



70 ve zdraví

Soubor příspěvků z mezinárodní konference konané
dne 8.–9. září 2016

Jitka Slaná Reissmannová
Lenka Gajzlerová (eds.)



70 ve zdraví

*Soubor příspěvků z mezinárodní konference konané
dne 8.–9. září 2016*

Kolektiv autorů

Editorky: Jitka Slaná Reissmannová, Lenka Gajzlerová

Masarykova univerzita

Brno 2016

70 ve zdraví

Soubor příspěvků z mezinárodní konference konané dne 8.–9. září 2016

Pedagogická fakulta

Katedra tělesné výchovy a výchovy ke zdraví

Recenzenti:

prof. PaedDr. Ludmila Fialová, Ph.D.

prof. PhDr. Evžen Řehulka, CSc.

© 2016 Masarykova univerzita

ISBN 978-80-210-8477-3

DOI 10.5817/CZ.MUNI.P210-8477-2016

OBSAH

Úvodní slovo	7
Výchova k zdraví v školské edukácii na Slovensku	8
Education to health at slovak schools.....	8
<i>Jozef Liba</i>	8
Parents' attitude to healthy nutrition habits of children in school	21
<i>Stojan Kostanjevec, Katja Kek, Martina Erjavšek</i>	21
Pohyb pro zdraví a oxidační stres	30
Human movement for health and oxidative stress	30
<i>Jan Novotný</i>	30
Život ve zdraví jako výzva především mozku?	37
A healthy life as an appeal to our brain?	37
<i>Miloš Dokulil</i>	37
Životná spokojnosť v súvislosti s využitím copingových stratégií u vysokoškolákov	47
Life satisfaction in connection with the use of coping strategies of university students	47
<i>Zuzana Mičková</i>	47
Stredoškolský student a jeho vzťah ke zdraví	57
Highschool student and its relationship to health.....	57
<i>Karel Paulík</i>	57
Podpora zdravého životního stylu u studentů 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy ...	66
Healthy lifestyle support in students of the 3rd Faculty of Medicine of Charles	
University	66
<i>Dagmar Schneidrová</i>	66
Retrospektiva, současnost a perspektivy učitelského vzdělávání v oblasti podpory	
zdraví	77
Reflections on the past, present and future perspectives of teaching training in health	
promotion	77
<i>Eva Marádová</i>	77

Inovace v profesní přípravě učitelů Výchovy ke zdraví na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.....	95
Innovation of professional teacher training aimed at health education provided by the Faculty of Education, Palacky University in Olomouc	95
<i>Michaela Hřivnová</i>	95
Využití biorytmů ke zefektivnění pedagogického procesu	107
Biorhythms use to streamline the teaching process.....	107
<i>Petr Kachlík</i>	107
Péče o hlas studentů a učitelů.....	121
Care for the voice of students and teacher	121
<i>Jana Frostová</i>	121
The inclusion of nutrition concepts in the elementary school syllabus in reference to the components of nutrition literacy.....	130
<i>Martina Erjavšek, Stojan Kostanjevec</i>	130
Jak utvářet a hodnotit výživové chování.....	139
How to shape and evaluate the nutrition behaviour	139
<i>Leona Mužíková, Veronika Suchodolová</i>	139
Desatero zdraví aneb nemusíš být superhrdinou, abys zachránil život	149
The ten commandments of health - you don't have to be a superhero to save lives	149
<i>Petr Caletka</i>	149
Rozhovory s pěti metodiky prevence na vybraných pražských středních školách	151
Interviews with five methodists of prevention at selected high schools in Prague City	151
<i>Petr Kachlík</i>	151
Postoje učitelů výchovy ke zdraví k poruchám příjmu potravy	163
Attitudes of teacher education for health to eating disorders	163
<i>Lenka Procházková</i>	163
Úrazová prevence a poskytování první pomoci na dvou středních školách v brněnském regionu.....	172
Accident prevention and first aid provision at two secondary schools in the Brno City region.....	172
<i>Petr Kachlík</i>	172

Dětské otravy – prevence otrav dětí a dorostu	182
Child poisoning – prevention	182
<i>Karolina Mrázová</i>	182
Konečné výsledky ověřování edukačního programu pohyb a výživa.....	188
The final results of verification of the educational program physical activity and nutrition	188
<i>Vladislav Mužík, Leona Mužíková</i>	188
Krátké intervence v praxi zdravotníků	206
Brief interventions in practise of health professionals	206
<i>Lidmila Hamplová, Soňa Jexová, Renata Procházková, Eva Marková, Jana Hlinovská</i> .	206
Fyzioterapia při respiračných ochoreniach – šanca k náprave zdravia poškodeného fajčením	210
Physiotherapy of respiratory diseases – the opportunity for reparation of health damaged by smoking habits	210
<i>Tatiana Kimáková, Perla Ondová, Zuzana Nevolná, Petr Kachlík</i>	210
Pohyb jako terapie – efektivita intervenčního pohybového programu Nordic Walking na vybrané antropometrické parametry u žen 45+	221
Movement as therapy - effectivity of the intervention movement program nordic walking on selected parameters anthropometric in women 45+	221
<i>Jan Schuster, Emil Řepka</i>	221
Podpora zdraví v Nemocnici Pelhřimov.....	229
Health promotion in the hospital Pelhřimov	229
<i>Pavčina Fridrichovská</i>	229
Rimini wellness 2016	240
RIMINI WELLNESS 2016	240
<i>Alena Pokorná, Radka Střeščíková</i>	240
Pohybové aktivity s měkkými a velkými míči napříč generacemi	245
Physical activities with soft and large balls across generations	245
<i>Hana Janošková, Hana Šeráková</i>	245
Porovnanie kvality života seniorov v závislosti od ich zdravotného stavu.....	253
Comparison of the quality of life of seniors, depending on their health	253

<i>Andrea Baranovská, Dominika Doktorová, Zuzana Mičková</i>	253
Vzájomný vzťah medzi empatiou a výchovným štýlom rodiny u adolescentov	267
Relationship between empathy and parenting style in adolescents.....	267
<i>Dominika Doktorová, Andrea Baranovská</i>	267
Seznam tabulek, obrázků a grafů	279
Seznam autorů	283

ÚVODNÍ SLOVO

Vědecká konference 70 ve zdraví se konala ve dnech 8.–9. září 2016 při příležitosti 70. výročí založení Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity. Konferenci pořádala Katedra tělesné výchovy a výchovy ke zdraví Pedagogické fakulty MU ve spolupráci s Ústavem ochrany a podpory zdraví Lékařské fakulty MU. Jednání bylo zaměřeno na podporu zdraví a životní styl dětí, mládeže, dospělých i seniorů. Předneseno bylo přes 30 příspěvků, jejichž výběr je prezentován v tomto sborníku.

Konference navázala na tradiční odborné akce pořádané každoročně v rámci výzkumného záměru Škola a zdraví pro 21. století. V tomto směru byla na Pedagogické fakultě MU vytvořena tradice, v níž by pořadatelé letošní konference chtěli pokračovat i v příštích letech. Navazující konference budou tematicky i nadále poměrně široce orientované a dají prostor tématům z oblasti holisticky chápané podpory zdraví a výchovy ke zdraví. Uplatní se tak nejen poznatky z pedagogických oborů, ale také z oborů medicínských, psychologických nebo sociálních, které umožní propojit pohledy nejrůznějších odborníků na problematiku podpory a ochrany zdraví s náhledy pedagogů na výchovu ke zdraví.

Příspěvky publikované v tomto sborníku jsou ukázkou obecných i konkrétních přístupů k podpoře a ochraně veřejného zdraví. Prezentované poznatky by se proto měly vhodně uchopit a přiměřeně promítnout do vzdělávání žáků i celé populace.

Říjen 2016

Vladislav Mužík
předseda organizačního výboru konference

VÝCHOVA K ZDRAVIU V ŠKOLSKEJ EDUKÁCI NA SLOVENSKU

EDUCATION TO HEALTH AT SLOVAK SCHOOLS

Jozef Liba

Abstrakt: *Príspevok prezentuje a konkretizuje výchovu k zdraviu ako súčasť kurikula primárneho a nižšieho stredného vzdelávania. Uvádza jej ukotvenie v rámci vyučovacích predmetov Štátneho vzdelávacieho programu. Predstavuje a vymedzuje zdravotno-preventívny potenciál výchovy k zdraviu ako efektívnej intervencie reflektujúcej potreby a požiadavky kreovania a stabilizácie zásad zdravého životného štýlu. Poukazuje na rezervy aktuálne realizovaného prozdravotného edukačného prístupu a uvádza formy podporujúce prozdravotnú edukáciu na základnom stupni vzdelávania.*

Kľúčové slová: *kurikulum, zdravie, výchova k zdraviu, učiteľ*

Abstract: *The paper conceives of education to health as an integral part of primary and secondary school curricula and discusses its integration in the subjects of the National Education Program. Furthermore, it examines the health-preventive potential of education to health as an effective form of intervention that reflects the needs and requirements of healthy life-style. Finally, it points out the opportunities inherent in the currently implemented pro-health education and specifies forms that support the pro-health education at primary schools.*

Keywords: *curriculum, health, education to health, teacher*

Úvod

Výchova je proces vedomého kreovania osobnosti v smere kultivovania všetkých jej stránok, je permanentným procesom stimulovania predpokladov potrebných vo všetkých oblastiach ľudskej činnosti. Ide v nej o profesionálny, odborný a cieľavedomý proces udržiavania, zdokonaľovania a rozvíjania pozitívnych a funkčných možností človeka, jeho psychických funkcií, procesov a vlastností. Výchova predstavuje úsilie o pozitívne a zámerné usporiadanie vonkajších činiteľov (prostredie, podmienky, vzdelávací a výchovný obsah)

a vnútorného vývinu v smere komplexného a harmonického rozvoja autentickej a integrovanej osobnosti.

Výchova k zdraviu realizovaná v školskej edukácii predpokladá osvojenie zodpovedajúceho penza informácií, poznatkov, zručností a kreovanie postojov, záujmov a hodnotových orientácií zameraných na interiorizáciu zásad zdravého životného štýlu. Výsledkom má byť aktívna starostlivosť o vlastné zdravie reflektujúca biopsychickú a sociokultúrnu determinovanosť osobnosti a konkretizovaná vo vyváženom a zmysluplnom životnom štýle, ktorý je predpokladom životnej pohody, osobnej a spoločenskej úspešnosti (Liba, 2016). Výchovu k zdraviu je možné považovať za jednu z dominujúcich cieľových kategórií výchovného pôsobenia, keďže koreluje s holistickým akceptovaním zásad zdravého životného štýlu, s humanistickým chápaním človeka charakterizovaného pozitívnymi hodnotovými preferenciami a postojmi k životnému štýlu, ktorý je orientovaný na zdravie ako najvyššiu hodnotu ľudského bytia. Výchova k zdraviu svojou podstatou, cieľovým zameraním a pozitívnym potenciálom saturuje dôveru v predpoklady a schopnosti žiaka, v jeho vlastnú aktivitu, sebarealizáciu a sebarealizáciu. V edukačnom úsilí školy je (má byť) výchova k zdraviu významnou a integrálnou súčasťou výchovného komplexu.

Teoretické východiská

Primárne vzdelávanie (1. stupeň základnej školy, 1.-4. ročník) má, podľa medzinárodnej klasifikácie vzdelávania ISCED 1, zabezpečiť bezproblémový prechod z predškolského vzdelávania a z rodinnej starostlivosti na školské vzdelávanie prostredníctvom stimulovania poznávacej zvedavosti detí vychádzajúcej z ich osobného poznania a vlastných skúseností. Program primárneho vzdelávania má pripraviť žiakov na samostatnú prácu i na prácu v skupine tak, aby každý z nich získal pevný základ spoločného poznania a zároveň osobnej skúsenosti zo vzájomného ohľadu, uznania a úcty. Primárne vzdelávanie predstavuje začiatok systematického štúdia, teda vytvárania základných zložiek gramotnosti, základných vedomostí a postojov k svetu.

Vymedzenie cieľového zamerania primárneho vzdelávania je v súčasnosti zabezpečované prostredníctvom štátneho vzdelávacieho programu (ŠVP) škôl, ktorý vyjadruje hlavné princípy a ciele vzdelanostnej politiky štátu. Ide o hierarchicky najvyšší cieľovo programový projekt vzdelania, ktorý predstavuje prvú, rámcovú úroveň dvojúrovňového participatívneho modelu riadenia škôl, pritom ostáva otvoreným kurikulárnym dokumentom, ktorý sa bude podľa potrieb a požiadaviek dopĺňať. Štátny vzdelávací program predstavuje východisko a záväzný dokument pre vytvorenie individuálneho školského vzdelávacieho

programu školy (ŠkVP), kde sa zohľadňujú špecifické lokálne a regionálne podmienky a potreby. Školský vzdelávací program saturuje voliteľný obsah vzdelávania a predstavuje druhú úroveň participatívneho modelu riadenia. Poskytuje školám možnosť profilovať sa a vychádzať v ústrety potrebám a záujmom žiakov. Umožňuje využitie voľného (disponibilného) počtu hodín ku kreovaniu učebného predmetu (ov), ktoré si škola sama zvolí a sama si pripraví jeho obsah (napr. *Výchova k zdraviu*). Štátny a školský vzdelávací program majú zabezpečiť profil absolventa primárneho vzdelávania, ktorý má osvojené nasledujúce klúčové spôsobilosti (kompetencie):

- *sociálne komunikačné kompetencie (spôsobilosti);*
- *kompetencie (spôsobilosti) uplatňovať základ matematického myslenia a základné schopnosti poznávať v oblasti vedy a techniky;*
- *kompetencie (spôsobilosti) v oblasti informačných a komunikačných technológií;*
- *kompetencie (spôsobilosti) učiť sa učiť sa;*
- *kompetencie (spôsobilosti) riešiť problémy;*
- *osobné, sociálne a občianske kompetencie (spôsobilosti);*
- *kompetencie (spôsobilosti) vnímať a chápať kultúru a vyjadrovať sa nástrojmi kultúry.*

Analýza uvedených spôsobilostí je z hľadiska obsahových komponentov modelom, ktorý svojou heterogénnosťou a stratifikáciou kladie vysoké nároky na osobnosť žiaka. Vo vzťahu k predmetu nášho záujmu je len skromne a v podstate implicitne uvádzaná spôsobilosť (kompetencia), ktorá je určujúcou pre účinné rozvíjanie ostatných spôsobilostí. Ide o kompetenciu (spôsobilosť) zdravotno-preventívnu (spôsobilosť poznať, rešpektovať a aktívne ovplyvňovať zdravie a životný štýl), ktorá sa „spomína“ v časti *osobné, sociálne a občianske spôsobilosti*, kde sa uvádza – absolvent primárneho vzdelávania si uvedomuje dôležitosť ochrany svojho zdravia a jeho súvislosť s vhodným a aktívnym trávením voľného času. Konštatujeme, že v súčasnosti *výchova k zdraviu* nie je (v rozhodujúcej miere) koncipovaná ako samostatný učebný predmet.

ISCED 1 vymedzuje nasledujúce vzdelávacie oblasti (v niektorých prezentuje prozdravné témy) – *Jazyk a komunikácia; Matematika a práca s informáciami; Človek a príroda* (uvádza - umožniť poznanie fungovania ľudského tela a zdravý životný štýl a viesť k aktívnej ochrane vlastného zdravia); *Človek a spoločnosť* (uvádza – vytvára záujem o krásy prírody, hľadá príčiny fungovania spoločnosti a zmien vo svojom okolí); *Človek a hodnoty* (uvádza - hodnotová orientácia premietnutá v úcte k človeku a k prírode, v spolupráci, v prosociálnosti); *Človek a svet práce* (uvádza - stravovanie a príprava jedál, starostlivosť

o životné prostredie); *Umenie a kultúra; Zdravie a pohyb*. Vychádzajúc už z názvu konštatujeme, že prozdravotná tematika je saturovaná v rozhodujúcej miere vzdelávacou oblasťou Zdravie a pohyb. Uvedená vzdelávacia oblasť je zabezpečovaná predovšetkým učebným predmetom Telesná výchova, ale zdravotnými témami prispievajú aj Prírodoveda, Prvouka, Etická výchova, čiastočne Pracovné vyučovanie a Výtvarná výchova.

Výchova k zdraviu na primárnom stupni vzdelávania

Uvedieme stručný prehľad zdravotného (zdravie podporujúceho) obsahu uvedených vyučovacích predmetov spracovaný podľa ŠVP.

Telesná výchova

Zameranie telesnej výchovy v primárnom vzdelávaní je dominantne smerované na telesné, funkčné a pohybové zdokonaľovanie, čím sa prispieva k upevňovaniu zdravia, zdravotne orientovanej zdatnosti a pohybovej výkonnosti. Dôležitým cieľom vyučovacieho predmetu je teda *cieľ zameraný na zdravie* – podporovať vytváranie optimálneho rozvoja zdravotne orientovanej zdatnosti, podporovať získavanie poznatkov o otázkach vplyvu pohybu na zdravie, vnímať zdravie a pohybovú aktivitu ako nevyhnutnú súčasť formovania vlastného zdravého životného štýlu, formovať osobnú zodpovednosť za vlastné zdravie. V tematických celkoch predmetu sú konkretizované zdravotné ciele, výstupy: *pozitívne vnímanie základných lokomócií a nelokomočných zručností ako potrebná a nevyhnutná súčasť pohybového prejavu človeka a prostriedok na upevňovanie si zdravia; vnímanie významu využitia voľného času na cvičenie a športovanie; správne držanie tela, polohy tela a jeho častí; pohyby tela a jeho častí - poznať a vedieť pomenovať; zásady bezpečnosti, hygieny a psychohygieny pre zdravie; pozitívny vzťah k prírode, pohybovým aktivitám v rôznom prírodnom prostredí, ochrana prírody.*

Prírodoveda

Medzi ciele predmetu patrí poznanie fungovania ľudského tela, rešpektovanie vlastného zdravia a jeho aktívna ochrana prostredníctvom zdravého životného štýlu. Zdravotná dimenzia predmetu sa zdôrazňuje v rámci tematických celkov *Voda - pitný režim* a *Ľudské telo* - objasňovanie *funkcie tráviacej, vylučovacej, dýchacej, opornej a pohybovej sústavy; osvojovanie základov správnej životosprávy a jej súvislostí so správnou funkciou ľudského organizmu; zásady zdravej výživy; význam pohybu pre zdravie.*

Prvouka

Vyučovací predmet prvouka saturuje výkony a obsah vytvorený z dvoch vzdelávacích oblastí – prírodovednej a spoločenskovednej, čím sú generované možnosti vytvárania tematických aktivít, v ktorých sa rozvíjajú vedomosti a spôsobilosti v oboch spomínaných vzdelávacích oblastiach. Prvouka vytvára vedomostný, spôsobilostný a postojový základ pre dva nadväzujúce predmety – prírodovedu a vlastivedu. Ciele predmetu, ktoré reflektujú zdravotno-preventívny obsah (žiak na konci 1. a 2. ročníka základnej školy vie/dokáže): *rozlišovať riziká spojené s každodenným životom a možnosťami úrazu - šport, rekreácia; poznať bezpečnosť v domácom prostredí, v škole i na ceste do školy a v mimoškolských aktivitách; poznať pravidlá správania sa v rizikových situáciách podľa vzoru - žiaci vedia a zvládnu postup ako a kde sa obrátiť o pomoc (hasiči, policajti, záchranná zdravotná služba); vysvetliť význam pohybu a pravidelného cvičenia pre človeka a uviesť čo škodí zdraviu.*

Etická výchova

Poslaním povinne voliteľného predmetu etická výchova je vychovávať osobnosť s vlastnou identitou a hodnotovou orientáciou, vychovávať k úcte k človeku a k prírode, k spolupráci a prosociálnosti. Zdravotná dimenzia predmetu sa prezentuje v rozvíjaní sociálnych zručností (otvorená komunikácia, empatia, pozitívne hodnotenie iných), v podpore mentálnej hygieny ako primárnej prevencie porúch správania sa a učenia sa. Uvedená prevencia je realizovaná prostredníctvom tematických celkov - *Iniciatíva, ktorá ohrozuje moje zdravie a osobnú bezpečnosť (fajčenie, alkohol, drogy, sexuálne zneužívanie detí). Iniciatíva v sebaopoznaní (Kto som? Aký vplyv má fungovanie môjho tela na moje prežívanie, pohodu, či nepohodu? Prečo reagujem tak, ako reagujem?).*

Pracovné vyučovanie

Pracovné vyučovanie v rovine hodnôt a postojov smeruje k bipolárnemu vnímaniu techniky (technika môže pomáhať, ale aj ohrozovať zdravie, život) a k vytváranie pozitívneho vzťahu k práci. Podporuje *kladný vzťah k zmysluplnému tráveniu voľného času (rozvíjanie osobnostných vlastností, uplatňovanie tvorivosti a vlastných nápadov, zodpovednosť za kvalitu svojich i spoločných výsledkov prác); k poznaniu pravidiel bezpečnosti práce a k schopnosti poskytnúť pomoc pri úraze.*

Výtvarná výchova

Výtvarná výchova má potenciál integrovať niektoré poznatky a procesy iných predmetov pretože vo vizuálnom vyjadrovaní možno nachádzať analógie nielen s vyjadrovacími prostriedkami iných umení (hudba, literatúra, dramaticko-pohybové umenie), ale aj s mnohými prírodnými javmi, fyzikálnymi a biologickými procesmi, matematickými postupmi a pod.

Povinnou súčasťou obsahu vzdelávania sú *prierezové témy*, ktoré sa spravidla prelínajú cez vzdelávacie oblasti – obsahom a výchovným zameraním sa premietajú do vymedzených vzdelávacích oblastí. Prierezové témy je možné uplatňovať viacerými formami – ako súčasť učebného obsahu vyučovacích predmetov, ako samostatný vyučovací predmet v rámci voliteľných (disponibilných) hodín, formou projektov, seminárov, vyučovacích blokov, kurzov a pod. Formy sa môžu aj kombinovať.

ISCED 1 poskytuje priestor, kde vo vzdelávacích oblastiach je v rámci prierezových tém (*Osobnostný a sociálny rozvoj; Výchova k manželstvu a rodičovstvu; Environmentálna výchova; Mediálna výchova; Multikultúrna výchova; Regionálna výchova a ľudová kultúra; Dopravná výchova - výchova k bezpečnosti v cestnej premávke a Ochrana života a zdravia*) možné prepojenie, prehĺbenie, rozšírenia vedomostí a pozitívne ovplyvnenie postojov a hodnôt vo vzťahu k zdraviu. Uvádzame, pri rešpektovaní prozdravotného potenciálu iných prierezových tém, najmä tému *Ochrana života a zdravia* – realizuje sa prostredníctvom vyučovacích predmetov ŠVP a je zameraná predovšetkým na ochranu svojho života a zdravia, tiež zdravia a života iných ľudí; na podporu zdravého životného štýlu a ochranu života a zdravia v mimoriadnych a nepredvídateľných situáciách; na základné činnosti súvisiace s pohybom a pobytom v prírode; na poskytnutie prvej pomoci.

Výchova k zdraviu na nižšom strednom stupni vzdelávania

Nižšie stredné vzdelávanie (2. stupeň základnej školy) - cieľové zameranie nižšieho stredného vzdelávania je zabezpečované prostredníctvom štátneho vzdelávacieho programu (ŠVP) škôl. Štátny vzdelávací program predstavuje záväzný národný rámec pre nižšie stredné vzdelávanie – 2. stupeň základnej školy (ISCED 2). Reprezentuje prvú úroveň dvojúrovňového modelu vzdelávania. Je východiskovým dokumentom na prípravu školských vzdelávacích programov, ktoré reprezentujú druhú úroveň dvojúrovňového modelu vzdelávania. Dvojúrovňovým modelom vzdelávania sa dáva možnosť každej škole, aby prostredníctvom využitia voliteľných (disponibilných) hodín reflektovala vo svojom školskom vzdelávacom programe špecifické regionálne, resp. lokálne podmienky a požiadavky žiakov alebo rodičov.

Štátny vzdelávací program vymedzuje vzdelávacie štandardy poskytovaného vzdelávania v cieľovej, výkonovej a obsahovej rovine, ktoré tvoria východisko k osvojovaniu a rozvíjaniu funkčných kompetencií žiakov. Prostredníctvom vzdelávacích oblastí a prierezových tém preferuje vo výučbe medzipredmetový prístup, teda kooperáciu v rámci jednotlivých učebných predmetov v danej vzdelávacej oblasti a tiež medzi rôznymi oblasťami.

Školský vzdelávací program (ŠkVP) saturuje voliteľný obsah vzdelania v učebnom pláne školského stupňa. V rámci svojho školského vzdelávacieho programu si každá škola môže vytvoriť aj vlastný učebný predmet (využitím voľných, disponibilných hodín, napr. Výchova k zdraviu) a tým poskytuje školám možnosť profilovať sa a vychádzať v ústrety potrebám a záujmom žiakov.

Absolvent nižšieho stredného vzdelávania má osvojené nasledujúce kľúčové kompetencie (spôsobilosti):

- *kompetencia (spôsobilosť) k celoživotnému učeniu sa;*
- *sociálne komunikačné kompetencie (spôsobilosti);*
- *kompetencie (spôsobilosti) uplatňovať základ matematického myslenia a základné schopnosti poznávať v oblasti vedy a techniky;*
- *kompetencie (spôsobilosti) v oblasti informačných a komunikačných technológií;*
- *kompetencia (spôsobilosť) riešiť problémy;*
- *kompetencie (spôsobilosti) občianske;*
- *kompetencie (spôsobilosti) sociálne a personálne;*
- *kompetencie (spôsobilosti) pracovné;*
- *kompetencie (spôsobilosti) smerujúce k iniciatívnosti a podnikavosti;*
- *kompetencie (spôsobilosti) vnímať a chápať kultúru a vyjadrovať sa nástrojmi kultúry.*

Rovnako ako v primárnom stupni vzdelávania je vo vzťahu k predmetu nášho záujmu len minimálne uvádzaná kompetencia (spôsobilosť), ktorá je určujúcou pre účinné rozvíjanie ostatných spôsobilostí. Ide o kompetenciu (spôsobilosť) zdravotno–preventívnu (spôsobilosť poznať, rešpektovať a aktívne ovplyvňovať zdravie a životný štýl), ktorá sa explicitne neuvádza v žiadnej z uvedených kompetenčných oblastí. Konštatujeme, že v súčasnosti *výchova k zdraviu* nie je (v rozhodujúcej miere) koncipovaná ako samostatný učebný predmet.

ISCED 2 vymedzuje nasledujúce vzdelávacie oblasti (v niektorých prezentuje prozdravotné témy) - *Jazyk a komunikácia; Matematika a práca s informáciami; Človek a príroda* (uvádza - poznanie základných princípov ochrany krajiny a životného prostredia a osvojenie si základných princípov zdravého životného štýlu); *Človek a spoločnosť; Človek*

a hodnoty (uvádza - podpora mentálnej hygieny; primárna prevencia porúch správania a učenia); *Človek a svet práce* (uvádza - rešpektovanie životného prostredia a environmentálnych hodnôt; chápanie recyklácie materiálov a produktov); *Umenie a kultúra* (uvádza - rozvíjanie kultivovanej pohybovej gramotnosti); *Zdravie a pohyb* (uvádza - celoživotná starostlivosť o zdravie, ktorej neoddeliteľnou súčasťou je pohyb; základné informácie, súvisiace so zdravým spôsobom života a pohybovou aktivitou; vytváranie vzťahu k pravidelnej pohybovej aktivite ako nevyhnutného základu zdravého životného štýlu).

Konštatujeme, že prozdravotná tematika je saturovaná v rozhodujúcej miere vzdelávacou oblasťou Zdravie a pohyb. Uvedená vzdelávacia oblasť je zabezpečovaná predovšetkým vyučovacím predmetom Telesná a športová výchova s príspevom ďalších vzdelávacích oblastí a vyučovacích predmetov – Človek a príroda (Biológia), Človek a hodnoty (Etická výchova), Človek a svet práce (Technika), Umenie a kultúra (Výtvarná výchova).

Telesná a športová výchova

Učebný predmet telesná a športová výchova poskytuje základné informácie o biologických, fyzických a sociálnych základoch zdravého životného štýlu. Žiak si v ňom rozvíja schopnosti a osvojuje vedomosti, zručnosti a návyky, ktoré sú súčasťou zdravého životného štýlu nielen počas školskej dochádzky, ale i v dospelosti. Osvojí si zručnosti a návyky na efektívne využitie voľného času a zároveň vedomosti o zdravotnom účinku osvojených pohybových zručností a návykov. Vo výučbových moduloch konkretizovaných v tematických celkoch predmetu sú konkretizované zdravotné ciele, výstupy: *pochopiť a vysvetliť účinok pohybovej aktivity na zdravie; mať vedomosti o potrebe pohybu ako prevencie pred civilizačnými ochoreniami; vedieť poskytnúť prvú pomoc na veku primeranej úrovni; poznať a dodržiavať zásady správnej výživy; vysvetliť význam využívania športových a pohybových činností vo svojom voľnom čase; pochopiť význam aktívneho odpočinku pre odstránenie únavy.*

Biológia

Učebný predmet umožňuje rozvíjať a prehĺbovať poznatky o živých organizmoch s dôrazom na vzájomné vzťahy organizmov a vzťahy k prostrediu, ako aj človeka k živým a neživým zložkám prostredia. Vedie k schopnosti triediť informácie a poznatky, využívať ich v praktickom živote, rozvíjať aktívny a pozitívny vzťah k prírode, človeku a ochrane jeho zdravia. Zdravotná dimenzia učebného predmetu je v obsahu, cieľoch a kompetenciách: *poznať základnú stavbu a funkcie sústav orgánov človeka; poznať zásady predlekárskej prvej pomoci;*

rozvíjať poznatky o činnosti ľudského tela, ako celostného systému z hľadiska ochrany zdravia a zdravého životného štýlu; poznať zložky životného prostredia, ich vzájomný vzťah, význam pre podmienky života organizmov a človeka a faktory vplývajúce na kvalitu životného prostredia.

Etická výchova

Etická výchova sa v prvom rade zameriava na výchovu k prosociálnosti. Zdravotná dimenzia učebného predmetu je v obsahu, cieľoch a kompetenciách: *život, telesné a duševné zdravie ako etická hodnota; zdravý životný štýl; závislosti; vzťah k chorým, starým, postihnutým, mentálne alebo morálne narušeným ľuďom; výchova k partnerským vzťahom; ochrana prírody a životného prostredia.*

Technika

Cieľom je získanie základných užívateľských zručností v rôznych oblastiach ľudskej činnosti a vytváranie životnej a profesijnej orientácie. Zdravotná dimenzia učebného predmetu je v obsahu, cieľoch a kompetenciách žiaka: *prístupovať k výsledkom pracovnej činnosti nielen z hľadiska kvality, funkčnosti, hospodárnosti a spoločenského významu, ale i z hľadiska ochrany svojho zdravia i zdravia druhých a ochrany životného prostredia; vytvárať správne etické zásady a postoje vo vzťahu k prírode; uvedomiť si význam tvorby a ochrany životného prostredia; získavať pracovné zručnosti a skúsenosti v oblasti tvorby životného prostredia.*

Výtvarná výchova

Prozdravotný kontext je saturovaný v cieľovom zameraní: *žiak sa učí využívať základné kultúrne nástroje na kultivovanú komunikáciu; rozlišovať rôzne súčasti kultúry (umenie, veda, náboženstvo, šport), rozumieť ich súvislostiam a úlohe vo svojom živote a v živote spoločnosti; rozvíjať kultivovanú vizuálnu, sluchovú, jazykovú a pohybovú gramotnosť.*

Rovnako ako v ISCED 1 sú súčasťou obsahu vzdelávania *prierezové témy*, ktoré sa spravidla prelínajú cez vzdelávacie oblasti. Prierezové témy je možné uplatňovať viacerými formami – ako súčasť učebného obsahu vyučovacích predmetov, ako samostatný vyučovací predmet v rámci voliteľných (disponibilných) hodín, formou projektov, seminárov, vyučovacích blokov, kurzov a pod. Formy sa môžu aj kombinovať.

ISCED 2 poskytuje priestor, kde vo vzdelávacích oblastiach je v rámci prierezových tém *(Multikultúrna výchova. Mediálna výchova. Osobnostný a sociálny rozvoj. Environmentálna výchova. Ochrana života a zdravia. Výchova k manželstvu a rodičovstvu)*

možné prepojenie, prehĺbenie, rozšírenie vedomostí a pozitívne ovplyvnenie postojov a hodnôt vo vzťahu k zdraviu. Uvádzame, pri rešpektovaní primeraného potenciálu iných prierezových tém (napr. *Osobnostný a sociálny rozvoj* - podporovať svojím obsahom prevenciu sociálno-patologických javov v škole - prevenciu šikanovania, agresivity, užívania návykových látok; *Environmentálna výchova* - posilňovať pocit zodpovednosti vo vzťahu k zdravému životnému štýlu) najmä tému *Ochrana života a zdravia*. Uvedená prierezová téma sa na základných školách realizuje prostredníctvom jednotlivých vyučovacích predmetov (telesná a športová výchova, biológia), ako aj samostatných organizačných foriem vyučovania – účelových cvičení. Ochrana života a zdravia integruje postoje, vedomosti a zručnosti žiakov zamerané na zdravý životný štýl a ochranu života a zdravia v mimoriadnych a nepredvídaných situáciách, na sebaochranu, na základné činnosti súvisiace s pohybom a pobytom v prírode, na poskytnutie prvej pomoci.

Diskusia a záver

Prezentovaný obsahový a vzťahový rámec výchovy k zdraviu v kurikule základnej školy umožňuje konštatovať rozptýlenosť a prelínanie tém o zdraví v jej edukačnom rámci – integrácia vzdelávacieho obsahu do viacerých povinných vyučovacích predmetov. Otázkou aktuálnej stratégie výchovy k zdraviu na základných školách je informatívna, ale najmä formatívna účinnosť takéhoto prístupu. Ide o to, že viaceré nepriaznivé zdravotné a sociálno-patologické ukazovatele (obezita a nadváha detí, nárast alergií, vysoké zastúpenie nesprávneho držania tela, hypokinéza, prevažujúce pasívne trávenie voľného času, skoré kontakty s návykovými látkami) dokumentujú skôr nedostatočnú funkčnosť uplatňovanej prozdravotnej edukácie. Akcentovaná nezastupiteľná pozícia výchovy k zdraviu ako súčasť výchovného komplexu školy sa doposiaľ nepremieta v prekročení kognitívnych argumentov. V intenciách uvedeného konštatujeme, že výchova k zdraviu realizovaná v rámci školského kurikula dostatočne saturuje kognitívny priestor bez zodpovedajúceho vyústenia v oblasti emócií, vo vôľovom konaní a v spôsobe života žiakov. Ide o to, že jej cieľom majú byť postoje, hodnoty a spôsobilosti premietnuté nielen v kognitívnej – informačnej, poznávacej stránke pôsobenia, ale rovnako v stránke afektívnej – emocionálnej, zameranej na prežívanie a konatívnej – zameranej na očakávané, želané správanie. V súvislosti s formulovanými konštatovaniami je aktuálne zamyslieť sa a zhodnotiť systémovosť a s tým spojenú účinnosť aktuálnej stratégie výchovy k zdraviu (súčasť vyučovacích predmetov, očakávaná participácia všetkých učiteľov a výchovných pracovníkov). Uznávame, že existujúci prístup je determinovaný viacerými objektívnymi argumentmi - predmetová extenzia v školskom kurikule, možné problémy so

skúšaním a hodnotením v prípade zavedenia samostatného vyučovacieho predmetu, komplexnosť fenoménu zdravia. Upozorňujeme ale na skutočnosť, že takýto prístup, stratégia limituje potrebnú nadväznosť tém, obmedzuje spoľahlivú spätnú väzbu, nezvýrazňuje závažnosť prezentovaných skutočností. Prejavom je síce všeobecne vysoké hodnotenie zložiek zdravia vo verbálnych vyjadreniach žiakov, učiteľov, rodičov a ďalších, ktoré sa ale nepremiata v ich životnom štýle. Hľadanie možností zlepšenia, efektívizácie uvádzaných skutočností vyžaduje kontinuálnu evalvaciu a možné redefinovanie a modifikovanie štruktúry a obsahu výchovy k zdraviu v kurikule základnej školy. Ide o potrebu poznania a reflektovania aktuálnej situácie a ukazovateľov, tiež regionálnych osobitostí a konkrétnych podmienok škôl. Prevažujúcu formu realizácie výchovy k zdraviu je možné a potrebné dopĺňovať ďalšími formami edukácie – bloková výučba, voliteľný vyučovací predmet, nepovinný vyučovací predmet, projekty, programy, exkurzie, prednášky, besedy, záujmové krúžky, etc. Uvedieme niektoré príklady.

Naša empirická a výskumná skúsenosť dovoľuje konštatovať pozitívne výsledky kreovania a realizovania zdravotne preventívnych intervenčných programov ako suportívnej edukačnej aktivity. Programy zdravotno výchovnej intervencie vychádzajúce z analýzy aktuálnej situácie dovoľujú účinné ovplyvňovanie kognitívneho, sociálneho a emocionálneho vývinu žiakov tým, že sú kompatibilné s ich očakávaním a potrebami (pozitívna klíma triedy, nestresujúca atmosféra, hľadanie správnych riešení a postupov, podpora vlastnej aktivity, rešpektovanie individuálneho tempa, častejšia spätná väzby vo vzťahu k výsledkom, dominujúca názornosť a vizualizácia, vzájomná kooperácia, motivačný prístup učiteľa). Prozdorotné programy implementované do kurikula školy tak môžu predstavovať relevantnú súčasť systémovej prozdorotnej edukácie.

Ďalším prístupom v ambícii dosiahnutia aktívneho poznávania v oblasti výchovy k zdraviu je uplatňovanie stále málo využívanej oblasti edukácie, ktorá je spojená s elektronickým vzdelávaním, teda s e-learningom. Interaktivita, multimedialita, mobilita charakteristické pre elektronicky podporovanú edukáciu (e – learning) predstavujú motivujúcu stratégiu, ktorej výhodou je štrukturovanie obsahu učiva do logických modulov – kapitol, následne subkapitol, ktoré obsahujú (majú obsahovať) okrem interaktívne spracovaného obsahu učiva, potrebný úvod, motiváciu, kognitívne ciele, hodnotenie aktivít a úloh, kontrolu v smere ovplyvňovania aj vnútornej motivácie. Koncipovanie uvedeného prístupu má poskytovať priestor pre individualizáciu, rozvíjanie vôle, časovanie prísunu informácií, uplatnenie vlastného tempa, empatiu, sebakontrolu a sebareflexiu, pri reflektovaní a rešpektovaní všetkých atribútov tradičného vzdelávania. Pozitívne v smere motivačnej štruktúry žiakov tu pôsobí

vizualizácia obsahu konkretizovaná obrázkami, schémami, jednoduchými a pritom tvorivými úlohami a previerkami poznaného. Ide o efektívne využitie didaktického princípu názornosti, o využitie názorných prostriedkov pri pripájaní tradičného k inovatívnemu a pritom atraktívnemu. E-learning ako výučbová metóda implikuje významný participatívny a kooperatívny potenciál, keďže poskytuje dostatočné možnosti pre činnosť učiteľa, ale najmä žiaka. Virtuálny priestor môže signifikantne prispieť k dosiahnutiu nového rozmeru emocionálnej stránky osobnosti, keďže už samotná práca s počítačom je pre žiakov významnou motiváciou. Osobitne to platí vo vzťahu k formatívnej senzitivite žiakov primárneho stupňa vzdelávania. Pozitívna klíma, nestresujúca atmosféra, umožnenie vlastnej aktivity, možnosti aktualizácie a priebežnej kontroly, premena učiteľa na poradcu a skutočného facilitátora, vzájomná kooperácia, teda prevaha inšpiratívnych podnetov znamenajú nezanedbateľnú podporu edukácie. Dosiahnutie pozitívneho posunu v oblasti zdravotno-preventívnej intervencie prostredníctvom prepojenia osvedčených edukačných stratégií a metodických postupov s elektronicky podporovaným zážitkovým učením predstavuje relevantný stimul pre zapojenie e-learningu do procesu výchovy k zdraviu.

Za systémovú stratégiu vo vzťahu ku komplexnej účinnosti prozdravotného edukačného pôsobenia ale považujeme integráciu vzdelávacieho obsahu do samostatného vyučovacieho predmetu *výchova k zdraviu*. S tým súvisí cieľavedomá implementácia *výchovy k zdraviu* do pregraduálnej prípravy budúcich učiteľov základnej školy. V intenciách formulovanej požiadavky platí, že ak nám ide o zdôraznenie výchovnej univerzálnosti učiteľa a rešpektujeme otvorenosť kompetenčného profilu, potom musí byť súčasťou projektovania univerzálnych multifunkčných kompetencií zdravotno preventívna kompetencia učiteľa ako edukátora a preventistu. Vychádzame z predpokladu, že pripravený a motivovaný učiteľ môže systematickou preferenciou prozdravotných intervencií štrukturovať u žiakov systém vedomostí, zručností, návykov, ale rovnako záujmov, postojov a hodnôt, v ktorom sú zásady zdravého životného štýlu trvalou a univerzálnou hodnotou.

Dosiahnutie aktívneho poznávania s prejavom v kognitívnej stimulácii a v oblasti emocionálnej a hodnotovej vyžaduje generovanie prístupov a vytváranie situácií, ktoré by systémovým uplatňovaním motivačných stratégií pozitívne podporili plnenie edukačných cieľov aj vo výchove k zdraviu. Z podstaty výchovy k zdraviu ako procesu vytvárania, zdokonaľovania a rozvíjania pozitívnych a funkčných možností a vlastností vyplýva požiadavka cieľavedomosti, intencionálnosti a kompetentnosti jej realizácie. Ide o proces, ktorý integruje poznané, modifikuje a inovuje overené edukačné schémy, predikuje ďalší vývoj a je univerzálnou prevenciou nepriaznivých civilizačných vplyvov. Platí, že problematika

zdravia a zdravého životného štýlu má predstavovať jednu z priorit edukačného pôsobenia školy.

Referenčný zoznam

- BURGEROVÁ, J., ADAMČÍKOVÁ, M. 2014. *Vybrané aspekty komunikačnej dimenzie E-learningu*. Prešov: PF, PU, 2014, 159 s. ISBN 978-80-555-1146-7.
- KOSOVÁ, B. a kol. 2012. *Vysokoškolské vzdelávanie učiteľov*. Banská Bystrica: PF, UMB, 2012, 143 s. ISBN 978-80-557-0353-4.
- LIBA, J. 2010. *Výchova k zdraviu*. Prešov: PU, 259 s. ISBN 978-80-555-0070-6.
- LIBA, J. 2014. *Výchova k zdraviu v primárnej edukácii*. Prešov: PF, PU, 2014. 285 s. ISBN 978-80-555-1042-2.
- LIBA, J. 2016. *Zdravie, drogy, drogová prevencia*. Prešov: PF, PU, 2016, 111 s. ISBN 978-80-555-1556-4.
- MUŽÍKOVÁ, L., MUŽÍK, V., KACHLÍK, P. *Výchova ke zdraví v zámere škola a zdraví 21*. In: *Škola a zdraví 21 (School and Health 21)*. Evžen Řehulka (ed.) Brno: MU, 2006, s. 153-170. ISBN 80-210-4071-8.
- MUŽÍKOVÁ, L. 2010. *Podněty pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů*. Brno: MU, 2010, 141 s. ISBN 978-80-210-5328-1.
- ZELINA, M. *Teórie výchovy alebo hľadanie dobra*. Bratislava: SPN, 2004, 231 s. ISBN 80-10-00456-1.
- ISCED 1, 2 - Schválilo Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky dňa 6. 2. 2015 pod číslom 2015-5129/1758:1-10A0 pre základné školy s platnosťou od 1.9. 2015.

PARENTS' ATTITUDE TO HEALTHY NUTRITION HABITS OF CHILDREN IN SCHOOL

Stojan Kostanjevec, Katja Kek, Martina Erjavšek

Abstract: *Both parents and the school setting have an important role in developing children's eating habits and their attitudes to healthy dietary habits. It is important for parents to monitor the nutrition of their children at school and to be actively involved in activities carried out by the school in order to promote pupils' healthy eating habits. Our research performed among the parents of pupils revealed that parents support school activities intended to encourage healthy dietary habits. Communication strategies used by schools to inform and motivate parents to cooperate and provide family environment that encourages children's healthy eating habits are important to achieve the set objectives.*

Keywords: *healthy nutrition, nutrition habits, parents, children, school*

Introduction

The family is one of the most important environments for the development of children who learn their behaviour and also their attitudes are formed there. The family is not a closed and static unit, but a comprehensive and dynamic system in interaction with social, cultural and historical developments and also with life cycles and transitional periods in an individual (Stergar et al., 2006).

With their behaviour, their authoritative or permissive attitude, various forms of encouragement and through providing conditions that enable access and availability of certain foods, parents influence their child's nourishment (Birch et al., 1999). In the process of feeding, parents give their child information about food, such as details on the origin of a foodstuff, on its consequences on organisms, the identification of food as »good« or »bad«, acceptable and unacceptable food preparation processes, possible combinations of particular foodstuffs within a meal, etc. (Birch et al., 1999). Birch and Fisher (1998) estimate that parents influence the nourishment of children through genetics and by shaping the environment in which children live. Socio-economic conditions provided by the family have a considerable impact, namely, according to studies children from poorer families consume less fruit and vegetables (Buzeti et al., 2011), which means they have fewer healthy choices. The activities of parents who encourage the development of healthy eating habits vary a lot. The example set by parents is

important, actually it proved to be the most important factor that influenced the long-term changes of nutrition habits (Tividar and Kamin, 2005). An important element in imparting healthy eating habits is cooking and preparation of family meals as well as their consumption in the family circle (Gavin et al., 2007). Parents are responsible for the unhealthy eating habits of children and young people also in the way they often use food to manipulate their child's behaviour.

School presents an important part of life to pupils, having a significant impact on their quality of life and thus also their psycho-physical development and health. Children spend 9 years in the elementary school, and on average 6 to 8 hours a day. In this perspective, school can be a safety factor however, it can also be a risk factor for young people's health (Stergar et al., 2006). The WHO recognises the school setting as a very important safety factor of healthy nourishment, where effective systematic measures can be used to influence the eating habits and the health of children and young people, particularly those who have no favourable possibilities in their home environment – those who come from socially and economically weaker families (WHO, 2003). Consequently, many measures to ensure the best possible conditions for healthy nourishment, and to create the environment where healthy nourishment is available to all children, are focused on school measures. Through ensuring access to healthy choices during schooling, the school setting can provide pupils' good nutrition status needed for optimum growth and development, impart healthy nutrition habits, even make an impact as improved school achievement, more comprehensive gaining of quality knowledge and education (Gabrijelčič-Blenkuš, 2010).

According to recent research, Slovenia has one of the better arrangements of school meals within the EU and the wider region. In compliance with the current legislation and taking account of sustainable consumption, schools ensure quality school meals, which are subsidised, thus contributing to optimum development of all pupils and secondary school students together with their awareness of healthy nutrition and the culture of nutrition (Gabrijelčič-Blenkuš, 2010).

In addition to school meals it is important to include the health and nutrition contents in school curricula, which can significantly influence the nutrition literacy of children. Besides providing nutrition to children at school and teaching mandatory nutrition contents, it is important for the school to encourage healthy eating habits with other activities as well. One of important measures is the School fruit and vegetable scheme (the SFVS), an intervention measure of the EU agricultural policy with its main short-term objective to increase the consumption of fruits and vegetables in children and young people, and its long-term objective

to improve the eating habits and thus stimulate body mass reduction and a decreased occurrence of chronic non-communicable diseases in their adult life. Schools included in the scheme are obliged to distribute an additional fruit and vegetable portion to pupils every week. In light of the long-term objectives of the SFVS measure, parents' active participation is important, as they can encourage the consumption of fruit and vegetables at home and thus contribute to maintaining the positive effects of the measure. It is necessary to endeavour that the basic ideas of the project are transferred to families.

The purpose of the research that we carried out was to establish the parents' knowledge and attitudes to the SFVS measure and their observations regarding eventual changes of their children's eating habits. We were interested in parents' opinions whether the SFVS had positive effects on the eating habits in the family.

Materials and methods

A questionnaire was developed for the purpose of the research. The first part of the questionnaire included questions on the respondents' demographic data. The questions in the second part were determining eating habits in the family. Parents were asked how familiar they were with the SFVS and on their attitudes regarding the impact of The SFVS on the eating habits of their children and the family. The parents' attitudes and the level of agreeing were measured with the five-degree Likert scale: 1- never / not at all; 2- very rarely / a little; 3- sometimes / somewhat; 4- often / very much; 5- very often / absolutely.

The sample included 224 parents of children from two elementary schools included in the SFVS. 116 (51.8%) parents were surveyed at School 1 and 108 parents (48.2%) at School 2. Most respondents (185 or 82.5%) were females, the male respondents were 39 (17.4%). 12 (5.4%) respondents had primary school education, 94 (42.0%) secondary vocational education, 20 (8.9%) short-cycle higher professional education, and 98 (43.8%) higher professional education.

Results and discussion

The implementation of the SFVS in schools

For the needs of the research, the data on measures implemented in connection with the SFVS at a particular included school was collected (Table 1). It was established that pupils were distributed fruit and vegetables in the way envisaged by the SFVS at the observed schools. School 1 distributed no vegetables. The difference between the two observed schools was evident in the distribution of vegetables and in the methods of informing parents on the SFVS

implementation. School 1 distributed no vegetables nor did they perform special activities to inform parents. Informing, however, is an important measure which can influence parents to more actively follow the activities at school and to ensure that children are encouraged to consume fruits and vegetables at home.

Tab. 1: Information about schools

	SCHOOL 1	SCHOOL 2
Informing parents	Only with the school web page	With the school web page, at consultation hours and class meetings, discussions with the head of school meals service
Posters	In the school hall	In the dining room and in the school hall
The most often distributed sorts of fruits	Apples, pears, grapes	Apples, pears, strawberries
The most often distributed sorts of vegetables	Not distributed	Carrots, tomatoes
Season's fruits and vegetables	Yes	If it is possible – not a rule
Frequency of distributions	1x week (on Thursdays)	Various frequencies (2x week, 1x week, 1x month)
Informing parents (forms)	No special forms	Organized lectures, discussions with class teachers at class meetings
Activities for children	Discussions during courses on locally grown fruits and vegetables	A visit to a farm, a natural sciences day dealing with the fruits and vegetables topic

Parents' attitudes to the SFVS

Since parents have a strong impact on their child's nutrition, our aim was to find out what nutrition behaviour the surveyed parents had and in which ways they encouraged children to consume fruit and vegetables.

Our finding is that parents often talk to children about the significance of consuming fruit and vegetables and often encourage their consumption. On average, they estimate their children consume enough fruit and vegetables and they agree with the statement that the family eat healthy food (Table 2). The participation of children in growing and preparing food is welcome, as in this way they also acquire nutrition knowledge through experiential learning. Moreover, they may become interested and consequently more motivated to eat healthily, and they are better disposed to consume the food they have prepared themselves. It has been established that children less often participate in preparing food and even more rarely help working in the garden and orchard. Our assumption is that many of them lack that experience for want of a garden at home.

Frequent excuses for unhealthy nourishment are a lack of time for preparing healthy food and its high cost. On average, parents consider they do not lack time for preparing healthy food, but they fairly frequently agree with the statement that healthy food is expensive (Table 2).

Tab. 2: Nutrition behaviour and encouraging the consumption of fruit and vegetables in the family

CLAIM	M*	SD
I am well informed on the significance of consuming vegetables.	4.30	0.840
My family consumes healthy food.	3.89	0.787
My child participates in food preparation.	3.31	0.938
My child participates working in the garden/orchard.	2.92	1.227
I discuss with my child how important the consumption of fruits is.	3.76	0.953
I discuss with my child how important the consumption of vegetables is.	3.80	0.980
I encourage my child to consume fruit.	4.15	0.863
I encourage my child to consume vegetables.	4.13	0.834
My child consumes a sufficient amount of fruit.	3.64	1.100
My child consumes a sufficient amount of vegetables.	3.40	1.108
We lack time for preparing healthy food.	2.42	1.118

Parents were asked their opinions about the influence the SFVS had on the children's attitudes to the consumption of fruit and vegetables (Table 3). Parents estimated the SFVS did not significantly influence their attitudes towards the consumption of fruit and vegetables, nor the frequency of consumption. There is a statistically significant difference in parents' attitudes in reference to the school attended by their child. The parents at school 2 agree more with the mentioned statements, however, their agreeing is still very low.

Tab. 3: Parents' opinions on the influence of the scheme on the nutrition habits of children in reference to the school attended by the child

Since the school has participated in the SFVS, my child. . .	School	M*	SD	α
Is better informed on the importance of consuming fruit.	1	2.12	1.427	0.000
	2	3.19	1.234	
Is better informed on the importance of consuming vegetables.	1	2.08	1.421	0.000
	2	3.14	1.241	
More often consumes fruits.	1	1.87	1.424	0.000
	2	2.82	1.296	
More often consumes vegetables.	1	1.77	1.373	0.000
	2	2.73	1.227	
Knows a larger variety of fruits.	1	1.68	1.442	0.000

	2	2.48	1.315	
Knows a larger variety of vegetables.	1	1.66	1.383	0.000
	2	2.38	1.295	
Consumes more sorts of vegetables (including those not consumed before).	1	1.56	1.294	0.000
	2	2.32	1.191	

The participation of a school in the SFVS impacted neither the awareness of parents regarding the significance of consuming fruit and vegetables, nor the more frequent inclusion of fruit and vegetables in the family's diet (Table 4). It turned out that parents at School 2 have a better opinion of the influence of the SFVS on their behaviour in terms of the inclusion of fruit and vegetables into the family's nutrition, and they also think more positively of the importance of the scheme. We estimate that their positive attitudes to the performed activities are the result of better awareness regarding the SFVS, since the School 2 was more attentive to informing parents on the objectives of the scheme and its implementation.

Tab. 4: Parents' opinions on the influence of the scheme on their nutrition habits

Parents' opinions	School	M*	SD	α
Based on the SFVS, I learned much about the importance of fruit and vegetables myself.	1	1.51	1.309	0.000
	2	2.21	1.216	
Since the introduction of the SFVS at school, I pay more attention to include more fruit in our food.	1	1.42	1.280	0.000
	2	2.19	1.320	
Since the introduction of the SFVS at school, I pay more attention to include more vegetables in our food.	1	1.42	1.293	0.000
	2	2.12	1.236	
Since the introduction of the SFVS at school, we take care that fruits are easily available to our child.	1	1.42	1.273	0.000
	2	2.28	1.393	
The SFVS measure was an incentive for our family to eat more fruits and vegetables.	1	1.23	1.137	0.000
	2	2.06	1.262	
I find the SFVS to be necessary.	1	2.64	1.786	0.000
	2	3.56	1.376	

Parents' suggestions for the SFVS activities

With an open-ended question, parents were asked to give suggestions for changes in the SFVS, which would contribute to improved information of parents about the objectives of the scheme. Parents suggested that a variety of fruit and vegetables were distributed more often and in various forms (slices, smoothies, etc.), which could encourage pupils to recognise sensory properties of various foodstuffs. In the field of education, parents expected that school would prepare education for them, while they considered that pupils and students needed practical

training, so that they would acquire skills for the preparation of food and get to know various procedures in producing and preparing food.

Tab. 5: Suggestions by parents

TO BE PROVIDED	EDUCATION
More frequent distributions	Lectures for parents and children
To offer fruits in various forms, such as smoothie, fruits cut to pieces	Various workshops, stalls and cooking courses to prepare and present fruit and vegetable dishes
More variety in the offer; more nuts and dry fruits, more vegetables	To watch educational programmes and documentaries
A changed distribution time; for example for breakfast	To encourage keeping the garden and obtaining practical skills
Children's wishes to be taken into account	Visits: farms, plantations, markets

Many parents in the research mentioned no awareness of the project, so they suggested those who carried out the measure to redirect more funds into promotion and information for the public, particularly parents. With that, many parents expressed also their support of the project. The following statements illustrate parents' opinions:

A: »I don't know the scheme. Anyhow, I support giving more fruit and vegetables to children at school and at home. The scheme should have been better advertised. «

C: »Parents should be better informed about the project, since we lack that information. Children know little about this project as well. «

C: »I don't know the project, but I agree that it is good for children, since some of them do not consume enough fruit and vegetables. «

Some parents find this project superfluous, because in their opinion it is parents' duty to take care of the healthy eating habits of their children. Some of them support the measure and consider it particularly suitable for those children who do not have enough fruit and vegetables available at home. Examples of answers testifying to this are as follows.

A: »I am not acquainted with the project; probably it is suitable for those who do not eat fruit and vegetables at home. In our home, both are on our daily menu. «

B: »My child has learned and got accustomed to consume fruit and vegetables at home. The scheme does not have a significant impact on my children. We should take care that our children eat fruit or vegetables at home. Parents should not rely so much on school. Even if

fruit is available at school, there is not enough time for the child to eat the meal, and then a fruit on top. «

Conclusions

The trend of growing obesity rates in children and consequently an increase of modern civilisation disorders in the adult age triggered the tendency to encourage children to acquire healthy nutrition habits. With the SFVS measure the EU countries work on increasing the consumption of fruit and vegetables in children and thus guiding them towards healthy nutrition. For the long-term effects of this measure, it is essential to convey the idea to the family. With the research we attempted to establish how well parents were aware of the healthy nutrition, how they were informed about the SFVS measure and, after the measure, what changes parents noticed regarding the nutrition habits of their children and the family.

Research shows that the implementation of the SFVS measure varies considerably at the level of schools and at the level of particular classrooms. Differences occur in the freshness and appearance of the fruit and vegetables, in the manner they are offered by teachers, in the fact whether fruit is cut to pieces or not and in the frequency and quantity of the distributed fruit and vegetables. It turned out that the efficiency of the implementation throughout the intervention period depended mostly on the size of the school, school policy, socio-economic status of pupils and students, the relationship between teachers and pupils and on the quality of the fruit and vegetable supply (Aarestrup et al., 2015). The findings of our research confirm similar reasons for the low impact of the programme on the nutrition habits of children and their families. The key findings of this research are:

- Parents have **little knowledge of the SFVS**, some have even heard of it for the first time, but they wish to know more.
- Parents have a **positive attitude to the scheme** and encourage children to consume fruits and vegetables, they emphasise the importance of the local food produced in organic way.
- How well the **parents are informed depends** on the promotion by the school (class meetings, consultation hours, posters, the school web page...).
- The parents who are aware of the scheme have a **more positive attitude for the SFVS**.
- The parents **do not perceive the scheme to have changed essentially the nutrition behaviour** of their children, however, they welcome the accessibility of fruit and vegetables at school.

- The efficiency of the measure can be attained with the **parents' cooperation and their inclusion** in the activities.

For the SFVS objectives to be successfully implemented, it is necessary to connect the stakeholders who take part in the nutrition of children. Together with the school, properly informed parents can significantly contribute to the pupils' formation of healthy eating habits. It is important for the parents to support school activities intended to encourage the consumption of fruit and vegetables, and for themselves to follow these objectives at home as well. It is the task of the school to properly inform pupils and parents on activities carried out in the frame of the SFVS.

References

- Aarestrup, A. K., Jørgensen, T. S., Jørgensen, S. E., Hoelscher, D. M., Due, P. & Krølner, R. (2015). Implementation of strategies to increase adolescents' access to fruit and vegetables at school: process evaluation findings from the Boost study. *BMC Public Health*, 15 (86).
- Birch, L. & Fisher, J. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 101(3), 539-549.
- Birch, L., Fisher, J. & Grimm-Thomas, K. (1999). *Children and food*. V: Children's understanding of biology and health. Siegal, M., Peterson, C. (eds.). Cambridge, New York, Cambridge University Press: 161-206.
- Buzeti, T., Djomba, J. K., Gabrijelčič Blenkuš, M., Ivanuša, M., Jeriček Klanšček, H., Kelšin, N., ... Zver, E. (2011). *Neenakosti v zdravju v Sloveniji*. SZO; IVZRS; MZRS; CZRMS.
- Gabrijelčič-Blenkuš, M. (2010). *Šolski prostor brez avtomatov za hrano in pijače. Zakon o šolski prehrani*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Gavin, M. L., Dowsen, S. & Izenberg, N. (2007). *Otrok v formi: praktični vodnik za vzgojo zdravih otrok - od rojstva do najstniških let*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Stergar, E., Scagnetti, N. & Pucelj, V. (2006). *HBSC Slovenija 2002. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Tividar, B. & Kamin, T. (2005). *Razvoj pristopov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja v srednjih šolah*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- WHO. (2003). *Diet, nutrition and prevention of chronic diseases*. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. World Health Organization Geneva: WHO Technical Report Series 916.

POHYB PRO ZDRAVÍ A OXIDAČNÍ STRES

HUMAN MOVEMENT FOR HEALTH AND OXIDATIVE STRESS

Jan Novotný

Abstrakt: *V článku je uveden problém s poškozením tkání a orgánů člověka při jeho intenzivní sportovní nebo rekreační vytrvalostní pohybové aktivitě. Velice závažnou se jeví chemická destrukce kosterních svalů - rhabdomyolýza. V posledních letech se podařilo objasnit příčiny a mechanismy vzniku těchto problémů – působení agresivních oxidačních látek (oxidační stres), které vznikají v aerobním energetickém metabolismu při intenzivním vytrvalostním cvičení. Pozitivní zjištění spočívá v možnosti zvýšení naší odolnosti vůči oxidačnímu stresu pravidelným přiměřeným (středně namáhavým) vytrvalostním cvičením.*

Klíčová slova: *pohybová aktivita, zdraví, oxidační stres*

Abstract: *In the article a problem of chemical organs' damage during intensive aerobic sport or recreational exercises, first of all injury of skeletal tissue - rhabdomyolysis. Causes and pathological mechanism are in relationship of aggressive oxidative species (oxidative stress), that are a product of aerobic energetic metabolism during intensive endurance exercise. Positive report is at possibility of improving of our oxidative stress resistance by regular appropriate (somewhat hard) aerobic exercise.*

Keywords: *human movement, health, oxidative stress*

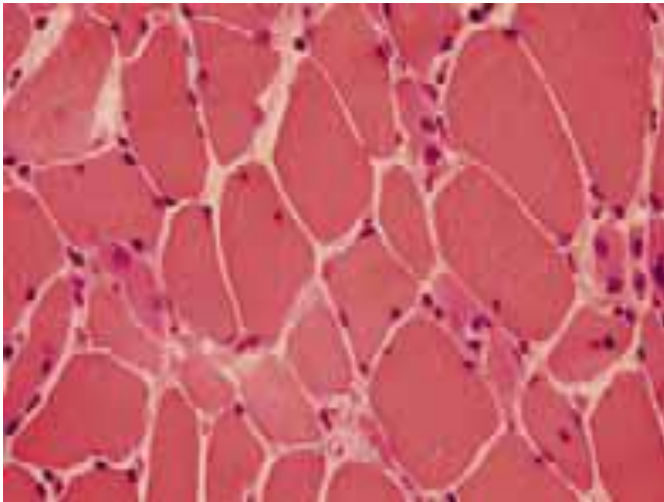
Úvod

Mezi pohybové aktivity podporující zdraví člověka patří také vytrvalostní činnosti, jako jsou chůze, běh, jízda na kole nebo koloběžce, plavání, in-line bruslení, běh na lyžích, veslování, pádlování, rekreační aerobik, tanec a další. Mají význam pro normální tělesný rozvoj člověka, pro dobrou toleranci stárnutí a v prevenci civilizačních nemocí, vyplývajících z hypokineze. Vytrvalostní pohyb, mimo jiné, příznivě ovlivňuje krevní a lymfatický oběh, energetický metabolismus, nervový systém, respirační funkce, termoregulaci, pohybový aparát, imunitní systém i trávicí systém.

Již asi před 20-30 lety se však objevovaly zdravotní problémy, které nebyly projevem příznivého působení tohoto pohybu na zdraví nýbrž spíše jeho poškozením. Například byly

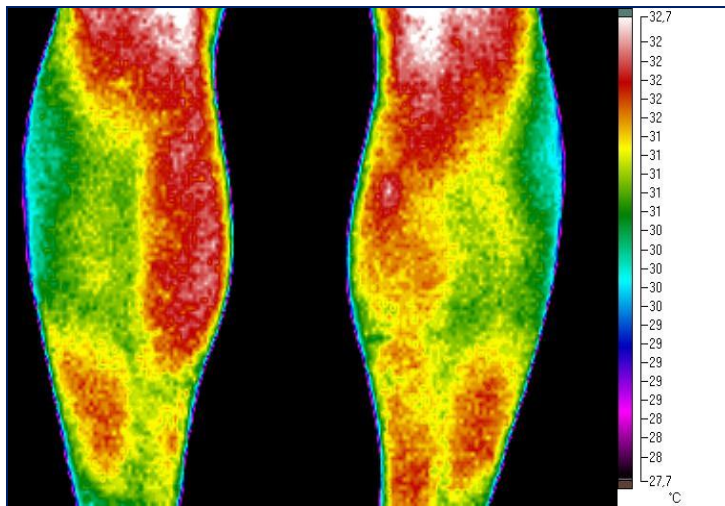
u vrcholových vytrvalostních sportovců zjišťovány známky imunosuprese – snížení počtu leukocytů – přirozených zabíječů a makrofágů poruchy tvorby protilátek proti infekci (Shepard&Shek, 1999).

V posledních asi 15 letech se objevilo více odborných článků referujících o poškození kosterních svalů – rabdomyolýze, (obr. 1) v důsledku intenzivní vytrvalostní pohybové aktivity, např. po 10 a 20 km běhu (Overgaard et al, 2004) nebo po fotbalovém tréninku (Kahanov et al., 2012). Překvapivé byly zprávy o rabdomyolýze po klicích (Ling et al., 2005), po 30 minutovém spinningu (Parmar et al., 2012), u 14 letého žáka po 100 dřepch (Ciccolella et al., 2014) nebo u rekreačního plavce (Stella &Shariff, 2012). Podobné projevy poškození byly také zjištěny u myokardu: Srdeční kreatin kináza a troponin byly zjištěny v krvi po triatlonu – 1, 9 km plavání, 90 km jízdy kole a 21 km běhu (Shave et al., 2007).



Obr. 1: Histogram poškozené svalové tkáně rabdomyolýzou (Souček et al., 2005)

Předstupněm rabdomyolýzy je akutní zánět svalů – myozitida, která je charakteristická nejen svalovou bolestí, ale i zvýšenou svalovou teplotou. To lze v mnohých případech využít k diagnostice přetížení pomocí infračervené termografie (obr. 2).



Obr. 2: Termogram lýtek zezadu s červeně zobrazenou zvýšenou teplotou v oblasti vnitřní hlavy levostranného musculus gastrocnemius při jeho akutní myositidě (Foto: Archiv autora).

Při rozsáhlejší rbdomyolýze hrozí poškození a selhání ledvin (Souček a kol., 2005). Řadu let se snažíme najít odpověď na otázku: Jaká je etiopatogeneze zmíněné rbdomyolýzy a kardiomyopatie v souvislosti s intenzivní vytrvalostní pohybovou aktivitou?

Vytrvalostní pohyb a vznik oxidačního stresu

Určité vysvětlení příčin a mechanismů výše zmíněného poškození myocytů, i jiných tkání, přinesly poznatky o jeho vazbě na oxidační stres, který je indukován vysoce intenzivní vytrvalostní – aerobní pohybovou aktivitou (Palazzetti et al., 2003). Taková tělesná aktivita se tak připojila k již dříve známým zdrojům oxidačního stresu, jako jsou třeba RTG a gama záření nebo inhalace smogu či cigaretového kouře.

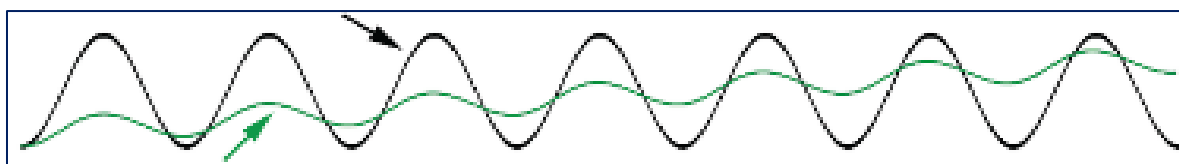
Přehled mechanismů vzniku a působení oxidačních látek je k dispozici v publikaci Šípka a kolektivu (2000): Místem produkce velkého množství oxidačních látek (ROS – reactive oxygen species) jsou myocytární mitochondrie, v nichž probíhají oxidačně – redukční procesy energetického metabolismu, za účelem získat bezprostřední zdroj energie (ATP – adenosintrifosfát) pro svalové kontrakce. Při těchto dějích vzniká superoxid (O_2^*). Ten pak za přítomnosti enzymu superoxid-dismutáza konvertuje na peroxid vodíku (H_2O_2). Z něj pak za přítomnosti železa vzniká hydroxyl (HO^*) nebo v leukocytech (neutrofilních granulocytech) kyselina chlorná ($HOCl^*$). Podobné procesy probíhají i v buňkách jaterních. Bylo odhadnuto, že v tělesném klidu jaterní tkáň produkuje 24 nmol superoxidu za 1 minutu. Při intenzivní aerobní svalové práci se ukazatel obratu aerometabolických energetických procesů, minutový příjem kyslíku (VO_2), zvyšuje přibližně na patnácti až dvacetinásobek. S tím se zvyšuje

produkce ROS, které oxidují nejbližší lipidy a proteiny a jsou podstatou oxidačního stresu. Lipidy a proteiny jsou základní stavební jednotkou membrán organel v buňkách (mitochondrie a další) i membrán na buněčném povrchu. Oxidační látky poškozují také deoxyribonukleovou kyselinu (DNA) v buněčných jádrech. Dochází tak ke strukturální destrukci a poškození funkcí buněk, včetně genetického kódu. Porušenou celulární membránou vycestují ROS z buňky do extracelulárního prostoru, dále do krve a jejím prostřednictvím do ostatních tělesných orgánů.

Vytrvalostní pohyb a adaptace na oxidační stres

Pokud je vytrvalostní aktivita na nižší intenzitě, aerobní energetické procesy přibližně na úrovni 50-75 % VO_2max , pak jsou přiměřeně stimulovány k činnosti vlastní antioxidační mechanismy, které dovedou agresivní oxidační látky likvidovat nebo neutralizovat.

Pravidelná opakovaná pohybová aktivita tohoto charakteru má příznivý adaptační efekt. Zlepšuje se odolnost proti oxidačnímu stresu (Steinbacher&Eckl, 2015).



Obr. 3: Grafické znázornění opakovaných oxidačních stresů při přiměřeném vytrvalostním tréninku

Grafické znázornění opakovaných oxidačních stresů při přiměřeném vytrvalostním tréninku (černá křivka). Postupně se zvyšuje odolnost vůči oxidačnímu stresu – adaptace fyziologických antioxidačních mechanismů. Zmenšující se plocha mezi horními vrcholy zelené a černé křivky je znázorňuje zmenšující se škodlivý účinek oxidačního stresu. (Steinbacher&Eckl, 2015).

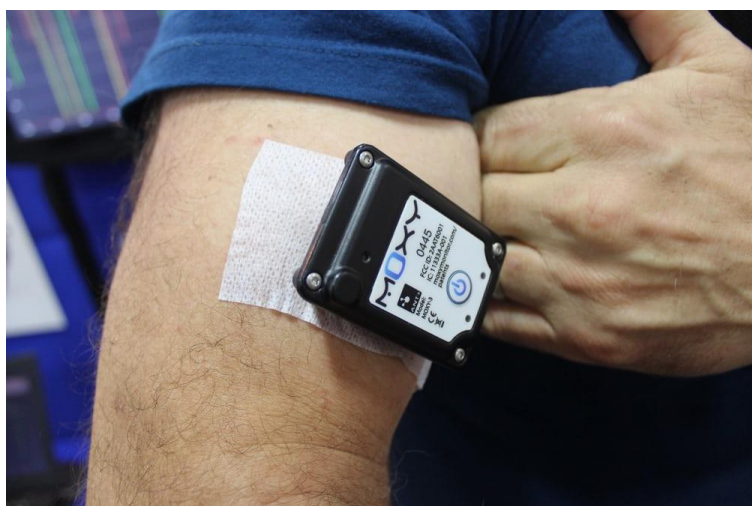
Pokud chceme co nejlépe řídit intenzitu vytrvalostního cvičení, měli bychom zjistit individuální limity prostřednictvím zátěžového testu. Vodítkem pak může být příslušná srdeční frekvence nebo pocit zátěže (Placheta a kol., 1999).

Bez zátěžového testu můžeme doporučit toto: Vodítkem správné intenzity příznivého vytrvalostního tréninku může být subjektivní pocit tělesné zátěže „lehké až namáhavé zátěže“, tj. 11-15 z Borgovy 20 stupňové škály (tab. 6; Borg, 1962). To by přibližně odpovídalo úrovni těsně pod tzv. anaerobním prahem. Vhodnou by mohla být i taková intenzita pohybu, kdy přestáváme být schopni souvislé řeči (tzv. Test duparlé; Croteau, 1989).

Tab. 6: Borgova škála pocitu zátěže (Borg, 1962)

Stupeň	Pocit zátěže
6	
7	VELMI VELMI LEHKÁ
8	
9	VELMI LEHKÁ
10	
11	LEHKÁ
12	
13	PONĚKUD NAMÁHAVÁ
14	
15	NAMÁHAVÁ
16	
17	VELMI NAMÁHAVÁ
18	
19	VELMI VELMI NAMÁHAVÁ
20	

Stojí za zvážení a ověření, zda by dobrým vodítkem, pro správnou intenzitu tréninku pro zdraví, mohla být stabilní neklesající saturace svalů kyslíkem. Tato metoda lokální svalové oxymetrie přináší objektivní ukazatel oxidačních dějů ve svalech (obr. 4). Ve sportovní trenérské praxi se u nás zatím ještě nerozšířila a čeká na využití (Guo-dong et al., 2004).



Obr. 4: Snímač pro monitoring svalové oxygenace (<http://newatlas.com/moxy-sensor-blood-oxygen/39448/pictures>)

Závěry

Několik desítek minut trvající vysoce intenzivní aerobní svalová práce (na úrovni asi 80-100 % VO_{2max}) vzniká oxidační stress, který poškozují svalovou tkáň, případně i jiné

orgány. Při takovéto opakované zátěži, např. při vrcholovém vytrvalostním tréninku, je u disponovaných jedinců vyšší riziko trvalého poškození fyziologických orgánů a funkcí.

Naopak pravidelné „poněkud namáhavé“ vytrvalostní cvičení vede ke zlepšení odolnosti vůči oxidačnímu stresu.

Referenční seznam

- Borg, G. (1962). Physical performance and perceived exertion. Gleeurp: Lund.
- Ciccolella, M. E., Moore, B., VanNess, J. M., Wyant, J. (2014). Exertional rhabdomyolysis and the law: A brief review. *J Exerc Physiol*, 17 (1), 19-27.
- Croteau, F. La prescription d'exercice: nouvelles tendances. *Med du Sport*, 63, 1989: 171-174.
- Guo-dong, X., Chao-yan, Z., Quing-ming, L. (2004). Near-infrared spectroscopy measurement of muscle oxygenation content and its application in sports practice. In: *Proceedings of 2004 Pre Olympic Congress* (3 pp.). Thessaloniki: Council for Sport Science and Physical Education.
- Kahanov, L., Eberman, L. E., Wasik, M., Alvey, T. (2012). Exertional rhabdomyolysis in a collegiate American football player after preventive cold-water immersion: a case report. *J Athletic Training*, 47: 228-232.
- Ling, A. C. M., Wang, T. L., Leu, J. G. (2005). Rhabdomyolysis in 119 students after repetitive exercise. *Br J Sports Med*, 3, e3. (www.bjsportmed.com/cgi/content/full/39/1/e3).
- Overgaard, K., Fredsted, A., Hyldal, A., Ingermann-Hansen, T., Gissel, H., Clausen, T. (2004). Effects of running distance and training on Ca²⁺ content and damage in human muscle. *Med Sci Sports Exerc*, 36, 821-829.
- Palazzetti, S., Richard, M. J., Favier, A., Margaritis, I. (2003). Overloaded training increase exercised-induced oxidative stress and damage. *Can J Appl Physiol*, 28(4), 588-604.
- Parmar, S., Chauhan, B., DuBose, J., Blake, L. (2012). Rhabdomyolysis after spin class? *J Family Pract*, 61 (10), 584-586.
- Placheta, Z., Homolka, P., Kára, T., Novotný, J., Siegelová, J., Štejfa, M. (1999). Zátěžová diagnostika v ambulantní a klinické praxi. Praha: Grada, Avicenum.
- Shave, R., George, K. P., Atkinson, G., Hart, E., Middleton, N., Whyte, G. et al. (2007). Exercise-induced cardiac troponin T release: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc*, 39 (12), 2099-2106.
- Shephard, R. J., Shek, P. N. (1999). Exercise, immunity, and susceptibility to infection. *Phys. Sports Med.*, 27, 47-71.

- Souček, M., Pálová, S., Charvát, J. (2005). Akutní selhání ledvin u kriticky nemocných pacientů s rhabdomyolýzou. *Interní medicína pro praxi*, 11, 489-491. (www.internimediceina.cz).
- Steinbacher, P., Eckl, P. (2015). Impact of Oxidative Stress on Exercising Skeletal Muscle. *Biomolecules*, 5(2), 356-377.
- Stella, J. J., Shariff, A. H. (2012). Rhabdomyolysis in a recreational swimmer. *Singapore Med J*, 53(2), e42-e44.
- Šípek, S., Borovanský, J., Čejková, J., Homolka, J., Klener, P., Lukáš, M. a kol. (2000). *Antioxidanty a volné radikály ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada, Avicenum.

ŽIVOT VE ZDRAVÍ JAKO VÝZVA PŘEDEVŠÍM MOZKU?

A HEALTHY LIFE AS AN APPEAL TO OUR BRAIN?

Miloš Dokulil

Abstrakt: Jsou tu mnohé determinanty, od genetických přes klimatické po ty politicko-sociální, a ne jen vnitrostátně dané. Máme dlouhé dětství a stále aktuálnější možnost dožít se vyššího věku; s potřebou stále vyšší úrovně kvalifikace. Nepřehlédnutelná je potřeba žít v relativně stabilní rodině. U stravovacích programů je třeba být opatrný vůči reklamám (poukazujících na tajemné procedury Orientu, zázračná vyléčení z rakoviny). Hodně času člověk prosedí hned školní docházkou, sedavým zaměstnáním, ale i zábavou vsedě. Účelné stereotypy čelit tomu pohybem nevzniknou samovolně, ani jen předsevzetími. Hned prvních šest let života je specifických nervově a psychologicky. Lidský život je úkol, a navíc výzva, ale i bilance jistého jeho plnění; dokonce s nutností být v přesahu vůči pouhému přežívání a s potřebou vylepšit také předpoklady, jimiž člověk disponuje. Aby tu zdravé tělo nebylo jen samoučelně.

Klíčová slova: determinanty lidství, vnější stres, podíl života vsedě, účelné stereotypy, theta rytmus předškolního věku, pojistný psychologický rám reflexe, meliorismus v sobě, optimalizační předpoklady životní rovnice, být „dirigentem“ vlastního těla, psychický přesah biologického přežívání

Abstract: There are several determinants here, from the genetic ones via the climatic till the politico-social ones, and not only those ones given within the state frontier. We dispose of a long childhood and an always more concrete possibility to live till a higher age; together with a higher requirement of an always higher qualification level. There is a necessity not to miss the possibility to live in a relatively stable family. In diet programs it is necessary to be cautious when confronted with ads (showing mysterious procedures of the Orient or miraculous curing of cancer). Man passes much time sitting in a bench at school, then having a sitting profession, and diverting oneself also sitting down. Purposeful stereotypes with movement can originate neither spontaneously nor on the basis of determination. Right away from the birth, the first six years of one's own life are specific from the viewpoint of our nerve activities and psychologically, too. Human life is a task and, moreover, an exhortation, and a recapitulation of its fulfilment; moreover with a necessity to dispose of an enjambment when its only existence

and prerequisites at our disposal have been considered. For our healthy body should not exist here only as autotelic.

Keywords: *determinants of life, external stress, proportion of life sitting down, purposeful stereotypes, theta rhythm in preschool years, safety psychology background of reflection, one's own meliorism, optimization prerequisites of life's equation, be a "conductor" of one's own body, psychic enjambment of biological day to day existing*

Úvod

Příspěvek je výzvou k racionálnímu překlenutí daných či nabízejících se bio-zásad jejich racionální vazbou. Až zdravým duchem bude snad zdravé též tělo. Teprve skrze aktivizované vědomí nastávají případné pozitivní aktivity těla. Neplatí zde automaticky, že zdravými lidmi bude zdravá i planeta. (1) Naše planeta není amorfni konstantou, ale řadou faktorů výrazným fenoménem zpětně ovlivňujícím lidské žití. Jsou tu rovněž k dispozici varovné statistické údaje; že např. každý pátý člověk zemře na chorobu srdce. (2) Se zaměřením nejen na profesionální zázemí tělovýchovy (anebo na tu výroční „sedmdesátku“ předsazenou této konferenci) je účelné si uvědomit, že atletickou zdatnost si lze udržet jen do 35 let, tedy jenom do poločasu těch snad ještě „pohodových“ 70 let; po tom vrcholu ještě v mládí v průměru ta zdatnost klesá za každou dekádu o 10 až 15 % (kromě dalších zhoršených předpokladů), i když dnes sportují – výjimečně – i lidé století. (3)

Prolog: Aneb je tu výchozí potřeba orientace! (Ne-li nadhledu.)

Mnohé je už předem determinantem. Především **genetické dědictví** od obou rodičů. Potom teprve celkové životní prostředí, včetně těch již očekávaných a již nastoupivších **klimatických změn**. Samozřejmě že musíme kalkulovat se sociálně-politickým prostředím, v němž se ten život odehrává; přičemž **rodina** by měla být výchozím darem i poutem, z něhož povstávají předpoklady k dalším případně funkčním a účinným vazbám. Současně tu máme v moderní společnosti k dispozici nebo nad sebou jistou „nastavebnou“ **politickou strukturu**, která skýtá jistá dobrodiní nebo úskalí jak celé komunitě, tak jejím jednotlivým členům, ať již o to stojí, anebo nikoliv. A také tu je mezi námi dlící internet a celá řada dalších rozmanitých médií, nabízejících určitě mnohem víc, než stačíme adekvátně absorbovat. **Biologicky a etnograficky** (s mnohými doprovodnými efekty z hlediska zdravého prostředí) nelze nevidět, že lidí na začátku 20. století bylo pouze zhruba 1, 5 miliardy (2, 0 až roku 1927); zatímco nyní

je lidstva na naší zeměkouli již skoro 7, 5 miliardy, čili – jen za posledních pouhých 116 let – **pětkrát tolik!** (4)

A potom tu je v každém tom individuálním životě jako jeho závažný start nemálo **dlouhé dětství a dospívání** (ve srovnání s jinými primáty), což jsou zároveň jisté výzvy k následování a prorůstání pro vlastní dospělost. Ve 20. století se navíc v průměru hodně rozšířil **počet žitých let** pro ten náš život. A je mnohem více lidí dožívajících se důchodu a zároveň většího počtu let v něm. Což není jen sociální či finanční problém pro stát. Mnohem víc než kdykoliv dříve dnešní generace musí ve svém zájmu zvažovat, co všechno včas udělat a čemu naopak se vyhybat, aby kvalita toho života byla **optimální pokud možno až do konce** toho osobního žití. Protože kultura se stala díky rozhlasu, televizi a elektronickým médiím masově komukoliv dostupnou, měly by – v mezích možností – růst rovněž nároky na kvalitu jejího „konzumu“. Od počátku 20. století se evidentně prodlužují individuální životy. Předvídá se, že z dětí narozených roku 2000 by se mělo dožít v materiálně přiměřeně zajištěných zemích sta let přes polovinu. (5)

Navíc, právě v tom ještě 20. století, zcela nepředstavitelně se urychlilo tempo jak biologicky prožívaného života, tak – možná ještě mnohem výrazněji – **rozvoje vědy a uplatňování nových technologií**. Zcela nepřehlédnutelně mezi nás vstoupila jak nejdříve atomová energie, tak skoro vzápětí na to počítačová technologie; a posléze i solární energie. Automatizace a mechanizace výrobních procesů dosáhla úrovně, že méně technicky vybavené provozy stěží v mezinárodní soutěži obstojí. **Nekvalifikovaní** velmi obtížně získávají práci; takže může být v některých zemích 10, a v jiných třeba i 25 % lidí bez pracovního poměru (o počtu lidí bez střechy nad hlavou nemluvě). To má pochopitelně vliv mj. na osobní bezpečnost, ale i na sociální jistoty lidí zatím zaměstnaných; včetně pak **možných stresů** nejen z právě zmíněných rizik.

Nečekaně, ale nepřehlédnutelně se nedávno zhoršilo **mezinárodní klima** svémocným a násilným založením tzv. Islámského státu. Takto tu proti sobě v současnosti stojí dvě zcela rozdílně kotvené kultury; v té muslimské je žena vnímána nábožensky, sociálně, právně, a ovšem i psychologicky jako níže postavený tvor než muž. Navíc pro islám neexistuje žádná žádoucí kontrola porodnosti, což ovšem rychle zvýší už tak zcela kontrole se vymknuvší tlak na kriticky již několik let probíhající **migraci „utečenců“ do Evropy**. Pochopitelně s dalšími důsledky na celkový rámec možné celkové kvality života hned do dvou desetiletí nejen třeba v Africe (tam s **dvojnásobkem** stávajícího počtu obyvatelstva během 30 let) nebo následně (zvýšeným tlakem na migraci) v Evropě. Přičemž bychom neměli přehlížet, že doprovodně zhorší celkové podmínky pro kvalitu našeho evropsky pojatého života to, že teroristicky

orientovaná větev islámu není tolerantní vůči jiným věrám a nadto propojuje politiku, náboženství a vojenství v **jednu agresivní výslednici**, čemuž nelze snadno čelit; ať už potom máme zvažovat rizika přímo pro svůj život a pro své zdraví tělesné, nebo doprovodně i pro to duševní. Takto pramenící úzkost z těchto dalších závažných rizik opět nemálo přispívá ke stresu a ke snížení potřebné hladiny k celkové „zdravotní pohodě“.

Neomylnost? (Hned úvodní odstavec na to poněkud narazil.) Jako kdyby rostlo naše sebevědomí i tím, že hnedle skoro všechno lze nějak vyklikat na síti internetu. Tablet nebo „chytrý“ mobilní telefon se již před časem staly součástí výbavy jak mladé, tak střední generace. Dostupnost celé řady „chytrých“ médií v každé domácnosti i v oblastech dříve (a možná stále) zaostalých je snad již hodně obecně standardem. Nelze vyloučit, že díky tomu, že začínáme žít v jakési „informační společnosti“, ani již moc nebereme v úvahu, že taky **stále je nutné pokorně a se zápalem (a ovšem adresně) se vzdělávat**. Že ty informace z webu nemusí být všechny automaticky relevantní a pravdivé. (Jen „na okraj dění“: Je teprve teď před námi v EU problém, že britský volič nedávno zvolil „Brexit“. Míra racionality tohoto rozhodnutí je přinejmenším diskutabilní. A jako kdyby až na základě výsledků těch voleb se začalo ozřejmovat, co všechno mělo být vzato v úvahu před vlastním rozhodováním, aniž si s tím nespokojenci s daným stavem dělali hned těžkou hlavu.) Odvozeně, ale někdy potom závažně a stěží kontrolovatelně, politické či hospodářské faktory ovlivňují naši psychiku, a ta má **nemalý a naprosto nekontrolovatelný vliv rovněž na stav našeho těla**. (My lidé nejsme „Turingovými stroji“! Neadekvátní nejen obecné programy, ale zvláště nepřiměřenost, ne-li **základnost závažných konkrétních informací** nepřispívá ani k žádoucímu společenskému klimatu, ale ani ke kýženému mikroklimatu každého z nás.)

A jako jsou či mohou být různá řešení otázek politických nebo sociálních, zrovna tak – a možná ještě naléhavěji – mohou vyvstávat problémy kolem toho, jak posléze, ne-li především žít; počínaje třeba stravováním, podílem či mírou tělesného pohybu (když stále pohodlnějších a rychlejších dopravních prostředků pořád přibývá), volbou **zaměření volného času**, o způsobu, zda také vůbec preferenčně žít v **nějaké relativně stabilní rodině**, rovněž mluvě (když tyto vazby se nemálo uvolnily, alespoň ve sféře „západního“ pojetí života).

Stravovací návyky jako rámcová výzva

Pochopitelně ty tam jsou doby nejen typu života člověka sběrače či lovce. Ne že bychom ještě byli posléze přímo odvislí jen od toho, co „v potu tváře“ sami vyprodukujeme. Ne že bychom přitom neměli naopak právě proto vážně zvažovat nejen, jak se vyhnout doprovodnému podílu škodlivého cholesterolu, ale též jak přijatelně celoročně zajistit potřebné vitaminy

v každodenní stravě. Nově se uvažuje mj. o saturevaných tucích; ne že by byla statisticky relevantní vazba těchto tuků na srdeční choroby. (6)

Nemělo by se jednat jen o kampaňovitá opatření čas od času, nýbrž o **standardní a trvalou péči** o kvalitní a **kaloricky vyvážená** jídla. Nemálo (alespoň svým zevnějškem) posléze člověk **je tím, co** – a kolik toho – **jí** (jak praví jedno úsloví).

Vytyčované a posléze vytýčené zdravotní programy (vzájemně nikoli vždy zrovna souladné) působí ovšem často lákavě již předem. Těž proto, že zřejmě nabízejí jak někdy přitažlivou a užitečnou změnu ustálených stereotypů, tak jejich optimální stabilizaci. Někdy se tak děje na základě psychologicky účinné reklamy, ať třeba odkazem na tajemné procedury Orientu (7), anebo zázračná vyléčení z rakoviny (8).

Ne že by ty různé stravovací programy neměly – aspoň některé z nich – jistou svou míru důvěryhodnosti. Jenže **nemají automaticky univerzální platnost**. Nemáme všichni vzájemně svými tělesnými dispozicemi zcela totožné asimilační předpoklady vůči jakkoli jinak preferenčně propagované či doporučované stravě.

Pohyb jen jako „doplněk“ vlastního žití?

AI (čili „umělá inteligence“), aneb skoro všechno za nás dnes udělají stroje. Začalo to již před dvěma sty lety. Byla tu výchozí mechanizace pomocí páry. Navíc, až příliš mnoho rozmanitých činností vyžaduje posléze **evidenci někde vsedě**. Anebo mnohé se musí předem připravit činností, která spočívá v tom, že nositel tvůrčího mozku sedí u počítače.

Mladá generace hned o pracovních dnech **denně prosedí půldne celých hned osm let** základní školní docházkou, pokud navíc – spíše v kvalitě mozku pro ty lépe vybavené – toto sedění nemá pokračovat dalších několik let, nejen ve školních lavicích, ale rovněž dále pak doma nebo někde ve studovnách až do absolutoria univerzity či technické školy.

Následně celá řada povolání se stále může realizovat **vylučně vsedě**, a nejsou to jen třeba taxikáři nebo hudebníci v nějakém orchestru, i když mezi námi za posledního půl století až příliš nápadně ubylo třeba sedících opravářů šatstva či bot. Kdo pracuje s počítačem, rovněž u něho sedí (i když třeba v přírodě si k němu může třeba nějak navíc i lehnout).

A potom tu máme před sebou pochopitelně taky potřebu nějaké zábavy. Konzumenti ji většinou absorbují **opět – jak jinak – vsedě**.

Nu, a je-li tu stále méně mezi námi lidmi přirozeného pohybu, měla by být jeho nutnost saturevána aspoň částečně uměle, a tedy nějakým „tělocvičením“. Ne že by to muselo být zrovna v tělocvičně a formou zvenčí organizované akce. Jenže zde je jeden skrytý kámen úrazu; v tom, že osobně prováděné nějaké rozcvičky lze vždycky nějak odložit na „určitě zítra“, anebo

k psychologicky spásonosným náhradním jejich formám (třeba že dojde k usilovnější chůzi od bytu k zastávce tramvaje či trolejbusu), přičemž se na toto předsevzetí zapomene, anebo zrovna do toho potom ještě „něco vleze“, takže ani náhradní program se nekoná. Chci tím naznačit, že ani nějaké tělesně prováděné **účelné stereotypy nevznikají samovolně**, ani nějak spásonosně; a tedy přirozeně, a **jaksi samy od sebe**. A i když by tu byla vykázána osobní jistota o potřebě zdravotní prevence cíleným pohybem, pouhým **zjištěním** takového desiderata do života jedince **zakotvena a jím automaticky zajištěna nebude**.

Hned start do života závažně předznamená mnohé

Jsou tu rozmanité stereotypy hned pro nemluvně. Jakmile si kojeneček od počátku na určité aktivity a postup v nich zvykne, naváže na tohle všechno i jako batole a potom dokonce i v dalších fázích svého života. Zvyk je posléze **druhou přirozeností**.

Děti předškolního věku se většinou na předstupních svého života stále ještě pohybují především v rodinném prostředí (i když přirozená vazba na matku dominuje), a to na úrovni svých možností poznání, spíš obrazně a „přízemně“; možná v podobě zvláštních, až pohádkových, a obdobně také přitažlivých lepopel. (Abych teď příliš nerozostřil tento úhel pohledu, nebudu okamžitě vykazovat, v čem a jak je ta zkušenost pak odlišná pro děti, které bývají od malička přes den v nějakých neosobních sociálních zařízeních.)

Navíc, do dokončeného 6. biologického roku v **bdělém stavu** vykazuje dětský mozek fyziologicky **theta rytmus (až nižší frekvence alfa)**, a tedy zrovna zvláště tu frekvenci, která bude později pro celý další život odpovídat stavu mozku před spánkem, když člověk se zavřenýma očima začíná usínat. Čili předškolní dítě s **otevřenýma očima svůj život svérázně sní**. Sice moc z tohoto období si toho nakonec člověk nezapamatuje, ale „**podvědomé šraňky**“ a **modely** ke svému dalšímu jednání si takto někdy velmi **jedinečně – a účinně – vytvoří**. (Toto zjištění považuji pro další sled svých úvah a jejich vyústění za velmi důležité.)

Výzvou je pak vždy teprve něco vpředu, nahoře, nebo „kdesi uvnitř“

Zároveň ovšem, pokud není člověk až příliš obklopen podmanivou přitažlivostí kulis zděděné a standardní tradice, možná bude chtít nastoupit nějakou svou vlastní cestu, a nebude chtít zůstat jen a pouze ve šlápějích rodičů či **ve stínu předpokladů vlastního rodiště**. K tomu ovšem pochopitelně nedojde okamžitě; a rozhodně se tak nestane hned v útlém předškolním mládí. Běžně si ale málokdy uvědomujeme, kolik jen rozmanitých přístupů k běžným aktivitám dne jsme si nějak osvojili hned v těch prvních letech svého života; bez ohledu na to, že je pak konáme zcela automaticky, podvědomě, a jakoby bezděčně. Čím více

se ovšem v našem životě uplatňuje racionalita, tím častěji se potom samozřejmě stává, že chceme to či ono podrobovat rozumovému testu. Nebo aspoň jakési výchozí „reflexi“. A pokud nemáme v záloze žádný **pojistný psychologicky uplatnitelný „rám“**, taková bezděčná „reflexe“ může třeba zcela totálně vynulovat zatím jenom dnešní dobré předsevzetí (a třeba zrovna k onomu dnes a denně potřebnému minimu rozvíčovacíh či nápravných pohybů do běžného dne), ať už nám zrovna bylo jenom 20, anebo – pochopitelně s jinými tělesnými a duševními parametry – dvakrát či třikrát 20 let. Cesta ke zkáze – jak říká jedno úsloví – je **dlážděna právě těmi dobrými (a ovšem realizací na další dny odloženými) předsevzetími**.

Určitě by naše rozmanitá přesvědčení týkající se tělesného zdraví neměla být závislá jen a pouze od toho, že zrovna včera nebo před týdnem někdo na toto téma pronesl přehršlí moudrých vět, s nimiž náhodou vřele souhlasíme.

Vždyť bychom si měli být setrvale již od časů dospívání nemálo vědomi toho, že každý individuální život již **tou svou jedinečností pro každého jedince je zázrakem**; nikdy zcela předvídatelný, a vždycky spojený s řadou výzev, které mohou být pojaty jako osobně adresný úkol. Sami jsme si ten život nedali. A potom bychom si jej rovněž neměli jen tak zbůhdarma a lehkomyšlně, a s bezděčnou bezstarostností krátit.

Takže, aniž se nutně musíme hned vznášet kolem zrovna nadhozené tematiky s nějakou filosofující sentencí (přičemž v tom zrovna uplatněném složeném slově ono původně řecké „sofos“ znamená česky „moudrý“), možná vesměs většinou budeme mít za to, že **život je hodnota, o kterou je nutno a je nanejvýš žádoucí příhodně a setrvale pečovat**.

Život je **úkol**. Život je **výzva**. Život je posléze **doprovodné jisté jeho (na)plnění**. Potom uvažujícímu člověku nemůže být jedno, s jakými celkovými předpoklady tomu všemu, co ho možná čeká, dostojí. Bez ohledu na výchozí dary, k nimž každý z nás přišel do tohoto života jaksi bezděčně a bez sebemenších vlastních zásluh. A zároveň s ohledem na ty výchozí genetické danosti, které by ovšem neměly nikterak determinovat celkovou, řekněme, že **provizorní „kapacitu“ každého z nás**, aby tento svět byl v mezích možností přece jenom něčím lepší, než byl ještě včera. Jakýsi meliorismus by přitom neměl být kýženým snem jen pro ten exteriér. Jako kdyby nám samým – jako aktérům, ale trochu i režisérům svých životů – nezáleželo na **možnosti toho relativního „meliorismu“ také v nás!** Abychom posléze mohli co nejlíp nejen konat, ale pak nad tím dokonce i medítovat, zda to přece jen nebylo možné **udělat ještě trochu líp**.

Pochopitelně tohle všechno také díky těm jistým a přijatelným tělesným dispozicím. Až v **tom zdravém těle prý bývá zdravý duch**. (Ten „duch“ ovšem vytváří nejeden předpoklad pro to zdravé tělo!) Neboť nemocné a rozmanitě indisponované tělo si vynucuje právě **pro ten**

nezdravý stav jisté priority, které pak blokují duševní sféru, jež se nemůže automaticky oprostít od brzdných účinků jen provizorně fungujícího těla.

Aniž je teď možná nutné tohle všechno zdůrazňovat. Každý jsme jakoby svého štěstí svým způsobem a do jisté míry strůjci.

Epilog: Život jako úkol bude v přesahu vůči pouhému přežívání

Jakmile člověk nechce jen jaksi biologicky pouze „přežít“, musí si vytknout nějakou „cestu vpřed“, do budoucnosti, která by nebyla jen biologickým přežíváním ze dne na den. Pak s vytčením nějakého programu do dalších dní, či týdnů, ne-li přímo pro celou životní etapu. Potom do té životní rovnice, kterou hodlá řešit, ovšemže reálně a prakticky, musí náležitě vložit ty **předpoklady, jimiž disponuje**. Nestací, že to tělo tu nějak je. Nestací, že by tu byl k dispozici jakýsi – řekněme – duševní potenciál individuálního života. Musí mít – aspoň trochu – tu cestu usnadněnou tím, že **jisté aktivity probíhají jaksi autonomně**, aniž si je musí nutkavě, možná i několikrát denně, připomínat. A potom – zrovna tak, jako denně nebude asi běžně zvažovat, zda má jíst – obdobně bude mít zakotveno třeba denní nějaké cvičení páteře či dechu, anebo partií některých svalů. Jako kdyby šlo o ta výše zmíněná a opakovaně zvenčí nastavovaná **funkční „lepirela“ předškolního věku** (byť v nesrovnatelně náročnější realizaci). Spolu s těmi intelektuálně kooptovanými kulisami, jejichž prostřednictvím si uvědomujeme, že a jak je ten náš život jak úkolem, tak výzvou, tak i svého druhu plněním. A snad pak i... (že by?)... možná vyústujícím též jistým uspokojením.

Samozřejmě že tohle všechno začíná svérázně klíčit hned v oněch výše zmíněných **prvních šesti letech věku**. (A to jsem se zatím v tomto kontextu nezmínil dost podrobně o **stresu**, který bývá jednou z položek, které **brzdí jak pohodu těla, tak i jeho ducha**. A znemožňuje nejen případnou pohodu také ke cvičení.)

Naše mysl by měla zůstat **vnímavým „dirigentem“ svého vlastního těla**. Aniž by bylo zrovna k tomu nutné rigorózně a autoritativně vymezovat, že tělesné dispozice jsou tu jaksi historicky *prius*, a tedy dřívější; zatímco ty osobní duševní kvality mohou posléze ty tělesné danosti korigovat jak – v mezích možností – k lepšímu, tak k horšímu. A že se přitom vyplatí mít v sobě z dřívějšího času vštípené aspoň nějaké pozitivní návyky rovněž pro to tělo, nad nimiž by se nemuselo dumat, protože... inu, protože zvyk je přece ta **druhá přirozenost** v každém z nás. Přitom v jakýchsi zvláštních, **„psychicky“ jedinečně předznamenáných (ne-li spíše všední každodenností „prohmataných“)** kolejích. Na tyto jedinečné „stíny“ v nás jsem chtěl upozornit, protože mohou nadmíru vhodně sloužit jako **neúhybná zástěna našeho**

každodenního konání. Neboť se nemůžeme spoléhat ani automaticky jen na **biorytmy života**, ani na kampaňovité vpády racionálních úvah do každodenního vlastního jejich prožívání. (9)

Chci toto uvažování končit skromným připomenutím, že každý život je těhotný potenciálním očekáváním, **kdy dojde k přesahu jeho vlastního, a jenom biologického přežívání.** Zdravým „duchem“ dále pookřeje i relativně zdravé tělo. A snad není třeba příliš připomínat, že to zdravé tělo **není tu kypící zdravím jen samoučelně.**

(**Závěrečná poznámka:** Nepočítal jsem okamžitě s tím, že tato, svého druhu naléhavá výzva potřebuje něco doložit nějakými adresnými odkazy. Nejen na těch zde zrovna zmíněných a aktualizovaných odkazech paradoxně její řádky ovšem stojí. Uvítal jsem ovšem možnost zcela aktuální doprovodné ilustrace již napsaného – a kéž by burčujícího – textu.)

Referenční seznam

- (1) V nesmírně rozsáhlém DVD (a CD) souboru s názvem *The Great Courses* pod číslem 1986 je projekt o 24 lekcích s názvem „The Science of Natural Healing“, jehož autorkou je prof. Mimi Guarneri. Její 23. lekce má znění: „Healthy People, Healthy Planet“.
- (2) Mj. viz i periodikum *New Scientist*, z 20/8/2016, s. 19, kde je – byť celkově s odlišným zaměřením, než teď zrovna sledujeme my – článek „Give animal-human chimeras a chance“ od Michaela Le Page-a.
- (3) Mj. viz znovu periodikum *New Scientist*, z 20/8/2016, tentokrát s. 10, s příspěvkem „Cyclist named best athlete over 100“ od Helen Thomsonové.
- (4) Viz i: https://en.wikipedia.org/wiki/World_population.
- (5) Gratton, L., Scott, A.: *The 100-Year Life: Living and working in an age of longevity*, Bloomsbury 2016. — Nyní je naše průměrná „životnost“ (tj. žití ve zdraví) odhadována na 86 let. Viz k tomuto tématu W. Wayt Gibbs, Health Check.
- (6) Johnson, I.: Steak out; *New Scientistz* 16/7/2016, s. 18-19.
- (7) Nejčastěji je zmiňována akupunktura. Dodnes nebyl nalezen žádný fyziologicky adresný mechanismus v lidském těle, který by tuhle svéráznou proceduru takto potvrdil jako nejen placebo efekt. Viz též: Jeneen Interlandi, The Acupuncture Myth, *Scientific American*, August 2016, s. 19-20.
- (8) Můj článek (s názvem „Správná výživa = věda?“) asi nebude valně dostupný (vyšel ve švýcarském *Zpravodaji*, č. 7-8/2016, s. 33-35). Raději uvedu jméno jedné ne zrovna seriózní autorky, uváděné jako Belle Gibson; určitě snadno najdete o ní na webu další otřesné údaje na téma důvěřivost a senzační, stěží adresná sdělení na téma „zdraví“.

(9) Určitě stojí za připomenutí, že např. pro běh není automaticky výlučně směrodatná frekvence rytmu nohou; alespoň s ohledem na závažnost síly odrazu nohou! Viz: Fine Maron, D. The Secret to Speed, *Scientific American*, August 2016, s. 44-49.

ŽIVOTNÁ SPOKOJNOSŤ V SÚVISLOSTI S VYUŽITÍM COPINGOVÝCH STRATÉGIÍ U VYSOKOŠKOLÁKOV

LIFE SATISFACTION IN CONNECTION WITH THE USE OF COPING STRATEGIES OF UNIVERSITY STUDENTS

Zuzana Mičková

Abstrakt: V príspevku boli zisťované vzťahy medzi subjektívne vnímanou životnou spokojnosťou a využívaním copingových stratégií u vysokoškolákov. Na zistenie životnej spokojnosti bol použitý dotazník Škála spokojnosti so životom SWLS (Diener, Emmons, Larsen a Griffin, 1985). K zisteniu stratégií zvládania (adaptívne, maladaptívne stratégie) bol použitý dotazník copingových stratégií COPE (Carver, Scheier, Weintraub, 1989). Výskumnú vzorku tvorilo 120 študentov vysokých škôl ($N = 120$), 68 žien 52 mužov, AM (ženy) = 22, 78; AM (muži) = 23, 50. Na životnej spokojnosti sa významne pozitívne podieľa pozitívna reinterpretácia, aktívny coping, plánovanie, emocionálna a sociálna opora, negatívny vzťah bol zistený medzi spokojnosťou so životom a stratégiami mentálne a behaviorálne vzdanie sa.

Kľúčové slová: adolescent, životná spokojnosť, coping, copingové stratégie

Abstract: Gender differences and relations between life satisfaction and coping strategies were determined. To determine the quality of life satisfaction, the questionnaire SWLS (Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985) was used. In order to identify the adaptive / maladaptive strategies for coping with stress the COPE questionnaire (Carver, Scheier, Weintraub, 1989) was used. The research sample consisted of 120 university students ($N = 120$), 68 women 52 men AM (women) = 22. 78; AM (men) = 23. 50. Life satisfaction is positively correlated with the strategy of planning, active coping, instrumental support, positive reinterpretation and negatively correlated with the mental and behavioral waiver.

Keywords: adolescent, live satisfaction, coping and coping strategies

Úvod

Spokojnosť s vlastným životom možno vymedziť ako stav, kedy sa jedinec cíti dobre (Křivohlavý, 2004), ako stav subjektívnej pohody (Blatný, 2010), stav prežívania radosti

a šťastia (Slezáčková, 2012). Ďalšie vymedzenie nachádzame v súvislosti s optimálnym zdravím (Kebza, Šolcová, 2005) a s hodnotením emocionálnych skúseností (Diener, 1994), pričom ako uvádza Křivohlavý (2004), pre pocit spokojnosti so životom je nevyhnutná prevaha pozitívnej afektivity nad negatívnou (Křivohlavý, 2004). Na pozitívnej afektive sa podieľajú predovšetkým pozitívne emocionálne zážitky ako i individuálne životné podmienky s emočne pozitívnym kontextom.

Značný význam je pripisovaný genetickým faktorom, osobnostným vlastnostiam, sociálnemu prostrediu a emocionálnym vzťahom (Baumgartner, 2001; Křivohlavý, 2004; Paulík, 2010; Hřebíčková a kol., 2010; Henderson, Knight, 2012), aktivite a zaangažovanosti, genetickým dispozíciám (Diener, Lucas, Oishi, 2002), ekonomickému statusu a sebahodnoteniu (Gurková, 2011). Schopnosť prekonať napätie ako i schopnosť zvládať životné majú taktiež podieľ na utváraní životnej spokojnosti (Baumgartner, 2001). Podľa Džuku (2002) sa subjektívna spokojnosť s vlastným životom týka všeobecnej spokojnosti a to z hľadiska vzťahu k osobným cieľom, k očakávaniam, záujmom, hodnotám, k celkovému životnému štýlu. Neoddeliteľnou súčasťou životnej spokojnosti sú tiež materiálne, environmentálne a sociálne podmienky jedinca. Podľa Dienera, Emmonsa, Larsena, Griffina, (1985) sa celková životná spokojnosť spája tiež s kognitívnym hodnotením konkrétnej životnej situácie. Na základe vymedzenia pojmu životná spokojnosť možno konštatovať, že ide o pojem s multidimenzionálnym kontextom. V našom príspevku životnú spokojnosť vnímame z pohľadu celkového hodnotenia spokojnosti ako nachádzame vymedzenie u Dienera, Emmonsa, Larsena a Griffina (1985).

Teoretické východiská

Jednotlivé zdroje ktoré zabezpečujú životnú spokojnosť sa v priebehu života menia. V mladšom veku dominuje predovšetkým potreba intenzívnych emocionálnych zážitkov (Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006). Prevaha pozitívnych pocitov podľa Blatného (2010) predstavuje výsledok hodnotenia emocionálnej stránky vlastného života vyplývajúcej z oblastí ako sú rodina, práca, manželstvo a pod). K globálnemu hodnoteniu života prispieva okrem emocionálnej stránky tiež kognitívna úroveň (Doge, Daly, Huyton, Sanderson 2012; Křivohlavý, 2004). Ďalšie kritérium o ktorom možno v súvislosti so životnou spokojnosťou uvažovať je gender aspekt. Výskumne boli zistené rozdiely v prežívaní emócií medzi mužmi a ženami. Ženy prežívajú intenzívnejšie pozitívne aj negatívne emócie a sociálne vzťahy predstavujú pre ne významnejší zdroj osobnej pohody ako u mužov (Wood, Rhodes, Whelan, 1989 in Blatný, 2010). Pavot a Diener (2004) v tejto súvislosti dodávajú, že rozdiely medzi

pohlavím sa vzťahujú tiež k veku. Mladšie ženy sú šťastnejšie ako mladší muži, a naopak staršie ženy sú menej šťastné ako starší muži. Používanie jednotlivých copingových stratégií efektívnym spôsobom zvyšuje podiel na individuálnej spokojnosti jedinca. Ako uvádza Baumgartner (2010), stratégie zvládania sa podieľajú na utváraní osobnej pohody. Carnicer a Calderónová (2013) skúmali vyrovnávanie so záťažou u študentov a zistili, že spôsob, akým sa študenti vyrovnávajú so záťažou, vplýva na utváranie pohody. Schopnosť efektívne využívať jednotlivé copingové stratégie sa premieta do globálneho hodnotenia spokojnosti so životom a Paulík (2010) v tejto súvislosti uvádza, že coping predstavuje stabilizujúci faktor v procese adaptácie. Pri zvládaní podľa Folkmanovej a Lazarusa (1986 in Baumgartner, 2001; Ogden, 2004) ide o behaviorálne, kognitívne, sociálne odpovede vzťahujúce sa k úsiliu osoby regulovať, tolerovať, minimalizovať vnútorné alebo vonkajšie tlaky a napätia vyplývajúce z transakcií osoby a prostredia. Významné miesto v procese zvládania pripisuje Ruiselová (2006) samotným cieľom jedinca. Stratégie zvládania úzko súvisia i s osobnostnými charakteristikami. Proces zvládania sa uskutočňuje prostredníctvom tzv. copingových stratégií alebo štýlov pričom ich efektivita podľa Snydera a Dinoffa (1999) závisí od schopnosti okamžitej eliminácie stresu, ako aj od ich dlhotrvajúceho vplyvu na osobnú pohodu a zdravotný stav jedinca. Wilkinson a Walford (2000) vo svojej výskumnej štúdií preukázali pozitívny vzťah medzi vyhýbavými stratégiami zvládania a zvýšeným depresívnym a úzkostným ladením. V súvislosti s emocionálnou bilanciou jedinca Ben-Zura (2009 in Carter, 2010) zistil, že problémovo-orientovaný coping sa spája s vyššou pozitívnou afektivitou.

Vychádzajúc z teoretických východísk možno predpokladať, že možnosť študovať sa spája s osobnými cieľmi študentov, čo zvyšuje ich očakávanie kvalitnejšieho prežívania života po ukončení vysokoškolského štúdia. Študenti, rovnako adolescenti i adolescentky, majú v rámci vysokoškolského štúdia rovnaké možnosti pre sebarealizáciu, pre utváranie a rozvíjanie sociálnych vzťahov, ako i priestor pre plnenie individuálnych cieľov.

Cieľ

Cieľom bolo zistiť celkovú úroveň životnej spokojnosti u vysokoškolákov ako i genderové rozdiely v hodnotení vlastnej životnej spokojnosti. Ďalším cieľom bolo zistiť aké sú vzťahy medzi životnou spokojnosťou a adaptívnymi a maladaptívnymi copingovými stratégiami.

Výskumná vzorka

Výskumný súbor tvorilo 120 adolescentov, študentov vysokých škôl humanitného a technického zamerania, ženy (N=68), muži (N=52), priemerný vek bol 23, 5 rokov. Výskumné dáta boli získané prostredníctvom nami poučených študentov psychológie.

Metódy

Na základe meta-analýzy DeNeveovej a Coopera (1998 in Blatný, Jelínek, Hřebíčková, 2009), v ktorej je subjektívna pohoda operacionalizovaná ako životná spokojnosť (zo 146 štúdií v 102) bola na zistenie subjektívneho pocitu spokojnosti využitá škála spokojnosti so životom (SWLS) od Dienera, Emmons, Larsena a Griffina (1985). Uvedená škála meria celkové kognitívne hodnotenie spokojnosti jedinca s vlastným životom. Získané skóre vypovedá o miere spokojnosti. Na základe celkového súčtu bodov môžeme zhodnotiť, na koľko je respondent so svojim životom spokojný (Diener, 2006). Na zisťovanie preferencií stratégií zvládania v záťažových situáciách bol použitý dotazník COPE. Dotazník zisťuje relatívne stále, dispozičné preferencie voľby stratégií zvládania. Autori uvádzajú, že každá škála je unipolárna, a jej chýbanie neznamená absenciu protikladu (Carver, Scheier, Weintraub, 1989). Autori vytvorili kategórie copingových kategórii adaptívne, maladaptívne, využívanie alkoholu, drog, humoru boli pridané do zoznamu kategórií neskôr. Kategória adaptívnych/ maladaptívnych stratégií je Vašinom (1999) zdôvodnené tým, že niektoré stratégie nie je možné jednoznačne zaradiť do adaptívnych alebo maladaptívnych bez poznania konkrétnej situácie. Výskumná vzorka bola získaná prostredníctvom riešenia problematiky copingu a životnej spokojnosti vysokoškolákov v diplomovej práci (Zelenková, 2015).

Výsledky a interpretácia

Tab. 7: Speermanova korelácia; Vzťah medzi životnou spokojnosťou a adaptívnymi copingovými stratégiami (ACS)

ACS		1	2	3	4	5	6	7
SWLS	r	0,303**	0,183*	0,127	0,055	0,290**	0,198*	0,403**
	sign.	0,001	0,045	0,165	0,553	0,001	0,030	0,000

Legenda: 1. aktívny coping, 2. plánovanie, 3. potlačenie interferujúcich aktivít, 4. zdržanlivosť 5. inštrumentálna soc. opora, 6. emočná soc. opora, 7. pozitívna. reinterpretácia

** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$

Z tab. 7 je zrejmé, že medzi životnou spokojnosťou a stratégiou potlačenie interferujúcich aktivít a zdržanlivosť nebol zistený signifikantný vzťah. Významný vzťah bol

preukázaný medzi adaptívnymi stratégiami (aktívny coping, plánovanie, inštrumentálna sociálna pomoc, emočná sociálna opora, pozitívna reinterpetácia) so životnou spokojnosťou. Najsilnejší vzťah bol zistený medzi copingovými stratégiami inštrumentálna sociálna opora, pozitívna reinterpetácia ($r=0,403$; $p=0,000$) a subjektívnym pocitom spokojnosti. Interpretujeme, že čím je intenzívnejšia podpora sociálneho prostredia a schopnosť jedinca vidieť pozitívne aspekty v udalostiach s negatívnymi pocitmi, tým je subjektívny pocit pohody pozitívnejší. So subjektívnou pohodou tiež súvisia stratégie plánovanie ($r=0,183$; $p\leq 0,05$), a emočná sociálna opora ($r=0,198$; $p\leq 0,05$). Životnú spokojnosť pozitívne determinujú tiež emocionálne vzťahy, pričom sociálne vzťahy sú spojené so životnou spokojnosťou výraznejšie. Využívanie sociálneho prostredia môže byť intenzívnejšie z dôvodu intenzívneho odpútania od primárnej rodiny a sústredenie sa na okruh priateľov v rámci vysokoškolského prostredia.

Tab. 8: Speermanová korelácia; Vzťah medzi životnou spokojnosťou a maladaptívnymi copingovými stratégiami (MCS)

MCS		Popretie	Mentálne_vzdanie	Behaviorálne_vzdanie	Drogy
SWLS	r	-0,263**	-0,322**	-0,361**	-0,229*
	sign.	0,004	0,000	0,000	0,012

** $p\leq 0,01$, * $p\leq 0,05$

Z tab. 8 je zrejmé, že medzi pocitom subjektívnej spokojnosti a všetkými maladaptívnymi stratégiami bol preukázaný negatívny korelačný vzťah $p\leq 0,01$ u stratégií popretie a mentálne a behaviorálne vzdanie a $p\leq 0,05$ u stratégie drogy. Interpretujeme, že čím je vyššia miera životnej spokojnosti tým sú menej využívané neefektívne stratégie popretie, mentálne a behaviorálne vzdanie, drogy.

Tab. 9: Speermanová korelácia; Vzťah medzi životnou spokojnosťou a adaptívnymi/maladaptívnymi copingovými stratégiami (A/M-C)

(A/M-C)		Akceptácia	Viera	Prejavovanie_emócií	Humor
SWLS	r	0,097	0,120	-0,069	0,112
	sign.	0,290	0,190	0,453	0,223

** $p\leq 0,01$, * $p\leq 0,05$

Tab. 10: Mann-WhitneyU test- medzipohlavné rozdiely v životnej spokojnosti

SWLS	Pohlavie	N	Priemerné poradie	Mann-Whitney U test	p
	Ženy	68	61,49	1700,5	0,720
	Muži	52	59,2		

V tab. 9 vidíme, že medzi životnou spokojnosťou a stratégiami, ktoré nie sú jednoznačne zaradené medzi adaptívne alebo maladaptívne copingové stratégie nie je signifikantný vzťah. V tab. 10 vidíme, že rozdiely v prežívaní životnej spokojnosti medzi vysokoškólákmi a vysokoškóláčkami neboli zistené.

Tab. 11: Deskriptívna analýza životnej spokojnosti z hľadiska pohlavia

SWLS	Priemer	Median	SD	Min	Max
Ženy (N=68)	24,66	25,00	5,18	9,00	35,00
Muži(N=52)	24,44	25,00	4,53	12,00	34,00

Tab. 11 zobrazuje rozdiely v spokojnosti medzi mužmi a ženami. Priemerná hodnota u žien je $AM = 24,66$ a muži dosahujú priemernú hodnotu $AM = 24,44$. Získané hodnoty podľa Dienera (2006) predstavujú vyššiu mieru spokojnosti. Medzipohlavné rozdiely neboli zistené.

Diskusia

Vysokoškóláci vyjadrili celkovú spokojnosť s vlastným životom. V subjektívnom pocity pohody neboli v našom výskume zistené rozdiely medzi mužmi a ženami, čo korešponduje s výskumnými zisteniami Blatného (2010). Autor uvádza, že pohlavie nemá vplyv na úroveň celkovej pohody. V našom výskume nebola skúmaná osobná pohoda ale keďže subjektívna pohoda je podľa autora súčasťou celkovej pohody, možno tieto výsledky považovať za podporné. Priemer spokojnosti s vlastným životom v našej výskumnej vzorke dosahuje hodnotu 24,66 ženy a muži 24,44. Diener (2006) vymedzuje priemerné skóre pre životnú spokojnosť medzi 20-24, 25-29. Nami zistené hodnoty tak poukazujú na vyššiu mieru spokojnosti. K vyššej miere spokojnosti môže prispievať ambicióznosť, naplnenie očakávaní študentov. Možno konštatovať, že zameranosť na konkrétne povolanie, možnosť dosahovať vlastné ciele ako i očakávanie možnosti selekcie pracovnej pozície v dôsledku vyššieho vzdelania prispieva k aktuálnemu pocitu spokojnosti so životom. Ako uvádza Blatný (2010) jednou z významných oblastí podieľajúcich sa na spokojnosti je práca. Životné ciele podľa Ruiselovej (2006) majú tiež význam pre utváranie pocitu spokojnosti. Je významne determinovaná mnohými faktormi, z ktorých nemožno nespomenúť význam osobnostných charakteristík, avšak možno konštatovať, že ciele, potreba seberealizácie, očakávanie kvality života, predstavujú špecifické faktory podieľajúce sa na aktuálnej spokojnosti vysokoškólakov. Ako uvádza Hrdlička, Kuric, Blatný (2006) zdroje spokojnosti sa v priebehu života menia. Špecifické faktory možno považovať za zdroje spokojnosti v súvislosti s vysokoškólákmi. Kognitívnu úroveň a emocionálnu úroveň pre spokojnosť zdôrazňujú Doge, Daly, Huyton,

Sanderson (2012), Blatný (2010), Křivohlavý (2004). Možno konštatovať, že v globálnom hodnotení spokojnosti so svojim životom sa uvedené oblasti premietli v pozitívnom hodnotení kvality svojho života. Výskumne boli zistené genderové rozdiely vo vzťahu k spokojnosti so životom (Pavot a Diener, 2004), v našom výskume sme tieto rozdiely nezistili. Študenti (vysokoškóľáci i vysokoškóľáčky) sa rovnako pripravujú na budúce povolanie a ich predstava spokojnosti rovnako súvisí so splnením všetkých študijných podmienok. Genderové hľadisko tak nemusí byť významným faktorom sprevádzajúcim spokojnosť v období štúdia. Za významný faktor spokojnosti v rámci vysokoškóľského štúdia možno považovať schopnosť efektívnym spôsobom zvládať životné situácie. Naše zistenia poukazujú na skutočnosť, že adaptívne stratégie zvládania pozitívna reinterpretácia, plánovanie, sociálna a emocionálna opora pôsobia pozitívne na životnú spokojnosť pozitívne. Význam plánovania a rozvíjania aktivít, ako i schopnosť optimálneho fungovania vo vzťahoch potvrdzuje Kofman (2010). Pre utváranie životnej spokojnosti v období adolescencie má význam emocionálna opora, čo potvrdzujú i výskumné zistenia u adolescentov (Mičková, 2014, 2015). Inštrumentálna opora má silnejší vzťah k spokojnosti ako emočná, čo možno pripísať významnej potrebe utvárať priateľské vzťahy. Môžeme sa domnievať, že v rámci vysokoškóľského štúdia je potreba sociálnych kontaktov o to intenzívnejšia o čo frekventovanejšie sa študenti socializujú mimo rodiny.

Medzi adaptívnymi stratégiami potlačenie interferujúcich aktivít a zdržanlivosť a spokojnosťou nebola zistená súvislosť. Pre porovnanie uvádzame zistenia iného výskumu, kde Dubey a Agarwald (2007) nepotvrdili súvislosť medzi subjektívnou pohodou a adaptívnymi copingovými stratégiami. Ani na základe nášho výskumu nemožno jednoznačne konštatovať, že všetky adaptívne copingové stratégie majú pozitívny vzťah k životnej spokojnosti. Avšak bol zistený negatívny vzťah spokojnosti v súvislosti s maladaptívnymi stratégiami. Možno konštatovať, že neefektívne spôsoby riešenia problémov, životných situácií pôsobia negatívne na globálne hodnotenie spokojnosti. Tieto závery podporujú i mnohé výskumné závery napr. Křivohlavý (2010). Súvislosť maladaptívnych/ adaptívnych stratégií so životnou spokojnosťou nebol zistený. Podľa Křivohlavého (2004) niektoré stratégie možno považovať za krátkodobé spôsoby zvládania problémov a v tejto súvislosti Vašina (1999) uvádza, že závisí tiež od špecifickosti situácie v ktorej nejednoznačne zaradené stratégie využijeme. Úroveň životnej spokojnosti znižujú popretie problémov, rezignácia, ako i riešenie problémov prostredníctvom krátkodobých stratégií zvládania ako je alkohol drogy porovnaj (Křivohlavý, 2004).

Limity nášho výskumu sa spájajú s časovo náročným administrovaním dotazníka COPE, kde mohla k skresleniu prispieť únava a v dôsledku toho schopnosť koncentrácie. Avšak skrátené verzie dotazníka copingových stratégií majú nižšiu vnútornú konzistenciu a preto sme volili neskrátenú verziu dotazníka COPE. Dotazník je založený na introspekcii a preto nie je zabezpečená objektivnosť jednotlivých výpovedí.

Záver

Vysokoškóoláci vykazujú vyššiu mieru životnej spokojnosti bez ohľadu na pohlavie. Významným determinantom pocitu spokojnosti sú adaptívne stratégie pozitívna reinterpretácia, plánovanie, aktívny coping emocionálna a sociálna opora.

Referenční seznam

- Baumgartner, F. (2001). Zvládanie stresu – doping. In J. Výrost & I. Slaměník (Eds.) *Aplikovaná sociální psychologie II.* (pp. 191-208). Praha: Grada Publishing.
- Baumgartner, F. (2010). Strategie zvládání vo vztáhu k psychologické osobnej pohode v súbore vysokoškóolákov. In Blatný, M., Vobořil, D., Květon, P., Jelínek, M., Sobotková, V., Blatný, M. a kol. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy.* 1. vyd. Praha: Grada.
- Ben-Zur, H. (2003). Happy adolescents: The link between subjective well-being, internal resources, and parental factors. *Journal of Youth and Adolescence*, (32), 67-79.
- Ben-Zur, H. (2009). Coping styles and affect. *International Journal of Stress Management*, (16), 87-101.
- Blatný, M., Jelínek, M., & Hřebíčková, M. (2009). Osobnostní koreláty subjektivní (SWB) a psychologické (PWB) pohody. In Golecká, L., Gurňáková, J., Ruisel, I. (Ed.) *Sociálne procesy a osobnosť 2008.* Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV (299-307).
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989) Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. In. *Journal of Personality and Social Psychology.* 56 (2), 267- 283.
- Carter, A. E. (2010). *Evaluating the best of coping program: enhancing coping skills in adolescents:* dissertation. Windsor: University of Windsor.
- Carnicer, J. G., Calderón, C. (2013). Coping strategies and psychological well-being among teacher education students. In *European Journal of Psychology of Education.* 28 (4), 1127-1140.

- Diener, E. et al. (2006). *Understanding Scores on the Satisfaction with Life Scale*. [Online] 2006. [cit. 2015. 02. 02.] Dostupné na internete: <http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Understanding%20SWLS%20Scores.pdf>.
- Diener, E. et al. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *In: Journal of Personality Assessment*. 49 (1), 71-75.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, (31), 103-157.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). *The challenge of defining wellbeing*. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222-235.
- Dubey, A., Agarwal, A. (2007). Coping strategies and life satisfaction: Chronically ill patients' perspectives. *In Journal of the Indian academy of applied psychology*. (33) 2, 161-168.
- Džuka, J., Dalbert, C. (2002). Vývoj a overenie validity škál emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody (SHEP) In *Československá psychologie*, roč. (46), 3, 234–250.
- Džuka, J. (2004) (Ed). *Kvalita života a subjektívna pohoda – teórie a modely, podobnosť a rozdiely*. In *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, 42-53.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života pro klinickou a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada.
- Hendersson, L. W., & Knight, T. (2012). Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing. *In International Journal of Wellbeing*. 2 (3), 196- 221.
- Hřebíčková, M., Blatný, M., & Jelínek, M. (2010). Osobnost jako prediktor osobní pohody v dospělosti. In *Československá psychologie*. 65 (1), 31-41.
- Hrdlička, M., Kuric, J., Batný, M. (2006). *Krize středního věku. Úskalí a šance*. Praha: Portál.
- Kofmann, F. (2010). *Vědomý business. Integrita, úspěch a štěstí*. Praha: Portál.
- Kouřilová, S. (eds.) *Sociální procesy a osobnost 2009*. Brno: PsÚ AV ČR. (13-21).
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2005). Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In M. Blatný, J. Dosedlová, V. Kebza, I. Šolcová, (eds.) *Psychosociální souvislosti osobní pohody* (pp. 11-35) Brno: Masarykova univerzita a nakladatelství MSD.
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál.

- Mičková, Z. (2014). Emotional bonds in perceiving emotional closeness and personal wellbeing in partner relationships and gender differences during adolescence. In *AD ALTA: Journal of Interdisciplinary Research* 4 (1), 49-54. [online].
- Mičková, Z. (2015) Adolescence and manifestation emotions in the family In *AD ALTA: Journal of Interdisciplinary Research*, 5(1) 55-58 [online].
- Ogden, J. (2004). *Health psychology*. 3. ed. Berkshire: McGeaw-Hill education.
- Pavot, W., & Diener, E. (2004). The subjective evaluation of well-being in adulthood: Findings and implications. *Ageing International*, (29), 113-135.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada.
- Ruiselová, Z. a kol. (2006). *Štýly zvládania záťaže a osobnosť*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. 1. vyd. Praha: Grada.
- Snyder, C. R., & Dinoff, B. (1999). Coping: Where have you been? In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 3-19). New York: Oxford.
- Vašina, B. (1999). *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Wilkinson, R. B., Walford, W. A. & Espnes, G. A. (2000). Coping styles and psychological health in adolescents and young adults: A comparison of moderator and main effects models. In *Australian Journal of Psychology*. 52(3), 155-162.
- Zelenková, M. (2015). *Osobná pohoda a zvládanie záťaže u vysokoškolákov*. Nepublikovaná diplomová práca. Trnava: UCM.

STŘEDOŠKOLSKÝ STUDENT A JEHO VZTAH KE ZDRAVÍ

HIGHSCHOOL STUDENT AND ITS RELATIONSHIP TO HEALTH

Karel Paulík

Abstrakt: Příspěvek se zabývá některými charakteristikami vztahu středoškolských studentů k vlastnímu zdraví. Přitom se zaměřuje na kognitivní a konativně behaviorální aspekty tohoto vztahu. Kognitivní stránku zde představuje úroveň znalostí žáků středních škol vztahující se k pojmu zdraví a zdravé (racionální) životosprávy. Konativně behaviorální hledisko je reprezentováno dodržováním zásad zdravé životosprávy v praxi. Výzkumu se zúčastnilo 132 žáků gymnázií, z Ostravy a okolních měst. Byl použit inventář tvořený 30 položkami zjišťujícími poznatky žáků o zdraví a zdravé životosprávě i jejich reálné zdravotně relevantní chování. Výsledky naznačují orientaci respondentů v pojmech týkajících se zdraví a zdravé životosprávy, řada z nich však není při dodržování zásad racionální životosprávy ve svém reálném životě zcela důsledná.

Klíčová slova: student, gymnázium, zdraví, zdravá životospráva

Abstract: The paper deals with some characteristics of highschool students related to their own health. The focus on cognitive and conative- behavioral aspects this relationship. Cognitive page thereis a level of knowledge of students related to the koncept of health and healthy (rational) regime. Behavioral and conative aspectis represented by the observance of the principles of a healthy régime in practice. There search involved 132 pupils grammarschools in Ostrava and surrounding towns. Inventory consisting of 30 items surfy pupils' knowledge about health and healthy living as their real health-related behaviors was used. The results indicie the relativem good orientation of students in terms related to health and healthy lifestyle but many of them are not in compliance with the principles of rational regime in your real life entirely consistent.

Keywords: grammar school, student, health, relationship, health regime

Úvod

Vztah středoškoláků k vlastnímu zdraví můžeme posuzovat z různých úhlů pohledu. Pokud se zaměříme např. na jejich chování, lze nezdědka nacházet různé příklady projevů vzhledem ke zdraví více či méně nevhodných nebo dokonce rizikových. Odborná literatura i běžná empirie o nich i o jejich důsledcích přináší četné doklady. Zdravotně nevhodné chování lze dávat do širší souvislosti s negativními znaky života moderních civilizací, v němž nejsou vždy pro zdraví lidí vytvářeny optimální podmínky. Mnozí autoři upozorňují na zdraví ohrožující životní způsob s nepřiměřenými nároky, nevhodnou životosprávou, nebezpečnými a škodlivými produkty a odpady průmyslové výroby apod. (viz např. Blahutková, Jonášová & Ošmera, 2015, Kováč, 2007; Slávik, 2006; Strunecká & Patočka, 2011; Strunecká & Patočka, 2012, aj.). Např. údaje ve statistikách ministerstva zdravotnictví ČR (viz Blahutková, Jonášová, & Ošmera, 2015) naznačují, že onemocnění, která lze spojovat s nevhodnou životosprávou, jako kardiovaskulární a nádorové choroby patří stále k nejzávažnějším onemocněním a současně i k nejčastějším příčinám úmrtí (např. kardiovaskulární onemocnění tvoří 50 % smrtelných případů). V chování populace lze nalézt četná zdravotní rizika (nedostatek fyzického pohybu, spánku, nevhodná strava, kouření tabáku, zneužívání drog apod.), jak naznačují některé výzkumy (viz např. Boháčová, Kubíková & Svoboda, 2014; Kachlík, 2015) i přes velkou pozornost programové věnovanou snaze o realizaci zdravého životního stylu na institucionální i individuální bázi. Příkladem nadnárodního strategického dokumentu takto orientovaného může být program WHO Health 21 – Healthfor All in the 21th Century, která je osnovou zdravotnické politiky i pro Evropu (viz např. Holčík, 2004).

Individuální rozhodování dnešních adolescentů, kteří se nacházejí v ontogenetické etapě příznačné řadou vývojových změn a s nimi spojených problémů, o respektování zásad zdravého života se může opřít o množství dostupných relevantních informací. Mnohé z nich přináší média i různé další odborné či populárně vědecké počiny a jsou také součástí vzdělávání na všech typech škol. Na otázky zdraví je u nás např. přímo zaměřena součást Rámcového vzdělávacího programu základních škol s názvem Člověk a zdraví. Koncept výchovy ke zdraví je zařazen na všech stupních škol jako jedna ze součástí kurikulární reformy uskutečňované v našem školství. Přestože se obecně předpokládá, že by lidé měli brát ohled na to, co zdraví prospívá a co mu škodí při rozhodování o svém chování, je možno zaznamenat, že se toto rozhodování neřídí vždy rozumem a lidé se často nevyhýbají ani zdravotním rizikům (srovnej Machová & Kubátová, 2009).

V našem příspěvku se zaměřujeme na vztah středoškolských studentů ke zdraví na základě sondy do jejich znalostí, názorů a vzorců chování týkajících se stravování

a pohybových aktivit. Konkrétně nás zajímalo, jaký vůbec mají sledovaní studenti pojem zdraví (otázka „jak byste svými slova charakterizovali pojem zdraví?“), zdravé (racionální) životosprávy („Vyjmenujte prosím hlavní zásady zdravé životosprávy“) i to, které z těchto zásad dodržují. V rámci svých stravovacích a pohybových návyků a chování vůbec. Přitom nám nejde o detailní popis zdravotně relevantního chování středoškoláků a jeho souvislostí, ani o jeho hodnocení, ale jen o jeho některé vybrané znaky v intencích sledovaných jevů. Znalosti o zdraví a schopnost je adekvátně vyhodnotit a uplatňovat v každodenním životě lze považovat za základ zdravotní gramotnosti, která patří k důležitým momentům zodpovědné péče o zdraví (srovnej např. Holčík, 2010).

Výzkum

Výzkum byl realizován na šesti náhodně vybraných gymnáziích v Moravskoslezském krajipomocí explorační techniky typu tužka – papír. Výzkumu se zúčastnilo 132 studentů dvou posledních ročníků gymnázia z toho 64 mužů a 68 žen v průměrném věku 19.15 let, směrodatná odchylka 2.35 roku.

Metoda sběru dat

Použili jsme inventáře vlastní konstrukce (Paulík, Ščudlová, 2013), který byl předložen účastníkům výzkumu získanýmke spolupráci poučenými studenty psychologie. Inventář tvoří celkem 30 položek zjišťujících poznatky studentů o zdraví a zdravé životosprávě i jejich reálné chování vztahující se ke zdraví v každodenním životě.

Výsledky

Pojem zdraví

Při posuzování reakce na požadovaný pokus o vlastní definici zdraví našich respondentů jsme sledovali četnosti odpovědí tříděných podle obsahové blízkosti do pěti skupin podobných, jako uvádí např. Holčík (2010). Výsledky přináší tabulka 12.

Tab. 12: Hlavní charakteristiky zdraví uváděné respondenty

	Četnost odpovědí	
	absolutní	relativní (v %)
Nepřítomnost vážnějších zdravotních obtíží, nemoci,	12	11.21
Stav fyzické zdatnosti, energie a síly	19	17.56
Dobré a bohaté sociální vztahy	19	17.76
Schopnost být aktivní a odolný	21	19.63
Stav psychické a sociální pohody	36	33.64

Na položku neodpovědělo celkem 25 (18.94%) respondentů. Ve sloupci relativních četností jsou údaje vztažené k celkovému počtu respondentů, kteří na otázku odpověděli (107). Odpovědi třetiny (36) odpovídajících studentů lze hodnotit jako v podstatě korespondující s definicí zdraví WHO (jako relativně optimálního stavu tělesné, psychické a sociální pohody při zachování optimální funkce osobnosti jako celku i jejích jednotlivých subsystémů ve všech sociálních rolích a změnách prostředí, případně s její operacionalizací z roku 1999 obsahující redukci mortality, morbidity a negativních důsledků chorob a poruch a zvýšení pocitu zdraví). Jinak se dá říci, že pokusy o komplexněji pojaté odpovědi jsme shledali u 45 (42.05%), ostatní uváděli jednotlivé charakteristiky zdraví. Zdraví jako nepřítomnost nemoci charakterizovalo 12 (11.21%) respondentů.

Zásady zdravé životosprávy

Odpovědi na požadavek o charakterizování hlavních zásad zdravé či racionální životosprávy přibližuje tabulka 13. Podobně jako v předchozím případě charakteristik zdraví jsme vytvořili několik významově příbuzných skupin odpovědí. Respondenti uváděli zpravidla více zásad.

Tab. 13: Zásady správně životosprávy uváděné respondenty
Tabulka 2 Zásady správně životosprávy uváděné respondenty

	dostatečný pohyb	zdravá strava	pravidelný spánek	zdravé prostředí	vyhýbat se stresu	rozptýlení hobby	relaxace	žádné
Muži	28 (43.75)	45 (70.31)	12 (18.75)	5 (7.81)	5 (7.81)	5 (7.81)	3 (4.69)	7 (10.94)
Ženy	30 (44.12)	39 (57.35)	10 (15.15)	6 (8.82)	7 (10.29)	4 (5.82)	3 (4.41)	5 (7.35)
Celkem	58 (43.94)	84 (63.64)	22 (16.17)	11 (8.33)	12 (9.09)	9 (6.82)	6 (4.54)	12 (9.09)

V závorce jsou uvedeny relativní četnosti (v %)

Rozložení odpovědí našich mužů a žen testované testem chí – kvadrát je statisticky odlišné na 5% hladině významnosti (χ^2 -kvadrát = 12.84). Rozdíl se týká zejména četnosti názorů na důležitost zdravé stravy, které se objevovaly u mužů významně častěji než u žen.

Dodržování zásad zdravé životosprávy jsme zjišťovali na základě odpovědi na přímou otázku, co dělají pro své zdraví ve vlastním životě. Výsledky přináší tabulka 14.

Tab. 14: Dodržované zásady zdravé životosprávy

	pohyb	zdravá strava	spánek	vyhýbání se stresu	relaxace	žádné
Muži	21 (32.81)	25 (39.06)	10 (15.62)	3 (4.46)	3 (4.46)	13 (20.31)
Ženy	24 (35.29)	26 (38.23)	8 (11.76)	4 (5.82)	3 (4.41)	12 (17.65)
Celkem	45 (34.09)	51 (38.64)	18 (13.64)	7 (5.30)	6 (4.54)	25 (18.94)

V závorce jsou uvedeny relativní četnosti (v %)

Prosté srovnání obsahu tabulek 13 a 14 napovídá, že četnosti respondentů uvádějících jednotlivé zásady jsou vesměs nižší než četnosti těch, které uvedli jako ty, které dodržují.

Pro detailnější představu reálného dodržování zásad racionální životosprávy v běžném životě jsme podrobněji posuzovali výpovědi o skutečné vlastní fyzické aktivitě, o stravovacích návycích, kouření, o užívání alkoholických nápojů a dalších (nelegálních) drog.

Jako ilustrativní ukazatele přibližující dodržované zásady zdravé životosprávy v každodenním životě jsme zvolili počet hodin v průměru věnovaných týdně pohybovým sportovním aktivitám, konzumace potravin typu fast food, které jsou považovány z hlediska zdravé životosprávy za méně vhodné a dále frekvenci kouření tabákových výrobků, pití alkoholických nápojů a konzumování dalších (nelegálních) drog).

Tab. 15: Počet hodin strávených aktivním sportováním za týden

	méně než 3 hod	3- 4 hod	5 - 6 hod	více než 6 hod
Muži	30 (46.87)	19 (29.69)	8 (12.50)	7 (10.94)
Ženy	36 (52.94)	16 (23.53)	8 (11.76)	8 (11.76)
Celkem	66 (50.00)	35 (26.52)	16 (12.12)	15 (11.36)

V závorce jsou uvedeny relativní četnosti (v %). Z tabulky č. 15 je vidět, že dvě třetiny respondentů se aktivně věnovaly pohybovým sportům méně často, než je doporučovaných 3-4 hodiny týdně.

Tab. 16: Konzumace fast food

	počet	%
Vůbec	41	31.06
Jen výjimečně	45	34.09
Občas	32	24.24
Pravidelně	14	10.61
Celkem	132	100%

Pokud jde o konzumaci potravin typu fast food, která není považována z hlediska racionální a zdravé životosprávy za vhodnou, je z tabulky 16 evidentní, že naši respondenti ji

podle 31 % odpovědí nekonzumovali vůbec. Občasnou a pravidelnou konzumaci jich uvedlo téměř 35 %.

Tab. 17: Kouření tabáku

	počet	%
Vůbec nekouří	66	50.00
Kouří jen výjimečně	7	5.30
Kouří občas	30	22.72
Kouří pravidelně	129	21.98
Celkem	132	100%

O negativním vlivu kouření na zdraví zejména v mladém věku se sice všeobecně nepochybuje, nicméně, jak naznačují naše výsledky, polovina dotázaných kouří při nejmenším výjimečně a přes 20 % z nich se sami považují za pravidelné kuřáky a zhruba stejně tolik uvedlo, že kouří občas.

Tab. 18: Konzumace alkoholických nápojů

	počet	%
Vůbec nepije	5	3.79
Pije jen výjimečně	45	34.09
Pije občas	68	51.52
Pije pravidelně	14	10.61
Celkem	132	100%

Z tabulky 18 přibližující údaje našich probandů o tom, jak konzumují alkoholické nápoje je možno vidět, že těch, kteří nepijí je výrazně nejméně. To, že pijí alkohol občas nebo pravidelně, přiznává přes 60 % z nich.

Tab. 19: Užívání dalších drog

	počet	%
Vůbec	53	40.15
Jen výjimečně	47	35.61
Často, pravidelně	32	24.24
Celkem	132	100%

Další drogy vedle alkoholu a nikotinu užívá, přestože jsou u nás vesměs nelegální a negativní důsledky zejména jejich nadužívání jsou všeobecně známé, často a pravidelně téměř čtvrtina dotázaných. Zkušenost s těmito drogami uvedlo dalších 35 %.

Diskuse a závěr

Míra pochopení a respektování dostupných informací o zdraví a zásadách zdravého života středoškolskými studenty je zřejmě individuálně diferencovaná. Naše sonda do oblastí příslušných znalostí studentů gymnázia k vlastnímu zdraví napovídá, že část dotázaných se v teoretické rovině orientuje jak ve vymezení zdraví, tak v charakteristikách zdravé či racionální životosprávy. Jako přibližný a orientační ukazatel teoretických znalostí o zdraví jsme zvolili míru korespondence pojmu zdraví našich respondentů se známou definicí WHO. Více než 40 % dotázaných se pokoušelo přistupovat k vymezení zdraví komplexně a odpovědi jedné třetiny lze považovat za zhruba odpovídající této definici. Zbylé odpovědi se zaměřovaly na jednotlivé znaky zdraví jako zdatnost, vitalita, aktivita, energie, výkonnost apod., nebo na vymezení zdraví jako nepřítomnosti nemoci (11 %). Úroveň teoretického postižení zdraví a u našich respondentů bylo podobná jako v jiných výzkumech za účasti středoškoláků (Paulík, Ščudlová, 2013) a vysokoškoláků (Paulík, 2011). Oproti tomu některé další výzkumy poukazují ve sféře znalostí teoretických středoškoláků o zdraví na nižší úroveň. Např. Ščudlová (2014) uvádí jen 6 % ze stovky dotázaných studentů, kteří dokázali pojem zdraví uspokojivě teoreticky postihnout. Určité pochybnosti o samotné dobré znalosti studentů pojmu zdraví podporuje i skutečnost, že těch, kteří na příslušnou otázku neodpověděli vůbec, byla téměř čtvrtina (23.36 %). Ve výzkumu Ščudlové (op. cit.) bylo těch, jejichž znalosti pojmu zdraví byly nedostatečné 28 %. Pokud jde o znalosti a představy studentů o zdravé životosprávě náš výzkum naznačuje, že zde mají studenti vcelku adekvátní znalosti zásad, nicméně i zde téměř 10 % neuvedlo žádné zásady. V dodržování těchto zásad je situace poněkud horší, a to vesměs ve všech oblastech, které respondenti uváděli, ačkoliv studenti považovali snahu o dodržování zdravé životosprávy zahrnující aktivní pohyb, racionální výživu a režim práce a odpočinku, relaxaci a rozptýlení i vyhýbání se stresu za důležitou.

Přestože zdravotní stav většiny našich středoškolských studentů zpravidla zásadním způsobem neomezuje pravidelný tělesný pohyb, je otázkou, do jaké míry lze hodnotit rozsah jejich pohybových aktivit jako vyhovující, když u poloviny probandů počet hodin strávených aktivním fyzickým pohybem nedosahoval doporučené hodnoty 3-4 hodin týdně. Více než 6 hodin pohybu týdně uvádělo 11 % respondentů. Tato čísla nejsou povzbudivá při nejmenším vzhledem k tomu, že podstatný podíl školních i mimoškolních činností dnešní mládeže odehrávající se ve fyziologicky nevýhodné poloze vsedě mnohdy není vhodným tělesným pohybem dostatečně kompenzován. K podobným výsledkům dospěl i důkladný výzkum u vysokoškolských studentů provedený před několika lety na třech českých univerzitách (Karlova univerzita v Praze, Masarykova univerzita v Brně a Univerzita Palackého

v Olomouci) za účasti 2709 osob (Fialová 2008). Také uváděné stravovací návyky našich respondentů nelze považovat z hlediska zdraví za optimální, stejně jako pití alkoholických nápojů, kouření a konzumace nelegálních drog. Za jednoduchý ukazatel nevhodného stravování jsme použili konzumaci fastfood. Podobně jako ve výzkumu Ščudlové (2014) tento typ stravování využívali naši probandi pravidelně nebo občas (nejméně dvakrát týdně) ve více jak třetině případů. Pokud jde o kouření, alkohol a nelegální drogy situaci rovněž nelze hodnotit jako uspokojivou. Z našich respondentů (taktéž podobně jako ve výše citovaném výzkumu Ščudlové) uvedlo, že kouří občas nebo pravidelně téměř 45 %. To představuje ve srovnání s výzkumem provedeným před deseti lety (Sak, Saková, 2006) nárůst o 12 %. Pití alkoholických nápojů přiznalo více než 95 % účastníků výzkumu (z toho pravidelně a občas údajně pije přes 60 %). K podobným výsledkům dospívá i např. Kachlík (2015). Zkušenost s dalšími (nelegálními) drogami uvedla nadpoloviční většina (60 %). Přitom pravidelně nebo často drogy užívala téměř čtvrtina dotázaných. Ve zmiňovaném výzkumu (Sak, Saková, 2006) v roce 2005 ve skupině 15-18 let údajně drogy nikdy nezkusilo 53 %, pravidelně užívalo 1 %. I když nebudeme výsledky zmíněných výzkumných sond přeceňovat kvůli metodologickým omezením, přesto signalizují vcelku nepotěšující skutečnosti.

Na závěr lze poznamenat, že zatímco v oblasti znalostí problematiky zdraví a zdravé výživy je u účastníků našeho výzkumu relativně méně větších problémů, na základě námi zvolených indikátorů se jeví, že dodržování zásad zdravé životosprávy v reálném životě vykazuje problémových oblastí patrně více a některé poznatky naznačují dosti nežádoucí stav. Naše výsledky dávají vzhledem k zřejmým metodologickým limitům jen omezené možnosti k zobecňování, nicméně vzhledem k tomu, že korespondují se zjištěními dalších autorů, lze je brát do určité míry jako podněty k zamýšlení nad problémy v oblasti zdravé životosprávy naší mládeže.

Referenční seznam

- Blahutková, M., Jonášová, D., & Ošmera, M. (2015). *Duševní zdraví a pohyb*. Brno: CERM.
- Blahutková, M. & Řehulka, E. (2009). Podíl pohybových aktivit na odbourání stresu v dimenzích kvality života. In Sarmány – Schuller, I. & Bratská, M. (Eds.). *Premenypsychologie v europskom priestore. venované 80. narodeninám prof. PhDr. Damiána Kováča, DrSc. 27. psychologické dni. Zborník príspevkov*. Bratislava: Stimul, 268- 272.
- Boháčová, A., Kachlíková, K., & Svoboda, M. (2014). *Školní dotazníková studie o návykových látkách, zdravém životním stylu a rizikovém chování. Závěrečná zpráva z výzkumu Plzeň, 2014*. Plzeň: Katedra psychologie, FPE ZČU.

- Fialová, L. (2008). Životní styl české vysokoškolské populace. In J. Dosedlová, L. Fialová, V. Kebza, & Z. Slováčková (Eds.). *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti*. Brno: MU a MSD, 83- 116.
- Holčík, J. (2004). Health 21 - the foundation of the european healthy policy and education for health. in: Řehulka, E. (Ed.). *Teachers and health 6*. Brno, Paido, 37-50.
- Holčík, J. (2010). *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: MU a MSD.
- Kachlík, P. (2015). Sonda do rizikové konzumace alkoholu a její prevence u vzorku žáků dvou brněnských škol. In Řehulka, E., Reissmannová, J. & Gajzlerová, L. (Eds.). *Škola a zdraví v 21. století. Sborník příspěvků z koferencí 2014 a 2015*, 247-267.
- Kováč, D. (2007). *Psychologiu k metanoi*. Bratislava: Veda.
- Machová, J. & Kubátová, D. (2009) *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Paulík, K. (2011) Vztah vysokoškolských studentů k vlastnímu zdraví a zvládání zátěže. Předneseno na konferenci sekce psychologie zdraví. ČMPS s mezinárodní účastí. Venířovice, 20. 5.–22. 5. 2011.
- Paulík, K. & Ščudlová, S. (2013). Vztah žáků gymnázií ke zdraví. Předneseno na konferenci sekce psychologie zdraví. ČMPS s mezinárodní účastí. Venířovice, 17. 5. – 19. 5. 2013.
- Pelcák, S., Hoferková, S., & Bělík, V. (2015). Smysl pro soudržnost a adherence ke zdravému životnímu stylu u adolescentů. *LifeloingLearning*, 5 (2), 98-108.
- Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), (1992) 10. revize. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Geneve:WHO, Praha: Psychiatrické centrum.
- Sak, P. & Saková, K. (2006). *Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže od roku 2007*. Dostupné z http://www.insoma.cz/Studie_MSMT_2006_fin.pdf.
- Slávik, M. (2006) Nekvalita života a jej vplyv na naše zdravie. In: *Psychosociálne a zdravotné aspekty nekvality života. Sborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Prešov: PU, 101-105.
- Strunecká, A., & Patočka, J. (2011). *Doba jedová*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton.
- Strunecká, A., & Patočka, J. (2012). *Doba jedová 2*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton.
- Ščudlová, S. (2014). Salutogeneze a subjektivní zdraví u studentů gymnázií. *Bakalářská práce*. Ostrava: Filozofická fakulta OU.

PODPORA ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU U STUDENTŮ 3. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY KARLOVY HEALTHY LIFESTYLE SUPPORT IN STUDENTS OF THE 3RD FACULTY OF MEDICINE OF CHARLES UNIVERSITY

Dagmar Schneidrová

Abstrakt: *V příspěvku budou představeny vzdělávací, osvětové a poradenské aktivity, které si kladou za cíl přispět ke zlepšení informovanosti a chování ve vztahu ke zdraví u studentů 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (3. LF UK). Bude rovněž představen Program antistresové intervence pro studenty vysokých škol, který je přístupný na webových stránkách 3. LF UK v české i anglické verzi. Program je možné využívat v poradenské praxi jako nástroj diagnostiky a intervence u vysokoškolských studentů. Program je strukturován do oddílů Studium, Životní styl, Stres a doplněn dalšími tématy významnými pro VŠ studenty (zkoušková úzkost, perfekcionismus, zvládání hněvu, deprese, psychospirituální krize). Jednotlivé oddíly obsahují sebehodnotící dotazníky umožňující studentovi a poradci posoudit daný problém a rámcová doporučení, která mohou být vodítkem při řešení daného problému.*

Klíčová slova: *zdravý životní styl, VŠ studenti, vzdělávání, osvěta, poradenství*

Abstract: *The aim of presented educational and counselling activities is to improve the awareness, knowledge and behaviour related to health in students of the 3rd Faculty of Medicine of Charles University. The Stress Management Programme for University Students available at the faculty website in Czech and English versions will be presented. The tools included in the programme may be used in counselling in the course of a diagnostic and intervention process. The structure of the programme covers sections on Study, Lifestyle, Stress and other topics relevant to university students (test anxiety, perfectionism, anger management, depression, psychospiritual crisis). Particular sections include self-evaluation questionnaires and guidelines for managing particular topic.*

Keywords: *healthy lifestyle, university students, health education, counselling*

Podpora nekuřáctví na 3. LF UK

Dlouhodobým záměrem 3. LF UK je podporovat nekuřáctví u studentů a zaměstnanců. V letech 2012-2015 byly díky podpoře institucionálních projektů Univerzity Karlovy realizovány výukové, osvětové a poradenské aktivity na podporu nekuřáctví u studentů a zaměstnanců 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV). Projekty koordinoval Ústav zdraví dětí a mládeže ve spolupráci s Ústavem farmakologie 3. LF UK a Klinikou pracovního a cestovního lékařství FNKV.

Prvním cílem projektu bylo koordinovat výuku zaměřenou na problematiku užívání tabáku a aktualizovat poznatky o prevalenci, zdravotních dopadech kouření a užívání tabákových výrobků a možnostech prevence a léčby závislosti na tabáku. Záměrem vyučujících bylo rovněž motivovat studenty magisterského i bakalářského studia v rámci výuky k nekuřáctví. Výuka i výukové materiály byly průběžně doplňovány o nové poznatky z výzkumů i praxe prezentované Společností pro léčbu závislosti na tabáku prostřednictvím pravidelných konferencí a odborných materiálů na webových stránkách (www.slzt.cz). Výuka je zajišťována Ústavem zdraví dětí a mládeže a Ústavem farmakologie ve 3., 4. a 5. ročníku pro studenty magisterského studia Všeobecné lékařství a ve 3. ročníku pro studenty bakalářského studia Veřejné zdravotnictví. Do výuky v 5. ročníku magisterského studia byla zařazena metodika časně identifikace a krátké intervence v ordinaci praktického lékaře ve vztahu k užívání návykových látek doporučená Světovou zdravotnickou organizací (SZO) jako běžná součást výuky na lékařských fakultách. Studentům bakalářského studia Veřejné zdravotnictví byla nabídnuta relevantní témata pro zpracování bakalářských prací.

Druhým cílem projektu bylo zapojení fakulty do osvětové kampaně SZO ke Světovému dni bez tabáku (31. května). V rámci povinně volitelného kurzu Drogy a drogové závislosti (M. Šustková, Ústav farmakologie) se studenti podíleli na přípravě podkladů pro výtvarnou soutěž vyhlášenou na fakultě ke Světovému dni bez tabáku. Vítězné práce byly prezentovány na vernisáži a výstavě v prostorách 3. LF a na webových stránkách fakulty a použity pro tvorbu tvorba plakátů pro prostory fakulty a FNKV.

Třetím cílem projektu bylo poskytovat poradenství a farmakologickou podporu při léčbě závislosti na tabáku studentům a zaměstnancům 3. LF UK a FNKV. Informace o službách jsou nabízeny studentům při výuce, ve veřejných prostorách hlavní budovy fakulty, na webových stránkách fakulty a na intranetu FNKV. Poradna pro odvykání kouření při Ústavu zdraví dětí a mládeže (D. Schneidrová, T. Kopřivová Herotová) zajišťuje první kontakt a poradenství při odvykání kouření vycházející z principů kognitivně behaviorální terapie.

Farmakologickou část léčby zajišťují pracovníci Centra pro léčbu závislosti na tabáku při Klinice pracovního a cestovního lékařství FNKV (J. Malinová, I. Bartošová).

Čtvrtým cílem projektu bylo provedení výzkumu kuřáckých návyků a postojů u studentů 3. LF UK. V letech 2012-2013 byl realizován výzkum ve spolupráci Ústavu zdraví dětí a mládeže (D. Schneiderová, T. Kopřivová Herotová, V. Hynčica) s Ústavem farmakologie (M. Šustková). Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 454 studentů (140 mužů a 314 žen, 348 studentů magisterského studia a 106 studentů bakalářského studia). Za pravidelné kuřáky a uživatele tabákových výrobků se označilo 5,7 % studentů magisterského studia (3,3 % žen a 9 % mužů) a 4,8 % studentů bakalářského studia. Podíl pravidelných kuřáků byl takřka dvojnásobný u studentů anglického kurikula magisterského studia (10,7 %) v porovnání se studenty českého kurikula (4,5 %). Podíl pravidelných kuřáků byl více než dvojnásobný také u studentů posledních ročníků obou studijních oborů - 3,9 % u studentů 1. ročníku a 10,8 % u studentů 6. ročníku magisterského studia; 3,2 % u studentů 1. ročníku a 7 % u studentů 3. ročníku bakalářského studia. Příležitostnými kuřáky bylo v době výzkumu 18,9 % studentů magisterského studia a 17,1 % studentů bakalářského studia. Podíl příležitostných kuřáků byl vyšší u českých studentů (19,4 %) v porovnání se zahraničními studenty (13,3 %). Podíl příležitostných kuřáků byl významně nižší u studentů posledního ročníku magisterského studia (21 % u studentů 1. ročníku a 12,9 % u studentů 6. ročníku), naopak podíl příležitostných kuřáků byl vyšší u studentů bakalářského studia v posledním ročníku (16,1 % v 1. ročníku a 18,6 % ve 3. ročníku). Za bývalé příležitostné kuřáky se označilo 13,4 % studentů magisterského studia a 24,8 % studentů bakalářského studia. 60,9 % studentů magisterského studia a 46,7 % studentů bakalářského studia uvedlo, že nikdy nekouřilo.

U studentů obou oborů převažovalo kouření cigaret (medici 86,7 %, bakaláři 100 %), na druhém místě ve frekvenci používání byla vodní dýmka (medici 40,2 %, bakaláři 55 %). U studentů magisterského studia byl u mužů zjištěn v porovnání se ženami vyšší podíl užívání bezdýmé tabáky (27,3 % vs 14,3 %) a doutníků (21,4 % vs 6,7 %); naopak u žen byl zjištěn vyšší podíl kouření cigaret (89,7 % vs 82,9 %) a vodní dýmky (52,2 % vs 25,7 %). Pouze 11,1 % studentek bakalářského studia uvedlo zkušenost s používáním elektronické cigarety. Co se týká množství vykouřených cigaret za den – nejvíce studentů uvedlo 1-5 cigaret (medici 77,8 %, bakaláři 76,9 %). Pouze 4 % studentů magisterského studia (5,6 % žen a 2,3 % mužů) uvedla více než 20 vykouřených cigaret za den.

5,9 % studentů magisterského studia a 19 % studentů bakalářského studia uvedlo, že přestalo kouřit v průběhu studia na 3. lékařské fakultě; naopak 9,8 % studentů magisterského studia a 14,3 % studentů bakalářského studia kouřit začalo. Pouze 24,1 % studentů

magisterského studia uvedlo jako hlavní důvod ukončení kouření poznatky o zdravotních rizicích kouření získané během studia a 10,3 % studentů magisterského studia a 44,4 % studentů bakalářského studia uvedlo získané poznatky jako jeden z důvodů pro ukončení kouření. 18,4 % kuřáků mediků a 26,1 % kuřáků bakalářů se pokoušelo přestat kouřit alespoň jednou v minulosti. 47,4 % kuřáků mediků (56 % žen, 36,4 % mužů) a 47,8 % kuřáků bakalářů vyjádřilo záměr přestat kouřit v budoucnu. 34,2 % kuřáků mediků (26,8 % žen, 45,5 % mužů) a 21,7 % kuřáků bakalářů přiznalo, že nejsou připraveni přestat kouřit.

Pouze 26,4 % studentů magisterského studia a 75,9 % studentů bakalářského studia uvedlo, že vědí o existenci poradny pro odvykání kouření na fakultě. 49 % studentů, kteří věděli o existenci poradny, se o ní dozvěděli z nástěnek na fakultě, 33,3 % od učitelů, 17,6 % z webových stránek a 9,8 % od spolužáků. Pouze 19,6 % studentů uvedlo, že by využili služeb poradny, pokud by se rozhodli skončit s kouřením.

Zajímá nás postoj studentů ke kouření u zdravotníků. Pouze 29,9 % budoucích lékařů v našem souboru odpovědělo, že zdravotník by neměl kouřit před pacienty a 36,2 % uvedlo, že zdravotník by neměl kouřit vůbec. Budoucí lékaři - studenti magisterského studia ve vyšší míře (28,1 %) odpovídali, že kouření je osobní záležitostí zdravotníků, v porovnání se studenty bakalářského oboru Veřejné zdravotnictví (17,6 %). Podobně muži z podsouboru budoucích lékařů vypovídali ve vyšší míře než ženy, že kouření je osobní záležitostí (33,7 % vs 23,5 %). Budoucí lékaři naopak v nižší míře v porovnání s budoucími bakaláři odpovídali, že zdravotník by neměl kouřit před pacienty (29,9 % vs 36,5 %) a že zdravotník by neměl kouřit vůbec (36,2 % vs 42,4 %). Podobně muži z podsouboru budoucích lékařů vypovídali v nižší míře než ženy, že zdravotník by neměl kouřit před pacienty (27,7 % vs 31,6 %) a že zdravotník by neměl kouřit vůbec (32,5 % vs 39,0 %).

Formování žádoucích postojů a chování budoucích zdravotníků ve vztahu k užívání tabáku by mělo probíhat od začátku studia prostřednictvím poskytování vědeckých poznatků o zdravotních rizicích užívání tabáku napříč obory, nabízení modelu zdravotníka nekuřáka jako normy a rovněž prostřednictvím restriktivních opatření (např. kontroly dodržování zákazu kouření v areálu fakulty a FNKV).

Životní styl vysokoškolských studentů

Weidner a kol. (1996) sledovali vliv akademického stresu na chování související se zdravím u vysokoškolských studentů. Zjistili, že v období zvýšeného stresu dochází ke zhoršování kvality výživy, omezení tělesné aktivity a péče o sebe, k poklesu dobré nálady a nárůstu negativních emocí spolu se zvýšeným užíváním návykových látek.

Skálová a kol. (2006) poukázali ve svém rozsáhlém průzkumu u studující české populace na řadu alarmujících rizikových faktorů v oblasti životního stylu. Zjistili, že mladí lidé si sice správně uvědomovali negativní vliv na zdraví, přesto téměř třetina uvedla, že kouří denně nebo občas a mnozí si nepřipouštěli starosti ze škodlivých následků kouření na zdraví. Méně mladí lidé přisuzovali vlivu ostatních faktorů životního stylu, např. konzumaci alkoholu, nedostatku pohybu, nevhodné výživě. Vysoké procento studentů uvedlo, že preferuje uzeniny, nekonzumuje bílá masa a ryby a konzumuje nárazově vysoké dávky alkoholu (tzv. binge drinking). Potěšitelné byly pozitivní změny v životním stylu u části studentů - omezení konzumace alkoholu, tuků, soli, větší konzumace ovoce a zeleniny a větší pohybová aktivita. Mladí lidé podceňovali význam preventivních lékařských prohlídek, přestože je tato služba legislativně podložena. Důsledkem toho je zjištění, že pouze malému procentu respondentů doporučil lékař změnu rizikového chování.

V roce 2009 byl realizován na Vysokém učení technickém (VUT) v Brně průzkum mezi 157 studenty mapující základní překážky při průchodu studiem a z nich plynoucí konsekvence pro práci poradenských center. 41 % studentů hodnotilo studium jako „poměrně náročné“. Pokud studenti neuspěli u zkoušky, 50 % z nich to přikládalo nízké znalosti učiva, 22 % vysoké míře nervozity a 17 % neschopnosti se přesně vyjádřit. 66 % studentů uvedlo, že učení odkládají na poslední chvíli a 63 % studentů uvedlo, že se na zkoušku připravuje několik dní předem, přičemž průměrná doba přípravy činila 3,5 dne. 48 % z nich bojuje s nižší schopností se na učivo soustředit a 34 % má potíže si učivo zapamatovat. 32 % studentů uvádělo neochotu investovat do učení příliš mnoho času a nízkou motivaci dosáhnout u zkoušky dobrého výsledku. 27 % studentů uvedlo nerealistické naplánování průběhu učení, 26 % nadměrné soustředění na detaily a 7 % nadměrné množství přípravy. Na otázku, co by studentům pomohlo při přípravě do školy a na zkoušky, odpověděli, že by ocenili, kdyby uměli lépe pracovat s pamětí (62 %), lépe si plánovat svůj čas (57 %) a osvojit si efektivní techniky učení (60 %). Více než třetině studentů (34 %) by pomohlo najít vyšší motivaci k učení a umět pracovat se svojí nervozitou (36 %). (Čihounková, Šustrová, 2009)

Realizace komplexního poradenského programu může přispět k prevenci, případně k minimalizaci rizikového chování ve vztahu ke zdraví, zejména v průběhu adaptace na VŠ a zkuškového období, nejčastěji v prvním ročníku a při dokončování studia. Ve Velké Británii je např. úspěšný systém pomoci studentských poradců (student tutoring), který je schopen jako záchytná služba okamžitě reagovat nebo zajistit odbornou pomoc. Podobně poskytují studentští poradci s podporou Poradenského centra Masarykovy univerzity v Brně studijně právní poradenství studentům. Jedná se o celouniverzitní poradenství na bázi „studenti radí

studentům“ v rámci pravidelných úředních hodin, telefonicky nebo elektronicky. (Jenne, Karmazínová, Uzel, 2009)

Podpora zdravého životního stylu VŠ studentů

Příkladem komplexního programu zaměřeného na prevenci studijního selhání je **Program antistresové intervence pro studenty vysokých škol** přístupný od roku 2002 na webových stránkách 3. LF UK v Praze v české i anglické verzi (<http://www.lf3.cuni.cz/3LF-308.html>, <http://www.lf3.cuni.cz/3LFEN-65.html>). Cílem programu je nabídnout studentům ve snadno dostupné podobě internetového prostředí informace a doporučení, která mohou snížit rizika zátěže spojená s vysokoškolským studiem a způsobem života. Program a služby poradny jsou nabízeny studentům prvních ročníků při zápisu prostřednictvím studijního oddělení a všem studentům prostřednictvím fakultních webových stránek. Informace o programu a službách nabízených Studentskou poradnou 3. LF UK v Praze jsou rovněž vyvěšeny na nástěnkách jednotlivých ročníků všech oborů ve vstupní hale fakulty.

Program je využíván v poradenské praxi jako nástroj edukace, diagnostiky a intervence především u studentů s problémy se studiem a zvládnutím stresu. Program nabízí nástroje pro sebehodnocení, doporučení pro zvládnutí zátěže a změnu životního stylu svépomocí i odkazy na odbornou pomoc. Program je rovněž využíván ve výuce mediků a bakalářů na 3. LF UK.

Program vychází z principů kognitivně behaviorální terapie (KBT) a je strukturován do oddílů Studium, Životní styl, Stres a oddílu specifických témat (zkoušková úzkost, perfekcionismus, zvládnutí hněvu, deprese a psychospirituální krize), která úzce souvisejí s akademickým stresem a jsou častými tématy poradenské práce. Jednotlivé oddíly jsou psány formou otázek a doporučení a obsahují orientační dotazníky umožňující studentovi posoudit svůj problém. Cílem je, aby se studenti nad jednotlivými okruhy sami zamysleli a hledali s pomocí programu svou cestu k řešení náročných situací spojených s vysokoškolským studiem. Program dále obsahuje upozornění na možnost preventivních prohlídek u praktických lékařů a nabízí přehled poradenských služeb pro VŠ studenty v ČR.

Studium

Do oddílu **Studium** jsme zařadili orientační dotazníky pro posouzení základních předpokladů úspěšného studia – **schopností, studijní motivace a vůle** a dotazník studijního stylu (Mareš, 1987). Zhodnocení uvedených předpokladů má posloužit studentům jako východisko k dalšímu hledání vlastního studijního stylu. Za tímto účelem nabízíme v oddílu **Studijní styl** řadu doporučení a strategií týkajících se motivace k soustavnému studiu, plánování

studia a efektivního hospodaření s časem, soustředění při studiu, efektivní práce s literaturou a vhodného studijního prostředí. Do oddílu bylo také zařazeno téma **Odkládání**, které je častým jevem v akademickém prostředí. Akademická prokrastinace bývá spojena s úkoly, které vyžadují nadprůměrný výkon, dlouhodobé soustředění nebo činnosti časově náročné (např. velká mezioborová zkouška, státní zkouška, sepsání bakalářské práce).

Životní styl

Studenti, kteří přicházejí do studentské poradny se známkami vyčerpání, často nerespektují kolísání denní výkonnosti a neumí si plánovat studium na období vysoké denní výkonnosti. Proto jsme do oddílu **Denní výkonnost** zařadili dotazník a křivku fyziologického kolísání denní výkonnosti a upozornili na rizika spojená s nerespektováním fyziologických biorytmů a nedostatkem odpočinku. Připomenuli jsme význam a možnosti kompenzace namáhavé duševní činnosti spojené se studiem s pomocí spánku a tělesné aktivity v oddílu **Odpočinek**.

V oddílu **Výživa** jsme studenty upozornili na nejčastější chyby ve skladbě výživy a stravovacím režimu. Dále jsme nabídli Formulář na rychlé hodnocení výživy podle Brázdové (1999) a hlavní zásady správné výživy podle potravinové pyramidy.

Následující oddíly **Obezita a Poruchy příjmu potravy** upozorňují na hlavní zdravotní problémy spojené s nesprávnou výživou a předkládají informace o jejich výskytu, příčinách, rizikových faktorech, projevech a možnostech prevence a léčby.

Do oddílu **Rizikové chování** jsme zařadili základní informace o závislostech na tabáku, alkoholu a jiných návykových látkách, orientační dotazníky k jejich posouzení (Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu, Dotazník závislosti podle Nešpora), hlavní zásady samoodvykání a seznam center pro léčbu závislosti na tabáku a poradenských služeb v protidrogové prevenci.

V pododdíle **Podpora zdraví** nabízíme odkaz na webové stránky Státního zdravotního ústavu, kde jsou k dispozici metodické postupy používané v poradenství zaměřeném na hlavní faktory životního stylu (výživa, pohybová aktivita, kouření, stres). (Kernová, SZÚ 2011)

Stres

Při tvorbě oddílu zabývajících se prevencí a zvládnutím stresu jsme vycházeli z vlastních zkušeností a z prací, které sledovaly účinnost různých technik používaných v rámci kognitivně behaviorálního přístupu při zvládnutí stresu a zkouškové úzkosti. Nabídli jsme studentům vstupní orientační test stresu, otázky ke zhodnocení vlastní reakce na stres na úrovni kognitivní,

emoční, tělesné a behaviorální, a strategie zvládnání reakce na stres na jednotlivých úrovních. Oddíl *Zvládnání nepříznivých situací* je zaměřen na zhodnocení schopnosti asertivně zvládat nepříznivé životní situace, obsahuje dotazník pro posouzení asertivity a sebedůvěry.

V oddílu *Zkouškový stres* jsme se zaměřili na kognitivní restrukturuaci úzkostných myšlenek spojených se zkouškou. Oddíl *Relaxace* nabízí studentům vysvětlení relaxace, návod k jejímu samostatnému nácviku a popis vybraných relaxačních technik určených ke zvládnutí tělesné a emoční reakce na stres.

Další níže uvedená témata (*zkoušková úzkost, perfekcionismus, zvládnání hněvu, deprese a psychospirituální krize*) úzce souvisejí se stresem a duševním zdravím studentů a jsou častými náměty poradenské práce. Escalona a Miguel-Tobal (1995) např. zjistili, že 25-30 % vysokoškolských studentů vykazuje vysoké hladiny zkouškové úzkosti. Oddíl *Zkoušková úzkost* nabízí doporučení, která vycházejí z racionálně emoční behaviorální terapie A. Ellise. Oddíly *Deprese a Psychospirituální krize* nabízejí kromě představení této závažné problematiky také odkazy na specializované služby v této oblasti.

Péče o zdraví a poradenská péče

Dosavadní průzkumy u vysokoškolské populace ukazují, že zdravotní stav studentů není uspokojivý již při vstupu na vysokou školu. V průběhu studia se zvyšuje počet studentů, kteří udávají, že trpí poruchami nálady, spánku, bolestmi zad a zažívacími obtížemi. V programu jsme studenty upozornili na možnosti preventivní zdravotní péče a nabídli seznam center zdravotní péče pro vysokoškoláky. V oddílu *Poradenská péče* jsme studentům nabídli přehled poradenských pracovišť v ČR.

Služby Studentské poradny 3. LF UK

Výše popsany program slouží jako nástroj pro záchyt a práci se studenty, kteří si neporadí sami se svým problémem a vyhledají pomoc ve Studentské poradně 3. LF UK. Nejčastějšími důvody vyhledání pomoci jsou studijní problémy spojené s adaptací na nový způsob studia a života na vysoké škole, obtíže se zvládnutím zátěže integrovaného studia medicíny na naší fakultě a stresu při velkých integrovaných zkouškách, problémy se zkouškovou a sociální úzkostí, potíže se sebevědomím a stavy vyhoření. Studentům nabízíme krátkodobé poradenství při řešení studijních otázek a dlouhodobou poradenskou podporu v případech řešení závažnějších osobních nebo psychických problémů. Nabízíme rovněž poradenství při odvykání kouření a léčbě závislosti na tabáku. V případě potřeby psychiatrického vyšetření a léčby odkážeme studenty na spolupracující psychiatry.

Ve své poradenské praxi integruji přístupy kognitivně behaviorální terapie (KBT) a Gestalt terapie (GT). Systematický a direktivnější přístup využívám zvláště na začátku poradenského procesu při mapování situace a problému studenta a následném formulování cílů a kontraktu. V úvodní fázi využívám také diagnostický a edukační přístup v duchu KBT a odkazují studenty na program zaměřený na prevenci a zvládnání stresu na webových stránkách studentské poradny s cílem zmapovat co nejdříve studijní a životní kontext spojený s prožíváním stresu. Co se týká strategií ke zvládnání stresu, podle potřeby klienta účelně kombinuji kognitivní a behaviorální techniky, včetně nácviku relaxace. Jako doplněk poradenského procesu nabízím podle zájmu klienta k přečtení svépomocné příručky zaměřené na zvládnání stresu nebo konkrétní problém (např. sociální fobie, deprese). V duchu GT se s klienty setkávám při autentickém a tvořivém dialogu. Prostřednictvím kontaktu se mnou si klienti uvědomují své prožívání, myšlení, chování a své potřeby. Uvědomění přináší s sebou možnost volby nových způsobů jednání, myšlení a prožívání a možnost změny zaběhaných stereotypů. Při odhalování zaběhaných stereotypů v myšlení mohu pak v duchu kognitivní terapie vést s klientem tzv. sokratovský dialog, táže se jej na myšlenky, postoje a přesvědčení se záměrem jej přivést k pochopení jejich problematické povahy a podpořit jej ke změně.

Skupinové programy a kurzy

Depreuw (1991), Escalona a Miguel -Tobal (1995), Van der Ploeg-Stapert a Van der Ploeg (1985) prokázali vysokou účinnost komplexních kognitivně behaviorálně zaměřených programů v léčbě zkouškové úzkosti a zvládnání stresu. Programy zahrnovaly teoretické vysvětlení zkouškové úzkosti a terapeutických přístupů, nácvik Jacobsonovy progresivní relaxace, aplikaci technik kognitivní restrukturační založených na Ellisově racionálně emoční terapii a Beckově kognitivní terapii, nácvik studijních a sociálních dovedností a expozici obávané situaci spojené s hodnocením.

Vodrážka (1995) vypracoval poradenský program regulace předzkouškového a zkouškového stresového stavu určený pro individuální i skupinovou práci. Program obsahuje vysvětlení modelu chování ve stresu před a v průběhu zkoušky a instrukce pro techniku kontroly myšlenek a představ ve stresu (STOP technika), návody k relaxaci a nácviku kognitivní kontroly úzkosti. Při ověřování účinnosti programu zjistil statisticky významný pokles prožívání zkoušky jako zátěžové situace a agresivity, depresivity a emocionální lability, které se významně podílely na psychické zátěži spojené se zkouškou před zahájením programu.

Inspirovala jsem se uvedenými programy při koncipování náplně 15 hodinového povinně volitelného kurzu a volitelného předmětu na naší fakultě s názvem Kognitivně

behaviorální přístupy ke zvládnání stresu u studentů a zdravotníků. V letošním akademickém roce nabídnu studentům nový volitelný předmět Rozvoj všímavosti pro zvládnání stresu, který nabídne studentům praktické nástroje ke každodennímu zvládnání akademického stresu (Williams, Penman, 2014). Další volitelný předmět Poradenství v oblasti podpory zdraví nabízí studentům metodické postupy používané v poradenství zaměřeném na hlavní faktory životního stylu (výživa, pohybová aktivita, kouření, stres) a jejich nácvik.

Referenční seznam

- Čihounková, J., Šustrová, M.: Analýza obtíží při průchodu studiem a její konsekvence ve vysokoškolském poradenství. Sborník abstraktů. 1. konference s mezinárodní účastí. Vysokoškolské poradenství versus vysokoškolská pedagogika. ČZU v Praze, IVP, AVŠP, 29. -30. 6. 2009, s. 49-50. (<http://www.lli.vutbr.cz/pruchod-studiem-2009>).
- Depreuw, E.: Treatment of severe test anxiety in university students: outcome study of a coached self help programme. Abstracts of the 12th International Conference of the STAR, Budapest 1991, p. 25-26.
- Escalona, A., Miguel-Tobal, J. J.: Cognitive-behavioural programme for anxiety reduction in examinations. Abstracts of the 16th International Conference of the STAR, Prague 1995, p. 28.
- Jenne, D., Karmazínová, Š., Uzel, V.: Studenti radí studentům: studentští poradci Masarykovy univerzity. Sborník abstraktů. 1. konference s mezinárodní účastí. Vysokoškolské poradenství versus vysokoškolská pedagogika. ČZU v Praze, IVP, AVŠP, 29.–30.6. 2009, s. 52-53.
- Kernová, V. Metodické postupy v poradenství podpory zdraví. SZÚ, 2011, <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/poradny-podpory-zdravi>.
- Schneidrová, D., Provazníková, H., Hynčica, V. Program antistresové intervence pro studenty vysokých škol. (citováno 26.8. 2015). <http://www.lf3.cuni.cz/3LF-308.html>.
- Skálová, L., Komárek, L., Procházka, B., Říhová, M.: CINDI Health Monitor u studující populace. SZÚ, Praha 2006, 10 s. <http://szu.cz> – Publikace – Sborníky a dokumenty – CINDI Health Monitoring.
- Van der Ploeg-Stapert, J. D., Van der Ploeg, H. M.: A multifaceted behavioural programme of test anxiety. In: Van der Ploeg, H. M., Schwarzer, R. and C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in Test Anxiety Research*. Lisse, Swets and Zeitlinger, 1985, p. 43-52.

Vodrážka, R.: Cesta k úspešnejšiemu štúdiu. Program regulácie predskúškového a skúškového stresového stavu. In: Hargašová M. (Ed.), Poradenské programy pro mládež. Bratislava, Ústav informácií a prognóz školstva, mládeže a telovýchovy, 1995, 31 s.

Weidner, G., Kohlmann, C. -W., Dotzauer, E., Burns L. R.: The effects of academic stress on health behaviours in young adults. *Anxiety, Stress, and Coping*, Vol. 9, No. 2, 1996, p. 123-134.

Williams, M., Penman, D. Všímavost. Jak najít klid v uspěchaném světě. Nakladatelství ANAG, 2014.

V letech 2012-2015 byly díky podpoře institucionálních projektů Univerzity Karlovy realizovány aktivity na podporu nekuřáctví u studentů a zaměstnanců 3. LF UK a FNKV ve spolupráci Ústavu zdraví dětí a mládeže (D. Schneidrová, T. Kopřivová Herotová, V. Hynčica) s Ústavem farmakologie (M. Šustková) a Klinikou pracovního a cestovního lékařství FNKV (E. Hrnčíř, J. Malinová, I. Bartošová).

RETROSPEKTIVA, SOUČASNOST A PERSPEKTIVY UČITELSKÉHO VZDĚLÁVÁNÍ V OBLASTI PODPORY ZDRAVÍ

REFLECTIONS ON THE PAST, PRESENT AND FUTURE PERSPECTIVES OF TEACHING TRAINING IN HEALTH PROMOTION

Eva Marádová

Abstrakt: Příspěvek předkládá strukturovaný vhled do problematiky učitelského vzdělávání v oblasti podpory zdraví. Zahrnuje ohlédnutí za vývojem vysokoškolské přípravy učitelů výchovy ke zdraví na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy. Na základě výstupů realizovaných výzkumných studií odhaluje současný stav plnění programu podpory zdraví v základních a středních školách. Zároveň se zaměřuje na zapojení absolventů oboru výchova ke zdraví do pedagogické praxe a následně upozorňuje na propojenost aktuálních problémů edukace v tomto oboru s učitelským vzděláváním. V příspěvku jsou uvedeny výsledky analýzy potřeb pedagogické praxe při implementaci oboru Výchova ke zdraví do školního kurikula a specifikovány nové výzvy směřující ke zkvalitňování přípravy pedagogických pracovníků v oblasti podpory zdraví. Klíčovým požadavkem je systémové rozvíjení zdravotní gramotnosti všech pedagogů. Pro přípravu učitelů výchovy ke zdraví je doložena potřeba operativněji na pedagogických fakultách reflektovat probíhající transformaci kurikula výchovy ke zdraví v úrovni primárního a sekundárního vzdělávání v tomto smyslu aktualizovat akreditované studijní programy.

Klíčová slova: vzdělávání učitelů, výchova ke zdraví, zdravotní gramotnost, kurikulum

Abstract: The article presents a structured insight into teacher training in health promotion. It offers a review of the development of teacher training in the field of health education at the Pedagogical Faculty of Charles University. Based on the outcomes of a research it shows the current state of implementation of the program of health promotion in primary and secondary schools. It also focuses on the involvement of graduates of health education in teaching practice and thus draws attention to its link to the current problems of education in the field of teaching

education. The paper presents the results of an analysis of needs in the teaching practice related to implementation of the field of health education into school curricula. It specifies new challenges aimed at improving the quality of teacher training in the field of health promotion. A key requirement is to develop a system of health literacy of all teachers. For the preparation of teachers of health education it shows a need to better reflect the ongoing transformation of the health education curriculum in primary and secondary education in the operational part of their studies and as a result to update the accredited study programs.

Keywords: *teacher training, health education, health literacy, curriculum*

Úvod

Kvalita zdraví, zdravotní determinanty, péče o zdraví, prevence zdravotních rizik, podpora zdraví – to jsou témata, o nichž v současné době diskutujeme na mnoha odborných úrovních. Jde o otázky, které úzce souvisejí s osobním životem každého jednotlivce, zároveň však mají široký celospolečenský dopad. Proto se snažíme hledat stále nové efektivnější cesty ke zdraví. Sledujeme, jak studium lidského zdraví za uplynulých 70 let prošlo až neuvěřitelnou proměnou a překročilo oblast medicíny. Podpora a ochrana zdraví se nyní jeví v širších a hlubších souvislostech pedagogických, psychologických, sociologických, filozofických, ekonomických či politických. To se odráží i v aktuálních evropských dokumentech, které akcentují význam edukace v dané oblasti. Jako jeden ze strategických cílů je zde formulován požadavek rozvíjet zdravotní gramotnost občanů, která jim pomůže ve větší míře ovlivňovat kvalitu svého zdraví (WHO, 2013).

Lze předpokládat, že v souladu s rámcovými vzdělávacími programy budou klíčovou úlohu v procesu edukace zaměřené na rozvíjení zdravotní gramotnosti hrát školy a další školská zařízení, resp. pedagogičtí pracovníci. V této souvislosti je však třeba, jako již mnohokrát v nedávné minulosti, položit zásadní otázku: Jak jsme na tom s erudovaností učitelů v této oblasti? V retrospektivě uplynulých 70 let se na pedagogických fakultách znovu musíme zabývat celoživotním učitelským vzděláváním v oblasti podpory zdraví.

V následujícím textu je věnován prostor malému zamyšlení nad sedmdesátiletým vývojem vysokoškolského vzdělávání učitelů zaměřeného na výchovu ke zdraví na Pedagogické fakultě UK a určitému bilancování efektivity proměn, kterými v tomto období příprava učitelů prošla. Sledována je provázanost či naopak nesoulad mezi studijními programy na fakultě a obsahem školního kurikula. S tím souvisí i klíčová otázka reálného zapojování absolventů oborového studia Výchova ke zdraví do pedagogické činnosti škol. Příspěvek

vychází z analýzy potřeb pedagogické praxe při implementaci oboru Výchova ke zdraví do školních vzdělávacích programů a výsledků sondy zaměřené na profesní úspěšnost absolventů, kteří ukončili studia oboru Výchova ke zdraví na Pedagogické fakultě UK. Specifikovány jsou aktuální požadavky na přípravu pedagogických pracovníků v oblasti podpory zdraví.

Počátky profesní přípravy učitelů výchovy ke zdraví na Pedagogické fakultě UK

Příprava učitelů, kteří by dokázali žáky vést ke zdravému způsobu života a účinně svým žákům pomáhat připravovat se na život v dospělosti, má na Univerzitě Karlově – Pedagogické fakultě dlouholetou tradici. Připomeňme, že hned při založení Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy (v r. 1946) bylo v prvním studijním roce otevřeno a dále rozvíjeno oborové studium nazvané „Domácí nauky“ – obor speciálně zaměřený na zdravotní výchovu a přípravu pro rodinný život. I když tehdy použitý název „Domácí nauky“ se dnes zdá být ve vztahu k problematice výchovy ke zdraví poněkud irelevantní, není bez zajímavosti, že cíle a obsahová náplň studia se v mnoha ohledech shodovala se současným zaměřením oborového studia Výchova ke zdraví.

Tak jako nyní studijní program tehdy zahrnoval předměty biologicko-medicínského charakteru, disciplíny psychologického a sociologického zaměření i prostor pro didaktickou přípravu. V informačním sborníku o studijních oborech na Pedagogické fakultě z r. 1947 je zdůrazněn význam vzdělávání učitelů v této oblasti z důvodů „zdravotních, národohospodářských i sociálních“. Nalezneme zde i odůvodnění zařazení vysokoškolské přípravy učitelů tohoto oboru v návaznosti na potřeby praxe: „k tomu, aby byla uskutečněna snaha po povznesení lidského zdraví, nevystačí se jen se zákony, nařízením a přednáškovým poučováním dospělých“. „Největší pozornost je třeba věnovat dětem a dospívajícím, neboť výchovou ke zdraví v tomto věku docílíme větších úspěchů než poučováním dospělých.“(KAUCKÁ, 1967)

Tehdejší název oboru dnes vyvolává asociace jakési „nevědeckosti“ cílů a obsahu studia. Je však třeba vnímat ho v historickém kontextu. Především korespondoval s názvem předmětu vyučovaným na základních školách, jehož záměrem bylo připravovat žáky do každodenního života v dospělosti nejen teoreticky, ale i prakticky. V duchu tradic české společnosti byl i v poválečném období kladen důraz na klíčovou úlohu ženy, matky v péči o zdraví v rodině a ve výchově ke zdravému způsobu života, což se odráželo i v systému základního vzdělávání. Z učebních osnov z r. 1946 vyplývá, že informace o zdraví by měly žákům přinášet i další předměty, avšak prostor pro přenesení teoretických poznatků interdisciplinárního charakteru do života poskytoval právě předmět Domácí nauky (Věstník

MŠO, 1946). Jako problém lze dnes samozřejmě spatřovat skutečnost, že byl povinný pouze pro dívky. Vysokoškolskou přípravou pedagogů bylo v té době sledováno možné zvýšení úrovně všeobecného vzdělávání v dané oblasti. Tuto, i když jen velmi krátkou, etapu vzdělávání učitelů výchovy ke zdraví lze shrnout: Studijní obor byl interdisciplinární. Zahrnoval studium teoretických disciplín v úrovni vědeckého poznání té doby a didaktickou přípravu budoucích učitelů umožňující jim aplikovat nové poznatky při přípravě žáků na zvládnutí problémů každodenního života. Rozvíjení oboru zaměřeného na aspekty zdraví v osobním a rodinném životě na PedF UK bylo po r. 1948 násilně utlumeno v souvislosti s preferencí jiných přístupů k rodině a ochraně zdraví.

Potřeby základní školy jako zdroj proměn učitelského vzdělávání

Nahlédněme krátce do situace na tehdejších základních školách, kde se v návaznosti na změny v učebních osnovách měnily cíle a obsah vzdělávání. Současnou terminologií lze říci, že vzdělávání žáků v oblasti podpory zdraví se v padesátých a šedesátých letech 20. století stalo spíše „průřezovým tématem“ se zřetelným akcentem na pouhé poskytování informací. Problematika zdraví vč. výchovy k rodičovství byla ve školách otevírána většinou jednorázově, formou přednášek lékařů či jiných externích odborníků. Jedinou možností pro získání určitých dovedností podporujících zdravý život v rodině byly předměty ryze praktického charakteru určené ovšem pouze pro dívky. Jejich cílem bylo naučit dívky „prakticky se starat o domácnost a děti“ (tj. připravovat stravu, šít, vést domácnost, pečovat o děti a nemocné členy rodiny). Předměty měly výrazně činnostní pojetí a svým praktickým zaměřením tak poskytovaly „prostor“ pro využívání interaktivních, aktivizujících metod a forem výuky.

Z dostupných dokumentů z let 1950 až 1974 vyplývá, že v učebních osnovách základní školy některá teoretická témata související s problematikou lidského zdraví byla zařazena do výuky přírodopisu. Péče o zdraví a o rodinu však byla postupně zúžena na skutečně praktický nácvik činností potřebných pro vedení domácnosti. Tento stav trval více než 20 let.

I když byly vyučovány předměty obsahově zaměřené na vybrané „praktické“ aspekty životního stylu (výživu a stravování či péči o zdraví dětí a členů rodiny), v rámci profesního vzdělávání učitelů už neexistovala žádná možnost k získání odpovídající vysokoškolské kvalifikace.

Od r. 1974 do r. 1978 byly pro základní devítiletou školu v platnosti učební osnovy pracovního vyučování, které omezovaly výuku vztahující se k problematice výchovy ke zdraví a k přípravě na rodinný život na osvojování praktických činností. Byla určena pouze dívkám,

kteří si prakticky osvojovaly technologické postupy přípravy pokrmů, byly jim poskytnuty praktické rady, jak pečovat o novorozence a batolata (opět s nácvikem s loutkou).

V r. 1978 – uzákoněním desetileté školní docházky (z toho osmileté školní docházky na ZŠ) došlo ke změnám učebních osnov a na druhém stupni ZŠ se stala složkou pracovního vyučování „specifická příprava dívek“ (v 7. ročníku tematicky zaměřená na výživu člověka, v 8. ročníku na kulturu odívání a bydlení). Přestože specifická příprava dívek byla složkou pracovního vyučování, v učebních osnovách se objevil také požadavek, aby dívky získávaly rovněž aktuální teoretické informace o faktorech, které ovlivňují zdravý život v rodině (MŠ ČSR, 1978).

Se zavedením osmileté školní docházky "zmizel" z programu ZŠ prostor pro výuku sledující cíle výchovy k rodičovství. Proto byla celá poznatková náplň předmětu Péče o dítě, který se do této doby vyučoval v 9. ročníku, "přesunuta" na školu střední. Všichni žáci měli povinnost do ukončení povinné desetileté školní docházky projít povinným dvacetihodinovým kurzem Výchova k rodičovství.

Pro zajímavost lze připomenout, že v 5. až 8. ročníku bylo v tomto období možné (dle rozhodnutí školy) rozšířit výuku o nepovinný předmět Domácí nauky v rozsahu 2 hodiny týdně v každém ročníku. Tento předmět byl opět zaměřen především na nácvik manuálních dovedností spojených s péčí o domácnost. Mohli jej však navštěvovat i chlapci. Vyučován byl většinou staršími učitelkami, které v minulosti měly možnost získat potřebné vzdělání nebo pouze využily nabytých osobních zkušeností a s nemalým zaujetím se žákům věnovaly. Je doloženo, že tento nepovinný předmět byl na některých školách vyučován velmi kvalitně a byl u žáků oblíben.

Se zavedením výuky specifické přípravy dívek stal se znovu velmi aktuálním požadavek na oborovou přípravu učitelů, a to na vysokoškolské úrovni. Obsahovou náplní totiž tato složka pracovního vyučování vyžadovala v určitých ohledech rozvíjet výuku v kvalitativně nových dimenzích. K tomu, aby mohl pedagog obsah učiva vymezený osnovami transformovat do výuky, potřeboval znát například nové trendy v přístupu ke správnému stravování, ke kultuře odívání a bydlení, k vedení domácnosti a k péči o zdraví. V rámci dalšího vzdělávání učitelů byly sice organizovány odborné semináře, avšak požadavky praxe nebylo možno touto cestou pokrýt.

Završením snah o zkvalitnění výchovy ke zdraví na našich školách bylo zavedení oborového vysokoškolského rozšiřujícího studia na čtyřech pedagogických fakultách ve školním roce 1985/86. Od tohoto data lze psát i novodobou historii vysokoškolských studií zaměřených na výchovu ke zdraví na Univerzitě Karlově – Pedagogické fakultě.

Od oboru „Specifická příprava dívek“ k oboru „Rodinná výchova“

Dvouleté rozšiřující studium nazvané shodně s předmětem na ZŠ „Specifická příprava dívek“ umožňovalo učitelům v praxi rozšířit své znalosti a dovednosti a získat odbornou způsobilost (aprobaci) vyučovat předměty specifická příprava dívek na ZŠ a výchova k rodičovství na SŠ.

O toto studium na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy byl tehdy velký zájem. Během prvních čtyř let zde studovalo více než 140 učitelů. Na fakultě se v této době vytvořilo a rozvíjelo nově odborně zaměřené pracoviště, které bylo schopno již v r. 1989 pružně zareagovat na měnící se záměry školního vzdělávání.

Ačkoli by se dal po r. 1989 očekávat převratný vstup nového trendu (zdravého životního stylu) do vzdělávání, situace se vyvíjela poněkud jinak. Školní vzdělávání v oblasti podpory zdraví se vydalo cestou postupné reformy stávajících zakotvených vzdělávacích obsahů. K základním kamínekům, na nichž se začalo stavět, patřila výše zmíněná složka pracovního vyučování určená pouze dívkám, obsah přírodopisu zaměřený v jednom ročníku na biologii člověka a zkušenosti z kurzů výchovy k rodičovství, které byly realizovány na základě dílčích úprav kurikula, jichž bylo dosaženo již v předcházejících dvaceti letech.

Na počátku 90. let byla školám předložena upravená pedagogická dokumentace, která zahrnovala tematické okruhy zaměřené na výchovu ke zdraví a na výchovu k rodičovství v mnohem širším rozsahu, než tomu bylo ve specifické přípravě dívek. Jako prostor pro realizaci tohoto obsahu se v učebním plánu objevil nový předmět Rodinná výchova, který se stal povinným pro všechny žáky. Jeho hlavním záměrem byla podpora zdraví a výchova k rodičovství. Tato skutečnost se okamžitě promítla do přípravy pedagogů na PedF UK. Zároveň s ukotvením předmětu Rodinná výchova v učebním plánu základních škol a se zařazením rodinných škol do sítě středních škol bylo otevřeno na fakultě tříleté rozšiřující studium oboru s názvem „Rodinná výchova“ (s výstupem v odborné způsobilosti vyučovat rodinnou výchovu na ZŠ, výchovu k rodičovství na SŠ a odborné předměty na rodinných školách).

Na změny ve školním kurikulu a potřeby praxe v této oblasti zareagovala Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v roce 1991, kdy vedle rozšiřující formy studia jako první otevřela také v rámci prezenčního dvouoborového magisterského studia obor Rodinná výchova - Učitelství pro SŠ a 2. stupeň ZŠ. Na fakultě se postupně konstituoval tým odborníků, který nesporně přispěl k postupnému rozvíjení a zkvalitňování profesní přípravy učitelů v oblasti podpory zdraví.

Významným mezníkem rozvoje pracoviště rodinné výchovy na fakultě byl r. 1994, rok vyhlášený jako Mezinárodní rok rodiny. U této příležitosti uspořádalo naše pracoviště pod záštitou MŠMT mezinárodní konferenci Škola a rodina, která se stala platformou pro důležité jednání o dalším rozvoji vzdělávání v dané oblasti. Jednání upozornilo na nutnost věnovat zvýšenou pozornost nejen podpoře zdraví obecně, ale zejména problémům prevence společensky nežádoucích jevů, které se staly ohrožujícím faktorem ve stále klesajících věkových skupinách populace. O studium oboru Rodinná výchova byl v této době nebývalý zájem, počet uchazečů o studium až pětinasobně převyšoval možnosti přijetí. V každém ročníku pětiletého prezenčního studia studovalo 40 - 50 posluchačů.

Vraťme se opět do pedagogické praxe. Pro jakou „školu“ bylo třeba učitele připravovat? Zásadní posun pro výchovu ke zdraví ve školní edukaci znamenal Standard základního vzdělávání schválený v r. 1995. V tomto dokumentu byla poprvé zavedena samostatná vzdělávací oblast – Zdravý životní styl. Nedílnou součástí cílů vzdělávání se dle tohoto dokumentu stala výchova ke zdravému životnímu stylu (Standard základního vzdělávání, 1995). Následně pak pevné místo ve všech akreditovaných vzdělávacích programech (Základní škola, Obecná škola, Národní škola) zaujal předmět Rodinná výchova, v němž byly ve školách vymezené cíle realizovány. Vyučován byl povinně ve všech ročnících 2. stupně ZŠ v rozsahu jedné hodiny týdně.

Základem vzdělávání v oblasti výchovy ke zdravému životnímu stylu se staly poznatky vedoucí k orientaci v otázkách zdraví, k pozitivnímu způsobu myšlení i k volbě správných rozhodnutí ve prospěch zdraví, dále dovednosti umožňující aktivní ovlivňování tělesného i psychického stavu žáka, stejně jako zkušenosti a návyky získávané a ověřované v praktických situacích každodenního režimu (MARÁDOVÁ, 2005). Dle současné terminologie bychom toto úsilí mohli nazvat rozvíjením zdravotní gramotnosti žáků.

Zásadní změnou v přístupu ke vzdělávání v dané oblasti byla skutečnost, že rodinná výchova již neměla charakter předmětu spadajícího do oblasti osvojování ryze praktických dovedností. Jednalo se o předmět integrovaně pojatý, který vytvářel prostor pro široké formativní působení na dospívající žáky a tím významně přispíval k jejich osobnostnímu a sociálnímu rozvoji. Jeho činnostní pojetí otevíralo škole nové možnosti – umožnilo učitelům navazovat se žáky potřebný kontakt, rozvíjet komunikaci, vnášet do klimatu školní třídy více porozumění a tolerance.

Z výše uvedeného vyplývá, že změna kurikula opět vyžadovala rychlou reakci vedoucí k odpovídající proměně studijního plánu oborového studia rodinné výchovy na pedagogických fakultách. Na PedF UK v souladu s požadavky kurikula došlo ke změnám v pojetí oborového

magisterského studia rodinné výchovy a nově k zařazení výchovy ke zdraví do studijního programu Učitelství pro 1. st. ZŠ.

Ve studijním programu Učitelství pro 1. stupeň ZŠ byl studentům nabídnut prohlubující modul Výchova ke zdraví, který tvořilo čtyřsemestrové systematické studium dané problematiky v rovině odborné i didaktické. Předměty byly zaměřeny na metody prevence rizikového chování, vč. zneužívání návykových látek, problematiku lidské sexuality, výchovy k rodičovství a prevence HIV/AIDS, dále otázky zdravého životního stylu, správné výživy, ochraně osobního bezpečí. Předměty neměly pouze teoretický charakter. Těžiště přípravy pedagogů spočívalo v osvojování netradičních metod a forem práce s žáky a v tvorbě projektů podpory zdraví v úrovni primárního vzdělávání.

Pojetí oborového studia Rodinná výchova, které připravovalo učitele k výchově ke zdravému životnímu stylu, vycházelo především z potřeb pedagogické praxe. Jeho záměrem bylo vybavit pedagoga takovými vědomostmi a dovednostmi, které mu umožňovaly provádět žáky základních a středních škol úskalími období dospívání a připravovat je k odpovědnému zvládnutí jejich budoucí role v osobním i rodinném životě.

Absolvent pětiletého studia získal kvalifikaci vyučovat rodinnou výchovu a případně všechny další obsahově související předměty, jejichž záměrem je výchova ke zdravému životnímu stylu na základních a středních školách. V prvním (tříletém) cyklu bylo studium zaměřeno na vědní obory, které tvořily základ poznatkové sféry výchovy ke zdravému životnímu stylu (biologie člověka, výživa, základy aplikované medicíny, pediatrie, estetiky, psychologie aj.) Od třetího ročníku se studenti seznamovali s postupy, jak výchovu ke zdravému životnímu stylu na školách realizovat. Hospitovali ve výuce rodinné výchovy, absolvovali pedagogickou praxi, řadu odborných stáží v zařízeních zdravotní a sociální péče a odborného poradenství (krizová centra, linky důvěry apod.). Netradiční pojetí měly semináře z oborové didaktiky. Jejich součástí byly besedy s žáky základních a středních škol, při nichž přímou zkušeností získávali studenti obraz o zájmech a potřebách žáků a učili se adekvátně reagovat na jejich dotazy k problematice zdraví.

Při zabezpečování výuky navázala fakulta úzkou spoluprací s našimi i zahraničními odborníky, kteří se sledovanou problematikou na svých pracovištích zabývají na špičkové úrovni. Jejich působení ve výuce zaručovalo stálou inovaci obsahu studia v závislosti na rozvoji příslušného oboru.

Od studijního oboru „Rodinná výchova“ k oboru „Výchova ke zdraví“

Začlenění výchovy ke zdraví jako vzdělávacího oboru do Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (2005) bylo významným krokem při naplňování cílů strategického dokumentu Zdraví pro všechny v 21. století (Health 21, 1999) v resortu školství. Rámcové vzdělávací programy mimo jiné predikovaly, že v souladu s koncepčními změnami stoupne úloha školy ve výchově ke zdravému životnímu stylu. Legislativní zakotvení projektovaného kurikula však ještě neznamenal, že vymezené cíle byly v pedagogické praxi skutečně naplňovány. Implementace zamýšleného kurikula do činnosti škol nebyla snadná. Předpokládala především zajištění odpovídajících podmínek pro vlastní realizaci, vyžadovala zásadní posun v nárocích na osobnost učitelů a jejich profesní přípravu v oblasti podpory a ochrany zdraví.

Za odborně i metodicky erudované odborníky bylo možno považovat absolventy oboru „Rodinná výchova“, jejichž počet však zdaleka nepokrýval potřeby praxe. Jako příklad lze uvést výsledky studie, která potvrdila předpoklad, že výuka výchovy ke zdraví na základní škole je zajišťována převážně neaprobovaně (MARÁDOVÁ, 2012). Pokud budeme považovat do této doby získanou odbornou kvalifikaci v oboru rodinná výchova za dostačující pro výuku oboru Výchova ke zdraví, pak pouze 18 % dotazovaných učitelů absolvovalo na pedagogických fakultách vzdělávání speciálně zaměřené na tuto problematiku (magisterské studium rodinné výchovy, rozšiřující studium rodinné výchovy), 3 % učitelů si v době sběru dat vysokoškolské vzdělání v tomto směru doplňovala. Někteří učitelé v minulosti získali odbornou kvalifikaci absolvováním řady kurzů celoživotního vzdělávání (11 %). U těchto pedagogů můžeme předpokládat alespoň v prvních letech zavádění nového kurikula určitou připravenost v oboru Výchova ke zdraví. Ostatní dotazovaní učitelé (68 %) uvedli, že sice rodinnou výchovu v minulosti učili, příp. učí, ale nikdy se v žádném vzdělávání problematikou rodinné výchovy, resp. výchovy ke zdraví, nezabývali.

Nedostatek aprobovaných učitelů ve školách byl doložen i dalšími výzkumy. V návaznosti na nové pojetí oboru Výchova ke zdraví v základním a středním vzdělávání bylo proto třeba rychle inovovat programy učitelského vzdělávání (MUŽÍKOVÁ, 2006). Klíčovým úspěchem byla akreditace oboru specificky zaměřeného na výchovu ke zdraví v bakalářském a navazujícím magisterském studijním programu na několika pedagogických fakultách v ČR. Ukotvení oborového studia výchovy ke zdraví na Pedagogické fakultě UK umožnilo dále rozvíjet oborovou didaktiku výchovy ke zdraví a realizovat vědecko-výzkumnou činnost v dané oblasti.

Provedená výzkumná šetření ukázala, že proměna systému vzdělávání projektovaná v RVP ZV je dlouhodobým procesem. Transformace cílů a vzdělávacích obsahů do školního kurikula a následné změny v edukaci ve výchově ke zdraví zahájené v r. 2007 lze považovat za fázi ověřování nového systému v praxi. S využitím metodiky smíšeného designu, speciálně vytvořené na pracovišti výchovy ke zdraví Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy, byly v prvních letech zavádění RVP ZV do školního vzdělávání sledovány problémy související s etablováním nově pojatého oboru Výchova ke zdraví. Na základě výsledků výzkumných studií uskutečněných na náhodně oslovených školách jsme se pokusili hledat odpověď na otázku, zda se školám podařilo začlenit problematiku zdraví do svých programů tak, aby projektová rovina kurikula poskytovala široké možnosti pro realizaci očekávaných vstupů vymezených v RVP ZV (MARÁDOVÁ, 2010).

Komparací takto získaných dat byl získán určitý obraz o situaci na školách a zachyceny měnící se přístupy a problémy týkající se výchovy ke zdraví, které je třeba zohlednit i při vzdělávání pedagogů (FIALOVÁ, FLEMR, MARÁDOVÁ a MUŽÍK, 2014). Za hlavní zjištění lze považovat:

- Způsob implementace výchovy ke zdraví do školních programů je na jednotlivých základních školách velmi rozdílný. Někde je zapracován adekvátně požadavkům, ale na řadě sledovaných ZŠ nemůže být zárukou kvality výuky v daném oboru. Dochází k podceňování vzdělávací oblasti Člověk a zdraví ze strany ředitelů škol (MUŽÍKOVÁ, 2010).
- Největším problémem pro splnění očekávaných výstupů ve školách je nedostatečná hodinová dotace pro výuku výchovy ke zdraví vymezená v učebním plánu.
- Kvalita projektovaného kurikula v úrovni školy závisí na erudovanosti pedagogů v oboru Výchova ke zdraví. Absenci aprobovaného učitele výchovy ke zdraví řada základních škol řeší tím, že vzdělávací obsah oboru výchova ke zdraví integruje do jiných předmětů, což většinou vede k značné redukci vzdělávacího obsahu.
- Vzdělávací obor Výchova ke zdraví je rozpracován v nižším sekundárním vzdělávání velmi rozdílně, porovnáme-li základní školy a nižší ročníky víceletých gymnázií.
- Pro požadované rozšíření vzdělávacího obsahu oboru Výchova ke zdraví (RVP ZV, 2013), zejména v očekávaných výstupech zaměřených na ochranu za mimořádných událostí a poskytování první pomoci, není vytvořen dostatečný prostor ve výuce.

Absolventi oboru Výchova ke zdraví vstupují do praxe

Po klikatých cestách nedávné historie výchovy ke zdraví se dostáváme do současnosti. Z porovnávání kurikulárních dokumentů s edukační realitou na školách vyplývá, že při zajišťování obecně platných cílů ochrany a podpory zdraví řeší školy i dnes mnoho problémů. Nabízí se otázky: Zlepšila se situace v základním vzdělávání vstupem nových absolventů výchovy ke zdraví do praxe? Jak se zapojili do výuky výchovy ke zdraví nově aprobovaní učitelé? Odpovídala jejich příprava aktuálním potřebám?

V návaznosti na strategické dokumenty EU, které aktuálně reagují na měnící se společenské podmínky a potřeby obyvatel ve vztahu ke zdraví (Health 2020, aj.), je v posledních letech zdůrazňována nezbytnost rozvíjení zdravotní gramotnosti občanů, které není možno dosáhnout bez pomoci vysokoškolsky vzdělaných pedagogických pracovníků. Adekvátně této potřebě se zvyšuje propagace zdravého životního stylu ve vztahu ke kvalitě života a stoupá zájem uchazečů o oborové studium výchovy ke zdraví na pedagogických fakultách.

Studium oboru Výchova ke zdraví má multidisciplinární charakter a o jeho náročnosti nelze pochybovat. Od absolventa navazujícího magisterského studia oboru Učitelství výchovy ke zdraví očekáváme, že:

- Dokáže pracovat se vzdělávacím programem v oboru Výchova ke zdraví, vymezit rámec **pro tvorbu plánu v konkrétní škole** a koordinovat školní **projekty** s komunitními programy podpory a ochrany zdraví.
- Bude poskytovat **odbornou a metodickou pomoc** pedagogickému týmu školy při implementaci výchovy ke zdraví do jednotlivých tematických plánů.
- Uplatní **didaktické kompetence** při realizaci očekávaných výstupů ve výuce výchovy ke zdraví.

Absolventi oboru Výchova ke zdraví na Pedagogické fakultě UK, kteří jsou nesporně vybaveni výše uvedenými kompetencemi a zejména motivováni rozvíjet zdravotní gramotnost svých budoucích žáků, hledají odpovídající uplatnění na trhu práce. A bohužel, v pedagogické praxi jsou velmi často zklamáni. Stává se, že i když na škole, kde se ucházejí o práci, aprobovaný učitel výchovy ke zdraví není, vedení školy nemá zájem tuto situaci momentálně řešit. V návaznosti na potřebné úpravy školního kurikula spojené se změnou RVP ZV (2013) byla na mnoha základních školách a gymnáziích snížena hodinová dotace Výchovy ke zdraví jako samostatného předmětu. Školy řeší situaci integrací obsahu s jinými předměty. A paradoxně aprobované učitele nepotřebují.

Výzkumnou sondou v r. 2015 jsme se pokusili alespoň orientačně zjistit, kde na trhu práce našli uplatnění absolventi studia výchovy ke zdraví a rodinné výchovy z let 2008 až 2015. Přestože navázání kontaktů s absolventy nebylo vždy snadné, podařilo se získat informace od 125 absolventů.

Tab. 20: Uplatnění absolventů v praxi

Uplatnění absolventů v praxi	Počet absolventů	Vyjádřeno v %
Učí samostatný předmět s obsahem výchovy ke zdraví	25	20,0
Učí na střední škole – jiné předměty	11	8,8
Učí na 2. st. ZŠ – jiné předměty (někdy s integrací VZ)	24	19,2
Učí na 1. st. ZŠ nebo ve speciálním školství	14	11,2
Působí v poradenské sféře ve vztahu k VZ	6	4,8
Působí ve státní správě ve vztahu ke školství	14	11,2
Věnují se výhradně druhému oboru	13	10,4
Působí zcela mimo obor VZ i mimo školství	18	14,4

V přehledu jsou zaznamenána sdělení absolventů o aktuálním pracovním zařazení. Pouze u studentek, které momentálně nepracují v souvislosti s mateřstvím, byl použit údaj o jejich předchozím působení v praxi.

Z údajů vyplývá, že pouze 20 % absolventů nastoupilo po ukončení studia nebo v současné době učí výchovu ke zdraví jako samostatný předmět. I když nepochybujeme o tom, že absolvent výchovy ke zdraví dobře uplatňuje získané kompetence v jiných činnostech, dokonce i mimo učitelskou profesi, základní záměr studia, který byl vyvolán potřebou praxe (nedostatkem aprobovaných vysokoškolsky vzdělaných učitelů, odborně i didakticky erudovaných pedagogů schopných vyučovat výchovu ke zdraví), nemá očekávaný efekt.

Navíc stále přetrvává problém značného rozsahu učiva a nedostatečného „časoprostoru“ v učebním plánu pro dosažení očekávaných výstupů. Intervence odborníků za zvýšení hodinové dotace pro výchovu ke zdraví se při úpravách kurikula neshledala s pochopením. Jak jinak „zalobovat“ ve prospěch výuky oboru Výchova ke zdraví? Uvědomujeme si, že klíčový je proces transformace kurikula probíhající přímo na školách. Jeho výstupy jsou závislé na týmové práci všech pedagogických pracovníků. Jejich přípravu je proto třeba v námi sledovaném směru obohatit.

Doporučení pro změny v programech učitelského vzdělávání

Na základě dlouholetých zkušeností s přípravou učitelů v oblasti výchovy ke zdravému životnímu stylu na Univerzitě Karlově – Pedagogické fakultě lze pro širší využití doporučit

systemové zapracování dané problematiky do studijních plánů, a to v několika rovinách (MARÁDOVÁ, 2010, 2012).

a) Všem budoucím pedagogickým pracovníkům umožnit rozvíjení osobní zdravotní gramotnosti (v předmětech obecného základu vysokoškolského studia). Konkrétně to znamená:

- Zprostředkovat studentům odborné informace o zdraví a jeho ochraně.
- Usnadnit orientaci v nabídce médií, prohloubit vztah studentů ke zdraví.
- Posilovat rozumové i citové vazby k problematice zdraví, motivovat studenty k ochraně zdraví svého i ostatních.
- Rozvíjet schopnosti studentů rozhodovat o svém zdraví a životě.
- Upevňovat dovednosti, které určují zdravý životní styl a kvalitu života.
- Naučit studenty poskytovat předlékařskou první pomoc.

b) Posilovat pedagogickou a oborově didaktickou připravenost v oblasti podpory zdraví u všech absolventů studijních programů učitelství a vychovatelství (bez ohledu na zvolený obor studia).

V rámci pedagogicko-psychologické přípravy je žádoucí:

- Vést studenty k odpovědnosti za zdraví svých žáků.
- Vybavit studenty právním povědomím potřebným pro zajištění bezpečí a ochrany zdraví žáků.
- Rozvíjet sociální dovednosti nezbytné pro pomoc dítěti v situaci ohrožující jeho zdraví a bezpečí.
- Umožnit studentům plně pochopit záměry měnící se školy (akceptovat, že součástí školních vzdělávacích programů je i výchova ke zdraví).
- Rozvíjet dovednosti potřebné ke spoluúčasti na tvorbě a realizaci preventivních programů a školních projektů podporujících zdraví.
- V oborově didaktické přípravě je nezbytné překonat „zahledění do vlastního oboru“ a vést výuku v širších obsahových souvislostech.

c) Ve studijních programech učitelství pro 1. stupeň ZŠ a učitelství pro mateřské školy je vhodné nabídnout studentům navíc moduly prohlubující jejich znalosti a dovednosti v problematice zdraví

Absolvování několika vzájemně provázaných předmětů jim umožní pochopit význam široce pojaté podpory zdraví v primárním a preprimárním vzdělávání. Jednotlivé předměty by

měly svým obsahem odpovídat požadavkům vymezeným příslušnými rámcovými vzdělávacími programy. K tomu, aby pedagog dokázal připravit program výuky výchovy ke zdraví a realizovat ho v prostředí školy, potřebuje hlubší teoretickou odbornou přípravu (zásady zdravého životního stylu, prevence rizikového chování, výchova k rodičovství a prevence HIV/AIDS, ochrana osobního bezpečí aj.).

Těžiště didaktické přípravy učitelů primární a preprimární školy spočívá v činnostním a prožitkovém učení, v rozvíjení jejich schopností pomáhat dětem vyrovnávat se s případnými obtížnými životními situacemi, zvládat stres a účinně se bránit všem formám sebeustruktury. Tuto přípravu je vhodné završit tvorbou komplexních projektů cílených na výchovu ke zdraví.

d) Ve studijním programu speciální pedagogiky předložit základní paradigma podpory zdraví ve vztahu k profesi speciálního pedagoga.

Umožnit studentům získat hlubší vhled do teoretických základů didaktického zpracování problematiky výchovy ke zdravému životnímu stylu v zaměření na žáky se specifickými vzdělávacími potřebami. Problémy pojetí zdraví jako životní hodnoty, působení faktorů, které zdraví determinují, otázky kvality života získávají v podmínkách inkluzivního vzdělávání nový rozměr, jemuž je nezbytné věnovat pozornost (MARÁDOVÁ, 2015).

e) Studijní obor Výchova ke zdraví

Příprava a úspěšná realizace programu podpory zdraví na školách vyžaduje odbornou garanci, kterou by měl zajistit absolvent oborového studia učitelství všeobecně vzdělávacích předmětů pro ZŠ a SŠ – výchova ke zdraví. Tento pedagog-specialista pro oblast podpory a ochrany zdraví by měl být schopen nejen témata výchovy ke zdraví aprobovaně vyučovat, ale poskytovat odbornou i metodickou pomoc ostatním vyučujícím. Právě on by se jako kvalifikovaný odborník měl dokonale orientovat v problematice lidského zdraví, pracovat se vzdělávacím programem v oblasti výchovy ke zdravému životnímu stylu, vymezit rámec pro tvorbu plánu v konkrétní škole, koordinovat školní projekty vzájemně s komunitními programy podpory a ochrany zdraví. Školy potřebují odborníka, který je schopen poskytovat odbornou a metodickou pomoc pedagogickému týmu při implementaci výchovy ke zdraví do jednotlivých tematických plánů.

Studijní obory Specializace v pedagogice – výchova ke zdraví a Učitelství výchovy ke zdraví rozvíjí kompetence studentů v oblasti biologicko-medicínské, psychologicko-sociální a didaktické (směřující přímo k budoucímu profesionálnímu uplatnění absolventa). Studijní plán proto tvoří biomedicínské, psychologické, sociologické a pedagogické disciplíny

koncipované jako integrující celek několika vzájemně propojených a doplňujících se modulů a profilované s ohledem na výuku předmětu výchova ke zdraví a na realizaci programů podpory zdraví na školách (MARÁDOVÁ, 2009).

Vedle prohlubování odborného základu je kladen důraz na didaktiku oboru a na aplikaci odborných a didaktických kompetencí v pedagogické praxi. Vzhledem ke zdůrazňované formativní funkci výuky výchovy ke zdraví převažují v didaktické přípravě budoucích učitelů aktivizující a komplexní výukové metody (diskusní, situační, didaktické hry, skupinová a kooperativní výuka, samostatná práce žáků, kritické myšlení, projektová výuka, aktivní sociální učení, prožitkové učení aj.), které rozvíjejí iniciativu, tvořivost, samostatnost, spolupráci a komunikaci, posilují zdravé sebevědomí, zodpovědnost, prosociální chování, zvyšují odolnost vůči stresu, přispívají k utváření vlastních názorů a k odpovědnému rozhodování. V současné době je třeba i tento studijní obor inovativně rozvíjet pro působení v podmínkách inkluzivní školy.

Závěr

Po ohlédnutí za sedmdesátiletým rozvojem vysokoškolské přípravy učitelů na pedagogických fakultách lze konstatovat, že v oblasti podpory zdraví opět stojíme ve vztahu k potřebám pedagogické praxe na pomyslném tenkém ledě.

Z kurikulárních dokumentů vyplývá, že implementaci vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví do programu i edukační reality základních škol by měli zajišťovat odborně i metodicky erudovaní učitelé, kteří získali v tomto oboru potřebnou kvalifikaci. Jako garanti rozvoje zdravotní gramotnosti na školách by měli být schopni interdisciplinárně propojovat učivo, aplikovat moderní didaktické metody, tvůrčím způsobem rozpracovat vzdělávací oblast "Člověk a zdraví" do školního kurikula, koordinovat programy výchovy ke zdraví na škole a pomáhat s aktivitami podpory zdraví ostatním pedagogům. Stálo hodně úsilí, než se podařilo na pedagogických fakultách akreditovat odpovídající studijní programy v bakalářském a následném magisterském studiu. V současné době jsou tito odborníci na pedagogických fakultách připravováni a úspěšní absolventi míří do praxe.

Jaké je však jejich rozčarování, když ve školách nenacházejí v rámci tohoto vystudovaného oboru uplatnění! Ukazuje se stále častěji, že přístup škol k podpoře zdraví nezávisí jen na přítomnosti jednoho aprobovaného učitele. Bez pomoci vedení školy a ostatních pedagogických i nepedagogických pracovníků lze jen obtížně zajistit, aby působení školy ve vzdělávací oblasti „Člověk a zdraví“ bylo skutečně přesvědčivé a pro žáky motivující. Základními poznatky a dovednostmi z oblasti podpory zdraví a ochrany bezpečí žáků je proto

třeba vybavit všechny pedagogy. Do pregraduálního studia by bylo vhodné zahrnout danou problematiku, jak bylo naznačeno ve výše uvedeném doporučení. Aktuálně se nabízí tímto směrem orientovat také programy celoživotního vzdělávání pedagogických pracovníků.

Rozvíjení potřebných kompetencí učitelů je vhodné zaměřovat na vzájemné propojení tří složek vzdělávání:

- Odbornou připravenost vyjádřenou tzv. zdravotní gramotností (schopnosti získávat, třídit, interpretovat, využívat informace a služby ve prospěch zdraví, přijímat správná rozhodnutí, která mají vztah ke zdraví v realitě každodenního života).
- Formování vztahu učitelů ke kurikulu výchovy ke zdraví a způsobům jeho realizace. V návaznosti na integrační trendy ve vzdělávání neopomenout pedagogické pracovníky základních škol speciálních a praktických.
- Rozvíjení metodické erudice (schopnosti ve vlastní výuce využívat možnosti podporovat zdraví s ohledem na podmínky života dané školy a komunity).

Významným aspektem při přípravě učitelů na realizaci výchovy ke zdraví je nutnost neustálé aktualizace obsahu učiva a přizpůsobování výuky zájmům a potřebám žáků. Vzhledem k tomu, že jsme každým okamžikem zahlcováni novými informacemi, které mohou zásadně ovlivňovat životní styl, názory a postoje žáků, příprava učitele v tomto oboru vlastně nikdy nekončí.

Z popsaného vývoje vzdělávání pedagogů v oblasti podpory zdraví vyplývá potřeba úzké provázanosti mezi aktuálními potřebami pedagogické praxe a studijními programy na fakultách připravujících učitele. V tomto vzájemném propojení lze spatřovat perspektivu výchovy ke zdraví ve školách i v učitelském vzdělávání.

Systémové zvyšování zdravotní gramotnosti všech pedagogických pracovníků by se mělo stát nedílnou součástí studijních programů zaměřených na vzdělávání. Schopnost získávat, interpretovat základní informace o zdraví, v každodenním životě se rozhodovat ve prospěch zdraví a nést za zdraví své i ostatních odpovědnost – to všechno jsou osobnostní kvality nezbytné pro výchovnou a vzdělávací práci každého pedagoga. Pokud se nám podaří, aby ve školách působili učitelé erudovaní v oboru Výchova ke zdraví a tito odborníci byli obklopeni týmem pedagogických (i nepedagogických) pracovníků motivovaných „pro zdraví“, lze předpokládat, že výstupem jejich koordinovaného působení bude zdravotně gramotný občan.

Referenční seznam

- FIALOVÁ, L, FLEMR, L., MARÁDOVÁ, L. a MUŽÍK, L. (2014) Vzdělávací oblast Člověka zdraví v současné škole. Praha: Karolinum.
- Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century (2013). World Health Organization (WHO). Dostupné z <http://www.thehealthwell.info/node/583943>.
- MARÁDOVÁ, E. (2005). Na cestě od „rodinné výchovy“ k „výchově ke zdraví“. In: Obory ve škole: Metaanalýza empirických poznatků oborových didaktik (s. 134–158). Praha: PdF UK.
- MARÁDOVÁ, E. (2008). Education towards Health on the Way from the Framework Education Programme towards its Realization in School Practice. In E. ŘEHULKA et al. (Eds.), *School and Health 21 –Contemporary Discourse on School and Health Investigation*, (s. 23–28). Brno: Masarykova univerzita.
- MARÁDOVÁ, E. (2009). Transformation of Education towards Health in Czech Schools and Current Trends in Teacher Training. *European Journal of Physical & Health Education*, 2, 75–85.
- MARÁDOVÁ, E. (2010). Health promotion in the curriculum and educational reality at the primary and secondary schools. In E. ŘEHULKA (Ed.), *Papers on Health Education*, (s. 23–30). Brno: MU.
- MARÁDOVÁ, E. (2012). K aktuálním problémům výchovy ke zdraví v preprimárním a primárním vzdělávání. In Bendl, S. *Místo vzdělávání v současné společnosti: paradigmata - ideje – realizace*. Brno: Tribun. ISBN 978-80-263-0064-9.
- MARÁDOVÁ, E. (2015) Aktuální vhléd do výchovy ke zdraví v kontextu podpory inkluzivního vzdělávání na základních školách. In E. Řehulka et al. (eds.), *Škola a zdraví v 21. století: sborník za roky 2014 a 2015*. Brno, Masarykova univerzita.
- MŠMT (2013). *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: MŠMT.
- MŠ ČSR (1978) *Učební osnovy základní školy*. Praha: MŠ ČSR.
- MŠO ČR (1945-1948) *Věstník Ministerstva školství a osvěty*. Praha: SN.
- MUŽÍKOVÁ, L. (2010). Podněty pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD.
- MUŽÍKOVÁ, L. (2006). Health Education from the Primary School Head Teachers' Perspective. In: E. Řehulka et al. (eds.), *School and Health*, 21 (2) (s. 103–110). Brno: Masarykova univerzita.
- MZČR (2015) *Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. AP č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020. Praha: MZČR.
- KAUCKÁ, M. (1967) *Obor domácích nauk na Pedagogické fakultě*. Rukopis.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (2005). Praha: VÚP. Dostupné z http://www.msmt.cz/file/10429_1_1/download.

Standard základního vzdělávání (1995). Praha: Fortuna.

Učební osnovy ZŠ. Pracovní vyučování – rodinná výchova dívky 5. –9. ročník, chlapci 6. –9. ročník (1991). Praha: Fortuna.

WHO (2013) Health Literacy. The solid facts. Dostupné z http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.

INOVACE V PROFESNÍ PŘÍPRAVĚ UČITELŮ VÝCHOVY KE ZDRAVÍ NA PEDAGOGICKÉ FAKULTĚ UNIVERZITY PALACKÉHO V OLOMOUCI

INNOVATION OF PROFESSIONAL TEACHER TRAINING AIMED AT HEALTH EDUCATION PROVIDED BY THE FACULTY OF EDUCATION, PALACKY UNIVERSITY IN OLMOUC

Michaela Hřivnová

Anotace: *Cílem příspěvku je představit systém profesní přípravy pedagogů pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví na 2. stupni základních škol tak, jak jej nabízí Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. Bakalářský studijní obor Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání je realizován od roku 2007, navazující magisterský obor pak od roku 2010. Pregraduální studium je v souladu s koncepcí kurikulárního dokumentu Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV), se vzdělávací oblastí Člověk a zdraví, resp. vzdělávacím oborem Výchova ke zdraví. Poslední udělená akreditace uváděnému bakalářskému a navazujícímu magisterskému oboru je platná do roku 2021 a zahrnuje inovace vyplývající z aktuálních verzí RVP ZV 2013, resp. 2016. Součástí příspěvku je také obsahová analýza RVP ZV 2016 pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví.*

Klíčová slova: *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, vzdělávací obor Výchova ke zdraví, Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání, Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň ZŠ*

Abstract: *The aim of the paper is to describe a system of professional teacher training aimed at Health education in the 2nd stage of elementary schools offered by the Faculty of Education, Palacký University in Olomouc. The Bachelor's field of study of Health Education focused on teaching has been provided since 2007, the follow-up Master's field of study since 2010. Undergraduate study complies with the curricular document Framework educational programme for elementary education (FEP EE), with the educational area Man and health and the educational field of Health education. The latest accreditation concerning the Bachelor's*

and follow-up Master's field of study is valid until 2021 and includes innovations according to the applicable version of FEP EE 2013 and 2016. The paper also analyses the content of FEP EE 2016 applicable to the educational field of Health education.

Keywords: *framework educational programme for elementary education, health education, lower secondary school, teacher training in health education*

Úvod

Pro zajištění kvalitní úrovně vzdělávání žáků na základních školách v České republice je žádoucí splnění mnoha atributů. Jedním z nich je připravit erudované pedagogy jak z odborného tak didaktického hlediska, a to pro jednotlivé vzdělávací obory, tedy i pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví.

Výchova ke zdraví v základním školství

V současné době se vzdělávání žáků základních škol řídí kurikulárním dokumentem Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV). První verze dokumentu byla vytvořena v roce 2004 s účinností od září roku 2005. Mezní termín, kdy základní školy měly povinnost zahájit vzdělávání žáků 1., resp. 6. ročníků dle tohoto dokumentu, byl v září roku 2007. Kurikulární dokument RVP ZV za dobu svojí existence prošel řadou úprav a revizí. Ve všech jeho verzích pak byla zakomponována problematika podpory zdraví a výchovy ke zdraví a zdravému životnímu stylu. Konkrétně pro 2. stupeň ZŠ byl vytvořen vzdělávací obor Výchova ke zdraví, který společně s Tělesnou výchovou zapadá do vzdělávacího rámce Člověk a zdraví.

Posláním vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví je formativní působení na žáky s akcentem rozvoje kognitivních, afektivních i psychomotorických schopností v oblasti bio-psycho-sociálních aspektů zdraví. Prioritně je pak rozvíjen proaktivní přístup ke zdraví, prevence rizikového chování, prevence rozvoje infekčních i neinfekčních nemocí, podpora uplatňování zásad optimálního životního stylu v oblasti výživy, pohybové aktivity, mentálního zdraví, sexuálního chování aj. Stimulace adekvátní chování v situacích ohrožující zdraví při mimořádných událostech i v dopravě atp. (srovnej RVP ZV, 2013, 2016, online).

Cíle vzdělávacího oboru jsou pak formulovány pomocí 16 očekávaných výstupů, které specifikují, jakých schopností má žák na konci základní školní docházky (tedy na konci 9. ročníku) dosáhnout. (přesné znění očekávaných výstupů je dostupné v RVP ZV, 2016, s. 93-94, online). Očekávané výstupy jsou v RVP ZV 2016 shodné s verzí RVP ZV 2013 (srovnej RVP ZV, 2013, s. 76). V nové verzi RVP 2016 jsou však navíc uvedené vybrané očekávané

výstupy s formulací pro minimální úroveň splnění v rámci podpůrných opatření. Jedná se tyto očekávané výstupy a jejich znění:

VZ-9-1-01p chápe význam dobrého soužití mezi vrstevníky i členy rodiny

VZ-9-1-03p uvědomuje si základní životní potřeby a jejich naplňování ve shodě se zdravím

VZ-9-1-04p VZ-9-1-09p respektuje zdravotní stav svůj i svých vrstevníků a v rámci svých možností usiluje o aktivní podporu zdraví

VZ-9-1-05p projevuje zdravé sebevědomí a preferuje ve styku s vrstevníky pozitivní životní cíle, hodnoty a zájmy

VZ-9-1-07p dodržuje správné stravovací návyky a v rámci svých možností uplatňuje zásady správné výživy a zdravého stravování

VZ-9-1-08p svěří se se zdravotním problémem

VZ-9-1-13p dává do souvislosti zdravotní a psychosociální rizika spojená se zneužíváním návykových látek a provozováním hazardních her

VZ-9-1-13p uplatňuje osvojené sociální dovednosti při kontaktu se sociálně patologickými jevy

VZ-9-1-14p zaujímá odmítavé postoje ke všem formám brutality a násilí

VZ-9-1-15p uplatňuje způsoby bezpečného chování v sociálním kontaktu s vrstevníky, při komunikaci s neznámými lidmi, v konfliktních a krizových situacích a v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc; ví o centrech odborné pomoci, vyhledá a použije jejich telefonní čísla

VZ-9-1-16p chová se odpovědně při mimořádných událostech a prakticky využívá základní znalosti první pomoci při likvidaci následků hromadného zasažení obyvatel

(RVP ZV, 2016, s. 94 online).

Ke škodě však této úpravy lze konstatovat, že bohužel zvolená terminologie místy neodpovídá požadavkům na formulaci vzdělávacích cílů. Nejsou zde vždy použita tzv. aktivní slovesa a interpretace cílů v podobě „žák chápe, ví, ...“ není vhodná. Užití termínu „sociálně patologické jevy“ také není v souladu s odbornou terminologií, neb nově se doporučuje používání termínu „rizikové chování“.

K aktuální verzi RVP ZV 2016 jsou také již přiloženy Standardy pro základní vzdělávání pro tzv. ostatní vzdělávací obory, tedy i pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví. Vzdělávací standardy pro Výchovu ke zdraví zahrnují detailní rozpracování očekávaných výstupů do podoby indikátorů (pro jeden očekávaný výstup cca 5 indikátorů), které zpřesňují vzdělávací cíle. Standardy také prezentují ke každému očekávanému výstupu 1-2 ilustrativní

úlohy, které mají za cíl umožnit „kontrolu“, zda byl očekávaný výstup, resp. dílčí indikátory, naplněny.

Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví lze nalézt na webu Národního ústavu pro vzdělávání: <http://www.nuv.cz/t/standardy-ovo>.

Výchova ke zdraví má být na základních školách realizována s minimální časovou dotací 2 h / týden / 4 ročníky, tzn. pouze ve dvou ročnících s dotací 1 h týdně (RVP ZV, 2013, s. 118, online). Z výzkumu však vyplývá (Hřivnová, 2014), že cca polovina základních škol vykazuje časovou dotaci vyšší. Bohužel často je zajišťována výuka neaprobovanými pedagogy pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví (pouze v cca 30 % ji vyučuje pedagog s aprobací Výchova ke zdraví či Rodinná výchova). Proto je žádoucí na pedagogických fakultách připravovat odborníky pro tuto vzdělávací oblast, ale také zajistit jejich uplatnění v praxi základních škol.

Profesní příprava pedagogů pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví

V součinnosti se zavedením vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví do systému výchovy a vzdělávání žáků základních škol započaly také pedagogické fakulty v České republice připravovat v rámci pregraduálního studia učitele pro tento aprobační předmět. Vzdělávání budoucích učitelů Výchovy ke zdraví se tak realizuje např. na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, Masarykovy Univerzity v Brně, Karlově Univerzitě v Praze, Ostravské Univerzitě v Ostravě atp.

Na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci je garantem studijních oborů profilující učitele Výchovy ke zdraví Katedra antropologie a zdravotní vědy. Toto pracoviště dříve garantovalo přípravu učitelů pro výuku Rodinné výchovy na základních školách (Rodinnou výchovu lze vnímat jako předchůdce vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví).

Profesní příprava pedagogů pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví je realizována pomocí dvou na sebe navazujících studijních oborů, a to Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání v bakalářském studijním programu a Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol v navazujícím magisterském studijním programu. Oba studijní obory jsou realizovány jak v prezenční tak v kombinované formě studia. Od roku 2016 je studium nabízeno také v anglickém jazyce zahraničním studentům.

Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

Je tedy bakalářský studijní obor ve standardní délce studia 3 roky. Studium je akreditované od roku 2006, první posluchači zahájili studium v akademickém roce 2007/2008.

Obor byl již několikrát reakreditován, poslední akreditace je udělena do roku 2021. Studium je tzv. dvouoborové, tzn., vyžaduje kombinaci s dalším studijním oborem ve shodném studijním programu specializace v pedagogice event. Speciální pedagogiky. Součástí studia je také absolvování „Modulu pedagogické propedeutiky“. O studium je nadstandardní zájem, ročně je evidováno cca 300-400 přihlášených.

Bakalářský obor plně koreluje s navazujícím magisterským studijním oborem Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. st. ZŠ a umožňuje tak profesní přípravu učitele pro výuku vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví.

Studium reflektuje aktuální stav vědy a poznání, čerpá z mnoha vědních disciplín jako je medicína a její jednotlivé obory (preventivní lékařství, sexuologie, pediatrie, hygiena a epidemiologie aj.), psychologie, sociologie, antropologie, adiktologie, demografie aj. Výchova ke zdraví je tak oborem s multidisciplinárním pojetím, z uváděných vědních oborů vychází a nabízí pak jejich uplatnění v oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu. *(Pedagogické využití a transfer do pedagogického procesu je v kompetenci až absolventů navazujícího magisterského studia Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol).*

Bakalářské studium zajišťuje komplexní přípravu **teoretických základů** v problematice zdraví v celém bio-psycho-sociálním kontextu v rámci holistického přístupu ke zdraví.

Aktuální studijní plán je koncipován v souladu s kurikulárními dokumenty pro vzdělávací systém v ČR, zejména s obsahovou náplní RVP ZV verze 2013, konkrétně s očekávanými výstupy a nabídkou učiva a také nově definovanými Vzdělávacími standardy Výchovy ke zdraví.

Studijní plán (viz tabulka 21) zahrnuje disciplíny tak, aby byla naplněna výše zmíněná charakteristika. Disciplíny jsou členěny na povinné (80 %), povinně volitelné (10 %) a volitelné (10 %). Kreditově přísluší na obor Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání 67 kreditů, na druhý aprobační obor také 67 kreditů a 46 kreditů pokrývá Modul pedagogické propedeutiky. Kredity jsou distribuovány dle zásad ECTS.

Tab. 21: Studijní plán oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

Vysoká škola	UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI		
Součást vysoké školy	Pedagogická fakulta		
Název studijního programu	Specializace v pedagogice B 7507		
Název studijního oboru	VÝCHOVA KE ZDRAVÍ SE ZAMĚŘENÍM NA VZDĚLÁVÁNÍ		
Název předmětu	způsob zák.	druh před.	dop. roč.
Teorie zdraví a nemoci	Zk	A	1 Z
Somatologie I	Zp	A	1 Z
Fyzická antropologie	K	A	1 Z

Psychologie zdraví	Zp, Zk	A	1 Z
Obecná a aplikovaná biologie	Zp, Zk	A	1 Z
Somatologie 2	Zp, Zk	A	1 L
Vývojová psychologie	Zp, Zk	A	1 L
Demografie	K	A	1 L
Vývojová antropologie	Zp, Zk	A	1 L
Fyziologie výživy	Zp, Zk	A	2 Z
Reprodukční zdraví	Zp, Zk	A	2 Z
První pomoc	K	A	2 Z
Hygiena	Zp, Zk	A	2 Z
Rodinná problematika	K	A	2 Z
Problematika aktivního stárnutí	K	A	2 L
Péče o matku a dítě	Zp, Zk	A	2 L
Prevence závislostí u dětí a dospívajících 1	Zp	A	2 L
Zdravotní tělesná výchova	K	A	2 L
Zdravotní a sociální politika	Ko	A	3 Z
Prevence závislostí u dětí a dospívajících 2	Zp, Zk	A	3 Z
Péče o nemocné, domácí péče	Zp, Zk	A	3 Z
Vybraná onemocnění dětského a dospělého věku	Zp, Zk	A	3 Z
Dopravní výchova	K	A	3 Z
Ochrana obyvatel za mimořádných událostí	K	A	3 L
Rodinné právo	K	A	3 L
Enviromentální výchova	K	A	3 L
Počet kreditů za povinné předměty 1., 2. a 3. ročníku			60
povinně volitelné předměty „B“ (volba min. 4 kreditů)			
Programy a projekty k podpoře zdraví	K	B	2 Z
Provoz a technologie v domácnosti	K	B	2 L
Multikulturalita – interkulturní vzdělávání	K	B	2 L
Odborná stáž 1	Zp	B	2 Z
Odborná stáž 2	Zp	B	2 L
Seminář k bakalářské práci 1	Zp	B	2 Z
Seminář k bakalářské práci 2	Zp	B	3 Z
Etická výchova	K	B	2 Z
volitelné předměty „C“ (volba min. 3. kreditů)			
Teorie a metodika výchovné práce	Zp	C	2 L
Psychologie krizových situací	Zp	C	3 Z
Prevence vybraných aspektů životního stylu	Zp	C	3 Z
Celkový počet kreditů za povinné, povinně volitelné a volitelné disciplíny			67

Profil absolventa:

Profil absolventa bakalářského studijního oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání plně koreluje s profilací jednotlivých disciplín v rámci studijního plánu. Koresponduje také s obsahovou náplní Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, konkrétně s očekávanými výstupy a nabídkou učiva vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví.

Po úspěšném ukončení studia bude absolvent schopen:

- Analyzovat relevantní zdroje pro získávání nutných teoretických vkladů pro oblast podpory zdraví a výchovy ke zdraví.
- Interpretovat, hodnotit a vysvětlit nutné teoretické znalosti z vědních oborů, které vytváří rámec pro realizaci podpory zdraví a výchovy ke zdraví.

- Definovat základní teorie a modely zdraví a nemoci, teorie rizikových a protektivních faktorů zdraví, determinant životního stylu.
- Popsat souvislosti mezi zdravím a uplatňovanými zásadami životního stylu, přístupu a odpovědnosti za zdraví své i ostatních.
- Prokázat teoretické znalosti v oblastech podpory zdraví a výchovy ke zdraví s akcentem na specifické požadavky jednotlivých populačních skupin (od dětského věku až po věk seniorský).
- Podporovat adekvátní přístup jednotlivých populačních skupin k aktivní podpoře zdraví pomocí uplatňování správných nutričních návyků, pohybové aktivity, duševního zdraví.
- Vyhodnotit dopady rizikového chování na bio-psycho-sociální složky zdraví (v oblasti zneužívání návykových látek, závislostního chování, rizikového sexuálního chování, vzniku poruch příjmu potravy aj.).
- Aplikovat zásady primární prevence (všeobecné prevence), případně i sekundární a terciární (či selektivní i indikované) směrem k jednotlivým populačním skupinám (zejména dětem školního věku).
- Analyzovat prostředí školy vzhledem k podpoře zdraví a výchovy ke zdraví.
- Poskytnout první pomoc při vzniku náhlých poruch zdraví úrazové i neúrazové etiologie, adekvátně postupovat v situacích označovaných jako "mimořádné události", definovat princip a uplatňovat zásady dopravní výchovy.
- Interpretovat stěžejní programy a projekty v oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu.
- Pokračovat v navazujícím magisterském studiu Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol na PdF UP v Olomouci či na jiných pedagogických fakultách.

Absolvent bakalářského studia je primárně předurčen ke studiu v navazujícím magisterském studijním oboru Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň ZŠ. Může se však také uplatnit jako asistent pedagoga, lektor či odborný pracovník volnočasových aktivit dětí, mládeže, seniorů. Může působit v centrech zaměřujících se na primární prevenci, konzultačních poradnách v rámci zdravého životního stylu atp.

Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol

Je navazující magisterský studijní obor ve standardní délce studia 2 roky. Přestože akreditace byla tomuto studijnímu oboru udělena v roce 2006, první posluchači tohoto oboru nastoupili do studia v prezenční formě v akademickém roce 2010/2011, tedy v okamžiku, kdy

ukončili studium první absolventi bakalářského studijního oboru (akad. rok 2009/2010). Studenti kombinovaného studia byli poprvé zapsáni na akademický rok 2014/2015. Aktuální akreditace je opět platná do roku 2021. Studenti v navazujícím magisterském studiu jsou zejména absolventi olomoucké univerzity, nicméně obor volí i absolventi bakalářských oborů z pedagogických fakult v Brně, Ostravě, Praze aj.

Studium Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol tedy plynule navazuje na bakalářský obor Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání. Zatímco v rámci bakalářského studia posluchači získávají penzum teoretických znalostí z široké problematiky podpory zdraví a výchovy ke zdraví, v navazujícím studiu je kladen důraz a prioritní zaměření na rozvoj didaktických a metodických kompetencí v oblasti výchovy ke zdraví. Podporována je také další geneze kompetencí k podpoře zdraví, prevenci rizikového chování a rozvoji zdravotní gramotnosti.

Disciplíny v rámci studijního plánu jsou koncipovány s ohledem na vyváženost **biologických** (zdravovědných), **psychologických**, **sociálních** disciplín a významné je zastoupení **didaktických** a **metodických předmětů** (rozvoj zejména kompetence učitelské).

Studium opět v kombinaci s jiným navazujícím magisterským oborem studijního programu Učitelství pro základní školy (N 7503) anebo Učitelství pro střední školy (N 7504) na PdF UP v Olomouci. Součástí studijního oboru je také Modul učitelské způsobilosti (rozdělen do čtyř částí – pedagogické, psychologické, praktické a všeobecně profilující).

Tab. 22: Studijní plán oboru Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol

Vysoká škola		UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI		
Součást vysoké školy		Pedagogická fakulta		
Název studijního programu		7503 Učitelství pro základní školy		
Název studijního oboru		UČITELSTVÍ VÝCHOVY KE ZDRAVÍ PRO 2. STUPEŇ ZÁKLADNÍCH ŠKOL		
Název předmětu	způsob zák.	druh před.	dop. roč.	
Didaktika výchovy ke zdraví 1	Zp	A	1 Z	
Hygiena a epidemiologie	Zp, Zk	A	1 Z	
Prevence rizikového chování	Ko	A	1 Z	
Sexuální výchova	Zp, Zk	A	1 Z	
Specifika somatického vývoje	Zp, Zk	A	1 Z	
Podpora zdraví a rozvoj zdravotní gramotnosti	Ko	A	1 Z	
Didaktika výchovy ke zdraví 2	Zp, Zk	A	1 L	
Podpora zdraví v kurikulárních dokumentech	Ko	A	1 L	
Patopsychologie a zdravotnická psychologie	Zp, Zk	A	1 L	
Právo pro učitele Výchovy ke zdraví	Ko	A	1 L	
Výživa	Zp, Zk	A	1 L	
Agresivita a šikana u dětí	Ko	A	2 Z	
Metodický seminář Výchovy ke zdraví I	Ko	A	2 Z	
Psychoterapie a duševní hygiena	Zp, Zk	A	2 Z	

Tvorba a metodika projektů k podpoře zdraví	Ko	A	2 Z
Kulturní a sociální antropologie	Ko	A	2 L
Metodický seminář Výchovy ke zdraví II	Ko	A	2 L
Repetitorium rodinné problematiky	Ko	A	2 L
Celkem kreditů za povinné disciplíny 1. a 2. ročníku			32
povinně volitelné předměty „B“ (volba min. 3. kreditů)			
Diplomový seminář 1	Zp	B	1 Z
Prevence rizikového chování na internetu	Zp	B	1 Z
Diplomový seminář 2	Zp	B	2 Z
Odborná stáž	Zp	B	2 Z
Psychologie krizových situací	Ko	B	1 L
Teorie náhlých poruch zdraví	Ko	B	1 L
Prevence neinfekčních epidemií	Ko	B	1 L
Speciálně-pedagogická propedeutika	K	B	2 Z
Evaluace k pedagogické praxi a její reflexe I	Zp	B	1 L
Evaluace k pedagogické praxi a její reflexe II	Zp	B	2 Z
volitelné předměty „C“ (volba min. 3. kreditů)			
Komunikativní dovednosti učitele	Zp	C	1 Z
Prevence dětských úrazů	Zp	C	2 Z
Fyziologie těhotenství a porodu	Zp	C	1 L
Bezpečnost práce v domácnosti	Zp	C	1 Z
Prevence rizikových faktorů životního stylu	Zp	C	2 Z
Celkem kreditů za povinné, povinně volitelné a volitelné disciplíny 1. a 2. ročníku			38

Profil absolventa:

Po celou dobu studia je posluchač připravován k výkonu profese učitele na základní škole, konkrétně učitele Výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol. Cílem studia tedy je, aby absolvent Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol byl erudován stran odbornosti v problematice zdraví, podpory zdraví, aktivního přístupu ke zdraví (v multidisciplinárních oblastech výchovy ke zdraví, které vycházejí z medicíny, psychologie, sociologie, antropologie, adiktologie, demografie aj.) a zejména stran didaktického transferu do pedagogické praxe základní školy s využitím moderních a na bázi zážitkové pedagogiky založených výukových metod.

Profil absolventa úzce koreluje s obsahovou náplní studijního programu, po jehož ukončení bude absolvent schopen:

- Prokázat široké znalosti z oblasti podpory zdraví, výchovy ke zdraví a zdravému životnímu stylu. Z oblasti prevence rizikového chování, ochrany zdraví před infekčními nemocemi, neinfekčními epidemiemi, úrazy a jiným poškozením zdraví. Z jednotlivých determinant životního stylu jako je výživa, pohybová aktivita, duševní zdraví, prevence zneužívání návykových látek včetně alkoholu a kouření a závislostního chování, prevence rizikového sexuálního chování a ochrany sexuálně reprodukčního zdraví.
- Vysvětlit principy transferu soudobých vědeckých poznatků z vědních oborů, které se ve výchově ke zdraví a podpoře zdraví manifestují.

- Odůvodnit potřebu a realizaci projektů k podpoře zdraví na celosvětové, kontinentální, národní i regionální úrovni. Aktivně se podílet na přípravě, podávání, realizaci i evaluaci projektů k podpoře zdraví.
- Aktivně vyhledávat nové tuzemské i zahraniční výzkumy z oblasti výchovy ke zdraví. Výsledky výzkumů využít v pedagogickém procesu. Konstruovat, realizovat, vyhodnotit a analyzovat výzkum v oblasti výchovy ke zdraví a podpory zdraví, srovnat jej s relevantními studiemi. Na základě zjištěných výsledků didakticky pracovat s žáky.
- Analyzovat kurikulární dokumenty s akcentem na oblast výchovy ke zdraví. Pracovat s horizontálním i transversálním přesahem v rámci jednotlivých vzdělávacích oborů a rámců včetně průřezových témat.
- Aplikovat teoretické poznatky do pedagogického procesu na základní škole adekvátně věku, kognitivním, psycho-sociálním a dalším schopnostem žáků,
- Využít moderních výukových metod k naplňování kognitivních, afektivních i psychomotorických cílů vzdělávání v oblasti výchovy ke zdraví.
- Postupovat v souladu s aktuální verzí Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání tak, aby zajistil naplnění očekávaných výstupů a Vzdělávacích standardů Výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základní školy.
- Pokračovat ve studiu v rámci postgraduálního studia v doktorském studijním programu, v rámci celoživotního vzdělávání či v rámci specializačních kurzů.

Mimo posláním učitele Výchovy ke zdraví na 2. stupni základních škol se mohou absolventi profilovat jako metodici primární prevence či výchovní poradci. Dále se mohou uplatnit v centrech volného času pro děti a mládež, nízkoprahových zařízeních, v centrech pro seniory atd. Mohou také pracovat v oborech úzce souvisejících s problematikou lidského zdraví, aktivního přístupu ke zdraví, podpory zdraví a zdravého životního stylu – lektoři či odborní pracovníci v centrech primární prevence, poradnách ke zdravému životnímu stylu apod.

Inovace ve studijních plánech Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání a Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol

Každá nová akreditační verze uváděných studijních oborů zahrnovala do určité míry inovativní zásahy tak, aby studijní plány co nejvíce korelovaly s potřebu pedagogického terénu a dalšími požadavky.

V poslední akreditační verzi v roce 2015 byly do studijních plánů oborů implementovány nové studijní disciplíny, které mají za cíl zkvalitnit profesní přípravu pedagogů Výchovy ke zdraví, mimo jiné tak, aby byl naplňován program Zdraví 2020 a Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020, Akční plán č. 12.

V žádosti o prodloužení doby akreditace studijních oborů připravující učitele Výchova ke zdraví se změny oproti akreditaci udělené v roce 2010 dotýkají zejména implementace nových disciplín v souladu se změnami v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání, vzdělávacím oboru Výchova ke zdraví, verze platná od 1.9.2013 (jeho očekávaným výstupům a nabídce učiva i nově formulovaným Vzdělávacím standardům výchovy ke zdraví pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví na 2. st. ZŠ).

V některých případech se jedná o nahrazení stávajících disciplín novými s inovativním pojetím a aktualizovaným obsahem, tak aby studijní plán a tedy i profil absolventa odpovídal co nejvíce potřebám odborného pedagogického terénu. V navazujícím studiu je pak posílána didaktická a metodická složka.

Pozn. Mimo jiné byly aktualizovány charakteristiky stávajících předmětů tak, aby odpovídaly nejnovějšímu stavu poznání (studijní literatura, především nabídka studijních opor a odkazů na elektronické zdroje). Celková koncepce studia a poslání absolventa studijního oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání a Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol je identická.

Konkrétně se jedná o tyto disciplíny u studijního oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání:

Teorie zdraví a nemoci (nahrazuje disciplínu Propedeutika výchovy ke zdraví); Problematika aktivního stárnutí (nová disciplína); Vybraná onemocnění dětského a dospělého věku (nahrazuje disciplínu Pediatrie); Dopravní výchova (nová disciplína); Ochrana obyvatel za mimořádných událostí (nová disciplína); Programy a projekty k podpoře zdraví (nová "B" disciplína); Prevence vybraných aspektů životního stylu (nová "C" disciplína).

V navazujícím magisterském studiu Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol se jedná o následující změny a inovace:

Specifika somatického vývoje (nahrazuje Somatologie dětského věku); Podpora zdraví a rozvoj zdravotní gramotnosti (nahrazuje Výchova ke zdraví); Podpora zdraví v kurikulárních dokumentech (nová disciplína); Metodický seminář Výchovy ke zdraví I a II (rozšířená disciplína); Prevence rizikového chování na internetu (nová disciplína „B“); Prevence

neinfekčních epidemií (nová disciplína „B“); *Speciálně pedagogická propedeutika* (nová disciplína „B“); *Edukace k pedagogické praxi a její reflexe I a II* (nová disciplína „B“).

Výše uvedené pasáže jsou převzaty a upraveny z akreditačních materiálů studijních oborů *Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání* a *Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol* (2015, online). Autorka příspěvku je autorkou těchto akreditačních materiálů, resp. použitých pasáží.

Referenční seznam

- HŘIVNOVÁ, M. 2014. The Conception of Health Education at Primary Schools in the Czech Republic. In *SGEM Conference on Psychology & Psychiatry, Sociology & Healthcare Education*. Albená: International Multidisciplinary Scientific Conferences on Social Sciences & Arts, Volume 2. 2014. s. 899-912. ISBN 978-619-7105-23-0. ISSN 2367-5659.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* (verze platná od 1. 9. 2013). [online]. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2013. 140 s. Dostupné na [www: http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/upraveny-ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani](http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/upraveny-ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani). [cit. 2016-05-25].
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* (verze platná od 1. 9. 2016). [online]. Dostupný z [www: http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-zakladni-vzdelavani](http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-zakladni-vzdelavani). [cit. 2016-09-06].
- Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví*. [online]. Dostupný z [www: http://www.nuv.cz/t/standardy-ovo](http://www.nuv.cz/t/standardy-ovo). [cit. 2016-09-16].
- Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol*. Akreditační materiál. [online]. Olomouc: Pedagogická fakulta UP, 2015. Dostupné na [www: http://www.pdf-info.upol.cz/Akred_2015-full/Akredit_studijni_obory.php](http://www.pdf-info.upol.cz/Akred_2015-full/Akredit_studijni_obory.php) [cit. 2016-09-06].
- Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání*. Akreditační materiál. [online]. Olomouc: Pedagogická fakulta UP, 2015. Dostupné na [www: http://www.pdf-info.upol.cz/Akred_2015-full/Akredit_studijni_obory.php](http://www.pdf-info.upol.cz/Akred_2015-full/Akredit_studijni_obory.php) [cit. 2016-09-06].

VYUŽITÍ BIORYTMŮ KE ZEFEKTIVNĚNÍ PEDAGOGICKÉHO PROCESU

BIORHYTHMS USE TO STREAMLINE THE TEACHING PROCESS

Petr Kachlík

Abstrakt: *Biorytmy představují jeden ze základních atributů života. Nalézáme je na všech úrovních organizace živého systému, jsou geneticky podmíněny. Můžeme je vystopovat v oblasti medicíny, pedagogiky, výrobních odvětví, dokládají sepětí živé přírody s kosmickými vlivy. Biorytmy se projevují jako cyklické, pravidelné střídání fyziologických dějů probíhajících v organismu, a také jako pravidelné střídání intenzity těchto dějů. Biorytmy jsou na vyšší úrovni reprezentovány řadou mozkových jader, žláz s vnitřní sekrecí, oční sítnicí i periferními orgánovými centry. Působí hierarchicky od buněk přes tkáně a orgány až po makroorganismus. Jejich základní úlohou je umožnit existenci a adaptabilitu jakéhokoli živého systému. Reálně můžeme poznatků o lidských biorytmech využít k efektivnější práci i odpočinku, naučit se vycítit a respektovat potřeby vlastního těla. Můžeme aktivně zasáhnout do svého životního stylu, pokusit se minimalizovat rizikové chování a posílit působení ochranných faktorů.*

Klíčová slova: *biorymus, epifyza, chronobiologie, nemoc, pedagogika, škola, učení, zdraví, žák*

Abstract: *Biorhythms are one of the fundamental attributes of life. They are found at all levels of organization of a living system, they are genetically determined. We track them down in the fields of medicine, education, industry and illustrate the links between nature with cosmic influences. Biorhythms are manifested as cyclical alternation of physiological processes occurring in the body, as well as regular alternation of the intensity of these events. Biorhythms are at a higher level represented a variety of brain nuclei, endocrine glands, retina and peripheral organ centers. It operates through a hierarchy of cells, tissues and organs to macroorganism. Their basic role is to existence and adaptability of any living system. Realistically, we can knowledge about human biorhythms be used for more effective work and rest, learn to sense and respect the needs of his own body. We actively intervene into your lifestyle, try to minimize risky behaviors and protective factors reinforce the operation.*

Keywords: *biorhythm, the pineal gland, chronobiology, illness, education, school, learning, health, pupil*

Úvod

Lidské tělo, obdobně jako ostatní živé systémy, je ovlivňováno různými pochody, které se odehrávají v jeho okolí. Tyto děje však neprobíhají se stále stejnou intenzitou, ale většina z nich se vyznačuje pravidelnou oscilací kolem určité hodnoty (Haus, E., 2007; Jež, P., 2010).

Jako příklady lze uvést pravidelné střídání dne a noci, přílivu a odlivu, lunární rytmy sledují měsíční periodu 28 dní, v ročních cyklech dochází k prodlužování a zkracování dne, Země se otáčí v pravidelném intervalu jednou za 24 hodin kolem své osy a jedenkrát za rok uzavře oběh kolem Slunce apod. (Honsová, D., 2008).

Aby byla existence živočichů a rostlin v proměnném prostředí vůbec možná, bylo třeba najít strategii, jak se na ně adaptovat. Jako výraz adaptace na pravidelně se opakující změny vnějšího prostředí se v průběhu druhového vývoje u většiny živočichů a rostlin, ale také u eukaryotních mikroorganismů vyvinuly biorytmy. Termín „biorytmus“ vznikl složením ze dvou řeckých slov: bios (tj. život) a rhytmos (tj. pohyb, který se pravidelně opakuje) (Scheving, L. E., Halberg, F. a Pauly, J. E., 1974; Anwar, Y. A. a White, W. B., 1998).

Projevy biorytmů lze zaznamenat jednak jako cyklické, pravidelné střídání fyziologických dějů probíhajících v organismu, jednak jako pravidelné střídání intenzity těchto dějů. Projevy chování živočichů bývají sladěny s různými vnějšími faktory, které se označují jako časovače. Časovači mohou být různé veličiny a jejich změny, např. délka dne v rámci roku, změny teploty, relativní vlhkosti, tlaku. Odpovědi jedinců konkrétního živočišného druhu je např. línání, pelichání, svlékání, migrace (tahy ptáků), pohlavní aktivita a další (Mletzko, H. G. a Mletzko, I., 1985; Boden, M. J. a Kennaway, D. J., 2006).

Živé systémy mají tzv. endogenní (vnitřní) hodiny, které jsou synchronizovány 24hodinovým střídáním světla a tmy. Biorytmy jsou cyklické děje probíhající v organismu bez ohledu na letní nebo zimní čas - cyklus začíná dnem narození a opakuje se neustále dokola. Základní cyklus lidského těla je 25hodinový, je denně resynchronizován dnem o délce 24 hodin (Illnerová, J., 1994; Strunecká, A. a Patočka, J., 2005).

Metodologie

Jedná se o přehledový příspěvek, jehož hlavním cílem je nastínit základní informace o existenci, podstatě a významu biorytmů. Upozornit na lidské vnitřní hodiny, jejich řízení a sepětí s endokrinním systémem a změnami v organismu včetně zdravotního stavu a stárnutí,

připomenout využití poznatků o biorytmu v oblasti výchovy, vzdělávání, ve výrobní sféře i při relaxaci. Bylo využito analyticko-syntetického přístupu, tištěných a elektronických informačních zdrojů.

Výsledky

Stručná historie studia biorytmů

K nejstarším dochovaným studiím o biorytmu řadíme práci francouzského vědce Jeana Jacquese Ortoise de Mariana z roku 1729. Popsal chování jistého druhu mimózy, z pozorování učinil závěr, že pravidelný rytmus otevírání a zavírání listů rostliny nevyvolává sluneční svit, ale v živém systému pravděpodobně existují nějaké biologické hodiny, které jeho rytmické pohyby navozují a kontrolují (Scheving, L. E., Halberg, F. a Pauly, J. E., 1974; Mletzko, H. G. a Mletzko, I., 1985).

Z oblasti lidské biologie a medicíny pocházejí pozdější odborné práce (19. století, Virey), které dávají do souvislosti zdravotní stav člověka a střídání světla a tmy. Následovaly výzkumy o fyziologii a chování rostlin a živočichů, byl zaveden termín „fotoperiodismus“, zkoumán vztah biorytmů a tělesné teploty (USA, 20. léta 20. století). Bylo zjištěno, že vnitřní biologické hodiny nejsou závislé na denních změnách zevního prostředí. Po 2. světové válce se intenzita výzkumů zaměřených na biorytmy zvýšila, byla nalezena řada souvislostí biorytmů s projevy živých organismů. Později (v 60. letech 20. století) vznikl nový obor zvaný chronobiologie, jenž se podrobně zabývá všemi změnami v živých organismech z hlediska času, tedy studuje časovou organizaci živých systémů. Do chronobiologie zahrnujeme studium vztahu časového systému organismu a jeho funkcí, chorobných stavů, působení léků či jedů, řadíme sem rovněž studium cyklů spánku, tělesné teploty, endokrinní aktivity (Anwar, Y. A. a White, W. B., 1998; Rensing, L., 2007; Špérová, L., 2008).

Druhy a vlastnosti biorytmů

Biorytmy lze členit dle délky jejich periody na (Mletzko, H. G. a Mletzko, I., 1985; Anwar, Y. A. a White, W. B., 1998):

- ultradiánní, s periodou kratší než 20 hodin (v milisekundách - nervová aktivita, v sekundách - srdeční činnost, v minutách - dýchání, v hodinách - aktivita žláz), lunisolární přílivový rytmus řídící aktivitu pobřežních mořských živočichů (12,4 hodiny);
- cirkadiánní, s periodou 20-28 hodin (pohybová aktivita, žlázy, spánek a bdění);

- infradiánní, s periodou delší než 28 hodin (zejména rytmy na úrovni celého organismu: cirkalunární ženský cyklus s periodou 4 týdny, cirkanuální cyklus s periodou 10 až 14 měsíců), periodu v délce jednoho nebo více roků pak můžeme nalézt u biorytmů na úrovni organismu nebo celých populací, cirkaseptánní civilizační rytmus (týdenní) v souvislosti se sociálním a pracovním režimem, jedenáctileté cykly sluneční aktivity, jimž podléhá celá biosféra.

Biorytmy můžeme vystopovat na všech úrovních organizace živých systémů (Anwar, Y. A. a White, W. B., 1998):

- molekulární úroveň (oscilace množství DNA v buňce, termodynamická rovnováha);
- subcelulární úroveň (denní kolísání enzymatické aktivity v buňkách, cirkadiánní rytmus sekrece melatoninu-výsadní postavení, hlavní lidské biologické hodiny);
- celulární úroveň (mitotická aktivita buněk a tkání, platí i pro jednobuněčné organismy);
- orgánová úroveň (pravidelné změny hematologických a biochemických parametrů během dne);
- úroveň makroorganismu (změny chování, aktivity, metabolismu během dne, roku).

K důležitým vlastnostem biorytmů patří, že je nalezneme na všech úrovních organizace živé soustavy, v živém organismu cykluje (nebo osciluje) prakticky každý děj a jsou jedním ze základních atributů života (Illnerová, H. a Sumová, A., 2008).

Biorytmy jsou velmi stabilní - regulují živý systém a bez větších změn zůstávají i tehdy, scházejí-li organismu delší dobu informace z vnějšího (a o vnějším) prostředí. Jde o určitý druh automatismu. Biorytmy jsou geneticky zakódovány v DNA organismu. Jejich studium je složité, doposud jsou geny řídící cirkadiánní rytmy dobře dokladovány např. u hmyzu, hlodavců a plísní. V poslední době jsou intenzivně zkoumány tzv. hodinové geny savčí vč. lidských. U člověka je sice již přečtena genetická výbava, avšak její luštění je dlouhodobou výzvou a procesem (Illnerová, H., 1996c).

Lidské biorytmy

Lidské biorytmy lze rozdělit mimo výše uvedeného též podle cyklování funkcí organismu na fyzický cyklus s periodou 23 dnů, v němž dochází ke změnám tělesné pohody a vitality; emociální cyklus s periodou 28 dnů spjatý se změnami nálady a způsobu myšlení a intelektuální cyklus s periodou 33 dnů charakterizovaný změnami intelektových schopností a rozhodování. Každý z cyklů má dvě fáze - pozitivní a negativní - tedy stoupající (rychlé

a jasné myšlení, kreativita, energie, dobrá nálada) a klesající (nedostatek vitality, náladovost, vyšší chybovost). Při přechodu z pozitivní do negativní fáze nastává tzv. kritický den. Existuje velké množství pomůcek, pomocí nichž lze sestavit osobní kondiciogram, tedy měsíční cyklus fyzické, emocionální a intelektuální aktivity. Výsledek je však třeba brát pouze informativně a s velkou rezervou. Na cykly mají vliv změny zdravotního a fyzického stavu, stresová zátěž, psychická nepohoda, užívání léků a mnohé další faktory. Je možné kondiciogram sestavit sofistikovaněji, to ovšem vyžaduje dokonalejší a nákladné vybavení, detailní znalost režimu dne a životního stylu sledované osoby (Havelková, M. a Kachlík, P., 2008; Honsová, D., 2008; Jež, P., 2010).

24hodinový cyklus je svázaný s rotací Země, reprezentují jej biologické hodiny jdoucí po celý život a působící na naši aktivitu v průběhu dne. Centrální biologické hodiny řídí všechny pravidelně se opakující děje v lidském organismu a vzájemně je synchronizují. Kromě nich existují další - periferní hodiny, které ovlivňují činnost útrobních orgánů, psychické funkce, tělesnou a duševní kondici člověka (Illnerová, H., 1996c). Vnitřní tělesné orgány mají také svůj biorytmus, v daném časovém rozmezí (během dne) je vždy některý z orgánů aktivnější než ostatní (Mletzko, H. G. a Mletzko, I., 1985; Cornélissen, G. a kol., 2004).

Podrobnější popis orgánové aktivity v rámci cyklu jednoho dne (5-5 hodin) (Hildebrandt, G., 1976; Anwar, Y. A. a White, W. B., 1998; Berger, J., 1995):

- 5.-7. hodina: na vrcholu aktivita tlustého střeva, na minimu aktivita žlučníku a tenkého střeva, nárůst krevního tlaku a produkce hormonů, vysoká citlivost na bolest, vysoká úroveň imunity, dobrá krátkodobá paměť. Čas vhodný k vyprázdnění a zopakování memorovaného učiva (slovíčka, vzorečky).
- 7.-9. hodina: na vrcholu aktivita imunity a žaludku, nárůst srdeční činnosti a krevního tlaku, psychické činnosti, soustředění, aktivita jater nejnižší, nižší citlivost na bolest. Doba vhodná na snídani.
- 9.-11. hodina: nejvyšší úroveň denní výkonnosti, možná vysoká fyzická a psychická zátěž, maximální aktivita slinivky a sleziny, dobré zažívání, plná srdeční aktivita, utlumená funkce plic. Doba vhodná ke zvládnutí náročných pracovních úkolů, zkoušek, učení se novému, vysoký stupeň kreativity.
- 11.-13. hodina: kolem poledne postupně přichází únava, končí údobí vysoké psychické a fyzické výkonnosti, jsou vysoké hodnoty krevního tlaku a srdeční aktivity, snížená výkonnost jater a tlustého střeva. Kolem 13. hodiny vhodná doba na oběd a relaxaci.
- 13.-15. hodina: maximální aktivita tenkého střeva, vyčerpání, potřeba spánku, útlum činnosti žaludku, jater, pokles tělesné energie, vysoká odolnost vůči bolesti. Doba

vhodná na oběd a zažívání, odpočinek, mezi 14.-15. hodinou jsou dobře snášeny bolestivé lékařské zákroky.

- 15.-17. hodina: vrchol aktivity močového měchýře, útlum činnosti slinivky a sleziny, dobrá funkce termoregulace, zvýšená intenzita psychických funkcí, dlouhodobé paměti. Doba vhodná k domácí přípravě, dalšímu vzdělávání a saunování.
- 17.-19. hodina: vrchol aktivity ledvin a nadledvin, snadné zvládnání fyzické zátěže a vyšší psychická odolnost, stimulace funkce plic a kosterního svalstva. Doba vhodná pro volnočasové sportovní aktivity.
- 19.-21. hodina: nárůst činnosti mozku (dlouhodobá paměť), ale snížení psychické svěžesti, pocity podrážděnosti či náladovosti, lehký vzestup krevního tlaku, nástup relaxace trávicí soustavy. Čas vhodný k lehké večeři a duševní práci.
- 21.-23. hodina: pokles krevního tlaku, vrchol aktivity pohlavní soustavy a některých partií endokrinního systému, okolo 21. hodiny vysoká aktivita mozku, kolem 22. hodiny se uklidňuje psychika, o hodinu později nástup útlumu metabolismu, příprava na spánek, regenerace kůže, vlasů a nehtů, detoxikace organismu. Doba vhodná na sex, duševní práci, relaxaci a spánek.
- 23.-1. hodina: vysoká aktivita žlučníku, útlum ledvin, vysoká citlivost na bolest, největší útlum duševních schopností, intenzivní činnost imunitního systému. Čas vhodný ke spánku a regeneraci organismu.
- 1.-3. hodina: nejvyšší aktivita jater, pomalý dech i puls, nízký krevní tlak, totální relaxace, nejvyšší útlum činnosti mozku, velmi nízké reakční schopnosti. Čas vhodný ke spánku a regeneraci organismu. Velmi rizikové období pro pracující na noční směny.
- 3.-5. hodina: vysoká aktivita plic, nízký krevní tlak i tělesná aktivita, růst ostrosti sluchu. Čas vhodný ke spánku a regeneraci organismu. Velmi rizikové období pro řízení dopravních prostředků.

Vznik, řízení a poruchy biorytmů

Za pravidelně změny v lidských (obecně savčích) fyzických a psychických projevech odpovídají dvě nervová jádra, jež jsou uložena v mozku blízko křížení zkrakových nervů (tzv. suprachiasmatická jádra). Jádra obsahují několik tisíc buněk a generují rytmickou elektrickou aktivitu, která musí být vzájemně synchronizována. Klíčovým prvkem informací o stavu vnějšího prostředí je světlo zachycované oční sítnicí, transformované na elektrické a chemické podněty (cirkadiánní vidění), dále některé nervové přenašeče a spojení mezi jádry a sítnicí. Poškození má za následek ztrátu cirkadiánních rytmů a schopnosti organismu reagovat na

změny zevního prostředí. Z jader jsou informace vedeny do epifýzy (šišinky) a podle okolností je v ní syntetizován melatonin či serotonin (Illnerová, H., 1994; Illnerová, H., 1996a; Illnerová, H. a Sumová, A., 2008).

Rytmické chování buněk biologických hodin je dáno cyklickým spínáním a vypínáním jisté sady genů, která je označována jako geny hodinové. Světlo složitý systém biologických hodin dokáže výrazně přestavit, změnit fázi jejich rytmu. Signály z centrálních hodin se do periferie dostávají pomocí spínání jiných genů, které jsou označovány jako tzv. hodinami řízené geny, čímž je celý makroorganismus informován o svém stavu vzhledem k vnějšímu prostředí. Ve většině savčích periferních orgánů byly nalezeny jejich vlastní biologické hodiny, což bylo dokladováno rytmickou funkcí hodinových orgánových genů. Periferní hodiny vykazují vazby na hodiny centrální, jež je kontrolují a synchronizují, aby orgány fungovaly harmonicky v rámci celku. Na periferní biologické hodiny má mj. vliv doba příjmu potravy a některé hormony. Periferní orgánové hodiny umožňují orgánům připravovat se s předstihem na denní změny ve vnitřním i v zevním prostředí, zřejmě též dokáží ovlivňovat buněčné dělení, což může být velmi důležité v procesu vzniku a prevence onkologických chorob (Illnerová, H., 1994; Illnerová, H., 1996c; Illnerová, H. a Sumová, A., 2008).

V centrálním nervovém systému člověka jsou uloženy - stejně tak jako u ostatních vyšších savců - tzv. biologické centrální hodiny. Jsou lokalizovány v malé endokrinní žláze zvané šišinka (též nadvěsek mozkový, epifýza) při zadní horní straně mezimozku. Nadvěsek vytváří hormon melatonin (Illnerová, H., 1996b; Illnerová, H. a Sumová, A., 2008). Cirkadiánní rytmus je řízen světelným podnětem, proto jeho dráha začíná dopadem fotonů na sítnici oka. Buňky epifýzy syntetizují z aminokyseliny tryptofanu ve tmě melatonin a na světle serotonin. Signál melatonin/serotonin dokáží svými receptory rozpoznat a dekodovat prakticky všechny buňky našeho těla. Tímto mechanismem nás epifýza pohotově přeladuje do stavu spánku či bdění.

Jakmile poklesne proud fotonů dopadajících na sítnici, začne epifýza do 30 minut tvořit melatonin a v kvantech jej uvolňovat do krevního řečiště. O melatoninu se rovněž hovoří jako o hormonu tmy (ev. jako o nočním hormonu, hormonu spánku). Tím je dán důrazný pokyn řadě orgánů a tělesných funkcí k útlumu - k odpočinku, v mozku to znamená navození spánku. Světlo naopak množství vzruchů působících na epifýzu tlumí, syntéza melatoninu se zastaví. Epifýza vyrobený melatonin neskládá, jeho produkce je přísně závislá na cirkadiánním cyklu, tedy na střídání světla a tmy v průběhu cirkadiánního rytmu (Cromie, W. J., 1999; Haus, E., 2007; Illnerová, H. a Sumová, A., 2008).

Syntéza melatoninu prudce roste po setmění (zhasnutí), tj. asi po 21. hodině. Nejvyšší koncentrace (pulsu, vrcholu) dosahuje melatonin kolem tzv. subjektivní (biologické) půlnoci, tj. cca kolem 3. hodiny ranní. V pozdějších ranních hodinách začíná jeho produkce rychle klesat, až se sníží na minimum, na němž je udržována po celou světelnou fázi dne. V případě, že se v noci probudíme a na delší dobu (půl hodiny a více) rozsvítíme, epifyza výrazně omezí tvorbu melatoninu, což je důvodem těžkého opětovného usínání. Expozice světlu večer a v první polovině subjektivní noci cirkadiánní rytmy zpožďuje, expozice světlu ve druhé půlce noci a zrána je předbíhá. Vystavení světlu během dne lidské biorytmy prakticky nenarušuje. Organismus se pravděpodobně lépe vyrovnává se zpožděním biologických rytmů než s jejich předbíháním. V létě je světlo dlouho do večera a opět brzy ráno, melatoninový puls je proto krátký a výrazný. V zimě je tomu naopak, puls je široký a méně výrazný. U člověka tato skutečnost zejména platí, je-li vystaven silnému slunečnímu světlu. Pobývá-li převážně v prostorách s umělým osvětlením, charakter melatoninového vrcholu se zásadně nemění (Mletzko, H. G. a Mletzko, I., 1985; Drahoňovská, H. a Příbáňová, H. in Provazník, K. a kol., 1996; Illnerová, H., 1996b). Cirkadiánní rytmus melatoninu tak organismu slouží současně jako hodiny i jako kalendář a umožňuje mu připravit se na změny spojené s příslušnou částí dne či ročním obdobím (Illnerová, 1996a; Illnerová, 1996b; Strunecká, A. a Patočka, J., 2005).

Melatonin vyniká mocnými biologickými účinky. V podvěsku mozkovém (hypofýze) se chová jako dominantní hormon, povzbuzuje uvolňování mnoha dalších působků, které ovlivňují periferní tkáně a žlázy s vnitřní sekrecí, v mozku tlumí aktivitu, navozuje spánek, regeneraci duševních i tělesných sil, v oběhovém systému snižuje pohotovost ke tvorbě krevních sraženin, chrání před cévními příhodami (mrtvicí, infarktem), posiluje schopnost bílých krvinek tvořit protilátky, čímž zvyšuje odolnost, na buňky působí jako antioxidant: chrání jejich membránové struktury a genetickou výbavu před poškozením volnými radikály (Illnerová, H., 1996a; Illnerová, H., 1996b; Drábková, J., 2013).

Kromě osvitu je produkce melatoninu závislá též na věku. Po dosažení dospělosti začíná pozvolna, později stále rychleji klesat. Tak je možné vysvětlit, proč senioři špatně spí a vyskytuje se u nich řada tělesných a psychických poruch jako důsledek dysharmonie v regulacích životních pochodů. I některé relativně běžně ordinované léky ke snížení krevního tlaku, nápravě poruch srdečního rytmu, zmírňování horečky, tlumení kloubních bolestí a zánětů negativně působí na syntézu melatoninu, snižují jeho koncentraci. Pacienti při jejich užívání udávají řadu vedlejších účinků, které se vyskytují i u jinak zdravých lidí s deficitem melatoninu. Především jde o poruchy spánku, nálady, orientace, paměti, vidění a únavu. V některých státech jsou již dostupné preparáty s obsahem melatoninu, jimiž se farmaceutické firmy snaží

popsané problémy minimalizovat. Dlouhodobý pobyt v blízkosti silných zdrojů elektromagnetického záření může rovněž vést k negativním zásahům do melatoninového cyklu, a to tím vážnějším, čím je intenzita elektromagnetického pole vyšší (Mletzko, H. G. a Mletzko, I., 1985; Illnerová, H., 1996b; Halberg, F., Kenner, T. a Fišer, B., 2002; Rensing, L., 2007; Šonka, K., 2008; Drábková, J., 2013).

Aplikace biorytmů ve výuce

Mnohé, co je známo o biorytmech, můžeme s velkými výhodami aplikovat ve výuce. Na základě studia a výzkumů všech hlavních biologických rytmů byla sestavena denní křivka výkonnosti. Z ní vyplývá, že v nejhlubším útlumu se naše tělo nachází kolem 3. hodiny ráno (tzv. subjektivní či biologická půlnoc). Později se pozvolna zvyšuje produkce budivých působků a klesá tvorba melatoninu, čímž dochází k aktivizaci organismu. Cirkadiánní rytmus aktivity lidského těla je bifázický, typicky má tedy dva vrcholy výkonnosti. Aktivita organismu prudce narůstá po 6. hodině ranní, vrcholu dosahuje mezi 10.-12. hodinou. Po 13. hodině nastupuje útlum, který je nejhlubší kolem 14. hodiny, poté opět začíná aktivita stoupat. Maximum odpolední aktivity je pozorováno mezi 15.-18. hodinou. Od asi 19. hodiny aktivita těla postupně klesá, organismus pozvolna přechází do spánku (nástup přibližně mezi 18.-22. hodinou) (Haus, E., 2007; Illnerová, H. a Sumová, A., 2008).

Z pedagogického hlediska je nejvyšší vrchol výkonnosti situován do druhé a třetí vyučovací hodiny. Proto by měly být do rozvrhu v této době zařazeny náročné předměty, u nichž je vyžadováno soustředění a vysoká míra abstrakce, zejména matematika, fyzika, český jazyk, cizí jazyky. V první a čtvrté vyučovací hodině je výkonnost žáků průměrná, vhodná pro předměty středně obtížné, např. biologii, chemii, zeměpis, dějepis. Ke konci dopoledního vyučování je vhodné začlenit tělesnou, výtvarnou nebo hudební výchovu, které představují jistý stupeň relaxace. Odpolední výuka by měla začínat nejdříve v 15 hodin, netrvat déle než dvě hodiny. Domácí příprava mladších žáků by měla končit nejpozději v 19 hodin večer (Chalupa, B., 1981; Lokšová, I. a Lokša, J., 1999; Havelková, M. in Kachlík, P. a Mužík, L., 2008).

Struktura konkrétní vyučovací hodiny vychází z délky tzv. soustředěné pozornosti. Mezi délkou doby soustředěné pozornosti a věkem žáka existuje přímý vztah, který je uveden v tab. 23.

Tab. 23: Souvislost mezi délkou doby soustředěné pozornosti a věkem žáka (Lokšová, I. a Lokša, J., 1999; Pokorná, V., 2000)

<i>Ročník a typ školy</i>	<i>Délka soustředěné pozornosti</i>
1. ročník ZŠ	asi 8 minut
2. - 3. ročník ZŠ	10 - 15 minut
4. - 5. ročník ZŠ	15 - 20 minut
6. - 7. ročník ZŠ	20 - 25 minut
8. - 9. ročník ZŠ	25 - 30 minut
střední škola	30 - 35 minut
vysoká škola	40 - 45 minut

Vyučovací hodinu lze rozdělit na 4 fáze: v první jsou žáci přivítáni a uvedeni do problému, vyřídí se administrativa, ve druhé se pozornost žáků obrací k novému učivu, nebo se věnuje opakování a zkoušení, ve třetí jsou shrnuty a připomenuty klíčové partie učiva, ve čtvrté je zadána domácí příprava a hodina je uzavřena. Nejdůležitější pro pedagogickou praxi je druhá fáze hodiny, kdy je žák nejvíce soustředěn. Tato fáze je nejvýhodnější pro výklad nové látky a její délka přímo závisí na věku žáka (Sarmány, I., 1993; Lokšová, I. a Lokša, J., 1999; Pokorná, V., 2000).

Stejně tak, jako je pro efektivní školní práci důležitá vhodná skladba vyučovací hodiny, je pro regeneraci organismu nezbytná přestávka. V praxi se ukázalo, že po 45 minutách výuky je přestávka v délce 5 minut příliš krátká a nedostatečná, pozornost žáků v následujících hodinách velmi rychle klesá. Trvání přestávky v délce 10 minut není sice ideální, ale přesto výrazně zlepšuje situaci. Její první polovina je využita k obnově sil žáka, druhá k přeladění na následující činnost. Zejména na základní a střední škole pro pedagoga platí, že by měl mít své hodiny pečlivě připravené a naplánované, dodržovat časový rozvrh a jejich skladbu, začínat a končit práci ve třídě včas (Sarmány, I., 1993; Vágnerová, M. a Valentová, L., 1992; Bednářová, J. a Šmardová, V., 2010).

Denní biologické rytmy jsou nám vrozené, ale existují i jiné biologické rytmy, které jsou naučené, uměle navozené. Jde opět o adaptační odpověď organismu na měnící se podmínky. Za příklad poslouží týdenní biologický rytmy. Organismus si je vypěstoval v průběhu času, kdy se dlouhodobě a pravidelně střídaly fáze 5 dnů pracovních a 2 dnů relaxačních. Po naučení začne lidské tělo cyklovat, chová se rytmicky (Sarmány, I., 1993; Lokšová, I. a Lokša, J., 1999).

Průběh týdenního cyklu můžeme popsat následovně (Sarmány, I., 1993; Lokšová, I. a Lokša, J., 1999; Pokorná, V., 2000; Skočovský, K. D., 2004):

- Pondělí je den, kdy aktivita lidského těla postupně „nabíhá“; první dvě vyučovací hodiny jsou méně efektivní, proto je vhodné nezařazovat do nich těžší předměty, nové a složité učivo.

- Úterý je den s nejvyšší týdenní aktivitou, a to dopoledne i odpoledne. Pedagog jej může využít k výuce obtížných předmětů, k opakování a zkoušení.
- Středa je z hlediska aktivity den mírně nadprůměrný. Nedoporučuje se zařazování odpolední výuky, poněvadž ve čtvrtek úroveň aktivity žáků výrazně klesá.
- Čtvrtek je den průměrný, pokud žáky nepřetížíme ve středu.
- Pátek je oproti předpokladům charakteristický mírným nárůstem aktivity žáků. Jistě se uplatňuje i vliv psychiky a motivace v podobě nadcházejícího volného víkendu.
- Sobotu a neděli lze považovat za dny mimořádné. Pro přípravu žáků, ale i pedagogů na výuku příštího týdne je možné s výhodou využít sobotního dopoledne, aktivita mírně stoupá, odpoledne však nastupuje útlum, který pokračuje i po celou neděli. Domácí přípravu je proto vhodné realizovat v sobotu dopoledne, v neděli k večeru lze lehce zopakovat naučená fakta.

Diskuse

V poslední době byla uskutečněna řada zásadních výzkumů, které vědce i laickou veřejnost donutily k dramatické změně pohledu na biorytmy vázané na živé systémy. V 90. letech minulého století pracoval rusko-italský tým s geneticky stejnorodými skupinami myší. První skupina byla tvořena mladými jedinci, druhá naopak starými. Všechny myši byly uspány, byly jim otevřeny lebky a vzájemně vyměněny jejich epifýzy (mladé myšky získaly šišíny od starých, a naopak). S přihojením žláz nebyly spojené větší problémy, poněvadž myší populace byla geneticky identická. Po určité době bylo zaznamenáno, že skupina mladých myší začala chřadnout, rychle zestárla a dožila se jen dvou třetin průměrného myšího věku. Skupina starých myší naopak velmi dobře prospívala a dožila se o polovinu delšího věku, než byl průměrný. Ze studie vyplývá, že biorytmy nejsou jen pouhou reakcí organismu na nějaké změny, ale harmonizačním činitelem a udavatelem rytmy v celém živém systému. V případě, že se zhroutí, začne váznout a vypadávat vzájemná komunikace a synchronizace jednotlivých orgánů a orgánových soustav v těle. Tyto poznatky dovolují zcela nový pohled a chápání stárnutí. Nejde tedy jen o pouhé opotřebenání a vyčerpání těla, hromadění metabolických zplodin a genetických chyb, ale jeho důležitou příčinou a součástí je selhávání biorytmů (Pierpaoli, W. a Lesnikov, V. A., 1994; Pierpaoli, W. a Regelson, W., 1994).

Závěr

Na lidský život a zdraví má vliv celá řada faktorů, biorytmy jsou jedním z nich. Poznatků o lidských biorytmech můžeme využít k efektivnější práci i odpočinku, naučit se

vyčítit a respektovat potřeby vlastního těla. Můžeme aktivně zasáhnout do svého životního stylu, pokusit se minimalizovat rizikové chování a posílit působení ochranných faktorů. Zdraví je jednou z nejcennějších hodnot, která nám byla dána. Měli bychom se o ni dobře starat, chránit ji a rozvíjet. Zda si tento fakt uvědomíme, provedeme osobní „inventuru“ a přijmeme zodpovědnost, je již na každém z nás.

Referenční seznam

- Anwar, Y. A., & White, W. B. (1998). *Chronobiologie, chronopatologie, chronoterapie*. Published August 19, 1998. Retrieved February 11, 2013, from http://www.zdrava-rodina.cz/med/med798/med798_14.htm.
- Bednářová, J., & Šmardová, V. (2010). *Školní zralost*. Brno: Computer Press.
- Berger, J. (1995). *Biorytmy: tajemství vlastní budoucnosti*. Praha: Paseka. 126 s.
- Boden, M. J., & Kennaway, D. J. (2006). Circadian rhythms and reproduction. *Reproduction*, 132(3), 379-392.
- Cornélissen, G. & kol. (2004). *Symposium Chronobiology in medicine: proceedings: dedicated to the 85th anniversary of professor Franz Halberg*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů ve spolupráci s Masarykovou univerzitou. 46 p.
- Cromie, W. J. (1999). *Human biological clock set back an hour*. Published July 7, 1999. Retrieved February 11, 2013, from <http://www.news.harvard.edu/gazette/1999/07.15/bioclock24.html>.
- Drábková, J. (2013). *Melatonin v perioperační a intenzivní medicíně*. Retrieved February 11, 2013, from <http://www.pmfhk.cz/BATLS1/NOVINKY/8.htm>.
- Drahoňovská, H., & Příbáňová, H. (1996). Světlo a osvětlování. In Pro vazník, K. a kol. (Eds.), *Manuál prevence v lékařské praxi 3: Prevence nepříznivého působení vlivů obytného prostředí na zdraví*. Praha: SZÚ. 112 s.
- Halberg, F., Kenner, T., & Fišer, B. (Eds.). (2002). *Importance of chronobiology in diagnosing and therapy of internal diseases: dedicated to the 60th anniversary of professor Jarmila Siegelová: proceedings*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 206 p.
- Haus, E. (2007). Chronobiology in the endocrine system. *Elsevier*, 59(9-10), 985-1014.
- Havelková, M. (2008). Biorytmy, jejich význam pro zdraví a jejich využití v pedagogickém procesu. In Kachlík, P., & Mužík, V. (Eds.), *KALOKAGATHIE XI. Fórum výchovy ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, s. 592 - 647.

- Havelková, M., & Kachlík, P. (2008). *Biorytmy, jejich význam pro zdraví a jejich využití v pedagogickém procesu*. Přednáška na 4. konferenci Škola a zdraví 21 a 36. konferenci pro podporu zdraví dětí a mládeže. Brno: Pedagogická fakulta MU, 25. -27. 8. 2008.
- Hildebrandt, G. (1976). *Biologische Rhythmen und Arbeit: Bausteine zur Chronobiologie und Chronohygiene der Arbeitsgestaltung*. New York: Springer-Verlag. 137 p.
- Honsová, D. (2008). *Biočas a biorytmy*. Published February 5, 2008. Retrieved January 14, 2013, from <http://www.priroda.cz/clanky.php?detail=1080>.
- Chalupa, B. (1981). *Pozornost' a jej úloha v psychickej regulácii činnosti*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
- Illnerová, H. (1994). Blížíme se k poznání podstaty biologických hodin? *Vesmír*, 73(8), 425-426.
- Illnerová, H. (1996a). Melatonin a jeho působení. *Vesmír*, 75(5), 266-269.
- Illnerová, H. (1996b). Melatonin, jeho tvorba a působení. *Chemické listy*, 27(3). Published November 11, 1996. Retrieved February 11, 2013, from <http://chemicke-listy.cz/Bulletin/bulletin273/melatoni.html>.
- Illnerová, H. (1996c). Nález dalších biologických hodin u savců? *Vesmír*, 75(7), 405.
- Illnerová, H., & Sumová, A. (2008). Vnitřní časový systém. *Psychiatria pre prax*, 9 (5), 230-233. Retrieved February 11, 2013, from http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3452.
- Jež, P. (2010). *BIORYTMUS - znáte nebo neznáte?* Published October 21, 2010. Retrieved January 14, 2013, from <http://www.faktorplus.cz/rs/zdrava-vyziva-a-doplunky-stravy/biorytmus-znate-nebo-neznate.html>.
- Lokšová, I., & Lokša, J. (1999). *Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole*. Praha: Portál.
- Mletzko, H. G., & Mletzko, I. (1985). *Biorhythmik: Elementareinführung in die Chronobiologie*. Wittenberg/Lutherstadt: A. Ziemsen. 184 p.
- Pierpaoli, W., & Lesnikov, V. A. (1994). The pineal aging clock. Evidence, models, mechanisms, interventions. The Aging Clock. Third Stromboli Conference on Aging and Cancer, June 1993. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 719, 461-473.
- Pierpaoli, W., & Regelson, W. (1994). Pineal control of aging: effect of melatonin and pineal grafting on aging mice. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 94, 787-791.
- Pokorná, V. (2000). *Rozvoj vnímání a poznávání*. Praha: Portál.
- Rensing, L. (2007). From the biological clock to chronopharmacology. *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi*, 27(3), 95-102.

- Sarmány, I. (1993). Biorytmy v školskej činnosti – príspevok k školskej ergonómii. *Československá psychologie*, 37(6), 481-490.
- Scheving, L. E., Halberg, F., & Pauly, J. E. (1974). *Chronobiology*. Stuttgart: Georg Thieme Publishers. 784 p.
- Skočovský, K. D. (2004) Chronopsychologie: výzkum rytmicity v lidském chování a prožívání. *Československá psychologie*, 48(1), 69-83.
- Strunecká, A., & Patočka, J. (2005). O šišince, světle, serotoninu a depresi. *Psychiatrie*, 9(2), 113–118.
- Šonka, K. (2008). Úloha melatoninu u cirkadiálních poruch. *FarmiNews*, 2, 94-95. Retrieved February 11, 2013, from <http://www.edukafarm.cz/soubory/farminews-2008/094-098-sonka-3inz.pdf>.
- Špérová, L. (2008) *Cirkadiální rytmy u člověka*. Bakalářská práce. Brno: Přírodovědecká fakulta MU, ústav antropologie. 61 s. Vedoucí práce: RNDr. Miroslav Králík, Ph.D. Published May 23, 2008. Retrieved January 9, 2013, from http://is.muni.cz/th/174284/prif_b/BAKALARSKA_PRACE.doc.
- Vágnerová, M., & Valentová, L. (1992). *Psychický vývoj dítěte a jeho variabilita*. Praha: UK.

PÉČE O HLAS STUDENTŮ A UČITELŮ

CARE FOR THE VOICE OF STUDENTS AND TEACHER

Jana Frostová

Abstrakt: Příspěvek informuje o zavedení předmětu Péče o hlasovou kondici a zřízení Poradny Péče o hlasovou kondici na Pedagogické fakultě MU jako jednoho z výstupů výzkumného záměru Škola a zdraví pro 21. století (MSM 0021622421).

Klíčová slova: Hlas, učitel, hlasová kondice, reedukace, péče o hlas, výchova ke zdraví, papilomatóza, cvičení hlasu, hlasová poradna.

Abstract: The paper deals with the introduction of the subject Voice Condition Care and the establishment of Voice Condition Care Counselling at the Faculty of Education as one of the outputs of the research project School and Health for the 21st Century (MSM 0021622421).

Keywords: Voice, teacher, voice condition, re-education, voice care, health education, papilloma, voice exercises, voice counselling.

Úvod

Problematice hlasu jako pracovního nástroje pedagoga se výzkumně i pedagogicky věnujeme již od roku 1994. Zaměřujeme se především na hledání způsobů jak hlas – jeho jednotlivé parametry - rozvíjet v kontextu potřeb pedagogické profese. Bez kvalitního hlasu, resp. hlasu v dobré kondici se učitel neobejde.

V letech 2005-2011 jsme se v rámci výzkumného záměru „Škola a zdraví pro 21. století“ soustředili jednak na zmapování problémů s hlasem, které pedagogové a studenti učitelství v rámci profesní zátěže pociťují a následně pak na konstrukci a ověření systému cvičení zvyšujících hlasovou kondici (FROSTOVÁ, J., 2005, 2010a 2010b). Výsledky našich šetření signalizovaly poměrně výraznou frekvenci potíží s hlasem, které byly subjektivně vnímány zároveň jako „potíže závažné“ v tom smyslu, že se jejich důsledky negativně promítaly do kvality pedagogické činnosti, případně subjektivní profesní pohody. Zároveň byla z výpovědí respondentů patrna nedostatečná připravenost učitelů na zvládnutí problémů s hlasem. Podobné signály přicházely i ze zpětné vazby stávajících studentů učitelství.

Rozbor informací z obou těchto zdrojů naznačoval, že je třeba se soustředit na tři základní oblasti v kontextu celkové profesní přípravy učitele: a) na otázky **prevence** – tedy předcházení potíží s hlasem, dále b) na **zvládnání aktuálních** začínajících **potíží** s hlasem a konečně jako určitá projekce do budoucnosti c) vést studenty k **osvojování si strategií** a technik **zvyšování hlasové kondice** ve vztahu požadavkům praxe.

Byly tak předznamenány dva dílčí cíle pro etapu aplikační: zavedení nového předmětu: **Péče o hlasovou kondici** - HV7BP_POHK (realizováno od roku 2012) a souběžně zřízení **Poradny péče o hlasovou kondici** (realizováno od roku 2013).

Předmět Péče o hlasovou kondici

Předmět „Péče o hlasovou kondici“ vychází z pojetí hlasové kondice, chápané jako vlastnost hlasu, projevující se bezprostředně v jeho síle (intenzitě), vytrvalosti a stabilitě ve vztahu k cíli pedagogických aktivit a socioprofesní situaci. Vyjadřuje míru odolnosti hlasu ve vztahu k aktuální fyzické a psychické zátěži. Hlasová kondice je bezprostředně závislá na anatomickém a funkčním stavu hlasových orgánů a odehrává se na bázi celkové fyzické a psychické kondice organismu i psychiky. Hlasová kondice je především produktem cvičení, tréninku a edukace v rámci psycho-somatických limitů osobnosti daných vrozenými faktory (FROSTOVÁ, J., 2013).

Hlasová kondice tedy zahrnuje z tohoto hlediska ty charakteristiky, ať už mluvního tak i zpěvního hlasu, které lze označit jako *kvantitativní*; tedy charakteristiky hlasu, které lze relativně objektivně měřit či posuzovat, a také je edukací, hlasovým tréninkem či terapií měnit k lepšímu.

Obecně přijímané klasifikace parametrů hlasu chápou obvykle jako *kvantitativní* následující vlastnosti hlasu: *výšku* (která je určena frekvencí kmitání hlasivek), *intenzitu* (sílu, akustickou energii hlasu) a *rozsah* hlasu (frekvenční a dynamický). K dílčím kvantitativním parametrům lze přiřadit ještě např. tzv. *fonační dobu* (délku fonace – která označuje časový úsek, po který je jedinec schopen udržet na jedno nadechnutí určitý tón).

Ke *kvalitativním* charakteristikám lze přiřadit *barvu* (je dána spektrálním složením zvuku a determinována je délkou, tvarem a hmotou hlasivek) a *kvalitu hlasu* (v užším smyslu pojmu jako vyjádření poměru harmonických a neharmonických tónů).

V poslední době se též hovoří o *flexibilitě* hlasu jako určité komplexní charakteristice, projevující se schopností pružného přizpůsobování jednotlivých hlasových parametrů potřebám obsahu sdělení.

Hlavní **cíle nového předmětu** Péče o hlasovou kondici jsme formulovali takto - vést účastníky kurzu k:

- reflexi **důsledků špatných návyků a nedodržování zásad hygieny hlasu** či **nesprávné péče** o hlas (např. pocitů časté hlasové únavy, permanentní hlasové námahy atp.),
- osvojení elementární **autodiagnostiky** parametrů **hlasu** (včetně dovednosti identifikovat chyby a zlovyky v technice hlasu a řeči),
- osvojení **technik zvyšování hlasové kondice** a rozvoje určitých parametrů hlasu (např. znělosti, flexibility). Z hlediska didaktického je v předmětu Péče o hlasovou kondici kladen důraz na kultivující aktivity – především na **hlasový trénink** na pozadí nezbytné teorie (anatomie, fyziologie, hlasové hygieny atd.) případně teoretické syntézy poznatků z jiných disciplín a oborů.

Nejčastěji jsou v průběhu kurzu aplikovány následující techniky a cvičení: držení těla, dechová cvičení se zaměřením na vytvoření dechové opory (apoggio della voce), fonačně rezonanční cvičení s akcentem na měkké hlasové začátky, relaxační cvičení s pohybem a fonací pro uvolnění nežádoucího napětí svalstva hrtanu, procvičování obratnosti a uvolněnosti mluvidel, cvičení pro zlepšení síly a posazení mluvního hlasu do rezonance, cvičení k rozvoji mluvního hlasu, hlasité čtení textu, nácvik promluvy¹.

Studenti mají k dispozici sadu pracovních listů pro jednotlivá cvičení či tématické okruhy, přičemž jsou tyto pomůcky průběžně upravovány podle potřeb tak, aby co nejvíce respektovaly aktuální potřeby každého účastníka tréninku.² O prvních zkušenostech se zavedením předmětu Péče o hlasovou kondici jsme již referovali a do koncepce předmětu i jeho obsahu jsme zahrnuli i náměty studentů (FROSTOVÁ, J., 2014).

K novějším zkušenostem z realizace předmětu HV7BP_POHK patří zvýšení důrazu na edukativní působení v průběhu hlasového tréninku. Vedle osvojení si technik a cvičení – jako prostředku zvyšování hlasové kondice vystupuje do popředí problém chápání kultivace hlasu jako samozřejmé součásti osobnostního růstu a seberozvoje. Chápání zdravého a kultivovaného hlasu nejen jako pracovního nástroje pedagoga, ale jako součásti identity jedince je zatím akcentováno spíše výjimečně.

¹ viz publikace Frostová, J. : Péče o hlasovou kondici učitelů, 2010b.

² Úpravy vycházejí ze zpětnovazebných dotazníků aplikovaných na začátku a v závěru kurzu a na základě zpětné vazby v průběhu cvičení.

Poradna Péče o hlasovou kondici

Činnost poradny byla zahájena v roce 2013 a klientům pomáhá napravovat potíže s hlasem s využitím obvyklých edukativních technik, případně dílčích postupů terapeutických. Poradna také pomáhá zachytit závažnější problémy s hlasem, jejichž závažnost si klienti někdy ani dostatečně neuvědomují a zprostředkovává tak vyšetření na různých specializovaných medicínských pracovištích.

Poradna funguje na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity a je potěšitelné, že ji vyhledávají také studenti ostatních fakult univerzity, např. filozofické (18 %), přírodovědecké (9 %), lékařské, sociálních studií a informatiky. Vedle studentů se na poradnu obracejí i učitelé a zaměstnanci (21 %). Díky vybudování odhlučněné místnosti v prostorách nové budovy CVIDOSu a pořízení specializovaného softwaru bylo možno zdokonalit i diagnostickou činnost a aplikaci cvičení s okamžitou objektivní zpětnou informací o změnách kvantitativních parametrů hlasu.

Po tříletých zkušenostech lze konstatovat, že hlasová poradna:

A. díky systému ověřených a stále propracovávaných edukativních i terapeutických technik pomáhá objektivně zlepšit hlasovou kondici a postoj k hlasu jako důležitému faktoru ovlivňujícímu efektivitu pedagogické práce.

Možnost objektivního měření umožňuje při volbě nápravných cvičení vycházet nejen ze subjektivního nazírání potíží klienta, ale i z objektivní diagnostiky kvantitativních parametrů hlasu.

Měřících technik je zároveň využíváno k objektivní zpětné vazbě proměn hlasu klienta, což vykazuje mj. i silný motivační efekt na aktivitu a úsilí klienta.

B. přispívá k subjektivní pohodě klienta (pozitivně ovlivňuje prožívání problémů s hlasem jako aktuální náročné životní situace), napomáhá racionálnímu rozhodování (zbaveného tenze a obav z budoucnosti) při řešení závažnějších důsledků hlasových potíží.

C. vede k doceňování významu prevence hlasových obtíží v rámci úvah o změnách osobního životního stylu klientů.

Kazuistika

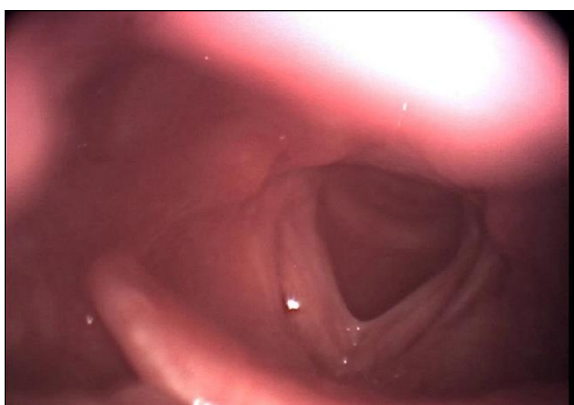
Pro ilustraci uvádíme případ studentky, která se na Poradnu péče o hlasovou kondici obrátila s žádostí, *že by se chtěla po ukončení studia naplno věnovat pedagogické činnosti, ale hlas nemá v dobré kondici.* Klientka trpěla permanentními potížemi s hlasem, které sice reflektovala, ale závažnost problému si uvědomila až po absolvování povinné vyučovací praxe ve škole, *kdy téměř ztratila hlas.*

Z úvodního orientačního rozhovoru vyplynulo, že v raném dětství prodělala opakovaně chirurgické odstraňování papilomotových hmot z hlasivek. Protože poslední kontrola se uskutečnila ve věku 15 let, doporučila jsem aktuální odborné foniatrické vyšetření pro vyloučení závažného onemocnění, které by vyžadovalo medicínskou péči na odborném pracovišti.

Anamnéza

Žena D. R., rok narození 1993, sledována pro recidivující papilomatózu hrtanu. V období 2-5 let prodělala 8 operací se snesením papilomů. Poslední kontrola v roce 2005 bez recidivy. Hlas je od dvou let chraptivý, se zhoršením po hlasové zátěži a po stresu. Rozsah a síla hlasu je menší, lehké dechové obtíže, mělký typ dýchání. Zevně na krku jsou známky fonačního tlaku, hlas má tvrdé začátky, dynamicky plochý, při prolongované fonaci je v popředí chraplavost s dyšnou příměsí a diplofoniemi. Při mluvení ji často bolí hlasivky, hlas vynechává, někdy při zátěži zcela ztratí hlas (afonie). Oblast hrtanu je nyní bez známek papilomatózy.

V důsledku opakovaných operací došlo k vazivovému srůstu hlasivek – synechii přední komisury (viz obr. 5, obr. 6). Pro částečný srůst je kmitání hlasivek omezeno, při fonaci přetrvává i drobná lineární štěrbin. Současný organický stav nitra hrtanu byl konzultován s předními klinickými pracovišti a předními laryngology ČR. Ve všech případech byl doporučen konzervativní postup včetně hlasové reedukace - cvičení s hlasem.



Obr. 5: Srůst hlasivek - přední komisura (reálný stav klientky)



Obr. 6: Hypotetický model optimálního stavu hlasivek

Průběh reedukace, použité cvičení³

Reedukace hlasu byla zahájena poučením o správném držení těla, které napomáhá ekonomickému využití vydechovaného proudu vzduchu při fonaci. Špatné držení těla totiž znemožňuje utváření správných návyků základní práce s hlasem a proto nácviku správného sedu i stoje byla hned od počátku věnována pozornost. Klientka pociťovala nedostatek dechu, který byl mimo jiné způsoben používáním svrchního, mělkého typu dýchání. Dechová cvičení byla zaměřena na hluboký, žeberně-brániční typ dýchání, který umožňuje bohatost dechu, vytvoření dechové opory (tzv. apoggio della voce) a volnost hrtanového svalstva. Hlas klientky byl tvořen s námahou, tlakem, a proto bylo třeba propojit kontrolované vedení dechu s pokud možno co nejšetrnějším, měkkým nasazením hlasu (v rámci uvedeného postižení hlasivek). Byla využita fonačně rezonanční cvičení s použitím prodloužené fonace pomocí znělé nosové souhlásky „m“, (tzv. brumendo), souhlásek „hm“ a také poziční měkkopatrové znělé nosové varianty „ŋ“. Uplatněním fonačně rezonančních cviků bylo možno navodit hlavovou rezonanci a docílit poněkud měkkí nasazení hlasu než dříve.

Pro uvolnění vnějšího i vnitřního hrtanového svalstva spolu s nácvikem měkkého hlasového začátku byly do cvičného programu klientky zařazeny krátké skluzy (glissanda) s použitím dyšného neutrálního vokálu „ə“, nazalizační metoda Johannese Panna a tzv. žvýkácká metoda (Chewing method) Emila Fröschelse.

V další etapě práce s hlasem byly aplikovány rezonanční cviky s definovanou změnou napětí hlasivek, propojení nosní souhlásky s vokály a propojení nosní souhlásky s proměnlivým napětím hlasivek s přechodem do vokálu a zpět. Systematické procvičování špatně posazeného hlasu pomocí brumenda - s dynamickými změnami v průběhu fonace (crescendo, decrescendo), a v další fázi s přechodem do vokálů a zpět - vedlo k postupnému zvyšování znělosti hlasu a současně optimálnímu posazení hlasu do rezonance. Edukace hlasu byla završena procvičováním izolovaných slov (s důrazem pokud možno na měkké hlasové začátky a dobrou rezonanci), propojením správně realizovaných slov do vět a nácvikem promluvy s kontrolou správné práce s dechem.

Studentka prošla 18 lekcemi hlasového tréninku a cvičení podle vypracovaného harmonogramu prováděla také několikrát denně doma, o prázdninách pouze ráno a večer. Ke studiu jí byla poskytnuta publikace Péče o hlasovou kondici, kde se klientka seznámila se systémem hlasových kondičních cviků, základními poznatky z oblasti anatomie a fyziologie

³ HAVLÍK, R. – FROSTOVÁ, J. Komplexní program reedukace hlasu v AFC. Otorinolaryngologie a foniatrie, s. 35-38, 2007. ISSN 1210-7867
FROSTOVÁ, J. Péče o hlasovou kondici učitelů, Brno, MU, 2010b, 198 s. ISBN 978-80-210-5355-7

hlasu, a dále doporučeními, která se týkala hygieny hlasu i strategie používání hlasu v rámci každodenní zátěže.

Výsledky měření

Byla provedena měření mluvního hlasu před začátkem práce s hlasem -1. měření (15. 4. 2016) a po pěti měsících hlasové edukace- 2. měření (20. 8. 2016).

Měření mluvního hlasu bylo zaznamenáno pomocí standardizovaného měřicího systému lingWave.

Tab. 24: Mluvní profil

Mluvní profil	1. měření	2. měření
		g (196 Hz) – c ¹ (259 Hz)

Po půlroční práci s poškozeným hlasem se rozsah mluvního hlasu rozšířil z 5 půltónů (62 Hz) na 8 půltónů (118 Hz), což se projevilo v lepší modulaci hlasu.

Tab. 25: Dynamické rozpětí

Dynamické rozpětí	1. měření	2. měření
		57 dB – 75 dB

Dynamické rozpětí hlasu se po půlročním cvičení rozšířilo z 18 dB na 22 dB. Pozitivní posun se projevil v nasazení hlasu ve slabší dynamice (52 dB), což umožňuje mj. šetrnější používání hlasu.

Tab. 26: Profil křičeného hlasu

Profil křičeného hlasu	1. měření	2. měření
		79 dB (cis ¹ , 274 Hz)

Tyto parametry byly zaznamenány bez výrazného posunu. Za slabší intenzitou 2. měření stojí zábrana „křičet“. Klientka subjektivně pocítovala zlepšení a bála se, že by se jí hlas mohl poškodit. Lépe doceňovala význam hygieny hlasu.

Tab. 27: Fonační doba (MPT)

Fonační doba (MPT)	1. měření	2. měření
		11,50 sekund

Fonační doba, měřená ve spontánní komfortní poloze výšky a hlasitosti, se prodloužila o pět sekund. Uplatnilo se zde měkčí nasazení hlasu a práce s dechem, zlepšení ekonomiky výdechu.

Vedle prezentace objektivních dat je důležitý i subjektivní náhled studentky po půlroční spolupráci: „...od dubna jsem začala cvičit s hlasem, co jsem navštívila poradnu. Snažím se s hlasem pracovat každý den. Zlepšil se mi dech, hlasová výdrž, snížila se bolest hlasivek i bolest v krku při mluvení. Lidé se mě dříve téměř pokaždé ptali, co mám s hlasem, dnes už se dotazují spíše výjimečně. Po praxi s dětmi jsem si uvědomila, že bude opravdu lepší si vybrat jinou profesi, protože by to pro mne byla velká hlasová zátěž; již po třetí vyučovací hodině mě totiž bolely hlasivky, pátý den jsem sotva mluvila. Myslím, že studium na pedagogické fakultě umožňuje i širší využití poznatků v blízkých profesích, které bezprostředně tolik nezatěžují hlas tak, jako profese učitele“.

Závěr

Případ studentky ukazuje, že i v takto specifických případech lze významně zlepšit hlasovou kondici a přispět tak k osobní pohodě i pozitivnímu sebeprožívání. Zároveň může edukativní působení v rámci poradny akcelarovat rozhodování o změně profesních cílů a orientace na aktivity, v nichž nebudou seberealizační záměry v konfliktu s možnostmi v oblasti hlasových dispozic.

Na prezentovaném případě klientky hlasové poradny se zároveň ukazuje, že z hlediska prevence by bylo velmi žádoucí, aby se uchazeči už při volbě studia odpovědně rozhodovali i se zřetelem na parametry hlasu a somatický stav mluvních orgánů, nejlépe na základě lékařského vyšetření a nedostávali se do situace naší klientky.

Referenční seznam

- FROESCHELS, E. Chewing method as therapy; a discussion with some philosophical conclusions. *AMA Arch otolaryngol*, 1952, Oct; 56 (4), pp. 427 – 434. ISSN 0096-6894.
- FROSTOVÁ, J. Reedukace a edukace hlasu dětí na Audio-Fon centru. In *Sborník prací 11. česko-slovenský foniatrický kongres, XXIV. Foniatické dny Evy Sedláčkové, Kurdějov*, Brno, 2013. s. 26. ISBN 978-80-260-4847-3.
- FROSTOVÁ, J. Rehabilitation of selected voice disorders in teachers. In *Teachers and Health* 6. 1. vyd. Brno: Masarykova Universita, 2005. od s. 263-272, 9 s. ISBN 978-80-7315-093-8. https://is.muni.cz/auth/publikace/publikace_simple.pl?fakulta=1441;id=568957.

- FROSTOVÁ, J. Zkušenosti se zavedením předmětu Péče o hlasovou kondici na PdF MU. In HALA, P. (ed.). *Musica viva in schola XXIV*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. s. 200-206. ISBN 978-80-210-7565-8.
- FROSTOVÁ, J. Changes of the vocal quality of teachers in relation to their professional preparation (as measured by the Dysphonia Severity Index). In Řehulka, Evžen (ed.). *SCHOOL AND HEALTH 21 Health Education: Contexts and Inspiration*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2010a. s. 193-204, ISBN 978-80-210-5259-8.
- FROSTOVÁ, J. *Péče o hlasovou kondici učitelů*. Brno, Masaryk University, 2010b, 198 s. ISBN 978-80-210-5355-7.
- FROSTOVÁ, J. Změny kvality hlasu u učitelek mateřských škol měřené DSI a VHI: zhodnocení po tréninkovém programu. In Řehulka, Evžen (ed.). *ŠKOLA A ZDRAVÍ 21, Škola a zdraví pro 21. století, Výchova ke zdravotní gramotnosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2011. s. 151 – 160. ISBN 978-80-210-5720-3.
- HAVLÍK, R., FROSTOVÁ, J. Komplexní program reedukace hlasu v AFC. *Otorinolaryngologie a foniatrie*, s. 35-38, 2007. ISSN 1210-7867.
- KOPŘIVOVÁ, J., KOPŘIVA, Z. *Význam vyrovnávacích cvičení v životě člověka*. Brno: Studio pohybových aktivit. 1997.
- KOZELSKÁ, I. *Hlasová výchova v učitelské přípravě*. Ostrava: Pedagogická fakulta. 2004. ISBN 80-7042-359-5.
- LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003, 156 s. ISBN 80-7315-038-7.
- PAHN, J., PAHN, E. Vorschlag zur Einschätzung des Schweregrades von Stimmstörungen. In *Folia phoniatica et logopaedica*, 1975, vol. 27, no. 6, p. 472-479.
- RAŠEV, E. *Škola zad*. Praha, Direkta, 1992. vyd. 1. 222 s. ISBN 80-900272-6-1.

THE INCLUSION OF NUTRITION CONCEPTS IN THE ELEMENTARY SCHOOL SYLLABUS IN REFERENCE TO THE COMPONENTS OF NUTRITION LITERACY

Martina Erjavšek, Stojan Kostanjevec

Abstract: *The aim of nutrition education in elementary school is to develop the nutrition literacy of children, defined as the integration of knowledge, skills and behaviours which are necessary to plan, provide, select, prepare and consume food, in order to meet the dietary needs and to establish the food intake. The paper presents analysis results referring to the contents of curricula for elementary school subjects and textbooks that include nutrition contents, in Slovenian elementary school syllabus. Seven subject curricula and altogether 92 printed, digitalized and interactive textbooks were analysed. It has been established that all the levels of elementary school education include nutrition contents whereby pupils are encouraged to have healthy nutrition and to improve their eating habits.*

Keywords: *nutrition literacy, nutrition contents, health education, subject curricula, textbooks*

Introduction

Healthy nourishment belongs to key health protection and promotion factors that contribute to improved public health and increased quality of life for individuals and the society (Gabrijelčič et al, 2009). Research shows that the young have poor eating habits, which places them in a group exposed to a high risk of developing excessive body weight or obesity as well as chronic non-communicable diseases (Reilly et al., 2003; Zaninotto et al., 2006; Pendergast, Garvis & Kansa, 2013). The research findings referring to Slovenia show that children and the young fail to follow a healthy diet, as they prefer predominantly unhealthy foodstuffs, and most of all, they consume foodstuffs belonging to the group of energy-dense and low-nutrient foodstuffs (Starc, Strel & Kovač, 2014). The goals of analysing nutrition behaviour in children and young people are often focused on obtaining data which help formulate the strategy of measures that would improve eating habits and nutritional status of the young. In the perspective of discovered risk factors connected to inappropriate nutrition behaviour of children and young people, researchers have taken the view that nutrition guidelines and nutrition education programmes should be adapted to the cultural characteristics of the relevant group. Nutrition strategies for children and young people should become a national priority

(Schneider, 2000; Rodrigues et al., 2004). Eating habits form already at the young age (Dick & Ferguson, 2015), therefore it is important to provide the young with quality nutrition education, enabling them to develop adequate nutrition literacy, so that it would enable them to adopt and realize nutrition decisions with an impact on their eating habits also in their adult age (Vrhovnik, 2012; Ronto, Ball, Pendergast & Harris, 2016).

The results of studies, performed by researchers in order to analyse the impact of nutrition education on nutrition behaviour and nutrition knowledge of children, often differ. Understanding various factors that influence the nutrition behaviour of children is the first step in designing effective interventions, likely to influence children's nutrition (Cullen et al., 2000). Although education and nutrition knowledge do not always exert a direct influence on a person's nutrition behaviour, it can however significantly affect their attitudes, intentions and some other psychic and social factors that indirectly influence their behaviour (Conner and Armitage, 2002). Nutrition knowledge is an important part of nutrition literacy. The concept of nutrition literacy developed through the concept of health literacy, which includes an individual's ability to access, interpret and use various pieces of nutrition information (Velardo, 2015). Vidgen & Gallegos (2014) define the nutrition literacy as the integration of knowledge, skills and behaviours necessary to plan, supply, select, prepare and consume food in order to meet one's dietary needs. The concept of nutrition literacy contains four basic components:

1) *Nutrition planning*. This component includes planning nutrition intake, according to the person's time and money.

2) *The choice of foodstuffs*. In selecting foodstuffs, the person should be capable to critically assess the availability of food through various providers. The person should be aware of their advantages and disadvantages, be able to determine the ingredients and origin of foodstuffs and to know how to store and consume them correctly.

3) *The preparation of food*. When preparing food, the person should be able to prepare a tasty meal out of basic ingredients that are available, which includes the use of kitchen utensils as well. At the same time one should be able to change and adapt recipes and test various food products and ingredients. Basic hygienic principles necessary in handling food should be taken into account.

4) *The nourishment or consumption of food*. In the process of nourishment or consumption of food, the person should be aware of how food and nourishment influence their health and well-being. They should consider nutrition guidelines and distinguish between foods

that positively or negatively influence health; they should also consider the frequency of consuming food and the size of individual meals.

A nutritionally literate person adapts to changes in life more efficiently and understands factors that may contribute, through a healthy and balanced diet, to their health status (Vidgen & Gallegos, 2014; Murimi, 2013).

Spreading nutrition literacy among children in Slovenia has been taking place during the nine-year elementary school as a part of compulsory nutrition education, which is included in regular and elective subjects (Kostanjevec & Koch, 2007). The basic aim of nutrition education usually focuses on conveying relevant and quality nutrition knowledge and skills that provide pupils the opportunity to form healthy eating habits (Harvey-Berino et al., 1997; Slater, 2013). The syllabus of Slovene elementary school includes nutrition contents and concepts that pupils get to know during their compulsory education in various compulsory and elective subjects. Pupils are supposed to acquire basic nutrition knowledge and skills continuously in all three educational cycles in various natural science subjects, while the strongest emphasis is in mandatory Home economics and in two elective subjects: Modern food preparation and Eating styles (Koch & Kostanjevec, 2005). Hokkanen & Kosonen (2013) have determined that in the process of education, textbooks are an important and frequently used teaching aid, the contents of which have to comply with the set educational objectives, as defined in curricula.

The aim of the research was a substantive analysis of curricula for compulsory and elective subjects as well as textbooks used in particular subjects in order to identify nutrition concepts which emerge in a particular educational cycle, in reference to the four components of nutrition literacy.

Materials and methods

The research included 7 curricula for compulsory and elective subjects in elementary schools dealing with nutrition contents, and altogether 92 printed, digitalized and interactive textbooks for teaching the relevant contents. The substantive analysis of the documents which included a survey of curricula and textbooks was used for the purpose of the research.

Results and discussion

Nutrition concepts in the first education cycle

According to the findings of the research, in the first educational period, i. e. from the first to the third grade (pupils of 6 to 9 years of age) the nutrition concepts are included in the

subject Environmental education (Table 28). It has been established that nutrition concepts in curricula refer to healthy nutrition practice and the impact or importance the food consumption has on a person's health, at the same time giving a strong emphasis on familiarity with particular groups of foodstuffs and the correct storing of foodstuffs. The identified nutrition concepts deal with contents that enable pupils to acquire knowledge included in two components of nutrition literacy, namely the choice of foodstuffs and the consumption of food. The analysis of textbooks has shown that they contain additional nutrition concepts not mentioned in curricula, however, these can be placed in the nutrition literacy component, which includes the preparation of food and is less represented in the curricula of the analysed subjects. These concepts are connected to the food processing technology, kitchen utensils and appliances. Nutrition planning as the first component of nutrition literacy is poorly represented in the first education cycle.

Tab. 28: Nutrition contents in the first cycle

Subject	Nutrition contents in curriculum	Additional nutrition contents in textbooks
Environmental education (1th – 3th grade)	<ul style="list-style-type: none"> - Healthy eating - The importance of food consumption for one's health - Food groups - How to store food correctly 	<ul style="list-style-type: none"> - Food processing technology - Kitchen equipment

Nutrition concepts in the second education cycle

It has been established (Table 29) that in the second education cycle, from the fourth to the sixth grade (pupils of 10 to 12 years of age) nutrition concepts appear in Science and technology subject (4th and 5th grade) and in Natural science subject (6th grade). The identification of nutrition concepts has shown their connection with the contents included in two components of nutrition literacy, namely with the choice of foodstuffs and with food consumption. Natural science and technology textbooks contain some additional nutrition concepts compared to those in the subject curriculum. These are connected with the heat treatment of foodstuffs and the preparation of food, the use of kitchen utensils and appliances as well as the diets of various groups of people. With the treatment of these contents, pupils can acquire knowledge connected to food preparation and representing one of the components of nutrition literacy. The most complex and comprehensive way of including nutrition concepts exists in the Home economics subject (6th grade). The identified nutrition concepts deal with the contents of nutrition planning in reference to the energy and nutrition needs of a person,

while at the same time the financial and consumer perspectives of shopping are stressed. The contents are connected to foodstuffs and nourishment, food preparation, the hygiene of food and healthy nourishment guidelines. These contents enable pupils to acquire knowledge and skills referring to all four components of nutrition literacy, stressing nutrition planning, the choice of foodstuffs, preparation and the consumption of food. It was also established that additional nutrition concepts not included in the subject curriculum did not appear in the Home economics textbooks.

Tab. 29: Nutrition contents in the second cycle

Subject	Nutrition contents in curriculum	Additional nutrition contents in textbooks
Science and technology (4th – 5th grade)	<ul style="list-style-type: none"> - Healthy eating - Food groups - Nutrients - Balanced diet - Eating habits - The consequences of inadequate nutrition and health risks - Perishable Food 	<ul style="list-style-type: none"> - Food preparation - Kitchen equipment - Thermal processing of food - Infant nutrition - Sports nutrition
Natural science (6th grade)	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrients - The importance of vegetable food in human nutrition - Energy required for the organism to function 	<ul style="list-style-type: none"> - Balanced diet - Sports nutrition - Alcohol impact - Energy value of food
Home economics (6th grade)	<ul style="list-style-type: none"> - Healthy eating - Balanced diet - Nutrients - Energy needs - Food hygiene - Mechanical and thermal processing of food - Food labelling - Food preparation - Food storage 	/

Nutrition concepts in the third education cycle

During the third cycle pupils from the seventh to the ninth grade (12 to 14 years of age) get to know nutrition concepts within the inter-subject connections in reference to Natural science, Biology and Chemistry subjects. In Biology and Chemistry, the nutrition concepts refer to physiologic processes at the level of cells, tissues and organs, and to chemical processes in nourishment and food production. Nutrients are treated in terms of their chemical structure and the concepts are explained with practical examples referring to food and nourishment. The identified nutrition concepts deal mostly with the contents regarding the choice of foodstuffs

and food consumption. During the third education cycle, pupils acquire knowledge and skills connected primarily to two components of nutrition literacy, while the other two components, namely the choice of foodstuffs and food consumption, are represented with a small number of nutrition concepts. In addition to the nutrition concepts included in the subject curricula, there are some other nutrition concepts that appear in the textbooks (Table 30).

Tab. 30: Nutrition contents in the third cycle

Subject	Nutrition contents in curriculum	Additional nutrition contents in textbooks
Natural science (7th grade)	<ul style="list-style-type: none"> - The usage of bacteria in nutrition: lactic acid bacteria, yeasts, mould 	<ul style="list-style-type: none"> - Healthy diet - Vegetarianism - Veganism
Biology (8th – 9th grade)	<ul style="list-style-type: none"> - Mechanical processing of food and its connection with digestion: carbohydrates, fats, fibre, vitamins and minerals - Healthy eating - Health and diseases that occur as a result of an unbalanced and inadequate nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> - Insulin - Healthy eating - Dehydration - Celiac disease - Proteins
Chemistry (8th – 9th grade)	<ul style="list-style-type: none"> - The importance of protein in the diet and the consequences of the lack of: proteins, coagulation enzymes, amino acids - The importance of fat and carbohydrates: fats, carbohydrates, oils, fish, margarine - The negative impact of alcohol on health - Acids, bases, salts 	<ul style="list-style-type: none"> - The negative aspects of excessive and inadequate intake of certain nutrients: negative impact on health

In the third education cycle, pupils are offered various elective subjects. Nutrition concepts are included in the subjects of Modern food preparation and Eating styles. It has been established that in Eating styles pupils get to know various ways of nourishment in reference to health and they also upgrade basic nutrition knowledge acquired in the previous education process. In the Modern food preparation pupils get to know various technological procedures of food preparation, together with the respect of nutrition guidelines. The identified nutrition concepts cover three components of nutrition literacy: the choice of foodstuffs, the preparation and the consumption of food. The nutrition concepts do not deal with the nutrition planning contents, which also feature among the components of nutrition literacy. The analysis of textbooks shows that there is one printed textbook available for the elective subject the Modern food preparation, but it is without any additional nutrition concepts which do not appear in the subject curriculum. No textbook is on sale for the elective subject Eating styles.

Tab. 31: Nutrition contents for elective subjects Modern food preparation and Eating styles

Subject	Nutrition contents in curriculum
Modern food preparation	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrients: macronutrients (carbohydrates, proteins, fats), micronutrients (vitamins, elements), water - Nutrition guidelines - The quality of foodstuffs and dishes: sensory properties of dishes, technological processing of foodstuffs - Technological processes in preparing food - Gastronomic principles in preparing food - Preparing healthy dishes - Nutrition habits - The pace of eating
Eating styles	<ul style="list-style-type: none"> - Nutritional status - Traditional and other eating styles - Preparing traditional dishes - Nutrition in different age brackets - Nutrition in special situations

Conclusions

It has been established that in all three education cycles the nutrition concepts are basically focused on healthy nutrition, as evident in more recent textbooks which favour the treatment of nutrition contents in connection with health. In each successive education cycle, nutrition concepts are upgraded. Thus, in the first education cycle, nutrition concepts refer to healthy food and healthy eating habits in connection to a person's health. Pupils also deal with groups of foodstuffs, their proper storage in order to prevent their deterioration, and with food preparation. The identified nutrition concepts in curricula and textbooks deal with the contents of three components of nutrition literacy: the choice of foodstuffs, the preparation and the consumption of food. The nutrition component: nutrition planning is not included in the first education cycle. Nutrition concepts are upgraded in the second education cycle, namely the emphasis is on the impact nutrition has on a person's growth and development, and that nutrition concepts are connected to the appropriate choice of foodstuffs. Nutrition concepts are treated the most in detail in the Home economics subject, where they include contents referring to foodstuffs and nourishment, food planning, safety in preparation and serving of dishes, and healthy eating practices. It has been observed that nutrition concepts in Home economics subject deal with the contents of food planning, the choice of foodstuffs, the preparation and the consumption of food, and thus covering all the components of nutrition literacy. In the third education cycle, the nutrition concepts are treated with inter-subject connecting in Natural science, Biology and Chemistry subjects, through which in-depth understanding of concepts can be reached, which is an important educational goal in terms of nutrition education and in

terms of reaching the appropriate nutrition literacy of children and young people. The research findings show that there are additional nutrition concepts, not mentioned in curricula, in the textbooks of all three education cycles. In some textbooks, nutrition concepts are presented with illustrative material and not with written text. It has been observed that in all three education cycles the nutrition concepts describing contents related to the choice of foodstuffs and consumption of food are presented, while also emphasising the health aspect of nourishment. Concepts referring to the preparation of foodstuffs are mostly presented with theoretical contents in curricula and textbooks. Practical food preparation is not often envisaged, however it is estimated that in practice teachers include food preparation activities, when dealing with particular relevant contents. Nutrition planning is the least defined, in the perspective of a person's financial and temporal planning of buying food, since the nutrition contents and concepts of this nutrition literacy component appear only in Home economics subject. Our opinion is that children should be presented more nutrition contents also in reference to this component. It is important that during their primary school education, pupils should deal with nutrition contents and concepts to acquire knowledge and skills indispensable for their nutrition literacy. It is estimated that inter-subject connecting of nutrition contents is necessary, as this would have a significant impact on the development of nutrition literacy in pupils.

References

- Conner, M. & Armitage, C. (2002). *The social psychology of food*. Buckingham: Open University Press.
- Cullen, K. W., Rittenberry, L., Olivera, N. & Baranowski, T. (2000). Environmental influences on children's diets: results from focus groups with African-, Euro- and Mexican- American children and their parents. *Health Education Research*, 15, 581-590.
- Dick, B. & Ferguson, B. J. (2015). Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 3-6.
- Gabrijelčič, B. M. et al. (2009). *Prehrambene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani.
- Harvey-Berino, J. et al. (1997). Food Preferences Predict Eating Behavior of Very Young Mohawk Children. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(7), 750-753.
- Hokkanen, S. & Kosonen, A. (2013). Do Finnish home economics and health education textbooks promote constructivist learning in nutrition education? *International Journal of Consumer Studies*, 37(3), 279-285.

- Koch, V. & Kostanjevec, S. (2005). Nutrition education in Slovenia. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 30 (3), 130-130.
- Kostanjevec, S. & Koch, V. (2007). Prehransko znanje otrok in njihov odnos do zdravega načina prehranjevanja. In *Posvetovanje: Varna in zdrava hrana na mizi potrošnika*, 87.
- Murimi, M. W. (2013). Health literacy, nutrition education and food literacy. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45 (3), 195.
- Pedergast, D., Garvis, S. & Kanasa, H. (2013). The value of home economics to address the obesity challenge: An evaluation of comments in an online forum. *International Journal of Home Economics*, 6 (2), 272-285.
- Reilly, J. J. et al. (2003). Health consequences of obesity. *Arch Dis Child*, 88, 748-752.
- Rodrigues, G., Moreno, L., Blay, M., Blay, V., Garagorri, J., Sarria, A. & Bueno, M. (2004). Body composition in adolescents: measurements and metabolic aspects. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 28 (3), 54-58.
- Ronto, R., Ball, L., Pedergast, D. & Harris, N. (2016). Environmental factors of food literacy in Australian high schools: views of home economics teachers. *International Journal of Consumer Studies*, 00, 1-9.
- Schneider, D. (2000). International trends in adolescent nutrition. *Social Science & Medicine*, 51(6), 955-967.
- Slater, J. (2013). Is cooking dead? The state of Home Economics Food and Nutrition education in a Canadian province. *International Journal of Home Economics*, 37 (6), 617-624.
- Starc, G., Strel, J. & Kovač, M. (2014). *SLOFit 2014 – analiza telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2013/2014*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Fakulteta za šport.
- Vidgen, A. & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50–59.
- Vrhovnik, L. (2012). *A pilot study for the development of a food skills survey tool* (Magistrska naloga, Queen's University Kingston). Retrieved from https://qspace.library.queensu.ca/bitstream/1974/7323/3/Vrhovnik_Lydia_201207_MSc.pdf.

JAK UTVÁŘET A HODNOTIT VÝŽIVOVÉ CHOVÁNÍ

HOW TO SHAPE AND EVALUATE THE NUTRITION BEHAVIOUR

Leona Mužíková, Veronika Suchodolová

Abstrakt: V roce 2013 vyhlásilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy tříleté pokusné ověřování edukačního programu Pohyb a výživa, zaměřeného na změny v pohybovém a výživovém režimu žáků 1. stupně základních škol. Součástí ověřování bylo vypracovat edukační program ovlivňující pohybový a výživový režim žáků, tento program realizovat v běžných podmínkách základních škol a evaluačními metodami posoudit možnosti plošného uplatnění programu na základních školách. Pokusného ověřování se zúčastnilo 33 pilotních škol ze všech hlavních regionů ČR. S edukačním programem během celého školního roku 2014/2015 pracovalo více než 260 učitelů a téměř 5500 žáků.

Pokusné ověřování prokázalo, že je možné ovlivňovat výživové chování žáků pomocí vhodné názornosti a přiměřeným vzděláváním žáků v oblasti výživy. Důležité je také jednoduché hodnocení a sebehodnocení výživového chování. Příspěvek přináší názorné ukázky metodických postupů při výživovém vzdělávání žáků.

Klíčová slova: program Pohyb a výživa, výživa, výživový režim, výživové vzdělávání, výživové chování, výchova ke zdraví

Abstract: In 2013, the Ministry of Education, Youth and Sports in the Czech Republic announced three-year project called Physical activity and Nutrition. The project focused on changes in physical activity and nutrition regimen of primary school pupils. The project solution consisted of three parts: to develop an educational program affecting pupils' physical activity and nutrition regimen, to verify this program in pilot schools practice and to assess the possibilities of use the program in all schools in the country. 33 primary schools from all major regions of the country participated the verification. More than 260 classroom teachers and nearly 5,500 pupils worked with the program during the school year 2014/2015.

The experimental survey verified the possibility of influencing the pupils' nutrition behaviour by the proper illustrative nature and adequate education in the nutrition area. There is also

important an uncomplicated evaluation and self-evaluation of the nutrition behaviour. The paper presents illustrative examples of didactical procedure in the nutrition education.

Keywords: *project Physical activity and Nutrition, nutrition, nutrition regimen, health education, nutrition behavior*

Úvod

Řada studií z posledních let přináší neuspokojivé zprávy o zdravotním stavu obyvatelstva ČR a nepříznivém demografickém vývoji naší populace (Kalman, 2011; Kalman, & Vašíčková, 2013; Antošová, et al., 2014). Neprodlužuje se ani doba dožitá ve zdraví, která stagnuje na úrovni 62 let (Zdravotnická ročenka České republiky 2013, 2014). Občané ČR jsou v rámci Evropy také na předních místech v počtu obézních, a to hned po Anglii, Maltě a Maďarsku. Diabetes mellitus 2. typu postihuje v ČR asi 7 % populace (850 000 občanů) a podle prognóz zasáhne v dohledné době 10 % obyvatelstva. Incidence nádorového onemocnění tlustého střeva a konečníku u mužů je po Maďarsku a Slovensku na třetím místě v Evropě.

Výskyt nadváhy a obezity dosahuje u jedenáctiletých dětí 29 %, u třináctiletých dětí 28 %. U patnáctiletých chlapců je výskyt nadváhy a obezity 23 %, u dívek je zhruba poloviční. České děti se v tomto ohledu neliší od mezinárodního průměru. Výrazně nadprůměrně však uvádějí držení diety či jiné aktivity zaměřené na snížení hmotnosti. U patnáctiletých dětí je to 19 % chlapců a 37 % dívek. Výskyt dvou a více zdravotních potíží alespoň jednou týdně uvádí 48 % patnáctiletých dívek a 28 % chlapců (Madarasová Gecková, Dankulinová, Sigmundová, & Kalman, 2016). Správně pečovat o své zdraví a zdraví našich dětí je tedy stále aktuálnější.

Ovlivňování výživového chování populace

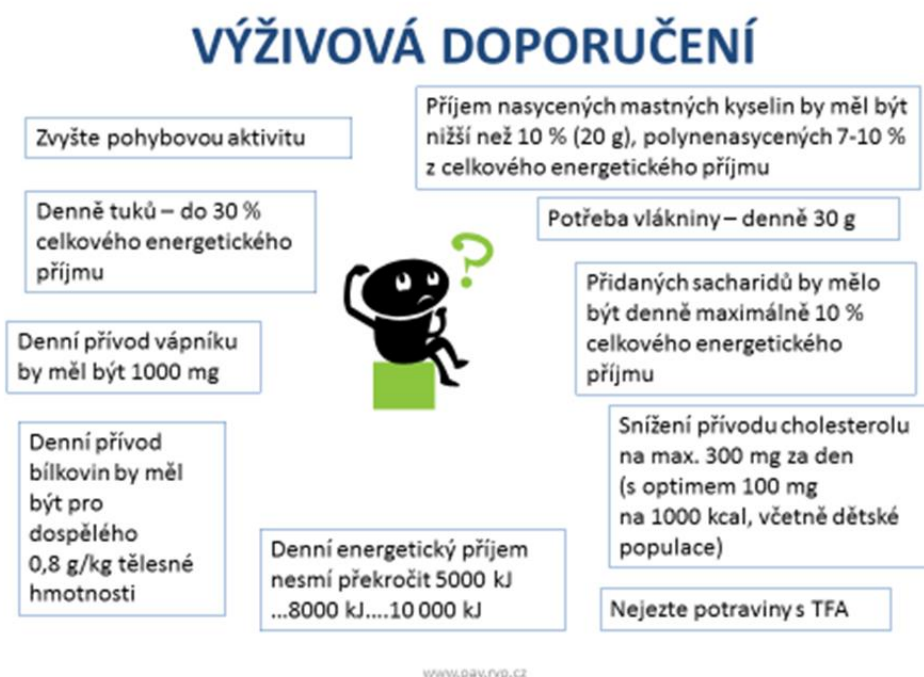
Výživa je společně s tělesným pohybem nejvýznamnějším faktorem životního stylu (viz Zdraví 2020). Zásadní je vliv výživy v prenatálním období a v dětském věku, kdy dochází k metabolickému programování organismu a vývoji mozku (jak upozorňuje např. iniciativa 1000 dní⁴). Podle Zprávy o zdraví obyvatel ČR (Antošová, et al., 2014) se naše populace vyznačuje nevyváženou dostupností a skladbou stravy, nadměrným energetickým příjmem s nadbytkem tuků a jednoduchých sacharidů, nedostatkem ovoce a zeleniny ve stravě, vysokou

⁴ Iniciativa 1000 dní: <http://www.1000dni.cz/>

konzumací soli, nepravidelným stravováním, nedostatečnou pohybovou aktivitou. Je proto žádoucí zlepšit výživové chování populace.

Položme si však otázku: *Jakým způsobem můžeme ovlivnit výživové chování populace?*

Různá výživová doporučení se na nás valí ze všech stran. Některá jsou správná, jiná již méně a některá sledují zcela jiné zájmy než prospívat našemu zdraví. Řada z nich je nekonkrétních nebo příliš odborných (viz obr. 7). Tato doporučení jsou pro většinu populace nesrozumitelná, těžko uchopitelná, přísná, demotivující, negativně formulovaná či zakazující a v praxi často nepoužitelná.



Obr. 7: Příklady problematických výživových doporučení

V roce 2013 vyhlásilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR tříleté *Pokusné ověřování změn v pohybovém a výživovém režimu žáků základních škol (Pohyb a výživa)*, které se mimo jiné zaměřilo na ucelenou metodiku výživového vzdělávání žáků. Autorky příspěvku zpracovali výživovou část metodické příručky pro učitele (Pohyb a výživa, 2014). Pro žáky byly vytvořeny pracovní sešity (Mužíková, Březková, & Mužík, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d) a další metodické materiály s novou *Pyramidou výživy pro děti*. Názorné materiály byly připraveny i pro vychovatelky školních družin a vedoucí školních jídelen.

Pokusného ověřování se zúčastnilo 33 pilotních škol z celé ČR. Program pohyb a výživa ve svých třídách ověřovalo více než 260 učitelů 1. stupně ZŠ a téměř 5500 žáků. S pilotními školami a školními jídelnami spolupracovali lektori pro oblast pohybu a lektori pro oblast

výživy – odborní poradci na uvedenou problematiku. Souhrnné výsledky ověřování byly zveřejněny v závěrečné zprávě (Tupý, et al. 2015).

Práci s Pyramidou výživy pro děti přibližují následující obrázky 8 až 15.



Obr. 8: Pyramida výživy pro děti s tzv. zákeřnou kostkou v porovnání s oficiální Potravinovou pyramidou Ministerstva zdravotnictví ČR z roku 2005

Na obrázku 8 je znázorněna Pyramida výživy pro děti, která vychází z oficiálního výživového doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR. Pyramida výživy pro děti ukazuje, v jakém poměru a množství by se měly v celodenní stravě vyskytovat potraviny z jednotlivých skupin. Celá pyramida znázorňuje přiměřený příjem všech živin. Pro potřeby pokusného ověřování jsme pyramidu ministerstva zdravotnictví upravili, doplnili porcemi pitného režimu a jasněji definovali porce jednotlivých potravinových skupin. Porce jsou znázorněny jako kostky, ze kterých je pyramida sestavena. Doporučené počty porcí jsou v pyramidě znázorněny na jejím pravém boku. Protože součástí naší stravy jsou i potraviny nebo nápoje, které v pyramidě nenajdeme, vytvořili jsme tzv. zákeřnou kostku. Zákeřná kostka znázorňuje potraviny a nápoje, které by se v naší stravě měly objevovat jen střídavě. Mají nízkou výživovou hodnotu a jsou bohatým zdrojem energie.



Obr. 9: Pyramida výživy pro děti a znázornění velikosti porce pomocí dlaně nebo pěsti

Obrázek 9 ukazuje, jak nám může s velikostí porce pomoci vlastní ruka – sevřená pěst nebo rozevřená dlaň. Jedna porce je pro dětského, ale i dospělého strávnicka přibližně velká jako jeho pěst. Pro dítě je to např. půlka housky, malý kopeček rýže či těstovin, polovina jablka či jedno rajče, ale také jedno vejce či kopeček vařených luštěnin. Rozevřenou dlaň včetně prstů můžeme přirovnat ke krajici chleba nebo plátku vánočky. V případě nápojů, tekutých mléčných výrobků, jogurtů nebo mléčných kaší odpovídá jedné porci sevřená pěst. Porce tvarohové pomazánky či různých sýrů by měla pokrýt porci pečiva, se kterou je často konzumována. Porce masa je objemná jako samotná dlaň (bez prstů). Porce ořechů a olejnatých semen je také přirovnána k množství, které se vejde do dlaně.



Obr. 10: První patro Pyramidy výživy pro děti

Na obrázku 10 je patrné, že základnu pyramidy tvoří nápoje, které jsou nedílnou součástí naší stravy. Musíme dbát na jejich množství, ale i kvalitu. Základem pitného režimu by měla

být obyčejná voda nebo voda, která je mírně ochucená např. ovocnou šťávou. Do skupiny nápojů radíme také vhodné čaje a mléčné nápoje.



Obr. 11: Druhé patro Pyramidy výživy pro děti

Na obrázku 11 jsou znázorněny potraviny, které jsou důležitým zdrojem polysacharidů, nejvýznamnějších zdrojů energie. Pyramida výživy pro děti se snaží zdůraznit různé varianty příloh – pečivo, vločky, kroupy, těstoviny, rýži, kukuřici, pohanku, jáhly a další.



Obr. 12: Třetí patro Pyramidy výživy pro děti

Na obrázku 12 je zobrazeno třetí patro pyramidy, které tvoří ovoce a zelenina. Tyto potraviny jsou pro tělo velmi důležitým zdrojem vody, vlákniny, vitamínu C, minerálních látek a dalších významných bioaktivních látek. I když je v pyramidě naznačeno rozdělení na ovoce a zeleninu, nepokládáme toto rozlišení za důležité. Zásadní je doporučení, aby se v průběhu dne zkonsumovalo minimálně 5 porcí ovoce a zeleniny, nejlépe různých druhů.



Obr. 13: Čtvrté patro Pyramidy výživy pro děti

Obrázek 13 znázorňuje významné zdroje bílkovin: mléčné výrobky, vejce, libové maso, ryby, luštěniny a výrobky z nich, ořechy a olejnatá semena. Ořechy, olejnatá semena a tučnější ryby jsou také důležitým zdrojem tuků s velmi prospěšnými nenasycenými mastnými kyselinami.



Obr. 14: Vrchol Pyramidy výživy pro děti

Obrázek 14 znázorňující vrchol pyramidy obsahuje sůl, cukr, med, olej, máslo a další potraviny, které dávají prostor pro dochucení pokrmu. Pro tyto potraviny není stanovena porce.



Obr. 15: Pyramida výživy pro děti a zákeřná kostka

Obrázek 15 je věnovaný tzv. zákeřné kostce. Potraviny a nápoje ze zákeřných kostek (limonády, sladkosti, smažené pokrmy, chipsy, uzeniny a další) mohou ve větším množství pyramidu značně nabourávat, ze stravy vytěšňovat zdroje důležitých živin a dodávat tělu nadbytečné množství soli, cukru a tuků. Vždy jde ale o přiměřené množství. Jedna zákeřná kostka (přirovnána velikosti vlastní pěsti) může být tolerována.

Pyramida výživy pro děti znázorňuje pestrost a přiměřenost v naší stravě. Pro dobře složenou stravu platí, že hlavní jídla (snídaně, oběd, večeře) jsou složena ze všech pater pyramidy výživy. U dětí to platí i pro svačiny. Dalším důležitým doporučením správného

stravování je pravidelnost. Pokud je příjem stravy rozdělen do pravidelných a přiměřených dávek, má tělo možnost dobře hospodařit s přijatou energií a živinami.

(Sebe)hodnocení výživového chování

Hodnotit výživové chování, respektive složení stravy, je v dnešní době možné několika počítačovými programy. Pro přesný výpočet přijatých živin je ale potřebné zadávat přesná množství sněžené a jasně definované potraviny a nápoje. Tuto techniku v běžném životě nelze uplatnit a kvalitně s ní mohou pracovat pouze nutriční terapeuti či lékaři. Lidé by měli umět zhodnotit svoji výživu mnohem jednodušeji. Metody hodnocení by měly být zcela srozumitelné, snadno zapamatovatelné a kdykoli použitelné. Dovednost zhodnotit své výživové chování patří k základním požadavkům výživové gramotnosti. Proto autoři programu Pohyb a výživa (2014), jehož cíle obsahují i zlepšení výživové gramotnosti dětí a dospělých, se pokusili navrhnout vlastní metodiku *(sebe)hodnocení výživového chování*. Metodika vychází z hodnocení výživového chování „Nutriční skóre (podle WHO)“ (Brázdová, 1999), ale byla upravena pro potřeby programu Pohyb a výživa a značně využívá Pyramidu výživy pro děti, včetně definovaných velikostí porcí. Jedná se o rychlé a jednoduché hodnocení výživy dětí i dospělých na základě záznamu celodenní stravy.

K (sebe)hodnocení se používá 6 otázek s alternativní odpovědí ANO/NE. Ptáme se na uplynulý den. Při každé kladné odpovědi (sebe)hodnotitel započítá jeden bod.

OTÁZKY:

1. Měl/a jsi během dne pravidelnou stravu?

Jednotlivá jídla byla od sebe vzdálena maximálně 3 hodiny. Mezi jídly jsi nepojídal/a, výjimkou mohlo být pouze ovoce či zelenina.

2. Byla alespoň 3 jídla složena ze všech pater Pyramidy výživy pro děti?

Jídlem je myšlena snídaně, přesnídávka, oběd, svačina, večeře.

3. Vypil/a jsi nejméně 7 sklenic či hrnků vhodných tekutin o objemu vlastní sevřené pěsti?

Mezi vhodné tekutiny patří voda, slabé čaje nebo jen mírně ochucené tekutiny, mléko a mléčné nápoje.

4. Snědl/a jsi nejméně 5 porcí ovoce a zeleniny velikosti sevřené pěsti?

Počítá se i tepelně zpracovaná zelenina, jako jsou například vařené brambory, zeleninová polévka či ovocný kompot.

5. *Snědl/a jsi dnes 2 porce mléčných výrobků, případně jiných významných zdrojů vápníku?*

Mezi nemléčné zdroje dobře využitelného vápníku patří brokolice, kapusta, růžičková kapusta, zelí, mák, sardinky s kostmi.

6. *Byl/a jsi střídmy/á v konzumaci potravin a nápojů z tzv. zákeřných kostek?*

Znamená to, že jsi měl/a za celý den nejvíce 1 zákeřnou kostku.

VYHODNOCENÍ:

6 bodů – tvoje výživa je výborná!

5 bodů – tvoje výživa zasluhuje pochvalu, ale můžeš ještě něco zlepšit.

4 body – tvoje výživa je dobrá, ale zkus být lepší.

3 a méně bodů – Pozor! Tvoje výživa nebyla úplně v pořádku, zkus to vylepšit.

Na závěr...

Správně formulovaná výživová doporučení, vhodná edukace včetně metod hodnocení a sebehodnocení, a to vše v souladu s prostředím, mohou přinést změnu ve výživovém chování a zlepšit zdravotní stav populace. Je však nezbytné začít u dětí již v předškolním a mladším školním věku, které je senzitivním obdobím pro utváření životních postojů a vzorců chování. Důkazem může být i výrok lektorky z pokusného ověřování programu Pohyb a výživa: *Děti dokáží vyhodnotit svoji stravu, zvýšila se konzumace ovoce a zeleniny. Děti si hlídají velikosti porcí dle pěstiček a snaží se docílit požadovaného množství. Uvědomují si rizika zákeřné kostky a snaží se ji kompenzovat. No a v neposlední řadě dbají na pitný režim, velká většina žáků zařadila konzumaci pramenité vody.*

Referenční seznam

Antošová, D. et al. (2014). *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Brázdová, Z. (1999). *Formulář na rychlé hodnocení výživy těhotných a kojících žen*. Brno: Ústav preventivního lékařství LF Masarykovy univerzity.

Kalman, M. (2011). *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků: na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu "Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)"*: HBSC, Česká republika, 2010. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Kalman, M., & Vašíčková, J. (Eds.). (2013). *Zdraví a životní styl dětí a školáků* (1. vyd.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Madarasová Gecková, A., Dankulincová, Z., Sigmundová, D. & Kalman, M. (2016). *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě výzkumu studie Health Behaviour in School-Aged Children realizované v roce 2014*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Mužiková, L., Březková, V., & Mužík, V. (2014a). *Výživa i pohyb: pracovní sešit pro VIP školáky 1*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- Mužiková, L., Březková, V., & Mužík, V. (2014b). *Výživa i pohyb: pracovní sešit pro VIP školáky 2*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- Mužiková, L., Březková, V., & Mužík, V. (2014c). *Výživa i pohyb: pracovní sešit pro VIP školáky 3*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- Mužiková, L., Březková, V., & Mužík, V. (2014d). *Výživa i pohyb: pracovní sešit pro VIP školáky 4–5*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- Pohyb a výživa: šest priorit v pohybovém a výživovém režimu žáků na 1. stupni ZŠ: pokusné ověření účinnosti programu zaměřeného na změny v pohybovém a výživovém režimu žáků ZŠ*. (2014). Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- Tupý, J., Mužík, V., Mužiková, L., Miklánková, L., Havel, J., & Janíková, M. et al. (2015). *Výsledky ověření edukačního programu Pohyb a výživa (PaV) na 1. stupni ZŠ*. Praha: MŠMT, NÚV.
- Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století. (c2014). *Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století* (1. vyd.). Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem.
- Zdravotnická ročenka České republiky 2013: Czech health statistics year book 2013*. (2014). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Příspěvek se opírá o výsledky *Pokusného ověření účinnosti programu zaměřeného na změny v pohybovém a výživovém režimu žáků ZŠ (Pohyb a výživa)*, vyhlášeného Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy dne 26. března 2013 (č. j. MSMT-5488/2013-210).

DESATERO ZDRAVÍ ANEB NEMUSÍŠ BÝT SUPERHRDINOU, ABYS ZACHRÁNIL ŽIVOT

THE TEN COMMANDMENTS OF HEALTH - YOU DON'T HAVE TO BE A SUPERHERO TO SAVE LIVES

Petr Caletka

Abstrakt: Pilotní projekt výuky první pomoci pro žáky základních škol spustila v červnu letošního roku Fakultní nemocnice Královské Vinohrady ve spolupráci s městskou částí Praha 10. Projekt je součástí preventivního programu Desatero zdraví, zaměřeného nejen na pacienty a zaměstnance FNKV, ale také na obyvatele MČ Praha 10. Cílem preventivního programu je zkvalitnit informovanost veřejnosti o zásadách zdravého životního stylu, prevenci úrazů a nemocí, stejně tak prohloubení základních znalostí přednemocniční neodkladné péče. Vlastní výuku realizují zdravotníci z Kliniky anesteziologie a resuscitace FNKV.

Klíčová slova: výuka, první pomoc, základní školy, prevence

Abstract: The pilot project of the first aid education for pupils of primary schools was launched in June this year by the Královské Vinohrady University Hospital (FNKV) in cooperation with the Municipal District Prague 10. The project is part of the prevention program called „The Ten Commandments of Health“, which is focused not only on patients and staff of the FNKV, but also on residents of the Municipal District Prague 10. The aim of the prevention program is to improve public awareness on the principles of healthy lifestyle, injury and illness prevention, as well as on deepening of basic knowledge of pre-hospital emergency care. Presentations are realized by nurses and paramedics from the Department of Anesthesiology and Intensive Care of the FNKV.

Keywords: education, first aid, primary school, prevention

Úvod

Prevence není nikdy dost a děti je k ní třeba vést od malička. I to je jeden z hlavních důvodů, proč se Vinohradská nemocnice a MČ Praha 10 spojili v projektu Desatero zdraví, s cílem prohloubit úroveň znalostí neodkladné první pomoci žáků základních škol. Otázka první

pomoci je stále více aktuálním tématem - zvyšuje se počet nehod, úrazů a otrav. Šance na přežití osob se zástavou základních životních funkcí (tj. dechu a oběhu) klesá s délkou prodlevy včasné zahájené kardiopulmonální resuscitace. Každá minuta prodlevy znamená pro postiženého o 10 % nižší šance na přežití. Při běžných dojezdových časech zdravotnické záchranné služby - pohybující se v rozmezí 5-8 minut, hovoříme pouze o 50, případně 20% naději na přežití. Zde se ukazuje nezbytnost laické první pomoci, jejíž znalost může přispět k záchraně mnoha lidských životů.

Teoretická východiska

Hlavní metodou k dosažení stanovených cílů projektu je realizace záživných vzdělávacích přednášek, jejichž součástí je praktický nácvik základních postupů neodkladné resuscitace. Cílovou skupinou jsou děti a mládež – žáci 13 základních škol se sídlem na Praze 10, včetně pedagogického sboru. Celkově se tak jedná přibližně o 5000 proškolených osob v horizontu 2 let. Hlavním indikátorem pro zhodnocení efektivity projektu je vyhodnocení dotazníkového šetření (e-learningový test) s porovnáním znalostí cílové skupiny „před a po“ absolvování těchto přednášek. Zúčastněné školy jsou následně označeny „certifikátem znalostí“, prokazující proškolení svých žáků. Projekt je plánován jako dvouletý s předpokladem jeho dalšího pokračování.

ROZHOVORY S PĚTI METODIKY PREVENCE NA VYBRANÝCH PRAŽSKÝCH STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH

INTERVIEWS WITH FIVE METHODISTS OF PREVENTION AT SELECTED HIGH SCHOOLS IN PRAGUE CITY

Petr Kachlík

Abstrakt: Pomocí strukturovaného rozhovoru o 8 základních položkách bylo osloveno 5 metodiků prevence na záměrně vybraných středních školách v teritoriu hlavního města Prahy. Bylo hodnoceno jejich vzdělání, pracovní vytížení, financování, typy a formy preventivních aktivit ve školách, možnosti spolupráce s dalšími organizacemi, dostupnost prevence pro žáky. Dotazovaní informanti mají kromě preventivního působení i další výukové povinnosti, funkce metodika prevence není vždy honorována a zahrnuta do pedagogického úvazku. Preventivní aktivity jsou nejčastěji realizovány formou přednášek v průběhu běžné výuky, financovány školou a pro žáky bezplatné. Všichni informanti absolvovali specializační kurzy a dále se vzdělávají.

Klíčová slova: návyková látka, závislost, metodik prevence, primární prevence, minimální preventivní program, škola, žák, rozhovor, výzkum

Abstract: Using a structured interview by 8 basic items were addressed 5 methodists of prevention to deliberately selected secondary schools in the territory of Prague. They were assessed by their education, workload, financing, types and forms of preventive activities in schools, opportunities for cooperation with other organizations, the availability of prevention for students. Interviewed informants have besides preventive action also other teaching duties, position methodist of prevention is not always rewarded, and included in the teaching commitment. Preventive activities are mostly carried out through lectures in the conventional teaching, funded by school and free for students. All informants attended specialized courses and educate themselves further.

Keywords: habit-forming substance, addiction, methodist of prevention, primary prevention, minimal preventive program, school, student, interview, research

Úvod

Protidrogovou politiku řídí v České republice Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která sladuje spolupráci s jednotlivými ministerstvy. Ministerstvo zdravotnictví zodpovídá za legislativu týkající se ochrany zdraví před škodami působenými tabákem, alkoholem a jinými návykovými látkami, zacházení s návykovými látkami, prekuzory a pomocnými látkami. Povoluje jejich dovoz a vývoz a má hlásnou povinnost o výrobě, spotřebě a stavu zásob. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy odpovídá převážně za primární prevenci drogových závislostí, dále za realizaci preventivních programů na školách a školských zařízeních, za financování dalších preventivních programů, které jsou realizovány státními i nestátními organizacemi, rovněž za profesní přípravu pedagogických pracovníků v oblasti prevence. Úkolem ministerstva vnitra je regulace opatření v potlačování nabídky ilegálních drog a vymáhání práva ve vztahu k distribuci legálních drog, v oblasti zákazu kouření, užívání alkoholu a návykových látek nezletilými osobami. Ministerstvo práce a sociálních věcí odpovídá za řešení sociálních problémů, které souvisejí s užíváním drog, za financování a realizaci sociálních služeb pro osoby ohrožené užíváním drog, uživatele drog a jejich rodinné příslušníky (Metodický pokyn [online], 2000; Národní strategie [online], 2010).

Ministerstvo spravedlnosti předkládá legislativní návrhy v oblasti trestního zákona. Zabezpečuje činnost Probační a mediační služby, služeb prevence a příslušné pomoci osobám závislým na drogách ve výkonu trestu odnětí svobody. Ministerstvo obrany má v oblasti protidrogové prevence na starosti včasnou identifikaci problémů spojených s užíváním drog mezi vojáky ve vojenském prostředí a nebezpečím užívání drog vojáky v aktivní službě. Ministerstvo financí vytváří pravidla pro financování neziskových organizací v rámci protidrogové prevence, dozoruje rozpočtová pravidla při finančních operacích. Jeho součástí je Celní správa České republiky, která vykonává kontrolní činnost při dovozu a vývozu tabáku, alkoholu, drog, kontroluje a eviduje legální produkci technického konopí a máku setého. Ministerstvo zemědělství spolupracuje při legální produkci technického konopí a máku setého s generálním ředitelstvím cel. Ministerstvo průmyslu a obchodu odpovídá za regulaci reklamy legálních drog alkoholu a tabáku (Národní strategie [online], 2010).

Teoretická východiska

Prevenčí můžeme označit soubor postupů a opatření zaměřených na předcházení vzniku jevů, na zamezení prohloubení či opakování jevů (Štablová, R., 1999; Jesenský, J., Janiš, K. a kol., 2004). Protidrogovou prevencí rozumíme předcházení problému s drogou ve společnosti

jako celku i u jednotlivců, kteří ji vytvářejí. Cílem primární protidrogové prevence je snížení poptávky po drogách, snaha, aby nebyl důvod drogy vyhledávat a konzumovat (Jesenský, J., Janiš, K. a kol., 2004; Miovský, M. a kol., 2012). Základním předmětem prevence je „*působení na chování člověka, na jeho vnější projevy, a současně tím působení na jevy, které jsou navenek skryté, ale ovlivňují toto chování ve smyslu, aby nedocházelo k negativnímu jednání ve společnosti*“ (Štablová, R., 1999, s. 162).

Preventivní působení je dlouhodobým procesem, jehož výsledky nejsou viditelné okamžitě. Cílem prevence je vytvoření společenského klimatu, ve kterém je podporován zdravý životní styl, odmítání návykových látek a je kladen důraz na včasný záchyt problémů a léčbu. Způsob, jak účinně zabránit rychlému zneužívání drog, musí být založen na kombinaci aktivit a opatření jak v sociální, tak v represivní oblasti. Za klíčovou oblast je považována primární prevence, která zahrnuje aktivity zabraňující vzniku drogového problému s důrazem na snížení zájmu mladých lidí o návykové látky. Do účinné primární prevence musí být zapojena především škola a rodina, kde se vytvářejí základy hodnotového systému mladých lidí, a tím i jejich postoj ke drogám. Důležité jsou i specializované subjekty, které se podílejí na preventivní péči a jsou zapojeny do preventivního procesu: státní i nestátní organizace, odborná i široká veřejnost, média, politici, významné osobnosti a dobrovolníci (Metodický pokyn [online], 2000; Zapletal, J. a kol., 2002; Heider, D. in Janíková, B. a kol., 2007).

Primární prevence je zaměřena na vybrané skupiny jedinců uvnitř populace, které lze označit jako *cílové skupiny*, jež se vyznačují různou mírou rizika. *Primární (konečná) cílová skupina* je ta, u které chceme negativnímu chování předejít – děti a mládež. Jako *sekundární (intermediární) cílová skupina* je označována ta, která má vliv na primární cílovou skupinu – učitelé, vychovatelé, rodiče, policisté, preventisté, intermediátoři. Primární cílové skupiny můžeme dále rozdělit na *všeobecnou populaci* (všichni obyvatelé v dané komunitě), *skupiny se zvýšenými riziky* (liší se od běžné populace zdravotními a sociálními charakteristikami, jde o osoby zvýšeně ohrožené, které ale drogy ještě nezačaly užívat, u nich lze aplikovat *selektivní prevenci*) a *začínající uživatele* (vykazují varovné znaky užívání návykových látek, ale ještě u nich nedošlo ke škodlivému užívání nebo závislosti, uplatňuje se *indikovaná prevence*, která může být zároveň včasnou intervencí, lze ji označit jako rozhraní primární a sekundární prevence) (Labáth, V. a kol., 2001; Bém, P., Kalina, K. in Kalina, K. a kol., 2003; Nešpor, K. 2007; Miovský, M. a kol., 2012).

Všeobecná prevence je zaměřena na velké populační skupiny bez zohlednění specifických rizikových skupin. Cílem je ovlivňování postojů a chování a poskytnutí dostatku informací a dovedností, jež mohou pomoci zamezit výskytu rizikového chování. Selektivní

prevence působí na rizikové a ohrožené skupiny osob, kde je užívání drog podmíněno biologickými, sociálními, psychologickými a environmentálními faktory. Cílem je včasné a efektivní řešení problematiky u rizikových skupin dětí a mládeže, u nichž se mohou objevit problémy v chování. Indikovanou prevenci aplikujeme na takové skupiny osob, kde je riziko užívání návykových látek (zejm. alkoholu, konopí) značné, ale nejsou splněna kritéria pro závislost. Cílem indikované prevence je pokles frekvence a objemu sociálně patologických jevů a snížení následků problémového chování (Martanová, V. in Janíková, B. a kol., 2007). Ve školní všeobecné prevenci se postupně začínáme orientovat na model sociálního vlivu, vždy v kombinaci s více specifickými, zejména interaktivními projekty, kde se využívá široká škála metod a programů (Skácelová, L. in Kalina, K. a kol., 2003).

Specifická primární prevence zahrnuje programy a aktivity, které jsou orientovány na práci se segmenty populace, kde lze předpokládat další výskyt sociálně patologických jevů. Specifická prevence je prováděna v menších skupinách, je zaměřená na vědomosti, porozumění a způsoby přemýšlení, rozvoj vlastních názorů žáků a studentů, osvojování a rozvoj sociálně emočních dovedností a kompetencí. Nabízí prostor k diskusi a k rozvoji sociálně přijatelných postojů a hodnot. *Nespecifická primární prevence* zahrnuje veškeré aktivity, které podporují zdravý životní styl, pomáhají k lepšímu využívání volného času, aktivity zájmové, sportovní a volnočasové, a programy, které jsou zaměřeny na dodržování společenských pravidel, odpovědnost za své chování a zdravý rozvoj osobnosti (Martanová, V. in Janíková, B. a kol., 2007; Nešpor, K., 2007; Metodické doporučení [online], 2010).

Prokazatelné výsledky mají pouze dlouhodobé a systémově provázané aktivity, které respektují různé cílové skupiny a jejich potřeby, kulturní, sociální, ekonomické a náboženské odlišnosti. Významnou roli hraje zapojení rodičů a komunity do organizace školy (Labáth, V. a kol., 2001; Skalík, I. in Kalina, K. a kol., 2003; Metodické doporučení [online], 2010).

Mezi účinné strategie prevence můžeme zařadit komplexní, interaktivní programy, které pomáhají dětem a mládeži odolávat sociálnímu tlaku z okolí. Mezi neúčinné strategie prevence patří hromadné akce nebo promítání filmu bez následného zhodnocení například formou besedy nebo rozhovoru. Neúčinné jsou také jednorázové akce, pouhé sdělování základních informací o drogách formou přednášek (Skácelová, L. in Kalina, K. a kol., 2003).

Školní metodik prevence (ŠMP) je pedagogickým pracovníkem základní nebo střední školy a výkon jeho činnosti je legislativně upraven v Příloze č. 3, bod II, vyhlášky č. 72/2005 Sb., *O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění pozdějších předpisů*. ŠMP má dle vyhlášky stanovené standardní činnosti, k nimž se řadí aktivity metodické, koordinační, informační a poradenské. Je povinen vést o těchto činnostech

písemné záznamy dokládající jejich rozsah a obsah. Zároveň shromažďuje odborné zprávy a informace o žácích a studentech v poradenské péči specializovaných poradenských zařízeních v rámci prevence sociálně patologických jevů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., O ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. ŠMP spolupracuje v rámci školy s vedením školy, s třídními učiteli, s výchovným poradcem, se speciálním pedagogem, se školním psychologem (Gajdošíková, H. in Janíková, B. a kol., 2007; Slavíková, I., Zapletalová, J. in Miovský, M. a kol., 2010).

Minimální preventivní program (MPP) je legislativně upraven v článku II., v *Metodickém pokynu ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže č. j. 14514/2000-51*, a je označován jako základní nástroj prevence v resortu. MPP představuje komplexní systémový prvek v realizaci preventivních aktivit na základních školách, středních školách a speciálních školách, ve školských zařízeních pro výchovu mimo vyučování a školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče. Jeho realizace je pro každou školu a každé uvedené školské zařízení závazná a podléhá kontrole České školní inspekce (Metodický pokyn [online], 2000; Gajdošíková, H. in Janíková, B. a kol., 2007; Metodické doporučení [online], 2010; Slavíková, I., Zapletalová, J. in Miovský, M. a kol., 2010).

Mezi nejdůležitější aktivity škol a školských zařízení v rámci MPP patří odpovědnost za systematické vzdělávání ŠMP a dalších pedagogických pracovníků, systémové zavádění etické a právní výchovy, výchovy ke zdravému životnímu stylu a dalších oblastí preventivní výchovy do výuky jednotlivých předmětů, uplatňování různých forem a metod působení na jednotlivce a skupiny dětí a mládeže zaměřených na podporu rozvoje jejich osobnosti a sociálního chování, vytváření podmínek pro smysluplné využití volného času, spolupráci s rodiči, osvětovou činnost v oblasti zdravého životního stylu a prevenci problémů ve vývoji a výchově dětí a mládeže, průběžné sledování konkrétních podmínek a situace z hlediska rizik výskytu sociálně patologických jevů, využívání různých forem a metod dovolujících včasný záchyt ohrožených dětí a mladistvých, poskytování poradenských služeb ŠMP a výchovného poradce žákům a jejich rodičům a zajišťování poradenských služeb specializovaných poradenských a preventivních zařízení pro žáky, rodiče a učitele (Fischer, S., Škoda, J., 2009).

V hlavním městě Praze je zřízeno Krajská oddělení protidrogové prevence, kde pracuje protidrogová koordinátorka hl. m. Prahy, jež je zároveň krajskou koordinátorkou prevence rizikového chování u dětí a mládeže. Realizace protidrogové politiky je založena na spolupráci s příslušnými odbory Magistrátu hl. m. Prahy, jako je odbor školství, mládeže a tělovýchovy, odbor sociální péče a zdravotnictví a odbor krizového řízení. Protidrogovou prevenci

v jednotlivých městských částech organizují protidrogoví koordinátoři městských částí Praha 1–22 ve spolupráci s úřady městských částí. Primární prevenci zajišťují převážně státní instituce, školy a školská zařízení a úřady městských částí, Městská policie hl. m. Prahy - Útvar prevence (Národní strategie [online], 2010).

Metodologie šetření

Cílem provedeného šetření bylo zmapovat a analyzovat vzdělání školních metodiků prevence, podmínky jejich práce, typy, formy a financování nabízených preventivních aktivit, možnosti spolupráce s dalšími organizacemi, dostupnost prevence pro žáky.

Bylo využito metody kvalitativního výzkumu, techniky rozhovoru (Gavora, P., 2000; Pelikán, J., 2007). Se ŠMP na 5 záměrně vybraných středních školách v teritoriu hl. m. Prahy byly uskutečněny strukturované rozhovory zaměřené na úroveň primární prevence na škole, postavení ŠMP na škole, možnosti jeho odborného vzdělávání a oblast financování preventivních programů.

Výzkumný vzorek tvořilo 5 informantů – ŠMP, kteří byli předem osloveni a požádáni o účast ve výzkumu. Samotné rozhovory probíhaly po předchozí domluvě, v klidném prostředí, s každým z pedagogů individuálně. Předem bylo připraveno 8 okruhů otázek uvedených níže. Informanti byli seznámeni se záměrem šetření, bylo respektováno jejich právo na anonymitu. Jsou proto označeni kódy ŠMP1–ŠMP5, a školy, kde působí, označeny SOŠ (střední odborná škola), SOU (střední odborné učiliště) a gymnázium. Během rozhovorů byly odpovědi průběžně zapisovány do záznamových archů s okruhy otázek. Vyhodnocení dat bylo provedeno formou tabulky a textového komentáře, byly určeny základní sledované znaky a jim přiřazeny příslušné partie z odpovědí informantů (Příbylová, P., 2014).

Okruhy otázek pro ŠMP

- typ školy;
- počty žáků na škole, žáci s výskytem sociálních patologií;
- funkce školního metodika prevence na škole (rozsah, kumulovaná funkce, hodiny k výkonu funkce započítané do pedagogického úvazku);
- možnost vzdělávání školního metodika prevence (nabídka zřizovatelů, vlastní aktivity, jiné vzdělávací akce);
- financování vzdělávacích programů (pro ŠMP, pro pedagogy obecně, odměny);
- organizace, které realizují programy primární prevence na školách;
- způsob provádění programů prevence;
- názvy, typy a financování primárních programů prevence.

Výsledky výzkumného šetření

Přehled klíčových znaků vyplývajících z okruhů otázek pro ŠMP je uveden v tab. 32 a doplněn podrobnějším komentářem charakterizujícím okolnosti výkonu funkce sledovaných informantů.

Tab. 32: Přehled klíčových znaků sledovaných u souboru informantů – ŠMP

Sledovaný znak	Informant				
	ŠMP1	ŠMP2	ŠMP3	ŠMP4	ŠMP5
Typ školy	SOŠ a SOU	SOŠ	SOU	SOŠ	gymnázium
Počet žáků	1200 celkem, 800 mužů, 400 žen	615 celkem, 600 mužů, 15 žen	420 celkem, 380 mužů, 40 žen	1000 celkem, 650 mužů, 350 žen	370 celkem, 172 mužů, 198 žen
Počet žáků se závažnými problémy s chováním	cca 1000	nevyskytli se	65	nevyskytli se	nevyskytli se
ŠMP na škole	ano	ano	ano	ano	ano
Další funkce kromě ŠMP	ano, třídní učitel	ano, pedagog	ano, pedagog	ano, pedagog	ano, pedagog a výchovný poradce
Funkce ŠMP v pedagog. úvazku	ne	ano	ne	ne	ano
Odměna za ŠMP	ano, 1300 Kč	ano, 1500 Kč	ne	ne	ano, výše nesdělena
Další vzdělávání ŠMP	pravidelné (specializační kurz FF UK, občanská sdružení), platí škola	specializační kurz FF UK, platí škola	specializační kurz FF UK, platí zřizovatel, škola a ŠMP	specializační kurz FF UK, platí škola	pravidelné (specializační kurz PdF UK, státní a nestátní subjekty), platí škola a ŠMP
Financování prevence na škole	škola, granty, nejlevnější varianta	škola, granty	škola, zřizovatel, dotace, sponzoři, spoluúčast studentů	škola, spoluúčast studentů	škola
Zajištění prevence na škole	ŠMP, během výuky a volných hodin	ŠMP, státní i nestátní subjekty, během výuky	ŠMP, státní i nestátní subjekty, během výuky	ŠMP, státní subjekty, během výuky i mimo ni, volné hodiny	ŠMP, státní i nestátní subjekty, během výuky
Forma prevence	zejména přednášky	přednášky, besedy	zejména přednášky	zejména přednášky	zejména přednášky
Úhrada studentů za aktivity	zdarma, bez poplatků	zdarma, bez poplatků	zdarma i za úplaty	zdarma i za úplaty	zdarma, bez poplatků
Certifikované akce na škole	ne	ne	ano	ne	ano

Problémy spojené s prevencí	získávání financí	nedostatek financí	nedostatek financí	nedostatek financí	nebyly zmíněny
-----------------------------	-------------------	--------------------	--------------------	--------------------	----------------

ŠMP č. 1 působí na SOŠ a SOU na okraji Prahy. Celkový počet žáků na této škole činí 1200, z toho 800 mužů a 400 žen. ŠMP během rozhovoru zmínil, že většina z nich má problémy s chováním, přibližně jde o 1000 žáků. Z toho důvodu je na škole zřízena funkce metodika prevence. ŠMP uvádí, že k funkci metodika prevence vykonává ještě funkci třídního učitele. Bohužel, výkon funkce ŠMP není na této škole započítán do pedagogického úvazku. Kompenzací pro pedagoga je zvýšené osobní ohodnocení o finanční částku 1300, - Kč a pravidelné odměny. ŠMP absolvoval specializační kurz pro metodiky prevence v rozsahu 180 hodin pořádaný Filosofickou fakultou Univerzity Karlovy, specializační kurz zaměřený na prevenci v rozsahu 280 hodin pořádaný občanským sdružením Život bez závislostí. Preventivní akce na této škole jsou financovány přímo školou nebo prostřednictvím získaných grantů. Snahou zůstává vybírat takové preventivní programy, které jsou co nejméně finančně náročné. Preventivní akce pro studenty zajišťuje pouze ŠMP, zejména ve vyučovacích nebo volných hodinách pro celý třídní kolektiv. Formou preventivních akcí je převážně přednáška. Pořádané akce jsou pro žáky bezplatné. Certifikované programy nejsou na škole realizovány. Největším problémem v provádění prevence na této škole zůstává financování akcí.

ŠMP č. 2 působí na SOŠ v centru Prahy. Celkový počet žáků této školy je 615, z toho 600 mužů a 15 žen. ŠMP během rozhovoru uvedl, že na škole nejsou známy případy, kdy by žáci měli závažné výchovné problémy. Funkce ŠMP je na škole zřízena, metodik vykonává pravidelně úkoly a povinnosti dané legislativou. Informant uvádí, že kromě metodika prevence vykonává souběžně pedagogickou činnost učitele, bez dalších kumulací (třídnictví). Výkon funkce ŠMP je na této škole započítán do pedagogického úvazku. Kompenzaci pro pedagoga představuje finanční částka 1500, - Kč, o kterou má navýšený platový tarif a dostává pravidelné odměny. ŠMP absolvoval specializační kurz pro metodiky prevence v rozsahu 180 hodin pořádaný Filosofickou fakultou Univerzity Karlovy a financovaný SOŠ. Tato SOŠ preventivní akce financuje většinou sama. Snahou je oslovovat státní instituce, které nabízejí preventivní programy v rámci své pracovní náplně. ŠMP spolupracuje s Městskou policií hl. m. Prahy. V případě akcí pořádaných občanským sdružením Prevalis (prevence a lidskost) financuje akce škola, v případě udělení grantu využívá finanční prostředky z něj. Preventivní akce pro studenty jsou organizovány ve vyučovacích hodinách pro celý třídní kolektiv, převážně je využíváno přednášek a besed. Pořádané akce jsou pro žáky bezplatné. Certifikované programy

nejdou na škole realizovány. Největším problémem v provádění prevence zůstává nedostatek financí.

ŠMP č. 3 působí na SOU v okrajové části Prahy. Celkový počet žáků činí 420, z toho 380 mužů a 40 žen. ŠMP uvádí, že 65 žáků má závažné problémy s chováním, z toho 54 mužů a 11 žen. Funkce metodika prevence je na škole zřízena a metodik vykonává pravidelně úkoly a povinnosti dle příslušné legislativy. ŠMP zmiňuje, že funkci metodika prevence vykonává souběžně s pedagogickou činností učitele, bez dalších kumulací (třídní učitel). Výkon funkce ŠMP není na této škole započítán do pedagogického úvazku. Demotivující je pro ŠMP nulová výše jeho ohodnocení. Informant absolvoval specializační kurz pro ŠMP pořádaný Univerzitou Karlovou. Vzdělávání ŠMP financuje zřizovatel a střední škola, metodik přispívá spoluúčastí do výše 1000,- Kč. Preventivní akce na tomto SOU jsou financovány školou, zřizovatelem, formou dotací, sponzorských darů a spoluúčasti studentů. ŠMP upřednostňuje zástupce státních institucí, které nabízejí preventivní programy v rámci své pracovní náplně (Městská policie hl. m. Prahy, Policie ČR). ŠMP využívá též certifikovaných programů občanských sdružení La Strada a Bílý kruh bezpečí. Preventivní akce pro studenty jsou organizovány ve vyučovacích hodinách pro celý třídní kolektiv, převážně formou přednášek. Pořádané akce jsou pro žáky bezplatné, ale i za úplaty. Certifikované programy na škole fungují. Největším problémem při realizaci prevence na této škole SOŠ zůstává nedostatek finančních prostředků.

ŠMP č. 4 působí na SOŠ v centru Prahy. Celkem ji navštěvuje 1000 žáků, z toho 650 mužů a 350 žen. ŠMP neuvádí počet žáků se závažnými problémy v chování. Funkce metodika prevence je na škole zřízena. ŠMP zmiňuje, že funkci metodika prevence vykonává souběžně s pedagogickou činností učitele, bez dalších kumulací (třídní učitel). Výkon funkce ŠMP není na této SOŠ započítán do pedagogického úvazku, demotivující je rovněž nulová výše ohodnocení. ŠMP v současné době studuje specializační kurz pořádaný Filozofickou fakultou Univerzity Karlovy, jeho vzdělávání financuje střední škola. Preventivní akce financuje jednak samotná SOŠ, jednak na ně přispívají studenti. ŠMP upřednostňuje zástupce státních institucí, které nabízí preventivní programy v rámci své pracovní náplně. Akce jsou organizovány ve vyučovacích hodinách, ve volných hodinách i po vyučování, účast studentů je dobrovolná. Forma preventivních akcí je převážně přednášková. Akce jsou pořádány pro studenty zdarma i za úplaty, certifikované programy nejsou na škole zavedeny. Při pořádání preventivních akcí zůstává dle ŠMP hlavním problémem nedostatek finančních prostředků.

ŠMP č. 5 působí na gymnáziu v okrajové části Prahy. Na škole studuje celkem 370 žáků, z toho 172 mužů a 198 žen. ŠMP neuvádí počet žáků se závažnými problémy v chování. Funkce metodika prevence je na škole zřízena, ŠMP plní pravidelně úkoly a povinnosti podle platné

legislativy. ŠMP zmiňuje, že svoji funkci vykonává souběžně s pedagogickou činností učitele a další kumulovanou funkci výchovného poradce. Výkon funkce ŠMP je na této škole započítán do pedagogického úvazku. Kompenzaci pro pedagoga představují pravidelné finanční odměny. ŠMP absolvoval specializační kurz v délce pěti semestrů pořádaný Pedagogickou fakultou Univerzity Karlovy. Dále se z vlastní aktivity účastní přednášek a seminářů na téma sociálně patologických jevů, pravidelně odebírá časopis Prevence vydávaný občanským sdružením Život bez závislostí. Vzdělávání si ŠMP hradí z poloviny z vlastních zdrojů v maximální výši 6000,- Kč ročně a zbývající částku doplácí střední škola. Pro ostatní pedagogy na střední škole jsou vzdělávací akce financovány školou. Preventivní akce na této škole jsou financovány střední školou. ŠMP spolupracuje s pracovníky pedagogicko-psychologické poradny, se specialisty z Kliniky adiktologie 1. LF UK a preventisty občanského sdružení Acet ČR. Programy primární prevence jsou na gymnáziu realizovány prostřednictvím zmíněných subjektů (např. projekt European Drug Abuse Prevention s názvem Unplugged), přednášek Ligy proti kouření. Akce jsou organizovány ve vyučovacích hodinách pro celý třídní kolektiv, převážně formou přednášek. Certifikované programy jsou na škole zavedeny, akce jsou pro studenty bezplatné.

Závěr

Z výzkumného šetření vyplynulo, že preventivní akce na sledovaných středních školách probíhají, ale jsou značně ovlivněny financováním. Rozsah preventivního působení na žáky je omezený, organizace preventivních programů ne vždy jednotná, schází systematičnost, dlouhodobost a poutavost. Preventivní aktivity jsou nejčastěji realizovány formou přednášek v průběhu běžné výuky, financovány školou a pro žáky bezplatné. ŠMP nejsou dostatečně finančně motivováni, není vždy pravidlem, že výkon jejich funkce spadá do běžného pedagogického úvazku. Problémem zůstává spolufinancování vzdělávání ŠMP při akreditovaném kvalifikačním studiu. Na školách schází jednotný systém organizace preventivních programů a srovnatelné postavení osoby ŠMP. Certifikované programy postrádá většina škol. Nejdůležitějším úkolem v primární prevenci je praktické zavedení certifikovaných programů do běžné výuky všech typů škol.

Referenční seznam

- BÉM, P., KALINA, K. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy, přístupy. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 275–283. ISBN 80-86734-05-6.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing, 2009, 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
- GAJDOŠÍKOVÁ, H. Současná legislativa ve vztahu k návykovým látkám. In: JANÍKOVÁ, B. a kol. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Univerzita Karlova, 2007, s. 152–155. ISBN 978-80-254-0525-3.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- HEIDER, D. Dospívání a vztahová síť. Vrstevnické party, skupiny, subkultury. In: JANÍKOVÁ, B. a kol. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Univerzita Karlova, 2007, s. 72–75. ISBN 978-80-254-0525-3.
- JESENSKÝ, J., JANIŠ, K. a kol. *Malý slovník pomáhajících profesí*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. 145 s. ISBN 80-7041-126-0.
- LABÁTH, V. a kol. *Riziková mládež. Možnosti potenciálních změn*. Praha: Slon, 2001, 157 s. ISBN 80-85850-66-4.
- MARTANOVÁ, V. Primární prevence užívání návykových látek – základní vymezení problematiky a terminologie. In: JANÍKOVÁ, B. a kol. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Univerzita Karlova, 2007, s. 8–13. ISBN 978-80-254-0525-3.
- Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č. j. 21291/2010-28* [online]. Praha: MŠMT ČR, 2010. [cit. 2013-04-10]. Dostupné z WWW: <http://www.prevence-praha.cz/attachments/article/123/Metodicke%20k%20primarni%20prevenci%20rizikoveho%20chovani.pdf> .
- Metodický pokyn MŠMT k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže č.j. 14514/2000-51* [online]. Praha: MŠMT ČR, 2000. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z WWW: http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/metodicky_pokyn_k_preveni_socialne_patologickych_jevu.doc .
- MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova, 2012, 202 s. ISBN 978-80-87258-89-7.
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018* [online]. Praha: Praha. eu, 2010. [cit. 2013-06-30]. Dostupné z WWW:

http://www.praha.eu/jnp/cz/home/magistrat/odbory_mhmp/oddeleni_prevence/protidrogova_politika/strategicke_dokumenty/index.html.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. vyd. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 2007, 272 s. ISBN 978-80-7194-569-0.

PŘIBYLOVÁ, P. *Primární prevence drogových závislostí u studentů středních škol v teritoriu hlavního města Prahy*. Brno, 2014. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Petr Kachlík.

SKÁCELOVÁ, L. Prevence ve výuce – základní pedagogické principy. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 291–299. ISBN 80-86734-05-6.

SKALÍK, I. Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodologické principy. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky 2003, s. 285–289. ISBN 80-86734-05-6.

SLAVÍKOVÁ, I., ZAPLETALOVÁ, J. Školní metodik prevence. In: MIOVSKÝ, M. a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov: Scan, 2010. s. 82–87. ISBN 978-80-87258-47-7.

ŠTABLOVÁ, R. *Drogy, kriminalita a prevence*. 2. vyd. Praha: Policejní akademie ČR, 1999, 181 s. ISBN 80-7251-018-5.

ZAPLETAL, J. a kol. *Kriminologie. Díl II. Zvláštní část*. 4. vyd. Praha: Policejní akademie ČR, 2002, 170 s. ISBN 80-7251-095-9.

Poděkování

Autor děkuje paní Mgr. Pavlíně Příbylové za pomoc při realizaci výzkumného šetření a za laskavé poskytnutí získaných dat.

POSTOJE UČITELŮ VÝCHOVY KE ZDRAVÍ K PORUCHÁM PŘÍJMU POTRAVY

ATTITUDES OF TEACHER EDUCATION FOR HEALTH TO EATING DISORDERS

Lenka Procházková

Abstrakt: Příspěvek „Postoje učitelů výchovy ke zdraví k poruchám příjmu potravy“ popisuje výsledky výzkumného šetření, které bylo realizováno u pedagogů vyučujících na 2. stupni základních škol. Výzkum zjišťoval rozdíly v postojích z hlediska aprobace učitele, pohlaví, věku a délky pedagogické praxe k problematice poruch příjmu potravy. Výzkumným nástrojem byl sémantický diferenciál a polostrukturované interview.

Klíčová slova: postoj, učitel, poruchy příjmu potravy, výchova ke zdraví, sémantický diferenciál, interview

Abstract: Contribution "Attitudes of teachers of health education to eating disorders" describes the results of research that was carried out by teachers in second grade of primary schools. The research found differences in attitudes of teachers in terms of gender, age and length of teaching practice on the issue of eating disorders. The research tool was semantic differential and semi-structured interview.

Keywords: attitude, teacher, eating disorders, health education, semantic differential, interview

Úvod

Poruchami příjmu potravy jsou nejvíce ohroženy dívky a mladé ženy ve věku 13–25 let. Je to věk, kdy mnohé hledají místo ve společnosti a mezi vrstevníky. Školní věk vnáší mimo jiné zásadní změny do přístupu k vlastnímu tělu a do stravovacích zvyklostí žáků. Strach z tloušťky a dietní tendence ovlivňují život stále mladších věkových kategorií, zejména dívek.

Vhodným výchovným působením, zvláště pak v kritickém věku nastupující puberty, je možné vhodnou prevencí poruchám příjmu potravy u dětí předcházet. Základ prevence spočívá v rodině, avšak i škola by měla využít svých možností a žáky pomocí primární prevence nejen informovat, ale také je vést ke zdravým stravovacím návykům, podporovat pozitivní sociální

klima a v neposlední řadě vytvářet podmínky pro osobnostní rozvoj každého žáka, pro posilování sebedůvěry s cílem omezovat projevy sebedestruktivního chování.

Definitivní formy strategií, jež jsou základem postojů a chování ve všech oblastech (např. i ve vztahu k sobě samému), se dotváří právě v adolescenci. Kromě rodiny svou významnou roli při utváření postojů hrají i společenské vlivy jako např. požadavky kladené školou a společností.

Domníváme se, že důležitost při formování postojů učitelem vyplývá ve zvýšené míře zejména v dnešní době, kdy rodina neplní řádně své funkce a škola ve velké míře funkci rodiny nahrazuje. Zejména proto je důležité zjistit, zda učitelé mají pozitivní postoje k prevenci rizikového chování, kam spadají i poruchy příjmu potravy, protože by měli být hlavními propagátory výše zmiňovaných preventivních opatření.

Prevence rizikového chování

Bližšímu vysvětlení poruch příjmu potravy není podle našeho mínění nutné se blíže věnovat, proto se rovnou zabýváme prevencí rizikového chování. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) má stěžejní roli při uplatňování školní primární prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v České republice. Při formování osobnosti dospívajících je období školního vzdělávání velmi významné, proto je oblasti prevence rizikových projevů chování u školní populace věnována mimořádná pozornost nejen ze strany MŠMT, ale i z ostatních složek podílejících se na vzdělávání. Prevence rizikových projevů chování u školní populace v působnosti MŠMT je prioritně zaměřena na předcházení rozvoje rizik zejména u následujících projevů v chování dětí a mládeže: rizikové sportovní aktivity, prevence úrazů; rizikové chování v dopravě, prevence úrazů; spektrum poruch příjmu potravy; delikventní chování; záškoláctví; závislostní chování interpersonální agresivní chování, negativní působení sekt, sexuální rizikové chování apod. (MŠMT [online], 2012).

Škola nemůže zcela nahradit výchovu v rodinném prostředí, ale měla by se snažit napravit a odstranit nedostatky, které si žáci do školního prostředí přinesou. Je samozřejmostí, že bez vzájemné spolupráce školy a rodiny prevence rizikových forem chování nebude dostatečná. Pozitivní komunikace mezi rodiči a dětmi, dobré vztahy, ale také postoje k jídlu a vhodné stravovací návyky rodiny zůstávají základem prevence poruch příjmu potravy, přesto by neměla tato problematika být zanedbávána ani ve škole, mimo jiné i proto že právě doba dospívání je nejrizikovějším obdobím pro vznik poruch příjmu potravy.

Učitelé výchovy ke zdraví, metodikové prevence, školní psychologové i další školní personál mohou velkou měrou přispět k prevenci poruch příjmu potravy, ale jejich potenciál je

jen málo využíván. Ve skutečnosti za malým úspěchem některých preventivních programů může být selhání tkvící v neschopnosti zjistit, jaké mají učitelé a další zaměstnanci školy znalosti, hodnoty a postoje související s prevencí těchto poruch. Je možné, že nejsou dostatečně informováni o této problematice a vhodných metodách prevence poruch příjmu potravy. Navíc jejich role „odborníků“ je nemusí ochránit před dopouštěním se chyb. Kombinace těchto faktorů může mít významný vliv na úspěch preventivních aktivit, zejména vzhledem k možnosti nevhodného modelování chování a přenosu chování a postojů na žáky.

Aby prevence poruch příjmu potravy byla úspěšná, je potřeba, aby učitelé měli nejen výborné teoretické znalosti o problematice, případně se chtěli vzdělat pomocí seminářů, přednášek či e-learningu, ale aby měli pozitivní postoje k této problematice. Přístup zaměřený na vzdělávání učitelů jako forma sekundární prevence může zlepšit jejich postoje k popisované tematice.

Postoje

Postoj lze charakterizovat jako „psychologickou tendenci, která se projevuje v hodnocení konkrétní entity s jistým stupněm upřednostňování nebo odmítání“ (Eagly, Chaiken, 1998). Příznačnou definici uvádí G. W. Allport (1967), který popisuje postoj jako mentální a nervový vztah připravenosti, organizovaný zkušeností a mající usměrňující vliv na chování vůči všem objektům a situacím, s nimiž je v relaci. Celosvětově existuje mnoho definic, jež se diferencují v určitých znacích.

Postoj učitele můžeme v souladu s výše uvedeným vymezit jako motiv vyjadřující učitelův vztah k žákovi, ke skupině žáků, ale především k prevenci rizikových forem chování vyskytující se ve školním prostředí. Výzkumné šetření jsme zaměřili na učitelův vztah k problematice poruch příjmu potravy jako rizikové formy chování vyskytující se převážně v adolescentním věku žáků. Vycházíme z předpokladu, že bez důkladné znalosti postojů učitelů k této problematice, kdy postoje chápeme jako heterogenní komplex hodnocení, citění a tendence konání, není možno tuto tematiku úspěšně ovlivňovat a realizovat její prevenci u žáků. Realizaci takových výzkumných šetření považujeme za velmi aktuální, jelikož předpokládáme, že učitelův postoj může působit na samotnou edukační činnost žáka, což dokládají ve svých výzkumech autoři Helus, Pelikán (1984). V literatuře se lze běžně setkat s tříložkovým modelem postojů, který mezi prvními propracovali Rosenberg a Hovland (Hewstone, Stroebe a kol., 2006, McLeod [online], 2009):

1. složka afektivní (emocionální) vyjadřuje emoční (citové) vztahy k určitému objektu; dodává postoji motivační charakter a určuje směr zaměření postoje (např. „Rád realizuji prevenci poruch příjmu potravy.“);
2. složka kognitivní se vztahuje k myšlenkám, které má daná osoba o předmětu postoje (např. „Vědomosti o prevenci poruch příjmu potravy jsou pro mě důležité.“);
3. složka behaviorální (konativní) je vyjádřena sklony k určitému chování a jednání vůči předmětu postoje (ať už pozitivními nebo negativními); silný pozitivní postoj vyvolává vyšší angažovanost ve prospěch objektu postoje a naopak silný negativní postoj nás od objektu postoje odvrací (např. „Prevence poruch příjmu potravy je pro žáky nedůležitá.“).

Výše jsme uvedli jen nástin definic postojů, které však nevystihují ani okolnosti jejich vzniku ani jejich vlastnosti. Podstatná je skutečnost, že postoj jedince se vyvíjí, a to co zjistíme, odpovídá pouze danému okamžiku. Postoje ovlivňují naše jednání, myšlení i chování. Postoje nejsou vrozené, a proto se jako produkty učení mohou za určitých podmínek měnit, protože vše naučené je podmíněné. Člověk je v životě součástí celé řady skupin (např. primární skupina – rodina, sekundární skupina – třídní kolektiv, pracovní kolektiv, přátelský kolektiv, aj.), které mají bezesporu vliv na utváření a formování postojů.

V měření postojů se po dobu jejich historického vývoje vyčlenily dva základní přístupy: axiomatický, který vyvinul Thurstone (1927), a psychometrický, který je více rozšířený a využívaný. Psychometrický přístup využívá tři typy měřících metod. Jde o Thurstonovu metodu, Likertovu metodu škálování a metodu sémantického diferenciálu, kterou jsme si vybrali i my pro námi realizované výzkumné šetření.

Metodu sémantické diference (u nás známou spíše jako sémantický diferenciál) řadíme mezi psychosémantické techniky. Většina těchto technik (testy nedokončených vět, metoda slovních asociací, metoda sémantického výběru a další) bývá používána zejména v psychologii. Metoda sémantického diferenciálu je jedna z mála, která je užívána především v oblastech pedagogiky. Jedná se o výzkumnou metodu, která zjišťuje, jak lidé (respondenti) vnímají pojmy. Posuzovanému jevu jsou respondentem přiřazovány vlastnosti na kontinuu jejich krajních charakteristik (např. dobrý–špatný, snadný–obtížný, užitečný–neužitečný aj.). Následně je možné pomocí sémantického diferenciálu umístit pojem do sémantického prostoru na podstatě tří dimenzí (faktorů), a to faktoru hodnocení, faktoru síly a faktoru aktivity.

U sémantického diferenciálu se pojmy posuzují pomocí určitého počtu posuzovacích škál, většinou sedmibodových. C. Osgood doporučoval posuzovat každý pojem (indikátor)

z hlediska tří faktorů, které označuje jako faktor hodnocení, faktor potence a faktor aktivity. Jako dobro či zlo pojmu můžeme interpretovat faktor hodnocení, jako sílu faktor potence a jako vztah pojmu k pohybu a změnám faktor aktivity. Vymežíme-li u jistého indikátoru tyto tři faktory, určíme tím dle C. Osgooda jeho individuální význam. Významy jednotlivých pojmů můžeme znázornit jako body v trojdimenzionálním prostoru, který se označuje jako sémantický prostor. (Chráska, 2003, 2003b)

Metodologie výzkumu

V realizovaném výzkumu jsme zjišťovali zejména postoje učitelů k problematice poruch příjmu potravy. Domníváme se, že role učitele na 2. stupni ZŠ je klíčová z hlediska utváření a formování postojů u žáků k této tématice. Chceme-li, aby pozitivně ovlivňoval postoje žáků k danému tématu, měl by mít sám pozitivní postoj k výše zmíněné problematice. Doplnující metodou výzkumu jsme zvolili polostrukturované interviu, abychom mohli doplnit dílčí výsledky získané pomocí hlavního výzkumného nástroje. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit postoje učitelů k tématu poruch příjmu potravy. Dále jsme zjišťovali vliv pohlaví, věku, aprobace učitele a délky jejich pedagogické praxe.

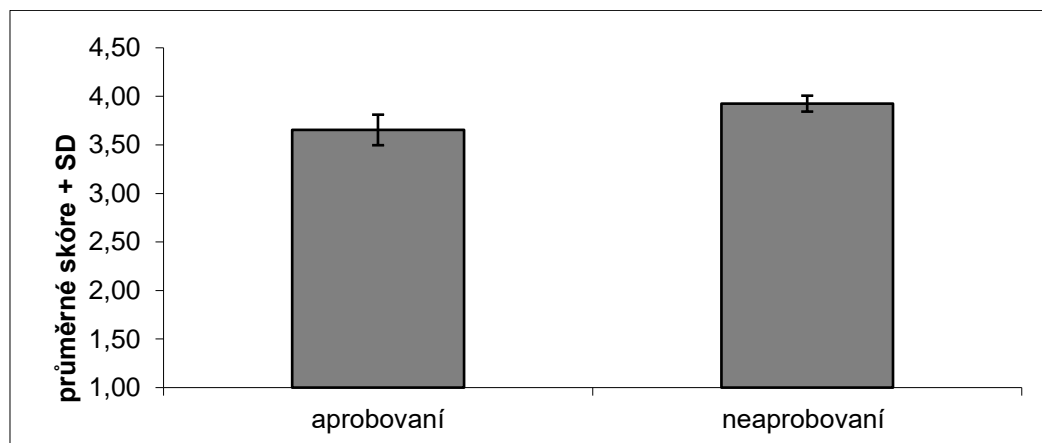
Výzkumný soubor tvořilo 168 učitelů základních škol. Učitelé byli vybráni úplným výběrem ve čtyřech krajích. Jednalo se u učitele, kteří v rámci svého úvazku na základní škole učí předmět výchova ke zdraví. Aprobovaných učitelů předmětu výchova ke zdraví bylo 21,43 % (n = 36), neaprobovaných respondentů 78,57 % (n = 132). Nižší počet aprobovaných respondentů je dán tím, že po implementaci RVP ZV od školního roku 2007/2008 byly do škol zavedeny nové předměty (pro I. stupeň základní školy – člověk a zdraví, pro II. stupeň základní školy – výchova ke zdraví). Některé vysoké školy proto zavedly krátce před rokem 2007 obor výchova ke zdraví (např. Masarykova univerzita v roce 2005, Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity až v roce 2008). Průměrný věk respondentů byl 42 let a pohyboval se od 25 do 68 let, průměrná délka praxe byla 13,5 let v rozmezí od 1–41 let praxe. Počet žen byl 149, z toho aprobovaných bylo 32, počet respondentů mužského pohlaví byl 19, z toho aprobovaní byli čtyři vyučující.

Zvolili jsme 15 pojmových indikátorů (např. prevence poruch příjmu potravy, mentální anorexie, učitel, žák, osoba trpící mentální bulimií a další), u každého se vyskytovala sedmi bodová škála představující 19 bipolárních pojmů (např. dobrá–špatná, snadná–obtížná, příjemná–nepříjemná, lehká–těžká, tmavá–světlá, atd.). Hodnotící škály byly uvedeny jak v pozitivním významu, tak i v negativním. Negativní položky byly pro statistické zpracování překódovány v opačném pořadí. Kódování bylo číselné dle volby škály od 1 do 7. Na začátku

byly uvedeny demografické položky (pohlaví, věk, délka pedagogické praxe, vystudovaná aprobace a předměty, které respondenti vyučují). Celkem bylo osloveno 766 základních škol se 2. stupněm ZŠ v Jihomoravském (276 škol), Zlínském (159 škol), Olomouckém kraji (181 škol) a kraji Vysočina (150 škol). Ve všech krajích šlo o úplný výběr základních škol dle informací odboru analyticko-statistického Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k měsíci září 2012. Navráceno bylo 168 dotazníků, tedy 21,93 %.

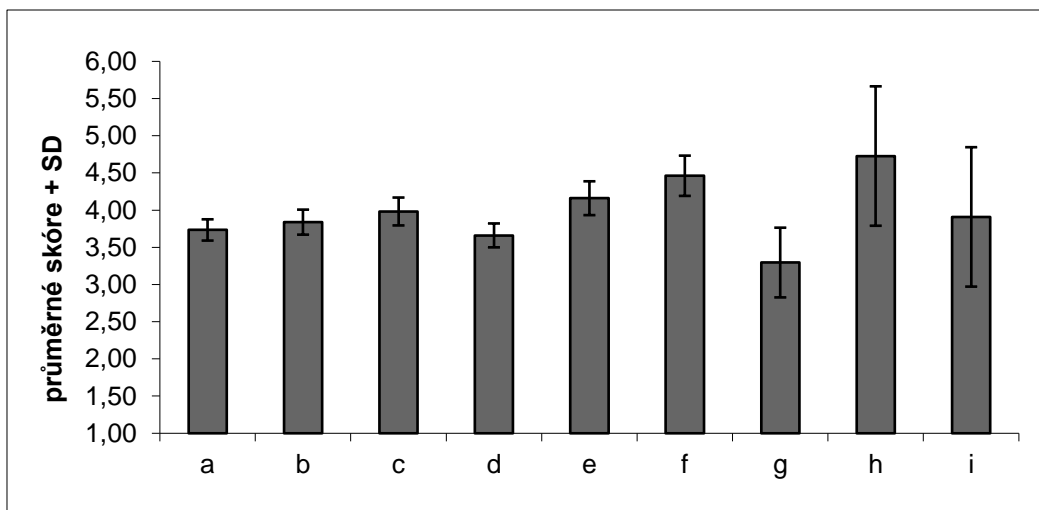
Vybrané výsledky výzkumu

Výsledky výzkumného šetření uvádíme vzhledem k limitu v počtu stran graficky pouze v nástinu několika grafů společně s velmi stručným shrnutím uvedeným pod grafem.



Graf 1: Postoje učitelů k indikátoru realizace poruch příjmu potravy dle aprobace

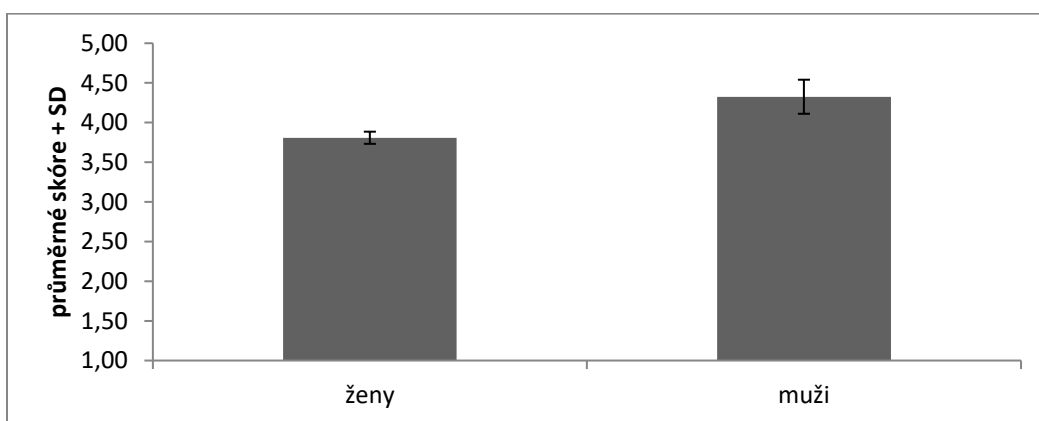
Výsledky ukázaly pozitivnější postoj neaprobovaných učitelů, i když rozdíly nebyly vždy signifikantní, učitelé, kteří nemají vystudovanou aprobaci v oboru výchova ke zdraví či rodinná výchova, vnímají problematiku poruch příjmu potravy pozitivněji než učitelé, kteří tento obor vystudovaný mají.



Graf 2: Postoje učitelů k indikátoru realizace prevence poruch příjmu potravy dle délky praxe

Vysvětlivky grafu: a – délka praxe 1–5 let; b – délka praxe 6–10 let; c – délka praxe 11–15 let; d – délka praxe 16–20 let; e – délka praxe 21–25 let; f – délka praxe 26–30 let; g – délka praxe 31–35 let; h – délka praxe 36–40 let; i – délka praxe 41–45 let;

Statistická významnost nebyla u prezentovaného indikátoru zaznamenána ($F = 1,47$; $p = 0,17$). Nejméně pozitivně indikátor *realizace prevence poruch příjmu potravy* vnímali učitelé s délkou praxe 31–35 let. Nejpozitivněji opět pojem vnímali respondenti s délkou praxe 36–40 let. Zajímavé zjištění by mohlo přinést porovnání aprobovaných a neaprobovaných respondentů s různými délkami praxe, jímž jsme se v námi realizovaném výzkumném šetření podrobněji nezabývali.



Graf 3: Postoje učitelů k indikátoru realizace prevence poruch příjmu potravy dle pohlaví

U indikátoru *realizace prevence poruch příjmu potravy* byla zaznamenána statistická významnost na hladině ($F = 5,14$; $p < 0,05$). Z grafu 3 lze vyčíst, že pozitivnější postoj k tomuto

pojmu měli muži. Je možné, že i muži zaznamenávají narůstající problematiku poruch příjmu potravy nejen ve světě médií, ale také ve školním prostředí, a proto zaujímají k této tematice pozitivní postoj.

Další stěžejní výsledky představujeme pouze v krátkém shrnutí. S narůstajícím věkem dotazovaných respondentů nebyly prokázány pozitivnější postoje k výše zmiňované problematice. Pozitivní postoje k této problematice byly zaznamenány i v polostrukturovaném interview. Respondentky si uvědomovaly závažnost této problematiky a potřebu realizace prevence tématu. Čtyři z deseti dotázaných se s dívkou s poruchou příjmu potravy setkaly během své praxe a nastalou situaci řešily.

Závěr

Výzkumné šetření zjišťovalo postoje učitelů základních škol k problematice poruch příjmu potravy. Kromě zjišťování postojů učitelů k výše zmiňované problematice byl vymezen i vliv demografických položek, jimiž bylo pohlaví, aprobace, věk a délka pedagogické praxe učitelů. Doplnujícím kvalitativním výzkumným šetřením v podobě polostrukturovaného interview jsme zjišťovali, zda je realizována výuka poruch příjmu potravy na vybraných základních školách, jakým způsobem a zda se učitelé s tímto onemocněním u žáků setkali.

Učitelé výchovy ke zdraví či podobného předmětu ekvivalentní podoby mají formální i neformální přístup k velkému počtu dospívajících mladých lidí v prostředí, které může být podnětné pro diskusi a umožňuje výuku věnovat zdravému životnímu stylu, kladnému vztahu žáků ke svému tělu, předcházení negativním vlivům médií a reklamy a upozornění na zdravotní rizika spojená s poruchami příjmu potravy. Pozitivní postoje učitelů k problematice poruch příjmu potravy jsou důležité, jelikož tito učitelé mají také příležitost k tomu, aby iniciovali „posílení“ preventivních programů v rámci celého školního přístupu.

Referenční seznam

ALLPORT, G. W. Attitudes. In Fishbein, M. (Ed.) Readings in attitude theory and measurement. New York: J. Wiley, 1967, s. 3–13.

EAGLY, A. H., CHAIKEN, S. Attitude structure and fiction. In Gilbert, D. T., Fiske, S. T., Lindzey (Eds.), The Handbook of social psychology (4th ed., vol. I, 269–322). Boston: McGraw, Hill.

HELUS, Z., PELIKÁN, J. Preferenční postoje učitelů k žákům a jejich vliv na účinnost výchovně vzdělávacího procesu. Praha: Výzkumný ústav odborného školství, 1984. 232 s.

- HEWSTONE, M., STROEBE, W. (Eds.). Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 769 s. ISBN 80-736-7092-5.
- CHRÁSKA, M. Metody sběru a statistického vyhodnocování dat v evaluačních pedagogických výzkumech. Olomouc: Pedagogická fakulta, Votobia, 2003. ISBN 80-7220-164-6.
- CHRÁSKA, M. Postoje k učitelské profesi v pregraduální učitelské přípravě. In Sociální a kulturní souvislosti výchovy a vzdělávání: Sborník příspěvků z 11. Výroční konference České asociace pedagogického výzkumu. Brno: Masarykova univerzita, 2003b.
- MŠMT Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013–2018. © 2012 [cit. 8. 6. 2013]. Dostupné z World Wide Web: <www.msmt.cz/file/28077 .
- OSGOOD, C. E.; SUCI, G. J.; TANNENBAUM, P. H. The measurement of meaning. Chicago, University of Illinois Press, 1957. In Švandová, K. Faktory ovlivňující postoje studentů gymnázií k vyučovacím předmětům chemie. Brno, 2012. 87 l., 2 l. příl. Rigorózní práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
- THURSTONE, L. L. (1927). "A law of comparative judgement". Psychological Review, 34, s. 278–286.

ÚRAZOVÁ PREVENCE A POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI NA DVOU STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH V BRNĚNSKÉM REGIONU

ACCIDENT PREVENTION AND FIRST AID PROVISION AT TWO SECONDARY SCHOOLS IN THE BRNO CITY REGION

Petr Kachlík

Anotace: *Správné poskytnutí laické první pomoci při akutních stavech ohrožení zdraví a života je klíčové pro všechny populační skupiny. Vyšší pravděpodobnost výskytu úrazů je spojena se studiem žáků na odborných školách a učilištích. Proto je nezbytné, aby pedagogové i žáci znali dobře zásady bezpečnosti práce a základy poskytování první pomoci. Byla uskutečněna pilotní dotazníková studie mapující úroveň aktivit první pomoci a úrazové prevence na dvou školách v brněnském regionu. Byl osloven vzorek 80 žáků ze 2 středních škol. Bylo využito anonymního dotazníku o 25 položkách doplněného o polostrukturované rozhovory o 8 položkách s pedagogy zodpovědnými za první pomoc a bezpečnost práce. Bylo zjištěno, že výuka první pomoci je nesystematická, chybí v ní řada podstatných informací a procvičování praktických dovedností. Bezpečnost a ochrana zdraví jsou na sledovaných školách zabezpečeny dobře.*

Klíčová slova: *bezpečnost práce, dotazník, pedagog, prevence, první pomoc, rozhovor, škola, úraz, výzkum, zdraví, žák*

Abstract: *Proper provision of first aid in acute danger to life and health is crucial for all population groups. Higher probability of accidents associated with the study of students at technical and vocational schools. Therefore, it is essential that teachers and pupils know well the principles of safety and the basics of first aid. It was carried out a pilot questionnaire survey mapping standard of first aid and accident prevention at two schools in the region Brno-city. It was approached a sample of 80 students from two high schools. It was used an anonymous questionnaire of 25 items, supplemented by interviews about 8 items with the teachers responsible for first aid and safety. It was found that first aid training is haphazard, lacks a number of essential information and practicing skills. Safety and health are monitored schools well secured.*

Keywords: *safety, questionnaire, teacher, prevention, first aid, interview, school, injury, research, health, student*

Úvod

Zdraví je jednou z nejcennějších hodnot a základním předpokladem dobré kvality života. Faktorem, který jej vážně ohrožuje, jsou úrazy. Ze statistik vyplývá, že se v ČR každoročně zraní 300 000 dětí, 15-20 % je kvůli úrazům ambulantně ošetřeno, 30 000 hospitalizováno, 3 000 má trvalé následky, 200 zemře (Havránek, P. [online], 2015).

Včasné a správné poskytnutí laické první pomoci může významně přispět k záchraně člověka při akutním ohrožení jeho života a zdraví. Proto je nezbytné věnovat pozornost teoretické výuce a praktickému nácviku úkonů první pomoci na základní a střední škole. Žáci, kteří navštěvují střední odborné školy a učiliště, kde absolvují i praktickou výuku, by měli být proškoleni, aby znali rizika, s nimiž se mohou setkat a dokázali jim efektivně předcházet, rovněž by měli být poučení o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci a užívat osobní ochranné pomůcky, dokázat v případě potřeby správně poskytnout první pomoc (Čapková, M. in Řehulka, E., 2006; Citová, I. a Cita, S., 2007; Stelzer, J. a Chytilová, L., 2007; Reissmannová, J. [online], 2010).

Pokud situace dovoluje zachránce poskytnout první pomoc v nouzi bez ohrožení jeho zdraví či života, je jeho etickou a občanskou povinností tak neprodleně učinit. Právně souvisejí s poskytováním první pomoci tyto předpisy: č. 262/2006 Sb., zákoník práce, č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, č. 374/2011, zákon o zdravotnické záchranné službě a § 150 a 151 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákona. Jestliže by laik neposkytl první pomoc, ač tak mohl učinit bez nebezpečí pro sebe, a v důsledku tohoto selhání došlo k poškození zdraví či úmrtí druhé osoby, hrozí mu trest odnětí svobody až na 2 roky, osobě se zdravotnickou kvalifikací až na 3 roky, řidiči dopravního prostředku, který ujede od dopravní nehody, na níž měl účast, a neposkytne první pomoc, až na 5 let (Zákon č. 262/2006 Sb.; Zákon č. 40/2009 Sb.; Zákon č. 372/2011a Sb.; Zákon č. 372/2011b Sb.; Vitae. cz [online], 2016).

Teoretická východiska

Úrazem rozumíme jakékoli neúmyslné či úmyslné poškození organismu, ke kterému došlo následkem akutní expozice termální, mechanické, elektrické či chemické energii a z nedostatku životně nezbytných energetických prvků či veličin, jako jsou kyslík či teplo (Grivna, M., 2003). Úraz žáka vzniká v souvislosti s jeho účastí na školských činnostech a službách, zejména sportovních a relaxačních akcích, kursech, zájezdech, též na vycházkách,

výletech, výcvicích apod.; přihodí-li se na akcích konaných mimo školu, na místech mimo školu či při cestě žáka do školy a ze školy, nejde o úraz žáka (Marádová, E., 2007).

První pomoc je soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení (Bydžovský, J., 2011).

K úrazům dětí a mladistvých nejčastěji dochází ve škole, v 50 % jde o zhmožděniny, vykloubení a zlomeniny, ve 24 % o poranění tělního povrchu, v 11 % poranění lebky a hlavy, následují termická poranění a poranění oka (Benešová, V. a kol., 2006; Pelech, L. in Kolektiv, 1999). Škola má povinnost vést Knihu úrazů a úraz zařadit do evidence do 24 hodin po obdržení informace o jeho vzniku (Černá, L. a Kubíková, Z., 2011).

Úkolem úrazové prevence je zábrana vzniku úrazů, dojde-li přesto k úrazu, pak zajištění včasného a vhodného ošetření; důležitá je znalost vývojových období dětského věku, rizik pobytu ve škole, detailní rozbor úrazového děje (Marádová, E., 2007). Primární prevence představuje zejména opatření cílená na zábranu vzniku úrazů (legislativní, zdravotně-výchovná a technologická intervence), sekundární prevence včasné a kvalitní poskytnutí první pomoci, omezení dopadu úrazu, záchranný systém, prevence trvalých následků, terciární prevencí rozumíme péči o trvale poškozené osoby, komplexní rehabilitaci a jejich návrat do běžného života (Benešová, V., 2003; Grivna, M., 2003; SZÚ [online], 2007).

K zábraně vzniku úrazů a k mírnění jejich následků je důležité zejména opakované proškolení žáků o bezpečnosti při práci, poskytování osobních ochranných pomůcek, příprava na praktické vyučování, vyhodnocení rizik, zavedení příslušných opatření, lékárničky na školních pracovištích (Benešová, V., 2003; Reissmannová, J. [online], 2010; Černá, L. a Kubíková, Z., 2011). Existují rovněž akreditované vzdělávací programy, rozvíjí se spolupráce se státními i nestátními subjekty (PČR, BESIP, projekty Bezpečná komunita, Bezpečná škola, Bezpečný cyklista, Bezpečná cesta do školy, Prevence násilí, Škola podporující zdraví - ZŠ, MŠ) (Škodáček, 2003; Čapková, M. in Řehulka, E., 2006; Reissmannová, J. [online], 2010).

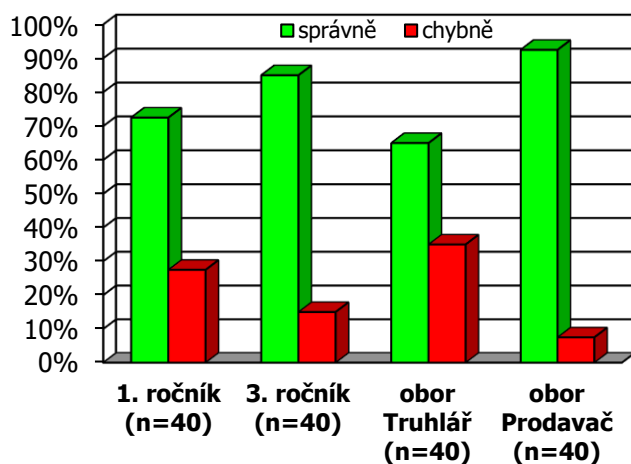
Metodologie

Hlavním cílem pilotní studie bylo zjištění znalostí vzorku žáků a jejich připravenosti poskytnout první pomoc v případě vzniku úrazů, vedlejším cílem zjistit, zda jsou žáci seznamováni se zásadami bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) a zda je řádně vedena evidence úrazů na školách. Jednalo se o deskriptivní studii, v níž dominovala metoda kvantitativního výzkumu. Bylo využito anonymního dotazníku o celkem 25 položkách (základní identifikátory, první pomoc a prevence úrazů). Kvalitativní složka byla zastoupena

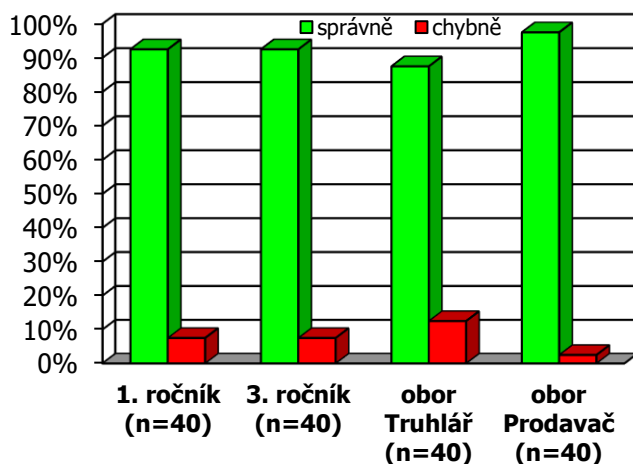
polostrukturovaným rozhovorem (vedení škol, technik BOZP, učitel pracovní výchovy a tělesné výchovy, třídní učitelé). Celkem bylo osloveno 80 respondentů (64 % hochů a 36 % dívek) ze 2 záměrně vybraných SŠ z brněnského regionu (SŠ1: Střední škola potravinářská, obchodu a služeb, Jánská ulice, Brno; SŠ2: Střední škola stavebních řemesel, Bosonohy). Sebraná data byla elektronicky zaznamenána a statisticky zpracována programem EpiInfo 6 en (Dean, A.G. a kol., 1994). Vzorek byl rozdělen na zástupce maturitních (Prodavač) a nematuritních oborů (Truhlář), dále uskutečněno třídění dle ročníků studia. Vyhodnocení znalostí a dovedností první pomoci a BOZP bylo provedeno dle aktuálních standardů (Citová, I. a Cita, S., 2007; Stelzer, J. a Chytilová, L., 2007; Reissmannová, J. [online], 2010).

Výsledky

Kardiopulmocerebrální resuscitace (KPCR), telefonní kontakty na tísňové linky



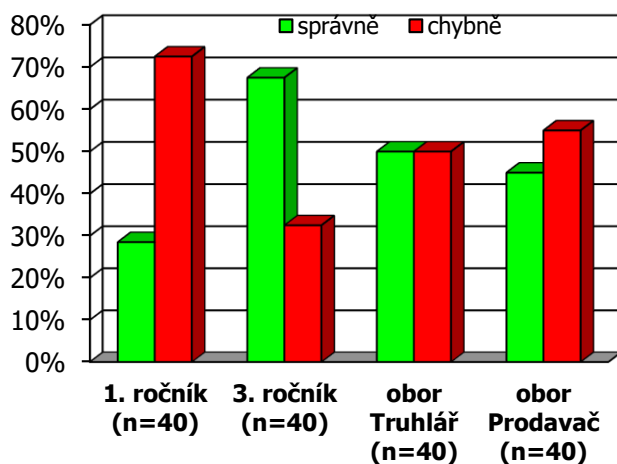
Graf 4: Správné a chybné vymezení pojmu KPCR, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru



Graf 5: Znalost tísňových linek, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru

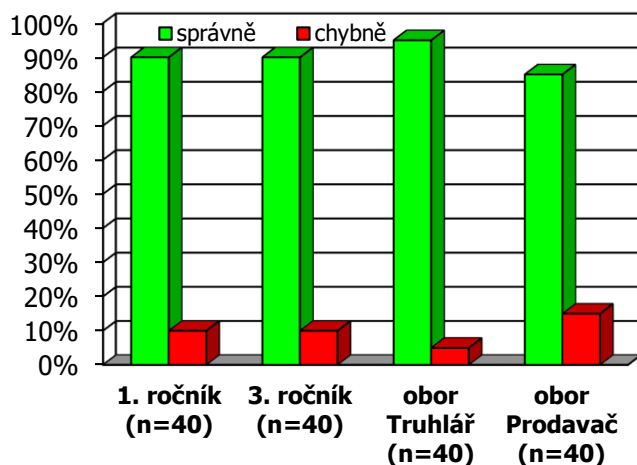
Graf 4 dokládá, že vymezení pojmu “kardiopulmocerebrální resuscitace“ (KPCR) správně provedlo 70 % žáků 1. ročníku a více než 80 % 3. ročníku. I v malém sledovaném vzorku je patrné zlepšení znalostí respondentů s přechodem do vyššího ročníku studia. Významnější je rozdíl mezi znalosti KPCR u žáků oboru Truhlář (správně reagovalo 60 %) a Prodavač (90 % správných odpovědí). Ukazuje se akutní potřeba posílení znalostí a dovedností KPCR v některých učebních oborech. Naproti tomu podle grafu 5 žáci dobře znají tísňová telefonní čísla (90 % reagovalo správně), a to bez větších rozdílů mezi ročníky i mezi učebními obory.

Stabilizovaná poloha, zásady BOZP ve škole



Graf 6: Znalost navození stabilizované polohy, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru

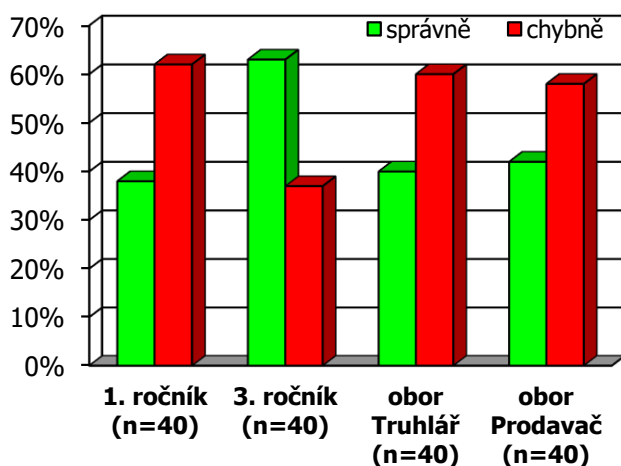
Graf 6 vypovídá o znalostech žáků při dotazech na navození stabilizované polohy. V 1. ročníku zná význam a dovedlo by navodit stabilizovanou polohu asi 30 % žáků, ve 3. ročníku již více než dvojnásobek, což značí významný pozitivní posun. Nepříliš významné rozdíly byly zaznamenány v reakcích žáků tříděných podle učebních oborů, správně reagovala přibližně polovina z nich.



Graf 7: Znalost opatření BOZP ve škole, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru

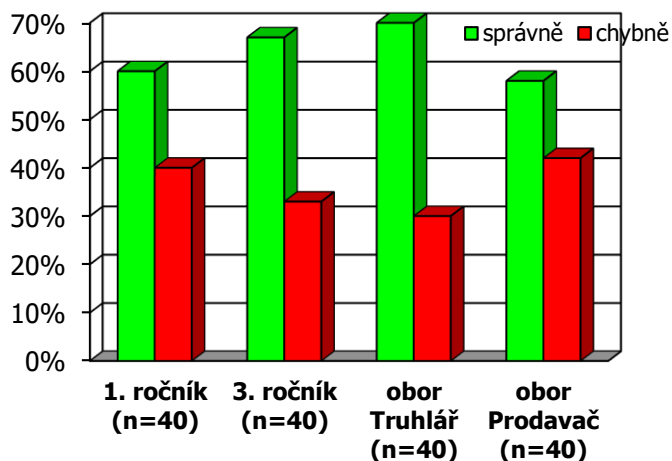
Podle grafu 7 mají žáci ve sledovaném souboru solidní povědomost (90 %) o opatřeních BOZP ve své škole. Nebyly nalezeny větší rozdíly ani mezi odpověďmi žáků tříděnými dle ročníků, ani dle učebních oborů, což svědčí o dobrém proškolení v této oblasti.

Znalost zásad první pomoci při popáleninách, osoba zodpovědná za první pomoc



Graf 8: Znalost zásad první pomoci při popáleninách, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru

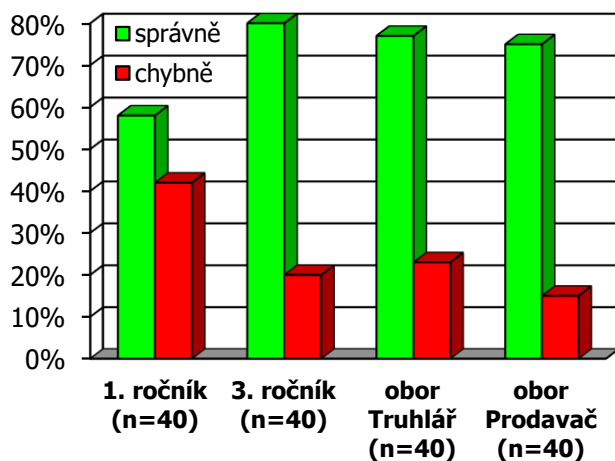
Poskytování první pomoci při popáleninách (graf 8) by v 1. ročníku správně zvládlo necelých 40 % žáků, ve 3. ročníku již významně více - 60 %. Prakticky bez rozdílu jsou správné reakce žáků při třídění dle učebních oborů, v obou skupinách by správně postupovalo 40 % respondentů.



Graf 9: Znalost osoby zodpovědné za první pomoc ve škole, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru

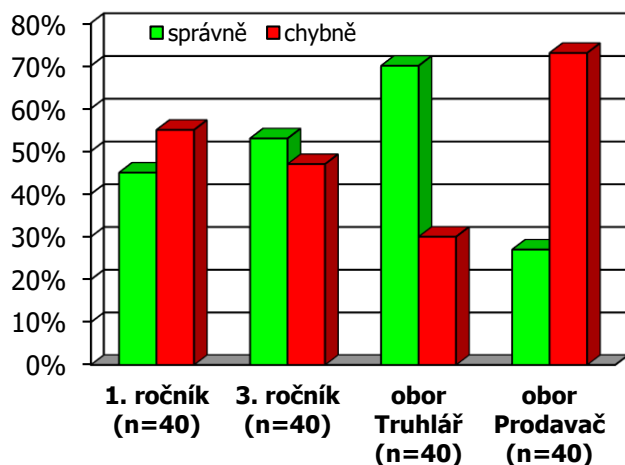
Podle grafu 9 znají osobu zodpovědnou za první pomoc ve škole dvě třetiny vzorku bez větších rozdílů mezi ročníky. Lépe jsou orientováni žáci učebního oboru Truhlář (70 %) oproti žákům učebního oboru Prodavač (necelých 60 %).

Znalost úkonů první pomoci při šoku, znalost umístění školní lékárničky



Graf 10: Znalost úkonů první pomoci při šoku, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru

Při šokovém stavu (graf 10) by správně zareagovalo necelých 60 % žáků 1. ročníku, situace se podstatně zlepšila ve 3. ročníku, kdy by vhodné úkony první pomoci poskytlo 80 % respondentů. Při třídění odpovědí dle učebního oboru není patrný výraznější rozdíl - dobře by se rozhodlo kolem 75 % žáků.



Graf 11: Znalost umístění školní lékárničky, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru

Graf 11 dokladuje rozložení četnosti odpovědí týkajících se znalosti umístění školní lékárničky. Více než 40 % žáků 1. ročníku ví, kde se ve škole lékárnička nachází, ve 3. ročníku se míra znalosti zvýšila na 50 %. Daleko závažnější rozdíl je zřejmý při třídění odpovědí žáků dle učebního oboru, kdy 70 % žáků oboru Truhlář má o umístění školní lékárničky dobrou povědomost, zatímco u oboru Prodavač je to pouze 25 %. Rozdíl je pravděpodobně způsoben lepším proškolením žáků - budoucích řemeslníků a též vyšším rizikem úrazu při jejich praktickém výcviku. I když je riziko úrazu budoucích prodavačů relativně menší, přesto je velmi důležité, aby co nejvíce žáků v maturitních i nematuritních učebních oborech bylo s umístěním školní lékárničky a s použitím jejího obsahu řádně seznámeno.

Závěr

Znalosti a dovednosti poskytování laické první pomoci při úrazech jsou zásadní pro žáky i pedagogy. Tři čtvrtiny souboru by solidně zvládly resuscitaci, úspěšnost roste ve vyšším ročníku a s maturitním oborem, 90 % dotazovaných zná čísla tísňových linek. Se stabilizovanou polohou by si poradila méně jak polovina souboru, úspěšnější byli starší žáci a žáci maturitního oboru. Základy bezpečnosti a ochrany zdraví ve škole a při praktickém výcviku zná a uplatňuje 90 % respondentů. Poskytnout správně první pomoc při popáleninách by dokázala jen polovina žáků, s postupem do vyšších ročníků úspěšnost roste. Osobu zodpovědnou za poskytování první pomoci na škole znají dvě třetiny oslovených. Protišoková opatření zná a dovede aplikovat okolo 70 % žáků, zejména ve vyšších ročnících. Přibližně polovina žáků zná umístění školní lékárničky, v případě učebních oborů jde o tři čtvrtiny vzorku.

Výuka první pomoci musí být dlouhodobá, systematická, realizovaná s využitím aktuálních standardů a názorných pomůcek. Důležité je praktické procvičování zásadních

úkonů na modelech či na živém člověku (u žáků vzájemně), ovšem za bedlivého dozoru vyučujícího. Kvalitně vybavená, pravidelně kontrolovaná a obměňovaná školní lékárnička by měla být samozřejmostí. Každý (i sebemenší) školní úraz je třeba pečlivě dokumentovat, aby se vyloučily případné spory a nejasnosti.

Referenční seznam

- BENEŠOVÁ, V. *Bezpečný domov pro děti: rady jak zabránit úrazům*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 2003. 14 s. ISBN 80-239-2062-6.
- BENEŠOVÁ, V., ČELKO, A., GRIVNA, M. Perspektiva v prevenci dětských úrazů v České republice. *Československá pediatrie*, 2006, roč. 61, č. 6, s. 374 - 378.
- BYDŽOVSKÝ, J. *Předlékařská první pomoc*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 117 s. ISBN 978-80-247-2334-1.
- CITOVÁ, I., CITA, S. *Příručka první pomoci*. 2. vyd. Bratislava: Perfekt, 2007. 288 s. ISBN 978-80-8046-359-5.
- ČAPKOVÁ, M. Úrazy dětí - rizika a prevence nejen ve škole. In ŘEHULKA, E. (ed.) *Škola a zdraví 21 2. díl*. 1. vyd. Brno: MU, 2006, s. 629 - 633. ISBN 80-210-4071-8.
- ČERNÁ, L., KUBÍKOVÁ, Z. *Na hřišti i na vodě být s dětmi vždy v pohodě*. 1. vyd. Brno: MU, 2011, 47 s. ISBN 978-80-210-5548-3.
- DEAN, A. G. et al. *The Epi Info manual: version 6. 02. A word processing, database and statistics system for public health on IBM-compatible microcomputers*. 1st Ed. London: Brixton Books, 1994. 470 p. ISBN 9781873937211.
- GRIVNA, M. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 2003. 144 s. ISBN 80-239-2063-4.
- HAVRÁNEK, P. *Dětské úrazy v číslech* [online]. Posl. aktualizace 2015-06-02. [cit. 2016-10-18]. Dostupné na WWW: <http://prevenceurazu.7in.cz/subdom/prevenceurazu/2015/06/detske-urazy-v-cislech/> .
- MARÁDOVÁ, E. *Ochrana dětí v každodenní práci školy*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 36 s. ISBN 978-80-86991-33-7.
- PELECH, L. Úrazy. In KOLEKTIV AUTORŮ (Eds.). *Manuál prevence v lékařské praxi. VI. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav Praha, 1999, s. 70 - 73. ISBN 80-7070-108-6.
- REISSMANNOVÁ, J. *Problematika první pomoci v kontextu rozvoje zdravotní gramotnosti ve školním prostředí* [online]. Brno: MU, 2010. Disertační práce. Vedoucí prof. PhDr. Evžen

- Řehulka, CSc. [cit. 2015-10-26]. Dostupné na WWW: http://is.muni.cz/th/23275/pdf_d/DIS.DEFIN.DO_IS._20.9..doc .
- STELZER, J., CHYTILOVÁ, L. *První pomoc pro každého*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 115 s. ISBN 978-80-247-2144-6.
- SZÚ (Státní zdravotní ústav). *Prevence úrazů, násilí a otrav* [online]. 2007. [cit. 2012-10-09]. Dostupné na WWW: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevence-urazu-nasili-a-otrav?highlightWords=%C3%Barazy> .
- ŠKODÁČEK, I. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 2003. 144 s. ISBN 80-239-2063-4.
- VITAE. CZ. *Legislativa a první pomoc - Vitae 2016* [online]. [cit. 2016-10-18]. Dostupné na WWW: <http://www.vitae.ic.cz/legislativa-a-prvni-pomoc.html> .
- Zákon ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Sbírka zákonů ČR*, 372/2011, částka 131, s. 4730-4801. 1. vyd. Praha: Ministerstvo vnitra ČR, 2011a. ISSN 1211-1244.
- Zákon ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotnické záchranné službě. *Sbírka zákonů ČR*, 372/2011, částka 131, s. 4839-4848. 1. vyd. Praha: Ministerstvo vnitra ČR, 2011b. ISSN 1211-1244.
- Zákon ze dne 8. ledna 2009, trestní zákoník. *Sbírka zákonů ČR*, 40/2009, částka 11, s. 354-463. 1. vyd. Praha: Ministerstvo vnitra ČR, 2009. ISSN 1211-1244.
- Zákon ze dne 21. dubna 2006, zákoník práce. *Sbírka zákonů ČR*, 262/2006, částka 84, s. 3146-3271. 1. vyd. Praha: Ministerstvo vnitra ČR, 2006. ISSN 1211-1244.

DĚTSKÉ OTRAVY – PREVENCE OTRAV DĚTÍ A DOROSTU

CHILD POISONING – PREVENTION

Karolina Mrázová

Abstrakt: Česká republika patří mezi země s vysokou úrazovostí, včetně náhodných otrav. Nejčastější příčinou jsou léky, následuje početná skupina čisticích přípravků. Dalšími příčinami jsou náhodná požití rostlin a jejich plodů a požití nejedlých nebo jedovatých hub. Z tohoto důvodu Ministerstvo zdravotnictví ČR podpořilo vzdělávací preventivní projekt "Prevence otrav dětí a dorostu". Cílem projektu je především prevence otrav a zvýšením informovanosti cílové skupiny přispět k omezení zdravotních následků. Zaměřuje se na bezpečné skladování léků a chemických přípravků i vzdělávání učitelů. Projektu se účastní odborní pracovníci z Toxikologického informačního střediska. Cílovou skupinou jsou děti z mateřských a základních škol ve věku od 3 do 15 let a jejich rodiče, učitele a vychovatele.

Klíčová slova: otravy, léky, chemické přípravky, rostliny, prevence, edukace

Abstract: The Czech Republic belongs to the countries with high child mortality due to accidents including medicine, household poisonings and intoxications by poisonous plants and mushrooms. For this reason the Ministry of Health of the Czech Republic supports the educational preventive project "Prevention of poisonings in children and young adults". This prevention program focuses on the increase of the awareness of the risk of poisoning in children; it concentrates on the safe storing and packaging of medicine, chemicals at home and the education of teachers and educators. The responsible partner of this project is the Czech Toxicological Information Centre. This educational program is devoted to children of kindergartens and primary schools, aged from 3 to 15 years and to their parents, teachers and educators.

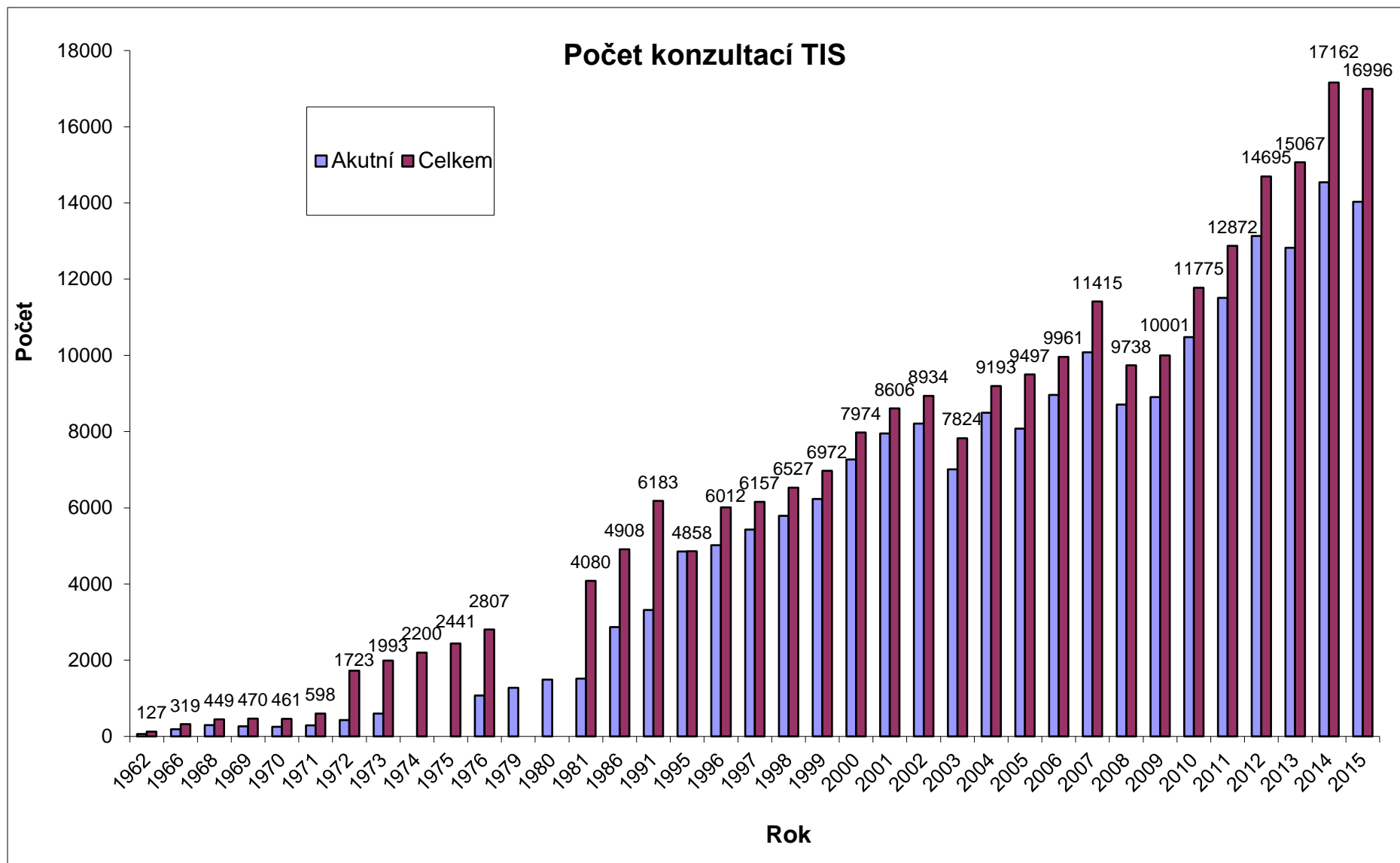
Keywords: poison, medicine, chemical products, plants, prevention, health education

Toxikologické informační středisko při Klinice pracovního lékařství Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze (dále TIS) je specializovaným zdravotnickým pracovištěm s celorepublikovou působností. Poskytuje komplex zdravotnických konzultačních, expertních a jiných služeb, spojených s toxickým akutním

působením přírodních a syntetických chemických agens na člověka, jiné živé organismy a životní prostředí.

Poskytování toxikologických informací a zdravotnických konzultačních služeb lékařům a laikům se uskutečňuje v nepřetržitém režimu (24 hodiny denně, 7 dní v týdnu). Ročně TIS poskytuje přibližně 17 000 konzultací, čímž významně přispívá nejenom k včasnosti a správnosti zdravotní péče o pacienty s akutními otravami, ale navíc šetří peníze systému veřejného zdravotního pojištění. Předchází zbytečným ambulantním a pohotovostním vyšetřením pacientů a hospitalizacím. Přispívá k řešení většiny nezávažných intoxikací pomocí telefonických konzultací, k časné a adekvátní první pomoci a realizaci léčebného postupu *lege artis*, včetně zkrácení délky hospitalizace.

V roce 2015 nemocniční zařízení kontaktovala TIS v 37 % případů, záchranná služba v 5 % případů, ambulantní lékaři a pohotovost v 4 % případů. Ostatní dotazy byly především od laické veřejnosti a rodičů malých dětí.



Graf 12: Dynamika počtu konzultací TIS v letech 1962-2015

V roce 2015 v 54 % případů šlo o otravu dětí do 15 let. 39 % dotazů se týkalo otrav dospělých osob a 2, 5 % konzultací bylo poskytnuto v případech otrav zvířat.

Nejčastějším typem otravy byla v letech 2014 a 2015 otrava léky – celkem 38 % případů, pak „čisticími prostředky a jinými obchodními přípravky“ 24 %. V roce 2015 v 9 198 případech (54 % případů) šlo o otravu dětí do 15 let.

Dětské úrazy představují závažný zdravotnický, ekonomický a společenský problém na celém světě. Nehody s léky, chemickými přípravky a rostlinami v domácnostech jsou v ekonomicky rozvinutých zemích velmi závažným zdravotním problémem v dětské i dospělé populaci. Zejména náhodná požití či záměna patří k častým nešťastným nehodám. Podílejí se proto vysokou měrou na návštěvách a ošetřeních u lékařů. Zvyšují morbiditu, někdy i mortalitu populací všech věkových skupin. [Chan, T.Y.K. et al. 1995; Pelclova, D. and Navratil, T. 2005; Sawalha, A. F. 2007].

Nejohroženější skupinou jsou děti, především v typické věkové skupině od 1 do 3 roků věku [Assar, S. et al. 2009; Beirens, T.M.J. et al. 2006; Lifshitz, M. and Gavrilov, V. 2000]. Nejčastější příčinou jsou záměny léčiv, především nepozornost rodičů nebo jejich nevhodné uložení. Další příčinou je velký nárůst počtu chemických přípravků, které se v českých rodinách používají [Mrazova, K. et al. 2012]. Celá řada přípravků pro použití v domácnostech je označena barevnými lákavými etiketami a parfémována příjemnou vůní, která nezřídka napodobuje různé druhy ovoce. Podobně jsou například pro děti lákavé růžové granulky, které se používají jako nástrahy na hlodavce [Pelclova, D. et al. 2011].

Na základě literární rešerše a databáze TIS v rámci Dotačního programu MZ ČR - Národní program zdraví – projekty podpory zdraví se připravují informační materiály pro laickou veřejnost s cílem vhodnou a přiměřenou formou informovat a vzdělávat cílovou skupinu (děti v mateřských a základních školách, jejich učitele a další pedagogický dozor a rodiče v mateřských centrech) o toxicitě chemických látek v domácnosti i v přírodě.

Součástí projektu jsou přednášky pro školy i mateřská centra, v nichž jsou materiály představeny, stejně jako konference pro zdravotníky i pedagogy, které se týkají právě prevence úrazů a otrav.

Učitele besedy o toxikologii vítají a získané vědomosti a znalosti využívají i nadále v rámci „Zdravých dnů“ nebo „Dnů bez úrazu“ a dalších příbuzných aktivitách. Pedagogové se zajímají i o toxicitu a příznaky po požití některých drog, zejména rostlinných. Setkávají se s dětmi, které mají zkušenosti s marihuanou nebo durmanem [Mrazova, K. et al. 2011].

V zájmu prevence četných dětských nehod s chemickými látkami je pomocí rešerše v toxikologických databázích Tisman, Poisindex, Toxbase i nových zkušeností TIS identifikováno nebezpečí, které chemizace domácností a zejména čisticí přípravky přinášejí.

K vyhodnocení efektu projektu jsou připraveny dotazníky a řízené rozhovory s cílem ověřit znalosti a vědomosti o toxicitě léčiv, chemických látek v domácnosti, garáži a dílně, rostlinách v bytě i ve venkovním prostředí a rovněž vědomosti o jedovatých houbách. Dochází tak k ověření znalostí a zásad první pomoci při otravách, dále o správném zacházení a bezpečném uložení chemických látek v domácnosti a jsou zjišťovány názory na tuto problematiku včetně znalosti telefonního nebo jiného kontaktu na TIS.

Na základě informací ze jmenovaných toxikologických databází jsou aktualizovány stručné aktuální postupy pro první pomoc tak, aby představovaly srozumitelnou a přiměřenou formu informací pro laickou veřejnost pro případy náhodného požití chemických přípravků v domácnosti, léků, jedovatých rostlin a hub.

Správně zvolené preventivní strategie a preventivní programy jsou na místě včetně prevence dětských nehod, neboť řada těchto nehod vzniká zbytečně, nejčastěji z nepozornosti rodičů.

Odrazem účinnosti tohoto programu je také pozvolný nárůst počtu dotazů od laiků z domácností, což má velký význam také pro rychlou pomoc a případně transport do nemocnice.

V podobných programech nadále pokračujeme a na základě zpětné vazby od rodičů a pedagogů pracujeme na jejich zdokonalování a rozšiřování, neboť vybavenost našich domácností chemickými přípravky stoupá a jejich spektrum se průběžně mění, podobně jako u léčiv. Jen dobře koncipované a průběžné preventivní programy mohou přispět ke snížení počtu nehod u dětí.

Na základě naší intervence se zvýšily znalosti o toxikologické problematice u cílové skupiny jak učitelů a rodičů, tak i odborné veřejnosti. Z výsledků vyplývá, že uvedená problematika je pro rodiče i pedagogy přínosná a zajímavá.

Principy prevence dětských nehod s léky i čisticími přípravky musí zahrnovat použití bezpečnostních uzávěrů, bezpečné uskladnění přípravků a dostatečný dohled rodičů na potomky. Tyto tři principy je nezbytné kombinovat, jedině potom mohou být dostatečně účinné.

Referenční seznam

- ASSAR, S., HATAMI, S., LAK, E., PIPELZADEH, M. and JOORABIAN, M. Acute Poisoning in Children. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, Jan-Mar 2009, vol. 25, no. 1, p. 51-54.
- BEIRENS, T. M. J., VAN BEECK, E. F., DEKKER, R., BRUG, J. and RAAT, H. Unsafe storage of poisons in homes with toddlers. *Accident Analysis and Prevention*, Jul 2006, vol. 38, no. 4, p. 772-776.
- CHAN, T. Y. K., LEUNG, K. P. and CRITCHLEY, J. A. J. H. Poisoning due to common household products. *Singapore Medicinal Journal*, Jun 1995, vol. 36, no. 3, p. 285-287.
- LIFSHITZ, M. and GAVRILOV, V. Acute poisoning in children. *Israel Medical Association Journal*, Jul 2000, vol. 2, no. 7, p. 504-506.
- MRAZOVA, K., NAVRATIL, T. and PELCLOVA, D. Use and Accidental Exposure to Hallucinogenic Agents Reported to the Czech Toxicological Information Centre From 1995 to 2008. *Substance Use and Misuse*, 2011, vol. 46, no. 4, p. 460-465.
- MRAZOVA, K., NAVRATIL, T. and PELCLOVA, D. Consequences of Ingestions of Potentially Corrosive Cleaning Products, One-Year Follow-Up. *International Journal of Electrochemical Science*, Mar 2012, vol. 7, no. 3, p. 1734-1748.
- SAWALHA, A. F. Storage and utilization patterns of cleaning products in the home: Toxicity implications. *Accident Analysis and Prevention*, Nov 2007, vol. 39, no. 6, p. 1186-1191.

KONEČNÉ VÝSLEDKY OVĚŘOVÁNÍ EDUKAČNÍHO PROGRAMU POHYB A VÝŽIVA

THE FINAL RESULTS OF VERIFICATION OF THE EDUCATIONAL PROGRAM PHYSICAL ACTIVITY AND NUTRITION

Vladislav Mužík, Leona Mužíková

Abstrakt: V roce 2013 vyhlásilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy tříleté pokusné ověřování edukačního programu Pohyb a výživa, zaměřeného na změny v pohybovém a výživovém režimu žáků 1. stupně základních škol. Součástí ověřování bylo vypracovat edukační program ovlivňující pohybový a výživový režim žáků, tento program realizovat v běžných podmínkách základních škol a evaluačními metodami posoudit možnosti plošného uplatnění programu na základních školách. Pokusného ověřování se zúčastnilo 33 pilotních škol ze všech hlavních regionů ČR. S edukačním programem během celého školního roku 2014/2015 pracovalo více než 260 učitelů a téměř 5500 žáků. Pokusné ověřování prokázalo, že je možné ovlivňovat pohybový a výživový režim žáků ve škole i mimo školu. Výsledky jsou důležité jak pro tvůrce kurikula a školní praxi, tak pro přípravu učitelů 1. stupně základní školy.

Klíčová slova: program Pohyb a výživa, pohybová aktivita, pohybový režim, tělesná výchova, výživa, výživový režim, výchova ke zdraví, evaluace, kurikulum, 1. stupeň základní školy

Abstract: In 2013, the Ministry of Education, Youth and Sports in the Czech Republic announced three-year project called Physical activity and Nutrition. The project focused on changes in physical activity and nutrition regimen of primary school pupils. The project solution consisted of three parts: to develop an educational program affecting pupils' physical activity and nutrition regimen, to verify this program in pilot schools practice and to assess the possibilities of use the program in all schools in the country. 33 primary schools from all major regions of the country participated the verification. More than 260 classroom teachers and nearly 5, 500 pupils worked with the program during the school year 2014/2015. Pilot verification pointed out that it is possible to influence physical activity and nutrition regimen of pupils at school and outside of school. The results are important both for school practice and primary teacher training.

Keywords: *project Physical activity and Nutrition, physical activity, physical activity regimen, physical education, nutrition, nutrition regimen, health education, curriculum, primary school*

Úvod

Dostatek pohybu a odpovídající výživa patří mezi základní životní potřeby dětí. Současný pohybový a výživový režim většiny dětí však těmto životním potřebám neodpovídá. Důsledkem je pokles tělesné zdatnosti, nárůst obezity a zvyšující se výskyt dalších zdravotních oslabení českých dětí i veškeré populace (např. Antošová et al., 2014; Bunc, 2008, 2010, 2011; Kalman, 2011; Kalman & Vašíčková, 2013; Liba, 2010, 2013; Machová & Kubátová, 2015; Mužik & Vlček, 2010; Sigmund & Sigmundová, 2011).

Řada studií se shoduje, že dominantně na zdraví dětí působí jejich životní styl. Slovenský autor Liba v poslední ze svých monografií (Liba, 2016) týkajících se výchovy ke zdraví aktualizuje kontext ovlivňování životního stylu a zdraví a zvýrazňuje pozici školní edukace. Řehulka (2016, s. 35) k této problematice podotýká, že zdravotnictví, které se institucionálně zabývá zdravím nejvíce, si plně uvědomuje, jak jsou výchova a školství důležité při formování zdravého způsobu života. Možnosti implementace výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů byly rozpracovány již dříve a uceleně publikovány na začátku tohoto desetiletí (Mužiková, 2010). Jejich dosavadní realizace byla zhodnocena v rámci celé vzdělávací oblasti Člověk a zdraví (Fialová, Flemr, Marádová, & Mužik, 2014).

Výsledky předkládané v tomto příspěvku vycházejí z *Pokusného ověřování účinnosti programu zaměřeného na změny v pohybovém a výživovém režimu žáků základních škol (Pohyb a výživa)*, vyhlášeného v roce 2013 Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Autoři příspěvku byli po celou dobu členy řídicího týmu pokusného ověřování, a tak systematicky shromažďovali empirická data potřebná ke zjištění, jak učitelé 1. až 5. ročníků základních škol (dále ZŠ) v návaznosti na cíle edukačního programu Pohyb a výživa (2014) v aktuálních podmínkách českých škol utvářejí pohybový a výživový režim žáků.

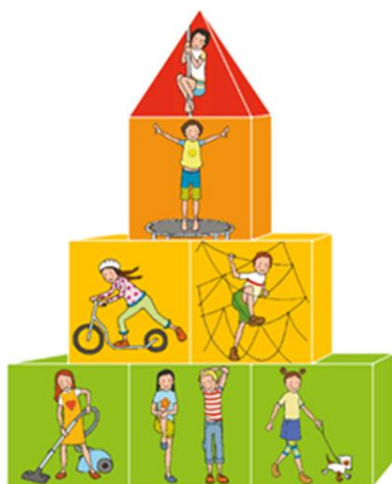
Vzhledem k rozsáhlosti pokusného ověřování předkládáme výběr dat, která se vztahují přímo k realizaci pokusného ověřování na pilotních školách ve školním roce 2014/2015. Pomocí kvalitativních i kvantitativních metod se nám podařilo získat komplexní pohled na možnosti utváření pohybového a výživového režimu žáků na 1. stupni ZŠ a na edukační program Pohyb a výživa jako celek.

Stručná charakteristika programu Pohyb a výživa

Edukační program Pohyb a výživa byl autorským kolektivem sestaven ve školním roce 2013/2014. Program obsahoval metodickou příručku pro učitele (Pohyb a výživa, 2014), pracovní sešity pro žáky s tzv. evaluačními listy (Mužíková, Březková, & Mužík, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d), názorné plakáty pro školy, třídy, školní družiny a školní jídelny, informační brožuru pro rodiče žáků a informační brožuru pro veřejnost. V průběhu pokusného ověřování byly na vytvořené webové stránky s názvem Pohyb a výživa vkládány další doplňující metodické materiály (příklady dobré praxe), na jejichž přípravě se podíleli zejména učitelé pilotních škol. Veškeré základní i doplňující materiály edukačního programu jsou dostupné elektronicky na webových stránkách pokusného ověřování⁵.

Program Pohyb a výživa (2014) byl určen žákům 1. stupně ZŠ a objasňoval šest priorit v pohybovém a výživovém režimu žáků: pravidelnost, pestrost, přiměřenost, přípravu, pravdivost a pitný režim. Uplatnění šesti P v režimu dětí mělo být v reálných možnostech školy i rodiny. Škola měla za úkol utvářet pohybovou a výživovou gramotnost žáků (definovanou v programu) a připravovat podmínky pro optimální pohybový a výživový režim žáků během jejich pobytu ve škole. Ve spolupráci s rodinou měla škola vést žáky ke zdravému životnímu stylu.

Pyramida pohybu pro děti (obr. 16) znázorňovala různé druhy pohybu, různou námahu (patra pyramidy) a optimální dobu trvání „pohybových porcí“, které jsou znázorněny jako kostky, z nichž je pyramida sestavena. Jedna porce pohybu trvá 15 až 30 minut a celá pyramida znázorňuje základní denní potřebu pohybu u dítěte mladšího školního věku.



Obr. 16: Pyramida pohybu pro děti (Mužíková, Březková, & Mužík, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d)

⁵ Webové stránky pokusného ověřování programu Pohyb a výživa: <http://pav.rvp.cz/>

Pyramida výživy pro děti (obr. 17) znázorňuje skupiny potravin a nápoje, které patří do stravy dětí každý den. Pro dobře složenou stravu platí, že hlavní jídla (snídaně, přesnídávka, oběd, večeře) jsou složena ze všech pater pyramidy výživy. Porce jsou znázorněny jako kostky, ze kterých je pyramida sestavena. Velikost jedné porce je přirovnána k vlastní sevřené pěsti (u dětí např. půl banánu) nebo rozevřené dlani (u dětí např. půl krajíce chleba). Potraviny a nápoje, které nejsou zařazeny do pyramidy výživy, jsou vloženy do tzv. „zákeřných kostek“. Patří sem potraviny a nápoje obsahující mnoho cukru, tuku, soli a dalších přídavných látek (sladkosti, limonády, chipsy, smažené pokrmy apod.). Přijatelná konzumace „zákeřných kostek“ je jedna porce denně.



Obr. 17: Pyramida výživy pro děti (Mužíková, Březková, & Mužík, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d)

Pohybový režim žáků byl podporován mnoha formami doporučených pohybových aktivit. Vedle tělesné výchovy (TV) byly do výuky dalších předmětů zařazovány tělovýchovné chvilky, učení spojené s pohybem, pohybově rekreační přestávky, vycházky a další formy pohybových aktivit. Mimo výuku se předpokládala spoluúčast místních institucí i celostátních organizací, například České unie sportu, Asociace školních sportovních klubů, iniciativy Česko se hýbe a dalších. K výživovému režimu žáků školy přispívaly zejména vhodným stravovacím a pitným režimem, systematickou spoluprací se školní jídelnou a vedením dětí k pochopení podstaty a nezbytnosti optimálního stravování.

Rodiče i veřejnost mohli zlepšovat pohybový a výživový režim dětí nebo rodiny podle návodu vyjádřeného v pyramidách pohybu a výživy. Mohli se aktivně zapojovat do realizace programu na školách dobrou spoluprací se školou, vedením kroužků, spoluúčastí na dnech zdraví nebo týdnech zdraví, nabídkou kurzů, exkurzí apod. Zájemci se mohli podrobněji

seznamovat s programem Pohyb a výživa a průběžně se k programu vyjadřovat na webových stránkách pokusného ověřování.

Metodika pokusného ověřování

Vlastní ověřování programu Pohyb a výživa se uskutečnilo v roce 2014/2015 na 33 pilotních školách všech typů (plně organizované ZŠ, neúplně organizované ZŠ, malotřídní ZŠ) ve všech hlavních regionech ČR. Ověřování se zúčastnilo téměř 5700 žáků 1. až 5. ročníku ZŠ pod vedením 255 třídních učitelů a dalších pedagogických pracovníků. Do ověřování byly také zapojeny vychovatelky školních družin a vedoucí školních jídelen se svým personálem. Realizaci programu pomáhali usměrňovat lektoři – odborní poradci pro oblast pohybu a odborní poradci pro oblast výživy.

Ověřování se opíralo o tyto evaluační metody:

- popis a porovnání vstupních a výstupních podmínek pilotních škol pomocí dotazníků a SWOT analýz,
- realizace edukačního programu v rozdílných podmínkách jednotlivých škol i jednotlivých tříd,
- průběžné a závěrečné hodnocení programu řediteli pilotních škol prostřednictvím průběžných konzultací a závěrečných dotazníků,
- průběžné hodnocení obsahu a průběhu realizace edukačního programu zúčastněnými učiteli prostřednictvím elektronických záznamů v tzv. Denících učitelů na webových stránkách pokusného ověřování,
- průběžné a závěrečné hodnocení programu lektory pomocí elektronických protokolů lektorů a závěrečného dotazníku,
- závěrečné hodnocení programu zúčastněnými učiteli, vedoucími školních družin, vedoucími školních jídelen a žáky prostřednictvím dotazníků nebo anket,
- průběžné a závěrečné hodnocení programu rodiči žáků pomocí anketního dotazníku.

Výsledky pokusného ověřování

Na základě výše uvedených metod a způsobů ověřování jsme získali množství poznatků, které je možné shrnout do následujících výsledků.

a) Porovnání vstupních a výstupních podmínek pilotních škol

V pilotních školách se zcela nebo převážně dařilo:

- začlenit součásti programu Pohyb a výživa do školních vzdělávacích programů (ŠVP),

- začlenit součásti programu Pohyb a výživa do ŠVP školních družin,
- propagovat program Pohyb a výživa uvnitř škol nebo tříd – nástěnky o programu Pohyb a výživa, plakáty, pyramidy vytvořené žáky, koláže, kresby, motto tříd, slogany aj.,
- upravit podmínky pro realizaci pohybově rekreačních přestávek – vyklizení chodeb, doplnění vybavení aj. (31 škol),
- propagovat problematiku pohybu a výživy na webových stránkách škol– články k výživě (27 škol), informace o besedách s lektory (17 škol), o sportovních soutěžích, o školním stravování aj.

V pilotních školách se spíše nedařilo:

- promítnout program Pohyb a výživa do školního řádu, anebo došlo jen k dílčím úpravám – např. ve smyslu neomezovat pohyb o přestávkách a na chodbách školy (28 škol),
- propagovat program Pohyb a výživa ve školních časopisech– obvykle pouze fotografie či recepty (jen 10 škol),
- propagovat program v obecním a regionálním tisku (jen 7 škol),
- pro nízký zájem rodičů pořádat besedy lektorů s rodiči (jen 10 škol),
- zabývat se programem ve stravovací komisi (jen 2 školy).

b) Realizace programu Pohyb a výživa v pilotních školách

V oblasti pohybu se převážně dařilo:

- zkvalitnit výuku TV,
- organizovat pohybově rekreační přestávky (31 škol),
- zavádět metodu učení v pohybu v různých vyučovacích předmětech (29 škol),
- podle potřeby žáků zařazovat pravidelné tělovýchovné chvílky (29 škol),
- zřizovat pohybově zaměřené kroužky i další zájmové pohybové aktivity (26 škol),
- organizovat krátká ranní cvičení před výukou (24 škol),
- obohatit pohybovými aktivitami program školních družinpořádáním turnajů, soutěží, ranních cvičení, a to při využití tělocvičen, hřišť, školních zahrad apod. (26 škol).

Doplňujícím výzkumným šetřením se podařilo prokázat, že při uplatnění pohybového režimu dle programu Pohyb a výživa lze zvýšit objem pohybové aktivity žáků během pobytu ve škole až na 1 hodinu denně.

V oblasti pohybu se spíše nedařilo:

- zavést výuku třetí vyučovací hodiny TV (jen 3 školy),
- pracovat s pracovními sešity pro žáky a Pyramidou pohybu pro děti,
- organizovat testování tělesné zdatnosti žáků včetně správné evidence výsledků,
- realizovat pravidelnou integrovanou terénní výuku se začleněním pohybových aktivit (vycházky),
- zřizovat nepovinné předměty s tělovýchovným zaměřením (jen 3 školy – zavedení zdravotní TV a nepovinného předmětu sportovní hry),
- rozšířit spolupráci s místními tělovýchovnými organizacemi při zapojování žáků do mimoškolních pohybových aktivit (jen 2 školy).

V oblasti výživy se převážně dařilo:

- začlenit učivo o výživě do výuky všech ročníků 1. stupně ZŠ (33 škol),
- pracovat s pracovními sešity a Pyramidou výživy pro děti (33 škol),
- zapojit školy do projektu Ovoce a zelenina do škol (33 škol),
- dbát na pitný režim žáků – doložena podpora pití čisté vody, vody s citronem, bylinkami, mírně slazeného čaje nebo dalších nápojů (28 škol),
- prosadit více ovoce a zeleniny do výživy žáků,
- podporovat výživový režim žáků ve školních družinách – často příprava jednoduchých pokrmů, diskuze o zdravé stravě, hygieně, stolování, kvízy, soutěže, pěstování zeleniny, poznávání ovoce a zeleniny včetně návštěvy obchodů apod. (30 škol),
- zvýšit pestrost nabízených pokrmů ve školních jídelnách,
- změnit sortiment nabízených potravin na školách, kde byly školní bufety nebo automaty (automaty zrušily 3 školy, výrazně změnily sortiment automatu nebo bufetu na 7 školách).

V oblasti výživy se spíše nedařilo:

- připravovat svačiny školní jídelnou (zavedlo 16 škol, v 8 školách byla pro malý zájem příprava ukončena),
- ovlivňovat složení dopoledních přesnídávek (svačin) u některých žáků,
- oddělit svačinové a pohybové přestávky (14 škol společná svačinová a pohybová přestávka, 19 škol oddělené přestávky),
- organizovat dny zdraví nebo týdny zdraví (15 škol), nové kroužky (10 škol),

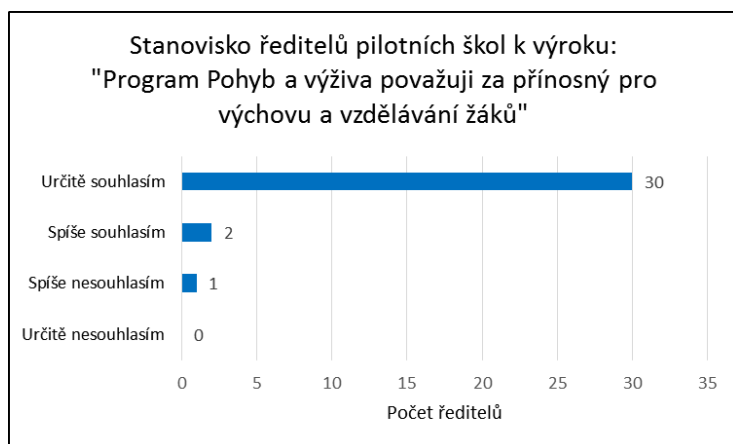
- prohloubit spolupráci mezi školami a školními jídelnami tam, kde školní jídelna nebyla součástí pilotní školy (4 školy).

c) Hodnocení programu Pohyb a výživa řediteli pilotních škol

Program hodnotili ředitelé průběžně při komunikaci s řídicím týmem pokusného ověřování a při komunikaci s lektory. Své názory vyjádřili také v závěrečném dotazníku, kde program zhodnotilo všech 33 ředitelů pilotních škol.

Většina ředitelů pilotních škol konstatuje:

- program Pohyb a výživa je jako celek přínosný pro výchovu a vzdělávání žáků (viz graf. 13),
- program lze implementovat do ŠVP,
- program nepřinesl zvýšené finanční a personální problémy, jen určité organizační potíže,
- v realizaci programu bude škola pokračovat v plném rozsahu i po ukončení pokusného ověřování.



Graf 13: Stanovisko ředitelů pilotních škol k programu Pohyb a výživa

Ředitelé pilotních škol převážně doporučují:

- na základě připomínek z pilotních škol upravit a uplatnit program Pohyb a výživa plošně ve všech základních školách v ČR, a to včetně zavedení navrženého učiva o výživě do vzdělávání žáků všech ročníků 1. stupně ZŠ,
- podle připomínek učitelů pilotních škol upravit a následně vydat metodické materiály Pohyb a výživa,

- podporovat pohybový a výživový režim žáků při zohlednění níže uvedených připomínek,
- ve školních družinách platňovat každodenní program s pohybovou složkou,
- podporovat školní stravování u co největšího počtu žáků.

Ředitelé pilotních škol převážně nedoporučují:

- na 1. stupni ZŠ zavádět povinnou třetí hodinu tělesné výchovy,
- alespoň jednou týdně zařazovat do výuky tzv. integrovanou terénní výuku (cílené vycházky),
- realizovat plošně doplňující vzdělávací obor Taneční a pohybová výchova.

d) Hodnocení programu Pohyb a výživa třídními učiteli

Program v elektronických Denících učitelů průběžně hodnotili všichni třídní učitelé pilotních tříd. Průběžného i závěrečného dotazníkového hodnocení se zúčastnilo 255 třídních učitelů.

Hlavní poznatky z oblasti pohybu:

- cíle programu se dařilo plnit i ve školách, kde nebyla zavedena třetí hodina TV,
- značná pozornost byla věnována zkvalitnění výuky TV,
- k testování zdatnosti ve výuce TV měli učitelé ambivalentní postoje,
- ranní cvičení, tělovýchovné chvilky a učení v pohybu byly bez obtíží realizovány po celý rok,
- pohybové přestávky byly cíleně rozvíjeny, učitelé si však stěžovali na vlastní omezení, hluk, nebezpečí úrazů, roztěkanost žáků apod.,
- průběžné sledování pohybového režimu žáků bylo pro učitele často na úkor dalších předmětů,
- program byl srozumitelný a realizovatelný, a proto kontakty s lektory pro oblast pohybu nebyly příliš časté ani nutné,
- spolupráce s rodiči nebyla významněji rozvíjena, našly se ale příklady dobré praxe.

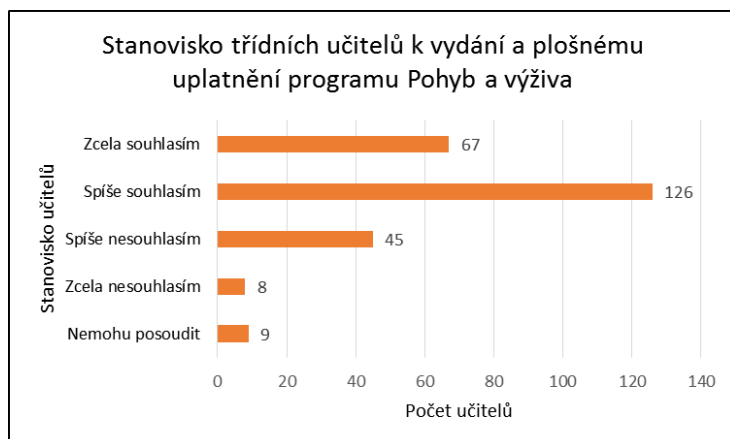
Hlavní poznatky z oblasti výživy:

- učivo o výživě se dařilo začlenit do řady předmětů,
- zvýšila se výživová gramotnost pedagogů,

- žáci nosili pestré svačiny (v souladu s pyramidou výživy) a byl patrný větší podíl ovoce a zeleniny (někde si žáci chystali svačiny sami),
- spolupráce s rodiči byla většinou dobrá,
- školy a školní jídelny se snažily zajistit zdravé svačiny, ale zájem byl často malý,
- zlepšila se nabídka stravy ve školních jídelnách, což na některých školách oceňují rodiče žáků,
- průběžná realizace a sledování výživového režimu byly pro učitele často obtížné a na úkor dalších předmětů,
- sebehodnocení žáků, zejména v elementárních třídách, bylo dle učitelů velmi subjektivní,
- v oblasti výživy viděli učitelé větší přínos programu Pohyb a výživa než v oblasti pohybu,
- postupně se výrazně zlepšovalo hodnocení pracovních sešitů programu Pohyb a výživa.

Třídní učitelé pilotních tříd převážně doporučují:

- na základě poznatků z pokusného ověřování upravit, vydata plošně uplatnit na 1. stupni ZŠ metodické materiály programu Pohyb a výživa (viz graf. 14).
- vést žáky k sebehodnocení pohybového a výživového režimu,
- zařazovat témata o pohybu do výuky předmětů v rámci vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět (tj. i mimo výuku TV),
- uplatnit učivo o výživě ve vzdělávání žáků 1. stupně ZŠ,
- pro testování tělesné zdatnosti žáků vytvořit novou, jednoduchou testovou baterii vhodnou pro 1. stupeň ZŠ,
- ve školních družinách uplatňovat každodenní program s pohybovou složkou,
- nabízet žákům pohybově nebo sportovně zaměřené zájmové kroužky pořádané školou.



Graf 14: Stanovisko třídních učitelů pilotních škol k programu Pohyb a výživa

Třídní učitelé pilotních tříd převážně nedoporučují:

- ve shodě s řediteli zavést na 1. stupni ZŠ tři povinné hodiny tělesné výchovy týdně,
- alespoň jednou týdně zařazovat tzv. integrovanou terénní výuku (cílené vycházky) – důvodem jsou organizační problémy a legislativní požadavek předepisující dvě dospělé osoby na 25 žáků.

e) Hodnocení programu Pohyb a výživa lektory

Lektoři (odborníci na tělesnou výchovu nebo výživu) průběžně plnili v pilotních školách funkci odborných konzultantů. Každá pilotní škola měla k dispozici lektora/lektorku pro oblast pohybu a lektorku pro oblast výživy. Lektoři průběžně zapisovali poznatky o realizaci programu Pohyb a výživa do elektronických protokolů lektorů a zúčastnili se závěrečného hodnocení pokusného ověřování.

Lektoři pro oblast pohybu konstatují:

- učitelé 1. stupně ZŠ se cítí dostatečně vzděláni pro odbornou výuku tělesné výchovy,
- program Pohyb a výživa přesto zvýšil pohybovou gramotnost učitelů v oblasti pohybového režimu žáků,
- učitelé požadují větší dostupnost metodických materiálů zaměřených na mladší školní věk dětí,
- učitelé nejsou dostatečně připravováni na testování tělesné zdatnosti žáků a využívání výsledků zdatnosti pro hodnocení a sebereflexi žáků v oblasti tělesného zdraví,
- učitelé vnímají katedry tělesné výchovy pedagogických fakult jako dostupná konzultační střediska,

- v rámci programu Pohyb a výživa se vesměs nepodařilo prohloubit spolupráci s místními tělovýchovnými organizacemi při zapojování žáků do mimoškolních pohybových aktivit.

Lektoři pro oblast výživy konstatují:

- program Pohyb a výživa zvýšil výživovou gramotnost pedagogických pracovníků i personálu školních jídelen,
- realizaci programu Pohyb a výživa významně ovlivňovaly osobní postoje členů vedení pilotních škola jednotlivých učitelů,
- osobní motivace učitelů se promítala do realizace programu Pohyb a výživa i do shromažďovaných příkladů dobré praxe, prezentovaných na webových stránkách Pohyb a výživa,
- osvědčilo se didaktické zpracování programu Pohyb a výživa v oblasti výživy,
- je třeba zřetelně podporovat školní jídelny a školní stravování včetně svačín připravovaných školní jídelnou,
- lze doporučit zavedení systémového regionálního poradenství dostupného všem školám,
- velmi důležitá je úzká spolupráce škol a školních jídelen,
- nezbytné je propojení výživového režimu školy s učivem o výživě (i pohybu).

f) Hodnocení programu Pohyb a výživa vedoucími školních družin

Na realizaci programu se podíleli také pracovníci školních družin. Z jejich závěrečného hodnocení programu Pohyb a výživa jednoznačně vyplynulo, že pohybová složka výrazně obohatila program školních družin a že školní družiny mohou významně ovlivňovat celkový pohybový režim žáků.

Důležitou úlohu hrají vychovatelé školních družin také při utváření výživového režimu žáků. Ve spolupráci s učiteli a školní jídelnou pomáhají aplikovat poznatky dětí o výživě do jejich života (školní obědy, odpolední svačiny, pravidelnost ve stravování, pitný režim).

g) Hodnocení programu Pohyb a výživa vedoucími školních jídelen

Pokusného ověřování se zúčastnily rovněž školní jídelny (ŠJ). Hlavním cílem byla podpora výživového vzdělávání a chování žáků v součinnosti se školní výukou. Praktickou aplikací předem stanovených pravidel ověřovaly ŠJ možnosti programu. Dle stanovených

pravidel a podmínek jednotlivých ŠJ a za podpory lektorek pro výživu se ŠJ snažily vytvářet optimální podmínky pro výživové chování dětí.

Do programu Pohyb a výživa bylo zapojeno 31 ŠJ. Ze závěrečného hodnocení programu Pohyb a výživa vedoucími ŠJ vybíráme tyto hlavní poznatky:

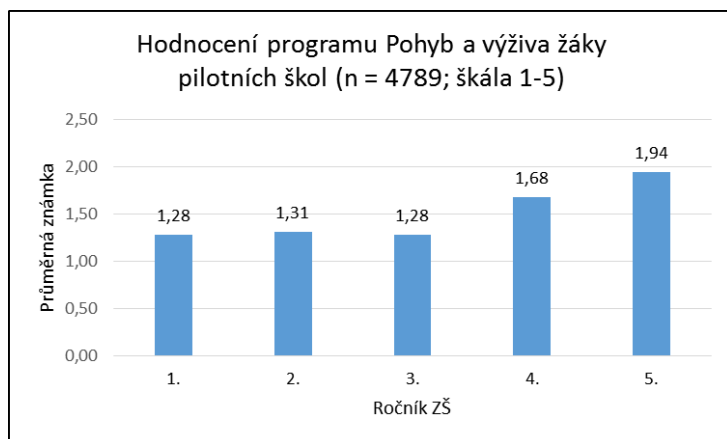
- naprostá většina vedoucích ŠJ program Pohyb a výživa uvítala, ztotožnila se s jeho obsahem a hodlá v nastolených pozitivních změnách pokračovat i nadále,
- oproti výchozímu stavu se dařilo v pilotních školách více propagovat školní stravování a zlepšit spolupráci školní jídelny s vedením školy,
- v součinnosti s hlavními výživovými prioritami se podařilo zvýšit konzumaci ovoce a zeleniny, zlepšit pestrost jídelníčků dle Pyramidy výživy pro děti a zavést vhodný pitný režim,
- zcela kladně byla hodnocena spolupráce s lektorkami pro výživu, většina vedoucích ŠJ by uvítala tuto spolupráci i nadále,
- pouze částečně se dařila spolupráce ŠJ s rodiči žáků,
- ve většině případů se nedařilo nabízet žákům dopolední svačiny (nabízelo jen 11 škol) nebo odpolední svačiny (nabízely jen 2 školy).

h) Hodnocení programu Pohyb a výživa zúčastněnými žáky

Realizace programu Pohyb a výživase zúčastnilo téměř 5700 žáků pilotních škol, s nimiž pracovalo 255 třídních učitelů i řada dalších učitelů nebo pedagogických pracovníků. Program v plném rozsahu absolvovalo a vyhodnotilo 4789 žáků 1. stupně ZŠ. Nejvíce byli zastoupeni žáci 1. ročníků (1111 žáků), nejméně žáci 5. ročníků (771 žáků).

Od uvedeného počtu 4789 žáků byly získány tzv. evaluační listy, které byly součástí pracovních sešitů pro žáky. Vyplněné úkoly vztahující se k pohybovému a výživovému režimu žáků dovolily posoudit, jakým způsobem program Pohyb a výživa ovlivnil pohybovou a výživovou gramotnost žáků včetně jejich pohybového a výživového režimu i chování. Lze konstatovat, že program Pohyb a výživa zřetelněji ovlivnil výživu dětí než jejich pohybový režim.

Součástí evaluačních listů bylo také celkové zhodnocení programu Pohyb a výživa jednotlivými žáky. Průměrné hodnocení programu Pohyb a výživa žáky je velmi pozitivní a je uvedeno v grafu 15.

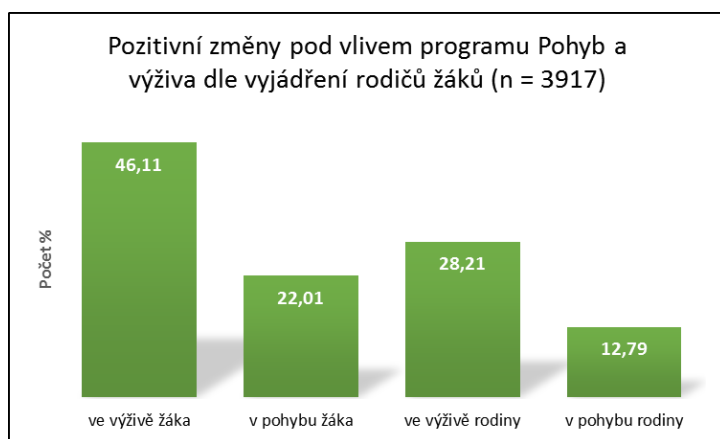


Graf 15: Hodnocení programu Pohyb a výživa žáky pilotních škol

i) Hodnocení programu Pohyb a výživa rodiči žáků

Součástí výše uvedených evaluačních listů pro žáky byla také hodnotící anketa pro rodiče žáků, v níž se otevřeným způsobem vyjadřovali, jak program Pohyb a výživa ovlivnil celkový pohybový a výživový režim dítěte a zda program ovlivnil také pohybový a výživový režim celé rodiny.

Výše uvedené konstatování, že program měl významnější vliv na výživový režim a výživové chování žáků než na jejich pohybový režim a pohybové chování, dokládají také výsledky této ankety pro rodiče. Z celkového počtu 4789 rodičů žáků, kteří absolvovali program Pohyb a výživa v plném rozsahu, se ke vlivu programu Pohyb a výživa na žáky a na rodinu vyslovilo 3917 rodičů (tj. 81,8 %). Někteří z rodičů uváděli, že program Pohyb a výživa neměl na dítě nebo na rodinu vliv proto, že rodina dodržuje zdravý životní styl. Přesto téměř 50 % rodičů konstatovalo, že program Pohyb a výživa měl pozitivní vliv na výživu jejich dítěte a téměř 30 % rodičů připustilo vliv programu Pohyb a výživa na výživu celé rodiny (viz graf. 16).



Graf 16: Vyjádření rodičů žáků pilotních škol k programu Pohyb a výživa

Protože anketa pro rodiče byla uskutečněna formou otevřených odpovědí na otázky týkající se pohybového a výživového režimu i chování žáků, výše prezentované kvantifikované výsledky byly získány na základě kvalitativního hodnocení dílčích výroků rodičů.

Příklad výroku rodičů dokládajícího vliv programu Pohyb a výživa na žáka i na rodinu: „Syn mnohem více přemýšlí o tom, co jí, a více se pohybuje. Díky jeho postřehům se i my dospělí více soustředíme na zdravé jídlo a pohyb.“ (5. roč., žák č. 730).

Příklad výroku rodičů, kdy nepozorovali vliv programu na dítě nebo rodinu: „U našeho dítěte žádné změny nenastaly, jelikož mělo dostatek pohybu už před započítím této akce. Sportujeme a stravujeme se zdravě.“ (5. roč., žákyně č. 489).

j) Využití webových stránek programu Pohyb a výživa

Na stránkách programu byly průběžně zveřejňovány informace o záměrech a realizaci programu a v elektronické verzi i všechny metodické materiály vytvořené v rámci pokusného ověřování programu Pohyb a výživa.

Na stránkách programu byla mj. zřízena i sekce pro doplňující metodické materiály, kam byly průběžně vkládány příklady dobré praxe zasílané zúčastněnými učiteli, případně dle podnětů učitelů lektory pokusného ověřování. I když bylo řídicím týmem očekáváno větší množství příkladů dobré praxe, 81 inspirativních námětů⁶ hovoří o aktivním zapojení učitelů pilotních škol do realizace programu Pohyb a výživa.

Téměř nevyužita zůstala webová „Anketa pro rodiče a žáky pilotních škol“, v níž se v průběhu pokusného ověřování objevily jen čtyři (kladné) výroky rodičů.

Závěry a doporučení

Na základě pokusného ověřování programu Pohyb a výživa byla řídicím týmem pokusného ověřování stanovena následující doporučení.

Souhrnná doporučení:

1. Zřetelně začlenit ověřené a doporučené součásti programu Pohyb a výživa do Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání.
2. Připravit na všech ZŠ podmínky pro realizaci pohybového a výživového režimu žáků dle doporučení programu Pohyb a výživa a realizovat program s výjimkou nedoporučených dílčích součástí programu.

⁶ Příklady dobré praxe: <http://pav.rvp.cz/edukacni-program-doplnujici-materialy-2>

3. Na základě konkrétních připomínek učitelů pilotních škol upravit a vydat metodické materiály programu Pohyb a výživa pro potřeby všech ZŠ.
4. Vytvořit interaktivní modifikace metodických materiálů k elektronickému uplatnění ve výuce na 1. stupni ZŠ (aplikace pro interaktivní tabule, webové stránky škol apod.).
5. Zachovat webové stránky programu Pohyb a výživa a využít je k dalšímu prezentování příkladů dobré praxe.
6. Implementovat nové, originální části programu Pohyb a výživa do pregraduální přípravy učitelů a do jejich dalšího vzdělávání.
7. Informovat o výsledcích pokusného ověřování zřizovatele škol a prohloubit spolupráci s místními institucemi.
8. Získat k blízké spolupráci v uvedené oblasti rodiče žáků.
9. Informovat o výsledcích pokusného ověřování širokou odbornou veřejností.
10. Vytvořit a ověřit program Pohyb a výživa také v mateřských školách, kde se dá předpokládat ještě větší efektivita působení na děti i na rodiče.

Doporučení pro oblast pohybu:

1. Orientovat přípravu učitelů 1. stupně ZŠ v oblasti tělesné výchovy nejen na výuku tělesné výchovy, ale více i na celkový pohybový režim žáků.
2. Na pedagogických fakultách vytvořit konzultační centra pro učitele a pedagogické pracovníky 1. stupně ZŠ včetně jmenování vybraných odborníků do funkce konzultanta pro uvedenou oblast.
3. Testování tělesné zdatnosti žáků chápat jako součást hodnocení a sebehodnocení tělesného zdraví žáků a ne jako výkonnostní ukazatel. V tomto smyslu doporučujeme využít nový on-line systém INDARES. COM, zaměřený na záznam, analýzu a komparaci pohybové aktivity uživatelů (žáků).

Doporučení pro oblast výživy:

1. Doplnit přípravu učitelů 1. stupně ZŠ o systémové vzdělávání v oblasti výživy.
2. Zřídit regionální konzultační centra k problematice výživy dětí a ke vzdělávání ve výživě, dostupná všem učitelům a pedagogickým pracovníkům ZŠ.
3. Prohloubit spolupráci škol a školních jídelen a sladit stravování ve školních jídelnách s výživovým vzděláváním žáků.

Podrobnější výsledky ověřování byly zveřejněny v závěrečné zprávě (Tupý, Mužík, Mužíková, ... & Janíková, et al., 2015) a jsou dostupné na webových stránkách pokusného

ověřování. Výsledky ověřování i stanovené závěry a doporučení byly v březnu 2016 přijaty vedením Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy s termínem realizace do 31. 12. 2016. Musíme však konstatovat, že do data konání konference „70 ve zdraví“ autoři příspěvku ani další spolupracovníci zapojení do pokusného ověřování programu Pohyb a výživa nepozorovali ze strany ministerstva školství jakoukoli aktivitu vedoucí k naplnění výše prezentovaných a ministerstvem schválených závěrů a doporučení. V této souvislosti je na místě připomenout, že závěry pokusného ověřování jsou v přímém souladu s programem Zdraví 2020 (Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století, 2014).

Referenční seznam

- Antošová, D. et al. (2014). *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- Bunc, V. (2008). Aktivní životní styl dětí a mládeže jako determinant jejich zdatnosti a tělesného složení. *Studia Kinanthropologica*, 9(1), 19–23.
- Bunc, V. (2010). Obezita a nadváha dětí – důsledek jejich neadekvátního pohybového režimu. In Mužík, V. & Vlček, P. *Škola, pohyb a zdraví. Výzkumné výsledky a projekty*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD.
- Bunc, V. (2011). Aktivní životní styl v biosociálním kontextu – MSM 0021620864. *Česká Kinantropologie*, 15(3), 7–8.
- Fialová, L., Flemr, L., Marádová, E., & Mužík, V. (2014). *Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.
- Kalman, M. (2011). *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků: na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu "Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)": HBSC, Česká republika, 2010*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kalman, M., & Vašíčková, J. (Eds.). (2013). *Zdraví a životní styl dětí a školáků* (1. vyd.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Liba, J. (2010). *Výchova k zdravíu*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity.
- Liba, J. (2013). *Výchova k zdravíu v primárnej edukácii*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta.
- Liba, J. (2016). *Výchova k zdravíu v školskej edukácii*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2015). *Výchova ke zdraví (2., aktualizované vydání)*. Praha: Grada.

- Mužík, V., & Vlček, P. (2010). *Škola a zdraví pro 21. století, 2010: škola, pohyb a zdraví: výzkumné výsledky a projekty*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD.
- Mužiková, L. (2010). *Škola a zdraví pro 21. století, 2010: podněty pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů* (1. vyd.). Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD.
- Mužiková, L., Březková, V., & Mužík, V. (2014a). *Výživa i pohyb: pracovní sešit pro VIP školáky 1*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- Mužiková, L., Březková, V., & Mužík, V. (2014b). *Výživa i pohyb: pracovní sešit pro VIP školáky 2*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- Mužiková, L., Březková, V., & Mužík, V. (2014c). *Výživa i pohyb: pracovní sešit pro VIP školáky 3*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- Mužiková, L., Březková, V., & Mužík, V. (2014d). *Výživa i pohyb: pracovní sešit pro VIP školáky 4–5*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- Pohyb a výživa: šest priorit v pohybovém a výživovém režimu žáků na 1. stupni ZŠ: pokusné ověření účinnosti programu zaměřeného na změny v pohybovém a výživovém režimu žáků ZŠ*. (2014). Praha: Národní ústav pro vzdělávání.
- Řehulka, E. (2016). *Zdraví – učitelé – škola* (1. vydání). Brno: Masarykova univerzita.
- Sigmund, E., & Sigmundová, D. (2011). *Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže* (1. vyd.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Tupý, J., Mužík, V., Mužiková, L., Mikláňková, L., Havel, J., Janíková, M. et al. (2015). *Výsledky ověření edukačního programu Pohyb a výživa (PaV) na 1. stupni ZŠ*. Praha: MŠMT, NÚV.
- Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století. (c2014). *Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století* (1. vyd.). Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem.

Výzkumná data byla získána v rámci *Pokusného ověření účinnosti programu zaměřeného na změny v pohybovém a výživovém režimu žáků ZŠ (Pohyb a výživa)*, vyhlášeného Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy dne 26. března 2013 (č. j. MSMT-5488/2013-210). Data byla zpracována při řešení projektu specifického výzkumu *Výzkum kurikula vzdělávací oblasti Člověk a zdraví* (MUNI/A/0963/2015).

KRÁTKÉ INTERVENCE V PRAXI ZDRAVOTNÍKŮ

BRIEF INTERVENTIONS IN PRACTISE OF HEALTH PROFESSIONALS

Lidmila Hamplová, Soňa Jexová, Renata Procházková, Eva Marková, Jana Hlinovská

Abstrakt: *Krátké intervence jsou definované praktické postupy, které umožňují časnou identifikaci rizikového chování, rozpoznání míry problému a motivaci k aktivní nápravě. Splňují požadavek na nízké náklady, snadnou dostupnost a efektivitu. Krátké intervence jsou v současné době aplikovány pro omezení konzumace alkoholu, eliminaci kouření, podporu pohybové aktivity a zkvalitnění úrovně stravovacích zvyklostí. Cílem krátkých intervencí je prostřednictvím zvýšení zdravotní gramotnosti a posílením zodpovědnosti za vlastní zdraví dosáhnout v populaci snížení incidence onemocnění, na jejichž vzniku se zásadní měrou podílí nezdravý životní styl. Průměrná úspěšnost intervence, tedy rozhodnutí ke změně životního stylu, se pohybuje v rozmezí 12–40 % v závislosti na komunikovaném rizikovém faktoru a osobním přístupu intervenující osoby.*

Klíčová slova: *krátká intervence, tabák, alkohol, výživa, pohybová aktivita, edukace*

Abstract: *Brief interventions are defined as practical procedures enabling an early identification of risk behavior, recognition the extent of the problem and encouragement of the active remedy. They meet the requirements of low cost, easy availability and efficiency. The health professionals have been currently applying brief interventions in practice to promote reduction of alcohol consumption, the elimination of tobacco use, the importance of physical activity and healthy eating habits. The aim of brief interventions is increasing health literacy about risk factors of lifestyle, strengthening responsibility for health in population to achieve a reduction in the incidence of the disease, whose origin is a major contributor of unhealthy lifestyle. The average success rate of intervention, namely the decision to lifestyle change, ranges from 12-40 % depending on the communicated risk factor and personal approach of intervening persons.*

Keywords: *brief intervention, tobacco, alcohol, nutrition, physical activity, education*

Úvod

V České republice se stále nedaří snižovat onemocnění, na jejichž vzniku se zásadní měrou podílejí rizikové faktory životního stylu jako kouření, rizikové a škodlivé pití alkoholu, nízká pohybová aktivita, nesprávná výživa a z nich vyplývající hypertenze, obezita, hypercholesterolémie a hyperglykémie, které vedou k rozvoji nejčastějších chronických neinfekčních onemocnění. Nemoci srdce a cév, zhoubné nádory, metabolická a chronická respirační onemocnění jsou hlavními příčinami předčasných úmrtí a vysokého počtu let života s omezenými schopnostmi (disability-adjustedlifecycleyears DALY) na celém světě, zejména však ve vyspělých zemích (Hrubá, D., 2014). Kardiovaskulární onemocnění zaujímají v ČR dlouhodobě první místo mezi příčinami úmrtí - umírá na ně 50 % populace, druhou nejčastější příčinu úmrtí představují nádory, dramaticky také stoupá prevalence diabetu mellitu 2. typu (MZ ČR, 2014). Rizikové faktory životního stylu lze přitom poměrně dobře – a také levně ovlivnit edukací a vhodnými intervenčními postupy. Zejména lékaři, všeobecné sestry, ale také porodní asistentky, fyzioterapeuti, lékárníci aj., pracující v různých typech zdravotnických zařízení, mají možnost identifikovat a pozitivně ovlivňovat znalosti a postoje lidí, se kterými se setkávají a kteří ohrožují a poškozují své zdraví vědomě nebo z důvodu nedostatku informací (Němcová, J., 2010), (Pekara, 2015). Rady, které jsou poskytnuty zdravotníky primární péče, mají velké šance na úspěch z důvodu relativně častých vzájemných kontaktů mezi pacientem a zdravotníkem. Také autorita a prestiž zdravotnického povolání napomáhá odborníkům dosáhnout žádoucího účinku. Podmínkou efektivity je správná realizace intervenčních aktivit a jejich pravidelné opakování. Takovou příležitost poskytuje metoda krátkých intervencí (Jexová, S., Mazalánová, A., Němcová, J., Kymrová, E., 2014).

Teoretická východiska

Krátké intervence jsou definované praktické postupy, které vedou k časně identifikaci rizikového chování, rozpoznání míry problému a motivaci k aktivní nápravě. Splňují požadavek na nízké náklady, snadnou dostupnost a efektivitu. Vycházejí z obecného principu motivace, při které je cílem, aby intervenovaná osoba zaujala nový postoj k řešení problému dobrovolně, na základě vlastního přesvědčení. Podstata krátkých intervencí, při kterých intervenující musí přijít na výhodu, kterou přinese klientovi nové chování a on ji bude ochoten vyměnit za chování stávající, je principem sociálního marketingu. Krátké intervence v oblasti rizikových faktorů životního stylu si kladou za cíl **rozpoznat** reálný či potenciální problém s rizikovým faktorem životního stylu, **informovat** pacienta o výsledku a **motivovat ho** ke změně chování. Motivační rozhovor v rámci krátké intervence by měl trvat přibližně 30 minut,

ale efektivní může být i velmi krátká intervence v délce 10 minut, případně kratší. Metoda je vhodná u méně závažných problémů a její účinnost přetrvává 1 rok, možné však jsou až 4 roky bez rozdílu či závislosti na věku nebo pohlaví intervenovaného pacienta. Metoda je v praxi využitelná nejen zdravotníky, ale je vhodnou formou i v případě prevence sociálně patologických i zdravotně rizikových jevů a může být v praxi využívána též sociálními pracovníky, pedagogy a dalšími odborníky, neboť splňuje požadavek na nízké náklady, snadnou dostupnost a efektivitu. Důkazy o efektivitě krátkých intervencí jsou zveřejněny v několika přehledných textech, z nichž vyplývá, že „krátké intervence jsou často stejně účinné jako rozsáhlejší léčba“(Bien, T. H., Miller, W. R., Tonigan, J. S., 1993).

Aplikace metody krátkých intervencí v praxi

K praktické aplikaci intervence byl, pracovníky Státního zdravotního ústavu, pro osoby, které intervenci provádějí, navržený a vytištěný manuál a obrazové karty, které zjednodušeně a názorně vysvětlují vybraná rizika životního stylu, případně doporučují řešení a slouží zdravotníkům pro edukační a motivační aktivity s pacientem. Obrazové karty se zaměřují na užívání tabáku a alkoholu, správnou výživu a zdraví prospěšnou pohybovou aktivitu. Pro hodnocení míry rizika u klienta se používají dostupné mezinárodní standardizované dotazníky – pro posouzení rizika pití alkoholu dotazník AUDIT, pro hodnocení stupně závislosti na tabáku Fagerströmův dotazník, pro vyhodnocení úrovně stravovacích zvyklostí a pro vyhodnocení úrovně pohybové aktivity je používán dotazník SZÚ. V roce 2016 obdržela Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. státní dotaci z MZ ČR z dotačního programu „Národní program zdraví-projekty podpory zdraví“ na realizaci projektu Aplikace metody krátkých intervencí v praxi.

Proškolení studentek oboru Všeobecná sestra Vysoké školy zdravotnické v metodě krátkých intervencí probíhá v rámci výuky. Studentky jsou seznámeny s rizikovými faktory životního stylu, jejich prevencí, hodnocením míry rizika a s metodikou krátkých intervencí. Následně probíhá pod supervizí odborných asistentů vysoké školy praktický nácvik intervencí, které jsou studentkami aplikovány v průběhu výkonu jejich odborné skupinové i individuální praxe ve smluvních zdravotnických zařízeních.

V každém zdravotnickém zařízení je s realizací projektu seznámen management nemocnice. Studentky vyplní s pacientem dotazník se základní charakteristikou pacienta a dále dotazník mapující míru zjištěného rizikového faktoru. Po jeho vyhodnocení provedou intervenci s využitím edukačních karet a za 1 až 2 dny po intervenci nabídnou pacientovi vyplnit dotazník po intervenci, z něhož se následně vyhodnocuje posun v úrovni znalostí o zdravotních rizicích nezdravého životního stylu, zájem o poradenství či léčbu a míra

motivace pacienta ke změně postoje a chování. K vlastnímu objektivnímu hodnocení efektu intervence jsou využívány indikátory monitoringu, konkrétně počet oslovených pacientů, počet vyplněných dotazníků před intervencí, míra spolupracujících pacientů a počet vyplněných dotazníků po intervenci. Všechna získaná data jsou průběžně řešiteli projektu zadávána do PC pro potřebu vyhodnocení efektivity projektu.

Závěr

Projekt je koncipován jako 2 letý a předpokládá oslovení cca 3000 pacientů. Pro hospitalizované i ambulantní pacienty přináší zvýšení informovanosti o škodlivých účincích užívání alkoholu a tabáku, zásadách správné výživy a přiměřené fyzické aktivity a motivuje ke změně postojů, které ovlivňují rozhodování ve prospěch zdravého životního stylu. Na základě zkušeností, získaných při ověřování metodiky krátkých intervencí je oprávněný předpoklad, že touto cestou tak přirozeně vznikne nová generace zdravotníků, kteří budou tuto metodu pokládat za běžnou a samozřejmou součást své pracovní činnosti a budou ji realizovat a prosazovat na svých pracovištích i po ukončení studia a že se cílová skupina oslovené populace takto bude každoročně zvyšovat.

Referenční seznam

- Babor, T. F. and J. C. Higgins-Biddle. *Krátké intervence*. Český překlad SZÚ. Denmark, Copenhagen: WHO, 2001. ISBN-978-80-7071-316-7.
- Bien, T. H., W. R. Miller and J. S. Tonigan. *Brief interventions for alcohol problems: a review*. *Addiction* 1993; 88: 315-335.
- Hrubá, D. Strategie primární prevence. *Medicína pro praxi*. 2014, vol. 11, no. 3, pp. 120-123. ISSN 1214-8687.
- MZ ČR *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: MZ ČR, 2014. ISBN 978-80-85047-49-3.
- Jexová, S., A. Mazalánová, J. Němcová a E. Kymrová. Management rizik a kvalitní poskytování ošetrovatelské péče u pacientů. In: *Sborník z 9. vědecké konference s mezinárodní účastí - Pečujeme bezpečně?* Praha: VŠZ, o. p. s. a Vysoká škola tělesné výchovy a sportu. 2014, s. 65-73. ISBN 978-80-904955-7-9.
- Němcová, J. Tertiary education in global competition. In: *Globalization and crises in modern economy*. Lithuania: EEDA. 2010. s. 112-116. ISBN 978-9955-18-507-9.
- Pekara, J., L. Hamplová and P. Hulínský. The Experiences With Nurses Trainings Concerning Prevention Of Violence In The Czech Republic In Years 2010-2013. In: *Proceedings booklet medical workshops*. 21. -22. july 2015, Istanbul, Turkey. Pp. 163-170. ISBN 978-605-86637-6-3.

FYZIOTERAPIA PŘI RESPIRAČNÝCH OCHORENIACH – ŠANCA K NÁPRAVE ZDRAVIA POŠKODENÉHO FAJČENÍM PHYSIOTHERAPY OF RESPIRATORY DISEASES – THE OPPORTUNITY FOR REPARATION OF HEALTH DAMAGED BY SMOKING HABITS

Tatiana Kimáková, Perla Ondová, Zuzana Nevolná, Petr Kachlík

Abstrakt: Životný štýl, predstavovaný nesprávnou výživou, nedostatočnou fyzickou aktivitou, nadmernou konzumáciou alkoholických nápojov spolu s fajčením a rôznymi psycho-sociálnymi podnetmi, patria medzi najrizikovejšie činitele, ktoré vedú k vzniku neinfekčných chorôb. Hlavným cieľom príspevku je poukázať na fajčenie ako významný spôsob autoagresívneho správania vedúceho k ťažkým zdravotným problémom a na možnosti ovplyvnenia poškodeného zdravia fyzioterapiou. Autori na základe svojich klinických skúseností, s využitím analyticko-syntetického prístupu a odbornej literatúry zostavili prehľadový článok, ktorý podáva základné informácie o poškodení zdravia človeka fajčením a o náprave niektorých škôd predovšetkým respiračnou fyzioterapiou. Fajčenie je škodlivé pre všetky vekové kategórie bez rozdielu pohlavia. Má nebezpečné účinky na zdravie človeka, postihuje rôzne orgány ľudského tela, cigaretový dym je rakovinotvorný. Prestať fajčiť má zmysel v akomkoľvek období, v každom veku.

Kľúčové slová: fajčenie, fyzioterapia, choroba, liečba, respirácia, riziko, zdravie, životný spôsob

Abstract: The World Health Organisation defines health as a state of complete physical, mental and social well-being of the individual, not merely the absence of disease. By definition, it is clear, on human health involve a number of different factors. Lifestyle, represented by poor nutrition, physical inactivity, excessive consumption of alcohol along with smoking and various psycho-social stimuli are among the most risky factors that give rise to non-infectious diseases. The main objective of this paper is to point out smoking as an important way autoaggressive conduct leading to serious health problems and the possibility of ill-health affecting physiotherapy. The authors, based on their clinical experience with the use of analytical and synthetic approach and compiled literature review article that presents basic information about

damage to human health by smoking and remedy some of the damage mainly respiratory physiotherapy. Smoking is harmful for all ages, regardless of gender. Has hazardous effects on human health, affecting various organs of the human body, cigarette smoke is carcinogenic. Quitting smoking makes sense in any season, at any age.

Keywords: *smoking, physical therapy, disease, treatment, respiration, risk, health, way of life*

Úvod

Pojem „zdravie“ sa v poslednej dobe používa veľmi často. Častokrát uvažujeme, čo je skutočné zdravie i to, čo všetko naň vplýva. Svetová zdravotnícka organizácia definuje zdravie ako stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody jedinca, nielen neprítomnosť choroby alebo postihnutia (Kimáková, T., 2008). Samotná definícia hovorí, že na našom zdraví sa podieľa mnoho rôznych vnútorných i vonkajších činiteľov a faktorov. Pod náš zdravotný stav sa podpisuje genetická predispozícia, sociálne a psychologické faktory, výživa, organizácia a financovanie zdravotníctva, ale i vzdelanie, ekonomika, kultúra, bezpečnosť, bývanie, technológie, zvyky a najmä individuálne správanie vo vzťahu k svojmu zdraviu. Prítomnosť rizikového faktora neznamena, že sa choroba určite prejaví. Avšak súčasný výskyt viacerých rizikových faktorov zvyšuje možnosť prepuknutia choroby. Prevažná väčšina civilizačných chorôb má niekoľko rizikových faktorov. Zdravotný stav obyvateľstva je dôsledkom ich pôsobenia. Väčší negatívny dosah na zdravie má fajčenie, nedostatočná fyzická aktivita, nesprávna výživa, zlá sociálno-ekonomická situácia a chudoba v spojení s negatívnymi faktormi životného prostredia (Rovný, I. & kol., 2011).

Metodika

Autori na základe svojich klinických skúseností, s využitím analyticko-syntetického prístupu a odbornej literatúry zostavili prehľadový článok, ktorý podáva základné informácie o poškodení zdravia človeka fajčením a o náprave niektorých škôd predovšetkým respiračnou fyzioterapiou.

Výsledky a diskusia

Životný štýl

Z pohľadu prevencie ale i liečenia chronických neinfekčných ochorení je zdravý životný štýl nesmierne dôležitý. Mnohé z faktorov, ktoré ho tvoria, patria medzi najdôležitejšie, rozhodujúce činitele vo vzťahu k zdraviu. Ich podiel na zdravotnom stave jedinca sa odhaduje

na 60 % až 70 % (Ševčíková, L. & kol., 2006). Nezdravý životný spôsob vplýva na predčasnú úmrtnosť, spôsobenú najmä srdcovocievnyimi a onkologickými ochoreniami. Do životného štýlu, súhrnu modifikovateľných (ovplyvniteľných) rizikových faktorov, zaraďujeme najvýznamnejšie faktory, ako sú výživa a stravovacie návyky, telesná aktivita, fajčenie, konzumácia alkoholu, vysoký krvný tlak, zvýšená hladina celkového cholesterolu, LDL – cholesterolu, triacylglycerolov a znížená hladina HDL- cholesterolu, obezita, diabetes mellitus a metabolický syndróm (Kimáková, T., 2008).

Fajčenie

Fajčenie je definované ako inhalovanie dymu vznikajúceho pri horení tabaku, ktorý obsahujú cigarety, cigary či fajky. V súčasnosti je stále najvýznamnejšou preventabilnou príčinou smrti na svete, zvyšuje riziko vzniku rakoviny, respiračných, či kardiovaskulárnych chorôb (Baška, T., 2008). V celosvetovom meradle zomrú v dôsledku používania tabaku ročne 3 milióny osôb, čo je jedno úmrtie každých desať sekúnd. Pri dnešnom stúpajúcom trende spotreby cigariet to bude za 20-30 rokov už desať miliónov mŕtvych ročne, teda jeden mŕtvy každé tri sekundy. Súčasťou dymu, ktorý vzniká pri horení tabaku, je alkaloid nikotín, psychoaktívna látka, spoločnosťou tolerovaná a stále legálna droga. Závislosť na nikotíne, ktorá patrí medzi najčastejšie formy závislostí, delíme na dva druhy: psychosociálna závislosť, teda závislosť od rituálov (fajčenie pri káve, po jedle, fajčenie v určitom kolektíve, pozorovanie cigaretového dymu, manipulácia rukami a pod.), je závislosťou na cigarete ako na predmete, nie na jej zložkách alebo účinkoch. Druhou je fyzická závislosť, teda návyk organizmu na drogu (účinnú látku – nikotín), ktorá sa u približne 85 % fajčiarov vyvinie do dvoch rokov. Svetová zdravotnícka organizácia definuje drogovú závislosť ako psychický, niekedy aj fyzický stav vyvolaný zo vzájomného pôsobenia medzi živým organizmom a drogou, charakterizovaný zmenami chovania a inými reakciami, ktoré vždy zahŕňajú nutkanie brať drogu stále alebo pravidelne pre jej psychické účinky, a niekedy tiež preto, aby sa zabránilo nepríjemnostiam, ktoré vyplývajú z jej chýbania. Tolerancia môže, ale nemusí byť prítomná, a osoba môže byť závislá na jednej alebo, a to v súčasnosti oveľa častejšie, na viacerých drogách (Králiková, E. & Kozák, J. T., 2003; Sovinová, H., 2009).

Zdravie fajčiara

Fajčenie patrí medzi najsilnejšie závislosti a stojí za množstvom ochorení, ktoré sú spôsobené dlhodobým inhalovaním cigaretového dymu. Tieto ochorenia sa však netýkajú len zdravia samotného fajčiara, ale aj jeho okolia. Pasívne fajčenie totiž spôsobuje väčšinou

rovnaké ochorenia ako fajčenie aktívne, avšak samozrejme v príslušnom pomere k expozícii (Tab. 33).

Tab. 33: Relatívne riziko vzniku ochorení spojené s pasívnym fajčením vzhľadom na vybrané prostredia (Britton, J. & Godfrey, F., 2006; Baška, T. & Katreniaková, Z., 2010)

<i>Typ ochorenia</i>	Domácnosť	Pracovisko	<i>Pohostinstvo, bar, nočný podnik</i>
Bronchogénny karcinóm	1,24	1,24	1,73
Ischemická choroba srdca	1,30	1,20	1,61
Cievna mozgová príhoda	1,45	1,45	2,25
Chronické nenádorové ochorenie pľúc	1,25	1,25	1,76

Veková kategória seniorov je špecifická práve s ohľadom na to, že sa v tomto veku reálne prejavajú ochorenia spôsobené týmto chronickým zlozvykom. Fajčenie najviac poškodzuje respiračný systém, ďalej kardiovaskulárny a gastrointestinálny systém. Spôsobuje (Bencko, V. & kol. 1998; Sovinová, H., 2009):

- 75 % chronických pľúcnych ochorení (chronická bronchitída, chronická obštrukčná choroba pľúc a emfyzém);
- 30 % nádorových ochorení. Najvýraznejší je podiel fajčenia na vzniku rakoviny pľúc – 90 %, ale i ďalších nádorových chorôb (úst, hrtana, pažeráka, žalúdka, hrubého čreva, konečníka, pankreasu, močového mechúra, krčka maternice, penisu a iných);
- 20 % kardiovaskulárnych ochorení (ateroskleróza, ischemická choroba srdca a pod., ktoré predstavujú 56 % úmrtí u nás), kde pri fajčení dochádza k vazokonstrikcii a k aktivácii sympatika, následkom dlhodobej expozície CO sú erytrocyty zmnožené, čím sa zvyšuje viskozita krvi u fajčiara, zvýšené sú aj hodnoty leukocytov a fibrinogén, následne dochádza k poškodeniu endotelu. Okrem toho fajčenie nepriaznivo ovplyvňuje sérovo lipidy a lipoproteíny (znižuje hladinu HDL, teda „dobrého“ cholesterolu v krvi)

Fajčenie vplýva na ľudský organizmus celkovo, spôsobuje systémové prejavy zápalu a systémový oxidačný stres (Gerhardsson de Verdier, M., 2008; Matula, B., 2009b). Pôsobí aj na reprodukčný, či nervový systém, stojí aj za osteoporózou, demenciou či makulárnou degeneráciou. Všetky poškodenia organizmu sú pritom u fajčiarov závislé na dobe expozície, teda na počte vyfajčených cigariet za deň a na celkovej dobe fajčenia (Roche, J., 2008).

Respiračný systém fajčiara

Fajčenie spôsobuje chronickú obštrukčnú chorobu pľúc, emfyzém a nádorové ochorenia pľúc a priedušiek (Novák, M. & kol. 1980; Baška, T. & Katreniaková, Z., 2010; Matula, B., 2009a). Tabakizmus spôsobuje 80-90 % vzniknutých karcinómov pľúc u mužov a okolo 50 % u žien, pasívne fajčenie zas 20-25 % karcinómov pľúc u nefajčiarov. Pritom je toto ochorenie v súčasnosti najčastejšou malignitou u mužov (Kavcová, E., Ondrušová, M. & Dzian, A., 2010b).

Fajčenie vyvoláva trvalý mierny zápal – systémový aj lokálny – v pľúcach, ktorý môže prejsť do vzniku pľúcneho emfyzému (nahromadenie vzduchu v tkanive pľúc, permanentné abnormálne zväčšenie vzdušných priestorov). Prejavuje sa namáhavým dýchaním, dušnosťou, zmenou tvaru hrudníka. Okrem nasadenia liekov je dôležitý zákaz fajčenia a správne dychové cvičenia. Zápal je kauzálnym mechanizmom vzniku aj CHOCHP a rakoviny pľúc (Gerhardsson de Verdier, M., 2008; Matula, B., 2009b).

Chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) je chronické zápalové ochorenie, ktoré vzniká na podklade chronickej bronchitídy a pľúcneho emfyzému. Napriek tomu, že sa jedná o preventabilné a liečiteľné ochorenie, je na štvrtom mieste všetkých príčin úmrtnosti (Matula, B., 2009a). Pri CHOCHP dochádza k pomalému uzatváraniu dýchacích ciest, k zužovaniu priedušiek (bronchov), k obmedzeniu prietoku vzduchu v dýchacích cestách a k následnému ireverzibilnému poškodeniu – k deštrukcii pľúcneho tkaniva (Kavcová, E. & kol., 2010a). Pľúca tak nie sú schopné dostatočne okysličovať organizmus, čo vedie k prejavom dušnosti. Príznakom sú teda dušnosť (dyspnoe), kašeľ a vykašliavanie hlienov. CHOCHP je z 90 % spôsobená fajčením, prípadne rizikovými faktormi, ako sú znečistené ovzdušie, výfukové plyny a podobne. Keďže je spojená s abnormálnou zápalovou odpoveďou pľúc na inhalačné škodliviny, jednoznačnou prevenciou je nefajčiť, respektíve prestať fajčiť (Matula, B., 2009b). CHOCHP sa tiež nazýva „fajčiarska astma“ a jej výskyt sa zvyšuje s vekom. Spomenúť je potrebné, že najvýznamnejším systémovým prejavom CHOCHP je porucha funkcie a atrofia kostrových svalov, pričom svalová hmota ubúda aj s vekom. Preto má respiračná fyzioterapia priaznivý vplyv na zlepšenie kvality života vo všetkých štádiách CHOCHP, keď znižuje známky systémového zápalu aj oxidatívneho stresu (Puente-Maestu, L. & kol., 2008; Matula, B., 2009a).

Dôsledky pri CHOCHP

CHOCHP je, ako sme už vyššie uviedli, charakterizovaná obmedzením prietoku vzduchu v prieduškách s pravostranným respiračným a obehovým zlyhávaním a s pľúcnou

hypertenziou, ktorá je zapríčinená jedným z rizikových faktorov – fajčením cigariet (Kolář, P. & kol., 2009). Za normálnych okolností jednotlivé skupiny svalov pracujú vždy vo vzájomnom súlade, ale pri CHOCHP dochádza k poruche mechaniky dýchania a následne aj k poruche hybnosti (Véle, F., 2006).

Pacienti s CHOCHP nemajú obmedzenú len aktivitu dýchacích svalov, ale popri tom u nich vznikajú zároveň aj vertebrogénne poruchy. Lebo dýchacie svaly sa upínajú na chrbticu a vplývajú na postavenie segmentov chrbtice a hrudníka. Bývajú postihnuté aj dolné a horné končatiny v zmysle redukcie svalovej hmoty, čo súvisí s nízkou dodávkou kyslíka do obehu a s následnou liečbou kortikosteroidov, ktoré poškodzujú oxidatívne pomalé svalové vlákna veľkých končatinových skupín (Kolář, P. & kol., 2009). Vplyvom CHOCHP majú pacienti často tzv. paradoxné dýchacie pohyby (vtiahnutie brušnej steny pri nádychu miesto vykľutia, alebo stranové asymetrie) a využívajú pomocné dýchacie svaly, ktoré sú do akcie zapájané pri dychovej núdzi (Dylevský, I., 2009).

Pomocou respiračnej fyzioterapie nedokážeme ovplyvniť pokles pľúcnych funkcií podmienený deštrukciou pľúcneho tkaniva, ale volíme dýchacie cvičenia založené na znalosti z anatómie a fyziológie dýchacieho systému a riadiacich mechanizmov pľúcnej ventilácie, ktoré vedú k zvyšovaniu adaptácie na telesnú záťaž. Dýchanie je síce riadené z dýchacích centier v predĺženej mieche, ale výhodou je, že inspiračné (nádychové) centrum je riadené aj mozgovou kôrou, preto dokážeme do veľkej miery korigovať dýchanie vlastnou vôľou (Dylevský, I., 2009).

Respiračná fyzioterapia a niektoré metódy respiračnej fyzioterapie pri CHOCHP

Respiračná fyzioterapia je ucelený systém dýchacej rehabilitácie s liečebným účinkom, ktorá sa zúčastňuje na riešení individuálnych problémov chorého v patologických podmienkach dýchacieho systému. Spolu s kombináciou medikamentózne liečby výrazne zasahuje do liečebného procesu (Kolář, P. & kol., 2009).

V rámci respiračnej fyzioterapie u ležiacich pacientov s CHOCHP, so stredne ťažkým, aj ľahším priebehom choroby postupne zaťažujeme organizmus pacienta, pričom sledujeme pocit pacientovej námahy a dušnosti, meriame srdcovú frekvenciu, záťažovú, parciálnu respiračnú insuficienciu s poklesom saturácie hemoglobínu v tepnovej krvi s využitím niektorých metodických postupov (Kolář, P. & kol., 2009):

1. Prehĺbenie ventilácie pomocou zväčšeného mŕtveho priestoru (u ležiacich pacientov) – dýchaním do 30 cm dlhej trubice umožníme prehĺbiť ventiláciu.

2. Pohybová terapia podporovaná dlhodobým pôsobením bronchodilatačných prostriedkov – podávaním preparátu thiotropium dokážeme zvyšovaním intenzity záťaže znížiť dušnosť a zvýšiť výkonnosť (Casaburi, R. & Zuwallak, R., 2009).
3. Pohybová terapia s podávaním kyslíka – podávaním 3 l kyslíku/min. dokážeme zvýšiť výkonnosť pri záťaži.
4. Podpora inspiračného tlaku – podporou metódy môžeme zvýšiť výkon pacientov aj s ťažším stavom.
5. Pohybová terapia a tréning inspiračných svalov - aktiváciou dýchacích svalov dokážeme ovplyvňovať polohu a výkon bránice.
6. Pohybová terapia a intervalový tréning – pravidelným striedaním vyššej (zvýšená dušnosť) a nižšej intenzity záťaže dosahujeme výrazné zvýšenie záťažovej tolerancie.
7. Odporový tréning chorých – cvičením menších svalových skupín s viacnásobným opakovaním v sériách (vhodný u starších osôb s pokročilým stupňom svalovej dysfunkcie) zaznamenávame zvýšenie počtu oxidatívnych vlákien.

Cieľ respiračnej fyzioterapie

Prioritou respiračnej fyzioterapie je zlepšiť hygienu a zvýšiť priechodnosť dýchacích ciest, znížiť bronchiálnu obštrukciu, zlepšiť ventilačné parametre, zvýšiť fyzickú zdatnosť a dosiahnuť a udržať pocit zdravia (Kolář, P. & kol., 2009). Na prevenciu zhoršovania funkcie pľúc je ukončenie fajčenia jediným účinným prostriedkom na primárnu, sekundárnu aj terciárnu prevenciu CHOCHP – umožňuje zvrátiť progresívny vývoj tohto ochorenia. Bez ohľadu na štádium ochorenia je eliminácia fajčenia jedinou dokázanou možnosťou, ako spomaliť zhoršovanie pľúcnych funkcií s vekom, ktoré je u pacientov s CHOCHP trikrát rýchlejšie (Matula, B., 2009a).

Odvvykanie od fajčenia

Súčasná liečba závislosti na tabaku je založená na podpore a spolupráci, je komplexná a zahŕňa edukáciu, režimové opatrenia aj farmakologickú liečbu. Odvykanie od fajčenia znamená pre väčšinu fajčiarov zmenu životného štýlu, kde sa jedná o proces zmeny správania sa. Ide o dlhodobý proces pozostávajúci z piatich fáz, ktorý je možné opísať tzv. transteoretickým modelom (Velicer, W. F. & kol., 1998):

1. prekontemplačná fáza – fajčiar nepomýšľa na ukončenie fajčenia; v tejto fáze je nutná najmä jeho motivácia;
2. kontemplačná fáza – fajčiar zvažuje možnosť prestať fajčiť, bilancuje;

3. prípravná fáza – fajčiar vážne plánuje prestať fajčiť, zbiera informácie, vyhľadáva možnosti pomoci; v tejto fáze je nutná podpora a poskytnutie potrebných informácií;
4. rozhodovacia fáza – fajčiar prestane fajčiť; vzhľadom na prítomnosť nepríjemných abstinенčných príznakov však pokračuje vnútorné rozhodovanie; v tejto fáze je nutné riešiť aktuálne problémy, najmä pomôcť pri prekonaní abstinенčných príznakov;
5. udržiavacia fáza – fajčiar si zvyká na život s abstinenciou, prevažujú u ňo argumenty pre nefajčenie.

V prípade zlyhania (veľmi časté) môže ísť o lapsus – krátkodobé zlyhanie, alebo o relaps – opätovné pravidelné fajčenie po určitej dobe abstinencie (Baška, T. & Katreniaková, Z., 2010).

Každý lekár by sa mal zaujímať, či jeho pacient fajčí a motivovať ho k abstinencii. Najzákladnejšou je intervencia 5 A, respektíve 5 P (Čupka, J. & kol. 2005; Baška, T. & Katreniaková, Z., 2010):

1. Ask - Pýtať sa – informovať sa, či pacient fajčí alebo v minulosti fajčil;
2. Advise - Poradiť – jasná, dôrazná a osobná rada pacientovi, aby prestal fajčiť;
3. Assess - Posúdiť stupeň motivácie k ukončeniu fajčenia;
4. Assist - Pomôcť pri odvykaní – poradiť, podporiť, vytvoriť plán, ako prestať fajčiť;
5. Arrange follow-up - Plánovať kontroly – rozvrhnúť ďalšie sledovanie pacienta.

V odvykaní fajčenia dnes existuje aj viacero farmakologických možností. Sú to najmä nikotínové náhrady, akými sú náplasti, žuvačky, pastilky, nikotínové spreje a pod. Okrem toho sa využívajú antidepresíva, akým je bupropion, relatívne nový preparát vareniklín, respektíve preparáty druhej línie: klonidín a nortriptylín (Fiore, M. C. & kol., 2008). Pri využití farmák, ktorých hlavnou úlohou je znižovanie intenzity abstinенčných príznakov, spolu s poradenstvom v protifajčiarskych poradniach, sa dosahuje 30 % dlhodobý efekt v odvykaní od fajčenia. Základnou podmienkou v tomto odvykacom procese je vlastné presvedčenie a pevná vôľa fajčiara (Chovan, L., 2006).

Odmenou pre bývalého fajčiara sú nasledujúce reakcie organizmu na poslednú cigaretu (Králiková, E. & Kozák, J. T., 2003):

- po 20 minútach – nastávajú zmeny v kardiovaskulárnom systéme, upravuje sa krvný tlak a pulzová frekvencia, zlepšuje sa prekrvenie končatín;
- po 8 hodinách – saturácia kyslíku v krvi je v norme, hladina CO je polovičná;

- po 24 hodinách – hladina CO je nulová, zlepšujú sa respiračné funkcie; obnovuje sa samočistiaca schopnosť pľúc, čo sa prejaví produktívnym kašľom;
- po 48 hodinách – hladina nikotínu v organizme je nulová, zlepšuje sa chuť a čuch;
- po 72 hodinách – zlepšuje sa dýchanie, dýchacie cesty sú rozšírenejšie;
- po 12 týždňoch – zlepšuje sa funkcia kardiovaskulárneho systému, lepšia schopnosť chôdze a behu;
- po 3-9 mesiacoch – vitálna kapacita pľúc je o 5-10 % v priemere lepšia, ústup kašľa, dušnosti, stridoru;
- po 1 roku – významný pokles rizika ochorení v spojení s fajčením;
- po 5 rokoch – pokles rizika vzniku infarktu o 50 %;
- po 10 rokoch – pokles rizika vzniku karcinómu pľúc o 50 %, riziko vzniku infarktu je ako u nefajčiara.

Ukončenie fajčenia má okamžitý a dlhodobý efekt aj u seniorov. V prípade zanechania fajčenia vo veku 65 rokov získava človek priemerne viac ako dva roky strednej dĺžky života. Už po niekoľkých mesiacoch dochádza k zlepšeniu zdravotného stavu aj kvality života. (Roche, J., 2008).

Záver

Fajčenie je škodlivé pre všetky vekové kategórie bez rozdielu pohlavia. Má nebezpečné účinky na zdravie človeka, postihuje rôzne orgány ľudského tela. V cigaretovom dyme môžeme detekovať viac ako 4 000 chemických zložiek, z toho viac ako 50 je karcinogénnych. Cigaretový dym je rakovinotvorný. Prestať fajčiť má zmysel v akomkoľvek období, v každom veku. Vhodnými postupmi fyzioterapie spolu s uplatnením psychoterapie je možné fajčiara motivovať, aktivizovať jeho respiračný a kardiovaskulárny systém, zlepšiť a udržiavať jeho kvalitu života a zdravia.

Referenčný zoznam

- Baška, T. (2008). *Prevenia užívania tabaku u školskej mládeže*. Martin: Národná koalícia na kontrolu tabaku a JLF UK. 64 s.
- Baška, T., & Katreniaková, Z. (2010). *Základy prevencie užívania tabaku*. Martin: JLF UK v spolupráci s občianskym združením Stop fajčeniu a Národnou koalíciou pre kontrolu tabaku v SR. 101 s.
- Bencko, V. & kol. (1998). *Hygienu*. Praha: Karolinum – nakladateľství Univerzity Karlovy. 186 s.

- Britton, J., & Godfrey, F. (2006). Lifting the smokescreen. *European Respiratory Journal*, 27 (5), 871-873.
- Casaburi, R., & Zuwallak, R. (2009). Pulmonary rehabilitation for management of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*, 360 (13), 1329-1335.
- Čupka, J. & kol. (2005). *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
- Dylevský, I. (2009). *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing. 544 s.
- Fiore, M. C. & kol. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence*. Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
- Gerhardsson de Verdier, M. (2008). The big three concept: a way to tackle the health care crisis? *Proceedings of the American Thoracic Society*, 5 (8), 800-805.
- Chovan, L. (2006). Manažment chronickej obštrukčnej choroby pľúc. *Via pract*, 3 (2), 67-70.
- Kavcová, E., Halašová, E., & Dzian, A. a kol. (2010a). *Karcinóm pľúc*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave & Jeseniova lekárska fakulta v Martine. 675 s.
- Kavcová, E., Ondrušová, M., & Dzian, A. (2010b). Karcinóm pľúc prekročil hranice tretieho milénia–I. časť. *Via pract*, 7 (5), 215-221.
- Kimáková, T. (2008). Čo ovplyvňuje naše zdravie? *Bedeker zdravia: sprievodca svetom zdravia*, 4 (6), 120-121.
- Kolář, P. & kol. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s.
- Králíková, E., & Kozák, J. T. (2003). *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf. 130 s.
- Matula, B. (2009a). Systémové dôsledky chronickej obštrukčnej choroby pľúc a komorbidity. *Via pract*, 6 (9), 347-349.
- Matula, B. (2009b). Vývoj chronickej obštrukčnej choroby pľúc a fajčenie. *Via pract*, 6 (7-8), 295-299.
- Novák, M. & kol. (1980). *O kouření*. Praha: Avicenum. 164 s.
- Puente-Maestu, L. & kol. (2003). Training improves muscle oxidative capacity and oxygenation recovery kinetics in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *European Journal of Applied Physiology*, 88 (6), 580-587.
- Roche, J. (2008). Tabagisme de la personne âgée. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 8 (45), 3-8.
- Rovný, I. & kol. (2011). *Vybrané kapitoly Verejného zdravotníctva I*. Banská Bystrica: PRO. 180 s.

- Sovinová, H. (2009). Fajčenie tabakových výrobkov a jeho nepriaznivý vplyv na ľudské zdravie. *Sociálna prevencia – Legálne drogy – prevencia*, 4 (3), 9-10.
- Ševčíková, L. & kol. (2006). *Hygiena*. Bratislava: Univerzita Komenského. 328 s.
- Velicer, W. F. & kol. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis in Health and Disease: International Journal Devoted to Integrative Brain Functions and Homeostatic Systems*, 38 (6), 216-233.
- Véle, F. (2006). *Kineziologie. Přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. Praha: Triton. 375 s.

POHYB JAKO TERAPIE – EFEKTIVITA INTERVENČNÍHO POHYBOVÉHO PROGRAMU NORDIC WALKING NA VYBRANÉ ANTROPOMETRICKÉ PARAMETRY U ŽEN 45+

MOVEMENT AS THERAPY - EFFECTIVITY OF THE INTERVENTION MOVEMENT PROGRAM NORDIC WALKING ON SELECTED PARAMETERS ANTHROPOMETRIC IN WOMEN 45+

Jan Schuster, Emil Řepka

Abstrakt: Aplikací dvanácti týdenního pohybového intervenčního programu, jehož pohybový obsah byl tvořen Nordicwalking, se podařilo dosáhnout změn v tělesné struktuře probandů. Monitoringem změn v oblasti tělesného tuku a hmotnosti před a po aplikace intervenčního pohybového programu pomocí metody BIA byly zjištěny změny v úbytku celkového a viscerálního tuku. Hmotnost se snížila průměrně o 2, 02 kg, celkový tuk se snížil o 1, 84 kg a množství viscerálního tuku se snížilo o 0, 64 bodu. Během aplikace intervence došlo i k zrychlení chůze, kdy na začátku programu se probandé pohybovali rychlostí 3, 9 km/h, na konci programu rychlostí 5, 7 km/h, kdy zvyšování rychlosti během programu má lineární charakter.

Klíčová slova: intervenční pohybový program, NordicWalking, efektivita, bioelektrická impedanční analýza

Abstract: Of twelve weekly applications movement intervention program whose content movement was formed Nordic walking, managed to achieve changes in the physical structure of the probands. Monitoring changes in body fat and weight before and after the movement interventionprogram by using theBIA method changes were found in the decrease of total and visceral fat. Weight decreased by an average of 2. 02 kg, total fat decreased by 1. 84 kg and the amount of visceral fat decreased by 0. 64 points. During the application of intervention was also to speed walk, when at the start of the probandspohybvovali speed of 3. 9 km / h, at the end of the speed of 5. 7 km / h when the speed increases during the program has a linear character.

Keywords: *intervention motion program, Nordic Walking, effectiveness, bioelectrical impedance analysis*

Úvod

Aplikace intervenčních pohybových programů by měla přinést předpokládanou efektivitu. Zjistit efektivitu programu můžeme z několika hledisek, kdy každé hledisko má jistě své opodstatnění. Ovšem očekává se efektivita v oblasti antropometrických ukazatelů a též v oblasti psychosociální, která je minimálně motivační podporou celého programu, slouží k zavedení příznivého klimatu ve skupině a tedy i zvýšení adheze k pohybové aktivitě. Na základě zkušeností s aplikací intervenčních programů, lze upřednostnit oblast psychosociální, kdy pozitivní výsledky zde se promítnou i do zvýšené efektivity v oblasti antropometrických ukazatelů.

Teoretická východiska

V kontextu s moderními trendy životního stylu je otázkou, kolik a jak by se měl každý pohybovat, aby při nejmenší časové ztrátě a s nejmenším úsilím docílil maximálního efektu, tj. podpory zdraví a udržení vysoké pohybové aktivity. Pokud chceme definovat jaké je minimální dávka tělesné zátěže k zachování zdraví, je asi vhodné vycházet z hypotézy, že za posledních méně než 20 generací se v rozvinutém světě radikálně změnil způsob života většiny populace. Nový způsob života přináší velký přebytek kalorického příjmu a zároveň těžký úbytek energetického výdeje omezením fyzické aktivity – většina populace trpí hypokinézou. Adekvátní změna naší genetické výbavy kompenzující nové životní podmínky zřejmě dosud nestačila proběhnout (MÁČEK, MÁČKOVÁ, RADVANSKÝ, 2005). Stále však platí, že pohybová aktivita je základním nefarmakologickým postupem v léčbě obezity (MATOULEK, ŠUPOVÁ, 2008). Nemusí jít však nutně pouze o léčbu. Jako preventivní faktor zvyšování tělesné hmotnosti může působit elementární schopnost člověka přemísťovat se a to chůzí. Chůze jako taková je v evropských zemích oblíbenou pohybovou aktivitou, neboť neklade nároky na speciální dovednosti, materiál a je vhodná téměř pro všechny věkové kategorie (BALÁŠ, POSPÍŠILOVÁ, 2010; DAVISON GRANT, 1993). Dynamická forma chůze se zapojením horních končetin přidáním hůlek se nazývá NordicWalking. NordicWalking je relativně mladá sportovní disciplína, kdy za datum oficiálního vzniku považujeme vznik mezinárodní asociace INWA (International Nordic Walking Association) v roce 2000. Mezinárodní název pro tuto disciplínu NordicWalkig byl však zveřejněn již v roce 1997 (ŠKOPEK, 2010). Účinky na organismus jsou různorodé, ale ne vždy jednoznačné. Především

u aerobně trénovaných jedinců nemusí tento typ zátěže přinést náležitý tréninkový efekt, kdy u vzorku šesti žen ve věku 27, $s = 1,0$ let, s průměrnou hmotností 56, $s = 5$ kg, a průměrnou výškou 164, $s = 4$ cm tuto tezi prokazují Baláš a Pospíšilová. Je nutno dodat, že se jednalo o ženy nadprůměrnými hodnotami aerobního výkonu na vstupu a jak uvádějí autoři, výsledky nelze zobecnit. Všechny sledované fyziologické parametry (VO_2 , VE, SF, energetická náročnost) byly sice vyšší u NW, ale významný rozdíl byl shledán pouze u VE. Přesto uvedené rozdíly mohou být významné pro populaci bez pravidelné pohybové aktivity dostačující. Rozdíly SF mezi chůzí a NW byly 4-10 tepů. min^{-1} . Autoři též prokázali vyšší fyziologickou odpověď při použití delších holí (75 % oproti 55 % a 65 % tělesné výšky) (BALÁŠ, POSPÍŠILOVÁ, 2010). Vliv aplikace NordicWalking jako součásti komplexní intervence prokazuje aplikace programu v trvání průměrně 21 dní, kdy se zúčastnilo 328 probandů. Efektivita programu byla monitorována pomocí BIA a byl prokázán signifikantní úbytek celkové hmotnosti 6, 18 kg u mužů a 4, 28 kg u žen, úbytek tělesného tuku 4, 5 kg u mužů a 3, 52 kg u žen (PODĚBRADSKÁ, STEJSKAL, SCHWARZ, PODĚBRADSKÝ, 2011). Na tento fakt poukazuje i realizovaná intervence, kde pohybovou náplní byla „pouze“ chůze, kterou probandé v rámci chodeckého programu a to pětikrát týdně po dobu 30 minut v podobě tzv. „svižné“ chůze (BriskWalking) po dobu dvanácti týdnů. Po absolvování intervence došlo ke statisticky významným změnám u parametrů vztahujících se k tukové tkáni. Největší pokles byl zaznamenán v zastoupení tělesného tuku o 0,8 kg, procentuálního zastoupení tělesného tuku o 0,8% a viscerálního tuku o 4,5 cm^2 . V ostatních parametrech nebyly zjištěny významné rozdíly mezi intervenční a kontrolní skupinou (CUBEREK, GÁBA a kol., 2014).

Účinek NordicWalking není jen v oblasti tělesného tuku. Můžeme říci, že se jedná o komplexní působení na lidský organismus, především eliminaci možného poškození velkých kloubů v důsledku kombinace pohybové aktivity se zvýšenou hmotností. Použití holí redukuje vertikální reakční síly a extenční úhlové impulsní a opěrné momenty v kolenním kloubu (odlehčení velkého kloubu). Dále NW posiluje hluboký stabilizační systém, tvaruje lýtka, zpevňuje hýžděové svaly a pomáhá rozvíjet trup (DÝROVÁ, LEPKOVÁ, 2008). Pravidelnou aplikací NW lze dosáhnout nižších hodnot srdeční frekvence, kdy jde v podstatě o úsporné opatření, kdy se snižuje spotřeba kyslíku myokardu při stejné zátěži a stejném minutovém výdeji, protože tepový objem se zvyšuje. Výše adaptace se vytváří postupně a dosáhne optimální úrovně asi po 4-6 týdnech, projeví se poklesem SF v rozsahu asi 12-15 tepů za minutu při stejné zátěži proti hodnotám před zahájením pravidelného tréninku. Pravidelný trénink tedy mění rovnováhu mezi sympatickým a parasympatickým vegetativním systémem tak, že se zvyšuje aktivita parasympatiky a klesá sympatiky (MÁČEK, RADVANSKÝ, 2011).

Charakteristika experimentálního souboru

Výzkumná skupina byla sestavena z 14 žen věku od 45 let. Nejnižší věk byl 45 let, maximální 60 let. \bar{X} věk skupiny 51,3 let. \bar{X} BMI bylo 29,42, kdy nejvyšší 35,4, nejnižší 18,7. \bar{X} hmotnost 79,11 kg, nejvyšší 111,4 kg, nejnižší 56,6 kg. Probandé výzkumné skupiny měli diferenciovanou fyzickou zdatnost a různý zdravotní stav - patní ostruhy, artróza, výhřez plotének v bederní oblasti, hypertenze, karcinom děložního čípku ad.

Organizace výzkumného šetření

V úvodu realizace projektu byl sestaven materiál, který informoval o obsahové náplni 12-ti týdenního intervenčního programu a jeho záměru. Na základě distribuce tohoto materiálu byla iniciována úvodní kontaktní schůzka a ze zájemců o byla sestavena výzkumná skupina. Výzkumné skupině byl představen a předán podrobný plán a popis celého intervenčního programu včetně časového programu jednotlivých lekcí a jejich obsahová náplň s důrazem na termíny vstupních, výstupních a průběhových měření. Dále byl předán sestavený edukační materiál spolu s poučením, za jakého standardu je nutné absolvovat jednotlivá měření a jak monitorovat ranní klidovou frekvenci v domácích podmínkách.

Hlavní částí projektu bylo sledování změn tělesné kompozice pomocí metody BIA, kdy vstupní i výstupní měření BIA bylo realizováno za standardizovaných podmínek, ve stejný čas a den týdne. Součástí souborných měření bylo také zjištění základních vstupních/výstupních antropometrických parametrů (hmotnost, výška, obvod pasu a boků). Po úvodních měřeních následovala první lekce IPP se zaměřením na nácvik správné techniky NordicWalking. Následná koordinace lekcí, sledování docházky probandů byla realizována pomocí serveru tymuj.cz. Na serveru byl vždy vyvěšen čas a místo startu lekce a zpětná vazba pro probandy v podobě hodnot celkového času lekce, délka trasy, průměrná rychlost, tempo, maximální a minimální nadmožská výška, stoupání, klesání a také obrázek trasy. Tyto údaje byly měřeny mobilním telefonem, pomocí androidové aplikace Sportypal.

Použité metody

Bioelektrická impedanční analýza

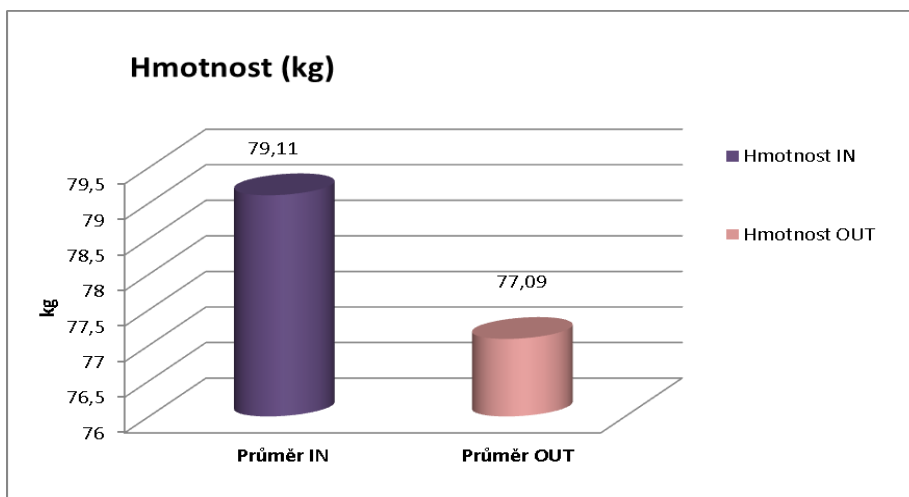
Princip BIA spočívá v rozdílech šíření elektrického proudu nízké intenzity v různých biologických strukturách. Tukuprostá hmota s vysokým podílem vody a elektrolytů je dobrým vodičem. Naproti tomu tuková tkáň se chová jako izolátor. Využití konstantního střídavého proudu nízké intenzity vyvolává impedanci vůči šíření proudu, která je závislá na frekvenci, délce vodiče, jeho konfiguraci a průřezu. „Hodnota odporu tkáně, tzv. bioelektrická impedance

je nepřímou úměrná objemu tkáně, kterým elektrický proud prochází.“ (RIEGEROVÁ J., PŘIDALOVÁ M., ULBRICHOVÁ M., 2006). Měření bylo realizováno přístrojem TANITA BC-418, tetrapolárním přístroji pro stanovení segmentální BIA. Tanita BC 418 odpovídá náročným evropským normám pro zdravotnictví MedicalDeviceDirective 93/42/EEC a osobní váhy Non Automatic Weighing Instruments European Directive 90/384/ EEC (MENCLDIAG [online], 2013).

Výsledky a diskuze

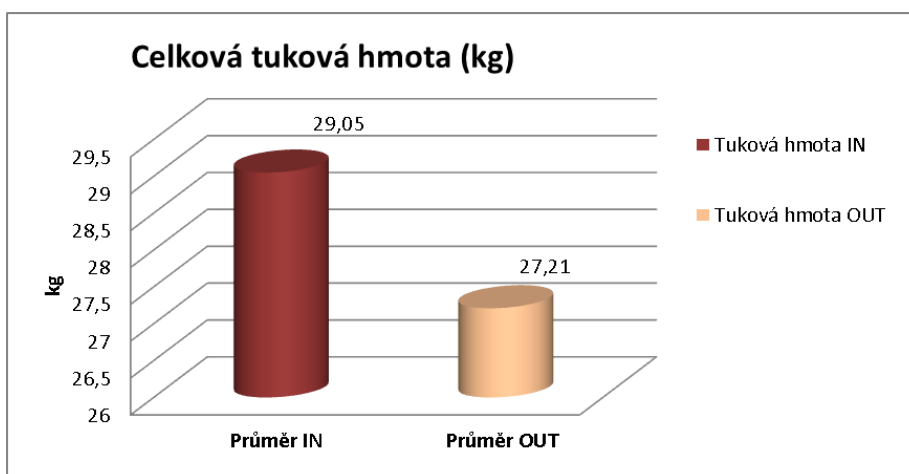
Intervenční skupino, tvořilo 14 žen průměrného věku 51,3 let. Jednalo se o soubor netrénovaných jedinců, kteří neměli konkrétní zkušenost v disciplíně NW.

V oblasti antropometrie bylo u probandů sledována hmotnost, celková tuková hmota, množství viscerálního tuku a některé další parametry, které nejsou součástí tohoto sdělení. Aplikací pohybové intervence došlo, mimo jiné, k poklesu hodnot tělesné hmotnosti, a to průměrně o 2,02 kg (Graf 17). Celková hmotnost se snížila u 8 probandů (57,12 %) a vzrostla u 6 probandů (42,84 %). Tento údaj je citlivý na změny v pohybovém rytmu probandů, kdy změny v tělesné struktuře mohou být spojeny s korelací mezi tukovou a svalovou tkání v důsledku aplikace pohybové zátěže. V tomto kontextu bude důležité vyhodnotit tyto vzájemné korelace, kdy u některých probandů dochází k poklesu celkové tělesné hmotnosti, ale nezanedbatelná část intervenční skupiny celkovou hmotnost zvyšuje. Otázkou je, co je příčinou. Můžeme zde uvažovat nad monitoringem stravovacích návyků, kdy z důvodu zvýšení pohybové aktivity dojde i k zvýšení energetického příjmu. Vzhledem k typu zátěže z hlediska zapojení velkých svalových skupin na zádech a horních končetinách může být nárůst hmotnosti spojen i se zvýšením zastoupení svalové tkáně v tělní struktuře. Průměrný pokles celkové hmotnosti v intervenční skupině o 2,02 kg za 12 týdnů intervence však zle považovat za pozitivní sloužící především k zamyšlení na další rozpracování intervence ve smyslu intenzity a objemu, případně pohybový program transformovat do podoby komplexního intervenčního programu s využitím i nutričních omezení pro probandy.

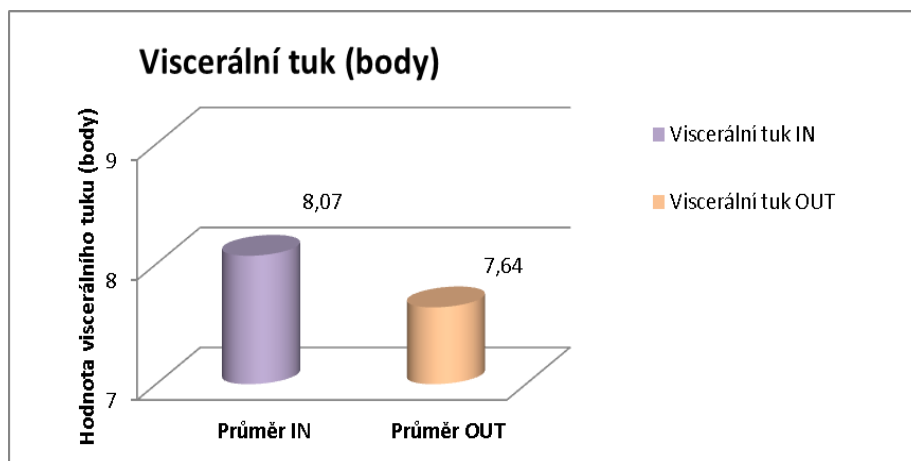


Graf 17: Hmotnost_IN/OUT, kg (n-14)

Za závažnější výsledek ve vztahu k efektivitě pohybové intervence lze považovat pozitivní změny v oblasti tukového spektra probandů, kdy se průměrně snížila hodnota celkové tuku o 1,84 kg (Graf 18). Hodnota tuku klesla u 12 probandů (85,68 %) a zvýšila se u dvou probandů (14,28 %). Závažnost výsledku ještě podtrhují změny v množství viscerálního tuku (Graf 19), kdy došlo u 6 probandů (42,84 %) k snížení množství viscerálního tuku, u 6 zkoumaných (42,84 %) se hodnota útrobního tuku nezměnila a zbylým dvěma (14,28 %) se hodnota zvýšila. Stagnace či navýšení množství viscerálního tuku může souviset s „rozvolnění“ stravovacích návyků během intervenčního programu. Z tohoto důvodu pro zvýšení efektivity intervenčního programu lze doporučit NW jako součást komplexního intervenčního programu.



Graf 18: Celková tuková hmota_IN/OUT, kg (n=14)



Graf 19: Viscerální tuk_IN/OUT, (n=14)

Za faktor rostoucí zdatnosti by mohla být považována také zvyšující se průměrná rychlost skupiny, která vzrostla z 3,9 km/h na 5,7 km/h (tab. 34). Z našeho pohledu jde o posun v úrovni fyzické kondice u probandů a můžeme uvažovat i o pozitivních změnách v oblasti motivace a adheze k pohybovým aktivitám u probandů, kteří nebyli před intervencí pohybově aktivní. Zvýšení rychlosti chůze má lineární charakter.

Tab. 34: Kilometráž a rychlost chůze v lekcích

lekce č.	průměrná rychlost km/h	délka trasy v km
1	3,9	8,22
2	4	5,14
3	4,2	5,02
4	4,5	5,35
5	4,7	8,25
6	4,7	6,15
7	5,3	5,79
8	4,6	7,54
9	4,7	7,65
10	4,9	7,92
11	5,1	8,09
12	5,7	8,14

Závěr

Intervenční pohybový program prokázal svou efektivitu na základě zjištěných změn v tělesné struktuře probandů v kontextu s pravděpodobným zlepšením i kondiční stránky. Průměrného zlepšení bylo dosaženo u parametru tělesné hmotnosti i u parametru tělního tuku, kdy bohužel nebylo dosaženo rovnocenných výsledků u všech probandů intervenční skupiny. Aplikace intervenčního pohybového programu měla i sociální rozměr, kdy subjektivně lze

hodnotit zvýšení vztahové adheze ve skupině atmosféru při lekcích NW lze charakterizovat slovy: komunikace, vzájemná pomoc a podpora, veselá nálada a týmový duch.

Referenční seznam

- BALÁŠ, J., POSPÍŠILOVÁ, P. Fyziologické zatížení při chůzi s holemi (NordicWalking) a bez nich u aerobně trénovaných žen. *Studia kinantropologica*. 2010, roč. 11, č. 1., s. 46-49. České Budějovice: KTVS PF JU. ISSN-1213-2101.
- CUBEREK, R., GÁBA, A. a kol. *Chůze v životě starších žen se sedavým zaměstnáním*. Olomouc: FTK, 2014, 84 s. ISBN 978-80-244-4376-8.
- DÝROVÁ, J., LEPKOVÁ, H., et. al. *Kardiofitness*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2008, 189 s. ISBN 978-80-2472-273-3.
- MÁČEK, M., RADVANSKÝ J., et. al. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. Praha: Galén, 2011, 245 s. ISBN 978-80-7262-695-3.
- MÁČEK, M., MÁČKOVÁ, J., RADVANSKÝ, J. Jaká je nejnižší účinná dávka pohybové aktivity? *Medicina sportiva bohemika & slovacca*. 2005, roč. 14, č. 3., s. 140–148. Praha: Česká společnost tělovýchovného lékařství. ISSN 1210-5481.
- MATOULEK, M., ŠUPOVÁ, R. Fyzická aktivita v léčbě obezity v praxi. *Postgraduální medicína*. 2008, roč. 10, č. 6., s. 654–657, Praha: Mladá fronta. ISSN 1212-4184.
- MENCL DIAG, *Profesionální přístroje Tanita* [online]. ©2013 MD [cit. 6. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.mencldiag.cz/pristroje/tanita-bc-418-ma>.
- RIEGEROVÁ, J., PŘIDALOVÁ, M., ULBRICHOVÁ, M., *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu*. Olomouc: Hanex, 2006. 262 s. ISBN 80-85783-52-5.
- ŠKOPEK, M. *Nordic Walking*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, a.s., 2010. 96 s. ISBN 978-247-3242-8.

PODPORA ZDRAVÍ V NEMOCNICI PELHŘIMOV

HEALTH PROMOTION IN THE HOSPITAL PELHŘIMOV

Pavčina Fridrichovská

Abstrakt: *Text je zaměřen na problematiku podpory zdraví, její praktické provádění a naplňování standardů HPH. Praktické provedení a jeho výsledky jsou demonstrovány na konkrétním příkladu Nemocnice Pelhřimov. Jsou zde rozebrány jednotlivé mezinárodní standardy HPH i teoretická východiska podpory zdraví. Druhá část textu se soustřeďuje na podporu zdraví pacientů jako implementaci standardů HPH do léčebného procesu s nabídkou pomoci při aktivní změně životního stylu a také na podporu zdraví komunity se zaměřením na jednotlivé projekty realizované v Nemocnici Pelhřimov.*

Klíčová slova: *podpora zdraví, zdravý životní styl, prevence, edukace, Health Promoting Hospitals (HPH), Nemocnice Pelhřimov*

Abstract: *The text is focused on a health promotion, practical implementation of the health promotion and HPH standards application. The practical implementation and its results are demonstrated on a specific example in the Pelhřimov Hospital. There are analyzed the international HPH standards and theoretical basic of the health promotion. The second part is focused on the health promotion of patients as the HPH standards implementation to the treatment process with offering assistance in an active lifestyle change, also on the community health promotion with a focus on projects realised in the Hospital Pelhřimov.*

Keywords: *health promotion, healthy lifestyle, prevention, education, Health Promoting Hospitals (HPH), Pelhřimov Hospital*

Úvod

Nemocnice Pelhřimov je akreditovanou nemocnicí okresního typu. Jejím zřizovatelem je Kraj Vysočina. Má 340 lůžek intenzivní, akutní a následné péče. O pacienty a chod nemocnice se stará 670 zaměstnanců. V roce 2011 rozhodl ředitel nemocnice Ing. Jan Mlčák, MBA o začlenění do národní a mezinárodní sítě nemocnic podporujících zdraví (HPH). V rámci výzkumného projektu „Recognition Process“, jehož cílem bylo vyhodnotit, zda proces podpory zdravotní péče a služeb v nemocnicích přispívá ke zlepšení zdraví, byl na základě

mezinárodního auditu z WHO a MZČR nemocnici udělen certifikát. Nemocnice Pelhřimov splňuje HPH standardy z 93 % a získala zlaté ohodnocení. Probíhal zde první audit nemocnic nejen v ČR, ale i ve světě.

Nemocnice se snaží organizovaně předkládat pacientům i personálu zásady zdravého životního stylu ve formě srozumitelné pro běžného občana. Snaží se pomoci se změnou a hlavně pomoci s rozhodnutím začít. Nemocniční prostředí je pro uvědomění si nedostatků a chyb v životním stylu prostředí nejvhodnější. Jediným problémem je, že pacienti často již mají obtíže, kterým lze alespoň částečně předejít včasnou změnou životního stylu, ale nikdy není pozdě udělat změnu.

Historický vývoj nemocnic vychází z jejich schopnosti léčit onemocnění, vyléčit onemocnění, a pokud léčba není možná, ulevit od bolesti a poskytnout útěchu. Tento přístup však v posledních desetiletích přestává být dostačující, je třeba reagovat na vzrůstající výskyt chronických poruch a civilizačních onemocnění, nejen v souvislosti se stárnutím populace (MZČR, 2014, on-line). Preference a pozitivní zážitky pacientů podstupujících poradenství v podpoře zdraví se týkají především dobrého vztahu mezi lékařem a pacientem, individuálního přístupu, spoluzodpovědnosti za své zdraví, povzbuzení, podpory a viditelných výsledků (Eriksson, 2013). Dnešním trendem je stále intenzivnější zařazování podpory zdraví do běžného chodu nemocnic. Ukazuje se totiž velmi důležitým prvkem v péči o zdraví pacienta, který byl doposud více či méně opomíjen.

Podpora zdraví se celosvětově rozmohla uspořádáním mezinárodní konference v kanadské Ottawě v roce 1986, na níž byla přijata Ottawská charta. Výsledkem je začlenění podpory zdraví do sociálně medicínských, politických a občanských aktivit se změnou systému péče o zdraví. Není chápána jen změnami ve zdravotnictví, ale jedná se i o posilování a rozvoj zdraví za aktivní účasti jednotlivců, skupin i organizací a společnosti jako celku (Čeledová, Čevela, 2010; Ottawa charter on-line). Pokračováním byla Lublaňská charta o reformování zdravotní péče vydána v červnu 1996. Jejím principem je především upevňovat zdraví a zvyšovat kvalitu života. Následně byla schválena v dubnu 1997 ve Vídni doporučení pro nemocnice (MZČR Vídeňská doporučení, 2014, on-line).

Teoretická východiska

Podpora zdraví

Dle Ottawské charty patří do základních zásad péče o zdraví podpora zdraví, prevence, dostupnost zdravotní péče, zdravá veřejná politika, účast obyvatel, obcí a celé společnosti v péči o zdraví a mezinárodní spolupráce. Vyzývá k novému pojetí péče o zdraví - k jeho

posilování a rozvoji. Nastává přechod od tradiční zdravotní výchovy k široce pojaté podpoře zdraví - metoda zdravotní politiky. Základní strategií je posílení aktivit na komunitní úrovni, rozvoj osobních dovedností, přeorientování zdravotnických služeb.

Podpora zdraví vychází z pěti základních principů:

- Zaměřuje se na celou populaci více než na vymezené populační skupiny vystavené vyššímu riziku určitého onemocnění.
- Věnuje se opatřením, která postihují determinanty zdraví i nemoci.
- Využívá různé doplňkové metody a postupy vedoucí ke spolupráci.
- Usiluje o účast a konkrétní podíl veřejnosti.
- Podporuje důležitou roli zdravotnických pracovníků v dalším rozvoji a plném uplatnění podpory zdraví.

Národní projekty se zaměřují na jednotlivce nebo konkrétní skupiny s cílem změnit postoj k vlastnímu zdraví a změnit chování směrem ke zdravému životnímu stylu. Dochází k tematickému zaměření na zdravé stravování, omezení kouření, prevence stresu, omezování spotřeby alkoholu, podporu pohybových aktivit. Národní projekty vycházejí z projektů Světové zdravotnické organizace (Čeledová, Čevela, 2010; Ottawa charter on-line).

Mezinárodní síť nemocnic podporujících zdraví

Síť HPH je celosvětové sdružení nemocnic podporujících zdraví a slouží mimo jiné pro zlepšení podpory zdraví v jednotlivých nemocnicích na základě spolupráce a sdílení zkušeností, vzdělávání jednotlivých členů v tématické, k inspiraci, přenášení úspěšných projektů a mnoho dalšího. Přináší možnost vzájemné výměny zkušeností mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními v různých zemích ve formě tematických projektů, mezinárodních konferencí a seminářů (Svane, 2014). Řídí se mezinárodně uznávanými principy, zásadami, doporučeními, standardy a na zdraví orientovanými ukazateli pro nemocnice poskytující zdravotní služby. Účelem mezinárodní sítě je prosazovat a podporovat šíření koncepce podpory zdraví v nemocnicích a organizacích a podporovat implementaci v zemích, regionech i mezinárodně prostřednictvím technické podpory poskytované členům a zaváděním nových a národních či regionálních sítí. Cílem WHO HPH je podporovat země při změně kultury nemocniční péče orientací na interdisciplinární práci, transparentní rozhodování a aktivní zapojení pacientů a partnerů (Štěpánková, Kalvachová, Kořínková, 2012, on-line).

Pro okamžité benefity podpory zdraví, je nutné klinickou podporu zdraví implementovat do běžného provozu a zaměřovat se individuálně na pacientovy potřeby (Tonnesen, 2014).

Preference a pozitivní zážitky pacientů podstupujících poradenství v podpoře zdraví se týkají především dobrého vztahu mezi lékařem a pacientem, individuálního přístupu, spoluzodpovědnosti za své zdraví, povzbuzení, podpory a viditelných výsledků (Eriksson, 2013). Nabídkou podpory zdraví je preventivně předcházet komplikacím a zpětnému návratu onemocnění. Sociální efekt podpory zdraví je především ekonomický, snižuje náklady na péči o pacienta (Svane, 2014).

Základní principy v rámci strategie Zdraví pro všechny, Ottawské Charty na podporu zdraví, Lublaňské Charty o reformování zdravotní péče a Budapešťské deklarace o Nemocnicích podporující zdraví by měly:

- Podpořit lidskou důstojnost, spravedlnost, solidaritu a profesní etiku.
- Zaměřit se na zlepšování kvality, pohodu pacientů, příbuzných a personálu, ochranu prostředí, vzdělávání.
- Soustředit se na zdraví dle holistického přístupu, ne pouze léčebné služby.
- Účinně a nákladově využívat zdroje a alokovat je na základě příspěvní ke zlepšení zdraví.
- Vytvářet nejtěsnější vazby s ostatními úrovněmi systému zdravotní péče a s komunitou (MZČR Vídeňská doporučení, 2014, on-line).

Aby mohl být plně využit potenciál přístupu podporujícího zdraví a dosáhnout skutečného zvýšení zdravotního přínosu z hlediska pacientů, zaměstnanců a společnosti, musí se program HPH implementovat nejen v rámci určitých projektů, ale i jako komplexní systém integrovaný do systému řízení kvality v nemocnicích (MZČR, 2014, on-line). Vyhláška č. 102/2012 o hodnocení kvality a bezpečnosti lůžkové zdravotní péče zahrnuje podporu zdraví a prevenci nemocí. Síť HPH směřuje k širšímu pohledu na celou problematiku. Zdravotní problémy určité populační skupiny vznikají následkem vztahů mezi sociálním prostředím a osobními faktory ovlivňujícími danou skupinu. HPH je také sociální entitou, která má větší potřebu orientace na zdraví, spolupracuje i s organizacemi – Zdravá města, Zdravé školy. Podpora zdraví se zaměřuje na individuální i situační faktory, které určují kroky jednotlivců. Cílem je prevence, omezení zhoršeného zdravotního stavu a zvýšení kvality života. Pro edukaci široké veřejnosti je nutné vytvářet příležitosti pro vzdělávání, zvolit srozumitelnou formu komunikace, zlepšení zdravotní gramotnosti, dovedností a návyků. Informovaný pacient může identifikovat rizika a hledat řešení během svého pobytu v nemocnici a následně po propuštění. Informovaný personál přispívá k vytváření zdravého a bezpečného prostředí (Groene, 2006; WHO Europe, 2005, 2007, on-line).

Na národní úrovni je důležité podporovat nemocniční zařízení v zavádění a hodnocení aktivit podporujících zdraví ve zdravotní péči a začlenění indikátorů a standardů podpory zdraví do systému řízení kvality péče v nemocnicích (Štěpánková, Kalvachová, Kořínková, 2012, on-line).

Podpora zdraví ve zdravotnickém zařízení

Síť českých nemocnic a organizací HPH (Health Promoting Hospitals), vznikla z podnětu Regionálního úřadu WHO. Cílem bylo zavést do zdravotnického zařízení mezinárodně užívaný přístup pro zlepšení zdravotní péče, ale i návaznost péče, zlepšení vztahu mezi nemocnicemi a veřejností. Přístup, který vede ke zvýšení spokojenosti pacientů, příbuzných a zaměstnanců. ČR se zavázala k účasti v tomto programu, tvorbě národní legislativy a činnosti státní správy, organizaci složek působících v oblasti veřejného zdravotnictví, externího hodnocení kvality. Od roku 2003 národní koordinaci programu HPH zajišťuje MZČR, spolupracuje s odborníky z fakultních nemocnic. Národním koordinátorem ČR je Mgr. Milena Kalvachová. Každá nemocnice jmenuje odpovědnou osobu za implementaci a koordinaci programu. Je to dlouhodobý proces, v němž je nutné sledovat a vyhodnocovat účinnost programu a na základě zpětné vazby ho upravovat. Tento program je od roku 2014 součástí akreditačních standardů pro nemocnice. Jedním z důležitých předpisů je zákaz kouření ve všech prostorách zdravotnického zařízení (Marx, Vlček, 2013, MZČR, 2012, 2013, on-line). V každé nemocnici je důležitá spolupráce týmu HPH s týmem pro kvalitu péče. Hlavní koordinátor HPH spolupracuje s managementem nemocnice a řídí implementaci, koordinuje program v celé nemocnici, reviduje účinnost programu. Sleduje dodržování mezinárodních standardů podpory zdraví, implementuje je do akreditačních standardů pro nemocnici (MZČR, 2013, on-line).

V roce 2011 byl realizován základní kurz pro koordinátory přihlášených nemocnic. Podzimní škola WHO v Praze proběhla formou celostátního semináře s účastí expertů WHO pod patronací MZČR a kanceláří WHO v ČR s ředitelkou MUDr. Alenou Šteflovou, Ph.D. Od roku 2011 je členem sítě devět českých nemocnic VFN, ÚVN a FN Motol v Praze, FN Olomouc, Nemocnice Jihlava, Nemocnice Pelhřimov, Nemocnice Valašské Meziříčí, Klaudiánova nemocnice Mladá Boleslav, Nemocnice Šumperk (MZČR, 2012, 2013, on-line). Program na národní úrovni spočívá v naplňování cílů WHO/HPH a pravidelných setkávání HPH koordinátorů. Součástí zavedení programu je sledování rizikových faktorů u pacientů a podpora edukace a prevence. Edukací a spoluprací s pacientem se dá mnohdy předejít následným komplikacím onemocnění nebo operačního zákroku, infekcím. V sedmi českých

nemocnicích probíhal výzkumný projekt „Recognition Process“, jehož cílem bylo vyhodnotit, zda proces podpory zdravotní péče a služeb v nemocnicích přispívá ke zlepšení zdraví pacientů i personálu. Na základě mezinárodního auditu z WHO a MZČR tyto nemocnice získaly mezinárodní certifikát s ohodnocením (MZČR, 2013, on-line; Svane, 2014).

Mezinárodní standardy podpory zdraví:

Standard č. 1. Zásady řízení podpory zdraví v organizaci – nemocnice má vypracované zásady řízení podpory zdraví, plán kvality. Má jmenovaného hlavního koordinátora, který zajišťuje činnost a koordinaci podpory zdraví v organizaci, rozpočet a personální zdroje. Má vytvořené provozní postupy a směrnice, informace pro pacienty. Všechny zásady jsou zaměřeny na pacienty, příbuzné a pracovníky organizace.

Standard č. 2. Posuzování potřeb pacientů s cílem pomoci léčbě pacientů, podpořit zdraví a celkovou pohodu pacienta – postupy pro zjišťování dat od pacientů – kouření, konzumace alkoholu, sociální situace. Zajištění systematického posuzování potřeb pacientů a následné zhodnocení. Zajištění péče o skupiny pacientů. Zajištění prevence onemocnění a rehabilitace.

Standard č. 3. Informování pacientů o opatřeních na podporu zdraví – plánované činnosti podporující zdraví při příchodu do nemocnice. Aktivní spoluúčast pacienta. Dostupnost informací v tištěné či elektronické podobě a předání kontaktů na specializované pracoviště, sociální službu, následnou péči.

Standard č. 4. Podpora zdravého pracovního prostředí, zaměřeno na zlepšení a podporu pracovních podmínek personálu – dodržování předpisů, prevence pracovních úrazů, hodnocení výkonu zaměstnanců, celoživotní vzdělávání, pohovory se zaměstnanci, dostupnost programů zaměřených na problematiku návykových látek a pohybových aktivit. Management je povinný vytvářet podmínky pro zdravé pracovní prostředí v nemocnici.

Standard č. 5. Kontinuita léčby a spolupráce při poskytování zdravotní péče – organizace má přístup ke spolupráci s jinými úrovněmi služeb zdravotní péče, návaznost zdravotní a sociální péče, regionální zdravotní plán. Plán péče o pacienta po propuštění (Groene, 2006, on-line).

Podpora zdraví pacientů v Nemocnici Pelhřimov

Většina pacientů má jedno nebo i několik chronických onemocnění. Tito pacienti kromě lékařských zákroků a farmakoterapie vyžadují také pomoc s cílem dosažení co nejvyšší kvalita života. Často potřebují podporu v souvislosti s nutnou změnou životního stylu nebo

dodržováním složitého režimu užívání léků či stravování. Tato opatření mohou zkrátit délku pobytu v nemocnici, omezit komplikace a zvýšit spokojenost pacientů. Zhoršení zdravotního stavu činí pacienty vnímavější vůči radám a informacím, proto je pobyt v nemocnici příležitostí k uvědomění si, změně chování, aktivnějšímu přístupu ke svému zdraví. Důležitá je i komunikace s pacientem, pacienti reagují lépe, pokud mají pocit, že se spolupodílejí na rozhodovacím procesu o léčbě.

V průběhu vstupního lékařského vyšetření a ošetřovatelské anamnézy zjišťujeme a hodnotíme faktory všeobecných rizik. Na základě zjištěných údajů dochází k individualizaci léčebných a ošetřovatelských plánů. Pokud bude identifikován problém, zdravotnický pracovník předává potřebné informace, či kontakty na příslušné specialisty. Pokud pacient projeví zájem o další informace, nebo o aktivní změnu životního stylu, poskytneme mu potřebně informace v těchto oblastech: výživa, odvykání kouření, nadužívání alkoholu, pohybová aktivita. Před propuštěním pacienta je naplánována i následná péče s ohledem na sociální stránku a úpravu domácího prostředí. Péči o pacienta v domácím prostředí zajišťuje naše domácí péče (Fridrichovská, 2016).

Podpora zdraví komunity v Nemocnici Pelhřimov

Smyslem podpory zdraví komunity je s touto problematikou seznámit co nejširší okruh lidí. Tato výchova je velmi přínosná pro všechny věkové kategorie. Výchova by měla směřovat ke všímavosti k varovným známkám, které mohou signalizovat onemocnění. Hraje zde roli silná osvěta a mediální podpora (Fait, Vrablík, Češka, 2008). Důležité je ochránit a posílit zdraví a též zabránit vzniku nemoci. Zdravotnictví se podílí preventivním lékařstvím, činnostmi v oblasti ochrany veřejného zdraví a výchovou ke zdraví. Ochrana veřejného zdraví je specifická činnost uplatňující se v ochraně životního a pracovního prostředí, hygieně komunální, výživě, péči o děti a dorost, práci, epidemiologii. Novějším cílem je zdraví posilovat, rozšiřovat potenciál zdraví, utvářet pozitivní zdraví (Čeledová, Čevela, 2010). V Nemocnici Pelhřimov v současné době realizujeme tyto projekty podporující zdraví:

Prenatální péče. Cyklus přednášek pro nastávající maminky a rodinné příslušníky zaměřené na stravování v těhotenství, pohybovou aktivitu, změny těla v těhotenství, přípravu na fyziologický porod, laktační poradenství a pomůcky k laktaci, ukázka péče o novorozence. Předporodní dotazník pro rodičku, individuální porodní plán. Přednášky jsou doplněné o cvičení pro těhotné a prohlídkou porodního sálu.

Doktora se nebojíme, aneb s úsměvem do nemocnice. Tento projekt zaměřujeme za žáky základních a mateřských škol. Obsahem je seznámení se s nemocničním prostředím

a návštěvou dětského oddělení, ukázka práce lékařů a sestřiček. Lékař dětem vysvětluje, proč a jak je bude vyšetřovat. Děti si hrají na lékaře a sestřičku, oblékají si jednorázový plášť, ústenku, rukavice a vyšetřují panenku Cecilku. Panenka Cecilka seznamuje děti s lidským tělem a orgány. Děti se seznamují s přístroji v nemocnici, poslouchají si srdíčko a plíce fonendoskopem, seznamují se s tonometrem. Učí se základnímu vybavení lékárničky, základům první pomoci, jak si chránit své zdraví a prevenci úrazů u dětí. Ve předškolní výchově se zaměřujeme na seznámení s lidským tělem a jak se chránit před úrazem.

První pomoc a prevence úrazů. Přednáška pro rodiče a zájemce z řad veřejnosti příměstských částí Pelhřimova s tématy bezpečný domov a jak ochránit své dítě před úrazem. Teoretická prezentace s následnou praktickou výukou KPR na modelu dítěte a dospělého.

Zdraví do škol. Přednášky pro žáky pátých tříd na téma zdravé stravování, pohybová aktivita, pitný režim. Práce ve skupinách. Vytvoření pyramidy potravin, vhodného a nevhodného pitného režimu z donesených letáků. Rozdělení potravin dle tuků, cukrů a bílkovin. Sestavení vhodného pohybového režimu s vysvětlením významu pohybu pro tělo s cílem vytvoření návyku ke zdravému životnímu stylu a motivace dětí. Další téma je první pomoc a prevence úrazů, komunikace s operátorem při volání RZP, základy první pomoci, prevence úrazu, vybavení lékárničky, obvazové techniky, ukázka KPR na modelu. Přednášky pro žáky devátých tříd na téma zdravé stravování. Cílem je posilovat a zlepšovat své zdraví, prevence civilizačních onemocnění. Přednáška je zaměřena na přípravu stravy a kvalitu potravin. Návaznost na přednášky pro páté třídy. Formou zábavného kvízu děti aktivujeme k přemýšlení o stravě, co a jak mám jíst. Uvědomění si porce ovoce a zeleniny během dne, vážení donesené zeleniny a ovoce. Spočítání si kalorické hodnoty jednotlivých potravin a porovnání jednotlivých potravin. Zaměřujeme se i na pitný režim.

Hygiena rukou. Praktická ukázka mytí rukou zaměřená na pacienty, návštěvníky nemocnice, širokou veřejnost. Všichni si mohou vyzkoušet správné mytí rukou s následnou kontrolou pod speciální lampou a proškolením hygienicko-epidemiologické specialistiky. Cíleně se zaměřujeme na 1. a 3. třídy základních škol k zopakování základních hygienických návyků a prevenci onemocnění. Děti se hravou formou učí mýt své ruce s následnou kontrolou pod speciální lampou s dohledem hygienicko-epidemiologické specialistiky a pedagogickým pracovníkem. Ve skupinkách malují a vyplňují otázky na hygienu rukou a jak si chránit své zdraví před onemocněním.

Studenti v nemocnici. Zájemcům o studium zdravotnických oborů ukazujeme, jak vypadá nemocnice uvnitř. Návštěvou jednotlivých oddělení nemocnice, praktickou modelovou ukázkou kardiopulmonální resuscitace na oddělení ARO, poučením o první pomoci se snažíme

rozšířit zdravotní gramotnost a prohloubit znalosti. Přiblížení práce lékařů a všeobecných sester, laborantů v celé nemocnici, ukazujeme i různé vyšetřovací metody a přístroje.

Podpora zdraví dětí v nemocnici. Návštěva zdravotního klauna, dobrovolnictví, čtecí babičky, hasiči si chodí hrát s dětmi, kulturní vystoupení dětí ze škol, divadelní vystoupení.

Den pro zdraví. Prevence zaměřená na civilizační onemocnění, pro pacienty a veřejnost. Měříme glykémii, vyšetřujeme ledvinné funkce z moči, TK, BMI, speciální vážení s výpočtem procenta tuku v těle. Následně vyhodnocujeme výsledky a zajišťujeme odborné poradenství a edukaci. Při zjištěné patologické hodnotě zapsání hodnot do zdravotnické dokumentace a naplánujeme kontroly. Provádíme i poradenství zdravého životního stylu a jak aktivně stárnout. Praktický nácvik na modelu KPR pod dohledem specialistů, rady jak na první pomoc. Samovyšetření prsu a varlat na praktickém modelu pod dohledem specialistů z Loono. Na přednáškových stěnách jsou informace o zdravém životním stylu, edukačních map a salutogenezi.

Den diabetu. Prevence civilizačních onemocnění se zaměřením na DM pro širokou veřejnost. Všem pacientům nabídnuto měření glykémie a TK, při patologické hodnotě měření glykovaného hemoglobinu a konzultace specialistou s naplánováním dalšího sledování, zápis do zdravotnické dokumentace. Pro zájemce probíhá měření glykémie, glykovaného hemoglobinu, C peptidu, vyšetření moči, TK, BMI, speciální vážení s výpočtem procent tuku v těle, vyhodnocení výsledků s následným odborným poradenstvím specialistou, nutriční poradenství, poradenství zdravého životního stylu a vhodných pohybových aktivit, kontakty na odborné ambulance dle zjištěných výsledků. Informace o onemocnění a prevence diabetické nohy na přednáškových stěnách v Atriu hlavní budovy. Nabídka doplňkové péče o diabetika s cílem zvýšit kvalitu života a edukace diabetiků za pomoci edukačních map péče prováděné specialistou. Ukázka pomůcek pro diabetiky.

Zdravé stárnutí. V nemocničním prostředí se zaměřujeme na péči o seniory s cílem aktivního stárnutí. Projekt probíhá na oddělení pro dlouhodobě nemocné se zapojením zaměstnanců a dobrovolníků. Patří sem aktivity zaměřené na rehabilitaci, nácvik sebeobsluhy, trénování paměti, logopedie, ale i psychická podpora. Pěvecká vystoupení dětí zaměstnanců, kulturní vystoupení žáků škol, zdobení perníčků, výroba z hlíny, hraní deskových her, posezení s harmonikou, výzdoba oddělení.

Závěr

Ve Zdraví 2020 (2014) se uvádí, že 80 % všech nemocí jsou nemoci, jimž lze předcházet. Efektivní primární prevencí je možné snížit výskyt závažných chronických

onemocnění především prováděním aktivit, které jsou zaměřené na zvládnutí těchto rizikových faktorů: hypertenze, hypercholesterolemie, hyperglykémie, nadměrná tělesná hmotnost, nedostatečná pohybová aktivita, kouření a nadměrná konzumace alkoholu. Tímto způsobem by bylo možné snížit počet roků ztracených nemocemi a předčasným úmrtím v Evropě o 60 %.

Od vstupu nemocnice Pelhřimov do programu HPH se management nemocnice v této problematice mnohému naučil a veškeré aktivity jsou velmi přínosné pro pacienty i zaměstnance. Naším cílem je předávat informace o podpoře zdraví mezi co největší částí populace. Prevence a podpora zdraví patří mezi účinné pozitivní prostředky ovlivňování faktorů životního stylu. Péče o vlastní zdraví by měla být úkolem každého z nás. Každý by se sám měl zamyslet, jak může zlepšit své zdraví, jak si ho uchovat. Najít cestu k zamyšlení se nad svým zdravotním stavem a rizikovými faktory už dříve, než přijde onemocnění. Idea společné spolupráce pacienta a zdravotníka na utváření pacientova zdraví je nejen krásná, ale i nutná. Proto je tak důležité pacientům vše vysvětlit, motivovat a edukovat je. Vždy jen musíme najít u každého pacienta motivaci. Existuje mnoho motivů, ale zásadní je vybrat ten, který vede k rozhodnutí začít se změnou. Je důležité vštípit zásady podpory zdraví všem kolem nás.

Referenční seznam

ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. 1. vyd.

Praha: Grada Publishing a.s., 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ERIKSSON, Sebastian, TONNESEN, Hanne. Review: Experiences and preferences of counselling about living habits in healthcare: a systematic review of studies on the patient perspective. *Clinical Health Promotion*, 2013, vol. 3, is. 2, s. 46-54, ISSN 2226-5864.

FAIT, Tomáš, VRABLÍK, Michal, ČEŠKA, Richard a kol. *Preventivní medicína*. 1. vyd., Praha MAXDORF s.r.o., 2008, 551 s. ISBN 978-80-7345-160-8.

FRIDRICHOVSKÁ, Pavlína. *Podpora zdraví ve zdravotnickém zařízení*. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, katedra Výchovy ke zdraví. 2016, 92s.

International Network HPH: Ottawa Charter for Health Promotion[online]. 2015 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: http://www.hphnet.org/images/PDF/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion.pdf.pdf.

International Network HPH: Standards for Health Promotion in Hospitals [online]. 2015 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.hphnet.org/images/PDF/Standards_for_Health_Promoting_in_Hospitals.pdf.

- MARX, David, VLČEK, František. *Akreditační standardy pro nemocnice*, 3. vyd. Praha: TIGIS s.r.o., 2013, 162 s. ISBN 978-80-87323-04-05.
- Ministerstvo zdravotnictví: *Kurz koordinátorů HPH a podzimní škola WHO v Praze* [online]. 2012. vyd. 2013 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/Soubor.ashx?souborID=17050&typ=application/pdf&nazev=KurzkoordinátorůHPH_článek2012.pdf.
- Ministerstvo zdravotnictví: *Portál kvality a bezpečí* [online]. 2014. [cit. 2015-05-04]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/who-hph-recognition-project_2865_29.html.
- Ministerstvo zdravotnictví: *HPH stanovy* [online]. 2014 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/Soubor.ashx?souborID=14296&typ=application/pdf&nazev=Příloha4_StanovyHPH_cz.pdf.
- SVANE, Jeff, TONNESEN, Hanne et al. Clinical Health Promotion in the Czech Republic: Standart Compliance and Service Provision. *Clinical Health Promotion*, 2014, vol. 4., is. 1, s. 15-21, ISSN 2226-5864.
- TONNESEN, Hanne. Clinical Treatment + Clinical Health Promotion = Better Treatment Results Immediately. *Clinical Health Promotion*, 2014, vol. 4., is. 1, s. 3, ISSN 2226-5864.
- WHO EUROPE. *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management* [online]. 2005 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf.
- WHO EUROPE. *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services: Concept, framework and organization* [online]. 2007 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf.
- ZDRAVÍ 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Praha, 2014, ISBN 978-80-85047-47-9.

RIMINI WELLNESS 2016

RIMINI WELLNESS 2016

Alena Pokorná, Radka Střeščíková

Abstrakt: Příspěvek přináší informace z naší aktivní účasti na 11. kongresu Riminiwellness konaného na jaře 2016. Současný fitness a wellness stále nabízí nové cvičební programy a pomůcky, které umožňují zlepšit kvalitu i prožitek pohybu na podporu zdraví a aktivního životního stylu.

Klíčová slova: wellness, fitness, funkční a intervalový trénink, Bodyfly™, Flyboard®

Abstract: This Article deals with information from our active participation in 11th congress Rimini Wellness which took place in Spring 2016. Contemporary fitness and wellness offers new exercise programs and equipment constantly which improve quality and enjoyment of movement to support health and active lifestyle.

Keywords: wellness, fitness, functional and interval training, Bodyfly™, Flyboard®

Úvod

V našem příspěvku bychom Vám rády prezentovaly novinky z oblasti wellness a fitness, které jsme zaznamenaly na letošním 11. kongresu RIMINI WELLNESS 2016 v Itálii 2. – 5. června. Tento kongres patří mezi nejvýznamnější události fitness a wellness ve střední Evropě zejména svým rozsahem, nabídkou a účastí mnohých domácích i zahraničních lektorů. Naším cílem bylo zachytit a aktivně si vyzkoušet největší novinky v oboru fitness, získat informace a inspiraci o aktuálních trendech v Evropě, setkat se špičkovými prezentéry a absorbovat energii ze skupinových lekcí, která předčila naše očekávání. Největší předností kongresu byla bezesporu komplexnost a kompaktnost celé akce. V prostorách FierraRiminy lze během 4 kongresových dnů vidět a vyzkoušet aktuální novinky ze světa fitness, zažít neskutečnou atmosféru a nezkrotnou energii lektorů, kteří disponují profesionálním přístupem a pozitivní energií.

Pojem wellness spojuje příjemné aktivity psychického i fyzického charakteru, které člověku dodávají uspokojení a pohodu. Můžeme zde zařadit pozitivní vjemy z prožitků jakéhokoli druhu, pohyb, regeneraci a relaxaci, příjemnou hudbu, racionální stravu, adekvátní

pitný režim, dostatečnou duševní činnost, zkrátka vše, co nás vede k souladu těla, mysli a ducha. Wellness se soustředí hlavně na pocity, odpočinek a relaxaci (Müllerová, 2008). Pojmem fitness se označují sportovní aktivity, ale i celkový životní styl mající za cíl všeobecnou tělesnou kondici, zlepšení držení těla a zlepšení konceptu postavy, při současném působení na upevňování zdraví a rozvoje síly. Mimo cvičení pak zájemci dodržují určitý dietní režim, případně používají různé doplňky výživy (Stackeová, 2004).

Pohyb má bezpochyby svůj vývoj. Současný fitness a wellness expanduje obrovskou rychlostí, transformuje se a mění své pohledy. Na mnoha místech zeměkoule vznikají nové cvičební programy a nové pomůcky. Pokud jako pedagogové chceme nabízet našim studentům nejnovější poznatky z oblasti fitness, garantovat správný rozsah pohybu a motivovat je k pravidelné pohybové aktivitě a následné lektorské činnosti, tak bez konstantního vzdělávání je dosažení tohoto závazku zcela nemožné.

Sekce Riminiwellness

RIMINI WELLNESS program byl rozdělen pro své příznivce do sekci FITNESS, AQUA WATER, WELL – BEING a COMPETITIONS & SPORT. Během celého Wellness kongresu jsou pro majitele fitness center a zájemce připraveny přednášky z okruhů podpory zdraví a zdravého životního stylu, managementu fitness, programy a vybavení fitness, které lze na místě vyzkoušet i případně zakoupit.

Nejrozsáhlejší sekce FITNESS nabízela nejnovější ukázky posilovacích strojů pro fitness centra zejména v zastoupení firem Techno gym, Panatta, Life Fitness, arénu *funkčního tréninku s* využitím pomůcek TRX, TRX RIP trainer, VIPR, GUM-eX, AGILITY, funkční zóna – „hard core“, powerbagy, bulgarianbagy, FTS konstrukce, Totalgym. ESCAPE, kettlebells, balanční podložky – Bosu, medicinbaly, cvičební pomůcka Craba další. Dále *zónu kondičního, kruhového a intervalového tréninku (HIIT, TABATA), indoorcycling – Spinning, Schwinnocycling, Techno gym, Tomahawk, aerobní cvičební programy – jumping fitness, kick box, step aerobik, bodystyling, deepwork apod., taneční lekce – brazilská Samba FIT, Zumba, Movid Fitness, Latino dance, THAI FIT, Welldance, Reggaeton Fitness, African dance revolution. FIT & Funky.*

Ve velmi navštěvované sekci AQUA WATER byla možnost vyzkoušet programy Aqua boxing splash, Aqua Zumba, Aquacycling, Aquaboard.

Sekce WELL – BEING obsahovala lekce tzv. body and mind (harmonie těla a ducha) – pilates, rollpilates, lekce v prostorách BIO STAGE - yoga, HOT YOGA THERAPY,

PIANETA YOGA, RELAX zone, Rimini wellness holistic zone by Blackroll a novinky cvičebních programů BODYFLY™, FLYBOARD®.

Součástí kongresu byla i sekce COMPETITIONS & SPORT, kde mohli účastníci porovnat své sportovní výkony a nasazení ve vybraných soutěžích a disciplínách. Své místo si zde našli samozřejmě oblíbené soutěže FIT CROSSING, Kettlebell competition, Box, Martial Sport, Musclemania, Bikinicontest 20016 & Riminiclassic.

Z velké nabídky tréninkových a cvičebních programů na RIMINI WELLNESS bychom Vám představily, co nás nejvíce zaujalo a co bychom rády uplatnily ve své lektorské a pedagogické praxi. Jedná se zejména o sekci FITNESS, funkční a intervalové tréninky a o sekci WELL – BEING, cvičební programy Bodyfly™s využitím pomůcky Flyboard®.

1. FUNKČNÍ a INTERVALOVÉ tréninky jsou momentálně v popředí evropského fitnessa jsou jednou z nejoblíbenějších forem skupinového cvičení. Tyto cvičební programy zahrnují maximální zapojení svalových skupin, a to tak, aby byly co nejvíce napodobeny běžné aktivity lidského těla, zapojují svaly středu těla, síly stabilizačních svalů a zlepšují celkově tělesnou kondici. Funkční trénink je maximálně efektivní a přináší velmi atraktivní výsledky za velmi krátkou dobu. Využití corebagů a powerbagů vede ke zlepšení svalové síly a výbušnosti. Silové expandery umožňují trénink rychlosti a dynamiky. Elastická lodní lana poskytují trénink celého těla a jsou využívány olympioniky a profesionálními sportovci. Funkční zóna je místo, kde se nadchne srdce každého moderního fitness. *Intervalové a kruhové tréninky* mají zejména 3 složky rozvoje 1. TONE – tvarovat, 2. CARDIO – kardiovaskulární trénink, 3. CORE – střed těla

Hlavními znaky těchto tréninků jsou:

- *Variabilita* - v jednom tréninku využívá všechny 3 energetické systémy, dochází i k metabolickému tréninku – vysoká intenzita a produkce laktátu (kyseliny mléčné), zvyšuje hladinu testosteronu a GH (growth hormon - růstového hormonu), tím se zrychluje metabolismus a pomáhá nám spalovat více tuku. Současně využívá sílu, rychlost, koordinaci, balanci, core.
- *Pohyby celého těla* ve třech rovinách sagitální (přezadní), frontální (čelní), transverzální (rotační).
- *Vysoká intenzita* – na hranici svých limitů.
- *Work –REST* – poměr práce a odpočinku.
- *Správná technika* provedení cviku.

- *Využívá pohyby, které jsou prováděny automaticky – jsou již naučené, když se dostaví únava, aby nedocházelo ke špatné technice provedení cviku.*
- *Rychlost provedení cviku a doba zotavení je individuální.*
- *Warm up (zahřátí) a trénink mobility.*
- *Motivace a podpora ve skupině.*

2. BODYFLY™ je komplexní wellness disciplína, která učí vnímat globálně tělo, mysl a emoce. Vychází z původní holistické kázně, při zohlednění specifických rysů hlavních oblastí využití jako Fitness a Wellness. Zakladatel tohoto programu italský **Gennaro Setora** využívá svých zkušeností z intuice, vnímání těla a snaží se najít dokonalou harmonii pohybu v prostoru. Bodyfly™ podporuje morálku, dobré životní podmínky, energetické dráhy, smyslové vnímání v podobě „letícího tělesa“. Vzhledem k pozornosti věnované části těla, se učíme lépe vnímat synergii, která existuje mezi nimi a tak správně udržovat statickou pozici a vykonávat pohyb v prostoru správně.

Cílem cvičebního programu je:

- naučení se dýchacím technikám a vyvážení posturálních tělesných segmentů,
- nalezení správného držení těla a vyrovnávání svalových dysbalancí,
- uvědomění, jak ergonomicky využít každou část těla,
- vedení pohybu a těla s využitím prostoru a pomocí Flyboardu,

BodyFly™ fitness programy jsou následující:

BodyFly AIR výjimečný program, který využívá SwisseBall a softball, jak v bodyfly trénovat hluboké svaly v prevenci poranění pohybového aparátu.

BodyFly BAMBOO využívá zejména čínskou terapii k léčbě a prevenci pohybového aparátu. Využívá bambusové tyče, které napomáhají k správnému vedení a provedení synergických, koordinovaných a funkčních pohybů.

BodyFly FLYBOARD® je unikátní program, který používá proprioceptivní a multifunkční "Flyboard" (obr. 18), což je cvičební pomůcka vyrobená z přírodního dřeva ve tvaru oblouku ke zlepšení rovnováhy a posturálního systému. Je vyroben v Itálii, používá se bez rohože a to jak z konkávní i konvexní strany, kde lze provést velké množství cviků. Mechanické oscilace generované použitím konkávní části Flyboard® umožňují reprodukovat změny gravitačních sil s následnou reakcí na neuromuskulární a osteoartikulární úroveň.



Obr. 18: FLYBOARD®

BodyFly OVERAGE – cvičební program určený pro lidi nad 60let, k vyrovnání deficitu soběstačnosti, zachování a zlepšení celkové tělesné i duševní kondici, což následně usnadňuje sociální a osobní vztahy.

BodyFly SLIMTONE – redukční program, zaměřený současně i na zlepšení kardiovaskulární aktivity, integrované funkční cvičení proti odporu své vlastní tělesné hmotnosti. Cílem je snížit tělesnou hmotnost, tvarovat postavu a zároveň udržet svalový tonus.

BodyFly AQUATIC – revoluční program ve vodě na synergické, funkční a posturální tónování, kde voda dostává klienty do pohody a smyslového vnímání. Dokonalá kombinace harmonie, pohybu a energie. Tento cvičební program je doporučován pro fitness i pro lázeňská wellness.

Závěr

RIMINI WELLNESS 2016 svoji širokou nabídkou wellness a fitness programů ukazuje, jak je možné o sebe, svůj vzhled a zdraví aktivně pečovat. Cvičební programy kongresu byly zaměřené na prevenci a podporu zdraví, zvyšování tělesné kondice, redukci tělesné hmotnosti, anti – aging, prožitek, radost z pohybu, motivaci a inspiraci. Pozitivní a uvědomělý přístup lidí ke zdraví je podmíněn kvalitním pohybem namísto jeho kvantity, rozlišením funkčního a dysfunkčního pohybu. Riminiwellness ukazuje cestu, jak aktivním životním stylem si můžeme život nejen zkvalitnit, ale i zůstat déle vitální a aktivní.

Referenční seznam

Müllerová, A. (2008). Wellness jako životní styl. Brno, Czechia: ERA.

Stackeová, D. (2004). Metodika a cvičení ve fitness centrech. Praha, Czechia: Karolinum.

<http://www.bodyfly.com/programmi-bodyfly/?lang=en>.

POHYBOVÉ AKTIVITY S MĚKKÝMI A VELKÝMI MÍČI NAPŘÍČ GENERACEMI

PHYSICAL ACTIVITIES WITH SOFT AND LARGE BALLS ACROSS GENERATIONS

Hana Janošková, Hana Šeráková

Abstrakt: *Aktivní přístup ke svému zdraví je jedním ze základních požadavků na současného jedince. Nedostatek vhodných pohybových aktivit lze alespoň z části korigovat využíváním měkkých a velkých míčů v rámci studijních, pracovních či domácích aktivit. Článek pojednává o vhodnosti využívání měkkých a velkých míčů v různých věkových kategoriích a v různém prostředí a dále přináší základní doporučení pro správné používání míčů.*

Klíčová slova: *životní styl, pohybové aktivity, volnočasové aktivity, velké míče, měkké míče, děti, dospělí, senioři*

Abstract: *Proactive approach to health is one of the basic requirements of the current individual. Lack of appropriate physical activity can be at least partially corrected by using soft and large ball with in study, Works house hold activities. The article discusses the appropriateness of use of soft and large balls for different ages and in different environments and further provides basic recommendations for correct use of balls.*

Keywords: *lifestyle, physical activity, leisure activities, large balls, soft balls, kids, adults, seniors*

Úvod

Současný životní styl si vyžaduje aktivní přístup ke svému zdraví. S tím úzce souvisí zařazování vhodných pohybových aktivit do běžných pracovních činností a zvýšení časové dotace pro pohyb v rámci volnočasových aktivit.

Za velmi vhodné se jeví využití velkých a měkkých míčů. Tyto pomůcky lze využít ve školách i v zaměstnání ke zkvalitnění sedění, pro prevenci svalových dysbalancí, jako kondiční či relaxační pomůcky, nebo jako protistresové prostředky.

Velké a měkké míče - doporučení a zásady cvičení

Velký míč se zpočátku používal jako fyzioterapeutická pomůcka, později se objevil i jako cvičební pomůcka v komerční sféře. Pro svoje vlastnosti se postupně dostal i do prostředí domácností a škol. Bývá využíván ke cvičení, sedění i relaxaci.

Správná velikost je základním požadavkem pro korektní využití míče. Při posazení na míč by měly být úhly mezi osou trupu a stehna a osou stehna a holeně větší než 90°. Velikost míče pro děti mladšího školního věku se pohybuje podle výšky od průměru 42 cm po průměr 55 cm, pro dospělé většinou vyhovuje velikost 65 nebo 75 cm. Nosnost míčů je zpravidla 300 kg. Mezi základní vlastnosti patří pružnost materiálu, kterou je nutno zohlednit při výběru míče (příliš měkký neposkytuje podmínky pro správné sedění a provedení cviků).

Správný sed na míči:

- hlava vzpřímená, lehce zasunutá brada,
- hrudník otevřený („světýlko“),
- lopatky přitisknuty k hrudníku („nemáme křídélka“),
- ramena dolů a do šířky („stékání kapky vody“),
- vtažené břicho („jako by nás někdo chtěl udeřit do břicha“),
- pánev v neutrální poloze (ruce na lopaty kostí kyčelních, vyzkoušet sklápění pánve),
- stehna, kolena a chodidla v jedné ose, nohy mírně rozkročené, bérce kolmo k zemi, chodidla volně položená na zemi.

Podobně jako velký míč se měkký míč (též zvaný overball, softball, softgym atd.) nejdříve používal ve fyzioterapii a později našel uplatnění i v komerční sféře a domácnostech. Je vyroben z měkkého pružného materiálu, je lehký a snadno přenositelný. Uváděná nosnost bývá 100 - 120 kg. Průměr míče v originálním provedení je 25 cm, na trhu lze však zakoupit měkké míče menších i větších průměrů. Lze je pořídit ve velmi příznivých cenových relacích.

Využití měkkého míče je velmi variabilní. Kromě nejčastějšího využití – uvolňování, protahování a posilování svalů těla – jej lze využít i jako hračku, sportovní pomůcku jiného než původního zaměření (např. jako metu, plnohodnotný míč, psychomotorickou pomůcku apod.), antistresový prostředek i sedací a polohovací pomůcku.

Při cvičení s velkým a měkkým míčem bychom měli dodržovat následující zásady:

- cvičení provádíme v takovém prostředí, abychom předešli úrazům a jiným zdravotním komplikacím (bezprašné, bezpečné prostředí, bez ostrých hran a rohů),
- výběr cvičení přizpůsobujeme aktuálnímu zdravotnímu stavu, úrovni a náladě cvičenců,
- začínáme jednoduššími cviky a přecházíme ke cvikům náročnějším,

- cvičení provádíme správnou technikou, plynule (nikoli švihem), dodržujeme správné dýchání, v dynamických cvičeních dodržujeme zásady správného provedení cviků,
- před začátkem cvičení zkontrolujeme a připravíme míče a případné další pomůcky (např. podložky apod.),
- nahuštění velkých míčů by mělo být takové, aby se míč při používání příliš nedeformoval, nahuštění měkkých míčů by mělo odpovídat zvoleným činnostem, schopnostem a dovednostem cvičenců (zpravidla se začíná cvičit s podhuštěnějšími měkkými míči a obtížnost stejného cvičení se zvyšuje s jeho větším nafouknutím),
- oblečení na cvičení by mělo být pohodlné, raději obepínající tělo, cvičíme naboso, příp. v pohodlné sportovní obuvi.

Možnosti pohybových aktivit s měkkými a velkými míči v konkrétních věkových kategoriích

Ve cvičení **kojenců a batolat** se využívají velké a měkké míče k hravým cvičením zaměřeným na prostorovou orientaci, koordinaci pohybů, jemnou i hrubou motoriku, rovnováhu a manipulaci s předmětem. Jsou nedílnou součástí cvičení uvolňovacích, protahovacích, posilovacích, relaxačních a rehabilitačních s ohledem na tělesný a duševní stav dětí. U této věkové kategorie jsou velké míče vhodné také pro trénink správného odrazu a dopadu (dospělá osoba zapře míč o pevnou překážku tak, by se nemohl kutálet a postaví dítě na míč. Drží dítě za ruce a dítě na míči poskakuje.). Měkké míče lze mj. využít jako masážní pomůcku, herní pomůcku (jednoduchý úchop a odhození, díky možnosti různého nahuštění zjednodušená manipulace), nebo pro nácvik rovnováhy (např. chůze po měkkých míčích, stoj na měkkém míči atd.). Jako motivační prvek se používají básničky, písničky, příběhy, dětem známé postavičky apod. Cvičení kojenců a batolat probíhá za asistence dospělé osoby, která zajišťuje správné provedení cvičení, dopomoc a záchranu.

V **předškolním věku** (obr. 19 a 20) lze využít oba typy míčů podobně jako u předchozí věkové kategorie s tím rozdílem, že pokud děti cvičí v předškolním zařízení, cvičení vede jedna dospělá osoba pro větší počet dětí. Z uvedeného důvodu je preferováno cvičení na měkkých míčích, které jsou menší a, z tohoto pohledu, bezpečnější. Měkkých míčů lze využít také jako pomůcky pro nácvik správného sedu (sed na míči – tzv. dynamický sed nebo podepření bederní oblasti). Velké míče bývají nejčastěji používány mj. jako „hopsadla“ (mateřské školy je pořizují s různými držátky, aby se děti míčů mohly držet) nebo jako pomůcka, se kterou mohou děti manipulovat (kutálení, házení, přenášení apod.).

Podle dosavadních výzkumů dochází **po zahájení školní docházky** ke snížení objemu pohybových aktivit za současného radikálního zhoršení držení těla u dětí. Děti část dne stráví ve statických polohách ve školní lavici, po příchodu domů se věnují domácím úkolům, případně pokračují v činnostech na počítači či sledováním televize. Některé děti navštěvují sportovní kroužky, které jsou však velmi často jednostranně zaměřené. Ke kompenzaci statických poloh, jednostranného zatížení, k protažení i k relaxaci lze využít právě měkkých a velkých míčů (obr. 21 a 22). Ve školním prostředí se cvičení a hry na velkých míčích a s měkkými míči zařazuje nejčastěji do hodin tělesné výchovy, lze jich však využít také v rámci tělovýchovných chviliek ve třídě v rámci jiných vzdělávacích předmětů. Klasickou statickou podobu sedu v lavicích lze upravit položením měkkého míče na sedák židle či záměnou židle za velký míč. Tím dojde k tzv. dynamickému sedu, při němž je aktivována nervově svalová soustava, udržována rovnováha, podporováno správné držení těla, zvýší se pozornost a oddálí se pocit tělesné a duševní únavy. Oba typy sedu je vhodné střídat. Nevýhodou uskladnění velkých míčů ve třídách je jejich prostorová náročnost. Měkké míče lze, vzhledem k jejich velikosti, ve třídách uskladnit poměrně dobře.

U **dospívajících a dospělých** lze oba typy míčů vhodně zařadit jak v pracovních (pokud to dovolí), tak ve volnočasových aktivitách (obr. 23 a 24). Podle odborné literatury 60 – 80 % lidí v produktivním věku trpí bolestmi zad. Nejčastěji dochází k přetížení krční a bederní oblasti jako následek nedostatečné pohybové aktivity, jednostranného přetěžování, dlouhého setrvávání ve statických polohách (sed, stoj), vadného držení těla a svalových dysbalancí, špatných pohybových návyků a dále obezity, velkého psychického zatížení a vyčerpání. Při sedavém zaměstnání či studiu lze nahradit statický sed dynamickým sedem na míči, podkládat bedra nebo hýždě měkkým míčem a předcházet tak vadnému držení těla a vertebrogenním problémům. V rámci volnočasových aktivit lze cvičit nebo využívat míč v domácím prostředí či navštěvovat zájmové oddíly a kurzy zaměřené na cvičení na velkých míčích a s měkkými míči. Zařazování pravidelných kompenzačních cvičení a pohybových aktivit by mělo být u této věkové kategorie zcela pravidelné (nejméně 3x týdně), velká část populace však omezuje pohybové aktivity nejčastěji z časových, ale i jiných důvodů (péče o rodinu, nepravidelná pracovní doba, pohodlnost, cestování osobní dopravou místo chůze apod.).

Podle doporučení odborníků pravidelná, přiměřená a vhodně zvolená pohybová aktivita u **seniorů** zpomaluje do jisté míry procesy stárnutí organismu (ovlivnění kvality a množství svalové hmoty, ovlivnění základních motorických dovedností, výkonnosti a vytrvalosti, zpomalení řídnutí kostí, má pozitivní účinky na psychiku, zvyšuje odolnost vůči stresu, pozitivně ovlivňuje kvalitu spánku, rozšiřuje možnosti sociálních kontaktů různých věkových

kategorií apod.). Zvolená pohybová aktivita by se měla opírat o zkušenosti a dovednosti získané v předchozích věkových obdobích seniora a měla by na ně navazovat. Výběr pohybové aktivity by měl respektovat aktuální zdravotní stav jedince, jeho sociální a ekonomické možnosti. Mezi vhodné pohybové aktivity pro seniory patří chůze, kompenzační cvičení (uvolňovací, protahovací, posilovací, dechová, rovnovážná, vytrvalostní a relaxační cvičení) s náčiním nebo bez náčiní, tanec, cvičení na balančních míčích a pomůckách, plavání, jóga, jízda na kole a aktivity spojené s pobytem v přírodě, příp. pracovní aktivity (např. na zahradě). Využití velkých míčů u této věkové kategorie velmi závisí na jejich zdraví a fyzické kondici (obr. 25 a 26). Na straně jedné pozitivně ovlivňují vytrvalost, koordinaci, sílu, reakce, psychiku apod., na straně druhé mohou být důvodem pádu z míče a případnou příčinou zranění při chybném provedení cvičení. Měkké míče mohou senioři využít ke kompenzačním cvičením, k podkládání části těla při dlouhodobějších statických činnostech a také k podkládání částí těla při spánku (např. podložení horního kolene při lehu na boku působí proti bolestem v kyčelním kloubu a otlaku kostí dolních končetin). S měkkým míčem mohou senioři velmi úspěšně relaxovat.

Závěr

Z výše uvedených informací vyplývá, že využití měkkých a velkých míčů lze doporučit u všech věkových kategorií (s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu). Cvičení s míči napomáhá nejen k získání či udržení dobré tělesné kondice, ale působí pozitivně také na psychiku a celkový zdravotní stav.

Pedagogové Katedry tělesné výchovy a výchovy ke zdraví na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity se zaměřují na propagaci využití velkých a měkkých míčů nejen v rámci pracovních výukových a publikačních aktivit (výuka v oboru učitelství v mateřských a základních školách, univerzita třetího věku, kurzy celoživotního vzdělávání, další vzdělávací akce, publikace v časopisech apod.), ale také ve volnočasových aktivitách napříč věkovým spektrem populace (cvičení dětí předškolního věku v MŠ, cvičení zaměřené na gymnastiku, zdravotní tělesnou výchovu a všestrannost dětí mladšího školního věku v Sokole, komerční kurzy a lekce cvičení na velkých míčích, komerční kurzy a lekce cvičení s měkkými míči, kondiční cvičení seniorů, cvičení seniorů v Osteocentru atd.).



Obr. 19: Cvičení s velkým míčem v předškolním věku



Obr. 20: Cvičení na velkém míči v předškolním věku



Obr. 21: Cvičení s měkkými míči v mladším školním věku



Obr. 22: Cvičení s měkkým míčem v mladším školním věku



Obr. 23: Cvičení s velkým míčem v dospělosti



Obr. 24: Cvičení na velkém míči a s měkkými míči v dospělosti



Obr. 25: Cvičení seniorů s velkými míči



Obr. 26: Cvičení seniorů s velkými míči

Referenční seznam

- ADAMÍROVÁ, J. et al. (2005). *Zdravotní tělesná výchova, II. část. 2. upravené vydání*. Praha: ČASPV, 2005. ISBN 80-86586-15-4.
- BLAHUTKOVÁ, M., JANOŠKOVÁ, H., MUCHOVÁ, M., TOMÁNKOVÁ, K. (2013). *V dobré kondici i po šedesátce*. 1. vyd. Brno: Albatros Media, 2013. ISBN 978-80-264-0163-6.
- DVOŘÁKOVÁ, H. *Školáci v pohybu: tělesná výchova v praxi*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2012. 144 s. ISBN 978-80-247-3733-1.
- DVOŘÁKOVÁ, H. *Pohybem a hrou rozvíjíme osobnost dítěte*. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7367-819-7.
- HOŠKOVÁ, B., a kol. *Jak zlepšit zdraví dítěte pohybem*. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2003. 25 s.
- JANOŠKOVÁ, H. a MUCHOVÁ, M. *Cvičení na míči pro celou rodinu*. 1. vyd. Brno: ComputerPress, 2011. 120 s. ISBN 978-80-251-3173-2.
- JANOŠKOVÁ, H., MUCHOVÁ, M., TOMÁNKOVÁ, K. *Cvičíme na velkém míči*. Brno: ComputerPress, 2009. 144 s. ISBN 978-80-251-2695-0.
- JANOŠKOVÁ, H., TIHELKOVÁ, T. *Cvičení a hry s overballem pro děti mladšího školního věku*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2014. 68 s. ISBN 978-80-210-7700-3.
- JANOŠKOVÁ, H., ŠERÁKOVÁ, H. *Náměty na rozcvičení s náčiním pro děti mladšího školního věku* [online]. 1 vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2016 [cit. 2016-07-20]. Elportál. Dostupné z: <http://is.muni.cz/elportal/?id=1344194> . ISBN 978-80-210-8276-2. ISSN 1802-128X.
- JANOŠKOVÁ, H., ŠERÁKOVÁ, H., TIHELKOVÁ, T. *Hravě s overballem ve výuce dětí 1. stupně ZŠ. Tělesná výchova a sport mládeže*, Praha: Univerzita Karlova, 2014, roč. 80/2014, č. 5, s. 32-35. ISSN 1210-7689.

- JARKOVSKÁ, H. *Cvičení na velkém míči*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1751-7.
- KRATĚNOVÁ, J., a kol. *Výskyt vadného držení těla u dětí školního věku v ČR*[online]. Praha: SZÚ, Centrum hygieny životního prostředí. [cit. 2016-07-20]. Dostupné z: <http://web.ftvs.cuni.cz/eknihy/sborniky/2005-11-16/prispevky/sdeleni/8-Kratenova.htm> .
- MUCHOVÁ, M. a TOMÁNKOVÁ, K. *Cvičení s měkkým míčem*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2010. 157 s. ISBN 978-80-247-3115-5.
- PECHOVÁ, J. *Cvičení pro zdraví s balančními míči a dalšími pomůckami: náměty pro zdravotní pohybovou výchovu dětí od 3 do 10 let*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 136 s. ISBN 80-7178-448-6.
- ŠERÁKOVÁ, H. *Cvičím pro zdraví a baví mě to*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4833-1.
- ŠERÁKOVÁ, H., JANOŠKOVÁ, H. *V kondici i po šedesátce. 5. Mezinárodní konference psychomotoriky. Psychomotorická terapie v péči o seniory*. Ústí nad Labem: UJEP, 2014. s. 58 – 66.
- ŠTILEC, M. (2004). *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.

POROVNANIE KVALITY ŽIVOTA SENIOROV V ZÁVISLOSTI OD ICH ZDRAVOTNÉHO STAVU

COMPARISON OF THE QUALITY OF LIFE OF SENIORS, DEPENDING ON THEIR HEALTH

Andrea Baranovská, Dominika Doktorová, Zuzana Mičková

Abstrakt: Štúdia sa zameriava na problematiku kvality života, miery depresie a osobnostných charakteristík u seniorov s Parkinsonovou chorobou a seniorov bez tohto ochorenia. Jej hlavným cieľom je nájsť vzťahy medzi sledovanými premennými a zároveň objaviť rozdiely medzi dvoma skupinami v týchto oblastiach. Zistili sme silné vzťahy medzi skúmanými premennými a taktiež rozdiely medzi seniormi s PCH a bez PCH. Výrazné vzťahy v celej výskumnej vzorke boli najmä medzi kvalitou života a mierou depresie, kedy kvalita života závisela najmä od naplnenia a sociálneho zapojenia, v ktorom seniори s PCH skórovali prekvapivo vyššie. Výrazné rozdiely medzi skupinami boli najmä v prívetivosti, úrovni depresie a čo sa týka celkovej kvality života nebol zistený takmer žiadny rozdiel.

Kľúčové slová: Parkinsonova choroba (PCH), kvalita života, depresia

Abstract: The study deals with personal characteristics, quality of life and rate of depression in the elderly people suffering from Parkinson's disease and elderly people without the disease. The main goal is to find correlations between watched variables and also to discover differences between two groups in these areas. We found out very strong correlations between watched variables and also differences between elderly people with PD and without PD. Significant correlations were showed between quality of life and rate of depression, when quality of life mainly depends on two items: past, present and future activities and social participation, in which elderly people with PD surprisingly scored higher than elderly people without PD. We found out between two groups significant differences mainly in agreeableness, rate of depression and there was not difference in whole quality of life.

Keywords: Parkinson's disease, quality of life, depression

Úvod

Seniori sú súčasťou našej spoločnosti a ako ukazujú trendy naša spoločnosť ostarieva, preto je potrebné venovať im veľkú pozornosť. V tomto životnom období dochádza vo fyzickej, psychickej a sociálnej oblasti k výrazným zmenám, ktoré môžu viesť k zhoršeniu kvality života, rozvoju depresie a zmenám v osobnosti. Výrazné sú najmä vtedy, ak je seniorský vek spojený s nejakým závažným ochorením ako je napr. Parkinsonova choroba - neurologické ochorenie, ktorému nemožno predchádzať a aniho úplne vyliečiť a výrazne zasahuje do každodenného života nielen postihnutého, ale aj jeho rodiny. Pacientov s týmto ochorením na Slovensku združuje občianske združenie Spoločnosť Parkinson Slovensko, ktorého cieľom je, aby sa títo ľudia stretávali v kluboch, aby si k sebe našli cestu a aby im stretnutia prinášali spokojnosť a radosť.

V našej štúdií sme sa zamerali na sledovanie vzájomných súvislostí medzi osobnosťou, mierou depresie a kvalitou života. Cieľom výskumu bolo zistiť, akým spôsobom navzájom súvisí kvalita života seniorov, miera depresie a osobnostné charakteristiky v každej skupine zvlášť a aké sú rozdiely v prežívaní kvality života a úrovni depresie u ľudí, ktorí trpia Parkinsonovou chorobou a u ľudí bez tohto ochorenia v rovnakom veku. Zároveň sme sa zamerali na zisťovanie osobnostných charakteristík u týchto dvoch skupín a hľadali sme spoločné znaky.

Výskumné otázky

Vzhľadom na stanovené ciele sme si určili nasledujúce výskumné otázky:

VO1: Aké sú vzťahy medzi skúmanými premennými v rámci každej meranej skupiny zvlášť?

VO2: Aké sú rozdiely v prežívaní kvality života, miery depresie a osobnostných charakteristikách medzi seniormi trpiacimi Parkinsonovou chorobou a seniormi bez tohto ochorenia?

Výskumná vzorka

Naša výskumná vzorka bola zostavená zo 40 ľudí rozdelených do dvoch skupín – 20 pacientov trpiacich Parkinsonovou chorobou a 20 seniorov, ktorí netrpia Parkinsonovou chorobou. Spoločnou podmienkou pre obe skupiny bolo členstvo v klube a vek minimálne 60 rokov. Výskumu sa zúčastnilo 13 mužov a 27 žien, čiže 32,5 % mužov a 67,5 % žien. Najmladší respondent mal 60 rokov a najstarší 83 rokov. Priemerný vek všetkých respondentov bol 67,68. Podľa rodinného stavu bolo 24 vydatých/ženatých, 1 slobodný, 6 rozvedených a 9 ovdovených respondentov. Priemerná dĺžka ochorenia u seniorov s Parkinsonovou

chorobou bola 9,05 roka, priemerná dĺžka členstva v klube 4,35 rokov a u seniorov bez PCH 9 rokov. Základné dáta respondentov podľa pohlavia sú zhrnuté v tabuľke č. 35.

Tab. 35: Rozloženie výskumnej vzorky

pohlavie	Počet (%)	PCH	Bez PCH
Muži	13/32,5	9	4
Ženy	27/67,5	11	16

Zdroj: autorky práce

Metódy zberu dát

Pre náš výskum sme zvolili kvantitatívnu metódu zberu dát prostredníctvom dotazníkov. Obe skupiny dostali na vyplnenie 3 rovnaké dotazníky v rovnakom poradí, ale seniori trpiaci Parkinsonovou chorobou vyplňali ešte dotazník priamo súvisiaci so zisťovaním kvality života ľudí s PCH.

Dotazník kvality života WHOQOL-OLD

Dotazník špeciálne vytvorený pre seniorov a zahŕňa dôležité oblasti, ktoré sa týkajú zisťovania kvality ich života. Jedná sa o dodatkový modul k dotazníku WHOQL-BREF. Skladá sa z 24 otázok, ktoré obsahujú 6 oblastí – fungovanie zmyslov (FCES), nezávislosť (NEZ), naplnenie (NAP), sociálne zapojenie (SOCZ), smrť a umieranie (SAU) a blízke vzťahy (BVZT) (Dragomirecká, Prajsová 2009). Ku každej z týchto oblastí sú priradené 4 otázky s možnosťou označenia súhlasu alebo nesúhlasu na 5-bodovej Likertovej škále od 1 (vôbec nie) po 5 (maximálne). Pri vyhodnotení sa vychádza z hrubého skóre dosiahnutého v jednotlivých subtestoch aj celkového, ktoré určuje kvalitu života.

Dotazník kvality života PDQ-39

Dotazník zisťujúci kvalitu života v konkrétnej skupine ľudí – PDQ-39 (Parkinson's disease questionnaire). Je zložený zo 40 položiek, z toho 39 je uzavretých otázok s viacerými možnými odpoveďami a 1 poloopená otázka. Respondenti majú na škále od 1 (nikdy) až po 5 (vždy) určiť, ako často sa u nich vyskytujú problémy v určitých oblastiach. Dotazník obsahuje 8 dimenzií: mobilitu (1-10), aktivity denného života (11-16), emócie (17-22), stigmatizáciu (23-26), sociálnu podporu (27-29), kognitívitu (30-33), komunikáciu (34-36) a telesný diskomfort (37-39) (Herlofson, Larsen, 2003). Vo vyhodnotení sa narába s hrubým skóre v jednotlivých oblastiach. Čím väčšie číslo, tým je človek v danej oblasti viac obmedzený.

Beckov depresívny inventár (BDI-II)

Jedná sa o jednoduchú sebaopisovú škálu pomocou ktorej je možné zistiť základné depresívne príznaky. Administrácia trvá 5-10 minút. Skladá sa z 21 položiek, ktoré sú zamerané na motivačné, kognitívne, afektívne a fyziologické symptómy. Každá z týchto položiek obsahuje 4 výroky, ku ktorým sú pridelené body od 0-3. Medzi jednotlivé položky patrí: smútok, pesimizmus, minulé zlyhania, strata radosti, pocit viny, pocit potrestania, znechutenie zo samého seba, sebakritika, samovražedné myšlienky a priania, plačlivosť, agitovanosť, strata záujmu, nerozhodnosť, pocit bezcennosti, strata energie, zmena spánku, podráždenosť, zmena chuti k jedlu, koncentrácia, únava a strata záujmu o sex. Dotazník sa vyhodnocuje jednoducho a pracuje sa s hrubým skóre, na základe ktorého sa vytvárajú skupiny:

0-13 bodov: minimálne prejavy depresivity v sebaopisovaní

14-19 bodov: mierne prejavy depresivity v sebaopisovaní

20-28 bodov: stredné prejavy depresivity v sebaopisovaní

29-63 bodov: ťažké prejavy depresivity v sebaopisovaní (Preiss, Vacíř, 1999).

NEO päťfaktorový osobnostný inventár – NEO-FFI

Na zmapovanie osobnostných charakteristík sme použili NEO Five-FactorInventory – NEO-FFI, ktorý obsahuje 5 škál po 12 položiek. Meria 5 dimenzií osobnosti: Neuroticizmus, Extroverzia, Otvorenosť voči skúsenosti, Prívetivosť a Svedomitosť. Neuroticizmus zisťuje individuálne rozdiely v emocionálnej stabilite a emocionálnej labilitate. Ľudia s vysokým skóre neuroticizmu často pociťujú nervozitu, neistotu, strach, majú obavy a prežívajú smútok. Čo sa týka extroverzie, títo ľudia sú spoločenský, sebaistí, aktívni, energický a veselí. Otvorenosť voči skúsenosti v sebe zahŕňa najmä zvedavosť, nezávislý úsudok, bohatú fantáziu a vnímavosť. Hlavnou charakteristikou ľudí dosahujúcich vysoké skóre v prívetivosti je altruizmus. Títo ľudia sú plní pochopenia, k iným sa správajú láskavo a dávajú prednosť spolupráci. Osoby, ktoré dosahujú vysoké skóre v svedomitosti sú cieľavedomé, vytrvalé, spoľahlivé a majú pevnú vôľu. Respondenti majú posúdiť nakoľko ich daný výrok vystihuje na škále od 0 (vôbec ma nevystihuje) až po 4 (úplne ma vystihuje) (Hřebíčková, Urbánek, 2001).

Dáta sme spracovali prostredníctvom štatistického programu SPSS Statics 17. Pomocou testov normality sme si overili normálne rozloženie vzorky. Keďže nešlo o normálne rozloženie, pri komparácii sme použili neparametrický Mann-Whitney U-test a pri korelácii Spearmanov koeficient.

Výsledky výskumu

VO 1 Aké sú vzťahy medzi jednotlivými premennými v rámci každej skupiny zvlášť?

V prvej časti tabuľky vidíme, že vek štatisticky významne pozitívne koreluje so svedomitosťou ($p < 0,05$), pričom sa jedná o strednú silu korelačného vzťahu ($,515$). Znamená to, že čím sú ľudia s Parkinsonovou chorobou starší, tým vykazujú vyššie skóre v svedomitosti. Čo sa týka kvality života a jednotlivých položiek, ktoré zahŕňa, tak najsilnejšie pozitívne vzťahy sa preukázali medzi: fungovaním zmyslov ($,639$), nezávislosťou ($,635$), naplnením ($,910$), sociálnym zapojením ($,855$), smrťou a umieraním ($,625$) a blízkymi vzťahmi ($,523$). Silné pozitívne vzťahy sa preukázali aj v rámci položiek, a to medzi fungovaním zmyslov a naplnením ($,486$), fungovaním zmyslov a sociálnym zapojením ($,473$), nezávislosťou a naplnením ($,557$), nezávislosťou a sociálnym zapojením ($,458$), naplnením a sociálnym zapojením ($,797$), naplnením a blízkymi vzťahmi ($,532$) a sociálnym zapojením a blízkymi vzťahmi ($,471$). Čo sa týka miery depresie a kvality života preukázali sa silné negatívne vzťahy. Depresia štatisticky vysoko významne negatívne koreluje s kvalitou života ($p < 0,01$), pričom ide o vysokú silu korelačného vzťahu ($-,761$). Miera depresie je taktiež v silnom negatívnom vzťahu s niektorými položkami kvality života, a to s: fungovaním zmyslov, naplnením a sociálnym zapojením a smrťou a umieraním. Čo sa týka osobnostných charakteristík, neuroticizmus je v silnom negatívnom vzťahu so smrťou a umieraním ($-,484$) a s kvalitou života ($-,548$), pričom silný pozitívny vzťah vytvára s mierou depresie ($,573$). Extraverzia štatisticky významne pozitívne súvisí so sociálnym zapojením, so smrťou a umieraním a s kvalitou života ($p < 0,05$) a štatisticky vysoko významne negatívne koreluje s mierou depresie ($p < 0,01$). Prívetivosť pozitívne koreluje iba s kvalitou života ($,491$).

Tab. 36: Korelácia medzi položkami v rámci skupiny seniorov s Parkinsonovou chorobou – 1. časť

	NAP	SOCZ	BVZT	WHOQOL-OLD	BDI	NE	EX	PR	SV
vek									,515*
FCES	,486	,473*		,639**	-,568**				
NEZ	,557*	,458*		,635**					
NAP		,797**	,532*	,910**	-,641**				
SOCZ			,471*	,855**	-,748**		,534*		
SAU				,625**	-,599**	-,484*	,489*		
BVZT				,523*					
WHOQOL-OLD					-,761**	-,548*	,446*	,491*	
BDI						,573**	-,590*		

zdroj: autorky práce

FCES – fungovanie zmyslov, NEZ – nezávislosť, NAP – naplnenie, SOCZ – sociálne zapojenie, SAU – smrť a umieranie, BVZT – blízke vzťahy, NE – neuroticizmus, EX – extravergia, PR – prívetivosť, SV – svedomitosť, WHOQOL-OLD – dotazník kvality života, BDI – Beckov depresívny inventár* $p < 0,05$, štatisticky významný vzťah** $p < 0,01$, štatisticky vysoko významný vzťah

Kvalita života, ktorá bola meraná dotazníkom zameraným na túto populáciu (PDQ-39) je v silnom negatívnom vzťahu s kvalitou života, ktorá bola meraná bežným dotazníkom (WHOQOL-OLD) (-,514) a taktiež so smrťou a umieraním (-,509). PDQ-39 štatisticky vysoko významne pozitívne koreluje s mierou depresie ($p < 0,01$) a štatisticky významne pozitívne koreluje s neuroticizmom ($p < 0,05$). K silným pozitívnym vzťahom dochádza aj čo sa týka PDQ-39 a všetkých jeho položiek, najmä však mobility. Čo sa týka jednotlivých položiek PDQ-39, tak mobilita štatisticky významne negatívne koreluje s fungovaním zmyslov a kvalitou života podľa WHOQOL-OLD. Avšak štatisticky významne pozitívne koreluje s mierou depresie a neuroticizmom ($p < 0,05$). Aktivity denného života sú v silnom pozitívnom vzťahu s mierou depresie (,469). Emócie štatisticky významne negatívne korelujú so smrťou a umieraním a s kvalitou života podľa WHOQOL-OLD a v silnom pozitívnom vzťahu sú s mierou depresie (,627) a neuroticizmom (,514). Stigmatizácia je v silnom negatívnom vzťahu s fungovaním zmyslov (-,468), smrťou a umieraním (-,635) a kvalitou života podľa WHOQOL-OLD (-,475). V silnom pozitívnom vzťahu je však s mierou depresie (,550). Sociálna podpora štatisticky významne negatívne koreluje so smrťou a umieraním ($p < 0,05$). Čo sa týka komunikácie, tá je v silnom negatívnom vzťahu so smrťou a umieraním (-,492) a kvalitou života podľa WHOQOL-OLD (-,565). V silnom pozitívnom vzťahu je však s mierou depresie (,487), s ktorou je v silnom vzťahu aj telesný diskomfort (,516). V rámci položiek dotazníka PDQ-39 tiež došlo k silným koreláciám. Štatisticky vysoko významne pozitívne spolu korelujú: mobilita spolu s aktivitami denného života, emóciami, stigmatizáciou, ďalej aktivity denného

života s kognitivitou, emócie so stigmatizáciou, stigmatizácia so sociálnou podporou a s telesným diskomfortom ($p < 0,01$). Štatisticky významne pozitívne spolu korelujú mobilita so sociálnou podporou, komunikáciou a telesným diskomfortom, aktivity denného života s komunikáciou, emócie so sociálnou podporou a komunikáciou, stigmatizácia s komunikáciou a kognitivita s komunikáciou ($p < 0,05$).

Tab. 37: Korelácia medzi položkami v rámci skupiny seniorov s Parkinsonovou chorobou – 2. časť

	MO	ADŽ	E	S	SP	KOG	KOM	TD	PDQ-39
FCES	-,447*			-,468*					
SAU			-,537*	-,635**	-,444*		-,492*		-,509*
WHOQOL-OLD	-,462*		-,553*	-,475*			-,565**		-,514*
BDI	,551*	,469*	,627**	,550*			,487*	,516*	,643**
NE	,561*		,514*						,463*
MO		,627**	,649**	,592**	,469*		,539*	,496*	,871**
ADŽ						,724**	,475*		,754**
E				,803**	,447*		,547*		,759**
S					,659**		,548*	,596**	,802**
SP								,795**	,554*
KOG							,551*		,559*
KOM									,655**
TD									,565**

Zdroj: autorky štúdie

FCES – fungovanie zmyslov, SAU – smrť a umieranie, BVZT – blízke vzťahy, NE – neuroticizmus, EX – extravertizácia, MO – mobilita, ADŽ – aktivity denného života, E – emócie, S – stigmatizácia, SP – sociálna podpora, KOG – kognitivita, KOM – komunikácia, TD – telesný diskomfort, WHOQOL-OLD – dotazník kvality života, BDI – Beckov depresívny inventár, PDQ-39 – dotazník kvality života pre ľudí s PCH* $p < 0, 05$, štatisticky významný vzťah** $p < 0, 01$, štatisticky vysoko významný vzťah

Podľa tabuľky 38 vidíme, že vek koreluje s viacerými položkami. Vek štatisticky vysoko významne negatívne koreluje s naplnením a sociálnym zapojením ($p < 0,01$). Pričom štatisticky negatívne koreluje taktiež s kvalitou života, mierou depresie a neuroticizmom ($p < 0,05$). Čo sa týka kvality života k silnému negatívne vzťahu došlo s mierou depresie (-,591). K pozitívnej korelácii došlo s fungovaním zmyslov (,464), naplnením (,775), sociálnym zapojením (,705) a blízkymi vzťahmi (,693). Depresia štatisticky významne negatívne korelovala s fungovaním zmyslov, naplnením, blízkymi vzťahmi ($p < 0,05$) a štatisticky vysoko významne korelovala so sociálnym zapojením ($p < 0,01$). Čo sa týka osobnostných charakteristík, neuroticizmus štatisticky vysoko významne negatívne koreloval s naplnením a sociálnym

zapojením ($p < 0,01$) a štatisticky významne negatívne s kvalitou života ($p < 0,05$). Taktiež došlo k silnému vzťahu s mierou depresie ($,501$). Prívetivosť bola v silnom pozitívnom vzťahu iba s nezávislosťou ($,459$).

Tab. 38: Vzájomné vzťahy medzi položkami v rámci 2. skupiny respondentov

	NAP	SOCZ	SAU	BVZT	WHOQOL-OLD	BDI	NE	PR
vek	-,614**	-,774**			-,535*	,552*	,556*	
FCES				,459*	,464*	-,449*		
NEZ			-,658**					,459*
NAP		,795*			,775**	-,541*	-,590**	
SOCZ					,705**	-,595**	-,646**	
BVZT					,693**	-,544*		
WHOQOL-OLD							-,449*	
BDI					-,591**		,501*	

zdroj: autorky práce

FCES- fungovanie zmyslov, NEZ- nezávislosť, NAP- naplnenie, SOCZ- sociálne zapojenie, SAU- smrť a umieranie, BVZT- blízke vzťahy, NE- neuroticizmus, PR – prívetivosť, WHOQOL-OLD – dotazník kvality života, BDI – Beckov depresívny inventár

* $p < 0,05$, štatisticky významný vzťah** $p < 0,01$, štatisticky vysoko významný vzťah

VO2: Aké sú rozdiely v prežívaní kvality života, miery depresie a osobnostných charakteristikách medzi seniormi trpiacimi Parkinsonovou chorobou a seniormi bez tohto ochorenia?

Kvalita života

Na získanie výsledkov porovnania oboch skupín sme použili Mann-Whitneyho test a zistili sme, že čo sa týka celkovej kvality života neboli zistené štatisticky významné rozdiely medzi týmito skupinami, avšak v niektorých položkách sa líšili výraznejšie. U seniorovs PCH bola signifikantne nižšia hodnota vo fungovaní zmyslov (17,23) ako u seniorov bez PCH (23,78) – tento rozdiel bol najvýraznejší. Čo sa týka nezávislosti u seniorov s PCH bola taktiež signifikantne nižšia hodnota (18,88), pričom u seniorov bez PCH to bolo 22,13. Pri sociálnom zapojení však dosiahli signifikantne vyššiu hodnotu (22,10), kým seniори bez PCH dosiahli hodnotu 18,90. V položke blízke vzťahy seniори s PCH dosiahli signifikantne vyššiu hodnotu (21,93), pričom seniори bez PCH (19,08). Ďalšie rozdiely medzi položkami boli minimálne. Údaje v zátvorkách udávajú priemerné poradie položiek.

Miera depresie

Tab. 39: Hodnoty v mieredepresie

skupina	N	Priemerné poradie	Mann-Whitney U	Signifikancia dvojstranná-p
seniori s PCH	20	26,20 14,90	88,000	,002
seniori bez PCH	20			
spolu	40			

Zdroj: autorky štúdie

Výsledky v tabuľke 39 ukazujú, že u ľudí s Parkinsonovou chorobou sa vyskytuje vyššia miera v depresívnom prežívaní než u seniorov bez tohto ochorenia. Priemerná hodnota, ktorá sa týka úrovne depresie je u ľudí s PCH 26,20, pričom u ľudí bez tohto ochorenia je to 14,90. Výsledky poukazujú na štatisticky významný rozdiel medzi týmito dvoma skupinami, pretože dosiahnutá signifikancia $p < 0,01$, $p = ,002$.

Osobnostné charakteristiky

Tab. 40: Rozdiely v skupinách v osobnostných charakteristikách

	skupina	N	Priemerné poradie	Mann-Whitney U	Signifikancia dvojstranná-p
Neuroticizmus	senior s PCH	20	21,95	171,000	,431
	senior bez PCH	20	19,05		
Extraverzia	senior s PCH	20	18,88	167,500	,377
	senior bez PCH	20	22,13		
Otvorenosť	senior s PCH	20	21,80	174,000	,480
	senior bez PCH	20	19,20		
Prívetivosť	senior s PCH	20	16,55	121,000	,032
	senior bez PCH	20	24,45		
Svedomitosť	senior s PCH	20	17,70	144,000	,129
	senior bez PCH	20	23,30		

Zdroj: autorky práce

Čo sa týka osobnostných charakteristík okrem prívetivosti nedošlo k štatisticky významným rozdielom. U seniorov s PCH sa však prejavila signifikantne vyššia hodnota v neuroticizme (21,95), kým u seniorov bez PCH to bolo (19,05). Pri extraverzii naopak dosiahli signifikantne nižšiu hodnotu (18,88), zatiaľ čo seniori bez PCH (22,13). Významne nižšia hodnota sa u nich taktiež preukázala v svedomitosti (17,70), pričom u seniorov bez PCH to bolo 23,30. Čo sa týka otvorenosti voči skúsenosti, tu sa u seniorov s PCH vyskytla signifikantne významne vyššia hodnota (21,80) než u seniorov bez PCH (19,20).

Ako si tiež môžeme všimnúť v položke prívetivosť dosahovali seniori s Parkinsonovou chorobou nižšie priemerné hodnoty než seniori bez tohto ochorenia. Priemerná hodnota ich skóre bola 16,55, pričom u seniorov bez tohto ochorenia to bolo 24,45. Výsledky tak poukazujú

na štatisticky významný rozdiel medzi týmito skupinami, pretože dosiahnutá signifikancia $p < 0,05$, $p = 0,032$.

Diskusia

Náš výskum sa zamerail na preskúmanie problematiky kvality života, miery depresívneho prežívania a osobnostných charakteristík u seniorov, ktorí trpeli Parkinsonovou chorobou a seniorov, ktorí týmto ochorením netrpeli. Dôležitým spoločným znakom oboch skupín bol najmä vek, kedy išlo o jedincov starších ako 60 rokov a ako podmienku sme si zvolili aj členstvo v klube. Naša vzorka bola tvorená jednotlivcami, ktorí okrem toho, že sa musia prispôbiť okolnostiam neskorého životného obdobia a prijať ho, tak sa niektorí musia vyrovnávať aj s degeneratívnym ochorením. Tá na nich môže v rôznej miere pôsobiť deštruktívne. Na to, aby seniori mohli lepšie a kvalitnejšie prežívať túto časť svojho života a zároveň sa prispôbiť ochoreniam, ktoré u nich vznikajú, je pre nich prínosné byť naďalej súčasťou spoločnosti a neuzatvárať sa do seba. Je potrebné, aby sa zapájali do spoločenského diania, naďalej vyvíjali rôzne aktivity a zvyšovali tak kvalitu svojho života. Práve to im ponúkajú aj kluby, ktoré navštevujú. Aj vďaka nim nemusí dochádzať k extrémnym zmenám, najmä negatívnym, čo sa týka troch oblastí, na ktoré sme sa zamerali.

Keďže sme nenašli výskumy, ktoré by sa súčasne zameriavali na všetky tri oblasti, rozhodli sme sa ich viac preskúmať, nájsť medzi nimi súvislosti, a taktiež ich použiť na zisťovanie rozdielov u dvoch skupín seniorov. Zaujímalo nás, ako sa títo seniori líšia v jednotlivých oblastiach a ako tie oblasti navzájom súvisia. Zistili sme významný negatívny vzťah medzi vekom a sociálnym zapojením. Čo môže znamenať, že čím sú ľudia starší, tým majú väčší problém so sociálnym zapojením, ktoré súvisí najmä so zapojením sa do miestneho diania, s nedostatkom činností či s nespokojnosťou tým, ako trávia svoj čas. Podľa štúdie Farquahara (1995, in Kačmárová 2013) k tomu negatívne prispieva fakt, že v starobe sa znižuje počet sociálnych kontaktov. Je to najmä tým, že dochádza k smrti blízkych v ich veku a tiež k smrti jedného z partnerov. Pozitívne k sociálnemu zapojeniu môžu prispievať najmä kluby. V skupine seniorov s PCH nebol zistený významný vzťah medzi vekom a sociálnym zapojením, pričom v skupine seniorov bez PCH, bol zistený silný negatívny vzťah so SOCZ a taktiež s naplnením. Prekvapivé bolo zistenie, že seniori s PCH v porovnaní so seniormi bez PCH dosahovali vyššie hodnoty v položke sociálne zapojenie a takisto v položke blízke vzťahy. Znamená to, že v tejto oblasti je ich prežívanie kvalitnejšie. Domnievame sa, že to môže súvisieť napríklad s tým, že toto ťažké ochorenie môže stmeliť rodinu. Rodina sa o chorého viac zaujíma a snaží sa mu pomáhať. Taktiež to môže súvisieť s klubmi, špecificky

zameranými, ktoré chorí navštevujú. Tieto kluby sa snažia chorým poskytnúť plnohodnotné prežívanie života po všetkých stránkach. Keďže sa v nich pacienti stretávajú s ľuďmi s rovnakým postihnutím, môžu sa tak podeliť o svoje ťažkosti a nadobudnúť pocit, že v tom nie sú sami. Nielen, že sa dozvedia viac o svojej chorobe, ale taktiež sú v kontakte s odborníkmi, ktorí im pomáhajú. Kluby im tiež poskytujú možnosť pravidelne sa zúčastňovať rôznych prednášok, liečebných pobytov, rehabilitácií, športových súťaží, či výletov. Všetky tieto aktivity pozitívne vplývajú na ich psychiku, pomáhajú im k skvalitneniu života a taktiež prispievajú k spomaleniu ochorenia. Porovnať to môžeme s klubmi pre seniorov, ktoré sú takisto dobrou pomocou a vyplnením času pre starých ľudí, avšak možno neumožňujú až toľko aktivít. Ak sa zameriame na osobnostné charakteristiky musíme spomenúť výskum Hřebíčkovéj (2011), ktorý ukazuje, že starí ľudia o dosť vyššie skórujú v prívetivosti. Tá je spojená najmä s altruizmom, s pochopením druhých, kedy sa ľudia snažia druhým pomáhať a sú presvedčení, že aj im bude poskytnutá pomoc. Prívetivosť, ako sme zistili je v silnom pozitívnom vzťahu s kvalitou života. v prívetivosti seniori bez PCH dosahovali oveľa vyššie skóre než seniori s PCH. Môže to súvisieť napríklad s tým, že seniori bez PCH v našej vzorke navštevujú kluby o dosť dlhšie než seniori s PCH. Mali preto možno viac priestoru na to, aby sa naučili navzájom si pomáhať a nič za to neočakávať. Prívetivosť je v celej vzorke taktiež v silnom pozitívnom vzťahu s nezávislosťou, čím sa seniori cítia viac nezávislí vo svojich veciach, tým sa stávajú prívetivejšími. Keďže nám pri porovnaní vyšlo, že seniori s PCH vykazujú výrazne nižšie hodnoty v nezávislosti, nemôžu byť preto prívetiví do takej miery ako seniori bez PCH. V súvislosti s vekom u seniorov s PCH došlo k silným pozitívnym vzťahom s neuroticizmom a svedomitosťou. Neskôr sa ukázalo, že v neuroticizme skórujú vyššie než seniori bez PCH, avšak nižšie skóre mali v svedomitosti a extravertzii. To môžeme porovnať s výskumom Gloseraet al. (1995), ktorí pomocou osobnostného dotazníka NEO-FFI zistili, že podľa hodnotenia príbuznými pacienti s PCH vykazovali nižšie skóre v svedomitosti, extravertzii a otvorenosti a vysoké skóre v neuroticizme. V otvorenosti však u nás dosahovali vyššie skóre seniori s PCH. Znamená to, že sú viac otvorení novým veciam, sú zvedavejší, tvorivejší. To môže súvisieť s tým, že chcú pozabudnúť na svoje ťažké ochorenie a tak vyvíjajú rôzne aktivity a hľadajú spôsoby ako zlepšiť svoj stav. Glosseret al. (1995) tiež porovnávali pacientov s PCH so zdravou populáciou a s ľuďmi trpiacimi Alzheimerovým ochorením v osobnostných charakteristikách, podľa toho ako sa hodnotili sami. Neboli tu však zistené žiadne výrazné rozdiely. Najsilnejšie pozitívne vzťahy sa v celej výskumnej vzorke preukázali medzi kvalitou života a dvoma jej položkami, a to naplnením a sociálnym zapojením. Pre vyššiu mieru prežívania kvality života je preto potrebný sociálny kontakt, načo poukazuje aj

výskum Bowlingovej (2011, in Kačmárová, 2013), ktorá zistila, že pre starých ľudí je dôležité prostredie, v ktorom budú pociťovať bezpečie a lásku, radosť a v ktorom im bude poskytnutá pomoc. Čo sa naplnenia týka ide najmä o to, aby mali ešte možnosť niečo dosiahnuť, na niečo sa tešiť a aby sa im dostávalo uznania od ostatných. V tejto položke skórovali vyššie seniori s PCH, čo znamená, že sú tieto pocity naplnenia u nich viac uspokojené, čo je zaujímavé vzhľadom na ich ťažké ochorenie. Pri hľadaní rozdielov v prežívaní celkovej kvality života sme nezistili takmer žiadne odlišnosti. Seniori s PCH tak nemajú výrazne zníženú kvalitu života oproti seniorom bez PCH. Rozdiely sú však v niektorých položkách kvality života. Okrem položiek SOCZ, BVZT, NAP a NEZ, seniori bez PCH skórovali nižšie vo fungovaní zmyslov a v smrti a umieraní. To súvisí najmä s ich ochorením, kedy dochádza k výraznému zhoršeniu telesných funkcií čiže aj zmyslov a taktiež viac vnímajú blízkosť smrti. Čo sa týka miery depresie, tu sa preukázal negatívny vzťah s kvalitou života. Depresia je tak významným prediktorom nízkej kvality života u seniorov. Najviac však negatívne súvisí s fungovaním zmyslov, naplnením a sociálnym zapojením. Tieto vzťahy sa takisto preukázali v každej skupine zvlášť, pričom u seniorov s PCH sem patrí aj smrť a umieranie a u seniorov bez PCH blízke vzťahy. To, že je depresia u seniorov s PCH hlavným prediktorom nízkej kvality života zistili vo svojom výskume aj Menonet al. (2015). Pri porovnaní seniorov s PCH a seniorov bez PCH došlo v miere depresie k výraznému rozdielu. Zistili sme, že seniori s PCH vykazovali vyššiu mieru depresie, čo súvisí s ich ťažkým ochorením. Čo sa týka extravenzie tá bola v silnom vzťahu so sociálnym zapojením, u seniorov s PCH aj so smrťou a umieraním a u seniorov bez PCH sa nevyskytol žiadny z týchto vzťahov. Pri skúmaní kvality života pomocou dotazníka PDQ-39 zameraným na populáciu ľudí s PCH sme zistili silné vzťahy s jeho položkami, a to najmä s mobilitou, aktivitami denného života, emóciami a stigmatizáciou. To, že mobilita je dôležitým aspektom kvality života vo svojom výskume zistili aj Hudáková a Majerníková (2013). Podľa nich mobilita znižuje kvalitu života najmä tých geriatrických pacientov, ktorí sú hospitalizovaní. Pri porovnaní kvality života podľa dvoch dotazníkov PDQ-39 a WHOQOL-OLD, sme zistili, že kvalita života podľa WHOQOL-OLD je v negatívnom vzťahu so štyrmi položkami z PDQ-39, a to s mobilitou, emóciami, stigmatizáciou a komunikáciou, pričom s komunikáciou tvorí najsilnejší vzťah. Čím vyššie skóre dosahovali v týchto oblastiach, tým bola miera prežívania kvality života nižšia. Čo sa týka kvality života podľa PDQ-39, tá je vo vzťahu iba s jednou položkou z WHOQOL-OLD, a to so smrťou a umieraním. Podľa výskumu Dubayovej et al. (2010) boli zistené silné vzťahy medzi extravenziou, mobilitou a aktivitami denného života. Pričom najmä ženy s vysokým skóre extravenzie v položke aktivity denného života dosahovali vyššiu mieru kvality života. My

sme však v našej práci tieto vzťahy neobjavili. Silné pozitívne vzťahy sa však preukázali medzi neuroticizmom a položkami PDQ-39 a to najmä s mobilitou a emóciami. Čo sa týka dĺžky ochorenia u PCH, nezaznamenali sme žiadne významné vzťahy. Pri skúmaní samostatných vzťahoch v skupine seniorov bez PCH sme zistili, že vekom dochádza k zvýšeniu v skóre v neuroticizme, kedy sa u nich začína prejavovať väčšia nervozita či neistota. Tieto výsledky sa však nezhodujú s výskumom Hřebíčkovéj (2011), ktorá zistila, že neuroticizmus vekom mierne klesá. Vekom taktiež u seniorov bez PCH dochádza k znižovaniu kvality života a zvyšuje sa miera depresie. Výsledky nám ukazujú, že existujú silné vzťahy medzi jednotlivými premennými, najmä čo sa týka kvality života a miery depresie, kedy v niektorých položkách kvality života seniori s PCH skórujú prekvapivo vyššie. Taktiež dochádza k silným vzťahom s vekom a osobnostnými charakteristikami. Výrazný rozdiel čo sa týka porovnania dvoch skupín sme našli najmä v miere depresie a v prítomnosti, pričom v prežívaní celkovej kvality sme nezaznamenali žiadne rozdiely.

Limity výskumu

Medzi limity nášho výskumu môže patriť najmä malá výskumná vzorka a špecifickosť vzorky, kedy sme sa zamerali iba na populáciu seniorov navštevujúcu kluby, pričom sa jednotlivci v našej vzorke líšili aj v prítomnosti či neprítomnosti Parkinsonovej choroby. Taktiež bol vo vzorke seniorov bez PCH veľmi malý počet chlapov. Nemôžeme preto výsledky zovšeobecniť na celú populáciu. Takisto sme sa nezameriavali na závažnosť ochorenia u PCH a na prítomnosť akéhokoľvek ochorenia u seniorov bez PCH. Obe tieto skutočnosti môžu ovplyvňovať kvalitu života, mieru depresie a tiež osobnosť.

Budúce zámery

V budúcich výskumoch by bolo potrebné zaradiť aj premenné, na ktoré sme sa my nezameriavali, a to najmä závažnosť ochorenia a prítomnosť ochorenia u seniorov bez PCH. Zaujímavé by mohlo byť, sledovať, ako sa budú seniori s PCH meniť v kvalite života, miere depresie a osobnostných charakteristík v závislosti od zhoršovania choroby, či užívania liekov. Taktiež by bolo dobré rozšíriť výskumnú vzorku, zisťovať pohlavné rozdiely a zamerať sa aj na populáciu, ktorá kluby nenavštevuje.

Referenční seznam

- DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J. 2009. WHOQOL-OLD. *Průručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009.
- DUBAYOVA, T. 2010. *Parkinson's disease – psychological determinants of quality of life*. Prešov: Equilibria, 2010, 132 s. ISBN 978- 94- 6070 -026 -2.
- GLOSER, G, . et al. 1995. A controlled investigation of current and premorbid personality: Characteristics of Parkinson's disease patients. In: *Movement Disorders*, 1995. 10 (2). Pp. 201 – 206.
- HERLOFSON, K., LARSEN, J. P. 2003. The influence of fatigue on health. related quality of life in patients with Parkinson's disease. In *Acta Neurologica Scandinavica*. ISSN 0001-6314, 2003, Vol. 107, No. 1, p. 1-6.
- HŘEBÍČKOVÁ, M., URBÁNEK, T. 2001. NEO pětifaktorový osobnostní inventář (podle NEO FiveFactor Inventory P. T. Costy a R. R. Mc Craee). Praha: Testcentrum, 2001.
- HŘEBÍČKOVÁ, M. 2011. *Petifaktorový model v psychologii osobnosti*. Praha: Grada. 2011. ISBN 9788024733807.
- HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, E. 2013. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada Publishing, 2013, 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.
- KAČMÁROVÁ, M. 2013: Subjektívne hodnotená kvalita života seniorov: kvalitatívne a kvantitatívne postupy jej zisťovania. In *Československá psychologie*, ISSN 1804-6436, 2013, roč. LVII, č. 1, s. 42-51.
- MENON, B. et al. 2015: Parkinson's disease, depression, and quality-of-life. In *Indian journal of psychological medicine*, ISSN0253-7176, 2015, Vol. 37, No. 2, p. 144-148.
- PREISS, M., VACÍŘ, K. 1999. Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II. Průručka. Brno: Psychodiagnostika, 1999.

VZÁJOMNÝ VZŤAH MEDZI EMPATIOU A VÝCHOVNÝM ŠTÝLOM RODINY U ADOLESCENTOV

RELATIONSHIP BETWEEN EMPATHY AND PARENTING STYLE IN ADOLESCENTS

Dominika Doktorová, Andrea Baranovská

Abstrakt: Štúdia je zameraná na vzťah medzi empatiou a výchovnými štýlmi v rodine. V rámci empatie sme sa zamerali na dosahovanú úroveň u adolescentov. Výskumu sa zúčastnilo 79 žiakov gymnázia. Ich úlohou bolo vyplniť dva dotazníky, konkrétne *Empathy Quotient Test* a *Dotazník na zisťovanie výchovy v rodine od Čápa a Boscheka*. Na základe vyhodnotení boli merané vzájomné súvislosti medzi nižšou úrovňou empatie a záporným komponentom rodinnej výchovy a tiež vzťah medzi vyššou úrovňou empatie a kladným komponentom rodinnej výchovy. Na základe výsledkov sa nám nepotvrdila prvá hypotéza, ktorá predpokladala štatisticky významnú diferenciu v empatii u dievčat a chlapcov. Ostatné hypotézy sa nám potvrdili, a tak existuje štatisticky významný vzťah medzi empatiou a výchovnými štýlmi v rodine. Ďalej zdôrazňujeme limity výskumu a odporúčania a návrhy pre prax.

Kľúčové slová: *empatia, rodina, výchova, výchovné štýly*

Abstract: *The study focuses on the relationship between empathy and educational style in the family. Within the empathy we focused on achievable levels in adolescents. Participants were 79 high school students. Their task was to fill in two questionnaires, specifically *Empathy Quotient Test* and *Questionnaire survey of education in the family of stork and Boschek*. Based on the evaluation they were measured interdependencies between lower levels of empathy and negative component of family education and also the relationship between higher levels of empathy and positive component of family education. Based on the results, we confirmed the first hypothesis, which predicted statistically significant differences in empathy for girls and boys. Other hypotheses, we have confirmed that there is a statistically significant relationship between empathy and educational style in the family. Further we stress the limits of research and recommendations and suggestions for practice.*

Keywords: *empathy, family, education, parenting styles*

Úvod

V našom výskume sme sa zamerali na empatiu ako jednu z kľúčových kompetencií potrebných pre život v súčasnosti. Hlavným cieľom realizovaného výskumu bolo zamerať sa na úroveň empatie u adolescentov a následne zistiť preferovaný výchovný štýl v rodine a overiť vzájomný vzťah medzi oboma premennými. Dôraz bol kladený na kladný a záporný komponent vo výchove v rodine vo vzťahu s nízkou a vysokou úrovňou empatie a tiež na genderové rozdiely v úrovni empatie. Pre overenie týchto vzťahov sme si stanovili nasledujúce výskumné otázky:

VO 1 Aká je priemerná úroveň empatie u adolescentov?

VO 2 Existuje rozdiel medzi pohlaviami v úrovni empatie?

VO3 Existuje vzťah medzi úrovňou empatie a výchovným štýlom v rodine?

Hypotézy

Na základe zistení odlišnosti v schopnostiach a zručnostiach u ženského a mužského pohlavia prejavujú v rôznych smeroch. Muži, ale aj chlapci v mladšom veku sa skôr zameriavajú na rozumovú stránku a schopnosti a na druhej strane pre ženy alebo dievčatá je typické prejavovanie citov alebo zvládanie emócií (Tomášek, 1992, Doktorová, 2012). Môžeme teda predpokladať, že vyššia schopnosť empatie u žien je podmienená ich spoločenským postavením a kultúrnymi tradíciami. Aj to, že žena sa pripravuje od malička na materstvo a jej výchova vedie k týmto sociálnym rolám môže predurčovať zvýšenú úroveň empatie (Doktorová, Ručková, 2015). Na základe toho sme si stanovili prvú hypotézu:

H1 Predpokladáme, že existujú štatisticky významné diferencie v úrovni empatie u dievčat a chlapcov.

Vychádzajúc z výskumov Eisenberg-Berga a Mussena a ich výsledkov, ktoré poukazujú na to, že atmosféra v rodine, ktorá je ohľaduplná a správanie rodičov je nápomocné v problémoch dieťaťa má spojitosť s mierou empatie (In Mesárošová, Dančíšinová, 1999), sme si vytvorili druhú hypotézu:

H2 Predpokladáme, že vyššia úroveň empatie bude korelovať v pozitívnom smere s kladným komponentom rodičovskej výchovy

Okrem vzťahu medzi vyššou úrovňou empatie a kladným komponentom rodičovskej výchovy nás zaujal aj vzťah medzi nižšou úrovňou empatie so záporným komponentom vo výchove. Ak je dieťa vychované v rodine, kde rodičia neprejavujú navonok svoje pocity, môže

to mať za následok, že dieťa tiež nebude prejavovať svoje pocity a nebude ich zdieľať so svojimi rodičmi a riešiť problémy ohľadom citového života. Tým pádom empatia sa nemusí dostatočne rozvinúť (Pletzer, 2009). Vzhľadom na tieto tvrdenia sme vytvorili hypotézu:

H3 Predpokladáme, že nižšia úroveň empatie bude korelovať so záporným komponentom vo výchove v rodine.

Výskumná vzorka

Na získanie údajov v našom výskume sme použili zámerný výber. Výskum bol realizovaný u študentov gymnázia. Jednalo sa o žiakov prvých ročníkov vo veku od 15 do 16 rokov v dvoch triedach. Priemerný vek bol 15,74. Celkový počet respondentov bol 79 z toho 40 chlapcov (51,28 %) a 39 dievčat (48,72 %). Dotazníky žiaci vyplňovali anonymne a dobrovoľne.

Tab. 41: Rozloženie výskumnej vzorky podľa pohlavia a veku

	Počet	percentá	Priemerný vek
Chlapci	40	51,28	15,6
Dievčatá	39	48,72	15,8

Zdroj: autorky práce

Metódy zberu dát

Pre náš výskum sme zvolili kvantitatívnu metódu zberu dát prostredníctvom dotazníkov, konkrétne sa jednalo o dva štandardizované dotazníky. Každý dotazník má vstupnú časť, ktorá zahŕňa okrem informácií o autorovi aj cieľ dotazníka, vysvetlenie a na záver poďakovanie, potom pokračuje vlastné dotazovanie.

Dotazník na meranie spôsobov výchovy

Dotazník je zameraný na spôsoby výchovy. Konkrétne sa jednalo o **Dotazník na meranie spôsobov výchovy Čápa, Boscheka (1994)**. Dotazník je určený pre adolescentov a skladá sa zo 40 položiek, ktoré sú zamerané na kladný komponent výchovy, záporný komponent výchovy, komponent požiadaviek a komponent voľnosti. Zahŕňa rozdelenie na výchovu matky a na výchovu otca. Spojením výchovného štýlu matky a výchovného štýlu otca vznikne rodinný štýl výchovy. Respondenti majú na výber vyjadriť sa k daným výrokom na škále: áno, čiastočne, nie. Rodičia deťom v rôznej miere dávajú najavo lásku, kladné emócie (kladný komponent) alebo citový odstup, odmeranosť alebo odmietanie (záporný komponent).

Podľa rozsahu takýchto vyjadrení je možné preukázať základné formy emočných vzťahov. Ide o škálu od kladného až extrémne kladného emočného vzťahu, cez stredný emočný vzťah, záporne kladný (ambivalentný) emočný vzťah (kde jeden z rodičov prejavuje dieťaťu kladný a druhý záporný emočný vzťah), až k zápornému emočnému vzťahu (Gillernová, 2009). Komponent voľnosti a požiadaviek spolu tvoria dimenziu riadenia. Výhovné riadenie sa skladá z miery rozsahu požiadaviek rodičov na dieťa, zo spôsobu, akým ich rodičia zadávajú a stupňa kontroly alebo voľnosti dieťaťa. Opäť ide o škálu od silného riadenia, cez stredne-primerané riadenie, slabé riadenie až po riadenie rozporuplné, ktoré je typické veľkým počtom požiadaviek, ale bez kontroly (Gillernová, 2009).

Empathy Quotient Test

Druhý dotazník, ktorý sme použili v našom výskume sa zameriava na meranie empatie. Keďže sa nám nepodarilo zohnať slovenskú verziu dotazníka na empatiu použili sme preloženú českú verziu z práce Eduarda Devečku z diplomovej práce *Overovanie závislosti miery empatie od vybraných osobnostných charakteristík a ich preklad metódy Empathy Quotient Test* od autorov Baron-Cohen a Wheelwright, ktorý preložili z pôvodnej anglickej verzie. Na základe ich preloženej verzie testu EQ bola vykonaná položková analýza, ktorá meria vnútornú konzistenciu prekladu. Následne Crombachova alfa preloženého testu vyšla v hodnote 0,8, čiže preložená verzia testu EQ sa môže označovať za reliabilnú.

V každej položke zameranej na empatiu môže skúmaná osoba skórovať 2, 1, alebo 0, takže maximálne možné získané skóre je 80 bodov a minimum 0. Následne podľa bodovania je empatia rozdelená do štyroch skupín. 0-32 bodov nízka schopnosť pochopenia ľudí ako sa cítia. 33-52 bodov je priemerná schopnosť pre pochopenie druhých ľudí ako sa cítia. 53-63 je nadpriemerná schopnosť pochopenia ľudí, čo sa týka ich emócií a 64-80 je veľmi vysoká schopnosť empatie. V našej práci sme rozdelili respondentov iba do dvoch skupín a to od 0 do 32 nízka úroveň empatie a od 33 a vyššie je priemerná úroveň empatie. Urobili sme tak na základe vyhodnotenie, kde najnižšia úroveň dosahovala hodnotu 23 a najvyššia iba 57. Približne polovica položiek je formulovaných pozitívne a polovica negatívne, čo sa týka empatickej odpovede. Toto je za účelom vylúčenia novej tendencie odpovedať „jedným smerom“. Položky sú následne náhodne premiešané.

Na základe výsledkov normality sme zvolili vhodný výber testovania nameraných hodnôt. Potom sme vypočítali priemernú úroveň empatie u adolescentov bez rozdielu na pohlavie. Naštatistické spracovanie sme použili program SPSS 20. Najprv sme zisťovali možný rozdiel v úrovni empatie medzi pohlavím. Pri tejto analýze sme použili neparametrický test,

konkrétne Mann-Whitneyho U test. Ďalej sme zisťovali vzťahy medzi jednotlivými dotazníkmi a ich subškálami na čo sme použili Spaermanovu poradovú koreláciu. Rozdelili sme si dotazníky na dve skupiny, podľa bodovania dotazníka *Empathy Quotient Test*, na skupinu s nízkou empatiou a s priemernou/vyššou empatiou bez rozdelenia na pohlavie a zisťovali sme korelácie medzi nízkou empatiou a záporným komponentom rodinnej výchovy a medzi priemernou empatiou a kladným komponentom rodinnej výchovy. Kladný a záporný komponent sme získali z *Dotazníka na meranie spôsobov výchovy Čápa, Boscheka*, kde sme spočítali kladný komponent matky a kladný komponent otca a tiež záporný komponent matky a záporný komponent otca. Tak sme následne dostali kladný rodičovský komponent a záporný rodičovský komponent.

Výsledky výskumu

VO 1 Aká je priemerná úroveň empatie u adolescentov?

Najnižšia úroveň empatie bez rozdielu na pohlavie u adolescentov mala hodnotu 23 a najvyššia úroveň dosahovala hodnotu 57. Priemerná úroveň empatie u oboch pohlaví vyšla 34, 46. Od tohto sa odvíjalo ďalšie spracovanie výskumu, kde sme rozdelili empatiu iba na dve skupiny. Na nízku s hodnotami od 0 do 32 a priemernú/vyššiu s hodnotami od 33 a vyššie.

Tab. 42: Tabuľka hodnôt empatie respondentov

N=79	Empatie respondentov
Priemer	34,46
Najmenšia hodnota	23
Najvyššia hodnota	57

Zdroj: autorka práce

H1 Predpokladáme, že existujú štatisticky významné diferencie v úrovni empatie u dievčat a chlapcov.

Na analyzovanie H 1 sme použili Mann Whitneyho U neparametrický test. Výsledky analýzy sú zobrazené v tabuľke č. 43.

Tab. 43: Rozdiely medzi chlapcami a dievčatami v úrovni empatie

Test Statistics ^a	
	Empatia
Mann-Whitney U	122,000
Wilcoxon W	332,000
Z	-1,915
Asymp. Sig. (2-tailed)	,055

a Grouping Variable: pohlavie

Z tabulky 43 vyplýva, že rozdiely medzi chlapcami a dievčatami sa preukázali ako štatisticky nevýznamné ($p > 0,05$). To zároveň nepotvrďuje našu hypotézu, kde sme predpokladali významné diferencie medzi pohlaviami v úrovni empatie.

H2 Predpokladáme, že vyššia úroveň empatie bude korelovať s kladným emocionálnym komponentom rodičovskej výchovy

V tabuľke číslo 44 môžeme vidieť, že medzi vyššou úrovňou empatie a kladným komponentom rodičovskej výchovy existuje štatisticky významný vzťah. Signifikancia poukazuje na významný vzťah, pretože je menšia ako 0,05 ($p < 0,05$). Sila vzťahu je $r = 0,649$, čo znamená stredne silný vzťah. Na základe tohto výsledku prijímame hypotézu 2 a potvrdzujeme vzťah medzi nízkou úrovňou empatie a kladným komponentom rodičovskej výchovy.

Tab. 44: Korelácia medzi nízkou úrovňou empatie a kladným komponentom rodičovskej výchovy

Correlations				
			Úroveň empatie	Kladný komponent rodičovskej výchovy
Spearman's rho	Úroveň empatie	CorrelationCoefficient	1,000	,649**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	79	79
	Kladný komponent rodičovskej výchovy	CorrelationCoefficient	,649**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	79	79

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

H3 Predpokladáme, že nižšia úroveň empatie bude korelovať so záporným komponentom vo výchove v rodine

Z tabulky 45 vyplýva, že vzťah medzi nízkou úrovňou empatie a záporným komponentom je štatisticky významný. Poukazuje na to signifikancia, ktorá vyšla 0,007 čiže je menšia ako 0,05 ($p < 0,05$). V tabuľke 5 vidíme, že hodnota $r = 0,423$, čo predstavuje stredne silnú koreláciu a teda vzťah je má stredne silnú intenzitu. Preto našu hypotézu 3 prijímame a zároveň sa nám potvrdzuje vzťah medzi nízkou úrovňou empatie so záporným komponentom vo výchove.

Tab. 45: Korelácia medzi vyššou úrovňou empatie a záporným komponentom rodičovskej výchovy

Correlations				
			Úroveň empatie	Záporný komponent rodičovskej výchovy
Spearman'srho	Úroveň empatie	CorrelationCoefficient	1,000	-,423**
		Sig. (2-tailed)	.	,007
		N	79	79
	Záporný komponent rodičovskej výchovy	CorrelationCoefficient	-,423**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,007	.
		N	79	79
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

Diskusia

V našej práci sme sa zamerali na empatiu u adolescentov v súvislosti s výchovnými štýlmi v rodine. Na výskume sa podieľali žiaci gymnázia. Na základe odbornej literatúry sme si stanovili hypotézy, ktoré sme následne empiricky overovali. V našej práci sme použili dva dotazníky, konkrétne šlo o *Empathy Quotient Test* od autorov Baron-Cohen a Wheelwright a druhým bol *Dotazník na meranie spôsobov výchovy Čápa, Boscheka* (1994).

Prvým stanoveným cieľom v tomto výskume bolo zistiť aká je priemerná úroveň empatie u adolescentov. Najvyšší počet bodov, ktoré bolo možné získať v dotazníku bol až 80. Žiaci gymnázia dosiahli najvyššie hodnotenie 57 a najnižšie iba 23. Priemerná úroveň bez rozdielu na pohlavie dosahovala hodnotu 34, 46. Vo vyhodnotení to znamená, priemernú schopnosť pre pochopenie druhých ľudí, pochopenie ich emócií a zaobchádzanie s ľuďmi s citlivosťou a starostlivosťou. Táto hodnota však predstavuje tesnú hranicu s podpriemernou úrovňou. Dôvodom prečo priemerná úroveň bola taká nízka môže byť nízky počet výskumnej vzorky ($n=79$). Ďalším dôvodom môže byť nesústredenosť žiakov. V tomto veku sú veľmi nepozorní a roztržití a využívajú každú príležitosť ako sa predviesť pred svojimi spolužiakmi,

učiteľom alebo samotným výskumníkom. Zároveň môžeme predpokladať, že príčinou tohto výsledku bol aj vek respondentov. V tomto období nastáva podľa Rosenbluma a Lewisa (2003) rozvoj emocionálnych zručností a aj úroveň empatie stále rastie.

Druhotným cieľom našej práce bolo zistiť rozdiel v úrovni empatie u dievčat a u chlapcov. Z vlastných skúseností, ale aj na základe odbornej literatúry, vieme, že existuje odlišnosť medzi pohlaviami v prejavovaní a pochopení citov a zvládania emócií (napr. Tomášek, 1992). Naša prvá hypotéza bola stanovená nasledovne: *Predpokladáme, že existujú štatisticky významné diferencie v úrovni empatie u dievčat a chlapcov.* Výsledok sme získali pomocou MannWhitney U testu. Rozdiel medzi pohlaviami sa preukázal ako štatisticky nevýznamný. To znamená že naša prvá hypotéza sa nám nepotvrdila. Avšak vedci zistili, že rozdiely medzi pohlaviami bežne ukazujú, že ženy majú vyššiu úroveň empatie ako muži (Batson 1996; Gault, Sabine, 200; Lennon, Eisenber, 1987), ale aj populárna kultúra naznačuje, že ženy majú väčšie pochopenie pre pocity druhých (Klein, Hodges, 2001). Naš výsledok však protirečí týmto tvrdeniam. Príčinou tohto výsledku opäť môže byť malá vzorka respondentov. Bolo by určite zaujímavé urobiť tento výskum na väčšej vzorke a porovnať s inými výskumami, prípadne aktualizovať výsledky starých výskumov, pretože spoločnosť napreduje veľmi rýchlo a menia sa aj rôzne faktory, ktoré môžu ovplyvniť emocionalitu zahrňujúcu aj empatiu.

Druhá výskumná otázka sa zamerala priamo na vzťah medzi empatiou a výchovou v rodine. V hypotéze 2 sme predpokladali súvislosť medzi vyššou úrovňou empatie a kladným komponentom vo výchove rodičov. Kladný komponent vo výchove znamená, že rodičia dávajú najavo svojim deťom lásku, kladné emócie a záujem o ich správanie a prežívanie. Táto hypotéza sa nám potvrdila, čo znamená, že kladný emočný vzťah, ktorý zahrňuje aj prejavovanie emócií koreluje s vyššou úrovňou empatie. Podľa Čápa (in Vymětal, 2004) citový vzťah medzi rodičmi a dieťaťom z pozitívneho hľadiska zahrňuje akceptáciu dieťaťa, povzbudenie, pochvalu ale aj úprimnosť zo strany rodiča. Tieto aspekty môžeme vidieť aj na položkách v dotazníku. Napríklad výroky jako „Mali skutočný záujem o to čo robím.“, „Brali vážne moje názory a priania.“, „Často sme sa spolu zasmiali a mali dobrú náladu.“ a iné poukazujú, že ak majú rodičia záujem o svoje dieťa tak to na dieťa pôsobí pozitívne a ich emocionalita sa rozvíja. Aj toto môže byť odôvodnenie, že sa nám naša hypotéza potvrdila. Deti v takýchto rodinách, kde prevláda kladná emocionálna výchova sa neboja vyjadrovať svoje pocity a už od detstva môžu byť vedené k rozprávaniu o svojich pocitoch a tiež riešia svoje problémy s rodičmi (Shapiro, 1997). Súčasná práca, ktoré sa venujú problematike empatie merajú vzťah empatie s osobnostnými charakteristikami u konkrétnych jedincov. Bolo by však zaujímavé zamerať sa aj na osobnosť rodiča vo vzťahu s úrovňou empatie u dieťaťa. V pilotnej

štúdií od autorov Mlčáka a Záškodnej z roku 2006 sa autori zaujímajú o vzťah medzi prosociálnymi tendenciami, empatiou a piatimi osobnostnými dimenziami Big Five. Ich štúdia poukazuje na to, že existuje vzťah medzi empatiou a osobnostnými faktormi prívetivosť a otvorenosť. Tieto výsledky sa sčasti zhodujú aj s našimi, kde kladný emočný vzťah zahrňuje úprimnosť a láskavosť.

Tretia hypotéza sa zamerala na vzťah medzi nízkou úrovňou empatie a záporným komponentom výchovy v rodine. Táto hypotéza sa nám tiež potvrdila. Záporný komponent výchovy zahrňoval tvrdenia ako napríklad: „Vyčítali mi, že som ich sklamal.“, „Správali sa ku mne chladne a málo priateľsky.“, „Sťažovali sa na mňa.“, „Často na mňa kričali.“, „Stále ma z niečoho podozrievali.“ Výsledok tejto hypotézy sa nám potvrdzuje s teoretickými poznatkami. Pletzer (2009) tvrdí, že ak je dieťa vychovávané v rodine, kde sa emócie navonok neprejavujú, pocity sú potláčané, emócie sú zväčša chladné a prevažuje nezáujem o citový život dieťaťa zo strany rodiča tak to môže mať dopad na emocionalitu dieťaťa a empatie sa nemusí dostatočne rozvinúť. Zaujímavé by bolo zameranie sa na príčinu týchto negatívnych odpovedí.

Tieto štatisticky významné vzťahy nám poskytujú náhľad do problematiky výchovy v rodine. Je viditeľné, že rodinná výchova zasahuje do vývinu empatie. Aj výskumy realizované v oblasti prosociálneho správania, ktoré zahrňuje aj empatiu poukazujú na to, že je dôležitá celková psychosociálna atmosféra v rodine v rámci, ktorej prebieha intenzívna komunikácia medzi rodičmi a deťmi (Koubeková, 1995). Podobnou témou sa zaoberala aj Mičková (2016), ktorá zistovala ako súvisí dôvera k rodičom s otvorenou komunikáciou u adolescentov.

Hlavným prínosom nášho výskumu bolo teda zistenie, že existuje významný vzťah medzi úrovňou empatie a výchovnými štýlmi v rodine. Všetky tieto poznatky, ktoré sme zhrnuli v teoretickej časti a v praktickej časti poukazujú na dôležitosť rodičovskej výchovy na rozvoj empatie. Zároveň dúfame, že zistené výsledky konkrétnych vzťahom ale aj rozdielov ako podklad a inšpirácia pre ďalšie spracovanie tejto témy. Chceme poukázať aj na to, že je málo výskumov, ktoré sa priamo venujú tejto tematike a bolo by dobré venovať tejto problematike dostatok pozornosti.

Limity výskumu

V rámci vyhodnotenia a popísania výsledkov je dôležité brať do úvahy aj obmedzenia, čiže limity výskumu, ktoré mohli byť príčinou našich výsledkov.

Ako prvým a dôležitým limitom našej práce je veľkosť výskumného súboru (n=79). Na základe malej vzorky sa nám pravdepodobne nepotvrdila hypotéza 1, kde neboli zaznamenané

žiadne štatisticky významné rozdiely v pohlaví. Odporúčame pri budúcom výskume túto chybu eliminovať a zabezpečiť väčší počet respondentov.

Druhým limitom výskumu je vek respondentov. V tomto výskume, ktorý sa zameriava na rodinu a výchovu v nej, sme sa zamerali na adolescentov. Brali sme ohľad na to, že v tomto období vrcholí utváranie osobnosti nastáva upokojenie a stabilizácia v citovej oblasti osobnosti. (Fischer, 1997). Na druhej strane je obdobie adolescencie kritické pre vznik konfliktov s rodičmi (Macek, 1999). Toto môže predstavovať v problém pri vyhodnotení dotazníka o výchove rodičov, kedy adolescent stagnuje proti všetkému čo rodič káže. V ďalšom skúmaní by sme odporučili zvoliť vhodnú reprezentatívnu vzorku, prípadne väčšie vekové spektrum a porovnať aj rozdiely medzi vekom a eliminovať tak nedostatky.

Ďalším limitom tohto výskumu je koncepcia dotazníkov. Za účelom zachovania validity oboch dotazníkov sme ich ponechali v českom jazyku, čo mohli spôsobiť nezrozumiteľnosť jednotlivých výrokov. Okrem toho dotazník, ktorý sa zameriaval na výchovu bol rozdelený na výchovu otca a na výchovu matky. Pri vyplňovaní dotazníka mal probant problém pri odpovedi na rôzne tvrdenia o výchove otca. Príčinou bola výrazná zmena vo vzťahu medzi ním a otcom. Pri ďalšom výskume odporúčame túto chybu eliminovať vybratím vhodnej reprezentatívnej vzorky, prípadne vytvorením dotazníka, ktorý by zaznamenal takéto problémy.

Vzhľadom na realizáciu výskumu v priestoroch školy, ďalším limitom výskumu môže byť aj nesústredenosť respondentov počas vyplňania dotazníkov. Aj keď sme sa snažili s učiteľom motivovať deti zaujímavosťou témy a jej vysvetlením ich nepozornosť bola značná a mohla byť spôsobená aj tým, že výskum bol realizovaný v posledných vyučovacích hodinách. Ich demotivácia bola pravdepodobne zapríčinená aj zdĺhavosťou dotazníkov, ktoré boli časovo náročnejšie, keďže dokopy obsahovali až 100 tvrdení.

Posledným limitom boli sebaopisné metódy. Na meranie empatie bol použitý dotazník na základe sebaopisovania a tiež dotazník na výchovu z pohľadu adolescenta. Výsledky vo výskume mohli byť ovplyvnené sebakritickosťou adolescentov.

Odporúčania do praxe

V rámci aplikácie do praxe by sme odporučili rozpracovať tento výskum a zamerať sa na väčšiu populáciu. Zaujímavé by bolo skúmať empatiu u detí, ktorí rodičov nemajú a porovnať ich s deťmi v úplných rodinách. Keďže empatie je vrodená schopnosť, bolo by dobré zamerať sa na jej rozvoj už v predškolskom období. Autorky Semanová a Miňová (2008) sa venovali rozvíjaniu emocionality dieťaťa predškolského veku. Vo svojej práci rozpracovali projekt, ktorý je zameraný na rozvíjanie emocionality dieťaťa a je súčasťou výchovno-

vzdelávacieho procesu Program výchovy a vzdelávania detí v materských školách (1999). Ďalším odporúčaním hlavne pre rodičov a ich výchovu je zlepšenie empatie v rámci rodiny. Takého odporúčania môže dať psychológ pri rôznych skupinových terapiách, kde sa rodičia a deti naučia hovoriť o svojich emóciách, naučia sa pomenovať rôzne pocity a rodičia nebudú podceňovať pocity svojho dieťaťa a brať na vedomie ich názory a vyjadrenia. Na takomto sedení môže psychológ odporučiť rodičom aby oni sami nerozhodovali za dieťa ako sa cíti a nezakazovali mu prejavovať určité emócie. Ďalej by sa mohli zaviesť vyučovacie hodiny, ktoré by zvyšovali emocionalitu v období školského veku. Aj prejavovanie pozitívnych emócií medzi vrstovníkmi môže mať za následok zvyšovanie empatie.

Referenční seznam

- BATSON, C. D. et al. 1996. I've been there, too": Effect on empathy of prior experience with a need. In *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1996; 22: pp. 474–482. ISSN 474-482.
- ČÁP, J. 1996. *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Vyd. 1, Praha: ISV- nakladatelství, 1996, 302 s. ISBN 80-85866-15-3.
- DOKTOROVÁ, D. & RUČKOVÁ, G. 2015. Účinnosť rolových hier na vyjadrenie emócií vo vzťahu matka a dieťa In: *Psychológia a patopsychológia dieťaťa.*, 2015. Roč. 49. č. 1-2. s. 31-39. ISSN 0555-5574.
- DOKTOROVÁ, D. 2012. *Förderung der Empathiefähigkeit im Grundschulalter*, In: Zborník vychádza z konferencie: Jazyková kompetencia ako súčasť celoživotného vzdelávania. Trnava. 2012 ISBN 978- 80- 8082- 562- 1.
- FISCHER, R. 1997. *Učíme děti myslet a učit se: Praktický průvodce strategiemi vyučování*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-966-6.
- GAULT, BA, SABINI J. 2000. The roles of empathy, anger, and gender in predicting attitudes toward punitive, reparative, and preventative public policies. In *Cognition and Emotion*. 2000. 14: pp. 495–520. ISSN 1555-3434.
- KLEIN, K. J. K., HODGES, S. D. 2001. Gender differences, motivation, and empathic accuracy: When it pays to understand. In *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2001. 27: pp. 720–730. doi: 10. 1177/0146167201276007.
- KOUBEKOVÁ, E. 1995. Vplyv rodinného prostredia na utváranie prosociálnej orientácie dieťaťa. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 1995. roč. 35, č. 1, s. 111-115. ISSN 0555-5574.

- LENNON, R., EISENBERG, N. 1987. Gender and age differences in empathy and sympathy. In: Eisenberg N, Strayer J, editors. In *Empathy and its development*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1987. pp. 195–217. doi:10. 3200/SOCP. 145. 6. 673-686.
- MACEK, P., 1999. *Adolescence. Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha, Portál. 1999. ISBN 80-7178-747-7.
- MIČKOVÁ, Z. 2016. Dôvera k rodičom a kamarátom a otvorená komunikácia s nimi v období puberty. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. Roč. 50, č. 1, s. 41 – 51. ISSN 0555-5574.
- PFEFFER, S. 2003. *Rozvíjíme emoce dětí: praktická příručka pro mateřské školy*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-764-7.
- ROSENBLUM, G. D., LEWIS, M. 2003. Emotional Development in Adolescence. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell Handbook of Adolescence*. 2003. pp. 269-289. ISBN 978-0-631-21919-4.
- SEMANOVÁ, E., MIŇOVÁ, M. 2008. Rozvíjanie emocionality dieťaťa predškolského veku. Kto som ja? Kto si Ty? Prešov: Rokus. 2008. ISBN 978-80-89055-85-2.
- SHAPIRO, L. E. 2004. *Emoční inteligence dítěte a její rozvoj*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-964-X.
- VYMĚTAL, J. 2004. *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál. 2004. ISBN 80-7178-830-9 14.

SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tab. 1: Information about schools.....	24
Tab. 2: Nutrition behaviour and encouraging the consumption of fruit and vegetables in the family	25
Tab. 3: Parents' opinions on the influence of the scheme on the nutrition habits of children in reference to the school attended by the child.....	25
Tab. 4: Parents' opinions on the influence of the scheme on their nutrition habits.....	26
Tab. 5: Suggestions by parents.....	27
Tab. 6: Borgova škála pocitu zátěže (Borg, 1962).....	34
Tab. 7: Speermanova korelácia; Vzťah medzi životnou spokojnosťou a adaptívnymi copingovými stratégiami (ACS)	50
Tab. 8: Speermanová korelácia; Vzťah medzi životnou spokojnosťou a maladaptívnymi copingovými stratégiami (MCS).....	51
Tab. 9: Speermanová korelácia; Vzťah medzi životnou spokojnosťou a adaptívnymi/maladaptívnymi copingovými stratégiami (A/M-C).....	51
Tab. 10: Mann- WhitneyU test- medzipohlavné rozdiely v životnej spokojnosti.....	51
Tab. 11: Deskriptívna analýza životnej spokojnosti z hľadiska pohlavia.....	52
Tab. 12: Hlavní charakteristiky zdraví uváděné respondenty	59
Tab. 13: Zásady správně životosprávy uváděné respondenty Tabulka 2 Zásady správně životosprávy uváděné respondenty	60
Tab. 14: Dodržované zásady zdravé životosprávy.....	61
Tab. 15: Počet hodin strávených aktivním sportováním za týden.....	61
Tab. 16: Konzumace fast food	61
Tab. 17: Kouření tabáku.....	62
Tab. 18: Konzumace alkoholických nápojů	62
Tab. 19: Užívání dalších drog	62
Tab. 20: Uplatnění absolventů v praxi	88
Tab. 21: Studijní plán oboru Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání	99
Tab. 22: Studijní plán oboru Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol....	102
Tab. 23: Souvislost mezi délkou doby soustředěné pozornosti a věkem žáka (Lokšová, I. a Lokša, J., 1999; Pokorná, V., 2000).....	116

Tab. 24: Mluvní profil	127
Tab. 25: Dynamické rozpětí	127
Tab. 26: Profil křičeného hlasu	127
Tab. 27: Fonační doba (MPT)	127
Tab. 28: Nutrition contents in the first cycle	133
Tab. 29: Nutrition contents in the second cycle	134
Tab. 30: Nutrition contents in the third cycle	135
Tab. 31: Nutrition contents for elective subjects Modern food preparation and Eating styles	136
Tab. 32: Přehled klíčových znaků sledovaných u souboru informantů – ŠMP	157
Tab. 33: Relativně riziko vzniku ochorenia spojené s pasívnym fajčením vzhľadom na vybrané prostredia (Britton, J. & Godfrey, F., 2006; Baška, T. & Katreniaková, Z., 2010)	213
Tab. 34: Kilometráž a rychlost chůze v lekcích	227
Tab. 35: Rozloženie výskumnej vzorky	255
Tab. 36: Korelácia medzi položkami v rámci skupiny seniorov s Parkinsonovou chorobou – 1. časť	258
Tab. 37: Korelácia medzi položkami v rámci skupiny seniorov s Parkinsonovou chorobou – 2. časť	259
Tab. 38: Vzájomné vzťahy medzi položkami v rámci 2. skupiny respondentov	260
Tab. 39: Hodnoty v mieredepresie	261
Tab. 40: Rozdiely v skupinách v prebnostných charakteristikách	261
Tab. 41: Rozloženie výskumnej vzorky podľa pohlavia a veku	269
Tab. 42: Tabuľka hodnôt empatie respondentov	271
Tab. 43: Rozdiely medzi chlapcami a dievčatami v úrovni empatie	272
Tab. 44: Korelácia medzi nízkou úrovňou empatie a kladným komponentom rodičovskej výchovy	272
Tab. 45: Korelácia medzi vyššou úrovňou empatie a záporným komponentom rodičovskej výchovy	273

Seznam obrázků

Obr. 1: Histogram poškozené svalové tkáně rabdomyolýzou (Souček et al., 2005).....	31
Obr. 2: Termogram lýtek zezadu s červeně zobrazenou zvýšenou teplotou v oblasti vnitřní hlavy levostranného musculus gastrocnemius při jeho akutní myositidě (Foto: Archiv autora).....	32
Obr. 3: Grafické znázornění opakovaných oxidačních stresů při přiměřeném vytrvalostním tréninku	33
Obr. 4: Snímač pro monitoring svalové oxygenace (http://newatlas.com/moxy-sensor- blood-oxygen/39448/pictures)	34
Obr. 5: Srůst hlasivek - přední komisura (reálný stav klientky)	125
Obr. 6: Hypotetický model optimálního stavu hlasivek.....	125
Obr. 7: Příklady problematických výživových doporučení.....	141
Obr. 8: Pyramida výživy pro děti s tzv. zákeřnou kostkou v porovnání s oficiální Potravinovou pyramidou Ministerstva zdravotnictví ČR z roku 2005	142
Obr. 9: Pyramida výživy pro děti a znázornění velikosti porce pomocí dlaně nebo pěsti	143
Obr. 10: První patro Pyramidy výživy pro děti	143
Obr. 11: Druhé patro Pyramidy výživy pro děti.....	144
Obr. 12: Třetí patro Pyramidy výživy pro děti.....	144
Obr. 13: Čtvrté patro Pyramidy výživy pro děti.....	144
Obr. 14: Vrchol Pyramidy výživy pro děti.....	145
Obr. 15: Pyramida výživy pro děti a zákeřná kostka	145
Obr. 16: Pyramida pohybu pro děti (Mužíková, Březková, & Mužík, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d).....	190
Obr. 17: Pyramida výživy pro děti (Mužíková, Březková, & Mužík, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d).....	191
Obr. 18: FLYBOARD®	244
Obr. 19: Cvičení s velkým míčem v předškolním věku	250
Obr. 20: Cvičení na velkém míči v předškolním věku.....	250
Obr. 21: Cvičení s měkkými míči v mladším školním věku	250
Obr. 22: Cvičení s měkkým míčem v mladším školním věku	250
Obr. 23: Cvičení s velkým míčem v dospělosti	250
Obr. 24: Cvičení na velkém míči a s měkkými míči v dospělosti.....	250
Obr. 25: Cvičení seniorů s velkými míči.....	251
Obr. 26: Cvičení seniorů s velkými míči.....	251

Seznam grafů

Graf 1: Postoje učitelů k indikátoru realizace poruch příjmu potravy dle aprobace	168
Graf 2: Postoje učitelů k indikátoru realizace prevence poruch příjmu potravy dle délky praxe	169
Graf 3: Postoje učitelů k indikátoru realizace prevence poruch příjmu potravy dle pohlaví.	169
Graf 4: Správné a chybné vymezení pojmu KPCR, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru.....	175
Graf 5: Znalost tísňových linek, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru	175
Graf 6: Znalost navození stabilizované polohy, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru	176
Graf 7: Znalost opatření BOZP ve škole, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru	177
Graf 8: Znalost zásad první pomoci při popáleninách, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru.....	177
Graf 9: Znalost osoby zodpovědné za první pomoc ve škole, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru.....	178
Graf 10: Znalost úkonů první pomoci při šoku, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru	178
Graf 11: Znalost umístění školní lékárničky, situace při třídění odpovědí dle ročníku a učebního oboru	179
Graf 12: Dynamika počtu konzultací TIS v letech 1962-2015	184
Graf 13: Stanovisko ředitelů pilotních škol k programu Pohyb a výživa	195
Graf 14: Stanovisko třídních učitelů pilotních škol k programu Pohyb a výživa	198
Graf 15: Hodnocení programu Pohyb a výživa žáky pilotních škol	201
Graf 16: Vyjádření rodičů žáků pilotních škol k programu Pohyb a výživa.....	201
Graf 17: Hmotnost_IN/OUT, kg (n=14)	226
Graf 18: Celková tuková hmota_IN/OUT, kg (n=14).....	226
Graf 19: Viscerální tuk_IN/OUT, (n=14)	227

SEZNAM AUTORŮ

PhDr. Andrea Baranovská, PhD.

Katedra psychológie Filozofická fakulta Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Slovenská republika

andrea.baranovska@gmail.com

Mgr. Petr Caletka

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Klinika anesteziologie a resuscitace / Úsek náměstkyně ošetrovatelské péče a řízení kvality zdravotní péče, Praha, Česká republika
petr.caletka@fnkv.cz

PhDr. Dominika Doktorová, PhD.

Katedra psychológie Filozofická fakulta Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Slovenská republika

dominika.doktorova@ucm.sk

prof. Ing. Dr. Miloš Dokulil, DrSc.

Masarykova univerzita, Fakulta informatiky, Brno, Česká republika
dokulil@fi.muni.cz

Martina Erjavšek

University of Ljubljana, Faculty of Education, Ljubljana, Slovenia
martina.erjavsek@pef.uni-lj.si

Mgr. Pavlína Fridrichovská, DiS.

Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace. Česká republika. Člen národní a mezinárodní sítě nemocnic podporujících zdraví
pfridrichovska@hospital-pe.cz

doc. MgA. Jana Frostová, Ph.D.

Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno, Česká republika
frostova@ped.muni.cz

MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha, Česká republika
hamplova@vszdrav.cz

PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha, Česká republika
hlinovska@vszdrav.cz

Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.

Centrum výzkumu zdravého životního stylu a Katedra antropologie a zdravovědy,
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Olomouc, Česká republika
michaela.hrivnova@upol.cz

PaedDr. Hana Janošková, Ph.D.

Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, Katedra tělesné výchovy a výchovy pro zdraví,
Brno, Česká republika
janoskova@ped.muni.cz

Ing. Soňa Jexová, PhD.

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha, Česká republika
jexova@vszdrav.cz

doc. MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.

Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno, Česká republika
kachlik@ped.muni.cz

Katja Kek

University of Ljubljana, Faculty of Education, Ljubljana, Slovenia
katja_kek@gmail.com

doc. MVDr. Tatiana Kimáková, PhD.

Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Košice, Slovenská republika
tatkimak@hotmail.com

doc. Dr. Stojan Kostanjevec, Ph.D.

University of Ljubljana, Faculty of Education, Ljubljana, Slovenia

stojan.kostanjevec@pef.uni-lj.si

prof. PaedDr. Jozef Liba, PhD.

Prešovská univerzita, Pedagogická fakulta, Prešov, Slovenská republika

jozef.liba@unipo.sk

PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Praha, Česká republika

eva.maradova@pedf.cuni.cz

Mgr. Eva Marková, Ph.D., RS.

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha, Česká republika

markova@vszdrav.cz

PhDr. Zuzana Mičková, PhD.

Katedra psychológie Filozofická fakulta Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Trnava,
Slovenská republika

mickova1@gmail.com

Mgr. Karolina Mrázová, Ph.D.

Toxikologické informační středisko, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. LF UK Praha, Česká
republika

karolina.mrazova@vfn.cz

doc. PaedDr. Vladislav Mužík, CSc.

Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno, Česká republika

muzik@ped.muni.cz

PhDr. Leona Mužíková, Ph.D.

Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta a Lékařská fakulta, Brno, Česká republika

muzikova@ped.muni.cz

MUDr. Zuzana Nevolná

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., Bratislava, Slovenská republika
nevolna@atlas.cz

prof. MUDr. Jan Novotný, CSc.

Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií, Brno, Česká republika
novotny@fsps.muni.cz

Mgr. Perla Ondová, PhD.

Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Košice, Slovenská republika
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., Bratislava, Slovenská republika
perla.ondova@upjs.sk

prof. PhDr. Karel Paulík, CSc.

Katedra psychologie, Filozofická fakulta Ostravské univerzity, Česká republika
paulik@osu.cz

Mgr. Alena Pokorná, Ph.D.

Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií, Brno, Česká republika
pokorna@fsps.muni.cz

PhDr. Lenka Procházková, Ph.D.

Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Brno, Česká republika
prochazkova@ped.muni.cz

Mgr. Renata Procházková

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha, Česká republika
prochazkova@vszdrav.cz

doc. PaedDr. Emil Řepka, CSc.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, pedagogická fakulta, katedra výchovy ke zdraví, Česká republika
repka@pf.jcu.cz

doc. MUDr. Dagmar Schneidrová, CSc.

Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Praha, Česká republika
dagmar.schneidrova@lf3.cuni.cz

Mgr. Jan Schuster, Ph.D.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, pedagogická fakulta, katedra výchovy ke zdraví, Česká republika
schuster@pf.jcu.cz

Mgr. Radka Střeštková, Ph.D.

Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií, Brno, Česká republika
strestikova@fsps.muni.cz

Mgr. Veronika Suchodolová

Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta a Lékařská fakulta, Brno, Česká republika
veronika.suchodolova@gmail.com

Mgr. Hana Šeráková, Ph.D.

Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, Katedra tělesné výchovy a výchovy pro zdraví, Brno, Česká republika
serakova@ped.muni.cz

70 ve zdraví

Soubor příspěvků z mezinárodní konference konané dne 8.–9. září 2016

Editorky: Jitka Slaná Reissmannová, Lenka Gajzlerová

Vydala: Masarykova univerzita

1., elektronické vydání, 2016

ISBN 978-80-210-8477-3

DOI 10.5817/CZ.MUNI.P210-8477-2016

