

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

DIPLOMOVÁ PRÁCE

(magisterská)

2013

Tomáš Hruboš

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

TVORBA A VERIFIKACE METODIKY SBĚRU DAT HBSC STUDIE NA
KOMUNÁLNÍ ÚROVNI

Diplomová práce

(magisterská)

Autor: Bc. Tomáš Hruboň, Rekreatologie

Vedoucí práce: Mgr. Jana Vokáčová

Olomouc 2013

Jméno a příjmení: Tomáš Hruboň

Název diplomové práce: Tvorba a verifikace metodiky sběru dat HBSC studie na komunální úrovni

Pracoviště: Katedra rekreologie

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jana Vokáčová

Rok obhajoby diplomové práce: 2013

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá vytvořením metodiky sběru dat HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) studie na komunální úrovni a verifikací této metodiky na konkrétním vzorku 344 dětí během regionálního šetření na základních školách ve Valašském Meziříčí. Metodika byla založena na strategii celonárodního sběru pro HBSC studii s využitím mezinárodního standardizovaného HBSC dotazníku z roku 2009/2010. Výsledkem práce je ucelená strategie sběru dat pro HBSC studii na komunální úrovni zahrnující harmonogram přípravy sběru, komunikaci s municipalitami a samotnou realizaci sběru v terénu. Konkrétní výsledky šetření v oblasti pohybové aktivity, stravovacích zvyklostí, sedavého životního stylu, kouření a konzumace alkoholu jsou dále porovnány s posledním celorepublikovým sběrem.

Klíčová slova: HBSC studie, životní styl, děti a mládež, pohybová aktivita, komunální politika.

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Tomáš Hruboň

Title of the master's thesis: Methodology creation and verification of HBSC study data collection at the municipal level

Department: Department of Recreology

Supervisor: Mgr. Jana Vokáčová

The year of presentation: 2013

Abstract:

This thesis deals with the creation of methodology HBSC study (Health Behaviour in School-aged Children) data collection at the municipal level and verification of this methodology in the particular sample of 344 children during a regional survey in primary schools in Valašské Meziříčí. The methodology was based on a nationwide collecting strategy for HBSC study by using a standardized international 2009/2010 HBSC questionnaire. The result is a comprehensive data collection strategy for the HBSC study at the municipal level, including the collection schedule preparation, communication with municipalities and the actual implementation of the field data collection. Furthermore, the specific results of the survey in physical activity, dietary habits, sedentary lifestyle, smoking and alcohol consumption are compared with the last nationwide data collection.

Key words: HBSC study, lifestyle, children and youth, physical activity, municipal policy

I agree with lending of the thesis in the library services.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně pod vedením Mgr. Jany Vokáčové a uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 28. dubna 2013

.....

Děkuji Mgr. Janě Vokáčové za cenné rady, které mi poskytla při zpracování diplomové práce. Dále děkuji panu PhDr. Petru Sadílkovi a panu Mgr. Michalu Kalmanovi za konzultace a paní Mgr. Dagmar Sigmundové, Ph.D. za pomoc se statistickou analýzou dat.

OBSAH

1	Úvod.....	10
2	Teoretická východiska.....	12
2.1	Životní styl v kontextu zdraví.....	12
2.1.1	Studie zabývající se ŽS dětí a mládeže.....	13
2.1.2	HBSC studie ve světě a u nás.....	16
2.2	Propojení výzkumu s praxí – zdravotní politika na komunální úrovni.....	18
2.3	Škola, jako ideální intervenční prostředí.....	20
2.4	Rozčlenění národní sítě zdravých měst, možná spolupráce při oslovování škol ..	22
2.5	Výzkumný soubor HBSC studie.....	23
2.5.1	Výzkumný soubor a PA.....	24
2.5.2	Výzkumný soubor a stravovací zvyklosti	25
2.5.3	Konzumace slazených nápojů, sladkostí a pokrmů z rychlého občerstvení ..	26
2.5.4	Výzkumný soubor a Kouření	27
2.5.5	Konzumace alkoholu	28
3	Cíle	29
3.1	Hlavní cíl.....	29
3.2	Dílčí cíle	29
4	Metodika.....	30
4.1	Sběr dat pro tvorbu teoretických východisek	30
4.2	Tvorba strategie sběru dat	31
4.3	Výzkumný vzorek.....	32
4.4	Dotazníkové šetření	34
4.5	Statistické zpracování dat.....	38
5	výsledky.....	40
5.1	Strategie sběru dat – příprava na sběr	40
5.2	Strategie sběru dat – realizace sběru	42
5.3	Shrnutí klíčových doporučení týkajících se přípravy na sběr	43
5.4	Shrnutí klíčových doporučení vyplývajících z realizace sběru	44
5.5	Ideální časový harmonogram strategie sběru dat	44
5.6	Výsledky sběru dat.....	45

5.6.1	Snídaně v pracovních dnech.....	46
5.6.2	Konzumace ovoce.....	48
5.6.3	Konzumace zeleniny.....	49
5.6.4	Konzumace sladkostí.....	50
5.6.5	Pravidelná pohybová aktivita.....	51
5.6.6	Pasivní trávení volného času.....	53
5.6.7	Čas strávený u počítače.....	55
5.6.8	Kouření tabáku alespoň jednou za týden.....	57
5.6.9	Konzumace alkoholu alespoň jednou za týden.....	59
6	Diskuse.....	60
7	Závěr.....	63
8	Souhrn.....	65
9	Summary.....	66
10	Referenční seznam.....	67
11	Seznam obrázků a tabulek.....	73
12	Přílohy.....	74

SEZNAM ZKRATEK

NZ – Národní zpráva

PA – Pohybová aktivita

VM – Valašské Meziříčí

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

1 ÚVOD

HBSC je mezinárodní výzkumná studie, která se zaměřuje na sledování, analýzu a vzájemnou komparaci životního způsobu mladých lidí. Prostřednictvím této studie získáváme velmi důležité informace, týkající se životního stylu dětí a mládeže v období, které je z hlediska utváření jejich budoucího životního stylu klíčové. Studie byla realizována již několikrát jak na mezinárodní (realizována 8x), tak i na národní úrovni (realizováno 5x) a bylo sesbíráno velké množství odborných dat, které daly pevné základy k publikační tvorbě různorodého charakteru.

Diplomová práce si klade za úkol obohatit tyto znalosti o nové poznatky přicházející ze silící poptávky po sběru dat na krajské a komunální úrovni. Tvorba strategie sběru dat je v této oblasti klíčová především pro pracovní týmy, které se v budoucnu budou snažit poptávku po sběru dat na komunální úrovni uspokojit. Sběr a analýza dat na komunální úrovni je logickým krokem, který zajišťuje konzistentnost celé studie. V současné době studie disponuje daty, která je možné porovnávat v několika časových rovinách a mezi jednotlivými státy. Poskytuje tedy odborné podklady k sledování trendů vývoje životního stylu dětí a mládeže. V blízké budoucnosti můžeme pole působnosti rozšířit na možnost komparace jednotlivých regionů nebo měst s celostátními nebo celosvětovými výsledky.

Takto zpracované informace, týkající se životního stylu dětí a mládeže jsou díky využití metodologie mezinárodně uznávané studie důležitým podkladem pro další práci s dětmi a mládeží a vytváření možností pro jejich další rozvoj ať už na úrovni vedení škol nebo obce.

Tvorba samotné strategie sběru dat stavěla na celonárodním výzkumu HBSC studie a vycházela z empirických poznatků dřívějších výzkumů obohacených o zkušenosti získané sběrem dat na komunální úrovni. Z šetření, které proběhlo v měsíci lednu a únoru roku 2013 na šesti základních školách ve Valašském Meziříčí bylo vyselektováno a zanalyzováno 344 dotazníků žáků 5., 7., a 9. tříd.

Výsledkem práce je ucelená metodika sběru dat pro HBSC studii na komunální úrovni zahrnující harmonogram přípravy sběru dat, komunikaci s municipalitami a vedením škol i užitečné rady pro realizaci samotného sběru. Vše je podloženo

zpracovanými výsledky realizované studie ve Valašském Meziříčí, které jsou podrobeny komparaci s posledním celorepublikovým sběrem dat HBSC studie.

Tato diplomová práce vznikla v rámci projektu "Sociální determinanty zdraví u sociálně a zdravotně znevýhodněných a jiných skupin populace (CZ.1.07/2.3.00/20.0063.)" a projektu "Posílení odborného potenciálu výzkumných týmů v oblasti podpory pohybové aktivity na Univerzitě Palackého (CZ.1.07/2.3.00/20.0171)".

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2.1 Životní styl v kontextu zdraví

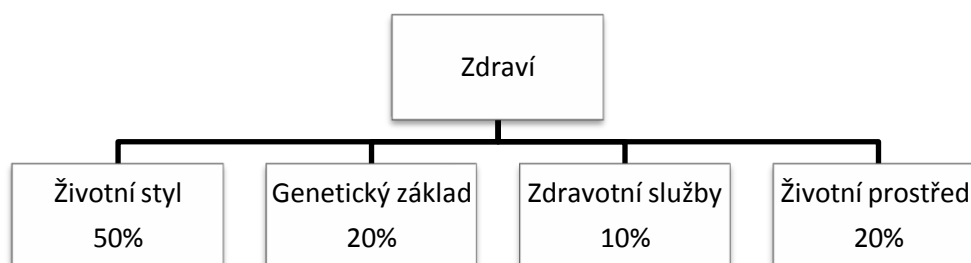
Životní styl můžeme charakterizovat jako projev člověka navenek, jako určitou osobní vizitku. K jeho utváření dochází v průběhu života, je ovlivňován nejen vnějšími faktory prostředí, ale také výchovou, vzděláním, interakcí s vrstevníky, genetickými predispozicemi, životním způsobem skupiny, do které je začleněn atd. Životní styl tedy můžeme chápat jako určitý projev osobnosti člověka (Slepičková, 2000).

Dle Velkého sociologického slovníku (1996) je životní styl strukturovaný souhrn životních zvyků, obyčejů, resp. akceptovaných norem. Podle Hodaně a Dohnala (2005, 86) je životní styl definován jako „soustava činností ve všech sférách života, jako tvorba, uspokojování životních potřeb, soustava všech sociálních a životních vztahů a systém všech životních hodnot a idejí, podmiňujících jednotlivé činnosti“.

Dle dostupných informací můžeme říci, že se životní styl, na rozdíl od životního způsobu zaměřuje na jednotlivce a je individuální. Obsahuje společné rysy se životním způsobem skupiny, které je jedinec součástí, což s sebou přináší řadu výhod i nevýhod. Životní styl můžeme tedy chápat jako určité osamostatnění, nebo jakási odlišnost od skupinové normy. Individuální životní styl tedy vypovídá o tom, jak člověk přistupuje k vlastnímu životu, jak jej vnímá, jakým způsobem realizuje vztahy s ostatními a jak se projevuje na venek jako osobnost.

Životní styl člověka jako individua ovlivňuje na nejzákladnější úrovni životní způsob celé společnosti. Životní způsob je možné pokládat za určitý projev kvality života dané skupiny či společnosti. Je určován četným množstvím faktorů, které způsobují značné rozdíly mezi jednotlivými státy a národy, ale i uvnitř národních společenstev (Hodaň, 2000). Životní styl nemůžeme vnímat jako statickou skutečnost, ale jako dynamický projev člověka, neustále se vyvíjející a měnící se stav. Každému období vývoje člověka náleží jiný životní styl, který vychází z nároků na člověka, požadavků společnosti, ale také potřeb samotného člověka. Můžeme tedy říci, že životní styl je významně ovlivněn společností a kulturou obecně, jeho konkrétní projev ovšem podléhá vlivům společnosti a doby, ve které se individuum nachází.

Životní styl je jedna z nejdůležitějších determinant zdraví¹, k jeho významnému utváření dochází již v období školní docházky. Tento fakt je důvodem, proč se v několika posledních letech řada studií zaměřuje právě na životní styl pubescentů a adolescentů.



Obrázek 1. Komponenty ovlivňující zdraví jedince (Kernová, 2006)

Obrázek znázorňuje procentuální zastoupení jednotlivých komponent ovlivňujících zdraví jedince, za nejdůležitější komponentu potom Kernová (2006) považuje životní styl.

V následující kapitole jsou prezentovány studie týkající se životního stylu obyvatelstva, nejdůležitější studie jsou pro zřehlednění a možnost porovnání se studií HBSC krátce charakterizovány. Jednotlivé studie se zaměřují na konkrétní oblasti, věkové kategorie nebo na specifická témata, která mají významný vliv na utváření životního stylu jedince.

2.1.1 Studie zabývající se ŽS dětí a mládeže

Studie HBSC, která je charakterizována v následujících kapitolách nestojí na poli výzkumu životního stylu sama. V minulosti i v současnosti zde figurovala s hned několika dalšími studiemi, které se buď specializují na jednotlivé kategorie ovlivňující životní styl dětí a mládeže, nebo na konkrétní výzkumný vzorek, případně geopolitickou oblast. Řadě

¹ WHO (2002) definuje zdraví jako stav tělesného, psychického a sociálního blaha

konkurenčních studií chybí komplexnost a globálnost - dvě komponenty, které hrají zásadní roli v úspěšnosti takového projektu a v neposlední řadě provázanost s nadnárodní korporací (WHO). Za podstatné stojí zmínit, že se studie HBSC realizuje v pravidelné, čtyřleté periodě již od roku 1982. Za toto období rozšířila členskou základnu sběru dat na 43 zemí světa. Na jednotlivých projektech spolupracuje na mezinárodní úrovni a výzkumný vzorek je složen z několika věkových skupin mládeže.

2.1.1.1 Mezinárodní studie zabývající se ŽS dětí a mládeže

General Health Questionnaire (GHQ)

General Health Questionnaire (Všeobecný zdravotní dotazník) považujeme za monitorovací prostředek pro identifikaci drobných duševních poruch v běžné populaci. Je vhodný pro všechny věkové kategorie (od adolescentů výše) a hodnotí aktuální stav respondenta v porovnání s běžným stavem. Zaměřuje se na krátkodobé poruchy a charakteristiky respondenta a opomíjí atributy dlouhodobého charakteru. Dotazník se zaměřuje na dvě hlavní oblasti – neschopnost vykonávat běžné životní potřeby a za druhé projevy nových stresujících podnětů. Dotazník je dostupný v několika verzích, které obsahují vždy určité množství otázek - 12, 28, 30 a 60 (Anonymous, 2013).

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

ESPAD je největší evropskou studií, která se zaměřuje na užívání návykových látek u dospívajících. Studie je realizována pravidelně každé 4 roky a to od roku 1995, do posledního sběru v roce 2011 se zapojilo 36 evropských zemí, včetně České republiky. Cílovou skupinou jsou studenti, kterým je v době sběru dat 16 let, v roce 2011 vyplnilo dotazník 3913 studentů. V České republice na realizaci projektu ESPAD dlouhodobě spolupracuje Psychiatrické centrum Praha (PCP), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) a Lékařské informační centrum (Anonymous, 2013).

GSHS – Global school-based student health survey (Globální studie o zdraví dětí školního věku)

Cílem této studie je poskytnout přesná data týkající se zdravotního chování studentů ve věku 13 až 15 let. Dotazníky se zaměřují na 10 základních témat: konzumace alkoholu, drog, kouření tabáku, stravovací návyky, hygienu, psychické a fyzické zdraví, ochranné faktory, sexuální chování, násilí a neúmyslné zranění. Studie se zaměřuje především na regiony Afriky, Jižní Ameriky, Asie a Pacifiku (Anonymous, 2013). V České republice nebyla tato studie realizována.

2.1.1.2 Národní studie zabývající se ŽS dětí a mládeže

Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice zaměřená na problematiku užívání drog.

Výzkum byl koncipován jako výběrové šetření, jakož cílem je nejen zjistit, jaká je úroveň fyzického a psychického zdraví populace ČR, ale také charakteristiky kvality života a přítomnost zdravotních rizik v chování populace (kouření, užívání návykových látek). Velká pozornost je věnována zkušenostem obecné populace s nejběžněji dostupnými drogami a prevalenci užívání, ať již celoživotní, nebo v posledním roce či měsíci (Anonymous, 2013).

Klíče pro život – děti v ringu dnešního světa

Výzkum v rámci projektu „Klíče pro život“ probíhal v letech 2010 a 2011 a realizoval jej Národní institut dětí a mládeže MŠMT. Tazatelé vyzpovídali 2 238 dětí z celé České republiky, které tvořily reprezentativní vzorek. Byl zaměřen na čtyři oblasti – rodinu, školu, kamarády a volný čas, a zkoumal, jakou roli v životě dětí hrají. Cílem šetření bylo zjistit a popsat, jak děti samotné hodnotí různé oblasti života, jak se cítí v rozličných prostředích, jaké jsou jejich hodnoty a životní postoje, jak jsou se svým životem spokojeny, co od něj očekávají a čeho se obávají. (Kohoutková, 2013).

2.1.2 HBSC studie ve světě a u nás

HBSC studie (Health Behavior in School-aged Children) je mezinárodní výzkumná studie Světové zdravotnické organizace (WHO), která se zabývá monitorováním životních způsobů dětí a mládeže. Studie vychází z faktu, že životní styl, jako jeden ze základních determinant zdraví je vytvářen v období dětství a dospívání.

Mezi dvě základní poslání HBSC studie, které byly vytyčeny již při jejím vzniku, patří výzkum zdraví adolescentů (porozumění zdraví a životnímu stylu dětí a mládeže) a vytvoření monitorovacího nástroje pro politická rozhodnutí (Roberts et al., 2009).

Studie se zaměřuje na monitorování životních způsobů mladých lidí již od 80. Let 20. století. Její vznik byl iniciován v Evropě v roce 1982. Nedlouho poté byl program studie přijat také Světovou zdravotnickou organizací. Během 25 let se studie rozšířila do 43 zemí a její profil se dramaticky rozšířil. V počáteční fázi byly země k účasti oslovovány, především potom prostřednictvím WHO. V posledních 15 letech je ovšem trend opačný; země samy o členství usilují (Roberts et al., 2009).

Studie se již od samotného začátku snažila v širších kontextech pochopit, jak mladí lidé žijí. Tento přístup pojatý v širších souvislostech tedy nezahrnoval pouze výzkum týkající se zdraví, zaměřoval se také na aspekty týkající se sociálního vlivu rodiny, vrstevníků, přátel, vztahy mezi chováním a zdravím a subjektivní vnímání zdraví. Do volby věkových skupin respondentů byly zahrnuty vývojové, sociální i psychologické aspekty. „Zvolené věkové skupiny – 11, 13 a 15 let – představují nástup adolescence, doby, kdy mladí lidé čelí tělesným a emocionálním změnám, a věk, kdy lidé začínají zvažovat důležitá životní a profesní rozhodnutí“ (Kalman et al. 2011, 29).

Síť HBSC v sobě zahrnuje jednotlivé členské země. Každá členská země má jeden národní tým. Každý národní tým vede hlavní řešitel, který byl formálně přijat shromážděním studie. Shromáždění se skládá z hlavních řešitelů jednotlivých členských zemí a je rozhodovacím orgánem v rámci studie (Kalman et al. 2011).

Získ informací prostřednictvím studie umožnil rozvinout dvě velké iniciativy WHO. V první řadě se jedná o Evropskou strategii zdraví u dětí a adolescentů, druhou

iniciativou jsou potom fóra HBSC/WHO ustanovená za účelem výměny informací, diskuzí a získávání nových poznatků o tom, jak vědecké důkazy ovlivňují praxi.

HBSC studie musí v jednotlivých zemích splňovat standardizovaný výzkumný postup. Tento postup je orientován na získání srovnatelných dat (Roberts et al., 2009). Dotazník se vždy skládá ze tří úrovní, tříd otázek. Jedná se o základní otázky, volitelné otázky, týkající se specifických okruhů a volitelné otázky, týkající se národních priorit (Roberts et al., 2009). Od počátku devadesátých let se po každém sběru dat vyhodnocuje a vypracovává mezinárodní zpráva, v současnosti jsou zprávy tematické.

Pro studii samotnou je prioritní otázkou publikování vědeckých článků. Důležitým cílem studie se tedy stává tvorba vědeckých poznatků týkajících se životního stylu mladých prostřednictvím sběru empirických dat a vytváření stabilní základy pro další bádání v této oblasti.

Vědecké články tvořené na základě HBSC studie můžeme rozdělit do čtyř základních kategorií: články popisné, články vysvětlující, třetí typ článků se věnoval souvislostem mezi modely chování a zdravotními opatřeními a čtvrtý typ článku se zaměřuje na vývoj zdravotnických a sociálních indikátorů. Od roku 2003 dochází k nárůstu množství a sofistikovanosti prací, vytvoření databáze, kde jsou registrovány všechny publikace a také dochází k navázání kontaktu s dalšími mezinárodními studii, zabývajícími se mladými lidmi (ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách a GSHS – Globální studie o zdraví dětí školního věku). Zvyšuje se také zájem externích subjektů (municipality, ale také např. UNICEF) o využití informací ze závěrečných zpráv.

HBSC Česká republika

Česká republika se poprvé zúčastnila studie v roce 1994, dále následovaly studie v čtyřletých rozestupech v letech 1998, 2002, 2006 a 2010. Cílem studií bylo získání nových poznatků o chování dětí školního věku, které byly získány na reprezentativním vzorku dětí z České republiky a propojení nových dat s již existujícími zprávami. Dotazníky v české studii použité vycházejí z anglického originálu, jsou děleny do několika specifických oblastí (zdravotní a psychosomatické obtíže, stravovací zvyklosti, pohybová

aktivita, kouření tabáku, konzumace alkoholu, užívání nelegálních drog a sexuální chování, užívání léků, rodina a úrazy).

2.2 Propojení výzkumu s praxí – zdravotní politika na komunální úrovni

Studie HBSC realizovaná v současném měřítku není a ze svého principu ani nemůže být samoúčelná. Pozbývala by jednak smysl a jednak svoji neméně důležitou součástí – využití v praxi. Získáváme díky ní komplexní přehled o životním stylu, tendencích jeho vývoje a trendech napříč různými věkovými skupinami dětí a mládeže. Tento ucelený pohled na současného zástupce mladé generace nám vytváří jistý rámeček, na který je vhodné během vytváření zdravotní politiky, intervencí v oblasti životního stylu, realizace projektů souvisejících s životem mladých lidí atd., reagovat.

Příklady ze zahraničí nám ukazují, jakým způsobem dochází k propojení získaných dat z výzkumu s politickými rozhodnutími, které mají sílu sledovanou skupinu obyvatelstva ovlivnit na praktické úrovni. Takovému politickému rozhodování říkáme „rozhodování na základě důkazů (evidence based decisions)“. Cílovou skupinou takového rozhodnutí potom nejsou jednotlivci, ale celá společnost nebo skupina obyvatelstva dané země. Rozhodování na základě důkazů je relativně dobře rozvinuté v oblasti medicíny, naopak vývoj v oblasti veřejného zdraví je velmi mladý. V současné době ve většině zemí důkazy informují, ale nespoluutvářejí rozhodnutí ovlivňující veřejné zdraví (Mowat, 2007). V první fázi takového vzájemně propojeného procesu stojí kvalitní výzkum, který se následně v druhé fázi přetváří do praxe v konkrétním reálném prostředí. Výsledná data z takového výzkumu musí být jasně interpretována a přístup k řešení zjištěných problémů je multidisciplinární, zaměřuje se tedy na problém z několika úhlů pohledu. V třetí fázi dochází k tvorbě intervencí na několika úrovních státní správy - národní, krajské a obecní (Brownson, Fielding & Maylahn, 2013).

Na tomto principu funguje i celorepublikový sběr, který vytváří prostředí a podklady pro politická rozhodnutí na nejvyšších úrovních. Sběr dat na komunální úrovni se samozřejmě týká pouze oblasti, kde byla data sesbírána. Proto se podklady se sběru na této úrovni primárně využívají pro politická a jiná rozhodnutí na úrovni města, školy, komunity, atd. a stávají se silnou pomůckou pro prosazování klíčových opatření. Jako

příklad může být uvedena jedna z mnoha otázek, který dotazník obsahuje a která může poměrně explicitně poukazovat na nedostatečně řešenou situaci docházení, případně dojíždění dětí na kole do prostor školy:

„Co by zlepšilo tvou cestu do školy pěšky nebo na kole nebo co by tě přimělo do školy chodit pěšky nebo jezdit na kole?“ (výběr z nabídky)

- nepřerušovaná stezka pro chodce nebo kola
- širší chodníky nebo cesty
- méně rušná doprava
- lepší pouliční osvětlení

Vedení města má nepochybně významnou možnost ovlivnit úroveň všech nabízených možností a na základě politických rozhodnutí navýšit procentuální zastoupení dětí, které se do školy dostávají pomocí aktivního transportu.

Za důležitou součást řízení komunální politiky na úrovni obcí je tzv. zdravotní politika, neboli snaha o vytváření a ochranu zdravých životních podmínek a podporování zdravého způsobu života. Tyto snahy jsou zaměřeny především na primární prevenci, ale také na poskytování zdravotnických služeb obyvatelstvu. Zdravotní politika by tedy měla jistým způsobem zahrnovat požadavky a potřeby obyvatel určitého regionu. Zákon číslo 128/2000 Sb. svěřuje obci do své působnosti zabezpečení ochrany a rozvoje zdraví svých občanů (Anonymous, 2013).

Dle Kalman, Hamřík & Pavelka (2009) patří mezi povinnosti municipalit z hlediska zabezpečení ochrany a rozvoje zdraví svých občanů především interakce, ovlivňující zdravotní chování občanů města například ochrana před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, především u mladých, realizace preventivních a osvětových akcí, podpora sportovního vyžití a podpora pohybové aktivity obecně, ale také například budování a správa zdravotnických zařízení.

Jednou z nejnútnejších interakcí na změnu životního stylu především u dětí a mládeže je tzv. podpora pohybové aktivity. Po realizaci reformy veřejné správy se v České republice významně rozšířilo pole působnosti nižších správních celků, jako jsou kraje, města a obce. Podpora pohybové aktivity tedy nově spadá pod jejich kompetence (Kalman, Hamřík, Pavelka & 2009). Obec podle zákona 128/2000 Sb. pečuje o všestranný rozvoj na

území obce a uspokojování potřeb občanů. Obec jako taková se snaží vytvářet vhodné prostředí pro podporu pohybové aktivity obyvatel a zdravý životní styl.

Dle WHO (2006) nejvýznamnější překážky pro aktivní životní styl zahrnují obavy z kriminality a nebezpečí na silnicích, emise z dopravy a znečištění, problémy s dostupností anebo nedostatkem sportovních zařízení a negativní postoje v oblasti pohybové aktivity a aktivního způsobu dopravy. Dokument dále vybízí municipality k tomu, že příležitosti pro pohybovou aktivitu je třeba vytvářet nedaleko místa bydliště spolu s tvorbou čistého prostředí a dostatkem zeleně.

Municipality by se také měly participovat na multioborovém propojení podpory pohybové aktivity s dalšími organizacemi, které realizují své projekty v této oblasti. Jedná se například o spolupráci v oblastech urbanistiky, výstavby chodníků, cyklostezek, dětských hřišť, ale také v oblastech sportovního vyžití obyvatelstva, jako je výstavba a provozování sportovišť, podpora talentů, podpora neziskových organizací působících na poli volného času obyvatelstva, vzdělávání atd. (Kalman, Hamřík & Pavelka, 2009).

2.3 Škola, jako ideální intervenční prostředí

Podpora pohybové aktivity a intervence do životního stylu dětí a mládeže probíhá významnou měrou ve školním prostředí. Z dlouhodobého hlediska zaznamenává světový vývoj v oblasti pohybové aktivity a výživy dětí spíše negativní charakter. Dochází ke snižování úrovně pohybové aktivity a zvyšuje se prevalence obezity, například v Anglii se během posledních 20 let ztrojnásobil výskyt obezity u dětí (Department of Health, 2004). V průběhu dětství získávají děti základní sociální a zdravotní návyky, které si uchovávají po celý život, spolu s rodinným prostředím tvoří školní prostředí ideální podmínky pro intervenci do jejich životního stylu. Škola je důležité místo, ve kterém mohou žáci chránit a rozvíjet zdraví. Vnímání zdraví a jeho rozvoj u dětí školního věku může být podmíněn přístupem školy k žákům i obsahem použitých osnov (WHO, 2000).

Školní prostředí je z tohoto úhlu pohledu velmi zajímavé. Nejen, že je v celé české republice školní docházka povinná, je zde ale také velmi štědře časově dotována, děti ve škole tráví téměř třetinu celého dne. Mezi důležité prvky, které mohou ředitelé škol, velmi často s minimálním finančním zatížením, aplikovat patří například: využití aktivních

přestávek, podpora aktivního docházení do školy (pěšky, na kole), nabídka odpoledních programů a zájmových kroužků po škole, navýšení hodinové dotace tělesné výchovy. Mezi další možnosti můžeme zařadit zpřístupnění školního hřiště a dalších prostor i v době po vyučování nebo v hodinách tělesné výchovy preferovat zacílení pohybové aktivity alternativního (ne výkonnostního) charakteru (Hamřík, záznam Česká televize, Životní styl českých dětí, 2012).

Vliv zde také sehrávají odborné semináře a přednášky pro školní děti týkající se zdravého životního stylu či stravovacích zvyklostí. Za názorný příklad můžeme považovat tři projekty, které v oblasti podpory zdraví a zdravého stravování ve školských zařízeních v ČR zaujímají významnou pozici.

- program ŠPZ (škola podporující zdraví) se stal první programem v ČR, který po revoluci přinesl ucelený pohled na změnu pojetí školních zařízení s ohledem na podporu zdraví. Svým zaměřením program podpory zdraví ve škole od svého začátku aktivně přispívá k procesu zkvalitňování českého školství jako celku. V praxi školy to znamená, že všechno, co se ve škole děje záměrně (vyučované kurikulum, školou organizované činnosti) a zároveň všechno, co se v ní děje živelně (skryté kurikulum, kultura či ethos školy), se pedagogové učí promýšlet a ovlivňovat s ohledem na možné důsledky pozitivní (protektivní, podporující zdraví), ale i důsledky negativní (rizikové, ohrožující zdraví). Veškeré dění ve škole a jeho důsledky působí na zdraví všech účastníků – žáků, zaměstnanců, rodičů, spoluobčanů v obci (Anonymous, 2013),
- projekt Škola plná zdraví spolupracuje s jídelnami mateřských a základních škol s cílem zvýšit kvantitu a kvalitu konzumace zeleniny u jejich strážníků, především dětí, protože velká část dětské populace je ohrožena nadváhou a obezitou. Do projektu se zapojilo již 1040 škol po celé republice a je zaštitěn Společností pro výživu a odborným garantem je MUDr. Petr Tláška, CSc (Anonymous, 2013),
- projekt Zdravá Pětka, je realizován na základě podpory nadačním fondem Albert, jedná se o celorepublikový vzdělávací program pro mateřské a základní školy. Zaměřuje se na oblast zdravého stravování, kdy prostřednictvím

dvouhodinových bloků lektoři seznamují děti zábavnou interakcí s možnými stravovacími alternativami. Cílem hodiny je motivovat děti k automatickému přijetí zásad zdravé výživy a jejich přirozené implementaci do životního stylu (Anonymous, 2013).

2.4 Rozčlenění národní sítě zdravých měst, možná spolupráce při oslovování škol

„Národní síť Zdravých měst ČR je asociací aktivních místních samospráv, které se programově hlásí k principům udržitelného rozvoje, zapojují veřejnost do rozhodovacích procesů a podporují zdravý životní styl svých obyvatel. V souhrnu lze říci, že Zdravá města, obce a regiony se promyšleně snaží utvářet město (obec, region) jako kvalitní a příjemné místo pro život na základě dohody s místními obyvateli“ Anonymous (2006). Projekt Zdravá města byl v roce 1988 iniciován OSN – Světovou zdravotnickou organizací. Původní název byl WHO Healthy Cities Project, ke kterému byla přizvána řada měst, v současné době se do projektu zapojilo již více než 1300 měst. Do projektu se zapojila i Česká republika, když v roce 1994 vytvořilo 11 měst asociaci s názvem Národní síť Zdravých měst České republiky (NSZM ČR). Do asociace se v průběhu let zapojilo více než 100 českých a moravských měst, obcí, popř. regionů.

V rámci jednotlivých států Evropy vznikají sítě, které vzájemně spolupracují. Nesmíme národní síť vnímat pouze jako určitou úřední aktivitu, jedná se spíše o komunitní projekt otevírající dveře občanům, kterým není lhostejný život a úroveň života v dané lokalitě a kteří se svým rozhodováním chtějí na jeho úrovni podílet.

Mezi základní vize Zdravého města (obce, regionu), dle Anonymous (2013) patří:

- Udržitelné město
- Město pro děti
- Zdraví jako životní styl
- Město jako domov
- Město informací a technologií
- Prosperující město
- Naše město stojí za to vidět

Napojení na Národní síť zdravých měst může při získávání souhlasu k výzkumnému šetření od vedení základních škol hrát významnou roli. Národní síť bývá s vedením školy často v úzkém kontaktu a vzájemně se v aktivitách, které podporují základní vize Zdravých měst, podporují. HBSC studie vytváří teoretickou základnu a podklady pro tvorbu významných dokumentů, na základě kterých jsou přijímány rozhodnutí na politické úrovni. HBSC studie svým výzkumem zasahuje do oblasti „Město pro děti“ a „Zdraví jako životní styl“.

Města, která realizují principy „Zdravého města“ řadí mezi své priority také tvorbu tzv. zdravotního plánu. Jeho nejdůležitějším cílem je vytvořit základní rámec a priority v oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu obyvatelstva. Plán se zpracovává na základě odborné analýzy, která poskytuje představitelům města vstupní data, týkající se zdravotního stavu obyvatelstva. V programové části se rozpracovávají priority města, formulují opatření a projekty a vytváří aktivity a nástroje, pomocí kterých bude vytyčených cílů dosaženo. V poslední fázi dochází k realizaci projektů a aktivit (Marečková, 2011). Na příkladu Zdravotního plánu města Jihlavy, které je součástí sítě zdravých měst je patrných hned několik oblastí pro které by analýza prostřednictvím HBSC studie na komunální úrovni byla významným přínosem. Do těchto oblastí řadíme například:

- zdraví mladých – zavést zdravé stravování, rozvíjet preventivní programy
- zdravější životní styl – zvýšení pohybové aktivity obyvatel, atd.

2.5 Výzkumný soubor HBSC studie

V následující kapitole jsou prezentovány teoretické podklady vztahující se k vyhodnocené části dotazníku, prezentované ve výsledkové části. Do teoretických podkladů a výsledkové části byly zahrnuty otázky z oblasti zdravotních determinant životního stylu. Konkrétní otázky se potom zaměřují na stravovací zvyklosti, pohybovou aktivitu, pasivní trávení volného času, kouření a konzumaci alkoholu.

2.5.1 Výzkumný soubor a PA

Benefity pravidelné pohybové aktivity na fyzické, psychické i sociální zdraví jedince jsou obecně známy a jsou velmi dobře zdokumentovány např. (Colley et al., 2011; Guthold et al., 2010; Bauman, 2004). V následující kapitole jsou v krátkosti shrnuta nejdůležitější fakta týkající se výzkumného souboru studie a jejich vztahu k pohybové aktivitě.

Výzkumný soubor studie je tvořen chlapci a děvčaty ve věku 11, 13 a 15 let (ve většině evropských zemí je v tomto věkovém období povinná školní docházka). Dospívání je doba, která je časově ohraničena dětstvím a dospělostí, jeho první polovina je pojmenována termínem pubescence. Jedná se o období mezi 11. a 15. rokem života (Vágnerová, 1999). Druhá polovina je pojmenována jako adolescence. „Zvolené věkové skupiny – 11, 13 a 15 let – představují nástup adolescence, doby, kdy mladí lidé čelí tělesným a emocionálním změnám, a věk, kdy lidé začínají zvažovat důležitá životní a profesní rozhodnutí“ (Kalman et al., 2011, 29). Na průběhu dospívání závisí proces dalšího vývoje a vytváření osobnosti jedince, upevňuje se životní styl jedince a jedinec si vytváří důležité životní postoje týkající se pohybové aktivity, stravovacích zvyklostí atd., které si přenáší do dalšího života. Toto období je rozhodujícím přípravným stádiem pro jeho budoucí uplatnění. Pravidelná účast dětí a mládeže v organizované i volnočasové pohybové aktivitě příznivě ovlivňuje také její vyšší provádění v dospělosti (Barnekow – Bergkvist et al. 1996).

„Pohybová aktivita je jednou z nejdůležitějších komponent zdraví a zdravého životního stylu. Na tomto tvrzení se shodují všechny významné organizace v čele se Světovou zdravotnickou organizací“ (Kalman, Hamřík & Pavelka, 2009, 13). V současné době je svět svědkem signifikantního nárůstu hromadných neinfekčních nemocí, jakými jsou ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda, hypertenze, diabetes mellitus 2. typu atd. Tato onemocnění, souhrnně označovaná jako onemocnění „civilizační“ jsou příčinnou 60% všech úmrtí na světě (WHO, 2002). „Pravidelné cvičení a přirozená (obvyklá, habituální) pohybová aktivita jsou spolu s přiměřeným příjmem energie nejlepším, nejbezpečnějším a ekonomicky nejméně náročným preventivní (a často i léčebným) prostředkem většiny civilizačních onemocnění“ (Stejskal, 2004, 12).

Ačkoli je pohybová aktivita důležitá pro optimální růst a vývoj dítěte, většina dětí v rozvinutých zemích není dostatečně aktivní. Přibližně 9% chlapců a 4% dívek dokážou realizovat 60 minut středně až velmi namáhavé pohybové aktivity (moderate-to-vigorous physical activity) nejméně 6 dní v týdnu (Pabayo, Maximova & Spence, 2012). Kanadské děti a adolescenti stráví 8.6 hodiny denně, tj. 62% bdělé části dne, sedavým životním stylem (Colley et al., 2011).

Nedostatek pohybové aktivity a sedavý způsob života ve školním věku je globální problém rozvinutých (Koopman, et al., 2012) i rozvojových zemí (Guthold et al., 2010). Pohybová aktivita během dětství a dospívání přináší několik zdravotních výhod (Mandic et al., 2012). Ze studie, která se zabývá pohybovou aktivitou a sedavým způsobem života mezi dětmi navštěvujícími povinnou školní docházku (72,845 probandů z 34 zemí, které se participují v Global School-based Student Health Survey - GSHS) vyplývá, že pouze velmi malé množství žáků se participuje na pohybové aktivitě na dostatečné úrovni. Ve větší polovině zemí stráví více než třetina žáků tři nebo více hodin sedavými aktivitami. Do tohoto času se neřadí čas strávený seděním ve škole nebo nad domácími úkoly (Guthold et al., 2010). Mezi zdravotní přínosy pohybově aktivního životního stylu řadíme především nižší riziko výskytu obesity, ICHS, srdečního infarktu a mozkové mrtvice, diabetu mellitu 2. typu a rakoviny tlustého střeva a prsu. Bylo také prokázáno, že pohybová aktivita během dětství a dospívání významně snižuje riziko obezity u dětí i dospělých (Parsons, 1999). Z globálního hlediska by mohlo být zabráněno 1.9 miliónů úmrtí v případě dostatečné pohybové aktivity obyvatelstva. Vysoká úroveň pohybové aktivity ve věku 9 až 18 let, zejména pokud je pravidelná prokazatelně predikuje vysokou úroveň prováděné pohybové aktivity v dospělosti. Druh vykonávané pohybové aktivity v dětství přitom nemá významný vliv na úroveň pohybové aktivity v dospělosti (Bull et al., 2004; Bauman, 2004).

2.5.2 Výzkumný soubor a stravovací zvyklosti

Dle dvouleté studie stravovacích zvyklostí dětí (Tin et al., 2012) vyplývá, že 85,3% dětí snídá doma, 9,4% snídají mimo domov a 5,2% snídání vynechává úplně. Následkem konzumace snídaně mimo domov, nebo její úplné vynechání má za následek nárůst BMI

během dětství. Zvýšená frekvence konzumace jídla a každodenní snídaně jsou nepřímo spojeny s výskytem dětské obezity. Dle Marinov, Pastucha a kol. (2012) způsobuje vynechání snídaně využívání energie ze zásobního metabolismu, který se následně doplňuje v podvečerním čase. Studie (Antonogeorgos et al., 2011), do které bylo zařazeno 700 dětí ve věku 10 až 12 let, dokazuje, že děti, které konzumují více než tři jídla za den a pravidelně snídají, mají dvakrát menší pravděpodobnost mít nadváhu nebo se stát obézními, než děti, které tak nečiní.

V rámci zachování zdravého stravování, by mělo být součástí každodenního jídelníčku alespoň 5 porcí ovoce nebo zeleniny (Anonymous, 2006). Diety, které jsou bohaté na ovoce a zeleninu prokázaly, že snižují riziko chronických onemocnění a mnoha typů rakoviny (Maynard et al., 2003). I přes tyto zdravotní přínosy lidé nedokážou konzumovat doporučené množství ovoce a zeleniny. Děti se rodí s genetickými preferencemi ke konzumaci sladkých potravin před potravinami, jako je listová zelenina (Osborne et al., 2012). Úloha rodičů je v tomto případě velmi podstatná. Zakomponování ovoce a zeleniny do jídelníčku dětí má významný vliv na jeho pozdější zvýšenou konzumaci v dospělosti.

Významné propojení vlivu rodičů na své děti vyplývá ze studie (Bjelland et al., 2011), týkající se konzumace ovoce, zeleniny a slazených nápojů. Studie se zúčastnilo 1528 norských dětí ve věku 11 let spolu s jejich rodiči. Z výsledků je patrný například dvojnásobný nárůst konzumace slazených nápojů a snížený příjem ovoce a zeleniny během víkendu – tj. v období, kdy jsou děti převážně doma. Zvyšování povědomí týkající se zdravého stravování rodičů, může zlepšit stravovací návyky adolescentů (Bjelland et al., 2011).

2.5.3 Konzumace slazených nápojů, sladkostí a pokrmů z rychlého občerstvení

Konzumace energeticky bohatých pokrmů s nízkou výživovou hodnotou (sladkosti, fast-food) může narušit pravidelný stravovací režim a konzumaci plnohodnotných jídel. (Babinská, Vitráriušová, & Rosinský, 2007). Sladkosti a slazené nápoje obsahují velké množství jednoduchých cukrů a nejsou pro výživu dětí vhodné. Pravidelná konzumace slazených nápojů pozitivně koreluje s obezitou a abdominální obezitou (Shang et al.,

2012). Tvrzení potvrzuje také studie autorů Ludwig, Peterson & Gortmaker (2001), která poukazuje na to, že konzumace cukrem slazených nápojů je prokazatelně spojována s obezitou u dětí a adolescentů. Během 19 -ti měsíční studie došli autoři ke zjištění, že konzumace slazených nápojů prokazatelně koreluje s BMI a s výskytem obezity. Výskyt dětské obezity se dramaticky zvyšuje po celém světě. Například v Taiwanu se procento obézních dětí dramaticky zvýšilo během 18 let z 2% na 17% (Chang, Nayga, 2010). „Spotřeba nealkoholických nápojů se za posledních dvacet let zvýšila trojnásobně, 50-85% dětí ve škole konzumuje alespoň jeden nealkoholický nápoj denně a na celkové energetickém denním příjmu se tyto nápoje mnohdy podílí 10-15%“ (Marinov, Pastucha et al., 2012). Dle výzkumu O'Donnell et al. (2008), který se zabýval systematickým hodnocením kvality jídel (obsahem živin) v restauracích s rychlým občerstvením (Houston, USA), splnilo kritéria Národního program školního stravování (Nation School Lunch Program) pouze tři procenta nabízených dětských jídel. Tyto jídla mohou dle studie přispět ke správné výživě dětí, podstatný je ovšem fakt, že jídla jsou v nabídce restaurací méně časté.

2.5.4 Výzkumný soubor a kouření

Kouření se spolu s dalšími faktory nezdravého životního stylu významnou měrou podílí na vzniku hromadných neinfekčních onemocnění. Asi 80% dospělých kuřáků začalo kouřit ve věku do 18 let a téměř všichni kuřáci poprvé vyzkoušeli cigaretu do 20 roku. Pokud se tedy s prevencí kouření začne již v raném věku, je velmi pravděpodobné, že se osoba nikdy nestane pravidelným kuřákem. Vyjma některých skupin (ženy ze střední a východní Evropy) dochází v evropských zemích k poklesu kouření u mladých lidí (Ellickson, McGuigan & Klein, 2001).

Zajímavé zjištění také nabízí studie (Verkooijen, Nielsen & Kremers, 2009), která se zabývá motivy pohybové aktivity ve volném čase a vztahy s kouřením. Účast na pohybové aktivitě ve volném čase za účelem soutěže nebo posílení přátelství má u mužů inverzní vztah s kouřením, naopak u žen (trávení volného času za účelem hubnutí nebo posílení sebevědomí) je vztah ke kouření posilován. Toto zjištění souvisí s faktem, že ve

většině zemí ve věkové skupině adolescentů přestává převládat mužské pohlaví, jako dominantní ve spotřebě tabákových výrobků.

Preventivní strategie zaměřující se na kouření by se měly realizovat již v prostředí základní školy. Studie (Whitley et al., 2012) upozorňuje, že dochází k velkému nárůstu zkušenosti s kouřením u adolescentů v prvním ročníku střední školy. Na tento negativní jev je nutné nahlížet z širšího úhlu pohledu, protože je velmi často v blízké interakci s dalšími druhy negativního sociálního chování, jako je konzumace alkoholu a kouření marihuany, popř. dalších drog.

2.5.5 Konzumace alkoholu

Nadměrná konzumace alkoholu je významný společenský problém, spolu s kouřením se jedná se o jediné drogy, které jsou celospolečensky tolerovány. Řadí se také mezi jeden z významných rizikových faktorů hromadných neinfekčních onemocnění (Rehm et al. 2009). Jeho konzumace se v evropské populaci podílí na předčasné ztrátě zdraví v 11,6 % (17,3 % u mužů a 4,4 % u žen) a zapříčiňuje 6,5 % všech úmrtí (11,0 % u mužů a 1,8 % u žen). Konzumace alkoholu zapříčiňuje odhadem 3 – 8% všech úmrtí a způsobuje 4 – 6% všech postižení.

Studie dokazují (Gruber, et al., 1996), že časný nástup užívání alkoholu (ve věku 10 až 12 let) je spojován s následným užíváním alkoholu v pozdějším období dospívání a s tím spojenými problémy s chováním, zahrnující násilí spojené s užíváním alkoholu, úrazy, řízením pod vlivem alkoholu a absence ve škole a zaměstnání. Současně tato studie také potvrzuje, že posunutí nástupu požívání alkoholu na 13. rok výrazně snižuje riziko konzumace alkoholu v pozdějším období dospívání.

Úroveň konzumace alkoholu mezi adolescenty v České republice a v dalších státech můžeme porovnat například díky výsledkům mezinárodní HBSC studie z roku 2009/2010, kde Česká republika zaujímá první příčky v konzumaci alkoholu alespoň 1x týdně u 13 i 15letých dětí, v kategorii 11letých jsme na celkově na 4. místě (Currie, et al., 2012).

3 CÍLE

3.1 Hlavní cíl

Cílem diplomové práce je vytvořit strategii sběru dat HBSC studie na komunální úrovni a verifikace tohoto modelu prostřednictvím realizované pilotní studie na základních školách ve Valašském Meziříčí.

3.2 Dílčí cíle

- Kompilace aktuálních poznatků týkajících se zkoumaných témat a výzkumného vzorku HBSC studie.
- Připravit prostředí pro vytvoření metodiky sběru dat HBSC studie na komunální úrovni.
- Realizace pilotní studie sběru dat pro HBSC studii na komunální úrovni ve Valašském Meziříčí.
- Analýza získaných dat z tematických okruhů: pohybová aktivita, stravovací zvyklosti, pasivní trávení volného času, kouření a konzumace alkoholu.

4 METODIKA

4.1 Sběr dat pro tvorbu teoretických východisek

Pro tvorbu teoretických východisek byla ke sběru, zpracování a interpretaci poznatků využita tzv. sekundární analýza dat. Hlavním zdrojem sekundárních dat této diplomové práce jsou zahraniční odborné články zveřejněné v internetových vědeckých databázích, nejčastěji byla využita databáze Web of Knowledge. Důvodem takto čerpaných informací byla především jejich odbornost, pestrost a aktuálnost. V oblasti životního stylu dětí a mládeže dochází v poslední době k důležitým změnám, proto se stala významným kritériem pro výběr dalších publikací využitých při tvorbě teoretických východisek jejich aktuálnost. Samotný výběr odborných článků byl vymezen zvolenými klíčovými slovy jako např. Physical activity, Lifestyle, Eating habits atd. Zdrojem informací se staly především tyto vědecké časopisy: Preventive Medicine, Journal of Pediatrist, International journal of Obesity, Journal of Epidemiology and Community Health, American journal of clinical nutrition,

Konkrétní kroky při sběru dat:

1. krok: analýza klíčových dokumentů týkajících se HBSC studie, analýza národních a mezinárodních závěrečných zpráv
2. krok: mapování hlavních organizací zabývajících se sběrem dat pro HBSC studii, schůzky s hlavními řešiteli a realizátory posledního HBSC sběru dat v ČR
3. krok: vyhledávání v internetové databázi Web of Knowledge na základě zadaných klíčových slov (Physical activity, Lifestyle, Eating habits, atd.)

4.2 Tvorba strategie sběru dat

Tvorba strategie probíhala před samotným sběrem dat. V následujícím harmonogramu jsou specifikovány kroky, které bylo nutné pro tvorbu strategie realizovat.

4. 11. až 25. 11. 2012

Analýza dokumentů HBSC studie pro národní a mezinárodní měřítko, hledání vhodného modelu pro realizaci na komunální a krajské úrovni.

28. 11. 2012

Proběhla v Praze schůzka s PhDr. Petrem Sadílkem – informativní schůzka s organizátorem sběru dat pro HBSC studii v národním měřítku. PhDr. Sadílek poskytl důležité, především praktické informace týkající se přípravy sběru dat a samotné realizace projektu a nastínil její možné další směřování.

17. 12. 2012

Proběhla schůzka se zástupcem města Mgr. Jiřím Pernickým (místostarosta města Valašské Meziříčí), který je současně také zástupce sítě Zdravých měst. Mgr. Pernický projevil zájem o nově vznikající sběr dat, přislíbil kontaktovat ředitele Základních škol a podpořit je v jejich rozhodnutí vedoucí k souhlasu se sběrem. Celkově je město nakloněno k podpoře projektu a využití získaných dat. Místostarosta reagoval až na osobní návštěvu, předchozí pokusy o mailovou komunikaci nebyly úspěšné.

18. 12. 2012

Proběhla návštěva ředitele, zástupce ředitele, popřípadě vyučujícího na všech základních školách ve Valašském Meziříčí. Se sběrem dat souhlasily všechny instituce. Z informací získaných během schůzky s PhDr. Sadílkem lze předpokládat, že velké procento škol bude s výzkumem souhlasit. S vedením školy došlo k dohodě, že sběr proběhne v nejvhodnějším možném termínu, na začátku měsíce února – konkrétně v období 30.1 až 8.2 2013.

18. 12. 2012

Bezprostředně po schůzce byly rozeslány informativní maily (viz. příloha) týkající se studie, ve kterých je odkaz na webové rozhraní studie. Také jsou vypsány data, ve kterých může sběr proběhnout. Školy se k jednotlivým datům zapisují, ideální je, když sběr proběhne v bloku. Na jednu školu je nutné vyhradit jeden pracovní den.

3. 1. 2013

Kromě jedné ZŠ nikdo na mail neodpověděl, proto bylo nutné zaslat mail ještě jednou (začátek ledna). V konečné fázi byl nutný telefonický kontakt základní školy. Po tomto kontaktu začaly školy hlásit nejvhodnější termín.

Vyjádření jednotlivých škol:

ZŠ Žerotínova – týden mezi 4. - 8. únorem

ZŠ Šafaříkova – středa 30. ledna

ZŠ Vyhlídka - týden mezi 4. - 8. únorem

ZŠ Salvátor – čtvrtek 7. února

ZŠ Masarykova – týden 4. – 8. únorem

ZŠ Křižná – týden 4. – 8. únorem

4.3 Výzkumný vzorek

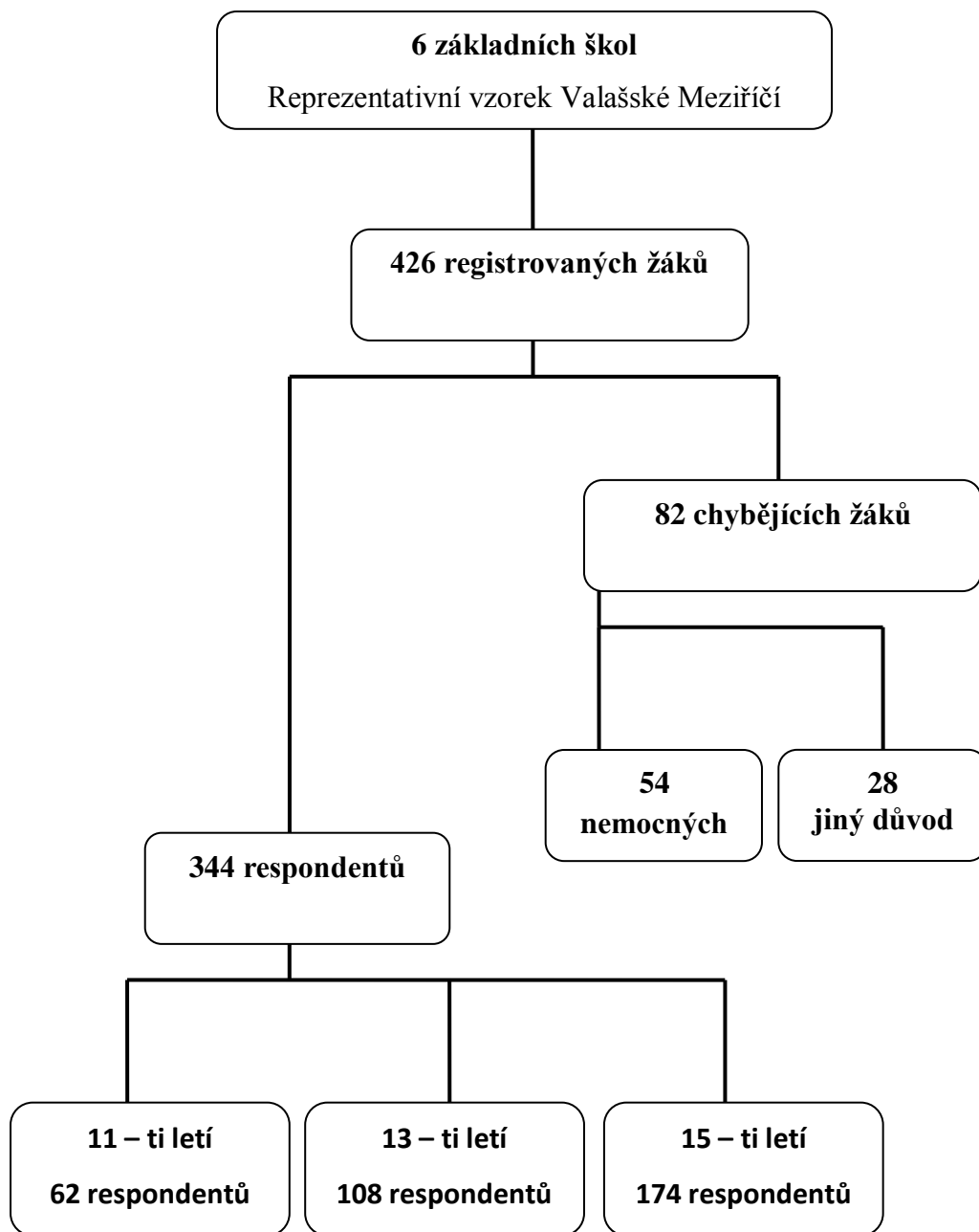
Výzkumný soubor tvoří reprezentativní vzorek 11, 13 a 15letých školáků. Pro sběr dat byly vybrány všechny školy ve Valašském Meziříčí. V případě, že škola měla v daném ročníku (5., 7., 9.) pouze jednu třídu, byla tato třída vybrána. Pokud bylo v ročníku více tříd, bylo využito metody prostého náhodného výběru, který se dle Zvárová (1998) provádí různými technikami losování, které musí zaručit, aby každý prvek populace měl stejnou možnost být zařazen do výběru. Postup je snadnější, když jsou prvky očíslovány.

Celkový počet škol ve výběrovém souboru byl 6, tedy všechny školy, které se v místě sběru dat (Valašské Meziříčí) vyskytují. Z celkového počtu oslovených škol všechny školy souhlasily se zapojením do projektu. Z celkového množství 420 žáků byl dotazník vyplněn 344 žáky, zbývající žáci se v dobu sběru dat výuky nezúčastnili kvůli nemoci nebo z jiných důvodů. Žádný žák neodmítl vyplnění dotazníku, i když některé dotazníky byly vyplněny neúplně.

Je nutné podotknout, že sběr byl koncipován podobně jako národní sběr dat HBSC studie v České republice – oslovovaly se pouze vybrané ročníky. Nepokryl se tak úplný výběr 11, 13 a 15 letých ze školy, protože někteří navštěvují i jiné ročníky (např. poslední sběr HBSC studie na Slovensku sbíral data z celého druhého stupně a vybíral děti v jednotlivých věkových kategoriích).

	chlapci		děvčata		dohromady	
	N	%	N	%	N	%
11-letí	27	43,5	35	56,5	62	100
13-letí	55	50,9	53	49,1	108	100
15-letí	101	58	73	42	174	100

Tabulka 1. Věkové rozložení, počet chlapců a děvčat v jednotlivých věkových kategoriích



Obrázek 2. Diagram vývoje respondentů ve vzorku

4.4 Dotazníkové šetření

Ke sběru dat bylo využito mezinárodního standardizovaného HBSC dotazníku (HBSC School level questionnaire), který vychází z mezinárodní (anglické) verze dotazníku, která byla vypracována koordinačním pracovištěm WHO. Dotazník pokrýval

několik tematicky odlišných domén. Vedle základních sociodemografických ukazatelů to jsou specifické oblasti chování, které mají významný vztah k tělesnému a duševnímu zdraví dětí a mládeže: kouření, užívání alkoholu, zdravotní a psychosomatické obtíže, užívání léků, výživa a stravovací zvyklosti, pohybové aktivity, volnočasové aktivity, rodina a úrazy.

Otázky, které byly z dotazníků vybrány k vyhodnocení jsou uvedeny níže. K otázkám náleží také seznam možných odpovědí. Respondenti měli možnost vyplnit vždy pouze jednu možnou odpověď.

Otázka č. 1: Jak často obvykle snídáš (něco víc než sklenici čaje, mléka nebo džusu)?
Zaškrtni jen jeden rámeček pro všední dny týdne.

- nikdy nesnídám v týdnu,
- jeden den,
- dva dny,
- tři dny
- čtyři dny
- pět dní.

Otázka č. 2: Jak často za týden jíš ovoce?

- nikdy
- méně často než 1x za týden
- jednou týdně
- 2–4 dny v týdnu
- 5–6 dnů v týdnu
- každý den
- častěji než jednou denně

Otázka č. 3: Jak často za týden jíš zeleninu?

- nikdy
- méně často než 1x za týden
- jednou týdně
- 2–4 dny v týdnu
- 5–6 dnů v týdnu

- každý den
- častěji než jednou denně

Otázka č. 4: Jak často za týden jíš sladkosti (bonbony, čokoládu, sušenky)?

- nikdy
- méně často než 1x za týden
- jednou týdně
- 2–4 dny v týdnu
- 5–6 dnů v týdnu
- každý den
- častěji než jednou denně

Otázka č. 5: Pohybová aktivita je jakákoli činnost, při níž dochází ke zrychlení srdeční frekvence a člověk se zadýchá. Některé příklady pohybové aktivity: běhání, rychlá chůze, jízda na kolečkových bruslích, jízda na kole, na skateboardu, tanec, plavání, basketbal, fotbal. V kolika dnech z uplynulých 7 dnů ses věnoval/a pohybové aktivitě celkem alespoň 1 hodinu za den?

- 0, ani jeden den
- 1 den
- 2 dny
- 3 dny
- 4 dny
- 5 dní
- 6 dní
- 7 dní

Otázka č. 6: Kolik hodin denně se ve svém volném čase díváš na televizi, DVD nebo video?

- vůbec se nedívám
- asi půl hodiny denně
- asi 1 hodinu denně
- asi 2 hodiny denně
- asi 3 hodiny denně

- asi 4 hodiny denně
- asi 5 hodin denně
- asi 6 hodin denně
- asi 7 nebo víc hodin denně

Otázka č. 7 (součet dvou otázek): Kolik hodin denně ve svém volném čase obvykle hraješ hry na počítači nebo na Playstationu apod.?

Kolik hodin denně obvykle používáš počítač pro chatování, brouzdání po internetu, e-mailování, domácí úkoly ve volném čase?

- vůbec nikdy
- asi půl hodiny denně
- asi 1 hodinu denně
- asi 2 hodiny denně
- asi 3 hodiny denně
- asi 4 hodiny denně
- asi 5 hodin denně
- asi 6 hodin denně
- asi 7 nebo více hodin denně

Otázka č. 8: Jak často kouříš v současné době?

- každý den
- nejméně jednou týdně, ale ne denně
- méně často než jednou týdně
- nekouřím

Otázka č. 9: Jak často se v současné době napiješ nějakého alkoholického nápoje, jako je pivo, víno, lihoviny?

- každý den
- každý týden
- každý měsíc
- zřídka (méně než jednou měsíčně)
- nikdy

4.5 Statistické zpracování dat

K přepsání informací z dotazníku do elektronické podoby je nutné krátké zaškolení. V případě přepisu u sběru dat ve Valašském Meziříčí byli přepisovatelé zaškoleni Mgr. Dagmar Sigmundovou, Ph.D. Přepis byl realizován prostřednictvím programu MS Excel, upraveného pro potřeby statistického programu. Na přepisu se podíleli dva přepisovatelé.

K samotné analýze dat bylo využito statistického programu IBM SPSS v. 19. Data byla zpracována pomocí logistické regrese (metoda Enter). Následnou analýzou byly zjištěny závěry týkající se dílčích cílů diplomové práce. Získaná data prošla komparací s celorepublikovými výsledky HBSC studie z roku 2010.

U všech logistických regresí byly nezávislé proměnné pohlaví (chlapec nebo dívka) nebo věková kategorie (11, 13 a 15 let). Závislé proměnné u jednotlivých logistických regresí byly různorodé: konzumace snídaně denně v pracovních dnech, konzumace ovoce alespoň jednou denně, konzumace zeleniny alespoň jednou denně, konzumace sladkostí alespoň jednou denně, pohybová aktivita alespoň 1 hodina denně, sledování televize nebo DVD alespoň 2 hodiny denně, více než 2 hodiny denně strávené na PC, kouření alespoň 1x týdně, konzumace alkoholu alespoň 1x týdně.

Závislé proměnné u jednotlivých logistických regresí:

Otázka č. 1: Prezentován je podíl respondentů, kteří uvedli, že snídají každý den během pracovních dní (pondělí až pátek).

Otázka č. 2: Prezentován je podíl respondentů, kteří uvedli, že konzumují ovoce alespoň jednou denně.

Otázka č. 3: Prezentován je podíl respondentů, kteří uvedli, že konzumují zeleninu alespoň jednou denně.

Otázka č. 4: Prezentován je podíl respondentů, kteří uvedli, že konzumují sladkosti alespoň jednou denně.

Otázka č. 5: Prezentován je podíl respondentů, kteří byli pohybově aktivní alespoň 1 hodinu denně.

Otázka č. 6: Prezentován je podíl respondentů, kteří uvedli, že během pracovních dní sledují televizi či DVD alespoň dvě hodiny denně.

Otázka č. 7: Prezentován je podíl respondentů v součtových dvouhodinových intervalech během pracovních dní.

Otázka č. 8: Prezentován je podíl respondentů, kteří uváděli kouření nejméně jednou za týden.

Otázka č. 9: Prezentován je podíl respondentů, kteří uvedli, že pili alkohol alespoň jednou za týden.

5 VÝSLEDKY

Prostřednictvím realizovaného sběru dat na základních školách ve Valašském Meziříčí došlo k vytvoření ucelené metodiky sběru dat pro HBSC studii na komunální úrovni. Metodika se zaměřuje na časové a obsahové předpoklady sběru a prezentuje praktické dovednosti nezbytné pro bezproblémový sběr dat. Časový harmonogram poukazuje na důležité proměnné, které mohou plánovaný sběr ohrozit. Metodika sběru dat byla verifikována úspěšně realizovanou studií, která potvrdila současné trendy trávení volného času dětí a mládeže a navázala na celorepublikový sběr v roce 2010.

V druhé polovině prezentuji výsledky analýzy vybraných dat týkajících se pohybové aktivity, stravovacích zvyklostí, pasivního trávení volného času, kouření a konzumace alkoholu a dávám je do porovnání s celorepublikovými standardy.

Na základě studia literatury a odborných článků došlo také ke shrnutí aktuálních poznatků týkajících se jednotlivých zkoumaných proměnných HBSC studie, čímž se naplnil další ze stanovených dílčích cílů.

5.1 Strategie sběru dat – příprava na sběr

Strategie sběru dat pro HBSC studii je celosvětově dána, ke každému sběrnému období vzniká tzv. výzkumný protokol – návod k realizaci výzkumného šetření. Strategie se řídí jasně vymezenými pravidly a má svůj řád, kterého je nutné se držet. Tvorba strategie sběru dat na komunální úrovni je charakteristická provázaností s pravidly národního sběru HBSC studie. Vytváří ovšem také určitý návod, jakým způsobem přistupovat k otázce sběru dat na komunální úrovni, která má svá specifika. Harmonogram navržené strategie byl realizován v únoru a březnu 2013.

Krok 1: oslovit vedoucího koordinátora zapojujícího se do projektu zdravých měst, popřípadě oslovit vedení města – odbor školství

Krok 2: domluvit osobní schůzku, vysvětlit situaci a požádat o doporučující dopis pro ředitele škol.

Krok 3: osobní návštěva vedení školy a domluva na schůzce, případně okamžitá schůzka, pokud není vedení školy časově zaneprázdněno.

Při samotném rozhodování škol je vždy klíčové rozhodnutí ředitele školy. Je proto vhodné vyčkat do doby, než zástupce zdravých měst nebo zástupce města ředitele v této záležitosti kontaktuje. Během rozhovoru s ředitelem je důležité podat všechny informace, které pro své rozhodnutí potřebuje. Především je důležité upozornit na to, že:

- školu tento výzkum nic nestojí,
- není nutná žádná aktivita učitelů, vše zajistí asistent,
- ujištění o tom, že škola nebude mít žádné komplikace z hlediska získávání citlivých informací o svých žácích,
- škola získá zdarma informace, týkající se životního stylu dětí v dané lokalitě (městě),
- samotný sběr zabere jednu, maximálně dvě vyučovací hodiny v jedné třídě,
- škola bude součástí prestižního výzkumu na mezinárodní úrovni.

Krok 4: zaslání informativního emailu, který ředitele seznamuje se studií HBSC a který nabízí možnosti zapsání na samotný sběr v určitém datu (vhodná data viz metodika).

Krok 5: opětovné zaslání emailu školám, které se nevyjádřily, nebo jen zapomněly.

Krok 6: asi týden před samotným sběrem zatelefonovat do školy, připomenout se a získat kontaktní osobu na konkrétní den sběru, s ní se domluvit na konkrétním času sběru.

Krok 7: realizace samotného sběru dat pro HBSC studii na komunální úrovni

5.2 Strategie sběru dat – realizace sběru

Existují dvě možnosti realizace sběru dat – prostřednictvím papírového, nebo elektronického dotazníku. Preferovaná forma sběru je papírovým dotazníkem. Elektronická forma dotazníku se jeví jako organizačně náročnější varianta, s nejistými a ne plně věrohodnými údaji, která se obtížně kontroluje (optická + logická kontrola). Nabízí sice celou řadu zjednodušení – například odpadá pracné zadávání informací do počítače, ale je náročná například na vybavení počítačové učebny, kvalitní připojení k internetu, dozor u počítačů atd.

Role asistenta:

- asistent bude potřebovat na sběr dat v jedné třídě jednu vyučovací hodinu (45 min.),
- distribuce dotazníků probíhá v jednotlivých třídách prostřednictvím asistenta, v nejlepším případě bez přítomnosti učitele.
- cílem asistenta je navodit v třídě takovou atmosféru, aby v dětech vzbudil důvěru – zvyšuje se pravděpodobnost pravdivých odpovědí především na choulostivější otázky dotazníku (kouření, alkohol, drogy,...).
- ideální je, když děti vnímají vyplňování dotazníku jako školní úlohu, která není nijak hodnocena,
- je důležité dětem zdůraznit, že neexistuje špatná odpověď, jediná správná je ta pravdivá,
- v první fázi dojde k instruktáži, kdy asistent vysvětlí veškeré základní informace, týkající se sběru dat,
- důležité je zdůraznit, že celý výzkum je anonymní, na konci každý vloží odpovědi do čisté bílé obálky, které vybere asistent a před žáky je zamíchá v uzavřené krabici,
- v žádném případě nepřichází obálky do rukou učitele nebo výchovného pracovníka,
- obálky z jednotlivých tříd od sebe oddělujeme, aby nedošlo k jejich promíchání, případně si je označíme,
- není nutné zdůrazňovat, že účast na sběru dat je dobrovolná, učiníme tak pouze v případě, že se některé dítě sběru dat zúčastnit nechce. To samé platí o vyplňování některých otázek – pokud dítě nechce odpovídat, nemusí.

Během sběru dat je nutné vyplňovat také protokoly o sběru dat v jednotlivých třídách. Protokoly zahrnují informace o počtu dětí ve třídě, počtu absencí, nemocí dětí, či případných nesouhlasů s vyplněním.

5.3 Shrnutí klíčových doporučení týkajících se přípravy na sběr

- pokud se jedná o sběr dat v jednom městě, je nejprve nutné prostřednictvím Českého statistického úřadu zjistit množství dětí (výzkumného vzorku – tj. 5., 7., a 9. třída) na všech základních školách, za reprezentativní vzorek je považováno množství cca 25% z celého souboru. Například ve Valašském Meziříčí je dle ČSÚ 2524 žáků na základních školách, poměrem jedné třetiny získáme množství žáků ve třech ročnících – cca 840 a z nich 25% je 210 dětí. Toto je ideální množství, které zastupuje reprezentativnost sledovaného souboru populace mladých lidí v daném městě. Realizovaná studie v konečné fázi pracovala s 344 zpracovanými dotazníky,
- nejvhodnější doba na samotný sběr dat je v prvním pololetí školního roku v období od půlky září do cca konce listopadu, v druhé polovině školního roku potom v období od začátku února až do poloviny dubna.
- před sběrem dat je nutné počítat s časovým horizontem cca dvou měsíců, kdy dochází ke komunikaci se zastupiteli, s řediteli základních škol a domlouvání konkrétního sběru v konkrétních školách,
- cílem sběru dat, který je realizovaný v tomto období je minimalizovat vliv možných faktorů na samotný dotazník (např. zvýšený výskyt odpovědí, uvádějících první konzumaci alkoholu po velikonočních prázdninách) a zároveň nenarušovat plynulý běh školy v některých obdobích (začátek a konec školního roku, období před pololetním vysvědčením atd.).

5.4 Shrnutí klíčových doporučení vyplývajících z realizace sběru

- zaměřit se na zvážení změny některých otázek, žáci často některé otázky nepochopí,
- klást důraz na úvodní instruktáž
- rozšířit časovou dotaci pro sběr dat (především u nižších ročníků) z jedné na dvě hodiny, zamezí se tak řadě nedokončených dotazníků, kdy může být vypovídací hodnota několika posledních otázek zkreslena neúplností vzorků,
- nutná podrobná znalost dotazníku,
- zdůraznit, že se políčka opravdu křížkují, jiné znaky poměrně komplikují přepis,
- zajistit, aby byla data přepisována více lidmi, snížíme tím chybovost přepisu,
- kontrolovat rychlost vyplňování dotazníku, děti motivovat, upozorňovat, kolik času do konce hodiny trvá – maximalizujeme tím množství vyplněných dotazníků,
- případně natáhnout sběr dat do přestávky.

5.5 Ideální časový harmonogram strategie sběru dat

Ukázkový harmonogram je sestaven tak, jak by v ideálním případě, za předpokladu, že sběr bude realizován během února, vypadal.

Měsíc	Prosinec				Leden				Únor			
týden č.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
Krok 1	■											
Krok 2		■	■									
Krok 3			■	■								
Krok 4				■	■	■						
Krok 5							■	■				
Krok 6									■	■		

Tabulka 2. Harmonogram strategie sběru dat

- krok č. 1: schůzka se zástupcem Zdravých měst, nebo se zástupcem města, kde bude sběr dat probíhat, požádání o zaslání doporučení ředitelům vybraných základních škol,
- krok č. 2: návštěva ředitelů, popřípadě oslovených škol, podání vstupních informací o HBSC studii, návrh období pro sběr dat, případně domluva na konkrétní den,
- krok č. 3: Bezprostředně po schůzce rozeslat informativní maily a vypsát data pro možnou realizaci sběru, na která se jednotlivé školy hlásí,
- krok č. 4: komunikace se školou, ideálně vybrat kontaktní osobu, volba vhodného data pro sběr, opakované zasílání mailů, popřípadě telefonický kontakt,
- krok č. 5: příprava na sběr, tisk dotazníků, instruktáž sběratelů dat,
- krok č. 6: vlastní sběr dat.

5.6 Výsledky sběru dat

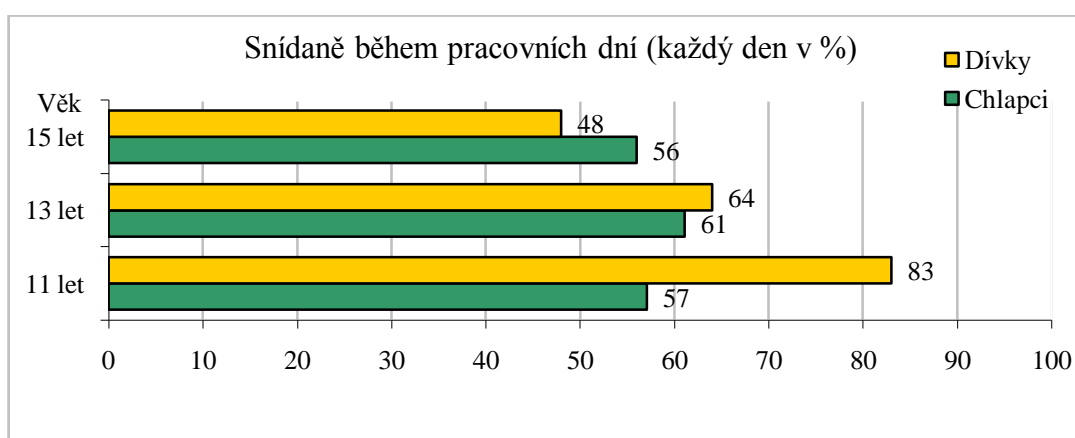
Dalším dílčím cílem studie byla analýza části získaných dat. Z plného množství otázek byly vyselektovány některé otázky týkající se pohybové aktivity, stravovacích zvyklostí, sedavého životního stylu, kouření a konzumace alkoholu. V následujících kapitolách jsou popsány nejdůležitější výsledky sběru ve Valašském Meziříčí (VM) dle jednotlivých otázek a výsledky jsou také srovnány s výsledky Národního sběru (NZ) dat v České republice. Výsledky jsou doplněny grafy rozlišující pohlaví a věk dětí a tabulkami logistických regresí.

5.6.1 Snídaně v pracovních dnech

Výskyt respondentů, kteří snídají každý den během pracovních dní, byl v rozmezí od 47,9 % (15leté dívky) do 82,9 % (11leté dívky). Kromě skupiny 15letých uváděly každodenní snídání během pracovních dní častěji dívky. Výskyt každodenního snídání se snižuje u dívek se stoupajícím věkem, přičemž nejvýraznější pokles je u dívek po 11. roku života. U chlapců dochází k zvýšení každodenního snídání po 11. roku a ke snížení po 13. roku.

Srovnání výsledků NZ a sběru ve VM

- ve VM je oproti NZ častější výskyt každodenní snídání u dívek (11. a 13leté), pouze u 15letých je častější výskyt u chlapců – shodně VM s NZ
- výskyt každodenního snídání dívek ve VM se shodně s NZ snižuje se stoupajícím věkem (nejvýznamněji po 11. roku). U chlapců ve VM oproti NZ hladina kolísá nahoru a dolů (v NZ s věkem klesá).



Obrázek 3. Děti, které uvedly, že snídají každý den během pracovních dní

Tabulka 3. Snídaně v pracovních dnech – pohlaví

Věk a pohlaví	%	OR	95% CI		p
			Lower	Upper	
11 let	Chlapci	57	Ref.		
	Dívky	83	3,625*	1,143	11,500
13 let	Chlapci	61	Ref.		
	Dívky	64	1,139*	0,520	2,494
15 let	Chlapci	56	Ref.		
	Dívky	48	0,711*	0,388	1,301

Tabulka 4. Snídaně v pracovních dnech - věk

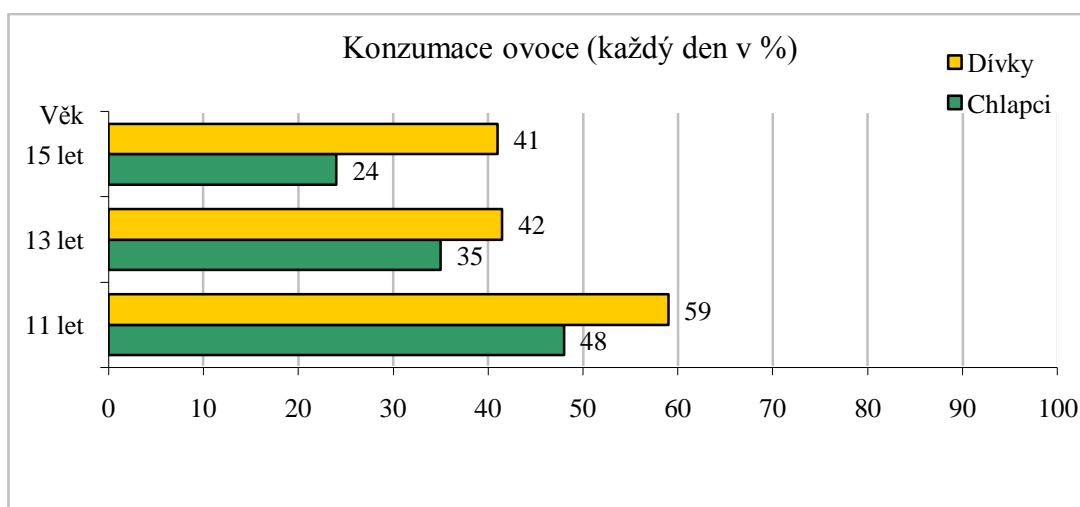
Věk	%	OR	95% CI		p
			Lower	Upper	
Chlapci					
11 let	57	Ref.			
13 let	61	1,179	0,466	2,979	0,728
15 let	56	0,972	0,417	2,263	0,947
Děvčata					
11 let	83	Ref.			
13 let	64	0,370	0,130	1,051	0,062
15 let	48	0,191	0,071	0,514	0,001

5.6.2 Konzumace ovoce

Kromě 11letých dívek uváděla každodenní konzumaci ovoce méně než polovina respondentů. Nejnižší výskyt byl u 15letých chlapců (24 %) a nejvyšší výskyt byl u 11letých dívek (59 %). Výskyt konzumace ovoce byl signifikantně vyšší u dívek, a to ve všech věkových skupinách. Výskyt každodenní konzumace ovoce se s rostoucím věkem snižuje.

Srovnání výsledků NZ a sběru ve VM

- hodnoty výskytu každodenní konzumace ovoce jsou ve VM i NZ srovnatelné,
- v obou zprávách uváděla (kromě 11letých dívek) každodenní konzumaci ovoce méně než polovina respondentů,
- v obou zprávách byl výskyt konzumace ovoce signifikantně vyšší u dívek,
- v obou zprávách se u obou pohlaví výskyt konzumace ovoce s věkem snižuje



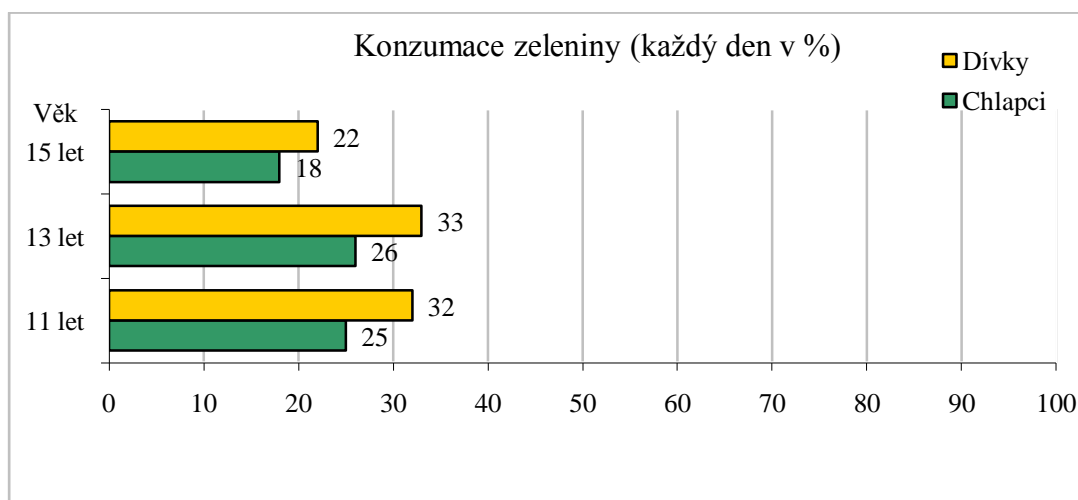
Obrázek 4. Děti, které uvedly, že konzumují ovoce alespoň 1krát denně

5.6.3 Konzumace zeleniny

Méně než třetina respondentů uváděla každodenní konzumaci zeleniny. Nejnižší výskyt byl u 15letých chlapců (18 %) a nejvyšší u 11letých dívek (43 %). Výskyt konzumace zeleniny byl vyšší u dívek ve všech věkových skupinách. Výskyt každodenní konzumace zeleniny se s věkem mění, nejvýznamnější rozdíly vidíme mezi 13. a 15. rokem.

Srovnání výsledků NZ a sběru ve VM

- každodenní konzumace zeleniny především u dívek je v VM nižší než v NZ (11, 13, 15 let - 43%, 34% a 36% v NZ),
- výskyt konzumace zeleniny byl vyšší u dívek ve všech věkových skupinách ve VM i NZ
- nejvýznamnější rozdíl v každodenní konzumaci zeleniny vidíme u dívek mezi 13. a 15. rokem



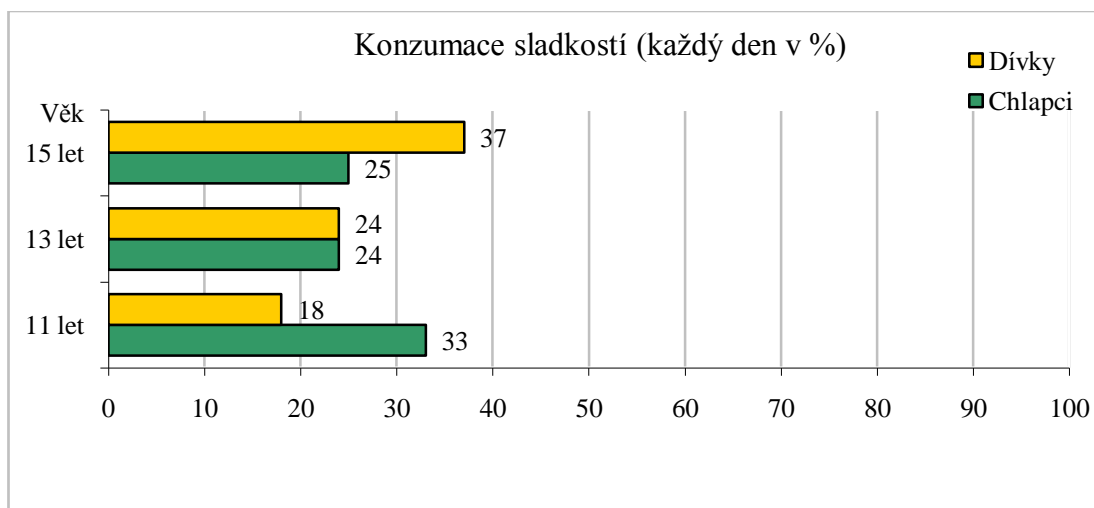
Obrázek 5. Děti, které uvedly, že konzumují zeleninu alespoň 1 krát denně

5.6.4 Konzumace sladkostí

Přibližně třetina respondentů uvedla každodenní konzumaci sladkostí. Nejnižší výskyt byl u 11letých dívek (18 %) a nejvyšší u 15letých dívek (37 %). Výskyt každodenní konzumace sladkostí byl u chlapců a dívek srovnatelný. Výskyt každodenní konzumace sladkostí se s rostoucím věkem zvyšuje zejména u dívek.

Srovnání výsledků NZ a sběru ve VM

- ve VM i NZ uvedla přibližně třetina respondentů každodenní konzumaci sladkostí,
- největší rozdíly v konzumaci sladkostí uvedly 15leté dívky. Rozdíl byl 7 % (VM 37%, NZ 30%),
- Výskyt každodenní konzumace sladkostí byl u chlapců a dívek srovnatelný ve VM i NZ,
- Na rozdíl od NZ se u VM nezvyšuje s rostoucím věkem konzumace sladkostí u chlapců, ale u dívek.



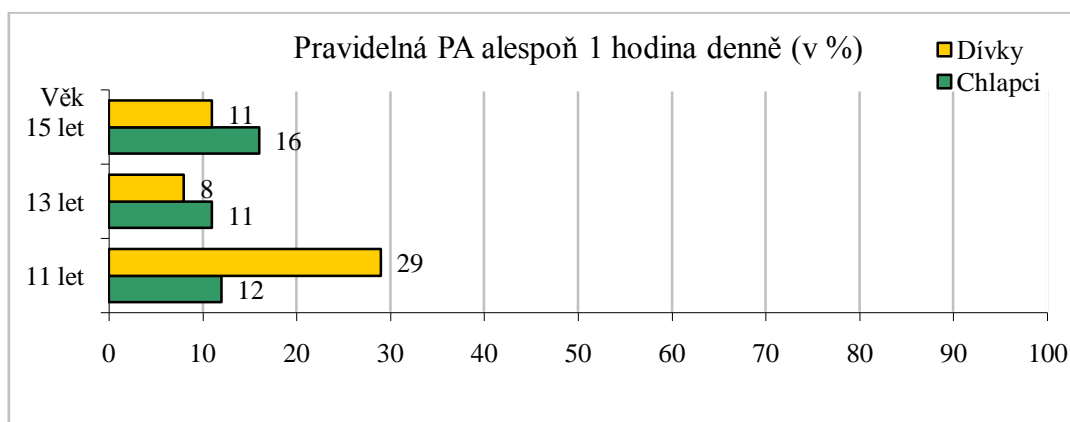
Obrázek 6. Děti, které uvedly, že konzumují sladkosti alespoň 1krát denně

5.6.5 Pravidelná pohybová aktivita

Počet respondentů, kteří uváděli každodenní pohybovou aktivitu alespoň 1 hodinu, se pohyboval mezi 29 % (11leté dívky) a 8 % (13leté dívky). U skupiny 11letých chlapci významně zaostávali v realizaci pohybové aktivity za dívkami, naopak ve skupině 13 ti a 15letých zaostávaly dívky za chlapci, ne ovšem tak významně. Nejvýznamnější rozdíly mezi věkovými skupinami se potvrdily ve skupině 11 ti (29%) a 13letých (8%) dívek. Úroveň PA se u 13letých (chlapců i dívek) směrem k 15. roku života mírně navyšuje.

Srovnání výsledků NZ a sběru ve VM

- VM v porovnání s NZ dosáhlo významně nižších hodnot v realizaci PA mezi oběma pohlavími i mezi všemi věkovými kategoriemi (vyjma 11letých dívek, které ve VM dosáhly hodnot vyšších (29%) než v NZ (23%),
- Nejvýznamnější rozdíly byly zaznamenány mezi 11letými chlapci (VM 12%, NZ 28%), 13letými chlapci (VM 11%, NZ 30%), 13letými dívkami (VM 8%, NZ 19%) a 15letými chlapci (VM 16%, NZ 25%),
- Na rozdíl od NZ, kde úroveň PA u dívek s věkem klesá, potvrdil VM měnící se tendenci poklesu (z 11 do 13tého roku) a opětovného nárůstu PA (z 13tého do 15tého roku),
- u chlapců je charakteristická stagnace mezi 11. a 13. rokem a opětovný nárůst mezi 13tým a 15tým rokem na rozdíl od NZ, která byla charakteristická poklesem mezi 13tým a 15 rokem.



Obrázek 7. Výskyt pohybové aktivity dle počtu dnů v týdnu

Tabulka 5. Pohybová aktivita - pohlaví

Věk a pohlaví	%	OR	95% CI		p
			Lower	Upper	
11 let	Chlapci	12	Ref.		
	Dívky	29	3,067	0,749	12,549
13 let	Chlapci	11	Ref.		
	Dívky	8	0,653	0,173	2,460
15 let	Chlapci	16	Ref.		
	Dívky	11	0,662	0,267	1,640

Tabulka 6. Pohybová aktivita - věk

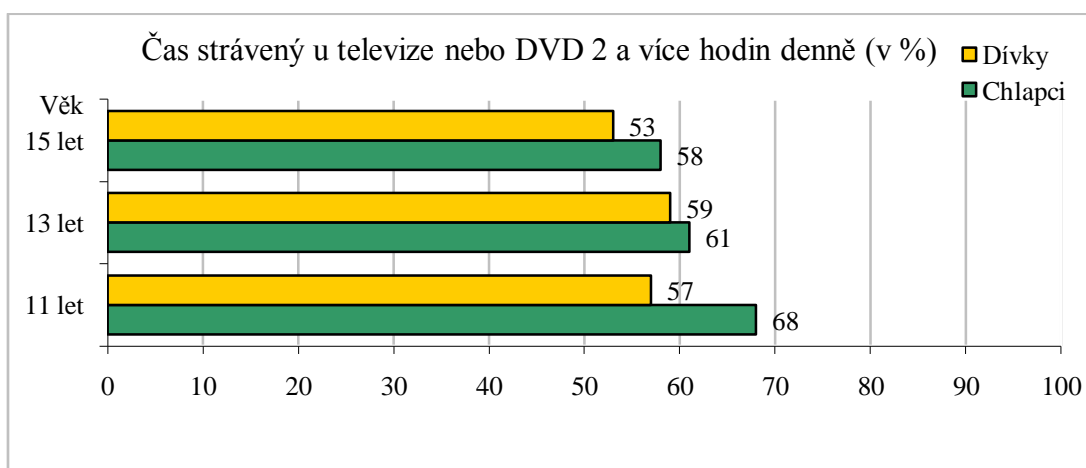
Věk	%	OR	95% CI		p
			Lower	Upper	
Chlapci					
11 let	12	Ref.			
13 let	11	0,958	0,220	4,178	0,955
15 let	16	1,426	0,382	5,319	0,597
Děvčata					
11 let	29	Ref.			
13 let	8	0,204	0,058	0,716	0,013
15 let	11	0,308	0,109	0,869	0,026

5.6.6 Pasivní trávení volného času

Víc než polovina respondentů uvedla, že tráví u televize nebo DVD během pracovních dní více než dvě hodiny denně. Nebyly potvrzeny žádné rozdíly mezi chlapci a dívkami v množství času stráveného u televize během pracovních dní. Nejvíce času u televize trávili, 11letí respondenti. Nejvýznamnější rozdíly byly zaznamenány mezi 15 ti a 11letými chlapci a mezi 15 ti a 13letými dívkami.

Srovnání výsledků NZ a sběru ve VM

- ve VM stejně jako v NZ více než polovina respondentů uvedla, že tráví u televize nebo DVD během pracovních dní více než dvě hodiny denně,
- hodnoty naměřené ve VM byly téměř shodné s hodnotami v NZ
- ve VM ani v NZ nebyly potvrzeny žádné rozdíly mezi chlapci a dívkami v množství času stráveného u televize během pracovních dní,
- s narůstajícím věkem klesá množství chlapců, kteří sledují televizi nebo DVD více než 2 hodiny denně, u dívek hladina kolísá,
- nejvíce času u televize nebo DVD ve VM tráví 11letí, na rozdíl od NZ, kde jsou to 13letí.



Obrázek 8. Počet hodin strávených u televize nebo DVD denně

Tabulka 7. Pasivní trávení VČ - pohlaví

Věk a pohlaví	%	OR	95% CI		p
			Lower	Upper	
11 let	Chlapci	68	Ref.		
	Dívky	57	0,632	0,224	1,783
13 let	Chlapci	61	Ref.		
	Dívky	59	0,897	0,414	1,943
15 let	Chlapci	58	Ref.		
	Dívky	53	0,817	0,445	1,498

Tabulka 8. Pasivní trávení VČ - věk

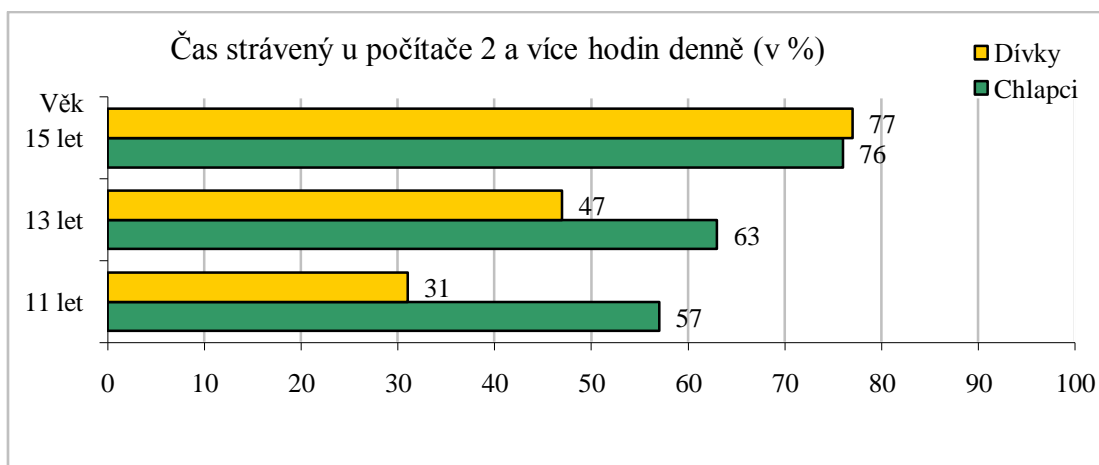
Věk	%	OR	95% CI		p
			Lower	Upper	
Chlapci					
11 let	68	Ref.			
13 let	61	0,744	0,284	1,951	0,548
15 let	58	0,665	0,274	1,614	0,368
Děvčata					
11 let	57	Ref.			
13 let	59	1,057	0,445	2,508	0,900
15 let	53	0,860	0,382	1,938	0,717

5.6.7 Čas strávený u počítače

Víc než polovina respondentů tráví u počítače více než dvě hodiny denně během pracovních dní. Dívky vykazují signifikantně kratší dobu strávenou u počítače během pracovních dní než chlapci pouze ve věkové kategorii 11letých. S rostoucím věkem zaznamenáváme nárůst času stráveného u počítače, a to jak u chlapců, tak u dívek. Nejvýznamnější rozdíl byl ve skupině 11letých a to 26%.

Srovnání výsledků NZ a sběru ve VM

- ve VM i NZ více než polovina respondentů tráví u počítače během pracovních dní více než dvě hodiny denně,
- ve NZ vykazují dívky signifikantně kratší dobu strávenou u počítače ve všech věkových kategoriích, ve VM je tomu tak pouze ve věkové kategorii 11letých. V dalších dvou kategoriích není signifikantní rozdíl mezi chlapci a děvčaty,
- ve VM je ve všech věkových kategoriích (kromě 15letých dívek) nižší množství dětí, které tráví více než 2 hodiny denně u počítače než v NZ (VM/NZ - 11letí 31/48, 57/63; 13letí 47/68, 63/77; 15letí 77/75, 76/85),
- s rostoucím věkem zaznamenáváme ve VM i NZ nárůst času stráveného u počítače, a to jak u chlapců, tak u dívek.



Obrázek 9. Počet hodin strávených u počítače denně během pracovních dní

Tabulka 9. Čas strávený u počítače - pohlaví

Věk a pohlaví	%	OR	95% CI		p
			Lower	Upper	
11 let	Chlapci	57	Ref.		
	Dívky	31	0,344	0,122	0,967
13 let	Chlapci	63	Ref.		
	Dívky	47	0,525	0,243	1,137
15 let	Chlapci	76	Ref.		
	Dívky	77	1,070	0,528	2,166

Tabulka 10. Čas strávený u počítače - věk

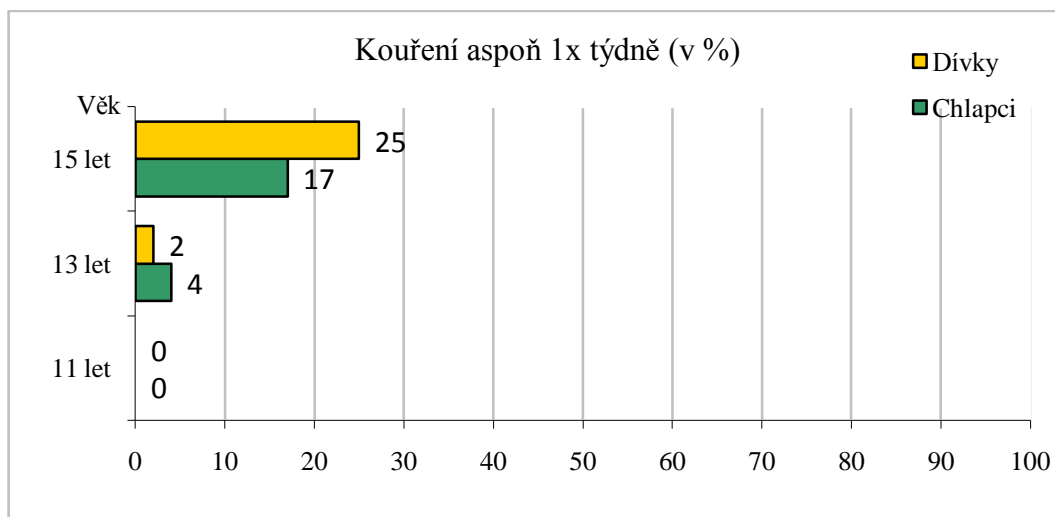
Věk	%	OR	95% CI		p
			Lower	Upper	
Chlapci					
11 let	57	Ref.			
13 let	63	1,275	0,503	3,232	0,609
15 let	76	2,310	0,964	5,535	0,060
Děvčata					
11 let	31	Ref.			
13 let	47	1,948	0,796	4,765	0,144
15 let	77	7,187	2,932	17,617	0,000

5.6.8 Kouření tabáku alespoň jednou za týden

Kouření v týdenním intervalu se týká výrazné menšiny respondentů. V 11 letech žádný respondent neuvedl, že kouří aspoň jednou týdně, v 15 letech tvoří respondenti kouřící aspoň jednou týdně téměř čtvrtinu. Poměr mezi týdně kouřícími dívkami a chlapci se s věkem mění v neprospěch dívek. Rozdíl je patrný u 13letých a 15letých. Nárůst s věkem je u obou pohlaví velmi strmý. Platí to pro oba věkové parametry 15/13 a 13/11 let. Za extrém lze označit nárůst u dívek a chlapců mezi 13. a 15. rokem.

Srovnání výsledků NZ a sběru ve VM

- ve VM i NZ se kouření v týdenním intervalu týká výrazné menšiny respondentů,
- ve VM i NZ se poměr mezi týdně kouřícími dívkami a chlapci s věkem mění v neprospěch dívek,
- ve VM i NZ je nárůst kouření v týdenním intervalu s věkem u obou pohlaví velmi strmý,
- nejvýznamnější rozdíly mezi NZ a VM byly zaznamenány u skupiny 13letých (v procentech VM/NZ): 13leté dívky (2/10); 13letí chlapci (4/9).



Obrázek 10. Děti, které uvedly, že kouří nejméně jednou týdně

Tabulka 11. Kouření aspoň 1x týdně - pohlaví

Věk a pohlaví	%	OR	95% CI		p
			Lower	Upper	
11 let	Chlapci	0	Ref.		
	Dívky	0			
13 let	Chlapci	4	Ref.		
	Dívky	2	0,481	0,042	5,470
15 let	Chlapci	17	Ref.		
	Dívky	25	1,636	0,777	3,446

Tabulka 12. Kouření aspoň 1x týdně - věk

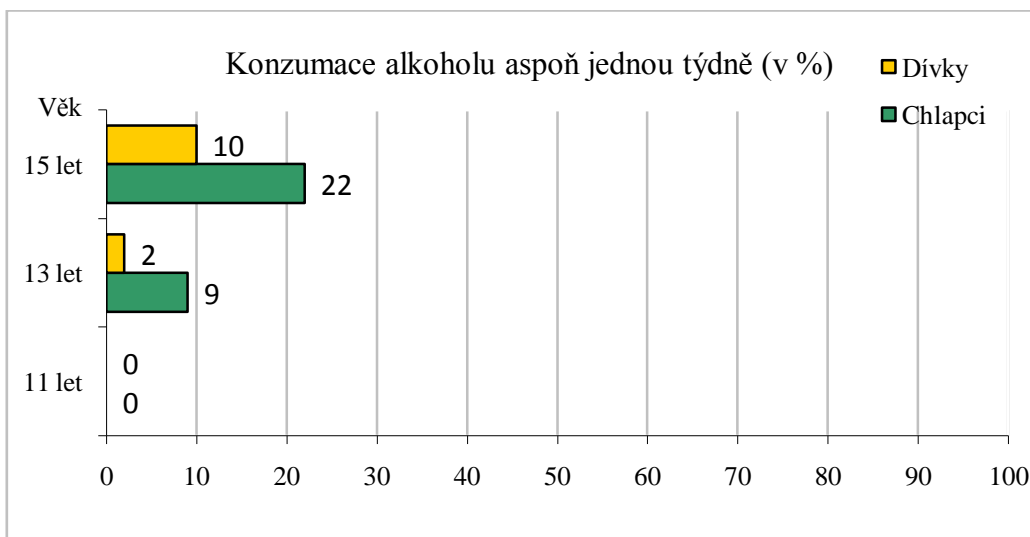
Věk	%	OR	95% CI		p
			Lower	Upper	
Chlapci					
11 let	0	Ref.			
13 let	4				0,998
15 let	17	3,231			0,998
Děvčata					
11 let	0	Ref.			
13 let	2				0,998
15 let	25	5,287			0,998

5.6.9 Konzumace alkoholu alespoň jednou za týden

Týdenní pití alkoholu s věkem roste. Obě pohlaví vykazují růst týdenních konzumentů. Poměr konzumentů je u chlapců podstatně významnější než u dívek. S věkem roste i zastoupení týdenního pití u obou pohlaví. Pití věkově starších je ve všech dvojicích významně vyšší.

Srovnání výsledků NZ a sběru ve VM

- konzumace alkoholu je ve VM ve všech věkových skupinách a u obou pohlaví významně nižší než v NZ,
- ve věkové skupině 11letých se ve VM nevyskytují děti konzumující alespoň 1x týdně alkohol. Poměr v procentech v jednotlivých kategoriích je následující (VM/NZ): 13leté dívky (2/17); 13letí chlapci (9/21); 15leté dívky (10/33); 15letí chlapci (22/44), v některých případech tedy více než trojnásobné rozdíly,
- konzumace alkoholu ve VM i NZ s věkem roste,
- ve VM i NZ vykazují obě pohlaví růst konzumentů,
- zastoupení dívek je u 13 i 15letých výrazně nižší než chlapců shodně ve VM i NZ.



Obrázek 11. Děti, které uváděly konzumaci jednoho druhu alkoholu alespoň 1krát týdně

6 DISKUSE

Hlavním cílem diplomové práce bylo vytvoření strategie sběru dat pro HBSC studii na komunální úrovni a její verifikace prostřednictvím realizované pilotní studie na základních školách ve Valašském Meziříčí. Úspěšný sběr potvrdil a otestoval navrhnou strategii, během samotného sběru a vyhodnocování práce byla strategie upravována na základě praktických zjištění. Významný vliv na vypracovávání strategie, případně na výsledky sběru dat má řada proměnných. Mezi ně můžeme řadit například typ obce, její velikost a geografické umístění, rozmístění škol ve městě, volba vhodného člověka pro komunikaci, otevřenost vedení města, případně zástupce zdravých měst atd.

Výsledky sběru dat ve Valašském Meziříčí mohou být také ovlivněny například nižším podílem 11letých dětí nebo poměrně vysokou absencí dětí. Také je nutné přihlídnout k faktu, že výzkum proběhl na všech základních školách města Valašské Meziříčí, což je varianta realizovatelná pouze v menším městě a za předpokladu, že se sběrem souhlasí všechny školy. Ve větších městech musí být tedy školy selektovány, případně bude nutné studii zaměřit na některou z městských částí.

Osobnostní charakteristika koordinátora sběru dat je jedna z důležitých proměnných. Koordinátor vytváří vhodné prostředí pro rozhodování ředitelů škol, kteří ve vedení školy mají nejdůležitější a mnohdy jediné slovo. Navazuje také první kontakt vedení školy se studií HBSC, je tedy na něm přínosy této studie objasnit a možné nevýhody minimalizovat (nevyužitá hodina, návštěvy, popř. telefonáty koordinátora před samotným sběrem). Osoba pověřená sběrem dat plní také významnou roli. Její osobnostní nebo znalostní nedostatky mohou zkreslit či ovlivnit výsledky sběru. Má totiž na starosti úvodní prezentaci dětem, vysvětluje komplikovanější otázky a zabývá se také dynamikou celého sběru (kontroluje rychlost zapisování, upozorňuje na časový limit) a snaží se od respondentů získat co největší množství správně vyplněných dotazníků, i na úkor vyšší časové náročnosti (zasáhnutí do přestávky). Na základě realizovaných sběrů bylo pro 5. ročníky navrženo navýšení časové dotace pro vyplnění dotazníků z jedné na dvě vyučovací hodiny.

K přepisu informací z papírové do elektronické podoby je nutné krátké zaškolení statistikem. Přepis byl realizován dvěma výzkumníky. Vzhledem k objemu dat je ovšem k přepisu vhodnější využít více osob, snížíme tím jeho chybovost. U profesionálních sběrů

dat HBSC studie, realizovaných na národní úrovni, je využíváno vyšší množství přepisovatelů, kteří jsou náhodně kontrolováni.

K samotné analýze dat bylo využito statistického programu IBM SPSS v. 19. Data byla porovnána s výsledky posledního národního sběru dat HBSC studie z roku 2010. Tuto komparaci bylo možné realizovat díky faktu, že obě studie využily dotazníku se stejnými otázkami. Tříletý rozdíl mezi těmito studii ovšem může komparaci určitým způsobem zkreslovat.

Výsledky sběru dat ve Valašském Meziříčí ukázaly, že na relativně malém vzorku (344 respondentů) můžeme v některých oblastech pozorovat naprosto protichůdné tendence vůči výsledkům celorepublikového sběru dat. Ve více než polovině zpracovaných otázek byly výsledky, nebo jejich části (zastoupené určitým pohlavím nebo věkem) od národního sběru rozdílné. Výsledky byly podrobeny komparaci s Národní zprávou o zdraví a životním stylu dětí a školáků uskutečněnou v roce 2010 (Kalman et al.).

U 11 a 13letých dívek je ve VM častější výskyt každodenní snídaně. Srovnatelné výsledky se sběrem ve VM přináší také studie Nicklas et al. (1993), kde bylo zjištěno u 16% 10letých dětí vynechávání snídaně v pracovních dnech. U Průzkumu životního stylu žáků základních škol ČR (České Zdravotnické fórum, 2013) vidíme velmi podobnou tendenci (jako ve VM) ke snižování pravidelného snídání během pracovních dní s věkem, zejména potom u dívek. Naopak konzumace zeleniny u 11 a 15letých dívek je významně nižší než v celorepublikovém sběru. Překvapivé výsledky přinesla také konzumace sladkostí, kdy na rozdíl od NZ (Kalman et al.), kde se s rostoucím věkem zvyšovala konzumace především u chlapců, zvyšovala konzumace u dívek.

Výsledky sběru ve VM přinesly také zjištění, že realizace pohybové aktivity napříč všemi věkovými skupinami a pohlavími (vyjma 11letých dívek) dosahuje významně nižších hodnot než výsledky celorepublikového šetření (Kalman et al.). Nejvýznamnější rozdíly potom vidíme mezi 11letými chlapci, 13letými dívkami (více než dvojnásobně nižší hodnoty) a 13letými chlapci (téměř trojnásobně nižší hodnoty), kteří ve VM dosahovali významně nižší realizace pohybové aktivity než jejich vrstevníci v celorepublikovém sběru. V porovnání s celosvětovou HBSC studií (Currie et al., 2012) můžeme 11leté dívky z VM řadit mezi nadprůměrné, chlapce ovšem mezi silně podprůměrné. 13letí by v porovnání obstáli silně podprůměrně, 15leté bychom zařadili do průměru. Různorodé výsledky týkající se pohybové aktivity dětí ve VM v porovnání

s národními nebo zahraničními průzkumy mohou být způsobeny například jejich nerovnoměrným zacílením (větší podíl respondentů z velkých měst, výběrových škol, atd.), ale také nižším poměrem a množstvím nejmladších respondentů.

Kromě 15letých dívek je ve všech kategoriích ve VM vždy nižší podíl dětí, které tráví více než 2 hodiny denně u počítače než v NZ (Kalman et al.). Největší rozdíl zaznamenáváme především u 11 a 13letých dívek. Pokud výsledky sběru dat ve VM porovnáme s celosvětovou HBSC studií (Currie et al., 2012) můžeme konstatovat, že hodnoty dosažené u 11letých jsou ve VM průměrné, naopak hodnoty dosažené u 13 a 15letých jsou podprůměrné.

Podíl respondentů, kteří kouří pravidelně, alespoň jednou týdně se týká výrazné menšiny a je srovnatelný s výsledky NZ (Kalman et al.). S věkem u obou pohlaví dochází k značnému nárůstu respondentů kouřících v týdenním intervalu. Nejvýznamnější rozdíly mezi VM a NZ byly zaznamenány u skupiny 13letých (v procentech VM/NZ): 13leté dívky (2/10); 13letí chlapci (4/9).

Konzumace alkoholu je ve VM ve všech věkových skupinách a u obou pohlaví významně nižší než v NZ (Kalman et al.). Ve věkové skupině 11letých se ve VM nevyskytují děti konzumující alespoň 1x týdně alkohol. Poměr v procentech v jednotlivých kategoriích je následující (VM/NZ): 13leté dívky (2/17); 13letí chlapci (9/21); 15leté dívky (10/33); 15letí chlapci (22/44), v některých případech tedy více než trojnásobné rozdíly oproti NZ. Tento fakt může být ovlivněn například již zmiňovaným nerovnoměrným zacílením NZ, realizací výzkumu v menším městě, větším podílem dětí z vesnic nebo horší dostupností alkoholu pro mladistvé v oblasti VM.

Ačkoliv je množství respondentů v tomto sběru dat dostatečné, mohou být výsledky částečně zkresleny nerovnoměrným rozložením ve věkových skupinách. Nejméně početná skupina byly 11leté děti, jejichž množství dosahovalo poměrově méně než skupiny 13 a 15letých dětí. Dalším atributem může být také nedostatečná časová dotace pro vyplnění dotazníku určená právě 11letým. Často se stávalo, že děti nestihly během jedné hodiny dotazníky vyplnit až do konce, což je ovšem fakt, který by neměl významně ovlivnit vyhodnocené otázky (jednalo se o otázky situované v první polovině dotazníku).

7 ZÁVĚR

Sběry dat pro HBSC studii jsou na mezinárodní a národní úrovni realizovány již řadu let a přinášejí řadu důležitých informací týkajících se životního stylu dětí a mládeže. V českých podmínkách ovšem chybí výzkum na úrovni konkrétních regionů a měst. Vytvoření strategie sběru dat na komunální úrovni je logickým krokem, který zajišťuje konzistentnost celé studie. Rozšíření sběru dat na další správní úroveň je nezbytná pro získávání relevantních podkladů k realizaci intervencí na komunální úrovni a pro porovnávání současného stavu životního stylu dětí a mládeže mezi jednotlivými městy, případně regiony v České republice. Komunální sběr také poskytuje další rozšíření využití dat národního sběru a to k porovnání s nižšími celky.

Hlavním cílem diplomové práce se stalo vytvoření strategie sběru dat HBSC studie na komunální úrovni a verifikace této strategie na realizované pilotní studii na základních školách ve Valašském Meziříčí. Hlavního cíle diplomové práce bylo dosaženo díky komunikaci s řadou odborníků, kteří jsou do projektu na národní úrovni zapojeni, přípravou sběru dat, ale také její realizací. Tvorba strategie byla tedy ovlivněna reálnými podněty, které strategii dovedly do finální podoby.

Dílčí cíl č. 1.: Kompilace stavu aktuálních poznatků týkajících se zkoumaných témat a výzkumného vzorku HBSC studie. Tohoto cíle bylo dosaženo prostřednictvím sekundární analýzy dat. Mezi významné informační zdroje byly kvůli své aktuálnosti vybrány odborné články publikované v zahraničních časopisech. Rozpracovaný dílčí cíl naleznete v kapitole 2.

Dílčí cíl č. 2.: Připravit prostředí pro vytvoření metodiky sběru dat HBSC studie na komunální úrovni. Dílčího cíle č. 2 bylo dosaženo především prostřednictvím schůzek a mailové komunikace s PhDr. Petrem Sadílkem a hlavním řešitelem HBSC studie na národní úrovni Mgr. Michalem Kalmanem. Dále potom prostřednictvím komunikace se zástupcem zdravých měst pro Valašské Meziříčí, osobními návštěvami a mailovou komunikací s řediteli a zástupci ředitelů jednotlivých základních škol. Více naleznete v kapitole 4.2.

Dílčí cíl č. 3.: Realizace pilotní studie sběru dat pro HBSC studii ve Valašském Meziříčí. Tohoto cíle bylo dosaženo prostřednictvím realizovaného sběru dat pro HBSC

studii v období 30. ledna až 8. února 2013 na všech základních školách ve Valašském Meziříčí.

Dílčí cíl č. 4.: Analýza části získaných dat. K analýze vybraných dat a jejich komparaci s výsledky národního sběru dat v roce 2010 došlo bezprostředně po samotném sběru dat. Data byla převedena do elektronické podoby, prostřednictvím statistického softwaru zpracována a výsledky interpretovány ve výsledkové části kapitoly 5.6.

8 SOUHRN

V předkládané diplomové práci je zpracována strategie sběru dat HBSC studie na komunální úrovni. Po úvodní kapitole, která seznamuje s hlavními důvody vzniku této práce, se teoretická východiska zaměřují na obecné problémy týkající se životního stylu mládeže.

Shrnutí a popis světových studií zabývajících se životním stylem obyvatelstva vytváří prostředí pro detailnější popsání zkoumané HBSC studie realizované u nás i ve světě (kapitola 2.1.1 a kapitola 2.1.2). Další kapitoly se zabývají především praktickým využitím sesbíraných dat realizovaných studií o životním stylu a popisují implementaci a intervenci na komunální a školní úrovni (kapitola 2.2 až kapitola 2.6). V kapitole 2.7 se již práce věnuje výsledkům aktuálních výzkumů v jednotlivých oblastech utvářejících životní styl dětí a mládeže (PA, stravovací zvyklosti atd.).

V kapitole třetí je vytyčen jeden hlavní a čtyři dílčí cíle diplomové práce. Čtvrtá kapitola popisuje metodiku práce.

Výsledky práce v páté kapitole popisují krok po kroku strategii sběru dat na komunální úrovni, proces její přípravy, ale i samotnou realizaci sběru. Zaměřuje se na užitečné doporučení, která jsou během reálného sběru nezbytná. V druhé polovině výsledkové části jsou odpovědi respondentů vyhodnoceny, popsány a uvedeny v kontextu celorepublikového sběru dat.

Prostřednictvím diskuze (kapitola šest), bylo upozorněno na možné nedostatky studie, byly zhodnoceny silnější a slabší stránky výzkumu a jejich vliv na dosažení hlavního cíle práce. Výsledky vlastního šetření byly porovnány s výsledky dalších zahraničních studií.

V závěrečné kapitole je stručně definováno splnění stanoveného hlavního cíle a cílů dílčích.

9 SUMMARY

In this thesis strategy for data collection of HBSC study at the municipal level is elaborated. After the introductory chapter, that introduces the main reasons for creation of this thesis, the theoretical findings focus on general issues relating to young people's lifestyle.

Summary and description of world studies dealing with the lifestyle of the population create an environment for a more detailed description of the investigated HBSC study realized in our country and in the world (see chapter 2.1.1 and chapter 2.1.2). The following chapters deal primarily with the practical usage of data collected within lifestyle studies already completed and describe the implementation and intervention at the municipal and school level (chapter 2.2 to chapter 2.6). In chapter 2.7 the thesis deals with the results of current research in the various areas that form the lifestyle of children and youth (PA, dietary habits, etc.).

The third chapter points out one main objective and four sub-objectives of the thesis. The fourth chapter describes methods used.

The results within the fifth chapter describe step-by-step the data collection strategy at the municipal level, the process of its preparation, but also the actual data collection realization. It focuses on useful recommendations which are necessary during the actual collection. In the second half of the results respondents' answers are analyzed, described and presented in the context of the national data collection.

Through discussion (chapter six) the possible shortcomings of the study were highlighted. Strengths and weaknesses of the research and their impact on achieving the main objective of the thesis were evaluated too. The results of the investigation were compared with the results of other international studies.

The final chapter briefly defines meeting the main objective and sub-objectives.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

Antonogeorgos, G., Panagiotakos, D. B., Papadimitriou, A., Priftis, N. K., Anthracopoulos, M. & Nicolaidou, P. (2011). Breakfast consumption and meal frequency interaction with childhood obesity. *Pediatric obesity*, 7, (1), pp 65-72.

Babinská, K., Vitáriušová, E., & Rosinský, J. (2007). Stravovací režim školákov na Slovensku. *Pediátria pre praxi*, 7, (4), pp. 218 - 220

BarnekowBergkvist, M., Hedberg, G., Janlert, U. & Jansson, E. (1996). Physical activity pattern in men and women at the ages of 16 and 34 and development of physical activity from adolescence to adulthood. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 6, (6), pp 359 – 370.

Bauman, A. E., (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *Journal of science and medicine in sport / Sports Medicine Australia*, 7 (1), pp. 6–19.

Bjelland, M., Lien, N., Grydeland, M., Bergh, Ingunn H., Anderssen, S. A., Ommundsen, Y., Klepp, K. & Andersen, L. F. (2011). Intakes and perceived home availability of sugar-sweetened beverages, fruit and vegetables as reported by mothers, fathers and adolescents in the HEIA (HEalth In Adolescents) study. *Public Health Nutrition*, 14, (12), pp 2156 – 2165.

Bull, F.C., Armstrong, T.P., Dixon T., Ham, S., Neiman, A. & Pratt, M. (2004) Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. *Physical Inactivity*. In: World Health Organization, 1. pp 729-881.

Colley, R. C., Garriguet,D., Janssen,I., Craig, C. L., Clarke, J. & Tremblay, M. S. (2011). Physical activity of Canadian children and youth: accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Reports*, 22, pp 15-23.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., Looze, M., Roberts, Ch., Samdal, O., Smith, O. & Barnekow, V. (2012). *Health behaviour in School-aged children (HBSC)*

study: *International Report from the 2009/2010 survey*. Denmark: Copenhagen, World health Organization.

České zdravotnické fórum. (2013). *Životní styl žáků základních škol v ČR*. Praha. Retrieved 6. 4. 2013 from the World Wide Web: http://www.czf.cz/soubory/vyzkum_zsz/czf_pruzkum_zaku.pdf

Department of Health. (2004). *Choosing Health: a booklet about plans for improving people's health*. London: COI Communications.

Edwards, P. & Tsouros, A. (2006). *World Health Organization. Promoting Physical Activity and Active Living in Urban Environments*. Copenhagen.

Ellickson, P. L., McGuigan, K. & Klein, D. J. (2001). Predictors of late-onset smoking and cessation over 10 years. *Journal of adolescent health*, 29, (2), pp 101 – 108.

Gruber, E., DiClemente, R. J., Anderson, M. M. & LODOCO, M. (1996). Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behavior in late adolescence. *Preventive medicine*, 25, (3), pp 293 – 300.

Guthold, R., Cowan, M. J., Autenrieth, C. S., Kann, L. & Riley, L. M. (2010). Physical activity and sedentary behavior among schoolchildren: a 34-country comparison. *Journal of Pediatrics*, 157, 1, pp 43–U84.

Hodaň, B. (2000). *Tělesná kultura - sociokulturní fenomén: východiska a vztahy*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Chang, H. H. & Nayga, R. M., Jr. (2010). Childhood Obesity and Unhappiness: The Influence of Soft Drinks and Fast Food Consumption. *Journal of happiness studies*, 11, (3), pp 261 – 275.

Jurníková, J. (2002). *Zdravotní politika na komunální a regionální úrovni. In Jak řídit kraj. město a obec : sociální a technická infrastruktura : rukověť územní samosprávy. III. díl*. Brno-Praha: Masarykova univerzita a Institut pro místní správu Praha

Kalman, M., Hamřík, Z. & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity: Pro odbornou veřejnost*. Olomouc: Ore – Institut

Kaplan, G. & Baron-Epel, O. (2003). What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science & Medicine*, 56, (8), pp 1669 – 1676.

Kernová, V. (2006). *Zdravotní stav populace v ČR a EU*. Státní zdravotní ústav Praha. Retrieved 4. 4. 2012 from the World Wide Web: http://old.lf3.cuni.cz/studium/materialy/verejne_zdravotnictvi/zdravotni_stav_populace_cr.ppt

Kohoutková, V. (2013). Projekt Klíče pro život. Retrieved 26. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.nidm.cz/projekty/realizace-projektu/klice-pro-zivot/vyzkumy/cile-a-vystupy/deti-v-ringu-dnesniho-sveta>

Koopman, C., van Oeffelen, Aloysia A. M., Bots, M. L., Engelfriet, P. M., Verschuren, W. M. M., van Rossem, L., van Dis, I., Capewell, S. & Vaartjes, I. (2012). Neighbourhood socioeconomic inequalities in incidence of acute myocardial infarction: a cohort study quantifying age- and gender-specific differences in relative and absolute terms. *BMC Public Health*, 12.

Ludwig, D. S., Peterson, K. E. & Gortmaker, S. L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: A prospective, observational analysis. *Lancet*, 358, (9255), pp 505 – 508.

Mandic, S., Bengoechea, E. G., Stevens, E., de la Barra, S. L. & Skidmore, P. (2012). Getting kids active by participating in sport and doing It more often: focusing on what matters. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, (86).

Marečková, L. (2011). *Zdravotní plán města Jihlavy*. Retrieved 6. 4. 2013 from the World Wide Web: <http://www.jihlava.cz/zdravotni-plan-mesta-jihlavy/d-486439/p1=71323>

Marinov, Z., Pastucha, D., a kolektiv (2012). *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada

Maynard, M., Gunnell, D., Emmett, P., Frankel, G. D. & Smith. (2003). Fruit, vegetables, and antioxidants in childhood and risk of adult cancer: the Boyd Orr cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, pp 218-225.

Nicklas, T. A., Bao, W., Webber, L. S. & Berenson, G. S., (1993). Breakfast consumption affects adequacy of total daily intake in children. *Journal of American Dietetic Association*, 93, (8), pp 886 – 891.

O'Donnell, S. I., Hoerr, S. L., Mendoza, J. A. & Goh, E. T. (2008). Nutrient quality of fast food kids meals. *American Journal of clinical nutrition*, 88, (5), pp 1388 – 1395.

Osborne, Chelsea L. & Forestell, C. A. (2012). Increasing children's consumption of fruit and vegetables: Does the type of exposure matter? *Physiology & Behavior*, 106, (3), pp 362 – 368.

Pabayo, R., Maximova, K., Spence, J. C., Vander Ploeg, K., Wu, B. & Veugelers, P. J. (2012). The importance of Active Transportation to and from school for daily physical activity among children. *Preventive Medicine*, 55 (3), pp 196-200.

Parsons, T. J., Power, C., Logan, S. & Summerbell, C. D. (1999). Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 23, (8), pp. 1–107.

Pelikán, J. (1998). *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum

Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y. & Patra J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-usedisorders. *Lancet*, 373, (9682), pp 2223 – 2233.

Shang, X. W., Liu, A. L., Zhang, Q., Hu X. Q., Du S. M., Ma J., Xu, G. F., Li, Y., Guo, H. W., Du, I., Li, T. Y. & Ma, G. S. (2012). Report on Childhood Obesity in China (9): Sugar-sweetened Beverages Consumption and Obesity. *Biomedical and Environmental Science*, 25, (2), pp 125-132.

Slepičková, I. (2000). *Sport a volný čas*. Praha: Nakladatelství Karolinum.

Světová zdravotnická organizace, Regionální úřadovna pro Evropu. (2000). *Zdraví 21: Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Kodaň

Šanderová, J. (2005). *Jak číst a psát odborný text ve společenských vědách: několik zásad pro začátečníky*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Tin, S. P. P., Ho, S. Y., Mak, K. H., Wan, k. L. & Lam, T. H. (2012). Location of breakfast consumption predicts body mass index change in young Hong Kong. *International Journal Of Obesity children*, 36, (7), pp 925-930.

Vágnerová, M. (1999). *Vývojová psychologie*. 1. Vydání. Praha: Karolinum

Verkooijen, K. T., Nielsen, G. A. B. & Kremers, S. P. J. (2009). Leisure time physical activity motives and smoking in adolescence. *Psychology of Sport and Exercide*, 10, (5), pp 559 – 564.

Whitley, E., Lee, I. M., Sesso, H. D. & Batty, G. D. (2012). Association of cigarette smoking from adolescence to middle-age with later total and cardiovascular disease mortality: the harvardalumni health study. *Journal of the American*, 60, (18), pp 1839 – 1840.

Zvárová, J. (2011). *Základy statistiky pro medicínské obory*. Praha: Karolinum

Internetové zdroje:

Anonymous, (2013), ESPAD. Retrieved 31. 3. 2013 from the World Wide Web: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/vysledky_evropske_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach_espada_v_cr_v_r_2011_tiskova_zprava

Anonymous, (2013). ESPAD. Retrieved 31. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.espad.org/>

Anonymous, (2013). General Health Questionnaire. Retrieved 31. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.gl-assessment.co.uk/products/general-health-questionnaire-0>

Anonymous, (2013). GSHS. Retrieved 31. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.who.int/chp/gshs/en/>

Anonymous, (2013). Národní síť zdravých měst. Retrieved 15. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://nszm.cz/index.shtml?apc=r2082129t>

Anonymous, (2013). Národní síť zdravých měst. Retrieved 15. 3. 2013 from the World Wide Web: http://dataplan.info/img_upload/f96fc5d7def29509aeffc6784e61f65b/nszm_zaklinfo_1210.pdf

Anonymous, (2013). Program škola podporující zdraví. Retrieved 6. 4. 2013 from the World Wide Web: <http://www.program-spz.cz/co-je-program-skola-podporujici-zdravi>

Anonymous, (2013). Škola plná zdraví. Retrieved 15. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.skolaplnozdravi.cz/skola-plna-zdravi.php>

Anonymous, (2013). UZIS. Retrieved 31. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/vyberova-setreni-studie/studie-zdravotnim-stavu-zivotnim-stylu>

Anonymous, (2013). Zákony ČR. Retrieved 26. 3. 2013 from the World Wide Web: [http://www.zakonycr.cz/seznamy/128-2000-sb-zakon-o-obcich-\(obecni-zrizeni\).html](http://www.zakonycr.cz/seznamy/128-2000-sb-zakon-o-obcich-(obecni-zrizeni).html)

Anonymous, (2013). Zdravá pětka. Retrieved 15. 3. 2013 from the World Wide Web: <http://www.zdrava5.cz/co-je-z5#o-projektu>

Anonymous. (2006). *Food Standards Agency, FSA nutrient and food based guidelines for UK institutions*. Retrieved 12. 12. 2012 from Web of knowledge database on the World wide Web: <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/nutguideuk.pdf>

Český statistický úřad, Veřejná databáze. Retrieved 15. 3. 2013 from the World Wide Web: http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabdetail.jsp?kapitola_id=17&potvrz=Zobrazit+tabulku&go_zobraz=1&childsel0=5&childsel0=5&cislotab=VZD4010UC&vo=null&pro_4_50=545058&voa=tabulka&str=tabdetail.js

11 SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1. Komponenty ovlivňující zdraví jedince (Kernová, 2006).....	13
Obrázek 2. Diagram vývoje respondentů ve vzorku.....	34
Obrázek 3. Děti, které uvedly, že snídají každý den během pracovních dní	46
Obrázek 4. Děti, které uvedly, že konzumují ovoce alespoň 1krát denně	48
Obrázek 5. Děti, které uvedly, že konzumují zeleninu alespoň 1 krát denně	49
Obrázek 6. Děti, které uvedly, že konzumují sladkosti alespoň 1krát denně.....	50
Obrázek 7. Výskyt pohybové aktivity dle počtu dnů v týdnu	51
Obrázek 8. Počet hodin strávených u televize nebo DVD denně	53
Obrázek 9. Počet hodin strávených u počítače denně během pracovních dní.....	55
Obrázek 10. Děti, které uvedly, že kouří nejméně jednou týdně.....	57
Obrázek 11. Děti, které uváděly konzumaci jednoho druhu alkoholu alespoň 1x týdně.....	59
Tabulka 1. Věkové rozložení, počet chlapců a děvčat v jednotlivých věk. kategoriích	33
Tabulka 2. Harmonogram strategie sběru dat.....	44
Tabulka 3. Snídaně v pracovních dnech – pohlaví	47
Tabulka 4. Snídaně v pracovních dnech - věk.....	47
Tabulka 5. Pohybová aktivita - pohlaví	52
Tabulka 6. Pohybová aktivita - věk	52
Tabulka 7. Pasivní trávení VČ - pohlaví.....	54
Tabulka 8. Pasivní trávení VČ - věk.....	54
Tabulka 9. Čas strávený u počítače - pohlaví.....	56
Tabulka 10. Čas strávený u počítače - věk.....	56
Tabulka 11. Kouření aspoň 1x týdně - pohlaví	58
Tabulka 12. Kouření aspoň 1x týdně - věk	58

12 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Mail pro ředitele škol

Příloha č. 2: Mail pro zástupce zdravých měst

Příloha č. 1

Dobrý den,

na základě dnešního rozhovoru zasílám informace týkající se studie HBSC a sběru dat, který proběhne na začátku února.

HBSC studie (Studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků - The Health Behavior in School-aged Children) je mezinárodní výzkumná studie Světové zdravotnické organizace (WHO), která se zabývá monitorováním životního stylu mladých lidí. Studie vychází z faktu, že životní styl, jako jeden ze základních determinant zdraví je vytvářen v procesu vývoje člověka v období dětství a dospívání. Česká republika se poprvé zúčastnila studie v roce 1994, dále následovaly studie ve čtyřletých rozestupech v letech 1998, 2002, 2006 a 2010. Cílem studií bylo získání nových poznatků o chování dětí školního věku, které byly získány na reprezentativním vzorku dětí z České republiky a propojení nových dat s již existujícími zprávami.

Diplomová práce se zaměřuje na rozšíření sběru dat také na komunální úroveň - pilotním městem se stane Valašské Meziříčí. Sesbíraná data bude možné dále porovnávat s národními výsledky, ale také s výsledky studií, které proběhnou v budoucnosti.

Veškeré informace, týkající se studie naleznete na www.hbsc.upol.cz popřípadě na www.hbsc.org (anglicky). Zpracovaná data z posledního šetření naleznete potom na http://hbsc.upol.cz/download/narodni_zprava_zdravi_ziv_styl.pdf

Samotný sběr dat proběhne v prvním únorovém týdnu v 5., 7. a 9. třídě. Poprosím Vás, jestli mi můžete napsat, který den Vám nejvíce vyhovuje - celý sběr se odehraje během 3 vyučovacích hodin v jednom dni. Volné termíny jsou následující: 5., 6. a 8. února 2013.

Poprosím Vás o den a čas, ve kterém se můžu dostavit.

Děkuji, s pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Tomáš Hruboň

student FTK UP v Olomouci

Příloha č. 2

Dobrý den pane Pernický,

jmenuji se Tomáš Hruboň, jsem studentem UP v Olomouci, oboru Management životního stylu. Oslovuji Vás jako politika a zástupce projektu Zdravá města. Spoluúčastním se na projektu studie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study) realizovaného na katedře Rekreatologie, FTK. Projekt se zabývá zdravím a životním stylem dětí a školáků. Projekt na národní úrovni se v České republice realizuje již od roku 1994 pravidelně každé 4 roky.

V současné době se snažíme zrealizovat sběr dat na základních školách na komunální úrovni. Na toto téma jsem se rozhodl vypracovat závěrečnou Diplomovou práci. Pro sběr dat a vytvoření pilotní studie jsem zvolil město Valašské Meziříčí, protože jsem místní rodák.

O realizaci sběru dat rozhodují ředitelé základních škol. Vás bych chtěl tím to mailem požádat o napsání doporučujícího dopisu pro ředitele základních škol ve Valašském Meziříčí, který mi snad pootevře dveře k získání cenných dat, týkajících se životního způsobu mládeže.

Samotný sběr ze strany škol nevyžaduje žádnou významnou aktivitu, je zcela zdarma a realizuji jej já osobně.

Nevím, zda jste s problematikou HBSC studie obeznámen (<http://www.hbsc.upol.cz/>), ale rád bych se s Vámi sešel a vše vysvětlil.

Předem děkuji za Vaši reakci, doufám, že tím přispějeme dobré věci.

S pozdravem a přáním pěkného dne Bc. Tomáš Hruboň