



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Výchova ke zdravému životnímu stylu dětí školního věku

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Pavla Droberjarová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Výchova ke zdravému životnímu stylu dětí školního věku*“ jsem vypracovala samostatně s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce, Mgr. Aleně Machové za vedení bakalářské práce, za odborné rady a připomínky. Také Mgr. Olze Dvořáčkové za odbornou pomoc při zpracování výsledků dotazníků pomocí statistiky a své rodině za podporu.

Výchova ke zdravému životnímu stylu dětí školního věku

Abstrakt

Současný stav: Zdravý životní styl u dětí i výchova k němu jsou v současnosti velice důležité. Jeho nedodržování často vede k různým zdravotním problémům. V teoretické části se zaměřujeme na rozdělení školního věku, na pojem zdravotní gramotnost a determinanty zdraví. Dále se zde zabýváme úlohou sestry u praktického lékaře pro děti a dorost a edukací v oblasti ZŽS.

Cíle práce: 1. Zjistit znalosti dětí školního věku o ZŽS. 2. Zmapovat aktivní účast dětí školního věku na ZŽS. 3. Zmapovat podíl sester u PLDD na výchově ke ZŽS u dětí školního věku.

Metodika: V rámci výzkumné části bylo provedeno kvantitativní výzkumné šetření pomocí nestandardizovaných dotazníků a u kvalitativní výzkumné metody byly použity polostrukturované hloubkové rozhovory. Dotazníky byly určeny pro 2 skupiny dětí školního věku (mladší a starší), kde bylo použito 23 výzkumných otázek. Rozhovory byly uskutečněny se sestrami u PLDD, které odpovídaly na 21 otázek. Výzkum byl prováděn s dětmi ve věku 8 až 15 let a sestrami u PLDD v kraji Vysočina.

Výzkumný soubor: Byl tvořen 120 dětmi (8 až 15 let) a 8 sestrami v ordinacích PLDD.

Výsledky práce: Výzkumné šetření prokázalo, že znalosti dětí o ZŽS se podle věku neliší. Aktivní účast dětí na ZŽS se liší u dívek a u chlapců. Ukázalo se, že se sestry u PLDD podílí velkou měrou na výchově ke ZŽS u dětí. Díky častým pohovorům sester s dětmi a jejich rodiči, se tato situace může zlepšit.

Doporučení pro praxi: Výsledky šetření mohou být použity pro sestry pracující na dětském oddělení, v ordinacích PLDD, pro děti a jejich rodiče či pedagogické pracovníky.

Klíčová slova

Sestry, děti, výchova ke zdraví, školní věk, zdravý životní styl, determinanty zdraví, edukace

Education of school-aged children to a healthy lifestyle

Abstract

Current situation: A healthy lifestyle at children and education about it are currently very important. Failure to do so often leads to various health problems. In the theoretical part, we focus on the division of school age, the concept of health literacy and health determinants. We also deal with the role of a nurse at a general practitioner for children and adolescents and education in the field of a HL.

Objectives: 1. To find out the knowledge of school children about a HL. 2. To map the active participation of school-age children in a HL. 3. To map the share of nurses in GPChA in the education of a HL in school-age children.

Methodology: Within the research part, a quantitative research survey was performed using non-standardized questionnaires and a qualitative research method was used semi-structured in-depth interviews. The questionnaires were designed for 2 groups of school-age children (younger and older), where 23 research questions were used. Interviews were conducted with nurses at the GPChA, who answered 21 questions. The research was done with children aged from 8 to 15 and nurses at GPChA in the Vysočina region.

Research group: It consisted of 120 children (from 8 to 15 years) and 8 nurses in GPChA offices.

Results: Research has shown that children's knowledge of a HL does not differ with age. The active participation of children in a HL differs between girls and boys. It showed that nurses at the GPChA participate very in children's raising to the HL. Thanks to frequent interviews of nurses with children and their parents, this situation can improve.

Recommendations for practice: The results of the survey can be used for nurses working in the paediatrics ward, in GPChA offices, for children and their parents or pedagogical staff.

Keywords

Nurses, children, health education, school age, healthy lifestyle, health determinants, education

Obsah

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Základní pojmy	9
1.2 Školní věk	10
1.2.1 Mladší školní věk	10
1.2.2 Starší školní věk	11
1.3 Zdravotní gramotnost	12
1.4 Determinanty zdraví	13
1.4.1 Výživa	14
1.4.1.1 Složky výživy	14
1.4.1.2 Zásady správné výživy	16
1.4.1.3 Výživa u dětí školního věku	17
1.4.2 Pohyb	19
1.4.2.1 Pohybové aktivity u dětí	20
1.4.3 Stres	21
1.4.3.1 Metody zvládnání stresu	22
1.4.4 Spánek	23
1.4.4.1 Potřeba spánku u dětí	23
1.4.5 Návykové látky	24
1.4.5.1 Kouření	24
1.4.5.1.1 Problematika kouření u dětí	24
1.4.5.2 Alkohol	25
1.4.5.2.1 Konzumace alkoholu u dětí	26
1.4.5.3 Drogy	27
1.4.5.3.1 Závislost dětí na drogách	27
1.5 Úloha sestry u praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti edukace	28
1.5.1 Edukace sestrou v oblasti zdravého životního stylu u praktického lékaře pro děti a dorost	29
1.5.1.1 Edukační činnost sestry u dětí školního věku	30

2	CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
2.1	Cíle práce	32
2.2	Hypotézy	32
2.3	Výzkumné otázky	32
2.4	Operacionalizace základních pojmů	33
3	METODIKA	34
3.1	Použité výzkumné metody	34
3.1.1	Kvantitativní výzkumné šetření	34
3.1.2	Kvalitativní výzkumné šetření	35
3.2	Charakteristika výzkumných vzorků	35
3.2.1	Charakteristika výzkumného vzorku kvantitativního šetření	35
3.2.2	Charakteristika výzkumného vzorku kvalitativního šetření	35
4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
4.1	Výsledky dotazníků dětí školního věku	38
4.2	Statistické testování hypotéz	57
4.3	Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami u PLDD	63
5	DISKUZE	73
6	ZÁVĚR	79
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	80
8	SEZNAM PŘÍLOH	84

ÚVOD

Téma o výchově ke zdravému životnímu stylu dětí školního věku jsem si vybrala z důvodu aktuálnosti tohoto problému dnešní doby. Tato problematika je důležitá, jak pro dospělé, ale také i pro děti, u kterých je při jejich vývoji velice podstatný zdravý životní styl. Pomocí předmětu výchovy ke zdraví dětí edukujeme o správné životosprávě. Edukujícími mohou být pedagogové či dětské sestry.

V práci jsme se zaměřili na zdravý životní styl u dětí, který je důležitý pro jejich vývoj a růst. Do mladšího školního věku zařazujeme děti ve věku od 6 do 11 let. A do staršího školního věku zase patří děti ve věkovém rozmezí od 12 do 15 let. Ve výzkumné části jsme zkoumali děti od 8 do 15 let. V období mladšího školního věku děti nastupují do školy, kde se setkávají s různými názory na zdravý životní styl. V tomto období se u dítěte mohou měnit jeho návyky, jak ve stravování, v pohybu atd. Tyto návyky mohou ovlivnit učitelé, spolužáci, kamarádi a jiní, se kterými přijdou děti více do styku. Proto je důležité korigovat tyto návyky, aby byly správné.

Cílem práce bude porovnat znalosti dětí mladšího a staršího školního věku o zdravém životní stylu a jejich dodržování u chlapců a dívek. Dále chceme zmapovat, jak se sestry u PLDD podílejí na výchově ke zdravému životnímu stylu u dětí školního věku. Teoretická část práce bude zaměřena na zdravý životní styl u dětí, jak na různé determinanty zdraví, tak na výchovu k němu. Také zde nastíníme, co je to zdravotní gramotnost a edukační činnost sestry u PLDD v oblasti výchovy ke zdravému životnímu stylu u dětí. Výzkumná část nám bude ukazovat znalosti a jejich následné dodržování u dětí školního věku v oblasti zdravého životního stylu. A také nám bude poukazovat na podíl sester u PLDD na tuto problematiku. Poznatky z výzkumného šetření poslouží v případě zájmu sestrám pracujícím na dětském oddělení, PLDD, dětem a jejich rodičům nebo i pedagogickým pracovníkům.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Základní pojmy

Výchova je proces na celý život, který utváří člověka z hlediska ekonomického, sociálního i kulturního. Dále tento pojem zahrnuje základní stránky člověka, vztahy s prostředím a dalšími lidmi. Na výchovu lidského jedince mají také vliv učitelé, vychovatelé, rodina a školní podmínky, které působí na vychovávaného (Čábalová, 2011).

„Výchova je formování chování jedince prostřednictvím nastavování a udržování konkrétních kulturně specifických hranic“ (Skarupská, 2016, s.10).

Výchova ke zdraví je jednou ze základních priorit vzdělávání a objevuje se v celé školní docházce, velmi zdůrazňuje prevenci na ochranu zdraví a odpovědnost každého člověka za vlastní zdraví (Machová a Kubátová, 2016).

Každý by měl mít určité znalosti a vědomosti o péči o své zdraví, zdraví svých blízkých a své okolí. Dále bychom měli posilovat své sebeuvědomění, sebedůvěru a samostatnost. Výchova ke zdraví poskytuje lidem dostatek informací, o předcházení nemocí, způsobech zlepšení svého zdraví díky změně chování, také zlepšení znalostí a motivace. Každý občan na ni má nárok a je garantovaná státem (Čeledová a Čevela, 2010).

Životní styl má blízký vztah k volnočasovým aktivitám a je důležitý z hlediska filozofického, ekonomického, psychologického a sociálního (Rychtecký a Tilinger, 2018).

Pojmy životní způsob a životní styl jsou si velice podobné. Životní způsob je obecný pojem a životní styl je více specifický. Vznik a průběh onemocnění ovlivňuje prostředí, genetika a životní styl. O svém životním stylu rozhodujeme sami, jak z hlediska jídelníčku, celkového pohybu, přiměřeného odpočinku, zvládnání stresu, kouření, užívání alkoholu a drog (Čeledová a Čevela, 2010).

1.2 Školní věk

1.2.1 Mladší školní věk

Toto je období vstupu na základní školu a počátku školní docházky až do začátků puberty, jak u dívek i chlapců (Klíma, 2016). Vstup do školy je jeden z nejdůležitějších událostí v tomto věku dítěte, kdy dochází k přechodu od hry k učení (Perič, 2012). Pro děti, které chodili do mateřské školy je tento přechod snadnější než pro ty děti, které byli doma u rodičů (Jucovičová, 2014).

Kučera (2013) dělí školní věk na raný od 6 do 9 let a střední od 8 do 12 let. Dle Klímy (2016) je mladší školní věk ukončen 11. až 12. rokem života. Dle Periče (2012) začíná mladší školní věk v 6 letech a končí v 10 letech života dítěte.

Tělesný vývoj je v tomto věkovém úseku charakteristický svým růstem výšky a hmotnosti dětí. Společně i dochází k vývoji vnitřních orgánů, krevního oběhu, plic a jejich vitální kapacity, které se v průběhu vývoje zvětšují. Dále se upravuje esovitě prohnutí páteře, rychlým tempem pokračuje osifikace kostí. Celkově se mění tvar těla. Také se okolo 6 let upravuje schopnost učit se novým pohybům (Perič, 2012).

Mění se velikost hlavy a končetin vůči tělu. V tomto věku dochází částečně k rozšíření pánve u dívek a u chlapců ramena hrudníku, i když nedošlo k vývoji sekundárních pohlavních znaků. Dívky mezi 11 a 13 lety bývají vyšší než chlapci, jelikož se u děvčat puberta objevuje dříve. Kostra se dále vyvíjí, roste svalová hmota, tělo sílí a postupně vypadávají první mléčné zuby a místo nich rostou stálé druhé zuby (Thorová, 2015).

Z hlediska psychického vývoje dítě nabývá nových vědomostí, rozvíjí se mu paměť a představivost. Dítě více vnímá okolní prostředí a faktory odvádějící pozornost, které ovlivňují provádění již naučených dovedností. Neumějí si představit budoucnost, až budou velcí. Snadno přecházejí z radosti ke smutku a naopak, jelikož jejich vlastnosti osobnosti nejsou stále ukotveny. Vůli mají částečně vyvinutou, proto se nedokáží tak snadno vyrovnávat s nezdary. Mají větší odvahu a vnímavost k vnějšímu prostředí. Děti se dokáží úplně soustředit pouze 4 až 5 minut a poté nastává útlum a roztržitost (Perič, 2012).

V tomto věkovém období se začínají vyskytovat první sexuální chování a je zde nejdůležitější adaptace na cizí prostředí, navazování přátelství mezi spolužáky a rozvíjí se zde schopnost abstraktního myšlení, čtení a psaní (Sedlářová, 2008).

Dítě si uvědomuje své pohlaví a své sebepojetí (sebeúcta, sebedůvěra). Věnují se zde různým mimoškolním aktivitám, kroužkům a nacházejí nové koníčky. Dále zde také dochází ke srovnávání s vrstevníky, tzn. zvýšenou soutěživostí mezi dětmi, strach ze selhání atd. Schopnost třídit a chápat, co je podřazené a nadřazené, dítě umí ve věku 8 až 9 let věku (Thorová, 2015).

Nejvíce v tomto věku začíná dítě ovlivňovat nejen rodina, ale i škola a vrstevníci. Postupně se dítě učí orientovat v čase a prostoru. Dítě si musí postupně zvykat na hodnocení učitelem, dodržování určitých pravidel či vyrovnání se s nezdarem a následném vyjadřování svých pocitů před svými vrstevníky. Obohacuje se postupně jeho slovní zásoba v českém jazyce, a dokonce se také učí první cizí jazyk (Thorová, 2015).

Objevuje se zde povinnost dítěte respektovat autoritu nejen rodiče, ale i učitele a přizpůsobovat se pravidlům a povinnostem. Dítě se nejen zařazuje do kolektivu, ale také si nachází své první kamarády (Perič, 2012).

1.2.2 Starší školní věk

Toto období nastává od počátku puberty a je zakončeno úplným základním vzděláním (Thorová, 2015). Starší školní věk neboli pubescence se řadí pod dospívání, kam ještě patří období tzv. adolescence (Kučera, 2013). Typickými znaky pro tuto etapu je proces učení, nabývání znalostí, dovedností a vzdělání. Také umět nabírat nové vědomosti a uchovávat je v paměti (Klíma, 2016). Dle Periče (2012) i Kučery (2013) starší školní věk začíná v 11 letech a končí v 15 letech života. U dívek puberta začíná dle Sedlářové (2008) ve 13 letech první menstruací tzv. menarche a u chlapců zvětšováním varlat zpravidla okolo 10 let.

Dle Klímy (2016) se toto období označuje za přechod mezi dětstvím a dospělostí. Klíma (2016) zde uvádí, že u dívek první menstruace začíná ve 12 až 14 letech a u chlapců první výskytem semene mezi 13. a 15. rokem věku.

V tomto období se dítě fyzicky vyvíjí a roste. Probíhá zde rozvoj sekundárních pohlavních znaků, pohlavních orgánů a dospělých fyzických rozměrů. U chlapců se

zvětšuje skrotum a penis a dochází k rozvoji pubického ochlupení. V průběhu puberty nabývá svalové hmoty a mění se kostra na podobu skoro dospělého muže, např. rozšiřováním ramen. Chlapci rostou déle než dívky, proto jsou obvykle i vyššího vzrůstu. U dívek je to zapříčiněno počátkem menstruace, jelikož povětšinou po menarche dívka přestává růst okolo 15 let věku. Ale za to u dívek začíná růstový vývoj v průměru okolo 10 let a u chlapců až okolo 12,5 roku. U dívek se v pubertě začínají zvětšovat prsy a pubické ochlupení po něm dále navazuje. Poté pokračuje vývoj růstem pánve, která se utváří do ženské podoby (Sedlářová, 2008).

Ze sociologického hlediska vznikají různá přátelství či vztahy ke druhému pohlaví, jak u dívek, tak u chlapců. Začleňují se pozvolna do společnosti, kde si hledají své místo či postavení (Perič, 2012).

Období puberty je velmi náročné, jak pro mladistvé, tak i pro jeho okolí (Sedlářová, 2008).

Je to období vzpoury, kdy se mladiství bouří vůči rodičům a spíše vnímají rady svých kamarádů. A tak se utváří jejich budoucí vzorce chování a povahové rysy, kdy je někdy často potřeba zásahu rodičů. Další věc, která je v tomto období podstatná, je již výběr své budoucí profese, a také příprava na ekonomickou nezávislost. V tomto období se formuje osobní identita, objevování své totožnosti, vztah k okolí či utváření svého životního stylu. První partnerské vztahy v tomto bouřlivém období bývají povětšinou rychlé, nestálé a dramatické. Výjimečně se stává, že některé vztahy přetrvávají, a nakonec spolu mají děti a žijí spolu. Je pro ně velmi důležitá komunikace s kamarády přes telefon a sociální síť (Thorová, 2015).

1.3 Zdravotní gramotnost

Pojem zdravotní gramotnost je souhrn schopností, které udávají motivaci a způsobilost jedinců k získání informací, poznání jejich obsahu a užívání je k podpoře a udržení zdraví (Bendl, 2015).

Zdravotní gramotnost spadá do determinant zdraví, a proto bychom měli povědomí o této problematice u občanů rozvíjet. Skládá se ze 3 částí, které z ní utváří celek. První část je funkční zdravotní gramotnost, kterou můžeme označit jako primární, jelikož do ni spadá prevence ohrožení našeho zdraví. Další částí je tzv. interaktivní, tj. způsob našeho jednání, které si utvoříme po seznámení se s problematikou výchovy ke zdraví. A jako

poslední část je kritická, kdy je člověk schopný o zdraví rozmlouvat kriticky. Součástí zdravotní gramotnost je také výchovu ke zdraví (Marádová, 2014).

Je zde velmi důležitá snaha dětí, rodičů, škol, organizací o posílení svých vědomostí o zdraví u dětí, nejlépe kdyby se stala součástí výchovy, tím by byla i větším přínosem pro jeho zdraví (Holčík, 2010). Vliv rodičů, jež mají určité návyky pomáhají utvářet charakter jejich dětí. Tyto návyky by měly být co nejsprávnější, jak v oblastech zdravého životního stylu, což zahrnuje výživu, tělesnou aktivitu, využití volného času, nesprávnost užívání návykových látek atd. Nejen vliv rodiny, ale také vrstevníků musíme zahrnout. Za edukátory zdravotní gramotnosti se považují nejvíce všeobecné sestry a dále i další zdravotničtí pracovníci. Dále mají podíl na naší zdravotní gramotnosti také lékaři pro děti a dorost, kteří koordinují naše znalosti. Děti očkují na různé onemocnění, screening, preventivní prohlídky atd. jako primární prevenci (Bártlová, 2019).

Čím dříve a snadněji je vyvíjena zdravotní gramotnost, tím lepší je úroveň zdravotního stavu obyvatelstva. Také je finančně mnohem snadnější populaci prostřednictvím zdravotní gramotnosti zlepšovat zdraví než řešit následné zdravotní problémy. Nevyužívá se pouze ve zdravotnictví, ale i v dalších odvětvích. Je neodmyslitelnou součástí péče o zdraví. Pomáhá utvářet osobnost občanů, navýšit sebedůvěru a upevnit jejich důstojnost. Má také vliv na zdravý životní styl (ZŽS), vývoj kladných vztahů mezi lidmi, posilování jejich odpovědnosti atd. (Holčík, 2010)

Hlavní způsob předávání vědomostí o zdravotní gramotnosti do celého světa by se měla provádět jednoduchou a srozumitelnou formou. Záleží na různorodosti daných kultur, situací či okolnostech. (Čeledová, 2018).

Existují různé zdravotně výchovné programy, které se ukázaly jako lépe respektované pro různé skupiny lidí než pouze jednostranně předávané informace, které ve výsledku neměly dostatečnou účinnost (Kukla, 2016).

1.4 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou faktory, které působí na zdraví člověka, jak pozitivně, kdy mohou zdraví chránit a posilovat. Tak negativně, kdy je zdraví poškozováno nebo napadeno nemocí. Tyto faktory se dělí na vnější a vnitřní. Do vnějších faktorů můžeme zahrnout životní styl (50 %), kvalita životního či sociálního prostředí (20 %) a zdravotní péče (10 %). A do vnitřních faktorů hlavně patří dědičnost (20 %) každého jedince

(Machová, Kubátová, 2016). Genetika je však ovlivňována biologickým a sociálním prostředím a také stylem života (Čeledová a Čevela, 2010).

Tyto faktory se vzájemně ovlivňují, jak přímo, tak nepřímo. Také se mohou dále dělit i dle vlivu různých faktorů na faktory jednotlivé a prostředí. Prostředí může být pracovní (fyzická a psychická zátěž), individuální (např. úroveň bydlení, rodinné prostředí atd.) a sociální (např. socioekonomické faktory, pracovní podmínky atd.) (Čeledová a Čevela, 2010).

Dle Boledovičové et al. (2016) do sociálních determinantů zdraví zahrnujeme: společenský gradient, stres, dětství, chudoba, práce a nezaměstnanost, návykové látky, strava a transport.

1.4.1 Výživa

Výživa je důležitá pro lidský organismus jako dodávka energie pro zajištění své činnosti a stavební látky k rozvoji tkání a orgánů. Výživa dětí musí být přiměřená pro jejich tělesný růst, aby byla vyvážená, jak kvantitou, tak kvalitou (Machová, Kubátová, 2009).

1.4.1.1 Složky výživy

Strava se skládá z několika základních složek, do kterých patří sacharidy, tuky a bílkoviny. Jako další složky potravy jsou vitamíny, stopové prvky, minerální látky, voda a vláknina (Pitřha, 2009).

Tzv. trojpoměr živin je takový poměr celého množství energie, který se skládá z 15 % bílkovin, 30 % tuků a 55 % sacharidů (Hrnčířová, 2012).

Bílkoviny jsou základní kameny lidského organismu. Jsou obsaženy ve svalech, enzymech, hormonech a také zajišťují přenos důležitých látek v organismu (Chrpová, 2010).

Základní stavební složkou bílkovin jsou aminokyseliny, které jsou vzájemně spojené peptidovými vazbami (Kasper, 2015).

Bílkoviny můžeme také rozdělit na živočišné či rostlinné. Poměr mezi živočišnými a rostlinnými bílkovinami by měl být 1:1 (Pitřha, 2009).

Při nedostatku bílkovin může v dětském věku dojít k poruše růstu a u dospělých se nedostatek vyskytuje jen zřídka, např. u extrémních diet (vegani). Naopak při nadbytečném příjmu bílkovin, můžeme často současně navýšit i přívod skrytých tuků, které mohou vyvolat záchvaty dny (Piťha, 2009).

Tuky jsou stavebním materiálem buněk v lidském těle či součástí tukového vaziva buňky jako zásobní látka (Machová, Kubátová, 2009). Lipidy obsahují, pro tělo, potřebné mastné kyseliny, steroly a další. Navozují také pocit plnosti, který přichází nejprve za půl hodiny po jídle (Piťha, 2009). Dle Kunové (2011) jsou tuky složeny z glycerolu a mastných kyselin, kdy tyto kyseliny dělíme na nasycené a nenasycené. Jejich energetická hodnota je dvakrát větší než u sacharidů a proteinů. Při zvýšeném příjmu tuků může docházet až k nadváze či obezitě (Hrnčířová, 2012).

Sacharidy jsou rychlých zdrojem energie a jsou nejčastěji konzumované a obsažené v potravě, až 55 % celkového příjmu energie (Machová, Kubátová, 2009).

Dle Chrpové (2010) se sacharidy dělí na jednoduché a složené, anebo také sacharidy můžeme rozdělit dle Hrnčířové (2012) na monosacharidy, disacharidy, oligosacharidy a polysacharidy, kdy monosacharidy a disacharidy mohou spadat pod jednoduché cukry.

Nadměrným příjmem sacharidů vzniká riziko obezity, kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky či zubního kazu (Machová, Kubátová, 2009). Dle Hrnčířové (2012) bychom měli jíst pestřeji u sacharidů, tzn. konzumovat müsli tyčinky bez polev, neslazené sušené a čerstvé ovoce či ořechy.

Vláknina patří do skupiny polysacharidů a je součástí membrán rostlinných buněk. Je obsažena v ovoci, zelenině, bramborách a obilovinách (Machová, Kubátová, 2009). Také můžeme vlákninu nalézt v celozrnných výrobcích, luštěninách, ořechách, ovesných vločkách atd. (Hrnčířová, 2012). Spadá také do skupiny nevyužitých cukrů, tzn. že trávicí systém neumí vlákninu rozštěpit, a proto se jako zdroj energie či jako stavební látka nedá použít. Ale i přesto je pro tělo důležitá, protože podporuje činnost střev a zajišťuje pravidelné pročišťování střev. Díky pravidelné konzumaci vlákniny obsažené v potravě se sníží riziko rakoviny tlustého střeva, kardiovaskulárních onemocnění a snižuje i množství cholesterolu a tuků v krvi (Machová, Kubátová, 2009).

Minerální látky nejsou zdrojem energie pro lidské tělo, ale jsou důležité z hlediska růstu a tvorby tkání, pro látkovou výměnu a podpory vedení nervových vzruchů (Piťha, 2009).

Dle Piřhy (2009) se minerální látky dělí dle množství důležitého pro člověka na makroelementy, mikroelementy a stopové prvky. Dle Machové a Kubátové (2009) můžeme minerály v těle nalézt buď jako elektrolyty v tělesných tekutinách, součást organických látek (např. proteiny, lipidy, vitamíny atd.) anebo jako nerozpustné soli (např. kosti, zuby). Do minerálních látek můžeme zařadit vápník, sodík, draslík, fosfor, hořčík, chlor atd. (Hrnčířová, 2012).

Stopové prvky jsou důležité pro lidský organismus v menší míře než minerální látky (Hrnčířová, 2012). Do stopových prvků se řadí fluor, jód, železo a zinek, které se vyskytují v gramech a chrom, lithium a kobalt spíše v miligramech. Funkce stopových prvků v lidském těle není ještě zcela zjištěna (Machová, Kubátová, 2016).

Vitamíny jsou podstatným prvkem probíhajících reakcí v našem těle. Jsou to organické látky, které nedodávají tělu energii a neslouží ani jako stavební látka (Machová, Kubátová, 2009).

Vitamíny se dělí dle rozpustnosti, za prvé v tucích, to jsou vitamíny A, D, E a K se mohou v těle ukládat do zásoby, ale vyšší množství by mohlo být až jedovaté. Za druhé rozpustné ve vodě, do kterých řadíme ostatní vitamíny B a C, které se v těle neshromažďují, a proto se musí neustále tělu dodávat (Hrnčířová, 2012).

1.4.1.2 Zásady správné výživy

Jíst bychom měli pětkrát denně s tříhodinovými přestávkami mezi nimi (Machová, Kubátová, 2009).

Na správné výživě se účastní složení a příprava potravy, správné stravovací návyky, zažívání, psychický a fyzický stav organismu (Astl, 2009).

Musíme se snažit připravovat pokrmy, tak abychom zachovali, co nejvíce potřebných živin pro naše tělo. Ovoce a zeleninu bychom měli spíše konzumovat, co nejčerstvější a syrovou, aby se v nich zachovaly potřebné vitamíny. Také je nejlepší pro naše tělo jíst sezónní ovoce i zeleninu (Astl, 2009). Neměli bychom také jíst příliš smaženého jídla, doporučuje se tak jedenkrát denně (Kukla, 2016). Vařením do 80 °C, nejlépe v páře, uchovááme potravu v nejpůvodnějším stavu, tzn. zachovááme v ní živiny a vitamíny (Astl, 2009). Čerstvé ovoce a zelenina jsou velice zdravé pro naše tělo (Kukačka, 2010).

Strava by měla být vyvážená a pestrá, měla by se střídat, jak živočišná, tak rostlinná strava. Strava by se měla skládat jak z vitaminů, minerálů, bílkovin, nenasycených mastných kyselin a dalších potřebných živin. Potraviny by měly být správně skladovány, při správné teplotě a dbát na čerstvost. Čím méně chemie, tím lépe (Astl, 2009). Mělo by se jíst pravidelně a v menších porcích (Kukačka, 2010)

Dle Astla (2009) obyvatelé ČR konzumují nadměrné množství tuků a cukrů a nedostatek se objevuje u stopových prvků a vitaminů. Neměli bychom držet určité extrémní diety zaměřené jen jedním směrem, např. tuková dieta, vajíčková, veganství atd. a přitom odmítání jiných potravin, pak tělu chybí a těch ostatních přebývá, tím vzniká nerovnováha živin.

Měli bychom jíst méně uzenin, omezit až vynechat konzervovaná jídla a alkohol užívat velmi střídavě (Kukačka, 2010).

1.4.1.3 Výživa u dětí školního věku

Dostatečné množství vyvážené stravy silně ovlivňuje vývoj a růst v dětství (Murimi, 2018). Dále by si dítě mělo osvojit správné stravovací návyky a jisté zásady optimální výživy (Kukla, 2016). Dítě by mělo mít pestrou a plnohodnotnou stravu, která je v souladu se zásadami správné výživy a s ohledem na jeho věk. Žena je v domácnosti jedním z nejdůležitějších faktorů ve výživě dítěte a celé rodiny, jak ve správné, tak i nesprávné (Machová, Kubátová, 2009). Celkově by měli rodiče vést své děti v jejich správné výživě, aby si osvojili tyto návyky do budoucna (Kukla, 2016).

Dále je důležité dodržovat dostatečný pitný režim, tzn. 1,5-2 l a to nejlépe bylinné čaje či neslazené ovocné šťávy s vodou. Děti by měly jíst pětkrát denně (Machová, Kubátová, 2009).

Děti se touto správnou stravou mohou ochránit od tak častého zubního kazu a od vzniku obezity a to např. sníženým příjmem sladkostí, sladkých nápojů atd. Dále by se vyvarovaly i riziku vzniku osteoporózy, nádorových a kardiovaskulárních onemocnění atd. (Machová, Kubátová, 2016).

Děti by se ve stravě měly vyvarovat uzeninám, smaženým a tučným jídlům. Dále by se mělo omezit nadměrné solení a dráždivé koření (Machová, Kubátová, 2009).

Jednou z nejpodstatnějších částí dne je snídaně, která neodmyslitelně patří do každodenního jídelníčku dítěte (Machová, Kubátová, 2009). Bohužel se docela často setkáváme s tím, že rodiče nevedou své děti, aby se ráno nasnídaly, a tak vznikají funkční problémy se zažívacím ústrojím, a to vede k návštěvě lékaře pro děti a dorost (Kukla, 2016).

Dále svačina, kterou by si dítě mělo přinést z domova. Správná svačina by se měla skládat z celozrnného pečiva, tvarohové či sýrové pomazánky, zeleniny či ovoce, a netučného mléčného výrobku. Strava ve školní jídelně není často úplně plnohodnotná a zdravá, takže tyto živiny musíme doplnit např. ovocem, zeleninou, polotučným mlékem, nízkotučnými mléčnými výrobky a dostatkem tekutin (Machová, Kubátová, 2009). Nejen svačina mezi snídaní a obědem je důležitá, ale také svačina mezi obědem a večeří (Kukla, 2016).

Strava by měla pro děti být vizuálně lákavě připravená. A samozřejmě bychom neměli zapomenout naučit dítě dodržovat základní hygienické návyky (Machová, Kubátová, 2016).

Na děti školního věku působí různé vlivy v jejich okolí na stravování, tj. spolužáci, kamarádi, rodiče, učitelé, dospělí, které potkávají mimo školu. A samozřejmě nelze opomenout, obrovský vliv televize na děti, a to hlavně reklamy (Kukla, 2016).

Nesprávná výživa je taková výživa, která je jak složením, tak množstvím nevhodná pro naše tělo (Astl, 2009).

Správná výživa se využívá v prevenci různých nemocí, ulehčuje a napomáhá při léčení. Nesprávná výživa lidskému tělu škodí. A toto poškození může následně zapříčinit nedostačující a nevyvážená výživa, dále přejídání anebo různé poruchy příjmu výživy s psychickým podkladem (Machová, Kubátová, 2009). Měli bychom se vyhnout rychlému občerstvení, a to hlavně jako pozdní večeři (Astl, 2009). Nesprávná výživa má vysoké riziko vzniku tzv. civilizačních onemocnění, díky příjmu velkého množství energie obsažené v potravě, cholesterolu, cukrů a živočišných tuků (Machová, Kubátová, 2009).

Cholesterol a živočišné tuky mohou způsobit vznik aterosklerózy, a poté následné ischemické choroby srdeční, infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě atd. příjem vysokého množství energie zase může zapříčinit vznik obezity a poté poškození páteře, kyčelních a kolenních kloubů, kardiovaskulární onemocnění, cévní mozková příhoda či

diabetes mellitus. Riziko vzniku rakoviny prsu, tlustého střeva, konečníku či žaludku se může zvýšit při vysoké konzumaci potravin obsahujících živočišné tuky a obsahově méně vlákniny. Nadměrné solení je často důvodem výskytu hypertenze (Machová, Kubátová, 2016).

U dětí může následkem nedostačující výživy docházet k podvýživě (malnutrici), která může poškodit jeho růst a vývoj. Naopak nadměrným příjmem živin a energie může dojít ke vzniku nadváhy až obezity (Machová, Kubátová, 2009)

1.4.2 Pohyb

Pohyb lze definovat jako jakákoli tělesná aktivita související se svalovým stažením, která zvyšuje výdej energie nad nečinnost (Kukla, 2016).

Jaký druh a jak často některé pohyby vykonáváme, má vliv na náš zdravotní stav. Celkově pohyb nebo pravidelné cvičení napomáhá člověku vypořádat se snadněji s civilizačními chorobami a také prodlužuje lidský život. Pravidelné cvičení se využívá při léčbě řady onemocnění jako sekundární prevence, aby zlepšil zdravotní stav a předcházel dalším následkům nemocí, jako např. při kardiovaskulárních onemocnění pro udržení činnosti srdeční svaloviny, rakovině pro zlepšení lidské psychiky (Kukačka, 2010). Díky vysokému energetickému příjmu a nízké až klesající pohybové aktivitě je zde velmi vysoké riziko vzniku obezity či nadváhy (Bártlová, 2019). Dále nám pomáhá po delší dobu se soustředit, k udržení stále tělesné hmotnosti, být vitálnější či většímu prokrvení lidských orgánů. Pokud bychom přestali pravidelně cvičit, svaly nám ochabnou a klouby ztuhnou. Takže můžeme vykonávat tyto sporty, např. plavání, jogging, jízdu na kole, posilování, spinning atd., které když nahradíme kondičním cvičením, posílím nejen svaly nohou, ale posílíme i celé tělo (Astl, 2009). Správné pohybové návyky je nejlepší získat pomocí výchovy již od dětství, které poté mohou přecházet i do středního či vyššího věku (Bártlová, 2019).

S výběrem správného druhu sportu či pohybu závisí na věku, pohlaví, sociálním prostředí, náboženském vyznání, ekonomické situaci, osobnosti atd. (Rychtecký, 2017). Proto je důležité vybrat správný styl cvičení, typ a jak často, nejlépe stanoveným nějakým odborníkem. Pokud splňujeme tyto příznaky zdravého člověka, máme širokou škálu výběru, kterou se nemusíme řídit radami odborníka. Důležité je se před samotným cvičením a po něm řádně rozcvičit a protáhnout svaly (Kukačka, 2010).

Pohybová zdatnost se skládá z vytrvalosti, svalové síly, pohyblivosti a koordinace. Pro dobrou kondici je potřeba dodržovat přibližně stejné BMI, nemít žádné problémy s dýcháním a se srdcem, mít dostatečně silné svaly, dodržovat celkovou pohyblivost a také umět vyrovnat se se stresem (Machová, Kubátová, 2009).

Nedostatek pohybu se nejvíce vyskytuje u lidí, kteří pracují za počítačem v kanceláři a stává se tím více nebezpečným než kouření. Tímto vystavujeme tělo zvýšenému riziku poškození různých tělesných systémů, díky snížení pohybové aktivity, povětšinou vlivem nadměrného příjmu energie. Poté následuje vznik různých onemocnění, tzv. civilizačních (Kukačka, 2010).

Dále se nám může zhoršit naše psychika, díky stresu, zvýšenému napětí či nepříjemným pocitům. Můžeme být i nespokojeni se svým tělem, jak vzhledem, tak pocitově nepřitažlivým (Kukačka, 2010).

V dnešní době se bohužel míra pohybové aktivity snížila a tím pádem také narůstá výskyt onemocnění kardiovaskulární, obezity, rakovin prsu, tlustého střeva, diabetu 2. typu atd. Těmto problémům se můžeme vyhnout pravidelným cvičením, či pokud tyto problémy již nastaly, tak je udržovat v únosné míře. Nedostatečná pohybová aktivita často souvisí se špatnými stravovacími návyky a díky tomu, může mít dítě špatné držení těla. Dle WHO by měly děti školního věku věnovat 60 min./den nějaké pohybové aktivitě. U dětí bohužel s postupujícím věkem narůstá doba posedávání u počítače, mobilu, tabletu atd. (Kukla, 2016).

1.4.2.1 Pohybové aktivity u dětí

Hodiny tělesné výchovy jsou velice důležité pro utváření zkušenosti dětí s pohybem. Ale nejen toto je podstatné, také jejich osobní zkušenost s pohybem, který se vyskytuje kolem nich, jak doma nebo ve škole. Tímto způsobem chování se můžeme vyhnout výskytu svalové dysbalance u dětí, rozvíjet pohybové dovednosti pomocí různých her, výuka správného držení těla při všemožných činnostech ve škole a dostatečně odpočinkově využívat přestávky. V současné době existují i na tuto problematiku různé vzdělávací programy pro základní vzdělávání (Machová, Kubátová, 2016).

Pravidelný pohyb je u dětí vyžadován ve škole formou 2 až 3hodinové tělesné výchovy. Kdy se škola snaží o to, aby děti pohyb bavil již od dětství a podpořili tím své zdraví. Pohyb celkově napomáhá snižovat cholesterol, zvyšovat pohybovou zdatnost, s bolestmi

páteře atd. Pravidelný pohyb by měl být nedílnou součástí zdravého životního stylu dětí (Machová, Kubátová, 2016).

Existují různé školní projekty, které se snaží zvýšit zájem dětí školního věku o pohybové aktivity, např. Výživa a pohyb. Do výuky se snaží zapojit pohyb, různé vycházky do přírody, např. přírodovědné. U mladších dětí školního věku nabízí pohybovou činnost školní družina, např. na hřišti či v parku. Dále jsou pro děti k dispozici různé školní i mimoškolní kroužky, např. přírodovědné, rybářské, dramatické, skautské, turistické, kroužky mladých hasičů aj. U dětí staršího školního věku můžeme zahrnout taneční kurzy, ve kterých se učí nejen tanci, ale i slušnému chování (Havel, 2016).

Fyzická aktivita klesá od dětství do dospělosti a díky tomu narůstají zdravotní rizika u dětí, dospívajících a dospělých (Saunders, 2018). Dle Kalmana (2013) není u dětí pohyb příliš populární, více u dívek s narůstajícím věkem než u chlapců. Děti tráví spíše volný čas u televize, hraním počítačových her, dívky spíše chatováním či psaním domácích úkolů na počítači. Sedavý způsob života u dětí také podmiňují rodiče, kteří se svými dětmi tráví volný čas u televize či sledováním videí, návštěvami u příbuzných či přátel atd.

1.4.3 Stres

Stres lze definovat jako jakýsi psychický tlak, který může nastat při překročení hranice únosnosti obvykle zvládnutelných situací (Kukačka, 2010). Může to být také napětí, které je vyvoláno různými stresory. Stres, který nemíváme pravidelně jen jednou za dlouhou dobu, ten není nebezpečný, ale stres, který je pravidelný a velmi častý nebezpečný je a velmi. V průběhu stresového období je pozastaven imunitní systém a odkrvují se části těla, které nejsou důležité k přežití. Dále člověk přestává být chytrý a rozumný (Poláková, 2019).

Stres je, ale v životě důležitý pro naši odolnost. Pokud bychom na něj nebyli připraveni, tato naše tzv. imunita vůči stresu by poklesla. Tomuto pozitivnímu stresu se říká eustres, jejím opakem je distres neboli negativní stres. Tento eustres by se měl v našem životě občas vyskytovat, abychom mohli snížit možné následky určitých stresových situací a poučit se jimi pro jejich příští výskyt (Kukla, 2016).

Dobu vzniku stresového období nelze nikdy zcela jistě určit, proto také reakce každého jedince na danou situaci bývá odlišná. Na výsledek naší reakce na stresovou situaci má

vliv náš současný stav, dostatek odpočinku i naše nálada. Pokud máme vše negativní, pak nechybí málo k vyvolání nervozity či stresu (Kukačka, 2010).

V přechodném období dospívání, mladí lidé často zažívají vyšší stupeň stresu (Stelzig, 2019). V dospívání se mohou objevit deprese, občasné poruchy soustředění a jiné závislosti. Jako stresor se u dětí při jejich dospívání pokládá televize či počítač. Mozek totiž bere virtuální svět jako realitu. Takže děti díky akčním filmům či násilným počítačovým hrám mohou posléze násilí a agresivitu brát jako přirozenou věc v životě. Dalšími stresory u dětí může být osamělost, opuštění, stálé zlepšování schopností ze stran rodičů, školy či okolí, strach ze tmy atd. Z tohoto důvodu bychom neměli stres u dětí zlehčovat (Poláková, 2019).

Ve školním věku se mohou děti stresovat pozdním příchodem do školy, zkoušením u tabule, z testu či nenalezením oblíbeného oblečení atd. (Plummer, 2013).

1.4.3.1 Metody zvládnání stresu

Doporučovanou metodou zvládnání stresu jsou např. protistresové masáže, krátká cvičení, používat hlubší hlas, různé antistresové omalovánky, zaměřit se na příjemné věci, které nás baví či se zaměstnat nějakou činností, hlavně odvrátit myšlenky od stresoru. Uvědomit si žebříček hodnot a zjistit důležitost našeho stresoru. Prevencí proti následkům stresu je např. spánková hygiena, dodržovat zdravý životní styl, mít svoje koníčky v oblasti kultury, sportu, umění, literatury a udržovat si je apod. Pro naši psychickou pohodu je také dobré navštěvovat ve volných chvílích své přátele, být občas s rodinou, hlavně nevyhledávat pouze samotu. Je důležité mít v sebe určitou sebedůvěru a sebeúctu pro dobrou odolnost vůči stresu. Měli bychom se snažit více myslet pozitivně, mít radost i z maličkostí, komunikovat se svým okolím a přiměřeně se věnovat psychické a fyzické činnosti (Zdraví a jeho determinanty se zaměřením na životní styl žáků základní školy, 2018).

Díky špatné strategii zvládnání stresu, mohou být později adolescenti ohroženi různými fyzickými a psychickými příznaky (Stelzig, 2019). Při nadměrném vystavování našeho těla stresu, může dojít ke snížení imunity, větší námaze na klouby a páteř, vzniku různých psychosomatických onemocnění, syndromu vyhoření, vzniku depresí až ke stavu úplného vyčerpání až smrti (Paulík, 2017).

1.4.4 Spánek

Spánek je jedním ze základních fyziologických potřeb. Je hlavně důležitý pro naši nervovou soustavu, kdy se regeneruje mozek, ale i pohybová soustava. Spánek nám pomáhá všestranně rozvíjet mozek, např. zlepšuje naši imunitu, paměť atd. (Kukačka, 2010)

Dospělý člověk by měl průměrně spát okolo 8 hodin denně, ale tato hodnota je individuální a geneticky ovlivněná. Spánek má 2 různě střídající se fáze. První je tzv. NREM, tj. fáze bez rychlých pohybů očí a druhá je tzv. REM fáze, tj. fáze s rychlými očními pohyby (Kukla, 2016).

1.4.4.1 Potřeba spánku u dětí

Pokud máme dlouhodobě nedostatek spánku, je ohrožena naše pozornost, myšlení a kvalita života. Také se mohou objevit různá duševní onemocnění (Kukačka, 2010).

Spánek je důležitý pro naše fyzické a psychické zdraví, zejména u mladých dospělých. Dále je prospěšný pro zachování energie a regeneraci neuronů (Leger et al., 2012).

Zdravý spánek je výsledkem pocitu jistoty a bezpečí, který patří do základních potřeb dítěte. Tato potřeba spánku se věkem mění a vlivem vnějších a vnitřních faktorů (Kukla, 2016). U dětí ve věku mezi 6 a 8 lety by délka spánku neměla být kratší než 10 hodin denně (Dohnal, 2013). Dále děti ve školním věku by měli spát okolo 8 hodin denně (Kukačka, 2010). Samozřejmě záleží na ročním období, v zimě spíme více, jak v létě. Dalším faktorem spánku je jeho kvalita, na kterou mají vliv naše denní aktivity, jejich pravidelnost, jídlo snědené před spaním i přes den, spokojenost s prožitým dnem atd. správnou kvalitu spánku poznáme, podle toho, jak jsme po probuzení odpočati a plni sil. Pokud se kvalitně vyspíme, tak jsme schopni řešit efektivněji nastalé problémy (Kukačka, 2010). Pokud spí dítě špatně, má to vliv na rodiče, kteří cítí napětí, úzkost až toto všechno může vést k násilí vůči dítěti (Kukla, 2016).

Poruchami spánku trpí více než třetina dětí, do kterých spadá např. předčasná probuzení, noční pocení, problémy s dýcháním v průběhu spaní atd. Některé děti mají v útlém věku odpor jít spát (Kukla, 2016). Díky akutnímu i chronickému spánkovému deficitu je vysoké riziko vzniku obezity u dětí. Poruchy spánku jsou spojené také s poruchami stravování. Závažnými negativními faktory působícími na děti jsou elektronická média,

díky kterým děti porušují své stravovací návyky a tím si i zkracují potřebnou dobu spánku (Dohnal, 2013).

1.4.5 Návykové látky

Návykové látky jsou velice nebezpečné v jejich užívání a následnému riziku vzniku závislosti na ní (Křivohlavý, 2009). K závislosti na těchto látkách je člověk veden touhou po rozšíření vědomí na krátkou dobu a následně bolestivé procitnutí. Do nejužívanějších návykových látek patří alkohol, tabák a drogy (Kukačka, 2010).

1.4.5.1 Kouření

Kouření patří do nejrizikovějších faktorů životního stylu (Machová, Kubátová, 2016). Dle Kalmana (2011) je kouření tabáku na šestém místě z 8 nejčastějších příčin úmrtí. Je to velice škodlivý zlovyk, který po 2 letech může vyústit v těžce překonatelnou závislost (Kukačka, 2010). Vyvolává pocit štěstí, klidu a zahání potíže (Machová, Kubátová, 2015). Lidé si díky kouření zkracují život i o 15 let a umírají na respirační, kardiovaskulární či onkologická onemocnění (Kukačka, 2010).

Cigaretový kouř obsahuje mnoho tělu nebezpečných a škodlivých látek, jako jsou nikotin, dehet, oxid uhelnatý, amoniak, formaldehyd, kyanid, arzenik atd. Většina těchto látek je prudce toxická i karcinogenní (Machová, Kubátová, 2016).

I nekuřáci jsou ohroženi kouřením, jedná se o tzv. pasivní kouření, kdy nedobrovolně vdechují cigaretový kouř z okolního prostředí. Tento kouř je škodlivější než z automobilového provozu za dopravní špičky a může zde být riziko vzniku různých příznaků, např. kašel, dušnost, pálení očí atd. (Machová, Kubátová, 2016).

Jako léčba se uvádí, postupné vysazování nikotinu, zpočátku různými náhražky nikotinu, jejichž používání také ohrožuje naše zdraví, ale napomáhá v procesu odvykání. Jako náhražky se vyrábí různé nikotinové žvýkačky, tablety, náplasti atd. (Kukačka, 2010). Bohužel nemá léčba na odvykání kouření velký úspěch, uvádí se okolo 40-50 % úspěšně vyléčených kuřáků (Machová, Kubátová, 2009).

1.4.5.1.1 Problematika kouření u dětí

Dle Machové a Kubátové (2016) je nejrizikovější věk pro vznik kouření mezi 11 a 15 lety. V dřívějším věku děti kouřit zkoušejí, ale většinou bez potřeby pokračovat. Až okolo

puberty se v kouření pokoušejí opětovně začínat děti z vícero důvodů, jako např. aby zapadli do své skupiny vrstevníků nebo aby se více cítili jako dospělí či nezávislejší. Kolem 17 let se děti, co kouřili, rozdělí na stále pokračující kuřáky a na bývalé kuřáky (Machová, Kubátová, 2016). Začínajících kuřáků pod hranicí 18 let je až 90 % (Kalman, 2011). Dle Kukačky (2010) mají větší sklon k tomuto návyku, spíše dívky mezi 12 a 17 lety než chlapci.

Velký vliv na zvyšování počtu kuřáků má reklama na tabákové výrovky, dále dostupnost cigaret či vliv médií, kdy velice často herci kouří a tím dávají příklad dětem, že kouření je součástí dospívání či dospělosti. Velice nebezpečné je kouření u těhotných žen (Machová, Kubátová, 2016).

Díky pasivnímu kouření jsou děti tomuto negativnímu vlivu nejvíce vystaveny v rodinách, kde jeden či oba rodiče kouří. Uvádí se, že v ČR je tímto problémem ohroženo okolo 66 % dětí (Machová, Kubátová, 2016).

1.4.5.2 Alkohol

Alkohol je nejvíce používaná návyková látka na světě. Je to rozpouštědlo, tzv. etanol, který vzniká kvašením cukrů. Mezi neznámější alkoholické nápoje patří pivo a víno. V omezeném množství je alkohol prospěšný pro náš organismus (Kukačka, 2010).

Alkohol je rychle vstřebatelný v organismu a tím pádem na sobě jeho příznaky můžeme pozorovat velice brzy. Vstřebání probíhá, tak rychle, jakou má alkohol koncentraci. Kukačka (2010) zde uvádí tolerovanou míru alkoholu denně, u žen je to 20 g alkoholu a u mužů 40 g, vyšší dávky jsou považovány za zdravotně velice rizikové.

Závislost na alkoholu neboli alkoholismus je chronická nemoc (Machová, Kubátová, 2016). U této závislosti se může hodnotit jeho množství, kvalita a způsob pití (Kukačka, 2010). Jako projev závislosti na pití alkoholu označujeme termínem opilost. Jejím projevem je nezřízené pití alkoholu a jeho následnou abstinenci (Machová, Kubátová, 2016). Tučné jídlo je nejlepší pro snížení známek opilosti po požití alkoholu (Kukačka, 2010). Abstinenční příznaky se mohou projevovat neklidem, úzkostí, podrážděností, rozladěností aj. Dále nás mohou bolet klouby a svaly, můžeme mít nauzeu až zvracení, průjem či žaludeční křeče (Machová, Kubátová, 2016).

Díky dlouhodobému pití alkoholu mohou být lidé náchylnější k různým chronickým onemocněním, jako např. nádorovým, srdečním či neuropsychiatrickým chorobám (Kalman, 2013). Konkrétněji se může jednat o cirhózu jater, zánět sliznice trávicího ústrojí aj. (Machová, Kubátová, 2016). Alkohol je také viníkem různých dopravních nehod či násilného chování vůči okolí (Kalman, 2011).

1.4.5.2.1 Konzumace alkoholu u dětí

U dětí je alkohol velice nebezpečný, jelikož jejich výška a tělesná hmotnost je o mnoho menší než u dospělých a koncentrace alkoholu je proto vyšší u dětí než u dospělých jedinců. Dále je hrozba v pomalém odbourávání alkoholu u dětí, což může vést k razantnímu poklesu cukru v krvi, tzv. hypoglykémii a v horším případě až k bezvědomí (Machová, Kubátová, 2016). U adolescentů je v rámci konzumace alkoholu riziko úrazů ve větší míře než bez alkoholu a ostatních nebezpečí ohrožující naše zdraví, které může skončit i smrtí (Kalman, 2010).

Kalman (2013) zde uvádí, že rané pití alkoholu souvisí s problémy v pozdějším věku. Necelá polovina českých dětí má první zkušenost s alkoholem už okolo 13 let. První opilost v životě dítěte se pohybuje okolo 14 a 15 let. Tato zkušenost je u dívek trochu vyšší než u chlapců, ale spíše je to vyrovnaná záležitost. V současné době je Česká republika poměrně tolerantní k pití alkoholu, což vede ke zvýšené konzumaci alkoholu na osobu. Například v roce 2002 bylo zkonsumováno 10 l na osobu za rok. Tato konzumace alkoholu je tím pádem obvyklá na různých oslavách či večírcích mladistvých a u dětí (Bártlová, 2019). Pivo pijí spíše chlapci než dívky. Rozmanité druhy a množství alkoholu se mění společně s věkem (Kalman, 2013).

Alkohol také zapříčiňuje nechtěná těhotenství u dívek v adolescentním věku i sexuálně přenosné nemoci, jak u dívek, tak u chlapců. Pití alkoholu je někdy spouštěčem pro užívání nelegálních drog a následně závislosti na alkoholu i drogách v dospělosti (Kalman, 2011).

Ve Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století v cíli 12 je zakotveno pravidlo pro děti do 15 let, aby nekonzumovali absolutně vůbec alkohol (Machová, Kubátová, 2016).

1.4.5.3 Drogy

Jako drogu dříve považovali všechny léčivé látky, které obsahovali buď rostlinnou nebo živočišnou složku. Drogy se dělí dle původu, chemického složení atd. (Machová, Kubátová, 2009). Dále je můžeme rozdělovat na tlumivé látky, stimulační drogy, halucinogeny aj. (Kukačka, 2010). Mohou také dělit na měkké a tvrdé nebo podle účinku (Kukla, 2016).

Drogy mají společnou vlastnost, že při jejich užívání ovlivňují nervovou soustavu a její funkčnost. V současné době označujeme drogy jako omamné a psychotropní látky. Různé druhy drog mohou způsobovat menší či větší závislost (Machová, Kubátová, 2009).

1.4.5.3.1 Závislost dětí na drogách

Výroba a prodej drog je v ČR zakázána zákonem, tj. nelegální drogy. Závislost na drogách neboli toxikomanie je psychický, někdy i tělesný stav, který se projevuje změnami chování a nutkáním brát danou drogu opakovaně. Tato závislá osoba na droze či drogách se při jejím užívání cítí celkově dobře, a pokud by s touto konzumací přestala, tak by okusila bolestivé abstinenci příznaky a vymizel by kýžený pocit blaha (Machová, Kubátová, 2016).

Závislost můžeme dělit na psychickou a fyzickou. Psychická závislost je spojená s určitými prožitky z našeho života, při kterých byla součástí konzumace drog. Proto je tato závislost nebezpečná, nejvíce v dopívání, kdy má dotyčná osoba obrovské nutkání užít drogu, i když vnitřně ví, že by neměl. Velice to poškozuje centrální nervovou soustavu. Díky tomu vzniká v těle patologická homeostáza (Machová, Kubátová, 2016).

Fyzická závislost vzniká díky dlouhodobé a časté konzumaci drog. Negativně poškozuje vegetativní nervovou soustavu. Její následky se odráží ve zhoršené funkci srdce, jater a jiných orgánů. Tato závislost je problematická v abstinenci příznacích (Machová, Kubátová, 2016). Pro úspěšnou léčbu různých závislostí je nedílnou součástí sebeovládání (Kukačka, 2010).

Pojem abstinenci příznaky se definuje jako odložení konzumace dané drogy, která je pro dotyčnou osobu nezbytná z hlediska závislosti na ní. Mezi tyto příznaky patří: průjem, zácpa, pocení, třes, nechutenství, změny krevního tlaku, nutkavost dát si drogu apod. Pokud se zaměříme na jednotlivé drogy a jejich následné soubory příznaků, nazýváme

toto jako abstinenční syndrom. Tyto příznaky jsou u každé drogy odlišné (Machová, Kubátová, 2009).

Problematika závislostí na návykových látkách u dětí a dospívajících je mnohem rychlejší než u dospělých. Tento průběh je více devastující a s trvalejšími následky, jak psychickými, tak fyzickými, nejvíce u dětí mezi 12 a 25 lety věku. U žen, jelikož jsou citlivější pohlaví, jsou také následky této závislosti častější a mají rychlejší průběh než u mužů. Nejužívanější drogou u mladistvých je marihuana. Naše země je na prvním místě v konzumaci této drogy u studentů (Machová, Kubátová, 2009).

Určitý podíl na této situaci mají rodiče, kteří si svého dítěte méně všímají, než tomu bylo v minulém století, a tím pádem neví, co jejich dítě dělá ve volném čase nechtějí si připustit, že by mohlo užívat nějaké drogy (Kukačka, 2010). Proto by měli rodiče i škola, už od nástupu do školy, dítě informovat o drogách, a hlavně jejich následcích, aby si uvědomovali, že užívání drog je špatné. Je důležité, aby rodiče ukazovali dětem různé situace a tím je učili, jak se správně zachovat v určitých situacích a pokud toto rodiče zanedbávají, nastupuje na řadu škola. Ta vynakládá různé projekty o protidrogové prevenci (Machová, Kubátová, 2016).

Drogy jsou často spojené s trestnou činností a násilím vůči okolí (Faria, Filho et al., 2015). Pokud se objeví u dětí tyto příznaky, díky nim mohou rodiče či učitelé usuzovat, že dítě či dospívající užívá drogu či drogy. Těmito příznaky mohou být: nápadné změny chování, zanedbávání školní docházky formou absence či nepřipravenosti v hodinách, celková změna zevnějšku, změna okruhu přátel, neustálá vyčerpanost a spavost, časté vyhledávání samoty, skrývání fyzických příznaků (ubývání na váze, zarudlé oči, vpichy atd.) aj. (Machová, Kubátová, 2009).

1.5 Úloha sestry u praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti edukace

Dětská sestra by měla splňovat určité předpoklady její profese jako edukátorky. Např. vzdělávání či určité znalosti o dané problematice, kterou bude edukovat, schopnost komunikace, kreativity, samostatnosti atd. (Sikorová, 2012)

Sestry, které pečují o děti, mají dané kompetence stanovené vyhláškou č.137/2017 Sb., díky níž mají zdravotničtí pracovníci stanovené činnosti. Dle této vyhlášky může sestra edukovat děti bez odborného dohledu, bez předchozího doporučení a může také pro děti připravovat různé edukační materiály (Vyhláška č. 391/2017 Sb).

Působení dětských sester se na jednotlivých pracovištích dělí na: sestry pracující v ambulancích a různých dětských oddělení dle odborného vzdělání a profesních zkušeností. Dětská sestra může pracovat v nemocnici na standardním či akutním oddělení a ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD) (Sikorová, 2011).

Existují různé přednášky od Českého červeného kříže pro sestry, lékaře či jiné zdravotníky, které jsou zaměřené např. na zdravý životní styl, zdravou výživu, zdravé zuby atd. od již vyškolených zdravotníků. Dále pořádají různé přednášky a školení, např. státní zdravotní ústav, hygienické stanice atd. (Šulistová a Trešlová, 2012).

Hlavní úlohou dětské sestry je podíl na podpoře zdraví, prevenci a informovanosti o různých nemocích a výchově ke zdraví (Klíma, 2016). Úlohou sestry v roli edukátorky je navést ke změně chování a myšlení v oblasti zdraví a vylepšení životního stylu (Šulistová a Trešlová, 2012). Dětská sestra by měla celkově napomáhat dětem ke zdravému vývoji a růstu. Sestry jsou proto důležitou součástí procesu péče o děti a rodinu (Sikorová, 2011).

1.5.1 Edukace sestrou v oblasti zdravého životního stylu u praktického lékaře pro děti a dorost

Edukace je součástí pedagogiky z hlediska moderní pedagogiky (Šulistová a Trešlová, 2012).

Pojem edukace může znamenat výchovu nebo vzdělávání. Dle Šulistové a Trešlové (2012) není *edukace v ošetrovatelství* pouze předání určité informace klientům, ale jde o odevzdání vědomostí a dovedností o dané problematice, která si klade za cíl změnit současné postoje a návyky edukantů. Natož dle Sedlářové (2008) je edukace výchova či výuka pacienta, která zapříčiňuje navýšení péče o jeho zdraví a případný průběh onemocnění. Takže se jedná o jakýsi proces, který nazýváme *edukačním procesem*, v němž je subjekt, který učí – *edukátor* a další který se učí – *edukant* (Šulistová a Trešlová, 2012). Za edukátora můžeme označit např. učitele, rodiče, vychovatele, sestru, lékaře atd. a za edukanta, např. dítě, dospívajícího, dospělého aj. (Sikorová, 2012).

Edukace je uskutečňována v *edukačním prostředí*, což může být např. nemocnice, škola, domácnost či jiná zdravotnická zařízení (ordinace PLDD). Mělo by to být prostředí, ve kterém je klid, ticho, útulno a popř. kde je k dispozici soukromí (zdravotnické zařízení) (Sikorová, 2012).

Edukace v ošetrovatelství se dělí na primární, sekundární a terciární edukaci. Primární edukace vede k prevenci vzniku onemocnění u zdravých klientů. Sekundární edukace se snaží obnovit zdraví a předejít vzniku komplikací či návratu do chronicity. A terciární edukace se zabývá zlepšením kvality života a předcházením vzniku dalších komplikací u pacientů s nevléčitelným onemocněním (Šulistová a Trešlová, 2012).

Spolupráce sestry je velice podstatná při vyhodnocování fyzického a psychického vývoje dítěte, komunikačních schopností a dovedností dětí a rodiny. Dětské sestry často dokáží předpokládat sociální a finanční úroveň rodiny, správnou péči a vztah rodiny k dítěti. Proto sestra napomáhá dítěti i rodině ke zdravému životnímu stylu.

Sestra společně s PLDD mají vliv na správnou životosprávu, jak z hlediska zdravé výživy, pohybu či přístupu k různým špatným návykům atd. Snaží se podporovat přístup rodiny k dětem a okolí, onemocnění či jiné vrozené vývojové vady léčí efektivně a včas. Dále pomáhají při selhání rodiny z hlediska nevhodného prostředí pro správný vývoj dítěte, nalézt péči náhradní rodiny atd. (Klíma, 2016).

1.5.1.1 Edukační činnost sestry u dětí školního věku

Sestra je v edukačním procesu zprostředkovatelka, navrhovatelka, organizátorka a hodnotitelka (Šulistová a Trešlová, 2012).

Existuje 5 fází edukačního procesu. Jako první je fáze posouzení a diagnostika. V této fázi dětská sestra zjišťuje stupeň dovedností, vědomostí, postojů a návyků dítěte, popř. rodiny v oblasti zdravého životního stylu, díky kterým určuje potřeby dítěte k edukaci. Vzhledem k edukačním potřebám dítěte či rodiny, sestra určuje edukační diagnózu dle Taxonomie II NANDA-I (Sikorová, 2012). Ke zjištění těchto informací se může použít např. rozhovor či pozorování (Juřeníková, 2010).

Jako základ, který musí sestra na počátku znát, je koho a proč bude edukovat. Dále je nutné zjistit aktuální zdravotní a životní situaci edukanta (Šulistová a Trešlová, 2012). Dle Sikorové (2012) by sestra měla znát o edukovaném dítěti: jeho osobní údaje (věk, pohlaví, jméno a příjmení), mentální úroveň, genetické predispozice, rodinou anamnézu, zájmové činnosti (např. kroužky), úroveň sociálního začlenění (práci ve skupinách), jazykovou (slovní zásoba, vyjadřovací schopnosti) a inteligenční úroveň (kvalita paměti, chápání, vnímání, představitivost, zkušenosti) aj.

Druhou fází je plánování, při kterém si sestra stanoví cíle, kterých by měl edukant dosáhnout (Šulistová a Trešlová, 2012). Tyto cíle musí být ohraničené časem, rozsahem a musí být přesné (Sikorová, 2012). Dle Juřeníkové (2010) by si sestra měla určit ošetrovatelský problém, příčiny, jeho následky a poté sestavit plán. Sestra by měla zjistit co dítě o daném tématu ví a jestli jsou informace správné či chybné. Tato fáze je pro děti nejtěžší část edukačního procesu. Sestra si zvolí metody, jež použije k dosažení daných cílů. U dětí by měly tyto metody být motivující a praktické. Na výběru druhu metody, která bude použita, podmiňuje charakteristika edukované osoby, obsah edukačního materiálu, forma, připravenost edukátora aj. (Sikorová, 2012).

Další důležitou součástí této fáze, je určit formu, kterou sestra předává dítěti obsah daného edukačního materiálu ve vhodných prostorách, buď jednotlivě, ve skupině či hromadně. Sestra může využít k účinnější edukaci různé pomůcky. Pro úspěšnou edukaci je podstatný dostatečný čas a správný přístup na učení k edukovanému dítěti (Sikorová, 2012).

Třetí fází je realizace, ve které edukanta motivuje sestra dítě a jeho rodinu k získání nových informací při použití pedagogických metod. Poté je důležité si dané poznatky zapamatovat a procvičit si je. Sestra musí zjistit porozumění daného učiva a zájem o něj (Sikorová, 2012). V této fázi dochází k osvojování dovedností, vědomostí a postojů dítěte. Pro úspěšnou realizaci jsou důležité požadavky PLDD, rodiny, okolí a vnitřní motivaci. Dále domluva s edukantem na cíli, pokud se s naším shoduje či navrhuje jiný a kvalita umu sestry i edukanta v edukačním procesu (Šulistová a Trešlová, 2012). Konečná část této fáze je aplikace teorie do praxe, při které se sestra snaží, aby edukant uplatnil nabyté vědomosti a dovednosti v praxi (Juřeníková, 2010).

Čtvrtou fází je zafixování a rozšiřování vědomostí a dovedností do dlouhodobé paměti (Sikorová, 2012).

A jako poslední pátá fáze je vyhodnocení, při níž se hodnotí výsledky edukanta i edukátora (Sikorová, 2012). V této fázi může sestra zjistit efektivitu edukace a edukačního procesu pomoví sebereflexe (Šulistová a Trešlová, 2012).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

- 1) Zjistit znalosti dětí školního věku o zdravém životním stylu.
- 2) Zmapovat aktivní účast dětí školního věku na zdravém životním stylu.
- 3) Zmapovat podíl sester u PLDD na výchově ke zdravému životnímu stylu u dětí školního věku.

2.2 Hypotézy

- 1) Existují rozdíly ve znalostech o zdravém životním stylu u dětí mladšího a staršího školního věku.
- 2) Existují genderové rozdíly v aktivní účasti na zdravém životním stylu u dětí školního věku.

2.3 Výzkumné otázky

- 1) Jak se sestry u PLDD podílí na výchově ke zdravému životnímu stylu u dětí školního věku?

2.4 Operacionalizace základních pojmů

Výchova je vlastně proces, který je záměrný a cílevědomý, umožňující změnu a vývoj lidského jedince s ohledem na jeho potřeby, sociální vztahy a individuální rysy charakterizující danou osobnost (Čábalová, 2011).

Výchova ke zdraví je proces, který zahrnuje činnosti, které si kladou za cíl zvýšit zdravotní gramotnost lidí, rozšířit znalosti o faktorech ovlivňujících zdravotní stav a o způsobu zdravého životního stylu (Čeledová a Čevela, 2010).

Životní styl je určitý způsob života, který spadá do determinant zdraví a obsahuje to, jaký výběr chování zvolíme a za jaké situace (Machová, Kubátová, 2015).

Zdravý životní styl je takovým stylem života, napomáhající udržet pozitivní psychický, fyzický a sociální stav člověka, který mu umožňuje prožít plnohodnotný život (Hartl, 2009).

Školní věk je období, kdy dítě vstupuje do společnosti, tj. školy. V tomto období dítěti začínají určitá práva a povinnosti vůči škole, sobě a rodině (Vágnerová, 2012).

Praktický lékař pro děti a dorost je lékař se specializací v oboru Praktického lékařství pro děti a dorost. Poskytuje dětem do 19 let primární, akutní a léčebnou péči (Seifert et al., 2012).

3 METODIKA

3.1 Použité výzkumné metody

V této výzkumné části bakalářské práce jsme si zvolili kvantitativní a kvalitativní výzkumné šetření. Konkrétněji jsme využili kombinaci nestandardizovaných dotazníků a polostrukturovaných rozhovorů.

Kvantitativní výzkum umožňuje zjistit číselná data více respondentů než u kvalitativního výzkumného šetření. Cílem je ověřit, zda platí námi stanovené hypotézy či nikoli. Do těchto metod začleňujeme pozorování, experiment a také dotazníky, které jsme v práci využili (Vévodová, et al., 2015). Švaříček a Šed'ová (2014) vysvětlují kvalitativní výzkumné šetření jako podrobnější a komplexní sběr informací. K těmto metodám patří rozhovor, který umožňuje hloubkový sběr dat od zkoumaných respondentů. Jejímž cílem je zodpovědět určené výzkumné otázky (Švaříček a Šed'ová, 2014).

Výzkum byl prováděn během měsíce března a začátku dubna 2020. Jelikož byl výzkum realizován v období nouzového stavu kvůli koronavirové krizi, tak tyto dotazníky nebyly sesbírány ve školách osobně, ale pouze internetovou formou. Všichni vybraní respondenti s vyplňováním dotazníků souhlasili. S těmito dětmi jsme byli v kontaktu i s rodiči, pokud byla nějaká nejasnost, byla jim vysvětlena. V bakalářské práci byly použity obě výzkumné metody anonymně. Z tohoto důvodu jsou tyto informované souhlasy k nahlédnutí u autora této práce, a proto zde nejsou přiloženy (Příloha 3).

3.1.1 Kvantitativní výzkumné šetření

Dotazníky byly sesbírány od dětí ve věku od 8 do 15 let, tj. 3. až 9. třída. Celkem bylo tedy 120 respondentů. V dotaznících bylo použito 23 otázek, na které děti odpovídaly 8 až 15 minut (Příloha 1). Výsledky získané z jednotlivých dotazníků byly zaznamenávány v programu Microsoft Office Excel, pomocí tabulek a z nich následně vytvořených grafů. U testování obou hypotéz, byla použita 6. až 22. otázka, krom 18. otázky z nestandardizovaného dotazníku, který vyplňovaly děti mladšího (8 až 11 let) a staršího školního věku (12 až 15 let). Pro těchto 16 otázek, které byly rozděleny na polovinu. Každá hypotéza měla 8 obodovaných otázek. Každá z těchto 16 otázek měla pouze 1 správnou odpověď, za kterou jsme udělovali 1 bod. Pokud na tyto otázky odpověděli špatně, měli za všechny krom správné hodnocení 0 body. V první hypotéze bylo těchto 120 respondentů rozděleno na mladší a starší školní věk. V druhé hypotéze byly tyto děti

rozděleny na dívky a chlapce. Výsledné zpracování dat jsme uvedli do 2 tabulek a poté názorně ve 2 grafech. Výsledná data byly vypočítány pomocí T testu, přes průměr, směrodatnou odchylku a dosaženou hladinu významnosti, kterou jsme si stanovili ($p = H_0 > 5 \% > H_A$), abychom tyto 2 nulové hypotézy potvrdili či vyvrátili.

3.1.2 Kvalitativní výzkumné šetření

Polostrukturované rozhovory byly prováděny s 8 sestrami pracujícími v ordinacích PLDD v kraji Vysočina. Všechny sestry odpovídaly na jednotlivé otázky samostatně. Rozhovor byl složený z 21 otázek (Příloha 2), který trval okolo 30 až 45 minut. Jednotlivé odpovědi na dotazované otázky byly zaznamenávány na papír a následně přepisovány do počítače v programu Microsoft Word. Sestry byly předem seznámeny o tématu práce a také s anonymitou jejich odpovědí. Pro výsledné hodnocení jejich odpovědí byla využita metoda otevřeného kódování. Všech 21 otázek bylo rozděleno do 7 kategorií.

3.2 Charakteristika výzkumných vzorků

3.2.1 Charakteristika výzkumného vzorku kvantitativního výzkumného šetření

Výzkumný soubor byl složen ze 120 dětí mladšího a staršího školního věku, tj. od 8 do 15 let. Tento výzkumný vzorek byl vybrán záměrně. Respondenti byli děti 3.-9. tříd.

3.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku kvalitativního výzkumného šetření

Výzkumný soubor byl složen z 8 sester pracujících v ordinacích PLDD. Všech 8 respondentek bylo vybráno v kraji Vysočina. Tento výzkumný vzorec byl rovněž záměrně vybrán. Všechny vybrané sestry s rozhovory souhlasily, jak slovně, tak písemně formou informovaného souhlasu. Sestry byly předem poučeny o anonymitě rozhovoru.

Identifikační údaje sester u PLDD jsou uvedeny v tabulce 1. Tabulka obsahuje označení sester a 5 podkategorií (věk, nejvyšší zdravotnické vzdělání, absolvované kurzy, školení či semináře (popř. další vzdělání), celková délka praxe v oboru a délka praxe v ordinaci PLDD. Sestry jsou zde označovány jako S1 až S8. Věkové rozmezí sester bylo od 34 do 57 let. Průměrný věk dotazovaných sester byl 44 let.

Tento výzkumný soubor byl složen ze sester s různými druhy nejvyššího zdravotnického vzdělání, do střední zdravotnických škol po vysokoškolské vzdělání. Všechny dotazované sestry uvedly, že absolvovaly nějaké kurzy, školení či semináře. Jedna

z respondentek, která má nejvyšší zdravotnické vzdělání odpověděla, že má hotové vysokoškolské magisterské studium a dále studuje doktorandské studium.

Z 8 dotazovaných sester bylo zjištěno, že průměrná celková délka praxe je 20 let. Nejkratší délka praxe byla uvedena 9 let a nejdelší 32 let. U PLDD jedna ze sester uvedla, že pracuje 3 roky, to byla nejkratší uvedená doba a nejdelší byla 26 let. Tedy průměrná délka praxe respondentek v ordinacích u PLDD byla 12 let. Většina dotazovaných sester uvedla, že jako jejich počáteční pracoviště po dokončeném vzdělání bylo dětské oddělení v nemocnici. Jedna z respondentek sdělila, že pracovala u obvodního praktického lékaře pro dospělé, poté i na dětském oddělení určené pro kojence a také na jednotce intenzivní péče pro nedonošené děti.

Tab. 1 Identifikační údaje sester u PLDD

Označení	Věk	Nejvyšší zdravotnické vzdělání	Absolvované kurzy, školení či semináře (popř. další vzdělání)	Celková délka praxe v oboru	Délka praxe v ordinaci PLDD
S1	42 let	Vyšší odborná škola (Dětská sestra)	Kurzy i semináře	15 let	3 roky
S2	40 let	Bakalářské studium (Všeobecná sestra)	Kurzy i semináře	19 let	4 roky
S3	45 let	Magisterské studium	Certifikované kurzy a semináře (probíhající doktorandské studium)	25 let	24 let
S4	44 let	Střední zdravotní škola – Dětská sestra	Semináře	21,5 let	17 let
S5	34 let	Střední zdravotní škola s maturitou	Kurzy a semináře	9 let	5 let
S6	57 let	Bakalářské studium (Všeobecná sestra)	Kurzy a semináře	32 let	14 let
S7	37 let	Vyšší odborná škola (Dětská sestra)	Kurzy, semináře a školení	10 let	4 roky
S8	53 let	Střední zdravotní škola	Školení a semináře	26 let	26 let

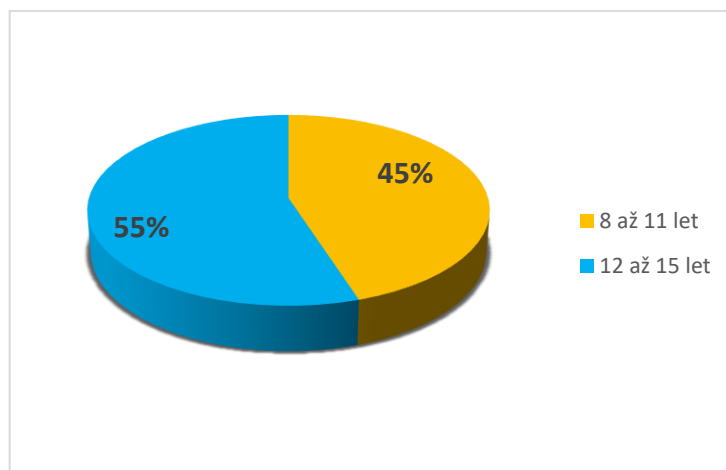
Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Výsledky dotazníků dětí školního věku

(pozn. čísla grafů neodpovídají číslu otázky)

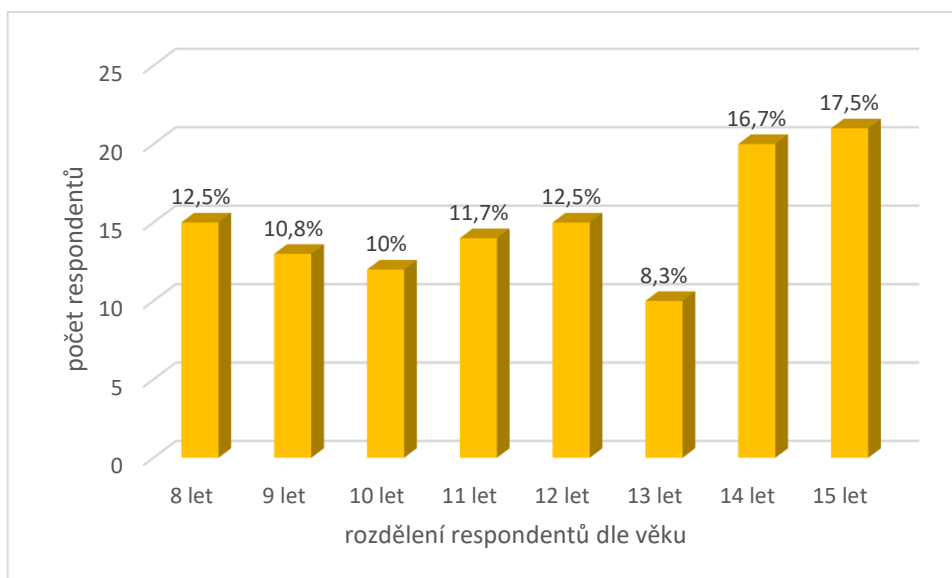
Graf 1 – Věk (otázka č. 1)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) bylo 54 mladšího školního věku, tj. mezi 8 až 11 lety (45 %) a 66 staršího školního věku, tj. mezi 12 až 15 lety (55 %).

Graf 2 – Věkové rozdělení (otázka č. 1)

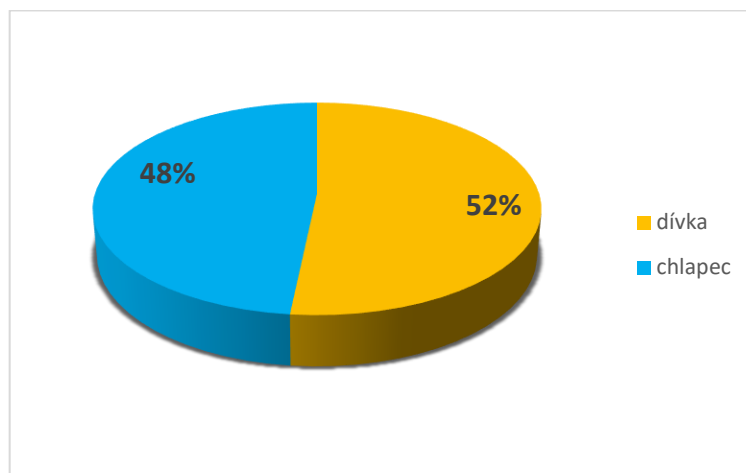


Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 54 respondentů (45 %) mladšího školního věku bylo 15 dětí (12,5 %) ve věku 8 let, 13 dětí (10,8 %) 9letých, podobný počet 12 dětí (10 %) ve věku 10 let a 14

dětí (11,7 %) bylo ve věku 11 let. Z celkového počtu 66 respondentů (55 %) staršího školního věku bylo 15 dětí (12,5 %) ve věku 12 let a nejmenší počet zastoupené věkové kategorie 13 let bylo 10 dětí (8,3 %). Jedny z nejvíce zastoupených věkových kategorií je věk 14 a 15 let, tj. 14letých bylo 20 respondentů (16,7 %) a 15letých 21 respondentů (17,5 %).

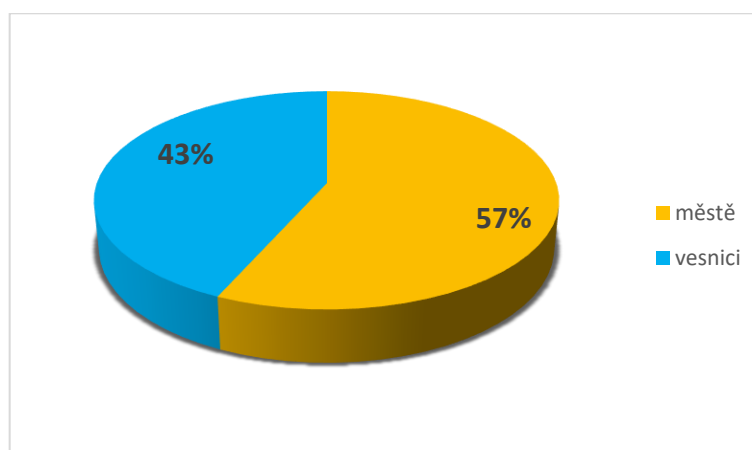
Graf 3 – Pohlaví (otázka č. 2)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) bylo 62 dívek (52 %) a 58 chlapců (48 %).

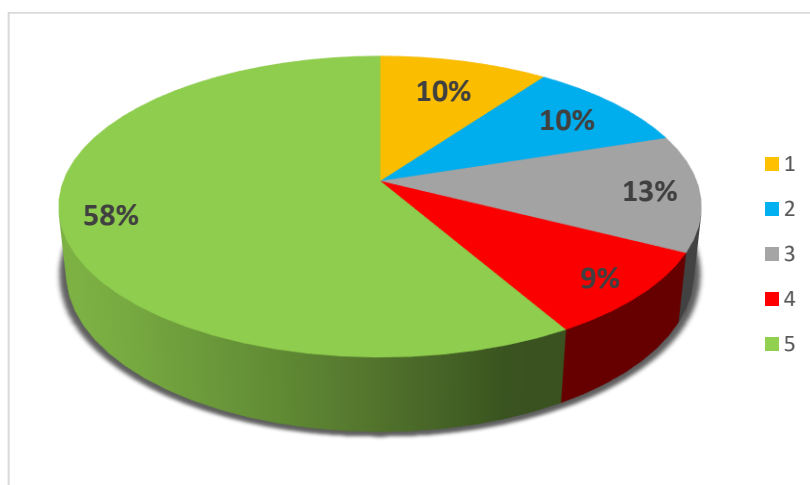
Graf 4 – Bydliště (otázka č. 3)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) bydlí 68 ve městě (57 %) a 52 na vesnici (43 %).

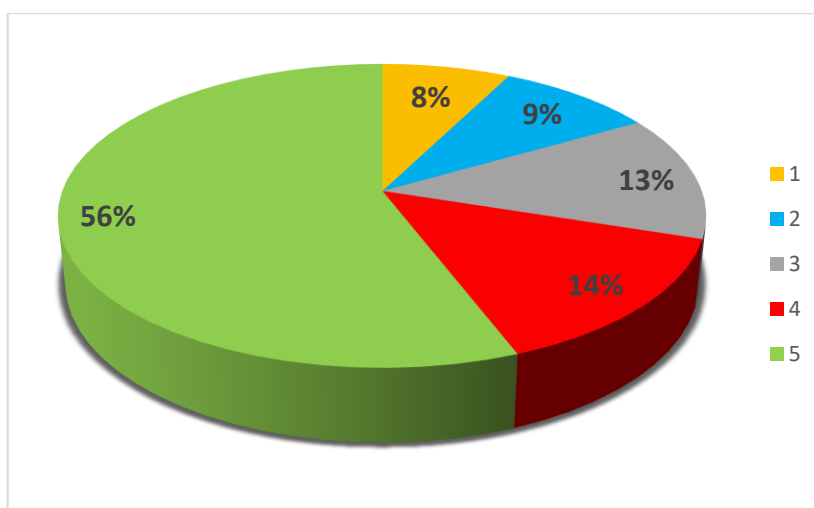
Graf 5 – Hodnocení zdravé výživy (otázka č. 4)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) ohodnotilo zdravou výživu známkou 1 (jako nejméně důležitou) 12 (10 %) dětí a stejný počet dalo známkou 2. 15 respondentů (13 %) výživu oznámkovalo 3 a nejméně 11 dětí (9 %) dalo známkou 4. Více jak polovina dětí, tedy 70 (58 %), označilo zdravou výživu za nejvíce důležitou.

Graf 6 – Hodnocení aktivního pohybu (otázka č. 4)

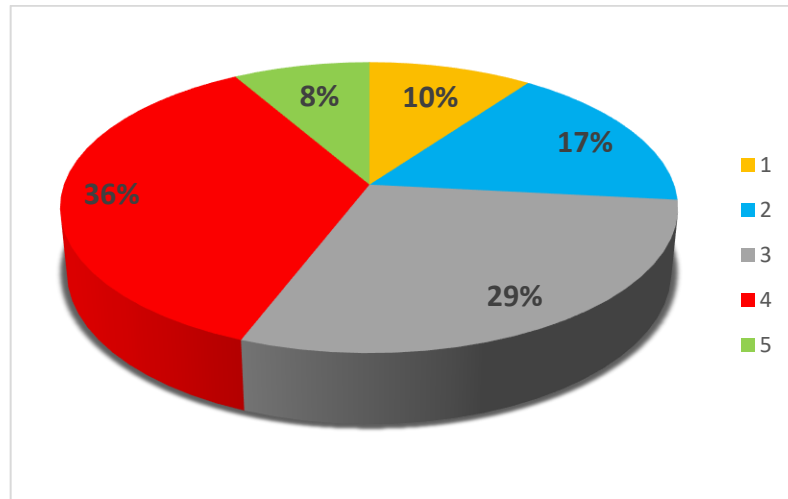


Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) ohodnotilo důležitost dostatku aktivního pohybu známkou 1 (jako nejméně důležitou) pouze 9 dětí (8 %) a podobný počet dalo známkou 2, tj. 11 dětí (9 %). Známkou 3 udělilo 16 respondentů (13 %), obdobný počet 17

dětí (14 %) dalo známku 4 a přes polovinu respondentů, tj. 67 (56 %) ohodnotilo aktivní pohybu známkou 5, jako nejvíce důležitou složku zdravého životního stylu.

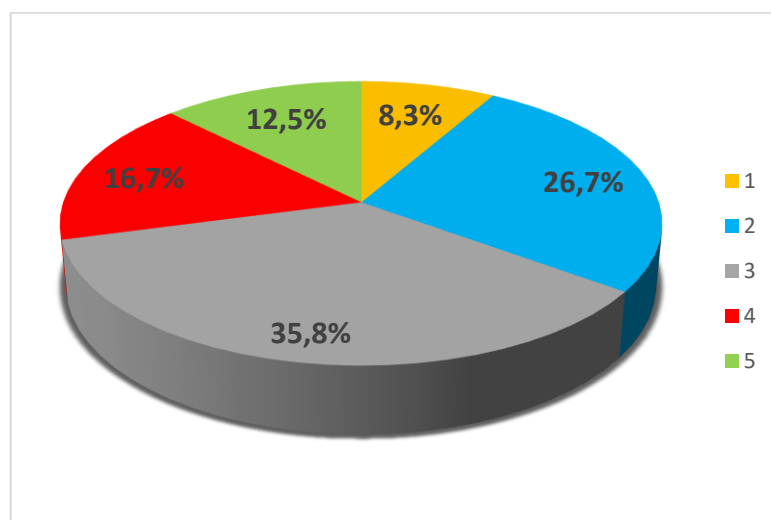
Graf 7 – Hodnocení pitného režimu (otázka č. 4)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 dětí (100 %) ohodnotilo dostatečný pitný režim známkou 1, jako nejméně důležitou, nejméně respondentů, tj. 12 (10 %). Známkou 2, dalo 20 dětí (17 %) a přes čtvrtinu respondentů (29 %) udělilo známku 3, což je 35 dětí. Největší zastoupení měla známka 4, kterou ohodnotilo pitný režim 43 dětí (36 %) a nejvyšší známkou 5 udělilo pouze 10 respondentů (8 %).

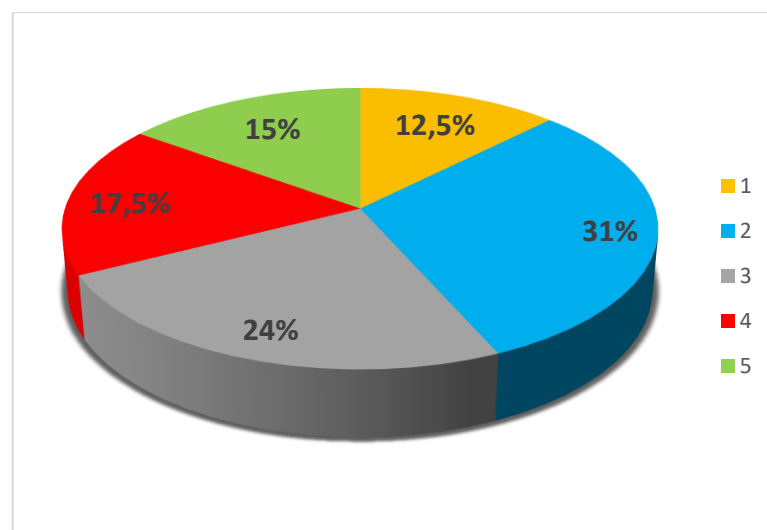
Graf 8 – Hodnocení významu spánku (otázka č. 4)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) ohodnotilo 10 dětí (8,3 %) důležitost dostatku spánku nejnižší známkou 1, jako nejméně důležitou. 32 respondentů (26,7 %) udělilo známku 2 a známkou 3 dalo největší počet dětí, tj. 43 (35,8 %). Známkou 4 udělilo 20 respondentů (16,7 %) a 15 dětí (12,5 %) dalo známku 5, kterým je spánek nejdůležitější složkou zdravého životního stylu.

Graf 9 – Hodnocení významu stresu (otázka č. 4)

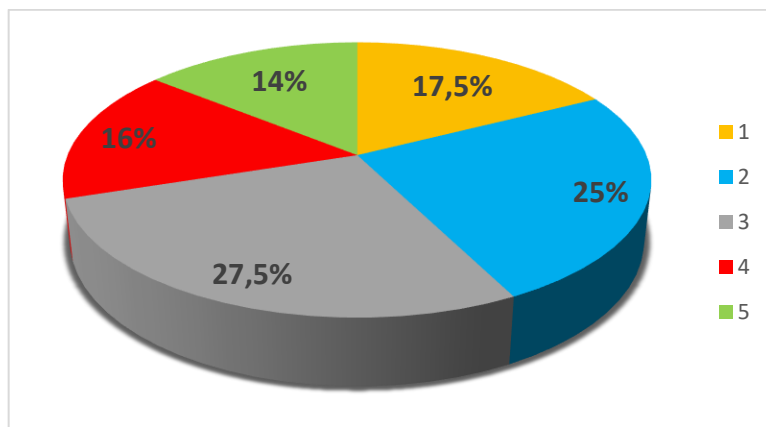


Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) ohodnotilo 15 dětí (12,5 %) známkou 1, tj. nejméně důležité nevystavování se stresovým situacím. Nejvíce respondentů, tj. 37 (31 %) dalo známku 2 a známkou 3 udělilo 29 dětí (24 %). Známkou 4 ohodnotilo důležitost

stresu 21 respondentů (17,5 %) a nejvyšší známku 5 dalo podobný počet dětí, tj. 18 (15 %).

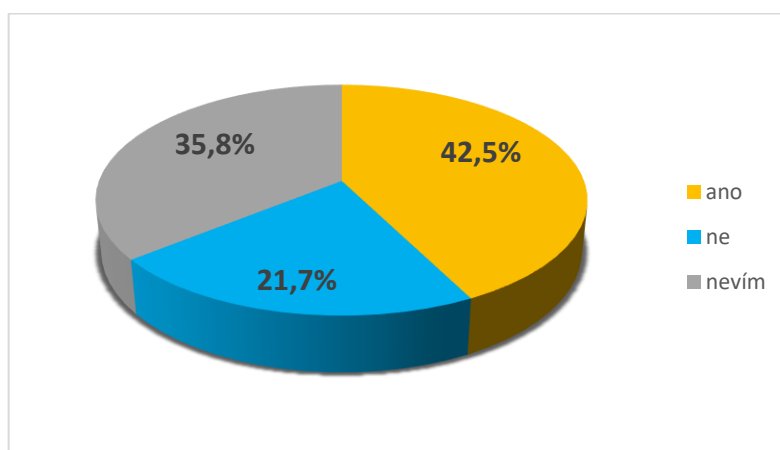
Graf 10 – Hodnocení návykových látek (otázka č. 4)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) ohodnotilo důležitost neuzívání návykových látek známkou 1, 21 dětí (17,5 %) jako nejméně důležité. Známkou 2 udělilo 30 respondentů (25 %) a podobný počet 33 dětí (27,5 %) dalo známku 3. Známkou 4 ohodnotilo důležitost neuzívání návykových látek 19 respondentů (16 %) a nejvyšší známkou 5 dalo podobný počet dětí, tj. 17 (14 %).

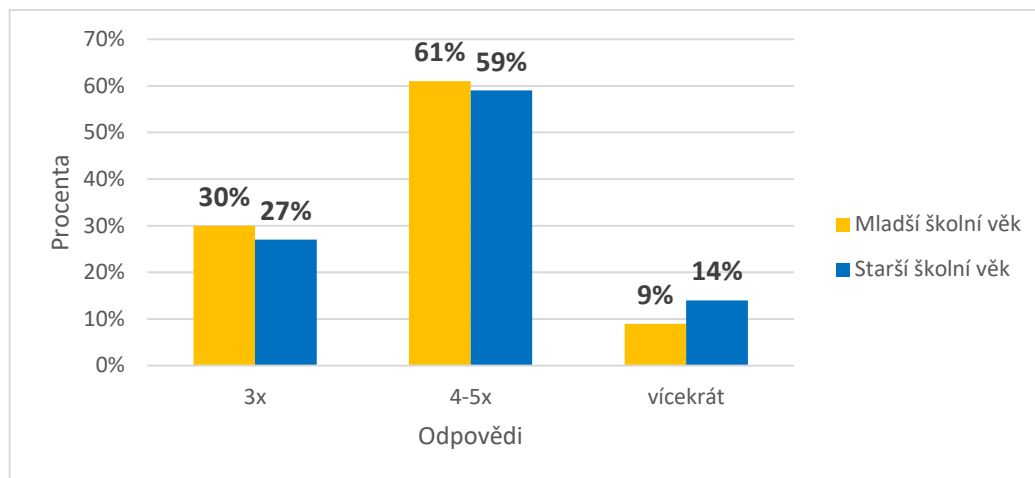
Graf 11 – Pohled dětí na své zdraví (otázka č. 5)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) odpověděla necelá polovina, tj. 51 (42,5 %), že žije zdravě, 26 dětí (21,7 %) naopak, že nežije zdravě a zbytek 43 respondentů (35,8 %) neví.

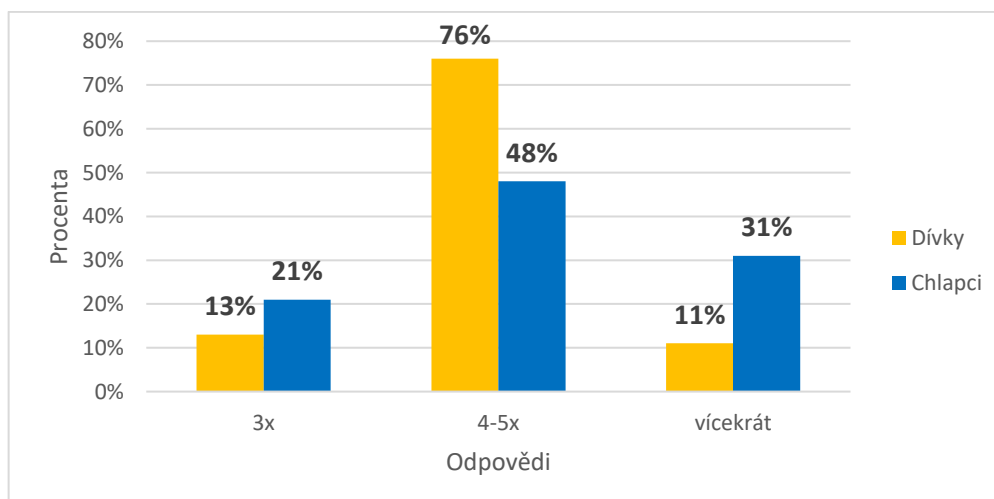
Graf 12 – Názor dětí mladšího a staršího školního věku na denní četnost příjmu potravy (otázka č. 6)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) uvedlo 34 dětí (28 %), že by se mělo jíst 3x denně, z toho 16 dětí (30 %) mladšího a 18 (27 %) staršího školního věku. Více jak polovina, tj. 72 respondentů (60 %) udalo, že by se mělo jíst 4-5x denně, z toho 33 dětí (61 %) mladšího a 39 (59 %) staršího školního věku. A zbytek 14 dětí (12 %) by preferovalo jíst vícekrát za den, z toho pouze 5 dětí (9 %) mladšího školního věku a 9 (14 %) staršího školního věku.

Graf 13 – Denní četnost příjmu potravy u dívek a chlapců (otázka č. 7)

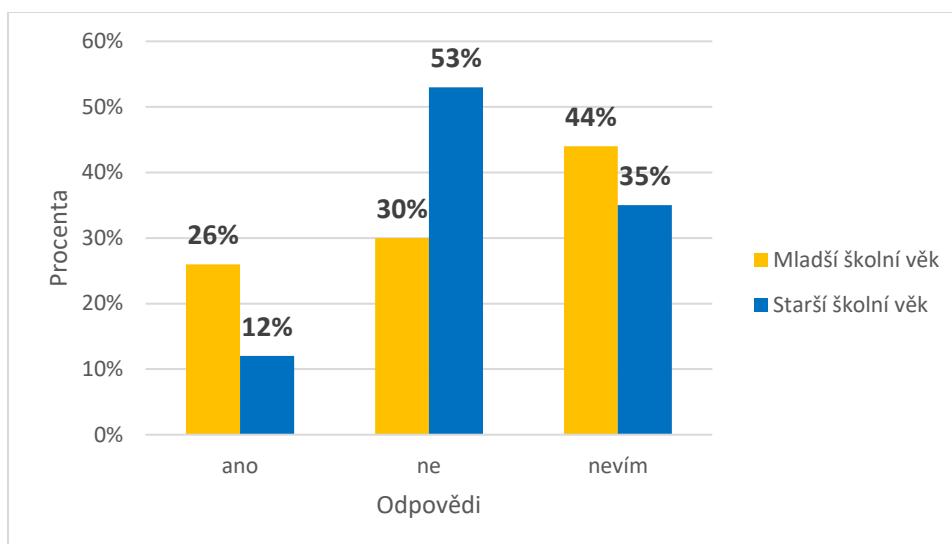


Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) uvedlo 20 dětí (16,7 %), že jí pouze 3x denně, z toho 8 dívek (13 %) a 12 chlapců (21 %). Většina dětí, tj. 75 (62,5 %), jí 4 až 5x

denně, z toho většina, tj. 47 dívek (76 %) a 28 chlapců (48 %). Vícekrát, jak 5x denně konzumuje 25 respondentů (20,8 %), z toho pouze 7 dívek (11 %) a 18 chlapců (31 %).

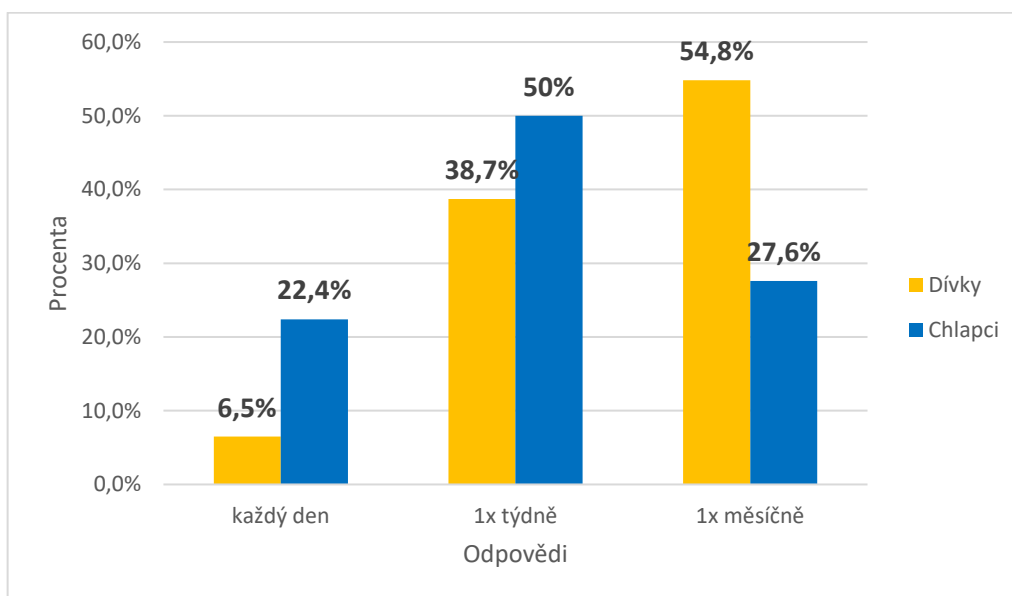
Graf 14 – Hodnocení, tzv. rychlého občerstvení dětmi mladšího a staršího školního věku (otázka č. 8)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) považuje 22 dětí (18,3 %) jídlo z tzv. rychlého občerstvení za zdravé, z toho 14 dětí (26 %) mladšího a pouze 8 (12 %) staršího školního věku. Necelá polovina, tj. 51 respondentů (42,5 %) považuje jídlo z Fast-Foodu za nezdravé, z toho 16 dětí (30 %) mladšího a více jak polovina staršího školního věku, tj. 35 (53 %). Podobný počet 47 respondentů (39,2 %) si není jistý, jestli je jídlo tohoto typu zdravé či nikoli, z toho 24 dětí (44 %) mladšího a 23 (35 %) staršího školního věku.

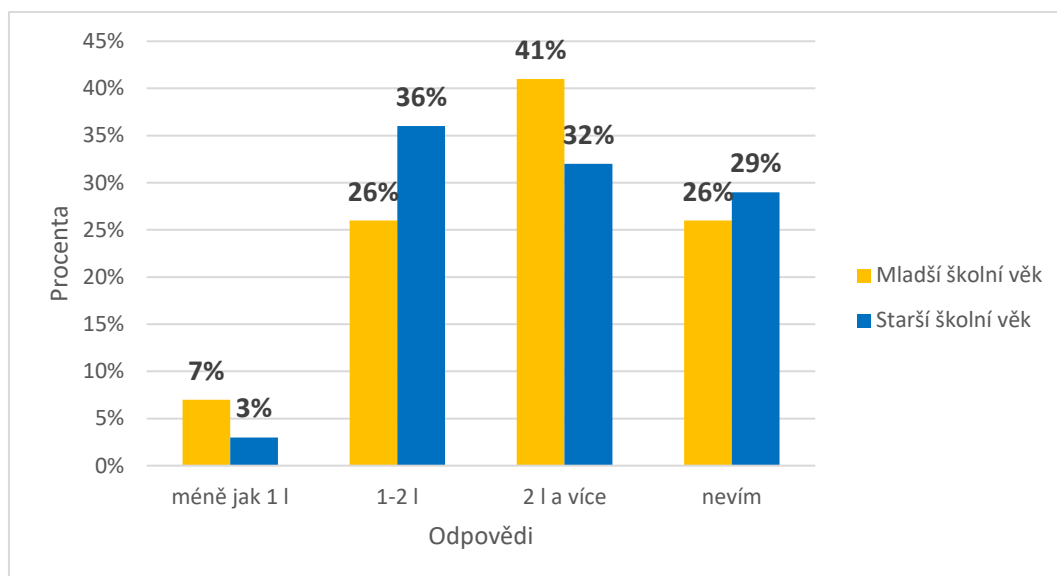
Graf 15 – Četnost návštěv dívek a chlapců, tzv. rychlého občerstvení (otázka č. 9)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) bylo zjištěno, že 17 dětí (14 %) jí jídlo z tzv. Fast Foodu, z toho pouze 4 dívky (6,5 %) a 13 chlapců (22,4 %) a alespoň 1x do týdne ho konzumuje skoro polovina dětí, což je 53 (44 %), z toho 24 dívek (38,7 %) a polovina chlapců, tj. 29 (50 %). O trochu méně dětí, tj. 50 (42 %) navštěvuje toto občerstvení min. 1x měsíčně, z toho více jak polovina dívek, tj. 34 (54,8 %) a 16 chlapců (27,6 %). Na poslední možnost této otázky neodpověděl nikdo z respondentů (0 %), že by vůbec jídlo z tohoto zařízení jedlo.

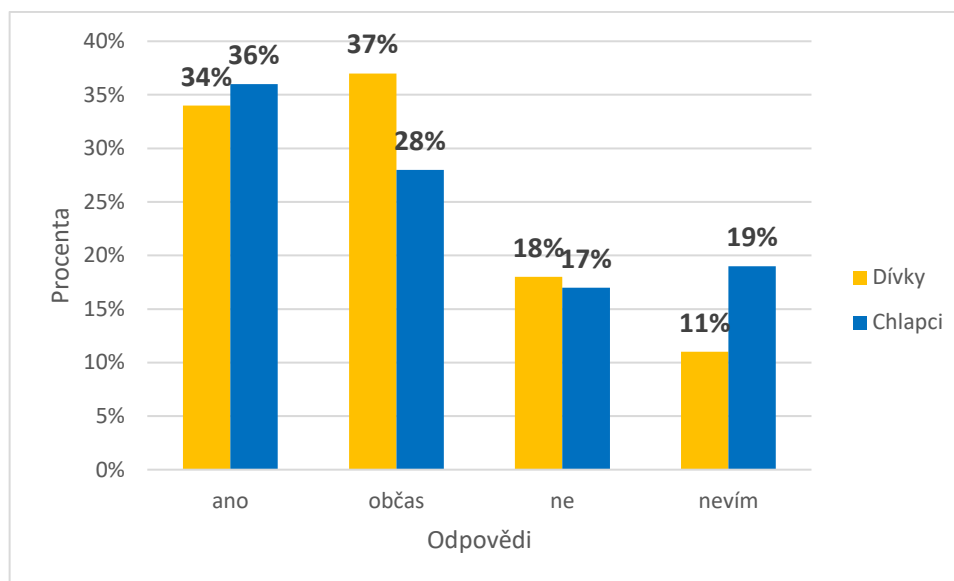
Graf 16 – Znalosti dětí mladšího a staršího školního věku o denním pitném režimu (otázka č. 10)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) uvedlo pouze 6 dětí (5 %), že dostatečný denní pitný režim by měl být méně jak 1 l, z toho 4 děti (7 %) mladšího a 2 děti (3 %) staršího školního věku. Větší počet respondentů, tj. 38 dětí (31,5 %) považuje 1-2 l vypité denně za dostačující, z toho 14 dětí (26 %) mladšího a 24 dětí (36 %) staršího školního věku. Podobný počet dětí, tj. 43 (36 %) udalo, že by se mělo za den vypít 2 l a více, z toho 22 dětí (41 %) mladšího a 21 (32 %) staršího školního věku. Zbytek respondentů, tj. 33 (27,5 %) si není jistý, kolik litrů za den by se mělo vypít, z toho 14 dětí (26 %) mladšího a 19 (29 %) staršího školního věku.

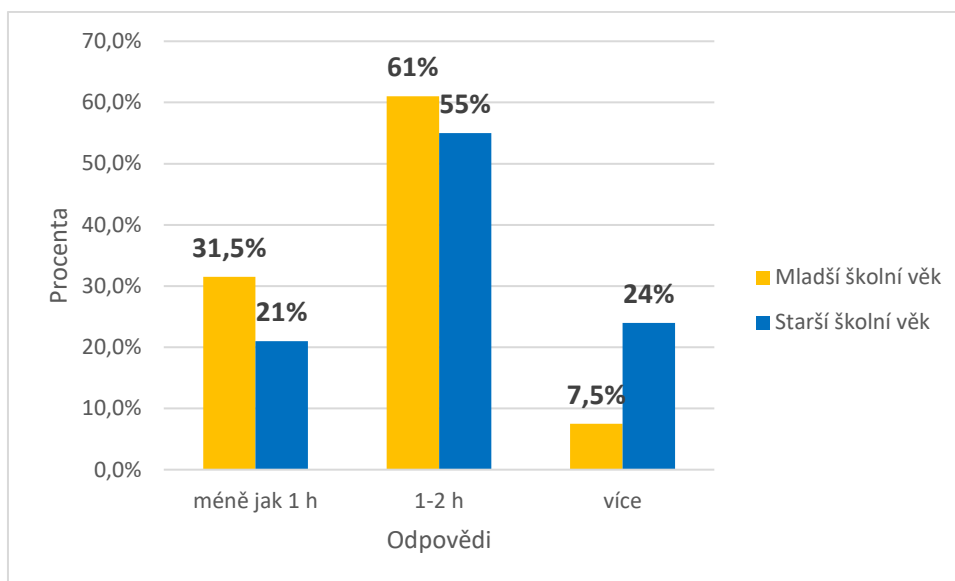
Graf 17 – Dodržování dostatečného pitného režimu u dívek a chlapců (otázka č. 11)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) dodržuje dostatečný pitný režim 42 dětí (35 %), z toho 21 dívek (34 %) a stejný počet chlapců, tj. 21 (36 %). Podobný počet respondentů, tj. 39 (32,5 %) odpovědělo, že pitný režim dodržuje občas, z toho 23 dívek (37 %) a 16 chlapců (28 %). K nedodržování se přiznalo 21 respondentů (17,5 %), z toho 11 dívek (18 %) a 10 chlapců (17 %). 18 dětí (15 %) nesledují, zda dodržují pitný režim, z toho pouze 7 dívek (11 %) a 11 chlapců (19 %).

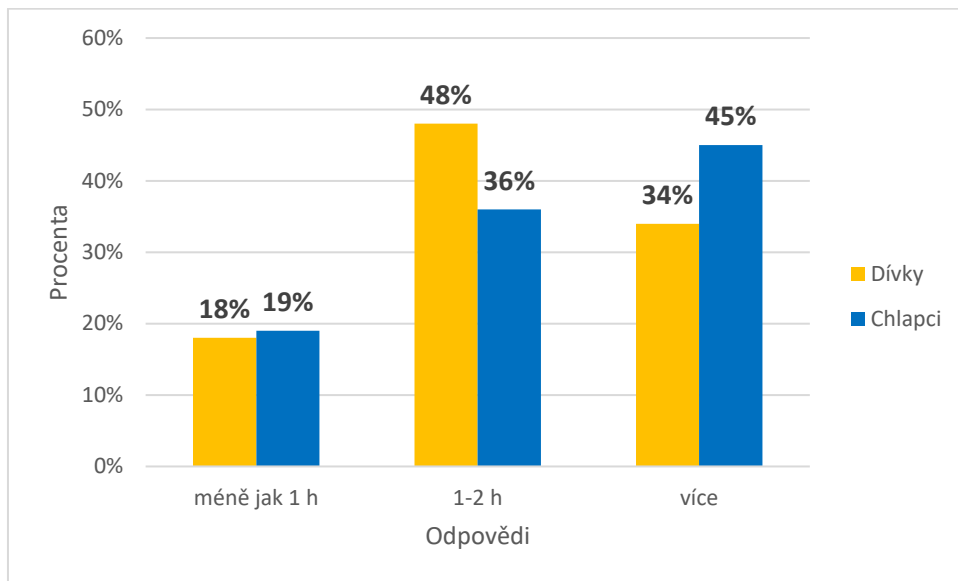
Graf 18 – Znalosti dětí mladšího a staršího školního věku o délce aktivního pohybu venku za den (otázka č. 12)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) 31 dětí (26 %) uvedlo, že by se mělo trávit denně méně jak 1 h venku nějakým aktivním pohybem, z toho 17 dětí (31,5 %) mladšího a 14 (21 %) staršího školního věku. Největší počet, přes polovinu, 69 dětí (57,5 %) odpovědělo, že by se mělo venku denně trávit 1-2 h, z toho 33 dětí (61 %) mladšího a podobný počet, tj. 36 (55 %) staršího školního věku. A zbytek, tj. 20 respondentů (16,5 %) udalo více hodin trávených venku nějakým pohybem, z toho pouze 4 děti (7,5 %) mladšího a 16 (24 %) staršího školního věku.

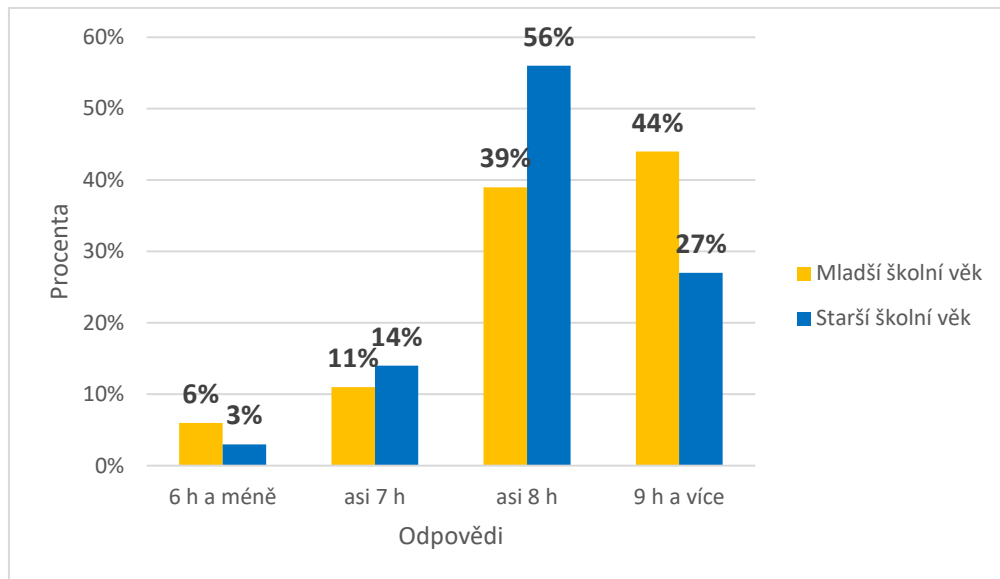
Graf 19 – Denní četnost aktivního pohybu u dívek a chlapců (otázka č. 13)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) se moc nevěnuje aktivnímu pohybu, tj. méně jak 1 h, 22 dětí (18 %), z toho 11 dívek (18 %) a stejný počet chlapců, tj. 11 (19 %). Mezi 1 až 2 h se aktivně pohybuje největší počet dětí, což je 51 (43 %), z toho 30 dívek (48 %) a 21 chlapců (36 %). A více, jak 2 hodiny podobný počet respondentů, tj. 47 (39 %), z toho 21 dívek (34 %) a 26 chlapců (45 %).

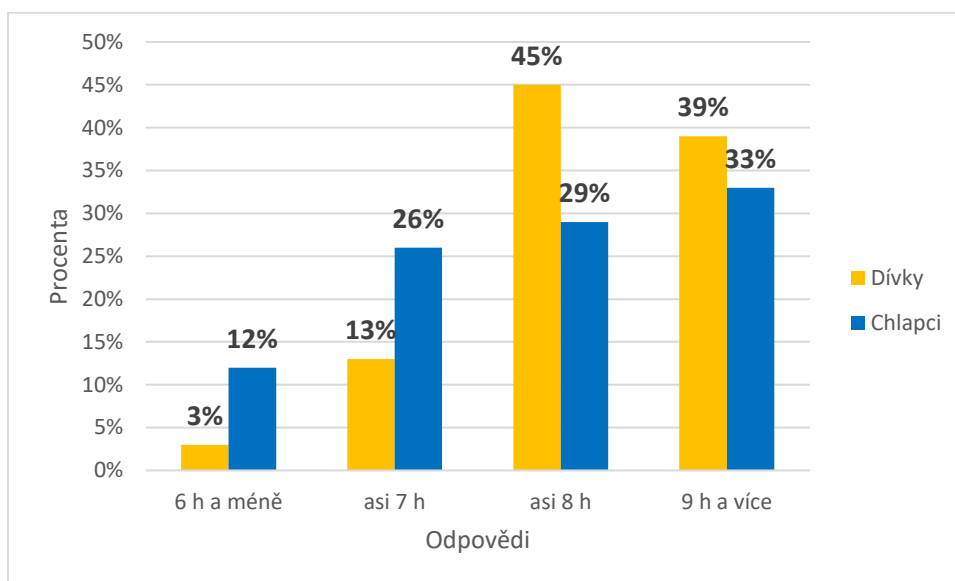
**Graf 20 – Znalosti dětí mladšího a staršího školního věku o denní délce spánku
(otázka č. 14)**



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) pouze 5 dětí (4,2 %) uvedlo, že by denní délka spánku měla být méně jak 6 h, z toho 3 děti (6 %) mladšího a 2 (3 %) staršího školního věku. 15 respondentů (12,5 %) udalo, že by se mělo spát denně okolo 7 h, z toho 6 dětí (11 %) mladšího a 9 (14 %) staršího školního věku. Skoro polovina dětí, tj. 58 (48,3 %) uvedlo, že by se mělo denně spát asi 8 h, z toho 21 dětí (39 %) mladšího a více jak polovina, tj. 37 dětí (56 %) staršího školního věku. A zbytek, tj. 42 (35 %) respondentů bylo pro délku spánku za den 9 h a více, z toho 24 dětí (44 %) mladšího a 18 (27 %) staršího školního věku.

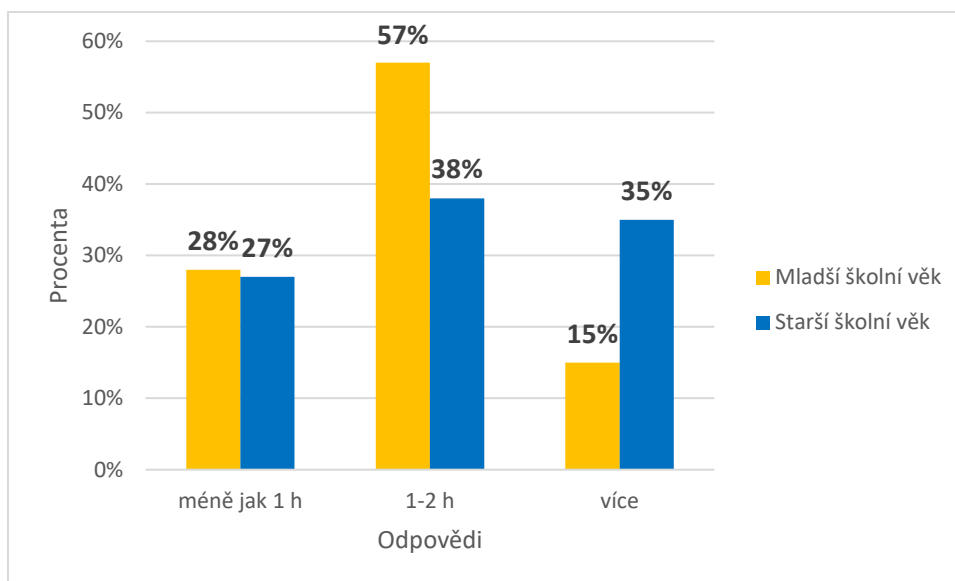
Graf 21 – Denní délka spánku u dívek a chlapců (otázka č. 15)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) spí pouze 9 dětí (8 %) 6 h a méně, z toho pouze 2 dívky (3 %) a 7 chlapců (12 %). Okolo 7 h spánku dodržuje 23 dětí (19 %), z toho 8 dívek (13 %) a 15 chlapců (26 %). A asi 8 h spí největší počet respondentů, tj. 45 (38 %), z toho necelá polovina, tj. 28 dívek (45 %) a 17 chlapců (29 %). Podobný počet, tj. 43 (36 %) dětí spí 9 a více hodin, z toho 24 dívek (39 %) a 19 chlapců (33 %).

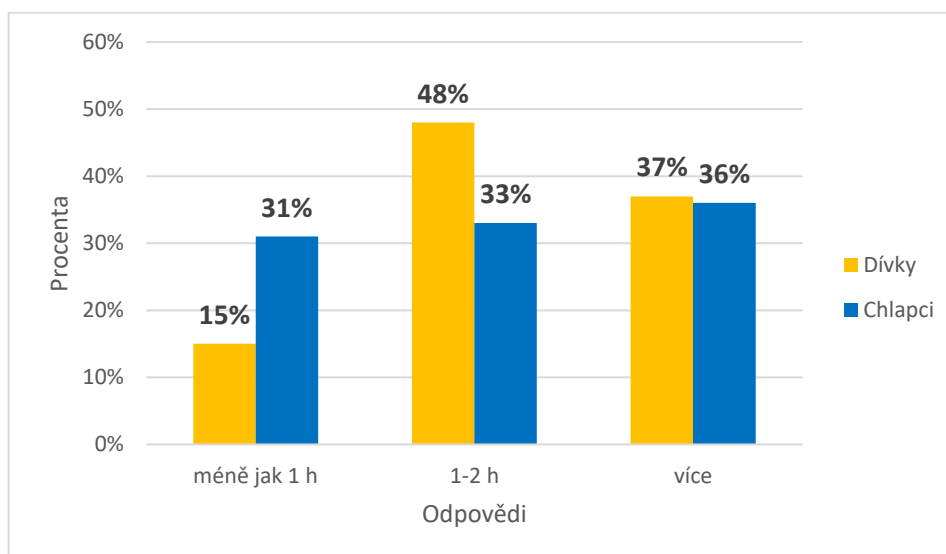
Graf 22 – Znalosti o denní délce sedavého způsobu dětí mladšího a staršího školního věku (otázka č. 16)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) 33 dětí (27,5 %) uvedlo, že by se mělo sedět, co nejméně, tj. méně jak 1 h denně, z toho 15 dětí (28 %) mladšího a 18 (27 %) staršího školního věku. Necelá polovina respondentů, tj. 56 (46,5 %) by preferovalo sedět u počítače, televize či mobilu 1-2 h, z toho přes polovinu dětí mladšího školního věku, tj. 31 (57 %) a 25 dětí (38 %) staršího školního věku. A zbytek dětí, tj. 31 (26 %) udalo, že by se mělo denně trávit sedavým způsobem více jak 2 h, z toho pouze 8 dětí (15 %) mladšího a 23 (35 %) staršího školního věku.

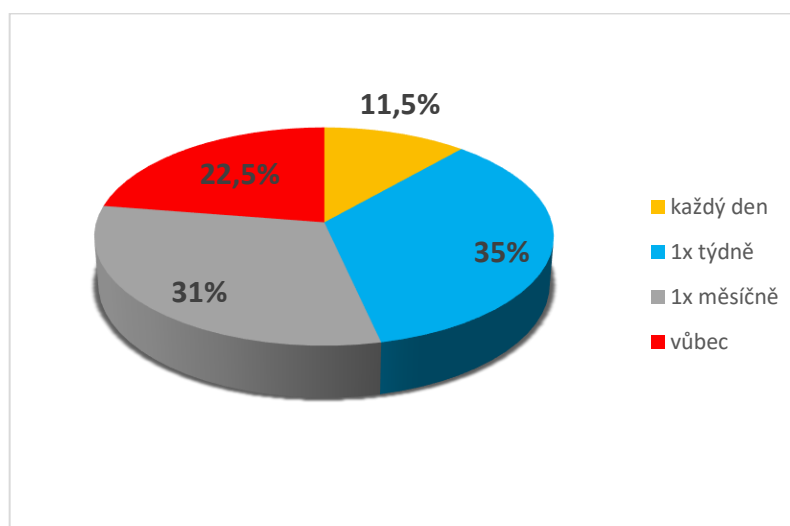
Graf 23 – Denní délka sedavého způsobu u dívek a chlapců (otázka č. 17)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) stráví sedavým způsobem méně jak 1 h 27 dětí (23 %), z toho pouze 9 dívek (15 %) a 18 chlapců (31 %). Mezi 1 až 2 h sedí u počítače, tabletu, mobilu či televize 49 dětí (41 %), z toho necelá polovina dívek, tj. 30 (48 %) a 19 chlapců (33 %). A podobný počet více hodin, tj. 44 respondentů (37 %), z toho 23 dívek (37 %) a podobný počet 21 chlapců (36 %).

Graf 24 – Četnost stresových situací (otázka č. 18)

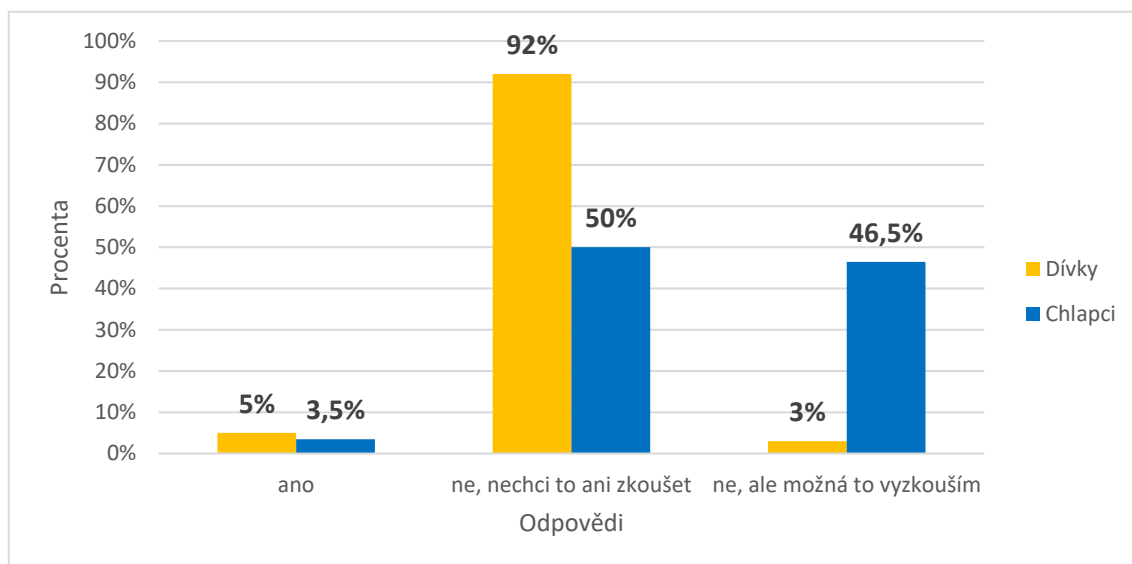


Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) uvedlo 14 dětí (11,5 %), že se ve stresových situacích ocitají bohužel každý den. Největší počet respondentů, tj. 42 (35 %) uvedlo, že

stresové situace zažívají 1x týdně. Podobný počet dětí, tj. 37 (31 %) udal, že jsou ve stresu 1x týdně a zbylý počet 27 respondentů (22,5 %) uvedl, že ve stresových situacích vůbec nejsou.

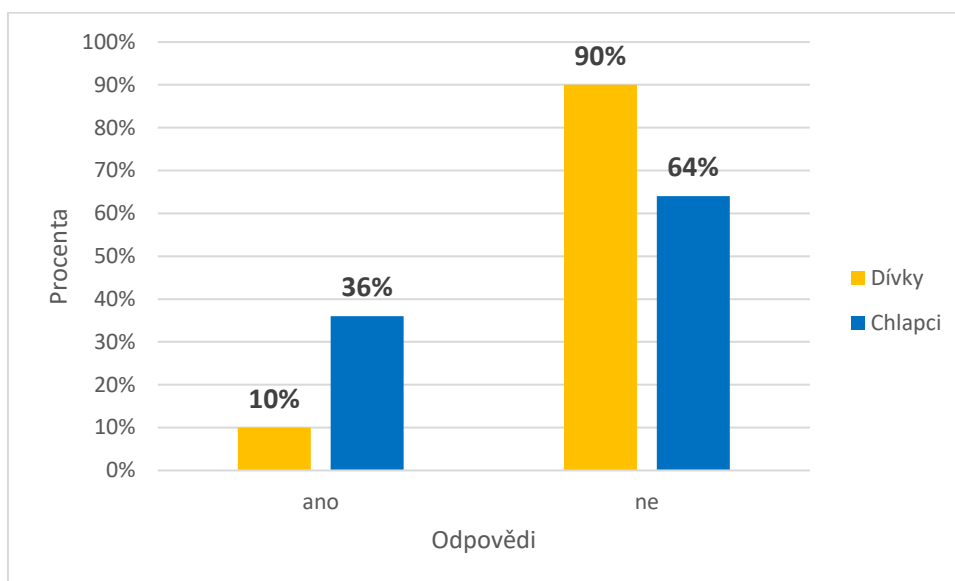
Graf 25 – Kouření cigaret u dívek a chlapců? (otázka č. 19)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) zkoušelo kouřit pouze 5 dětí (4 %), z toho pouze 3 dívky (5 %) a 2 chlapci (3,5 %). Největší počet dětí, tj. 86 (72 %) nikdy nechce kouření zkoušet, z toho většina 57 dívek (92 %) a polovina 29 chlapců (50 %). A 29 respondentů (24 %) nikdy kouřit nezkoušelo, ale láká je to vyzkoušet, z toho pouze 2 dívky (3 %) a necelá polovina, tj. 27 chlapců (46,5 %).

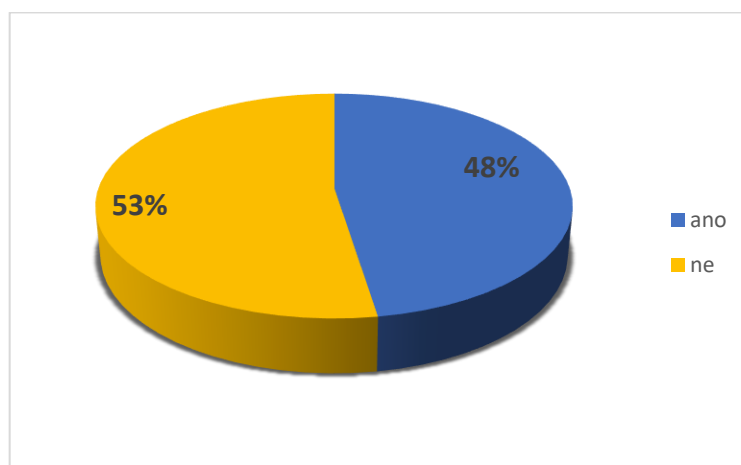
Graf 26 – Konzumace alkoholu u dívek a chlapců (otázka č. 21)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) se přiznalo, že pije alkohol 27 dětí (22,5 %), z toho pouze 6 dívek (10 %) a 21 chlapců (36 %). A zbytek 93 respondentů (77,5 %) uvedlo, že alkohol nekonsumuje, z toho většina dívek, tj. 56 (90 %) a přes polovinu chlapců, tj. 37 (64 %).

Graf 27 – Informovanost dětí o zdravém životním stylu od sester v ordinaci u PLDD (otázka č. 23)



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Z celkového počtu 120 respondentů (100 %) bylo zjištěno, že téměř u poloviny, tj. 57 dětí (47,5 %) sestry v ordinacích u PLDD informují respondenty o zdravém životním stylu. A naopak o neinformovanosti dětí od sester u PLDD bylo 63 respondentů (52,5 %).

4.2 Statistické testování hypotéz

V této části kvantitativního výzkumného šetření se budeme zabývat statistickým testováním stanovených hypotéz. Pomocí tabulky zde uvedeme hodnocení míry znalostí o ZŽS u dětí školního věku.

Hypotéza:

H₀: Existují rozdíly ve znalostech o zdravém životním stylu u dětí mladšího a staršího školního věku.

H_A: Neexistují rozdíly ve znalostech o zdravém životním stylu u dětí mladšího a staršího školního věku.

K vyjádření o znalostech v oblasti zdravého životního stylu byly použity odpovědi na otázky 6, 8, 10, 12, 14, 16, 20 a 22. Jednotlivé odpovědi byly obodovány viz. tabulka 2 (0 bodů = menší míra znalostí o zdravém životním stylu, 1 bod = větší míra znalostí o zdravém životním stylu).

Tabulka 2 Hodnocení míry znalostí o zdravém životním stylu u dětí školního věku

Otázka	Odpověď	Bodování odpovědí
6. Jak často si myslíš, že by se mělo denně jíst?	3x	0
	4-5x	1
	vícekrát	0
8. Považuješ jídlo z Fast-Foodu za zdravé?	ano	0
	ne	1
	nevím	0
10. Kolik litrů by se mělo denně vypít?	méně jak 1 l	0
	1-2l	0
	2 l a více	1
	nevím	0
12. Kolik času by se mělo podle tebe trávit denně nějakým aktivním pohybem?	méně jak 1 h	0
	1-2 h	1
	více	0
14. Jaká denní délka spánku by podle tebe měla být dostatečná?	6 h a méně	0
	asi 7 h	0
	asi 8 h	0
	9 h a více	1
16. Kolik hodin by se mělo strávit denně sedavým způsobem (počítač, mobil, tablet, televize)?	méně jak 1 h	1
	1-2 h	0
	více	0
20. Pokud kouříš cigarety, myslíš si, že je to správné (zakroužkuj, pokud si na předchozí otázku odpověděl/a ano)?	ano	0
	ne	1
	nevím	0
22. Pokud piješ alkohol, myslíš si, že je to správné (zakroužkuj, pokud si na předchozí otázku odpověděl/a ano)?	ano	0
	ne	1
	nevím	0

Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Výsledné skóre znalostí o zdravém životním stylu u každého respondenta mladšího či staršího školního věku bylo získáno jako součet bodů. Respondenti mohli získat nejvíce 8 bodů a nejméně 0 bodů. Ve skutečnosti byl nejvyšší získaný počet 5 bodů. Poté se vypočítal průměr, jak u mladšího, tak u staršího školního věku a tzv. směrodatná odchylka. Pomocí T testu jsme zjistili procentuální hodnotu dosažené hladiny významnosti, tj. p.

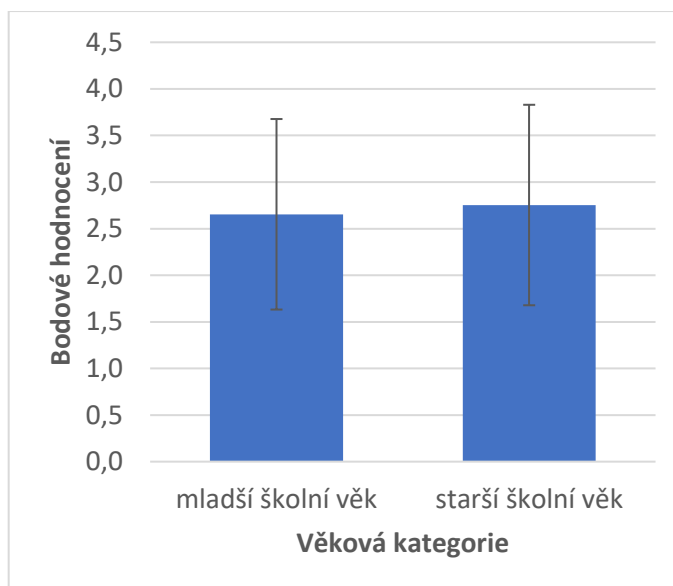
Tabulka 3 Statistické vyhodnocení hypotézy – mladší a starší školní věk

Věková kategorie	Znalosti (počet bodů)		T test
	průměr	sm. Odchylka	p
mladší školní věk	2,7	1,0	60,6%
starší školní věk	2,8	1,1	

Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Dle tabulky 3 jsme zjistili, že je dosažená hladina významnosti vyšší než 5 %, tak můžeme zamítnout nulovou hypotézu. Průměrné bodové hodnocení znalostí se neliší.

Graf 28 - Statistické vyhodnocení znalostí dětí mladšího a staršího školního věku o ZŽS



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

V tomto grafu názorně ukazujeme, že se znalosti u dětí mladšího a staršího školního věku o zdravém životním stylu neliší. Z 54 dětí mladšího školního věku měly v průměru 2,7

bodů z 8 bodů. Stejně tak, z 66 dětí staršího školního věku měly podobný průměr 2,8 bodů z 8 bodů.

Hypotéza:

H0: Existují genderové rozdíly v aktivní účasti na zdravém životním stylu u dětí školního věku.

HA: Neexistují genderové rozdíly v aktivní účasti na zdravém životním stylu u dětí školního věku.

K vyjádření o dodržování v oblasti zdravého životního stylu byly použity odpovědi na otázky 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19 a 21. Jednotlivé odpovědi byly obodovány viz. tabulka 4 (0 bodů = menší míra dodržování zdravého životního stylu, 1 bod = větší míra dodržování zdravého životního stylu).

Tabulka 4 Hodnocení dodržování zdravého životního stylu u dívek a chlapců

Otázka	Odpověď	Bodování odpovědí
7. Kolikrát denně jíš?	3x	0
	4-5x	1
	vícekrát	0
9. Jak často jíš jídlo z Fast-Foodu?	každý den	0
	1x týdně	0
	1x měsíčně	0
	vůbec	1
11. Dodržuješ dostatečný pitný režim (min. 8 hrnečků)?	ano	1
	občas	0
	ne	0
	nevím	0
13. Kolik času trávíš denně venku nějakým aktivním pohybem?	méně jak 1 h	0
	1-2 h	1
	více	0
15. Kolik hodin denně spíš?	6 h a méně	0
	asi 7 h	0
	asi 8 h	0
	9 h a více	1
17. Kolik hodin denně strávíš sedavým způsobem (počítač, mobil, tablet, televize)?	méně jak 1 h	1
	1-2 h	0
	více	0
19. Zkoušel si někdy kouřit cigarety?	ano	0
	ne, nechci to ani zkusit	1
	ne, ale možná to vyzkouším	0
21. Piješ alkohol?	ano	0
	ne	1

Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Výsledné skóre dodržování zdravého životního stylu u každého respondenta, dívky či chlapce, bylo získáno jako součet bodů. Respondenti mohli získat nejvíce 7 bodů, jelikož na otázku č. 9, neodpověděl nikdo správně a nejméně 0 bodů. Poté se vypočítal průměr, jak u dívek, tak u chlapců a tzv. směrodatná odchylka. Pomocí T testu jsme zjistili procentuální hodnotu dosažené hladiny významnosti, tj. p.

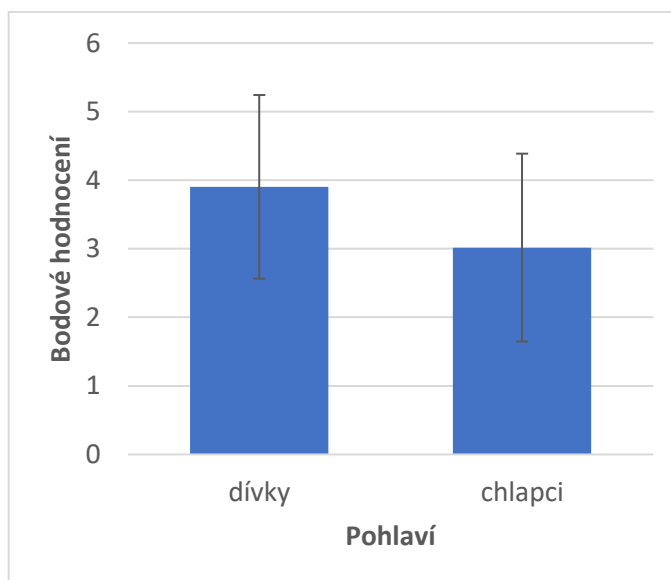
Tabulka 5 Statistické vyhodnocení hypotézy – dívky a chlapci

Pohlaví	Dodržování (počet bodů)		T test
	průměr	sm. odchylka	p
Dívky	3,9	1,3	0,1%
Chlapci	3,0	1,4	

Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Dle tabulky 2 jsme zjistili, že je dosažená hladina významnosti nižší než 5 %, tak můžeme potvrdit nulovou hypotézu. Průměrné bodové hodnocení dodržování v oblasti zdravého životního stylu se liší.

Graf 29 – Statistické vyhodnocení aktivní účasti chlapců a dívek v oblasti ZŽS



Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

V tomto grafu je názorně ukázáno, že se dodržování u dětí, jak u chlapců, tak u dívek liší. Z 62 dívek mělo v průměru 3,9 bodů ze 7 bodů. Což znamená, že zkoumané dívky se více aktivně účastní na zdravém životním stylu. Z 58 chlapců mělo průměr 3,0 bodů ze 7 bodů. Což znamená, že testovaní chlapci se méně aktivně účastní na zdravém životním stylu.

4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami u PLDD

Tab. 1 Rozdělení kategorií a podkategorií

KATEGORIE	PODKATEGORIE
1. Znalosti sester o ZŽS	1. Znalosti sester o zdravém životním stylu u dětí 2. Faktory ovlivňující zdravý životní styl u dětí 3. Podíl sester na předávání znalostí dětem o zdravém životním stylu 4. Rozdíly znalostí dětí o zdravém životním stylu dle sester
2. Problémy s výživou u dětí	1. Druh a četnost výskytu problému dle věku a pohlaví 2. Příčiny a způsob jejího nalezení 3. Způsoby řešení
3. Problémy dětí s úrazy v důsledku aktivního pohybu	1. Četnost výskytu úrazů dle věku a pohlaví 2. Příčiny vzniku úrazu
4. Problémy se spánkem u dětí	1. Příčiny dle pohlaví a věku
5. Stres u dětí	1. Projevy 2. Příčiny výskytu dle věku a pohlaví 3. Názor sester na vliv stresu na zdravý životní styl 4. Předcházení vzniku stresu
6. Návykové látky u dětí	1. Alkohol dle věku a pohlaví 2. Kouření dle věku a pohlaví 3. Drogy dle věku a pohlaví 4. Způsob řešení
7. Motivace pro povolání dětské sestry	

Zdroj: Vlastní zdroj, 2020

Kategorie 1 – Znalosti sester o zdravém životním stylu

První kategorie se zaměřuje na zmapování znalostí sester o zdravém životním stylu. V první podkategorii je zdravý životní styl u dětí dle sester. V podkategorii druhé jsou faktory, které ovlivňují zdravý životní styl u dětí dle sester. Třetí podkategorie se věnuje podílu sester na předávání znalostí dětem o zdravém životním stylu. A poslední, čtvrtá,

podkategorie je zaměřena na rozdíly ve znalostech o zdravém životním stylu u dětí dle sester.

Podkategorie 1 – Zdravý životní styl u dětí podle sester

Všech 8 dotazovaných sester řeklo, že si pod zdravým životním stylem u dětí představují zdravou výživu a dostatečný pohyb. Konkrétně S1, S5 a S6 by do zdravého životního stylu zařadilo pouze zdravou výživu a dostatečný pohyb. U S2 uvedla k těmto dvou základním i dobré domácí zázemí, S8 uvedla navíc dostatečný spánek a S7 psychickou pohodu. Podobně jako S2, odpověděla S4, jen uvedla navíc dostatečný spánek a dostatek tekutin. S3 na rozdíl od S4 měla stejný názor krom dostatečného spánku. S3 uvádí, že si pod zdravým životním stylem představuje: „*Klidnou harmonickou rodinu, pravidelný řád ve stravování, dostatek tekutin, ovoce a zeleniny, dostatek pohybu na čerstvém vzduchu, čas na hraní, čtení a vzdělávání, dostatečný spánek*“ (S3).

Podkategorie 2 – Faktory ovlivňující zdravý životní styl u dětí

V této části rozhovoru jsme se zabývali faktory, které ovlivňují zdravý životní styl u dětí. Podle 3 sester, tj. S5, S7 a S8, je faktor ovlivňující zdravý životní styl u dětí rodina. Další 3 sestry, tj. S2, S3 a S4, uvedly kamarády, spolužáky, rodinu, její návyky a školu jako hlavní faktory. S1 odpověděla, že mezi faktory ovlivňující zdravý životní styl patří: „*internet, kamarádi, televize, média, facebook*“ (S1). A pro S6 jsou tyto faktory: „*zdravá výživa, psychická rovnováha, sportovní aktivity*“ (S6).

Podkategorie 3 – Podíl sester na předávání znalostí dětem o zdravém životním stylu

V této části jsme se zaměřili na podíl sester na předávání znalostí dětem o zdravém životním stylu. Většina sester uvedla, že se na tomto předávání podílí, konkrétně S1, S2, S3, S4 a S8. S3 a S8 se shodly, že se obě podílí na předávání těchto znalostí dětem pomocí edukace rodičů při preventivních prohlídkách. S2 uvedla navíc, že při preventivních prohlídkách řeší různá rizika, očkování a různé nemoci způsobené nedodržením zdravého životního stylu pomocí různých edukačních letáků. Pomocí edukačních letáků tyto znalosti také předává S1 a u mladších dětí přes maminku. S4 uvádí, že na pohovory v ordinaci není mnoho času, a proto spíše řeší daný problém až se začne objevovat, hlavně při vyšetření, který společně s lékařkou, rodiči a dítětem začnou probírat. S5 odpověděla, že: „*Nejvíce se podílím u mých dětí doma a to tak, že se snažím vést je k pohybu a zdravé stravě, ale samozřejmě vše s mírou*“ (S5). S6 se na předávání znalostí snaží podílet, ale

je to těžko, protože podle ní: „vše se vším souvisí“ (S6). S7 uvádí, že: „Aktivně se podílím max. u miminek, kdy řešíme příkrmy, ale u větších dětí a jejich rodičů se většinou o něco takového moc nezajímají“ (S7).

Podkategorie 4 – Rozdíly znalostí dětí o zdravém životním stylu dle sester

Zaměřili jsme se i na rozdíly ve znalostech o zdravém životním stylu podle sester. Většina respondentek se shodují, že tyto rozdíly jsou, konkrétně S1, S2, S3, S4, S7 a S8. Naopak S5 a S6 žádné rozdíly ve znalostech nevidí. S1 a S2 nalézají tyto rozdíly u dívek a chlapců staršího školního věku. Konkrétněji S1 uvádí, že dívky se chtějí líbit chlapcům a být in, a proto si hlídají váhu. Chlapci zase chodí do posilovny, cvičí a sportují kvůli svalům. S2 se s S1 shoduje v tom, že si starší dívky hlídají svoji postavu a chlapci si zase hlídají, aby dodržovali zdravý životní styl. S3, S8 a S4 se zase shodují, že největší rozdíly jsou u starších dívek, které si hlídají váhu a svůj celkový vzhled. Konkrétněji S4 uvádí, že: „Zpočátku se moc toto téma neřeší, děti přejímají návyky od rodiny. Ve školním věku děti začínají poznávat i jiné návyky od svých kamarádů a poté přemýšlejí o správnosti těchto návyků – spíše dívky ve starším věku (řeší se váha, výška či sportovní výsledky)“ (S4). S7 odpověděla, že nějaké znalosti o zdravém životním stylu mají děti v pubertě, dále: „Většinou přicházejí dívky i chlapci v pubertě, pokud mají problém s váhou, zažíváním, únavu a chtějí s tím něco dělat a zajímat se o to, čím se stravují, jak a proč“ (S7).

Kategorie 2 – Problémy s výživou u dětí

V této kategorii jsme se zabývali problematikou výživy u dětí. Konkrétněji druhem problému, četností výskytu, příčinami a způsobem nalezení a řešení.

Podkategorie 1 - Druh a četnost výskytu problému dle věku a pohlaví

V této části jsme se zaměřili na četnosti různých problémů s váhou a jejich druhy podle pohlaví a věkových kategorií. Všechny dotazované respondentky, tj. S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8, se shodly v tom, že se setkaly v různé míře s dětmi, které mají problémy s váhou. Jako první problém, uvedly sestry anorexii. V nízké míře se s problémem anorexie potýká S1, která uvedla, že mají takové pouze 3 dívky staršího školního věku. Jako druhý problém sestry uvedly obezitu, která je mnohem rozšířenější. Většina sester, konkrétněji S2, S3, S5, S6 a S7, uvedla, že největší problém s obezitou je spíše v mladším školním věku. S2 a S6 trápí tento problém u chlapců mladšího školního věku. S3 a S5 se společně shodly, že problém s obezitou se u nich vyskytuje, jak u dívek, tak u chlapců

mladšího školního věku. S5 k tomuto problému konkrétněji uvedla, že: „*Problém je u rodičů, jak své děti vedou, samy děti to řeší v pubertě, a to potom asi spíše dívky*“ (S5). S7 na tuto otázku odpověděla následovně: „*Děti, které mají problém s obezitou je zbytečně moc. Řekla bych, že holčičky vedou a to ve věku předškolním a mladším školním. Potom přijdou na řadu hormony a často se to mění. Kluci, pro změnu, ve starším školním věku*“ (S7). S4 a S8 uvedly problémy, jak s obezitou, tak s podvýživou u dětí. S4 se svěřila, že podvýživou trpí pouze pár dětí školkového a mladšího školního věku bez ohledu na pohlaví, povětšinou díky rodinné dispozici a s mentální anorexií se setkala u dívek ve věku 12 až 15 let. O výskytu obezity u dětí v ordinaci S4 konkrétně uvedla: „*V dnešní době je spíš opačný problém, spousta dětí je obézních. Bohužel už sem spadá i pár „školkových“ dětí, část dětí mladšího i staršího školního věku. U dětí mladšího školního věku je ještě dobrým aspektem, že většinu volného času tráví s dospělými. V tomhle věku si myslím, že pohlaví ani nehraje roli. Horší je starší školní věk, kdy většina dětí zůstává část odpoledne doma samotných, takže počítače a mobily jedou. K tomu kofola, energeták, brambůrky, nebo čokoládové sušenky, ... Pak se u toho hezky usne, večer trochu školy a když rodiče usnou, tak vyspalé dítě opět míří k počítači. Chodit ven je nuda*“ (S4). S8 řeší problémy s podvýživou u dívek a s nadváhou u chlapců staršího školního věku.

Podkategorie 2 – Příčiny a způsob jejího nalezení

Další otázka byla zaměřená na příčiny a způsoby nalezení těchto příčin problémů s výživou u dětí. Mezi nejuváděnější příčiny patří problémy v rodině, způsob stravy, nedostatek pohybu atd. S5 a S6 se shodly, že příčina obezity či nadváhy je hlavně v nesprávné výživě (hamburgery, sladké limonády a celkově sladkosti) a přejídání se ve večerních hodinách. S3 a S4 na tuto otázku odpověděly, že se příčina většinou nachází ve špatném přístupu (např. pravidelnost) ke stravování a aktivnímu pohybu hlavně kvůli špatným návykům v rodině. S4 uvedla příčinu k hubnutí i vyřčenou špatnou větu od svých blízkých, která snižuje jejich sebevědomí. S2 a S7 uvedly jako příčiny problému s výživou, hlavně špatný způsob stravy a nedostatek pohybu. S2 navíc uvedla vliv genetiky a S7: „*Často také kontrolujeme hormony štítné žlázy, což bývá také častou příčinou. Jako první se tedy při obezitě vyloučí zdravotní problém*“ (S7). Jediná S1 označila jako příčinu obezity či podváhy, problémy ve škole (šikana, učení) a v rodině. S8 zmínila problém v neoblíbenosti pohybu (např. sezení u počítače atd.) v souvislosti s nadváhou a s podváhou souvisí: „*názor kamarádek a vzor v modelkách*“ (S8).

Mezi nejčastější způsoby nalezení příčin problémů s výživou patří rozhovory, jak s rodiči, tak s dětmi a při preventivních prohlídkách, kdy se zjišťuje aktuální váha a výška, při které se dospěje k Body mass index (BMI). Více jak polovina respondentek, tj. S1, S4, S5, S7 a S8, se shoduje ve způsobu nalezení příčin formou rozhovoru s rodiči či dětmi. S2 a S3 zde uvádí, že tyto problémy naleznou většinou při preventivních prohlídkách dle BMI a při konzultaci s rodiči. S2 navíc uvádí odběry krve pro vyloučení či potvrzení poruchy žláz s vnitřní sekrecí. S6 i S8 nalézají také tyto problémy při preventivních prohlídkách. S8 tyto problémy zjišťují: „*pohovorem o stravování, zájmech apod.*“ (S8).

Podkategorie 3 – Způsoby řešení

V této části jsme zjišťovali, jaké způsoby sestry u PLDD využívají pro řešení problému s výživou. Nejčastěji zmiňované řešení je obezitologická poradna a pohovory s rodiči a dětmi. Alespoň jednu z těchto metod využívají všechny dotazované sestry. S1 uvedla jako řešení doporučení návštěvy psychologa a v krajních případech psychiatra, a to hlavně u anorexie. S2 a S5 obě doporučují obezitologickou poradnu. S2 navíc používá různé edukační letáky a doporučení na linky, ale málokdo spolupracuje. S5 zase navíc před doporučením poradny vede vícekrát různé pohovory na daný problém. S4 vede v ordinaci rozhovory s rodiči i dětmi, kontrolují váhu a pokud toto nepomáhá, odesílají dítě do obezitologické poradny. Při mentální anorexii S4 uvedla řešení: „*Dívky dochází na vážení i každý týden, probíráme neustále, co jedí a sledujeme jejich náladu, spolupráce s psychologem a psychiatrem – často se dospěje k hospitalizaci na psychiatrii*“ (S4). S3, S7 a S8 se shodly, že tento problém řeší pohovory s rodiči a dětmi, pokud jsou k tomu zralé. S3 zde uvedla: „*Kontrola hmotnosti v několika měsíčním odstupu, doporučená vhodná sportovní aktivita, doporučený jídelníček, event. návštěva endokrinologie či lázeňská léčba*“ (S3). S6 zmínila, že problém s obezitou v ordinaci řeší obezitolog. poradnou i pobyty v ozdravovnách, ale povětšinou nic nepomůže, záleží na přístupu. S8 odpověděla, že používají kontroly váhy a celkově růstu, odběry krve, endokrinologické vyšetření, odeslání k psychologovi či psychiatrovi u anorexie.

Kategorie 3 – Problémy dětí s úrazy v důsledku aktivního pohybu

V této oblasti nás zajímaly problémy s úrazy v důsledku aktivního pohybu u dětí. Zařadili jsme sem četnost výskytu a příčiny tohoto problému dle věku a pohlaví.

Podkategorie 1 – Četnost výskytu úrazů dle věku a pohlaví

V této podkategorii jsme zjišťovali, v jaké míře se dotazované sestry setkávají s úrazy u dětí v důsledku aktivního pohybu dle věku a pohlaví. Většina sester, krom S4 se shodla, že se s úrazy u dětí setkávají méně často. S4 uvedla, že se s úrazy setkává poměrně často u dětí mladšího školního věku. S2, S6 a S7 se zde shodly, že se u nich úrazy vyskytují málokdy, ale když už, tak nejčastěji u mladších dětí. U S1, S5 a S8 se úrazy občas vyskytují bez rozdílu věku a pohlaví. S3 se s úrazy setkává: „*Nepravidelně, spíše v letních měsících a převážně u chlapců mladšího věku*“ (S3).

Podkategorie 2 – Příčiny vzniku úrazu

V této podkategorii nás zajímalo, jaké různé příčiny mohou způsobit úraz dítěte. Dotazované sestry jako nejčastější příčiny uváděly, nepozornost, různé sporty (fotbal, hokej), jízda na kole či kolečkových bruslích, skákání na trampolíně u menších dětí a také dnes populární parkur. Dle S1 tyto úrazy způsobují různé sporty či jiné aktivity. Konkrétněji u mladších dětí bez rozdílu pohlaví jsou úrazy způsobeny v důsledku skákání na trampolíně či ježdění na kole či kolečkových bruslích a u starších spíše chlapců jsou to pády zapříčiňuje parkur, hokej či fotbal. S2 uvedla spíše výskyt úrazů u dětí bez rozdílu pohlaví mladšího školního věku při nepozornosti či sportu. Také S3 zmínila, že je problematická mladší skupina chlapců v důsledku nepozornosti. S5 se s S3 shodla v důsledcích vzniku úrazu, ale S5 spíše označila chlapce od 9 let a více. S4 se vyjádřila takto: „*Často k nim dochází kvůli „neohrabanosti“ dětí, v rodinách, kde se nesportuje. u dětí školkového a mladšího školního věku, při jízdě na kole, kolečkových bruslích, nebo skákání na trampolíně. Asi tu převládají kluci, kteří jdou do všeho po hlavě. Ve starším školním věku jde pak i o otřesy mozku při hokeji a fotbale. Častá je i přetrénovanost dětí, která se pak neprojeví úrazem, ale bolestmi hlavy, kloubů a svalů*“ (S4). S7 a S8 se shodly ve výskytu úrazů u mladších dětí. S5 a S7 se zase shodly v příčině vzniku úrazů v důsledku skákání na trampolíně, kdy S5 tento důsledek poukazuje bez rozdílu pohlaví či věku, a navíc uvedla parkur. S8 se zmínila i o nepozornosti a zápalu pro hru či sport u menších dětí.

Kategorie 4 – Problémy se spánkem u dětí

Tato kategorie byla zaměřená na problematiku spánku u dětí, do které jsme zařadili jedinou podkategorii a to, příčiny, proč tyto problémy vznikají.

Podkategorie 1 – Příčiny dle věku a pohlaví

Do této podkategorie jsme zařadili příčiny vzniku problému se spánkem u dětí dle věku a pohlaví. Skoro všechny sestry se zde shodly, že problém se spánkem způsobuje internet, s tím spojené sociální sítě a televize do pozdních večerních hodin, krom S3 a S6. S1 a S2 se s touto problematikou moc často neseťkávají a když už, tak bez rozdílu věku i pohlaví. Obě sestry se shodují, že tento problém způsobuje hodně času stráveného na internetu (Facebook, Instagram) a tím mají děti obrácený režim ve spánku a ponocují. S7 a S8 se také shodly, že se problém se spánkem vyskytuje méně často, ale když už se s ním setkají, tak u starších dětí v pubertě. Také, jako zde uvedly S1 a S2, tak S7 a S8 uvedly jako příčinu vysedávání u počítače na sociálních sítích ve večerních hodinách. S3 a S6 zde uvedly, že tento problém zapříčiňují problémy v rodině. S3 navíc uvedla problémy ve škole a s tím spojený stres a strach spíše u dětí staršího školního věku. Naopak S6 se spíše setkává s tímto problémem u dětí od 7 let. S4 uvedla, že: „*Poruchy spánku se občas objevují. Chybí stará pravidla: večerním zklidnění a včasném usínání. Některé sportovní kroužky jsou do pozdního večera, pak ještě úkoly a je noc. Spousta malých dětí večer usedá k televizi a sleduje seriály. Je tu spousta násilí, střileček, a dalších věcí, které do malé hlavičky nepatří. U starších dětí je to pak již probíraný internet a mobil, který by do postele patřit neměl*“ (S4). S5 se částečně s S4 shodla v příčině spojené s televizí, ale u dětí okolo 10 let a problém se spánkem také mají dívky před maturitou.

Kategorie 5 – Stres u dětí

U této kategorie jsme se zaměřili na problematiku stresu u dětí, kterého je v dnešní uspěchané době více než je zdrávo. Proto zde probíráme projevy, příčiny výskytu stresu u dětí, názory sester na vliv stresu na zdravý životní styl a také, jak se mu dá předcházet.

Podkategorie 1 – Projevy dle věku a pohlaví

Do této podkategorie jsme zahrnuli projevy problému se stresem u dětí dle věku a pohlaví. Více, jak polovina sester, tj. S1, S2, S5, S7 a S8 zde uvedla, bolesti břicha a hlavy. Většina těchto sester uvedla tyto projevy bez rozdílu pohlaví i věku. S1 navíc nauzeu bez rozdílu věku a pohlaví. A S7 navíc uvedla únavu, také u dětí bez rozdílu věku a pohlaví. Dále S2 a S8 se shodly na společném projevu u stresu, časté močení až noční pomočování. S2 bez rozdílu věku a pohlaví a S8 toto přirovnává spíše k dětem mladšího věku. A navíc zde S8 uvedla u mladších i starších dětí, vzdor, tiky či nervozitu a u starších ještě, špatný

prospěch ve škole, který uvedla i S3. S3 navíc zmínila i nechutenství a někdy i sebepoškození. S6 na tuto odpověděla, že se u dětí objevují tiky, nervozita až nespavost. S4 dokonce uvedla, že: *„U mladších dětí se projeví nočním pomočováním, okusováním nehtů, různými druhy tiků anebo třeba zadržáváním v řeči. U starších samozřejmě i tou poruchou spánku, například v době uzavírání známek“* (S4).

Podkategorie 2 – Příčiny výskytu

Chtěli jsme zde zjistit, jaké jsou příčiny výskytu stresu u dětí. Většina sester se zde shodla, že mezi nejčastější příčiny patří problémy v rodině a ve škole. Více, jak polovina sester, konkrétně S3, S5, S6, S7 a S8, odpověděla, že hlavní příčinou jsou problémy v rodině. S7 navíc uvedla: *„Přijde mi, že děti jsou ve stresu víc, než by bylo zdrávo. Není čas na děti. Buď jsou emocionálně oploštěné nebo moc chráněné. Abych pravdu řekla, setkávám se spíš se stresovanými dětmi než s těmi spokojenými, pohodovými, neustrašenými dětmi“* (S7). Zbylé sestry, tj. S1, S2 a S4, uvedly oba tyto problémy. S4 informovala o tom, že do problémů v rodině se řadí např. rozvod či úmrtí. Dále S4 uvedla jako příčinu, nemoc dítěte. S1 navíc uvedla strach a šikanu, jak od rodiny, tak od učitelů či spolužáků.

Podkategorie 3 – Názor sester na vliv stresu na zdravý životní styl

V této podkategorii jsme zjišťovali, jaký mají sestry názor na vliv stresu na zdravý životní styl. Většina dotazovaných sester, krom S1, se shodla, že stres na zdravý životní styl vliv má. S3 zde uvedla, že do zdravého životního stylu patří prevence stresu. S4 podotkla, že určitá míra stresu má kladný vliv na zdravý životní styl dítěte.

Podkategorie 4 – Předcházení vzniku stresu

V této podkategorii nás zajímalo, jak lze stresu u dětí dle sester předcházet. Většina sester se shodla, že lze stresu předcházet, krom S4 a S5, které o této možnosti polemizují. S4 zde konkrétně uvedla: *„Každému stresu určitě předcházet nejde, utváří zároveň i naši osobnost do budoucna. Takže určitě není dobré chránit dítě úplně před vším. Ale určitě ho často dokážeme zmírnit. Proto je tak důležité trávit se svými dětmi spoustu času“* (S4). Jako nejčastějším řešením sestry zmínily, komunikaci a funkčnost rodiny a také koníčky dítěte. S1 uvedla jako jedno z možných řešení, jak stresu předcházet, snížit vystavování dětí stresorů (např. *„přesun na jinou školu či individuální přístup“* atd.). S2 by tento problém řešila pomocí dohody s rodiči, aby se před dítětem nehádali. S3 a S8 se shodly,

že by se předcházení stresu mělo konat pomocí fungující rodiny a dostatkem zájmů a spánku.

Kategorie 6 – Návykové látky u dětí

Tato kategorie o návykových látkách je velice ošemetná. Zaměřili jsme se zde na jednotlivé návykové látky, tj. alkohol, kouření cigaret a výskyt drog u dětí. Jako poslední podkategorii jsme uvedli způsob řešení toho problému.

Podkategorie 1 – Alkohol dle věku a pohlaví

V této části jsme se zaměřili na problematiku alkoholu u dětí. Polovina sester, konkrétně S1, S2, S3 a S5, se s alkoholem v ordinaci PLDD nesetkalo. Druhá polovina dotazovaných sester, se s alkoholem v nízké míře setkalo u starších dětí. S4 a S7 uvedly problém s alkoholem u starších dětí bez rozdílu pohlaví. S4 konkrétněji: „*Tak 1x do roka je to nějaké dítě s otravou alkoholem. Pro které je to tvrdá zkouška*“ (S4). S7 se nejvíce s problémem alkoholu setkává u dětí při přechodu ze základní školy na střední školu a učiliště. U S6 jsou to spíše chlapci od 14 do 17 let a S8 uvedla, že se naposledy setkala s tímto problémem u dívky okolo 16 let.

Podkategorie 2 – Kouření cigaret dle věku a pohlaví

V této podkategorii jsme zjišťovali, jak je to s kouřením cigaret u dětí dle věku a pohlaví. Necelá polovina sester, tj. S4, S6 a S8, se s problémem kouřením cigaret u dětí v ordinaci PLDD nesetkalo. Zbýlý počet dotazovaných sester se s touto problematikou setkala minimálně či občas u dětí staršího školního věku. Konkrétně S2, u dětí v 8. a 9. třídě. A S3 uvedla, že se s tímto problémem setkala více u chlapců nad 15 let.

Podkategorie 3 – Užívání drog dle věku a pohlaví

V poslední z návykových látek, jsme se zde zaměřili na užívání drog u dětí. Přesně polovina sester, tj. S3, S4, S7 a S8, se s užíváním drog nikdy nesetkalo. Druhá polovina se s drogami setkala pouze výjimečně. S1 zde uvedla, že se s tímto problémem setkala spíše u dětí s ADHD či u dětí z problematických rodin, u kterých tato závislost skončila i sebevraždou. S2 a S6 uvedla jako nejužívanější drogu, marihuanu. S2 konkrétněji odpověděla, že měli v ordinaci pouze 2 až 3 případy ve věku 16 až 18 let. Navíc S2 zmínila problematiku nalezení tohoto problému: „*Dle GDPR se lékař o dítěti vše nedozví, pokud bylo např. hospitalizované v nemocnici či v jiném zařízení, jedině když jim to řekne*

rodič či odevzdá dokumenty o hospitalizaci praktikovi“ (S2). S6 se zmínila, že problém s drogami je spíše u chlapců staršího školního věku.

Podkategorie 4 – Způsob řešení

V této podkategorii jsme se zaměřili na způsoby řešení problému s návykovými látkami. Nejčastěji dotazované sestry uvedly, rozhovory s rodiči či dětmi a doporučením k psychologovi a v krajních případech až psychiatrovi. Spíše se tyto problémy zjistí při preventivních prohlídkách. Sestry, které uvedly oba způsoby jsou konkrétně, S2, S7 a S8. S7 zde uvedla: „*Bazálně to musí řešit rodiče, my jen můžeme pomoci konzultací a odevzdání kontaktů na specializovaná pracoviště a na odborníky, kteří se této problematice věnují a mohou opravdu pomoci*“ (S7). A S8 navíc odpověděla, že dítě, které má problémy s alkoholem, následně odešlou do adiktologického centra. Naopak S5 na tuto otázku odpověděla, že řešení problému s návykovými látkami není jednoduché a nedá se vyřešit ze dne na den. S4 a S6 se shodly, že tento problém řeší domluvou s rodiči. S6 navíc uvedla, že odebírají moč na přítomnost omamných látek a následně toto řeší odesláním k psychologovi či psychiatrovi. S1 tento problém řeší pouze přes psychologa či psychiatra a S3 pouhým rozhovorem s rodiči a dítětem.

Kategorie 7 – Motivace pro povolání dětské sestry

V poslední, kategorii jsme se sester ptali na jejich motivaci pro výkon tohoto povolání. Všechny zodpověděly, že je tato práce s dětmi velice baví, starat se o ně a sledovat jejich pokroky. Pro ukázkou S3 odpověděla takto: „*Práce dětské zdravotní sestry v ordinaci PLDD mi umožňuje sledovat rozmanitý vývoj dětí u nás v ordinaci od jejich narození do 19 let. Těší mě, když se k nám posléze naši bývalí pacienti vrací jako rodiče se svými dětmi. MOTIVACE = HNACÍ SÍLA*“ (S3). A tato sestra, S4, odpověděla také velice krásně: „*Práce dětské sestřičky mě baví. Mám ráda děti a jejich pohled na svět. Jejich neoblomnou snahu se učit poznávat nové věci a tím učit i nás dospělé. S přibývajícimi roky strávenými v téhle práci jsem propletená s osudy spousty rodin. Poznávám spoustu radosti a na druhou stranu i bolesti s tím, jak si s námi osud pohrává. Ale vím, že bych v životě neměnila*“ (S4).

5 DISKUZE

Ve výzkumné části této bakalářské práce jsme se snažili splnit námi stanovené 3 cíle. Jako prvním cílem bylo zjistit znalosti dětí školního věku o zdravém životním stylu. Druhým cílem bylo zmapovat aktivní účast dětí školního věku na zdravém životním stylu. A jako třetím, posledním, cíle bylo zmapovat podíl sester u PLDD na výchově ke zdravému životnímu stylu u dětí školního věku.

Problematika zdravého životního stylu u dětí je v dnešní uspěchané době velice aktuální a důležitá. Počet dětí, které mají špatné návyky v oblasti zdravého životního stylu roste a je na nás, aby se tyto počty dětí snížily. Díky našemu výzkumu jsme zjistili, v jakých oblastech jsou největší problémy.

V kvantitativním výzkumném šetření jsme se zaměřili na děti mladšího a staršího školního věku, tj. 8 až 15 let. Respondentů bylo celkem 120. Tato výzkumná část byla uskutečněna pomocí nestandardizovaných dotazníků. Konkrétněji jsme porovnávali znalosti o ZŽS u dětí školního věku (mladší i starší) a jejich aktivní účast u dívek a chlapců. Podle věkové kategorie jsme získali vyplněné dotazníky od 54 dětí (45 %) mladšího školního věku a 66 dětí (55 %) staršího školního věku. V rozdělení podle pohlaví bylo celkem 62 dívek (52 %) a 58 chlapců (48 %) školního věku. V další otázce jsme se zaměřili na místo bydliště, kdy více, jak polovina, tj. 68 dětí (57 %) bydlí ve městě a 52 respondentů (43 %) žije na vesnicích.

Další oblastí, kterou jsme zjišťovali byla výživa u dětí, jak z hlediska denní četnosti, tak z hlediska návštěvy Fast-Foodů. K tomuto hledisku jsme došli pomocí ot. 4, 6, 7, 8 a 9 (Příloha 1). Z výzkumu vyplynulo, že si děti pod pojmem ZŽS nejčastěji představily zdravou výživu, tj. 70 (58 %). Znalosti o zdravé výživě byly správné u většího procenta zkoumaných dětí. Podle věkové kategorie měly přehled spíše děti staršího školního věku, ale i mladší děti, v tomto ohledu, neměly rozsáhlejší neznalosti oproti nim. Konkrétněji byl rozdíl ve znalostech o zdravotní nezávadnosti jídla z Fast-Foodů, kdy si 24 dětí mladšího školního věku (44 %) nebylo jisto, zda je zdravé či nikoli. Naopak u starších dětí, tj. 35 (53 %) tuto otázku zodpovědělo správně, že toto jídlo zdravé není. Z hlediska dodržování zdravé výživy se, jak dívky, tak chlapci shodly v četnosti jídel, tj. 4 až 5x denně. Podobně na tuto otázku odpověděly, tj. 5x denně, chlapci i dívky v bakalářské práci Benešové (2015). U návštěv Fast-Foodů, ale nikdo neopověděl, že by se zde nikdy nestravovali. Podobný počet dětí se shodlo, že do těchto podniků chodí 1x týdně, tj. 53

(44 %), či 1x do měsíce, tj. 50 respondentů (42 %). Konkrétněji chlapci spíše uvedly 1x do týdne, tj. 29 (50 %) a dívky spíše 1x do měsíce, tj. 34 (54,8 %). Obdobně četnost návštěv rychlého občerstvení, uvedli dívky i chlapci, 1x měsíčně (Vyorálová, 2005).

Dále jsme řešili problematiku dostatečného aktivního pohybu, do kterého jsme zahrnuli i sedavý způsob trávení volného času. Tuto složku ZŽS hodnotilo nejvyšší známkou podobný počet respondentů, tj. 67 (56 %), jako u zdravé výživy. K tomuto tématu se vztahují ot. 12, 13, 16 a 17 z uvedeného dotazníku (Příloha 1). Řešili jsme zde čas, který stráví denně aktivním pohybem a také sedavým způsobem (např. u počítače, mobilu, tabletu či televize). Znalosti, které jsme posbírali o času stráveným denně aktivním pohybem byly správné. Ale znalosti o sedavém způsobu byly chybné, kdy si děti školního věku myslely, že by se mělo denně maximálně sedět 1 až 2 hodiny, tj. 56 dětí (46,5 %). Správná odpověď na tuto otázku bylo méně jak 1 h, na kterou odpovědělo 33 dětí (27,5 %). U dodržování aktivního pohybu dotazované děti měly bezmála pravdu. Na první část o času stráveném nějakým aktivním pohybem za den, 30 dívek (48 %) odpovědělo správně, 1-2 h a 26 chlapců (45 %) uvedlo více než 2 h. V bakalářské práci Kuchařové (2019) bylo uvedeno, že se děti mladšího školního věku aktivně pohybují denně 1-2 h. V druhé části o denní délce sedavého způsobu života, uvedlo 30 dívek (48 %) 1-2 h a 21 chlapců (36 %) více jak 2 h, což znamená, že obě varianty jsou špatně. Správně odpovědělo 27 dětí (23 %), méně jak 1 h. Doba sedavého způsobu 1-2 h byla u dětí mladšího školního věku (Kuchařová, 2019). Zlepšila se od roku 2018, kde byla okolo 3 h denně (Dopitová, 2014). Dle Kalmana (2013) bylo zjištěno, že dívky sedí 2 h denně a chlapci 1 h denně. Děti bohužel více rády sedí, ale počty dotazovaných dětí, které sportují či vykonávají jiný aktivní pohyb, nejsou zanedbatelné.

Další oblastí byl pitný režim, na který správně odpověděla většina respondentů, 2 l a více denně. Toto rozmezí znalo celkově 43 dětí (36 %) z toho 22 dětí mladšího školního věku (41 %), ty starší odpověděly 1-2 l, konkrétně 24 dětí (36 %). Dívky a chlapci vypijí 2 l tekutin denně (Benešová, 2015). V bakalářské práci Kuchařové (2019) dívky i chlapci v průměru vypijí 1,5 l. Více dětí spíše dodržuje pitný režim, tj. 42 dětí (35 %), z toho 21 chlapců (36 %). Dívky nejčastěji odpovídaly, spíše občas, tj. 23 (37 %). Ze zkoumaného vzorku vyplynulo, že se pitný režim snaží děti dodržovat a znalosti o něm jsou většinou správné.

Další důležitou složkou ZŽS je dostatek spánku, kde jsme hodnotili znalosti dětí školního věku a aktivní účast u dívek a chlapců. V obou případech byly odpovědi převážně správné, tj. 9 h a více. U znalostí správnou odpověď spíše věděly děti mladšího školního věku, tj. 24 (44 %) a u aktivní účasti tuto odpověď uvedlo 19 chlapců (33 %). Tuto problematiku zkoumala také ve své bakalářské práci Prýgllová (2013), u které bylo zjištěno, že děti mladšího i staršího školního věku spí 8 až 10 h.

Nevystavování se stresovým situacím je další důležitou složkou ZŽS. V dnešní době je čím dál tím více stresu u dětí, např. velké nároky na výkon od rodičů i ve škole atd. V této oblasti jsme zjistili, že jsou děti vystavovány stresovým situacím 1x týdně, tj. 42 (35 %) a podobný počet 37 dětí (31 %) uvedl 1x do měsíce. V diplomové práci Bc. Houdové (2018) bylo zjištěno, že mladší i starší děti pocítují stres několikrát do měsíce. Takže se tento stav od roku 2018 nezměnil.

A poslední zkoumanou složkou ZŽS bylo neužívání návykových látek (alkohol a kouření cigaret). O problematice kouření cigaret jsme se dozvěděli, že dívky ani chlapci, tj. 86 respondentů (72 %), nekouří a ani to nechtějí zkoušet. Ty děti, které uvedly, že kouří, bylo pouhých 5, z kterých si 3 děti (60 %) uvědomují, že kouření není správné. V tomto ohledu, jsou děti správně poučené o nebezpečnosti kouření cigaret. Nejdříve roku 2013, bylo zjištěno, že více, jak polovina dětí staršího školního věku již někdy kouřit cigarety zkoušela (Prýgllová, 2013). Od roku 2015 se tento problém začal vyvíjet k lepšímu, kdy, jak dívky, tak chlapci nemají skoro žádné zkušenosti s kouřením (Benešová, 2015). A poslední pozitivní výsledek, byl zaznamenán roku 2018, kdy většina mladších i starších dětí vůbec nekouří (Houdová, 2018).

Zkušenosti s pitím alkoholu jsme zjistili u 27 dětí (22,5 %), takže naštěstí bylo převážně dětí, které alkohol nikdy nepili či nepijí. Také u konzumace alkoholu jsme zjistili zlepšení. Roku 2013 bylo zjištěno, že více starších dětí již někdy zkoušelo pít alkohol (Zdravý životní styl dětí staršího školního věku, 2013). Oproti tomu roku 2018 děti mladšího i staršího školního věku nepijí alkohol vůbec (Houdová, 2018).

Poslední otázka, která se vztahovala na informovanost dětí o ZŽS od sester u PLDD, vyšla podobně. 57 dětí (47,5 %) uvedlo, že již někdy informovány byly, ale 63 dětí (52,5 %) informováno nebylo. Například Kuchařová (2019) ve své bakalářské práci uvedla, že více jak polovina dětí nebyla o zdravé výživě informována od sestry v ordinaci PLDD.

V kvalitativním výzkumném šetření jsme se zaměřili na podíl sester u PLDD na výchově ke zdravému životnímu stylu u dětí školního věku pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Bylo zkoumáno 8 sester pracujících u PLDD v kraji Vysočina. V počáteční části jsme se zaměřili na jejich identifikační údaje, tj. věk, nejvyšší zdravotnické vzdělání, absolvované kurzy, školení či semináře, jak dlouho pracují na tomto pracovišti a celkově ve zdravotnictví. Všech 8 respondentek byly ženy. Věkové rozmezí sester bylo od 34 do 57 let. Jedna z respondentek, která má nejvyšší zdravotnické vzdělání odpověděla, že má hotové vysokoškolské magisterské studium a dále studuje doktorandské studium. Z 8 dotazovaných sester bylo zjištěno, že průměrná celková délka praxe, je 20 let. průměrná délka praxe respondentek v ordinacích u PLDD byla 12 let. Většina dotazovaných sester uvedla, že jako jejich počáteční pracoviště po dokončeném vzdělání bylo dětské oddělení v nemocnici.

Nejdříve jsme zjišťovali, jak jsou dotazované sestry na tom se znalostmi o ZŽS u dětí. Všech 8 dotazovaných sester řeklo, že si pod zdravým životním stylem u dětí představují zdravou výživu a dostatečný pohyb. S3 uvádí, že si pod zdravým životním stylem představuje: „*Klidnou harmonickou rodinu, pravidelný řád ve stravování, dostatek tekutin, ovoce a zeleniny, dostatek pohybu na čerstvém vzduchu, čas na hraní, čtení a vzdělávání, dostatečný spánek*“ (S3). Faktor, který nejčastěji sestry uváděly, že ovlivňují ZŽS, byla rodina. Pár sester uvedlo jako další faktory, kamarády, spolužáky a školu. U podílu sester na předávání znalostí dětem o ZŽS většina sester uvedla, že se na tomto předávání podílí. Nejvíce pomocí edukace rodičů při preventivních prohlídkách. Zaměřili jsme se i na rozdíly ve znalostech o zdravém životním stylu podle sester. Většina respondentek se shodují, že tyto rozdíly jsou. Z toho se polovina sester shodla, že největší rozdíly jsou u starších dívek, které si hlídají váhu a svůj celkový vzhled.

V další kategorii jsme se zabývali problematikou výživy u dětí. Konkrétněji druhem problému, četností výskytu, příčinami a způsobem nalezení a řešení. U druhu problému s váhou většina sester uvedla, že největší problém je s obezitou spíše v mladším školním věku. Mentální anorexii zde sestry uváděly pouze v nízké míře. Všechny dotazované respondenty se setkaly v různé míře s dětmi, které mají problémy s váhou. Kuchařová (2019) ve své bakalářské práci zjistila, že se sestry u PLDD nejvíce setkávají s problémem nadváhy a obezity u dívek školního věku a puberty. Mezi neuváděnější příčiny problémů s výživou jsme zjistili problémy v rodině, způsobu stravy, nedostatku pohybu atd. U nejčastějších způsobů nalezení příčin problémů s výživou sestry uvedly, rozhovory

s rodiči i dětmi při preventivních prohlídkách, kdy se zjišťuje aktuální váha a výška, při které se dospěje k BMI. V této části jsme zjišťovali, jaké způsoby sestry u PLDD využívají pro řešení problému s výživou. Nejčastěji zmiňované řešení je obezitologická poradna a pohovory s rodiči a dětmi. Alespoň jednu z těchto metod využívají všechny dotazované sestry. V bakalářské práci Kuchařové (2019) bylo zjištěno, že sestry u PLDD edukují děti o správné výživě i doporučením k výživovému poradci, pokud v ordinaci naleznou nějaký problém.

Třetí kategorie se vztahovala na problematiku úrazů u dětí v důsledku aktivního pohybu. Zařadili jsme sem četnost výskytu a příčiny tohoto problému dle věku a pohlaví. Většina sester se shodla, že se s úrazy u dětí setkávají méně často. Sestry uvedly, že se se tento problém nejčastěji týká buď mladších dětí anebo u dětí bez rozdílu věku a pohlaví. Například respondentka č. 3 vypověděla: *„Nepravidelně, spíše v letních měsících a převážně u chlapců mladšího věku.“* V této podkategorii nás zajímalo, jaké různé příčiny mohou způsobit úraz dítěte. Dotazované sestry jako nejčastější příčiny uváděly, nepozornost, různé sporty (fotbal, hokej), jízda na kole či kolečkových bruslích, skákání na trampolíně u menších dětí a také dnes populární parkur.

Čtvrtou kategorií tvořila problematika spánku u dětí, do které jsme zařadili jedinou podkategorii a to, příčiny, proč tyto problémy vznikají. Tyto příčiny jsme posuzovali podle věku a pohlaví respondentů. Skoro všechny sestry se zde shodly, že problémem se spánkem způsobuje internet, s tím spojené sociální sítě a televize do pozdních večerních hodin.

Pátá podkategorie nese název stres u dětí, kterého je v dnešní uspěchané době mnoho. Proto zde probíráme projevy, příčiny výskytu stresu u dětí, názory sester na vliv stresu na zdravý životní styl a také, jak se mu dá předcházet. Do podkategorie projevů dle věku a pohlaví jsme zjistili, že více jak polovina sester uvedla bolesti břicha a hlavy. Většina těchto sester uvedla tyto projevy bez rozdílu pohlaví i věku. V další podkategorii se většina sester shodla, že mezi nejčastější příčiny patří problémy v rodině a ve škole. Například respondentka č. 7 uvedla: *„Přijde mi, že děti jsou ve stresu víc, než by bylo zdrávo. Není čas na děti. Bud' jsou emocionálně oploštěné nebo moc chráněné. Abych pravdu řekla, setkávám se spíš se stresovanými dětmi než s těmi spokojenými, pohodovými, neustrašenými dětmi.“* Dále jsme zjišťovali, jaký mají sestry názor na vliv stresu na ZŽS. Většina dotazovaných sester se shodla, že stres na zdravý životní styl vliv

má. A jako poslední podkategorií bylo předcházení vzniku stresu u dětí. Zde se většina sester shodla, že lze stresu předcházet. Jako nejčastějším řešením sestry zmínily, komunikaci a funkčnost rodiny a také koníčky dítěte.

Šestou kategorií tvořila problematika návykových látek (alkohol, kouření cigaret a užívání drog) u dětí dle věku a pohlaví. S konzumací alkoholu u dětí se polovina sester v ordinaci PLDD nesetkalo. Druhá polovina dotazovaných sester, se s alkoholem v nízké míře setkalo u starších dětí. U kouření cigaret necelá polovina sester uvedla, že se s tímto problémem nesetkalo. Zbýlý počet dotazovaných sester se s touto problematikou setkalo minimálně či občas u dětí staršího školního věku. V poslední z návykových látek, jsme se zde zaměřili na užívání drog u dětí. Přesně polovina sester se s užíváním drog nikdy nesetkalo. Druhá polovina se s drogami setkala pouze výjimečně. Například respondentka č. 2 zmínila problematiku nalezení tohoto problému: „*Dle GDPR se lékař o dítěti vše nedozví, pokud bylo např. hospitalizované v nemocnici či v jiném zařízení, jedině když jim to řekne rodič či odevzdá dokumenty o hospitalizaci praktikovy.*“ Jako poslední podkategorii jsme uvedli způsob řešení problému návykových látek. Nejčastěji dotazované sestry uvedly, rozhovory s rodiči či dětmi a doporučením k psychologovi a v krajních případech až psychiatrovi. Spíše se tyto problémy zjistí při preventivních prohlídkách.

Poslední kategorií, tedy kategorií sedmou, jsme se sester ptali na jejich motivaci pro výkon tohoto povolání. Všechny zodpověděly, že je tato práce s dětmi velice baví, starat se o ně a sledovat jejich pokroky.

Po našem výzkumném šetření jsme zjistili, že znalosti dětí o zdravého životního stylu se podle věku neliší. Aktivní účast dětí na zdravém životním stylu se liší, jak u dívek, tak u chlapců. Díky častým pohovorům sester s dětmi a jejich rodiči, se tato situace může zlepšit.

6 ZÁVĚR

Téma bakalářské práce byla výchova ke zdravému životnímu stylu dětí školního věku. Stanovili jsme si 3 cíle této práce. Formou nestandardizovaných dotazníků jsme měli zjistit první 2 cíle vztahující se na znalosti dětí školního věku (mladší a starší) a zmapovat jejich aktivní účast na zdravém životním stylu. K těmto cílům byly stanoveny 2 hypotézy. Existují rozdíly ve znalostech o ZŽS u dětí mladšího a staršího školního věku? Existují genderové rozdíly v aktivní účasti na ZŽS u dětí školního věku? Výzkumný vzorek obsahoval 120 respondentů ve věku od 8 do 15 let. Ze statistického šetření vyplynulo, že v první hypotéze rozdíly ve znalostech o ZŽS u dětí mladšího a staršího školního věku nejsou. Děti mladšího i staršího věku mají nízkou míru znalostí o ZŽS. A ve druhé hypotéze se genderové rozdíly v aktivní účasti na ZŽS potvrdily.

Formou polostrukturovaných rozhovorů jsme měli zjistit poslední, třetí, cíl vztahující se na zmapování podílu sester u PLDD na výchově ke ZŽS u dětí školního věku. Byla stanovena jedna výzkumná otázka. Jak se sestry u PLDD podílí na výchově ke zdravému životnímu stylu u dětí školního věku? Výzkumný soubor byl složen z 8 sester pracujících v ordinacích PLDD. Všech 8 respondentek bylo sesbíráno v kraji Vysočina. Na předávání znalostí o ZŽS se na této problematice podílí sestry u PLDD vysokou měrou a často k tomu mají velkou osobní motivaci.

Poznatky z výzkumného šetření poslouží v případě zájmu sestrám pracujícím na dětském oddělení, PLDD, dětem a jejich rodičům nebo i pedagogickým pracovníkům. Práce je velice přínosná, jak z hlediska zjištění míry znalostí dětí mladšího a staršího školního věku o ZŽS, tak z hlediska aktivní účasti na něm.

7 Seznam použité literatury

- 1 ASTL, J., 2009. *Jak jíst a udržet si zdraví, aneb, vyvážený zdravý životní styl pro každý den*. Maxdorf. 328 s. ISBN 978-80-734-5175-2.
- 2 BÁRTLOVÁ, S., 2019. *Zdravotnická gramotnost u vybraných skupin obyvatel Jihočeského kraje*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2201-1.
- 3 BENDL, S., 2015. *Vychovatelství: Učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-4248-9.
- 4 BENEŠOVÁ, D., 2015. *Zdravý životní styl žáků základní školy* [online]. Plzeň: Západní univerzita v Plzni, Fakulta pedagogická [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: <https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/19870/1/BP%20Denisa%20Benesova.pdf>
- 5 BOLEDOVIČOVÁ, M., a kol., 2016. *Sociální determinanty zdraví u rodin s dětmi žijících v Jihočeském kraji*. Praha: NLN. 148 s. ISBN 978-80-7422-469-0.
- 6 ČÁBALOVÁ, D., 2011. *Pedagogika*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-2993-0.
- 7 ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- 8 ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J., 2018. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova. 204 s. ISBN 978-80-246-3809-6.
- 9 DOPITOVÁ, P., 2014. *Zhodnocení zdravotních rizik životního stylu u dětí staršího školního věku* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Fakulta zdravotně sociální [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: https://theses.cz/id/zq1dea/DP_-_Dopitov.pdf
- 10 FARIA FILHO, E., A. et al., 2015. Perceptions of adolescent students about drugs. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 68(3), 457-63, 517-23. doi 10.1590/0034-7167.2015680320i.
- 11 HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 702 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
- 12 HAVEL, J., JANÍKOVÁ, M., MUŽÍK, V., MUŽÍKOVÁ, L., 2016. *Analýza a perspektivy utváření pohybového a výživového režimu žáků na 1. stupni ZŠ*. Brno: Masarykova univerzita. 229 s. ISBN 978-80-210-8463-6.

- 13 HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
- 14 HOUDOVÁ, V., 2018. *Zdraví a jeho determinanty se zaměřením na životní styl žáků základní školy* [online]. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta pedagogická [cit.2020-04-27]. Dostupné z: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/32988/1/Zdravi_a_jeho_determinanty_se_zamerenim_na_zivotni_styl_zaku_ZS.pdf
- 15 HRNČÍŘOVÁ, D., RAMBOUSKOVÁ, J. a kol., 2012. *Výživa a zdraví*. Česko: Ministerstvo zemědělství, UK, 3. LF. 35 s. ISBN 978-80-743-4220-2.
- 16 CHRPOVÁ, D., 2010. *S výživou zdravě po celý rok*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2512-3.
- 17 JUCOVIČOVÁ, D., 2014. *Je naše dítě zralé na vstup do školy?* Praha: Grada. 141 s. ISBN 978-80-247-4750-7.
- 18 JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 19 KALMAN, M., et al. 2011. *O zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 112 s. ISBN 978-80-244-2985-4.
- 20 KALMAN, M., VAŠÍČKOVÁ, J., CSÉMY, L., 2013. *Zdraví a životní styl u školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 172 s. ISBN 978-80-244-3409-4.
- 21 KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
- 22 KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
- 23 KUČERA, D., 2013. *Moderní psychologie: Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4621-0.
- 24 KUCHAROVÁ, A., 2019. *Výživové návyky u dětí mladšího školního věku, z pohledu sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Fakulta zdravotně sociální [cit. 2020-05-13]. Dostupné z: https://theses.cz/id/z67t0i/BP_Kuchaov.pdf
- 25 KUKLA, L., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.

- 26 KUKAČKA, V., 2010. *Zdravý životní styl*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 176 s. ISBN 978-80-739-4105-5.
- 27 KUNOVÁ, V., 2011. *Zdravá výživa*. 2. vydání. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-80-247-3433-0.
- 28 LEGER, D. et al., 2012. Total sleep time severely drops during adolescence [online]. PLoS ONE. [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045204>
- 29 MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- 30 MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2016. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-271-0993-7.
- 31 MURIMI, M., W. et al., 2018. Factors that contribute to effective nutrition education interventions in children: a systematic review. *Nutrition reviews*. 76(2), 553-580. doi 10.1093/nutrit/nuy020.
- 32 PERIČ, T., 2012. *Sportovní příprava dětí*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4218-2.
- 33 PÍTHA, J., POLEDNE, R. a kol., 2009. *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-2488-1.
- 34 POLÁKOVÁ, P., 2019. *Jak rozvíjet pohyb, emoce a smysly: Pozorné a spokojené dítě*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2692-7.
- 35 PRÝGLOVÁ, L., 2013. *Zdravý životní styl jako součást edukačního cíle* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studiích [cit. 2020-05-13]. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/7904/80b5e9378ecd8894b8306ef5823b1c85a304.pdf>
- 36 RYCHTECKÝ, A., TILINGER, P., 2017. *Životní styl české mládeže: Pohybová aktivita, standardy a normy motorické výkonnosti*. Praha: Karolinum. 202 s. ISBN 978-80-246-3746-4.
- 37 SAUNDERS, R., P. et al., 2018. Physical and social contexts of physical activity behaviors of fifth and seventh grade youth. *Jurnal of school health*. 88(2), 122-131. doi 10.1111/josh.12587.
- 38 SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

- 39 SEIFERT, B., ČELEDVÁ, L. a kol., 2012. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum. 194 s. ISBN 978-80-246-2082-4.
- 40 SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.
- 41 SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
- 42 SKARUPSKÁ, H., 2016. *Filozofie a teorie výchovy* [online]. Praha: Hnutí R. 51 s. [cit. 2020-04-26]. ISBN 978-80-86798-70-7. Dostupné z: <http://jaroslavbalvin.eu/wp-content/uploads/2014/02/Filozofie-a-teorie-v%C3%BDchovy.pdf>
- 43 STELZIG, O., SEVECKE, K., 2019. Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 68(7), 592-605. doi 10.13109/prkk.2019.68.7.592.
- 44 ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
- 45 ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 46 THOROVÁ, K., 2015. *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
- 47 VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
- 48 VÉVODOVÁ, Š., IVANOVÁ, K. a kol., 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-4770-4.
- 49 Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. [online]. [cit. 2020-04-24]. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 137, s. 4360-75. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>
- 50 VYORALOVÁ, V., 2005. *Zdravý životní styl dětí a mládeže v kontextu procesu podpory zdraví* [online]. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/tq1hx/Rigorozni_praceNEW.pdf

8 Seznam příloh

Příloha 1 – seznam otázek k nestandardizovanému dotazníku pro 2 skupiny dětí školního věku (mladší a starší)

Příloha 2 – seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro sestry u PLDD

Příloha 3 – informovaný souhlas s rozhovorem od sester u PLDD

Příloha č. 1 – seznam otázek k nestandardizovanému dotazníku pro 2 skupiny dětí školního věku (mladší a starší)

Dobrý den,

jmenuji se Pavla Droberjarová a studuji obor všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych vás požádala o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku, který bude využit jako podklad k mé bakalářské práci. V tomto dotazníku potřebuji zjistit vaše znalosti o zdravém životním stylu a vaši aktivní účast na něm. Tento dotazník je anonymní a nebude použit k jiným účelům. Vaši odpověď, prosím zakroužkujte či vypište.

Předem vám děkuji za vaši spolupráci.

1) Kolik ti je let?

.....

2) Pohlaví:

a) dívka

b) chlapec

3) Bydlíš v:

a) městě

b) vesnici

4) Jak moc jsou důležité následující složky zdravého životního stylu?

(označuj od 1 do 5, kdy 1 – nejméně důležité a 5 – nejvíce důležité)

a) zdravá výživa	1	2	3	4	5
b) dostatek aktivního pohybu	1	2	3	4	5
c) dostatečný pitný režim	1	2	3	4	5
d) dostatek spánku	1	2	3	4	5
e) nevystavování se stresovým situacím	1	2	3	4	5
f) neužívání návykových látek	1	2	3	4	5

(alkohol, kouření, drogy)

5) Myslíš si, že žiješ zdravě?

a) ano

b) ne

c) nevím

6) Jak často si myslíš, že by se mělo denně jíst?

a) 3x

b) 4-5x

c) vícekrát

22) Pokud piješ alkohol, myslíš si, že je to správné (zakroužkuj, pokud si na předchozí otázku odpověděl/a ano)?

a) ano

b) ne

c) nevím

23) Povídala si s tebou někdy sestra u tvého dětského lékaře o správné životosprávě?

a) ano

b) ne

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Příloha č. 2 – seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro sestry u PLDD

- 1) Kolik Vám je let?
- 2) Můžete mi říci jaké máte nejvyšší zdravotnické vzdělání?
- 3) Vzděláváte se nějak dále či jste absolvovala nějaké certifikované kurzy, školení či semináře?
- 4) Jaká je Vaše celková délka praxe v oboru?
- 5) Jak dlouho působíte na současném pracovišti?
- 6) Co rozumíte pod pojmem zdravý životní styl u dětí?
- 7) Jaké faktory podle Vás nejčastěji ovlivňují zdravý životní styl u dětí?
- 8) Podílíte se aktivně na předávání znalostí dětem o zdravém životním stylu? Pokud ano, jakým způsobem?
- 9) Zaznamenáváte nějaké rozdíly ve znalostech o zdravém životním stylu u dětí dle věku a pohlaví? Pokud ano, jaké?
- 10) V jaké míře se setkáváte s dětmi, které mají problémy s váhou? Pokud ano, s jakými? U kterého pohlaví a věkové kategorie nejčastěji?
- 11) Jak zjišťujete příčiny tohoto problému s váhou a jaké to nejčastěji jsou?
- 12) Jak problém s váhou řešíte?
- 13) V jaké míře se setkáváte s úrazy dětí v důsledku aktivního pohybu? U kterého pohlaví a věkové kategorie nejčastěji?
- 14) V důsledku, čeho se nejčastěji tyto úrazy staly? U kterého pohlaví a věkové kategorie nejčastěji?
- 15) Setkáváte se s dětmi, které mají nějaké problémy se spánkem? Pokud ano, jaké příčiny nejčastěji problém se spánkem způsobují? U kterého pohlaví a věkové kategorie nejčastěji?
- 16) Setkáváte se se stresem u dětí? Pokud ano, jak se projevuje stres u dětí a v jakých situacích dle věku a pohlaví?
- 17) Ovlivňuje podle Vás zdravý životní styl stres u dětí?
- 18) Lze stresu u dětí nějak předcházet?
- 19) Setkáváte se s dětmi, které mají nějaké problémy s návykovými látkami? Pokud ano, u kterého pohlaví a věkové kategorie nejčastěji?
- 20) Jak tento problém s návykovými látkami řešíte?
- 21) Jaká je Vaše osobní motivace pro práci dětské sestry?

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas s rozhovorem od sester u PLDD

Byl/a jsem zkontaktován/a ohledně rozhovoru za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k bakalářské práci Pavly Droberjarové, která je studentkou Zdravotně-sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Tématem je *Výchova ke zdravému životnímu stylu dětí školního věku*. Tato práce se zaměřuje na výzkum týkající se podílu sester u PLDD na výchově ke zdravému životnímu stylu u dětí školního věku.

Vaše spolupráce na výzkumu této práce je dobrovolná. Tato účast potrvá zhruba 30 až 45 minut a bude zaznamenáván písemně tužkou na papír. Důraz je kladen na:

1. Anonymitu dotazovaných – v prepisech rozhovorů budou odstraněny identifikační údaje.
2. Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu.
3. Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – tzn., že budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je, pokud o to budete mít zájem.
4. Jako dotazovaný máte právo kdykoli odstoupit od této spolupráce na výzkumu, a to i v průběhu rozhovoru.

Děkuji Vám za pozornost věnovanou těmto informacím. Svým podpisem zde souhlasíte se svou účastí na této práci. Jeden výtisk tohoto formuláře náleží Vám.

Jméno dotazované/ho:

Jméno řešitelky práce:

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020