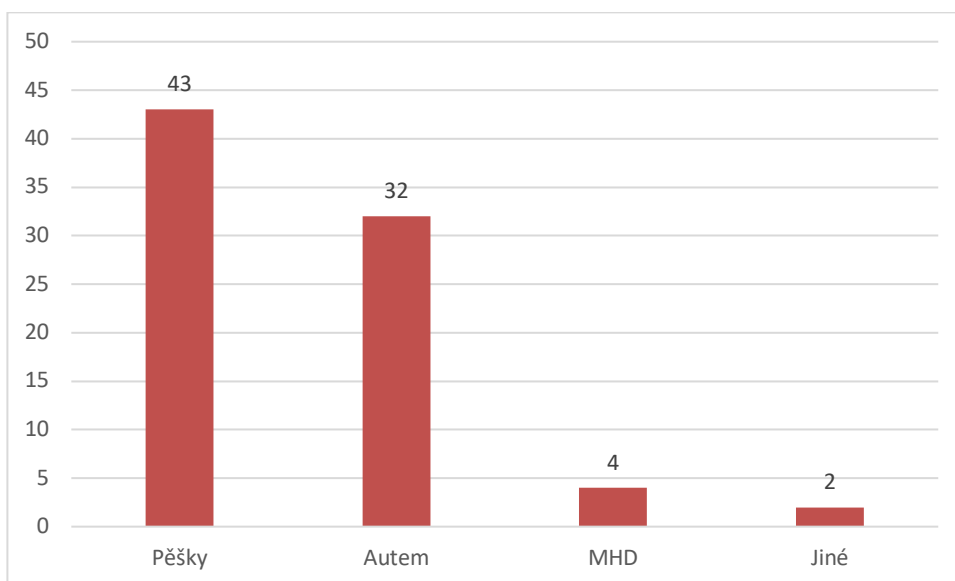
Data, týkající se zjišťování pohybových aktivit dětí předškolního věku, byla zjišťována pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl předán prostřednictvím pěti spolupracujících MŠ rodičům, kteří jej vyplnili a následně vrátili zpět do MŠ.

Vytvořený dotazník obsahoval celkem 20 otázek, u kterých bylo možno zaškrtnout jednu nebo více vhodných odpovědí, případně vhodnou odpověď napsat. Dotazník byl rozdělen na čtyři části. V první části byly obecné informace jako věk, pohlaví, bydliště a doprava do MŠ. Druhá část se zaměřovala na aktivity dítěte v MŠ i pohybové aktivity mimo MŠ. V třetí části se zjišťovala pohybová aktivita rodičů a zapojení dítěte. Úkolem čtvrté části dotazníku bylo zjistit zdravotní potíže dítěte a jeho přístup k mobilu či tabletu.

Celkem bylo rozdáno 115 kusů dotazníku, z toho se vrátilo 70 kusů vyplněných. Návratnost dotazníků tedy činila 61 %. Sběr dat probíhal od ledna do února roku 2020. Zjištěná data byla zpracována a jsou zde prezentována formou grafů.

8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

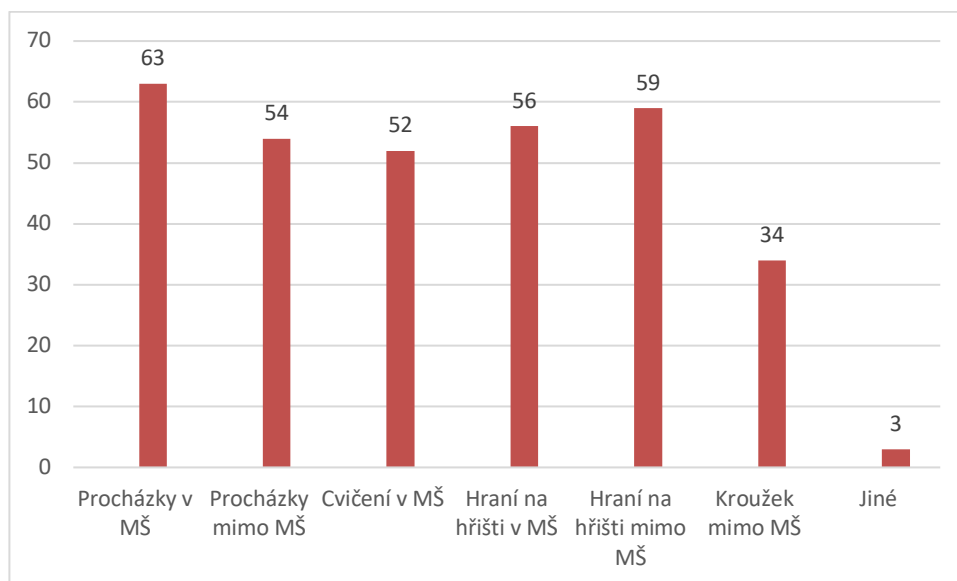
Graf č. 3: Způsob dopravy dětí do MŠ



Zdroj: vlastní

Graf č. 3 ukazuje celkový počet zjištěných způsobů dopravy do MŠ. Nejčastějším způsobem je chůze pěšky, tu respondenti volí hned ve 43 (53,1 %) případech. Druhým nejčastějším způsobem je doprava autem, kterou volí ve 32 (39,5 %) případech. Do možnosti „Jiné“ byla napsána doprava vlakem a na kole.

Graf č. 4: Celková pohybová aktivita dětí



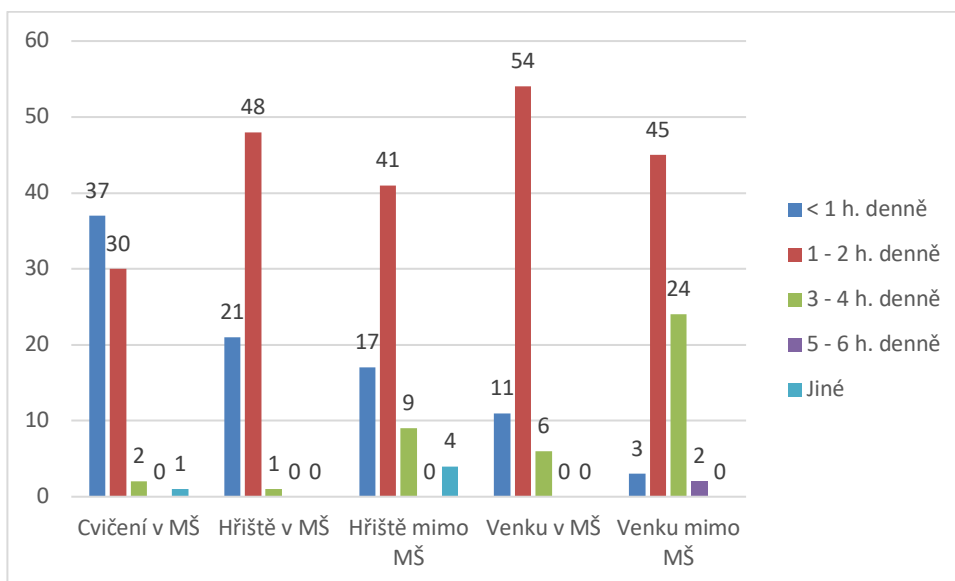
Zdroj: vlastní

Graf č. 4 znázorňuje celkovou pohybovou aktivitu dětí v MŠ, ale i pohybovou aktivitu dětí, když v MŠ nejsou. Rodiče při vyplňování této otázky měli možnost vybrat více odpovědí najednou.

Nejčastější vybraná možnost s počtem 63 (19,6 %) případů byla zvolena možnost „Procházky v MŠ“, následně možnost „Hraní na hřišti mimo MŠ“ s počtem 59 (18,4 %), „Hraní na hřišti v MŠ“ s počtem 56 (17,4 %), dále s počtem 54 (16,8 %) případů „Procházky mimo MŠ“ a „Cvičení v MŠ“ s počtem 52 (16,2 %) případů.

Mezi nejméně vybírané možnosti patří „Kroužek mimo MŠ“ s počtem 34 (10,6 %) případů a možnost „Jiné“ s celkovým počtem tří (0,9 %) případů, kde byly vypsány následující možnosti: „hraje si doma na zahradě; v lese; výlety“.

Graf č. 5: Pohybová aktivita dětí v časovém rozmezí



Zdroj: vlastní

Graf č. 5 znázorňuje jednotlivé pohybové aktivity dětí v časovém rozmezí. Rodiče při vyplňování těchto otázek občas vybrali více odpovědí najednou s poznámkou, že záleží na ročním období (léto/zima).

U otázky „Kolik času tráví Vaše dítě cvičením v MŠ?“ nejčastěji rodiče vybrali možnost méně než 1 hodinu denně, a to ve 37 (52,9 %) případech, následně vedla možnost 1–2 hodiny denně s 30 (42,9 %) hlasy. Minimálně zvolená odpověď s počtem dvou (2,9 %) hlasů byla možnost 3–4 hodiny denně a odpověď „Jiné“ s jedním (1,4 %) hlasem, ve které bylo dopsáno „1 hodina týdně“. Možnost 5–6 hodin denně nebyla zvolena.

Na otázku „Kolik času tráví Vaše dítě na dětském hřišti, když je v MŠ?“ byla nejčastější volba 1–2 hodiny denně s celkovým počtem 48 (68,6 %) případů, dále 21 (30 %) rodičů zvolilo možnost méně než 1 hodinu denně a pouze jeden (1,4 %) hlas byl pro možnost 3–4 hodiny denně. Možnosti 5–6 hodin denně a „Jiné“ nebyly u této otázky zvoleny.

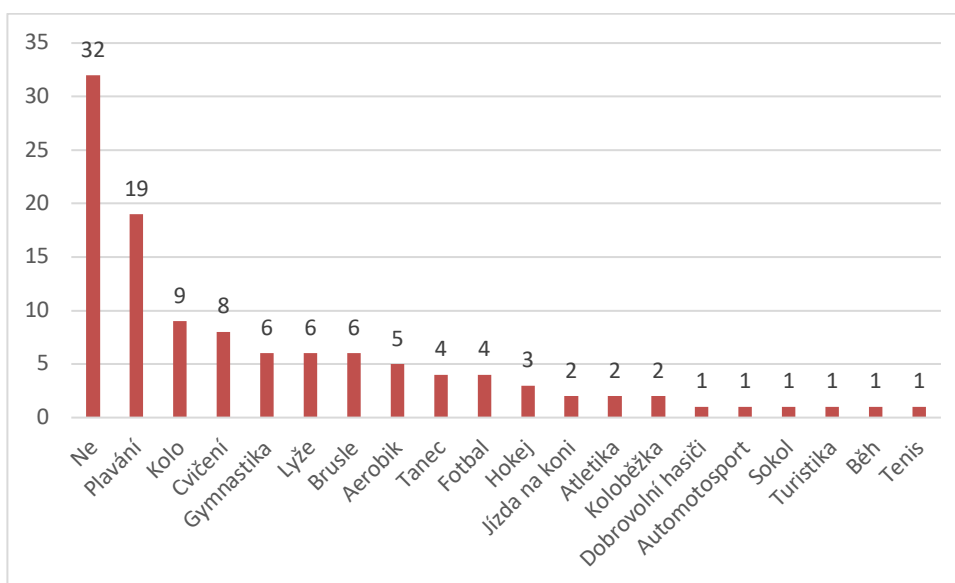
Otázka „Kolik času tráví Vaše dítě na dětském hřišti, když není v MŠ?“ byla zodpovězena s počtem 41 (57,7 %) odpovědí pro možnost 1–2 hodiny denně, následně s počtem 17 (23,9 %) pro možnost méně než 1 hodinu denně a devět (12,7 %) rodičů vybralo možnost 3–4 hodiny denně. Byla zde využita i doplňující možnost „Jiné“, která byla vybrána celkem čtyřmi (5,6 %) respondenty s následujícími odpověďmi: „na hřiště nechodí, má vše

na zahradě; denně na hřiště nechodí, spíš na procházky; v létě 3–4 hodiny, v zimě vůbec; 1 hodina/týdně“.

Následující otázka „Kolik času tráví Vaše dítě venku, když je v MŠ?“ byla zodpovězena nejčastěji možností 1–2 hodiny denně s počtem 54 (76,1 %) případů, další odpověď byla s počtem 11 (15,5 %) možnost méně než 1 hodina denně a poslední zvolená možnost byla 3–4 hodiny denně s počtem šesti (8,5 %) hlasů. Možnosti 5–6 hodin denně a „Jiné“ nebyly u této otázky zvoleny.

Poslední otázkou zabývající se délkou pohybové aktivity dětí byla otázka „Kolik času tráví Vaše dítě venku, když není v MŠ?“ Nejčastější odpovědí byla možnost 1–2 hodiny denně s počtem 45 (60,8 %) hlasů, dále 3–4 hodiny denně s počtem 24 (32,4 %). Minimum hlasů dostala možnost méně než 1 hodinu denně od tří (4,1 %) respondentů a dva (2,7 %) hlasy dostala odpověď 5–6 hodin denně. Možnost „Jiné“ zde nebyla žádným respondentem zvolena.

Graf č. 6: Sportovní aktivity dětí mimo MŠ

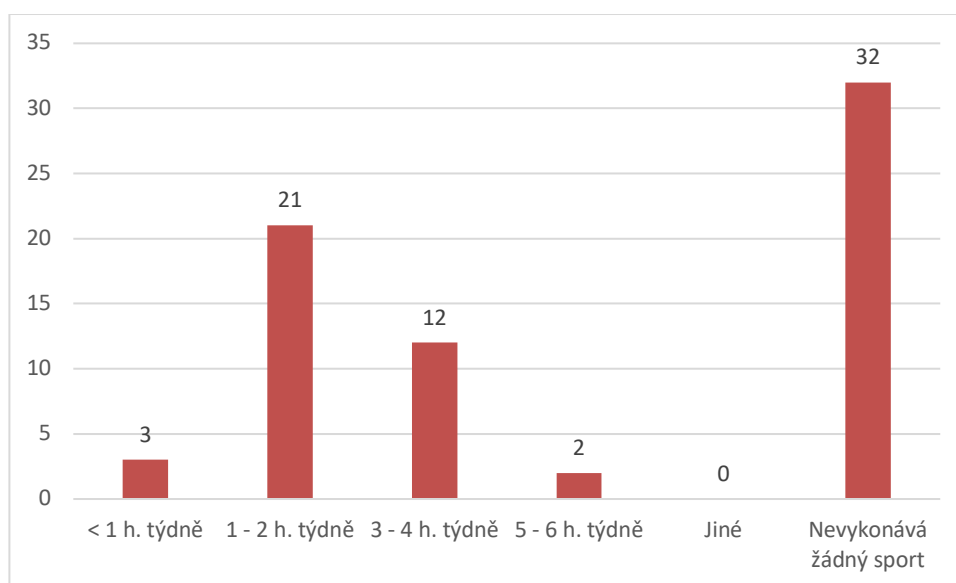


Zdroj: vlastní

Graf č. 6 zobrazuje zjištěné nejčastější sportovní aktivity dětí v jejich volném čase, kdy nejsou v MŠ. Bylo zjištěno, že celkem 32 (28,1 %) dětí nedělá žádný sport. Nejčastější sportovní aktivitou u dětí předškolního věku je v 19 (16,7 %) případech plavání. Následuje jízda na kole s počtem devíti (7,9 %) případů, cvičení s osmi (7 %) případy, se stejným

počtem šesti (5,3 %) případů bylo vyhodnoceno lyžování, bruslení a gymnastika. V pěti (4,4 %) případech se jedná o aerobik, dále se se stejným počtem čtyř (3,5 %) případů umístil tanec a fotbal. Pouze ve třech (2,6 %) případech to byl hokej, a s počtem dvou (1,8 %) případů se umístila jízda na koni, atletika a jízda na koloběžce. Po jednom (0,9 %) hlase byl zjištěn automotokros, dobrovolní hasiči, sokol, turistika, běh a tenis.

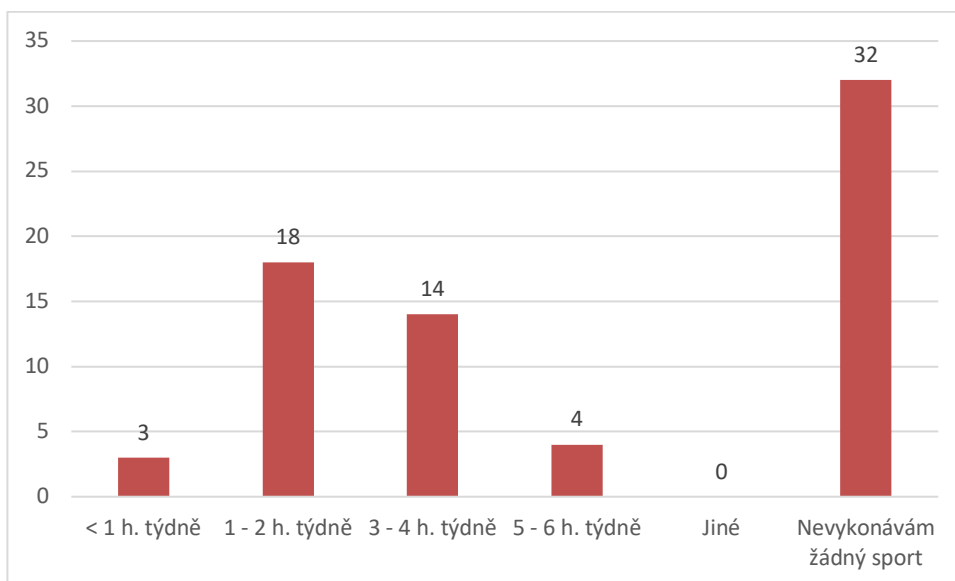
Graf č. 7: Sportovní aktivita dětí mimo MŠ v časovém rozmezí



Zdroj: vlastní

Graf č. 7 znázorňuje časové rozmezí sportovní aktivity dětí v době, kdy nejsou v MŠ. Dle grafu je patrné, že z celkového počtu 70 respondentů, nevykonává 32 (45,7 %) dětí žádnou sportovní aktivitu v čase mimo MŠ. Dále bylo zjištěno, že 21 (30 %) respondentů tráví sportem 1–2 hodiny týdně a 12 (17,1 %) respondentů tráví sportem 3–4 hodiny týdně. Respondenti, kteří vykonávají sport méně než 1 hodinu týdně, byli celkem tři (4,3 %). Nejméně bylo respondentů, kteří vykonávají sport 5–6 hodin týdně., a to dva (2,9 %). Žádný z respondentů nevybral možnost „Jiné“.

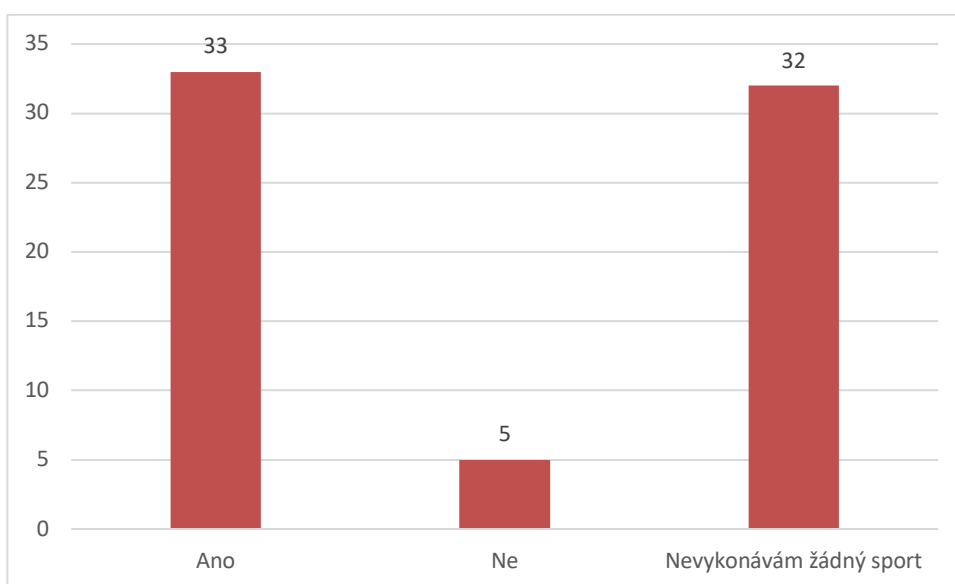
Graf č. 8: Sportovní aktivita rodičů v časovém rozmezí



Zdroj: vlastní

Graf č. 8 zobrazuje zjištěnou sportovní aktivitu rodičů v časovém rozmezí. Dle grafu je patrné, že celkem 32 (45,1 %) rodičů nevykonává žádný sport. Také bylo zjištěno, že celkem 18 (25,4 %) rodičů tráví sportem 1–2 hodiny týdně. Následně 14 (19,7 %) rodičů tráví sportem 3–4 hodiny týdně, s počtem čtyř (5,6 %) hlasů bylo umístěno 5–6 hodin týdně a pouze tři (4,2 %) rodiče uvedli, že sportem tráví méně než 1 hodinu týdně. Možnost „Jiné“ zde nebyla zvolena žádným rodičem.

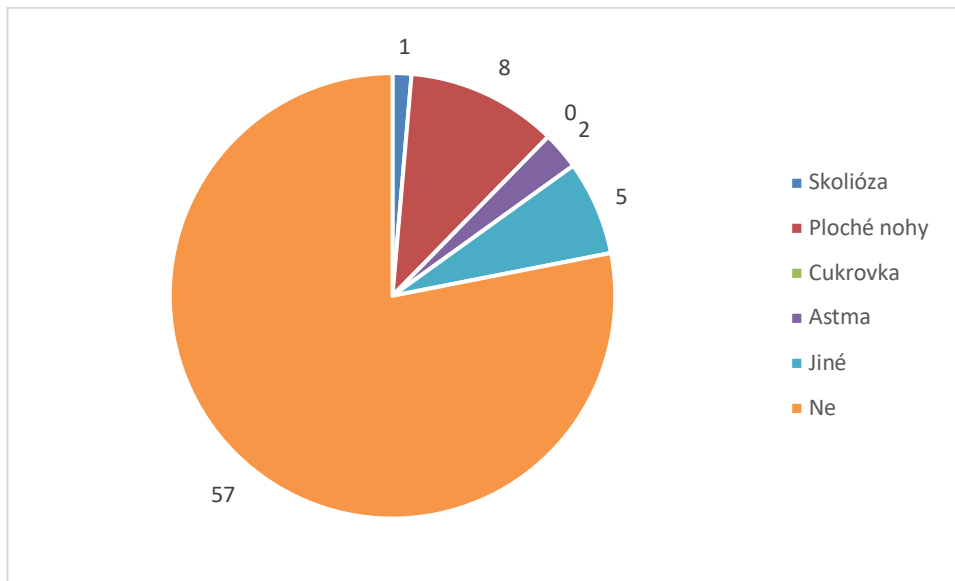
Graf č. 9: Zapojení dětí do pohybové aktivity rodičů



Zdroj: vlastní

Graf č. 9 uvádí zjištěné informace o zapojení dětí do pohybové aktivity rodičů. Celkem 32 (45,7 %) rodičů uvedlo, že nevykonávají žádnou pohybovou aktivitu (sport). Své děti zapojuje do pohybové aktivity celkem 33 (47,1 %) rodičů a pět (7,1 %) rodičů uvedlo, že děti nezapojuje do pohybové aktivity.

Graf č. 10: Jednotlivé zdravotní potíže dětí

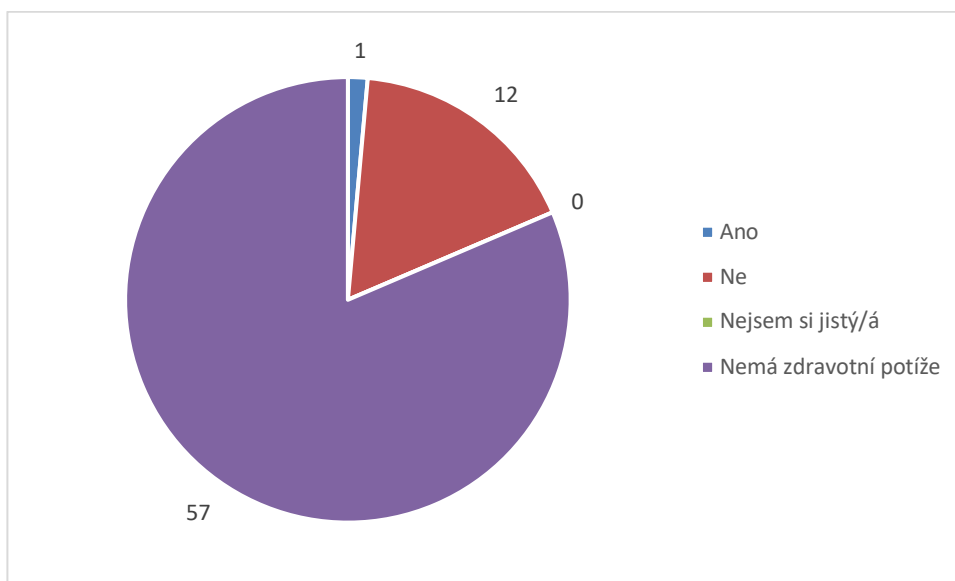


Zdroj: vlastní

Graf č. 10 zachycuje výsledné hodnoty zjištěných zdravotních potíží. Rodiče měli u této otázky možnost volby více odpovědí najednou, případně ji dopsat do možnosti „Jiné“.

Celkem 57 (78,1 %) rodičů uvedlo, že jejich dítě nemá žádné zdravotní potíže. V osmi (11 %) případech byla zvolena možnost plochých nohou. Následně v pěti (6,8 %) případech rodiče zvolili možnost „Jiné“, uvedli následující zdravotní potíže svých dětí: „alergie na roztoče, dalekozrakost, atopický ekzém (byl uveden dvakrát), nízká váha, hyperlordóza, vtočené špičky, epilepsie, dysfázie“. Minimálně zvolenou možností bylo astma s počtem dvou (2,7 %) hlasů a dále skolióza s jedním (1,4 %) hlasem. Možnosti „nadváha, obezita, cukrovka“ nebyly zvoleny žádným respondentem.

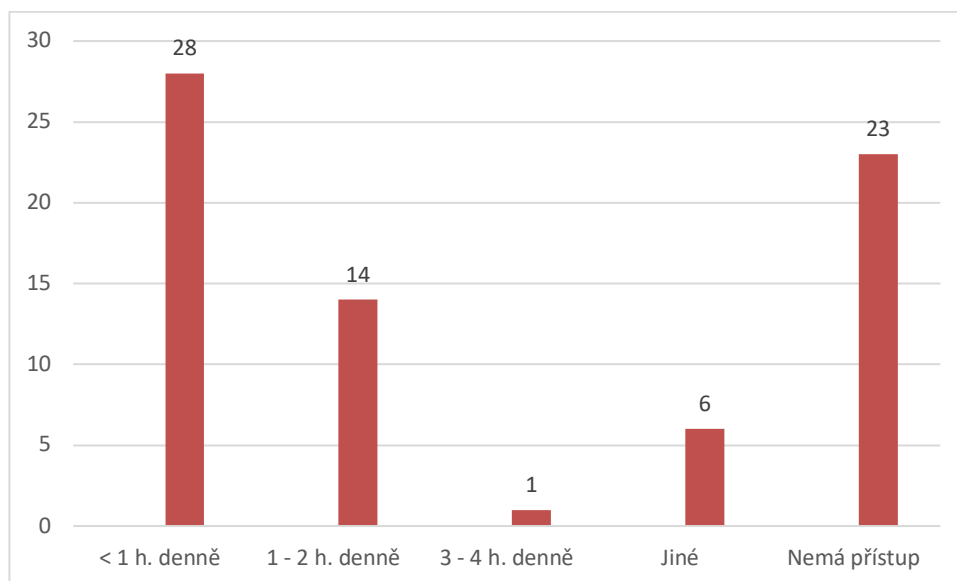
Graf č. 11: Zdravotní potíže související s pohybovou aktivitou



Zdroj: vlastní

Graf č. 11 znázorňuje výsledné hodnoty odpovídající na otázku „Myslíte si, že tyto zdravotní potíže souvisí s nízkou pohybovou aktivitou?“. Celkem 57 (81,4 %) respondentů uvedlo, že jejich dítě nemá žádné zdravotní potíže. Následně 12 (17,1 %) respondentů uvedlo, že zdravotní potíže nesouvisí s pohybovou aktivitou dítěte. A pouze jeden (1,4 %) respondent uvedl, že zdravotní potíže jeho dítěte souvisí s nízkou pohybovou aktivitou. Možnost „Nejsem si jistý/á“ nebyla zvolena žádným respondentem.

Graf č. 12: Přístup dětí k mobilu/tabletu v časovém rozmezí

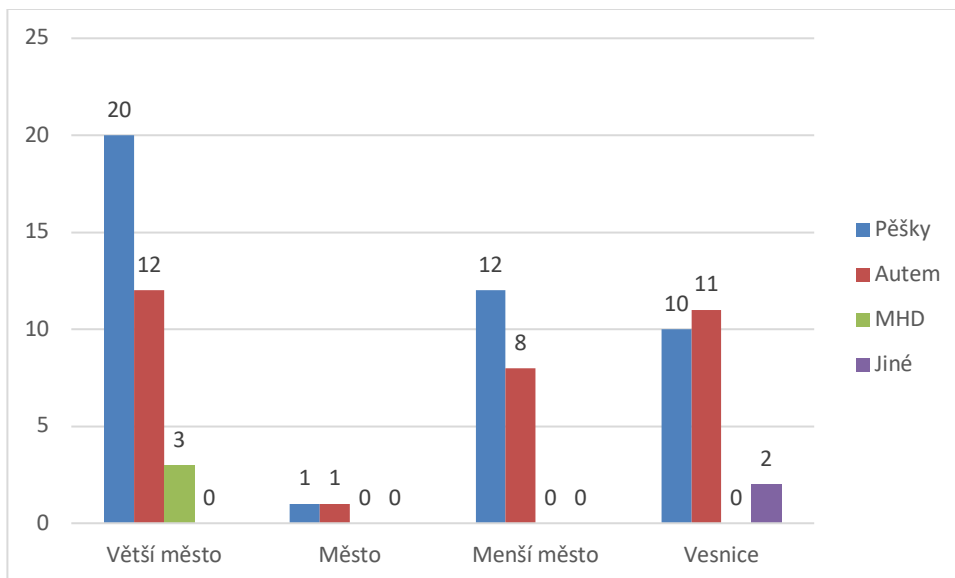


Zdroj: vlastní

Graf č. 12 znázorňuje celkový zjištěný přístup dětí k mobilu či tabletu s časovým rozmezím, kdy na tomto zařízení mohou být. Celkem 28 (38,9 %) případů zvolilo možnost méně než hodinu denně, 14 (19,4 %) případů zvolilo možnost 1–2 hodiny denně, pouze jednou (1,4 %) byla zvolena možnost 3–4 hodiny denně. Možnost „Jiné“ byla zvolena šestkrát (8,3 %), kdy byly doplněny tyto informace: „půl hodiny 2–3krát týdně; individuálně, s přestávkami, za odměnu; max. 2–3krát do týdne; 1 hodinu týdně; o víkendu max. 2 hodiny; pouze na dlouhé cesty autem“. Posledním zjištěným údajem v tomto grafu byl počet dětí, které nemají přístup k mobilu či tabletu, který činí 23 (31,9 %) případů.

Porovnání pohybové aktivity v závislosti na bydlišti

Graf č. 13: Porovnání způsobu dopravy dětí do MŠ podle bydliště



Zdroj: vlastní

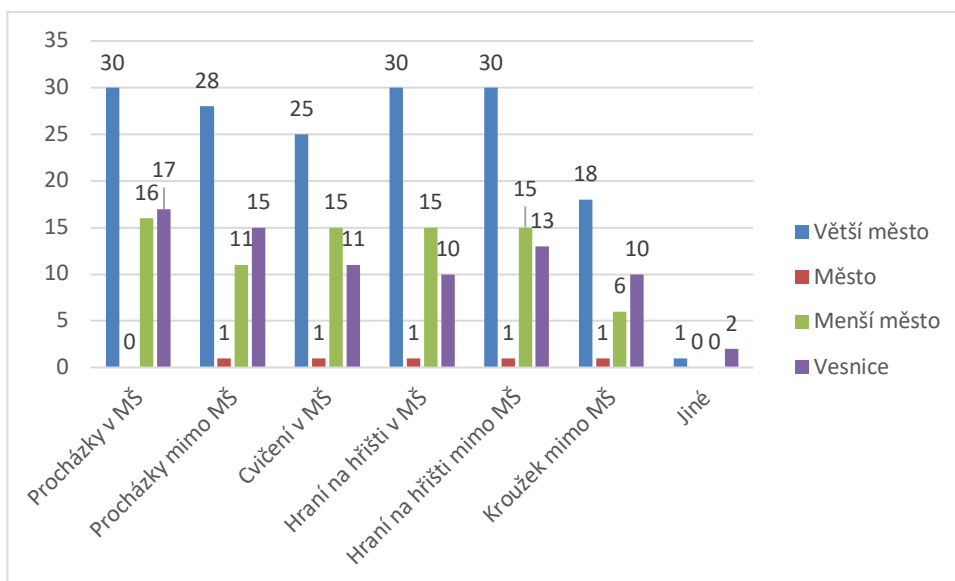
Graf č. 13 porovnává zjištěné způsoby dopravy do MŠ podle bydliště respondentů. Bylo zjištěno, že ve velkém městě je nejčastější způsob dopravy do MŠ chůze pěšky, který byl zvolen ve 20 případech, následně autem ve 12 případech a pouze ve třech případech využívají městskou hromadnou dopravu (MHD).

Ve městě je dle zjištěných výsledků situace vyrovnaná mezi chůzí pěšky a dopravou autem. Možnosti „MHD, Jiné“ nebyly v tomto případě zvoleny.

V menším městě převládá chůze pěšky, kdy je zvolena ve 12 případech v porovnání s osmi případy, které volí dopravu autem. Zde rovněž nebyly využity možnosti „MHD, Jiné“.

Výzkum dále ukázal nepatrný rozdíl mezi volenou dopravou autem a chůzí pěšky do MŠ u respondentů bydlících na vesnici. Dále zde byly uvedeny dva případy jiné dopravy, a to doprava na kole a vlakem.

Graf č. 14: Porovnání pohybové aktivity dětí podle bydliště



Zdroj: vlastní

Graf č. 14 ukazuje porovnání jednotlivých pohybových aktivit dětí v závislosti na bydlišti. Rodiče měli u zodpovězení této otázky možnost výběru více odpovědí najednou.

U respondentů z většího města bylo zjištěno, že děti ve 30 případech chodí na procházky v době, kdy jsou v MŠ. Rovněž s 30 případy bylo zjištěno, že si děti hrají na hřišti v době, kdy jsou v MŠ, ale i v době, kdy MŠ nenavštěvují. Ve 28 případech bylo uvedeno, že děti chodí na procházky v čase, kdy nejsou v MŠ. Odpověď, že děti cvičí, když jsou v MŠ, uvedlo celkem 25 respondentů. Nejméně volená možnost s celkovým počtem 18 hlasů, byl zvolen kroužek mimo MŠ. Možnost „Jiné“ byla zvolena jedním respondentem s následující doplněnou odpovědí: „výlety“.

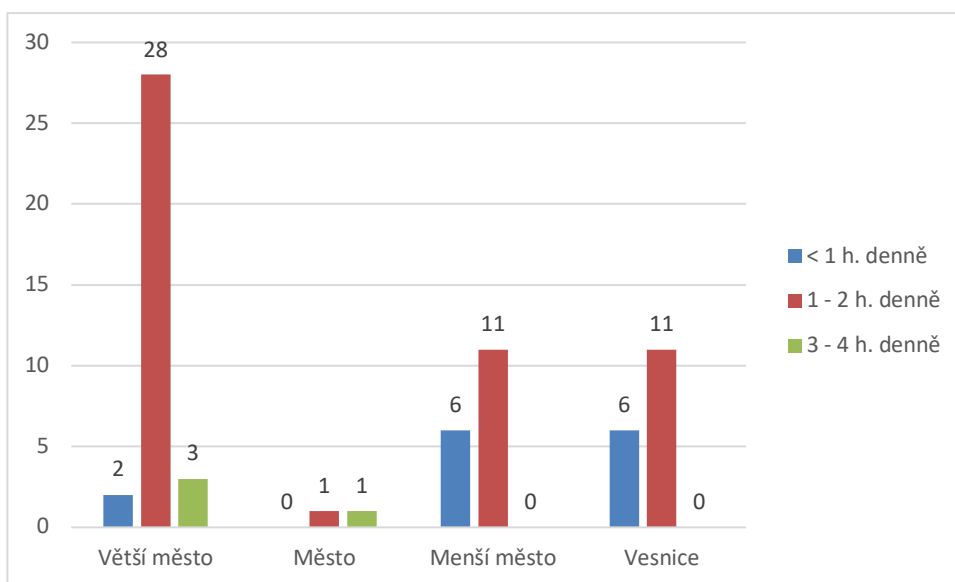
Respondenti s bydlištěm ve městě zvolili po jednom hlase následující možnosti: procházky mimo MŠ, cvičení v MŠ, hraní si na dětském hřišti v MŠ i v době, kdy dítě není v MŠ. Jako poslední vybranou možností byl kroužek mimo MŠ rovněž s jedním hlasem. Procházka v MŠ a možnost „Jiné“ nebyla v tomto případě vybrána žádným respondentem.

Skupina respondentů z menšího města zvolila v 16 případech možnost, že děti chodí na procházky v době, kdy jsou v MŠ. Následně se stejným počtem 15 hlasů byly zvoleny odpovědi, že děti cvičí v MŠ a hrají si na dětském hřišti v době, kdy jsou v MŠ i v čase, kdy MŠ nenavštěvují. Další v pořadí byly umístěny procházky mimo MŠ, a to s počtem

11 hlasů. Šest rodičů vybralo možnost, že jejich dítě navštěvuje kroužek mimo MŠ. Možnost „Jiné“ v tomto případě nebyla nikým zvolena.

Nejčastěji zvolená odpověď u respondentů bydlících na vesnici se stala možnost procházek v MŠ s celkovým počtem 17 hlasů. Další v pořadí byla možnost s počtem 15 hlasů, kdy děti chodí na procházky v době, kdy zrovna nejsou v MŠ. Ve 13 případech byla zvolena možnost, kdy si děti hrají na dětském hřišti v čase osobního volna. Cvičení v MŠ vybralo celkem 11 rodičů. Ve shodném počtu 10 hlasů byly zvoleny odpovědi, kdy si děti hrají na dětském hřišti v MŠ a navštěvují kroužek mimo MŠ. Možnost „Jiné“ byla zvolena dvěma respondenty, kteří uvedli následující odpovědi: „hraje si doma na zahradě; v lese“.

Graf č. 15: Porovnání času stráveného dítětem venku v MŠ



Zdroj: vlastní

Graf č. 15 porovnává čas strávený venku v závislosti na bydlišti respondentů. Čas je brán pouze v čase, kdy jsou děti v MŠ. Možnosti 5–6 hodin denně a „Jiné“ nebyly v této otázce zvoleny žádným respondentem.

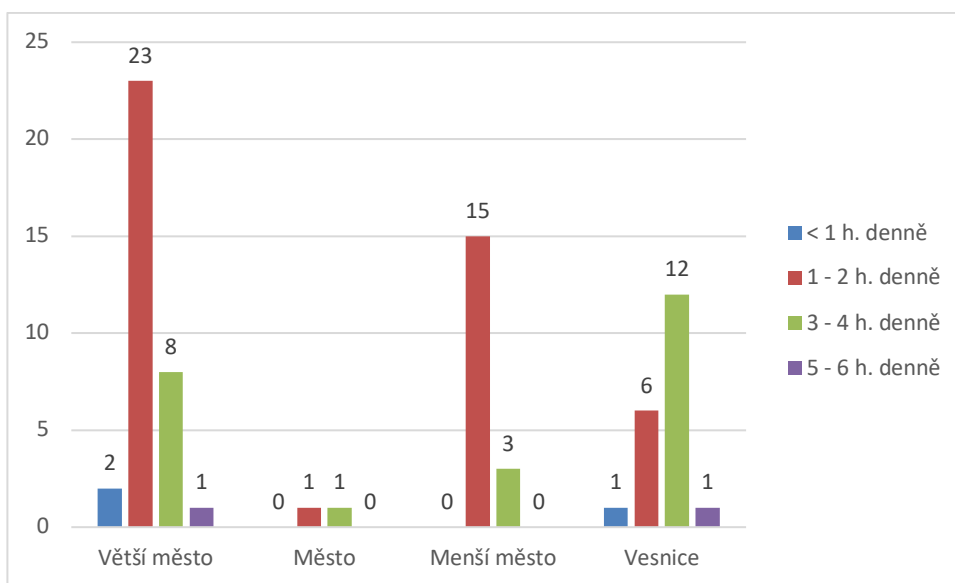
Respondenti z většího města zvolili nejčastěji možnost 1–2 hodiny denně, a to v počtu 28 hlasů. Následně se třemi hlasy se umístila možnost 3–4 hodiny denně a se dvěma hlasy možnost méně než 1 hodinu denně.

Respondenti z města vybrali po jednom hlase možnost 1–2 hodiny denně a rovněž možnost 3–4 hodiny denně. Možnost méně než 1 hodina denně nebyla v tomto případě zvolena.

Celkem 11 respondentů s bydlištěm v menším městě zvolilo možnost, že jejich dítě tráví s MŠ venku 1–2 hodiny denně. Šest respondentů zaškrtnulo možnost méně než 1 hodinu denně a žádný z rodičů nevybral v tomto případě možnost 3–4 hodiny denně.

V případě respondentů z vesnice vede s počtem 11 hlasů možnost 1–2 hodiny denně a následně s počtem šesti hlasů vede odpověď méně než 1 hodinu denně. Ani v tomto případě nebyla vybrána odpověď 3–4 hodiny denně.

Graf č. 16: Porovnání času stráveného dítětem venku mimo MŠ



Zdroj: vlastní

Graf č. 16 vyobrazuje porovnání času stráveného venku, když děti nejsou v MŠ. Graf je rozdělen podle bydliště respondentů. Možnost „Jiné“ nebyla u této otázky zvolena žádným respondentem.

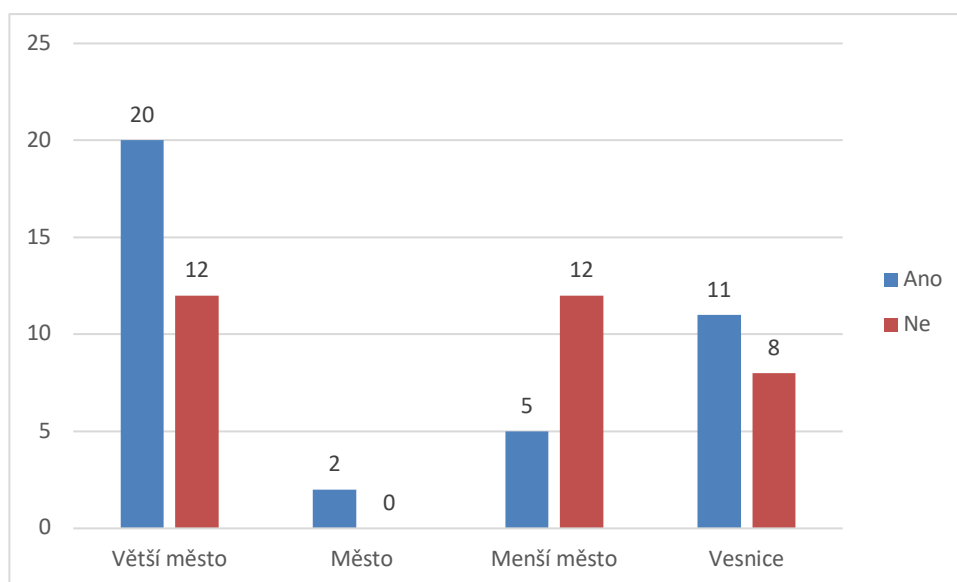
Rodiče z většího města v počtu 23 hlasů uvedli, že jejich děti tráví venku 1–2 hodiny denně v době, kdy nejsou v MŠ. Dalších osm rodičů uvedlo, že jejich dítě tráví venku 3–4 hodiny denně. Dva rodiče zvolili možnost méně než 1 hodinu denně a pouze jeden rodič vybral možnost 5–6 hodin denně.

U respondentů z města byly po jednom hlase vybrány odpovědi, kdy jejich děti tráví 1–2 hodiny denně a 3–4 hodiny denně venku, když nejsou v MŠ. Možnosti méně než 1 hodinu denně a 5–6 hodin denně nevybral žádný respondent.

Celkem 15 rodičů bydlících v menším městě uvedlo, že jejich děti tráví venku 1–2 hodiny denně, a to v době, kdy nejsou v MŠ. Dále tři rodiče zvolili možnost 3–4 hodiny denně, které jejich děti tráví venku. Možnost méně než 1 hodinu denně a možnost 5–6 hodin denně nevybral žádný respondent.

Respondenti bydlící na vesnici zvolili ve 12 případech možnost 3–4 hodiny denně. Šest respondentů uvedlo, že jejich děti tráví venku celkem 1–2 hodiny denně. Po jednom hlase byly zvoleny odpovědi méně než 1 hodinu denně a 5–6 hodin denně.

Graf č. 17: Porovnání sportovní aktivity rodičů



Zdroj: vlastní

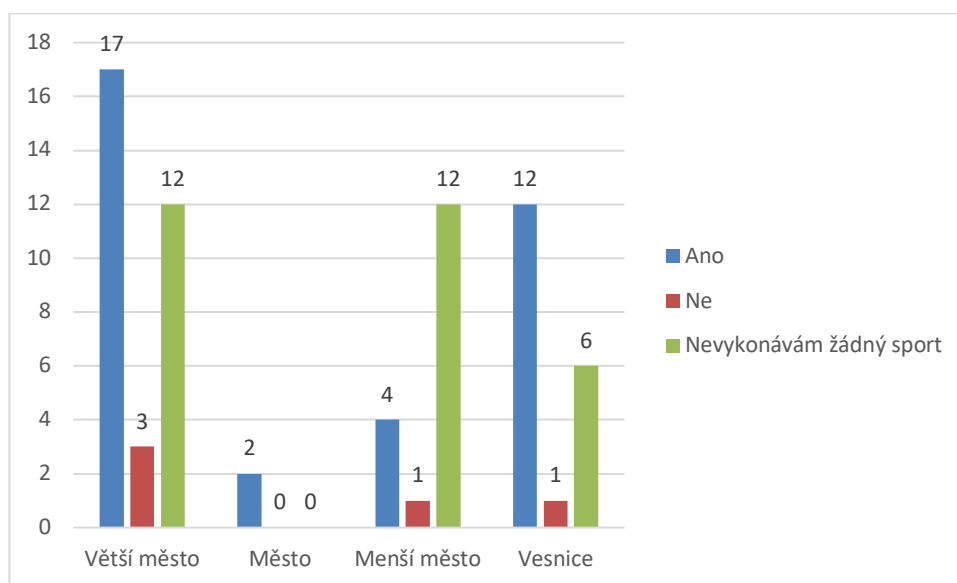
Graf č. 17 vyobrazuje srovnání sportovní aktivity rodičů v závislosti na jejich bydlišti. Rodiče z většího města ve 20 případech uvedli, že sportují, a ve 12 případech uvedli, že nesportují. Mezi nejčastější sporty byly uvedeny následující: jízda na kole (8 hlasů), běh (5 hlasů), fitness (4 hlasy), lyže (3 hlasy), cvičení (3 hlasy), pilates (3 hlasy), jízda na bruslích (2 hlasy), zumba (2 hlasy). Po jednom hlase bylo vypsáno plavání, volejbal, aerobik, jízda na koloběžce, hokej, tabata, piloxing, step, fotbal, futsal, tenis, box, snowboard.

Ve městě dva rodiče uvedli, že sportují, a žádný, že nesportuje. Mezi nejčastější sporty byly uvedeny po jednom hlase následující: jízda na kole, pilates, badminton.

V menším městě bylo zjištěno, že 12 rodičů nevykonává žádný sport, a pět rodičů uvedlo, že sportují. Mezi nejčastější sporty byly uvedeny následující: aerobik (3 hlasy), lyže (2 hlasy), jízda na kole (2 hlasy). Po jednom hlase byl uveden běh, cvičení a jízda na bruslích.

Rodiče na vesnici v 11 případech sportují a v osmi případech ve svém volném čase nevykonávají žádnou sportovní aktivitu. Mezi nejčastější sporty byly uvedeny následující: jízda na kole (4 hlasy), cvičení (3 hlasy), jumping (2 hlasy), jízda na lyžích (2 hlasy), běh (2 hlasy), pilates (2 hlasy). A po jednom hlase byly uvedeny následující odpovědi: jízda na koni, plavání, volejbal, aerobik a zumba.

Graf č. 18: Porovnání zapojení dětí do sportovní aktivity rodičů



Zdroj: vlastní

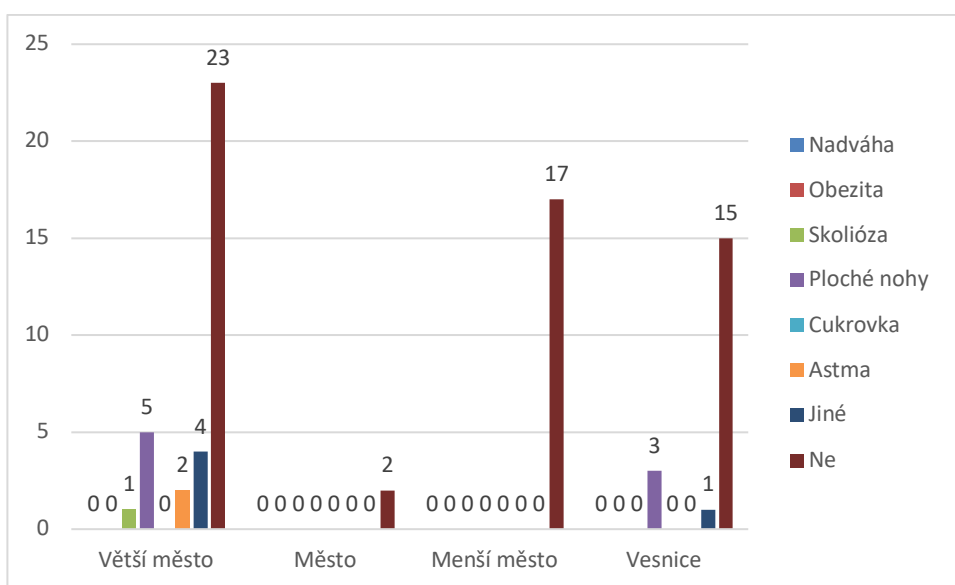
Graf č. 18 porovnává zapojení dětí do sportovní aktivity rodičů podle bydliště respondentů. Bylo zjištěno, že ve větším městě celkem 17 rodičů zapojuje dítě do své sportovní aktivity. Dalších 12 rodičů uvedlo, že nesportuje, a tři rodiče zvolili možnost, že nevykonávají žádný sport.

U respondentů z města byla ve dvou případech zvolena odpověď, že zapojují své dítě do sportovní aktivity, kterou vykonávají. Možnosti „Ne“ a „Nevykonávám žádný sport“ nebyly v tomto případě zvoleny žádným respondentem.

Menší město vyniklo svou velkou převahou s počtem 12 respondentů, kteří nevykonávají žádný sport. Následně čtyři rodiče uvedli, že zapojují dítě do své sportovní aktivity, a pouze jeden rodič uvedl, že dítě nezapojuje.

Celkem 12 respondentů z vesnice zvolilo odpověď, že zapojují dítě do své sportovní aktivity. O šest respondentů méně uvedlo, že nevykonávají žádný sport, a znovu pouze jeden rodič zvolil odpověď, že dítě nezapojuje do své sportovní aktivity.

Graf č. 19: Porovnání zdravotních problémů dětí



Zdroj: vlastní

Graf č. 19 zobrazuje porovnání jednotlivých zdravotních problémů dětí v závislosti na jejich bydlišti. Možnosti „Nadváha, Obezita, Cukrovka“ nebyly žádným respondentem zvoleny.

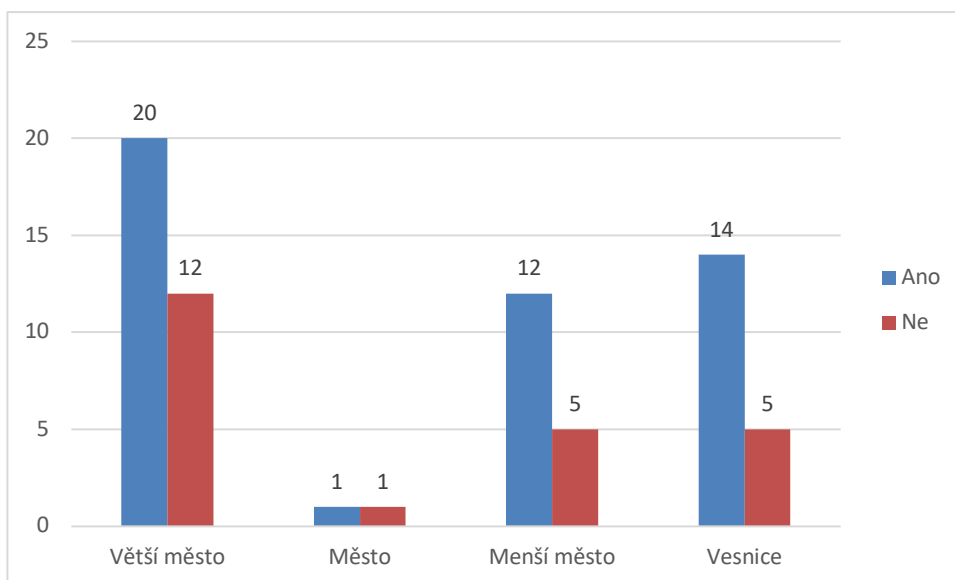
V počtu 23 respondentů z většího města uvedlo, že jejich dítě nemá žádné zdravotní problémy. Celkem pět respondentů zvolilo možnost plochých nohou. Čtyři respondenti vybrali možnost „Jiné“, kde uvedli následující: „alergie, hyperlordóza, vtočené špičky, atopický ekzém, epilepsie, dysfázie“. Následně dva rodiče uvedli, že jejich dítě má astma, a pouze jeden rodič zvolil možnost skoliózy.

Dva respondenti bydlící ve městě uvedli, že jejich dítě nemá žádné zdravotní problémy. Následující odpovědi v podobě „skolióza, ploché nohy, astma, jiné“ nebyly v tomto případě žádným respondentem zvoleny.

U respondentů s bydlištěm v menším městě byla hromadně vybrána odpověď, že jejich děti nemají žádné zdravotní problémy, a to v celkovém počtu 17 respondentů. Všechny ostatní odpovědi v tomto případě nebyly zvoleny žádným respondentem.

Rodiče s dětmi bydlící na vesnici uvedli v 15 případech, že dítě netrpí žádným zdravotním problémem. Tři rodiče vybrali možnost plochých nohou a pouze jeden rodič zvolil možnost „Jiné“, kde vypsali následující: „alergie na roztoče, dalekozrakost, atopický ekzém, nízká váha“.

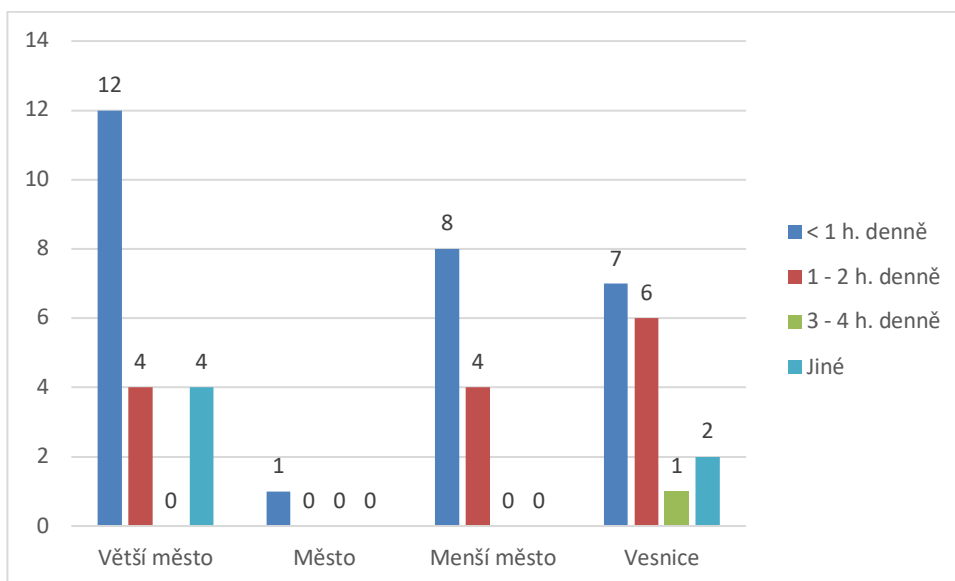
Graf č. 20: Přístup dětí k mobilu/tabletu podle bydliště



Zdroj: vlastní

Graf č. 20 zobrazuje porovnání přístupu dětí k mobilu nebo tabletu v závislosti na bydlišti. Z grafu je patrné, že většina dětí má přístup k mobilu bez ohledu na místo bydliště.

Graf č. 21: Porovnání přístupu k mobilu/tabletu v časovém rozmezí



Zdroj: vlastní

Graf č. 21 znázorňuje porovnání přístupu k mobilu nebo tabletu v časovém rozmezí a v závislosti na bydlišti respondentů.

Ve větším městě bylo uvedeno 12 respondenty, že jejich dítě má přístup k mobilu či tabletu méně než 1 hodinu denně. Ve stejném počtu čtyř respondentů byly vybrány možnosti, že dítě má přístup k mobilu či tabletu 1–2 hodiny denně, a v možnosti „Jiné“ byly vypsány následující odpovědi: „max. 2–3krát do týdne; 1 hodinu týdně; o víkendu max. 2 hodiny; pouze na dlouhé cesty autem“. Možnost 3–4 hodiny denně nebyla v tomto případě použita.

Respondent s bydlištěm ve městě uvedl, že jeho dítě má přístup k mobilu či tabletu méně než 1 hodinu denně.

V menším městě celkem osm respondentů zvolilo možnost, že jejich dítě má přístup k mobilu či tabletu méně než 1 hodinu denně. Celkem čtyři děti mají přístup k mobilu či tabletu 1–2 hodiny denně. Možnosti 3–4 hodiny denně a „Jiné“ nebyly v tomto případě vybrány žádným respondentem.

Celkem sedm dětí bydlících na vesnici má přístup k mobilu či tabletu méně než 1 hodinu denně. Šest dětí má k těmto zařízením přístup v časovém rozmezí 1–2 hodin denně. Dva respondenti vybrali možnost „Jiné“ a vypsali následující: „půl hodiny 2–3krát

týdně; individuálně, s přestávkami, za odměnu“. Pouze jeden respondent vybral, že jeho dítě má přístup k mobilu či tabletu 3–4 hodiny denně.

9 DISKUZE

Státní zdravotní ústav (SZÚ) vydal výsledky „Studie zdraví dětí 2016“, ve které koumal životní styl (čas u počítače, sportovní aktivitu, výživu) dětí. Porovnával zde děti ve věku 5, 9, 13 a 17 let. Studie SZÚ probíhala formou dotazníkového šetření, ve kterém byl jeden dotazník vyplněn od praktického lékaře a jeden od rodičů během praktické prohlídky jejich dítěte. Zaměření této studie bylo především na alergie, obezitu, poruchy pohybového aparátu a kardiovaskulární onemocnění. Rodiče v dotaznících našli i otázky na životní styl svých dětí (PUKLOVÁ, 2017). Já z této studie využila pouze skupinu dětí ve věku pěti let, která spadá pod mé téma.

Praktická část mé bakalářské práce se zaměřuje na děti předškolního věku, a to od 3 do 6 let. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření za pomoci MŠ, které předaly dotazníky rodičům, kteří je vyplnili a následně vrátili.

V rámci výzkumu jsem si stanovila následující předpoklady:

P1: Kvantita pohybové aktivity u dětí v předškolním věku se liší v závislosti na místě předškolní docházky.

SZÚ zjistil dle odpovědí rodičů, že pětileté dítě tráví ve sportovních oddílech nebo sportovních kroužcích průměrně 2 hodiny týdně (PUKLOVÁ, 2017).

Jiné zdroje a autoři hovoří jen o 60 minutách spontánní pohybové aktivity (HENDL, a další, 2011). Tu ale odborníci doporučují doplnit ještě řízenou pohybovou aktivitou v délce alespoň dalších 60 minut. Toto doporučení je splněno v MŠ. (MUŽÍK, a další, 2019)

Výzkum této bakalářské práce prokázal, že děti ve věku tří až šest let tráví pohybovou aktivitou nejčastěji v průměru 1–2 hodiny denně, a to jak v době, kdy jsou v MŠ, tak i v době osobního volna. Bylo prokázáno, že i děti vykonávající sport splňují toto kritérium a tráví sportovní aktivitou 1–2 hodiny týdně.

Bylo předpokládáno, že se kvantita pohybové aktivity u dětí předškolního věku bude lišit v závislosti na bydlišti. Výzkum ukázal, že děti v MŠ tráví jednotlivými pohybovými aktivitami (pobyt venku, hraní si na hřišti, cvičení) v průměru 1–2 hodiny denně, stejně ve městě jako na vesnici. U dětí z většího i menšího města se ukázalo, že tráví v průměru 1–2 hodiny denně pohybovou aktivitou (myšleny procházky a čas strávený venku) mimo MŠ a děti z vesnice tráví pohybovou aktivitou mimo MŠ v průměru 3–4 hodiny denně.

Sportovní aktivity, které vykonávají děti z vesnice ve volném čase, vyšly v časovém rozhraní 1–2 hodin denně. U dětí z většího města vyšel výsledek nerozhodně, kdy tráví sportem 1–2 hodiny denně nebo 3–4 hodiny denně.

Dle těchto výsledků je možné tvrdit, že se 1. předpoklad potvrdil.

P2: Kvalita pohybové aktivity u dětí v předškolním věku se liší v závislosti na místě předškolní docházky.

Výzkum, který byl uskutečněn pomocí dotazníkového šetření, prokázal, že nejčastější pohybovou aktivitou u dětí předškolního věku byly procházky v MŠ, a to jak ve větším městě, menším městě, tak i na vesnici.

Shodně byla vybrána i nejméně častá pohybová aktivita v podobě kroužku mimo MŠ, kdy se rovněž shodli na výsledku respondenti z většího města, menšího města a z vesnice.

U ostatních pohybových aktivit, které byly uvedeny v dotazníku jako možnost, se množství odpovědí liší. Nelze tedy určit shodné pořadí pohybových aktivit pro všechna bydliště.

U sportovní aktivity dětí předškolního věku bylo zjištěno, že nejvíce navštěvovaným sportovním kroužkem bylo plavání, a to ve všech bydlištích.

Je důležité zde zmínit i způsob dopravy dětí do MŠ. Výzkum ukázal, že respondenti z většího a menšího města využívají chůzi pěšky o něco častěji než respondenti z vesnice, kteří volí téměř napůl možnost dopravy autem a dopravou v podobě chůze pěšky. Tento jev si dokážu vysvětlit následujícím způsobem – rodiče odvezou dítě do MŠ a poté jedou do práce, která je mimo jejich obec, proto preferují spíše tuto dopravu.

Díky těmto výsledkům je možné říct, že se předpoklad č. 2 potvrdil.

P3: Pohybově aktivní rodiče zapojují své děti do pohybové aktivity.

Nejlepší způsob, jak dítěti v tomto útlém věku vštípit pozitivní přístup k pohybové aktivitě, je společně strávený čas venku, na výletech, při hraní si na hřišti a společných

sportovních aktivitách. Pokud dítě uvidí, že je pohybová aktivita zábavná a zapojuje se celá rodina, stane se pro něj pohyb i do budoucna běžnou a vítanou činností.

Dotazníkové šetření ukázalo, že 54,3 % rodičů vykonává sportovní aktivitu. Očekávalo se, že rodiče z menších obcí budou pohybově aktivnější než rodiče z většího města, proto byla překvapivá skutečnost, že respondenti z menšího města v 70,6 % nevykonávají žádný sport. Oproti tomu ve větším městě a na vesnici sportuje více než polovina respondentů. Z celkového počtu sportujících rodičů zapojuje své dítě do sportovní aktivity celkem 47,1 % a 7,1 % rodičů dítě nezapojuje.

Tento výsledek dovoluje tvrdit, že předpoklad č. 3 se potvrdil.

P4: Zdravotní problémy jsou způsobené nedostatečnou pohybovou aktivitou.

SZÚ bylo zjištěno, že děti, které se věnovaly sportovní aktivitě 2–4 hodiny týdně, měly nižší výskyt vadného držení těla a obezity než děti sportující méně než 2 hodiny týdně nebo děti nesportující vůbec. SZÚ pomocí dotazníkového šetření u praktických lékařů zjistil, že problémy s vadným držením těla mají častěji chlapci ve srovnání s dívkami (PUKLOVÁ, 2017).

Jiná studie SZÚ zjistila, že od roku 1996 do roku 2006 byl výskyt obezity a nadváhy u pětiletých dětí stabilní. Ke změně došlo mezi lety 2011 a 2016, během kterých došlo k poklesu především u chlapců. SZÚ dále uvedl, že rozhodujícím obdobím pro budoucí rozvoj obezity a nadváhy u dítěte do věku pěti let je perinatální období (LUSTIGOVÁ, 2017).

Výzkum této bakalářské práce ukázal, že ze 70 dětí předškolního věku nesportuje celkem 45,7 % a zdravotními problémy trpí 18,6 % dětí. Rodiče ale v 17,1 % uvedli, že zdravotní problémy jejich dětí nesouvisí s nedostatkem pohybové aktivity.

Většina zdravotních problémů uvedených rodiči byla od respondentů bydlících ve větším městě. Dalo by se tedy říct, že zdravotní problémy dětí mohou být ovlivněny v závislosti na jejich bydlišti.

V tomto případě byl předpoklad č. 4 vyvrácen.

P5: Přístup dětí k mobilu či tabletu se liší v závislosti na místě bydliště

Dle studie SZÚ stráví pětileté dítě v průměru 1,5 hodinu denně u počítače, tabletu nebo televize. Od praktických lékařů bylo potvrzeno, že děti, které stráví u počítače více než 2 hodiny denně, trpí častěji vadným držením těla, bolestmi hlavy a krční páteře (PUKLOVÁ, 2017).

Předpokládalo se, že děti na vesnici budou trávit méně času na elektronických zařízeních oproti dětem z většího města, protože budou trávit více času venku. Výsledek výzkumu ale dopadl jinak. Bylo zjištěno následující: děti na vesnici tráví delší čas na mobilu či tabletu, a to v průměru 1–2 hodiny denně oproti dětem z většího města, které na těchto zařízeních tráví ve větší míře méně než 1 hodinu denně.

Předpoklad č. 5 se potvrdil, i když opačně, než bylo očekáváno.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce bylo zvoleno za účelem zviditelnění problematiky pohybové aktivity dětí předškolního věku, která se může stát klíčovou v prevenci nejrůznějších zdravotních problémů, jež se mohou během života člověka objevit.

Práce se bod po bodu zmiňuje o jednotlivých obdobích dětského vývoje během předškolní docházky, a to v rozmezí od tří do šesti let dítěte. V teoretické části jsou uvedeny i informace o pohybové aktivitě dítěte a jeho pohybovém systému. Nachází se zde i kapitola zabývající se důsledky nedostatečné pohybové aktivity. V této kapitole najdeme základní informace o obezitě a komplikacích, které ji mohou doprovázet. Dalším důsledkem nedostatečné pohybové aktivity je uvedeno vadné držení těla, které je rozděleno na anatomicky nekoordinované držení jednotlivých částí těla a na skoliózu. Poslední okrajově zmiňovanou informací jsou úrazy, které se mohou stát při pohybové aktivitě.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit kvalitu a kvantitu pohybové aktivity u dětí předškolního věku v závislosti na bydlišti, zda jsou jejich zdravotní problémy způsobené nedostatečnou pohybovou aktivitou, zapojení dětí do pohybové aktivity rodičů a přístup dětí k mobilu či tabletu v závislosti na jejich bydlišti.

Data uvedená v praktické části jsou výsledkem dotazníkového šetření, které probíhalo ve spolupráci s mateřskými školami z různě velkých obcí, aby byl zachycen rozdíl mezi jednotlivými bydlišti respondentů. Celkem bylo získáno 70 vyplněných dotazníků. Zjištěná data byla znázorněna za pomoci grafů.

U grafických znázornění nalezneme v první části celkové výsledky bez ohledu na bydliště respondentů a v druhé části se nachází porovnání jednotlivých zajímavých výsledků v závislosti na bydlišti respondentů.

Tato data potvrdila pravdivost čtyř předpokladů z pěti uvedených. Překvapivým zjištěním byl fakt, že děti z většího města tráví na mobilu či tabletu méně času než děti bydlící na vesnici. V nepotvrzeném předpokladu se polemizuje o existenci zdravotních problémů u dětí předškolního věku v důsledku nedostatečné pohybové aktivity. Je možné, že pro potvrzení tohoto předpokladu byl získaný vzorek respondentů příliš malý.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BACUS, Anne. 2004. *Vaše dítě ve věku od 3 do 6 let.* Praha : Portál, s. r. o., 2004. 80-7178-862-7.

BÍLKOVÁ, Iva. 2011. Vznik skoliózy, jak ji rozpoznat a jak je možné ji léčit. *Fyzioklinika*. [Online] 2011. [Citace: 4. únor 2020.] <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/vznik-skoliozy-jak-ji-rozpoznat-a-jak-je-mozne-ji-lecit>.

DYLEVSKÝ, Ivan. 2012. *Dětský pohybový systém.* Olomouc : Poznání, 2012. 978-80-87419-18-2.

FÁROVÁ, Hana, FILIPOVÁ, Věra a KRATĚNOVÁ, Jana. 2003. Cvičení při vadném držení těla. *Státní zdravotní ústav*. [Online] 2003. [Citace: 3. únor 2020.] <http://www.szu.cz/tema/prevence/cviceni-pri-vadnem-drzeni-tela?highlightWords=vadné+držen%C3%AD+těla>.

FRÖMEL, Karel, NOVOSAD, Jiří a SVOZIL, Zbyněk. 1999. *Pohybová aktivita a sportovní zájmy mládeže.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 1999. 80-7067-945-X.

FYZIOKLINIKA, fyzioterapie s.r.o. 2011. Scheuermannova nemoc – juvenilní kyfóza. *Fyzioklinika*. [Online] 2011. [Citace: 4. únor 2020.] <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/scheuermannova-nemoc-juvenilni-kyfoza>.

HENDL, Jan a DOBRÝ, Lubomír a kolektiv. 2011. *Zdravotní benefity pohybových aktivit: monitorování, intervence, evaluace.* Praha : Karolinum, 2011. 978-80-246-2000-8.

JANOVSKÁ, Kateřina, a další. 2013. Nedostatečná pohybová aktivita. *Kurs 6 - Podpora zdraví*. [Online] 2013. [Citace: 7. leden 2020.] <http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/index.html>.

KOLISKO, Petr. 2003. *Integrační přístupy v prevenci vadného držení těla a poruch páteře u dětí školního věku.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 80-244-0750-7.

KUČERA, Miroslav, KOLÁŘ, Pavel a DYLEVSKÝ, Ivan. 2011. *Dítě, sport a zdraví.* Praha : Galén, 2011. 978-80-7262-712-7.

LARSEN, Christian, LARSEN, Claudia a HARTELT, Oliver. 2008. *Körperhaltungen analysieren und verbessern.* Stuttgart : TRIAS, 2008. 978-3-8304-3-3469-6.

LAUPER, Renate. 2002. *Von Kopf bis Fuss in Bewegung.* Zürich : Pro Juventute, 2002. 978-3-71521-037-7.

LUSTIGOVÁ, Michala Lustigová. 2017. Vývoj dětské obezity a její rizikové faktory. *Státní zdravotní ústav.* [Online] 2. listopad 2017. [Citace: 11. březen 2020.] http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/alergie/Obezita_deti.pdf.

MÁČEK, Miloš a RADVANSKÝ, Jiří a kolektiv. 2011. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity.* Praha : Galén, 2011. 978-80-7262-695-3.

MUŽÍK, Vladislav, ŠERÁKOVÁ, Hana a JANOŠKOVÁ, Hana. 2019. Abeceda pohybové aktivity dětí. *Masarykova univerzita.* [Online] 2019. [Citace: 5. leden 2020.] <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pedf/js19/abeceda/web/pages/kapitola1.html>. 978-80-210-9405-5.

POSTUCHA, Dalibor, a další. 2011. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 978-80-247-4065-2.

PUKLOVÁ, Vladimíra. 2017. Rizikové faktory životního stylu českých dětí 2016. *Státní zdravotní ústav.* [Online] 9. říjen 2017. [Citace: 11. březen 2020.] <http://www.szu.cz/tema/prevence/rizikove-factory-zivotniho-stylu-ceskych-deti-2016?highlightWords=pohybová+aktivita+dět%C3%AD>.

SMÍŠEK, Richard, a další. 2018. *Svalové řetězce 4 - Spirální stabilizace páteře - Skolióza.* místo neznámé : Smíšek, 2018. 978-80-88267-14-0.

VYSLUCHOVÁ, Petra. 2016. Vadné držení těla: Jak jej poznat a jakým cvičením se ho zbavit? *AGEL.* [Online] 24. srpen 2016. [Citace: 3. únor 2020.] <https://www.agel.cz/media/blogy/160824-drzeni-tela.html>.

ZOTHOVÁ, Jiřina a kolektiv. 1995. *Hygiena dětí a dorostu.* Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 80-7013-192-6.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník

Jmenuji se Nikola Marcelová. Jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií, obor Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví. Tento dotazník slouží jako výzkumná část mé bakalářské práce, která je na téma „Pohybové aktivity jako součást primární prevence u předškoláků“.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte s tím, že získané údaje budou anonymně zpracovány a použity jen pro účely bakalářské práce.

Vybranou odpověď zaškrtněte, případně doplňte.

Kolik je Vašemu dítěti let?

- 4 roky
- 5 let
- 6 let

Pohlaví Vašeho dítěte?

- Dívka
- Chlapec

Kde bydlíte?

- Hlavní město Praha
- Větší město (nad 100 tis. obyvatel)
- Město (50-100 tis. obyvatel)
- Menší město (do 50 tis. obyvatel)
- Vesnice (do 3 tis. obyvatel)

Jak dopravujete Vaše dítě do/z MŠ?

- Pěšky
- Autem
- MHD
- Jiné:

Jakou pohybovou aktivitu vykonává Vaše dítě?

- Procházky v MŠ
- Procházky mimo MŠ
- Cvičení v MŠ
- Hraní si na hřišti v MŠ
- Hraní si na hřišti mimo MŠ
- Kroužek mimo MŠ
- Jiné:

Kolik času tráví Vaše dítě cvičením v MŠ?

- Méně než 1 hodinu denně
- 1-2 hodiny denně
- 3-4 hodiny denně
- 5-6 hodin denně
- Jiné:

Kolik času tráví Vaše dítě na dětském hřišti, když je v MŠ?

- Méně než 1 hodinu denně
- 1-2 hodiny denně
- 3-4 hodiny denně
- 5-6 hodin denně
- Jiné:

Kolik času tráví Vaše dítě na dětském hřišti, když **není** v MŠ?

- Méně než 1 hodinu denně
- 1-2 hodiny denně
- 3-4 hodiny denně
- 5-6 hodin denně
- Jiné:

Kolik času tráví Vaše dítě venku, když je v MŠ?

- Méně než 1 hodinu denně
- 1-2 hodiny denně
- 3-4 hodiny denně
- 5-6 hodin denně
- Jiné:

Kolik času tráví Vaše dítě venku, když **není** v MŠ?

- Méně než 1 hodinu denně
- 1-2 hodiny denně
- 3-4 hodiny denně
- 5-6 hodin denně
- Jiné:

Přijde Vám pohybová aktivita Vašeho dítěte v MŠ dostatečná?

- Ano
- Ne

Vykonává Vaše dítě nějaký sport?

- Ano
 - Jaký:
- Ne

Kolik času tráví Vaše dítě tímto sportem?

- Méně než 1 hodinu týdně
- 1-2 hodiny týdně
- 3-4 hodiny týdně
- 5-6 hodin týdně
- Jiné:
- Nevykonává žádný sport

Vykonáváte Vy osobně nějaký sport?

- Ano
 - Jaký:
- Ne

Kolik času trávíte tímto sportem?

- Méně než 1 hodinu týdně
- 1-2 hodiny týdně
- 3-4 hodiny týdně
- 5-6 hodin týdně
- Jiné:
- Nevykonávám žádný sport

Pokud vykonáváte nějaký sport, zapojujete do něho i Vaše dítě?

- Ano
- Ne
- Nevykonávám žádný sport

Má Vaše dítě nějaké zdravotní potíže? Jaké?

- Ano
 - Nadváha
 - Obezita
 - Skolióza
 - Ploché nohy
 - Cukrovka
 - Astma
 - Jiné:
- Ne

Myslíte si, že tyto zdravotní potíže souvisí s nízkou pohybovou aktivitou?

- Ano
- Ne
- Nejsem si jistý/á
- Nemá zdravotní potíže

Má Vaše dítě přístup k mobilu/tabletu?

- Ano
- Ne

Kolik času na něm denně tráví?

- Méně než 1 hodinu denně
- 1-2 hodiny denně
- 3-4 hodiny denně
- 5-6 hodin denně
- Jiné:
- Nemá přístup