

MENDELOVA UNIVERZITA V BRNĚ

Fakulta regionálního rozvoje a mezinárodních studií

**HLEDÁNÍ ASPEKTŮ ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍHO STAVU
ŠKOLÁKŮ – PŘÍPADOVÁ STUDIE**

Bakalářská práce

Autor: Gabriela Rousová

Vedoucí práce: PhDr. Dana Hübelová, Ph.D.

Brno 2016



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Zpracovatelka: **Gabriela Rousová**
Studijní program: Regionální rozvoj
Obor: Socioekonomický a environmentální rozvoj regionu
Název tématu: **Hledání aspektů zdraví a zdravotního stavu školáků – případová studie**
Rozsah práce: 50-60

Zásady pro vypracování:

1. Teoretická východiska a rešerše literatury
 - objasnění významu zdraví adolescentů pro budoucí zdravou společnost a regionální rozvoj,
 - důsledky nedostatečné prevence zdravého životního stylu v oblasti zdravotnictví, ekonomické a sociální dopady,
 - aspekty zdraví a zdravotního stavu dětí a mládeže,
 - definování základních pojmů.
2. Cíl bakalářské práce
Obecně formulovaných cílem je hledat aspekty zdraví a zdravotního stavu žáků základních škol.
Dílejší cíle: 1) porovnat zdravotní stav podle charakteristiky školy, geografické polohy školy a velikosti sídla, 2) porovnat zdravotní stav podle věkových kategorií, 3) porovnat zdravotní stav podle pohlaví.
3. Metodika
1) rešerše literatury, 2) případová studie, 3) komparativní metoda.
Analytickým nástrojem případové studie bude anonymní dotazník.
4. Výsledky výzkumu
Výsledky budou prezentovány v několika rovinách:
1) porovnání jednotlivých základních škol, 2) porovnání věkových kategorií, 3) porovnání podle pohlaví, 4) identifikace aspektů zdraví a zdravotního stavu.
Případová studie se bude zabývat především detailním studiem jednotlivých případů (resp. škol). Textová část bude doplněna grafy.
5. Závěry a diskuze výsledků
V závěrečné části budou výsledky případové studie zobecněny a porovnány s jinými již publikovanými šetřeními. Součástí bude definování zjištěných aspektů zdraví a zdravotního stavu s důsledky pro budoucí regionální rozvoj a doporučení pro praxi.

Seznam odborné literatury:

1. CSÉMY, L. – KOL, A. – KRCH, F. *Životní styl a zdraví českých školáků*. Praha: Psychiatrické centrum, 2005.
2. VAŠÍČKOVÁ, J. – KALMAN, M. *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. Olomouc: UPOL, 2013.
3. MARKOVÁ, M. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství, 2012.
4. MACHOVÁ, J. – KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví: zdraví a prevence, životní styl – problémy a rizika, dospívání a zdravotní problémy*. Praha: Grada, 2009.
5. ČR, M. *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online]. 2014. URL: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html.

Datum zadání bakalářské práce: červen 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: prosinec 2015

L. S.


Gabriela Rousová
Autorka práce


doc. Ing. Kristina Somerlíková, Ph.D.
Vedoucí ústavu




PhDr. Dana Hübelová, Ph.D.
Vedoucí práce


prof. Dr. Ing. Libor Grega
Děkan FRRMS MENDELU

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem práci:

vypracovala samostatně a veškeré použité prameny a informace uvádím v seznamu použité literatury. Souhlasím, aby moje práce byla zveřejněna v souladu s § 47b zákona č. 111/1988 Sb., o vysokých školách ve znění pozdějších předpisů a v souladu s platnou směrnicí o zveřejňování vysokoškolských závěrečných prací.

Jsem si vědoma, že se na moji práci vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., autorský zákon, a že Mendelova univerzita v Brně má právo na uzavření licenční smlouvy a užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona. Dále se zavazuji, že před sepsáním licenční smlouvy o využití díla jinou osobou (subjektem) si vyžádám písemné stanovisko univerzity, že předmětná licenční smlouva není v rozporu s oprávněnými zájmy univerzity, a zavazuji se uhradit případný příspěvek na úhradu nákladů spojených se vznikem díla, a to až do jejich skutečné výše.

V Brně dne:

.....

podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi pomohli tuto bakalářskou práci vytvořit. Zejména mé vedoucí bakalářské práce PhDr. Daně Hübelové, Ph.D. za cenné připomínky a odborné rady, kterými velmi přispěla k vytvoření této bakalářské práce.

Abstrakt

Bakalářská práce „Hledání aspektů zdraví a zdravotního stavu školáků“ je zaměřena na otázky týkající se zdraví a spokojenosti žáků základních škol Jihomoravského kraje. Cílem práce je hledat aspekty zdraví a zdravotního stavu žáků základních škol pomocí analytického nástroje, jakým je dotazník. Zájmem je porovnat výsledky podle věkových kategorií a pohlaví, podle charakteristiky školy, její geografické polohy a velikosti sídla. Případová studie, jako použitá výzkumná metoda, umožní komparaci výsledků s již publikovanými výsledky mezinárodní srovnávací studie HBSC. Práce se na svém začátku zabývá pojmy, které se následně v práci budou vyskytovat, v další části jsou již výsledky zpracovávány a porovnávány.

Klíčová slova

Zdraví, rodina, zdravý životní styl, děti a školáci

Abstract

Bachelor thesis „Finding aspects of health and health status of schoolchildren“ is focused on questions, which are related to health and well-being of schoolchildren in primary schools in South Moravian Region. The aim of this thesis is to find aspects of health and health status of schoolchildren using by analytical instrument, such as questionnaire. Interest of this work is to compare results according to age, sex, characteristics of school and its geographical location and the size of the settlements. Case study, as a research method, will allow comparison results with published results of international study HBSC. This thesis works with concepts, in the beginning, and then the results are processed and compared in the next part.

Key words

Health, family, healthy lifestyle, children and schoolchildren

Obsah

1	ÚVOD.....	9
2	TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1	Zdraví.....	10
2.1.1	Charakteristika zdraví	10
2.1.2	Význam zdraví pro jedince a společnost (aktuálně i v budoucnosti).....	12
2.1.3	Veřejné zdravotnictví.....	13
2.1.4	Podpora zdraví – Health promotion (HP)	13
2.1.5	Národní strategie Zdraví 2020.....	14
2.1.6	Koncepce podpory mládeže 2014-2020.....	15
2.1.7	Výchova ke zdraví - Škola podporující zdraví.....	16
2.2	Rodina a zdraví.....	17
2.2.1	Rodina a stravovací návyky	18
2.2.2	Rodina a životní styl dítěte.....	18
2.3	Zdravý životní styl.....	18
2.4	Psychosomatické obtíže ve zdraví.....	19
2.4.1	Bolest hlavy.....	19
2.4.2	Bolesti žaludku.....	20
2.4.3	Bolesti v zádech	20
2.4.4	Pocity skleslosti, podrážděnost, špatná nálada.....	20
2.4.5	Únava, vyčerpání.....	21
2.4.6	Nervozita, napětí, potíže s usínáním	21
2.4.7	Malátnost, závratě	21
2.4.8	Bolesti ramen, krční páteře.....	21
2.4.9	Obavy, strach.....	22
2.5	Školáci ve věku 10-15 let	22
2.5.1	Potřeby vývoje dětí.....	22
2.5.2	Biologický vývoj dětí.....	24

2.6	Spokojenost	24
2.7	Výzkumná šetření a dotazníky zaměřující se na zdraví školáků	25
3	CÍLE VÝZKUMU A METODICKÁ VÝCHODISKA	28
3.1	Výzkumné cíle	28
3.2	Popis zkoumaného souboru	28
3.3	Dotazník.....	30
3.4	Zpracování dat	30
3.5	Případová studie.....	30
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	31
5	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ.....	48
6	ZÁVĚR A DISKUZE VÝSLEDKŮ	54
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
7.1	Literární zdroje	58
7.2	Internetové zdroje a publikace.....	59
8	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	61
8.1	Seznam obrázků.....	61
8.2	Seznam tabulek.....	61
8.3	Seznam grafů	61
9	SEZNAM PŘÍLOH.....	62

1 ÚVOD

U dětí je významným faktorem kvality života subjektivní spokojenost s vlastním životem. S tím, co se v jejich okolí odehrává, s jakými lidmi se setkávají a jaké vztahy a vazby s nimi navazují. Dalším důležitým faktorem je zdraví dětí. Zdraví je nenahraditelným atributem nejen jednotlivce, ale i celé společnosti. Zdraví lidé tvoří zdravou společnost a ta zpětně tvoří zdravé děti. Naopak, jsou-li jedinci nemocní, jsou tím zatíženy jejich životy i fungování celé společnosti (ekonomická, sociální zátěž atd.). Důležité je proto vnímat zdraví jak z pohledu jednotlivce, tak jako celospolečenský problém, jehož ústředním předmětem zájmu a zároveň řešitelem problému je sám člověk a způsob jakým o své vlastní zdraví pečuje.

Výsledky studie HBSC z roku 2010 ukazují, že převážná většina dětí je se svým zdravím spokojena, považuje ho za výborné či při nejmenším dobré. Přesto je však poměrně závažné zjištění, že zhruba každé desáté dítě ve věku jedenácti let se necítí šťastně. Z předchozího výzkumu HBSC 2010 je známo, že dítě vyrůstající v přívětivých rodinných podmínkách považuje svůj život za šťastnější a zdravější. I když významnou roli v této problematice hraje rodina, je dále potřeba rozšiřovat a prohlubovat systém vzdělávání a výchovy ke zdraví jak ve škole, tak v rámci mimoškolních aktivit dětí s důrazem na uvědomění si a přijetí odpovědnosti za jejich vlastní zdraví.

Bakalářská práce se z výše uvedených důvodů zabývá mapováním vnímání současného stavu zdraví na příkladu školáků sedmi základních škol v Jihomoravském kraji. Výsledky případové studie mohou přispět k zpřesnění představy o současném stavu, což následně může posloužit efektivnějšímu cílení a implementaci preventivních opatření.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Zdraví

2.1.1 Charakteristika zdraví

„Zdraví (latinsky salus = zdraví, blaho, štěstí, nebo valetudo = zdraví, zdravotní stav, anglicky health) je pojem různých obsahů, od abstraktních po konkrétní“ (Čeledová, 2010, s. 14).

To, že si lidé uvědomovali důležitost zdraví již v dávné minulosti, dokladuje definice filozofa a lékaře Herakléitose z Efesu z doby před dvěma a půl tisíci roky. „Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství bezcenné a důvtip bezmocný“ (Zdraví 2020, 2014, s. 7). A kdybychom pátrali dál, tak věřím, že definice a zmínky o zdraví najdeme velké množství i v dávnější historii.

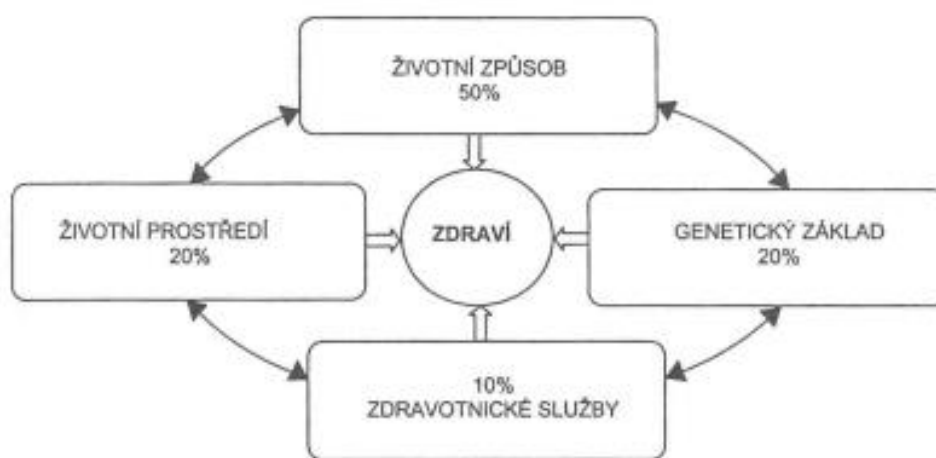
Stejně jako lidstvo i vnímání zdraví si stále prochází vývojem. Některé pojetí se zaměřují pouze na fyzickou stránku zdraví, jiné pohlíží na zdraví jako na zboží (např. Farmakoterapie): (Čeledová, 2010) a některé zachycují zdraví komplexněji. V současnosti jednou z nejznámějších komplexnějších, ale také abstraktnějších, je definice WHO (World Health Organisation) v českém překladu SZO (Světová Zdravotnická Organizace). Tou je zdraví definováno jako: „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnosti nemoci nebo vady“ (Holčík a spol., 2005, s. 13). Zdravá osoba je tedy ta, která vykazuje zdraví nejen po stránce fyzické, ale také se projevuje „zdravým“ smýšlením a chováním a vytváří „zdravé“ mezilidské vztahy. Chápáno nejen z objektivního pohledu, ale i subjektivního. Člověk je se svým stavem (fyzickým, psychickým, společenským) spokojen.

Další velice stručnou, ale o to víc vystihující význam zdraví v životě člověka, je definice generálního ředitele SZO pana Mahlera, kterou lze také chápat jako volný překlad definice Herakléitose z Efesu: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím“ (Holčík a spol., 2005, s. 13). Právě tohle si člověk často uvědomuje, jakmile on nebo někdo z jeho blízkých o zdraví přijde.

Zdraví vzniká interakcí mezi lidmi a prostředím, kde žijí. Při podpoře zdraví je proto nezbytné řešit nejen chování jednotlivců, ale také kvalitu jejich sociálních vazeb, prostředí a podmínky, ve kterých žijí“ (Erin Safarjan M. P. H. a spol., 2013). Zde už je zmíněn význam zdraví pro člověka i společnost. Také, že vývoj a úroveň společnosti má vliv na zdravotní stav jedinců.

„Postupně vznikala představa o široké podmíněnosti zdraví, přičemž se ukázalo, že úloha tradičně pojímaného zdravotnictví je menší, než se původně soudilo (10 %). Řada studií dokládala vliv genetických faktorů na zdraví (20 %), dominantní působení životního způsobu (chování lidí): (50 %) a konečně i význam životního prostředí s jeho přírodními i sociálními faktory (20 %)“ (Holčík a spol., 2005, s. 18). Těmto faktorům se také říká Základní determinanty zdraví. Cílem práce není rozbor všech těchto faktorů, proto se v jedné z následujících kapitol podrobněji zaměříme pouze na jeden z nich a to na životní způsob, též životní styl.

Grafické znázornění:



Obrázek 1: Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v %

(Zdroj: Holčík a spol., 2005)

Tento pohled na zdraví nám zcela jasně ukazuje, že zdravím je potřeba se zabývat komplexněji a ne pouze na úrovni „pacient-lékař“. Je potřeba mezioborového přístupu, který skloubí informace a vědomosti z různých vědních oborů a oborů lidské činnosti

a je schopný směřovat a regulovat zdraví ovlivňující faktory (determinanty) v co nejkompexnější a nejefektivnější rovině.

2.1.2 Význam zdraví pro jedince a společnost (aktuálně i v budoucnosti)

Z výše zmíněného je zřejmé, že význam zdraví pro jednotlivce i společnost je základní a ničím nenahraditelný. Pro jedince je zdraví nezbytné v tom, aby mohl plnohodnotně žít, prožívat svůj život a naplňovat ho po všech stránkách, které mu naskýtá. Z velké míry (alespoň v našem regionu – ČR, Evropa) je to, jak jsme mohli vidět na obrázku 1, v jeho režii. Zároveň by se měl každý jedinec starat, aby svou existencí přispíval ke zdraví ostatních lidí. Ať už zvelebováním svého vlastního zdraví, tak vytvářením prostředí (společenských vazeb a šetrného chování k životnímu prostředí) takovým způsobem, aby bylo teď i do budoucna vhodným základem pro udržování a rozvoj zdraví jeho samotného, jeho potomků i celé společnosti.

Společnost je komplikovaným a komplexním souborem jedinců a institucí, jejich vzájemných interakcí a toho, co vytváří nebo v průběhu historického vývoje vytvořili, případně se vytvořit chystají. I ze společenského pohledu je velice důležité, aby její členové byli zdraví, produktivní, vytvářeli plnohodnotné vazby a naplňovali své role, aby tvořili zdravou společnost (nejen po fyzické, ale i morální stránce) a zdraví podporující prostředí, jež bude pozitivně ovlivňovat zdraví všech lidí. Takovéto společenské nastavení je dobrým základem pro dlouholetý zdravý život současné generace a i těch následujících, neboť u zdravých jedinců je větší pravděpodobnost, že budou vytvářet zdravé vztahy a společnost, která je schopna „plodit“ zdravé jedince a tím opět i zdravou společnost. Toto je pro společnost, která výraznou měrou nese zodpovědnost za zdraví svých členů důležité i z důvodů ekonomických, jelikož nevyužití potenciálu efektivní prevence nemocí a podpory zdraví může vést jedině ke zvyšování nákladů na zdravotní péči, což je pro společnost dlouhodobě neudržitelné (Zdraví 2020, 2014). Naopak zdraví lidé jsou ekonomicky produktivní, a pokud jsou vhodně socializovaní, tak jsou pro společnost přínosní.

Zdraví je základní společenskou i ekonomickou hodnotou. Dobrý zdravotní stav lidí je přínosem pro všechny resorty i celou společnost. Dobré zdraví je nesmírně důležité pro

ekonomický a sociální rozvoj společnosti a má zásadní význam jak pro život každého jednotlivce, tak i pro rodiny a všechny společenské skupiny. Špatný zdravotní stav plýtvá lidským potenciálem, vede ke stavům beznaděje a odčerpává veřejné i soukromé finanční prostředky. Umožníme-li lidem získat kontrolu nad svým zdravím a nad jeho základními determinantami, přispějeme tím ke zlepšení životní situace populačních skupin a kvality života lidí. Bez aktivního zapojení občanů se sníží možnost chránit i zlepšovat jejich zdraví i celkovou životní situaci (Zdraví 2020, 2014).

Na zdraví, z pohledu společnosti, nahlíží vědní disciplína nesoucí název „Veřejné zdravotnictví“.

2.1.3 Veřejné zdravotnictví

Veřejné zdravotnictví (VZ) lze charakterizovat následovně: „je věda a umění předcházet nemocem, prodlužovat život, podporovat a rozvíjet psychické i fyzické zdraví a zdatnost prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti – sanitací, ozdravováním životního prostředí, kontrolou přenosných infekčních nemocí, vzděláváním jednotlivců v otázkách osobní hygieny, organizací lékařské a ošetrovatelské služby s důrazem na časnou diagnostiku a léčbu nemocí, tedy s důrazem na prevenci, a rozvojem sociálního aparátu, který zajistí každému jednotlivci životní standard adekvátní pro udržení zdraví. Tuto pomoc je třeba organizovat tak, aby každý občan měl zajištěno své, narozením získané právo na zdraví a dlouhověkost“ (Hodačová a spol., 1999, s. 14). VZ pohlíží na zdraví tak, že by „nemělo být otázkou rozvoje pouze rezortu zdravotnictví, ale naopak musí být integrální součástí mnoha rezortů“ (Hodačová a spol., 1999, s. 48).

2.1.4 Podpora zdraví – Health promotion (HP)

„Health promotion představuje neustále doplňovaný souhrn myšlenek, prostředků a metod, který bychom mohli stručně nazvat: posilování, upevňování, podpora, ochrana a rozvoj zdraví za aktivní účasti jednotlivých občanů, skupin, organizací i společnosti jako celku. Smyslem HP je rozšířit možnosti lidí podílet se na ochraně a posilování svého zdraví, realizovat a rozvíjet zdravý životní styl. Mělo by cílevědomě napomáhat uspokojování zdravotních potřeb lidí“ (Holčík, 2005, s. 52) „prodlužovat aktivní život a zabezpečovat zdravý vývoj nových generací“ (Machová a kol., 2009, s. 14).

„Jednotlivci mohou podporovat své zdraví přijetím zdravého životního stylu a péčí o své životní prostředí“ (Machová a kol., 2009, s. 14).

Na HP těsně navazuje prevence. Ta je zaměřena zejména proti nemocem s cílem jim předcházet. Prevence se zpravidla rozděluje podle času na primární, sekundární a terciální. Primární prevence je součástí HP. Sekundární a terciální jsou záležitostmi spíše medicínského rázu. Primární prevence se snaží ovlivňovat lidi a jejich prostředí tak, aby nemoc nevznikla. Jsou to aktivity posilující zdraví nebo odstraňující rizikové faktory (pohyb, zdravá strava vs. sedavý způsob života, kouření, drogy atd.) (Machová a kol., 2009).

Úspěšnost HP projektu a s ním souvisejících preventivních opatření je přínosné nejen pro jedince, ale také významné pro celou společnost, neboť: „je prokázáno, že realizací známých a vědecky podložených metod prevence je možné výrazně snížit dosavadní náklady na zdravotní péči. Mnohokrát zdůraznily SZO (WHO) i EU, že pokud se zdravotní problémy nezvládají tam, kde k nim dochází, ale převážně až ve zdravotnických zařízeních, je to velice nákladné a ekonomicky neúnosné“ (Zdraví 2020, 2014, s. 14).

Konkrétními národními projekty podpory zdraví jsou např. Národní strategie zdraví, Zdravá města, Zdraví podporující škola atd.

2.1.5 Národní strategie Zdraví 2020

Národní strategie Zdraví 2020 navazuje na strategii „Zdraví 21“ s požadavkem aktualizace jejího programu. Byla přijata vládou dne 8. 1. 2014 a je platná pro období 2014 – 2020. „Hlavním cílem Národní strategie je zlepšit zdravotní stav populace ČR a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet. Hlavní vizí je rozvoj systému veřejného zdravotnictví a stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Nezbytným předpokladem pro dosažení hlavních cílů a priorit Národní strategie je zapojení všech složek státní správy a společnosti s důrazem na účast komunit i jedinců. Výsledný efekt, tj. dobrý zdravotní

stav populace, bude přínosem pro všechny rezorty i celou společnost“ (Zdraví 2020, 2014, s. 7).

V hledáčku strategie Zdraví 2020 je celá česká populace, včetně dětí. Dokument, který se konkrétněji zaměřuje na mladší část populace, je obsahem následující kapitoly.

2.1.6 Koncepce podpory mládeže 2014-2020

„Cílem Koncepce 2020, která úzce navazuje na Konceptci státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007 – 2013 a Strategii EU pro mládež 2010 - 2018 (EU Youth Strategy, známou také pod názvem Obnovený rámec evropské spolupráce v oblasti mládeže), je přispět ke zvyšování kvality života mladých lidí, zejména prostřednictvím rozvoje jejich osobnosti tak, aby dokázali adekvátně reagovat na neustále se měnící prostředí a využívat svůj tvůrčí a inovativní potenciál v praxi i v aktivní participaci ve společnosti“ (MŠMT, nedat., s. 2).

Hlavní cílovou skupinou Koncepce 2020 je mládež ve věku 13 až 30 let. Úspěšná realizace mnohých strategických a dílčích cílů Koncepce 2020 vyžaduje systémové nastavení práce i s dětmi pod vymezenou dolní věkovou hranicí primární cílové skupiny. Koncepce 2020 tak pokrývá značně rozsáhlou sociální skupinu se specifickou pozicí a úlohou ve společnosti (MŠMT, nedat.).

Dílčí opatření strategického cíle 7 Koncepce 2020, zaměřeného na podporu všestranného a harmonického rozvoje dětí a mládeže s důrazem na jejich fyzické a duševní zdraví a morální odpovědnost.

- Motivovat děti a mládež ke zdravému životnímu stylu a zodpovědnému chování.
- Preventivně působit na děti a mládež v oblasti rizikového chování.
- Posilovat vytváření pozitivních mezilidských vztahů.
- Podporovat rozvoj dětí a mládeže podle jejich individuálních potřeb (MŠMT, nedat.).

Následující kapitola se zaměřuje na specializovaný program na základní školy.

2.1.7 Výchova ke zdraví - Škola podporující zdraví

Tato kapitola je zahájena dvěma citacemi, které zahajují dokument ministerstva školství mládeže a tělovýchovy Školní preventivní program pro mateřské a základní školy, zabývající se vzděláváním dětí a školáků v oblasti zdraví.

„Nejúčinnější a nejlevnější prevencí je zdravá výchova dětí v rodině a ve škole“ (MŠMT, nedat., s. 2).

„Dobrá výchova dětí je i programem prevence jednotlivých zdraví poškozujících a život znehodnocujících závislostí a jevů“ (MŠMT, nedat., s. 2).

Cílem projektu Školy podporující zdraví je napomoci při proměně školy, aby se stala školou podporující zdravý životní styl, vytvářející optimální podmínky pro prevenci společensky nežádoucích jevů a také bezpečným místem pro efektivní vzdělávání.

Již na prvním stupni si mohou děti ve třídách vytvářet subkultury, jež mohou být zárodkem asociálně směřujících part. Při frontálním způsobu výuky (dětí sedí v lavicích, učitel přednáší látku) je aktivně zapojena pouze malá část žáků. Nuda, stres, malý prostor k iniciativě, kázeňské prostředí, jež nevede žáky k samostatnosti, navyšuje pravděpodobnost asociálního chování žáků (šikana, záškoláctví, experimentování s návykovými látkami atd.). Proto každodenní program ve škole musí mít takovou dynamiku a kvalitu, aby dostatečně zaujmul a zaměstnal děti a umožnil jim osvojit si kompetence zdravého životního stylu, které jsou nejučinnějším, zdraví formujícím, předpokladem.

Témata, jimiž se program výchovy ke zdraví na ZŠ zabývá, jsou zdravý životní styl, společenskovední, sociálněprávní a přírodovědná témata a také oblast rodinné a občanské výchovy. Je vhodné, aby tato témata byla zahrnuta i do příškolních aktivit (družiny, kurzy, kroužky, výlety atd.) (MŠMT, nedat.).

2.2 Rodina a zdraví

„Rodina je základní sociální jednotkou společnosti“ (Sikorová, 2012, s. 24). Dítě si zde osvojuje základní vzorce chování. Proto v této kapitole propojíme funkce a hodnoty rodiny se zdravím a vývojem dítěte.

Definic rodin je velké množství. Liší se podle toho, z jakého hlediska se na objekt rodiny pohlíží. Může to být z biologického, psychologického, ekonomického či sociálního hlediska. Podle autorky Lucie Sikorové (2012, s. 24) můžeme říci, že „rodina je sociální systém složený ze dvou nebo více společně žijících lidí, které spojuje právní či pokrevní vztah, narození, nebo adopce dítěte“. Každá rodina je pak odlišná a jedinečná. Bylo zmíněno, že rodina je sociální systém, lze ji ale také charakterizovat jako kulturní systém. Každá rodina má svoje zvyky, svoji hierarchii hodnot, své charakteristické dědictví, vztahy mezi sebou či ojedinělé předávání pravidel, norem a zkušeností (Sikorová, 2012)

Základní funkce, které musí rodina plnit, jsou funkce emoční, ekonomická, reprodukční, ochranná, kulturní, výchovná a společenská. Pokud jsou všechny funkce rodiny naplněny, pak dochází k uspokojení základních potřeb dítěte. Každá rodina prochází 8 vývojovými stádii, která se rozlišují podle přírůstku v rodině či věku nejstaršího dítěte. Pro náš výzkum se zaměříme zejména na 4. a 5. vývojové stádium. Čtvrté vývojové stádium představuje rodinu s dítětem školou povinným ve věku od 6-13 let. V tomto období dochází k separaci dítěte od rodiče ve větší míře, než tomu bylo například v předškolním věku. Od rodičů se očekává podpora dítěte ve vzdělávání a socializaci a je velmi důležité, aby docházelo k udržování manželského svazku. Rodina je v tomto období pro dítě velmi důležitá a dítě by nemuselo případný rozpad rodiny brát bez negativních následků. V pátém období, tedy v období rodiny s adolescentem ve věku 13-20 let, by měla rodina plnit úlohu vývoje nových komunikačních kanálů. I v tomto období je důležité udržovat rodinný standard (Sikorová, 2012).

2.2.1 Rodina a stravovací návyky

Velkou většinu stravovacích návyků si dítě utváří právě v prostředí domova, od svých rodičů. Preference dětí k jednotlivým pokrmům se utváří už v raném dětství. Jídla, která děti v dětství nekonzumují, se v průběhu dalšího života naučí jíst jen velmi ztěžka. Tento stav, kdy děti ochutnávají nová jídla, se nazývá „potravinová neofobie“ a je typický například pro příjem ovoce a zeleniny. Nejčastějšími potravinami, které děti jedí, jsou ty, které se v domácnosti vyskytují nejčastěji. Proto je velmi zásadní úloha rodičů, aby nakupovali potraviny, které zajišťují vyváženou stravu a také, aby strava byla vhodně připravená a dětem přístupná. Pro děti není problém dát si jablko, které bude na talířku nakrájeno, na rozdíl od jablka, které je uloženo ve sklepi a ke kterému se váže překonání dalších překážek (Vítek, 2008).

2.2.2 Rodina a životní styl dítěte

Rodina má velmi důležitou roli i ve formování životního stylu dítěte. Její členové (rodiče) jsou první, od kterých se dítě, ať chce či nechce, učí určitým způsobem „fungovat“ ve svém prostředí. Dokud je dítě ještě malé, dělá všechny aktivity s rodiči a odpozorovává jejich chování, zvyky, postoje atd. Samo si je pak v menší či větší míře osvojuje. Je-li chování rodičů zdravé, škodlivé, konkrétněji kouří, chodí do hospody, jí tučná jídla, nevěnují se pravidelně pohybové aktivitě, je i vyšší pravděpodobnost, že si dítě osvojí jejich životní styl a bude k takovému způsobu žití tíhnout i jakmile o svém životě bude moci rozhodovat samo. Proto je důležité, aby již rodiče přístupem k vlastnímu životu učily děti jak zdravě žít. Tohoto se snaží docílit i zdraví podporující programy, které jsou v této práci již zmíněny.

2.3 Zdravý životní styl

Z obrázku 1 (viz kapitola „Charakteristika zdraví“) vyplývá, že největší vliv na zdraví má životní způsob, který můžeme nazývat též životní styl. Životní styl ovlivňuje zdraví cca z 50%. Když se podíváme na genetické dispozice a jejich podíl na zdraví člověka (20 %), vyplývá z toho, že i člověk, který má geneticky dané určité zdravotní oslabení, může toto oslabení redukovat nebo zcela potlačit. Zdravý životní styl (50%) v kombinaci se zdravým životním prostředím (20%) mohou zdraví jedince výrazně

ovlivnit. Jak životní styl, tak životní prostředí jsou faktory vnější, které lze ovlivňovat. Navíc změnu životního stylu můžeme uskutečnit doslova z hodiny na hodinu třeba tím, že do stravy zařadíme více ovoce, zeleniny, ořechů a semínek, budeme si udržovat optimální hmotnost, pravidelně přiměřeně cvičit a odpočívat, zbytečně se nevystavovat stresovým situacím, vyhneme se pravidelné konzumaci většího množství alkoholu, kouření a drogám (Čeledová, Čevela, 2010).

Machová (2009, s 16) v knize *Výchova ke zdraví* autorka definuje životní styl následovně: „Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností“.

To, jaké rozhodnutí člověk činí a jaké alternativy si vybírá, pak určuje, zda jeho životní styl ovlivňuje jeho zdraví pozitivně či negativně. Zdravý přístup k životnímu stylu by měl určitě dodržovat pravidla přiměřenosti, střídmosti a vyváženosti. Zároveň by měla být snaha eliminovat či úplně potlačit faktory, jež mají negativní vliv na zdraví.

Dle Čeledové (2010) jsou nejrizikovějšími faktory kouření, nadměrný konzum alkoholu, zneužívání drog, nesprávná výživa, malá pohybová aktivita, psychická zátěž a rizikové sexuální chování.

2.4 Psychosomatické obtíže ve zdraví

V této kapitole bakalářské práce se zaměříme na obtíže a překážky žáků ve zdraví. Jsou jimi především psychosomatické problémy, které vznikají jako třeba i nenápadný psychický problém, ze kterého se může vyvinout určitá nemoc.

2.4.1 Bolest hlavy

„Bolesti hlavy se často mohou vyskytovat u dětí, které touží po uznání a jsou kvůli ocenění ochotny udělat maximum. Tyto děti mají velký smysl pro povinnost. Jde často o prvorozené děti, na které rodiče obvykle kladou největší nároky a mají v souvislosti s nimi největší očekávání. Tyto děti bývají hodně aktivní a úspěšné. Potíže ale mívají s odpočinkem a situacemi, kdy je aktivity méně. V tomto smyslu lze chápat bolest hlavy jako příležitost k odpočinku, uchýlení se do samoty a získání péče, která není závislá na výkonech a úspěších“ (Hajná, 2014).

2.4.2 Bolesti žaludku

„Jídlo a nastavení vzorců přijímání potravy spadá do oblasti, kde se jednoznačně promítají vztahy v rodině a hlavně vztah mezi matkou a dítětem, již od raného dětství. Jídlo se tak stává komunikačním prostředkem. Zaměření se na jídlo často překrývá jiné, dříve podstatnější problémy jako konflikty mezi rodiči či počínající deprese. V dospívání, převážně u dívek, se může objevit obava z nadměrného ztloustnutí. Obávají se toho, že přirozené přibývání na váze a ženské tvary se vymykají možnostem ovlivnění“ (Hajná, 2014).

2.4.3 Bolesti v zádech

Bolesti zad se typicky vyskytují v bederní a křížové oblasti, ale jejich bolest může zasahovat až do stehů. Pro děti je tato psychosomatická obtíž pozitivní v tom, že se u jejich věkové kategorie tak nevyskytuje. Nejčastější výskyty jsou v produktivním věku, tedy mezi 20. až 55. rokem života. Bolesti zad mají ale také jedno velké negativum a to, že nepůsobí jen na jedince ale také na ekonomickou situaci celé společnosti, neboť je to jedna z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti a s tím spojené pobírání dávek (Rokyta, 2009).

2.4.4 Pocity skleslosti, podrážděnost, špatná nálada

„Školní věk je spojený s výkonem ve škole, s adaptací a prosazováním se v kolektivu vrstevníků, někdy s měnící se rodinnou situací a v pubertě také s různými experimenty. Přicházejí první lásky a zklamání. To vše může být zdrojem deprese předpubertálního a pubertálního dítěte, která se opět projevuje různými tělesnými potížemi. Dítě už je ale schopné mluvit o tom, že je smutné, bez nálady, do ničeho se mu dlouhodoběji nechce. Zhoršuje se jeho školní prospěch, přestávají ho bavit koníčky, stahuje se ze vztahů s kamarády, hůře spí, méně mu chutná, nebo se naopak přejídá. Po desátém roce věku se někdy objevují myšlenky, že život nemá cenu, že by bylo lepší tu nebýt“ (Kulhánek, 2014).

2.4.5 Únava, vyčerpání

Únava je pocit celkového vyčerpání. Tělo nám dává signál, že potřebuje odpočinout. Stává se, že unavený je někdy každý z nás a je to naprosto normální. Pokud se však pocitu unavenosti nemůžeme zbavit a tento stav se u nás vyskytuje poměrně často, pak nám vzniká problém, který je třeba řešit. Únava může souviset s různými onemocněními, jako jsou poruchy štítné žlázy, či různé infekce. Příčinami jsou nesprávná výživa, nedostatek spánku či celkové nesprávné životní návyky (Vorbová, 2009).

2.4.6 Nervozita, napětí, potíže s usínáním

Jako nervozita, tak i napětí se u člověka vyskytuje příčinou vypjatých emocí, přehnanými nároky a očekáváními či různými nemocemi (Náš člověk, 2008-2015).

Obtíže se spánkem a usínáním mají velký vliv na lidský organismus a vyskytují se poměrně často. Snížená kvalita spánku se na člověku projeví, že je ráno po probuzení unavený, cítí fyzickou bolest, celý den ho provází stresové situace a nadměrné množství práce, na které musí člověk neustále myslet (Mlýnková, 2010).

2.4.7 Malátnost, závratě

„Poruchy rovnováhy můžeme definovat jako soubor příznaků projevujících se poruchou vnímání prostoru pohybu a orientace. Je nutné konstatovat, že závrať je vždy subjektivní příznak (nikoliv onemocnění samotné) a nemusí se vždy podařit prokázat její příčinu“ (Orel a kol., 2010, s. 132).

2.4.8 Bolesti ramen, krční páteře

„Krční páteř je jednou z nejvíce namáhaných částí našeho těla. Nejen, že krční páteř dovoluje velké množství směrů a rozsahů pohybu oproti zbytku páteře, ale zároveň na ni nasedá hlava, což je zejména pro první a druhý krční obratel velká zátěž. Při dlouhodobějším přetěžování svalstva krční páteře o sobě dává vědět mírnými bolestmi v oblasti krku či ramen“ (Pešlová, 2013).

Pokud je u dítěte pozorováno šikmé postavení linie ramen či vtočení jedné dolní končetiny, tak jde především o špatné držení těla. U dětí školního věku se pak objevuje velmi závažná nemoc a tou je skolióza neboli porucha držení trupu (Nováková, 2015).

2.4.9 Obavy, strach

Obavy, strach a úzkost jsou silně emočně zabarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu ohrožení. Strach můžeme také definovat jako nepříjemný prožitek, který je vázaný na určitý předmět nebo situaci, který v člověku vyvolává pocit ohrožení. Strach se u lidí objevuje například, když člověk trpí vrozenou přecitlivělostí na zevní podněty či přehnaným zdůrazňováním zdravotních rizik, u dětí pak vzniká například strašením lékaře, injekcemi, pohybem a pobytem v nemocnici (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

2.5 Školáci ve věku 10-15 let

2.5.1 Potřeby vývoje dětí

Nejen každé dítě, ale i každý dospělý jedinec má dané určité potřeby, bez jejichž naplňování by jeho vývoj probíhal obtížně, nebo by byl negativně ovlivněn. Rozdělení potřeb dle různých kritérií existuje několik. Mezi nejznámější patří například Maslowova pyramida, jejíž základnu tvoří fyziologické potřeby (hlad, žízeň atd.), vrchol představuje sebeaktualizace (Kučera, 2013). Pro interpretaci výzkumu v praktické části je vhodné rozdělení podle Sikorové (2012) na biologické, psychické a sociální potřeby.

Biologické potřeby vývoje dítěte

Mezi biologické potřeby řadíme potřebu výživy. Každé dítě musí přijímat potravu, která je velmi důležitá pro jeho vývin a je velmi důležité zohledňovat jak kvantitu, tak kvalitu. Dalšími potřebami jsou základní hygienické návyky a s nimi spojená obranyschopnost a ochrana proti nežádoucím vlivům okolního prostředí, čímž si dítě vytváří svoji imunitu. Biologickou potřebou je i potřeba dostatku adekvátních stimulů k aktivitě. Pod tímto si můžeme představit stimuly, které rozvíjejí dětský organismus v oblastech nervové soustavy, lokomočních aktivit, dále aktivit psychických

a komunikačních. Poslední zmíněnou potřebou je potřeba zdravého vývoje. Do této oblasti komplexně spadá zdravotní péče dítěte (Sikorová, 2012).

- **Psychické potřeby**

Psychické potřeby umožňují dítěti rozvoj v oblasti intelektu, citů, vůle, chování, interakcí s okolím, chápání sebe i ostatních a jeho osamostatnění. Do těchto potřeb řadíme potřebu náležitého přívodu podnětů, potřebu smysluplnosti světa, potřeba jistoty, která je optimálně uspokojovaná matkou, nebo člověkem, ke kterému má dítě vytvořený specifický vztah. Další psychickou potřebou je potřeba vlastní identity, potřeba vlastního „já“. Dále potřeba otevřené budoucnosti, která je velmi specifická. Poslední zmíněnou psychickou potřebou jsou emocionální potřeby. Zde je nejdůležitější prožívání pocitu důvěry a bezpečí, které dítě zaznamenává především u své rodiny a známých (Sikorová, 2012).

- **Sociální potřeby**

Díky uspokojování sociálních potřeb dochází k optimální socializaci dítěte, která je pro jeho následný život velmi důležitá. Spadá sem potřeba lásky a bezpečí, potřeba přijetí dítěte, potřeba identifikace s „vlastním člověkem“, potřeba rozvinutí všech sil a schopností dítěte, potřeba umění překonávat překážky a zábrany v životě dítěte i bezprostředním okolí a potřeba si osvojit zdravý životní styl (Sikorová, 2012).

Jsou-li tyto všechny potřeby dítěte naplněny, pak dochází k pozitivní odezvě v oblasti nálady, emocí, motivace, poznávání, komunikace, sociálního vnímání, vztahů a sebevědomí. To se například projevuje tak, že je dítě veselé, má zájem o různé činnosti, věří si a respektuje druhé, komunikuje volně a bez zábran, je soustředěné, pracuje klidně, dokáže argumentovat a projevuje zvědavost (Sikorová, 2012)

Na druhé straně, pokud nedochází k uspokojování základních potřeb, tak dochází u dítěte ke stavu, který se označuje jako frustrace. Pro dítě je tento stav velmi obtížný, protože nedokáže ve většině případů identifikovat příčinu svojí frustrace. Následkem frustrace pak bývá vznik fyzické nebo psychické bariéry, bránící očekávané reakci, odstranění zdrojů zpevnění, resp. odměn a vyvolání neslučitelných reakcí – konfliktní

situace. U dítěte, které zažívá tyto frustrující okamžiky, dochází ke změnám v oblasti nálady, emocí a motivace, klesá jeho sebedůvěra a sebepojetí, dítě nekomunikuje, odmlouvá, dokáže kazit práci druhým a v neposlední řadě dochází ke změnám v poznávání – dítě je nesoustředěné, nemá zájem o poznání či podléhá předsudkům (Sikorová, 2012).

2.5.2 Biologický vývoj dětí

S množícími se buňkami v těle dochází u každého jedince k přírůstku váhy, růstu těla do výšky, prodlužování končetin a k celkovému zvětšování všech tělesných proporcí. To, jak rychle rosteme, se v průběhu života mění, lze to však v každém stádiu vývoje velmi jednoduše změřit. Za hlavní charakteristiky růstu počítáme tělesnou výšku a tělesnou hmotnost. My se především zaměříme, jak se mění tělo mezi 10 až 15 rokem života, jelikož právě děti tohoto věku tvořili cílovou skupinu této práce. Můžeme říci, že k nejmenšímu růstu dochází v období před nástupem puberty. V období puberty pak naopak můžeme tvrdit, že dochází k největšímu přírůstku váhy a výšky a také dochází k dalšímu fyzickému pokroku. Mezi 10. až 12. rokem dochází k průměrnému ročnímu nárůstu zhruba o 5-6 cm za rok. V dalším období, tedy mezi roky 12 a 14, dochází u dívek k nárůstu o 7-11 cm za rok a u chlapců je to 7-12 cm za rok (Sikorová, 2012).

2.6 Spokojenost

„Životní spokojenost (life satisfaction), osobní, duševní pohoda (well-being), kvalita života (quality of life) jsou pojmy, které spolu úzce souvisí a které jsou v odborné literatuře často používány jako synonyma“ (Kalman, Vašíčková, 2013, s. 49).

Jak dokazuje řada studií, existují oblasti, které se u většiny lidí výraznou měrou podílejí na jejich životní spokojenosti. Jsou to věk, zdravotní stav, fyzická výkonnost, sociální vztahy, socioekonomický status, životní události a spiritualita jedince v širokém slova smyslu (celkový životní postoj, religiozita, víra, smysl života atd.) (Kalman, Vašíčková, 2013).

2.7 Výzkumná šetření a dotazníky zaměřující se na zdraví školáků

Výzkumem aspektů zdraví a životního stylu dětí a školáků se zabývá několik výzkumných studií. Dlouhodobějším a pravidelným mapováním se pod hlavičkou WHO věnuje mezinárodní studie HBSC (Health Behaviour in School-Aged Childrens). Tato výzkumná studie používá pro sběr dat dotazníkové šetření. Dotazníkové šetření bylo v minulosti prováděno na reprezentativním vzorku dětí ve věku 11, 13 a 15. Studie HBSC probíhá se zapojením České republiky již od roku 1994 ve čtyřletých intervalech. Výsledky byly publikovány v řadě zpráv (např. King et al., 1996; Currie et al., 2000; Currie et al., 2004; Currie et al., 2008). Kromě toho byly výsledky české části studie za rok 2002 publikovány ve sborníku Mládeže a zdraví (Csémy et al., 2005) a závěry ze šetření za rok 2010 uveřejněny v Národní zprávě HBSC (Kalman, 2011). Výsledky studie HBSC v České republice ukazují následující tendence:

Otázka 1 – Co soudíš o svém zdravotním stavu?

Děti hodnotily pomocí 4 - stupňové škály (Tab. 1)

Zdravotní stav	Pohlaví	
	Chlapci	Dívky
Vynikající	33,7	24,1
Dobrý	57,6	65,1
Ne moc dobrý	7,2	8,8
Špatný	1,6	2,0

Tabulka 1: Zdravotní stav žáků ZŠ

(Vlastní zpracování podle údajů výzkumu HBSC, 2013)

Otázka 2 – Zdravotní obtíže za posledních 6 měsíců

Tabulka 2 znázorňuje procentní rozložení každodenního výskytu jednotlivých obtíží.

Obtíže	Celý soubor	Pohlaví		Věk		
		Chlapci	Dívky	11 let	13 let	15 let
Bolesti hlavy	5,7	4,1	7,3	5,4	6,3	5,5
Bolesti žaludku	2,5	1,8	3,2	2,7	2,3	2,6
Bolesti v zádech	6,5	5,1	7,7	6,4	5,4	7,5
Pocity skleslosti	5,1	4,1	6,1	4,4	5,5	5,5
Podrážděnost, špatná nálada	8,1	7,1	9,1	7,9	9,0	7,4
Únava, vyčerpání	15,9	14,9	16,9	16,3	15,2	16,3
Nervozita, napětí	10,7	9,3	12,0	11,4	11,0	9,7
Potíže s usínáním	9,7	7,6	11,6	10,6	9,9	8,6
Malátnost, závratě	2,5	2,0	2,9	2,7	2,3	2,6
Bolesti ramen, krční páteře	5,7	4,7	6,7	5,9	5,6	5,6
Obavy, strach	7,5	5,3	9,6	7,9	7,7	7,0

Tabulka 2: Zdravotní obtíže žáků ZŠ

(Vlastní zpracování podle údajů výzkumu HBSC, 2013)

Otázka 3 - Životní spokojenosti

Hodnocení spokojenosti na škále od 0 do 10, přičemž 0 odpovídá nejhoršímu a 10 nejlepší možnému životu, jaký si děti umí představit (Tab. 3): (Kalman, Vašíčková, 2013).

	Pohlaví		Věk			Průměr pro celý soubor
	Chlapci	Dívky	11 let	13 let	15 let	
Cantrilův index (0 - 10)	7,6	7,4	7,8	7,5	7,3	7,5
Směrodatná odchylka	1,8	1,9	1,9	1,9	1,7	1,8

Tabulka 3: Životní spokojenost žáků ZŠ

(Vlastní zpracování podle údajů výzkumu HBSC, 2013)

Otázka 4 – Úrazy

Údaje, týkající se četnosti úrazů se zjišťovaly za období posledního roku (Tab. 4).

Četnost úrazů	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ani jednou	1033	49,4	1242	55,4	2275	52,5
Jednou	616	29,5	604	27,0	1220	28,2
Dvakrát	243	11,6	220	9,8	463	10,7
Třikrát	115	5,5	103	4,6	218	5,0
Čtyřikrát a vícekrát	84	4,0	71	3,2	155	3,6

Tabulka 4: Tabulka četností úrazů žáků ZŠ

(Vlastní zpracování podle údajů výzkumu HBSC, 2013)

Otázka 5 - Subjektivní hodnocení vlastní postavy

Bylo zjišťováno pomocí 5 - stupňové škály (Tab. 5).

Četnost úrazů	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ani jednou	1033	49,4	1242	55,4	2275	52,5
Jednou	616	29,5	604	27,0	1220	28,2
Dvakrát	243	11,6	220	9,8	463	10,7
Třikrát	115	5,5	103	4,6	218	5,0
Čtyřikrát a vícekrát	84	4,0	71	3,2	155	3,6

Tabulka 5: Tabulka hodnocení postavy žáků ZŠ

(Vlastní zpracování podle údajů výzkumu HBSC, 2013)

3 CÍLE VÝZKUMU A METODICKÁ VÝCHODISKA

3.1 Výzkumné cíle

Obecným cílem je hledat aspekty zdraví a zdravotního stavu žáků základních škol.

Dílčí cíle:

- 1) porovnat zdravotní stav podle charakteristiky školy, geografické polohy školy a velikosti sídla,
- 2) porovnat zdravotní stav podle věkových kategorií,
- 3) porovnat zdravotní stav podle pohlaví,
- 4) porovnat zobecněné výsledky případové studie s jinými, již zveřejněnými výsledky.

3.2 Popis zkoumaného souboru

Do dotazníkového šetření bylo původně osloveno 28 základních škol Jihomoravského kraje, zapojeno do výzkumu jich bylo ve výsledku 7. Vybráni byli žáci tříd, jež splňují věkovou hranici, na kterou tento výzkum cílí, tedy 11, 13 a 15 let. Celkem bylo dotazníky osloveno 840 dětí, po čištění jich zbylo 628 platných. Nejčastějším důvodem vyloučení bylo nesprávné vyplnění. Ze souboru 628 platných dotazníků tvořili 51,1 % chlapci a 48,9 % tvořily dívky. Jelikož se jednalo o anonymní dotazník, byly jednotlivé školy zakódovány pod písmenka abecedy.

- Škola **A** – Nachází se v centru krajského města, s poměrně početnými třídami (25 – 32 žáků). Jsou zde jak výběrové matematické třídy, tak běžné třídy s žáky často ze sociálně slabších rodin (nedostatečné ekonomické zázemí, děti cizinců či jiných etnik, neúplné rodiny atd.).
- Škola **B** – Nachází se v okrajové části krajského města (kategorie nad 100 tis.) s dobrou časovou dostupností do centra. Jedná se o sídlištní typ školy s menším počtem tříd i menším počtem žáků v nich. Jsou zde i dyslektické třídy (do 15 žáků). Škola je zapojena do preventivních programů a žáci se účastní dalších školních a mimoškolních aktivit.

- Škola **C** – Nachází se v bezprostřední blízkosti centra krajského města s počtem obyvatel nad 100 tis. ZŠ má pověst prestižní školy s kvalitní výukou. Výběrová jazyková škola v centru krajského města, charakteristická svými početně velkými třídami. Mimo výuku se v rozsáhlé míře věnují i mimoškolním kroužkům a aktivitám. Žáci této školy jsou velmi úspěšní v přijímání na střední školy. Většina žáků školy pochází z úplných, sociálně i ekonomicky dobře zajištěných rodin. Rodiče zpravidla mají vyšší vzdělání.
- Škola **D** – Sídlištní škola v okrajové části krajského města s horší časovou dostupností do centra (kategorie nad 100 tis.). Mimo běžných tříd se zde nachází třídy s žáky, které mají určité poruchy učení. Škola si v nedávné minulosti získala nedobrou pověst, nicméně v dnešní době se snaží vedení školy o zlepšení. Tuto školu v hodně případech navštěvují děti rodičů dělnických profesí s nižším vzděláním.
- Škola **E** – Nachází se v zázemí krajského města s počtem obyvatel do 5 tis. Velký vliv zde hraje suburbanizace (stěhování z jádra do zázemí) především ekonomicky zajištěných párů ve věku 30 - 45 let s vyšší úrovní dosaženého vzdělání (cca 40 % se SŠ a VŠ vzděláním). V oblasti vzniká nová bytová zástavba a více než 800 zaměstnaných každý den dojíždí do práce (tito lidé představují více než 60 % ekonomicky aktivních). ZŠ je spádovou školou pro okolní obce. Třídy jsou početně velké a jedná se o ZŠ s dlouholetou tradicí.
- Škola **F** – Škola se vyskytuje mimo zázemí krajského města, městys s méně než 1000 obyvatel. Za prací z této oblasti dojíždí téměř 200 zaměstnaných, což představuje 45 % ekonomicky aktivních. Vzdělanostní struktura rodičů je horší než u školy E.
- Škola **G** – Škola v okrajové části okresního města (kategorie 20 – 50 tis.), učící podle Školního vzdělávacího programu „Zdravá škola“. Hlavním tématem je zdraví žáka a podpora jeho zdraví ve škole.

3.3 Dotazník

Analytickým nástrojem pro zamýšlené výstupy se stal anonymní dotazník. Otázky dotazníkového šetření vycházejí z důvodu zájmu o jejich srovnání z mezinárodní výzkumné studie o zkoumání zdravotního stavu a životního stylu dětí a mládeže (HBSC). Dotazník ve své úvodní části obsahuje otázky, jejichž výsledky je možné následně zpracovat v jednotlivé zamýšlené kategorie žáků (chlapci a dívky, věkové skupiny 11, 13, 15 let). Objektivita zadání byla zajištěna jednotnou formou dotazníku, který byl dodán v tištěné formě. Jednotná byla také instrukce k vypracování otázek, a to jak pro učitele, tak pro žáky. Téměř shodná byla také denní doba pro vyplňování dotazníku a dohodnutá časová dotace.

3.4 Zpracování dat

Zpracování dat probíhalo velmi pečlivou editací tabulkového procesoru Microsoft Excel. Zde se s daty následně dle potřeby pracovalo: třídění dat na chlapce a dívky a jednotlivé věkové kategorie. Následně se vytvořily šablony, do kterých se zpracovávaly jednotlivé otázky, ve kterých se počítaly a zaznamenávaly souhrnné výsledky.

3.5 Případová studie

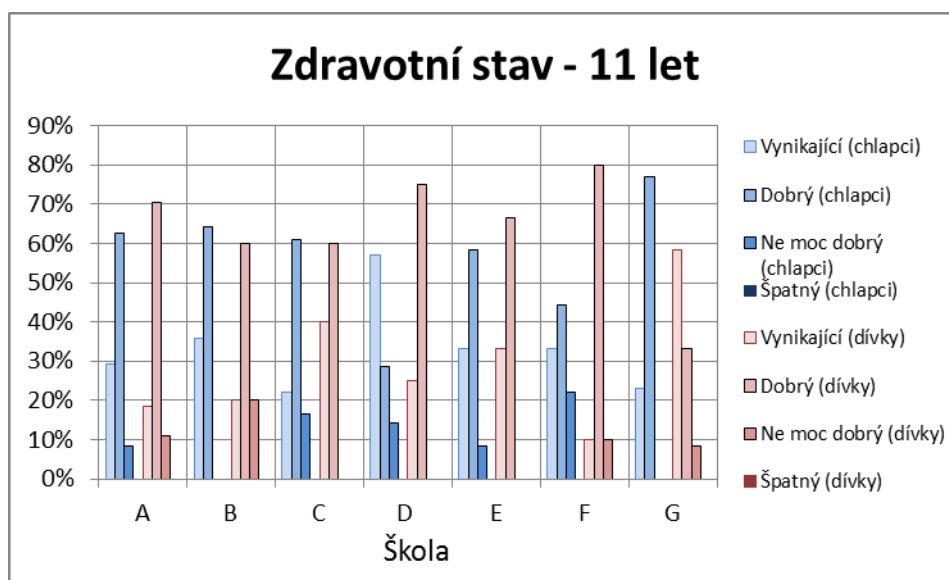
Vzhledem k tomu, že se jedná o případovou studii, která je metodou kvalitativního výzkumu, intenzivnějšího studia jednoho problému či jevu, nelze ji generalizovat na širší populaci. Výsledky, kterých se dopracujeme, tedy nelze použít pro celou populaci, mohou však být využity pro identifikaci rizikových skupin a posloužit pro potřeby prevence. Cílem případové studie je co nejkomplexnější prozkoumání jednoho případu, jeho vztahů a vnějších souvislostí a odhalení faktorů, které jakkoliv ovlivňují dynamiku daného případu. Každá případová studie musí obsahovat definici výzkumné otázky, samotný popis případu, zdůvodnění výběru případu, musí být určena metoda sběru dat a její odůvodnění a na závěr interpretace výsledků. Typů případových studií je několik – např. osobní případová studie, studie komunity, studie sociální skupiny, studie organizací nebo zkoumání programů, událostí, rolí a vztahů (Vojtíšek, 2012).

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Následuje prezentace výsledků dotazníkového šetření. Z důvodů přehlednosti budou výsledky graficky prezentovány postupně, dle jednotlivých vybraných otázek a vyhodnocovány za jednotlivé školy, pohlaví a věkové skupiny a následně porovnávány.

Otázka 1: Co soudíš o svém zdravotním stavu?

Otázka byla zaměřena na ohodnocení vlastního zdravotního stavu. Žáci si mohli vybrat z těchto možností: je vynikající, je dobrý, ne moc dobrý, je špatný (graf 1, graf 2, graf 3).



Graf 1: Zdravotní stav žáků ZŠ – 11 let

(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

Jedenáctiletí školáci hodnotili nejčastěji svůj zdravotní stav jako „dobrý“ v 60 % případů. Zhruba 1/3 vnímá svůj zdravotní stav jako „vynikající“ (31 %) a necelá 1/10 (9 %) dětí považuje svůj zdravotní stav za „ne moc dobrý“. Dobrou zprávou je, že ani jedno dítě ve věkové kategorii 11 let nepovažuje svůj zdravotní stav za „špatný“.

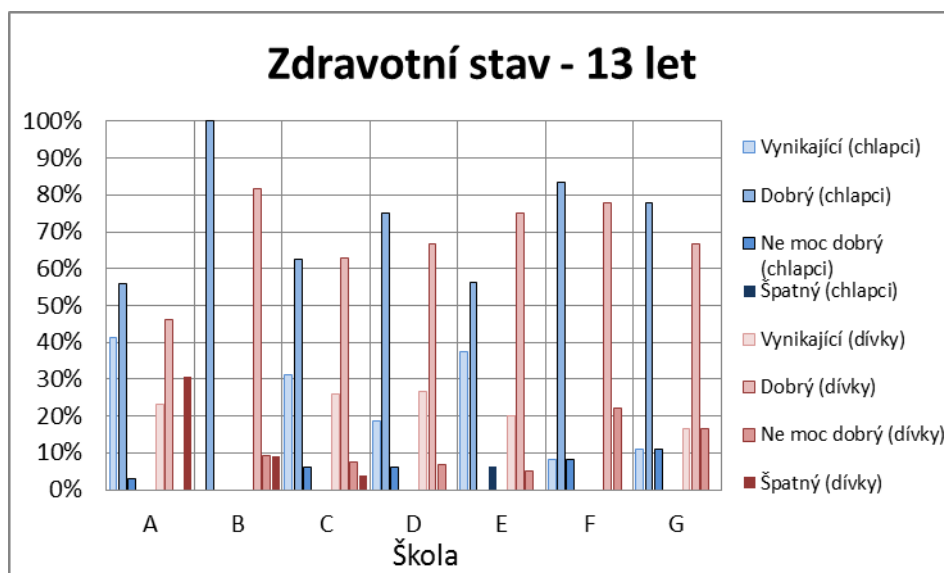
Jedenáctiletí chlapci hodnotili svůj zdravotní stav jako „vynikající“ v 1/3 případů, „dobrý“ (57 %) a každý 10. udával svůj zdravotní stav jako „ne moc dobrý“.

Jedenáctileté dívky považují svůj zdravotní stav za „vynikající“ v 29 %, „dobrý“ v 64 %, a „ne moc dobrý“ v 7 % případů.

Průměrné hodnoty kluků i dívek se výrazně neodlišovaly od průměrných hodnot všech dětí kategorie 11 let.

Při porovnání 11letých dětí z jednotlivých škol, hodnotily nadprůměrně svůj zdravotní stav u odpovědi „vynikající“, žáci školy **D** a **G** (41 %), podprůměrně žáci školy **A** (24 %) a **F** (22 %, průměr 31 %). Jedenáctiletí žáci ze škol **B**, **G** a žákyně ze škol **C**, **D**, **E** volili svou odpověď pouze „vynikající“ nebo „dobrý“.

Nejvyšší procento pozitivního hodnocení zdravotního stavu (součet „vynikající“ a „dobrý“) dosáhli 11letí žáci školy **G** a **E** (96 %), následovaly školy **D** (93 %), **C** (92 %), **A** a **B** (90 %) a **F** (84 %).



Graf 2: Zdravotní stav žáků ZŠ – 13 let

(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

Třináctileté děti hodnotily svůj zdravotní stav jako „dobrý“ (71 %), dále „vynikající“ (19 %), „ne moc dobrý“ (7 %). Oproti kategorii 11letých se zde objevilo i hodnocení zdravotního stavu „špatný“ (4 %).

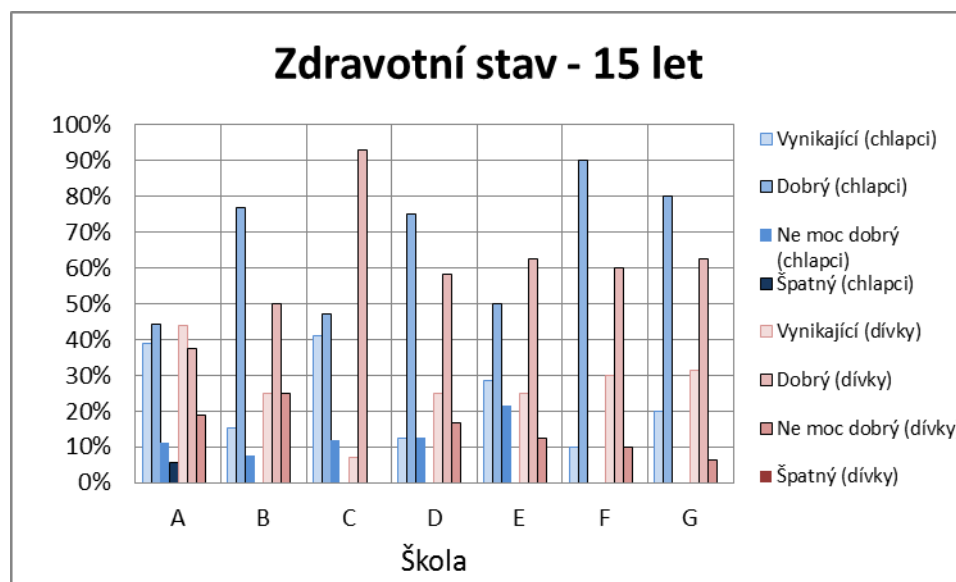
Třináctiletí chlapci ohodnotili svůj zdravotní stav v průměru jako „vynikající“ (21 %), „dobrý“ (73 %), „ne moc dobrý“ (5 %) a „špatný“ (1 %).

Třináctileté dívky měly procentní rozložení svého hodnocení následovné, „vynikající“ (16 %), „dobrý“ (68 %), „ne moc dobrý“ (10 %) a „špatný“ (6 %) případů.

Genderové rozdíly nebyly výrazné, avšak je patrné, že 13letí chlapci v průměru hodnotili svůj zdravotní stav o něco lépe, než stejně staré dívky.

Mezi školami se nejvýrazněji, u možnosti „vynikající“, odchýlila oproti průměru (19 %), škola **A** (32 %) a **B** (0 %). U možnosti „dobrý“ opět škola **A** (51 %) a škola **B** (91 %, průměr 71 %), která zjevně kompenzovala nulové skóre v možnosti „vynikající“. Možnost „ne moc dobrý“ volili 2 % žáků školy **A** a 15 % žáků školy **B** (průměr 7 %). U možnosti „špatný“ rozhodně stojí za zmínku vysoké skóre školy **A** (15 %) oproti průměru (4 %). Nutno dodat, že za toto vysoké procento může hodnocení dívek, které dosáhlo u odpovědi „špatný“ 31 %. Zajímavostí je, že všichni 13letí chlapci ze školy **B** volili pouze odpověď „dobrý“.

U 13letých žáků bylo pozitivní hodnocení nejvíce zvoleno školou **E** a **D** (94 %), **B** a **C** (91 %), **G** (86 %), **F** (85 %) a nejhůře dopadla škola **A** (83 %).



Graf 3: Zdravotní stav žáků ZŠ – 15 let

(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

Patnáctileté děti hodnotily svůj zdravotní stav jako „vynikající“ v 25 %, „dobrý“ v 63 %, „ne moc dobrý“ v 11 % a „špatný“ v 0,5 % případů.

Chlapci volili odpověď „vynikající“ (24 %), „dobrý“ (66 %), „ne moc dobrý“ (9 %) a „špatný“ (1 %).

Dívky si vybíraly možnost „vynikající“ v 27 %, „dobrý“ v 61 % a „ne moc dobrý“ v 13 % případů. Možnost „špatný“ si nevybrala ani jedna z oslovených dívek.

U možnosti „vynikající“ se výrazněji odlišila pouze škola **A** (41 %, průměr 25 %), což se zapříčinilo o její podprůměrné skóre u možnosti „dobrý“ (41 %, průměr 63 %). Ostatní školy se u možnosti „dobrý“ pohybovaly ± 10 % okolo průměru, vyjma školy **F** (75 %). U možnosti „ne moc dobrý“ (průměr 11 %) se školy rozdělily do dvou pomyslných kategorií. Jedna kategorie se pohybovala okolo 16 % - školy **A**, **B**, **D** a **E**. Druhá kategorie okolo 5 %, zde byly školy **C**, **F** a **G**. Možnost „špatný“ využili pouze chlapci ze školy **A** (3 %). U dívek a chlapců ostatních škol tato možnost nebyla využita.

Pozitivní odpovědi („vynikající“ a „dobrý“) školy volily následujícím způsobem: **G** (97 %), **F** (95 %), **C** (94 %), **D** (85 %), **B** (84 %), **E** (83 %) a **A** (82 %).

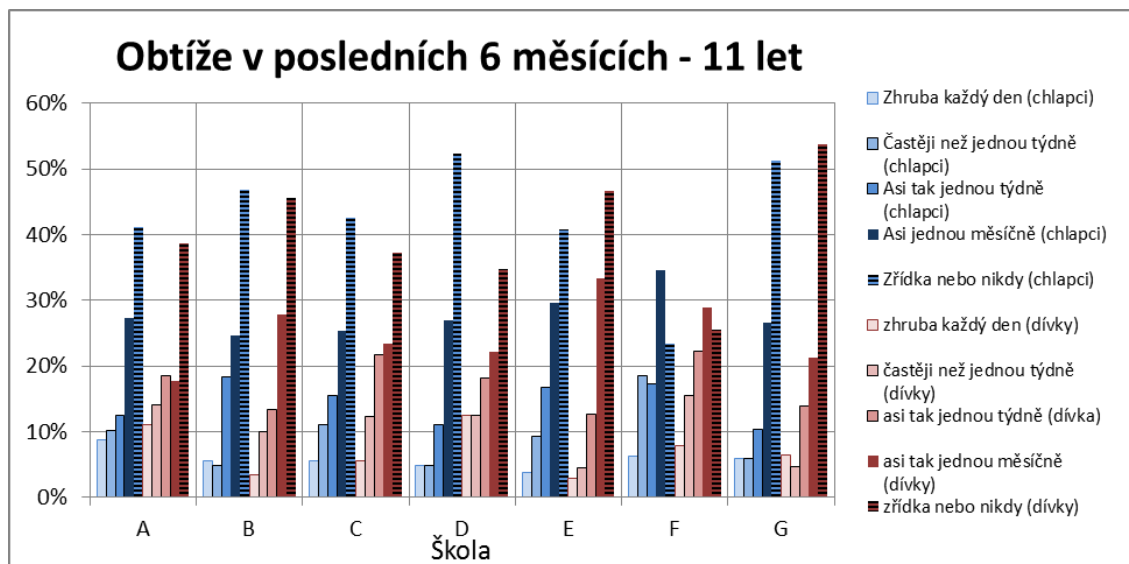
Rozdíly mezi věkovými kategoriemi

U všech věkových kategorií byla nejvíce zastoupena možnost odpovědi „dobrý“ zdravotní stav – (11letí 60 %, 13letí 70 %, 15letí 63 % - průměr 65 %). Četnost této odpovědi výrazněji ovlivňovala i odpověď „vynikající“, která v průměru mezi všemi věkovými kategoriemi získala 25 % (11letí 31 %, 13letí 19 %, 15letí 25 %). Nejvíce možnost „vynikající“ volili 11letí a to v necelé 1/3 případů. Relativně malá je četnost výskytu možnosti odpovědi „špatný“ (1 %). S přibývajícím věkem pozvolna klesalo i pozitivní hodnocení zdraví (součet odpovědi „vynikající“ a „dobrý“) 11letí 91,5 %, 13letí 89,2 %, 15letí 88,6%.

Otázka 2: Jak často jsi měl/a následující obtíže v posledních 6 měsících?

Tato otázka je zaměřena zejména na psychosomatické obtíže, vyskytující se u žáků. Jsou to bolesti hlavy, bolesti žaludku, bolesti v zádech, pocity skleslosti, podrážděnosti

a špatná nálada, nervozita, napětí, potíže s usínáním, malátnost, závratě, bolesti ramen, krční páteře, obavy a strach. Na otázku se odpovídalo výběrem z 5 možností: zhruba každý den, častěji než jednou týdně, asi tak jednou týdně, asi tak jednou měsíčně, zřídka nebo nikdy (graf 4, graf 5, graf 6).



Graf 4: Obtíže žáků ZŠ v posledních 6 měsících – 11 let

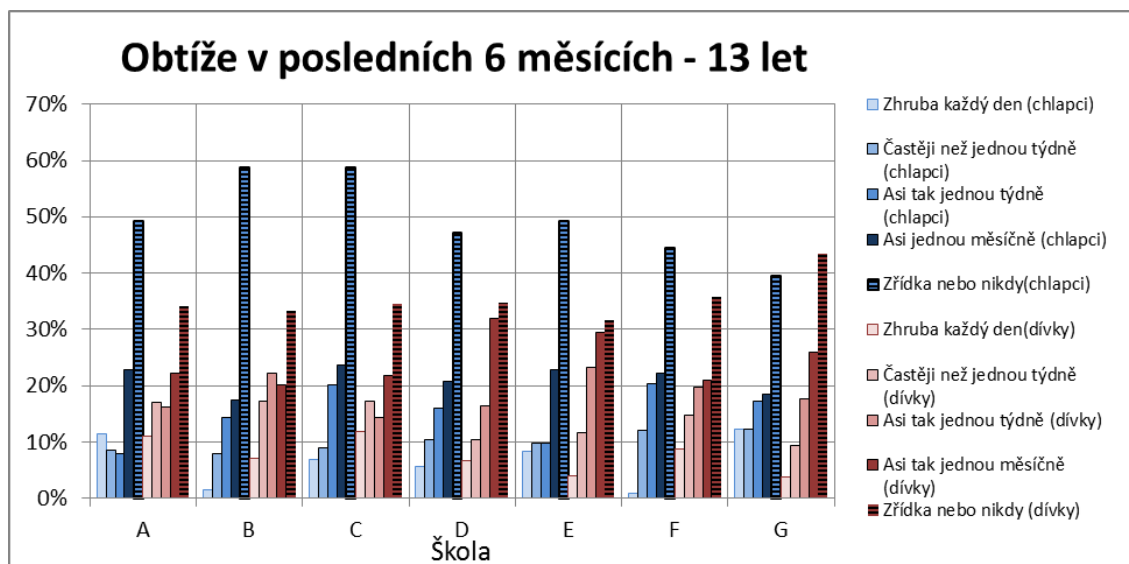
(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

Ve věkové kategorii 11 let zažívá některou ze zmíněných zdravotních obtíží „zhruba každý den“ 7 %, „častěji než jednou týdně“ 10 %, „asi tak jednou týdně“ 16 %, „asi jednou měsíčně“ 26 % a „zřídka nebo nikdy“ 42 % respondentů.

Chlapci volili možnost „zhruba každý den“ v 6 %, „častěji než jednou týdně“ v 9 %, „asi tak jednou týdně“ v 15 %, „asi jednou měsíčně“ v 26 % a „zřídka nebo nikdy“ v 43 %. Dívky si odpovědi volily (ve stejném pořadí jako chlapci) 7 %, 11 %, 17 %, 25 % a 40 %.

Mezi jednotlivými školami, v případě možnosti odpovědi „zhruba každý den“, nebyly výraznější rozdíly. Pouze ve škole **A** se některá z vybraných zdravotních obtíží projevuje zhruba u každého žáka v 10 % případů, naopak u školy **E** pouze u 3 % žáků. U poslední možnosti odpovědi „zřídka nebo nikdy“ se výrazněji od průměru (42 %) odlišovala škola **G** (průměrně 53 %), která tedy v tomto hodnocení dopadla nejlépe.

Dle součtu odpovědí „zhruba každý den“ a „častěji než jednou týdně“ se nejčastěji vyskytují zdravotní obtíže u žáků školy **F** (24 %) a **A** (22 %), dále u škol **D** a **C** (shodně 17 %) a nakonec **B**, **G** (12 %) a **E** (10 %).



Graf 5: Obtíže žáků ZŠ v posledních 6 měsících – 13 let

(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

Ve věkové kategorii 13 let, zažívá některou ze zmíněných zdravotních obtíží „zhruba každý den“ 7 %, „častěji než jednou týdně“ 12 %, „asi tak jednou týdně“ 17 %, „asi jednou měsíčně“ 23 % a „zřídka nebo nikdy“ 43 % žáků.

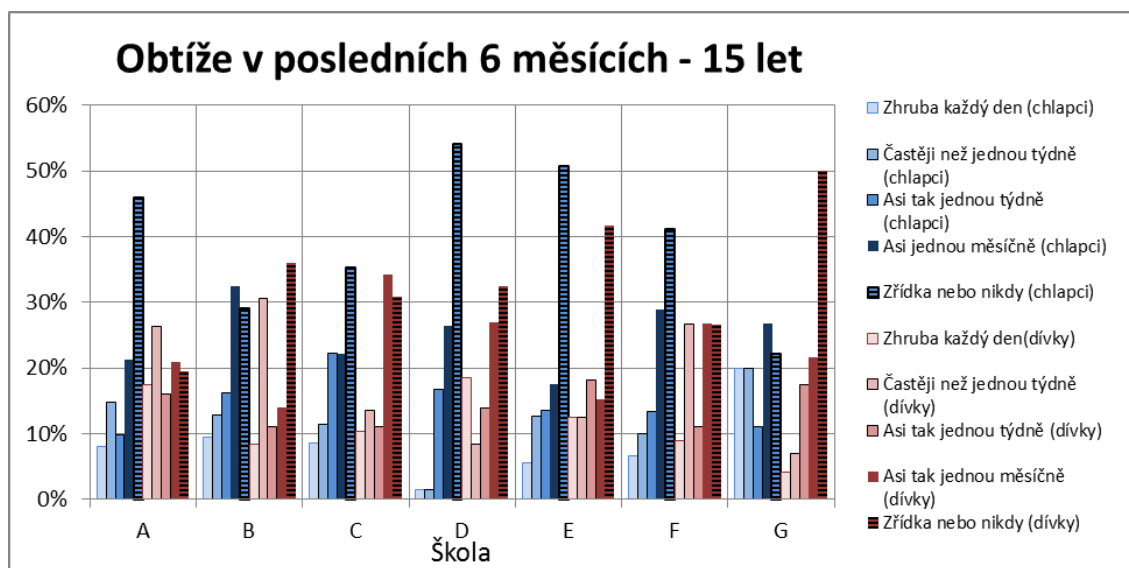
Chlapci si volili možnost „zhruba každý den“ v 7 %, „častěji než jednou týdně“ 10 %, „asi tak jednou týdně“ 15 %, „asi jednou měsíčně“ 21 % a „zřídka nebo nikdy“ 50 %. U dívek výsledky nabývaly následujících hodnot: (ve stejném pořadí možností jako u chlapců) 8 %, 14 %, 19 %, 25 % a 36 %.

V poslední odpovědi „zřídka nebo nikdy“ chlapci výrazně převyšovali dívky. To naznačuje menší výskyt zdravotních obtíží u 13letých chlapců než u stejně starých dívek.

V případě odpovědi „zhruba každý den“ byla mezi všemi školami průměrná hodnota 7 %. Škola **A** dosáhla hodnoty 11 %, škola **B** 4 % a dále škola **F** 5 %. Tedy tyto školy na tom byly, co do počtu nemocí, nejhůře. Celkové pořadí, nejčastěji se projevujících

nemocí (průměr odpovědí „zhruba každý den“ a „častěji než jednou týdně“), u žáků 13 let je následující: škola **A** (24 %), dále **C** (23 %), **G** (19 %), **F** (18 %) a **B, D, E** (shodně 17 %).

V odpovědi „asi tak jednou měsíčně“ a „zřídka nebo nikdy“ mezi školami nebyl větší rozdíl. V druhé zmíněné možnosti dosahovali nadprůměrných hodnot chlapci ze školy **B** a **C** (shodně 59 %, průměr 43 %) a dívky ze školy **G** (44 %). Tyto školy pak na tom byly s výskytem nemocí nejlépe.



Graf 6: Obtíže žáků ZŠ v posledních 6 měsících – 15 let

(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

Ve věkové kategorii 15 let zažívá některou z uvedených obtíží „zhruba každý den“ 10 %, „častěji než jednou týdně“ 15 %, „asi tak jednou týdně“ 14 %, „asi jednou měsíčně“ 24 % a „zřídka nebo nikdy“ 35 % respondentů.

Chlapci si vybrali možnost „zhruba každý den“ v 9 %, „častěji než jednou týdně“ 12 %, „asi tak jednou týdně“ 15 %, „asi jednou měsíčně“ 25 % a „zřídka nebo nikdy“ 40 %.

U dívek se odpovědi vyskytovaly v následujícím rozložení (stejně pořadí odpovědí jako u chlapců) 11 %, 18 %, 14 %, 23 % a 34 %.

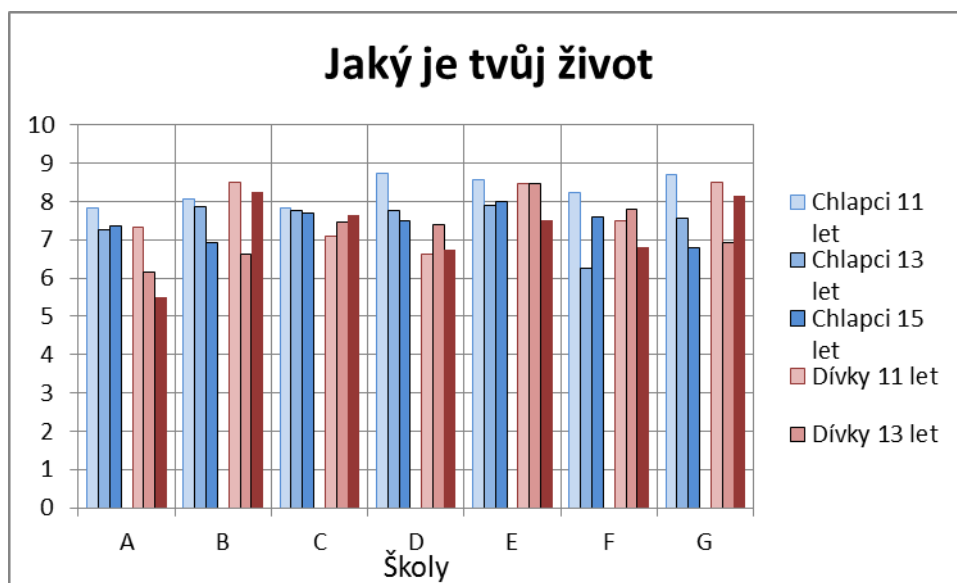
Rozdíly mezi chlapci a dívkami se oproti předchozí věkové kategorii (13 let) zvýraznily. U dívek, ve srovnání s chlapci, se zvýšil výskyt obtíží projevujících se „zhruba každý den“ a „častěji než jednou týdně“ a poklesl výskyt odpovědi „zřídka nebo nikdy“.

Mezi školami vyčnívali u možnosti „zhruba každý den“ zejména chlapci ze školy **G** (20 %) a poměrně vysoké hodnoty zde dosáhly rovněž dívky ze školy **A** (17 %) a **D** (19 %, průměr 10 %). U možnosti výskytu obtíží „častěji než jednou týdně“ výrazných hodnot dosáhli chlapci ze školy **G** (20 %). Výrazně vyšších hodnot v té samé otázce dosáhly i dívky ze školy **A** (26 %), **B** (31 %) a **F** (27 %, průměr 15 %). U těchto výše zmíněných škol, se vyskytovala některá z nemocí nejvícekrát. Celkové pořadí nejčastějšího (součet možností „zhruba každý den“ a „častěji než jednou týdně“) výskytu je následující: **A** (33 %), dále **B** (30 %), **F** (26 %), **G** (25 %), **C** a **E** (22 %) a **D** (15 %). U odpovědi „zřídka nebo nikdy“ dosahují nejvyšších hodnot školy **D** (43 %) a **E** (46 %, průměr 37 %). Velký podíl na tom mají chlapci ze školy **D** (54 %), a školy **E** (51 %) a dívky ze školy **G** (50 %). Žáci těchto škol trpěli v posledních 6 měsících nemocemi nejméně.

Rozdíly mezi věkovými kategoriemi

Ve všech věkových kategoriích nejvýrazněji převažovala odpověď „zřídka nebo nikdy“ (11letí 42%, 13letí 43%, 15letí 35%), což je velmi pozitivní zjištění. S přibývajícím věkem lze pozorovat nárůst četností zdravotních obtíží (součet „zhruba každý den“ a „častěji než jednou týdně“ – 11letí 17 %, 13letí 19 % a 15letí 25 %). Tento nárůst je strmější u dívek než u chlapců.

3) Otázka: Jaký je tvůj život? (Subjektivní hodnocení vlastního života). Žáci odpovídali na škále 0 až 10. Číslo 0 odpovídalo nejhoršímu životu a číslo 10 nejlepšímu životu (graf 7).



Graf 7: Jaký je tvůj život

(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

Průměrná hodnota celého výzkumného souboru je 7,6. Chlapci dosáhli hodnoty 7,7 a dívky 7,4.

Jedenáctiletí chlapci dosáhli průměrné hodnoty 8,3, 13letí chlapci průměrné hodnoty 7,5 a 15letí chlapci hodnoty 7,4. Jedenáctileté dívky dosáhly průměrné hodnoty 7,7, 13leté dívky 7,3 a 15leté dívky 7,2. To poukazuje na fakt, že chlapci jsou spokojenější se svým životem více než dívky celkově i v jednotlivých kategoriích.

Při srovnání jednotlivých škol dosáhli podprůměrných výsledků žáci školy **A** (6,9), zejména pak dívky ve všech věkových kategoriích (7,3; 6,2; 5,5) a žáci školy **F** (7,4), zejména chlapci ve věku 13 let (6,3). Naopak nadprůměrných hodnot ve srovnání škol dosáhla škola **E** (8,2). Škola **G** dosáhla druhé nejvyšší hodnoty (7,8), přičemž chlapci ve věku 11 let se dostali na hodnocení 8,7, dívky 11 let 8,5 a dívky 15 let 8,2. Škola **B**, byla dle jednotlivých kategorií (věkových i genderových) rozkolísaná, tzn. jednotlivé kategorie se vyskytovaly jak na nadprůměrných (chlapci 13 let - 7,9, dívky 11 let - 8,5 a dívky 15 let - 8,3) tak podprůměrných (dívky 13 - 6,6, chlapci 15 - 7) hodnotách.

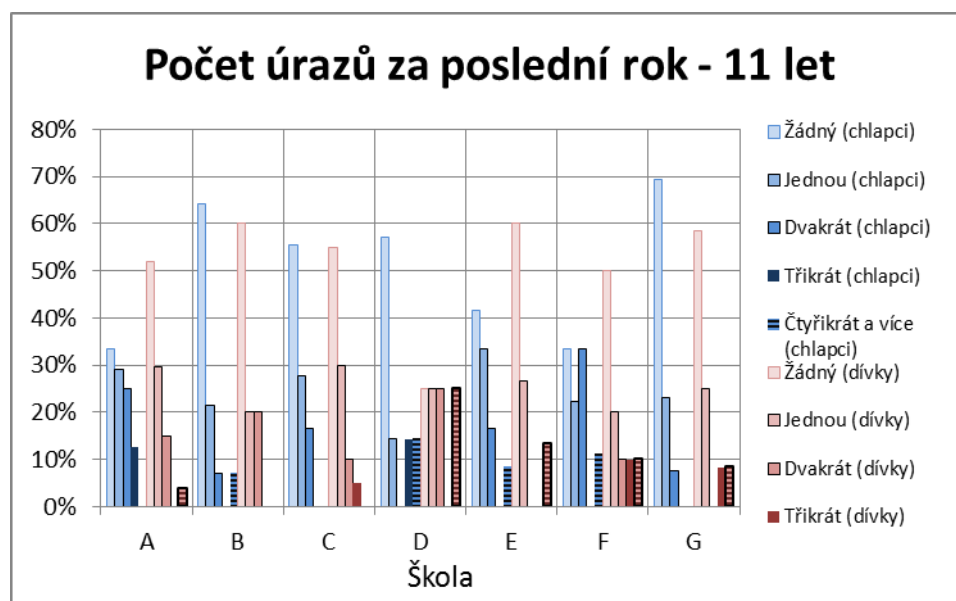
Celkové pořadí dle průměrných hodnot jednotlivých škol je následující. Nejlepší skončila škola **E** (8,2), dále **G** (7,8), **B** (7,7), **C** (7,6), **D** (7,5), **F** (7,4) a poslední škola **A** (6,9).

Rozdíly mezi věkovými kategoriemi:

Jedenáctiletí žáci jsou spokojenější než jejich 13letí spolužáci. Nejméně spokojenými jsou ze sledovaného souboru 15letí žáci. To poukazuje na snižující se spokojenost s vlastním životem a s přibývajícím věkem.

Otázka 4: Kolikrát jsi měl/a během posledních 12 měsíců takový úraz, že jsi musel/a být ošetřen/a u lékaře?

Možností odpovědí bylo 5: neměla jsem v posledních 12 měsících úraz či poranění, jednou, dvakrát, třikrát, čtyřikrát nebo vícekrát.



Graf 8: Počet úrazů žáků ZŠ za poslední rok – 11 let

(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

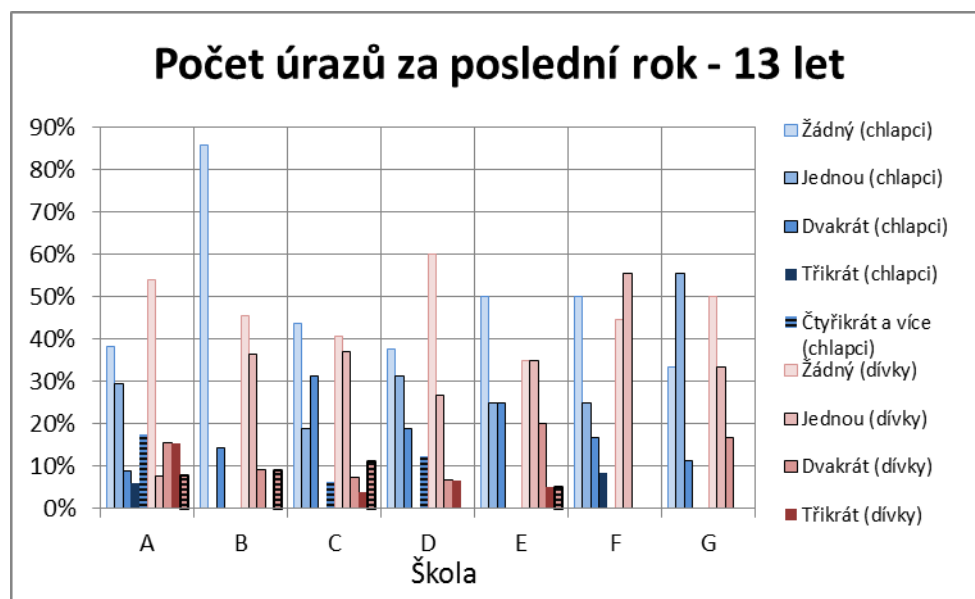
Z žáků kategorie 11 let volili možnost „neměl jsem úraz“ 51 %, „jednou“ 25 %, „dvakrát“ 13 %, „třikrát“ 4 % a „čtyřikrát a více“ 7 %.

Chlapci nejčastěji volili odpověď „neměl jsem úraz“ (51 %), dále „jednou“ 25 %, „dvakrát“ 15 %, „třikrát“ 4 % a „čtyřikrát a více“ 6 %.

Dívky odpovídaly následovně: (stejně pořadí odpovědí jako u chlapců) 52 %, 25 %, 11 %, 3 %, 9 %.

Porovnáme-li školy mezi sebou, u odpovědi „neměl jsem úraz“ bodovala nejlépe škola **G** (64 %), která měla úrazů nejméně, nejhůře škola **D** (41 %), která jich naopak měla nejvíce. Škola **D** zároveň dosáhla nejvyššího skóre u odpovědi „čtyřikrát a více“ (dívky 25%, chlapci 15%). Ve škole C žádný žák nevolil odpověď „čtyřikrát a více“.

Výsledné skóre jednotlivých škol dle součtu procentního vyjádření odpovědí „neměl jsem úraz“ a „jednou“ je následující: nejlépe dopadla škola **G** (87 %), následovaná školou **C** (84 %), **B** (83 %), **E** (81 %), **A** (72 %), **F** (63 %) a **D** (61 %).



Graf 9: Počet úrazů žáků ZŠ za poslední rok – 13 let

Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol

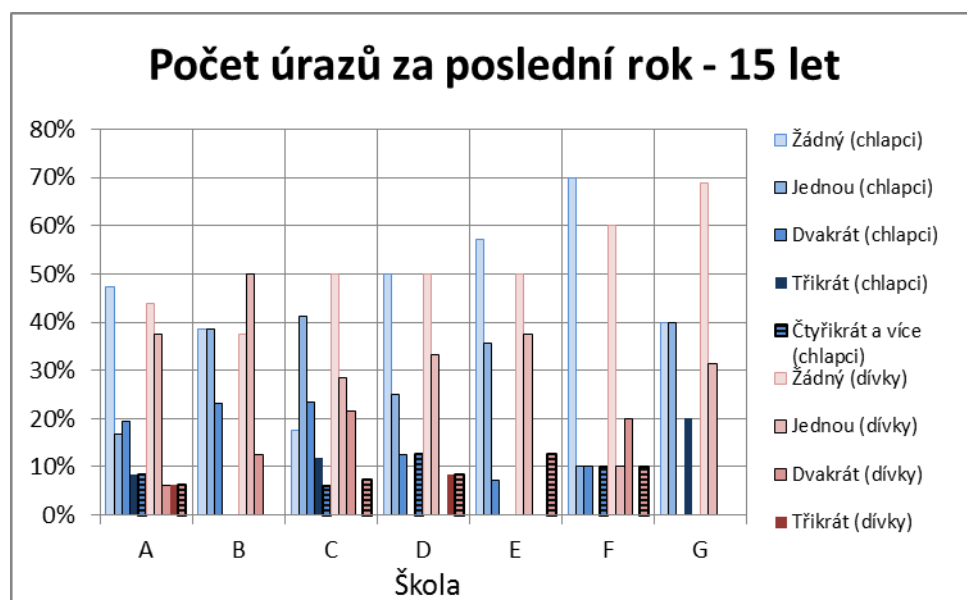
Třináctiletí žáci volili možnost „neměl jsem úraz“ v 48 %, „jednou“ v 30 %, „dvakrát“ v 14 %, „třikrát“ v 3 %, „čtyřikrát a více“ v 5 % případů.

Chlapci volili tyto možnosti (ve stejném pořadí) v následujícím rozložení: 48 %, 26 %, 18 %, 2 % a 5 %.

Dívky odpovídaly následovně (stejně pořadí odpovědí): 47 %, 33 %, 11 %, 4 %, 5 %.

Výrazně nejméně úrazů vykázali chlapci školy **B** (více než 85 %). U ostatních škol se odpovědi jak u chlapců, tak u dívek pohybovaly ve většině případů pod hranicí 50 %. Ani jedna škola nepřesáhla hranici 20 % s odpověďmi „třikrát nebo čtyřikrát a více“. Zajímavostí je, že chlapci a dívky ze školy **G** ani jednou nevyužili odpověď „třikrát“ nebo „čtyřikrát a více“. Z toho můžeme usuzovat, že v této věkové kategorii se nám často nevyskytují úrazy, které si musí žáci nechat ošetřit u lékaře.

Celkové pořadí jednotlivých škol dle četnosti prvních dvou odpovědí („neměl jsem úraz“ a „jednou“) je následující: **F** (88 %), **G** (86 %), **B** (84 %), **D** (78 %), **E** (73 %), **C** (70 %), **A** (65 %).



Graf 10: Počet úrazů žáků za poslední rok – 15 let

(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

Patnáctiletí žáci dosáhli v jednotlivých odpovědích následující četnosti: „neměl jsem úraz“ 49 %, „jednou“ 31 %, „dvakrát“ 11 %, „třikrát“ 4 % a „čtyřikrát a více“ 6 %.

Chlapci v kategorii 15 let dosáhli četnosti rozložené následovně (stejně pořadí odpovědí jako u všech žáků této kategorie): 46 %, 30 %, 14 %, 6 %, 5 %.

U dívek se úrazy vyskytují v následujícím rozložení (stejně pořadí jak u chlapců): 51 %, 33 %, 9 %, 2 %, 6 %.

U 15letých chlapců se vyskytla mírně vyšší úrazovost než u stejně starých dívek.

Chlapci ze školy **F**, nejvícekrát zaškrtnuli možnost, že neměli „žádný úraz“ (70 %). I dívky ze školy **G** dosáhly v této otázce výrazného výsledku (68 %). Rozdíl tedy mezi dívkami a chlapci v této kategorii je velmi zanedbatelný a výsledky jednotlivých škol jsou poměrně vyrovnané. Možnost „třikrát a čtyřikrát více“ byla v dotaznících zaznamenána poměrně málo. Nejvíce (10 %) se vyskytla u školy **D** a **F**.

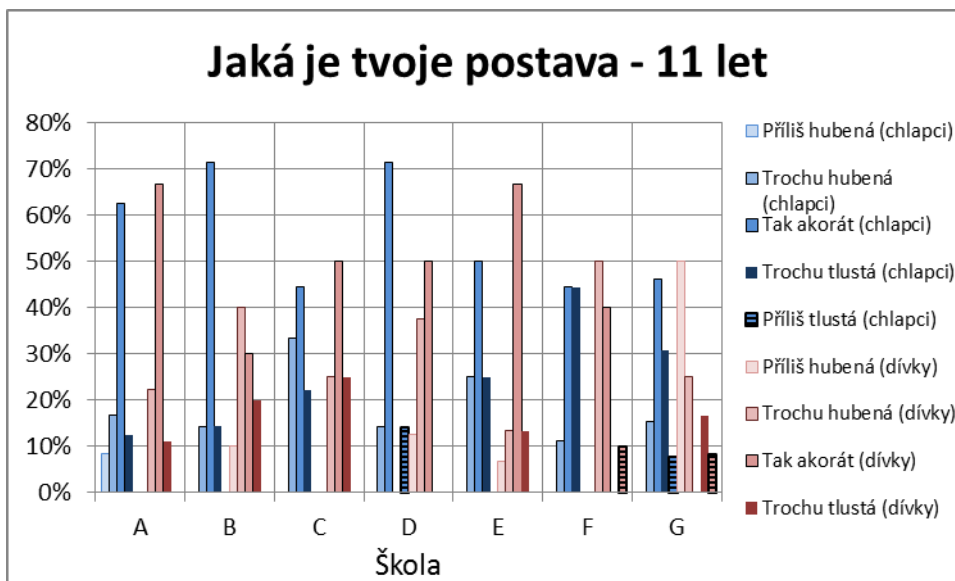
Pořadí škol dle dvou nejčastěji volených odpovědí („neměl jsem úraz“ a „jednou“) bylo následující: škola **G** a **E** (90 %), **B** (82 %), **D** (79 %), **F** (75 %), **A** (73 %), **C** (69 %).

Rozdíly mezi věkovými kategoriemi

Výsledky jednotlivých věkových kategorií se výrazně neodlišovaly. Podíl odpovědí „neměl jsem úraz“ a „jednou“ se s přibývajícím věkem zvyšoval. Tedy vyšší věkové kategorie vykazovaly nižší úrazovost (11letí 76 %, 13letí 78 %, 15letí 80 %). Avšak v odpovědích reprezentujících častější úrazovost („třikrát“ a „čtyřikrát a častěji“) hodnoty kolísaly (11letí 11 %, 13letí 8 %, 15letí 10 %). Z porovnání údajů vyplývá, že o něco málo větší úrazovost vykazovaly 11leté děti, u 13letých a 15letých byly výsledky velice podobné. Příčin může být několik. Mladší žáci mohou být při své činnosti méně opatrné, ale také mohou být více pohybově aktivní, což s sebou nese větší množství riziko úrazů.

Otázka 5: Podle tvého vlastního mínění rozhodni, jaká je tvoje postava.
(Subjektivní hodnocení vlastní postavy.)

Možností odpovědi bylo 5: příliš hubená, trochu hubená, tak akorát, trochu tlustá, příliš tlustá (graf 11, graf 12, graf 13).



Graf 11: Jaká je postava žáků ZŠ – 11 let

(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

V kategorii 11letých žáků hodnotilo svou postavu jako „příliš hubenou“ 6 %, „trochu hubenou“ 25 %, „tak akorát“ 50 %, „trochu tlustou“ 17 %, „příliš tlustou“ 3 %.

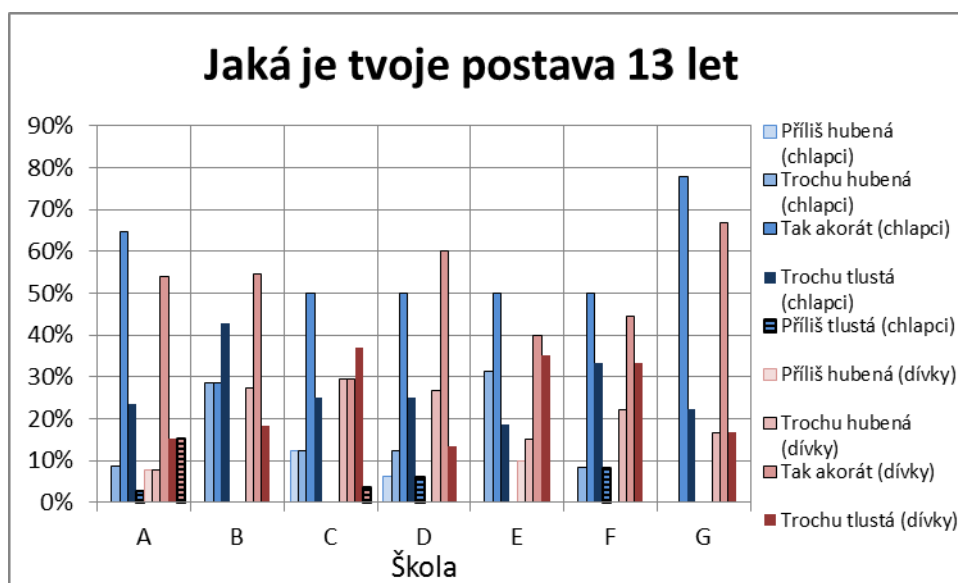
Chlapci volili jednotlivé odpovědi následovně (stejně pořadí jak u všech 11letých): 1 %, 19 %, 56 %, 21 %, 3 %.

Dívky hodnotily svou postavu takto (stejně pořadí jak u chlapců): 11 %, 30 %, 43 %, 12 %, 3 %.

Odpověď „příliš hubená“ volili pouze chlapci školy **A** (8 %). U stejné odpovědi dosáhly výrazného výsledku dívky školy **G** (50 %). Výrazně častěji byla volena možnost „příliš tlustá“ u chlapců školy **D** (14 %) a **G** (8 %) a dívek školy **F** (10 %) a **G** (8 %). Žáci ostatních škol tuto možnost nevolili vůbec. U školy **G** pak u dívek možnost odpovědi „tak akorát“ nezazněla ani jednou.

Jelikož považujeme ze zdravotního hlediska optimální sebeposouzení „tak akorát“ a extrémní hodnoty ani v jednom případě nejsou úplně žádoucí, hodnotili jsme tuto otázku, pro následné posuzování, dle četnosti výskytu odpovědi „tak akorát“.

Jedenáctiletí žáci dopadli následovně: škola **A** (65 %), **D** (61 %), **E** (58 %), **B** (51 %), **C** (47 %), **F** (42 %), **G** (23%).



Graf 12: Jaká je postava žáků ZŠ – 13 let

(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

U 13letých jsme v jednotlivých odpovědích dosáhli tyto výsledky: „příliš hubená“ 3 %, „trochu hubená“ 18 %, „tak akorát“ 51 %, „trochu tlustá“ 26 %, „příliš tlustá“ 3 %.

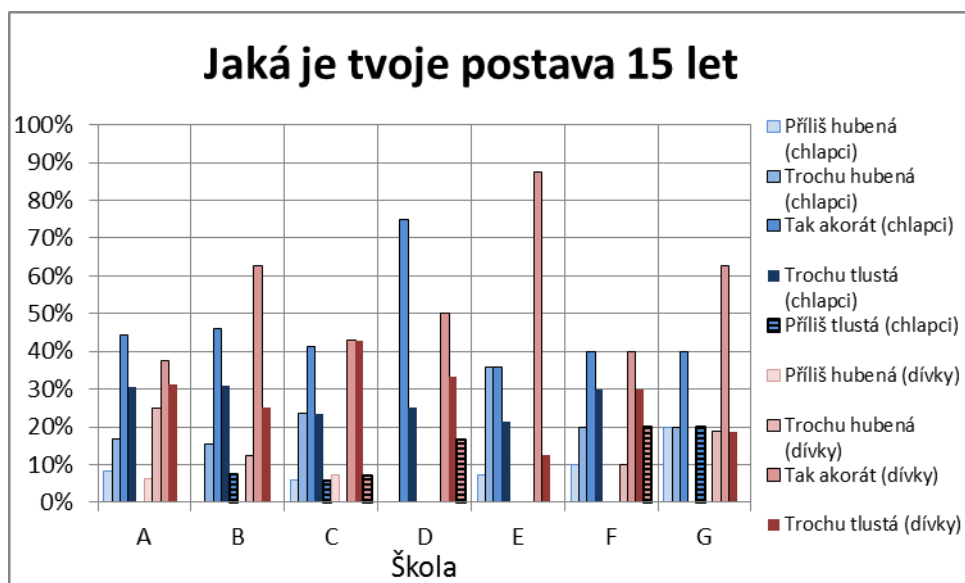
Chlapci hodnotili svou postavu následovně (dle výše uvedeného pořadí): 3 %, 15 %, 53 %, 27 %, 3 %.

Dívky na svou postavu nahlížely takto (dle výše uvedeného pořadí): 3 %, 21 %, 50 %, 24 %, 3 %.

U 13letých žáků nebyly, dle četnosti odpovědí, mezi pohlavími výraznější rozdíly.

Nejvýraznějších výsledků dosáhli v odpovědi „příliš hubená“ chlapci školy **C** (13 %) a dívky školy **E** (10 %). U druhého extrému „příliš tlustá“ nejvýraznějších hodnot dosáhli chlapci školy **F** (8 %) a dívky školy **A** (15 %).

Srovnání škol dle četností odpovědí „tak akorát“ bylo následovně: škola **G** (72 %), **A** (60 %), **D** (55 %), **F** (47 %), **E** (45 %), **B** (42 %), **C** (40 %).



Graf 13: Jaká je postava žáků ZŠ – 15 let

(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

Žáci kategorie 15 let hodnotili svou postavu následovně: „příliš hubená“ 5 %, „trochu hubená“ 14 %, „tak akorát“ 50 %, „trochu tlustá“ 25 %, „příliš tlustá“ 6 %.

Chlapci na svou postavu nahlíží následovně (pořadí stejné jako výše): 7 %, 19 %, 46 %, 23 %, 5%.

Dívky otázku týkající se postavy hodnotily takto (pořadí stejné jak u chlapců): 2 %, 10 %, 55 %, 28 %, 6 %.

Možnost „příliš hubená“ byla ve výraznějším počtu případů zaznamenána u chlapců školy **G** (20 %) a **F** (10 %). Ve škole **D** (17 %) a **F** (20 %) dívky zaškrtnuly možnost „příliš tlustá“. U chlapců byla možnost „příliš tlustá“ výrazněji zaznamenána jen ve škole **G** (20 %).

Srovnání mezi jednotlivými školami podle odpovědi „tak akorát“ vychází takto: **D** (63 %), **E** (62 %), **G** (52 %), **B** (54 %), **C** (42 %), **A** (41 %), **F** (40 %).

Rozdíly mezi věkovými kategoriemi:

Co se týče hodnocení postavy „tak akorát“ nejsou mezi jednotlivými věkovými kategoriemi výraznější rozdíly (11letí 50 %, 13letí 51 %, 15letí 50 %). Znatelnější

rozdíly jsou v hodnocení postavy jako štíhlé nebo tlusté. Žáci kategorie 11 let, ve více případech než ostatní kategorie, hodnotili svou postavu jako „příliš hubenou“. Možnosti „příliš hubená“ a „trochu hubená“ volili 11letí v 31 %, 13letí 21 %, 15letí 19 %. Naopak u opačně orientovaných odpovědí „příliš tlustá“ a „trochu tlustá“ získali největší skóre 15letí 31 %, 13letí 29 %, 11letí 21 %). Tyto rozdíly mezi věkovými skupinami mohou být způsobeny různými příčinami. Nejpravděpodobnější vysvětlení se nabízí porušování stravovacích návyků u starších žáků, doprovázené sedavým životním stylem. Na vině by mohly být i hormonální změny a s nimi přicházející změny postavy, hlavně u dívek. Ty využily, ve věkové kategorii 15 let, možnosti „trochu tlustý“ a „příliš tlustý“ v 1/3 případů.

5 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ

Školy jsou v této kapitole seřazeny z pohledu zdraví a zdravotního stavu od nejlepší po nejhorší na základě kvalitativní analýzy. Pořadí je stanoveno na základě matice složené z výsledků jednotlivých otázek. Jelikož ale mezi některými školami nebyly výraznější rozdíly, jsou vytvořeny 3 kategorie, jež školy s podobným skóre sdružují.

Kategorie	ZŠ	Typické hodnoty škol	Aspekty zdraví a zdravotního stavu
1	E	Nejnižší výskyt obtíží. Vysoká spokojenost s vlastním životem i postavou.	Děti ze sociálně a finančně zabezpečených, úplných rodin s vyšší úrovní vzdělání rodičů.
	G	Zdravotní stav nikdo nehodnotil jako špatný. Třetí nejnižší výskyt zdravotních obtíží. Vysoká spokojenost s vlastním životem. Nízká úrazovost.	Škola vyučuje podle programu „Zdravá škola“, kterému je přizpůsoben školní vzdělávací program a školní preventivní program a mimoškolní aktivity.
2	D	Nadprůměrné hodnocení vlastního zdraví. Nejnižší výskyt obtíží. Životní spokojenost podprůměrná (zejména dívky 11 a 15 let). Vysoká úrazovost.	Děti rodičů z převážně dělnických rodin. Snaha školy o zlepšení pověsti, celá řada školních i mimoškolních aktivit. Menší počty dětí ve třídách.
	B	Třetí nejhorší v hodnocení vlastního zdravotního stavu. Nižší výskyt zdravotních obtíží. Nízká úrazovost.	Aktivní přístup školy k řešení problémů a různých situací. Menší počet žáků ve třídách. Mimoškolní sportovní aktivity.
	C	Druzí nejlepší v hodnocení vlastního zdravotního stavu. Ostatní výsledky průměrné. Vysoký podíl dívek držících dietu, přestože hodnotí postavu jako vyhovující.	Prestižní škola, výběrové třídy. Žáci z dobře sociálně i finančně zajištěných plných rodin s vyšším vzděláním. Hojně navštěvují mimoškolní aktivity.
3	F	Horší v hodnocení svého zdraví. Vyšší výskyt zdravotních obtíží. Nejhorší v hodnocení své postavy.	Rodiče mají na děti méně času (dojíždka za prací). Nižší vzdělanostní struktura.
	A	Nejvyšší výskyt zdravotních obtíží a nejmenší spokojenost s životem. Jedna z nejvyšších úrazovostí.	Horší rodinné zázemí dětí (neúplné rodiny, nižší vzdělanost, nedostatečné ekonomické zajištění, sociálně slabší skupiny populace). Početné třídy.

Tabulka 6: Pořadí, výsledky a aspekty zdraví sledovaných ZŠ

(Zdroj: vlastní zpracování na základě dat poskytnutých ze škol)

Kategorie 1

ŠKOLA E

Dosáhla v otázce vnímání vlastního zdraví, ve srovnání s ostatními školami, lepšího průměru. Prevalence zdravotních obtíží je jedna z nejnižších (zhruba stejná jak u školy D). Spokojenost žáků školy E s vlastním životem je nejvyšší mezi sledovanými školami, nadprůměrných hodnot dosáhly všechny věkové kategorie chlapců i dívek. V otázce úrazovosti se spolu se školami C a F drží na středních hodnotách. Co se týče spokojenosti s vlastní postavou, dosáhli žáci druhého nejlepšího výsledku.

Aspekty zdraví a zdravotního stavu: Jedná se o školu lokalizovanou v menší obci (městys s počtem obyvatel přes 2700). Děti pochází ze sociálně i ekonomicky zabezpečených rodin, neboť rodiče jsou převážně VŠ nebo SŠ vzdělání. Informovanost a dostatek prostředků se pravděpodobně odráží v životním stylu rodiny, který výrazně formuje jejich zdravotní stav. Zřejmě to bude podstatným faktorem vysoké úrovně zdraví u žáků školy E.

ŠKOLA G

V otázce vnímání svého zdraví žáci školy G dosáhli lepšího výsledku, než byla průměrná hodnota celého souboru. Ani jeden žák nevyužil odpovědi „špatný“. Dle výskytu obtíží se tato škola umístila na 3. nejlepší pozici. Spokojenost žáků školy G s vlastním životem dosáhla 2. nejlepší hodnoty. Výrazně dobře hodnotí svůj život chlapci a dívky v kategorii 11 let. Naopak výrazně podprůměrně chlapci kategorie 15 let. Žáci školy G patří, spolu se žáky školy B, do skupiny nejméně úrazových. Polovina žáků vnímala svou postavu jako optimální, ovšem necelá 1/4 žáků volila extrémní možnosti odpovědi “příliš tlustá a příliš hubená”.

Aspekty zdraví a zdravotního stavu: Škola G se nachází v okresním městě, jádrová část kraje, 20 – 50 tis. obyvatel. Tato škola učí podle školního vzdělávacího programu „Zdravá škola“, což se dle výsledků pravděpodobně podepisuje i na zdraví žáků. Ve zkoumaných otázkách dosahují lepších výsledků a ve srovnání s ostatními školami se

pohybují na předních příčkách. Pozornost by ale měla být věnována velkému výskytu extrémních hodnot v hodnocení vlastní postavy.

Kategorie 2

ŠKOLA D

I přesto, že ve srovnání s ostatními školami hodnotí žáci své zdraví nadprůměrně (žádný žák nevnímá svůj zdravotní stav jako „špatný“) a obtíže se u žáků projevují v nejnižší míře ze všech škol (zvláště u 11 a 15letých chlapců), je jejich životní spokojenost o něco málo nižší, než je průměr celého souboru. Na tom mají svůj výrazný podíl dívky (11 a 15 let), neboť ty hodnotily svou životní spokojenost podprůměrně, kdežto chlapci nadprůměrně. U 11letých dívek mohou být příčinnou úrazy. Každá 4. dívka zaznamenala za posledních 12 měsíců „4 a více úrazů“. Polovina 15letých dívek hodnotí svou postavu jako „trochu tlustou“ a „tlustou“, což také může být příčinnou jejich nižší životní spokojenosti. Chlapci hodnotili vlastní postavu o něco lépe, ani jeden nezvolil možnost „příliš tlustá“. Téměř 2/3 školáků ohodnotili svou postavu jako optimální. Škola **D** spolu se školou **A** patří mezi školy s největší úrazovostí svých žáků. Více než každý 10. žák zaznamenal za posledních 12 měsíců „4 a více úrazů“.

Aspekty zdraví a zdravotního stavu: Škola **D** se nachází v okrajové části krajského města, kategorie nad 100 tis. obyvatel. Přestože se jedná o školu s historicky horší pověstí a navštěvují ji převážně děti z dělnických rodin a rodin s nižším vzděláním rodičů, dosáhla tato škola kromě vyšší úrazovosti, dobrých výsledků. Zásahu na tom zřejmě bude mít to, že ačkoliv je vzdělanostní struktura horší, jedná se ve většině případů o úplné, ekonomicky zajištěné rodiny, jež poskytují dobré zázemí pro rozvoj svých dětí. Svůj podíl může mít i probíhající snaha školy o řadu změn k lepšímu a zlepšení své pověsti.

ŠKOLA B

V hodnocení svého zdravotního stavu dosáhli mezi ostatními školami 3. nejhorší pozice. Při hodnocení zdravotních obtíží žáci volili možnost „každý den“ ze všech nejméně a zároveň byli lehce nadprůměrní v odpovědi „zřídka nebo nikdy“. Svůj život

vnímali lépe, než byl průměr celého souboru. Vůbec nejlépe svůj život hodnotily dívky v kategorii 11 a 15 let. Úrazovost byla velice nízká, podobně jako u školy G. Víc než polovina oslovených dětí neměla za posledních 12 měsíců žádný úraz. Velice nízké bylo také zastoupení odpovědi „čtyřikrát a více“. V otázce vnímání vlastní postavy volili extrémní odpovědi „příliš hubená“ a „příliš tlustá“ méně často, než žáci ostatních škol. Možnost „tak akorát“ volila téměř celá polovina, takže v této otázce ve srovnání s ostatními školami byli průměrní.

Aspekty zdraví a zdravotního stavu: V rámci srovnání všech škol vytvořili tzv. zlatý střed. Nedosáhli žádného alarmujícího výsledku. Tyto výsledky mohou být ovlivněny tím, že se ve třídách nachází menší počet studentů (učitelé s nimi mohou lépe pracovat). Konflikty či problémové situace jsou zde bezodkladně řešeny a žáci se věnují mimoškolním aktivitám, jež žákům poskytují organizovanou a řízenou činnost. Škola je situována v okrajové části krajského města, kategorie nad 100 tis. obyvatel.

ŠKOLA C

Co se týče hodnocení zdravotního stavu, dosáhla škola C, ve srovnání s ostatními školami, 2. nejlepšího výsledku. U zdravotních obtíží dosáhli žáci školy C průměrné hodnoty. V posuzování životní spokojenosti se také dostali na průměrné hodnoty. V hodnocení úrazů je tato škola opět zařaditelná do pomyslné střední kategorie, jež se drží v úrazovosti kolem průměru. V hodnocení parametrů své postavy se žáci školy, v možnostech „příliš štíhlá a tlustá“ neodlišovali od průměru celého souboru. V odpovědi „tak akorát“ však jejich výsledek byl podprůměrný.

Aspekty zdraví a zdravotního stavu: I přesto, že se žáci školy C umístili až na 5. pozici, jejich hodnoty byly srovnatelné se školami umístěnými na lepších příčkách. Tato škola je považována za prestižní školu, s výběrovými jazykovými třídami, s velkou úspěšností u přijímacích řízení na střední školy. Nachází se v blízkosti centra krajského města. Kategorie nad 100 tis. obyvatel. Žáci většinou pochází z dobře zajištěných rodin s vyšším vzděláním. V odpoledních hodinách se často věnují mimoškolním aktivitám. Rodiče si zřejmě uvědomují, co je pro jejich děti dobré a mají dostatek prostředků a informací na to, aby to svým dětem mohli poskytnout. Kvalitní vzdělání,

organizované vedení volného času snižuje podmínky pro zahálku a s ní spojené negativní projevy (asociální chování).

Kategorie 3

ŠKOLA F

Žáci této školy v otázce týkající se jejich zdravotního stavu dosáhli (v poměru četnosti pozitivně-negativně orientovaných odpovědi) 2. nejnižší příčku. Poměrně dobrou zprávou ale je, že žádný z žáků nehodnotil své zdraví jako „špatné“. Tato škola patří ke školám s větším výskytem zdravotních obtíží. Ve srovnání se umístila na předposledním místě. Zjištěné hodnoty byly nadprůměrné hlavně u obtíží projevujících se „častěji než jednou týdně“ a „asi jednou týdně“. „Zřídka nebo vůbec nikdy“ trpí obtížemi pouze necelá 1/3 žáků. Žáci školy **F** se umístili v hodnocení spokojenosti s vlastním životem v podprůměru celého zkoumaného souboru, přičemž nejhůř hodnotí spokojenost se svým životem chlapci kategorie 13 let a dívky kategorie 15 let. V úrazovosti žáků patří výsledky této školy mezi průměrné. Žáci školy **F** ve více než 1/3 hodnotili svou postavu jako „trochu a příliš tlustou“. Tím dopadli v této otázce nejhůř.

Aspekty zdraví a zdravotního stavu: Škola je situována mimo zázemí krajského města. Městys méně než 1000 obyvatel, proto rodiče ve větší míře cestují za prací. Pravděpodobně jim na jejich děti nezbyvá tolik času, což je vede k pasivní zábavě a sedavějšímu způsobužití. Vzdělanostní struktura rodičů je o něco horší. Tyto faktory mohou mít negativní vliv na životní styl dětí i jejich zdraví.

ŠKOLA A

Bezmála 1/3 žáků ohodnotila svůj zdravotní stav jako „vynikající“, což je nadprůměrné číslo. Zároveň však 1/3 dívek kategorie 15 let uvedla svůj zdravotní stav jako „špatný“, což je alarmující zjištění. Nejvyšší výskyt zdravotních obtíží a nejmenší spokojenost s vlastním životem rovněž dosáhla škola **A**. Vůbec nejhůř na tom jsou dívky v kategorii 15 let. Úrazovost je u této školy jedna z nejvyšších, podobně jako u školy **D**. Hodnocení postavy žáků školy **A** odpovídalo průměru celého souboru. Neobjevily se výraznější odchylky.

Aspekty zdraví a zdravotního stavu: Nelichotivé výsledky školy A mohou být z velké míry ovlivněny rodinným zázemím, ze kterého děti pocházejí. Jedná se převážně o nedostatečně ekonomicky zabezpečené, neúplné rodiny nebo rodiny cizinců s nižším vzdělanostním statutem. Podíváme-li se na to z celkového hlediska, tak se zdá, že rodiče mají dost starostí se sebou a svým životem natož, aby vhodně vychovávali své děti (i po zdravotní stránce). Třídy jsou poměrně početné (cca 25 žáků), takže učitelé nemají mnoho prostoru, aby s žáky mohli individuálněji pracovat. Škola se nachází v centru krajského města kategorie nad 100 tis. obyvatel.

6 ZÁVĚR A DISKUZE VÝSLEDKŮ

Při srovnání prezentovaných výsledků s výsledky získanými v rámci dotazníkového šetření HBSC, prováděného v roce 2010 (Kalman, Vašíčková, 2013), jsme zjistili následující.

Subjektivní vnímání zdravotního stavu bylo u chlapců i dívek rozloženo podobně, jako tomu bylo ve srovnávací studii HBSC. Výraznější rozdíl byl dosažen pouze u chlapců v možnosti odpovědi „vynikající“, kdy jsme v našem případě naměřili 26,1 % oproti 33,7 % ve srovnávací studii a „dobrý“, s výsledkem 65,3 % oproti 57,6 % (HBSC).

Shodně se studií HBSC je výrazně vyšší výskyt únavy a vyčerpání. Naopak data případové studie se s HBSC rozcházejí v nárůstu výskytu některých zdravotních komplikací zhruba u 10-12 % dotázaných z kategorie 15 let. Jednalo se o obavy a strach, nervozitu a napětí, bolesti v zádech.

Výsledky týkající se otázky životní spokojenosti jsou v souladu s výsledky HBSC. S přibývajícím věkem index spokojenosti klesal jak u dívek, tak u chlapců. U dívek byla ve všech věkových kategoriích spokojenost s vlastním životem nižší než u chlapců.

Sledovaný soubor vykazoval nižších hodnot oproti studii HBSC u odpovědi „neměl jsem úraz“. Naopak se navýšil počet dětí, které se za uplynulých 12 měsíců poranily „4krát a více“. U chlapců nebyl tento rozdíl tak markantní, ovšem u dívek došlo víc než k dvojnásobnému nárůstu.

Mínění o své vlastní postavě se výrazněji lišilo u kategorie chlapců 15 let a dívek 11 let. Chlapci dosáhli téměř dvojnásobných hodnot v odpovědi „příliš hubená“ a téměř trojnásobných u odpovědi „příliš tlustá“. U dívek kat. 11 let se více než zdvojnásobil výskyt odpovědi „příliš hubená“ a „trochu hubená“.

Větší význam případové studie však spočívá v kvalitativním rozboru dat jednotlivých škol účastnících se výzkumu a komparace jejich specifík. Podařilo se dosáhnout určitých zjištění, které mohou být hodnotnými informacemi a vodítkem cílené prevence pro školy zúčastněné ve výzkumu.

- Souvislosti mezi zdravotními ukazateli, geografickou polohou a velikostní kategorií obce, ve které se škola nachází, se nepotvrdily.
- Je možné sledovat jistou pozitivní souvislost mezi zapojením školy do preventivních programů, pořádání mimoškolních aktivit a programu výchovy ke zdraví.
- Vzdělanost rodičů, rodinné zázemí a sociální prostředí se potvrdilo jako výrazný faktor ovlivňující zdraví dětí.

Jako jeden z nejvýznamnějších aspektů zdraví dítěte se ukázala být rodina. Hlavní roli sehrávají rodiče, jejich vzdělání, schopnost vzájemného soužití a zabezpečení vhodného rodinného (ekonomického a sociálního) zázemí (Sikorová, 2012). Významnější se ukázal být i čas, který jsou schopni, či ochotni svým dětem věnovat. Role rodičů je v tomto případě nenahraditelná. Z části může rodiče zastoupit, či spíše doplnit, školské zařízení. Je-li výuka vhodně cílená, strukturovaná, charismaticky vedená a jsou-li zapojené i mimoškolní aktivity, může škola výrazněji promluvit do vývoje a životního stylu dítěte (MŠMT, nedat.). Obzvláště pak, jsou-li ve výuce efektivně začleněny principy zdravotní prevence a hygieny.

Pro budoucí vývoj zdravotní situace dalších generací by měl být v rámci výuky kladen větší zřetel na zdravotní aspekty vývoje dětí. Měla by být zdůrazněna zodpovědnost každého za formování svého zdraví. Nutno podotknout, že vštěpování zdraví formujících principů je nejen vhodné pro žáky samotné, ale také pro společnost, které jsou součástí. Je třeba myslet i na další generace, kterou budou nynější žáci za pár let, z pozice dospělých lidí, formovat.

Doporučením pro praxi by zřejmě bylo působit na zdravý vývoj dětí prostřednictvím informační osvěty přímo v rodinách. Škola, jako vzdělávací instituce, může mít v tomto ohledu svůj potenciál. Konkrétnější řešení by mohlo být následující. Pod hlavičkou MŠMT by byla připravena soutěž o drobné předměty reprezentující zdravý životní styl (sportovní oblečení, balóny atd.). Hlavní cílovou skupinou jsou typově podobné děti a rodiny, jež se umístily na posledních místech našeho a podobně zaměřených průzkumů. Financování cen by mohlo být částečně zajištěno sponzoringem firem, jež by

měly nárok na uvedení svého loga v médiích použitých v rámci kampaně. Možná by byla i spolupráce s Nadací Agrofert. Účast škol v soutěži by byla dobrovolná. Žákům by byl v rámci vyučování rozdán leták se základními informacemi o soutěži, který by odkazoval na internetové stránky. Zde by čekal „vzdělávací test“, jenž by formou otázek týkajících se zdravého životního stylu nastiňoval pozitivní přínos jeho osvojení. Webovými stránkami či testem by se prolínaly informace o vlivu zdravého životního stylu na zdraví a přínosu zdraví pro jedince. Součástí by byly i praktické rady jak časově, energeticky, organizačně, finančně atd., nenáročné prvky zdravého životního stylu do běžného života včlenit. Motivem pro vyplnění testu by byla soutěž o materiální odměnu, jejíž získání by napomohlo rozvoji zdravého životního stylu. Pro zájemce o bližší informace by mohla být na toto téma zorganizovaná přednáška vedená pedagogem, jenž má tuto tematiku ve škole ve své kompetenci. Na soutěžních webových stránkách by mohla být sekce či odkaz na mimoškolní aktivity, které obsahově spadají do zdravého životního stylu a které škola nabízí. Na přípravě a realizaci by se mohli podílet v rámci health promotion orgány v této věci zainteresované. Dobré by bylo i vytvořit určitý kontrolní mechanismus, který by umožňoval sledovat, zda skutečně u rodin dochází k pozitivním změnám životního stylu.

Hlavní role školy, v otázce zdraví dětí, by však měla spočívat v následujícím:

- Výuce zdravotně preventivních témat v rámci předmětu podpora ke zdraví či jemu podobnému.
- Přizpůsobení materiálního zázemí školy (v areálu by byly ping pongové stoly, balanční prolézačky či základní bouldrové stěny doplněné měkčeným podkladem atd.), aby se děti o přestávkách či volných hodinách mohly hýbat a odreagovat se. Dále klást důraz na stravování (regulace nezdravých potravin a nápojů prodávaných v automatech, nahrazení ovocem atd.).
- Úpravou osnov školního tělocviku tak, aby mimo vštěpování základů pohybových dovedností a jejich výkonnostního posuzování, kladlo důraz i na zábavnost pohybu, jež bývá důležitým faktorem koheze s touto aktivitou.

- Zvýšit dostupnost a atraktivitu mimoškolních zdravotně orientovaných aktivit (zavést kroužek „zdravé vaření“, nakoupením kvalitnějších sportovních pomůcek, pozvání soutěžních hráčů, bývalých studentů na předvedení sportovních dovedností atd.).

Vyšší investice do prostředků a aktivit podporujících prevenci zdraví jsou nevyhnutelné. Dle údajů prezentovaných strategií Zdraví 2020, dotazníkovým šetřením HSBC atd., se zdravotní stav české společnosti nijak nezlepšuje, spíše naopak. Náklady spojené s řešením vzniklých obtíží a nemocí jsou z dlouhodobějšího hlediska neudržitelné (Zdraví 2020, 2014). Je proto nezbytné informovat a formovat současné, ale hlavně budoucí generace takovým způsobem, aby každý jednatelce vnímal sám sebe a svůj životní styl jako hlavního činitele svého zdraví. A to nejlépe již od útlého věku dítěte, kdy si osvojuje základní návyky, postoje a vzorce, jež ho budou doprovázet celý jeho život. Nebudou-li děti zdravé dnes, budou jen těžko zdravé v budoucnosti jako dospělí. Nemocný člověk nemůže naplňovat všechny životní potřeby, což vede k psychické nepohodě a strádání, zhoršuje se kvalita života, snižuje se pracovní výkonnost, snižuje se příjem, zvyšují se náklady společnosti vyplácením sociální podpory a léčbou nemocného. Společnost i jedinec strádají. V tomto ohledu spočívá velké tíha zodpovědnosti hlavně na rodičích, ale také na školních a vzdělávacích zařízeních.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

7.1 Literární zdroje

CSÉMY L, KRCH FD, PROVAZNIKOVA H, RÁŽOVÁ J, SOVINOVA H. *Životní styl a zdraví českých školáků*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum; 2005.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

HODAČOVÁ, Lenka, Vladimír SRB a Jiří MAREŠ. *Nové veřejné zdraví v podmínkách udržitelného rozvoje: nová situace na přelomu 2. a 3. tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 62 s. ISBN 80-7184-769-0.

HOLČÍK, Jan, Pavlína KÁŇOVÁ a Lukáš PRUDIL. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 186 s. ISBN 80-7013-417-8.

KALMAN, Michal (ed.) a Jana VAŠÍČKOVÁ (ed.). *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 172 s. ISBN 978-80-244-3409-4.

KALMAN M, SIGMUND E, SIGMUNDOVÁ D, HAMŘÍK Z, BENEŠ L, BENEŠOVÁ D et al. *HBSC - Národní zpráva O zdraví a životním stylu dětí a školáků 2010*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011.

KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 213 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4621-0.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví: zdraví a prevence, životní styl - problémy a rizika, dospívání a zdravotní problémy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, il. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024727158.

MARKOVÁ, Marie. *Determinanty zdraví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 54 s. ISBN 978-80-7013-545-7.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 269 s. ISBN 978-80-247-3184-1.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho smysly a svět*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 248 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2946-6.

ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 184 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3592-4.

VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 148 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2247-4.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho smysly a svět*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 248 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2946-6.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

7.2 Internetové zdroje a publikace

HAJNÁ, Dana. *Bolesti břicha* [online]. 2014 [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychosomaticke-problemy-u-deti/bolesti-hlavy.shtml>.

HAJNÁ, Dana. *Poruchy příjmu potravy a bolesti břicha* [online]. 2012, 2014 [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/zdravotni-problemy-ditete/poruchy-prijmu-potravy-a-bolesti-bricha.shtml>

KULHÁNEK, Jan. *Poruchy nálady* [online]. 2012, 2014 [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/poruchy-nalady.shtml>.

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Koncepce podpory mládeže 2014-2020* [online]. 2014 [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/mladez/narodni-strategie-pro-mladez>.

PEŠLOVÁ, K. *Bolesti krční páteře* [online], 2013 [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: www.fyzioklinika.cz.

NÁŠ ČLOVĚK. *Podrážděnost, nervozita*. [online]. 2015 [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://podrazdenost-nervozita.nasclovek.cz/>.

SHE - *Schools for health in Europe* [online]. 2013 [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://www.schools-for-health.eu/cz/for-schools/manual/uacutevod/co-je-to-zdraviacute>

NÁŠ ČLOVĚK. *Stres, nervozita, napětí*. [online]. 2015 [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://stres-nadmerna-aktivita-nervozita-napeti.nasclovek.cz/>.

VOJTÍŠEK, Petr. *Výzkumné metody*. [online]. Praha, 2012.

VORBOVÁ, Renáta. *Když se únava stane nemocí* [online]. 2009 [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://unava.zdrave.cz/kdyz-se-unava-stane-nemoci/>.

ZDRAVÍ 2020. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014, 36, [75] s. ISBN 978-80-85047-47-9.

NOVÁKOVÁ, Tereza. *Nemoci pohybového aparátu u dětí a rehabilitační péče v dětském věku* [online]. 2015 [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevychodnenim/nemoci-pohyboveho-aparatu-u-deti-a-rehabilitacni-pece-v-detskem-veku.shtml>.

8 SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

8.1 Seznam obrázků

Obrázek 1: Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v %

8.2 Seznam tabulek

Tabulka 1: Zdravotní stav žáků ZŠ

Tabulka 2: Zdravotní obtíže žáků ZŠ

Tabulka 3: Životní spokojenost žáků ZŠ

Tabulka 4: Tabulka četností úrazů žáků ZŠ

Tabulka 5: Tabulka hodnocení postavy žáků ZŠ

Tabulka 6: Pořadí, výsledky a aspekty zdraví sledovaných ZŠ

8.3 Seznam grafů

Graf 1: Zdravotní stav žáků ZŠ – 11 let

Graf 2: Zdravotní stav žáků ZŠ – 13 let

Graf 3: Zdravotní stav žáků ZŠ – 15 let

Graf 4: Obtíže žáků ZŠ v posledních 6 měsících – 11 let

Graf 5: Obtíže žáků ZŠ v posledních 6 měsících – 13 let

Graf 6: Obtíže žáků ZŠ v posledních 6 měsících – 15 let

Graf 7: Jaký je tvůj život

Graf 8: Počet úrazů žáků ZŠ za poslední rok – 11 let

Graf 9: Počet úrazů žáků ZŠ za poslední rok – 13 let

Graf 10: Počet úrazů žáků za poslední rok – 15 let

Graf 11: Jaká je postava žáků ZŠ – 11 let

Graf 12: Jaká je postava žáků ZŠ – 13 let

Graf 13: Jaká je postava žáků ZŠ – 15 let

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník pro žáky ZŠ

Milé žáky, milí žáci, možná vás někdy zajímalo, jak žijete, vy sami nebo jak žijí žáci podobného věku. Dovolíme si vás požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní (o toho důvodu na žádném místě dotazníku nikdy nevyplňujte své jméno nebo něco večí školky). Protože je dotazník anonymní, prosíme vás o co nejpřesnější a pravdivé odpovědi. Vyplněný dotazník odevzdáte paní učitelce nebo paní učitel, kteří vám dotazník rozdali. Dotazník je jednoduchý a vyplněte jej podle pokynů u jednotlivých otázek a na obou stranách listu papíru!

Děkujeme za spolupráci.

Tento dotazník vyplňuje (zařazení odpovídající otázkou)

žák

žákyně

Můj věk je:

10 roků

11 roků

12 roků

13 roků

14 roků

15 roků

jiný věk, doplň _____

1. Co soudíš o svém zdravotním stavu?

je vynikající

je dobrý

ne moc dobrý

je špatný

2. Jak často jsi měl/a následující obtíže v posledních šesti měsících?

bolesti hlavy

zhruba každý den

častěji než jednou týdně

asi tak jednou týdně

asi tak jednou měsíčně

zřídka nebo nikdy

bolesti žaludku

zhruba každý den

častěji než jednou týdně

asi tak jednou týdně

asi tak jednou měsíčně

zřídka nebo nikdy

bolesti v zádech

zhruba každý den

častěji než jednou týdně

asi tak jednou týdně

asi tak jednou měsíčně

zřídka nebo nikdy

pocitý skleslosti, podřadlosti, špatná nálada

zhruba každý den

častěji než jednou týdně

asi tak jednou týdně

asi tak jednou měsíčně

zřídka nebo nikdy

únavu, vyčerpaní

zhruba každý den

častěji než jednou týdně

asi tak jednou měsíčně

asi tak jednou týdně

zřídka nebo nikdy

3. Jaký je tvůj život? Čím vyší číslo, tím lepší můj život je.

10 Nejlepší život

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 Nejhorší život

4. Mnoha dětem a mladým lidem se stane, že se poraní nebo mají úraz při činnostech, jako je sport nebo hra. K čemu může dojít na nejrůznějších místech na ulici, doma nebo ve škole. Mezi úrazy a poranění můžeme počítat také případy, když se někdo popadl nebo se něčím urazil.

Kolikrát jsi měl/a během posledních 12 měsíců úraz či poranění

neměl/a jsem v posledních 12 měsících úraz či poranění

jednou

dvakrát

třikrát

čtyřikrát nebo víc

5. Napiš svoji tělesnou hmotnost a výšku.

hmotnost _____ kg

výška _____ cm

6. Podle svého vlastního mínění je tvoje postava:

příliš hubená

trochu hubená

tak akorát

trochu tlustá

příliš tlustá

7. Jak často obvykle snídáš – jíš a piješ (nečo více než sklenici kávy, mléka nebo džusu)? Zastřihni jedno okénko pro šedou dnu výdne.

nikdy v žádném nesnímám

jeden den

dva dny

tři dny

čtyři dny

pět dní

8. Jak často za týden jíš ovoce?

nikdy

jednou týdně

2-4 dny v týdnu

5-6 dní v týdnu

každý den

častěji než jednou denně