

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky

**Iveta Halbichová**

**Politika podpory zdraví dětí školního věku  
v oblasti stravování a pohybu**

*Diplomová práce*

Praha 2014

Autor práce: **Iveta Halbichová**

Vedoucí práce: **Mgr. Karolína Dobiášová**

Oponent práce:

Datum obhajoby:

Hodnocení:

## **Bibliografický záznam**

HALBICHOVÁ, Iveta. *Politika podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky, 2014. s. Vedoucí diplomové práce Mgr. Karolína Dobiášová.

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce se zabývá politikou podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu a identifikuje nejzávažnější problémy spojené s touto oblastí zdravotní politiky. Dále se zaměřuje na hlavní problémy související s životním stylem dětí. Správné stravovací návyky a vztah k pohybovým aktivitám se formují již od útlého věku, proto je nezbytné se z hlediska podpory zdraví zaměřit převážně na děti a jejich výchovu ke zdravému životnímu stylu. Tím je možné dosáhnout celkového zlepšení zdravotního stavu populace. K naplnění vytyčených cílů práce byla využita sekundární data z dokumentů týkajících se sledované problematiky a data primární získaná z kvalitativního výzkumu, který byl realizován formou expertního dotazování. Děti školního věku v České republice nespĺňují výživová doporučení ani doporučení pro pohybovou aktivitu stanovená Světovou zdravotnickou organizací. Souvisejícím problémem je obezita, ke které nesprávné stravovací návyky a nedostatečná fyzická aktivita vedou. Politika podpory zdraví na zjištěné problémy reaguje pomocí projektů a programů podpory zdraví zaměřených na tyto oblasti. Jako nejzávažnější problémy spojené s politikou podpory zdraví dětí školního věku byla identifikována její nedostatečná infrastruktura, která neumožňuje celostátní působení podpory zdraví, dále nedostatečné finanční a personální zajištění a nedostatek kvalifikovaných pracovníků v této oblasti. V České republice zdraví není pojímáno v celé jeho šíři, převažuje medicínský pohled, což souvisí s dalším závažným problémem, kterým je nesoulad politiky podpory zdraví v České republice s principy prosazovanými Světovou zdravotnickou organizací a Evropskou unií. Diplomová práce se věnuje také právnímu vymezení podpory zdraví v českém prostředí a zabývá se touto oblastí zdravotní politiky na mezinárodní úrovni. Přínosem práce je poskytnutí komplexního pohledu na problematiku podpory zdraví dětí školního věku, které v České republice není věnována dostatečná pozornost.

## **Abstract**

This thesis deals with the health promotion policy of school-age children in the area of nutrition and physical activities, and identifies the most serious problems related to this field of health policy. It also focuses on the main problems associated with the lifestyle of school-age children in the Czech Republic. Proper eating habits and good relationship to physical activities are formed from an early age, so it is necessary in the terms of health promotion to focus mainly on children and their education to a healthy lifestyle. This creates possibilities to achieve an overall improvement in the health status of population. To fulfill the goals of this thesis, secondary data from documents that are related to the observed problem were used together with primary data from qualitative research, which was conducted by expert interviews. School-age children in the Czech Republic do not comply with the dietary guidelines or recommendations for physical activity processed by WHO. A related problem is obesity, which is caused by these factors. Health promotion policy responds to these problems by projects and health promotion programmes. Inadequate infrastructure, which does not allow its national exposure, insufficient funding, staffing and lack of skilled workers in this field were identified as the main problems associated with the health promotion policy of children. Health is not perceived in the whole range in the Czech Republic, there is the prevailing medical model of health. This is related to the discrepancy between health promotion policy in the Czech Republic and the principles advocated by World health organization and European Union. This thesis also deals with the legal framework of health promotion in the Czech environment and focuses on this field of health policy at an international level. The contribution of this thesis is providing a comprehensive view of the issue of health promotion in school-age children, which has not been given sufficient attention in the Czech Republic.

## **Klíčová slova**

Politika podpory zdraví, děti školního věku, pohyb, stravování, životní styl

## **Keywords**

Health promotion policy, school-age children, physical activities, nutrition, lifestyle

**Rozsah práce:** 235 588

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 18. května 2012

Iveta Halbichová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala především své konzultantce Mgr. Karolíně Dobiášové za vedení mé práce a za cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat expertům z oblasti podpory zdraví, kteří byli ochotní zúčastnit se rozhovorů a umožnili mi tak provést výzkum. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině a přátelům, kteří mě během psaní této práce i celého studia podporovali.

# Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy

## Institut sociologických studií

### Projekt bakalářské práce

**Předpokládaný název práce:** Politika podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu

**Autor práce:** Iveta Halbichová

**Studijní obor:** Veřejná a sociální politika

**Konzultant:** Mgr. Karolína Dobiášová

---

### Vymezení předmětu zkoumání

Podpora zdraví dětí školního věku v České republice je velice aktuální téma a je důležité upozornit na nutnost rozvíjení této oblasti zdravotní politiky. Mezinárodní srovnávací studie, která vychází ze stanoviska WHO, že „*chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání*“ (Mezinárodní zpráva... 2012: 6), poukázala na špatný životní styl dětí a školáků v České republice. Proto je nutné děti a mladistvé vychovávat ke zdravějšímu chování, tím mám na mysli především správnou výživu a stravovací návyky a také dostatek pohybových aktivit. Příčiny mnohých neinfekčních chronických onemocnění je třeba hledat v životním stylu, zdravotní péče má na celkový zdravotní stav lidí podíl pouze přibližně 10 %. Mnohem důležitějšími faktory jsou životní a sociální prostředí a především již zmíněný životní styl lidí. V mezinárodním porovnání stav v České republice nevyzněl příliš příznivě (Mezinárodní zpráva... 2012). Ministr zdravotnictví také upozornil na možnost výrazných úspor, kdyby lidé žili zdravěji<sup>1</sup>. Aby došlo k celkovému zlepšení situace, tak je nutné začít právě u dětí a mladistvých.

Ve své práci se chci zaměřit především na dva aspekty související s politikou podpory zdraví dětí a mladistvých, a to stravování a pohybové aktivity. Správná výživa a stravovací návyky jsou velice důležitou součástí zdravého životního stylu a úzce spolu

---

<sup>1</sup> *Zdravější Češi by ušetřili 30 miliard, ministr podpoří sport dětí* [online]. 2012 [cit. 2012-10-28] Dostupné z WWW: <[http://relax.lidovky.cz/heger-chce-ozdravit-ceske-deti-podpori-sport-f3k-/ln-zdravi.asp?c=A120821\\_155005\\_ln-zdravi\\_ziz](http://relax.lidovky.cz/heger-chce-ozdravit-ceske-deti-podpori-sport-f3k-/ln-zdravi.asp?c=A120821_155005_ln-zdravi_ziz)>

souvisí. Výživa výrazně ovlivňuje správný růst a vývoj, proto je třeba na ni u dětí a mladistvých klást velký důraz. Nesprávné a nevyvážené stravování se může podílet na vzniku některých civilizačních chorob, mezi které patří například cukrovka či obezita, která je dnes u dětí rozšířená (Kubátová, Machová 2009: 35). Podle studie HBSC z roku 2010 trpí nadváhou nebo obezitou pětina chlapců a desetina dívek, které se výzkumu zúčastnili, přičemž počet chlapců ve všech věkových skupinách byl vyšší než dívek (Mezinárodní zpráva... 2012: 15). Podle statistik OECD pocházejících z roku 2011 trpí v České republice nadváhou či obezitou 17 % dívek a 25 % chlapců, přičemž průměr zemí OECD je u dívek 21 % a v případě chlapců 23 %. U dospělé populace je stav v České republice srovnatelný s průměrem zemí OECD (Obesity update 2012: 6, 7). Tato čísla vypovídají o tom, že je nutné se více zaměřit na správné stravování, které podporuje i Světová zdravotnická organizace. Ta stanovila pro státy Evropy výživová doporučení, která se týkají nejen spotřeby potravin, ale i jejich úpravy.

Dostatečná pohybová aktivita je také velice důležitou součástí zdravého životního stylu. Pravidelný pohyb podporuje zdraví, může zabránit vzniku řadě onemocnění a také přispívá k zachování dobré kvality života. Klíčovými obdobím, kdy se utváří vztah člověka ke sportu je dětství, proto je důležité vést děti již od útlého věku k pravidelným pohybovým aktivitám a zvyšovat tak pravděpodobnost jejich provádění i v dospělosti (Skálová 2011: 10-12). V posledních letech dochází k negativnímu vývoji v oblasti pohybu, což vede k nárůstu pohybové inaktivity, která se tak stala celosvětovým problémem (Kalman 2011: 69). Ze studie HBSC vyplynulo, že většina dětí v České republice nesplňuje mezinárodní doporučení pro pohybovou aktivitu. Každý den se dvě až tři hodiny denně věnuje sportu pouze 35 % chlapců a 25 % dívek, které zaostávají za chlapci ve všech věkových skupinách. Tyto výsledky jsou zarážející, neboť je dokázáno, že aktivnější děti jsou méně obézní, spokojenější se svým životem a mají méně zdravotních obtíží (Rážová 2011: 10).

Důležitým dokumentem, který souvisí s podporou zdraví dětí školního věku, je nová strategie Zdraví 2020, která byla schválena v rámci jednání Regionálního výboru Světové zdravotní organizace pro Evropu na Maltě v září 2012. Strategie se zaměřuje na podporu zdraví a blahobytu napříč odvětvími, a to na lokální, národní i mezinárodní úrovni<sup>2</sup>. Členské státy evropského regionu WHO se shodly na společných cílech, kterými jsou významné zlepšení zdraví a blahobytu populace, snížení zdravotních

---

<sup>2</sup> Nová strategie Zdraví 2020. Státní zdravotní ústav [online]. 2012 [cit. 2013-05-13] Dostupné z WWW: <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/nova-strategie-zdravi-2020-health-2020>>



rozdílů, dále posílení veřejného zdraví a zajištění trvale udržitelného zdravotního systému orientovaného na lidi, který je univerzální, spravedlivý a kvalitní (Health 2020: 1). Strategie bere v úvahu rozdíly mezi zeměmi v regionu. Společných cílů tedy země mohou dosahovat rozdílnými prostředky. Zdraví 2020 obsahuje čtyři prioritní oblasti – Investice do zdraví v průběhu celého života a posilování schopností lidí; boj s hlavními zdravotní problémy Evropy: přenosné a nepřenosné nemoci; posílení zdravotního systému orientovaného na lidi, rozvoj kapacit veřejného zdraví a na schopnost čelit aktuálním problémům a řešit je; poslední prioritní oblastí je vytváření odolné společnosti a podpůrného prostředí (Health 2020). Jedním z prostředků pro dosažení cílů stanovených ve strategii Evropa 2020 jsou programy podpory zdraví, které mohou pro lidi představovat veliký přínos. Napomáhají k vytváření lepších podmínek pro zdraví, podporují zdravotní gramotnost, dávají lidem zdravý start do života, pomáhají chránit děti a mladistvé a podobně (Health 2020: 6, 7).

Obecně se dá říci, že je v České republice zdravotnictví podfinancováno, celkové výdaje na zdravotnictví tvořily v roce 2009 v České republice 8,2 % HDP, přičemž průměr zemí OECD byl 9,6 %. Výdaje na prevenci tvořily v roce 2011 pouze 2,2 % všech výdajů na zdravotnictví. Z výše zmíněných důvodů se v rámci své diplomové práce chci zabývat problémy, které souvisí s politikou podpory zdraví dětí a mladistvých v České republice v oblasti stravování a pohybu. Jedná se o velice důležitou oblast zdravotní politiky, která však u nás bývá často opomíjena.

## **Výzkumné cíle a otázky**

Hlavním cílem mé práce je zjistit, jakým způsobem je v České republice realizována politika podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybových aktivit a identifikovat nezávažnější problémy spojené s touto oblastí zdravotní politiky.

### **Výzkumné cíle**

- 1) Na základě analýzy dokumentů vymezit základní pojmy a právní rámec politiky podpory zdraví dětí školního věku v České republice.
- 2) Zjistit jaký byl vývoj politiky podpory zdraví dětí školního věku v České republice.
- 3) Identifikovat hlavní oblasti, na které se politika podpory zdraví dětí školního věku zaměřuje na mezinárodní úrovni.

- 4) Identifikovat hlavní problémy, které jsou spojené s životním stylem dětí školního věku v České republice v oblasti stravování a pohybu.
- 5) Zjistit, jak funguje politika podpory zdraví dětí školního věku v České republice v praxi (programy podpory zdraví a jejich realizace).

### **Výzkumné otázky:**

- 1) Jakým způsobem jsou vymezeny základní pojmy a právní rámec politiky podpory zdraví dětí školního věku v České republice?
- 2) Jaký byl vývoj politiky podpory zdraví dětí školního věku v České republice?
- 3) Na jaké oblasti se politika podpory zdraví dětí školního věku zaměřuje na mezinárodní úrovni?
- 4) Jaké jsou hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v České republice v oblasti stravování a pohybu?
  - a) Jak na tyto problémy reaguje svými opatřeními politika podpory zdraví?
- 5) Jak funguje politika podpory zdraví dětí školního věku v České republice v praxi?
  - a) Jaké projekty podpory zdraví jsou v České republice realizovány?

## **Teoretická a hodnotová východiska práce**

Politika podpory zdraví dětí školního věku je velice důležitá oblast zdravotní politiky, která může mít velký vliv na zdravotní stav a další vývoj dětí a mladistvých. Proto by se na ní měl v České republice klást větší důraz. Je potřeba brát zdraví nejen jako individuální hodnotu, ale také jako společenskou, což znamená, že za zdravotní stav lidí má zodpovědnost celá společnost. Zdravá populace znamená ekonomický růst a celkový rozvoj společnosti (Holčík 2008).

### **1. Zdraví a jeho determinanty**

Na zdraví člověka působí mnoho faktorů, které se nazývají determinanty zdraví. Jedná se o podmínky, do kterých se lidé rodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou v nich. Můžeme rozlišit čtyři základní kategorie determinantů zdraví – genetický základ, péče o zdraví a zdravotnictví, životní prostředí a životní styl (Holčík 2008). Ve své práci se budu zabývat především posledním zmíněným faktorem, neboť jeho význam na celkovém

zdraví lidí stále stoupá. Z tohoto důvodu je potřeba se zaměřit na výchovu dětí ke zdravějšímu životnímu stylu. Kvůli nárůstu nerovností ve zdraví WHO ustanovila v roce 2005 Komisy sociálních determinant zdraví, která se zaměřuje na jejich redukci. Zpráva komise vydaná v roce 2008 obsahovala tato doporučení – zlepšit životní podmínky, vypořádat se s nerovnoměrným rozdělením moci peněz a zdrojů a posledním bodem bylo měřit a pochopit problémy a posoudit dopady různých opatření.<sup>3</sup> Toto teoretické východisko mi má pomoci identifikovat některý významné faktory, které mají vliv na zdraví člověka potažmo dětí.

## 2. Modely zdraví

Zdraví je jednou z nejvýznamnějších hodnot života každého člověka, je jednou z podmínek smysluplného a spokojeného života. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Kubátová, Machová 2009: 12). Existuje několik pojetí zdraví, která vysvětlují, jak je zdraví člověka chápáno. Prvním modelem je biomedicínský, který klade důraz na „*symptomy nemoci diagnostická kritéria, možnosti i dostupnost diagnostiky nemoci a vhodná terapie*“ (Holčík 2008: 5). Toto pojetí vychází z běžné klinické praxe. Druhý model se nazývá ekologicko-sociální a „*snaží se postihnout zdraví lidí v plné šíři*“ (Holčík 2008: 5), zahrnuje tedy i determinanty. Bere v úvahu, že zdraví člověka je podmíněno přírodními i sociálními faktory. Ve své práci se budu držet pojetí zdraví tak, jak ho chápe druhý zmíněný model.

## Metodologie

K naplnění cílů diplomové práce budu využívat primární data ze svého vlastního výzkumu, ale také sekundární data, která publikoval již někdo jiný (Veselý, Nekola 2007).

---

<sup>3</sup>Social determinants of health.WHO [online], 2012 [cit. 2012-11-30]. Dostupné z WWW: <[http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)>

## 1. Sekundární data

Jako zdroje pro získání sekundárních dat mi budou sloužit dokumenty a záznamy veřejné správy, odborná literatura, odborné články z recenzovaných časopisů a rutinní statistická data.

- Základní dokumenty – Zdraví 2020, Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků
- Zdroje dokumentů – Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy, Státní zdravotní ústav, Světová zdravotnická organizace, Evropská komise

## 2. Primární data

Sekundární data doplním o primární, která získám pomocí kvalitativního výzkumu.

- 1) Polostrukturované rozhovory s odborníky zabývajícími se politikou podpory zdraví dětí školního věku v České republice – jak funguje v praxi, kde vidí nejzávažnější nedostatky v této oblasti a jaké jsou podle nich jejich možná řešení
- Metoda analýzy dat – tematická analýza (Horrocks, King 2010, Flick 2009)

## Základní literatura k tématu

- *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. 2002 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/zdravi-21-dlouhodoby-program-zlepsovani-zdravotniho-stavu-obyvatelstva-cr-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti-projednan-vladou-ceske-republiky-dne-30-rijna-2002-usneseni-vlady-c-1046>>
- DOBIÁŠOVÁ, K., HNILICOVÁ, H. Podpora zdraví v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. 2012, roč. 15, č. 1.
- HAMPLOVÁ, L. *Národní program zdraví - projekt podpory zdraví*. Sekce obrany a podpory zdraví MZ ČR, 2012.
- *Health 2020: a European policy Framework supporting action across government and society for health and well-being*. World Health Organization. Malta, 2012.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2007, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

- HOLČÍK, J. Podpora veřejného zdraví: Teorie a praxe: podpora zdraví a její teoretická východiska. *Hygiena*, roč. 53, č. 1, 2008. ISSN 1802-6281.
- KALMAN, M. et al *Národní zpráva o zdravém životním stylu dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 112 s. ISBN 978-80-244-2986-1.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5
- KUBÁTOVÁ, D., MACHOVÁ, J. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2009, 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MARMOT, M., WILKINSON, R. *Social Determinants of Health: the Solid Facts*. WHO, 2003. ISBN 92 890 1371 0.
- *Mezinárodní zpráva o zdravotním stylu dětí a školáků*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012. [cit. 2012-10-28] Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/dokumenty/mezinarodni-studie-bohuzel-poukazala-na-spatny-zivotni-styl-deti-a-skolaku-\\_6442\\_2501\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/mezinarodni-studie-bohuzel-poukazala-na-spatny-zivotni-styl-deti-a-skolaku-_6442_2501_1.html)>
- *Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007-2017*. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007.
- *Obesity update 2012*. OECD [online]. 2012 [cit. 2013-06-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.oecd.org/health/49716427.pdf>. >
- Overweight and obesity - BMI statistics. Eurostat [online], 2011 [cit. 2013-05-31]. Dostupné na WWW: <[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Overweight\\_and\\_obesity\\_-\\_BMI\\_statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics)>.
- *Population-based approaches to Childhood obesity prevention*. WHO. Ženeva: WHO Document Production Services, 2012. ISBN 978 92 4 150478 2.
- *Public health and the EU: an overview*. EPHA [online]. 2007 [cit. 2013-05-31]. Dostupné z WWW: <<http://www.eph.org/a/2592>>.
- RÁŽOVÁ, J. *Životní styl školních dětí - studie HBSC 2010: stravovací zvyklosti, spotřeba potravin a pohybová aktivita*. Praha: TK SZÚ, 2011.
- RÁŽOVÁ, J. *Implementace programu ZDRAVÍ 21*. *Hygiena*, roč. 53, č. 1, 2008. ISSN 1802-6281.
- *S pohybem každý den*, Tisková zpráva k ukončení soutěže v roce 2011. SZÚ, 2011.

- SKÁLOVÁ, L. *Význam pohybu*. Tisková konference k ukončení soutěže S pohybem každý den, SZÚ, 2011.
- TRUELLOVÁ, I. *Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007-2017*. *Hygiena*, roč. 53, č. 1, 2008. ISSN 1802-6281.
- TUŠKOVÁ, E. Vývoj vládní politiky podpory zdraví v České republice v letech 1990-2012. *Hygiena*, roč. 57, č. 4, 2012. ISSN 1802-6281.
- VESELÝ, A., NEKOLA, M. *Analýza a tvorby veřejných politik*. Praha: SLON, 2007, 407 s. ISBN 978-80-86429-75-5.

## Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
WHO	World health organization (Světová zdravotnická organizace)
EU	Evropská unie
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
SZÚ	Státní zdravotní ústav
KHS	Krajská hygienická stanice
ZÚ	Zdravotní ústav
NO	Nezisková organizace
NSPZ	Národní síť podpory zdraví
ZŠ	Základní škola
ŠPZ	Škola podporující zdraví
RVP	Rámcový vzdělávací program
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (Mezinárodní výzkumná studie životního stylu dětí)

# Obsah

ÚVOD.....	1
<b>1 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>3</b>
1.1 VÝZKUMNÉ CÍLE .....	3
1.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	3
<b>2 METODY A DATA.....</b>	<b>6</b>
2.1 PRAXE VE VEŘEJNÉM SEKTORU .....	7
2.2 METODY SBĚRU A ANALÝZY SEKUNDÁRNÍCH DAT .....	8
2.3 METODY SBĚRU A ANALÝZY PRIMÁRNÍCH DAT .....	9
2.3.1 <i>Expertní dotazování</i> .....	10
2.3.2 <i>Tematická analýza</i> .....	13
2.4 INSTITUCIONÁLNÍ ANALÝZA .....	15
<b>3 HODNOTOVÁ VÝCHODISKA.....</b>	<b>17</b>
3.1 PROČ KLÁST VĚTŠÍ DŮRAZ NA PODPORU ZDRAVÍ?: EKONOMICKÁ KALKULACE.....	19
<b>4 TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....</b>	<b>22</b>
4.1 MODEL Y ZDRAVÍ.....	22
4.2 ZDRAVÍ A JEHO DETERMINANTY.....	23
4.2.1 <i>Determinanty zdraví dětí a mladistvých</i> .....	25
4.3 ZDRAVÁ VEŘEJNÁ POLITIKA .....	26
4.4 POLITICKÁ KOMUNIKACE A NASTOLOVÁNÍ AGENDY .....	27
<b>5 VYMEZENÍ POJMU A PRÁVNÍHO RÁMCE PODPORY ZDRAVÍ V ČR.....</b>	<b>29</b>
5.1 VYMEZENÍ POJMU PODPORA ZDRAVÍ .....	29
5.1.1 <i>Hlavní součásti podpory zdraví</i> .....	30
5.2 PRÁVNÍ RÁMEC PODPORY ZDRAVÍ V ČR.....	32
5.2.1 <i>Listina základních práv a svobod</i> .....	33
5.2.2 <i>Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví</i> .....	33
5.2.3 <i>Další právní předpisy upravující oblast podpory zdraví v ČR</i> .....	37
<b>6 POLITIKA PODPORY ZDRAVÍ NA MEZINÁRODNÍ ÚROVNI.....</b>	<b>39</b>
6.1 POLITIKA PODPORY ZDRAVÍ NA ÚROVNI WHO.....	39
6.1.1 <i>Vznik a vývoj podpory zdraví</i> .....	40
6.1.2 <i>Nejdůležitější dokumenty v oblasti podpory zdraví na úrovni WHO</i> .....	43
6.1.3 <i>Politika podpory zdraví WHO ve vztahu k dětem</i> .....	47
6.2 POLITIKA PODPORY ZDRAVÍ NA ÚROVNI EU.....	48
6.2.1 <i>Nejdůležitější dokumenty v oblasti podpory zdraví na úrovni EU</i> .....	50



<b>7</b>	<b>HLAVNÍ PROBLÉMY SPOJENÉ S ŽIVOTNÍM STYLEM DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU V ČR.....</b>	<b>53</b>
7.1	ŽIVOTNÍ STYL.....	53
7.2	STUDIE HBSC.....	54
7.2.1	<i>Nadváha a obezita.....</i>	55
7.3	STRAVOVÁNÍ DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU.....	56
7.3.1	<i>Výživová doporučení.....</i>	57
7.3.2	<i>Hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v oblasti stravování.....</i>	59
7.4	POHYBOVÁ AKTIVITA DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU.....	62
7.4.1	<i>Doporučení pro pohybovou aktivitu.....</i>	63
7.4.2	<i>Hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v oblasti pohybu.....</i>	64
7.5	HLAVNÍ PROBLÉMY SPOJENÉ S ŽIVOTNÍM STYLEM DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU V OBLASTI STRAVOVÁNÍ A POHYBU OČIMA EXPERTŮ.....	66
7.6	PŘÍLEŽITOSTI PRO ZLEPŠENÍ ŽIVOTNÍHO STYLU DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU.....	70
<b>8</b>	<b>POLITIKA PODPORY ZDRAVÍ DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU V ČR.....</b>	<b>74</b>
8.1	VÝVOJ POLITIKY PODPORY ZDRAVÍ A JEJÍ INFRASTRUKTURY.....	74
8.2	NEJDŮLEŽITĚJŠÍ DOKUMENTY V OBLASTI PODPORY ZDRAVÍ DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU V ČR.....	83
8.2.1	<i>Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR.....</i>	83
8.2.2	<i>Zdraví 2020 - Strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.....</i>	86
8.2.3	<i>Další koncepční dokumenty.....</i>	88
8.3	PROJEKTY A PROGRAMY PODPORY ZDRAVÍ DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU V ČR.....	91
8.3.1	<i>Projekty a programy podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu....</i>	93
8.3.2	<i>Podpora zdraví jako součást Rámcového vzdělávacího programu.....</i>	102
8.4	SOUČASNÁ SITUACE POLITIKY PODPORY ZDRAVÍ DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU V ČR A JEJÍ HODNOCENÍ.....	104
8.4.1	<i>Hlavní problémy spojené s politikou podpory zdraví dětí školního věku v ČR.....</i>	106
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>114</b>
	<b>SUMMARY.....</b>	<b>119</b>
	<b>POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>121</b>
	PRÁVNÍ NORMY.....	127
	INTERNETOVÉ ZDROJE.....	127
	<b>SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A SCHÉMAT.....</b>	<b>128</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>129</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>129</b>

## Úvod

Mezinárodní srovnávací studie HBSC zabývající se zdravím a životním stylem dětí školního věku poukázala na špatný životní styl této věkové skupiny v České republice. Studie vychází ze stanoviska WHO, že životní styl dospělého člověka je výsledkem jeho vývoj v dětství a dospívání (Mezinárodní zpráva... 2012: 6). Proto je ke zlepšení celkového zdravotního stavu populace nutné začít s výchovou ke zdravému způsobu života právě u dětí. Příčiny mnohých neinfekčních chronických onemocnění je třeba hledat v životním stylu, zdravotní péče má na celkový zdravotní stav lidí podíl pouze přibližně 10 %. Mnohem důležitějšími faktory jsou životní a sociální prostředí a především již zmíněný životní styl lidí (Mezinárodní zpráva... 2012). Je důležité si uvědomit také možnost výrazných úspor, ke kterým by došlo, kdyby lidé žili zdravěji. Zdravá populace znamená ekonomický růst a celkový rozvoj společnosti (Holčík 2008). Z výše zmíněných důvodů se ve své práci zabývám politikou podpory zdraví dětí školního věku, která je v současné době v ČR velice aktuálním tématem. Snažím se upozornit na nutnost jejího rozvíjení, neboť se jedná o velice významnou oblast zdravotní politiky, která však u nás bývá často opomíjena.

Ve své práci se zaměřuji především na dva aspekty související s politikou podpory zdraví dětí školního věku, a to na stravování a pohybové aktivity, neboť tyto dva faktory významně ovlivňují zdraví člověka. Správná výživa a dostatečná fyzická aktivita jsou velice důležitými součástmi zdravého životního stylu (Skálová 2011: 10-12). Nesprávné a nevyvážené stravování a nedostatek pohybu se mohou podílet na vzniku některých civilizačních chorob. Mezi ty patří například cukrovka či obezita, která je dnes u dětí velice rozšířená (Kubátová, Machová 2009: 35). Podle studie HBSC z roku 2010 trpí nadváhou nebo obezitou pětina chlapců a desetina dívek, které se výzkumu zúčastnili (Mezinárodní zpráva... 2012: 15). Alarmující je také zjištění, že v posledních letech dochází k negativnímu vývoji v oblasti pohybu. Ze studie HBSC vyplynulo, že většina dětí v České republice nespĺňuje mezinárodní doporučení pro pohybovou aktivitu (Kalman 2011: 69). Výše zmíněná fakta vypovídají o tom, že je nutné se více zaměřit na správnou výživu a provádění dostatečného množství pohybových aktivit dětí, což podporuje i WHO. Ta stanovila pro státy Evropy výživová doporučení a také již zmíněné doporučení pro pohybovou aktivitu, kterými by se členské země měly řídit.

Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit, jakým způsobem je v České republice realizována politika podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu a identifikovat nejdůležitější problémy spojené s touto oblastí zdravotní politiky. K naplnění tohoto cíle využívám data ze sekundárních zdrojů, která se týkají sledované problematiky, ale také data primární získaná pomocí vlastního kvalitativního výzkumu. Prováděla expertní polostrukturované rozhovory s odborníky zabývajícími se podporou zdraví. Pro uvedení čtenáře do problematiky v práci nejprve vymezuji pojem podpora zdraví a pomocí institucionální analýzy představuji také právní rámec této oblasti zdravotní politiky v ČR. Pro pochopení všech souvislostí se v další části zabývám politikou podpory zdraví a jejím vývojem na mezinárodní úrovni. Poté se věnuji problémům spojeným s životním stylem dětí školního věku v ČR, a to především v oblasti stravování a pohybu a v poslední kapitole své diplomové práce se zaměřuji na politiku podpory zdraví dětí školního věku v ČR. Nastihuji její vývoj, programy a projekty realizované v této oblasti a nejdůležitější problémy.

Podpoře zdraví obecně se věnuje celá řada českých i zahraničních publikací, ale těch, které jsou zaměřené výhradně na děti je poměrně málo. Důležitým dokumentem v této oblasti je například nová strategie WHO Zdraví 2020, která se zaměřuje na podporu zdraví a blahobytu a udává zaměření této oblasti zdravotní politiky či Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků, ze které čerpám statistické údaje. Z odborné literatury zabývající se podporou zdraví mohu jmenovat českou verzi publikace Podpora zdraví – poznatky a praxe od autorů J. Katze a A. Peberdyho, kterou editovala H. Hnilicová, dále Ochrana a podporu zdraví od autorů L. Komárka, K. Provazníka, J. Kříže a dalších nebo například Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v ČR zpracované Institutem zdravotní politiky a ekonomiky. Odborné články o této problematice vychází především v časopisu Hygiena či Zdravotnictví v České republice. Ve své práci využívám informace z výše zmíněných publikací, ale také z mnoha dalších.

# 1 Cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit, jakým způsobem je v České republice realizována politika podpory zdraví dětí školního věku (6 až 15 let) v oblasti stravování a pohybu a identifikovat nejzávažnější problémy spojené s touto oblastí zdravotní politiky.

## 1.1 Výzkumné cíle

Hlavní cíl své diplomové práce jsem rozdělila na jednotlivé výzkumné cíle.

1. Na základě tzv. „desk research“ neboli analýzy sekundárních dat vymezit pojem a právní rámec podpory zdraví v České republice.
2. Popsat vývoj a současný stav politiky podpory zdraví na mezinárodní úrovni ve vztahu k dětem školního věku.
3. Identifikovat hlavní problémy, které jsou spojené s životním stylem dětí školního věku v České republice v oblasti stravování a pohybu.
4. Zjistit, jak je politika podpory zdraví se zaměřením na děti školního věku v České republice tvořena a implementována.

## 1.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s výše zmíněnými cíli mé diplomové práce jsem definovala následující výzkumné otázky.

1. **Jakým způsobem je vymezen pojem a právní rámec podpory zdraví v České republice?**
  - a. Jak je vymezen pojem podpory zdraví?
  - b. Jak je vymezen právní rámec podpory zdraví v České republice?

Výzkumným otázkám, které se týkají vymezení pojmu a právního rámce podpory zdraví v České republice, k čemuž jsem využila metodu institucionální analýzy, se věnuji v kapitole č. 5 *Vymezení pojmu a právního rámce podpory zdraví v České republice*.

**2. Jaký byl vývoj politiky podpory zdraví na mezinárodní úrovni a jaký je její současný stav?**

- a. Jaký byl vývoj podpory zdraví na mezinárodní úrovni?
- b. Jaká je současná situace v oblasti podpory zdraví na úrovni WHO ve vztahu k dětem školního věku?
- c. Jaká je současná situace v oblasti podpory zdraví na úrovni EU ve vztahu k dětem školního věku?

Na výzkumné otázky zabývající vývojem podpory zdraví na mezinárodní úrovni a jejím současným stavem ve vztahu k dětem školního věku se zaměřuji v kapitole č. 6 *Politika podpory zdraví na mezinárodní úrovni*.

**3. Jaké jsou hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v České republice?**

- a. Jaké jsou hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v České republice v oblasti stravování?
- b. Jaké jsou hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v České republice v oblasti pohybových aktivit?
- c. Jakým způsobem je možné zjištěné problémy řešit?

Na výzkumné otázky, které se věnují hlavním problémům spojeným s životním stylem dětí školního věku v České republice, a to především v oblasti stravování a pohybu, a možným způsobům jejich řešení, odpovídám v kapitole č. 7 *Hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v ČR*.

**4. Jak je politika podpory zdraví se zaměřením na děti školního věku v České republice tvořena a implementována?**

- a. Jaký byl vývoj politiky podpory zdraví v České republice?
- b. Jaké projekty podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu jsou v České republice realizovány?
- c. Jaká je současná situace v oblasti podpory zdraví se zaměřením na děti školního věku v České republice a jaké jsou její nejzávažnější problémy?

Výzkumnými otázkami, které se týkají vývoje politiky podpory zdraví v České republice, její tvorby a implementace, projektů, které jsou v této oblasti realizovány a také hlavním problémům, se zabývám v kapitole č. 8 *Politika podpory zdraví dětí školního věku v ČR*.

## 2 Metody a data

Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit, jakým způsobem je v České republice realizována politika podpory zdraví dětí školního věku (6 až 15 let) v oblasti stravování a pohybu a identifikovat nezávažnější problémy spojené s touto oblastí zdravotní politiky. K naplnění tohoto cíle ve své práci využívám sekundární data, která byla sebrána a publikována někým jiným, ale také data primární získaná pomocí vlastního kvalitativního výzkumu. Kombinuji sběr a analýzu relevantních dat a dokumentů s prací v terénu (Veselý, Nekola 2007: 158).

Kvalitativní výzkum je proces zkoumání jevů a problémů v přirozeném prostředí, jehož cílem je získat detailní a komplexní obraz studovaného jevu, který je založen na „*hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu*“ (Švaříček, Šedřová 2007: 17). Předmět zkoumání není redukován na jednotlivé proměnné, ale je zkoumán v plném rozsahu a každodenních souvislostech, o což jsem se snažila ve své práci. Ve středu zájmu kvalitativního přístupu nejsou umělé situace, ale praxe a interakce subjektů v běžném životě (Flick 2009: 15). Mým cílem proto bylo do hloubky prozkoumat politiku podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu a přinést o této problematice co nejvíce informací a co nejlépe ji porozumět. Kvůli pochopení všech souvislostí v této oblasti zdravotní politiky se ve své práci zabývám také vývojem a současným stavem politiky podpory zdraví obecně, a to jak na mezinárodní úrovni, tak v ČR.

Účelem kvalitativního přístupu je pomocí mnoha různých metod a postupů odhalit a reprezentovat to, jak „*lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu*“ (Švaříček, Šedřová 2007: 17). Kvalitativní přístup není založen na jednotném teoretickém a metodologickém konceptu, proto ve své práci využívám různé metody sběru a analýzy dat, které popisují v této kapitole. Jednou z aplikovaných metod jsou expertní polostrukturované rozhovory, které mi posloužily právě k získání povědomí o chápání reality některých odborníků angažujících se v politice podpory zdraví. Snažila jsem se získat informace o znalostech a zkušenostech těchto expertů, přičemž jsem brala v potaz, že se mohou značně lišit v důsledku různých subjektivních perspektiv aktérů (Flick 2009: 16, 17).

Na počátku výzkumu jsem neměla stanovené žádné hypotézy ani teorie, na kterých by byl závislý výzkumný projekt (Švaříček, Šedřová 2007: 24). Cílem kvalitativního výzkumu není testovat to, co je již známé, ale objevovat a rozvíjet nové

poznatky o zkoumaném jevu (Flick 2009: 15). V práci jsem využívala induktivní logiku. Teprve po nasbírání dostatečného množství informací jsem z nich vyvozovala závěry, které však není možné v důsledku limitů kvalitativního výzkumu zobecňovat. Následně jsem pro tyto výsledky hledala oporu v dalších datech (Švaříček, Šedřová 2007: 24). Součástí mé práce tak bylo neustále se opakující čtení a psaní textů prokládané sběrem vlastních primárních dat (Švaříček, Šedřová 2007: 15). Kvalitativní metody, v mém případě expertní polostrukturované rozhovory, vyžadují, aby výzkumník pracoval v terénu a komunikoval s jeho členy. Proto jsem se já sama jako výzkumník stala součástí výzkumného procesu a mé pocity a dojmy pak tvoří součást interpretace dat (Flick 2009: 16).

Pro přehlednost v následující tabulce uvádím metody, které jsem ve své práci využila ke sběru a analýze dat potřebných pro zodpovězení výzkumných otázek mé diplomové práce.

**Tabulka č. 1: Použití metod sběru a analýzy dat ve vztahu k výzkumným otázkám**

Výzkumné otázky	Metody sběru a analýzy dat
1. Jakým způsobem je vymezen pojem a právní rámec politiky podpory zdraví v České republice?	- <b>desk research</b> - <b>institucionální analýza</b>
2. Jaký byl vývoj politiky podpory zdraví na mezinárodní úrovni a jaký je její současný stav?	- <b>desk research</b>
3. Jaké jsou hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v České republice v oblasti stravování a pohybu?	- <b>desk research</b> - <b>expertní rozhovory a jejich tematická analýza</b>
4. Jak je politika podpory zdraví se zaměřením na děti školního věku v České republice tvořena a implementována?	- <b>desk research</b> - <b>expertní rozhovory a jejich tematická analýza</b>

*Zdroj: autorka*

## **2.1 Praxe ve veřejném sektoru**

Tématem politiky podpory zdraví dětí školního věku se zabývám již delší dobu a v rámci svého studia jsem napsala seminární práci týkající se této problematiky, ze které čerpám některé informace. Dále jsem absolvovala povinnou praxi ve Státním zdravotním ústavu, konkrétně v Centru podpory veřejného zdraví, které se zabývá mimo



jiné zdravým životním stylem, zdravím mladých, pohybovou aktivitou či správným stravováním. Během praxe jsem alespoň přibližně zjistila, jak probíhá tvorba a implementace politiky podpory zdraví v ČR a na co především se v současné době SZÚ v této oblasti zaměřuje. Také jsem získala mnoho užitečných podkladů a informací pro psaní mé diplomové práce a podařilo se mi navázat kontakty s experty zabývajícími se politikou podpory zdraví, kteří byli ochotni mi poskytnout rozhovory.

Během praxe jsem se seznámila s řadou odborníků, kteří mi poskytli informace ohledně náplně jejich práce, podle potřeby jsem s nimi spolupracovala na některých úkolech. Například jsem se podílela na zpracovávání Zprávy o zdravotním stavu populace ČR pro Ministerstvo zdravotnictví. Dále jsem byla v rámci praxe seznámena s programem Škola podporující zdraví, kterému se ve své práci věnuji (viz kapitola č. 8.3.1.1), účastnila jsem se seminářů týkajících se zdravé výživy a správného stravování a Kulatého stolu podpory zdraví. Zde se sešli zástupci jednotlivých krajů zabývající se podporou zdraví a Národní sítě zdravých měst. Probíraly se jednotlivé problematické oblasti a také náměty pro zlepšení situace v oblasti podpory zdraví. Vzhledem k tématu mé práce pro mě byla praxe ve veřejném sektoru velkým přínosem.

## **2.2 Metody sběru a analýzy sekundárních dat**

První fází mého výzkumu byl „desk research“<sup>1</sup>, což znamená, že jsem vyhledávala relevantní zdroje sekundárních dat týkajících se sledované problematiky. „*Sekundární zdroje dat jsou základním stavebním kamenem většiny analýz*“ (Veselý, Nekola 2007: 159), proto jsem se snažila seznámit s co nejvíce zdroji sekundárních dat, které jsou dostupné. Informace jsem čerpala z dokumentů a datových záznamů, jimiž jsou v případě mé práce dokumenty a záznamy veřejné správy (koncepční a strategické dokumenty, legislativa), odborné publikace, odborné studie a články z recenzovaných časopisů či rutinní statistiky. Jako zdroje pro vyhledávání dokumentů mi sloužily internetové stránky, a to především Světové zdravotnické organizace a Evropské komise, které se týkají podpory zdraví a veřejného zdraví, dále Ministerstva zdravotnictví ČR, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Státního zdravotního ústavu, a také vyhledávací databáze knihoven Univerzity Karlovy.

---

<sup>1</sup>Desk research neboli výzkum „od stolu“ zahrnuje sběr a analýzu sekundárních dat, a to jak v tištěné, tak elektronické podobě. Umožňuje analýzu velkého množství informací v krátkém časovém úseku, šetří finance a je vhodným prvním krokem pro přípravu vlastního výzkumu  
Zdroj: Desk research – sekundární analýza trhu. SC&C market research [online]. 2013[2014-03-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.scac.cz/metody/desk-research>>

Četba výše zmíněné literatury byla nezbytnou a velice důležitou součástí mé práce, neboť mi pomohla lépe proniknout do sledované problematiky a shrnout již existující poznatky, což mi umožnilo výzkum „zarámovat“ (Kaufmann 2010: 44). Sekundární data jsou pro mou práci nepostradatelná, neboť je díky nim možné srovnávat data v čase, dále byla důležitá pro provedení mého vlastního výzkumného šetření. Čerpala jsem z nich informace k vytvoření scénářů pro rozhovory a mohla jsem s jejich pomocí ověřit výsledky získané ze svého kvalitativního výzkumu. Nespornou výhodou sekundárních dat je menší časová i finanční náročnost jejich sběru oproti datům primárním a také rozmanitost dostupných zdrojů, ze kterých je možné čerpat širokou škálu informací různého druhu. Nevýhodou těchto dat však je, že jsou sebrána někým jiným a často také za jiným účelem, což způsobilo, že vždy přesně nevyhovovala potřebám mého výzkumu. Proto jsem je musela důkladně analyzovat a vyhledávat v nich relevantní informace užitečné pro mou práci. Občas byl také problém s dostupností některých dokumentů (Veselý, Nekola 2007: 159, 160).<sup>2</sup>

Při analýze sekundárních dat jsem postupovala tak, že jsem si nejprve dokumenty rozdělila na dokumenty obecného charakteru, které mi sloužily jako zdroje teorií a konceptů a na dokumenty specificky zaměřené na oblast mého zájmu, které jsem využila jako zdroje poznatků o tématu (Veselý, Nekola 2007: 160). Dále jsem si tyto dokumenty roztříдила do kategorií podle obsahu a témat, kterých se týkají a následně je analyzovala. Statistická data jsem při analýze pro větší přehlednost a názornost doplnila o grafy a tabulky tak, aby byla získaná data lépe srozumitelná.

### **2.3 Metody sběru a analýzy primárních dat**

V této kapitole se věnuji metodám sběru a analýzy primárních dat, která jsem získala pomocí vlastního kvalitativního výzkumu. Prováděla jsem expertní polostrukturované rozhovory, které mi umožnily získat mnoho cenných informací pro mou práci a ke kterým bych se jiným způsobem velice těžko dostávala. Tyto informace jsem následně zpracovávala pomocí tematické analýzy a vyvozovala z nich a prostudované literatury závěry své práce.

---

<sup>2</sup>Zdroj: HALBICHOVÁ, Iveta. *Postavení matek samoživitelek v kontextu rodinné politiky*. Praha, 2012. 75 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Karolína Dobiášová.

### 2.3.1 Expertní dotazování

Pro sběr primárních dat jsem zvolila metodu expertního dotazování. Jedná se o specifickou aplikaci polostrukturovaných rozhovorů. Při provádění interview mě zajímala především schopnost respondentů působit jako odborníci na danou problematiku (Flick 2009: 165). Za experty lze považovat osoby, které mají znalosti o určité specifické profesní sféře či aktivitě. Tyto znalosti nemají jen teoretický charakter, ale také praktický. Odborníci mají povědomí o pravidlech rozhodování, kolektivní orientaci a o sociálních vzorcích v dané oblasti. Expertní rozhovory mohou být prováděny za různým účelem. Pro orientaci v nové problematice, sběr poznatků pro doplnění informací získaných pomocí jiných metod či s cílem vytváření teorií o problému (Flick 2009: 166). V případě mé práce jsem využívala druhý zmíněný typ expertních rozhovorů. Od respondentů jsem se snažila získat jejich odborné názory a informace, které nejsou dostupné v literatuře. Tímto způsobem jsem doplnila poznatky z „desk research“. Při aplikaci expertního dotazování je nutné klást velký důraz na výběr „správných“ odborníků (Flick 2009: 166). To se mi podle mého názoru podařilo, neboť respondenti byli schopni odpovídat na mé otázky a poskytli mi velice užitečné a pro mou práci přínosné informace.

Využívání polostrukturovaných rozhovorů je při analýze politiky velice oblíbené pro svou „jednoduchost, nenákladnost a efektivnost při získávání informací“ (Veselý, Nekola 2007: 169). Jak bylo zmíněno již výše, na základě důkladného seznámení s dostupnou literaturou, které mi pomohl se zorientovat v problematice a přiblížit se tak úrovni dotazovaných expertů, jsem si pečlivě připravila scénář (návod) rozhovorů (viz příloha č. 1). Ten představoval tři okruhy témat a s nimi spojených otázek, které jsem s respondenty chtěla probrat a které mi pomáhaly udržet zaměření rozhovoru. Výhodou této metody pro mne byla možnost měnit a upravovat v průběhu práce scénář rozhovorů v důsledku získávání nových informací a znalostí o dotazovaných expertech. Zároveň jsem mohla díky částečné strukturaci dobře utřídit a porovnávat informace získané z jednotlivých interview (Hendl 2005: 174). Zvláštní důraz jsem při přípravě scénáře rozhovorů kladla na logickou posloupnost otázek a koherenci celého celku, která je nesmírně důležitá pro udržení pozornosti respondentů a také na pořadí otázek, abych dotazované odborníky hned na počátku zaujala, ale zároveň je neodradila (Kaufmann 2010: 52, 53).<sup>2</sup>

Ve výzkumu jsem dodržovala etické postupy (Silverman 2005). Od všech respondentů jsem měla na diktafon nahraný souhlas s účastí ve výzkumu a souhlas týkající se dalšího využívání dat (Silverman 2005, Švaříček, Šed'ová 2007). Dotazovaným expertům jsem poskytla veškeré důležité informace týkající se výzkumu, vysvětlila jsem jim záměry mé práce a ujistila je, že získané informace z rozhovorů budu využívat pouze pro účely své diplomové práce. Respondenti se účastnili rozhovorů dobrovolně a mohli se rozhodnout, zda chtějí být seznámeni s výsledky výzkumu.

Abych skutečně porozuměla zkoumané politice, tak jsem ve své práci použila metodu triangulace. To znamená, že jsem kombinovala různé pohledy nahlížení naproblematiku (Silverman 2005: 190). Triangulace se využívá jako strategie pro zlepšení kvality kvalitativního výzkumu rozšířením záběru zkoumání, čehož může být dosaženo několika způsoby. Ve svém výzkumu jsem použila triangulaci metod a dat, což znamená, že jsem využívala různé typy dat a také metod jejich sběru a analýzy (Flick 2009: 405) Tímto způsobem jsem se snažila celou práci provázat, aby tvořila koherentní celek.

### **2.3.1.1 Výběr a struktura výzkumného vzorku**

Experty pro rozhovory jsem volila formou záměrného, nepravděpodobnostního výběru. Prováděla jsem výběr úsudkem (Reichel 2009: 83). Odborníky z oblasti podpory zdraví jsem tedy vybírala podle vlastního uvážení. Snažila jsem se vytvořit takový vzorek, aby v něm byli zastoupeni aktéři ze všech klíčových institucí zabývajících se podporou zdraví v ČR. Oslovila jsem osmnáct expertů, ale díky jejich velké časové vytíženosti se mi s některými z nich nepodařilo sjednat schůzku, s čímž jsem počítala. Nakonec jsem provedla dvanáct rozhovorů s odborníky v oblasti podpory zdraví, za kterými jsem až na jednu výjimku dojížděla do zaměstnání. Několikrát jsem byla nucena měnit termín již domluveného interview z důvodů změny pracovního programu a podobně. Z výše zmíněných důvodů pro mne bylo provedení rozhovorů časově náročnou činností. Někteří respondenti si přáli zůstat v anonymitě, ale souhlasili s uvedením instituce, ve které pracují. Proto u dvou rozhovorů nejsou uvedena jména expertů.

**Tabulka č. 2: Struktura výzkumného vzorku**

	<b>Expert</b>	<b>Instituce</b>	<b>Datum uskutečnění rozhovoru</b>	<b>Délka rozhovoru</b>
Rozhovor č. 1	MUDr. Marie Nejedlá	SZÚ – Centrum podpory veřejného zdraví	7. 3. 2014	53 minut
Rozhovor č. 2	Expert NSPZ	NSPZ - Národní síť podpory zdraví	12. 3. 2014	50 minut
Rozhovor č. 3	Doc. MUDr. Jaroslav Kříž	Společnost Hygieny a komunitní medicíny ČSL JEP	17. 3. 2014	45 minut
Rozhovor č. 4	Ing. Miloslav Beťák	Diakonie ČCE	17. 3. 2014	32 minut
Rozhovor č. 5	MUDr. Věra Kernová	SZÚ – Centrum podpory veřejného zdraví	26. 3. 2014	41 minut
Rozhovor č. 6	Expert SZÚ	SZÚ – Centrum podpory veřejného zdraví	26. 3. 2014	60 minut
Rozhovor č. 7	Mgr. Alexandra Košťálová	SZÚ – Centrum podpory veřejného zdraví	26. 3. 2014	26 minut
Rozhovor č. 8	MUDr. Alena Šteřlová	Kancelář WHO v ČR	28. 3. 2014	40 minut
Rozhovor č. 9	PhDr. Helena Hnilicová, Ph.D	Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK	31. 3. 2014	60 minut
Rozhovor č. 10	PeaDr. Miroslava Salavcová	MŠMT ČR	1. 4. 2014	31 minut
Rozhovor č. 11	Ing. Bc. Petra Dvořáková	MŠMT ČR	9. 4. 2014	36 minut
Rozhovor č. 12	MUDr. Jarmila Rážová	MZ ČR – zástupkyně hlavního hygienika	11. 4. 2014	60 minut

*Zdroj: autorka*

### **2.3.1.2 Průběh rozhovorů**

Respondenty jsem oslovovala prostřednictvím emailu, konkrétní termín schůzky jsem s nimi domlouvala telefonicky nebo opět formou internetové pošty. S některými experty jsem již byla v kontaktu během praxe v SZÚ, s jinými jsem nikdy nepřišla do styku. Všichni však byli velice vstřícní a ochotní se se mnou setkat, i když to bylo díky jejich časové vytíženosti v některých případech velice obtížné nebo se schůzku dokonce nepodařilo sjednat vůbec. Často jsem se při prvním kontaktu s respondenty odvolávala na jiné experty, kteří mi dotyčného doporučili. Před každým rozhovorem jsem se seznámila s prací vybraného odborníka, abych byla schopna lépe porozumět získaným informacím a interpretovat je (Veselý, Nekola 2007: 172, 173). Rozhovory jsem se souhlasem respondentů nahrávala na diktafon a poté je doslovně přepisovala, aby mi neunikly žádné důležité informace.

Průběh všech interview se obešel bez jakýchkoliv problémů. Respondenti byli milí a ochotní se mnou hovořit o všech tématech, které jsem měla připravené. Někteří mě poprosili o zaslání otázek předem, aby se na rozhovor mohli připravit, což vypovídá o jejich veliké vstřícnosti a snaze mi poskytnout relevantní informace pro mou práci. Pořadí a znění otázek jsem měnila podle situace a průběhu rozhovoru tak, aby byl přirozený a plynulý. Každý respondent byl odborníkem na trochu jinou oblast podpory zdraví, čemuž jsem také přizpůsobovala kladené otázky. Mým cílem bylo přimět dotazované experty ke konverzaci, což se mi ve všech případech podařilo. Tímto způsobem jsem získal informace, na které by při klasickém schématu otázka-odpověď nemusela vůbec přijít řeč. Kaufmann v této souvislosti hovoří o tzv. chápacím rozhovoru (Kaufmann 2010), jehož ideálem je právě konverzace, která se drží zadaného tématu. Při rozhovorech jsem se držela pravidla, že tazatel musí aktivně vést rozhovor, ale zároveň musí být zdrženlivý a taktní (Kaufmann 2010: 60). Během interview jsem se snažila navodit příjemnou atmosféru a příliš nezasahovat do vyprávění respondentů, i když v některých případech to pro přílišné odbíhání od tématu bylo nutné.

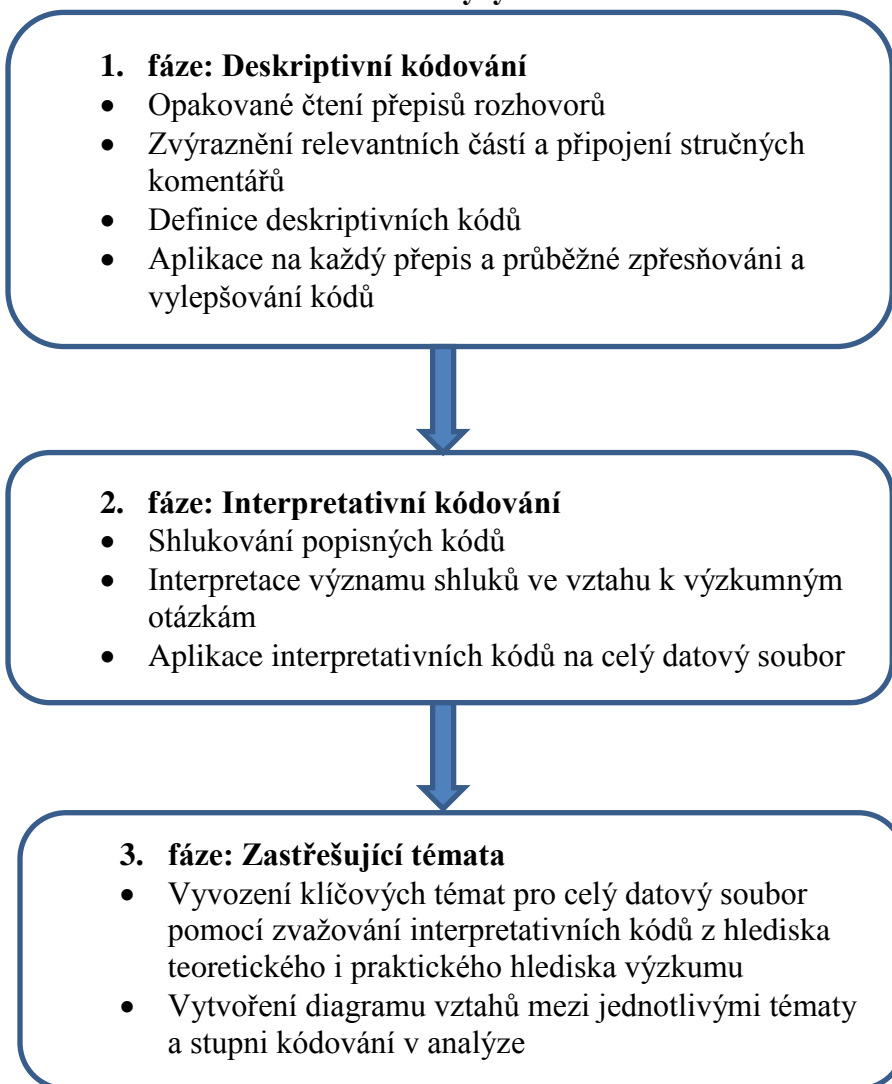
### **2.3.2 Tematická analýza**

Pro zpracování získaných primárních dat jsem využila tematickou analýzu. Jedná se o metodu pro identifikaci, analýzu a rozpoznání vzorů (témat) v datech (Braun, Clarke 2006: 6). Analýza zahrnuje konstantní pohyb tam a zpět mezi celým datovým souborem, kódy generovanými z dat a analýzou dat, kterou vytváříme. Psaní je součástí

tohoto procesu, nikoliv něco, co vzniká až na samotném konci (Braun, Clarke 2006: 15). Nejprve je důležité si ujasnit, co je myšleno pod pojmem téma v tematické analýze. Jedná se o určité vzorce v datech, které odhalují něco zajímavého a důležitého vzhledem k výzkumnému problému. Téma vyžaduje určitý stupeň opakování, mělo by se tedy objevovat v několika případech (rozhovorech) a navzájem by od sebe měla být jasně odlišitelná (Horrocks, King 2010: 149).

Horrocks a King rozdělují tematickou analýzu na tři fáze – popisné kódování, interpretativní kódování a hledání „zastřešujících“ témat. Co je obsahem jednotlivých fází stručně shrnuje následující schéma. Během jednotlivých fází je důležitá neustálá kontrola správnosti a kvality kódů (Horrocks, King 2010: 152, 153).

### Schéma č. 1: Fáze tematické analýzy



Zdroj: Horrocks, King 2010 (upraveno autorkou)

Ze schématu je patrné, že tematická analýza je vícestupňový postup (Flick 2009: 319). Nejprve jsem rozhovory přepsala a důkladně se seznámila s jejich obsahem a poté jsem k nim sepsala stručnou charakteristiku, která obsahovala hlavní probíraná témata, nejdůležitější zjištění, informace o respondentovi, datu, místě a délce trvání jednotlivých interview. Další fází pro mne bylo generování základních (popisných) kódů, tedy tematických oblastí a kategorií pro jednotlivé případy. Po analýze prvního případu jsem vytvořila tematickou strukturu, která mi sloužila jako základ pro analýzu dalších rozhovorů, aby se tím zvýšila jejich porovnatelnost (Flick 2009: 319). Každý přepis jsem nejprve analyzovala zvlášť podle vytvořené struktury popisných kódů, do které jsem postupně přidávala nově zjištěná témata. Poté jsem hledala souvislosti s ostatními případy, zda se v nich objevují stejné či podobné kategorie, které by bylo možné sloučit do shluků či vytvořit nějakou nadřazenou kategorii. Význam těchto shluků jsem interpretovala na základě jejich vztahu k výzkumným otázkám. Výsledkem tematické analýzy jsou klíčová témata datového souboru jako celku a vztahy mezi nimi. V případě mnou provedené tematické analýzy jsou klíčová témata odvozena od výzkumných otázek této diplomové práce. Výše představený způsob analýzy primárních dat mi umožnil dobře strukturovat a porovnávat získané informace, ze kterých jsem následně mohla vyvozovat závěry.

V některých částech práce informace a úryvky z rozhovorů vepisují přímo do textu, který je výsledkem analýzy dokumentů, neboť ho dobře doplňují, jinde tvoří analýza rozhovorů samostatné kapitoly práce.

## **2.4 Institucionální analýza**

Neexistuje konsensus o tom, co jsou instituce a co je institucionální analýza i přesto, že jsou tyto termíny široce využívány (Hollingsworth 2000). Podle Northa instituce představují pravidla hry ve společnosti, jsou to člověkem uměle vytvořená omezení, která formují jednání lidí a utvářejí politické, ekonomické a sociální interakce (North 1990: 6-9). Tato omezení jsou tvořena jak formálními (ústava, zákony, právní předpisy...), tak neformálními (zvyky, tradice, konvence...) pravidly (Breinek 2006: 12). Institucionální změny ovlivňují způsob vývoje společnosti v průběhu času a jsou tak klíčem k porozumění historickým změnám. Je třeba rozlišit instituce od organizací, což jsou skupiny jednotlivců, které spojuje snaha dosáhnout nějakého cíle. Existence organizací a jejich vývoj je ovlivněn institucionálním rámcem (North



1990: 6-9). Podle Ostromové instituce i organizace strukturují lidská jednání, ale existuje mezi nimi rozdíl, který spočívá v tom, že instituce jsou neviditelné (Ostrom 2010: 2). Ostromová chápe termín instituce jako sdílené koncepty užívané lidmi v opakujících se situacích organizovaných pravidly, normami a strategiemi. Tyto koncepty jsou zakotveny v myslích účastníků a často se vyskytují v podobě implicitních znalostí spíše než v explicitní či psané formě (Ostrom 2010: 3).

Institucionální analýzu lze provádět na několika úrovních. Mezi základní komponenty (oblasti) patří instituce, institucionální uspořádání, institucionální sektory, organizace a výstupy (Hollingsworth 2000: 601 - 607). Já se ve své práci zaměřím na první oblast, tedy na instituce. Jedná se o základní prvky institucionální analýzy, které jsou nejvíce stálé a odolné vůči změně a velkou měrou ovlivňují ostatní komponenty (Hollingsworth 2000: 601, 602). Instituce redukují nejistotu tím, že poskytují strukturu každodennímu jednání. Umožňují využívání znalostí ke zvládnutí komplexních problémů a také poskytují motivační systémy. Díky těmto funkcím instituce zajišťují stabilitu nezbytnou pro reprodukci společnosti (Hollingsworth 2000: 603), což zdůrazňuje jejich důležitost.

V každé společnosti existuje více systémů pravidel – v rodině, pro zákazníky v bance, učitele ve škole a podobně. Navzdory různorodosti těchto systémů existují „meta“ pravidla a normy, které zahrnují tyto nižší systémy a zajišťují konsensus a soudržnost celé společnosti (Hollingsworth 2000: 602). Ve své práci se zaměřím konkrétně právě na tyto „vyšší“ formální instituce, mezi které řadím ústavu, zákony a právní předpisy. V rámci institucionální analýzy mě tak zajímá legislativní rámec politiky podpory zdraví v České republice. Mým cílem není postihnout institucionální změnu, ale zaměřit se na analýzu současného stavu, tedy zachytit status quo v této oblasti veřejné politiky (Winzbergerová 2013: 20).

### 3 Hodnotová východiska

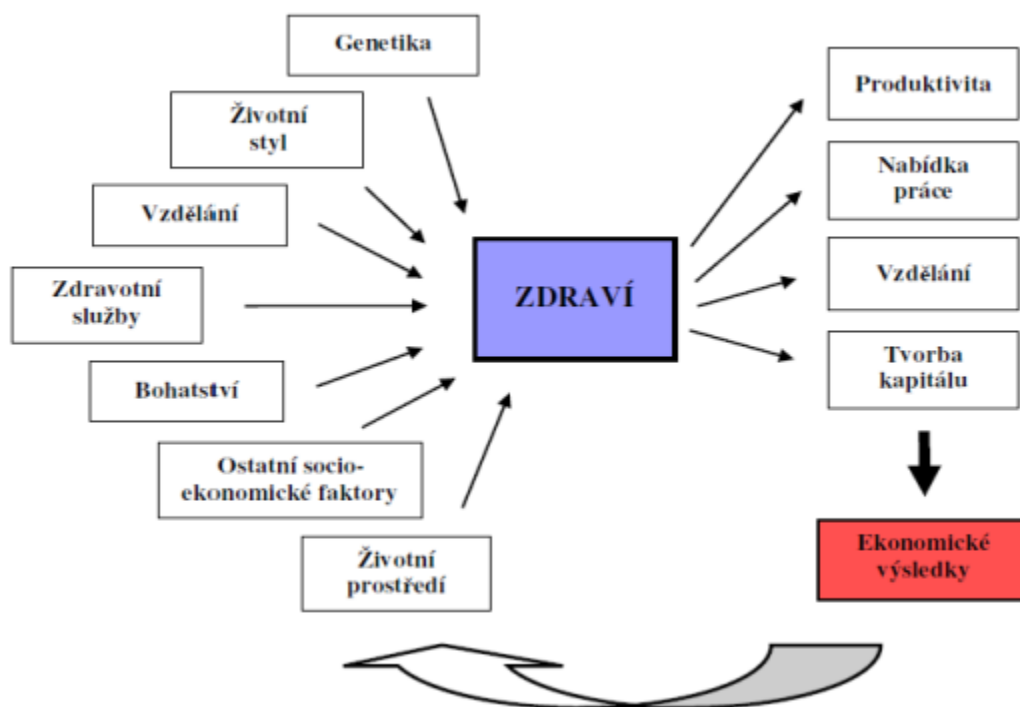
Zdraví podle definice WHO z roku 1946 není jen absencí nemoci či vady, ale je to stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Když vycházíme z tohoto pojetí, tak je třeba přehodnotit některé priority ve zdravotnictví. Tím mám na mysli především zvýšení investic do podpory zdraví a prevence a zahrnutí společensko-ekonomických faktorů do otázek týkajících se zdraví (Katz, Peberdy 2003: 6,7 dle Hnilicová). WHO již od počátku svého působení usiluje o co nejširší pojetí zdraví a já se ho ve své práci držím také. Zdraví nevzniká v nemocnicích, zde je pouze napravováno, ale ve školách, rodinách a na pracovištích. Je výsledkem působení širší škály determinant zdraví (více viz kapitola č. 4.2), které je potřeba brát v úvahu. O zdraví obyvatelstva se čím dál tím více zajímá také EU. Snaží se například o prosazení hodnoty zdraví do všech oblastí politiky či dosažení zdravějšího životního stylu lidí. Těžiště aktivit EU lze proto „*nalézt zejména v oblasti ochrany a podpory zdraví*“ (Kostecká 2008: 9). Pro zlepšení situace v oblasti podpory zdraví v ČR, je potřeba více spolupracovat a sdílet zkušenosti i poznatky týkající se této oblasti zdravotní politiky s WHO a EU.

Je důležité si uvědomit, že zdraví je jednou z nejvýznamnějších hodnot života každého člověka, je jednou z podmínek kvalitního, smysluplného a spokojeného života, také proto je mezinárodně uznáno jako jedno ze základních lidských práv. Zdraví má bezesporu v životě lidí významnou hodnotu, ta se však nedá vyjádřit snadno. Proto se říká se, že „*člověk pochopí hodnotu zdraví, až když onemocní*“ (Holčík 2004: 22). Výstižná jsou také slova Dr. Halfdana Mahlera, který je bývalým generálním ředitelem WHO: „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic*“ (Holčík 2004: 22). Tyto citáty vyzdvihují důležitost zdraví v životě každého člověka, proto je nutné o něj pečovat již od útlého dětství.

Odpovědnost za zdraví je především individuální záležitostí, ale „*velkou míru vlivu má na zdraví člověka i společnost, ve které žije*“ (Kostecká 2008: 1). Z tohoto důvodu je třeba brát zdraví nejen jako individuální, ale také jako společenskou hodnotu, což znamená, že za zdravotní stav lidí má zodpovědnost celá společnost (Holčík 2008). Podpora zdraví tak podle tohoto pojetí, ze kterého vycházím ve své práci, představuje snahu o zlepšení celkové úrovně zdravotního stavu populace. Proto by se této oblasti zdravotní politiky měli aktivně účastnit všichni občané a především společnost jako celek.

Hodnotová základna podpory zdraví, tak aby byla účinná a efektivní, musí zahrnovat myšlení a poznatky o determinantech zdraví. Dále je z hlediska realizace účinné podpory zdraví důležité „umět formulovat význam dobrého zdravotního stavu pro širší sociální a ekonomický rozvoj společnosti“ (Havelková, Hnilicová, Kučera ed. 2004: 21). Je nutné zdůraznit, že podpora zdraví představuje příležitost k rozvoji, neboť v důsledku jejího uplatnění může docházet ke snižování nákladů na následnou léčebnou péči (Tušková 2012: 157). Tento faktor je velice důležitý, proto se jím podrobněji zabývám v následující kapitole. Podle mého názoru představuje možnost, jak zaujmout politiky a směřovat jejich pozornost více na aktivity v oblasti podpory zdraví. Následující schéma ukazuje, jakým způsobem zdraví ovlivňuje ekonomické výsledky a přispívá k celkovému rozvoji společnosti (Holčík et al. 2013: 8).

**Schéma č. 3 „Zdraví znamená bohatství“**



Zdroj: *The contribution of health to the economy in the EU, Brussels 2005 in Holčík et al. 2013*

### **3.1 Proč klást větší důraz na podporu zdraví?: Ekonomická kalkulace**

Dosavadní výsledky vyspělých zemí Evropy ukazují, že prevence a ochrana a podpora zdraví mají pro zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva veliký přínos a také umožňují výrazné úspory v oblasti zdravotní péče a jiné ekonomické úspory. WHO i EU upozorňují na to, že pokud není možné zvládat zdravotní problémy tam, kde k nim dochází, ale pouze ve zdravotnických zařízeních, tak je to velice finančně nákladné. Proto je nutné se více zaměřit na prevenci v oblasti veřejného zdraví (Zdraví 2020 2014: 7, 8). Je jasné, že lze dosáhnout lepšího zdravotního stavu populace, pokud se stát, ale i samotní lidé, více zaměří na podporu zdraví a prevenci (Rozhovor Kříž).

- *„U nás bohužel tyhle myšlenky o úloze státu v podpoře zdraví a zlepšování zdravotního stavu devalvují názory některých politiků nebo populárních osobností. Jedním z takových byl i bývalý prezident Klaus, který se domníval, že do chování člověka by neměl nikdo zasahovat...I když je ekonom, tak tohle je ekonomická zvrhlost.“* (Rozhovor Kříž)

Problémem je, že do tohoto procesu vstupuje mnoho faktorů a také zájmových skupin, které rozvoji podpory zdraví nejsou nakloněny. Například zlepšení stravovacích zvyklostí by se mohlo dosáhnout zavedením vyšších daní za tzv. nezdravé potraviny. Tomu se však brání výrobci i producenti potravin a snaží se přijetí těchto opatření zabránit pomocí lobby (Rozhovor Nejedlá).

- *„My už dneska máme udělané i zhodnocení, kdyby se investovalo do téhle oblasti, tak se nám to vrátí...Ale naše země je odvislá od ekonomiky, čím víc toho vykouříme a vypijeme, tak tím se nám bude dařit líp.“* (Rozhovor Šteflová)

Je dokázáno, že 80 % nemocí, které jsou hlavní zátěží rozpočtu zdravotnictví, je preventabilních. Ne léčbu těchto nemocí, se ročně vydá 185 miliard Kč. Efektivní primární prevencí by bylo možné snížit výskyt těchto chronických onemocnění o 5 %, což by přineslo úspory okolo 10 miliard Kč. Také je nutné započítat přínos vzniklý v důsledku snížení počtu pracovních neschopností, který by byl v případě poklesu výskytu chronických onemocnění o 5 % přibližně 7,5 miliard Kč. Přičemž do „nákladově efektivních programů primární prevence je třeba investovat okolo 10 % očekávaných přínosů“ (Přílohy koncepce... 2013: 8).

Problémem je, že pouze přibližně třetina úspor, kterých by bylo možné dosáhnout pomocí větších investic do podpory zdraví, by se týkala zdravotnictví. Zbylé ušetřené prostředky jsou pro politiky „neviditelné“ (Rozhovor Kříž).

- *Prostředky, které ušetří podnikatelé, že budou mít zdravější lidi, stát, že zdraví lidé budou odevzdávat víc na daních. To jsou prostředky, které se neobjevují na adresných účtech některých institucí, to jsou virtuální ušetřené prostředky. Zvýší bohatství společnosti, ekonomickou prosperitu, konkurenceschopnost atd.“* (Rozhovor Kříž)

Dalším z faktorů, proč se málo investuje do preventivních programů je časový horizont přínosu. Tento problém se vyskytuje jak na straně politiků, jejichž volební období je krátké, tak i na straně občanů, kteří většinou nejsou ochotni si připlácet na něco, co se projeví až za několik let (Kříž 2011: 90). Přitom je známé, že podpora zdraví je velice levný prostředek k obohacení celé společnosti.

- *„Všechny vložené prostředky do podpory zdraví se přinejmenším deseti násobně vrátí...Je známo, že vložené prostředky zpočátku ten užitek nepřinášejí, že to trvá kolem pěti až deseti let a pak dokonce se ty prostředky mohou snižovat a ty efekty dále trvají.“* (Rozhovor Kříž)

Mnoho informací o této problematice mi v rozhovoru poskytl Ing. Beřák, který zpracoval materiály o možných úsporách zdravotnictví prostřednictvím podpory zdraví a prevence pro Sociálně-zdravotnický výbor parlamentu. Zabýval se tím, o kolik by se ročně snížily náklady na zdravotní péči, pokud by se podařilo oddálit nástup zdravotních problémů u starší populace o pět let. Podle jeho výpočtů by se jednalo o 13,7 miliard.<sup>3</sup> (Beřák, nedatováno)

- *„Je to jen podpora toho, jak je strašně důležité se věnovat těm preventivním programům v tom dětském věku. Bohužel některé ty vlivy se promítnou až z toho dlouhodobého hlediska, za 30, 40, 50 let...“* (Rozhovor Beřák)

---

<sup>3</sup>  $(9\,126 + 7\,656)/2 \times 1\,636\,000 = 13,7$  miliard Kč - Částka 9 126 Kč a 7 656 Kč představuje rozdíl mezi náklady na zdravotní péči u skupiny mužů a žen mezi věkovými pásmy 65–69 let a 60–64 let. Vzhledem k téměř lineárnímu nárůstu nákladů, který začíná věkovou skupinou 45–50 let, budou výsledky prakticky u poloviny populace velmi podobné a dají se tak zobecnit. Pro zjednodušení je uvažován stejný počet mužů a žen v dané věkové skupině (Beřák, nedatováno)

V případě léčby nemocí však státní rozpočet zatěžují také jiné výdaje než jen na zdravotnictví. Řadu lidí nemoc zasáhne ještě v pracovním procesu, čímž přichází státní pokladna o odvody na sociální a zdravotní pojištění a daně z příjmů. Navíc se objevují další výdaje státu v podobě dávek v nemoci a jiných sociálních dávek. „*Úhrnná daňová zátěž z průměrné hrubé mzdy 23 488 Kč činí 59,1 %, tj. 13 881 Kč*“ (Beťák, nedatováno). Pokud ve skupině přibližně 750 000 osob ve věku od 60 do 64 let „předčasně“ onemocní 1 % této populace, přičemž průměrná nemocnost je 7 %, tak dojde k měsíční ztrátě okolo 1 miliardy Kč, ročně tedy 12 miliard Kč. Spolu s 13 miliardami za zdravotní péči z předchozího výpočtu se jedná o 25 miliard Kč ročně, o které stát zbytečně přichází (Beťák, nedatováno).

- *„Za čtyři roky bychom měli smazaný deficit. To je takový provokativní výsledek, ke kterému jsme dospěli. Reakce byla velice bouřlivá, a že by se s tím mělo něco udělat, ale zůstalo to u toho, že by se s tím mělo něco udělat.“* (Rozhovor Beťák)

Dále je důležité si uvědomit, že snížení nemocnosti v populaci prostřednictvím podpory zdraví a prevence nepřinese ekonomické úspory jen státu, ale i jednotlivcům v podobě ušlého výdělku či výdajů za návštěvy lékařů a léky (Beťák, nedatováno). Z tohoto důvodu by se lidé měli snažit žít zdravějším životním stylem, který není finančně nijak náročný. Naopak ti, kdo nekouří a nepijí alkohol, ušetří (Kříž 2011: 90). Ovlivňování životního stylu státem také není příliš finančně nákladné. Změna životního stylu by proto měla být prioritou v oblasti boje proti civilizačním chorobám, jejichž léčba vyžaduje značné výdaje. Za velice trefný považuji výrok MUDr. Tomáše Doležala, Ph.D., ředitel Institutu zdravotní ekonomiky a technology assessment: *„Je potřeba zasáhnout na několika úrovních – preventivní programy, osvěta obecné populace, investice do životního stylu, nezdá se však, že by se o to český stát nějak staral“* (Beťák, nedatováno).

Zajímavý příklad nabízí také WHO, která se zaměřila na úspory, které by přinesla pravidelná pohybová aktivita populace. Vypracovala *„metodu modelování zdravotního a ekonomického přínosu pravidelné rekreační chůze a cyklistiky“* (Přílohy koncepce... 2013: 8, 9). Jako příklad nabízí intervenční program, který by přiměl 70 % z 5 000 lidí k pravidelné chůzi alespoň jednu hodinu denně. V případě délky trvání programu deset let, by se snížila úmrtnost zapojených lidí o 40 %, což znamená úspory 709 milionů Kč (Přílohy koncepce... 2013: 8, 9).

## 4 Teoretická východiska

Pro svou práci jsem si zvolila čtyři teoretická východiska. Ta mi pomohla podložit a osvětlit některé aspekty tématu, kterým se ve své diplomové práci zabývám. Prvním teoretickým východiskem jsou modely zdraví, které vysvětlují, jak může být zdraví chápáno, druhým je zdraví a jeho determinanty. Tento koncept představuje faktory, které působí na zdraví lidí a zdůrazňuje jejich důležitost. Dalším teoretickým východiskem mé práce je zdravá veřejná politika, která upozorňuje na nutnost brát v úvahu zdraví ve všech oblastech veřejné politiky a posledním je politická komunikace a nastolování agendy. Toto východisko nabízí možnost, jak více zviditelnit podporu zdraví a upozornit na její důležitost.

### 4.1 Modely zdraví

Existuje několik pojetí zdraví, která vysvětlují, jak je zdraví člověka chápáno. Prvním modelem je medicínský (nebo také biomedicínský), který klade důraz na „*symptomy nemoci, diagnostická kritéria, možnosti i dostupnost diagnostiky nemoci a vhodnou terapii*“ (Holčík 2008: 5). Tento model vychází z definice zdraví jako absence nemoci a zaměřuje se na fyzické zdraví a léčbu konkrétních nemocí (Katz, Peberdy 2003: 10). Medicínské pojetí zdraví nestačí pro zvládnutí zdravotních problémů dnešní populace, proto je potřeba ho přesáhnout (Holčík 2004: 25).

Druhý model zdraví se nazývá sociální (nebo také ekologicko-sociální) a „*snaží se postihnout zdraví lidí v plné šíři*“ (Holčík 2008: 5). Zahrnuje tedy i determinanty zdraví a klade důraz na jejich příznivé ovlivňování. Bere v úvahu, že zdraví člověka je podmíněno přírodními i sociálními faktory (Holčík 2008: 5). V zásadě se jedná o překonání tradičního vnímání zdraví a přenesení těžiště péče o něj z klinik, kde dochází k jeho „opravě“, do rodin, škol a také pracovišť, kde by mělo docházet k ochraně a podpoře zdraví. Je třeba vytvářet komplexní opatření na podporu zdraví, která budou zahrnovat oblast medicíny, politiky i ekonomie (Holčík 2004: 28). Sociální model vyzdvihuje důležitost zdravotnických institucí, vládních, dobrovolnických a komerčních organizací, které by společně mohly napomoci ke zlepšení zdraví (Katz, Peberdy 2003: 11). V budoucnu lze očekávat zásadní transformaci zdravotní péče, která bude vycházet z potřeb občanů a celého společenství a bude směřovat ke zdraví lidí. K tomuto procesu pozvolna dochází od 70. let ve vyspělých státech. Jde o složitý proces, který vyžaduje jak meziresortní, tak i mezinárodní spolupráci (Holčík 2004: 28).

Koncept podpory zdraví vnímá zdraví jako východisko pro život a soustředí se na celou populaci. Cílem této oblasti zdravotní politiky je zabránit nemoci ještě před jejím vznikem nebo v počátečních fázích. Z těchto důvodů podporu zdraví nelze zcela sladit s medicínským pohledem, i když v některých bodech, jako je například užívání vědeckých výzkumných metod a poznatků, spolu korespondují. Podpora zdraví zahrnuje širší oblast a aktivity uvnitř i mimo zdravotnický sektor, proto je medicínský model nedostatečný a více jí vyhovuje sociální pojetí, které zohledňuje multikauzální teorii zdraví. To znamená, že zdraví je ovlivňováno „*politickými, ekonomickými, společenskými, psychologickými, kulturními faktory prostředí*“ (Katz, Peberdy 2003: 11). Sociální model však nepopírá medicínský, spíše ho rozšiřuje o sociální kontext a celkové prostředí, které má na zdraví a nemoci výrazný vliv (Katz, Peberdy 2003: 11).

Přístup WHO k podpoře zdraví vychází ze širšího pojetí zdraví, tedy ze sociálního modelu. Ve své práci se budu držet také tohoto přístupu, neboť vnímání zdraví, tak jak ho chápe tento model, jde ruku v ruce s podporou zdraví. K celkovému zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva je nezbytné se více zaměřit na prevenci a podporu zdraví a tudíž chápat zdraví v celé jeho šíři v souladu se sociálním modelem. Je nutné, aby si lidé uvědomili, že je potřeba přejít z oblasti léčení a následné péče do oblasti podpory zdraví a prevence.

## **4.2 Zdraví a jeho determinanty**

Pro potřeby své práce se budu držet konceptu determinant zdraví tak, jak ho pojímá WHO. Na zdraví člověka působí mnoho faktorů, které se nazývají determinanty zdraví. Jedná se o podmínky, do kterých se lidé rodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou v nich. Tyto okolnosti jsou ovlivněny rozdělením peněz, moci a přístupu ke vzácným zdrojům na globální, národní i lokální úrovni, což způsobuje nerovnosti ve zdraví. Kvůli nárůstu těchto nerovností WHO ustanovila v roce 2005 Komisy sociálních determinant zdraví, která se zaměřuje na jejich redukci.<sup>4</sup>

Determinanty zdraví jsou soubory faktorů, které jsou často provázané a mají „*dlouhodobý vliv na zdraví nebo na vznik nemoci*“ (Komárek 2011: 17). WHO stanovila jako hlavní skupiny determinant životní styl, který má na zdraví lidí největší vliv, genetický profil, kvalitu životního a pracovního prostředí a kvalitu a úroveň zdravotní péči, přičemž každá složka má na zdraví člověka jiný vliv (Komárek 2011:

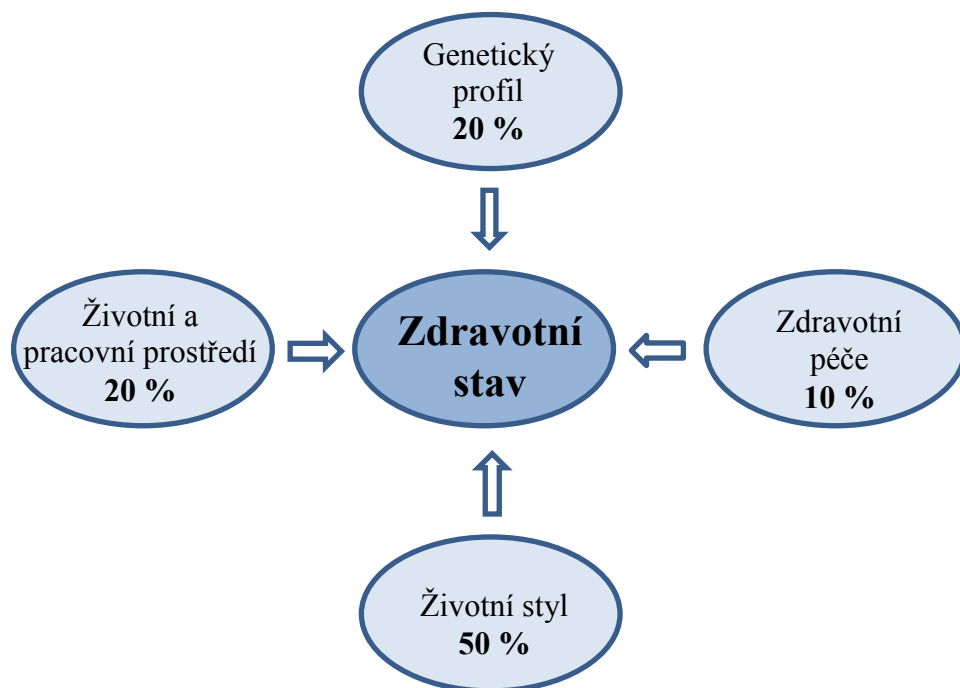
---

<sup>4</sup>Social determinants of health.WHO [online], 2012 [cit. 2012-11-30]. Dostupné z WWW: <[http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)>



17). Váha vlivu těchto determinant zdraví může být v různých společnostech jiná s ohledem na kulturní a morální zásady (Kubátová, Machová 2009: 13). Následující schéma ukazuje váhu jejich vlivu v českém prostředí.

**Schéma č. 3: Model determinant zdraví**



*Zdroj: Holčík 2004, Komárek 2011 (upraveno autorkou)*

Do životního stylu lze zařadit způsob života, který zahrnuje režim práce a odpočinku, výživu, pohybovou aktivitu, škodlivé návyky a podobně. Dále se do této oblasti řadí charakter chování a schopnost člověka zvládat problémy, vzdělání, příjem a společenské postavení. Přičemž nižší úroveň vzdělání, nižší příjem a společenské postavení doprovází horší zdraví a vyšší nemocnost. Význam životního stylu se promítl již do cílů programu WHO Zdraví pro všechny z roku 1984. Životní styl tak přestal být vnímán jako osobní záležitost, ale jako cíl, jehož dosažení má být podporováno řadou aktérů a to na všech úrovních (Katz, Peberdy 2003: 13 dle Hnilicová).

Genetický profil zahrnuje vrozené vlastnosti člověka, pohlaví a věk. Je dokázáno, že muži a ženy trpí různými typy onemocnění a v rozdílném věku (Komárek 2011: 17). Životním a pracovním prostředím se rozumí fyzické prostředí (nezávadná voda, čisté ovzduší, zdravé potraviny...), zaměstnání a pracovní podmínky, sociální podpora, sociální sítě a kultura. Přičemž zaměstnanost a podpora rodiny, přátel a komunity pozitivně působí na zdraví člověka. Zdravotní péče představuje

zdravotnictví obecně, ale také dostupnost a využitelnost preventivních a léčebných služeb (Komárek 2011: 18).

#### **4.2.1 Determinanty zdraví dětí a mladistvých**

Obecně lze říci, že mladí lidé ve WHO regionu mají lepší zdravotní stav než dříve, ale zároveň selhávají v dosahování plného zdravotního potenciálu, což způsobuje významné sociální a ekonomické náklady (Currie 2012: 4). Determinanty zdraví hrají v dětství velice důležitou roli a mají vliv na zdraví jedince v pozdějších fázích života. Výzkumy potvrdily, že základ zdraví dospělého člověka se vytváří již před narozením a v raném dětství. Nesprávný vývoj a nedostatečná emocionální podpora způsobuje celoživotní riziko špatného duševního zdraví a omezuje fyzické, kognitivní a emocionální fungování člověka v dospělém věku. Jsou tak rizikem pro zdravý vývoj daného jedince v dalším období života. Veřejná politika by se proto měla zaměřit na předporodní a poporodní preventivní zdravotní péči (správná výživa, výchova ke zdraví), vzdělávání rodičů a budování zdravého vztahu mezi rodiči a dětmi již od jejich narození. Je nutné, aby si uvědomili, co jejich děti potřebují a zvýšila se jejich vnímavost k poskytovaným informacím ohledně zdraví a vývoje dítěte (Marmot, Wilkinson 2003: 15).

Dětství a dospívání jsou kritickými obdobími, která v oblasti životního stylu a zdraví determinují život dospělého člověka. V tomto období se formuje chování jedince ve vztahu k tabáku, alkoholu, výživě, pohybové aktivitě a podobně. Nerovnosti ve zdraví v dospělosti jsou tak ovlivněny zkušenostmi získanými v předchozích obdobích života (Currie 2012: 4). Získávání správných návyků zdravého životního stylu a utváření vztahu dítěte k výživě a pohybovým aktivitám jsou součástí procesu socializace. Rodina, škola a společnost, především ve formě reklamy a módních trendů, významně ovlivňují chování dítěte ve vztahu k těmto faktorům (Komárek 2011: 77).

Vzhledem k tomu, že na zdraví lidí má největší vliv, jak už bylo zmíněno výše, životní styl, je třeba se zaměřit na výchovu dětí v souladu s tímto zjištěním. Ve své diplomové práci se věnuji politice podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu, proto se dále budu zabývat převážně výživou a pohybovými aktivitami, které patří mezi důležité determinanty zdraví a mohou zabránit vzniku řadě onemocnění.

### 4.3 Zdravá veřejná politika

Pojem zdravá veřejná politiky („Healthy public policy“) se objevil kolem roku 1980 a byl formována a šířen prostřednictvím WHO. Jeho význam se lišil v závislosti na kontextu a účelu jeho použití. Zdravá veřejná politika neboli veřejná politika podporující zdraví zlepšuje podmínky, ve kterých lidé žijí. Jejím cílem je zajistit bezpečné, přiměřené a udržitelné živobytí, životní styl a prostředí, což zahrnuje bydlení, vzdělání, výživu, výměnu informací, péči o děti, dopravu, nezbytné komunitní a osobní, sociální a zdravotní služby (Milio 2001: 622).

Důležitost zdravé veřejné politiky byla vyzdvihnuta v Ottawské chartě, kde je chápána jako jedna ze strategií pro realizaci základních předpokladů podpory zdraví a poté také v Adelaidské chartě z roku 1988, ve které je charakterizována „*explicitním zájmem o zdraví a spravedlnost ve všech politických oblastech a přijetím politické odpovědnosti za vlivy na zdraví*“ (Katz, Peberdy 2003: 21 dle Hnilicová). Hlavním cílem veřejné politiky zohledňující zdraví by mělo být podle této charty vytvoření vhodného prostředí, které lidem umožní zdravý život. Všechny vládní resorty musí brát v potaz zdraví jako významný faktor při tvorbě svých politik. Ottawská i Adelaidská charta upozornily na nutné změny v legislativě, finančních opatřeních, organizačním uspořádání a podobně, čehož nelze dosáhnout bez meziresortní spolupráce a také zapojení veřejnosti (Katz, Peberdy 2003: 21, 22 dle Hnilicová).

Na Adelaidské konferenci bylo zdůrazněno, že vlády musí investovat prostředky do zdravé veřejné politiky a podpory zdraví, aby se zlepšil zdravotní stav všech obyvatel. Základním principem sociální spravedlnosti je zajistit lidem přístup k nejdůležitějším aspektům pro zdravý a spokojený život. Tím vzroste i celková sociální a ekonomická produktivita státu. Musí proto dojít k propojení ekonomické, sociální a zdravotní politiky do jedné integrované činnosti. Účastníci konference se shodli na tom, že všechny země by se měly snažit o rozvoj zdravé veřejné politiky.<sup>5</sup>

Jak už bylo zmíněno, zdravá veřejná politika podporuje zdraví jednotlivců a komunit tím, že jim poskytuje příležitosti, aby žili zdravým životním stylem, naopak brání lidem přijmout nezdravý životní styl a pomáhá vytvářet zdravé fyzické a sociální prostředí. Dále se snaží o povzbuzení celé společnosti, komunit a jednotlivců, aby převzali odpovědnost za své zdraví (Donev, Pavlekovic, Kragelj 2007: 40, 41). Můžeme identifikovat šest základních stavebních kamenů zdravé veřejné politiky – společenské

---

<sup>5</sup>Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. WHO [online]. 2014 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>>

cíle zaměřené na zdraví obyvatelstva, zlepšení veřejného mínění o zdraví, získání ekonomické podpory při implementaci zdravé veřejné politiky a finančních zdrojů pro zdraví, vytváření zdraví podporujících informačních systémů a snaha o zahrnutí občanské společnosti do procesu péče o zdraví (Donev, Pavlekovic, Kragelj 2007: 42).

#### **4.4 Politická komunikace a nastolování agendy**

Politická komunikace je z velké části zprostředkovaná komunikace přenášená prostřednictvím tisku a elektronických médií (McNair 2011: 27). Jedná se o „*předávání relevantních informací, důležitých pro zajištění politických cílů a stabilitu společenského systému.*“ (Štědroň a kol. 2013: 19). Jejím účelem je ovlivňovat individuální, ale i skupinové postoje lidí, které hrají klíčovou roli při prosazování těchto cílů. Důležitá je schopnost ovlivnit příjemce zpráv žádoucím způsobem<sup>6</sup> (Štědroň a kol. 2013: 20).

V rámci mé diplomové práce mě zajímá především politická komunikace ve vztahu k nastolování agendy. V roce 1968 provedl D. Show a M. McCombs průzkum, který poukázal na to, že média mají schopnost podávat informace a tím ovlivňovat lidi. Jejich ústřední hypotézou, kterou pojmenovali nastolování agendy („agenda-setting“), bylo, že „*masová média nastolují agendu témat politické kampaně tím, že ovlivňují vnímavost voličů k důležitosti témat*“ (Štědroň a kol. 2013: 28). Tato teorie se soustřeďuje na to, do jaké míry masová komunikace formuje vnímání lidí ohledně politiky a veřejných témat. Hlavní myšlenkou konceptu je, že veřejnost začne považovat za důležité ty věci, na které klade důraz mediální agenda (McCombs 2009: 109). Mediální agenda se tak stává veřejnou, což dokazuje, že média mají v dnešní společnosti opravdu velkou moc. Kromě médií ovlivňuje významně nastolování agendy také politici, různé organizace a aktivisté (Štědroň a kol. 2013: 28, 29).

Výzkumy nastolování agendy mají společnou charakteristiku, kterou je „*snaha o popis vzájemné interakce politické sféry, médií a veřejnosti.*“ (Nečas 2007). Nejdůležitějším aspektem tohoto procesu je množství konkurenčních témat, která spolu soutěží o zájem veřejnosti. Veřejná agenda nemůže pojmout všechna témata, ale pouze omezený počet. Existují určité limity, a to jak na straně veřejnosti – časové

---

<sup>6</sup> Politická komunikace ovlivňuje hodnotovou orientaci lidí – má regulační efekt. Pro dosažení správného regulačního efektu je nutné, aby „politická elita“ dobře rozuměla potřebám, zájmům, postojům a hodnotám „komunikačních partnerů“, tedy těch, kterým jsou informace předávány. Sdělení je potřeba vždy přizpůsobit posluchačům. V tomto případě „základní mase obyvatel“ (Štědroň a kol. 2013: 20).

a psychologické, tak na straně médií – omezený prostor v novinách a vysílací čas (McCombs 2009: 71, 72). Pro porozumění nastolování agendy je důležitý koncept potřeby orientace. Čím větší potřebu zorientovat se v politice a veřejné oblasti jedinec pociťuje, tím spíše bude naslouchat agendě masových médií, která poskytuje informace o těchto oblastech (McCombs 2009: 106).

Podpora zdraví v ČR je tématem, které není příliš rozšířené mezi veřejností a ani politické elity na ni nekladou i přes její nepopiratelnou důležitost velký důraz. Aby se zlepšila situace v oblasti podpory zdraví, musí dojít ke změně ve vnímání této oblasti zdravotní politiky. Je třeba podporu zdraví více zviditelnit a medializovat a tím ji dostat do povědomí široké občanské i politické veřejnosti. Nejdiskutovanějšími tématy v oblasti zdravotnictví jsou v ČR především financování a spoluúčast pacientů. Je však nutné nastolit agendu, která se bude více zaměřovat na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva skrze podporu zdraví (Strenková 2011: 35). V této oblasti je pak nezbytné zaměřit se především na podporu zdraví dětí, na jejíž důležitost jsem již upozorňovala.

## 5 Vymezení pojmu a právního rámce podpory zdraví v ČR

V této kapitole se zabývám nejprve vymezením podpory zdraví, aby bylo čtenáři jasné, co si pod tímto pojmem představit. Dále se věnuji jednotlivým součástem této oblasti zdravotní politiky a jejich stručné charakteristice. V poslední části úvodní kapitoly o podpoře zdraví představuji právní rámec podpory zdraví v ČR v oblasti zdraví a ochrany a podpory zdraví obecně, ale také týkající se pohybových aktivit a výživy. Informace čerpám z odborné literatury zabývající se podporou zdraví a legislativy ČR.

### 5.1 Vymezení pojmu podpora zdraví

Zdraví není jen záležitostí medicíny a podpora zdraví není jen oblastí zájmu odborníků, jedná se o záležitost nás všech (Katz, Peberdy 2003: 4 dle Hnilicová). Podpora zdraví se zaměřuje na celou populaci, proto usiluje o účast veřejnosti ve svých aktivitách, zároveň však klade důraz na osobní svobodu a možnost volby všech jednotlivců (Holčík 2008: 6). Jejím cílem je *„dosáhnout při řešení zdravotních problémů hlubší spravedlnosti a účasti všech a to bez toho, že by byli hledáni, nacházeni a odsuzováni ti, jenž se v tomto ohledu nějak provinili“* (Katz, Peberdy 2003: 6 dle Hnilicová). Základním posláním podpory zdraví je pomoci lidem s volbou zdravého životního stylu, dále pomoci politikům přijímat taková rozhodnutí, která budou v souladu s tímto zdravým způsobem života a usilovat o zvyšování zájmu lidí o zdraví a tím posílit jejich odpovědnost za zvládání zdravotních problémů (Holčík 2008: 6). Celosvětově je podpora zdraví rozvíjena v programech jako jsou Zdravé město, Zdravý podnik či program Škola podporující zdraví (Kebza 2005: 34).<sup>7</sup>

Významným mezníkem v oblasti podpory zdraví byla Ottawská charta (1986), která tento proces vymezila a stala se tak základem pro rozvoj podpory zdraví a také pro mezinárodní spolupráci v této oblasti (Holčík 2008: 6). Její součástí byla formulace základních předpokladů podpory zdraví (Kříž 2008: 20).

---

<sup>7</sup> Zdroj: HALBICHOVÁ, I. Politika podpory zdraví dětí a mladistvých. Seminární práce do předmětu Public Policy, FSV UK, 2012.

1. Zdraví je základem sociálního, ekonomického a osobního rozvoje.
2. Podpora zdraví usiluje o rovnost ve zdraví a o kontrolu faktorů, které ho ovlivňují.
3. Rezort zdravotnictví neodpovídá plně za zdraví, je pouze prostředníkem různých zájmů ve prospěch zdraví.

Tyto předpoklady mají být realizovány pomocí pěti strategií - tvorba zdravé veřejné politiky, vytváření příznivého prostředí pro její realizaci, posílení aktivit na místní (komunitní) úrovni, rozvoj osobních dovedností lidí a přeorientování zdravotnických služeb, a to právě směrem k podpoře zdraví a prevenci. Z tohoto pojetí je patrná snaha propojit v rámci podpory zdraví politickou, společenskou a ekonomickou oblast života (Katz, Peberdy 2003: 6,7 dle Hnilicová). Opatření směřující k ochraně a podpoře zdraví se proto musí týkat celé společnosti a měla by být realizována mezirezortně, tedy i mimo zdravotnický rezort a to jak ve veřejném, tak i soukromém sektoru (Dobiášová, Hnilicová 2012: 2).

Ottawská charta dále vymezuje podporu zdraví jako „*proces umožňující lidem zlepšit své zdraví a zvýšit kontrolu nad ním*“ (Kebza 2005: 33). Charta zohledňuje determinanty zdraví, neboť podpora zdraví podle ní usnadňuje jedincům zvýšit nad nimi kontrolu, a tak zlepšovat svůj zdravotní stav. Jinými slovy jde o zvyšování odpovědnosti lidí ke svému vlastnímu zdraví, což je velice důležité, neboť podle charty je zdraví chápáno jako prostředek k dosažení harmonického života (Kebza 2005: 34).

Bezprostředním cílem podpory zdraví je zdravý životní styl, k jehož dosažení je třeba někdy menších, jindy komplexnějších zásahů do dosavadního životního stylu pacientů (Komárek 2011: 56). Mezi nejzávažnější faktory, které poškozují zdraví člověka, patří kouření, nadměrná spotřeba alkoholu, zneužívání drog, nadměrný stres a také nedostatek pohybu a nevhodná strava, o které se zajímám ve své práci. Podpora zdraví se zaměřuje právě na eliminaci těchto příčin (Komárek 2011: 56). Tato oblast zdravotní politiky zahrnuje široký soubor aktivit „*od redukce výskytu nemocí a primární prevence až po posilování a upevňování zdraví v nejširším smyslu*“ (Katz, Peberdy 2003: 16 dle Hnilicová).

### **5.1.1 Hlavní součásti podpory zdraví**

Hlavními prvky podpory zdraví jsou prevence, zdravotní výchova a veřejná politika zohledňující zdraví neboli tzv. zdravá veřejná politika (Katz, Peberdy 2003: 20 dle

Hnilicová). Poslední zmíněnou součástí jsem se zabývala již v rámci teoretických východisek (viz kapitola č. 4.3), v této podkapitole proto stručně představím zbývající prvky podpory zdraví, aby čtenář získal ucelený pohled na tuto oblast zdravotní politiky.

S podporou zdraví úzce souvisí prevence, která se také zaměřuje na zlepšování zdravotního stavu populace. V tomto případě se jedná o předcházení nemocem, poruchám či úrazům. Podpora zdraví je zaměřena naopak na aktivity pro zdraví, nikoliv proti nemocem. Lze rozlišit prevenci primární, která je součástí podpory zdraví a týká se období před vznikem nemoci, dále sekundární, která se zaměřuje na diagnostiku a léčbu nemoci se záměrem zabránit komplikacím a také existuje prevence terciární. Ta se snaží předcházet nežádoucím důsledkům nemocí či jiných poruch, které by mohly vést k invaliditě nebo vážným sociálním důsledkům. Prevence se řídí principem, že je „lepší nemocem předcházet, než jimi trpět“ (Kubátová, Machová 2009: 15).<sup>8</sup>

WHO definuje zdravotní výchovu jako proces, který „podporuje kritické vědomí, objasňuje hodnoty, zkoumá postoje, vzdělává tvůrce politik a zároveň umožňuje a ovlivňuje kontrolu nad vlastní zdravím“ (Katz, Peberdy 2003: 21 dle Hnilicová). Většina pracovníků v oblasti podpory zdraví plní, ať už formálně či neformálně, určitou vzdělávací funkci. Zdravotní výchova představuje poskytování informací a rad, které člověku pomáhají rozvíjet znalosti a dovednosti vedoucí ke změně chování směrem ke zdravějšímu životnímu stylu (Katz, Peberdy 2003: 21 dle Hnilicová). Výchova ke zdraví spočívá ve zvyšování zdravotní gramotnosti, podpoře spolupráce všech občanů při tvorbě zdravého životního prostředí a zdravé veřejné politiky (Katz, Peberdy 2003: 5 dle Hnilicová).

---

<sup>8</sup> Zdroj: HALBICHOVÁ, I. Politika podpory zdraví dětí a mladistvých. Seminární práce do předmětu Public Policy, FSV UK, 2012.



**Schéma č. 4: Model podpora zdraví (Tannahill 1985)**



*Zdroj: Katz, Peberdy 2003 (upraveno autorkou)*

Model ilustruje celkový pohled na podporu zdraví - průnik prevence, výchovy ke zdraví a na zdraví lidí zaměřenou veřejnou politiku a ve svých elipsách a jejich průnicích vymezuje sedm možných dimenzí podpory zdraví (Katz, Peberdy 2003: 28):

1. Preventivní služby
2. Preventivní vzdělávání ve zdraví
3. Preventivní ochrana zdraví
4. Vzdělávání ve zdraví pro preventivní ochranu zdraví
5. Vzdělávání v pozitivním zdraví
6. Veřejné politiky zaměřené na zdraví
7. Vzdělávání ve zdraví zaměřené na ochranu pozitivního zdraví

Všechny popsané hlavní prvky podpory zdraví jsou dnes její velice důležitou součástí. Některé jsou však v ČR opomíjeny. Cílem společnosti by mělo být vychovávat zdravé generace, a proto je důležité začít více prosazovat výchovu ke zdraví zaměřenou na dětskou populaci.

## **5.2 Právní rámec podpory zdraví v ČR**

V této podkapitole se věnuji rozboru legislativního rámce podpory zdraví v ČR, k čemuž jsem využila metodu institucionální analýzy. Zaměřila jsem se na „vyšší“ formální instituce (viz kapitola č. 2.4). Jedná se o analýzu současného stavu v této oblasti. Nejprve se zabývám Listinou základních práv a svobod a poté Zákonem

o ochraně veřejného zdraví, který vymezuje oblast ochrany a podpory zdraví v ČR. V rámci tohoto zákona je stanovena působnost a pravomoci jednotlivých orgánů ochrany veřejného zdraví, jejichž fungování jsem probírala při rozhovorech s experty. Proto je součástí této kapitoly také hodnocení vybraných institucí dotazovanými odborníky. Rovněž se v této části práce věnuji některým dalším právním předpisům, které upravují oblast podporu zdraví, a to především ve vztahu ke stravování a pohybovým aktivitám.

### **5.2.1 Listina základních práv a svobod**

Zdraví je jedním z nejdůležitějších předpokladů kvalitního a plnohodnotného života a je mezinárodně uznáno jako jedno ze základních lidských práv. Právo na zdraví je obsaženo v Listině základních práv a svobod, na kterou odkazuje Ústava České republiky v článku 3. Listina považuje zdraví za hodnotu, která je chráněna právními a soudními prostředky (Hodnocení politiky podpory zdraví... 2004: 24), dále klade důraz na příznivé pracovní prostředí a stanovuje, že ženy, mladiství a zdravotně postižení mají právo na „*zvýšenou ochranu zdraví při práci a zvláštní pracovní podmínky*“ (článek 29). Podle Listiny základních práv a svobod, článku 31, má každý právo na ochranu zdraví, dále mají občané „*na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“<sup>9</sup>

### **5.2.2 Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví**

Podporou a ochranou veřejného zdraví v ČR se podrobněji zabývá Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Tento zákon zpracovává příslušné předpisy Evropských společenství a upravuje v §1 „*práva a povinnosti fyzických a právnických osob v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví, soustavu orgánů ochrany veřejného zdraví, jejich působnost a pravomoci*“. V §2 jsou vymezeny základní pojmy. Veřejné zdraví je podle tohoto zákona zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin, který určuje soubor přírodních, životních a pracovních podmínek a v neposlední řadě také způsob života. Ochrana a podpora veřejného zdraví je zde definována jako činnosti a opatření sloužící k tvorbě a ochraně zdravého životního a pracovního prostředí „*a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti*

---

<sup>9</sup> Listina základních práv a svobod. Poslanecká sněmovna parlamentu ČR [online]. [cit. 2014-01-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>

*s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním.*“<sup>10</sup>

Po těchto obecných ustanoveních se zákon zabývá konkrétními tématy z oblasti ochrany veřejného zdraví. Ve vztahu k dětem a mladistvým se jedná o podmínky pro výchovu, vzdělávání a zotavení dětí a mladistvých, dále upravuje podmínky vnitřního prostředí stavby a hygienické požadavky na venkovní hrací plochy pro hry dětí. Zákon se také věnuje v rámci snahy o předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění očkování a spolupráci orgánů ochrany veřejného zdraví se zdravotnickými zařízeními. Hlava V tohoto zákona se zabývá státní správou v ochraně veřejného zdraví. Podle §78 soustavu orgánů v oblasti ochrany veřejného zdraví tvoří následující správní úřady - Ministerstvo zdravotnictví, krajské hygienické stanice, dále Ministerstva obrany, vnitra, dopravy, pro místní rozvoj, životního prostředí a krajské úřady.<sup>10</sup>

Ministerstvo zdravotnictví má podle §80 v oblasti ochrany veřejného zdraví za úkol řídit a zároveň kontrolovat výkon státní správy a vytvářet národní politiku. Dále řídí a kontroluje činnost krajských hygienických stanic, zajišťuje mezinárodní spolupráci a zodpovídá za plnění cílů stanovených v mezinárodních smlouvách týkajících se ochrany a podpory zdraví. Ministerstvo zdravotnictví má za úkol usměrňovat státní správu Ministerstev vnitra a obrany v této oblasti zdravotní politiky, koordinovat spolupráci se státními i nestátními organizacemi, vytvářet celorepublikové programy ochrany a podpory veřejného zdraví a mnohé další. Na Ministerstvu zdravotnictví je zřízena funkce hlavního hygienika, kterým je dnes MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D. Ten vystupuje v záležitostech ochrany veřejného zdraví jako orgán ministerstva.<sup>10</sup>

Krajské hygienické stanice jsou podle §82 správními úřady, které mohou po souhlasu MZ zřizovat nebo rušit územní pracoviště. Jejich úkolem je „vydávat rozhodnutí, povolení, osvědčení a plnit další úkoly státní správy v ochraně veřejného zdraví včetně státního zdravotního dozoru, pokud není příslušné MZ.“<sup>10</sup> Dále mají KHS řešit přestupky v oblasti ochrany veřejného zdraví, provádět hodnocení zdravotních rizik z hlediska ovlivňování zdravotního stavu obyvatelstva, kontrolovat programy ochrany a podpory zdraví na lokální úrovni, spolupracovat se správními úřady a orgány samosprávy při vytváření zdravotní politiky v regionu atd.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů.

Velice důležitými orgány v oblasti ochrany a podpory zdraví jsou zdravotní ústavy a Státní zdravotní ústav. Podle §86 se jedná o zdravotnická příspěvková zařízení, která jsou zřizována MZ ČR. Tyto orgány mají oprávnění zpracovávat data o zdraví obyvatelstva pro potřeby tvorby podkladů pro státní zdravotní politiky a trendů výskytu onemocnění. ZÚ jsou v ČR zřízeny dva, a to se sídlem v Ústí nad Labem a v Ostravě. Jejich povinností je mimo jiné měření složek životního a pracovního prostředí, „provádění biologických expozičních testů pro účely výkonu státního zdravotního dozoru“<sup>10</sup>, sledování zdravotních ukazatelů, spoluúčast na programech ochrany a podpory zdraví na místní úrovni a poskytování poradenských a jiných služeb v oblasti ochrany veřejného zdraví. SZÚ se nachází v Praze a jeho úkolem je „zajištění metodické a referenční činnosti na úseku ochrany veřejného zdraví, monitorování a výzkum vztahů životních podmínek a zdraví“<sup>10</sup>, dále mezinárodní spolupráce, kontrola kvality poskytovaných služeb v oblasti ochrany veřejného zdraví, postgraduální výchova v oborech ochrany a podpory zdraví a v neposlední řadě velice důležitá zdravotní výchovu obyvatelstva.<sup>10</sup>

### **5.2.2.1 Soustava orgánů v oblasti ochrany veřejného zdraví očima expertů**

O vyjádření k fungování orgánů zabývajících se podporou zdraví jsem požádala dotazované experty, abych zjistila, jak tyto instituce realizují své povinnosti v praxi. MZ je podle respondentů orgánem státní správy, který podporu zdraví „zastřešuje“. Jeho úlohou je upozorňovat na problémy v této oblasti a nabízet možná řešení. MZ vypracovává státní politiku podpory zdraví a vydává strategické dokumenty (Rozhovor - Kříž, Nejedlá, Rážová).

- „MZ samozřejmě musí být tím vůdčím článkem, který řekne, takhle by to mělo být, ale že to tak není, to už není v silách MZ.“ (Rozhovor Nejedlá)

V rámci svého rezortu MZ připravuje akční plány a dotační programy, do kterých se mohou hlásit jak státní, tak nestátní instituce a vytvářet s jejich pomocí projekty podporující zdraví. Dále má MZ svou roli také v oblasti vzdělávání populace. Jeho cílem je zvyšovat tzv. zdravotní gramotnost, tedy povědomí lidí o tom, co jejich zdraví prospívá a co mu naopak škodí a také aby si uvědomili, že mají zodpovědnost za své zdraví (Rozhovor Rážová).

- „Zdravotnický systém není ten, kdo ho ze všeho vytáhne...je to až na konci, zdraví začíná úplně jinde než v nemocnicích. My (MZ) bychom měli vést ty kampaně a podobně k uvědomění si každého z nás, co jsou ty hlavní rizikové faktory, ale takovou formou, aby to ti lidé přijali.“ (Rozhovor Rážová)

SZÚ je odbornouází, která pro MZ připravuje podklady pro tvorbu politiky podpory zdraví. Tato vědecká základna vytváří epidemiologické studie rizikových faktorů a prevalence různých zvyklostí a realizuje řadu dalších studií ve spolupráci s jinými organizacemi či samostatně (Rozhovor - Rážová, Nejedlá). Činnost SZÚ by měla být především metodologická. Podle dotazovaných expertů by měli jeho pracovníci ověřovat různé metody a na základě toho dávat doporučení pro neziskové organizace, které projekty budou realizovat. SZÚ by nad nimi měl provádět kontrolu. Ale současná situace je jiná, kvůli nedostatku financí, kterými tato instituce disponuje (Rozhovor – Expert NSPZ, Kernová).

- „SZÚ si bere i ty projekty, protože musí z něčeho žít. Jsou financováni jako příspěvková organizace a to jim neumožňuje přežít“ (Rozhovor Hnilicová).

Další činnost, kterou SZÚ vykonává, je zdravotně-výchovná. Pomocí různých sociálně-marketingových nástrojů (letáků, video spotů atd.) se snaží ovlivnit veřejnost směrem ke zdravějšímu chování a redukovat tak nejzávažnější rizikové faktory (Rozhovor Nejedlá)

- „Problém je, že je na to málo finančních prostředků, takže je problém chtít nějaké zásadní zásah do populace a vidět dopad, když nejsou finanční prostředky.“ (Rozhovor Nejedlá)

SZÚ má šest dislokovaných pracovišť (Praha, Plzeň, Liberec, Jihlava, Brno, Karviná), kde se podporou zdraví zabývají přibližně dva až čtyři pracovníci, v některých případech se však nejedná o plné úvazky. Tito pracovníci mají na starost nejen kraj, ve kterém je dané dislokované pracoviště, ale i několik dalších (Rozhovor Nejedlá).

ZÚ jsou jinou jednotkou než SZÚ. Jejich činnost je především laboratorní. Měří faktory prostředí a na základě toho vytvářejí podklady pro KHS, které provádějí dozor. Problém spočívá v jejich financování, neboť nedostávají příspěvky od státu (Rozhovor Rážová, Nejedlá).

- „Oni si na sebe musí vydělávat, takže tím pádem je pro ně činnost v podpoře zdraví dost velkým luxusem...Němčíně ZÚ v Ústí se jí věnuje, sice na to taky nemají moc prostředků, ale snaží se“ (Nejedlá).

ZÚ nemají povinnost se podpoře zdraví věnovat, zatímco KHS ano. V ČR je těchto stanic čtrnáct a podporou zdraví se zde zabývá většinou jeden pracovník, opět se vždy nejedná o plný úvazek (Rozhovor Nejedlá).

### 5.2.3 Další právní předpisy upravující oblast podpory zdraví v ČR

Oblast ochrany a podpory veřejného zdraví je předmětem několika dalších právních předpisů, které se zaměřují na faktory ovlivňující zdraví lidí. Mezi ně patří například Zákon č. 86/2002 Sb., o ochraně ovzduší, Zákon č. 254/2001 Sb., o vodách, Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami či Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, který se věnuje ochraně a bezpečnosti zdraví při práci (Komárek 2011: 95, 96). Vzhledem k tomu, že se ve své diplomové práci věnuji podpoře zdraví v oblasti stravování a pohybu, tak se těmito právními normami nebude dále zabývat a budu se soustředit na ty, které úzce souvisí s tématem mé práce.

Aspekt pohybových aktivit v rámci podpory zdraví upravuje **Zákon č. 115/2001 Sb., o podpoře sportu**, který vymezuje postavení sportu ve společnosti jako prospěšné činnosti pro veřejnost. Dále stanovuje úkoly ministerstev a jiných úřadů státní správy a vymezuje působnost samosprávných orgánů v oblasti podpory sportu. Sport je v §2 tohoto zákona vymezen jako „*všechny formy tělesné činnosti, které prostřednictvím organizované i neorganizované účasti si kladou za cíl harmonický rozvoj tělesné i psychické kondice, upevňování zdraví a dosahování sportovních výkonů v soutěžích všech úrovní.*“ Hlavní odpovědnost v této oblasti má podle §3 MŠMT, které má za úkol vypracovávat koncepci státní politiky ve sportu (více viz kapitola č. 8.2.3) a koordinovat její realizaci. Dále má zajišťovat finanční podporu ze státního rozpočtu a vytvářet podmínky pro reprezentaci a zřizovat rezortní sportovní centrum. Úkolem krajů v této oblasti je zajistit podmínky pro rozvoj sportu pro všechny občany, zabezpečit financování z krajského rozpočtu a zajistit výstavbu nových a péči o stávající

sportovní zařízení. Obce ve své samostatné působnosti mají vytvářet podmínky pro sport podobným způsobem jako kraje.<sup>11</sup>

Oblasti stravování a výživy se týká **Zákon č.110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích**. Jsou zde zpracovány předpisy Evropských společenství a v návaznosti na ně jsou v tomto zákoně upraveny povinnosti provozovatele potravinářských podniků a podnikatelů, kteří vyrábí či nabízí tabákové výrobky. Podle §2 jsou potraviny definovány jako látky „*určené ke spotřebě člověkem v nezměněném nebo upraveném stavu jako jídlo nebo nápoj.*“ Zákon se dále věnuje například balení potravin, jejich uvádění do oběhu či označování, kdy je podle §6 provozovatel potravinářské podniku povinen na obalu řádně označit mimo jiné složení potravin a také výživovou hodnotu v případě, že je na obalu uvedeno výživové tvrzení nebo když je to stanoveno „*prováděcím právním předpisem nebo přímo použitelným předpisem Evropských společenství*“.<sup>12</sup> Dětem a jejich výživě se tento zákon nevěnuje.

Dalším právním předpisem v této oblasti je **Vyhláška č. 54/2004 o potravinách určených pro zvláštní výživu a o způsobu jejich užití**. Část dvě se věnuje potravinám pro počáteční a pokračující kojeneckou výživu a pro výživu malých dětí, které jsou zde definované jako děti do věku tří let. Ve vyhlášce jsou uvedeny požadavky na složení a označování těchto potravin. Výživy a stravování se pak týká také **Vyhláška č. 450/2004 Sb., o označování výživové hodnoty potravin**, která v §1 stanovuje ve shodě s právem Evropských společenství „*způsob výpočtu a označování výživové (nutriční) hodnoty potravin uváděných do oběhu*“. Součástí této vyhlášky je příloha týkající se doporučených denních dávek vitaminů a minerálů. Jedná se pouze o doporučení pro dospělou populaci, nikoliv pro děti.

---

<sup>11</sup> Zákon č. 115/2001 Sb., o podpoře sportu ve znění pozdějších předpisů

<sup>12</sup> Zákon č.110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

## **6 Politika podpory zdraví na mezinárodní úrovni**

V této kapitole se zabývám politikou podpory zdraví na mezinárodní úrovni a to konkrétně, jak je pojímána WHO a EU, což jsou nejvýznamnější nadnárodní organizace v tomto poli. Nejprve se věnuji vzniku a vývoji podpory zdraví na úrovni WHO, což je důležité k pochopení všech souvislostí a zaměření této oblasti zdravotní politiky v dnešní době. Dále představuji a charakterizuji nejdůležitější dokumenty týkající se podpory zdraví a to jak na úrovni WHO, tak v části věnované EU dokumentům vytvořeným touto nadnárodní organizací. V této kapitole se zabývám také klíčovými oblastmi politiky podpory zdraví v dokumentech a programech WHO a EU ve vztahu k dětem. Informace k této části práce jsme čerpala především z internetových stránek těchto dvou nadnárodních organizací, které se týkají veřejného zdraví či podpory zdraví, dále z odborné literatury k tématu a ze strategií a programů zpracovaných na úrovni WHO či EU.

### **6.1 Politika podpory zdraví na úrovni WHO**

WHO je řídicí a koordinační orgán pro zdraví v rámci Organizace spojených národů, který je zodpovědný za vedení v oblasti globálních záležitostí týkajících se zdraví. Dále má za úkol formovat výzkumnou agendu v oblasti zdraví, stanovovat normy a standardy, poskytovat technickou podporu zemím a monitorovat a hodnotit zdravotní trendy. Ve 21. století je zdraví sdílenou zodpovědností zahrnující rovný přístup ke zdravotní péči a kolektivní ochranu proti nadnárodním hrozbám.<sup>13</sup> Cílem WHO je, aby lidé na celém světě dosáhli co nejvyšší možné úrovně zdraví (Holčík 2004: 159)

Podpora zdraví je nedílnou součástí aktivit WHO, která své principy a strategie vztahuje na různé skupiny obyvatelstva, rizikové faktory a nemoci. Tato nadnárodní organizace se svou činností v oblasti podpory zdraví snaží snižovat úmrtnost, řešit základní rizikové faktory a hlavní determinanty zdraví, pomáhat posilovat udržitelnost zdravotních systémů a prosazovat zdraví do centra širší rozvojové agendy. Realizace podpory zdraví v prostředí, kde lidé žijí, pracují, učí se a hrají si, je podle WHO kreativní a zároveň efektivní cesta ke zlepšování zdraví a kvality života. Tato oblast zdravotní politiky má klíčovou úlohu v posilování zdravých veřejných politik a zdraví

---

<sup>13</sup> About WHO. WHO [online]. 2014 [cit. 2014-04-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/about/en/>>



podporujícího prostředí, ve vytváření příznivých sociálních podmínek a individuálních dovedností a v neposlední řadě v podpoře zdravého životního stylu.<sup>14</sup>

### 6.1.1 Vznik a vývoj podpory zdraví

Obor podpory zdraví se začal formovat na počátku 70. let 20. století, jednalo se o reakci na tehdejší situaci v oblasti zdravotnictví. Narůstala nespokojenost se zdravotní péčí, jejíž náklady se neustále zvyšovaly, docházelo k nárůstu onemocnění souvisejících s životním stylem, postupy zdravotní výchovy byly neúčinné a podobně (Kebza 2005: 33). V této době byl zpochybněn „*dominantní vliv medicíny a zdravotnických služeb na zdraví lidí*“ (Katz, Peberdy 2003: 7 dle Hnilicová) a bylo prokázáno, že na zdraví a vznik onemocnění má vliv mnoho faktorů, z nichž řada je ovlivnitelná lidským chováním. Proto došlo ke zvýšení zájmu odborníků i veřejnosti o životní styl, který je stěžejní determinantou zdraví (viz kapitola č. 4.2). Podpora zdraví se postupem času vyvinula z osvětové činnosti do širokého hnutí, které je uplatňováno po celém světě. Velice důležitou roli v jejím vývoji sehrála WHO, která je nejvyšší mezinárodní autoritou v této oblasti (Dobiášová, Hnilicová 2012: 3).

Náplň podpory zdraví se začala formovat již v roce 1946, kdy WHO na mezinárodní konferenci ke zdraví v New Yorku uveřejnila definici zdraví v Preambuli k Ústavě WHO, která byla uvedena v platnost v roce 1948 (Kernová, nedatováno: 3). Definice vymezuje zdraví jako „*stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Holčík 2004: 22). Dále WHO v rámci tohoto dokumentu uvedla, že zodpovědnost za zdraví mají nejen samotní občané, ale také vlády a jimi přijatá sociální a zdravotní opatření (Kříž 2008: 20). V roce 1974 byla předložena analýza vývoje zdravotního stavu Kanadčanů tzv. LaLondeova zpráva, která nabídla model příčin nejzávažnějších neinfekčních onemocnění. Ten se skládal ze čtyř determinant – prostředí, genetická výbava, životní styl a organizace zdravotních služeb (Havelková, Kučera 2005: 89). Jedná se o koncept determinant zdraví užívaný dodnes.

Na 30. valném shromáždění WHO v roce 1977 byla vyhlášena celosvětová strategie Zdraví pro všechny, která obsahovala myšlenky podpory zdraví (Kernová, nedatováno: 3). Hlavním cílem bylo zlepšit zdravotnické ukazatele obyvatelstva do roku 2000. Účastníci konference se shodli na tom, že zdraví je předpokladem pro sociální a ekonomickou prosperitu společnosti (Havelková, Kučera 2005: 89). Konkrétní podobu

---

<sup>14</sup> Health promotion. WHO [online]. 2014 [cit. 2014-04-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/healthpromotion/about/en/>>

získaly představy o zlepšení zdravotních ukazatelů v roce 1984 v rámci programu Zdraví pro všechny do roku 2000. Dokument obsahoval 38 měřitelných cílů, které byly seskupené do čtyř hlavních. Těmi bylo zajištění rovnosti ve zdraví, prodloužení střední délky života, zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a zvýšení kvality života (Havelková, Kučera 2005: 89, 90).

Na konferencích WHO docházelo k rozšiřování konceptu podpory zdraví. Konference v Alma Atě (1978) byla zaměřena na zlepšení zdraví ze strany více rezortů, zdravotní výchovu, vzdělání, preventivní zdravotní péči a podobně (Katz, Peberdy 2003: 17 dle Hnilicová). Byla zde zdůrazněna nutnost aktivní účasti občanů v podpoře zdraví (Kernová, nedatováno: 3), což je v souladu s principem společenské odpovědnosti za zdraví, ke kterému se přikláním ve své práci (viz kapitola č. 3). Na konci 70. let byly formulovány **základní principy podpory zdraví**, mezi které patří *„mezisektorová zodpovědnost za zdraví, význam iniciativy vlád jednotlivých zemí, souvislost mezi ekonomickým a sociálním rozvojem a zdravím a význam individuální angažovanosti občanů v péči o zdraví“* (Havelková, Kučera 2005: 89). Tyto principy jsou neustále rozvíjeny ve strategických dokumentech a programech týkajících se této oblasti zdravotní politiky na mezinárodní úrovni.

První mezinárodní konference podpory zdraví se konala v **Ottawě** v roce 1996. Zde byla přijata Ottawská charta, která tuto oblast zdravotní politiky vymezuje (viz kapitola č. 5.1). Tato konference byla odpovědí na rostoucí očekávání v souvislosti s novým hnutím veřejného zdraví, které se začalo rozšiřovat po celém světě.<sup>15</sup> Od této doby se konala řada další konferencí zaměřených specificky na podporu zdraví. Pro větší přehlednost nejprve uvádím tabulku, ve které jsou zaznamenány všechny konference podpory zdraví WHO, rok jejich konání a také hlavní přínos. Podrobněji tabulku rozebírám dále v textu.

---

<sup>15</sup> Global conferences of health promotion. WHO[online]. 2014 [cit. 2014-03-21]. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>>

**Tabulka č. 4: Konference Podpory zdraví**

Místo konání konference	Rok	Hlavní přínos
Ottawa	1986	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottawská charta - vymezení podpory zdraví</li> </ul>
Adelaide	1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veřejná politika zohledňující zdraví</li> <li>• Mezirezortní princip v podpoře zdraví</li> </ul>
Sundsvall	1991	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tvorba příznivého prostředí podporujícího zdraví</li> </ul>
Jakarta	1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „New Players for New Era – Leading Health Promotion into the 21th century“</li> <li>• Jakartská deklarace</li> </ul>
Mexiko	2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Bridging ekvity gap“</li> <li>• „Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action“</li> </ul>
Bangkok	2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bangkotská charta - silná politická podpora a zapojení širší veřejnosti</li> </ul>
Nairobi	2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zdůraznění role podpory zdraví (ekonomická krize)</li> </ul>
Helsinky	2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Health in All Policies“</li> </ul>

Zdroj: autorka

Po Ottawské konferenci následovala konference v **Adelaide** zaměřená na veřejnou politiku zohledňující zdraví, která vymezila zdravotní politiku jako „*projev zájmu a odpovědnosti za zdraví lidí*“ (Holčík 2008: 6). Nejedná se pouze o aktivity ministerstev, ale svůj zájem o zdraví by měly projevit všechny úrovně řízení včetně rodin a jednotlivých občanů.<sup>15</sup> Třetí mezinárodní konference podpory zdraví se konala v **Sundsvall** a byla zaměřena na tvorbu příznivého prostředí podporujícího zdraví (Katz, Peberdy 2003: 17 dle Hnilicová). Jako jedna z priorit pro podporu zdraví zde byla stanovena výživa.<sup>15</sup>

V **Jakartě** proběhla čtvrtá konference podpory zdraví s podnázvem „New Players for New Era – Leading Health Promotion into the 21th century“<sup>16</sup>. Zde byla přijata Jakartská deklarace, podle které je podpora zdraví klíčovou investicí a nabízí její vizi a zaměření pro 21. století. Konference se zabývala také programem WHO Škola podporující zdraví. Její účastníci vyzvali členské státy k podpoře rozvoje škol zapojených do tohoto programu, neboť se jedná o dobrou investici do budoucna.<sup>15</sup>

<sup>16</sup> Noví hráči v nové éře – vedení podpory zdraví do 21. století

Následující konference podpory zdraví s podnázvem „Bridging ekvity gap“<sup>17</sup> se uskutečnila v **Mexiku**. Jejím výsledkem byl dokument „Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action“<sup>18</sup>, který poskytl státům a jejich ministrům užitečné vedení týkající se opatření spojených s determinanty zdraví a zajištění větší rovnosti ve zdraví. Konference se zabývala zdroji a strukturami potřebnými k vytvoření a udržení kapacit podpory zdraví na místní, národní i nadnárodní úrovni. Za tímto účelem je potřeba zlepšit spolupráci mezi jednotlivými aktéry a posílit politickou podporu této oblasti zdravotní politiky (The fifth global conference... 2000: 20-22).

Šestá mezinárodní konference podpory zdraví se konala v **Bangkoku**. Výsledkem jednání byla Bangkockská charta pro podporu zdraví, která identifikovala hlavní způsoby působení na determinanty zdraví v globalizovaném světě prostřednictvím podpory zdraví (Kříž 2008: 20). Posun směrem ke zdravější společnosti vyžaduje silnou politickou podporu a zapojení širší veřejnosti.<sup>15</sup> Následovala konference v **Nairobi**, kde byla opět vyzdvihnuta důležitost podpory zdraví. A to především v souvislosti s ekonomickou krizí, která ohrožovala životaschopnost národních ekonomik obecně a zejména zdravotnických systémů. Mezi klíčová témata konference patřila například zdravotní gramotnost a zdravotní chování, mezisektorová spolupráce či budování kapacit pro podporu zdraví.<sup>15</sup>

Prozatím poslední konference podpory zdraví proběhla v **Helsinkách**. Hlavním tématem zde bylo prosazení zdraví do všech politik („Health in All Policies“). Účastníci konference považují zdraví a spravedlnost za základní zodpovědnost vlád ke svým občanům. Ke splnění tohoto požadavku je nutné zajistit efektivní struktury a zdroje a posílit roli ministerstva zdravotnictví tak, aby do podpory zdraví prostřednictvím vedení a spolupráce zapojilo ostatní vládní sektory (The Helsinki statement... 2013: 1, 2). V ČR je třeba zaměřit se především na prosazení tohoto principu.

## 6.1.2 Nejdůležitější dokumenty v oblasti podpory zdraví na úrovni

### WHO

Existuje mnoho strategií a programů WHO zaměřujících se na podporu zdraví a konkrétně na výživu a pohyb či děti a mladistvé, což svědčí o důležitosti těchto témat. Pro příklad - v květnu 2004 byla přijata Globální strategie výživy, fyzických aktivit a

<sup>17</sup> Přemostění deficitů v nerovnosti

<sup>18</sup> Mexické ministerské prohlášení pro podporu zdraví: „Od idejí k činům“

zdraví, která doporučuje členským státům vytvořit národní plán pro fyzické aktivity (Global recommendations... 2010: 10). V červnu 2004 pak došlo k přijetí „Children’s Environment and Health Action Plan for Europe“<sup>19</sup>. O rok později byla vydána regionální kanceláří WHO pro Evropský region „European strategy for child and adolescent health and development“<sup>20</sup>. V roce 2008 byl přijat akční plán zaměřený na prevenci a kontrolu chronických onemocnění, který vyzývá členské státy, aby implementovaly národní směrnice zaměřené na fyzické aktivity pro zlepšení zdraví, (Global recommendations... 2010: 10). Zmíněné dokumenty jsou zaměřené na specifické aspekty podpory zdraví.

Nepopiratelnou důležitost v oblasti podpory zdraví na obecné úrovni má Veronská iniciativa z roku 2000, která kladla důraz na „sdílenou odpovědnost za zdraví a ekonomické a sociální souvislosti zdravotní politiky“ (Kříž 2008: 20). Jednalo se o novou formulaci starého principu o sdílené odpovědnosti za zdraví, neboť v té době přetrvávala tendence přenechat výhradní zodpovědnost za zdraví na zdravotnickém rezortu. (Havelková, Kučera 2005: 91). Významným dokumentem na mezinárodní úrovni je také Tallinská charta přijatá na konferenci s názvem Zdravotní systémy, zdraví a blahobyt v roce 2008. Charta zdůrazňuje nutnost investic do všech rezortů, které mají vliv na zdraví (Šteflová, nedatováno).

Vzhledem k velkému množství dokumentů a strategií týkajících se podpory zdraví na mezinárodní úrovni se ve své práci nevěnuji všem, ale zabývám se zastřešujícími dokumenty této oblasti zdravotní politiky. Tím hlavním byla do nedávné doby strategie Zdraví 21 a nyní je jím aktuální strategie Zdraví 2020, která byla přijata v roce 2012. V této části práce stručně představuji tyto dva stěžejní dokumenty a také Vídeňskou deklaraci, která je jedním z nejnovějších dokumentů v oblasti podpory zdraví.

## **Zdraví 21**

Na 51. Světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1998 se státy WHO usnesly na deklaraci, která formulovala „základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech“.<sup>21</sup> Zde je stanoveno, že zdraví je jedno ze

---

<sup>19</sup> Evropský akční plán životního prostředí a zdraví dětí

<sup>20</sup> Evropská strategie zdraví a rozvoje dětí a mladistvých

<sup>21</sup> Zdraví pro všechny ve 21. Století. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2010 [cit. 2014-03-30]. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html)>.

základních práv každého člověka a je předpokladem pro kvalitní život (WHO 1998: 6). Deklarace byla vytvořena na podporu programu WHO Zdraví pro všechny ve 21. století<sup>21</sup>, který byl přijat světovým společenstvím v květnu roku 1998. Jeho účelem bylo realizovat strategii Zdraví pro všechny, tedy vizi vzniklou již v roce 1977. Zdraví 21 poskytovalo etický a vědecký rámec pro tvůrce politik na všech úrovních s posouzením dopadu politik na zdraví (WHO 1998: 9, 10).

Hlavním dlouhodobým cílem strategie WHO Zdraví 21 pro evropský region bylo dosáhnout plného zdravotního potenciálu pro všechny občany členských zemí. Snahou programu bylo dále zlepšovat a chránit zdraví lidí v průběhu jejich života, snížit výskyt hlavních nemocí a úrazů a zmírnit utrpení, která způsobují. Etický základ Zdraví 21 byl postaven na třech základních hodnotách – zdraví jako základní lidské právo, spravedlnost ve zdraví a solidarita mezi jednotlivými státy i uvnitř nich a v neposlední řadě zodpovědnost jednotlivců, skupin, institucí a komunit za pokračování rozvoje v oblasti zdraví (WHO 1998: 6).

V tomto programu bylo definováno 21 cílů, mezi které patří například zdravý start do života, zdraví mladých lidí či zdravé a bezpečné fyzické prostředí. Dokument Zdraví 21 dává možnost státům samostatně řešit problémy v oblasti zdraví obyvatelstva a dosahovat tak stanovených cílů (Dlouhodobý program... 2002: 1). V ČR byl na základě této strategie zpracován Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (více viz kapitola č. 8.2.1).

## **Zdraví 2020**

Důležitým dokumentem, který souvisí s podporou zdraví dětí a mladistvých, je nová strategie Zdraví 2020: rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu. Strategie byla schválena v rámci jednání Regionálního výboru WHO pro Evropu na Maltě v září roku 2012. Zdraví 2020 se zaměřuje na podporu zdraví a blahobytu napříč odvětvími, a to na lokální, národní i mezinárodní úrovni<sup>22</sup>. Strategie bere v úvahu rozdíly mezi zeměmi v regionu. Společných cílů tedy členské státy mohou dosahovat rozdílnými prostředky (Health 2020: 1).

Zdraví 2020 zdůrazňuje, že zdraví je velice důležitou ekonomickou i společenskou hodnotou, dobrý zdravotní stav obyvatelstva je tak přínosem pro všechny

---

<sup>22</sup> Nová strategie Zdraví 2020. Státní zdravotní ústav [online]. 2012 [cit. 2013-05-13] Dostupné z WWW: <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/nova-strategie-zdravi-2020-health-2020>>

rezorty. Tento program staví na hodnotách Ústavy WHO, ve které je uvedeno, že „dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každé lidské bytosti“ (Zdraví 2020 2013: 2). Členské státy proto mají usilovat o zajištění co nejlepšího zdravotního stavu svých obyvatel, a to bez ohledu na jejich věk, pohlaví, etnický původ, sociální postavení či finanční situaci. Podle této strategie je nutné věnovat pozornost zranitelným skupinám (mezi které lze řadit i děti) a nerovnostem, dále je potřeba se více zaměřit na podporu zdraví a prevenci a využívat výsledky sociálního a technologického rozvoje v oblasti informací, sociálního marketingu a médií. V neposlední řadě Zdraví 2020 upozorňuje na skutečnost, že v globalizovaném světě je nutná nadnárodní spolupráce při řešení zdravotních problémů (Zdraví 2020 2013: 1-3).

Strategie obsahuje čtyři prioritní oblasti, které jsem graficky znázornila ve schématu č. 6 v rámci kapitoly zabývající se českým zpracováním strategie Zdraví 2020 (viz kapitol č. 8.2.2). Jedním z prostředků pro dosažení cílů stanovených ve strategii Zdraví 2020 jsou programy podpory zdraví, které mohou pro celou společnost představovat veliký přínos. Napomáhají k vytváření lepších podmínek pro zdraví, podporují zdravotní gramotnost, umožňují lidem zdravý start do života, pomáhají chránit děti a mladistvé a podobně (Health 2020: 6, 7).

Zdraví 2020 se snaží řešit nerovnosti ve zdraví, což vyžaduje zkoumání zdravotních rozdílů a také jejich příčin (determinant zdraví). Pro věkovou skupinu od 11 do 15 let je za tímto účelem prováděna studie HBSC, která sbírá data o zdraví dětí a školáků a která probíhá i v ČR (více viz kapitola č. 7.2). Studie umožňuje popsat rozdíly ve zdraví dětí mezi zeměmi a porozumět nerovnostem na základě věku, genderu a socio-ekonomického statusu. HBSC zdůrazňuje, že rodina, vrstevníci a škola mají velký vliv na vytvoření prostředí příznivého pro zdravý vývoj dětí (Currie 2012: 5). Toto zjištění se mi potvrdilo v rámci provedených expertních rozhovorů, kdy respondenti upozorňovali především na výrazný vliv rodiny a školy.

### **Vídeňská deklarace**

Na Ministerské konferenci WHO o výživě a neinfekčních onemocnění v kontextu Zdraví 2020 ve Vídni v květnu 2013 byla přijata Vídeňská deklarace se stejnojmenným názvem. Ministři zdravotnictví, klíčoví aktéři a experti se zde setkali, aby čelili výzvě, které představuje zátěž a ohrožení způsobené neinfekčními nemocemi. Potvrdili tak svůj závazek ke stávajícímu evropskému a globálnímu rámci pro řešení rizikových faktorů

způsobujících tato onemocnění, ke kterým patří především nezdravá strava a fyzická neaktivita. Členové konference si uvědomují, že ke zlepšení situace je nutná mezisektorová spolupráce (Vienna declaration... 2013: 1).

Deklarace zdůrazňuje vysoký a stále vzrůstající počet onemocnění způsobených nezdravými vzorci životního stylu v mnoha zemích. Účastníci konference byli znepokojeni především rychlým nárůstem nadváhy a obezity a to hlavně u dětí. Upozorňují na její negativní dopad na kvalitu života a blahobyt jednotlivců, ale i celé společnosti a na zátěž, kterou přináší pro zdravotnický systém a ekonomiku země (Vienna declaration... 2013: 1, 2). S ohledem na zmíněné skutečnosti, je potřeba zintenzivnit politické a strategické úsilí v kontextu Zdraví 2020 v následujících prioritních akcích – vytvořit prostředí pro zdravé stravování a podporovat fyzickou aktivitu ve všech populačních skupinách, podporovat benefity vyplývající ze zdravé výživy během celého života a to především u zranitelných skupin obyvatelstva, posilovat zdravotnické systémy směrem k podpoře zdraví, podporovat dohled, monitorování, hodnocení a výzkum v oblasti výživy a stravovacího chování, posilovat roli vlády a zapojit komunity do podpory zdraví a prevence (Vienna declaration... 2013: 2-4).

### **6.1.3 Politika podpory zdraví WHO ve vztahu k dětem**

WHO se ve svých iniciativách zaměřuje také speciálně na podporu zdraví ve škole a podporu zdraví mladistvých. Účinné programy podpory zdraví ve školách jsou jedny z nejefektivnějších investic v oblasti zlepšení vzdělávání a zdraví. WHO podporuje tyto školní programy jako strategické prostředky, které mají za úkol zabránit vzniku významných zdravotních rizik u dětí a přispět k zapojení vzdělávacího sektoru do úsilí o změnu vzdělávacích, sociálních, ekonomických a politických podmínek, které ovlivňují tato rizika.<sup>23</sup> WHO v souvislosti s podporou zdraví dětí a mladistvých upozorňuje na fakt, že mnoha příčinám předčasných úmrtí, onemocnění či postižení se dá předcházet prevencí rizikového chování, mezi které patří například užívání tabáku, alkoholu a návykových látek, výživové a hygienické návyky, které způsobují onemocnění a sedavý životní styl. Důležitá je podpora politických a sociálních podmínek, které umožní redukci těchto rizikových faktorů.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> School and youth health. WHO [online]. 2014 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z WWW: <[http://www.who.int/school\\_youth\\_health/en/](http://www.who.int/school_youth_health/en/)>



Za účelem mobilizace a posílení podpory zdraví dětí na místní, národní, regionální a globální úrovni byla WHO v roce 1995 zahájena „Global School health initiative“<sup>24</sup>. Ta je zaměřena na zlepšení zdraví studentů, personálu školy, rodin a ostatních členů komunity prostřednictvím škol. Cílem této iniciativy je zvýšit počet škol zapojených do programu Škola podporující zdraví a tím ho více rozvíjet. Školy, které jsou v programu, jsou charakterizovány neustálým posilováním svých možností v oblasti zdravého prostředí pro život, učení a práce. Mezi strategie WHO v rámci „Global School health initiative“ patří výzkumy zaměřené na zlepšení školních programů podpory zdraví a budování kapacit, které je umožňují.<sup>23</sup>

Mezi neaktuálnější témata ve vztahu k dětem, na která se WHO v současné době zaměřuje, patří obezita. Řešení dětské obezity je společnou prioritou EU a WHO. Z tohoto důvodu byl vytvořen EU Akční plán proti dětské obezitě, který je v souladu s WHO politickým rámcem a také prioritními oblastmi Vídeňské deklarace<sup>25</sup>. Podrobněji se jím zabývám v následující kapitole.

## **6.2 Politika podpory zdraví na úrovni EU**

Zdravotní stav obyvatelstva se dostává čím dál tím více do středu pozornosti EU, jeho zlepšování patří mezi nejdůležitější priority. Hlavní zodpovědnost za tuto oblast mají jednotlivé členské státy, ale EU může hrát v podpoře zdraví obyvatelstva také důležitou roli (Kostecká 2008: 9). Článek 152 Smlouvy o založení evropského společenství uvádí, že při „vymezení a provádění všech politik a činností Společenství je zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví“ (Kostecká 2008: 9). Aktivita EU se zaměřují na zlepšování veřejného zdraví, předcházení nemocem a odstraňování příčin, které ohrožují zdraví občanů. Opatření této nadnárodní organizace v oblasti podpory zdraví mají zahrnovat prevenci a také zdravotní výchovu. EU dále klade důraz na spolupráci mezi členskými státy, se třetími zeměmi, ale také s jinými mezinárodními organizacemi v oblasti podpory a ochrany veřejného zdraví. Zdravé obyvatelstvo je jedním z předpokladů pro dosažení cílů Lisabonské strategie a v dlouhodobější perspektivě se na něj zaměřuje také Evropská strategie udržitelného rozvoje (Kostecká 2008: 9).

---

<sup>24</sup> Globální iniciativa zdraví ve školách

<sup>25</sup> EU adopts Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. WHO/Europe [online]. 2014 [2014-04-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2014/03/eu-adopts-action-plan-on-childhood-obesity-2014-2020>>

Mezi hlavní cíle zdravotní politiky EU v oblasti podpory zdraví patří podpora zdravého životního stylu a dobrých životních podmínek, ochrana občanů před přeshraničními zdravotními hrozbami, podpora šíření informací a také vzdělávání v otázkách týkajících se zdraví a lepší bezpečnosti pacientů (Politiky Evropské unie 2013: 3). Dále je cílem EU prosazení hodnoty zdraví do všech oblastí politik, snaží se tedy prosazovat tzv. zdravou veřejnou politiku (více viz kapitola č. 4.3) a zmírnění nerovností ve zdraví mezi členskými státy (Kostelecká 2008: 9).

Za klíčové orgány EU z hlediska veřejného zdraví lze považovat především Evropskou komisi (Generální ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele), Radu EU, ale také Evropský parlament (Kostelecká 2008: 9). Klíčovou prioritou pro Komisy je právě zdraví dětí a mladistvých. Toto úsilí zdůraznila EU ve strategii pro oblast zdraví a v červenci 2009 zřídila Komise iniciativu pro zdraví mládeže, která je její součástí. Jejím cílem je více zapojit děti a mladistvé do politik EU, a to především v oblasti zdraví, „učinit z mladých lidí partnery při rozhodování o zdraví“<sup>26</sup>, dále je snahou iniciativy zapojit do preventivních programů širší spektrum odvětví a pomoci členským státům EU zlepšit zdraví mládeže.<sup>26</sup>

Tato nadnárodní organizace se v rámci podpory zdraví zaměřuje na mnoho oblastí, mezi které patří také boj s obezitou. Náklady spojené s obezitou představují 8 % všech výdajů EU na zdravotní péči. Jedná se o složitý problém, proto je nutná spolupráce na všech úrovních koordinovaná EU. V roce 2005 byla vytvořena Akční platforma EU pro stravu, tělesnou aktivitu a zdraví, jejímž cílem je boj proti nesprávné výživě a nedostatečné pohybové aktivitě. V roce 2007 byla zřízena skupina pro výživu a fyzickou aktivitu, kde jsou sdružováni zástupci všech vlád EU a také Norska a Švýcarska. Úkolem této skupiny je hledat možná řešení zdravotních problémů, které jsou spojené s obezitou. EU podporuje v této oblasti řadu projektů a výzkumnou činnost pomocí programů pro oblast zdraví (Politiky Evropské unie 2013: 11). Jedním z dokumentů, který se zabývá obezitou, a to ve vztahu k dětem, je již zmíněný EU Akční plán proti dětské obezitě 2014-2020.

---

<sup>26</sup> Populační skupiny: Děti a mládež. Evropská komise: Veřejné zdraví[online]. 2014 [2014-03-02]. Dostupné z WWW: <[http://ec.europa.eu/health/population\\_groups/children\\_young\\_people/index\\_cs.htm](http://ec.europa.eu/health/population_groups/children_young_people/index_cs.htm)>.

## **EU Akční plán proti dětské obezitě 2014-2020**

Účelem tohoto akčního plánu je potvrdit společný závazek členských států EU v problematice dětské obezity, stanovit prioritní oblasti činností a zvážit možné nástroje měření a sledování vývoje. Akční plán uznává a respektuje role členských států a jejich svobodu při jednání proti dětské obezitě (EU Action Plan... 2014: 2). Podle odhadů z WHO studie dětské obezity (COSI) z roku 2010 trpělo v tomto období přibližně jedno ze tří dětí ve věku od 6 do 9 let nadváhou či obezitou, proto se jedná o oblast nejvyššího zájmu. Akční plán upozorňuje na problémy spojené s oblastí stravování a pohybu dětí, neboť se jedná o hlavní faktory způsobující obezitu (EU Action Plan... 2014: 3, 4). Mnoho z nich se mi potvrdilo v rámci identifikace nezávažnějších problémů spojených s životním stylem dětí školního věku (viz kapitola č. 7).

Hlavním cílem Akčního plánu proti dětské obezitě je přispět k zastavení nárůstu nadváhy a obezity u dětí a mladistvých do roku 2020. Pro splnění tohoto cíle je nutná participace široké škály aktérů (EU Action Plan... 2014: 8). V tomto dokumentu je stanoveno osm prioritních oblastí, na které je potřeba se zaměřit - podpora zdravého startu do života, zdravějšího prostředí, a to především ve školách a školkách, podpora zdravé možnosti jako té nejjednodušší, omezení marketingu a reklamy zaměřené na děti, zvýšení informovanosti a posílení role rodiny, podpora fyzické aktivity, monitorování a vyhodnocování zdravotního stavu dětí a mladých lidí, zvýšení role výzkumu, tedy systematického sběru dat a zlepšení koordinaci celého procesu (EU Action Plan... 2014). Tyto obecné cíle jsou dále rozpracovány do konkrétnějších. Za velice zásadní považuji zvýšení informovanosti rodičů, podporu pohybových aktivit a omezení reklamy zaměřené na děti, neboť se jedná o velice zranitelnou skupinu. Nutnost změny v těchto oblastech mi potvrdili také dotazování experti.

### **6.2.1 Nejdůležitější dokumenty v oblasti podpory zdraví na úrovni EU**

Také na úrovni EU existuje mnoho strategických dokumentů týkajících se podpory zdraví a specificky také stravování a pohybových aktivit. Mohu jmenovat Zelenou knihu: Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob z roku 2005, dále Bílou knihu o sportu či Bílou knihu: strategie pro Evropu, týkající se zdravotních problémů spojených s výživou,

nadváhou a obezitou přijaté v roce 2007. Podrobněji se budu věnovat pouze nejaktuálnějším dokumentům v této oblasti.

### **Bílá kniha: Společně pro zdraví**

Specificky zaměřeným rámcem pro oblast veřejného zdraví je Bílá kniha Evropské komise Společně pro zdraví. Jedná se o strategický přístup EU na období 2007-2013 (Bílá kniha 2007). Podle této strategie by měla být problematika zdraví začleněna do všech politik Evropského společenství. Dalším úkolem je snaha odstranit nespravedlnost v oblasti zdraví a soustředit se na podporu zdraví a na zvýšení informovanosti v otázkách týkajících se zdraví. K dosažení patřičných výsledků je nutné, aby členské státy a všechny zúčastněné strany spolupracovaly. Cílem Bílé knihy je vytvořit strategii, která bude usměrňovat aktivity EU v oblasti zdraví (Bílá kniha... 2007).

V tomto dokumentu jsou stanoveny čtyři základní zásady – strategie by měly být založené na společných hodnotách v oblasti zdraví, zdraví je největší bohatství, zdraví ve všech politikách a posílení hlasu EU v oblasti zdraví na celosvětové úrovni. Tyto zásady vedou ke strategickým cílům, kterými je podpora dobrého zdravotního stavu ve stárnoucí Evropě, ochrana občanů před zdravotními hrozbami a v neposlední řadě podpora dynamiky zdravotnických systémů a nových technologií (Bílá kniha... 2007). Zmíněné zásady a cíle jsou v souladu se strategií Evropa 2020, která se zaměřuje na inteligentní a udržitelný růst podporující začlenění (Politiky Evropské unie 2013: 5). V roce 2011 bylo provedeno hodnocení Bílé knihy: Společně pro zdraví, které potvrdilo, že stanovené zásady a cíle budou platit i pro další desetiletí v rámci zmíněné strategie Evropa 2020.<sup>27</sup>

### **Investice do zdraví**

V únoru 2013 byl zveřejněn Evropskou komisí dokument Investice do zdraví jako součást opatření týkajících se sociálních investic podporujících růst a soudržnost. Zde je zdůrazněno, že zdraví představuje hodnotu samo o sobě, ale zároveň je základním předpokladem pro hospodářskou prosperitu, což je v souladu s hodnotovými východisky mé práce (viz kapitola č. 3). Z tohoto důvodu mohou efektivně vynaložené prostředky v oblasti zdraví pomoci ekonomickému růstu společnosti.<sup>27</sup> Je potřeba investovat do

---

<sup>27</sup>Veřejné zdraví. Evropská komise [online]. 2014 [cit. 2014-04-18]. Dostupné z WWW: <[http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index\\_cs.htm](http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_cs.htm)>

systemu zdravotní péče tak, aby byl udržitelný, do zdraví lidí jakožto lidského kapitálu a také za účelem snižování nerovností v oblasti zdraví. Investice mají být prováděny s pomocí podpory fondů EU (Investing in health 2013: 2).

### **Akční programy pro oblast veřejného zdraví**

Rámec pro aktivity v oblasti zdraví nabídl akční program Společenství pro oblast veřejného zdraví na období 2003–2008, jehož koordinaci zajišťovala Evropská komise. Jednalo se především o finanční pomoc projektům. Díky jeho přispění ke zlepšení v oblasti zdraví zřídila EU druhý akční program Společenství v oblasti zdraví na období 2008–2013, který předchází program nahrazoval a navazoval na něj.<sup>28</sup> V listopadu 2011 přijala Komise legislativní návrh třetího víceletého programu: Zdraví pro růst na období 2014–2020, který má členským státům EU pomoci „*vypořádat se s dopadem hospodářského a demografického vývoje na systém zdravotní péče*“ a tím přispět ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel.<sup>27</sup> Program se soustředí na čtyři specifické cíle – vytvářet inovativní a zároveň udržitelný systém zdravotní péče, zvýšit její dostupnost a kvalitu pro občany EU, předcházet nemocem, zlepšit zdravotní stav obyvatelstva a chránit občany EU před přeshraničními zdravotními riziky (Nařízení Evropského parlamentu... 2011: 3).

---

<sup>28</sup> Druhý akční program Společenství v oblasti zdraví (2008-2013). Europa: přehled právních předpisů EU [online]. 2008 [cit. 2014-03-02]. Dostupné z WWW: <[http://europa.eu/legislation\\_summaries/consumers/consumer\\_safety/c11503c\\_cs.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/consumers/consumer_safety/c11503c_cs.htm)>

## **7 Hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v ČR**

V této kapitole se věnuji nejzávažnějším problémům souvisejícím s životním stylem dětí školního věku, neboť ten má dle teoretického konceptu zdraví a jeho determinant na zdravotní stav lidí největší vliv (více viz kapitola 4.2). Nejprve stručně objasňuji pojem životní styl a studii HBSC, která se zaměřuje na zdraví a životní styl dětí a školáků, poté se věnuji konkrétním problémům souvisejícím s životním stylem dětí školního věku. A to především v oblasti stravování a pohybu. Uvádím doporučení týkající se těchto oblastí a následně popisují reálné chování dětí ve vztahu k výživě a fyzické aktivitě vyplývající z Národní zprávy o zdraví a životním stylu školáků. Ta byla zpracována na základě mezinárodního výzkumu HBSC uskutečněného v roce 2010 v ČR. Hlavní problémy spojené s životním stylem dětí zde popisují také z pohledu expertů zabývajících se podporou zdraví, čerpám tedy informace z provedených rozhovorů. Na závěr kapitoly uvádím příležitosti pro zlepšení životního stylu dětí školního věku.

### **7.1 Životní styl**

Životní styl lze charakterizovat jako „*formy dobrovolného chování v různých životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností*“ (Kubátová, Machová 2009: 16). Je pouze na nás, zda si zvolíme alternativu, která zdraví poškozuje nebo naopak podporuje. Toto rozhodování je ovlivněno rodinou, společností, ekonomickou situací, sociální pozicí, vlastními hodnotami a mnohými jinými faktory, které mají na člověka vliv již od dětství. Proto je nutné děti od útlého věku vychovávat k zodpovědnosti k vlastnímu zdraví, což znamená rozvíjet u nich dovednosti, návyky a postoje s tím související a poskytovat jim jak v rodině, tak ve škole informace o tom, co zdraví podporuje a co mu naopak škodí (Kubátová, Machová 2009: 16).

V dnešní době jsou hlavní příčinou úmrtnosti choroby, jako například srdeční onemocnění, rakovina plic či mozková příhoda, které jsou zapříčiněny především nezdravým životním stylem (Katz, Peberdy 2003: 13). Faktory související s životním stylem, které nejvíce ohrožují zdraví, jsou kouření cigaret, nadměrná konzumace alkoholu, užívání drog, nesprávná výživa, nedostatečná pohybová aktivita, nadměrná

psychická zátěž a rizikové sexuální chování (Kubátová, Machová 2009: 16).<sup>29</sup> Ve své práci se věnuji podpoře zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu, proto se budu dále zabývat pouze těmito dvěma rizikovými faktory ve vztahu k životnímu stylu dětí.

## **7.2 Studie HBSC**

Studie HBSC („The Health Behaviour in School-aged Children“) se zaměřuje na „sledování chování a postojů, které u dětí a dospívajících determinují tělesné a psychické zdraví a ovlivňují sociální adaptaci“ (Rážová 2011: 2). Jedná se o mezinárodní projekt, který byl založen v roce 1984. ČR se do něj zapojila o deset let později. Studie probíhá každé čtyři roky, přičemž k poslednímu šetření došlo v roce 2010. Zúčastnilo se ho čtyřicet jedna zemí Evropy a Severní Ameriky (Mezinárodní zpráva... 2012).

Poslední studie v ČR tedy proběhla v roce 2010 a účastnilo se jí 5 686 dětí ve věku 11, 13 a 15 let. Výzkum byl uskutečněn na devadesáti čtyřech školách ve všech krajích ČR. Použitý dotazník vycházel z mezinárodní verze, kterou vypracovalo koordinační pracoviště WHO. Obsahoval otázky ohledně sociodemografických ukazatelů, ale také specifických oblastí chování, které „mají významný vztah k tělesnému a duševnímu zdraví dětí a mládeže“ (Kalman 2011: 40). Mezi ty patří například kouření, užívání alkoholu, výživa či stravovací zvyklosti. (Kalman 2011: 40, 41).

Výsledky studie, které představují přehled základních ukazatelů behaviorálních determinant zdraví dětí školního věku, jsou zpracovány v oficiální zprávě WHO. V ČR byla publikována Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků, která se zabývá touto tematikou. Ta se mimo jiné zaměřuje na stravovací zvyklosti a pohybové aktivity dětí školního věku, což jsou pro mne stěžejní kapitoly. Výsledky studie nevyzněly příliš příznivě s ohledem na životní styl dnešních dětí školního věku v ČR. Jako velice závažný problém byla identifikována obezita (Kalman 2011), která je úzce spojena s nedostatečnou pohybovou aktivitou a nesprávnou výživou, proto se jí budu alespoň stručně věnovat v následující kapitole.

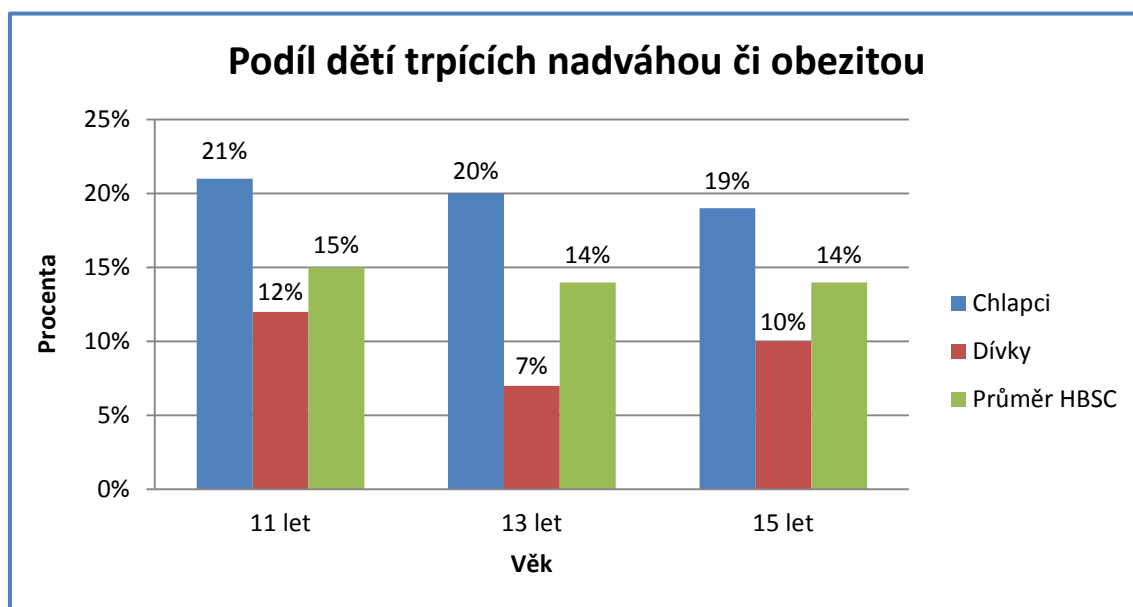
---

<sup>29</sup> Zdroj: HALBICHOVÁ, I. Politika podpory zdraví dětí a mladistvých. Seminární práce do předmětu Public Policy, FSV UK, 2012.

## 7.2.1 Nadváha a obezita

Podle WHO „nabyl výskyt nadváhy a obezity dětí ve vyspělých zemích epidemických rozměrů“ (Kalman 2011: 55). Obezita v dětství může mít velice závažné zdravotní důsledky v dospělosti a také negativní dopad na psychiku, což může vést až k depresivním stavům a následným poruchám příjmu potravy. Toto onemocnění je sice podmíněno geneticky, ale z velké části je způsobeno také životním stylem a stravovacími návyky (Kalman 2011: 55). Výskyt nadváhy a obezity<sup>30</sup> u školáků v ČR, kteří se studie zúčastnili, byl v průměru u chlapců 19 % a u dívek 9 %. Podíl chlapců s nadváhou či obezitou byl ve všech věkových skupinách vyšší než v případě dívek (Kalman 2011: 55). Co se týče mezinárodního porovnání, tak situace v ČR přibližně odpovídá průměru zemí, ve kterých byla studie HBSC provedena (Currie 2012: 90, 91).

Graf č. 1<sup>31</sup>



Zdroj: Currie 2012 (upraveno autorkou)

Podle statistik OECD pocházejících z roku 2011 trpí v České republice nadváhou či obezitou 17 % dívek a 25 % chlapců ve věku od 5 do 17 let (Obesity update 2012: 6, 7). Tato čísla vypovídají o tom, že je nutné se více zaměřit na správné

<sup>30</sup> Pro potřeby studie HBSC se nadváha a obezita posuzovala podle body mass indexu (BMI), který byl vypočítán z údajů o hmotnosti a výšce, které uváděli sami děti. Za nadváhu či obezitu byl považován BMI, který „přesahoval 90 percentil standardních hodnot české populace pro danou věkovou skupinu“ (Kalman 2011: 55)

<sup>31</sup> Průměr HBSC znamená průměr všech zemí, které se studie zúčastnili dohromady za chlapce i dívky



stravování a provádění dostatečného množství pohybových aktivit, které podporuje i WHO. Ta stanovila pro státy Evropy výživová doporučení, která se týkají spotřeby a úpravy potravin, ale také doporučení pro fyzickou aktivitu, kterými se v rámci této kapitole dále podrobněji zabývám.

### **7.3 Stravování dětí školního věku**

Výživa má veliký vliv na růst, vývoj a také zdraví dítěte, proto je třeba na ni u této věkové klást skupiny velký důraz. Správná výživa by dítěti měla zajistit dostatečný energetický příjem pro tělesný růst a neuropsychický vývoj a předejít tak nutričním deficitům (u poruch příjmu potravy) nebo naopak nadbytečnému příjmu energie a živin, který může vést k nadváze a obezitě. Příjem potravy lze označit za součást socializace, kdy dochází k formulování stravovacích návyků dítěte. Tento proces výrazně ovlivňuje rodina, škola, ale také celá společnost (Komárek 2011: 77). Důležitou roli v oblasti zdravé výživy hrají ženy, neboť jsou to převážně ony, kdo ovlivňuje skladbu stravy a podílí se na vytváření stravovacích návyků dětí (Kubátová, Machová 2009: 38).

Zdravá strava by měla být vyvážená jak z kvalitativního hlediska, což znamená, že by měla zajišťovat příjem energie, který odpovídá jejímu výdeji, tak i kvalitativně. Pod tímto pojmem se rozumí vyvážená a rozmanitá strava, která poskytuje dostatek vitamínů, důležitých živin a minerálů, jejichž absence při nesprávném či jednostranném stravování může vést k oslabování imunitního systému a ke vzniku různých onemocnění (Kubátová, Machová 2009: 18). V důsledku nedostatečné či nevyvážené výživy, dále při přejídání nebo naopak při „*psychogenně podmíněné poruše příjmu potravy*“ (Kubátová, Machová 2009: 35) může docházet k poškození zdraví. Nesprávná výživa se může podílet na vzniku některých civilizačních chorob, mezi které patří například cukrovka či již zmíněná obezita, která je dnes u dětí rozšířená (Kubátová, Machová 2009: 35).<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Zdroj: HALBICHOVÁ, I. Politika podpory zdraví dětí a mladistvých. Seminární práce do předmětu Public Policy, FSV UK, 2012.

### 7.3.1 Výživová doporučení

U dětí je důležité dbát v rámci zdravé výživy především na pestrou a plnohodnotnou stravu, která odpovídá věku, pohlaví, pohybové aktivitě a zdravotnímu stavu dítěte.<sup>33</sup> Dále je nutné nezapomínat na dostatečné množství tekutin. Mezi nejvhodnější patří bylinkový čaj, čistá voda či voda s neslazenou šťávou. Rodiče by měli dbát na správný stravovací režim svých dětí, který představuje pět dávek jídla denně. Mezi nimi by měla být pauza přibližně tři hodiny. Každé dítě by mělo ráno snídat a ve škole pak také svačit, protože když má hlad, tak ztrácí pozornost. Dobré stravovací návyky je nutné děti učit již od útlého věku, což je v souladu s konceptem determinant zdraví ve vztahu k této věkové skupině (viz kapitola č. 4.2.1). Tím je možné předejít komplikacím, které nesprávná výživa přináší v dospělosti (Kubátová, Machová 2009: 38). Při stravování dětí je vhodné pro ně vytvářet klidné prostředí a lákavě upravenou stravu, neboť se tímto způsobem dá předejít či omezit odmítání některých potravin či pokrmů, které jsou pro správný vývoj dítěte potřebné (Kubátová, Machová 2009: 38).

Společnost pro výživu představila výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR, která se věnují nejen dospělé populaci, ale zabývají se také stravováním v dětském věku, které je předmětem mého zájmu. Tato doporučení jsou v souladu s výživovými cíli pro Evropu stanovenými WHO a také s doporučeními odborných společností. V nutričních parametrech by mělo dojít ve výživě dětské, ale i dospělé populace k následujícím změnám. Je potřeba upravit celkový energetický příjem v souvislosti s pohybovým režimem, aby bylo dosaženo rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie a tím k udržení optimální hmotnosti. Dále by mělo dojít ke snížení příjmu tuků tak, aby se jejich podíl v celkovém energetickém příjmu dětí školního věku pohyboval mezi 30 a 35 %. Podíl nenasycených mastných a polyenových kyselin by u celé populace neměl překročit 10 % z celkového denního energetického příjmu. Příjem cholesterolu by měl být snížen na 300 mg za den. Dále je potřeba snížit spotřebu přidaných jednoduchých cukrů, která by neměla přesahovat 10 % (cca 60 g) z denní energetické dávky a také kuchyňské soli na 5-6 g na den. V kojeneckém věku by strava měla být zcela nesolená, v dětském věku by mělo být soli užíváno umírněně ve vztahu k potřebám dítěte. Mezi další doporučení patří zvýšení příjmu vlákniny u dětí od dvou let věku na „*5g + počet gramů odpovídajících věku (rokům) dítěte*“<sup>33</sup>. Pro upevnění

---

<sup>33</sup> Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky. *Společnost pro výživu* [online], 2012 [cit. 2014-02-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-dokumenty/konecne-zneni-vyzivovych-doporuceni.html>>

zdraví dětí je třeba zvýšit celkový příjem ochranných látek minerální a vitaminové povahy.<sup>33</sup>

K zajištění ideálního růstu a vývoje dítěte by měly být dodržovány pro jídelníček dětí v každém věku určité zásady. Strava dětí školního věku a adolescentů by měla v každé porci obsahovat obiloviny, což znamená pečivo s preferencí celozrnných výrobků, rýži nebo těstoviny. Denně by měli děti dostávat ve třech až pěti porcích ovoce a zeleninu a dvou až třech porcích mléko a mléčné výrobky. Dále v jedné až dvou porcích maso, přičemž je důležité nezapomínat na drůbež a ryby. Potravinami, které by v jídelníčku dětí školního věku také neměly chybět, jsou vejce a rostlinné produkty s obsahem kvalitních bílkovin, jako jsou sójové výrobky či luštěniny. Naopak volné cukry a tuky by děti tohoto věku měly konzumovat jen omezeně.<sup>33</sup>

Dobrym pomocníkem pro dodržování výživových doporučení je jejich grafické znázornění v podobě potravinové pyramidy, která je speciálně upravena pro českou populaci. Nejnovější verze české potravinové pyramidy (viz obrázek č. 1) pochází z roku 2013 a je v ní kladen důraz na jednoduchost a komplexnost. Potraviny umístěné v základně pyramidy jsou ty, které by měl člověk jíst nejčastěji, směrem k vrcholu by lidé měli být při výběru potravin z vyšších pater střídmejší. Ty, které jsou umístěné ve špičce, by se měly v jídelníčku objevovat jen výjimečně. Potraviny jsou v pyramidě podle vhodnosti ke konzumaci řazeny také v rámci každého patra, a to zleva doprava. Pyramida je určena pro průměrného českého člověka, nezaměřuje se speciálně na dětskou populaci a neřeší stravovací extrémny, jako je například vegetariánství či veganství.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Pyramidy FZV. Fórum zdravé výživy [online]. 2014 [cit. 2014-05-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.fzv.cz/?s=potravinov%C3%A1+pyramida>>

Obrázek č. 1: Česká potravinová pyramida

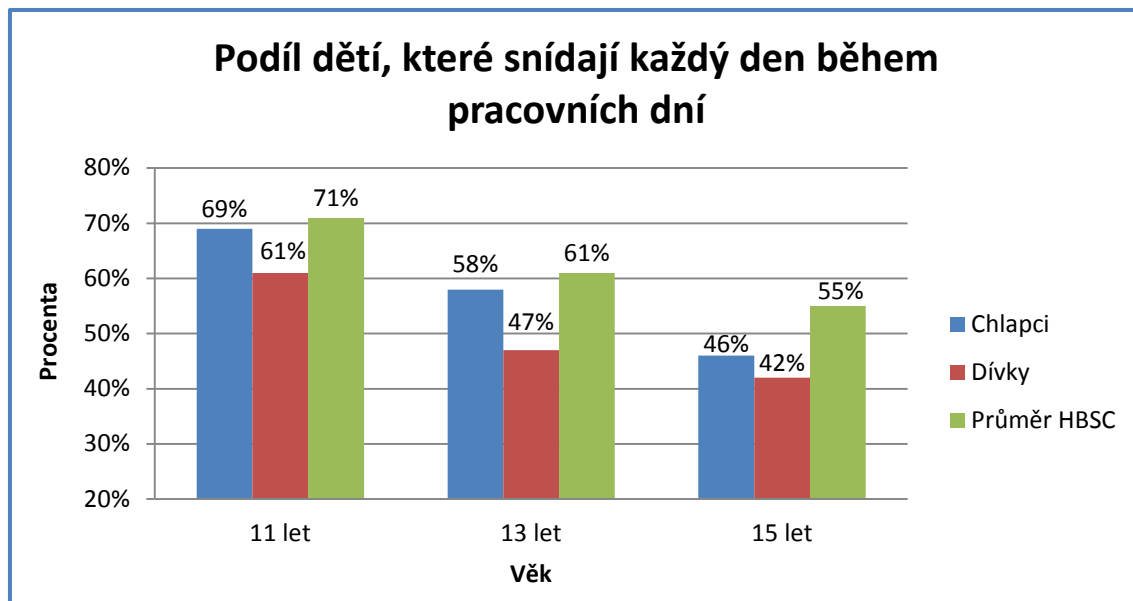


Zdroj: Fórum zdravé výživy 2014

### 7.3.2 Hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v oblasti stravování

Ve své práci jsem již upozorňovala na skutečnost, že dobré stravovací návyky, čímž mám na mysli pestrou, plnohodnotnou a pravidelnou stravu, jsou velice důležitou součástí zdravého životního stylu. Pravidelná snídanež je podle studie HBSC významným prediktorem zdravé výživy. Její vynechávání má vliv na kognitivní funkce a ovlivňuje schopnost jedince soustředit se a učit se a také vede ke zvyšování hmotnosti. Ve všední den průměrně snídá asi polovina dětí, o víkendu je tento poměr výrazně vyšší a dosahuje až 85 %. Počet mladých lidí, kteří snídají, se s věkem snižuje. Když vezmeme v úvahu rozdíly podle pohlaví, tak častěji snídají chlapci (Kalman 2011: 59). Z grafu č. 2 je patrné, že v porovnání s průměrem zemí, ve kterých byla studie HBSC provedena, v ČR snídá méně dětí (Currie 2012: 108, 109).

**Graf č. 2**



*Zdroj: Kalman 2011, Currie 2012 (upraveno autorkou)*

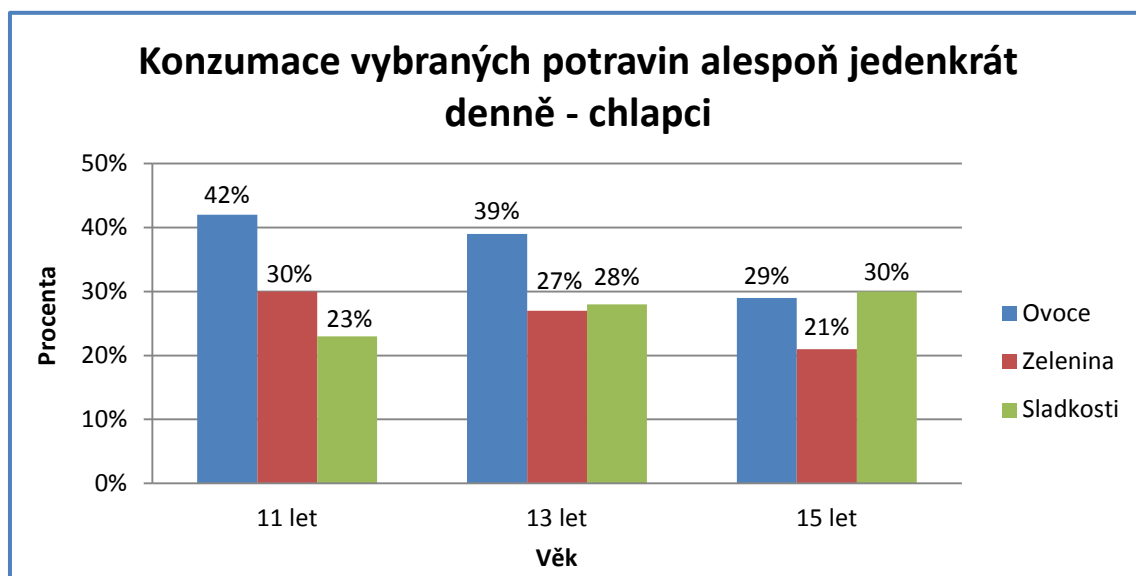
Z výživových doporučení vyplývá, že důležitou součástí zdravé stravy dítěte je konzumace ovoce a zeleniny, protože obsahují mnoho vitaminů a minerálních či jiných, pro tělo důležitých, látek. V ČR průměrná spotřeba ovoce a zeleniny u dětí neodpovídá doporučením WHO. Ze studie HBSC vyplynulo, že ovoce konzumuje denně (kromě 11 letých dívek) méně než polovina respondentů, u zeleniny jsou tyto počty ještě o něco nižší. Z grafů č. 3 a 4 vyplývá, že konzumace ovoce i zeleniny je ve všech věkových kategoriích vyšší u dívek než u chlapců (Kalman 2011: 60, 61). V porovnání s průměrem zemí, které se studie zúčastnily, je konzumace ovoce a zeleniny v ČR nepatrně vyšší (Currie 2012: 112, 113).

Naopak mezi nevhodné potraviny, kterým by se děti měly vyhýbat, patří například sladkosti či jídla typu fast-food, která jsou energeticky bohatá, ale výživově méně hodnotná. Ve vyspělých zemích zvýšená konzumace těchto pokrmů přispívá ke zhoršování ukazatelů zdravotního stavu. Sladkosti jí přibližně třetina dotazovaných školáků v ČR. Stejně nevhodné jsou pro děti také slazené nápoje. Tyto položky by se v jídelníčku dětí neměly vyskytovat téměř vůbec, neboť obsahují chemicky upravené cukry, množství tuků, žádné výživné látky a přispívají k nadváze a obezitě (Kalman 2011: 62, 63).

Pro možnost porovnání jsem v grafech č. 3 a 4 znázornila konzumaci ovoce zeleniny a sladkostí odděleně za dívky a chlapce. Je patrné, že zatímco konzumace

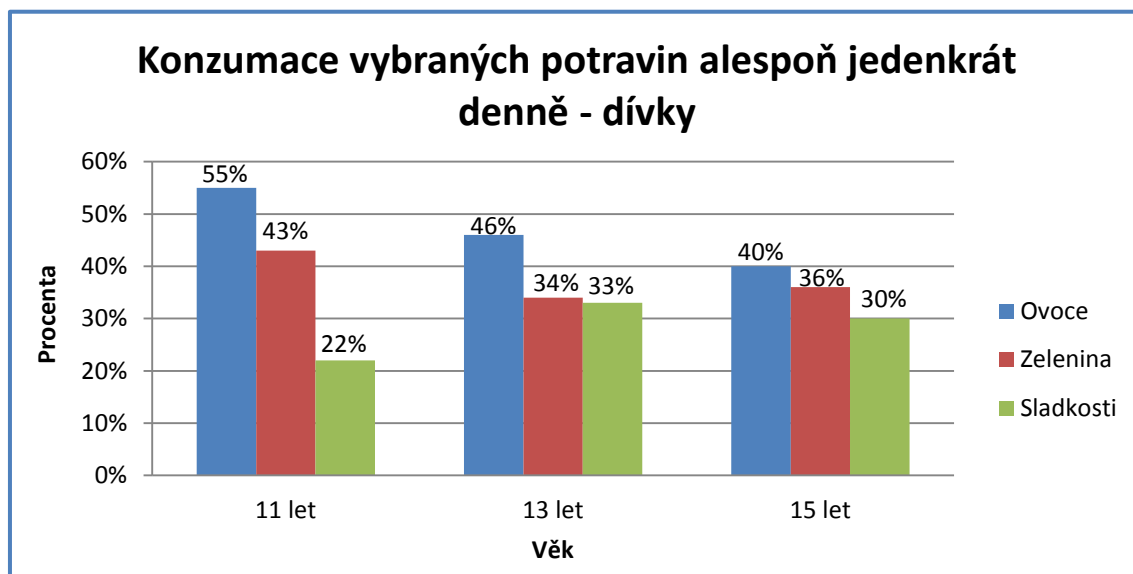
ovoce a zeleniny s věkem klesá, tak v případě sladkostí můžeme pozorovat spíše opačný trend. V grafech je uváděna konzumace těchto vybraných potravin dětmi v porcích<sup>35</sup> alespoň jedenkrát denně.

**Graf č. 3**



*Zdroj: Kalman 2011 (upraveno autorkou)*

**Graf č. 4**



*Zdroj: Kalman 2011 (upraveno autorkou)*

<sup>35</sup> Porce ovoce - jablko, pomeranč, banán, miska jahod, borůvek, rybízu, sklenice neředitelné ovocné šťávy. Porce zeleniny - paprika, mrkev, dvě rajčata, miska čínské zelí, salátu, půl talíře brambor, sklenici neředitelné zeleninové šťávy.

Zdroj: Potravinová pyramida – návod na zdravý životní styl. Vím, co jím [online]. 2013 [cit. 2014-05-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.vimcojim.cz>>

## **7.4 Pohybová aktivita dětí školního věku**

Dostatečná pohybová aktivita je velice důležitou součástí zdravého životního stylu, neboť pohyb je „*nezbytným a nejpřirozenějším předpokladem k zachování a upevňování normálních fyziologických funkcí organismu*“ (Kubátová, Machová 2009: 58). Pohyb má i významnou socializační funkci, proto by měl být každodenní součástí života, a to především u dětí a mladistvých. Jedná se o vhodnou formu trávení volného času, která může sloužit jako preventivní opatření vůči nežádoucím sociálním jevům. Dostatečná pohybová aktivita neovlivňuje pouze fyzické zdraví, ale také psychické. Funguje jako prevence stresu a negativních emocí (Kubátová, Machová 2009: 58)

V dnešní době mnoho lidí trpí hypokinezi, což je nedostatek pohybu. Jedná se o charakteristický rys životního stylu většiny dospělých lidí, ale také dětí a má negativní dopad na zdraví. Fyzická neaktivita byla identifikována jako čtvrtá nejčastější příčina úmrtnosti, zapříčinila 6 % všech úmrtí. Nedostatek pohybu může vést ke vzniku mnohých chronických neinfekčních chorob, jako jsou například kardiovaskulární onemocnění, nemoci trávicí soustavy, astma, choroby kosterně-pohybového aparátu či duševní poruchy (Kubátová, Machová 2009: 55). Pravidelný pohyb se ukázal jako „*klíčová determinanta pro energetickou bilanci a kontrolu hmotnosti*“ (Skálová 2011: 11). Vzhledem k jeho nespornému pozitivnímu vlivu na zdraví člověka je cílem podpory zdraví zařadit aktivní pohyb do životního stylu dnešních lidí (Kubátová, Machová 2009:55).

Podle konceptu determinant zdraví je klíčovým obdobím, kdy se utváří pohybový režim a vztah člověka ke sportu, dětství (viz kapitola 4.2.1). Proto je důležité vést děti k pravidelným pohybovým aktivitám a zvyšovat tak pravděpodobnost jejich provádění v dospělosti. Pohybový režim je „*souhrn všech motorických aktivit, které jsou vykonávány víceméně pravidelně*“ (Kubátová, Machová 2009: 55) a jsou součástí života člověka v určitém opakujícím se časovém úseku. Nejlepším způsobem formování správného pohybového režimu a obecně chování podporující zdraví je přímá zkušenost. Dítě by kolem sebe mělo vidět příklady chování, které podporuje zdraví a celý režim školy by měl brát v úvahu a podporovat vytváření zdravého životního stylu dětí. Je vhodné při vyučování měnit polohy a zařazovat protahovací a relaxační cviky (Kubátová, Machová 2009: 55, 56). Školní tělesná výchova je většinou dotována dvěma až třemi hodinami týdně, což nedostatečné. Z tohoto důvodu jsou důležité mimoškolní volnočasové aktivity zaměřené na pohyb. (Kubátová, Machová 2009: 55-58).

### 7.4.1 Doporučení pro pohybovou aktivitu

Úroveň fyzické neaktivity v mnoha zemích stále stoupá, což má velký vliv na zdraví celosvětové populace. Proto bylo vytvořeno Globální doporučení fyzické aktivity pro zdraví, které má sloužit především jako podklad pro tvorbu národních zdravotních politik. Tento dokument představuje doporučení pro tři věkové skupiny, a to 5-17 let, 18-64 let a 65 a více let a zaměřuje se na frekvenci, délku provádění, intenzitu, typ a celkový objem fyzických aktivit potřebný pro zlepšení zdraví a prevenci chronických onemocnění (Global recommendations... 2010: 14-16). Pro mou práci jsou relevantní doporučení pro věkovou skupinu 5 až 17 let, proto se podrobněji zaměřím právě na tuto část populace.

Děti a mladiství by měli být povzbuzováni k provádění fyzických aktivit, které podporují jejich přirozený vývoj a jsou zábavné a bezpečné. Následující doporučení se týkají všech dětí bez ohledu na gender, rasu, etnický původ či úroveň příjmu rodiny (Global recommendations... 2010: 18). V zájmu zlepšení celkového fyzického i psychického zdraví je doporučeno, aby děti a mladiství ve věku od 5 do 17 let prováděli 60 minut středně intenzivní až intenzivní fyzické aktivity<sup>36</sup> denně, přičemž objem pohybu nad tento rámec přináší zdravotní benefity. Většina prováděných fyzických aktivit by měla být aerobních (Global recommendations... 2010: 20). Aerobní aktivity, nazývané také vytrvalostní, zvyšují kardiorespirační fyzickou zdatnost. Patří mezi ně činnosti, jako je rychlá chůze, běh, jízda na kole, plavání či skákání přes švihadlo (Global recommendations... 2010: 16).

Do celkové struktury fyzické zátěže dítěte je důležité zahrnout některé specifické pohybové aktivity. Mezi ty patří pravidelné provádění (tři a více dnů v týdnu) následujících fyzických aktivit - cvičení pro zvýšení svalové hmoty, především skupiny svalů v oblasti trupu a nohou, a aerobní cvičení zaměřené na zlepšení kardiorespirační zdatnosti, omezení kardiovaskulárních a dalších rizikových faktorů, metabolických onemocnění a udržování hmotnosti na podporu zdravých kostí (Global recommendations... 2010: 19, 20).

---

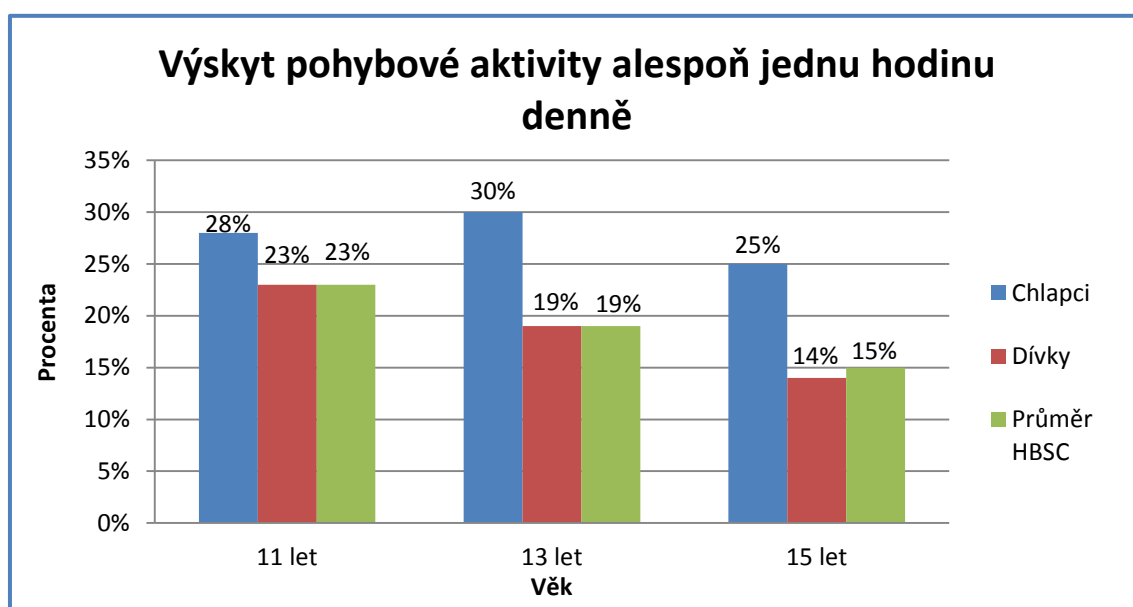
<sup>36</sup> Středně intenzivní fyzická aktivita představuje v absolutním měřítku aktivity, které odpovídají 3-5,9 násobku intenzity odpočinku. Na stupnici vztažené ke schopnostem jednotlivců je na stupnici od 0 do 10 označena číslem 5 nebo 6. Intenzivní fyzická aktivita představuje v absolutním měřítku 6 a více násobek intenzity odpočinku pro dospělé a 7 a více násobek pro děti a mládež. Vzhledem k osobním schopnostem jednotlivce se pohybuje mezi 7 a 8 (Global recommendations... 2010: 16).



## 7.4.2 Hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v oblasti pohybu

V posledních letech dochází k negativnímu vývoji v oblasti pohybu, což vede ke zvyšujícímu se BMI a nárůstu pohybové inaktivity, která se tak stala celosvětovým problémem (Kalman 2011: 69). Ze studie HBSC vyplynulo, že většina dětí (11, 13 a 15 let) v ČR, které se výzkumu zúčastnily, nesplňuje mezinárodní doporučení pro fyzickou aktivitu. Každý den se alespoň jednu hodinu věnuje pohybovým aktivitám 14 % patnáctiletých dívek, což představuje spodní hranici a 30 % třináctiletých chlapců, což je horní hranice. Z grafu č. 5 vyplývá, že dívky zaostávají za chlapci ve všech věkových skupinách. Rozdíly ve vykonávání pohybových aktivit jsou značné také podle věku. Mladší děti je většinou provádějí častěji (Kalman 2011: 69). V rámci mezinárodního porovnání se pohybová aktivita dětí školního věku v ČR celkově pohybuje nad průměrem zemí, ve kterých byla studie HBSC provedena (Currie 2012: 130, 131).

Graf č. 5



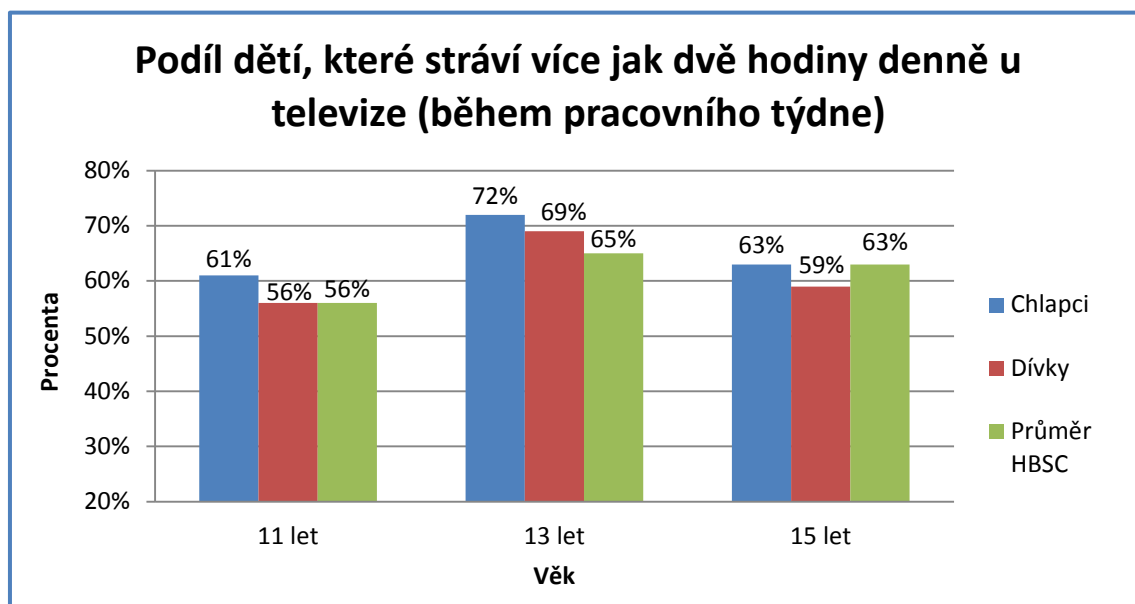
Zdroj: Kalman 2011, Currie 2012 (upraveno autorkou)

Tyto výsledky jsou zarážející, neboť dostatečná pohybová aktivita je prevencí vzniku obezity a nástrojem její redukce (Anderson, Butcher 2006). Nejčastějšími důvody pro realizaci pohybových aktivit jsou podle studie HBSC užít si, vidět se se

svými kamarády a seznámit se s novými a zlepšit si zdraví. Mezi nejméně časté naopak děti zařadili důvod vyhrát (Kalman 2011: 70).

Mezi nejčastější důvody nedostatečné fyzické aktivity dětí patří sledování televize, sezení u počítače a při učení. V posledních deseti letech bylo sledování televize více nahrazeno trávením volného času u počítače. Tato skutečnost ale nic nemění na faktu, že se jedná o sedavý způsob života, který u dnešních dětí školního věku převažuje. Doba sledování televize či monitoru počítače by neměla denně přesahovat dvě hodiny (Kalman 2011: 70). Z výsledků studie HBSC však vyplynulo, že více jak polovina dotazovaných tráví u televize či u počítače více než dvě hodiny denně (viz graf č. 6 a 7). U sledování televize nebyly zjištěny významné genderové rozdíly, naopak u počítačů tráví dívky kratší dobu než chlapci, a to ve všech věkových kategoriích (Kalman 2011: 72, 73). Co se týče mezinárodního srovnání v případě sledování televize<sup>37</sup>, tak je situace v ČR podobná jako v jiných zemích, které se studie HBSC zúčastnily (Currie 2012).

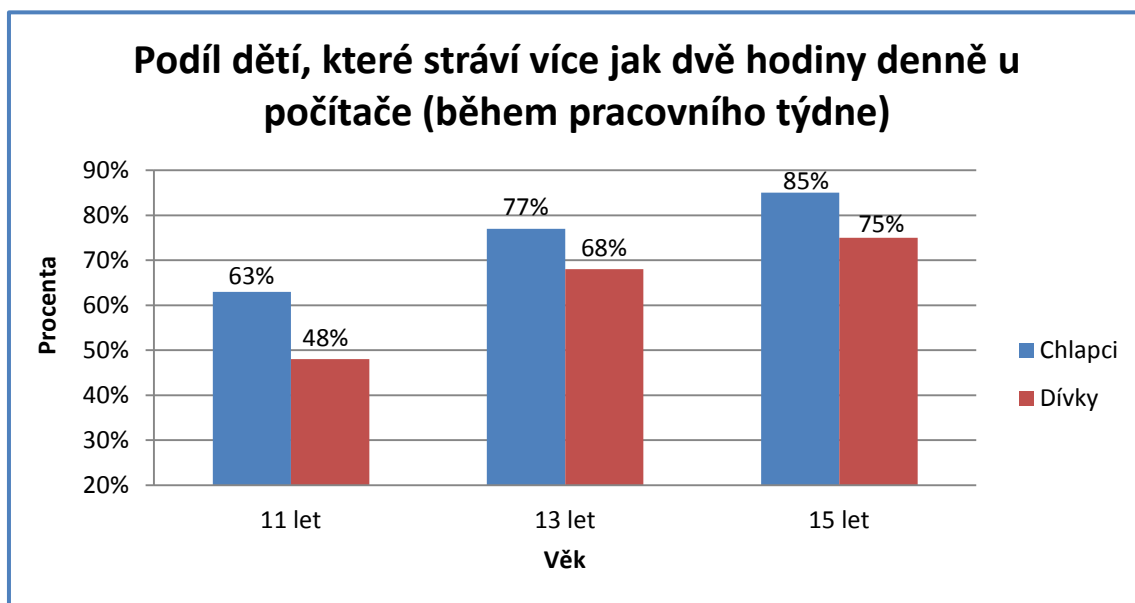
**Graf č. 6**



*Zdroj: Kalman 2011, Currie 2012 (upraveno autorkou)*

<sup>37</sup> Data za ostatní státy v oblasti trávení času dětí u počítač v Mezinárodní zprávě, ze které jsem čerpala informace, nebyla dostupná.

Graf č. 7



Zdroj: Kalman 2011 (upraveno autorkou)

### **7.5 Hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu očima expertů**

Dotazovaní experti se shodli na tom, že nesprávná výživa a nedostatečná pohybová aktivita patří mezi nejzávažnější problémy spojené s životním stylem dětí v dnešní době. To je v souladu také s EU Akčním plánem proti dětské obezitě, podle kterého se jedná o faktory významně determinující vznik obezity a mnoha jiných neinfekčních onemocnění (EU Action Plan... 2014: 3). Respondenti potvrdili většinu problémů spojených se stravováním a pohybem, které vyplývají ze studie HBSC. Mezi další komplikace související s životním stylem dětí školního věku odborníci zařadili například nárůst patologických jevů, stres způsobený životním stylem rodiny, závislosti na sociálních sítích, tendence experimentovat s návykovými látkami a podobně.

Nejzávažnějšími problémy v oblasti stravování je podle odborníků to, že děti málo snídají, svačí, konzumují nedostatek ovoce a zeleniny, často se stravují ve fast foodových občerstveních, což bylo zdůrazněno také v rámci EU Akčního plánu proti obezitě (EU Action Plan... 2014: 4), dále mají nadbytečný příjem soli a nedodrží správný pitný režim. Závažnými problémy je také nepravidelný stravovací režim a nedostatečná pestrost stravy. Mezi experty převažuje názor, že kořeny tohoto problému jsou v rodině, neboť rodiče často na přípravu pokrmů pro své děti nemají čas a raději

jim dají na jídlo peníze, než aby jim připravili „zdravou“ domácí svačinu. Tím rodiče ztrácejí možnost kontrolovat, co jejich potomek jí.

- *„Podle mě je zásadní to, že ty rodiče na děti nemají čas. Nemají čas být s dětma, uvařit nějakou zdravou večeři, společně se najíst, protože nejde jen o to, co sníš, ale taky jak to sníš.“* (Rozhovor Expert NSPZ)

Podle výsledků studie HBSC (viz kapitola č. 7.3.2, graf č. 2) snídá nejvíce děti ve věku 11 let, kdy rodiče mají velký vliv na stravu svých potomků a jejich podíl se s věkem snižuje. Děti si začínají chystat snídane samy, tudíž je často vynechávají. Raději si přispí a kupují si nezdravé svačiny v automatech po vzoru svých vrstevníků, kteří na ně mají velký vliv (Rozhovor - Rážová, Nejedlá).

Školní stravování je dotazovanými odborníky vnímáno vcelku pozitivně, neboť se u některých dětí jedná o jediné teplé jídlo denně a je zaručena alespoň nějaká výživová hodnota těchto pokrmů, protože musí splňovat kritéria stanovená podle spotřebního koše. Ten má však také své nedostatky.

- *„Není špatně nastavený, ale otázka je, jak s ním kuchařky za tu řadu let umí pracovat. Oni si tam mění ty koeficienty, jak se jim líbí. Takže třeba splňují spotřební koš pro ovoce a zeleninu, ale je to z vegety nebo nějakého koření. To jsou ty lidské chyby.“* (Rozhovor Košťálová)

Je tedy žádoucí spotřební koš platný pro školní stravování trochu upravit a modelovat ho tzv. pestrostí, která se bude kontrolovat. Budou přesně stanovené dávky a četnost podávání jednotlivých potravin pro větší přehlednost a jednodušší orientaci (Rozhovor Košťálová). Většina dotazovaných odborníků se shodla na tom, že je třeba do školního stravování více zapojit podávání ovoce a zeleniny, omezit nabídku sladkých jídel, umožnit doplnění pití po celý den a také zajistit možnost dietního stravování.

Za velký problém spojený se stravováním dětí ve škole experti označili automaty a bufety, kde si mohou žáci koupit mnoho nezdravých potravin (bagety, čokoládové tyčinky a nápoje, především slazené).

- *„I když mají děti svačinu z domu, dá se říci zdravou, tak tu pak někde vyhodí a dají si něco z automatu, pokud na to mají peníze.“* (Rozhovor Dvořáková)

Zda je ve škole umístěn automat, a jaký je jeho obsah, je v ČR zcela v kompetencích ředitele školy. Přinášejí určitý finanční výdělek, proto jsou ve školách často umísťovány. MŠMT má možnost školy pouze metodicky vést. Umístění automatů ve školách v podstatě „legitimizuje jejich obsah“ (Hnilicová 2013) a děti jsou pak vystaveny vzájemně si odporujícím informacím – automaty s nezdravými potravinami versus informace získané v rámci předmětu výchova ke zdraví. Z těchto důvodů je nutné problém automatů bezodkladně řešit. Když se podíváme na situaci ve světě, tak Francie je jedinou zemí, kde jsou automaty na půdě školy zcela zakázány, v Itálii či Velké Británii je jejich obsah regulován (Hnilicová 2013). To považuje většina respondentů za ideální řešení. V ČR se v současné době na podobném opatření pracuje. MZ má připravený seznam doporučených potravin a nápojů, které by automaty a bufety ve školách měly obsahovat. Tímto výčtem se pak bude řídit MŠMT, v jehož kompetencích je legislativa v této oblasti (Rozhovor Rážová). PaDr. Salavcová věří, že se opatření regulující prodej potravin na půdě školy podaří prosadit.

- *„Na základě paragrafu 29 školského zákona má škola povinnost při vzdělávání a s tím přímo souvisejících činnostech vytvářet podmínky pro zdravý vývoj žáků a chránit jejich zdraví. Paragraf 32 říká, že je ve škole zakázán prodej a reklama výrobků ohrožujících zdraví, psychický nebo morální vývoj žáků. Takže si myslíme, že na základě těch dvou paragrafů by ministerstvo mohlo nějakým opatřením zajistit, aby byl ten obsah kontrolovaný.“ (Rozhovor Salavcová)*

Je však nutné, aby přijatá opatření byla s žáky náležitě diskutována, jinak nebudou účinná. Dětem je třeba vysvětlit, proč jsou některé potraviny zakázané a jaká jsou zdravotní rizika jejich časté konzumace (Rozhovor Hnilicová).

V oblasti pohybových aktivit mezi příčiny jejich nízkého provádění podle dotazovaných expertů patří nedostatečná nabídka volnočasových aktivit pro děti zaměřených na sport, což potvrzuje také EU Akční plán proti dětské obezitě. Často v okolí není žádná či malá nabídka bezpečných prostorů pro děti a mladistvé, kde by mohli být fyzicky aktivní (EU Action Plan... 2014: 4). K mnoha sportovištím je ve volném čase pouze omezený přístup a někdy také zpoplatněný, stejně jako různé sportovní kroužky. To představuje problém pro nízkopříjmové rodiny. Dalším důvodem nízké fyzické aktivity dětí je podle respondentů neochota dětí se pohybovat především

díky rozvoji informačních technologií (Rozhovor – Nejedlá, Dvořáková). Následující tvrzení je v souladu s výsledky studie HBSC (viz kapitola č. 7.4.2).

- *„Děti mají sedavější způsob života, jsou méně aktivní, tráví více času u televize, u počítače, teď jsou větší problém ty počítače.“* (Rozhovor Košťálová)

V případě nedostatečného pohybu se nabízí řešení v podobě přidání další hodiny tělesné výchovy na základní a středních školách. Podle expertů se ale tímto způsobem nedocílí kýžených výsledků. Mnoho dětí se tělocviku na škole vyhýbá a jsou z něj uvolňovány kvůli někdy oprávněným, jindy méně závažným zdravotním problémům, kde je pravým důvodem lenost dětí. Pro rodiče není problém zařídit uvolnění svého potomka z tělesné výchovy, k čemuž by nemělo docházet, protože se tím snižuje celkové množství pohybu dítěte (Rozhovor Expert NSPZ, Nejedlá, Dvořáková).

- *„Některým ty děti můžou klidně cvičit, ale jenom proto, že jsou tlustý, tak jim to maminka vyběhala.“* (Rozhovor Expert NSPZ)

Někteří odborníci zmínili, že v dnešní době ve školách chybí nabídka zdravotního cvičení, která by umožnila cvičit dětem se zdravotními problémy. Tělesná výchova ve škole je podle expertů často zaměřena výkonnostně, proto se méně nadané děti snaží těmto hodinám vyhýbat. Důležitý je však rozvoj všestrannosti dětí a vytváření pozitivního vztahu k pohybové aktivitě, což je uvedeno i v Rámcovém vzdělávacím programu (více viz kapitola č. 8.3.2). Je potřebné, aby děti sport bavil - na to by se měla tělesná výchova více zaměřit (Rozhovor Expert NSPZ, Kernová, Dvořáková).

- *„Měla by tam být ta všestrannost, nemělo by to být zaměřené na výkon, protože pokud se nebude rozvíjet ta pohybová aktivita, tak ty děti ji pak nebudou provozovat.“* (Rozhovor Kernová)

Otázkou je také skutečný čas strávený aktivním pohybem v hodinách tělesné výchovy (Rozhovor Rážová).

- *„Dělaly se časové snímky pohybu v hodinách a děti se pohybu věnují sedm až patnáct minut z těch čtyřiceti pěti, takže myslím, že další hodina tělocviku řešením není.“* (Rozhovor Rážová).

Vhodnějším řešením se zdá být větší zapojení pohybu do celkového režimu školy, což představuje jednu z příležitostí pro zlepšení životního stylu dětí školního věku. Dalšími možnostmi se zabývám v následující kapitole. O tento přístup se snaží současný ministr školství PhDr. Marcel Chládek, MBA. Jeho cílem je podporovat pohyb dětí o přestávkách, vznik relaxačních zón pro žáky, zapojení tělovýchovných chvil do hodin, také chce prosadit více pohybu ve školních družinách, lepší přístup na školní sportoviště ve volném čase a spolupráci se sportovními oddíly a kluby, aby byla žákům zajištěna dostatečná a dostupná nabídka pohybu (Rozhovor - Salavcová, Dvořáková). Tento způsob řešení nedostatečné fyzické aktivity dětí je také součástí programu MŠMT „Pohyb a výživa“ (více viz kapitola č. 8.3.1.2).

Obecně se nabízí otázka – jak přinutit děti, ale i dospělé, k pohybové aktivitě? Jedná se o oblast pro sociální marketing, tedy reklamu za účelem změny chování.<sup>38</sup> V tomto případě je cílem přimět lidi ke zdravějšímu životnímu stylu, motivovat je k vyšší fyzické aktivitě (rozhovor Nejedlá, Kříž). Tomu lze napomoci poskytováním informací o chování podporujícím zdraví v rámci výchovy ke zdraví, která je jedním z hlavních prvků podpory zdraví (viz kapitola č. 5.1.1, schéma č. 4).

- *„My všichni víme, že je to špatně a jak by to mělo vypadat. Byla jsem i v parlamentu, kde k tomu byl seminář a tam nějaký doktor řekl, že až někdo objeví a vymyslí metodu, jak donutíme lidi se hejbat, tak je to na Nobelovu cenu.“* (Rozhovor Expert NSPZ)

Pokud by bylo možné veřejnost nějakým způsobem ovlivnit ke zvýšení fyzické aktivity, tak je důležité, aby existovala dostatečná nabídka možností k realizaci pohybu (cyklostezky, sportoviště a podobně). K tomu je nezbytné do této oblasti vložit více finančních prostředků, *„aby se něco vybudovalo a nešlo jen o plané řeči“* (Rozhovor Nejedlá).

## **7.6 Příležitosti pro zlepšení životního stylu dětí školního věku**

Ze studie HBSC vyplývají určitá doporučení pro tvůrce politik a odborníky, kterými by se měli při intervencích v oblasti podpory zdraví dětí školního věku zaměřených na stravování a pohyb řídit. Stravovací a pohybové návyky člověka se utvářejí v dětství,

---

<sup>38</sup>K čemu slouží sociální marketing? Media Guru [online]. 2014 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.mediaguru.cz/2012/09/k-cemu-slouzi-socialni-marketing/>>

proto je nutné zaměřit opatření politik na tuto věkovou skupinu. Dále je důležité si uvědomit, že výživa i provádění fyzických aktivit se mezi 11. a 15. rokem života liší a s rostoucím věkem se snižuje pozitivní zdravotní chování. Ze studie HBSC vyplynuly také genderové rozdíly ve stravování, ale i provádění pohybových aktivit. Z tohoto důvodu je nutné brát v úvahu, že chlapci a dívky a různé věkové skupiny mají odlišné potřeby a mohou na intervence reagovat rozdílně. Děti z nízkopříjmových rodin mají menší šanci, že u nich dojde k vytvoření správných zdravotních návyků, proto je nezbytné při tvorbě opatření v oblasti podpory zdraví brát v potaz, že rodina a sociální zázemí mají na životní styl dětí výrazný vliv (Currie 2012: 120).

V oblasti pohybu by se tvůrci politik a odborníci měli snažit zajistit spravedlivý přístup k možnostem aktivního pohybu. Tyto aktivity by měly být zdarma nebo finančně dostupné. Dále je důležité zapojit mladé lidi do procesu přípravy programů, aby identifikovali možné bariéry, zajistit bezpečné prostředí pro hru a cestování dětí a také vzdělávat veřejnost v oblasti zdravého životního stylu prostřednictvím hromadných sdělovacích prostředků (Currie 2012: 137). K dosažení cíle zdravějšího životního stylu dětí a jeho uplatňování po celý život je potřebné, aby se do tohoto procesu zapojili rodiče a podporovali své děti. Je nutné vhodně kombinovat školní tělesnou výchovu a výchovu ke zdraví s domácími aktivitami (Currie 2012: 137).

Dotazovaní experti vidí možnosti pro zlepšení životního stylu dětí školního věku v aktivitách rodiny i státu, stejně jako je tomu v případě doporučení vyplývajících ze studie HBSC zmíněných výše. V rodině je třeba zavést určitý režim a najít si společný čas, který budou její členové trávit pohromadě u jídla a to alespoň při večerech či o víkendech. Důležitá je také komunikace v rodině, zda rodiče dokáží vysvětlit svým dětem význam zdravého životního stylu a vést je k němu. Z tohoto důvodu je nutné zvýšit celkovou zdravotní gramotnost populace ČR, což je jedním ze základních předpokladů výchovy ke zdraví jakožto významné součásti podpory zdraví. Přijímaná opatření by měla být spojená s osvětou, aby byla účinná. Podle MUDr. Rážové je tento princip jedním z hlavních cílů nové strategie v oblasti podpory zdraví - Zdraví 2020.

Když budou mít rodiče lepší informace o zdravém životním stylu, tak je budou také předávat svým dětem. Dnes v ČR do populace pronikají převážně kampaně, které jsou zdravotně nepříznivé a „tiše“ podporují nezdravé návyky (Rozhovor - Kříž, Rážová). Na děti, které jsou v tomto smyslu nejzranitelnější skupinou (Kotrba, Kotrbová, Velikovský 2013), působí reklama, která je láká na nezdravé potraviny



a nápoje. Tato situace je v rozporu s vytvářením prostředí podporujícího zdravý životní styl, což je hlavním cílem zdravé veřejné politiky (viz kapitola č. 4.3), která je důležitou strategií pro prosazování podpory zdraví.

- *„Příklad reklamy na Olympiádě – Neumannová s Plzní - To by ve vyspělých západních státech nebylo možné, aby se ve sportovním šotu objevil alkohol. Na tohle by měl reagovat moderní stát, aby alespoň trochu vyvážil informace, které se dostanou k lidem. Ono se tomu říká zdravotní gramotnost a u nás není moc velká. Tenhle stát se zatím o zlepšení zdravotní gramotnosti vůbec nesnažil.“*  
(Rozhovor Kříž)

Pro větší efektivnost podpory zdraví a prevence je třeba ovlivnit chování všech skupin obyvatelstva, což není možné bez již výše zmíněných intenzivních marketingových kampaní. Dotazovaní odborníci se shodli na tom, že je potřeba zorganizovat celostátní kampaň zaměřenou na podporu zdraví dětí, aby se docílilo informování a působení na celou populaci (Rozhovor - Nejedlá, Kříž, Rážová).

- *„Celoplošná mediální kampaň, která by byla orientována na děti, by byla dobrá cesta, protože je to společností akceptované. Když to zaměříte na dospělé, tak ti, kterých se to týká, se cítí méněcenně a není to moc příjemné. Na ty děti by se to přijalo, jako že je to správné a že se to má.“* (Rozhovor Hnilicová)

Podle konceptu politické komunikace a nastolování agendy, ze kterého vycházím ve své práci (viz kapitola č. 4.4), mají v tomto ohledu velkou moc média. Veřejnost považuje za prioritní ta témata, která jsou prezentována médii, neboť ovlivňují vnímání lidí v oblasti politiky. Je nezbytné nastolit agendu, která se bude zaměřovat na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva prostřednictvím podpory zdraví a tím dostat tuto oblast zdravotní politiky do povědomí široké veřejnosti. SZÚ v současné době připravuje projekty se zaměřením na prevenci zdravotně rizikového životního stylu, ve kterých budou využívány marketingové nástroje. Existuje tedy naděje na zlepšení situace. Finanční prostředky na tento účel SZÚ získal

z Integrovaného operačního programu.<sup>39</sup> Příprava probíhá již několik let, ale nyní se blíží realizace konkrétních projektů (Rozhovor - Nejedlá, Kernová).

- *„Teď budeme mít v rámci IOPů (integrovaných operačních programů) takové ty marketingové kampaně, které jsou zaměřené na ty rizikové faktory. Je to celorepublikové, bude to ve všech médiích“* (Rozhovor Kernová)

MUDr. Hnilicová považuje za veliký problém také malou angažovanost praktických lékařů v oblasti prevence a podpory zdraví. Dříve Ústav zdravotní výchovy vydával zdravotně-výchovné materiály, které tito lékaři měli na nástěnkách ve svých ordinacích a dávali je lidem zdarma k dispozici. Tím prováděli alespoň minimální prevenci. Lékař je vnímán jako autorita, které lidé věří. Proto je tu velký potenciál pro možnost ovlivnění životního stylu (Rozhovor Hnilicová).

- *„U nás ty lékaře není slyšet. Hlas ČLS (České lékařské komory) by měl být víc slyšet, já myslím, že u nás lidi hodně věří lékařům. Když řeknou, že je něco problém, tak je to tak skutečně vnímáno.“* (Rozhovor Hnilicová)

Aby došlo k celkovému zlepšení zdravotního stavu dětí školního věku, je nezbytné vypracovat kontinuální strategii pro delší časové období, která bude průběžně monitorována a vyhodnocována (Rozhovor Rážová). Podle dotazovaných odborníků, je v tomto ohledu velkým problémem délka volebního období, kdy se střídají vlády s odlišnými prioritními cíli a dosavadní snažení může být zcela opominuto. Dobrým příslibem do budoucna je Národní strategie Zdraví 2020, která v ČR získala politickou podporu (více viz kapitola č. 8.2.2), což je velice důležité pro zlepšení situace v oblasti podpory zdraví a životního stylu dětí školního věku v ČR (Rozhovor Hnilicová).

---

<sup>39</sup> Systémové nástroje pro ochranu a podporu veřejného zdraví a prevenci zdravotních rizik. SZÚ [online]. [cit. 2014-04-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.szu.cz/systemove-nastroje-pro-ochranu-a-podporu-verejneho-zdravi-a>>

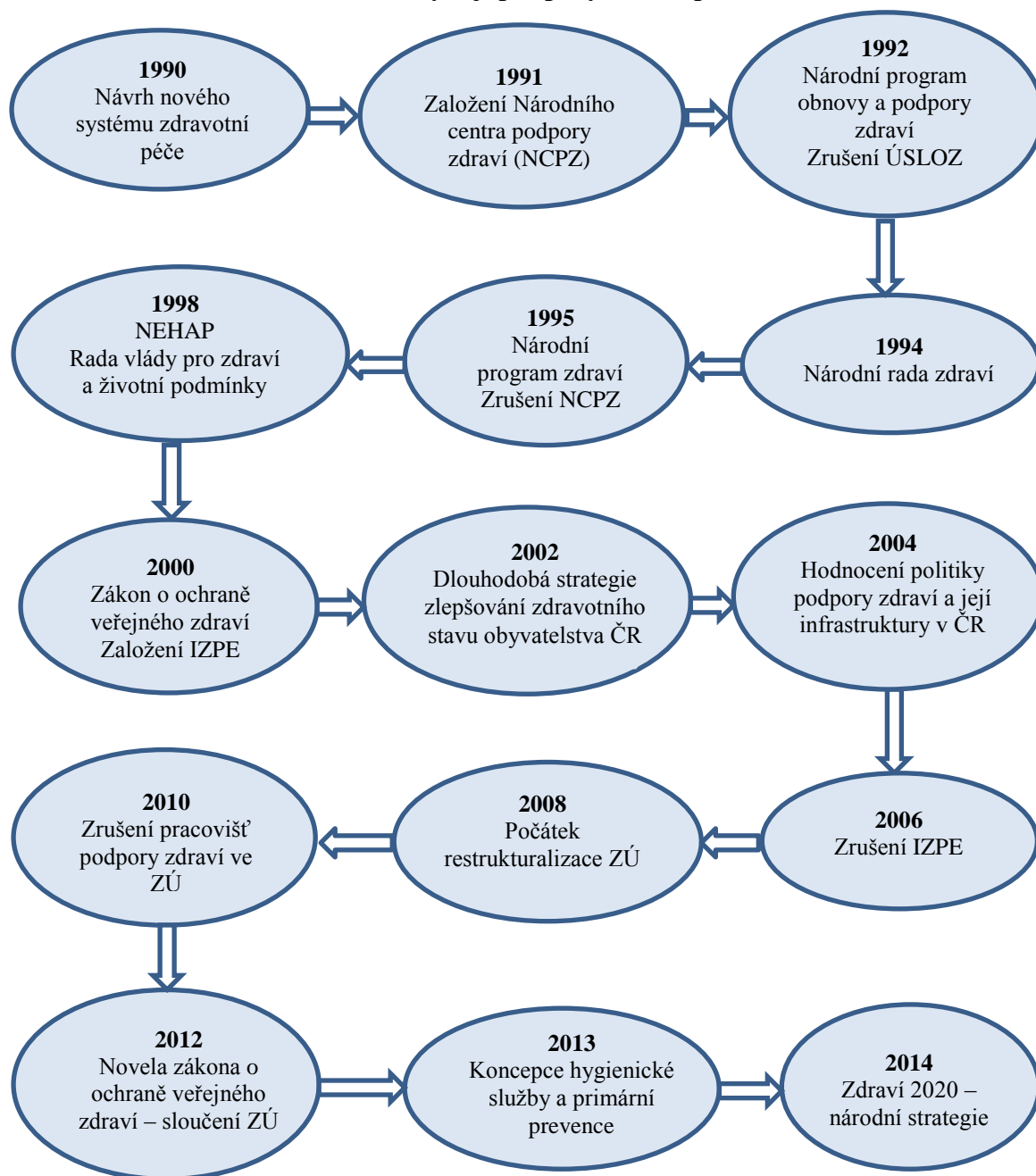
## **8 Politika podpory zdraví dětí školního věku v ČR**

V této kapitole se zabývám vývojem politiky podpory zdraví v ČR, zajímá mě, jak se k této oblasti zdravotní politiky stavěly jednotlivé vlády a k jakým významným událostem od roku 1989 došlo. Dále se věnuji nejdůležitějším dokumentům v českém prostředí, které se týkají podpory zdraví obecně, ale také dětí školního věku a projektům a programům podpory zdraví, které jsou reakcí na hlavní problémy spojené s životním stylem této věkové skupiny. V poslední části kapitoly se zabývám současným stavem politiky podpory zdraví v ČR a jejím hodnocením. Identifikuji zde nejzávažnější problémy spojené s touto oblastí zdravotní politiky, které jsou charakteristické jak pro politiku podpory zdraví dětí školního věku, tak pro obecnou úroveň. Informace čerpám z prostudované literatury a provedených expertních rozhovorů, které mi poskytly různé pohledy na tuto problematiku.

### ***8.1 Vývoj politiky podpory zdraví a její infrastruktury***

Stručné vysvětlení vývoje podpory zdraví v ČR má čtenáři pomoci k pochopení současné situace v této oblasti zdravotní politiky obecně, ale i se zaměřením na děti školního věku. Pro větší přehlednost nejprve ve schématu č. 5 uvádím klíčové události politiky podpory zdraví, ke kterým po roce 1989 došlo.

**Schéma č. 5: Klíčové události ve vývoji podpory zdraví po roce 1989<sup>40</sup>**



*Zdroj: autorka*

V 80. letech se ČR zavázala k plnění programu Zdraví pro všechny do roku 2000, ale nebyla v této oblasti zpracována žádná národní strategie (Havelková, Hnilicová, Kučera ed. 2004: 16). Obecně se dá říci, že od roku 1989 podpora zdraví v ČR neměla příliš příznivý vývoj. Některé instituce zabývající se touto oblastí zdravotní politiky byly zrušeny, činnost jiných byla značně redukována (Dobiášová,

<sup>40</sup> Některé názvy institucí či dokumentů jsou ve schématu pro větší přehlednost zkracovány, vysvětleny jsou dále v textu.

Hnilicová 2012: 4). Výjimkou byl počátek 90. let, kdy nastal v této oblasti krátkodobě „boom“. Po revoluci byla na KHS vytvořena velká oddělení podpory zdraví, která bohužel neměla dlouhého trvání. V tomto období se o podporu zdraví zajímali lékaři, zdravotníci hygienické služby, ale i politici, proto se intenzivně rozvíjela (Rozhovor Kernová, Kříž).

- *„Zajímali se o podporu zdraví dětí, začala se vytvářet řada projektů podpory zdraví, které dotovalo ministerstvo...byly úspěšné a kvalitně komponované, vyšetřovali i efektivitu těchto programů“* (Rozhovor Kříž)

O dobrém stavu podpory zdraví v tomto období vypovídá také objem finančních prostředků, které byly vyhrazeny na projekty týkající se této oblasti. Jednalo se o 35 milionů Kč. Postupně však došlo k jejich výrazné redukci, což potvrdili všichni dotazovaní respondenti. Rozvoj podpory zdraví, ke kterému na počátku 90. let došlo, začal díky různým politickým, společenským a ekonomickým důvodům stagnovat a následně došlo ke krizi v této oblasti. Tu způsobilo změněné vedení MZ, podpora zdraví začala ztrácet politickou, společenskou a především materiální podporu (Rozhovor Kříž).

- *„V 90. letech možná, když tam nastoupili takový ti idealisti – MUDr. Bojar, Prof. Klener, tak vnímali, že úloha MZ je v péči o zdraví ne jen poskytování zdravotních služeb...Potom za hlavního hygienika Víta a náměstka MZ MUDr. Šnajdra došlo k úplné krizi a kolapsu podpory zdraví“* (Rozhovor Kříž).

Podpora zdraví začala být vytlačovaná a omezovaná, došlo k postupné likvidaci její infrastruktury. V důsledku sníženého financování této oblasti a tím také úbytků zaměstnanců získala podpora zdraví pouze „udržovací“ charakter. Instrukce podpory zdraví proto dnes nemají dostatečné prostředky na velké kampaně, které jsou tolik potřebné (Rozhovor Hnilicová). Nyní se budu podrobněji věnovat klíčovým událostem ve vývoji podpory zdraví a přístupům jednotlivých vlád k této oblasti zdravotní politiky, která často jednaly v rozporu se základními principy podpory zdraví.

Programové prohlášení vlády **Petra Pitharta (1990–1992)** z roku 1990 se podporou zdraví explicitně nezabývá, zdraví je zde vnímáno jako individuální hodnota a úkolem státu je zaručit standardní zdravotní péči. Byla zdůrazňována individuální

zodpovědnost za zdraví a ovlivňování životního stylu proto nebylo prioritou vlády (Tušková 2012: 158).

- „Byla rétorika, že stát nemá nikomu co nařizovat a ovlivňovat ho, aby se nějak choval, každý ví, co jeho zdraví škodí...je to jeho věc.“ (Rozhovor Hnilicová)

I přesto byly v tomto období položeny koncepční základy podpory zdraví (Tušková 2012: 158). V roce 1990 vláda ČR přišla s Návrhem nového systému zdravotní péče, který byl následně schválen. V tomto dokumentu se hovoří o budoucí důležité roli podpory zdraví a výchovy ke zdraví – „zásadní řešení může přinést pouze celospolečenský program obnovy a podpory zdraví“ (Havelková, Hnilicová, Kučera ed. 2004: 16), který byl později přijat. Dále je zde zmíněn požadavek vytvoření právního rámce podpory zdravá a institucí, které se budou zabývat touto oblastí na úrovni vlády i nižších samosprávných celků (Havelková, Hnilicová, Kučera ed. 2004: 16).

V roce 1991 zahájilo svou činnost Národní centrum podpory zdraví, které však bylo o čtyři roky později rozhodnutím MZ opět zrušeno. Byly zde realizovány projekty, jako je například Zdravé město či program Škola podporující zdraví, které v ČR probíhají dodnes (Havelková, Hnilicová, Kučera ed. 2004: 16). Národní centrum podpory zdraví bylo transformací bývalého Ústavu zdravotní výchovy, který dříve představoval hlavní instituci v oblasti výchovy ke zdraví (Dobiášová, Hnilicová 2012: 4). V roce 1992 došlo ke zrušení další organizace zabývající se podporou zdraví v ČR, a to Ústavu sociálního lékařství a organizace zdravotnictví (dále jen ÚSLOZ). Tím došlo v oblasti sociálního lékařství k významnému omezení výzkumné činnosti.

Roku 1991 byl schválen již zmíněný Národní program obnovy a podpory zdraví (vládní usnesení č. 247/1991) a o rok později byl vypracován projekt jeho střednědobé strategie (vládní usnesení č. 273/1992) s cíli na tři leté období (Havelková, Hnilicová, Kučera ed. 2004: 16). Končným cílem tohoto programu bylo „zlepšit, upevňovat, rozvíjet a navracet zdraví lidem“ (Národní program obnovy... 1992: 15). Dále bylo snahou vést občany ke zdravému životnímu stylu, zlepšovat životní prostředí či zvyšovat účinnost a kvalitu zdravotnických služeb, a to především s důrazem na primární zdravotní péči. Program se zaměřoval na rizika nejzávažnějších civilizačních chorob – především kouření a nevhodnou výživu, formulaci strategií v oblasti podpory zdraví na úrovni komunity, rodiny, školy a podniku a na zabezpečení vhodných podmínek pro rozvoj prevence (Národní program obnovy... 1992: 15, 16). Program obnovy a podpory zdraví vycházel z filozofie Zdraví pro všechny do roku

2000. Na základě tohoto dokumentu vznikla například iniciativa Škol podporujících zdraví (1992) či Národní síť zdravých měst (1993) (Tušková 2012: 158).

Za vlády **Václava Klause (1992–1996)** byla v programovém prohlášení zdůrazněna nutnost posílení odpovědnosti občanů vůči svému zdraví a také boj proti problémům ohrožujícím zdraví. O podpoře zdraví či determinantech zde nebyla zmínka, podpora zdraví byla vnímána jako individuální záležitost (Tušková 2012: 159). V roce 1994 byla na základě střednědobé strategie program obnovy a podpory zdraví vytvořena Národní rada zdraví, která měla fungovat jako poradní orgán MZ. Jejím cílem bylo mimo jiné připravit, realizovat a prosazovat ve společnosti dlouhodobou strategii Národní program zdraví, která byla ve vládě projednána o rok později. Rada měla zajišťovat mezirezortní koordinaci, nikdy se však „*nestala živým a systematicky pracujícím orgánem*“ (Havelková, Hnilicová, Kučera ed. 2004: 16), protože nedocházelo k jejímu pravidelnému svolávání.

Prioritním cílem dlouhodobé strategie se stala změna životního stylu. Dále bylo snahou Národního programu „*podporovat zájem a odpovědnost ke zdraví v rodinách, školách, podnicích, obcích a jiných společenstvích*“ (Hamplová 2012: 8). A to prostřednictvím projektů podpory zdraví zaměřených na zdravou výživu, podporu pohybových aktivit, omezování kouření, nadměrné konzumace alkoholu a jiných komplexních projektů (Hamplová 2012: 5-8). K realizaci cílů programu tak měly sloužit, a dodnes slouží, konkrétní projekty, jedná se o dotační program MZ ČR Národní program zdraví – projekty podpory zdraví (Kernová, nedatováno: 6), který funguje již od roku 1993. Tento způsob realizace podpory zdraví otevřel prostor pro dobrovolnou účast organizací, institucí, komunit, ale i občanů v tomto procesu (Kříž 2008: 20).

Programové prohlášení druhé vlády **Václava Klause (1996–1998)** obsahovalo zmínku o podpoře zdraví a potřebě více se zabývat touto oblastí hlavně ve smyslu realizace programů zacílených na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Opět je zde kladen důraz na zvyšování odpovědnosti občanů vůči svému zdraví. Následující úřednická vláda **Josefa Tošovského (leden – červenec 1998)** se této oblasti, díky krátké době svého působení, nevěnuje (Tušková 2012: 159).

Vláda **Miloše Zemana (1998–2002)** zaujala ke zdraví zcela jiný postoj, neboť ho prohlásila za veřejný zájem, „*zdroj bohatství společnosti a podmínku dobré kvality života*“ (Tušková 2012: 159), což je v souladu s hodnotovými východisky mé práce. Vláda se zavázala ke snaze spolupracovat s WHO v oblasti zdravotní politiky a dosažení větší rovnosti ve zdraví pomocí podpory zdravého životního stylu, zdravého

životního prostředí a prevence. V tomto období došlo k mnoha důležitým počínům v oblasti podpory zdraví. V roce 1998 vláda schválila Akční plán zdraví a životního prostředí (dále jen NEHAP), který vychází z Evropského akčního plánu zdraví a životního prostředí. Zabývá se determinanty zdraví ve vztahu k životnímu prostředí a životnímu stylu (Tušková 2012: 159). Jako hlavní prostředek k realizaci záměrů NEHAP byla zřízena Rada pro zdraví a životní prostředí. Jedná se o poradní orgán vlády (Havelková, Hnilicová, Kučera ed. 2004: 17, 18).

V roce 2000 byl přijat dlouho projednávaný Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (více viz kapitola č. 5.2.2), ve kterém byla zakotvena transformace hygienické služby. Ta byla rozdělena na KHS, jejichž úkolem je vykonávat státní správu jako orgán ochrany veřejného zdraví a na ZÚ, které jsou zdravotnickými zařízeními a laboratorní bází krajských hygienických stanic (Havelková, Hnilicová, Kučera ed. 2004: 18).

- *„Důvod byl, že zejména v senátu vznikla určitá kritika toho systému v tom smyslu, že KHS vykonává hygienický dozor a zároveň dělá také vyšetřování a to je za úplatu, takže tam došlo ke konfliktu zájmu.“* (Rozhovor Kříž)

Na ZÚ zůstala oddělení podpory zdraví, kde pracovalo osm až patnáct lidí. Ta byla nositelem podpory zdraví v této době. V důsledku úbytku dotací a tím i zaměstnanců se časem aktivity podpory zdraví začaly ze ZÚ pozvolna vytrácet (Rozhovor - Hnilicová, Kříž, Kernová).

- *„Na ZÚ byla podpora zdraví. Ale tím, že se to přestalo dotovat, tak tam ta podpora zdraví úplně vypadla a přešla k nám (na SZÚ).“* (Rozhovor Kernová)

V roce 2000 byl založen Institut zdravotní politiky a ekonomiky (dále jen IZPE) jako příspěvková organizace MZ ČR. Jednalo se o výzkumné pracoviště, které navazovalo na činnost ÚSLOZ zrušeného v roce 1992 (Havelková, Hnilicová, Kučera ed. 2004: 18). Cílem této instituce bylo přispět k tomu, aby se tvorba zdravotní politiky a rozhodnutí politiků v této oblasti opíraly o ověřená fakta a výsledky výzkumů. V roce 2006 byl IZPE rozhodnutím ministra zdravotnictví MUDr. Davida Ratha zrušen



a nástupnickou organizací se stala Škola veřejného zdravotnictví Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.<sup>41</sup>

- „Významným negativním mezníkem byl rok 2006, kdy byl zrušen IZPE – tam bylo jedno oddělení podpory zdraví, byli dobře rozjetí.“ (Rozhovor Hnilicová)

V roce 2002 byl vládou schválen Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (více viz kapitola č. 8.2.1). Zodpovědnost za realizaci programu byla uložena zdravotnickému sektoru. V návaznosti na jeho přijetí byl zřízen Výbor 21 v Radě vlády pro zdraví a životní prostředí (Havelková, Hnilicová, Kučera ed. 2004: 18). Přijetí tohoto strategického dokumentu bylo nejvýznamnějším počinem vlády **Vladimíra Špidly (2002–2004)** v oblasti podpory zdraví. V programovém prohlášení byl této oblasti zdravotní politiky věnován poměrně velký prostor. Zdraví bylo chápáno v „kontextu komplexních determinant zdraví“ (Tušková 2012: 160). Ministryně Součková v tomto období představila Koncepti střednědobé strategie rezortní politiky na období 2003–2006, kde byla prevence považována za klíčový princip péče o zdraví. K naplňování politiky podpory zdraví měla sloužit především realizace programu Zdraví 21. Od roku 2003 se ČR účastní také programu WHO Nemocnice podporující zdraví (Tušková 2012: 160).

Vláda **Stislava Grosse (2004–2005)** se ve svém programovém prohlášení přihlásila k pokračování v programu Zdraví 21, v jehož rámci by měla být posílena prevence. V roce 2004 ministryně Emmerová představila návrh Koncepce péče o zdraví na období 2004–2009. Bylo zde zmíněno celostní pojetí zdraví i s jeho determinanty a dosavadní nedostatečný rozvoj podpory zdraví a aplikace zkušeností ze zahraničí. Podpora zdraví by měla být uplatňována na úrovni samospráv a za hlavní nástroj její realizace byl považován opět program Zdraví 21 (Tušková 2012: 160).

Za velice důležitý počín v oblasti podpory zdraví lze považovat hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury experty WHO ve spolupráci s pracovníky IZPE. Zpráva o hodnocení byla vydána v roce 2004 a upozorňovala na nedostatečné promítání sociálních a ekonomických determinant zdraví do podpory zdraví v ČR a na fakt, že u nás stále převládá medicínské pojetí zdraví ve zdravotnictví (více viz kapitola č. 4.1). Intervence v oblasti podpory zdraví byly nekomplexní, zaměřovali se

---

<sup>41</sup> Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví [online]. 2014 [cit. 2014-04-08] Dostupné z WWW: <<http://www.ipvz.cz/pracoviste/2940/institut-zdravotni-politiky-a-ekonomiky-izpe.aspx>>

pouze na některé aspekty životního stylu. Ze závěrů tohoto hodnocení vyplynulo, že je třeba ve vládě věnovat podpoře zdraví více pozornosti a vytvořit komplexní systém, který bude zahrnovat také veřejnost (Kříž 2008: 20, 21). K výsledkům hodnocení se vyjádřila při rozhovoru MUDr. Šteflová.

- *„Z hodnocení vyplynulo, že je to špatně nastavené na národní úrovni, ale je příznivé, že je tady zájem nižší úrovně. Já s tím naprosto souhlasím, kdyby dnes udělali to zhodnocení, tak je ještě daleko horší situace na té národní úrovni než tomu bylo před tím...Na MZ jsou tři zainteresovaní lidé, že to tam vůbec někdo obhajuje a že tomu rozumí a chce to změnit, tak to je nesmírné plus, které tam deset let nebylo.“ (Rozhovor Šteflová)*

Vláda **Jiřího Paroubka (2005–2006)** se ve svém programovém prohlášení hodnotě zdraví a jeho podpoře a ochraně nevěnovala. V roce 2006 došlo k již zmíněnému zrušení IZPE. Následovalo období první a druhé vlády **Mírka Topolánka (2006–2009)**, ale ani v programovém prohlášení této vlády podpora zdraví nebyla explicitně zmíněna. Ministr zdravotnictví Julinek prezentoval prioritní oblasti rezortu zdravotnictví, mezi které patřilo *„posílení odpovědnosti občana za své zdraví prostřednictvím ekonomické motivace, např. bonusů za zdravý životní styl“* (Tušková 2012: 161).

- *„Přišla vláda Topolánka a později Nečase – tyto pravicově orientované vlády neměly pro podporu zdraví žádný prostor. A to mělo konkrétní dopad, že začali rušit ty ZÚ. Byla za tím snaha privatizovat laboratorní činnosti, které jsou výdělečné...pochopení významu podpory zdraví pro udržování a zlepšování zdraví lidí tam nebylo na té politické úrovni“ (Rozhovor Hnilicová)*

V roce 2008 bylo vládou schváleno slučování ZÚ, které však bylo za úřednické vlády **Jana Fishera (2009–2010)** novou ministryní zdravotnictví Danou Juráskovou kvůli protestům zrušeno (Tušková 2012: 161). Od roku 2008 přesto začalo docházet k restrukturalizaci ZÚ, které vyústilo v roce 2010 ve zrušení pracovišť podpory zdraví v těchto institucích a jejich převedení na SZÚ. Zde byla ustanovena odborná pracovní skupina pro podporu zdraví v regionech s dislokovanými pracovišti v krajských městech. Bylo sem přesunuto 118 pracovníků zdravotních ústavů (Rozhovor - Rážová, Kříž).

- „V tom roce 2010 MZ udělalo na SZÚ vyslovený podraz v tom, že převedlo ty lidi, ale nepřevadlo mzdové prostředky. SZÚ zdědil čtrnáct pracovišť, ale ne mzdové prostředky“ (Rozhovor Kříž)

SZÚ nebyl schopen tento personál ufinancovat, proto musel přistoupit k propouštění pracovníků. Tím docházelo k hroucení vcelku dobře fungující infrastruktury podpory zdraví (Rozhovor - Kříž, Rážová).

- „Potom, zase můžu jmenovat Šnajdra, významného ničitele preventivní medicíny a podpory zdraví na MZ. Z těch čtrnácti regionálních pracovišť díky němu vzniklo jen šest a dál se ty lidi propouštěli, takže z původních 120 lidí zbývalo jen kolem 40 a to už bylo takové oslabení, které se muselo projevit.“ (Rozhovor Kříž)

Vláda **Petra Nečase (2010–2013)** kladla ve svém programovém prohlášení důraz na podporu prevence a to především prostřednictvím prevence závislostí a motivačních programů zdravotních pojišťoven. Vláda prosazovala přístup založený na „*individuální odpovědnosti kombinovaný s ochranou životního prostředí*“ (Tušková 2012: 161). Dále se zavázala mimo jiné k dokončení procesu transformace orgánů ochrany veřejného zdraví. V roce 2012 proto došlo Novelou zákona č. 115/2012 Sb., o ochraně veřejného zdraví ke sloučení původních čtrnácti ZÚ do dvou a to se sídlem v Ústí nad Labem a v Ostravě (Tušková 2012: 161).

Následující úřednická vláda **Jiřího Rusnoka (2013)** ve svém programovém prohlášení uvedla, že se zasadí o realizaci Koncepce hygienické služby a primární prevence.<sup>42</sup> Současná vláda **Bohuslava Sobotky (2013–?)** se ve svém programovém prohlášení o podpoře zdraví explicitně nezmiňuje. Koaliční smlouva mezi ČSSD, hnutím ANO 2011 a KDU-ČSL na volební období 2013–2017 však obsahuje část týkající se prevence, kde je vysloven závazek vytvořit systém motivující občany ke zdravému životnímu stylu a vyšší odpovědnosti za vlastní zdraví. V části věnované sportu se tyto strany zavazují k podpoře zdravého životního stylu, k vytvoření finančně dostupných rekreačně-sportovních aktivit, k posílení výchovy ke sportu a zdravému životnímu stylu v rámci vzdělávacích programů a také k vytvoření nového Zákona o podpoře sportu (Programové prohlášení vlády ČR 2014).

<sup>42</sup> Programové prohlášení vlády Jiřího Rusnoka. Vláda ČR [online]. 2014 [cit. 2014-04-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tema/programove-prohlaseni-vlady-cr-109326/>>

## **8.2 Nejdůležitější dokumenty v oblasti podpory zdraví dětí školního věku v ČR**

V této části práce se budu věnovat nejdůležitějším dokumentům v českém prostředí, které se týkají podpory zdraví, přičemž se zaměřím prioritně na populaci dětí školního věku. Jedná se především o Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, který vychází ze strategie WHO Zdraví 21 a Zdraví 2020 – Strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, která je aplikací strategie WHO Zdraví 2020 na české prostředí. Na základě informací z provedených rozhovorů se budu věnovat také hodnocení těchto nejdůležitějších dokumentů v oblasti podpory zdraví. Dále stručně představím vybrané koncepční materiály týkající tématu mé práce, mezi které patří Koncepce hygienické služby, Koncepce státní podpory sportu a Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže.

### **8.2.1 Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR**

Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století byl přijat vládou v roce 2002 (Kříž 2008: 21). Jeho hlavními cíli byla podpora a rozvoj zdraví lidí během celého života a eliminace výskytu nemocí a úrazů a tím omezení strádání, které s sebou přinášejí (Dlouhodobý program... 2002: 1). V tomto dokumentu je stanoveno 21 cílů. Z hlediska mé práce je nejdůležitější cíl č. 4 Zdraví mladých, ve kterém jde o snahu vytvořit do roku 2020 takové podmínky, aby „*mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti*“ (Dlouhodobý program... 2002: 20). Dětství a dospívání jsou zde stanoveny jako velice důležité etapy života, ve kterých si jedinci formují sociální a zdravotní návyky, které je provázejí celý život. Jako jedny z hlavních problémů v oblasti životního stylu dětí a mladistvých je v koncepci označeno nesprávné stravování a nedostatečná fyzická aktivita a také s nimi spojená obezita. To vypovídá o výskytu těchto problémů v české společnosti již po delší dobu. Jedním z dílčích úkolů Dlouhodobého programu proto bylo zvyšování způsobilosti dětí a mladistvých ke zdravému životu a schopnosti dělat zdravější rozhodnutí (Dlouhodobý program... 2002: 20).

Dalším důležitým cílem Zdraví 21 ve vztahu k mé práci je cíl č. 11 Zdravější životní styl. V tomto bodě je poznamenáno, že by si lidé do roku 2015 „*měli osvojit zdravější životní styl*“ (Dlouhodobý program... 2002: 63), neboť se jedná o významný

faktor, kterým lze ovlivnit zdraví. Mezi dílčí úkoly v této oblasti patří podpora zdravého stravování a pohybových aktivit a také zvýšení dostupnosti a nabídky biologických a jiných nezávadných potravin (Dlouhodobý program... 2002: 63-65).

### **8.2.1.1 Hodnocení Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR**

K hodnocení plnění cílů tohoto programu byla vytvořena zpráva zpracovaná meziresortní pracovní skupinou. Ta shrnuje nejdůležitější výstupy a závěry od roku 2003 do roku 2012 (Souhrn hodnotící zprávy...: 1). Budu se zabývat evaluací výše zmíněných cílů programu souvisejících se tématem mé práce. O jeho hodnocení jsem hovořila také s dotazovanými experty, proto zde čerpám informace i z provedených rozhovorů.

V hodnotící zprávě je konstatováno, že se zatím nedaří vzděláváním a motivací občanů dostatečně ovlivňovat faktory životního stylu směrem ke zdravějšímu chování populace. Žádoucí participace v oblasti podpory a ochrany veřejného zdraví je stále nedostatečná a probíhá především v rámci programů Zdravé město, Škola podporující zdraví a Zdravý podnik. Z hodnocení vyplývá, že oblasti prevence a podpory zdraví chybí náležitá politická a finanční podpora. Nedostatečné finanční prostředky, které by měli realizaci Zdraví 21 doprovázet, jsou velkým problémem, což mi potvrdili i dotazovaní experti. Je potřeba pokračovat v nastartovaných aktivitách a dále podporovat dotační programy, které jsou nástroji k naplňování stanovených cílů (Souhrn hodnotící zprávy...6, 7).

V části zprávy věnované dětem a mládeži se hovoří o tom, že ČR má velice dobrou péči o děti. Současná pediatrie má dobře zavedený systém preventivních prohlídek, které se zaměřují na všestranný vývoj dítěte. Podle studie HBSC je většina dětí v ČR šťastná a považuje své zdraví za dobré, objevuje se však i skupina, u které tomu tak není. Proto je nezbytné zlepšovat systém vzdělávání a odpovědnosti ke svému zdraví již u nejmladších věkových skupin populace (Souhrn hodnotící zprávy...14).

Dlouhodobý program byl schválen jako usnesení vlády, které není obecně závazným právním aktem. Jedná se o normativní instrukci vydanou vládou, která je závazná jen pro její členy a podřízené subjekty.<sup>43</sup> Z tohoto důvodu je obtížná

---

<sup>43</sup> Databáze cesta do EU. ISAP [online]. 2011[cit. 2014-04-22]. Dostupné z WWW: <<https://isap.vlada.cz/Dul/CESTY.NSF/91b9f824a0923e3bc1256dde0052230a/a00e73086a87b73a802566da0043929f?OpenDocument>>

vymahatelnost plnění jednotlivých cílů. Dotazovaní experti vyslovili názor, že se jedná o proklamativní dokument a někteří aktéři vlády ho brali pouze jako formální záležitost.

- *„Když se program schvaloval, tak to někteří komentovali jako co je to za ptákovinu.“* (Rozhovor Hnilicová)

Přínos Dlouhodobého programu vidí odborníci zabývající se podporou zdraví především v tom, že se jedná o první vládou přijatou strategii v této oblasti a také o dokument, o který se mohli opírat. Měla ho k dispozici všechna ministerstva, která v něm měla své úkoly, takže se o problematice podpory zdraví začalo více hovořit. Některé cíle Zdraví 21 na úrovni ČR byly splněny, jiné ne nebo jen částečně. Postupem času se od některých začalo upouštět díky již zmíněné obtížné vymahatelnosti. Hlavní problémy spojené s realizací programu, které z hodnocení expertů vyplynuly, jsou malá koordinovanost politiky podpory zdraví, nedostatek finančních prostředků, již zmíněné ne zcela ideální plnění stanovených cílů a nedostatečná meziresortní spolupráce (Rozhovor Kernová).

- *„Všechno to zůstalo na MZ, což je důkaz, že ta práce není úplně optimální.“* (Rozhovor Kernová)

Ve zdraví 21 bylo stanoveno přes 400 úkolů ve všech možných oblastech – legislativa, organizační změny, změny ve vzdělávání. Proces dosahování těchto cílů je velice pomalý, proto se nepodařilo všechny naplnit. Dotazovaní experti vyjádřili názor, že se jedná o příliš široký a obecný dokument (Rozhovor Šteflová, Košťálová).

- *„Ta práce, kterou děláte, se potom zařadí do nějaké škatulky, která tam spadá, vždycky se to někam vejde. Je to hrozně široký, stačily by opravdu čtyři témata, která by spolu souvisela.“* (Rozhovor Košťálová).

Díky charakteru usnesení vlády Dlouhodobý program nebyl závazný pro krajské úřady. Záleželo pouze na jejich rozhodnutí, zda vytvoří příslušné koncepční dokumenty, kterými se budou řídit.

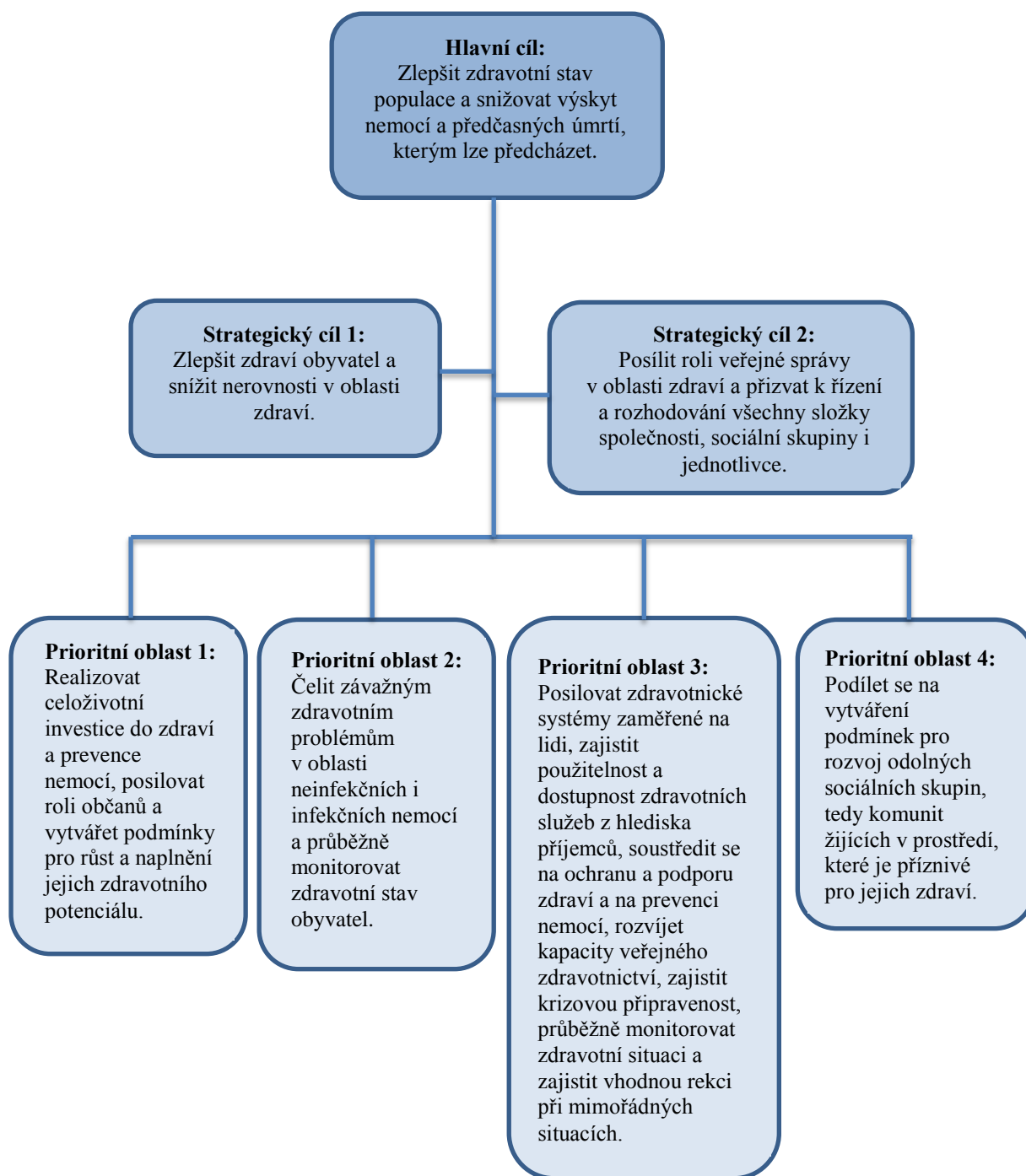
- *„Na té krajské úrovni, kam by si člověk představoval, že by se to mělo implementovat a měli by to rozšiřovat do těch dalších částí, tak pro ně je to nezávazný dokument.“* (Rozhovor Kernová)

## **8.2.2 Zdraví 2020 - Strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí**

Zdraví 2020 – Strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí na období 2014 – 2020 navazuje na Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR zmíněný výše. Tato národní strategie má být rozpracována do roku 2015 do jednotlivých implementačních dokumentů dle stanovených témat, kde budou specifikovány dílčí cíle, odpovědnost, jednotlivé ukazatele, termíny plnění, finanční a materiálové náklady (Zdraví 2020 2014: 1). Ve strategii je zmíněno, že současný stav v českém zdravotnictví je neudržitelný – „*možnosti dostupné zdravotní péče a nových technologií jsou do značné míry vyčerpány*“ (Zdraví 2020 2014: 8), k tomu lze přičíst životní styl, který způsobuje řadu zdravotních problémů a také stárnutí populace. Efektivním řešením situace má být právě prevence nemocí a podpora a ochrana zdraví, jak napovídá samotný název dokumentu (Zdraví 2020 2014: 8). To podporuje nutnost více se na tyto oblasti v ČR zaměřit.

Hlavním cílem strategie je zlepšit zdravotní stav populace a snížit výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým je možné předcházet. Snahou je především stabilizace systému prevence a ochrany a podpory zdraví a vytvoření účinné a dlouhodobé spolupráce mezi resorty v této oblasti, což v ČR v praxi nefunguje. Hlavní cíl se dělí na dva strategické, které jsou dále rozděleny do čtyř prioritních oblastí totožných s dokumentem WHO Zdraví 2020 (viz schéma č. 6). Mezi témata pro rozvoj aktivit v rámci strategie patří mimo jiné dostatečná pohybová aktivita, zdravá výživa a s ní související stravovací návyky (Zdraví 2020 2014: 17).

## Schéma č. 6: Hierarchie Národní strategie Zdraví 2020



*Zdroj: Zdraví 2020 2014 (upraveno autorkou)*

### 8.2.2.1 Hodnocení Zdraví 2020 - Strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Ve strategii Zdraví 2020 jsou využity zkušenosti a doporučení ze zpráv o hodnocení plnění cílů Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR (Zdraví 2020 2014: 1). Dokument představuje vizi a zaměření podpory zdraví a



prevence na období do roku 2020. Podpora zdraví a prevence jsou klíčovým cílem této strategie. Klade se v ní důraz na determinanty zdraví a na mezisektorový přístup. Dále je zde brán v úvahu socioekonomický pohled na zdraví – je třeba se zaměřit na deprivované skupiny (Rozhovor Šteflová)

- *„Zpravodaj výboru řekl důležitou věc – ukazuje se, že možnosti zdravotnického systému prodloužit u nás život se už téměř vyčerpaly a je potřeba se zaměřit na životní styl...Prodlužuje se život na úkor toho, že žijeme v nemoci.“* (Rozhovor Hnilicová)

Vzhledem k tomu, že Strategie Zdraví 2020 získala podporu MZ ČR, senátního Výboru pro zdravotnictví i Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny, je patrné, že existuje politická vůle k posílení prevence, podpory a ochrany zdraví (Rozhovor Kříž). Na tom se shodli dotazovaní experti, kteří věří, že situace v této oblasti zdravotnictví lepší a Zdraví 2020 je toho dobrým příslibem.

- *„Všechny důležité instituce to podpořily. Zřejmě pochopili, že pokud, se stát nezačne více zajímat o primární prevenci a podporu zdraví, tak nedokáže financovat zdravotnictví, které bude vystaveno tlaku neustálého přibývání nemocí“* (Rozhovor Kříž)

Vláda se v rámci této strategie zavázala k finanční podpoře a spolupráci jednotlivých rezortů (Rozhovor Hnilicová). Důležité je, aby se koncepci Zdraví 2020 podařilo prosadit i v terénu a aby zde byly jasně stanovené kompetence jednotlivých institucí.

- *„Je důležité, aby bylo jasně daný tohle je pro NO, tohle má dělat SZÚ...v té koncepci by to mělo být.“* (Rozhovor Expert NSPZ)

### **8.2.3 Další koncepční dokumenty**

#### **Koncepce Hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví**

Senát Parlamentu ČR požádal MZ usnesením č. 499 ze dne 26. ledna 2012 o předložení Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví. Koncepce je základem pro *„strategii prevence nemocí a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR“* (Holčík et al 2013: 1). Jejím cílem je stabilizovat a rozvíjet prevenci a ochranu

a podporu veřejného zdraví. Upozorňuje na to, že se jedná o širokou oblast, která má být zahrnuta do všech dílčích politik státu. Na zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva by se měly podílet politické, státní, privátní i nevládní organizace (Holčík et al 2013: 1, 2).

V koncepci je zahrnuto deset prioritních oblastí v rámci prevence hlavních zdravotních problémů a determinant zdraví a nemoci. Tyto priority mají velký vliv na hlavní příčiny úmrtnosti a na nemocnost a rozhodují o kvalitě života a jeho délce. Patří mezi ně mimo jiné dostatečná pohybová aktivita a správná výživa a stravovací návyky, na které se zaměřují ve své práci. Dále se jedná například o zdravotně rizikové chování, snižování nerovností ve zdraví či screeningové programy (Holčík et al 2013: č. 5).

Nástroji k dosažení cílů koncepce mají být systémové řízení, lidské zdroje, což zahrnuje zajištění profesních kapacit a odborného vzdělávání, udržitelné financování, legislativa - vytvoření opory pro prevenci, ochranu a podporu zdraví pomocí novelizace stávajících předpisů, dále institucionální báze, což znamená vytvoření institucionální infrastruktury, jak na mezirezortní, tak na rezortní úrovni. Nezbytná je také personální a finanční stabilizace a v neposlední řadě zdravotní politika, která by měla využít poznatků z analýzy strategického dokumentu Zdraví 21 a aplikovat Zdraví 2020 do zdravotní politiky v ČR (Holčík et al 2013: 5-7).

### **Koncepce státní podpory sportu**

Vládním usnesením č. 167 byla v roce 2011 schválena Koncepce státní podpory sportu, která zahrnovala analýzu současného stavu sportovních činností v ČR, cíle státní politiky ve sportu a vytyčila priority v této oblasti. Mezi ně patří vytvoření uceleného systému talentované mládeže a státní sportovní reprezentace, všeobecná sportovní činnost a dobrovolnictví ve sportu, což znamená vytvoření takových podmínek, aby byl sport dostupný pro všechny. Dále lze mezi priority koncepce řadit vybudování dobré sportovní infrastruktury a samozřejmě velká pozornost je věnována financování sportovních aktivit a potřebné úpravě legislativy (Koncepce státní podpory sportu 2011).

V červenci roku 2013 byla MŠMT projednána Koncepce státní podpory sportu na rok 2014, kterou předložil odbor sportu. Tento dokument zahrnuje neinvestiční i kapitálové prostředky. Státní politika podpory sportu má být řešena prostřednictvím programů týkajících se výše zmíněných priorit státu, které jsou vyhlašovány v souladu se Zákonem č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech. Dotace mají být poskytovány nestátním neziskovým organizacím.

## **Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže**

Stát má podle Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže za úkol působit na tuto věkovou skupinu v rovině podpory a ochrany. Jejím cíli jsou naplňování funkce rodiny, osobnostní rozvoj a uplatnění mládeže, výchova k aktivnímu občanství, ochrana před nepříznivými jevy a podpora zdravého životního stylu (Koncepce státní politiky... 2007: 9, 10).

Koncepce zahrnuje devatenáct tematických oblastí, mezi které patří okruh Mládež, volný čas a životní styl. Cílem státní politiky v této oblasti je vytvářet „*dobré společenské, legislativní a finanční podmínky pro účelné trávení volného času dětí a mladých lidí, které povede k jejich zdravému životnímu stylu*“ (Koncepce státní politiky... 2007: 13). V rámci tohoto cíle je nutné podporovat rozvoj školských zařízení a činnost nestátních neziskových organizací a poskytovat dostatečnou nabídku kvalitních volnočasových aktivit. Druhým, pro mou práci důležitým tematickým okruhem je Mládež a zdraví. V této oblasti je cílem státní politiky „*vytvářet legislativní, ekonomické a věcné podmínky pro ochranu zdraví mladé generace*“ (Koncepce státní politiky... 2007: 23). Podle koncepce je nutné do vzdělávání více zařadit problematiku výchovy ke zdravému životnímu stylu, klást důraz na preventivní opatření a především učit děti a mládež takovému chování, které vede k osvojení si dobrých zdravotních návyků a odpovědnosti ke svému zdraví i zdraví druhých (Koncepce státní politiky... 2007: 23).

V současné době je připravena Koncepce státní politiky pro děti a mládež na období 2014–2020, ale zatím nebyla schválena vládou. Některé informace, které se jí týkají, mi poskytla dotazovaná odbornice z MŠMT Ing. Petra Dvořáková. Vysvětlila mi, na co se koncepce bude zaměřovat. Jejím cílem je:

- „*Podpora všestranného harmonického rozvoje dětí a mládeže s důrazem na jejich fyzické a duševní zdraví a morální odpovědnost, motivace ke zdravému životnímu stylu, zodpovědnému chování, preventivně působit na děti a mládež, vytváření a posilování pozitivních lidských vztahů, podpora dětí a mládeže v jejich individuálních potřebách – řešení problémových situacích, jak ve škole, tak v rodinách, vytváření kompetencí k sebepoznání, sebepojetí, seberegulaci a sebe organizaci, pomoc při přechodu z dětství a dospívání do dospělosti.*“ (Rozhovor Dvořáková)

### **8.3 Projekty a programy podpory zdraví dětí školního věku v ČR**

Programy a projekty podpory zdraví v ČR jsou připravovány a realizovány SZÚ, neziskovými organizacemi či jinými institucemi, které mají zájem o podporu zdraví. Mezi NO, které realizují projekty v oblasti podpory zdraví a prevence, patří například Národní síť podpory zdraví, která byla založena v roce 2004. Jedná se o nezávislou dobrovolnou NO, která se podílí na realizaci projektů podpory zdraví a nabízí mnoho programů podpory zdraví pro školky, školy či mateřská centra.<sup>44</sup> Podpoře zdraví se věnuje také nadační fond Albert, který byl založen v roce 2009. Jeho hlavním cílem je podpora zdravého životního stylu a vzdělávání v této oblasti. Finanční prostředky Albert rozděljuje NO v rámci grantových výzev a od roku 2011 realizuje ve spolupráci s těmito organizacemi také své projekty.<sup>45</sup> Další organizací, která se věnuje programům týkajícím se podpory zdraví je občanské sdružení Aisis, které vzniklo v roce 1999 a sídlí v Kladně. Snaží se podporovat změnu školní kultury a klimatu pomocí vzdělávacích programů. Jedním z témat, na které se zaměřuje, je zdravý životní styl.<sup>46</sup>

V ČR je a v minulosti také bylo realizováno mnoho projektů a programů podpory zdraví zaměřených na děti školního věku. Věnují se prevenci civilizačních chorob, ale také mnoha jiným, často souvisejícím problémům. Účast škol v těchto programech je dobrovolná, ale dotazovaní experti se shodli na tom, že školy o ně mají velký zájem. Částečně je to zřejmě dáno tím, že jsou jim většinou nabízeny zadarmo (Rozhovor Dvořáková, Hnilicová, Expert NSPZ).

- *„Škola musí mít kompetence a průřezová témata a tyhle věci vykázaný ve výroční zprávě, tak pro ně je takový schválený a podpořený projekt ideální.“*  
(Rozhovor Expert NSPZ)

V minulosti byly realizovány projekty jako Buď fit, který prosazoval běhání, Hejbej se, nedej se, jehož cílem bylo zavedení jednoduchých pohybových aktivit do výuky či Přijmi a vydej, což byla kampaň motivující ke zvyšování pohybové aktivity v populaci (rozhovor - Hnilicová, Košťálová).

---

<sup>44</sup> Národní síť podpory zdraví [online]. 2013 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z WWW: <<http://nspz.cz/>>

<sup>45</sup> O nadačním fondu. Nadační fond Albert [online]. 2009 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.nadacnifondalbert.cz/rubrika/16/o-nadacnim-fondu.html>>

<sup>46</sup> O nás. Aisis [online]. 2012 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.aisis.cz/o-nas.html>>

- „SZÚ měl kampaň *Přijmi a vydej* a ta bylo velice dobrá, ale bylo to jen lokální. Mělo to být celoplošné, protože to byl metodicky dobře zpracovaný program, který by se dal klidně rozšířit a ty Školy podporující zdraví to třeba mohly přijmout.“ (Rozhovor Hnilicová)

Dnes mezi realizované programy v oblasti podpory zdraví patří například Zdravé zuby, Bezpečná cesta do školy, Nehoda není náhoda, Kouření a já, Hrou proti AIDS a mnohé další. Podrobněji se však budu zabývat těmi, které se týkají pohybu a stravování. I v této oblasti se se však nebudu věnovat všem realizovaným programům, neboť je jich opravdu veliké množství (Rozhovor - Hnilicová, Dvořáková). Některé programy jsou celostátní, jiné pouze regionální. V podpoře zdraví se může angažovat také sama škola.

- „Nikdo nebrání žádné škole, aby pro děti organizovala kurzy, kroužky, volnočasové aktivity, celá řada různých středisek pro mládež, mateřských center podobné věci organizuje.“ (Rozhovor Nejedlá)

Dříve realizace programů SZÚ probíhala tak, že se připravila metodika a poté byli proškoleni pracovníci zdravotních ústavů ve všech krajích. Dostali od SZÚ potřebné materiály a potom sami organizovali semináře ve školách či jiných prostorách, jak uznali za vhodné. Díky nedostatečné infrastruktuře podpory zdraví již tento přístup není možný (Rozhovor Košťálová).

- „Teď to bude tak, že si vezmeme už rovnou učitele, protože nejsou ty pracovníci v krajích...Jak to fungovalo dřív, tak to byla ideální podoba“ (Rozhovor Košťálová)

Někdy je obtížné získávat na realizaci projektů a programů v oblasti podpory zdraví finance. NO většinou využívají dotační program MZ ČR Národní program zdraví. Některé projekty pak realizují samy kraje a města pomocí finančních prostředků z evropských fondů (Rozhovor - Košťálová, Expert NSPZ).

- „Žádáme hodně MZ, máme dotace z Národního programu zdraví a z akčního plánu. Kombinujeme to ještě s dalšími...vymýšlí se, co se dá.“ (Rozhovor Expert NSPZ)

### 8.3.1 Projekty a programy podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu

Jak už jsem zmínila výše, aktivit podpor zdraví, které se zaměřují na děti školního věku v oblasti stravování a pohybu, je mnoho. Zde se budu věnovat stručné charakteristice vybraných projektů a programů a také jejich hodnocení ze strany dotazovaných expertů. Mezi celostátní projekty patří Škola podporující zdraví, Pohyb a výživa, Ovoce do škol a Mléko do škol. Zbylé projekty jsou realizovány spíše regionálně. Společnou prioritou většiny programů je podpora zdravé výživy, aktivního životního stylu dětí a prevence obezity.

#### 8.3.1.1 Škola podporující zdraví

Škola podporující zdraví je evropským programem WHO, jehož koordinátorem a garantem v ČR je SZÚ. Národní síť programu ŠPZ je součástí evropské sítě Schools for Health in Europe (SHE). Program sdružuje školy, které vnímají zdraví jako výsledek působení biologických, psychických a sociálních faktorů – vyznávají tzv. holistické pojetí zdraví. Uvedené faktory se školy snaží rozvíjet pomocí *„respektu k přirozeným potřebám jednotlivce, podporou komunikace, spolupráce, důrazem na odpovědnost k vlastnímu zdraví a rozvíjením životních kompetencí všech členů školního společenství.“*<sup>47</sup>

Program ŠPZ vychází z předpokladu, že ke správnému životnímu stylu a chování podporující zdraví je nutné vést děti již v předškolním a dále také ve školním věku, neboť se v tomto období upevňují jejich návyky. To je v souladu s konceptem determinant zdraví (viz kapitola č. 4.2.1). Velice významnými aktéry v tomto procesu jsou rodiče a pedagogové, škola by měla být klíčovou institucí pro realizaci podpory zdraví. Hlavním cílem programu ŠPZ je proto pomáhat podporovat zdraví v podmínkách školy a přispívat v této oblasti k jejímu rozvoji.<sup>48</sup>

Všechny školy vstupující do programu ŠPZ přistupují na určitá filozofická východiska a principy, kterými by se následně měly řídit (Havlinová 2006: 20). Integrovanými principy ŠPZ je respekt k přirozeným potřebám jednotlivce a rozvíjení komunikace a spolupráce. Naopak za riziko, které ohrožuje pohodu a zdraví ve škole je

---

<sup>47</sup> Program Škola podporující zdraví. SZÚ [online], [cit. 2014-04-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi>>

<sup>48</sup> Co je program Škola podporující zdraví. SZÚ [online], [cit. 2012-12-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.program-spz.cz/co-je-program-skola-podporujici-zdravi>>

považována nepřiměřená zátěž, ať už příliš vysoká či nevhodná. Hlavní zásady programu ŠPZ se dělí do tří pilířů – pohoda prostředí, zdravé učení a otevřené partnerství (Havlínová 2006: 39 - 81).

Dotazovaní experti nebyli při hodnocení programu ŠPZ zcela jednotní. Shodli se však na tom, že určitý přínos tento program pro podporu zdraví dětí školního věku má. Jeho realizace má ale určité nedostatky, kterými se dále podrobněji zabývám. V každém případě vždy záleží na přístupu ředitele a pedagogů, jak tento program uchopí. ŠPZ se snaží zdravou výživu i pohybovou aktivitu řešit komplexně a mají to zapracované ve vzdělávacím programu. Dále se zaměřují na rizikové chování a jeho prevenci (Rozhovor - Dvořáková, Nejedlá).

- *„Do programu ŠPZ se hlásí ředitelé, kteří cítí, že je potřeba tuto oblast zdůrazňovat, chtějí proto něco udělat, takže dokáží potom motivovat svůj pedagogický sbor. Chápu, že to je komplexní záležitost.“* (Rozhovor Nejedlá)

ŠPZ se od jiných škol odlišují tím, jak se profilují. Jedná se o školy, které se koncepčně a systematicky zabývají podporou zdraví. Mají vypracovaný projekt na tři roky dopředu a k tomu prováděcí plány na jednotlivé roky, kterými se řídí. Při posuzování projektů se zkoumá především to, zda jsou dostatečně specifické, reálné, termínované a kontrolovatelné a vždy se porovnávají s reálnou situací ve škole. Při hodnocení se nezkoumá jen samotný projekt, ale také školní vzdělávací program, školní a klasifikační řády a minimální preventivní program. Měla by existovat propojenost mezi těmito dokumenty (Rozhovor Expert SZÚ).

Někteří respondenti označili tento program za „nejasný“ a „nečitelný“ – škola nic nedostane, ale hodně se toho po ní žádá (Rozhovor Expert NSPZ).

- *„S ŠPZ je to trochu podobný jako s Nemocnicemi podporujícími zdraví, mnoho lidí v těch nemocnicích o tom neví, že je součástí něčeho takového.“* (Rozhovor Hnilicová)

Za velký problém programu ŠPZ považují dotazovaní experti nedostatek financí, které za ním jdou. Většinou škola nedostane na realizaci programu žádné finance. V některých krajích (Vysočina, Ústecký, Jihomoravský a Královehradecký kraj) existuje finanční pomoc formou dotační titul pro ŠPZ. V každém z krajů tato podpora

funguje trochu jinak. Na druhou stranu se dá mnoho aktivit dělat nefinančně. V současné době je MŠMT vyhlášena výzva za 300 milionů pro zdravý životní styl a školy zapojené v síti ŠPZ by mohly v rámci této aktivity získat nějaké prostředky (Rozhovor – Expert SZÚ, Slavcová, Kernová).

- *„Jediné, co opravdu funguje, je vzdělávání celých sboroven, práce třídního učitele – na to jsou potřeba peníze, školy to mají samy ověřené, že je to neefektivnější.“* (Rozhovor Expert SZÚ)
- *Hodně škol se do toho projektu nehlásilo, protože na to nemají žádné peníze a proto, že na začátku je obrovská administrativa. Je velká řada škol, které to cítění mají stejné, dělají to stejně, akorát nejsou v tom programu.“* (Rozhovor Košťálová)

Další problém tohoto projektu, který byl nastíněn již výše, souvisí s náročnou administrativou. Vypracování projektu je časově náročné, trvá až rok a navíc mají školy povinnost provádět sebehodnocení, proto ještě musí vyplňovat hodnotící dotazníky (Rozhovor - Expert SZÚ, Hnilicová, Rážová).

Poslední studie zabývající se hodnocením dopadů programu ŠPZ proběhla v roce 2006 a ukázalo se, že program je efektivní. Některé principy ŠPZ proto byly zakomponovány do Rámcového vzdělávacího programu. Jedná se konkrétně o oblast Člověk a zdraví (více viz kapitola č. 8.3.2), která klade důraz na praktické dovednosti v modelových situacích a v každodenním životě školy (Rozhovor Expert SZÚ).

- *„Vzadu v rámcáku jsou přímo vyjmenované principy ŠPZ – to, že je to tam jen takhle vyjmenované, tak to ty školy mohou přejít a nevědí, co si pod tím představit.“* (Rozhovor Expert SZÚ)

### **8.3.1.2 Pohyb a výživa**

MŠMT ČR vyhlásilo v dubnu 2013 pokusné ověřování účinnosti programu Pohyb a výživa, který je zaměřený na *„změny v pohybovém a výživovém režimu žáků základních škol“* (Pokusné ověřování... 2013: 1). Dlouhodobým cílem programu je zlepšit chování žáků v oblasti pohybu a výživy a to jak ve škole, tak i mimo ni. Ověřování je zaměřené na první stupeň základních škol. Předpokládaným výstupem pokusného ověřování bude úprava koncepce tělesné výchovy, výuky o výživě a *„celkového pohybového*



*a výživového režimu školy tak, aby byla přínosná a atraktivní pro současnou generaci žáků“ (Pokusné ověřování... 2013: 1).*

Programu by se mělo účastnit 30 škol z devíti regionů ČR. Školy v síti ŠPZ do projektu nemohou být zapojeny. MŠMT na účel tohoto pokusného ověřování přidělilo částku 30 milionů Kč. Ověřování probíhá od roku 2013, kdy se začal projekt připravovat a ukončeno má být v roce 2015, kdy má dojít k jeho dokončení a vyhodnocení (Pokusné ověřování... 2013: 2 - 7). Začátek ověřování programu ve školách je naplánován na září tohoto roku (2014). Nyní je ve fázi přípravy, kdy jsou hotové metodické materiály a školy mají možnost se k nim vyjadřovat. Také probíhají různá školení a jiné akce, které mají školu na pokusné ověřování připravit (Rozhovor Košťálová, Dvořáková).

Jak už bylo zmíněno výše, tak cílem pokusného ověřování programu Pohyb a výživa je zjistit, jakým způsobem je možné do výuky a celkového kontextu školy více zapojit zdravou výživu a pohybové aktivity. Snahou je vést děti k využití volného času k pohybu, aby ho brali jako samozřejmost.

- *„Pohybová aktivita je v osnovách v rámci tělesné výchovy a je třeba ji rozšířit na každou hodinu, přestávku a vrátit přirozený pohyb dětí ve třídě...třeba i v matematice se dá vymyslet něco, že by to dítě skákalo, hopsalo.“ (Rozhovor Košťálová)*

Vzhledem ke komplexnímu přístupu programu Program Pohyb a výživa ke zlepšování životního stylu dětí je jeho cílem působit na děti i mimo školu – budou do něj zapojeny různé sportovní a jiné organizace, rodičům dětí budou domů chodit materiály související se zdravým způsobem života a podobně.

Školy, které jsou v síti ŠPZ, nemohou být do projektu zapojeny, protože některé prvky na zlepšení pohybových aktivit a správného stravování již mají zavedené. Experti si však myslí, že i přesto by se projektu mohly zúčastnit v podobě příkladů dobré praxe a přispět svými zkušenostmi v této oblasti. O možné spolupráci se jednalo mezi SZÚ a MŠMT, zatím však nedošlo ke konečné dohodě. Někteří dotazovaní experti vyslovili názor, že program Pohyb a výživa koliduje s projektem ŠPZ (Rozhovor - Kernová, Expert SZÚ).

- „Je tady už něco zpracovaného, co oni tam chtějí ověřovat. Ale měli by vycházet už z těchhle tezí těch Škol podporujících zdraví. My to víme, jaký je stav z HBSC, jak ta škola vypadá, takže by to spíš chtělo nějak implementovat to zapojení těch pohybových aktivit a nabídnout ty možnosti.“ (Rozhovor Kernová)

### 8.3.1.3 Projekt Ovoce do škol a Mléko do škol

Ovoce do škol je projekt EU, který byl v ČR zahájen ve školním roce 2009/2010. Jeho cílem je zvýšit spotřebu ovoce a zeleniny a tím dětem pomoci vytvářet správné stravovací návyky. Projekt se zaměřuje na žáky prvních až pátých tříd a spočívá v bezplatném dodávání ovoce a zeleniny do škol. V prvním roce fungování projektu v ČR se ho účastnilo 2 883 škol, což bylo 73 % dětí z cílové skupiny. Ve školním roce 2013/2014 počet zapojených škol stoupl na 3 530.<sup>49</sup>

- „Už máme 95 % všech ZŠ zapojených v projektu, asi 82 % všech dětí toho prvního stupně už je zapojeno.“ (Rozhovor Salavcová)

Hodnocení projektu dotazovanými experty bylo spíše negativní. A to především kvůli malé frekvenci podávání ovoce a zeleniny, které prakticky neumožňuje zlepšení stravovacích návyků a také v důsledku nevhodného výběru dodávaných potravin (Rozhovor – Nejedlá, Rážová, Salavcová). Odborníci se ale shodli na tom, že záměr projektu je dobrý, stejně jako v případě projektu Mléko do škol (viz níže).

- „Do škol jdou hlavně jablka, hrušky, švestky – pro děti je to jako brambora, není to vůbec zajímavé...Ale zase účelem školy je to, aby nabízela zdravou stravu i za cenu toho, že to děti nebudou jíst.“ (Rozhovor Nejedlá)
- „Nevím, jaký to má efekt, když děti dostanou jednou za čtrnáct dní buď ovoce, nebo zeleninu, to je nenaučí. Vím, jak to vypadalo, když děti hromadně dostaly víc věcí a pak se válelo ovoce kolem košů.“ (Rozhovor Expert SZÚ)

Mléko do škol je také evropským projektem, jehož garantem je v ČR Státní zemědělský intervenční fond. Podporuje děti v konzumaci mléčných výrobků a tím přispívá ke zlepšení stravovacích návyků. Projekt je pro mateřské, střední a základní

<sup>49</sup> Ovoce a zelenina do škol [online]. [cit. 2014-04-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.ovocedoskol.szif.cz/web/Default.aspx?id=1>>

školy.<sup>50</sup> Dotazovaní experti vyslovili opět nespokojenost s malou četností podávání mléčných výrobků a také s nedostatky z hlediska výživové hodnoty některých produktů (Rozhovor – Nejedlá, Rážová, Salavcová). Existuje však šance na zlepšení u obou zmíněných projektů v podobě lepší organizace a realizace

- *„Nejsou tam jen přírodní mléka nebo zakysané mléčné výrobky, ale i ochucená...Teď se chystá nová varianta, rezorty se domlouvaly mezi sebou, že by tam mohla být větší četnost. Rozvází to jedna firma vybraná Ministerstvem zemědělství. Otázka je, jestli by ředitel neměl dostat dotace a vybrat si lokálního dodavatele.“* (Rozhovor Rážová)

#### **8.3.1.4 Další vybrané projekty a programy podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu**

##### **Zdravá abeceda**

Zdravá abeceda je realizována pod záštitou občanského sdružení Aisis a je spolufinancována Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem ČR. Cílem projektu je, aby se děti postupně naučili přejímat odpovědnost za své rozhodování v otázkách životního stylu. Do tohoto procesu je nutné zapojit pomoc institucí a osob, které o ně pečují. Hlavními cíli Zdravé abecedy je prevence nadváhy a obezity, tím pádem i vzniku civilizačních chorob. Metodika projektu je postavena na čtyřech základních pilířích - zdravý pohyb, zdravá výživa, vnitřní pohoda a zdravé prostředí.<sup>51</sup>

Zdravá abeceda je zaměřena převážně na předškolní děti, ale probíhá i v ZŠ. Zavedení projektu do školních jídelen a družin provádí metodický tým. Projekt je nyní realizován ve Středočeském kraji, po testování je plánováno jeho rozšíření (Rozhovor Expert NSPZ).

- *„Co se týče pohybu a stravování, tak pro mne nejucelenější je ta Zdravá abeceda. Je to přes vychovatelky školních družin a kuchařky ve školních jídelnách, učitelé už toho mají nad hlavu, nemůžou všechno zachraňovat sami.“* (Rozhovor Expert NSPZ)

---

<sup>50</sup> Projekt mléko do škol [online]. 2012 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.ovocedoskol.biz/mleko-do-skol/?ovoce=mleko-do-skol.php>>

<sup>51</sup> Zdravá abeceda [online]. [cit. 2014-04-25]. Dostupné z WWW: <<http://stredoceska.zdrava-abeceda.cz/home>>

## **Zdravotní gramotnost**

Metodika programu vychází ze zkušeností získaných z projektu Zdravá abeceda. Semináře, organizované za účelem zvýšení zdravotní gramotnosti, vedou lektoři organizace NSPZ. Jedná se o cyklus sedmi seminářů, které probíhají v intervalu jednoho měsíce a podporují zdravotní gramotnost především v oblasti prevence civilizačních chorob. Cílem je *„reflexe životního stylu jednotlivce i rodinné jednotky a dohoda na případné změně.“*<sup>52</sup> Projekt je realizován partnerstvím Aisis, Unie center pro rodinu a komunitu a Filozofická fakulta Univerzity Karlovi v Praze a je spolufinancován EU a státním rozpočtem ČR<sup>52</sup>

Jedná se o projekt, který je zaměřen na dospělou populaci, ale z hlediska výchovy dětí ke zdravému životnímu stylu je zvýšení zdravotní gramotnosti jejich rodičů velice důležité (Rozhovor Expert NSPZ).

- *„Životní styl kopíruje dítě z domova, my se tady můžeme všichni strhnout, ale když ta rodina nebude fungovat...“* (Rozhovor Expert NSPZ)

## **Zdravá pětka**

Zdravá pětka je celorepublikový vzdělávací program, který je realizován nadačním fondem Albert. Zaměřuje se na zdravý životní styl a to především v oblasti zdravé výživy. Tento projekt je určen pro mateřské i základní školy. Lektoři Zdravé pětky žáky během dvouhodinového bloku seznamují se zásadami správného stravování. Cílem je motivovat děti k přijetí těchto základních principů zdravé výživy a jejich začlenění do každodenního života.<sup>53</sup>

- *„Jezdí po školách, učí děti jíst sirovou zeleninu a seznamovat je s ovocem a zeleninou a dalšími potravinami formou hry.“* (Rozhovor Rážová)

Spolu s nadací Albert na projektu spolupracuje NSPZ. Nejedná se však o jejich jediný společný projekt. Připravované projekty se vždy nejprve ozkouší ve vybraném kraji a potom se rozšiřují (Rozhovor Expert NSPZ).

---

<sup>52</sup>Zdravotní gramotnost. Gramotnost.cz [online]. 2013 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.gramotnost.cz/zdravotni>>

<sup>53</sup>Co je Zdravá pětka. Zdravá pětka [online]. 2012[cit. 2014-04-25]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdrava5.cz/co-je-z5>>

- „Holky (NSPZ) vždy vymyslí nějaký hezký projekt, který se realizuje ve škole. Ono se to zkouší a potom si to ten Albert vezme, proškolí lektory a jede to dál a holky vymyslí zas něco jinýho.“ (Rozhovor Expert NSPZ)

### **Vitaminátor a pět pokladů z babiččiny truhly**

Vitaminátor je jedním z dalších projektů, na kterých se spolu podílí NSPZ a Nadační fond Albert, který zajišťuje finanční podporu. Jedná se o interaktivní program pro podporu zdravé výživy, pohybu a zdravého životního stylu. Projekt je určen pro žáky 4. až 6. tříd ZŠ a probíhá během dvou vyučovacích hodin. Formou příběhu o mimozemšťanovi Vitaminátorovi jsou děti seznamovány se zásadami správného stravování a významem pohybu. Získané znalosti si děti na závěr ověřují kvízem. Rodičům jsou poskytovány informační brožury o tomto programu, jsou takto rovněž zapojeni do projektu.<sup>54</sup>

### **Pyramidáček**

Pyramidáček je vzdělávací program v oblasti zdravé výživy, který je určený především pro děti předškolního věku. Je podporován MZ ČR. Projekt je zaměřen na výuku správného stravování a podporu pohybových aktivit, a to formou hry, pohádek, soutěží a podobně. Pyramidáček se soustředí především na prevenci dětské obezity, která je v současné době závažným problémem.<sup>55</sup>

Projekt vznikl již v roce 2005. Děti se učili potravinovou pyramidu se čtyřmi patry, v zásadě se jednalo o čtyři lekce zdravé výživy roztažené do celého školního roku, neboť byly spojené s mnoha úkoly. V nedávné době SZÚ k tomuto projektu pořádal seminář, o který byl veliký zájem.

- „Je to pro školky, ale bylo to i pro první stupeň, ale to už nebylo tolik rozšířené, protože pak vznikl ten RVP. Děti se k tomu měly vracet v průběhu celého roku, ale kvůli RVP to nejde - jsou tam různé oblasti a kompetence, kterých musí dosahovat. Takže je na učitelce, aby si z toho vybrala, co se jí bude líbit, ale už to nebude takový komplet.“ (Rozhovor Košťálová)

<sup>54</sup> Vitaminátor a pět pokladů z babiččiny truhly. NSPZ [online]. 2013 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z WWW: <<http://nspz.cz/projekty/>>

<sup>55</sup> Pyramidáček [online]. 2006 [cit. 2014-04-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.pyramidacek.cz/index.html>>

### **Uzdrav svůj školní automat**

SZÚ, Společnost pro výživu a MZ ČR nyní spolupracují na projektu za účelem „ozdravení“ školních automatů. Cílem je poskytnout školám určité vedení týkající se potravin, které by měly být dostupné ve školních bufetech a automatech. Je nutné stanovit normu pro to, jak má vypadat zdravá svačina a jaký sortiment by měl být podáván ve školních automatech (Rozhovor - Krunclová, Košťálová).

- *„Chtějí stanovit nějakou normu na to, jak má vypadat ta svačina a vybrat z toho sortimentu co na tom trhu je a prosadit ten sortiment, co tam chceme (omezit nezdravé potraviny).“ (Rozhovor Košťálová)*

### **Soutěž O nejlepší školní oběd**

V letošním roce (2014) proběhne již pátý ročník soutěže O nejlepší školní oběd pořádané Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (dále jen VZP). Soutěž probíhá v rámci preventivního projektu VZP „Žij zdravě“ pod záštitou MŠMT ČR, Magistrátu hlavního města Prahy a ve spolupráci se Společností pro výživu.<sup>56</sup> Do soutěže se mohou přihlásit školy z celé ČR a jejím smyslem je „ukázat, že školní stravování je zásadní a účinnou silou v boji proti dětské obezitě a svým každodenním působením motivuje děti ke zdravému způsobu stravování“<sup>57</sup>

- *„VZP každoročně podporuje soutěž, kde soutěží týmy kuchařů a kuchařek z jednotlivých škol a hodnotí je odborná komise (včetně dětí) – hodnotí se obědové menu. Musí to být jídlo, které je běžně vařeno v jídelničce.“ (Rozhovor Rážová)*

### **Národní síť podpory pohybové aktivity**

Národní síť podpory pohybové aktivity (HEPA – „European network for the promotion of health-enhancing physical activity“) je projektem WHO. Jedná se o sdružení subjektů, které mají zájem o problematiku pohybové aktivity a zdraví. Partnery tohoto projektu v ČR jsou Národní síť zdravých měst, NSPZ a Platforma pro aplikace, výzkum a inovace. Jeho realizací se zabývá Katedra rekreologie Fakulty tělesné kultury a Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Dotace na tento

<sup>56</sup> Soutěž o nejlepší školní oběd již zná své vítěze! Žij zdravě [online]. 2013 [cit. 2014-04-27]. Dostupné z WWW: <[<http://www.zijzdrave.cz/klub-zij-zdrave/soutez-o-nejlepsi-skolni-obed/](http://www.zijzdrave.cz/klub-zij-zdrave/soutez-o-nejlepsi-skolni-obed/)>>

<sup>57</sup> Soutěž O nejlepší školní oběd 2014. Společnost pro výživu [online]. 2013 [cit. 2014-04-27]. Dostupné z WWW: <[<http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-aktuality/soutez-o-nejlepsi-skolni-obed-2014.html](http://www.vyzivaspol.cz/rubrika-aktuality/soutez-o-nejlepsi-skolni-obed-2014.html)>

projekt jdou z Evropského sociálního fondu a MŠMT ČR. Součástí činnosti sítě je organizace workshopů, seminářů, konferencí, vydávání odborných publikací a podobně. Projekt zdůrazňuje důležitost meziresortní spolupráce v oblasti zvyšování pohybové aktivity obyvatelstva. Mezi klíčové aktivity projektu patří odborné stáže studentů v ČR i v zahraničí, vytvoření národní sítě podpory pohybové aktivity či vzdělávání akademických pracovníků.<sup>58</sup>

Jedná se o velice komplexní projekt, takže provázanost mezi jednotlivými partnery je velká. Univerzita Palackého v Olomouci je v tomto ohledu vůdčím článkem, který podle dotazovaných expertů funguje velmi dobře.

- „*Je tam ta Olomouc - Hamřík, Kalman, celá katedra jsou velice schopní a mají zájem.*“ (Rozhovor Hnilicová)

### **8.3.2 Podpora zdraví jako součást Rámcového vzdělávacího programu**

V podpoře zdraví a výchově dětí ke zdraví hraje významnou roli škola (Komárek 2011: 79). Z tohoto důvodu je podpora zdraví součástí Rámcového vzdělávacího programu a téměř všechny výše zmíněné programy podpory zdraví se snaží ovlivňovat děti směrem ke zdravému životnímu stylu prostřednictvím této instituce. Vzdělávací programy by měly být „*pozitivně stimulující, u dítěte posilovat důvěru, jistotu, pocit bezpečí, vytvářet podmínky pro jeho seberealizaci.*“ (Komárek 2011: 79). Pobyt ve škole a školní práce představují pro děti určitý druh zátěže. Pokud je přiměřená věku dítěte a jeho schopnostem, pak napomáhá zdravému vývoji. V případě nadměrné zátěže však může být zdravý vývoj dítěte ohrožen (Komárek 2011: 79).

RVP má v sobě obsažené některé prvky podpory zdraví v rámci vzdělávací oblasti Člověk a zdraví, která „*přináší základní podněty pro ovlivňování zdraví..., s nimiž se žáci seznamují, učí se je využívat a aplikovat ve svém životě*“ (Jeřábek, Tupý et al 2007: 64). Cílem je vést žáky k pochopení hodnoty zdraví, významu prevence, seznámit je s riziky, které jejich zdraví ohrožují a tím jim pomoci osvojit si chování, různé dovednosti a také rozhodování, které zachovává a posiluje zdraví člověka. Úkolem vzdělávací oblasti Člověk a zdraví je dále učit žáky zodpovědnosti ke svému zdraví, ale i ke zdraví jiných. Důležité je také klást důraz na praktické dovednosti

---

<sup>58</sup> Národní síť podpory pohybové aktivity [online]. [cit. 2014-04-26]. Dostupné z WWW: <[http://www.hepa.upol.cz/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=1](http://www.hepa.upol.cz/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1)

a schopnost jejich aplikace v každodenním životě. Proto je nutné, aby „*celý život školy byl ve shodě s tím, co se žáci o zdraví učí a co z pohledu zdraví potřebují*“ (Jeřábek, Tupý et al 2007: 64). To v ČR zcela nefunguje. Již jsem se zmínila o problematice automatů s nezdravými potravinami a nápoji, které vytváří určitý rozpor mezi tím, co se děti učí a jaká je reálná situace (více viz kapitola č. 7.5). Obsah vzdělávací oblasti Člověk a zdraví je realizován v rámci vzdělávacích oborů výchova ke zdraví a tělesná výchova, do které je zahrnuta také zdravotní tělesná výchova.

- „*Je tu výchova ke zdraví a tělesná výchova. Jedná se o komplexní vzdělávání žáků v problematice zdraví.*“ (Rozhovor Dvořáková)

Výchova ke zdraví se snaží vést žáky ke zdravému způsobu života, přičemž bere v úvahu sociální, psychickou i fyzickou složku zdraví a učí žáky být za ně zodpovědní. Žáci si v rámci tohoto předmětu upevňují zdravotně-preventivní návyky, jako je například správné stravování a rozvíjí si mnoho dalších dovedností spojených s předcházením rizikového chování (Jeřábek, Tupý et al 2007: 64). V rámci výchovy ke zdraví rezort MŠMT spolupracuje s odborníky z MZ ČR při přípravě materiálů a odborných podkladů, ze kterých je možné při výuce předmětu vycházet (Rozhovor Rážová). MŠMT podporuje celorepublikový seminář Fórum výchovy ke zdraví, který je určen pro pedagogy a organizace, které se touto oblastí zabývají (Rozhovor Salavcová). Zde jsou prezentovány poznatky týkající se životního stylu a podpory zdraví v EU a v ČR. Zároveň jsou na seminářích diskutovány možnosti, jak lze ovlivnit životní styl a zdravotní stav dětí.<sup>59</sup>

Tělesná výchova směřuje jak ke zjištění pohybových možností a zájmů dítěte, tak k poznání účinků pohybu na tělesnou zdatnost a duševní i sociální pohodu (Jeřábek, Tupý et al 2007: 64). Jejím cílem je, aby měli děti radost z pohybu, utvářel se u nich kladný vztah k pohybovým aktivitám a aby byly rozvíjeny všechny složky tělesné zdatnosti a to bez stresu a obav z neúspěchu. V rámci vzdělávacího programu pro základní vzdělávání je tělesná výchova chápána velice komplexně, což je nutné prosadit i v praxi (Kubátová, Machová 2009: 55).

---

<sup>59</sup> Fórum výchovy ke zdraví [online]. 2011 [cit. 2014-04-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.forum-zdravi.cz/>>



## **8.4 Současná situace politiky podpory zdraví dětí školního věku v ČR a její hodnocení**

Podle zjištěných informací v České republice není kladen příliš velký důraz na podporu zdraví obecně, ani na děti a mladistvé, i když se jedná o rizikovou skupinu v této oblasti.

- *„Mám takový názor, že u nás podpora zdraví téměř neexistuje, to je ten problém. Potom ani podpora zdraví pro děti speciálně není téma, které by bylo veřejně artikulované.“* (Rozhovor Hnilicová)

Celkové hodnocení současné situace v oblasti podpory zdraví dotazovanými respondenty bylo převážně negativní. V ČR nejsou využity všechny možnosti prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví (Zdraví 2020 2014: 9).

- *„Podpora zdraví je u nás nastavena naprosto špatně, nevhodně, naprosto nedocenená...No je to strašně smutný, mě je z tohohle hrozně líto.“* (Rozhovor Šteflová)

V důsledku negativního vývoje podpory zdraví v ČR (více viz kapitola č. 8.1) se její aktivity z českého prostředí téměř vytratily. Proto je potřeba začít od začátku. Na národní úrovni tato oblast zdravotní politiky v minulosti nebyla dostatečně podporována. Byla vnímána jako něco nepotřebného a nadbytečného, proto to byla „nejubitější“ oblast ze sektoru zdravotnictví (Rozhovor - Hnilicová, Nejedlá, Šteflová).

- *„Za posledních šest let, jestli někde došlo k výrazné redukci lidských kapacit a financí, tak to bylo přesně v tomhle systému.“* (Rozhovor Rážová)
- *„V ČR dělá podporu zdraví osmnáct lidí na celých deset milionů, to je jen ukázka toho, jak je to podceněné. Takovým zvláštním nesystémovým způsobem se tady s tím nakládá.“* (Rozhovor Šteflová)

V současné době je v ČR šest dislokovaných pracovišť, která patří pod SZÚ a kde se „dělá“ podpora zdraví. Po již zmiňovaném sloučení zdravotních ústavů zůstaly pouze dva se sídlem v Ústí nad Labem a Ostravě (Rozhovor - Hnilicová, Rážová). Dá se říci, že dnes v ČR **neexistuje ani „potencionálně celostátní veřejná infrastruktura, kde by se podpora zdraví mohla systematicky a celoplošně rozvíjet“** (Dobiášová, Hnilicová 2012: 5).

- *„V takové situaci jsem dneska – infrastruktura podpory zdraví byla rozvrácena a dneska jsou snahy, abychom se z téhle krize nějak dostali. Díky tomu, že nastoupil nový hlavní hygienik MUDr. Valenta a nový ansámbl vedoucích pracovníků, je nová politika Zdraví 2020, tak je tady naděje.“* (Rozhovor Kříž)

Dotazovaní experti se shodli na tom, že dnes existuje politická vůle ke zlepšení situace v oblasti podpory zdraví, což je velice důležité. Dá se říci, že v ČR pozvolna dochází k tomu, že si političtí představitelé začínají uvědomovat odpovědnost za zdraví populace, což je v souladu s konceptem zdravé veřejné politiky (viz kapitola č. 4.3). Jako veliký přínos označili experti nástup MUDr. Valenty na pozici hlavního hygienika a také nové vedení sekce ochrany a podpory veřejného zdraví na MZ. Podle dotazovaných odborníků se na tyto pozice dostali lidé, kteří se snaží podporu zdraví více prosadit a změnit její vnímání. A to směrem k tomu, že se nejedná jen o okrajovou záležitost MZ, ale o oblast působení pro všechny rezorty, což u nás příliš nefunguje (Rozhovor – Expert NSPZ, Hnilicová, Šteflová, Rážová). Podpora zdraví by měla být podle MUDr. Kernové celospolečenskou vizí, „stříškou“ nad všemi rezorty

- *„Na místo hlavního hygienika se dostal člověk, který s tím chce něco udělat. Takže v tom vidím nějakou pozitivní budoucnost. Myslím, že už máme nejhorší za sebou. Horší už to být nemůže.“* (Rozhovor Hnilicová)

Odborníci zabývající se podporou zdraví tedy vyjádřili názor, že existují pozitivní vyhlídky do budoucna. Je snaha revitalizovat podporu zdraví, ale je jasné, že bez lepšího personálního zajištění a většího objemu finančních prostředků to není možné. Je nezbytné využít politickou vůli a shodu, která nyní panuje, k pozvednutí podpory zdraví a zakotvení jejích mechanismů (Rozhovor - Nejedlá, Rážová).

- *„Udělalí jsme nějaké návrhy na rozpočet, tak se v posledním období podařilo malinko navýšit některé ty věci a podařilo se opravdu připravit strategii Zdraví 2020. Víme, že důležitým nástrojem je financování, takže hledáme zdroje.“* (Rozhovor Rážová)

Zdroje na podporu zdraví jdou ze státního rozpočtu a Strategie Zdraví 2020 je předpokladem pro čerpání prostředků z EU – počítá se především s financemi z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Za účelem zlepšení situace v oblasti podpory zdraví se podařilo vytvořit politické nástroje. Finance vydávané na

projekty podpory zdraví se zvýšily v roce 2014 z jednoho na tři miliony, což je v porovnání s rokem 1993 stále zanedbatelná částka, ale alespoň k nějaké pozitivní změně v této oblasti došlo (Rozhovor - Nejedlá, Rážová).

#### **8.4.1 Hlavní problémy spojené s politikou podpory zdraví dětí školního věku v ČR**

Po celkovém zhodnocení současného stavu politiky podpory zdraví v ČR a vyhlídkách do budoucnosti se budu věnovat nejzávažnějším problémům v této oblasti, které jsou totožné pro podporu zdraví se zaměřením na děti školního věku, ale i s realizací této oblasti zdravotní politiky na obecné úrovni. Hlavní problémy jsem identifikovala za pomoci literatury týkající se tématu mé práce a rozhovorů s experty. Tyto nedostatky podpory zdraví jsou způsobeny jejím vývojem v ČR a některé z nich byly nastíněny již výše. V ČR neustále převažuje tendence vydávat prostředky více na léčení již vzniklých nemocí než na jejich prevenci a na podporu zdraví, s čímž souvisí mnoho problémů, které tuto oblast zdravotní politiky sužují (Rozhovor Nejedlá).

- *„MZ pokládá svojí zodpovědnost hlavně za vyléčení nemocných lidí.“* (Rozhovor Kříž)

Zdraví v ČR není chápáno v jeho širších souvislostech, což je nutné změnit. Aby došlo ke zlepšení zdravotního stavu populace, tak je nezbytné se posunout od **medicínského pojetí zdraví**, které u nás převažuje k sociálnímu (viz kapitola č. 4.1), jenž bere v úvahu i determinanty zdraví. Koncept sociálních determinant je dobře znám v akademickém prostředí, ale v přístupu zdravotnictví k obyvatelům se příliš neprojevuje.

- *„Stát musí dát najevo, co je pro něj opravdu prioritou, oni o tom pořád mluví, melou. Říkají, jak je prevence důležitá, ale jediný co pak řeší je provoz nemocnic a zdravotní péči.“* (Rozhovor Frágnerová)

Dále u nás stále převládá přesvědčení, že každý jedinec má odpovědnost za své zdraví a svůj životní styl (Dobiášová, Hnilicová 2012: 4). Tento aspekt je v rámci podpory zdraví důležitý, ale **individuální zodpovědnost za zdraví** by měla být doplněna také o společenskou, kterou vymezují v hodnotových východiskách své práce (viz kapitola č. 3). V souladu s tímto pojetím odpovědnosti za zdraví je účast veřejnosti

v procesu podpory zdraví, která je žádoucí z hlediska prosazování zdravé veřejné politiky. V ČR však tyto aspekty nejsou dostatečně podporovány.

Mezi hlavní problémy spojené s politikou podpory zdraví obecně, i dětí školního věku patří především **nedostatečné financování**, které bylo od 90. let výrazně redukováno. Finanční podpora projektů byla v roce 1993 35 milionů Kč, do roku 2009 klesla na 5 milionů a o dva roky později činila pouze 1 milion (Tušková 2012: 159). Jak již bylo zmíněno, v letošním roce se tyto finance podařilo navýšit na 3 miliony Kč (Rozhovor Nejedlá). Prostředky na podporu zdraví a v rámci této oblasti realizované projekty lze získat několika způsoby. Existuje příspěvek státu na aktivity vyplývající ze zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, další možností je dotační program MZ ČR Národní program zdraví – projekty podpory zdraví. Finance je možné získat rovněž formou dotací a grantů jiných výběrových řízení MZ i ostatních ministerstev a také z dotací od jednotlivých krajů. Prostředky na preventivní aktivity poskytují dále zdravotní pojišťovny z fondu prevence a při splnění určitých podmínek je možné čerpat peníze ze strukturálních fondů EU (Rážová 2008).

Výdaje na ochranu a podporu zdraví v období od roku 2002 do roku 2012 poklesly o 42 % a jednalo se o jediné snížení financí v celém zdravotnickém sektoru. Největší pokles zaznamenaly ZÚ, které prakticky přestaly být financovány ze státního rozpočtu. Celkové výdaje na zdravotnictví v tomto období naopak vzrostly, a to o 67 %. Když se zaměříme komplexně na tuto situaci, tak relativní podíl finančních prostředků na systém ochrany a podpory veřejného zdraví klesl z celkových výdajů na zdravotnictví z 1,32 % ve sledovaném období na 0,46 % (Přílohy koncepce... 2013: 29, 30).

**Tabulka č. 4: Vývoj financování systému orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví (2002 – 2012) v milionech Kč**

Rok	KHS	ZÚ	SZÚ	Celkem HS <sup>60</sup>
2002	1 503	x	279	2 280
2003	1 256	582	370	2 207
2004	1 288	599	350	2 237
2005	1 292	587	329	2 208
2006	1 303	616	317	2 236
2007	1 356	588	291	2 234
2008	1 439	60	317	1 816
2009	1 403	22	304	1 728
2010	1 307	10	235	1 552
2011	1 144	14	203	1 361
2012	1 142	5	175	1 322
<b>Celkem pokles o</b>	<b>24 %</b>	<b>99 %</b>	<b>37 %</b>	<b>42 %</b>

*Zdroj: Přílohy koncepce hygienické služby 2013 (upraveno autorkou)*

Důvodem snížení objemu financí vydávaných na podporu zdraví bylo její podcenění a snahy MZ ČR převést její realizaci ze státních institucí pouze na NO. Tím se rozbila fungující síť podpory zdraví. Proto je třeba opět více investovat do této oblasti, aby došlo k jejímu obnovení (Rozhovor Nejedlá). Redukce finančních prostředků je v rozporu s principy zdravé veřejné politiky (viz kapitola č. 4.3), která naopak nabádá ke zvýšení výdajů vynakládaných na podporu zdraví. Tím má dojít ke zlepšení celkového zdravotního stavu obyvatelstva.

Dalším závažným problémem je úbytek pracovníků v oblasti podpory zdraví, na který jsem již několikrát upozorňovala. Tato oblast zdravotní politiky v ČR je **nedostatečně personálně zajištěna**. Celkem v systému orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví došlo od roku 2002 do roku 2011 k poklesu personálního zajištění o 43 %, což je opravdu razantní změna. Největší úbytek pracovních sil zaznamenaly ZÚ, a to o celých 56 % (Přílohy koncepce... 2013: 27, 28). V tabulce č. 4

<sup>60</sup> Hygienická služba

je uveden celkový počet zaměstnanců systému orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví. Jen malá část z nich se však zabývá speciálně podporou zdraví.

**Tabulka č. 5: Vývoj personálního zajištění systému orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví (2002 – 2011)**

Rok	KHS	ZÚ	SZÚ	Celkem HS	MZ sekce HH <sup>61</sup>
2002	3 083	x	695	6 457	x
2003	2 841	2 622	661	6 124	80
2004	2 900	2 585	663	6 148	74
2005	2 858	2 528	657	6 043	61
2006	2 814	2 457	592	5 864	68
2007	2 773	2 342	584	5 699	65
2008	2 510	1 542	620	4 672	57
2009	2 419	1 418	546	4 383	56
2010	2 336	1 308	459	4 103	50
2011	2 095	1 155	438	3 688	51
<b>Celkem pokles o</b>	<b>32%</b>	<b>56%</b>	<b>37%</b>	<b>43%</b>	<b>36%</b>

*Zdroj: Přílohy Koncepce hygienické služby 2013 (upraveno autorkou)*

Souvisejícím problémem je **nedostatečné**, v některých případech i chybějící **vzdělání pracovníků podpory zdraví**. Jedná se o volnou životnost, která není vázána na vzdělání, proto ji může provozovat téměř kdokoliv. Na trhu je proto mnoho poraden, které nejsou vedeny odborníky. V oblasti konzultací je dán velký prostor komerčním zájmům (Rozhovor - Kernová, Šteflová).

- „Zaplňuje se to téma šarlatanáma a vědecky minimálně vzdělanými, každý si za víkend udělá kurz a je expertem a tohle je teda tragédie.“ (Rozhovor Šteflová)

V ČR není věnována dostatečná pozornost vzdělávání pracovníků v podpoře zdraví, které naopak na mezinárodní úrovni nabývá na důležitosti (Dobiášová, Hnilicová 2012: 4, 5). Problému nedostatečného vzdělávání se věnuje Zdraví 2020, jehož cílem je více rozvíjet odborné vzdělávání spojené s prevencí, podporou a

<sup>61</sup> Sekce Hlavního hygienika na MZ ČR

ochranou zdraví (Zdraví 2020 2014: 23) Je tedy patrné, že tvůrci strategie si jsou vědomi tohoto problému a snaží se ho řešit.

Velkým nedostatkem v oblasti podpory je **roztržitost realizovaných projektů**. Díky již zmíněné nedostatečné infrastruktuře podpory zdraví v ČR jsou většinou doménou neziskových organizací či občanského sektoru, což vede k jejich **nekoordinovanosti** a častým duplicitám (Dobiášová, Hnilicová 2012: 4-10).

- „*NO si musí na sebe vydělat, i když to může myslet dobře, tak realizuje jen to, co chce nebo o co je požádána bez ohledu na to, co je potřeba řešit.*“ (Rozhovor Nejedlá)

Dotazovaní experti potvrdili, že podpora zdraví a realizace jednotlivých projektů a programů v této oblasti v ČR je nedostatečně koordinovaná. Neexistuje jednotící koncepce, proto lze pozorovat již zmíněnou roztržitost způsobenou množstvím témat, na které se projekty zaměřují (Rozhovor - Hnilicová, Košťálová). Omezené finanční prostředky vynakládané na projekty podpory zdraví se tak přerozdělují a vkládají do mnoha projektů, i když dobře provedená a jednotná celostátní kampaň by mohla být mnohem efektivnější (Dobiášová, Hnilicová 2012: 4). Podle odborníků je lepší variantou zaměřit se na menší počet témat v dlouhodobější perspektivě (Rozhovor Hnilicová, Košťálová).

- „*Chybí možnost to nějak manažersky uchopit, aby se řeklo – tohle je pro stát prioritní a budeme koordinovaně postupovat.*“ (Rozhovor Rážová)
- „*Většinou jsou ty projekty malé, nejsou celoplošné, nejsou vůbec vidět.*“ (Rozhovor Hnilicová)

Regionální projekty bývají velice kvalitní, ale „*je to pouze takový výkřik do tmy*“ (Rozhovor Expert NSPZ). O jejich realizaci ví jen omezený okruh lidí, nejsou celostátní, což je v rozporu s principy Ottawské charty (Dobiášová, Hnilicová 2012: 4). Podle MUDr. Hnilicové je důležité, aby projekty vedli profesionálové. Pro efektivitu a úspěšnost projektů by bylo vhodné využívat prostředky ze sociálního marketingu a také příklady dobré praxe z ciziny (rozhovor Hnilicová).

- „*NO často nejsou profesionální. Je tam dobrý úmysl, ale realizace pokulhává...Řekla bych, že SZÚ je na to lépe připraven. Chce to přesnou*

*metodiky, tomu by se měla věnovat větší pozornost. Než jít cestou mnoha a mnoha projektů, lépe jedna velká kampaň.“ (Rozhovor Hnilicová)*

K celkovému zlepšení situace v oblasti podpory zdraví v ČR je nutné ji více zviditelnit. Zde se otevírá prostor pro využití médií (koncept politické komunikace a nastolování agendy – viz kapitola č. 4.4), neboť ta mají schopnost ovlivňovat vnímavost občanů k důležitosti témat. Ve veřejném prostoru by se toto téma mělo více diskutovat, ale tak, aby bylo srozumitelné pro všechny a podložené fakty. Osvětu by měla doprovázet příslušná legislativní opatření (Rozhovor Nejedlá).

- *„Když budete chtít zlepšit stravovací zvyklosti, tak by to znamenalo zatížit vyšší daní tzv. nezdravé potraviny.“ (Rozhovor Nejedlá)*

Je tedy nezbytné se zaměřit na **celostátní kampaně**, o kterých jsem se zmínila již v rámci kapitoly č. 7.6 věnované možnostem zlepšování životního stylu dětí školního věku. Česká televize je ochotna bezplatně produkovat dobře připravené kampaně, proto tudy může vést cesta ke zviditelnění podpory zdraví v ČR. Zatím však nebylo dostatečně příznivé klima na vytvoření těchto aktivit (Rozhovor Kříž).

#### **8.4.1.1 Nesoulad politiky podpory zdraví v ČR na úrovni WHO a EU**

Dotazovaní experti se shodli na to, že WHO a EU představují velikou podporu pro realizaci podpory zdraví v ČR v podobě vydávaných strategických dokumentů, o které se lze v této oblasti zdravotnictví opřít. Tyto organizace také udávají hlavní témata, kterými by se politika podpory zdraví měla zabývat, i když v každé zemi evropského regionu je situace nepatrně odlišná (Rozhovor Rážová). Tyto nadnárodní organizace jsou jistě přínosem pro politiku podpory zdraví v ČR. WHO však nemá mandát direktivy, proto může dávat členským státům pouze doporučení a vyzývat je k akci.

- *„Nemáme nástroje, jak bychom tady toho ministra něco donutili udělat, ale jsou pořád nějaký dotazníky a reporty...Takže když se to ministerstvo chystá na akci a musí tam jet nějaký zástupce, tak to vždycky ten barák oběhne a musí se k tomu nějak vyjádřit, musí se z toho vylhat a přece jen v těch hlavách něco ulpí.“ (Rozhovor Šteflová)*

Podle Ottawské charty by se měla podpora zdraví realizovat pomocí následujících strategií - **tvorba zdravé veřejné politiky, vytváření příznivého**



**prostředí pro její realizaci, posílení aktivit na místní (komunitní) úrovni, rozvoj osobních dovedností lidí a přeorientování zdravotnických služeb, a to právě směrem k podpoře zdraví a prevenci.** Z tohoto pojetí je patrná snaha propojit v rámci podpory zdraví politickou, společenskou a ekonomickou oblast života (Katz, Peberdy 2003: 6,7 dle Hnilicová). Opatření směřující k ochraně a podpoře zdraví se proto musí týkat celé společnosti a měla by být realizována mezirezortně, tedy i mimo zdravotnický rezort, a to jak ve veřejném, tak i soukromém sektoru (Dobiášová, Hnilicová 2012: 2).<sup>62</sup> Na výše zmíněné základní principy podpory zdraví WHO i EU upozorňují téměř ve všech strategiích a politikách v této oblasti. ČR se k jejich plnění zavazuje v rámci přijatých strategických dokumentů týkajících se podpory zdraví (viz kapitola č. 8.2), realita je však odlišná. ČR nejedná v souladu se základními principy podpory zdraví prosazovanými WHO a EU. Tento problém je jedním z klíčových nedostatků politiky podpory zdraví u nás, což mi potvrdila většina dotazovaných expertů.

- *„Určitě nejednáme v souladu. Myslím si, že ten mezirezortní charakter na té národní úrovni je velice vágní nebo spíš vůbec, to je to gró toho nepochopení. Nějaké ty Rady zdraví to vůbec nefungovalo, a ani se nescházely.“* (Šteflová)

Na nadnárodní úrovni je zdůrazňována důležitost mezirezortního pojetí podpory zdraví, v čemž vidím hlavní nesoulad. Jak jsem naznačila již výše, v českém prostředí se nedá příliš hovořit o „zdravé veřejné politice“, která je založena na meziresortním principu a je jedním z hlavních předpokladů dobrého fungování podpory zdraví a tím pádem ani o propojení společenské, politické a ekonomické oblasti.

- *„WHO upozorňuje na to, že je to mezirezortní problém, musí se o to starat Ministerstvo práce a sociálních věcí, životního prostředí, obrany, vnitra...V praxi to u nás nefunguje. I když ten minulý program Zdraví 21 byl takhle komponován, ale u těch ostatních rezortů to sklouzlo do naprostých formalit.“* (Rozhovor Kříž)

Již v hodnotových východiskách práce jsem se zmínila o tom, že WHO usiluje o co nejširší pojetí zdraví. Vychází ze socio-ekologického modelu, který bere v úvahu také determinanty zdraví. V tomto bodě vidím další rozpor mezi chápáním podpory

---

<sup>62</sup> Tento odstavec je převzatý z kapitoly 6.1 Vymezení pojmu podpory zdraví, pro větší přehlednost a srozumitelnost ho zde uvádím znovu.

zdraví v ČR a tím, jak je vnímána na mezinárodní úrovni. U nás převládá spíše medicínské pojetí, jak jsem vysvětlila výše. Nejvíce prostředků a největší zájem politické veřejnosti je stále o léčbu nemocí, proto u nás nedošlo k přeorientování zdravotnických služeb směrem k prevenci a podpoře zdraví. O nezájmu o determinanty zdraví vypovídá například již zmíněné programové prohlášení vlády Petra Nečase, které sociální či ekonomické podmínky nedává do vztahu se zdravím.

Ottawská charta doporučuje posílení aktivit podpory zdraví na místní úrovni. Vzhledem k výraznému poklesu počtu lidí pracujících v ČR v této oblasti a jejich nerovnoměrnému rozmístění je to u nás velice složité. Celková reorganizace orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví byla v rozporu s tímto principem WHO. Paradoxně se však dá říci, že aktivity podpory zdraví v ČR, i přes její nedostatečnou infrastrukturu, fungují lépe na regionální než na národní úrovni. Dobrým příkladem je projekt Zdravých měst, který dotazovaní experti považují za velice prospěšný z hlediska podpory zdraví obyvatelstva.

- *„Ten region a především ta komunitní, lokální úroveň jsou té meziresortní spolupráci daleko víc nakloněni a otevřeni, protože to tam ty lidé víc vidí – když udělají nějaké opatření ve školní jídelně nebo si budou hlídat přechody, tak vědí, že tam mají vlastní děti a že je to pro ně.“ (Rozhovor Šteflová)*

## Závěr

Ve své práci se zabývám podporou zdraví v oblasti stravování a pohybu ve vztahu k dětem školního věku, kterou zasazuji do kontextu celkové politiky podpory zdraví na mezinárodní a národní úrovni. Důležitým mezníkem v této oblasti zdravotní politiky byla Ottawská charta, která formulovala základní předpoklady podpory zdraví a strategie k jejich dosahování. Podle charty podpora zdraví lidem umožňuje zvyšovat kontrolu nad determinantami a tím zlepšovat své zdraví. Velký důraz je kladen na mezirezortní spolupráci a propojení společenské, ekonomické a politické oblasti života za účelem zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Cílem aktivit v této oblasti zdravotní politiky je zdravý životní styl. Mezi hlavní prvky podpory zdraví patří prevence, výchova ke zdraví, jejímž cílem je zvyšování zdravotní gramotnosti a zdravá veřejná politika neboli veřejná politika podporující zdraví, která je jednou ze strategií vhodných k prosazování základních principů podpory zdraví.

Právo na zdraví je obsaženo v Listině základních práv a svobod, na kterou odkazuje Ústava České republiky. Zdraví je zde považováno za základní hodnotu lidského života. Podporou a ochranou veřejného zdraví v ČR se podrobněji zabývá Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, kde jsou vymezeny základní pojmy související s touto oblastí a působnost a pravomoci soustavy orgánů ochrany a podpory veřejného zdraví. Mezi další právní předpisy, které určují legislativní rámec podpory zdraví v ČR, patří například Zákon č. 115/2001 Sb., o podpoře sportu či Zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích.

Nejvýznamnějšími nadnárodními organizacemi v souvislosti s podporou zdraví jsou WHO a EU, které při vývoji podpory zdraví sehrávají velice důležitou roli. V dnešní době je nejvýznamnějším dokumentem, který zaštiťuje podporu zdraví na mezinárodní úrovni, strategie WHO Zdraví 2020. Ta navazuje na program Zdraví pro všechny ve 21. století, který udával směr podpory zdraví v předchozím období. Dalším důležitým dokumentem je Vídeňská deklarace, která upozorňuje na nárůst nadváhy a obezity, a to především u dětí. Toto téma se stalo prioritou WHO i EU současné doby. Za účelem řešení dětské obezity vznikl EU Akční plán proti dětské obezitě, který je společnou iniciativou těchto dvou organizací. Zdraví dětí obecně patří k nejdůležitějším tématům podpory zdraví na mezinárodní úrovni. WHO napomáhá v rámci „Global school health initiative“ k rozvoji programů podpory zdraví ve školách a rozvoji sítě škol podporujících zdraví. Specificky zaměřeným rámcem pro oblast veřejného zdraví

na úrovni EU je Bílá kniha: Společně pro zdraví, kde byla zdůrazněna nutnost podporovat zdraví dětí a mladistvých. Evropská komise za tímto účelem zřídila iniciativu pro zdraví mládeže. Rámec pro aktivity v oblasti podpory zdraví na úrovni EU v současné době poskytuje program Zdraví pro růst.

Jedním z výzkumných cílů mé práce byla identifikace hlavních problémů spojených s životním stylem dětí v ČR v oblasti stravování a pohybu. Dotazování expertů mi potvrdilo, že nesprávná výživa a nedostatečná pohybová aktivita jsou hlavními problémy, které souvisí s životním stylem dětí. Co se týče stravování, tak děti v ČR málo snídají a svačí, s čímž souvisí nepravidelný stravovací, ale také pitný režim. Dále nesplňují výživová doporučení v oblasti konzumace ovoce a zeleniny a naopak se v jejich jídelníčku objevuje nadbytečný příjem soli, příliš velké množství sladkých potravin a nápojů, a jiných potravin, které nejsou výživově hodnotné. S těmito problémy souvisí nedostatečná pestrost stravy dětí. Stravování ve školních jídelnách respondenti hodnotili spíše pozitivně, za velký problém jsou považovány školní automaty a bufety s nezdravými potravinami, které umístěním na půdě školy legitimizují svůj obsah. Děti jsou vystaveny vzájemně si odporujícím informacím (automaty versus informace získané v rámci předmětu výchova ke zdraví). MZ ČR ve spolupráci s MŠMT ČR v této oblasti připravuje opatření, které by mělo vést ke zlepšení situace. V oblasti pohybových aktivit dětí školního věku nesplňují mezinárodní doporučení, které pro věkovou skupinu od 5 do 17 let představuje provádění fyzické aktivity alespoň jednu hodinu denně.

Příčiny nezdravé výživy spatřují dotazovaní odborníci v rodině, neboť zde se utváří životního stylu dětí. Rodiče nemají dostatek času, aby svým dětem připravovali zdravé a plnohodnotné pokrmy. Velký vliv na tuto oblast mají také média, ve kterých převažuje negativní reklama lákající děti na nezdravé potraviny. Důvodem nedostatečné fyzické aktivity je malá nabídka volnočasových aktivit pro děti zaměřených na sport a neochota dětí se pohybovat především díky rozvoji informačních technologií. Děti dávají přednost sezení u počítače či sledování televize před aktivním trávením volného času. Vhodným opatřením pro zvýšení fyzické aktivity dětí je zapojení pohybu do celkového režimu školy. Možnosti pro zlepšení životního stylu dětí lze hledat v aktivitách rodiny i státu, ale i v jiných oblastech. V rodině je nutné zavést určitý stravovací režim, který děti budou dodržovat. Důležitá je také komunikace v rodině a s tím spojené zvyšování zdravotní gramotnosti, které umožní rodičům předávat svým dětem správné zdravotní návyky. Do tohoto procesu je nezbytné zapojit média

a realizovat celostátní marketingové kampaně. Příležitost pro zlepšení životního stylu dětí lze hledat také ve větším zapojení praktických lékařů do prevence a podpory zdraví, neboť představují autoritu, které lidé věří. Další nezbytnou podmínkou je vypracování kontinuální dlouhodobé strategie v této oblasti, která bude průběžně monitorována a vyhodnocována a tím bude poskytovat možné cesty pro zlepšení situace.

Reakcí politiky podpory zdraví na zjištěné problémy v oblasti životního stylu dětí školního věku jsou projekty a programy podpory zdraví realizované v ČR. Často se zaměřují na podporu zdravé výživy, pohybových aktivit či se snaží komplexně působit na zlepšení životního stylu. Mezi celorepublikové projekty zabývající se zmíněnými oblastmi lze zařadit program Škola podporující zdraví, Pokusné ověřování programu Pohyb a výživa či evropské projekty Ovoce do škol a Mléko do škol. Zbylé programy jsou realizovány spíše regionálně různými neziskovými organizacemi, i když se také snaží o přesah na národní úroveň. Můžu jmenovat například projekty Zdravá výživa, Zdravá abeceda, Vitaminátor, Národní síť podpory pohybové aktivity či Zdravotní gramotnost.

Na počátku 90. let v ČR docházelo k rozvoji politiky podpory zdraví, který však neměl dlouhého trvání. Postupně došlo ke stagnaci a poté ke krizi v této oblasti v důsledku ztráty její společenské, ekonomické a politické podpory. Většina vlád na tuto oblast zdravotní politiky nekladla dostatečný důraz, proto se dostala na okraj zájmu společnosti. V ČR je stejně jako na mezinárodní úrovni nejdůležitějším dokumentem souvisejícím s podporou zdraví Zdraví 2020, které je zpracováno do národní Strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Navazuje na Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, z jehož hodnocení vyplynulo mnoho problémů, na které je nutné se u nás v rámci podpory zdraví zaměřit.

Celkové hodnocení politiky podpory zdraví v ČR se zaměřením na děti školního věku dotazovanými experty bylo negativní. V důsledku jejího nepříznivého vývoje za posledních dvacet let se jedná o oblast zdravotnictví, ve které došlo k nejvýraznější redukci lidských i finančních kapacit. Možnosti podpory zdraví v ČR z hlediska zlepšování zdravotního stavu obyvatel zdaleka nejsou vyčerpány. Vzhledem k její nedostatečné infrastruktuře, která byla způsobena rušením a slučováním institucí zabývajících se podporou zdraví, není umožněno její efektivní fungování na obecné úrovni, natož ve vztahu k dětem. Jako pozitivní lze označit množství realizovaných projektů podpory zdraví zaměřených na tuto věkovou skupinu, ale i v této oblasti spatřuji určité nedostatky.

V rámci své práce jsem identifikovala nejzávažnější problémy spojené s oblastí politiky podpory zdraví v ČR, které komplikují její realizaci zaměřenou na děti školního věku, ale i na celou populaci. Stále u nás převládá **medicínské pojetí zdraví**, které neumožňuje pojímat zdraví v plné jeho šíři i s determinanty, což představuje limity pro prosazování podpory zdraví. Dalším nedostatkem je podpora **individuální zodpovědnosti za zdraví**, která není v souladu se zapojením širší veřejnosti do procesu podpory zdraví, které je žádoucí z hlediska prosazování zdravé veřejné politiky. Mezi nejzávažnější problémy podpory zdraví v ČR patří již zmíněné **nedostatečné financování a nedostatečné personální zajištění**. Celkové výdaje na ochranu a podporu zdraví klesly za posledních deset let o 42 % a jednalo se o jediné snížení financí v oblasti zdravotnictví. Co se týče personálního zajištění, tak v této oblasti došlo k poklesu pracovníků o 43 %. Jedná se o nevídanou redukci finančních i lidských zdrojů ve zdravotnictví. Podpora zdraví je volnou živností a není vázána na vzdělání, což souvisí s **nedostatkem kvalifikovaných pracovníků** a tedy nedostatečnou kvalifikací lidí, kteří v této oblasti pracují. V ČR není věnována dostatečná pozornost vzdělávání těchto pracovníků, proto se tomuto tématu věnuje národní strategie Zdraví 2020. Mezi další závažné nedostatky politiky podpory zdraví v ČR patří **roztříštěnost a nekoordinovanost** realizovaných projektů a programů, což je způsobeno množstvím témat, na která se zaměřují a také neexistencí dlouhodobé koncepce, která by vytyčila pouze omezený počet prioritních oblastí. Projekty jsou často realizovány pouze regionálně, proto nemohou svými účinky působit na celou populaci. S tímto problémem souvisí **absence celostátních kampaní** zaměřených na podporu zdraví, která je proto v ČR doslova „neviditelná“. Zde je velký prostor pro využití médií v souladu s konceptem politické komunikace a nastolování agendy.

Jako jeden z nejzávažnějších problémů politiky podpory zdraví v ČR je možné označit její **nesoulad se základními principy prosazovanými WHO a EU**. Co se týče strategií a koncepčních materiálů podpory zdraví zpracovaných na úrovni ČR, lze sledovat jejich shodu s mezinárodními dokumenty platnými pro tuto oblast zdravotní politiky. Reálná situace je jiná. Mezirezortní spolupráce při realizaci politiky podpory zdraví funguje pouze na formální úrovni, podpora zdraví je považována za zodpovědnost MZ ČR. Z tohoto důvodu se u nás nedá hovořit o tzv. zdravé veřejné politice tak, jak ji pojmám ve své práci. V ČR není propojena společenská, ekonomická a politická oblast za účelem zlepšování zdravotního stavu populace. Reorganizace orgánů ochrany a podpory veřejného zdraví je také v rozporu s principy prosazovanými

na mezinárodní úrovni. Rušení a slučování těchto institucí znemožňuje aktivity podpory zdraví na místní úrovni, přičemž tento způsob je jednou z hlavních strategií pro realizaci účinné podpory zdraví dle Ottawské charty.

Dotazovaní experti se však shodli na tom, že existují pozitivní vyhlídky do budoucna v oblasti politiky podpory zdraví obecně i se zaměřením na děti školního věku. A to především díky dobrému vedení sekce ochrany a podpory veřejného zdraví na MZ ČR, hlavnímu hygienikovi MUDr. Valentovi, jehož nástup do funkce respondenti považují za veliký přínos, dále díky nově přijaté strategii Zdraví 2020, která podporuje posilování aktivit v rámci prevence a podpory zdraví a v neposlední řadě v důsledku politické vůle ke zlepšení situace v této oblasti. Všechny tyto faktory představují dobrý příslib do budoucnosti. Ke zlepšení situace je nutné přidat odpovídající finanční a personální zajištění.

Oblast podpory zdraví v ČR je nedocenená a nedostatečně podporovaná. Z výše zmíněných důvodů je nutné, aby na ní byl kladen větší důraz a to především ve vztahu k dětem školního věku, které představují v tomto ohledu nejdůležitější skupinu. Jejich ovlivnění směrem ke zdravému životnímu stylu představuje příležitost pro zlepšení celkového zdravotního stavu populace. Možnosti zdravotnických zařízení a léčebných postupů už jsou téměř vyčerpány, proto je nutné hledat jiné cesty ke zdravější populaci. Ve své práci nabízím řešení v podobě posílení aktivit politiky podpory zdraví se zaměřením na děti školního věku a to především v oblasti stravování a pohybu, neboť tyto faktory mají na zdraví lidí značný vliv.

## Summary

This thesis focuses on the health promotion policy of school-age children in the area of eating and physical exercises because poor nutrition and the lack of physical activity are the most serious problems associated with children's lifestyle in the Czech Republic. Lifestyle is formed from childhood; therefore it is necessary to target health policy measures at this age group. The main goal of this thesis is to find out what health promotion policy of school-age children in the area of eating and physical activities implemented in the Czech Republic is and to identify the most serious problems related to this field of health policy.

I used secondary data from documents that are related to the observed problem and primary data from qualitative research to achieve the main objective of this work. I conducted semi-structured expert interviews, which provided me with a lot of useful information. It helped me to better understand the development and implementation of health promotion policy. As a theoretical basis for my work, I used models of health that explain how health can be understood and determinants of health. This concept highlights the most important factors that influence human health. Furthermore, I used the concept of health public policy and political communication and agenda-setting.

To achieve the main goal of my thesis I have defined several research goals, which I deal with in separate chapters and subchapters. First of all, I define the concept of health promotion for clarification in which sense I use it in my work, as well as an analysis of the legislative framework. I use a method of institutional analysis for that, in which I deal with current legislation of health promotion in Czech republic. Act No. 258/2000 Sb. (Coll.) on public health protection is primarily focused on the health promotion in the Czech Republic., It defines some important terms and the scope and powers of public health authorities.

The next section focuses on the health promotion policy at international level. First, I introduce its development because WHO has played very important role in it, further I describe the most important documents in the field of health promotion at WHO and on the EU level. This is essentially a new strategy Health 2020. This chapter also focuses on initiatives of these two multinational organizations in relation to children. Their joint priority is overweight and obesity among children.

The following chapter addresses the most serious problems associated with children's lifestyle in the Czech Republic. These are particularly the problems



associated with poor nutrition and the lack of physical activity. Here I explain the importance of these two areas of lifestyle and present dietary guidelines and recommendations for physical activity, which I compare with the real situation in these areas. I also examine the lifestyle of school-age children and related problems from the perspective of experts engaged in the health promotion, whom I have interviewed. I present opportunities that could lead to an improvement in children's lifestyle as the conclusion of this part.

In the last chapter I deal with the health promotion policy of school-age children in the Czech Republic. First, I acquaint readers with the development, which was from 1989 rather negative. Then I describe the strategies and conceptual documents that define health promotion at the national level. The main document is Health 2020 processed as a national strategy. After that I focus on projects and programs of health promotion in relation to school-age children, especially in the area of nutrition and physical activities. I describe selected projects and I also pay attention to their evaluation. At the end of this chapter I deal with current state of health promotion policy in the Czech Republic, I evaluate this area and identify the most serious problems associated with health promotion, which includes, for example, inadequate funding and staffing.

The result of my work is the finding that health promotion policy is much underrated and does not have enough emphasis in the Czech Republic. It is necessary to focus more on children and the problems associated with their lifestyle, which I have identified. The result of my work is a comprehensive view on the health promotion policy of school-age children in the Czech Republic.

## Použitá literatura

- ANDERSON, P., BUTCHER, K. F. *Childhood obesity: Trends and potential causes* [online]. 2006 [cit. 2013-10-27]. Dostupné na WWW: <<http://www.dartmouth.edu/~pmaweb/FOCrevisionFinal.pdf>>
- BEŤÁK, M. *Ekonomické aspekty zdravotního stavu stárnoucí populace*. (Nedatováno). Studijní materiály pro stážisty v rámci projektu PARKON.
- BRAUN, V., CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006, roč. 3, č. 2, s. 77-101. ISSN 1478-0887.
- *Bílá kniha Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013*. Komise Evropských společenství, Brusel, 2007.
- BREINEK, P. Ekonomický význam institucí. *Národohospodářský obzor*. 2006, č. 1. Dostupné z WWW: <<http://is.muni.cz/do/1456/soubory/aktivity/obzor/6182612/7667845/03Breinek.pdf>>.
- CURRIE, C. et al., ed. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
- *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století*, 2002. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/zdravi-21-dlouhodoby-program-zlepsovani-zdravotniho-stavu-obyvatelstva-cr-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti-projednan-vladou-ceske-republiky-dne-30-rijna-2002-usneseni-vlady-c-1046>>
- DOBIÁŠOVÁ, K., HNILICOVÁ, H. Podpora zdraví v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. 2012, roč. 15, č. 1.
- DONEV, D., PAVLEKOVIC, G., KRAGELJ, L. Z, ed. *Health promotion and disease prevention: a handbook for teachers, researchers, health professionals and decision makers*. Skopje: Jugoreklam, 2007. ISBN 978-3-89918-169-2.
- *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020* [online]. 2014 [cit. 2014-04-01]. Dostupné z WWW: <[http://ec.europa.eu/health/nutrition\\_physical\\_activity/docs/childhoodobesity\\_actionplan\\_2014\\_2020\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf)>
- FLICK, U. *An Introduction to Qualitative Research*. Londýn: SAGE Publications, 2009. ISBN 9781847873248.

- *Global recommendations on physical activity for health*. WHO[online]. 2011 [cit. 2013-10-25]. Dostupné z WWW: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf)>
- HAVLÍNOVÁ, M. ed. *Program podpory zdraví ve škole: Rukověť projektu Zdravá škola*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-059-3.
- *Health 21 – Health for all in the 21st century*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998. ISBN 92 890 1348 6.
- *Health 2020: a European policy Framework supporting action across government and society for health and well-being*. Regional Committee for Europe, Malta, 2012. Dostupné z WWW: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf?ua=1)>
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2007, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HNILICOVÁ, H., ed. KATZ, J., PEBERDY, A. *Podpora zdraví – poznatky a praxe. Institut zdravotní ekonomiky a politiky*. Kostelec nad Černými lesy, 2003. ISSN 1213-8096.
- HNILICOVÁ, H. *Automaty ve školách a jejich regulace v jiných zemích*. Univerzita Karlova – 1. Lékařská fakulta, Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 2013.
- HAVELKOVÁ, J., HNILICOVÁ, H., KUČERA, Z. ed. *Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice*. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004 Kostelec nad Černými lesy. ISBN 80-86625-14-1.
- HOLČÍK, J. *Zdraví 21: Výklad základních pojmů*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004.
- HOLČÍK, J. Podpora veřejného zdraví: Teorie a praxe: podpora zdraví a její teoretická východiska. *Hygiena*. 2008, roč. 53, č. 1. ISSN 1802-6281.
- HOLČÍK, J. et al. *Koncepce Hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví*. MZ ČR, 2013. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/koncepce-hygienicke-sluzby-2013\\_7740\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/koncepce-hygienicke-sluzby-2013_7740_5.html)>
- HOLLINGSWORTH, J. R. Doing institutional analysis: Implications for the study of innovations. *Review of International Political Economy*, č. 7, 2000, s. 595-644.

- HORROCKS, C., KING, N. *Interviews in qualitative research*. Los Angeles: SAGE, 2010. ISBN 978-141-2912-563.
- *Investing in Health: Comission Staff Working Document, Social Investment Package*. Evropská komise, Brusel, 2013. Dostupné z WWW: <[http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf)>
- JEŘÁBEK, J., TUPÝ, J. et al. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* (se změnami provedenými k 1. 7. 2007). VÚP, 2005.
- KAUFMANN, J. C. *Chápající rozhovor*. Praha: SLON, 2010, 151 s. ISBN 978-80-7419-033-9.
- KALMAN, M. et al. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 112 s. ISBN 978-80-244-2986-1.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5
- KERNOVÁ, V. *1. Přednáška: Co je podpora a ochrana zdraví. Zásadní dokumenty WHO, EU, MZ v oblasti podpory zdraví*. SZÚ [online]. Nedatováno, [cit. 2013-03-20]. Dostupné z WWW:<[http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CINDI/kurz/podpora\\_20zdravi.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CINDI/kurz/podpora_20zdravi.pdf)>
- KOMÁREK, L. et al. *Ochrana a podpory zdraví*. Nadace CINDI, 3. lékařská fakulta UK, Praha, 2011. ISBN 978-80-260-1159-0.
- *Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007 – 2013*. MŠMT [online]. 2009 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/koncepce-statni-politiky-pro-oblast-deti-a-mladeze-na-obdobi>>.
- *Koncepce státní podpory sportu*, MŠMT [online]. 2011 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/sport/koncepce-statni-podpory-sportu-v-ceske-republice>>.
- KOTRBA, F., KOTRBOVÁ, K., VELIKOVSKÝ, Z. *Vliv reklamy na životní styl dětí*. Krajská hygienická stanice Jihočeského kraje, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity České Budějovice, 2013.
- KŘÍŽ, J. Podpora zdraví – vývoj a perspektivy. *Hygiena*. 2008, roč. 53, č. 1.
- KŘÍŽ, J. Prevence a ekonomika. *Hygiena*. 2011, roč. 56, č. 3, s. 89-94.

- KOSTELECKÁ, L. Podpora zdraví v kontextu EU. *Hygiena*. 2008, roč. 53, č. 1. ISSN 1802-6281.
- KUBÁTOVÁ, D., MACHOVÁ, J. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2009, 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MARMOT, M., WILKINSON, R., ed. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. WHO, 2003. ISBN 92 890 1371 0.
- MCCOMBS, M. *Agenda setting – Nastolování agendy: masová média a veřejné mínění*. Praha: Portál, s. r. o. 2009, 256 s. ISBN 978-80-7367-591-2.
- MCNAIR, B. *An introduction to political communication*. Taylor & Francis, 2011. ISBN 978—0-415-59643-5.
- *Mezinárodní zpráva o zdravotním stylu dětí a školáků*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2012. [cit. 2012-10-28] Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/dokumenty/mezinarodni-studie-bohuzel-poukazala-na-spatny-zivotni-styl-deti-a-skolaku-\\_6442\\_2501\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/mezinarodni-studie-bohuzel-poukazala-na-spatny-zivotni-styl-deti-a-skolaku-_6442_2501_1.html)>
- MILIO, N. Glossary: healthy public policy. *Journal of Epidemiology and community health*. 55, 2001, 622-623.
- *Narizení Evropského parlamentu a Rady, kterým se zavádí program Zdraví pro růst, třetí víceletý program činnosti EU v oblasti zdraví na období 2014–2020*. Brusel, Evropská komise, 2011. Dostupné z WWW: <[http://europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/european\\_health\\_strategy/sp0017\\_cs.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/sp0017_cs.htm)>
- NEČAS, V. Agenda-setting. *Socioweb* [online]. 2007 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=291&lst=105>>.
- NEČAS, V. Vztah politiky a médií. *Socioweb* [online]. 2009 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=386&lst=112>>.
- NORTH, D. C. *Institutions, institutional change, and economic performance*. New York: Cambridge University Press, 1990. ISBN 05-213-9734-0.
- *Obesity update 2012*. OECD [online]. 2012 [cit. 2013-06-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.oecd.org/health/49716427.pdf>>
- OSTROM, E. *Institutional analysis and development: Elements of the framework in historical perspective* [online]. Indiana: EOLSS, 2010. [cit. 2014-

03-14] Dostupné z WWW: <<http://www.eolss.net/Sample-Chapters/C04/E6-99A-34.pdf>>.

- *Pokusné ověřování účinnosti programu zaměřeného na změny v pohybovém a výživovém režimu žáků ZŠ (Pohyb a výživa)*. MŠMT, 2013. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/pohyb-a-vyziva-upravene-vyhlaseni-pokusneho-overovani>>
- *Politiky Evropské unie: Veřejné zdraví*. Evropská komise. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2013. ISBN 978-92-79-24585-5.
- *Programové prohlášení vlády České republiky*. Praha, 2014. Dostupné z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/dulezite-dokumenty/programove-prohlaseni-vlady-cr-115911/>>
- *Přílohy Koncepce hygienické služby*. MZ ČR, 2013. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/koncepce-hygienicke-sluzby-2013\\_7740\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/koncepce-hygienicke-sluzby-2013_7740_5.html)>
- RÁŽOVÁ, J. *Nástroje podpory zdraví a možnosti financování*. SZÚ, Praha, 2008. Dostupné z WWW: <[http://dataplan.info/img\\_upload/2fee7fa2e72b4bdcd8f9ba761433e67a/prez\\_szu\\_razova.pdf](http://dataplan.info/img_upload/2fee7fa2e72b4bdcd8f9ba761433e67a/prez_szu_razova.pdf)>
- RÁŽOVÁ, J. *Životní styl školních dětí - studie HBSC 2010: stravovací zvyklosti, spotřeba potravin a pohybová aktivita*. Praha: SZÚ, 2011.
- REICHL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2009. ISBN 978-80-247-3006-6, 184 s.
- SILVERMAN, D. *Ako robiť kvalitatívny výskum: Praktická príručka*. Bratislava: Ikar, a. s., 2005, 327 s. ISBN 80-551-0904-4.
- SKÁLOVÁ, L. *Význam pohybu. Tisková konference k ukončení soutěže S pohybem každý den*. SZÚ, 2011. Dostupné z WWW: <[http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zivotni\\_styl/2011/TK\\_8dec11/Vyznam\\_PA\\_TK\\_8dec11.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zivotni_styl/2011/TK_8dec11/Vyznam_PA_TK_8dec11.pdf)>
- *Souhrn hodnotící zprávy plnění cílů dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003-2012*. Dostupné z WWW: <[http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CPVZ\\_aktualne/Priloha\\_c1\\_Zdravi\\_2020\\_Souhrn\\_Hodnotici\\_zpravy\\_plneni\\_cilu\\_Zdravi\\_21\\_v letech\\_2003\\_2012.pdf/](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/CPVZ_aktualne/Priloha_c1_Zdravi_2020_Souhrn_Hodnotici_zpravy_plneni_cilu_Zdravi_21_v letech_2003_2012.pdf/)>

- *Státní podpora sportu pro rok 2014*. MŠMT, 2013. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/sport/statni-podpora-sportu-pro-rok-2014>>
- STRENKOVÁ, A. *Strategie podpory zdraví jako reflexe teorií determinant zdraví v současné společnosti*. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2011. 75 s. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Petr Háva, CSc.
- ŠEĐOVÁ, K., ŠVARŤÍČEK, R. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- ŠTĚDRONĚ, B., POTŮČEK, M., PROROK, V., LANDOVSKÝ, J., ŘÍHA, D. a kol. *Politika a politický marketing*. Praha: C. H. Beck, 2013, 225 s. ISBN 978-80-7400-448-3.
- ŠTEFLOVÁ, A. *Co přináší program Zdraví 2020?*. WHO, Seminář strategické dokumenty péče o zdraví, nedatováno.
- *The Fifth Global Conference on Health Promotion Health Promotion: Bridging the Equity Gap* 5-9th June 2000, Mexico City. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/>>
- *The 8th Global Conference on Health Promotion: The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Helsinki, Finland, 10-14 June 2013. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>>
- TUŠKOVÁ, E. Vývoj vládní politiky podpory zdraví v České republice v letech 1990-2012. *Hygiena*. 2012, roč. 57, č. 4. ISSN 1802-6281.
- VESELÝ, A., NEKOLA, M. *Analýza a tvorby veřejných politik*. Praha: SLON, 2007, 407 s. ISBN 978-80-86429-75-5.
- *Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020*. WHO Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020, Vienna, Austria, 2013. Dostupné z WWW: <<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/07/vienna-conference-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases>>
- WINZBERGEROVÁ, Alžběta. *Politika boje proti dětské obezitě ve vztahu k produkci a marketingu potravin*. Praha, 2013. 113 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

- *Zdraví 2020: Rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívali ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu.* MZ ČR ve spolupráci se SZÚ a Kanceláří WHO v ČR, 2013. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/zdravi-2020\\_3016\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/zdravi-2020_3016_5.html)>.
- *Zdraví 2020 - Strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.* MZČR. 2014. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/zdravi-2020\\_3016\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/zdravi-2020_3016_5.html)>.

### **Právní normy**

- Zákon č. 115/2001 Sb., o podpoře sportu ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č.110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- Vyhláška č. 54/2004 o potravinách určených pro zvláštní výživu a o způsobu jejich užití
- Vyhláška č. 450/2004 Sb., o označování výživové hodnoty potravin

### **Internetové zdroje**

- Světová zdravotnická organizace - [www.who.int/en](http://www.who.int/en)
- Evropská komise – [ec.europa.eu/health/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/index_en.htm)
- Ministerstvo zdravotnictví ČR - [www.mzcr.cz/](http://www.mzcr.cz/)
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR - [www.msmt.cz](http://www.msmt.cz)
- Státní zdravotní ústav - [www.szu.cz](http://www.szu.cz)



## Seznam tabulek, grafů a schémat

### Grafy (v textu):

- Graf č. 1: Podíl dětí trpících nadváhou či obezitou
- Graf č. 2: Podíl dětí, které snídají každý den během pracovních dní
- Graf č. 3: Konzumace vybraných potravin alespoň jedenkrát denně - chlapani
- Graf č. 4: Konzumace vybraných potravin alespoň jedenkrát denně - dívky
- Graf č. 5: Výskyt pohybové aktivity alespoň jednu hodinu denně
- Graf č. 6: Podíl dětí, které stráví více jak dvě hodiny denně u televize (během pracovního týdne)
- Graf č. 7: Podíl dětí, které stráví více jak dvě hodiny denně u počítače (během pracovního týdne)

### Tabulky (v textu):

- Tabulka č. 1: Použití metod sběru a analýzy dat ve vztahu k výzkumným otázkám
- Tabulka č. 2: Struktura výzkumného vzorku
- Tabulka č. 3: Konference podpory zdraví WHO
- Tabulka č. 4: Vývoj financování systému orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví (2002 – 2012) v milionech Kč
- Tabulka č. 5: Vývoj personálního zajištění systému orgánů a institucí ochrany a podpory veřejného zdraví (2002 – 2011)

### Schémata (v textu):

- Schéma č. 1: Fáze tematické analýzy
- Schéma č. 2: „Zdraví znamená bohatství“
- Schéma č. 3: Model determinant zdraví
- Schéma č. 4: Model podpory zdraví
- Schéma č. 5: Klíčové události ve vývoji podpory zdraví po roce 1989
- Schéma č. 6: Hierarchie Národní strategie Zdraví 2020

### Obrázky (v textu)

- Obrázek č. 1: Česká potravinová pyramida

# Seznam příloh

## Příloha č. 1: Návod k rozhovorům

### Přílohy

#### Příloha č. 1: Scénář rozhovorů

1. Hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v ČR
  - Jaké jsou podle Vás hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku obecně?
  - V čem spatřujete příčiny těchto problémů?
    - a. **Stravování**
      - Jaké jsou podle Vás hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v oblasti stravování a jaké jsou jejich příčiny?
      - Existují výživová doporučení stanovená WHO, která v ČR nejsou splněna. Čím si myslíte, že je to způsobeno?
      - Co je možné dělat pro zlepšení situace?
    - b. **Pohyb**
      - Jaké jsou podle Vás hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku v oblasti pohybu a jaké jsou jejich příčiny?
      - Existují doporučení pro pohybovou aktivitu stanovená WHO (5-17 let 60 minut PA denně), která v ČR nejsou splněna. Čím si myslíte, že je to způsobeno?
      - Co je možné dělat pro zlepšení situace?
2. Politika podpory zdraví dětí školního věku v ČR v praxi
  - Jak probíhá tvorba a implementace politiky podpory zdraví v ČR?
    - Kdo je zodpovědný za realizaci politiky podpory zdraví v ČR?
    - Jaká je podle Vás role jednotlivých aktérů?
    - Jak byste pospal/a organizační strukturu podpory zdraví v ČR?
    - V čem spatřujete její slabiny a v čem její přednosti?
    - Jaké hlavní dokumenty vymezují politiku podpory zdraví v ČR? Zaštiťují podle Vás tuto oblast dostatečně?
  - Jak hodnotíte politiku podpory zdraví v ČR obecně? (porovnání s minulostí)
  - V čem spatřujete největší problémy a nedostatky?

- Jak hodnotíte politiku podpory zdraví dětí školního věku v ČR? (porovnání s minulostí)
  - V čem spatřujete největší problémy a nedostatky?
  - Myslíte si, že se v současné době politika podpory zdraví dostatečně věnuje dětem školního věku jako jedné z nejdůležitějších skupin obyvatelstva? (V tomto období se utváří životní styl člověka, který má významný vliv na zdravotní stav v pozdějším věku)
  - Na jaké oblasti a jakým způsobem by se podle Vás měla politika podpory zdraví dětí školního věku nejvíce zaměřovat?
    - a. Programy podpory zdraví**
      - Jaké programy podpory zdraví zaměřené na děti školního věku v oblasti stravování a pohybu jsou v ČR realizovány? Stručně je prosím zhodnoťte.
      - Diskuze o programu ŠPZ a Pohyb a výživa (pokud již nebyly zmíněny)
      - Myslíte, že současné programy podpory zdraví adekvátně reagují na hlavní problémy spojené s životním stylem dětí školního věku?
      - Jaké by podle Vás mohly být v ČR realizovány programy podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu?
    - b. Podpora zdraví ve školách**
      - Myslíte si, že je kladen dostatečný důraz na podporu zdraví ve školách?
      - Podpora zdraví jako součást RVP – výchova ke zdraví, tělesná výchova. Jsou tyto předměty dostatečně dotovány?
      - Co by se ve školách mohlo změnit (zlepšit) v oblasti výchovy ke zdravému životnímu stylu?
3. Politika podpory zdraví dětí školního věku na mezinárodní úrovni
- Jste schopni/na identifikovat nějaké významné mezníky v oblasti podpory zdraví (v ČR i ve světě)?
  - Jak probíhá tvorba a implementace politiky podpory zdraví na mezinárodní úrovni? (EU, WHO)
    - Jaká je role jednotlivých aktérů?
    - Na jaké problémové oblasti kladou tyto organizace důraz v oblasti podpory zdraví dětí školního věku?

- Jaké hlavní dokumenty vymezují podporu zdraví na mezinárodní úrovni?  
Zaštit'ují podle Vás tuto oblast dostatečně?
- Myslíte si, že je politika podpory zdraví v ČR souladu s nadnárodními organizacemi (WHO, EU...) a řídí se jejich doporučeními? Pokud ne, v čem vidíte rozpor?
- Víte o podobných či jiných programech v oblasti podpory zdraví dětí školního věku v zahraničí, které jsou zaměřené na stravování či pohyb a jsou úspěšné?
- Myslíte si, že by tyto programy mohly být realizovány v ČR?

**Napadá Vás ještě nějaké téma z oblasti politiky podpory zdraví dětí školního věku, o kterém jsme se nebavili, a považujete ho za důležité?**

4. Osobní údaje

- Jméno
- Vzdělání
- Pracovní pozice
- Kontaktní e-mail