

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Bakalářská práce

2015

Hana Dománková

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Hana Dománková

**Prevence dětské obezity pomocí výživy
na víceletých gymnáziích**

Bakalářská práce

Praha 2015

Autor práce: **Hana Dománková**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Tušková**

Rok obhajoby: **2015**

Bibliografický záznam

DOMÁNKOVÁ, Hana. *Prevence dětské obezity pomocí výživy na víceletých gymnáziích*. Praha, 2015. 88 s. Diplomová práce (Bc.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociálních studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Mgr. Eva Tušková.

Abstrakt

Tato bakalářská práce je případovou studií, která se zabývá procesem prevence dětské obezity pomocí výživy na nižším stupni víceletých gymnázií a problémy v tomto procesu, přičemž dětská obezita je zde vnímána jako problém veřejného zdraví.

Opírá se o teoretická východiska z oblasti veřejné politiky – proces implementace a význam aktérů na pozici street-level byrokratů a determinantů nadváhy a obezity, kde právě výživa hraje klíčovou roli. K naplnění cílů práce je použita institucionální analýza stávajícího legislativního a institucionálního rámce a rozhovory s aktéry vzdělávací politiky na pozici street-level byrokratů. Z výsledků analýzy vyplývá, že na institucionální úrovni je problém dětské obezity vnímán závažně a existuje množství doporučení, jak přispět k jeho řešení, nicméně v procesu implementace těchto řešení jsou značné mezery. Školy svou roli v ovlivňování stravovacích návyků svých žáků značně podceňují a odpovědnost za tuto sféru výchovy delegují z převážné většiny na rodinu, případně pouze na školní jídelnu.

Abstract

This bachelor thesis is a case study of how the childhood obesity prevention with nutrition process is applied on grammar schools and what are the problems in this process, while the childhood obesity is viewed as a public health problem in this thesis. It is based on theoretical basis from public policy – implementation process and importance of street-level bureaucrats and overweight and obesity determinants where the nutrition plays the key role.

To fulfil the goals of the thesis, there was used the institutional analysis of current legislative and institutional frame and interviews with street-level bureaucrats of educational policy. The results show that on institutional level, the childhood obesity problem is taken seriously and there are many suggestions of how to work on its' solution, however, the implementation of these solutions is on considerably worse level. The schools greatly underestimate their possible influence on nutrition habits of their students and they delegate all the responsibility of this part of education on family or only the school canteen itself.

Klíčová slova

Dětská obezita, zdraví, výživa, implementace, veřejná politika, vzdělání, street-level byrokraté

Keywords

Childhood obesity, health, nutrition, implementation, public policy, education, street-level bureaucrats

Rozsah práce: 128 886 znaků s mezerami

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Hana Dománková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala zejména vedoucí své bakalářské práce, Mgr. Evě Tuškové, za ochotu, vstřícnost a podnětné rady a připomínky při vedení mé práce. Děkuji rovněž své rodině a blízkým za podporu v tomto období a v neposlední řadě také respondentům, kteří byli ochotni mi poskytnout rozhovory pro empirickou část mé práce.

Projekt bakalářské práce

Prevence dětské obezity pomocí výživy na víceletých gymnáziích

H. Dománková, SOSP, 4. ročník

konzultant: Mgr. Eva Tušková

Úvod

Jako „obezitu“ neoznačujeme pouze nadváhu či vyšší podíl tělesného tuku, ale stav, kdy procento tuku v těle jedince přesáhne hranici, za kterou již dotyčného ohrožuje na zdraví, či dokonce na životě. Obezita se dnes často označuje jako epidemie třetího tisíciletí, což rozhodně není nadnesené, uvážíme-li, že jí trpí více než 10 % dnešní dospělé populace a 65 % světové populace žije v zemích, kde jsou obezita a nadváha (a nemoci s ní spojené) příčinou více úmrtí, než podváha a nedostatečná výživa. [WHO, 2014]

Právě množství zdravotních komplikací, které obezita způsobuje (kardiovaskulární onemocnění, cukrovka, nemoci kosterní soustavy atd.) a náročnosti jejich eliminace či alespoň zmírnění, z ní činí jeden z nejzávažnějších problémů dnešní doby, co se (nejen) zdravotní politiky týká.

Ještě větší problém pak představuje obezita u dětí – dětství je dobou, kdy si utváříme hodnoty a návyky, které si s sebou neseme po celý život. Ti, kteří se s obezitou potýkali už v tomto věku, zůstali velmi často obézní i v dospělosti a bylo u nich prokázáno riziko mortality na onemocnění spojená s obezitou (především kardiovaskulární choroby) o 50-80 % vyšší, než u jedinců, kteří obezitou netrpěli. [INSERM, 2000, in: Tláskal, 2013] Obezita je nemocí, kde dědičnost hraje nezanedbatelnou roli – potomek obézních rodičů má až 80% šanci, že bude obezitou trpět také, právě kvůli přebírání nezdravých návyků svých rodičů. [Lisá, Kňourová, Drozdová, 1990]

Vzhledem k tomu, že nejúčinnějším prostředkem boje proti obezitě je její prevence, která leží zejména v oblasti dostatečné fyzické aktivity a správné výživy, hraje zde vedle vlivu rodiny klíčovou roli také škola. Právě ta je u dětí ve věku od 6 do 15 let důležitou institucí nejen co se týká vzdělání samotného, ale i jako místo, kde tráví podstatnou část dne, stravují se a osvojují si zvyky, které pak budou uplatňovat i v dalším životě. V rámci programu Zdraví 2020 – národní strategie ochrany zdraví a prevence nemocí (navazuje na předchozí strategii Zdraví 21), který spadá pod pravomoc Ministerstva zdravotnictví ČR a vychází z programu WHO, se proto pamatuje i na realizaci cílů právě v rámci školství. Tyto cíle jsou u nás formulovány

tzv. rámcovými vzdělávacími programy (RVP představují obecnější formu školních osnov, přičemž stanovují pouze základní požadavky ze strany státu a konkrétnější formu si již může každá škola přímo upravit coby vlastní školní vzdělávací program) a zároveň jsou podporovány různé dotační programy pro zvýšení zdravotní gramotnosti, formování nutričních návyků či prevenci úrazů. [Marádová, 2010]

V letech 2007-2008 proběhlo šetření České školní inspekce, zaměřené právě na implementaci cílů v oblasti výchovy ke zdraví do výuky a jejich realizace v praxi (šetření se týkalo 116 základních škol). Zjištěny byly nicméně značné rozdíly mezi jednotlivými školami a pouze 48 % z nich dokázalo tyto cíle dobře zpracovat do svých školních vzdělávacích programů (ŠVP). [Marádová, 2010]

Obecně je možno říci, že na legislativní rovině došlo k výraznému posunu k lepšímu – školy mají k dispozici dokumenty, které jasně vymezují očekávané výstupy, co se výchovy ke zdraví týká. Problém však leží spíše v oblasti implementace. [Marádová, 2010]

Vzhledem k tomu, že prevence obezity pomocí správné výživy a znalostí zásad zdravého stravování je významnou součástí výchovy ke zdraví, ve své práci bych se ráda zaměřila právě na to, jakým způsobem školy tuto prevenci realizují.

Výzkumné cíle a otázky:

Cíle práce:

Popis procesu prevence dětské obezity pomocí výživy na víceletých gymnáziích v daném regionu

Identifikace případných problémů tohoto procesu z pohledu dotazovaných aktérů

Výzkumné otázky:

Abych mohla úspěšně naplnit cíl své práce, bude třeba si nejprve vytvořit obecný rámec, ze kterého pak budu vycházet v dalším výzkumu.

Zde se budu snažit zodpovědět následující otázku:

Jaké povinnosti a možnosti mají víceletá gymnázia v ČR v oblasti prevence dětské obezity prostřednictvím výživy?

Ve druhé části se poté budu věnovat přímo prevenci obezity pomocí výživy na konkrétních víceletých gymnáziích. Klíčová je pro mne role aktérů v rámci školy, tedy ředitele a příslušných pedagogů a to, jakým způsobem tuto prevenci realizují a v čem vidí případné problémy a komplikace. Tím bych ráda zodpověděla otázky:

Jakým způsobem vybraná víceletá gymnázia prevenci obezity pomocí výživy realizují?

S jakými problémy se případně setkávají?

Jaká lze navrhnout řešení těchto případných problémů?

Teoretická východiska

Problém obezity jako takový v dnešní době prostupuje řadou dimenzí jak z hlediska společenského, tak politického a zdravotního. Vzhledem k zaměření své práce jsem se rozhodla opřít ji o teoretické koncepty z těchto oblastí:

Zdraví

Dle definice WHO bereme „zdraví“ jako stav „úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci či nemohoucnosti.“ [WHO, 2014]

Svou práci tedy primárně opírám o fakt, že zdraví je základním předpokladem kvalitního života každého jedince a právě obezita a nemoci s ní spojené tuto kvalitu výrazně narušují, proto je boj proti obezitě jedním z hlavních cílů v oblasti veřejného zdraví. [MZČR, 2014] Nejefektivnější nástroj v rámci ochrany zdraví pak představuje primární prevence, kterou definujeme jako „předcházení vzniku nemocí, ovlivňování determinant, které působí na zdraví a snižování zdravotních rizik.“ [MZ ČR, 2014, str. 6] Na tu pak navazují prevence sekundární (diagnostika časných stadií nemocí a poruch s účelem lepších šancí na úspěšnou léčbu) a terciární, která představuje léčbu a péči při již propuknutém onemocnění samotnou. (Někdy se hovoří ještě o prevenci kvartérní, tj. zmírnění dopadů léčebných intervencí). [MZ ČR, 2014]

Kromě výše uvedeného vycházím také z toho, že podle Ministerstva zdravotnictví ČR „mají prevence nemocí a ochrana a podpora zdraví reálný přínos ke zlepšování zdravotního stavu populace a přinášejí významné úspory nákladů na zdravotní služby a další ekonomické přínosy.“ [MZ ČR 2014, str. 7]

Veřejná politika

Ochrana zdraví a boj proti nemocem představují veřejný zájem (jako takový můžeme definovat zájem, jehož charakter je tzv. nadindividuální, přesahuje zájmy pouze jednotlivců), jeden z charakteristických znaků veřejné politiky.

Tu lze obecně definovat jako „disciplínu propracovávající a aplikující výkladové rámce sociologie, ekonomie, politických věd, práva, teorie řízení a dalších oborů k analýze a prognóze procesů formování a uplatňování veřejných zájmů vážících se na řešení diferencovaných sociálních problémů. Věnuje se přitom především institucionálnímu

zprostředkování těchto procesů veřejným, občanským a do jisté míry i soukromým sektorem v poloze, která je využitelná politickou praxí.“ [Potůček, 2006, str. 21]

Veřejná politika je multidimenzionální disciplínou, pod níž mimo jiné spadá právě zdravotní a vzdělávací politika, tedy oblasti, jichž se téma mé práce přímo dotýká. V každém veřejněpolitickém procesu lze definovat určitá stadia, kterými tento proces prochází – tzv. veřejněpolitický cyklus. (Pojetí veřejné politiky jako politického cyklu je jeden z více přístupů k jejímu procesu, ve své práci jsem se rozhodla vycházet právě z něj.)

V rámci tohoto cyklu [Howlett, Ramesh, 1995, viz Obrázek 1] mě pak bude zajímat zejména proces implementace politiky, tedy její uskutečňování v praxi a problémy s ním spojené.

Obrázek 1: Čtyřsložkový model veřejněpolitického cyklu



Zdroj: Howlett, Ramesh, 1995. Upraveno autorkou. Převzato z:

http://www.eridanus.cz/_E-Learning/fsv/Ucebnice_VP/Kapitola_02.htm [online]

Pro další věnování se implementaci jako takové je rovněž vhodné ji exaktněji definovat, což může být nicméně poněkud obtížné, neboť „pojem implementace má v odborné literatuře nejednoznačný význam. Tato skutečnost dokumentuje spíše objektivní stav implementační teorie než neschopnost autorů dohodnout se na jazykové konvenci.“ [Winkler, 2002, str. 19]

Obecně se dá o implementaci mluvit jako o procesu uskutečňování, realizace, naplňování vytyčených cílů.

Z pohledu veřejné politiky lze podle Winklera [2002] tento proces uchopit dvěma způsoby:

- Implementace jako *stav uskutečnění*, kdy předpokládáme, že daný program se implementuje pomocí posloupnosti jednotlivých kroků. Největší vliv na cíle mají tvůrci programu a postupem jednotlivých fází tento vliv slábne.
- Implementace jako *proces realizace* veřejného programu, kterou definujeme jako výsledek vzájemných vztahů a interakcí mezi jednotlivými aktéry celého procesu. Na povaze těchto vztahů pak závisí výsledky implementace.

Ve své práci budu vycházet z prvního uvedeného pojetí implementace, neboť lépe odpovídá zvolenému přístupu k veřejné politice – politickému cyklu.

Vzdělání

Právě dětství a doba povinné školní docházky jsou obdobím, kdy si spolu se získáváním vědomostí formujeme základní návyky, které ovlivňují naše chování po zbytek života, je tedy důležité věnovat v tomto ohledu dostatečnou pozornost i co se týká výživy a stravovacích návyků. V případě obezity totiž platí, že čím dříve k jejímu rozvoji dochází, tím je později její stupeň závažnější [Lisá, 2004, in Hainer a kol.]. Pokud je navíc obezita, která vznikla již v dětství a udržela se po řadu let, léčena až v pubertě, stává se proti léčbě resistantní, neboť se s ní děti naučí žít a jen obtížně si osvojují nové – dietní stravovací návyky [Lisá, Kňourková, Drozdová, 1990]. Nejefektivnější nástroj boje proti této chorobě tedy představuje právě včasná osvěta a prevence již od školního věku.

Vzhledem k tomu, že více než 95% případů obezity je způsobeno nerovnovázným stavem mezi příjmem a výdejem energie [Kytarová, 2002], je výživa jedním z klíčových aspektů její prevence. Téma správné výživy je ve školách probíráno především v rámci předmětu Výchova ke zdraví (ta je spolu s Tělesnou výchovou součástí kurikulárního okruhu Člověk a zdraví [MŠMT, 2013]). Výchovu ke správné výživě pak lze na školách realizovat i prakticky, například pomocí projektů jako Ovoce do škol, Skutečně zdravá škola apod.

Zde se budu opírat mimo jiné o koncepty ze vzdělávací politiky, konkrétně kurikulární politiky, neboť rámcové vzdělávací programy, které vzdělávání pro jednotlivé vzdělávací stupně formují, jsou typickým příkladem tzv. dvouúrovňového modelu kurikula, kdy na úrovni státu je vytvořen pouze velmi obecný rámec a jeho konkretizace

je ponechána škole či místní samosprávě. [Kalous, Veselý, 2006] Ve své práci se budu zaměřovat právě na podobu této konkretizace v mnou vybraných školách.

Přestože tzv. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání [MŠMT, 2013] nastavuje stejné standardy pro základní školy i odpovídající nižší stupeň víceletých gymnázií, je výchově ke zdraví na základních školách projevována mnohem větší pozornost, než na gymnáziích. (Marádová, 2010). Proto se ve svém výzkumu chci věnovat právě víceletým gymnáziím v oblasti mého bydliště a zjistit, jakým způsobem prevenci obezity pomocí výchovy ke zdraví a zdravé výživě realizují a jak ji vnímají.

Data a metodologie

Výzkumný design

Výzkumné zaměření mé práce je – vzhledem ke stanovenému cíli (popis procesu prevence obezity na vybraných víceletých gymnáziích) – jednoznačně kvalitativní, neboť se hlouběji zaměřuji pouze na úzkou část dané problematiky a mým cílem je dojít v ní k porozumění a vysvětlení, spíše než k možnosti generalizace na celou oblast (v tomto případě školy/gymnázia obecně).

Abych byla při samotném terénním výzkumu schopna získat relevantní výsledky, budu mu předcházet studium dokumentů, sloužící k vytvoření rámcového přehledu o současné situaci kolem této problematiky. Zajímat mě budou především dokumenty vydané MŠMT – Rámcové vzdělávací programy a MZ, plus dokumenty týkající se už případných konkrétních projektů v této oblasti. Pomocí této metody chci zjistit, jaký je v ČR legislativní rámec prevence dětské obezity na školách a rovněž jaké mají školy možnosti nad tento rámec.

Jako výzkumný design jsem zvolila případovou studii, kdy se zaměřím na některé aktéry v rámci vybraných škol (víceletých gymnázií v regionu mého bydliště). Tento design výzkumu jsem zvolila proto, že se ve své práci budu podrobně věnovat pouze malému počtu případů, jejichž výběr provádím nikoli náhodně, ale cíleně [Hendl, 2005] a snažím se najít odpověď na otázky, které začínají zejména slovy „jak?“ a „proč?“, což je právě pro případovou studii typické. [Yin, 2003]

Výběr respondentů

Samotná data k analýze budu získávat pomocí rozhovorů s aktéry procesu prevence obezity v rámci vybraných víceletých gymnázií. Na gymnázia jsem se rozhodla zaměřit na základě výsledků pilotní studie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy z r. 2008, kdy byly zjištěny významné rozdíly v implementaci výchovy ke zdraví do školních programů mezi základními školami a odpovídajícím stupněm víceletých gymnázií, přičemž gymnázia si vedla o poznání hůře [Marádová, 2010]. Nejdříve dotazovanými budou osoby ve vedení školy (ředitel/jeho zástupce), od kterých pak získám odkaz na další aktéry - pedagog/výchovný poradce apod., kteří se v rámci dané školy v problematice prevence obezity nějakým způsobem angažují. S těmi pak

následně provedu rozhovor také. Očekávám tedy v rámci každé ze dvou škol minimálně dva rozhovory¹ – s osobou z vedení školy a alespoň jedním dalším pedagogem, příp. výchovným poradcem.

Metoda sběru dat

Jak jsem již uvedla, data plánuji získat metodou rozhovorů, konkrétně se bude jednat o rozhovory pomocí návodu [Hendl, 2005], kdy se sice nepotřebuji držet přesného schématu a pořadí otázek, ale budu mít určitý okruh témat, která během nich musíme probrat. Tato metoda se mi v případě mé práce zdá vhodnější, než klasický nestrukturovaný rozhovor (který je typickou metodou pro případovou studii [Veselý, Nekola, 2007]), a to mimo jiné právě z důvodu, že můj výzkum bude obsahovat více než jeden případ a výstupy jednotlivých rozhovorů tak budou jednodušší. Rozhovory si budu zaznamenávat na diktafon ve svém mobilním telefonu, pro další analýzu je poté přepíšu.

Metoda analýzy

Pro další práci se získanými daty jsem se rozhodla zvolit tematickou analýzu., která podle některých autorů představuje vůbec nejběžnější formu analýzy v kvalitativním výzkumu [Guest, MacQueen, 2012] a kdy je kódování prováděno k získání určitého seznamu témat - ta mohou být buď zjevná, nebo skrytá -, která nám pomohou odpovědět na naši výzkumnou otázku.

Tematická analýza má tři základní fáze²:

1. kódování
2. interpretace kódů
3. identifikace klíčových témat

V první fázi jde především o identifikaci těch témat, která se jeví jako klíčová v souvislosti s hledáním odpovědi na výzkumnou otázku, jedná se spíše o přípravnou fázi, než skutečnou analýzu (ta naopak v tomto kroku ještě prováděna být nemá). Druhá

¹ nezbytnou součástí rozhovorů bude *informovaný souhlas* všech dotazovaných

² [Horrocks, King, 2010]

fáze je interpretační, hledáme významy jednotlivých kódů a slučujeme je do skupin, ty pak aplikujeme na celý soubor dat. Ve fázi třetí pak nalzááme tzv. zastřešující (v originále *overarching*) témata a vytváříme diagram vztahů mezi jednotlivými tématy a úrovněmi kódování [Horrocks, King, 2010]

Úskalí zvolené metody

Co se týče omezení mnou zvolené metody, jako největší vidím obtížnou generalizaci zjištěných výsledků na celkovou populaci (v mém případě víceletá gymnázia obecně), jak potvrzuje i Shaugnessy a kol. [1990, podle Hendl, 2005]. Proto výsledky své práce budu brát spíše jako možnost nastínění směřování případného dalšího výzkumu, neboť při tomto množství dat není v podstatě možné považovat výsledky jejich analýzy za obecněji platné závěry.

Legislativní a institucionální rámec

V této části práce se zaměřím na legislativní a institucionální rámec prevence obezity pomocí výživy u dětí na ZŠ a odpovídajícím stupni víceletých gymnázií – čím a jak jsou vymezeny, co je závazné pro všechny školy obecně a jaké možnosti v rámci vlastní iniciativy mají školy případně nad rámec těchto základů.

WHO

- Zdraví 2020 – Evropský rámec pro politiky pro zdraví a prosperitu [WHO, 2012] – viz kapitola „ČR – Ministerstvo zdravotnictví, Zdraví 2020“
- Akční plán pro realizaci evropské strategie pro prevenci a kontrolu nepřenositelných onemocnění [WHO, 2012]
- Evropská charta boje proti obezitě [WHO, 2006]

Evropská unie

Bílá kniha

Bílá kniha: Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou. V rámci této strategie je rovněž pamatováno na nezanedbatelnou roli škol v prevenci obezity. Děti zde představují jednu z prioritních skupin, co se cílení prevence týká, neboť: „Dětství je důležitým obdobím pro vštěpování upřednostňování zdraví prospěšného životního chování a osvojení si životních návyků k udržení zdravého životního stylu. V tomto ohledu školy jednoznačně sehrávají zásadní roli. Jedná se rovněž o oblast, v níž jsou k dispozici nezvratné důkazy o účinnosti zásahu: studie prokazují, že místní opatření s velmi širokým zapojením zaměřující se na děti ve věku 0-12 let budou z dlouhodobého hlediska účinná při změně chování.“ [Komise evropských společenství, 2007, str. 8]

Jako konkrétní projekt pak uvádí například „Ovoce do škol“, projekt spolufinancovaný Evropskou unií, zaměřený na děti mezi 4-12 lety s cílem zvýšit jim dostupnost ovoce a zeleniny a podpořit u nich jejich spotřebu. [Komise evropských společenství, 2007]

Jako další možnost zlepšení stávající situace pak vidí také transparentní partnerství mezi školami a stranami ze soukromého sektoru včetně podnikatelů, která mají dětem sloužit

k lepšímu pochopení významu zdravé výživy a tělesného pohybu a také k tomu, aby z těchto aktivit měly skutečně prospěch. [Komise evropských společenství, 2007]

Komise se zde také zavazuje ke spolupráci s WHO v oblasti dohledu nad systémem výživy a fyzické aktivity coby návazností na Evropskou chartu boje proti obezitě. [Komise evropských společenství, 2007]

Klíčovou roli nicméně podle KES hrají opatření na úrovni jednotlivých členských států – Komise má plnit spíše regulační funkci a udává obecný rámec, stěžejní je ale samoregulace na vnitrostátní úrovni. [Komise evropských společenství, 2007]

Česká republika

- Zákon č. 561/2004 Sb., zákon o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)
- Vyhláška č. 107/2005 Sb., o školním stravování

Ministerstvo zdravotnictví

Zdraví 2020

Národní strategie ochrany a podpory zdraví „Zdraví 2020“ navazuje svým konceptem na předchozí strategii „Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR“. Vychází z programu Světové zdravotnické organizace (WHO) „Zdraví 2020 – Evropský rámec pro politiky pro zdraví a prosperitu“ [WHO, 2012] a je konceptem systému prevence nemocí, ochrany zdraví a zlepšení zdravotního stavu populace pro období 2014-2020. [MZ ČR, 2014] Zadavatelem a zároveň této strategie je ministr zdravotnictví České republiky Leoš Heger, od 10.7. 2013 pak Martin Holcát. Osobou primárně odpovědnou za implementaci je náměstek ministra pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavní hygienik České republiky Vladimír Valenta.

Strategie pracuje s pojmem „primární prevence“, kterou chápe jako „předcházení vzniku nemocí, ovlivňování determinant, které působí na zdraví a snižování zdravotních rizik“ [MZ ČR, 2014] a potvrzuje, že „dosavadní zkušenosti vyspělých států i ČR ukazují, že prevence nemocí a ochrana a podpora zdraví mají reálný přínos ke zlepšení

zdravotního stavu populace a přinášejí významné úspory nákladů na zdravotní služby a další ekonomické přínosy.“ [MZ ČR, 2014]

Je tedy zřejmé, že boj proti obezitě pomocí její prevence, nota bene již od útlého věku, představuje významný faktor přispívající k regulaci této civilizační choroby a ekonomických a společenských důsledků, které z ní plynou (a to jak pro pacienty, tak společnost jako celek).

Oblast, kterou se v této práci zabývám, tedy prevence obezity u dětí realizovaná ZŠ/gymnázii, je pak obsažena v tzv. Prioritní oblasti 1: Realizovat celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu.

„Obzvláště cenné jsou metody zaměřené na zdravý životní styl mladých lidí [...] aktivity pro mladé zahrnují vzdělávání mezi vrstevníky (tzv. *peer-to-peer*), zapojení mládežnických organizací a školní programy na podporu zdravotní gramotnosti.“ [MZ ČR, 2014, str. 18]

Tímto navazuje na cíle stanovené již v rámci předchozí strategie Zdraví 21, konkrétně Cíl č. 4 – Zdraví mladých, kde je rovněž zdůrazněn vliv školy, jejíž kladné působení dokumentuje například projekt „Škola podporující zdraví“. [MZ ČR, 2002]

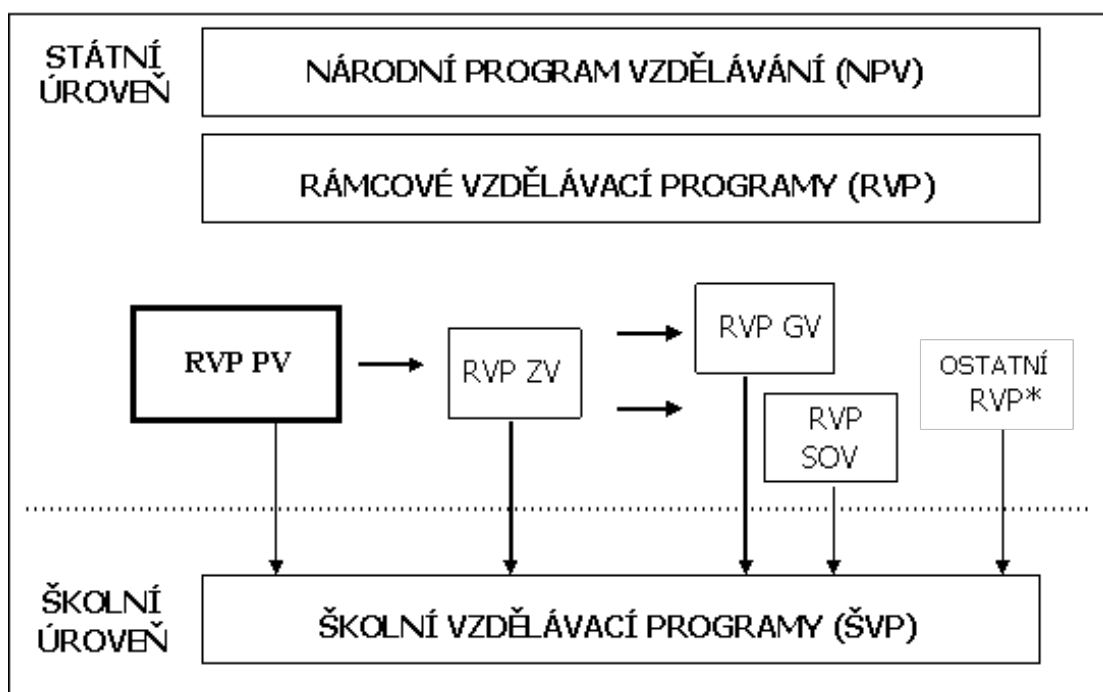
Za plnění těchto cílů je zodpovědné primárně MŠMT, ve spolupráci s MZ, SZÚ a územními samosprávnými celky.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

RVPZV

Rámcové vzdělávací programy pro základní vzdělávání (dále jen RVP) jsou „pedagogické dokumenty, které vymezují legislativní a obsahový rámec potřebný pro tvorbu školního vzdělávacího programu“. [MŠMT ČR, 2013, str. 139] Jsou tedy příkladem tzv. dvouúrovňového kurikula, kdy „na úrovni státu je vytvořen společný, velmi obecný rámec kurikula a jeho konkretizace je ponechána na úrovni školy a místní samosprávy.“ [Kalous, Veselý, 2006, str. 127]

Obr. č. 1: *Systém kurikulárních dokumentů*



Zdroj: MŠMT ČR, 2004

Naučit žáky zodpovědnosti k vlastnímu tělu a zdraví, a jak ho aktivně chránit, je jedním z obecných cílů základního vzdělávání. [MŠMT ČR, 2013]

Konkrétněji se této problematice pak věnuje vzdělávací oblast *Člověk a jeho svět* (na 1. stupni) a *Člověk a zdraví* (na 2. stupni), pod něž spadá právě *Výchova ke zdraví*.

Jedním z cílů této oblasti je právě „využívání osvojených preventivních postupů pro ovlivňování zdraví v denním režimu, k upevňování způsobů rozhodování a jednání v souladu s aktivní podporou zdraví v každé životní situaci i k poznávání a využívání míst souvisejících s preventivní ochranou zdraví“ [MŠMT ČR, 2013, str. 75], kam můžeme zařadit mimo jiné i prevenci obezity. Absolvent 2. stupně základního vzdělávání by v rámci předmětu *Výchova ke zdraví* měl být schopen „dávat si do souvislosti složení stravy a způsob stravování s rozvojem civilizačních chorob a v rámci svých možností uplatňovat zdravé stravovací návyky“ [MŠMT ČR, 2013, str. 76]

V rámci RVP je také stanovena minimální hodinová dotace pro každou vzdělávací oblast, v případě *Výchovy ke zdraví* je to 11 hodin. [MŠMT ČR, 2013]

Konkretizaci výše uvedených cílů již provádí každá škola zvláště v rámci *Školního vzdělávacího programu*, který představuje dříve zmiňovanou druhou úroveň kurikula. Za jeho zpracování

v souladu s RVP a vydání odpovídá ředitel školy, je součástí její povinné dokumentace a na požádání musí být zpřístupněn veřejnosti k nahlédnutí, případně pořízení si opisu či kopie. Naplňování ŠVP a jejich soulad s RVP a právními předpisy pak pravidelně hodnotí Česká školní inspekce. [MŠMT ČR, 2013]

Projekty zaměřené na zdravou výživu

V ČR mají školy možnost zapojit se v rámci podpory zdravého životního stylu a výživy u svých žáků, a tedy i prevenci obezity, například do následujících projektů:

Ovoce a zelenina do škol

Projekt Ovoce a zelenina do škol byl v ČR zahájen ve školním roce 2009/2010. Jedná se o projekt spolupráce škol se Státním zemědělským intervenčním fondem a jím schválenými dodavateli ovoce a zeleniny, spolufinancovaný Evropskou unií, jehož cílem je zvýšit u žáků spotřebu ovoce a zeleniny, podpořit tím tvorbu správných stravovacích návyků a zároveň tak bojovat proti obezitě u dětí. Cílovou skupinu tvoří žáci prvního stupně základních škol (včetně přípravných tříd), kterým je zdarma dodáváno čerstvé ovoce a zelenina nebo ovocné a zeleninové šťávy, přičemž minimální počet dodávek jsou 2 dodávky měsíčně na každého žáka. V současné době (školní rok 2014/2015) je do projektu Ovoce do škol zapojeno 3741 škol v rámci celé ČR.³

Školní mléko

Program Školní mléko v České republice byl iniciován společností Tetra Pak® a poprvé realizován v roce 1996, od roku 1999 pak projekt začal dotovat stát (dotace byly pak v roce 2008 zrušeny a o rok později opětovně zavedeny) a od vstupu České republiky do Evropské unie v květnu 2004 se přidaly dotace i z evropských fondů. Nejprve byl projekt cílen na žáky prvních a druhých tříd základních škol a postupně se rozšiřoval, v současné době se mohou zapojit mateřské, základní, ale i střední školy.

³ Ovoce do škol [online]. [cit. 2015-01-23] Dostupné z: [http://www.ovocedoskol.szif.cz/web/]

Organizace a administrativa projektu jsou z převážné většiny zajišťovány společností Laktea, o.p.s. a momentálně má každý žák/student školy zapojené do projektu nárok na jeden dotovaný mléčný výrobek každý den vyučování.⁴

Happysnack

Projekt Happysnack pod sebou sdružuje dva již výše uvedené projekty – Ovoce a zelenina do škol a Školní mléko v České republice. Jedná se o dodávku zdravých svačin do škol v chladících výdejních automatech, které představují dobrou alternativu ke „klasickým“ prodejním automatům, které většinou prodávají potraviny a nápoje z hlediska zdravé výživy zcela nevhodné. Garantem je Poradenské centrum Výživa dětí (součást Občanského sdružení Výživa dětí), jehož nutriční specialisté kontrolují vhodnost výrobků v automatech nabízených. V nabídce automatu jsou jak dotované mléčné výrobky a ovoce dostupné v rámci výše uvedených projektů, tak i další zdravé alternativy pro dopolední jídlo žáků/studentů (např. rýžové chlebičky, müsli tyčinky apod.).

Projekt Happysnack je určen základním a středním školám, v současnosti je do něj zapojeno 480 škol po celé ČR (s výjimkou Jihočeského a Karlovarského kraje).⁵

Škola podporující zdraví

ŠPZ je projektem Světové zdravotnické organizace (WHO). V České republice je školám k dispozici od roku 1991 a vychází z národní strategie ochrany a podpory zdraví – Zdraví 21: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. V rámci Evropy je Česká republika s tímto projektem jedním ze 43 členů sítě Schools for Health in Europe.⁶

Do roku 2006 byl koordinátorem projektu Státní zdravotní ústav v Praze, od roku 2006 dále se koordinace přesunula z úrovně celostátní na úroveň krajskou, kdy cílem bylo vytvořit tzv. krajské sítě škol podporujících zdraví.⁷

⁴ Školní mléko [online]. [cit. 2015-01-23] Dostupné z: [http://novy-web.laktea.cz/node/14]

⁵ Happysnack [online]. [cit. 2015-01-23] Dostupné z: [http://www.happysnack.cz/skolni-automat/projekt-happysnack/]

⁶ Škola podporující zdraví [online] [cit. 2015-01-23] Dostupné z: [http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi]

⁷ Škola podporující zdraví [online] [cit. 2015-01-23] Dostupné z: [http://www.icm.cz/program-zdrava-skola-skoly-v-cr]

Do ŠPZ se mohou zapojit mateřské, základní a střední školy z celé ČR, jeho cílem je „aplikovat strategii podpory zdraví na podmínky školy a přispět k její účasti na vlastní proměně a rozvoji“⁸

Skutečně zdravá škola

Projekt Skutečně zdravá škola je občanskou iniciativou rodičů, kteří usilují o transformaci školního stravování u nás. Jejich cílem je vytvořit ve školách kulturu zdravého stravování, dosáhnout toho, aby školní jídelny a bufety nabízely chutné a zdravé pokrmy a aby žáci získali představu o tom, odkud jídlo pochází, jak se pěstuje, vyrábí a ze školy si odnesly základy zdravých stravovacích návyků, na kterých budou stavět v dalším životě.⁹

Do konce ledna 2015 plánují vybrat 15 škol do tzv. Pilotního programu, který poběží minimálně do června 2015. Každé z vybraných škol bude přidělen koordinátor, který „bude pomáhat se zaváděním programu, provede školení a pomůže organizovat vzdělávací akce. Školní jídelně pomůže získat kontakty na farmáře a dodavatele ve vašem regionu. Pilotní škola také dostane užitečné informace o naplnění jednotlivých kritérií a přístup ke zdroji metodik, postupů a vzdělávacích materiálů.“¹⁰

Školy zapojené do projektu musí následně splnit kritéria pro udělení certifikátu Skutečně zdravé školy (jsou odstupňovány tři možné úrovně), která se týkají především angažovanosti a kultury stravování, kvality jídla a místa jeho původu a vzdělávání o jídle a stravování.¹¹

Zapojit se a plnit kritéria mohou i školy nezařazené do pilotního projektu, na webových stránkách SZŠ jsou k dispozici návody a postupy. Další registrace do projektu je pak plánována na září 2015.

Ačkoli jsou výše uvedené programy (kromě Ovoce do škol) určeny jak mateřským, tak i základním (tedy i odpovídajícím ročníkům víceletých gymnázií) a středním školám, ze seznamů zapojených škol, které jsou k dispozici, vyplývá, že se do nich v převážné většině zapojují školy mateřské a základní.

⁸ Škola podporující zdraví [online] [cit. 2015-01-23] Dostupné z: [http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zdrava-skola.html]

⁹ Skutečně zdravá škola [online]. [cit. 2015-01-23] Dostupné z: [http://www.skutecnezdravaskola.cz/chceme-zdravejsi-deti]

¹⁰ Skutečně zdravá škola [online]. [cit. 2015-01-23] Dostupné z: [http://www.skutecnezdravaskola.cz/pomuzeme-vam]

¹¹ Skutečně zdravá škola [online]. [cit. 2015-01-23] Dostupné z: [http://www.skutecnezdravaskola.cz/kriteria]

Literatura a zdroje

KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ, *Bílá kniha: Strategie pro Evropu týkající se problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou*. Brusel, 2007.

WHO, *Obesity and overweight [online]*. Dostupné z:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

WHO, *Definition of Health [online]*. [cit. 2014-11-01]. Dostupné online z:

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

MZČR, *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [online]*. [cit. 2015-23-01]. Dostupné online z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_5.html)

[2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_5.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_5.html)

MZČR, *Veřejné zdraví [online]*. [cit. 2014-11-01]. Dostupné online z:

http://www.mzcr.cz/Unie/obsah/verejne-zdravi_3101_8.html

MŠMT, *Upravený rámcový program pro základní vzdělávání platný od 1.9.2013*

[online]. [cit. 2014-11-01]. Dostupné online z:

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/upraveny-ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani>

Ovoce do škol. [online]. [cit. 2015-01-23] Dostupné online z:

<http://www.ovocedoskol.szif.cz/web/>

Skutečně zdravá škola. [online]. [cit. 2015-01-23] Dostupné online z:

<http://www.skutecnezdravaskola.cz/>

Školní mléko v České republice. [online]. [cit. 2015-01-23] Dostupné online z:

http://novy-web.laktea.cz/skolni_mleko

Happysnack. [online]. [cit. 2015-01-23] Dostupné online z: <http://www.happysnack.cz/>

Škola podporující zdraví. [online]. [cit. 2015-01-23] Dostupné online z:

<http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi>

HOWLETT, M., RAMESH, M. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford: Oxford University Press, 1995. Převzato z:

http://www.eridanus.cz/_E-Learning/fsv/Ucebnice_VP/Kapitola_02.htm

TLÁSKAL, P. *Prevence dětské obezity [online]*. Dostupné z:

http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/seminare/Prevence_detske_obezity.pdf/

WINKLER, J. *Implementace. Institucionální hledisko analýzy*. Brno: Masarykova univerzita, 2002.

- KALOUS, J., VESELÝ, A. *Teorie a nástroje vzdělávací politiky*. Praha: Karolinum, 2006.
- LISÁ, L. *Obezita v dětském věku*. in V. Hainer (Ed.) *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada Publishing, 2011.
- LISÁ, L.; KŇOUROVÁ, M.; DROZDOVÁ, V. *Obezita v dětském věku. Hálkova sbírka pediatrických prací*. Praha: Avicenum, 1990.
- MARÁDOVÁ, E. *Podpora zdraví v kurikulu a edukační realitě na základních a středních školách*. Škola a zdraví 21, 2010.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005.
- GUEST, G., MACQUEEN, K. M., NAMEY, E. E. *Applied Thematic Analysis*. Thousand Oaks, California: SAGE pub., 2012.
- HORROCKS, C., KING, N. *Interviews in Qualitative Research*. Los Angeles: SAGE pub., 2010.
- YIN, R. C., *Case study research: Design and Methods*. Thousand Oaks, California: SAGE pub., 2003.
- NEKOLA, M., VESELÝ, A. *Analýza a tvorba veřejných politik*. Praha: SLON, 2007.
- KYTNAROVÁ, J. *Prostá obezita u dětí. Doporučené postupy pro praktické lékaře*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2002.

Seznam použitých zkratk

ČR – Česká republika

EU – Evropská unie

HBSC - Health Behaviour in School-aged Children (Mezinárodní výzkumná studie životního stylu dětí)

KES – Komise evropských společenství

KHS – Krajská hygienická stanice

MŠMT ČR – Ministerstvo školství, tělovýchovy a mládeže České republiky

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

RVP – Rámcový vzdělávací program

RVPZV – Rámcový vzdělávací program základního vzdělávání

SZÚ – Státní zdravotní ústav

ŠPZ – Škola podporující zdraví

ŠVP – Školní vzdělávací program

WHO – Světová zdravotnická organizace

Obsah

OBSAH	1
ÚVOD	3
1. VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY:	5
2. HODNOTOVÁ VÝCHODISKA	6
3. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	7
3.1 <i>Ochrana zdraví a primární prevence</i>	7
3.2 <i>Veřejná politika jako vědní disciplína</i>	7
3.2.1 <i>Akteři veřejné politiky</i>	8
3.2.2 <i>Street-level byrokraté</i>	9
3.2.3 <i>Model veřejněpolitického cyklu</i>	9
3.2.4 <i>Teorie implementace</i>	10
3.2.5 <i>Problémy v procesu implementace</i>	11
3.3 <i>Determinanty nadváhy a obezity</i>	12
3.3.1 <i>Výživa</i>	13
3.3.2 <i>Fyzická aktivita</i>	13
3.3.3 <i>Sociální determinanty</i>	14
3.3.4 <i>Dědičné determinanty</i>	15
3.3.5 <i>Role vzdělání v prevenci nadváhy a obezity</i>	16
4. DATA A METODOLOGIE	17
4.1 <i>Výzkumný design</i>	17
4.1.1 <i>Analýza dokumentů</i>	17
4.1.2 <i>Výběr respondentů</i>	18
4.1.3 <i>Polostrukturované rozhovory</i>	19
4.1.4 <i>Tematická analýza</i>	19
4.1.5 <i>Úskalí zvoleného výzkumného designu</i>	20
5. LEGISLATIVNÍ A INSTITUCIONÁLNÍ RÁMEC	22
5.1 <i>WHO</i>	23
5.1.1 <i>Zdraví 2020:Evropský rámec pro politiky pro zdraví a prosperitu</i>	23
5.1.2 <i>Evropský akční plán pro potraviny a výživu</i>	23
5.1.3 <i>Vídeňská deklarace o výživě a nepřenosných nemocech</i>	24
5.1.4 <i>Evropská charta boje proti obezitě</i>	24
5.2 <i>Evropská unie</i>	25
5.2.1 <i>Zelená kniha</i>	25
5.2.2 <i>Bílá kniha</i>	25
5.3 <i>Parlament ČR</i>	26
5.4 <i>Ministerstvo zdravotnictví ČR</i>	27
5.4.1 <i>Zdraví 2020</i>	27
5.5 <i>Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR</i>	29
5.5.1 <i>RVPZV</i>	29
5.6 <i>Projekty v rámci ČR zaměřené na zdravou výživu</i>	31
5.6.1 <i>Školní mléko</i>	31
5.6.2 <i>Happysnack</i>	31
5.6.3 <i>Škola podporující zdraví</i>	32
5.6.4 <i>Skutečně zdravá škola</i>	32
5.6.5 <i>Škola plná zdraví</i>	33
5.7 <i>Shrnutí</i>	34
6. PŘÍPADOVÁ STUDIE	36
6.1 <i>Školní vzdělávací program</i>	36
6.2 <i>Výuka</i>	37
6.3 <i>Doprovodné projekty</i>	39
6.4 <i>Spolupráce s dalšími subjekty</i>	40

7. PROBLÉMY A JEJICH MOŽNÁ ŘEŠENÍ.....	42
7.1 <i>Bagatelizace role školy.....</i>	42
7.2 <i>Preference jiných témat.....</i>	43
7.3 <i>Nedostatečná informovanost.....</i>	44
7.4 <i>Nezájem žáků.....</i>	45
7.5 <i>Minimální spolupráce s dalšími subjekty.....</i>	45
7.6 <i>Upřednostnění ekonomického hlediska před zdravotním.....</i>	46
8. SHRUTÍ VÝSLEDKŮ.....	48
ZÁVĚR.....	49
LITERATURA A ZDROJE.....	51
SEZNAM OBRAZOVÝCH PŘÍLOH V TEXTU.....	56
PŘÍLOHY.....	57

Úvod

Jako „obezitu“ neoznačujeme pouze nadváhu či vyšší podíl tělesného tuku, ale stav, kdy procento tuku v těle jedince přesáhne hranici, za kterou již dotyčného ohrožuje na zdraví, či dokonce na životě. Obezita se dnes často označuje jako epidemie třetího tisíciletí, což rozhodně není nadnesené, uvážíme-li, že jí trpí více než 10 % dnešní dospělé populace a 65 % světové populace žije v zemích, kde jsou obezita a nadváha (a nemoci s ní spojené) příčinou více úmrtí, než podváha a nedostatečná výživa. [WHO, 2014]

Právě množství zdravotních komplikací, které obezita způsobuje (kardiovaskulární onemocnění, cukrovka, nemoci kosterní soustavy atd.) a náročnosti jejich eliminace či alespoň zmírnění, z ní činí jeden z nejzávažnějších problémů dnešní doby, co se (nejen) zdravotní politiky týká.

Ještě větší problém pak představuje obezita u dětí – dětství je dobou, kdy si utváříme hodnoty a návyky, které si s sebou neseme po celý život. Ti, kteří se s obezitou potýkali už v tomto věku, zůstali velmi často obézní i v dospělosti a bylo u nich prokázáno riziko mortality na onemocnění spojená s obezitou (především kardiovaskulární choroby) o 50-80 % vyšší, než u jedinců, kteří obezitou netrpěli. [INSERM, 2000, in: Tláškal, 2013] Obezita je nemocí, kde dědičnost hraje nezanedbatelnou roli – potomek obézních rodičů má až 80% šanci, že bude obezitou trpět také, právě kvůli přebírání nezdravých návyků svých rodičů. [Lisá, Kňourová, Drozdová, 1990]

Podle šetření HBSC, které proběhlo v roce 2010 u českých školáků ve věkové skupině 11, 13 a 15 let, trpí nadváhou nebo obezitou přibližně pětina chlapců a desetina dívek. [Kalman et al., 2011] Porovnáním výsledků výzkumů z předchozích let je zde navíc jasně patrný vzestupný trend – například u třináctiletých chlapců byl rozdíl v prevalenci nadváhy a obezity mezi lety 2001/2002 a 2005/2006 40%, u dívek téhož věku dokonce 70%. [HBSC, podle SZÚ, 2011]

Vzhledem k tomu, že nejúčinnějším prostředkem boje proti obezitě je její prevence, která leží zejména v oblasti dostatečné fyzické aktivity a správné výživy, hraje zde vedle vlivu rodiny klíčovou roli také škola. Právě ta je u dětí ve věku od 6 do 15 let důležitou institucí nejen, co se týká vzdělání samotného, ale i jako místo, kde tráví podstatnou část dne, stravují se a osvojují si zvyky, které pak budou uplatňovat i v dalším životě. V rámci programu Zdraví 2020 – národní strategie ochrany zdraví

a prevence nemocí (navazuje na předchozí strategii Zdraví 21), který spadá pod pravomoc Ministerstva zdravotnictví ČR a vychází z programu WHO, se proto pamatuje i na realizaci cílů právě v rámci školství. Tyto cíle jsou u nás formulovány tzv. rámcovými vzdělávacími programy (RVP představují obecnější formu školních osnov, přičemž stanovují pouze základní požadavky ze strany státu a konkrétnější formu si již může každá škola přímo upravit coby vlastní školní vzdělávací program) a zároveň jsou podporovány různé dotační programy pro zvýšení zdravotní gramotnosti, formování nutričních návyků či prevenci úrazů. [Marádová, 2010]

V roce 2008 proběhla pilotní studie zaměřená na implementaci cílů výchovy ke zdraví do školních programů, na jejíž realizaci se podíleli pedagogové a studenti z PedF UK v Praze. Data k šetření poskytlo 12 základních škol a 12 víceletých gymnázií, přičemž víceletá gymnázia si vedla o poznání hůře, přestože vychází ze stejného znění RVP. [Marádová, 2010]

Obecně je možno říci, že v legislativní rovině došlo k výraznému posunu k lepšímu – školy mají k dispozici dokumenty, které jasně vymezují očekávané výstupy, co se výchovy ke zdraví týká. Problém však leží spíše v oblasti implementace. [Marádová, 2010]

Vzhledem k tomu, že prevence obezity pomocí správné výživy a znalostí zásad zdravého stravování je významnou součástí výchovy ke zdraví, ve své práci bych se ráda zaměřila právě na to, jakým způsobem školy – konkrétně pak víceletá gymnázia – tuto prevenci realizují a s jakými problémy je tento proces spojen.

1. Výzkumné cíle a otázky:

Cíle práce:

Explorace procesu prevence dětské obezity pomocí výživy na víceletých gymnáziích v daném regionu (Liberec)

Identifikace případných problémů tohoto procesu

Výzkumné otázky:

Proces prevence dětské obezity na gymnáziích je ovlivňován institucionálním rámcem v dané oblasti veřejné politiky. Proto se v počátku práce zaměřím na deskripci tohoto rámce a z něho vyplývajících povinností a možností.

Zde se budu snažit zodpovědět následující otázku:

Jaké povinnosti a možnosti mají základní školy/víceletá gymnázia v ČR v oblasti prevence dětské obezity prostřednictvím výživy?

Ve druhé části se poté budu věnovat přímo prevenci obezity pomocí výživy na konkrétních víceletých gymnáziích. Klíčová je pro mne role aktérů v rámci školy, tedy ředitele a příslušných pedagogů a to, jakým způsobem tuto prevenci realizují a v čem vidí případné problémy a komplikace. Tím bych ráda zodpověděla otázky:

Jakým způsobem vybraná víceletá gymnázia prevenci obezity pomocí výživy realizují?

Jaké jsou případné problémy v tomto procesu?

Jaká lze navrhnout řešení těchto případných problémů?¹²

¹² jelikož se jedná pouze o dílčí cíl práce, návrhy řešení v tomto případě nezohledňují např. finanční hledisko a není zde zahrnuta tzv. nulová varianta, tedy zachování statu quo

2. Hodnotová východiska

V hodnotovém rámci své práci vycházím z předpokladu, že ačkoli je obezita často považována čistě za individuální problém, jehož příčiny leží v osobních volbách každého člověka – a lze si tedy defacto „vybrat“, zda budu obézní, či nikoli, tento pohled dokonale nereflektuje současnou situaci.

Ačkoli jsou intervence v této oblasti často kritizovány jako přehnaně „mateřské“ (*nanny-ish*) a omezující možnost osobní volby, co se výběru jídla a životního stylu obecně týká, v současné době představuje epidemie nadváhy a obezity celospolečenský problém, jehož rozměry již dávno přesáhly odpovědnost pouze jednotlivců a je proto nutno řešit je i pomocí nástrojů veřejné politiky [Lang, Rayner, 2007].

V případě dětské obezity toto platí dvojnásob, neboť děti nelze vzhledem k nedostatečné právní způsobilosti a samostatnosti v myšlení a úsudcích považovat za dokonale informované spotřebitele, jejichž životní styl je čistě výsledkem osobní volby. Jejich volby a preference jsou ve většině případů formovány prostředím, které ovlivňuje dospělí, a to jak z hlediska výživy, fyzické aktivity, tak i kultury [Lang, Rayner, 2007].

Dětská nadváha a obezita a její neustálý nárůst jsou tedy v této práci považovány nikoli za problém pouze na straně jednotlivců, ale za problém veřejné politiky a veřejného zdraví.

3. Teoretická východiska

Problém obezity jako takový v dnešní době prostupuje řadou dimenzí jak z hlediska společenského, tak politického a zdravotního. Vzhledem k zaměření své práce jsem se rozhodla opřít ji o teoretické koncepty z těchto oblastí:

3.1 Ochrana zdraví a primární prevence

Dle definice WHO bereme „zdraví“ jako stav „úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci či nemohoucnosti.“ [WHO, 1946]

Svou práci tedy primárně opírám o fakt, že zdraví je základním předpokladem kvalitního života každého jedince a právě obezita a nemoci s ní spojené tuto kvalitu výrazně narušují, proto je boj proti obezitě jedním z hlavních cílů v oblasti veřejného zdraví. [MZ ČR, 2014] Nejefektivnější nástroj v rámci ochrany zdraví pak představuje primární prevence, kterou definujeme jako „předcházení vzniku nemocí, ovlivňování determinant, které působí na zdraví a snižování zdravotních rizik.“ [MZ ČR, 2014, str. 6] Na tu pak navazují prevence sekundární (diagnostika časných stadií nemocí a poruch s účelem lepších šancí na úspěšnou léčbu) a terciární, která představuje léčbu a péči při již propuknutém onemocnění samotnou. (Někdy se hovoří ještě o prevenci kvartérní, tj. zmírnění dopadů léčebných intervencí). [MZ ČR, 2014]

Kromě výše uvedeného vycházím také z toho, že podle Národní strategie Zdraví 2020 „mají prevence nemocí a ochrana a podpora zdraví reálný přínos ke zlepšování zdravotního stavu populace a přinášejí významné úspory nákladů na zdravotní služby a další ekonomické přínosy.“ [MZ ČR 2014, str. 7]

Aktivitami zaměřenými na zvládnutí hlavních sedmi rizikových faktorů pro lidské zdraví (mimo jiné i právě nadměrné tělesné hmotnosti) by bylo možno snížit počet let ztracených nemocemi či předčasným úmrtím až o 60% (v Evropě) [Zsuzsanna Jakab, 2011, podle MZ ČR, 2014]

3.2 Veřejná politika jako vědní disciplína

Na problém dětské obezity budu v této práci nahlížet optikou veřejné politiky jakožto vědní disciplíny. Ochrana zdraví a boj proti nemocem představují veřejný zájem

(jako takový můžeme definovat zájem, jehož charakter je tzv. nadindividuální, přesahuje zájmy pouze jednotlivců), jeden z charakteristických znaků veřejné politiky.

Veřejná politika je relativně velmi mladou vědní disciplínou, jejíž vznik se datuje do 60. let 20. století a lze ji obecně definovat jako „disciplínu propracovávající a aplikující výkladové rámce sociologie, ekonomie, politických věd, práva, teorie řízení a dalších oborů k analýze a prognóze procesů formování a uplatňování veřejných zájmů vážících se na řešení diferencovaných sociálních problémů. Věnuje se přitom především institucionálnímu zprostředkování těchto procesů veřejným, občanským a do jisté míry i soukromým sektorem v poloze, která je využitelná politickou praxí.“ [Potůček, 2005, str. 21]

3.2.1 Aktéři veřejné politiky

Proces veřejné politiky, od její tvorby až po realizaci, sdružuje množství zainteresovaných subjektů, které obecně označujeme jako aktéry. Těmi mohou být jednotlivci, skupiny, nebo celé instituce. Obecně je lze rozdělit do několika základních skupin¹³:

- volení zástupci (parlament, místní zastupitelstva)
- zaměstnanci státní správy (legislativa, exekutiva)
- zájmové skupiny
- organizace zabývající se výzkumem a analýzou
- média

Aktéři na národní, nadnárodní a jiné úrovni, kteří ovlivňují (přímo či nepřímo) určitou oblast politiky souhrnně tvoří tzv. politický svět (policy universe). [Howlett, Ramesh, 1995]

Prostor, ve kterém významní aktéři o politických otázkách jednají a snaží se dosáhnout svých zájmů, se nazývá politický subsystem (political subsystem).

Během interakce s ostatními aktéry své cíle často modifikují či se jich vzdávají, aby dosáhli podpory v jiných zájmech. Politický subsystem zahrnuje jak aktéry úzce spjaté s danou problematikou, tak ty, jejichž zainteresovanost je pouze marginální.

Obecný výčet jeho aktérů přitom neexistuje, liší se v rámci jednotlivých politik, států apod. [Howlett, Ramesh, 1995]

¹³ Howlett, Ramesh, 1995; Purkrábek, 1994, dle Králová, 2006

3.2.2 Street-level byrokraté

Role tzv. street-level byrokratů ve veřejné politice (zvaných rovněž linioví pracovníci, úředníci první linie nebo řadoví pracovníci) je podstatou Lipskyho konceptu „byrokracie první linie“. [Lipsky, 1980, podle Horák, Horáková, 2009]

Street-level byrokraty jsou všichni pracovníci veřejných služeb, kteří při výkonu své práce přicházejí do kontaktu přímo s občany a mají poměrně rozsáhlou svobodu v rozhodování, kterou využívají při řešení problémů svých klientů. Konkrétně se jedná o učitele, policisty, ostatní zákon prosazující zaměstnance, soudce, právníky a jiné zaměstnance soudů, zdravotníky a další státní zaměstnance, kteří mají přístup k vládním programům a poskytují v jejich rámci služby. [Lipsky, 1980, podle Horák, Horáková, 2009]

Právě rozhodovací volnost, kterou street-level byrokraté mají, a jejich vlastní zájmy, postoje a odpovědnost jsou často klíčové pro úspěch či neúspěch při realizaci dané politiky, byť byla „nahore“ míněna a koncipována jakkoli pozitivně. [Lipsky, 1980, podle Potůček, 2005]

3.2.3 Model veřejněpolitického cyklu

V rámci teorie veřejné politiky existuje několik pojetí veřejné politiky jakožto procesu, jedním z nich je tzv. veřejněpolitický cyklus¹⁴. Účely a cíle politiky jsou vymezeny na začátku tohoto procesu, ale postupně se v čase mohou měnit, dokonce bývají občas definovány až retrospektivně.

Modelů veřejněpolitického cyklu existuje řada, přičemž se navzájem doplňují, v krajním případě si i protiřečí, nelze však vyzdvihnout jeden univerzální.

„Většina analytiků veřejné politiky si však vystačí s modelem, sestávajícím z pouhých čtyř fází.“ [Potůček, 2005]

V rámci tohoto modelu [Howlett, Ramesh, 1995, viz Obrázek 1] mě pak bude zajímat zejména proces implementace politiky, tedy její uskutečňování v praxi a problémy s ním spojené.

¹⁴ nejedná se o teorii v pravém slova smyslu, spíše jde o model, kterým lze vhodně strukturovat naše myšlení a analýzu

Obrázek č. 1: Čtyřsložkový model veřejněpolitického cyklu



Zdroj: Howlett, Ramesh, 1995. Upraveno autorkou. Převzato z:

http://www.eridanus.cz/_E-Learning/fsv/Ucebnice_VP/Kapitola_02.htm [online]

3.2.4 Teorie implementace

Pro další věnování se implementaci jako takové je rovněž vhodné ji exaktněji definovat, což může být nicméně poněkud obtížné, neboť „pojmem implementace má v odborné literatuře nejednoznačný význam. Tato skutečnost dokumentuje spíše objektivní stav implementační teorie než neschopnost autorů dohodnout se na jazykové konvenci.“ [Winkler, 2002, str. 19]

Obecně se dá o implementaci mluvit jako o procesu uskutečňování, realizace, naplňování vytyčených cílů.

Z pohledu veřejné politiky lze podle Winklera [2002] tento proces uchopit dvěma způsoby:

- Implementace jako *stav uskutečnění*, kdy předpokládáme, že daný program se implementuje pomocí posloupnosti jednotlivých kroků. Největší vliv na cíle mají tvůrci programu a postupem jednotlivých fází tento vliv slábne.
- Implementace jako *proces realizace* veřejného programu, kterou definujeme jako výsledek vzájemných vztahů a interakcí mezi jednotlivými aktéry celého procesu. Na povaze těchto vztahů pak závisí výsledky implementace.

Proces implementace je ovlivňován mnoha faktory, které určují, jak bude či nebude úspěšný. Podle Nagela [1998, podle Veselý, Nekola, 2007] jsou to tyto:

- technologická proveditelnost – překážky na straně fyziky, biologie či jiných vědeckých oborů. Neznamená ani tak otázku, zda problém bude možno řešit či ne, ale jak dlouho bude nalezení řešení pravděpodobně trvat.

- politická proveditelnost, respektive průchodnost – týká se legislativního procesu, zda program nebo politika nebudou v průběhu schvalování vetovány
- administrativní proveditelnost – schopnost implementaci uvést do praxe a dále ji monitorovat
- legální proveditelnost – zda implementovaný program není v rozporu s žádnou právní normou
- ekonomická proveditelnost – zda je na implementaci programu dostatek dostupných prostředků
- psychologická proveditelnost – jaké jsou postoje lidí, kterých se implementovaný program týká, a jaké lze v těchto postojích případně očekávat změny

3.2.5 Problémy v procesu implementace

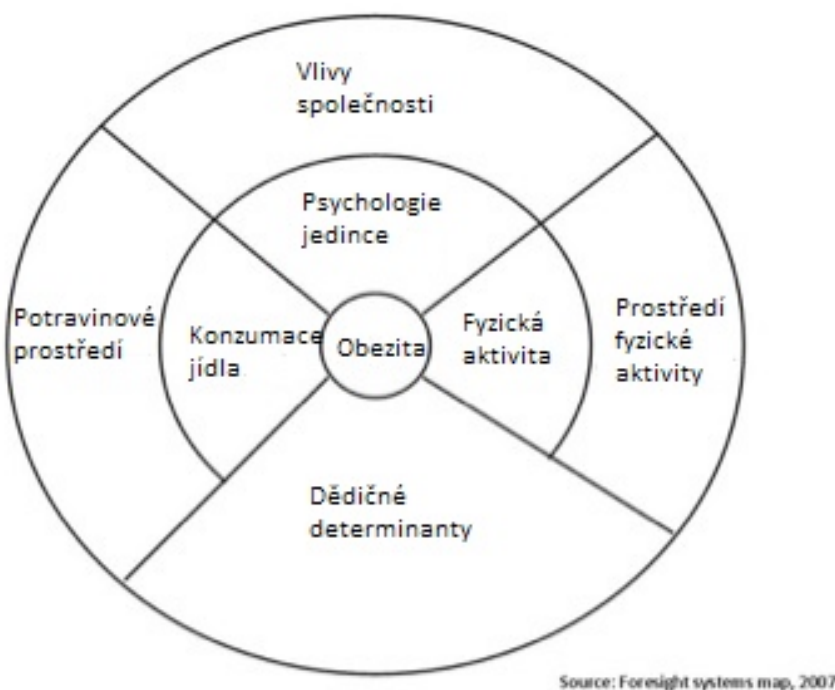
Při procesu implementace veřejné politiky se aktéři zpravidla dříve či později setkají s určitým problémem v rámci jejího uskutečnění.

Potůček [2005] definuje jako základní problémy implementace ve společnosti tyto:

- autonomnost společenského vývoje vs. snahy jej nějakým způsobem ovlivnit [Ringen, 1987, podle Potůček 2005] – společenský vývoj je sice do jisté míry ovlivnitelný, ale jen těžko ho lze považovat za říditelný
- obtížná ovlivnitelnost, „gumovost“ prostředí, v němž žijeme [Kepinski, 1986, podle Potůček, 2005], daná neustále rostoucí komplexitou sociálních forem
- značná setrvačnost hodnotových orientací a chování lidí a institucí (v případě organizací fixovaná zájmy členů na jejich přežití)
- žádná politika se nerealizuje izolovaně, spolu s ní jsou realizovány desítky, možná stovky dalších politik a mezi sebou se mohou různě střetávat
- problém obtížné předvídatelnosti budoucího vývoje, a tedy i omezená možnost připravit se na něj předem
- problém simulace politik – v politice je někdy účinné „klamat tělem“, předstírat, že určité politiky jsou realizovány a nabízet jim symbolickou podporu, i když reálný zájem směřuje jinam.
- problém nechtěných důsledků politik

3.3 Determinanty nadváhy a obezity

Obrázek č. 2: Systém determinantů obezity



Zdroj: Foresight systems map, 2007, převzato z http://www.noo.org.uk/NOO_about_obesity/causes [online], upraveno a přeloženo autorkou

Výše uvedený model zobrazuje systém determinantů obezity a jejich působení na její vznik, přičemž oblasti na vnějším okraji zároveň ovlivňují i determinanty směrem k vnitřku kruhu – tedy například sociální vlivy působí jak na vznik obezity jako takový, tak i na psychologii jedince, která je sama rovněž determinantem. Vliv škol pak pokrývá defacto všechny oblasti kromě vrozených determinantů. Školy mohou ovlivňovat výběr a konzumaci jídla u svých žáků, i jejich fyzickou aktivitu a duševní stav, a to právě vytvářením příznivého (či nepříznivého - obezigenního) prostředí.

3.3.1 Výživa

Vzhledem k tomu, že více než 95% případů obezity je způsobeno nerovnovázným stavem mezi příjmem a výdejem energie [Kytarová, 2002], představuje správná výživa jeden z klíčových aspektů její prevence.

Zvýšená konzumace potravin s vysokým obsahem rafinovaného cukru a tuku je považována prakticky za hlavní příčinu obezity u dospělých v současné době. [Popkin, 2001, podle Hills, 2007]

Dnešní doba představuje z hlediska dějin unikátní období, kdy žijeme v trvalém nadbytku, co se potravy týče, a nynější objem produkce nám umožňuje zařazovat do svého jídelníčku maso, rafinovaný cukr a tuky v množství, jakého pro naše předky nebylo možné dosáhnout. Tento kvantitativní nárůst byl však vykompenzován snížením kvality potravin. Lang a Heasman nazývají tento jev, kdy dominantní vliv na trh s potravinami má snaha výrobců maximalizovat svůj zisk (a to i na úkor kvality výrobků), produkční paradigma [Lang, Heasman, 2004]. Zároveň jsou nám vysokokalorické potraviny a nápoje potravinovým průmyslem prezentovány jako forma zábavy a součást moderního životního stylu, což v kombinaci s jejich často nízkou cenou, vysokou dostupností a minimem náročnosti dalších úprav před konzumací vede k jejich oblibě u populace napříč věkovými kategoriemi. Zdravější alternativy se pak v porovnání s tím zdají drahé, náročné na přípravu a obtížnější dostupné (např. pouze sezónní) a v neposlední řadě také (díky absenci dochucovadel, rafinovaného cukru atd.) méně chuťově atraktivní.

Na vině je nepochybně také poměrně nízká výživová gramotnost, kdy lidé často netuší, jak má vůbec nutričně vyvážený jídelníček správně vypadat, jaké potraviny do něj zařadit a jaké naopak vynechat.

3.3.2 Fyzická aktivita

Zároveň s trvalým nadbytkem v oblasti příjmu potravy, potažmo kalorií, došlo v posledních desetiletích ke snížení fyzické aktivity, což značně prohloubilo nerovnováhu mezi příjmem a výdejem energie, se kterou se řada jedinců potýká, a která je hlavní příčinou jejich případné nadváhy či obezity. Tento problém je diskutován zejména v souvislosti s mladou generací – např. australská studie porovnávající fyzickou aktivitu 10/11-letých dětí v letech 1985-1997 a potvrzující její klesající

tendenci [Dollman a kol., 1999, podle Hills, 2007] – nicméně zasahuje všechny věkové kategorie. Důvodem je zejména rapidní nárůst osobní automobilové dopravy v posledních desetiletích (a její preference oproti jiným typům dopravy), spolu s proměnou pracovního trhu. Zde hrála roli hlavně automatizace a mechanizace výroby, nárůst počtu tzv. sedavých zaměstnání a v posledních letech také rozvoj IT technologií a on-line komunikace, které umožňují flexibilnější pracovní podmínky – v mnoha firmách například práce z domova či odjinud, bez nutnosti přítomnosti na pracovišti. Energetická náročnost při výkonu většiny zaměstnání či přesunu na pracoviště je tedy snížena na minimum a obdobnou situaci lze pozorovat už v době školní docházky.

Časové dotace pro tělesnou výchovu jsou ve srovnání s jinými předměty dosti nízké¹⁵, obecně je považována za méně důležitý předmět a její výuka navíc často probíhá způsobem, který žáky spíše demotivuje (zaměření se pouze na určitý druh sportu - nedostatečná pestrost, absence rozdílného přístupu k jednotlivým žákům podle jejich možností atd.). Často také chybí (nebo je pouze na nízké úrovni) možnost pohybových aktivit zajišťovaných školou mimo povinné vyučování, nicméně zde je nezdědka problém i na straně žáků a jejich neochoty se takových aktivit účastnit, neboť tento způsob trávení volného času je pro ně oproti jiným možnostem (hraní PC her, poslech hudby...) málo atraktivní (což je opět problém i u dalších věkových kategorií).

3.3.3 Sociální determinanty

Pod pojem „sociální determinanty“ nadváhy a obezity (a celkově zdraví obecně) můžeme zahrnout nejen faktory sociodemografické (jako například pohlaví, rasu, socioekonomický status) a psychologické (stres, náročnost povolání, deprese nebo úzkosti), ale rovněž charakteristiku místa, ve kterém žijeme (neighborhood characteristics) a naše sociální prostředí [Bennett, Wolin, Duncan, 2008].

Ačkoli v drtivé většině případů lze příčinu nemoci vysledovat v individuálním chování a návycích jedince, jsou nicméně to právě sociální determinanty, které toto individuální chování formují a ovlivňují. Nejinak je tomu i v případě obezity – jejími primárními příčinami jsou neoddiskutovatelně špatné stravovací návyky a nedostatek

¹⁵ Tělesná výchova a sport na školách v Evropě [online], [cit.2015-04-05] Dostupné z: http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/150CS_HI.pdf

fyzické aktivity, je ale třeba věnovat právě množství sociálních faktorů, které ovlivňují podobu stravování a fyzické aktivity jedince [Bennett, Wolin, Duncan, 2008].

Například je všeobecně známo, že podobu a úroveň stravování, stejně tak jako množství příležitostí k fyzické aktivitě, silně ovlivňují socioekonomické zdroje.

Dlouhodobé vystavení psychickému stresu může zvýšit pravděpodobnost užívání jídla coby prostředku sloužícímu nikoli k utišení hladu, ale k uklidnění (comfort eating, rovněž emotional eating) [Bennett, Wolin, Duncan, 2008].

Stejným způsobem řeší často své problémy i například lidé s nízkým sebevědomím, emočně labilní jedinci, či osoby, kterým rodiče v dětství zafixovali jídlo coby prostředek odměny.¹⁶

Deprese zase může způsobit apatii a nezájem o jakoukoli fyzickou aktivitu.

Celkově tedy v příčinách dnešní epidemie obezity ve světě figuruje velké množství právě sociálních determinantů, nicméně jejich výzkumu a boji s nimi zatím není věnována dostatečná pozornost [Bennett, Wolin, Duncan, 2008].

3.3.4 Dědičné determinanty

Ačkoli největším problémem stojícím za současným rapidním nárůstem obezity je především obezitogenní prostředí, které vytváříme, existují jasné důkazy vypovídající rovněž o dědičnosti obezity a výsledky výzkumu jejích různých forem dokazují, že existují geny, které hrají významnou roli v jejích příčinách [Walley, Blakemore, Froguel, 2006].

Dědičné předpoklady pro obezitu jsou vysoké, jejich míra je srovnatelná například s dědičností autismu nebo schizofrenie a významně vyšší, než například dědičnost vysokého tlaku či depresí. Zároveň byla prokázána i vysoká dědičnost jednotlivých faktorů obezity, jako je tloušťka kožní řasy, obvod pasu či rozložení tuku v těle [Walley, Blakemore, Froguel, 2006].

Samotný genetický předpoklad sice není jasným determinantem, že daný jedinec bude nutně trpět nadváhou či rovnou obezitou, nicméně představuje významný rizikový faktor, který v kombinaci s dalšími faktory, zejména pak stravovacími a pohybovými návyky, může k rozvoji obezity snadno vést. To je důležité zejména v souvislosti s další skutečností - na rozdíl od většiny ostatních chuťových preferencí, které se učíme, je

¹⁶ Emotional eating [online]. [cit.2015-04-05] Dostupné z: <http://www.helpguide.org/articles/diet-weight-loss/emotional-eating.htm>

obliba sladké chuti (která je typická právě pro vysokokalorické potraviny) u člověka (a dalších savců) vrozená, a tedy máme sklon potraviny s vyšším obsahem cukru přirozeně preferovat [Dvořáková-Janů, 1999].

3.3.5 Role vzdělání v prevenci nadváhy a obezity

Právě dětství a doba povinné školní docházky jsou obdobím, kdy si spolu se získáváním vědomostí formujeme základní návyky, které ovlivňují naše chování po zbytek života, je tedy důležité věnovat v tomto ohledu dostatečnou pozornost i co se týká výživy a stravovacích návyků. V případě obezity totiž platí, že čím dříve k jejímu rozvoji dochází, tím je později její stupeň závažnější [Lisá, 2004, in Hainer a kol., 2011]. Pokud je navíc obezita, která vznikla již v dětství a udržela se po řadu let, léčena až v pubertě, stává se proti léčbě resistantní, neboť se s ní děti naučí žít a jen obtížně si osvojují nové – dietní stravovací návyky [Lisá, Kňourková, Drozdová, 1990]. Nejefektivnější nástroj boje proti této civilizační chorobě tedy představuje právě včasná osvěta a prevence již od školního věku.

Vedle nezastupitelné role rodiny je to v dětském a mládežnickém věku tudíž právě škola (ideálně už škola mateřská, posléze základní i střední), která by v rámci svého výukového programu měla věnovat dostatečnou pozornost problematice péče o zdraví a důležitosti vhodné životosprávy jakožto prevence (nejen) obezity. Vedle rodinného prostředí je místem, kde lidé v tomto věku tráví nejvíce času, a kde jsou také nejvíce ovlivňováni a pro řadu z nich může být vůbec prvním místem, kde se s touto problematikou seznámí, případně poznají jiný pohled na věc, než na který jsou zvyklí z domácího prostředí.

4. Data a metodologie

4.1 Výzkumný design

Výzkumné zaměření mé práce je – vzhledem ke stanovenému cíli (explorace procesu prevence obezity na vybraných víceletých gymnáziích) – jednoznačně kvalitativní, neboť se hlouběji zaměřuji pouze na úzkou část dané problematiky a mým cílem je dojít v ní k porozumění a vysvětlení, spíše než k možnosti generalizace na celou oblast (v tomto případě školy/gymnázia obecně).

Jako výzkumný design jsem zvolila případovou studii, kdy se zaměřím na víceletá gymnázia v mém regionu bydliště (krajské město s více než 100 000 obyvateli). Tento design výzkumu jsem zvolila proto, že se ve své práci budu podrobně věnovat pouze malému počtu případů, jejichž výběr provádím nikoli náhodně, ale cíleně [Hendl, 2005] a snažím se najít odpověď na otázky, které začínají zejména slovy „jak?“ a „proč?“, což je právě pro případovou studii typické [Yin, 2003].

Toto úzké zaměření výzkumu by mi mělo umožnit pochopení hlubších souvislostí, které jsou předmětem mého zkoumání, a které zůstávají jiným výzkumným strategiím utajeny [Veselý, Nekola, 2005].

Pro případovou studii není závadou, ba naopak, použije-li výzkumník více metod – hovoříme o tzv. triangulaci metod, která vede k zachycení různých aspektů výzkumného problému a tedy i k jeho lepšímu pochopení [Flick, 2004]. Ve své práci proto kombinuji více metod sběru a analýzy dat.

4.1.1 Analýza dokumentů

Samotnému výzkumu na konkrétních víceletých gymnáziích bude předcházet studium veřejněpolitických dokumentů, týkajících se prevence obezity, a jejich analýza, sloužící k vytvoření přehledu o roli škol v prevenci dětské obezity a o tom, jaké mají v ČR konkrétní povinnosti a možnosti. Zajímat mě budou jak dokumenty na úrovni EU či WHO, tak dokumenty vydané MŠMT ČR – Rámcové vzdělávací programy a MZ ČR, a v neposlední řadě také informace týkající se už případných konkrétních projektů v této oblasti. Pomocí této metody chci zjistit, jaký je v ČR legislativní rámec prevence dětské obezity na školách, a rovněž jaké mají školy možnosti nad tento rámec.

V první fázi proběhne výběr dokumentů pomocí elektronických databází jednotlivých organizací a institucí, poté bude následovat jejich samotná analýza, kdy mě budou zajímat konkrétní části, které se zabývají problematikou prevence dětské obezity a role škol v tomto procesu.

Dalším krokem v analýze dokumentů pak bude analýza samotných Školních vzdělávacích programů (dále jen ŠVP) víceletých gymnázií, jichž se bude týkat můj výzkum a s jejichž aktéry budu provádět rozhovory. ŠVP je součástí povinné dokumentace každé školy a na požádání musí být zpřístupněn veřejnosti k nahlédnutí, případně pořízení si opisu či kopie [MŠMT ČR, 2013]. V případě mnou zkoumaných gymnázií je mají obě školy volně přístupné v plném znění na svých webových stránkách.

4.1.2 Výběr respondentů

Další etapou mého výzkumu budou rozhovory. Vycházím z již zmiňované teorie, že rozhodovací volnost street-level byrokratů a jejich postoje jsou často klíčové pro úspěch dané politiky [Lipsky, 1980, podle Potůček, 2005] a uskutečněním proto rozhovory se street-level byrokraty vzdělávací politiky – vedením škol a pedagogy víceletých gymnázií v regionu mého bydliště (lokalitu jsem zvolila zejména kvůli lepší dostupnosti při sběru dat). Na gymnázia jsem se rozhodla zaměřit na základě výsledků pilotní studie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy z r. 2008, kdy byly zjištěny významné rozdíly v implementaci výchovy ke zdraví do školních programů mezi základními školami a odpovídajícím stupněm víceletých gymnázií, přičemž gymnázia si vedla o poznání hůře [Marádová, 2010]. Nejdříve dotazovanými budou osoby ve vedení školy (ředitel/jeho zástupce), od kterých pak získám odkaz na další aktéry - pedagog/výchovný poradce apod., do jejichž kompetence prevence obezity v rámci dané školy spadá. S těmi pak následně provedu rozhovor také. Očekávám tedy v rámci každé ze dvou škol minimálně dva rozhovory¹⁷ – s osobou z vedení školy a alespoň jedním dalším pedagogem, příp. výchovným poradcem.

¹⁷ nezbytnou součástí rozhovorů bude *informovaný souhlas* všech dotazovaných

4.1.3 Polostrukturované rozhovory

Jak jsem již uvedla, data plánuji získat metodou rozhovorů, konkrétně se bude jednat o rozhovory pomocí návodu¹⁸ [Hendl, 2005], kdy se sice nepotřebuji držet přesného schématu a pořadí otázek, ale budu mít určitý okruh témat, která chci s respondentem prodiskutovat. Tato metoda se mi v případě mé práce zdá vhodnější, než klasický nestrukturovaný rozhovor (který je typickou metodou pro případovou studii [Veselý, Nekola, 2007]), a to mimo jiné právě z důvodu, že můj výzkum bude obsahovat více než jeden případ a výstupy jednotlivých rozhovorů tak budou jednotnější.

Nezbytnou součástí rozhovorů bude informovaný souhlas každého účastníka.

Rozhovory si budu zaznamenávat na diktafon ve svém mobilním telefonu, pro další analýzu je poté přepíšu. V souladu se zněním informovaného souhlasu a ochranou soukromí respondentů má práce nebude obsahovat jména dotazovaných ani celkové znění jednotlivých rozhovorů a jednotlivé citované pasáže budou anonymizovány.

4.1.4 Tematická analýza

Pro další práci s daty získanými z rozhovorů jsem se rozhodla zvolit tematickou analýzu., která podle některých autorů představuje vůbec nejběžnější formu analýzy v kvalitativním výzkumu [Guest, MacQueen, Namey, 2012] a kdy je kódování prováděno k získání určitého seznamu témat - ta mohou být buď zjevná, nebo skrytá -, která nám pomohou odpovědět na naši výzkumnou otázku.

Tematická analýza má tři základní fáze¹⁹:

4. kódování
5. interpretace kódů
6. identifikace klíčových témat

V první fázi jde především o identifikaci těch témat, která se jeví jako klíčová v souvislosti s hledáním odpovědi na výzkumnou otázku, jedná se spíše o přípravnou fázi, než skutečnou analýzu (ta naopak v tomto kroku ještě prováděna být nemá). Druhá fáze je interpretační, hledáme významy jednotlivých kódů a slučujeme je do skupin, ty pak aplikujeme na celý soubor dat. Ve fázi třetí pak nalzáme tzv. zastřešující

¹⁸ jeho znění je součástí příloh

¹⁹ [Horrocks, King, 2010]

(*overarching*) témata a vytváříme diagram vztahů mezi jednotlivými tématy a úrovněmi kódování [Horrocks, King, 2010]

4.1.5 Úskalí zvoleného výzkumného designu

Co se týče omezení mnou zvolené metody výzkumu, tedy případové studie, jako největší slabinu vidím obtížnou generalizaci zjištěných výsledků na celkovou populaci (v mém případě víceletá gymnázia obecně), jak potvrzuje i Shaugnessy a kol. [1990, podle Hendl, 2005].

Proto výsledky své práce budu brát spíše jako možnost nastínění směřování případného dalšího výzkumu, neboť při tomto množství dat není v podstatě možné považovat výsledky jejich analýzy za obecněji platné závěry.

Empirická část

Téma správné výživy je ve školách probíráno především v rámci předmětu Výchova ke zdraví (ta je spolu s Tělesnou výchovou součástí kurikulárního okruhu Člověk a zdraví [MŠMT, 2013]). Výchovu ke správné výživě pak lze na školách realizovat i prakticky, například pomocí projektů jako Ovoce do škol, Skutečně zdravá škola apod.

Zde se budu opírat mimo jiné o koncepty ze vzdělávací politiky, konkrétně kurikulární politiky, neboť rámcové vzdělávací programy, které vzdělávání pro jednotlivé vzdělávací stupně formují, jsou typickým příkladem tzv. dvouúrovňového modelu kurikula, kdy na úrovni státu je vytvořen pouze velmi obecný rámec a jeho konkretizace je ponechána škole či místní samosprávě. [Kalous, Veselý, 2006] V následující části práce se budu zaměřovat právě na podobu této konkretizace v mnou vybraných školách.

Přestože tzv. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání [MŠMT, 2013] nastavuje stejné standardy pro základní školy i odpovídající nižší stupeň víceletých gymnázií, je výchově ke zdraví na základních školách projevována mnohem větší pozornost, než na gymnáziích. [Marádová, 2010]. Proto se ve svém výzkumu chci věnovat právě víceletým gymnáziím v oblasti mého bydliště a zjistit, jakým způsobem prevenci obezity pomocí výchovy ke zdraví a zdravé výživy realizují, jak ji vnímají a jaké problémy zde případně vznikají.

5. Legislativní a institucionální rámec

V této části práce se zaměřím na legislativní a institucionální rámec prevence obezity pomocí výživy u dětí na ZŠ a odpovídajícím stupni víceletých gymnázií – čím a jak jsou vymezeny, co je závazné pro všechny školy obecně a jaké možnosti v rámci vlastní iniciativy mají školy případně nad rámec těchto základů.

Tabulka č. 1 – Aktéři a dokumenty na mezinárodní, evropské a národní úrovni

Aktér	Dokument	Vztah k prevenci dětské obezity
WHO	<i>Zdraví 2020</i>	<ul style="list-style-type: none"> Zlepšení zdraví a blahobytu populace Posílení primární prevence Děti a mládež jsou klíčovou skupinou Nadváha a obezita představují jedno z hlavních zdravotních rizik v mladém věku
	<i>Evropský akční plán pro potraviny a výživu 2015- 2020</i>	<ul style="list-style-type: none"> Razantní snížení vlivu reklamy v oblasti nezdravých potravin Posílení primární prevence v této věkové skupině
	<i>Vídeňská deklarace o výživě a nepřenositelných nemocech v kontextu Zdraví 2020</i>	<ul style="list-style-type: none"> Snížení vlivu reklamy v oblasti nezdravých potravin Význam škol při vytváření prostředí s rovným přístupem ke zdravým potravinám
	<i>Evropská charta boje proti obezitě</i>	<ul style="list-style-type: none"> Věková skupina dětí a mládež představuje prioritu při snižování prevalence obezity
Evropská unie	<i>Zelená kniha</i>	<ul style="list-style-type: none"> Důraz na děti a mládež Zdůraznění významu škol při prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity
	<i>Bílá kniha</i>	<ul style="list-style-type: none"> Děti prioritní skupinou Význam role škol při utváření stravovacích a pohybových návyků Možnost zlepšení – partnerství mezi školami a soukromým sektorem
Parlament ČR	<i>Školský zákon</i>	<ul style="list-style-type: none"> Obecné cíle vzdělávání – získání a uplatnění znalostí o ochraně zdraví
	<i>Vyhláška o školním stravování</i>	<ul style="list-style-type: none"> Výživové normy podávaných jídel Možnosti a podmínky dietního stravování Doplňkový sortiment musí odpovídat zásadám zdravé výživy
MZ ČR	<i>Zdraví 2020</i>	<ul style="list-style-type: none"> Důležitost primární prevence Priorita u mladých lidí Významný vliv škol
MŠMT ČR	<i>RVPZV</i>	<ul style="list-style-type: none"> Vzdělávací oblast „Výchova ke zdraví“ na 2. stupni ZV ŠVP každé školy musí být v souladu s RVP

Zdroj: autorka

5.1 WHO

5.1.1 Zdraví 2020: Evropský rámec pro politiky pro zdraví a prosperitu

Zdraví 2020: Evropský rámec pro politiky pro zdraví a prosperitu vydal a schválil *Evropský regionální výbor WHO* v roce 2012. Strategie klade důraz na podporu zdraví na všech úrovních – lokální, národní i mezinárodní, z čehož vycházejí i stanovené cíle. Těmi jsou významné zlepšení zdraví a blahobytu populace, snížení zdravotních rozdílů, posílení role veřejného zdraví a zajištění trvale udržitelného zdravotního systému, který bude univerzální, spravedlivý a kvalitní zároveň. [WHO, 2012] K dosažení těchto cílů je nutná zejména dostatečná primární prevence, a to již od raného věku, neboť děti s dobrým životním startem mají větší šanci na kvalitnější život obecně [WHO, 2012]. Problém nadváhy či obezity u dětí a mladistvých je zde pak jmenován jako jeden z hlavních negativních jevů, co se zdravotních rizik této věkové skupiny týká.

Na cíle strategie pak navazují strategické dokumenty na národní úrovni jednotlivých členských států WHO – v ČR je to *Národní strategie ochrany a podpory zdraví „Zdraví 2020“* (viz níže).

5.1.2 Evropský akční plán pro potraviny a výživu

Evropský akční plán pro potraviny a výživu pro období 2015-2020 vydal *Evropský regionální výbor WHO* v roce 2014. Plán navazuje na cíle stanovené v rámci strategie Zdraví 2020. Usiluje o univerzální dosažitelnost finančně dostupných, nutričně vyvážených a zdravých potravin pro všechny občany evropského regionu, což má být hlavním nástrojem ke snížení prevalence neinfekčních nemocí souvisejících s nezdravým stravováním, zejména pak obezity [WHO, 2014].

V rámci tohoto hlavního cíle pak vymezuje jednotlivé dílčí cíle (v souvislosti s bojem proti obezitě u dětí a mládeže například razantně snížit vliv marketingu nápojů a potravin s vysokým obsahem cukru a tuků a posílit vliv primární prevence v této věkové skupině) a předkládá i konkrétní nástroje k jejich dosažení. Funkci koordinačního a poradního orgánu má v implementaci *Evropského akčního plánu* Regionální úřad WHO pro Evropu. Ten také v roce 2018 vytvoří zprávu o dosavadním pokroku v plnění daných cílů [WHO, 2014].

5.1.3 Vídeňská deklarace o výživě a nepřenosných nemocech

Vídeňská deklarace o výživě a nepřenosných nemocech v kontextu Zdraví 2020 navazuje na *Evropskou chartu boje proti obezitě* (viz níže), respektive apeluje na posílení jejího významu v současné době, zejména pak právě v oblasti výživy. Byla přijata v rámci konference ve Vídni pod záštitou WHO – Evropa, konané ve dnech 4.-5. července 2013. [WHO, 2013]

Její cíle jsou vesměs podobné, jako v *Akčním plánu* (viz výše), přičemž redukce nadváhy a obezity u dětí opět představuje jednu z prioritních oblastí. Opět také apeluje na redukci marketingu vysoce kalorických, slazených a tučných nápojů a jídel a zdůrazňuje význam institucí jako školy a mateřské školy při vytváření prostředí s rovným přístupem ke zdravým potravinám bez ohledu na socioekonomický status (právě nízký socioekonomický status je totiž jedním z nejvíce znevýhodňujících faktorů, co se dostupnosti kvalitních a nutričně bohatých a vyvážených potravin týká) [WHO, 2013]. Vzhledem k trendu dnešní doby, kdy neustále roste obliba sociálních sítí jakožto komunikačního nástroje a většina lidí, hlavně děti a mládež, je používají na denní bázi, *Vídeňská deklarace* podporuje jejich využití i v oblasti marketingu zdravých potravin s cílením zejména právě na mladou generaci.

Koordinace, vedení a poradenství ohledně strategie přísluší WHO, konkrétně je zde jmenovaný WHO Regionální úřad pro Evropu [WHO, 2013].

5.1.4 Evropská charta boje proti obezitě

Tzv. *Evropská charta boje proti obezitě* byla přijata na *WHO Evropské ministerské konferenci proti obezitě*, která proběhla 15.-17. listopadu 2006. Vychází z předpokladu, že současný vývoj epidemie obezity lze zvrátit, což může být dosaženo pouze pomocí rapidních změn v oblasti sociálních, ekonomických a environmentálních determinantů, které ovlivňují životní styl jednotlivců. Jejím přijetím se účastníci konference (zástupci ministerstev zdravotnictví členských zemí WHO – region Evropa, zástupci ekonomického, finančního, zemědělského, vzdělávacího sektoru, mezinárodních a nevládních organizací, odborníci a média) zavázali k vytvoření prostředí, kde bude normou zdravý životní styl, což povede ke snížení prevalence obezity (toto je prioritní zejména ve věkové skupině dětí a mládeže), a to nejpozději do roku 2015 [WHO, 2006]. Roli hlavního koordinačního subjektu, jehož úkolem je

monitorovat dlouhodobý pokrok v plnění stanovených cílů, převzala WHO jako celek a v roce 2010 vydala zprávu o dosavadním vývoji v tomto plnění. Z této zprávy vyplývá, že ačkoli většina členských zemí přijala určitá opatření, trend neustálého zvyšování prevalence obezity se dosud nedaří účinně zvrátit [WHO, 2010].

5.2 Evropská unie

5.2.1 Zelená kniha

Zelená kniha: Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob. Zelené knihy obecně jsou dokumenty diskuzního charakteru, kterými Komise vyzývá zúčastněné strany k debatě o dané problematice na evropské úrovni [Veselý, Nekola, 2008]. Je výsledkem apelu Rady EU, která v roce 2001 vyzvala Evropskou komisi k aktivitě v „přispívání k prosazování zdravého životního stylu a prostudovala způsoby prosazování lepší výživy v rámci Evropské unie, a případně za tímto účelem předložila vhodné návrhy.“ [KES, 2005, str. 3].

V rámci tohoto dokumentu vyzývá Komise k odezvě na konkrétní otázky, které se problému týkají, a zároveň vytyčuje hlavní oblasti podle ní vhodné k akcím. Jednou z těchto oblastí je zvláštní důraz na děti a mladé lidi, kde Komise zdůrazňuje nutnost iniciativy především v rámci škol, neboť ty „...jsou hlavním prostředím z hlediska zasahování do procesu prosazování zdraví a mohou přispět k ochraně zdraví dětí prostřednictvím prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity.“ [KES, 2005, str.9].

5.2.2 Bílá kniha

Bílá kniha: Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou byla vydána v roce 2007 po zpracování reakcí zainteresovaných aktérů na výše uvedenou *Zelenou knihu*. Zatímco ta je charakteru diskuzního, *Bílá kniha* už představuje konkrétní oficiální návrhy pro politickou činnost v dané oblasti [Veselý, Nekola, 2007].

V rámci této strategie je rovněž pamatováno na nezanedbatelnou roli škol v prevenci obezity. Děti zde představují jednu z prioritních skupin, co se cílení prevence

týká, neboť: „Dětství je důležitým obdobím pro vštěpování upřednostňování zdraví prospěšného životního chování a osvojení si životních návyků k udržení zdravého životního stylu. V tomto ohledu školy jednoznačně sehrávají zásadní roli.

Jedná se rovněž o oblast, v níž jsou k dispozici nezvratné důkazy o účinnosti zásahu: „studie prokazují, že místní opatření s velmi širokým zapojením zaměřující se na děti ve věku 0-12 let budou z dlouhodobého hlediska účinná při změně chování.“ [KES, 2007, str. 8]

Jako konkrétní projekt pak uvádí například „Ovoce do škol“, projekt spolufinancovaný Evropskou unií, zaměřený na děti mezi 4-12 lety s cílem zvýšit jim dostupnost ovoce a zeleniny a podpořit u nich jejich spotřebu. [KES, 2007]

Jako další možnost zlepšení stávající situace pak vidí také transparentní partnerství mezi školami a stranami ze soukromého sektoru včetně podnikatelů, která mají dětem sloužit k lepšímu pochopení významu zdravé výživy a tělesného pohybu a také k tomu, aby z těchto aktivit měly skutečně prospěch. [KES, 2007]

Koordinaci této strategie na evropské úrovni zajišťují především dvě organizace spadající pod Evropskou komisi:

Skupina na vysoké úrovni pro otázky výživy a fyzické aktivity (ta byla zřízena přímo v souvislosti s přijetím Bílé knihy) a *Platforma EU pro stravu, fyzickou aktivitu a zdraví* (působí od března 2005).

Klíčovou roli nicméně podle KES hrají opatření na úrovni jednotlivých členských států – Komise (a organizace spadající pod ni) má v tomto směru plnit spíše poradenskou a doplňující funkci, udává obecný rámec a shromažďuje poznatky z jednotlivých oblastí, stěžejní je ale regulace a tvorba politik na vnitrostátní úrovni. [KES, 2007]

5.3 Parlament ČR

Zákon č. 561/2004 Sb., zákon o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), kde je „získání a uplatnění znalostí o ochraně zdraví“ zakotveno v tzv. Obecných cílech vzdělávání (§ 2, odst.2). Rovněž legislativně vymezuje hierarchii vzdělávacích programů v ČR a jejich náležitosti - § 3-§ 6 (podrobnosti viz kapitola o RVPZV).

V současné době (17.4.2015) byla schválena vyhlášena novela školského zákona²⁰, která mimo jiné zakazuje na školách právě reklamu a prodej nezdravých potravin a nápojů, a to jak formou výdejních automatů, tak v rámci sortimentu školních jídelen a bufetů. Účinnosti toto nařízení nabyde od nového školního roku, tedy 1.9.2015.

Vyhláška č. 107/2005 Sb., o školním stravování je právním předpisem, ve kterém Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podle školského zákona stanovuje podrobné podmínky organizace zařízení školního stravování. V rámci výživy jako takové jsou zde stanoveny výživové normy podávaných jídel pro jednotlivé věkové skupiny žáků a případné další specifické podmínky. Nově – od 26. ledna 2015 – vyhláška upravuje i možnosti a podmínky dietního stravování. Stravování poskytované nad rámec školní jídelny, tedy např. doplňkový prodej ve školním bufetu, pak musí podle vyhlášky „odpovídat zásadám zdravé výživy a prodávaný sortiment nesmí obsahovat alkoholické nápoje a tabákové výrobky.“²¹

5.4 Ministerstvo zdravotnictví ČR

5.4.1 Zdraví 2020

Národní strategie ochrany a podpory zdraví „Zdraví 2020“ navazuje svým konceptem na předchozí strategii „Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR“. Vychází z programu Světové zdravotnické organizace (WHO) „Zdraví 2020 – Evropský rámec pro politiky pro zdraví a prosperitu“ [WHO, 2013] a je konceptem systému prevence nemocí, ochrany zdraví a zlepšení zdravotního stavu populace pro období 2014-2020. [MZ ČR, 2014]

Zadavatelem a zároveň schvalovatelem této strategie je ministr zdravotnictví České republiky Leoš Heger, od 10. 7. 2013 na postu ministra působil Martin Holcát

²⁰ Zákon č.82/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony

²¹ Vyhláška č. 107/2005 Sb., o školním stravování, § 3, odst.6

a v současné době (od 29. 1. 2014) Svatopluk Němeček. Osobou primárně odpovědnou za implementaci je náměstek ministra pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavní hygienik České republiky Vladimír Valenta.

Strategie pracuje s pojmem „primární prevence“, kterou chápe jako „předcházení vzniku nemocí, ovlivňování determinant, které působí na zdraví a snižování zdravotních rizik“ [MZ ČR, 2014] a potvrzuje, že „dosavadní zkušenosti vyspělých států i ČR ukazují, že prevence nemocí a ochrana a podpora zdraví mají reálný přínos ke zlepšení zdravotního stavu populace a přináší významné úspory nákladů na zdravotní služby a další ekonomické přínosy.“ [MZ ČR, 2014]

Je tedy zřejmé, že boj proti obezitě pomocí její prevence, nota bene již od útlého věku, představuje významný faktor přispívající k regulaci této civilizační choroby a ekonomických a společenských důsledků, které z ní plynou (a to jak pro pacienty, tak společnost jako celek).

Oblast, kterou se v této práci zabývám, tedy prevence obezity u dětí realizovaná ZŠ/gymnázii, je pak obsažena v tzv. Prioritní oblasti 1: Realizovat celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu.

„Obzvláště cenné jsou metody zaměřené na zdravý životní styl mladých lidí [...] aktivity pro mladé zahrnují vzdělávání mezi vrstevníky (tzv. *peer-to-peer*), zapojení mládežnických organizací a školní programy na podporu zdravotní gramotnosti.“ [MZ ČR, 2014, str. 18]

Tímto navazuje na cíle stanovené již v rámci předchozí strategie Zdraví 21, konkrétně Cíl č. 4 – Zdraví mladých, kde jeden z dílčích cílů zní: „děti a dospívající mládež by měly být způsobilější ke zdravému životu a měly by získat schopnost dělat zdravější rozhodnutí“ [MZ ČR, 2002, str. 20]. Toho by mělo být dosaženo pomocí konkrétních aktivit, mezi nimiž je i „prohlubování systému vzdělávání a výchovy ke zodpovědnosti za zdraví“ [MZ ČR, 2002, str. 20]. V souvislosti s těmito aktivitami je zdůrazněn významný vliv školy jakožto vzdělávací instituce, jejíž kladné působení dokumentuje například projekt „Škola podporující zdraví“ [MZ ČR, 2002].

Za plnění těchto cílů je zodpovědné primárně MŠMT, ve spolupráci s MZ, SZÚ a územními samosprávnými celky.

V současné době je realizace strategie Zdraví 2020 ve stavu zpracovávání tzv. akčních plánů, což jsou implementační dokumenty pokrývající jednotlivé oblasti strategie – téma, na které se ve své práci zaměřuji, tedy prevence dětské obezity pomocí

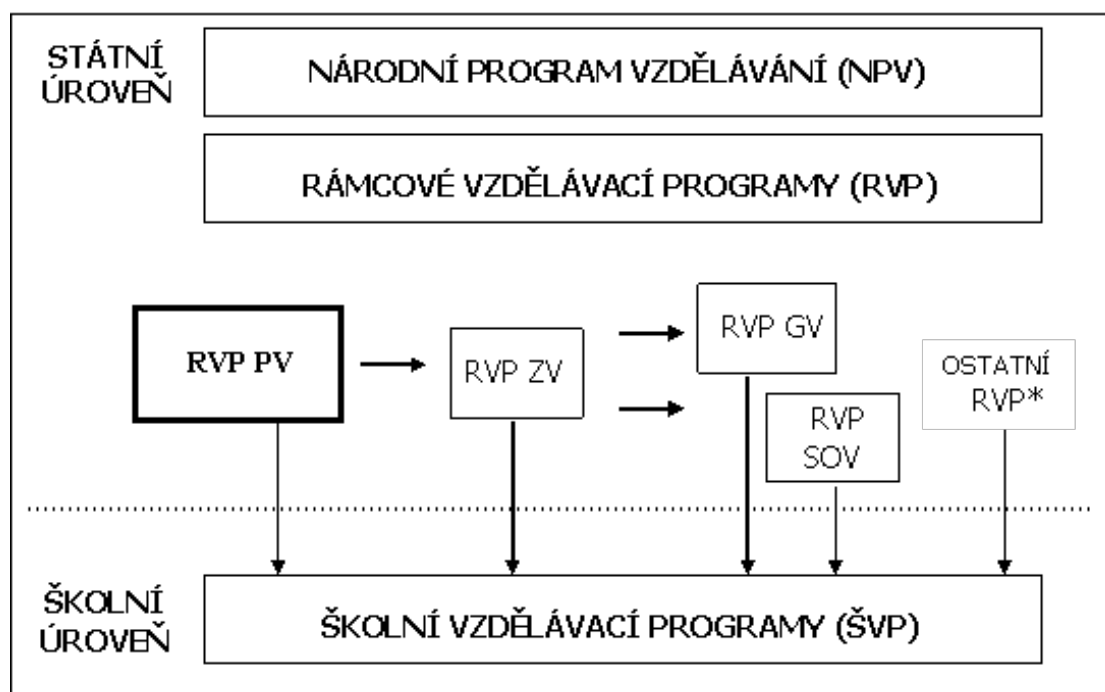
výživy, bude obsaženo v Akčním plánu na podporu a ochranu zdraví a prevenci nemocí. Termínem pro jejich definitivní schválení je 31. prosinec 2015, čímž zároveň dojde k naplnění prvního předběžného cíle v rámci strategie.²²

5.5 Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR

5.5.1 RVPZV

Rámcové vzdělávací programy pro základní vzdělávání (dále jen RVP) jsou „pedagogické dokumenty, které vymezují legislativní a obsahový rámec potřebný pro tvorbu školního vzdělávacího programu“. [MŠMT ČR, 2013, str. 139] Jsou tedy příkladem tzv. dvouúrovňového kurikula, kdy „na úrovni státu je vytvořen společný, velmi obecný rámec kurikula a jeho konkretizace je ponechána na úrovni školy a místní samosprávy.“ [Kalous, Veselý, 2006, str. 127]

Obrázek. č. 3: Systém kurikulárních dokumentů v ČR



Zdroj: MŠMT ČR, 2004²³

²² Národní síť místních akčních skupin České republiky, 2013

²³ Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání [online] [cit. 01-23-2015]. Dostupné z: <http://aplikace.msmt.cz/HTM/MJRVPPVdoVestniku1.htm>

Legenda:

RVP PV – Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

RVP ZV – Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

RVP GV- Rámcový vzdělávací program pro gymnaziální vzdělávání

RVP SOV- Rámcový vzdělávací program pro střední odborné vzdělávání

Ostatní RVP – RVP, které kromě výše uvedených vymezuje školský zákon (základní umělecké, jazykové vzdělávání, ...)

Naučit žáky zodpovědnosti k vlastnímu tělu a zdraví, a jak ho aktivně chránit, je jedním z obecných cílů základního vzdělávání. [MŠMT ČR, 2013]

Konkrétněji se této problematice pak věnuje vzdělávací oblast *Člověk a jeho svět* (na 1. stupni) a *Člověk a zdraví* (na 2. stupni), pod něž spadá právě *Výchova ke zdraví*.

Jedním z cílů této oblasti je právě „využívání osvojených preventivních postupů pro ovlivňování zdraví v denním režimu, k upevňování způsobů rozhodování a jednání v souladu s aktivní podporou zdraví v každé životní situaci i k poznávání a využívání míst souvisejících s preventivní ochranou zdraví“ [MŠMT ČR, 2013, str. 75], kam můžeme zařadit mimo jiné i prevenci obezity. Absolvent 2. stupně základního vzdělávání by v rámci předmětu *Výchova ke zdraví* měl být schopen „dát si do souvislosti složení stravy a způsob stravování s rozvojem civilizačních chorob a v rámci svých možností uplatňovat zdravé stravovací návyky“ [MŠMT ČR, 2013, str. 76]. Konkrétně o tématu výživy pak MŠMT vydalo a zveřejnilo volně k dispozici pro pedagogy na svých stránkách výukový manuál *Výživa ve výchově ke zdraví*, který má vyučujícím pomoci žákům téma zatraaktivnit a specifikovat oblasti, kterým by se v rámci této problematiky měli věnovat, včetně cíle, hodinového rozsahu a doporučené literatury ke každému okruhu²⁴.

V rámci RVP je také stanovena minimální hodinová dotace pro každou vzdělávací oblast, v případě *Výchovy ke zdraví* je to 11 hodin. [MŠMT ČR, 2013]

Konkretizaci výše uvedených cílů již provádí každá škola zvlášť v rámci *Školního vzdělávacího programu*, který představuje dříve zmiňovanou druhou úroveň kurikula. Za jeho zpracování v souladu s RVP a vydání odpovídá ředitel školy, je

²⁴ *Výživa ve výchově ke zdraví - Výukový program pro pedagogy [online]*. Praha: 2010. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/vyziva-ve-vychove-ke-zdravi-vyukovy-program-pro-pedagogy>

součástí její povinné dokumentace a na požádání musí být zpřístupněn veřejnosti k nahlédnutí, případně pořízení si opisu či kopie.

Naplňování ŠVP a jejich soulad s RVP a právními předpisy pak pravidelně hodnotí Česká školní inspekce. [MŠMT ČR, 2013]

5.6 Projekty v rámci ČR zaměřené na zdravou výživu

V ČR mají školy možnost zapojit se v rámci podpory zdravého životního stylu a výživy u svých žáků, a tedy i prevenci obezity, například do následujících projektů:

5.6.1 Školní mléko

Program Školní mléko v České republice byl iniciován společností Tetra Pak® a poprvé realizován v roce 1996, od roku 1999 pak projekt začal dotovat stát (dotace byly pak v roce 2008 zrušeny a o rok později opětovně zavedeny) a od vstupu České republiky do Evropské unie v květnu 2004 se přidaly dotace i z evropských fondů.

Nejprve byl projekt cílen na žáky prvních a druhých tříd základních škol a postupně se rozšiřoval, v současné době se mohou zapojit mateřské, základní, ale i střední školy.

Organizace a administrativa projektu jsou z převážné většiny zajišťovány společností Laktea, o.p.s. a momentálně má každý žák/student školy zapojené do projektu nárok na jeden dotovaný mléčný výrobek každý den vyučování.²⁵

5.6.2 Happysnack

Projekt Happysnack pod sebou sdružuje dva další projekty – Ovoce a zelenina do škol a Školní mléko v České republice. Jedná se o dodávku zdravých svačín do škol v chladicích výdejních automatech, které představují dobrou alternativu ke „klasickým“ prodejním automatům, které většinou prodávají potraviny a nápoje z hlediska zdravé výživy zcela nevhodné. Garantem je Poradenské centrum Výživa dětí (součást

²⁵ *Školní mléko [online]. [cit. 2015-01-23]. Dostupné z: [http://novy-web.laktea.cz/node/14]*

Občanského sdružení Výživa dětí), jehož nutriční specialisté kontrolují vhodnost výrobků v automatech nabízených. V nabídce automatu jsou jak dotované mléčné výrobky a ovoce dostupné v rámci výše uvedených projektů, tak i další zdravé alternativy pro dopolední jídlo žáků/studentů (např. rýžové chlebičky, müsli tyčinky apod.).

Projekt Happysnack je určen základním a středním školám, v současnosti je do něj zapojeno 480 škol po celé ČR (s výjimkou Jihočeského a Karlovarského kraje).²⁶

5.6.3 Škola podporující zdraví

ŠPZ je projektem Světové zdravotnické organizace (WHO). V České republice je školám k dispozici od roku 1991 a vychází z národní strategie ochrany a podpory zdraví – Zdraví 21: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. V rámci Evropy je Česká republika s tímto projektem jedním ze 43 členů sítě Schools for Health in Europe.²⁷

Do roku 2006 byl koordinátorem projektu Státní zdravotní ústav v Praze, od roku 2006 dále se koordinace přesunula z úrovně celostátní na úroveň krajskou, kdy cílem bylo vytvořit tzv. krajské sítě škol podporujících zdraví.²⁸

Do ŠPZ se mohou zapojit mateřské, základní a střední školy z celé ČR, jeho cílem je „aplikovat strategii podpory zdraví na podmínky školy a přispět k její účasti na vlastní proměně a rozvoji“²⁹

5.6.4 Skutečně zdravá škola

Projekt Skutečně zdravá škola je občanskou iniciativou rodičů, kteří usilují o transformaci školního stravování u nás. Jejich cílem je vytvořit ve školách kulturu zdravého stravování, dosáhnout toho, aby školní jídelny a bufety nabízely chutné a zdravé pokrmy a aby žáci získali představu o tom, odkud jídlo pochází, jak se pěstuje,

²⁶ *Happysnack [online]*. [cit. 2015-01-23]. Dostupné z:

[<http://www.happysnack.cz/skolni-automat/projekt-happysnack/>]

²⁷ *Škola podporující zdraví [online]* [cit. 2015-01-23]. Dostupné z:

[<http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi>]

²⁸ *Škola podporující zdraví [online]* [cit. 2015-01-23]. Dostupné z:

[<http://www.icm.cz/program-zdrava-skola-skoly-v-cr>]

²⁹ *Škola podporující zdraví [online]* [cit. 2015-01-23]. Dostupné z:

[<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zdrava-skola.html>]

vyrábí a ze školy si odnesly základy zdravých stravovacích návyků, na kterých budou stavět v dalším životě.³⁰

Do konce ledna 2015 plánují vybrat 15 škol do tzv. Pilotního programu, který poběží minimálně do června 2015. Každé z vybraných škol bude přidělen koordinátor, který „bude pomáhat se zaváděním programu, provede školení a pomůže organizovat vzdělávací akce. Školní jídelně pomůže získat kontakty na farmáře a dodavatele ve vašem regionu. Pilotní škola také dostane užitečné informace o naplnění jednotlivých kritérií a přístup ke zdroji metodik, postupů a vzdělávacích materiálů.“³¹

Školy zapojené do projektu musí následně splnit kritéria pro udělení certifikátu Skutečně zdravé školy (jsou odstupňovány tři možné úrovně), která se týkají především angažovanosti a kultury stravování, kvality jídla a místa jeho původu a vzdělávání o jídle a stravování.³²

Zapojit se a plnit kritéria mohou i školy nezařazené do pilotního projektu, na webových stránkách SZŠ jsou k dispozici návody a postupy. Další registrace do projektu je pak plánována na září 2015.

5.6.5 Škola plná zdraví

Škola plná zdraví je iniciativou společnosti Bonduelle, která je největším zpracovatelem zeleniny v evropském regionu, v rámci které si klade za cíl zvýšit kvalitu i kvantitu konzumace zeleniny u dětí v mateřských a základních školách, protože významná část dětské populace je ohrožena nadváhou a obezitou. Projekt již běží pátým rokem a v současném školním roce jej (2014-2015) zaštiťuje Společnost pro výživu a odborným garantem je MUDr. Petr Tláškal, CSc., primář dětské polikliniky Fakultní nemocnice v Motole.³³ Škola plná zdraví je zaměřená především na školní jídelny – podmínkou zapojení se do projektu je odběr určitého množství zeleniny značky Bonduelle a její následné používání při vaření. Zaregistrovaným školám pak nabízí

³⁰ *Skutečně zdravá škola [online]*. [cit. 2015-01-23]. Dostupné z:

[<http://www.skutecnezdravaskola.cz/chceme-zdravejsi-deti>]

³¹ *Skutečně zdravá škola [online]*. [cit. 2015-01-23]. Dostupné z:

[<http://www.skutecnezdravaskola.cz/pomuzeme-vam>]

³² *Skutečně zdravá škola [online]*. [cit. 2015-01-23]. Dostupné z:

[<http://www.skutecnezdravaskola.cz/kriteria>]

³³ *Škola plná zdraví [online]*. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z:

<http://www.skolaplnozdravi.cz/skola-plna-zdravi.php>

poradenství a konzultace nutričního specialisty, technickou podporu, možnost školení personálu jídelny a také se je snaží motivovat pomocí systému sběru bodů a následné možnosti jejich výměny za odměny.³⁴ V současné době je do projektu zapojeno 1081 škol z celé ČR.

5.7 *Shrnutí*

Prakticky na všech úrovních veřejné politiky je obezita považována za závažný problém a boj proti ní je jednou z hlavních priorit strategií veřejného zdraví, případně je přímo předmětem samostatných strategií. Děti a mládež navíc představují v boji s obezitou prioritní skupinu vůbec.

Na úrovni globální (WHO) a evropské (EU a její orgány) je téma snižování prevalence obezity institucionálně zpracováno na dobré úrovni, včetně konkrétních doporučení národním vládám, jak postupovat, příkladů dobré praxe atd. Problémem je nicméně nezávaznost těchto dokumentů, neboť jejich charakter je pouze strategický, nejsou bezprostředně právně závazné a z jejich nenaplnění neplynou pro aktéry žádné sankce či právní důsledky. Vyžadují také vysokou míru zapojení různých aktérů [Veselý, Nekola, 2008], což je také častou překážkou v jejich implementaci, případně vycházení z nich při tvorbě dalších politik.

Na národní úrovni se školy řídí především tzv. Školským zákonem a RVPZV, školní stravovací zařízení pak vyhláškou o školním stravování, jejichž dodržování kontroluje Česká školní inspekce (u stravovacích zařízení také inspekce z Krajské hygienické stanice). Poslední kontrola zaměřená na zjišťování podpory výchovy ke zdraví na školách proběhla ve školním roce 2012/2013³⁵.

MŠMT ČR rovněž každoročně předkládá zprávu o plnění cílů strategie Zdraví 21 (na kterou bude příštím rokem počínaje navazovat Zdraví 2020) v oblasti školství. Projekty, do nichž se školy mohou zapojit, jsou sice určeny vždy minimálně základním, často pak i středním školám, víceletá gymnázia pod ně tedy spadají rovněž, nicméně drtivá většina škol,

³⁴Škola plná zdraví [online]. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z: <http://www.skolaplnozdravi.cz/>

³⁵ Česká školní inspekce: Tematická zpráva [online]. [cit. 2015-04-05] Dostupné z: <http://www.csicr.cz/getattachment/449423cb-046f-4d5f-b6bc-61cca50f2ca7>

které se jich účastní, jsou pouze ZŠ (například Škola podporující zdraví³⁶). To může být dáno faktem, že základní školy kladou na výchovu ke zdraví obecně větší důraz, a to nejen pokud jde o její zařazení do učebního plánu, ale zejména v oblasti implementace podpory zdraví do každodenního života školy, zatímco na mnoha gymnáziích je toto téma považováno za méně významné a na jeho rozvíjení „není čas“ [Marádová, 2010, úvodovky v originále].

³⁶ *Seznam škol zapojených do projektu Škola podporující zdraví [online].* [cit. 2015-05-04] Dostupné z: <http://www.alternativniskoly.cz/pouzite-termíny/seznam-zdravych-skol-v-cr/>

6. Případová studie

Další fází mé práce pak již představoval výzkum na konkrétních školách. Jednalo se o veřejná víceletá gymnázia ve městě mého bydliště. V současné době zde fungují dvě gymnázia poskytující vedle čtyřletého i osmiletý studijní program. Prvním krokem byla analýza ŠVP, které školy sestavují v souladu s RVP vydaným MŠMT. Obě školy mají ŠVP volně k dispozici na svých internetových stránkách, nebyl tedy problém s jejich dostupností. Poté jsem přistoupila k rozhovorům s aktéry. Kontaktovala jsem nejprve ředitele/zástupce ředitele škol s dotazem, zda budou ochotni ke spolupráci a rozhovor mi poskytnou, v obou případech jsem se setkala s ochotným a vstřícným přístupem. Po provedení rozhovorů s nimi jsem je dále požádala o kontakt na další aktéry, kteří se ve škole v rámci zkoumané problematiky – výchova ke zdraví a výživa - nějakým způsobem angažují. V obou případech jsem obdržela kontakt na vyučujícího Občanské výchovy/Výchovy k občanství, po získání i jejich souhlasu jsem s nimi rovněž provedla rozhovory. Všechny rozhovory se uskutečnily na půdě daných škol a proběhly v období od 12. 3. do 1. 4. 2015. Předcházely jim informovaný souhlas dotazovaných, byly nahrávány na diktafon v mobilním telefonu a následně přepsány a dále analyzovány³⁷. I přes nakonec relativně nízký počet respondentů mi rozhovory poskytly široké množství informací potřebné k naplnění cílů mého výzkumu.

Tabulka č. 2 – Přehled dotazovaných aktérů

Gymnázium 1	Zástupce ředitele – <i>respondent č. 1</i>	Vyučující OV – <i>respondent č. 2</i>
Gymnázium 2	Ředitel školy – <i>respondent č. 3</i>	Vyučující Vko – <i>respondent č. 4</i>

Zdroj: autorka

6.1 Školní vzdělávací program

Dle ŠVP mají obě školy obsah předmětu Výchova ke zdraví, jehož součástí by měla být i informovanost o zdravé výživě, na nižším gymnáziu (prima až kvarta)

³⁷ znění informovaného souhlasu a návod k rozhovoru jsou součástí příloh práce, úplné verze nahrávek a prepisů jsou na požádání k dispozici u autorky

integrován do několika předmětů, není tedy vyučován samostatně. V obou případech se jedná o předměty Občanská výchova/Výchova k občanství, Biologie a Tělesná výchova. Pouze v jednom případě je ale problematika zdravé výživy rozepsána v obsahu učiva, kdy je jí věnováno samostatné téma v rámci Občanské výchovy v tercii. Probíraným obsahem pak jsou zásady zdravého stravování, vliv životních podmínek a způsobu stravování na zdraví, poruchy příjmu potravy, alternativní výživové směry, biopotraviny, výživová hodnota potravy, energetická potřeba organismu, zásady sestavování jídelníčku a reklamy na potraviny³⁸.

V ŠVP druhé školy je téma zdravé výživy zmiňováno až v učebním plánu vyššího gymnázia jako průřezové téma, konkrétně v kvintě – Tělesná výchova a v septimě, a to v předmětu Biologie a Tělesná výchova a obsahem je „můj jídelníček a můj pitný režim“³⁹. Na nižším gymnáziu není tato problematika integrována v žádném z předmětů, v jejichž rámci je Výchova ke zdraví probírána.

6.2 Výuka

Obě školy do svého výukového plánu zahrnují v souladu s RVP i ŠVP Výchovu ke zdraví, a to zejména v předmětu Občanská výchova/Výchova k občanství, nicméně prioritou konkrétně tématu výživy a přístup k němu ve výuce se poměrně liší. Obecně lze říci, že zařazení tohoto tématu do výuky a věnování se mu v hlubší míře, než pouze okrajové zmínění, pokud probíhá, je spíše iniciativou učitele samotného, než že by na něj byl kladen důraz obecně.

„Já sám se o výživu zajímám, proto to téma taky s žáky probírám, jinak mám v plánování probíraných okruhů dost velkou volnost - samozřejmě v rámci respektování ŠVP – a explicitně po mně zařazení tohoto tématu vyloženě vyžadováno není.“

„My se o tom nějakým způsobem teoreticky zmíníme, ale opravdu jenom okrajově. Takže ani nemáme na tohle téma nějak vyloženě zaměřené projekty, ani nevím o tom – ale to nevím jistě – že by nám sem chodil nějaký specialista, který by

³⁸ ŠVP Gymnázia a SOŠPG Jeronýmova – osmileté gymnázium [online]. [cit. 2015-04-18] Dostupné z: <http://www.jergym.cz/svp-pro-jednotlive-obory/>

³⁹ ŠVP GFXS [online], [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: http://www.gfxs.cz/uploads/studium/SVP_GFXS_2007.pdf

informoval, jako to máme třeba u sexuální výchovy. Ale myslím, že to je opravdu z důvodu toho, že jsou tady asi důležitější témata, kterým se věnuje ten čas.“

„Nějaká skladba stravy a zdravé věci, respektive to, co je a není zdravé, to je záležitost rodiny, pohlídat si to je do velké míry zodpovědnost rodičů.“

„Jestliže jsou nezodpovědní rodiče vůči svým dětem a doma je krmí sladkostmi a dávají jim Coca-colu a nezdravé věci, tak samozřejmě škola s tím nic asi udělat nemůže, protože většinou ty nezdravé věci jsou chutnější, než ty zdravé.“

Nelze však říci, že by školy tímto způsobem přistupovaly k výchově ke zdraví obecně. Uvědomují si jak důležitost přiměřené fyzické aktivity, tak zdravého přístupu k životu a trávení volného času či rizikovost některých aktivit, jako je užívání alkoholu či drog.

„Jako na všech školách, i tady mají děti dvě hodiny tělocviku týdně, což mně osobně připadá málo, ale zároveň musím říci, že na našem gymnáziu mohou právě využívat různé kroužky – tělovýchovný kroužek, máme tady stůl na stolní tenis, školní hřiště, posilovnu, které mohou v rámci přestávek a volných hodin nebo po škole využívat a musím říci, že tak zejména ty nižší třídy činí poměrně často.“

„Zdravý přístup k životu je integrován do Občanské výchovy, a tam nejde zdaleka tolik o to samotné jídlo a výživu, jako spíš opravdu o zdravý přístup k životu – další věc, která dnes ničí zdraví dětí, je jejich životní styl, založený v mnoha případech v podstatě jen na sezení u počítače. A právě vlastně vysvětlení toho, jak by měly svůj volný čas trávit zdravým způsobem, je součástí výuky.“

„[...] asi se převážně zaměřujeme spíš na ohrožení ze strany těch návykových látek, a to jednak v souvislosti s rozsahem těch vyučovacích hodin, ale taky s možností toho škodlivého vlivu, se kterým už by se gymnazisté v tomto věku mohli setkat.“

Obecně lze tedy říci, že výchově ke zdraví na mnou zkoumaných gymnáziích pozornost věnována je a je považována za důležitou součást výchovy, nicméně problematika zdravé výživy je zejména v teoretické oblasti bagatelizována, respektive je

bagatelizována role školy a její možnosti v ovlivnění studentů v tomto směru - za zodpovědnou instituci je ve výchově ke zdravé výživě považována v drtivé většině rodina. Vedle bagatelizace vlastní role zde jsou také obavy z nedostatečné kompetence. V tomto ohledu se snaží pedagogům pomoci různé metodické portály, například MŠMT na svých stránkách nabízí zdarma ke stažení a použití výukový program Výživa ve výchově ke zdraví, nicméně o jeho existenci ani jeden z respondentů nevěděl.

6.3 Doprovodné projekty

Co se týká aktivit nad rámec vyučovacího plánu, kde by se školy tematicke zdravé výživy věnovaly, na jedné ze škol je tomuto tématu věnován blok v rámci tzv. Harmonizačních dnů – vícedenního seznamovacího kurzu, který absolvují žáci na školu nově přistoupivší do primy osmiletého gymnázia nebo prvních ročníků čtyřletého gymnázia⁴⁰.

„Tyhle věci se řeší na harmonizačních dnech, to je hned v primě na začátku – tuším, že je to druhý nebo třetí týden v září, kdy je celý jeden blok věnován vlastně prevenci obezity, respektive zdravé výživě.“

V případě projektů dlouhodobějších, případně takových, kterých se mohou účastnit studenti jakéhokoli ročníku, školy momentálně žádnou takovou aktivitu neorganizují.

„Zatím jsme o tom s panem ředitelem nemluvíli, takže musím říct, že zatím o tom neuvažujeme. [...] Je pravdou, že pakliže by se vyskytly nějaké programy, které by podporovaly zdravou výživu ve školách a samozřejmě byly by to programy, které by byly smysluplné a dlouhodobé, aby to mělo nějaký výsledek, tak si myslím, že bychom se do toho rádi zapojili.“

„My jsme zrovna Školní mléko jeden čas zkoušeli a nesetkalo se to naprosto s pochopením, odešlo to velice rychle a spontánně, samo, protože ten zájem byl naprosto minimální.“

⁴⁰ Gymnázium Jeronýmova: Informace výchovného poradce [online]. [cit. 2015-04-18] Dostupné z: <http://www.jergym.cz/vychovne-poradenstvi/>

Obě školy obecně organizují či se účastní řady projektů, často na mezinárodní úrovni, nicméně jejich zaměření je nejčastěji na navázání partnerství se studenty jiných škol a poznání nových zemí a kultur⁴¹. Téma zdravé výživy obecně či její význam v prevenci obezity se zde nevyskytuje. Snaha zapojit se do jednoho z projektů propagujících zdravou výživu na školách v ČR se naopak nesetkala s ohlasem ze strany studentů.

6.4 Spolupráce s dalšími subjekty

Jako preventivní krok v oblasti boje proti obezitě pomocí výživy lze vidět především naopak odmítnutí spolupráce s potravinářskými společnostmi, které školám nabízí instalaci automatů na potraviny a nápoje. Obě školy tato zařízení ve svých prostorách odmítly umístit, jedinou výjimku tvoří automaty na teplé nápoje.

Ve větší či menší míře pak probíhá spolupráce se školní jídelnou, která je v obou případech soukromým subjektem, který je v prostorách školy v pronájmu.

„Boj s obezitou se uskutečňuje na půdě školní jídelny, kde můžu říct, že žákům je nabízeno z několika typů jídel, z nichž jedno jídlo je vždycky vegetariánské, nebo se mu aspoň snaží přiblížit a je nízkokalorické. Studenti si tato jídla často vybírají a velmi si je pochvalují. Myslím si, že vedoucí jídelny si nebezpečí dětské obezity uvědomuje a jídelniček tomu přizpůsobuje, takže my s nimi vlastně ani spolupracovat nemusíme, oni to dělají sami.“

„My do toho zasahujeme jen tím způsobem, že máme schránku na dopisy žáků, a pokud by se tam objevily trvalé připomínky k nějakému jídlu, tak to budeme řešit. Jinak je to zcela v kompetenci pana majitele a zřizovatele.“

Školní jídelna je v obou případech považována za „hlavní“ dějiště boje s obezitou, neboť se sama musí řídit jasně stanovenými výživovými normami pro

⁴¹ „Škola dlouhodobě spolupracuje se zahraničními školami formou pravidelných exkurzí, výměn a spoluprací na mezinárodních projektech[...]“ [ŠVP Gymnázium a SOŠPG Jeronýmova, 2012, str. 7]. „Pod záštitou Goethe institutu pracovali naši žáci společně se žáky z Německa a Polska na divadelním projektu.“ [ŠVP GFXŠ, 2007, str. 5]

připravovaná jídla, nicméně její kontrola ze strany školy je minimální, ať už proto, že jsou s její činností spokojeni, či proto, že to nepovažují za sféru svého vlivu.

Součástí školních jídelen jsou také kantýny, kde, ač dle Vyhlášky o školním stravování musí jejich nabídka „odpovídat zásadám zdravé výživy a prodávaný sortiment nesmí obsahovat alkoholické nápoje a tabákové výrobky.“⁴², si mohou žáci zakoupit vedle zdravých potravin i ty nezdravé, což je odůvodněno především poptávkou ze strany žáků.

„V kantýně, která je součástí školní jídelny, se prodávají samozřejmě jídla, která nejsou až tak příliš zdravá, každopádně ale vynechávají nápoje, které obsahují příliš cukru, jako je Coca-Cola, Fanta a podobně. Žáci si zde mohou kupovat i ovoce a zeleninu, nebo výrobky z listového těsta, jsou zde i kalorické výrobky jako různé bagety a podobně, ale ty jsou oblíbené především mezi chlapci.“

„Podle mě by mohlo fungovat, kdyby kantýna nabízela jen zdravé věci, ale zase když po tom není poptávka, tak chápu, že se bude víc prodávat pizza. Ta nabídka – poptávka v tomhle funguje.“

⁴² Vyhláška č. 107/2005 Sb., o školním stravování

7. Problémy a jejich možná řešení

V této kapitole jsem se snažila identifikovat hlavní problémové oblasti v tématu prevence obezity pomocí výživy na gymnáziích a navrhnout i jejich případná řešení. Jedná se o syntézu pohledu aktérů – street-level byrokratů a pohledu autorky, vycházela jsem tedy jak z toho, co vidí jako problém oni sami, tak z vlastních poznatků načerpaných během studia teoretických východisek k danému tématu a analýzy institucionálního rámce dané oblasti. V neposlední řadě se opírám o výše uvedená hodnotová východiska.

7.1 Bagatelizace role školy

Největším problémem, co se týče implementace boje proti obezitě pomocí výživy, je bagatelizace vlastní role a nedůvěra, že škola coby instituce má moc žáky v tomto směru nějakým způsobem ovlivnit. Obtížná ovlivnitelnost prostředí skrze realizované politiky je i podle Potůčka [2005] častým problémem procesu implementace, ačkoli v tomto případě je diskutabilní, nakolik se jedná o problém spíše domnělý. Vedení školy i vyučující vidí odpovědnost za tuto stránku výchovy převážně v rodině, tématu se věnují spíše pouze okrajově a nárazově, nikoli systematicky a v průběhu celého studia na nižším gymnáziu.

Pořád zde tedy převládá pojetí zdraví a zodpovědnosti za něj jakožto individuální záležitosti. Tento pohled na zdraví je podle Halbichové [2014] problémem v ČR obecně a je také důvodem dosavadní neefektivity podpory zdraví dětí školního věku. Odpovědnost každého jedince za vlastní zdraví samozřejmě nelze rozporovat, nicméně tato individuální zodpovědnost by měla být doplněna i společenskou (viz hodnotová východiska práce).

Pokud už škole nějakou roli v tomto směru přiznávají, je to zejména na poli stravování ve školní jídelně, která je nicméně samostatným subjektem řídícím se vlastními pravidly a škola s ní ohledně této problematiky nijak nespolupracuje.

Dobrým krokem je rozhodně zákaz prodejních potravinových a nápojových automatů, nicméně bez provázanosti s další iniciativou je diskutabilní, nakolik je toto opatření účinné, jestliže si tytéž nezdravé potraviny mohou přitom žáci zakoupit ve školní kantýně.

Řešení situace je rozhodně dlouhodobější záležitostí, neboť v tomto případě je problémem zejména „značná setrvačnost hodnotových orientací a chování lidí a institucí“ [Potůček, 2005], kdy na některé sféry výchovy je stále pohlíženo jako na rodinnou záležitost, do které škola nemá právo a moc zasahovat. Právě škola je ale po rodině institucí, ve které dítě tráví nejvíce času a je jejím prostředím ovlivňováno, má tedy potenciál ho ovlivňovat i v tomto ohledu. Jejich význam je ostatně v řadě dokumentů řešících prevenci obezity zdůrazňován – „Školy jsou hlavním prostředím z hlediska zasahování do procesu prosazování zdraví a mohou přispět k ochraně zdraví dětí prostřednictvím prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity.“ [KES, 2005] či „Snížit výskyt obezity znamená změnu životního stylu. Podílet se na něm musí rodina, škola i společnost.“ [Müllerová, podle SZÚ, 2013]

Možností řešení by v tomto případě mohl být vyšší důraz na prioritu tématu zdravé výživy ve Výchově ke zdraví a jeho přítomnost v ŠVP včetně podrobnější specifikace, čemu se v rámci jeho výuky věnovat, ruku v ruce s větším důrazem na sledování naplňování těchto cílů ze strany České školní inspekce. Chybí zde jednotná didaktická koncepce a požadování zařazení tématu do výuky ze strany vedení školy, což vede ke značným rozdílům mezi přístupem jednotlivých pedagogů.

V současné době již na pedagogických fakultách probíhá koordinace výchovy ke zdraví do základního školního vzdělání a je na ni kladen důraz [SZÚ, 2013], u pedagogů, kteří vystudovali již dříve by proto byla možností dodatečná školení.

Vedle restriktivních opatření jako je zákaz potravinových automatů by bylo vhodné žáky vést také k dobré praxi, tedy povolit například automaty s potravinami a nápoji splňujícími nároky na zdravou výživu a klást větší důraz i na teorii – tedy právě zařazení tématu zdravé výživy do výuky s konkrétními příklady správného jídelníčku, úpravy potravin atd.

7.2 Preference jiných témat

V souvislosti s výše zmíněným problémem je další komplikací prevence obezity pomocí výživy kladení důrazu spíše na jiné dimenze Výchovy ke zdraví, potažmo Občanské výchovy. Důvodem je jednak poměrně nízká časová dotace předmětu (a vzhledem k preferencím není tato problematika zařazována ani do případných hodin nad rámec povinné časové dotace), a zároveň dojem, že v jiných oblastech může škola žáky ovlivnit lépe a tyto oblasti jsou v její kompetenci spíše. Týká se to například

prevence užívání návykových látek. Iniciativa ohledně zařazení tématu zdravé výživy do výuky se tak týká spíše jednotlivců, než že by byla obecně vyžadována školou či jejím vedením. Objevuje se zde tedy víceméně stejný problém, jako na dalších úrovních politiky v tématu výživy a prevence obezity, kdy, i když některý z resortů „projeví iniciativu, celé řešení často ztroskotá na neochotě ostatních resortů nebo dalších úrovní vládnutí ke spolupráci.“ [Příbylová, 2012, str. 19]. Meziresortní princip a celková spolupráce a provázanost jednotlivých kroků je přitom jedním ze základních předpokladů dobrého fungování podpory zdraví. [Halbichová, 2014] Při současné situaci je ale výsledkem informovanost a motivace žáků pouze ze strany jednotlivého vyučujícího, nikoli komplexní vytváření „zdravého“ školního prostředí.

7.3 Nedostatečná informovanost

Jedním z argumentů, proč školy nezařazují téma zdravé výživy do výuky, byla také „nedostatečná kompetence“ k vyučování tohoto tématu. Na internetových stránkách MŠMT či portálu rvp.cz je volně k dispozici řada dokumentů, které mohou pedagogům výuku usnadnit a téma přiblížit i jim samotným, pokud se jím do té doby nezabývali. Problémem je nicméně jejich dostupnost, respektive nutnost si je aktivně vyhledat (v případě mnou dotazovaných pedagogů např. o existenci manuálu MŠMT nevěděl ani jeden z nich), což už opět předpokládá v první řadě vlastní iniciativu a ochotu se tématem v rámci výuky zabývat, která právě často chybí.

Možností řešení by v tomto případě byla existence daných metodických pomůcek například v tištěné formě a jejich distribuce školám, která by mohla vést k častějšímu zařazení problematiky zdravé výživy do výuky minimálně u těch z pedagogů, u nichž je opomíjení tématu otázkou spíše neochoty se v tomto ohledu podrobněji informovat či pocitu nedostatečné „kvalifikace“ v dané oblasti.

Alternativou by rovněž mohlo být angažování externího odborníka - výživového poradce, který by na dané téma žákům přednášel, jako se v současnosti činí například u sexuální výchovy či právě drogové problematiky. V případě tohoto řešení by nicméně pravděpodobně vyvstal další problém – jak ve své práci identifikovala Halbichová [2014], v ČR se oblast podpory zdraví potýká s nedostatkem kvalifikovaných pracovníků, neboť procesu jejich vzdělávání není věnována dostatečná pozornost.

7.4 *Nezájem žáků*

V případě, že škola již nějaký způsob intervence uskuteční, se tento však nezřídka setká s nezájmem ze strany žáků. V případě mého výzkumu se jednalo konkrétně o projekt Školní mléko, který musel být krátce po svém zavedení opětovně zrušen pro minimální zájem ze strany studentů. Tentýž projekt přitom úspěšně funguje na řadě základních škol. Problémem v tomto případě může být fakt, že ačkoli je nižší stupeň víceletých gymnázií a 2. stupeň ZŠ stejným stupněm vzdělávání z hlediska RVP a věku žáků, víceletá gymnázia sama sebe vnímají odlišným způsobem – více směřujícím spíše k „akademickému“ prostředí, než základní školy.

„Předpokládá se, že tady budou děti mít ty znalosti – teď to nechci znevažovat – trochu víc encyklopedičtější, zatímco tohle je spíš problematika rodinné výchovy, nebo na základních školách se učí i vařit, to my tady nevaříme.“

Toto vnímání pak může být nejen na straně pedagogů a školy jako takové, ale i na straně žáků samotných a o podobné projekty nejeví zájem z důvodu, že si je spojují právě spíše s prostředím základní školy, kam už se sami neřadí. Problém může být tedy na straně psychologické proveditelnosti [Potůček, 2005], kdy realizované kroky nejsou v souladu s názory a postoji těch, jimž jsou určeny, a tedy se neseťkají s očekávaným přijetím.

Možným řešením této situace by mohl být projekt více „na míru“ gymnáziím a středním školám (pro ty sice je určena i většina současných projektů zdravé výživy, ale zájem je oproti ZŠ minimální), který by formou respektoval jiné projekty, kterých se tyto školy za vysokého zájmu žáků účastní.

7.5 *Minimální spolupráce s dalšími subjekty*

Ačkoli škola vnímá ve výchově ke zdravé výživě jako primární instituci rodinu, neseťkala jsem se s žádnou formou spolupráce s rodiči v tomto ohledu. Školy tuto problematiku tak delegují čistě na instituci rodiny, bez projevu iniciativy s ní nějakým způsobem spolupracovat. Na úrovni jednotlivců jde samozřejmě o technicky těžko realizovatelnou spolupráci, možností by proto byla spolupráce s Radou rodičů jako orgánem složeným ze zvolených zástupců z řad rodičů žáků a pedagogických pracovníků. Ta může fungovat jako iniciátor řady opatření v rámci školy, ale také jako

koordinátor např. u pořádání školních akcí zaměřených na podporu zdraví a zdravé výživy. V řadě škol se navíc na podpoře akcí Rada rodičů podílí i finančně.

Spolupráce je minimální i v případě školní jídelny, kterou sice školy vidí ve svém rámci jako jedno z hlavních „bojišť“ proti obezitě, nicméně její činnost nijak výrazně nekontrolují, ať už proto, že ji v tomto ohledu považují za dostatečnou, nebo to považují za zodpovědnost jejího majitele. Kontrola tak probíhá spíše formou „hašení“ již vzniklých problémů (schránka na podněty studentů a případný zákrok až po opakovaných stížnostech na konkrétní jídlo/situaci), než preventivně či průběžně.

Podobná situace je i v případě externích odborníků, organizací či jiných subjektů – ani jedna ze škol v tomto ohledu s nikým dalším nespolupracuje.

Důvodem nemusí být ale jen selhání na straně školy – při výzkumu si dotazovaní nevybavovali, že by si někdo z rodičů na přístup školy v tomto ohledu stěžoval, případně požadoval vyšší iniciativu, je tedy možné, že roli školy v prevenci obezity podceňují jak školy samotné, tak i rodiče.

Význam mezisektorové spolupráce jako podmínky pro tvorbu účinných opatření v oblasti prevence obezity přitom zdůrazňuje většina strategických dokumentů zabývajících se danou problematikou (např. KES, 2007 – „spolupráce se soukromými subjekty a občanským sektorem“) a její nedostatečnost je jednou z nejčastějších příčin selhání těchto politik. [WHO, 2008, podle Příbylová, 2012]

Řešení by v tomto případě představovala iniciativa ze strany rodičů a jejich ochota k užší spolupráci se školou ohledně výživy dětí. To je nicméně podmíněno v první řadě zájmem a ochotou na straně rodiny a jejím vnímáním zdravé výživy jako nezbytné podmínky kvalitního života, což v mnoha případech neplatí.

Krokem správným směrem by také mohla být užší spolupráce s výživovým a výchovným poradcem, a to zejména v oblasti monitoringu žáků a navázání užšího kontaktu s rodiči v případě těch, kterým nadváha či obezita hrozí. Podcenění právě role monitoringu je ostatně dalším z klíčových důvodů selhávání politik boje proti obezitě [Příbylová, 2010].

7.6 Upřednostnění ekonomického hlediska před zdravotním

Tento problém vyvstává zejména v souvislosti se školními kantýnami s doplňkovým prodejem potravin, které, ač se stejně jako jídelny řídí vyhláškou o školním stravování a je jim uloženo prodávat pouze potraviny a nápoje v souladu se

zásadami zdravé výživy⁴³, tak nečiní. Vzhledem k tomu, že potraviny a nápoje s vysokým obsahem cukru a tuků jsou chuťově atraktivnější a je tedy pravděpodobnost, že jim žáci před jejich zdravější alternativou dají přednost, mají je kantýny v nabídce a jdou na odbyt v nemalém množství. Lze tedy říci, že i na půdě škol stále hraje důležitou roli produkční paradigma. (Problém s dominancí produkčního paradigmatu reflektuje ve své práci např. Winzbergerová (2013, str. 85), kdy podle ní „stávající institucionální nastavení v oblasti produkce a marketingu nápojů v České republice odpovídá stále ještě dominantnímu produkčnímu paradigmatu“.) Na obhajobu tohoto postoje jsou uváděny argumenty, že kantýny nabízí jak nezdravé, tak i zdravé potraviny a výběr je tudíž již individuální volbou každého studenta, či, že pokud budou chtít, nezdravé potraviny si zakoupí mimo školu. Škola či jídelna samozřejmě nemohou rozšiřovat své působení i mimo vlastní prostory, nicméně v rámci vlastního sortimentu by měly dbát na to, aby opravdu veškeré nabízené zboží podmínky zdravé stravy splňovalo. Studenty a žáky nelze vzhledem k věku a s ním spojené „nevyzrálosti“ považovat za jedince plně odpovědné za svou individuální volbu [Lang, Rayner, 2007], tudíž by bylo vhodné nabídku potravin vhodně regulovat tak, aby v prostorách školy možnost zakoupit si nezdravé potraviny či nápoje vůbec nevznikla. V oblasti prodejních automatů již školy tuto otázku řeší, a to přestože ačkoli zatím neplatí plošný legislativní zákaz je ve školních prostorách umisťovat. Namísto by tedy byla i obdobná iniciativa a přísnější kontrola nabídky v případě doplňkového prodeje v kantýnách, a to jak ze strany vedení školy, tak i České školní inspekce, případně Krajských hygienických stanic v případě kontroly.

⁴³ Vyhláška č. 107/2005 Sb., o školním stravování

8. Shrnutí výsledků

V této kapitole se věnuji shrnutí výsledků mé případové studie, včetně kritického zhodnocení jejích úskalí a také případným možnostem dalšího směřování výzkumu.

Současný institucionální a legislativní rámec ukazuje, že zejména na globální a evropské úrovni je boj proti dětské obezitě pomocí výživy tématem velmi prioritním a školám je v něm hned po rodině připisována důležitá role.

Charakter dokumentů vzniklých na této úrovni je nicméně pouze strategický a nejsou pro národní vlády jednotlivých členských států závazné.

Na národní úrovni je za prevenci dětské obezity pomocí výživy ve školách zodpovědné především Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvo zdravotnictví. V rámci strategie Zdraví 21, respektive v současné době navazující Zdraví 2020 jsou děti a mládež jednou z prioritních skupin zaměření programů prevence a zdravotní gramotnosti a školy jsou právě jedním z míst, kde se tak zejména má dít. Výchova ke zdraví, pod níž spadá i zdravá výživa, je rovněž součástí Rámcového vzdělávacího programu základního vzdělávání, kurikula vydaného Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, z nějž pak vychází Školní vzdělávací programy jednotlivých škol, a to jak základních, tak i nižších ročníků víceletých gymnázií. Problém tak leží zejména v oblasti uvedení daných pravidel a strategií do praxe a právě víceletých gymnázií se to týká výrazněji, než základních škol [Marádová, 2010]. Na tyto výsledky již uskutečněné studie jsem ve své práci navazovala a uskutečnila případovou studii zaměřující se právě na vybraná víceletá gymnázia, jejímž cílem bylo zmapovat, jakým způsobem prevenci obezity pomocí výživy uskutečňují, jaké lze v tomto procesu identifikovat případné problémy a jak by bylo možno je řešit. Výsledky pak do velké míry odpovídají již zjištěným poznatkům v rámci výše zmíněné, i dalších studií.

Použitými metodami byla institucionální a obsahová analýza a polostrukturované rozhovory se zaměstnanci (vedení a pedagogové) škol. Za jistý limit tohoto výzkumu považuji relativně nízký počet případů a respondentů, tedy i celkem problematickou zobecnitelnost výsledků na celkovou populaci. Přesto ale získané výstupy považuji za podnětné, ať už v rámci směřování dalšího výzkumu se širším zkoumaným vzorkem či formou komparace, či jako důkaz, že i přes závažnost dětské obezity a význam její prevence v této oblasti stále existují značné limity.

Závěr

Cílem této práce bylo zmapovat proces prevence obezity pomocí výživy na vybraných víceletých gymnáziích v kontextu již zjištěného faktu, že oproti základním školám v zařazení výchovy ke zdraví do výuky obecně zaostávají. Na základě výsledků již uskutečněných výzkumů na toto téma a rovněž výsledků této práce lze říci, že prevence obezity pomocí výživy na víceletých gymnáziích je stále věnována nedostatečná pozornost vzhledem k alarmujícímu stavu, co se dětské obezity v současné době týká. Gymnázia svou roli v tomto ohledu velmi podceňují a odpovědnost za zdravou výživu dětí delegují především na rodinu, případně pak školní jídelnu. Stále je zde ke zdraví přistupováno spíše z hlediska individuální zodpovědnosti. (Podobně hodnotí situaci např. Příbylová, kdy podle ní „v řadě zemí stále převažuje silný vliv individualismu, který brzdí efektivní tvorbu a realizaci politik, jejichž cílem je zastavit epidemii obezity.“ [Příbylová, 2010, str. 67])

Děti přitom ve škole tráví dostatečné množství času na to, aby bylo možno je ovlivňovat i z její strany a ačkoli prvenství rodiny jakožto výchovného činitele zpochybnit nelze, je právě škola institucí, která má možnost žákům ukázat případně jiný pohled na věc, než na který jsou zvyklí z rodiny a rozšířit jim zdroj informací o této problematice. To se nicméně v adekvátním rozsahu neděje, neboť vliv a možnosti školy jsou v tomto ohledu bagatelizovány, důraz je ve výuce kladen spíše na jiná témata, pedagogové a vedení nejsou dostatečně informováni o možnostech, které v rámci problematiky mají, školy nespolupracují s dalšími subjekty, často je upřednostněn ekonomický zisk před zdravotním hlediskem (produkční paradigma) a v neposlední řadě se setkávají i s nezájmem žáků. Pokud už školy aktivitu ohledně prevence obezity pomocí výživy realizují, jedná se vesměs o dobré kroky, nicméně jejich charakter je spíše jednorázový/krátkodobý, jsou iniciativou pouze jednotlivců – to je v souladu s klíčovou rolí street-level byrokratů, kdy právě jejich vlastní postoje a zájmy jsou tím, co formuje výsledek implementace dané politiky, případně nejsou dostatečně provázány s dalšími opatřeními tak, aby na formování zdravých stravovacích návyků a preferencí žáků mohly reálně působit. Stejný problém politiky podpory zdraví ve vztahu k dětem v ČR – roztržitost a nekoordinovanost realizovaných projektů a programů – identifikuje ve své práci Halbichová (2014).

Efektivní způsob boje s dětskou obezitou vyžaduje dlouhodobou a systematickou intervenci napříč úrovněmi a resorty vládnutí, v současné době se její rostoucí

prevalenci navzdory řadě opatření stále nedaří zvrátit. Pro pozitivnější budoucí vývoj je proto nutná spolupráce, dostatečná informovanost a vysoká míra zodpovědnosti všech zainteresovaných aktérů, tedy nejen rodiny, ale právě i škol a společnosti obecně.

Literatura a zdroje

BENNETT, G. G., WOLIN, K. Y., DUNCAN, D. T. *Social Determinants of Obesity*. In HU, F. *Obesity Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-0-19-531291-1

Česká školní inspekce: *Tematická zpráva [online]*. [cit. 2015-04-05] Dostupné z: <<http://www.csicr.cz/getattachment/449423cb-046f-4d5f-b6bc-61cca50f2ca7>>

DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Lidé a jídlo*. Praha: ISV, 1999, 182 s. ISBN 80-85866-41-2. Emotional eating [online]. [cit.2015-04-05] Dostupné z:

<<http://www.helpguide.org/articles/diet-weight-loss/emotional-eating.htm>>

FLICK, U., von KARDORFF, E., STEINKE, I. *A Companion to Qualitative Research*. London: SAGE Publications, 2004. 432 s. ISBN 0 7619 7374 5.

GUEST, G., MACQUEEN, K. M., NAMEY, E. E. *Applied Thematic Analysis*. Thousand Oaks, California: SAGE pub., 2012, 320 s. ISBN 9781412971676.

Gymnázium a SOŠPG Jeronýmova – Školní vzdělávací program pro osmileté gymnázium [online]. 2012. [cit. 2015-04-18] Dostupné z: <<http://www.jergym.cz/svp-pro-jednotlive-obory/>>

Gymnázium a SOŠPG Jeronýmova: Informace výchovného poradce [online]. [cit. 2015-04-18] Dostupné z: <<http://www.jergym.cz/vychovne-poradenstvi/>>

GFXŠ – Školní vzdělávací program [online]. 2007. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.gfxs.cz/uploads/studium/SVP_GFXS_2007.pdf>

HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada, 2011. 464 s. ISBN 978-80-247-3252-7

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. 148 s. Vedoucí práce Mgr. Karolína Dobiášová.

Happysnack [online]. [cit.2015-01-23]. Dostupné z: <<http://www.happysnack.cz/>>

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4

- HILLS, A. P. Edited by Andrew P. ,Neil A. *Children, obesity and exercise prevention, treatment and management of childhood and adolescent obesity*. London: Routledge, 2007
- HORÁK, P., HORÁKOVÁ, M. *Role liniových pracovníků ve veřejné politice*. Sociologický časopis: 2009, r..49, č. 2, s. 369-395.
- HORROCKS, C., KING, N. *Interviews in Qualitative Research*. Los Angeles: SAGE pub., 2010. ISBN 978-141-2912-563.
- HOWLETT, M., RAMESH, M. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford: Oxford University Press, 1995, 239 s. ISBN 0-19-540976-0.
- KALMAN, M. a kol. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN: 978-80-244-2986-1.
- KALOUS, J., VESELÝ, A. (eds.) *Teorie a nástroje vzdělávací politiky*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1260-7.
- KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ. *Bílá kniha: Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou [online]*. Brusel : Komise Evropských společenství, 2007 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z: <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:CS:PDF>>
- KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ. *Zelená kniha: „Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob [online]*. Brusel : Komise Evropských společenství, 2005 [cit. 2015-04-05]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0637cs01.pdf>
- KRÁLOVÁ, V. *Sociální příčiny a důsledky dětské obezity : Bakalářská práce*. Praha: 2006, Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 36 s., 20 s. příl. Vedoucí práce: MUDr. Petr Háva, CSc.
- KYTNAROVÁ, J. *Prostá obezita u dětí. Doporučené postupy pro praktické lékaře*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2002.
- LANG, T., HEASMAN, M.. *Food Wars: The Global Battle for Mouths, Minds and Markets*. London: Earthscan, 2004. ISBN 978-1-85383-702-9.
- LANG, T., RAYNER, G.. *Overcoming policy cacophony on obesity: An ecological public health policy framework for policymakers*. Obesity reviews. 2007, č. 8, s. 165-181.
- LISÁ, L. *Obezita v dětském věku*. in V. Hainer (Ed.) *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada Publishing, 2011.

- LISÁ, L.; KŇOUROVÁ, M.; DROZDOVÁ, V. *Obezita v dětském věku. Hálkova sbírka pediatrických prací*. Praha: Avicenum, 1990.
- MARÁDOVÁ, E. *Podpora zdraví v kurikulu a edukační realitě na základních a středních školách*. Škola a zdraví 21, 2010.
- MŠMT, *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání [online]* [cit. 01-23-2015]. Dostupné z: <<http://aplikace.msmt.cz/HTM/MJRVPPVdoVestniku1.htm>>
- MŠMT, *Upravený rámcový program pro základní vzdělávání platný od 1.9.2013 [online]*. [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/upraveny-ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani>>
- MZ ČR, *Veřejné zdraví [online]*. [cit. 2014-11-01]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Unie/obsah/verejne-zdravi_3101_8.html>
- MZ ČR, *Zdraví pro všechny v 21. století [online]*. 2002. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html>
- MZ ČR, *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [online]*. 2014. [cit. 2015-23-01]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_5.html>
- Národní síť místních akčních skupin české republiky [online]*. 2013. [cit. 2015-01-23]. Dostupné z: <file:///localhost/hhttp://nsmascr.cz/content/uploads/2014/07/OPZ_přiloha_č.4_Akční-plán-plnění-předběžné-podmínky_9.3-a-11.pdf>
- POTŮČEK, M. a kol. *Veřejná politika*. Praha: SLON, 2005, 399 s. ISBN 8086429504.
- PŘIBYLOVÁ, K. *Proč jsou politiky v boji proti obezitě neúspěšné?: Příčiny, zdravotní a ekonomické důsledky obezity ve společnosti preferující produkční paradigma*. Zdravotnictví v České republice. 2012, roč. 1, č. 15, s. 13-21.
- Seznam škol zapojených do projektu Škola podporující zdraví [online]*. [cit. 2015-05-04] Dostupné z: <<http://www.alternativniskoly.cz/pouzite-terminy/seznam-zdravych-skol-v-cr/>>
- Skutečně zdravá škola [online]*. [cit. 2015-01-23]. Dostupné z: <<http://www.skutecezdravaskola.cz/>>
- SZÚ, *Výskyt nadváhy a obezity [online]*. 2011. [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/zdrav_stav/vyskyt_nadvahy_a_obezity.pdf>
- SZÚ: Centrum podpory veřejného zdraví, *Nadváha a obezita: Pandemie 21. století [online]*. 2013. [cit. 2015-04-18]. Dostupné z: <http://www.cyklokonference.cz/cms_soubory/rubriky/90.pdf>

Škola plná zdraví [online]. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z:

<<http://www.skolaplnozdravi.cz/>>

Škola podporující zdraví [online]. [cit.2015-01-23]. Dostupné z:

<<http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi>>

Školní mléko v České republice [online]. [cit. 2015-01-23]. Dostupné z:

<http://novy-web.laktea.cz/skolni_mleko>

Tělesná výchova a sport na školách v Evropě *[online]*, [cit.2015-04-05] Dostupné z:

<http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/150CS_HI.pdf>

TLÁSKAL, P. *Prevence dětské obezity [online]*. Dostupné z:

<http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/seminare/Prevence_detske_obezity.pdf/>

VESELÝ, A., NEKOLA, M. *Analýza a tvorby veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON, 2007, 407 s. ISBN 978-80-86429-75-5.

Výživa ve výchově ke zdraví - Výukový program pro pedagogy [online]. Praha: 2010.

[cit. 2015-04-05]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/vyziva-ve-vychove-ke-zdravi-vyukovy-program-pro-pedagogy>>

WALLEY, A. J., BLAKEMORE, A. I. F., FROGUEL, P. *Genetics of obesity and the prediction of risk for health*. Human Molecular Genetics, 2006, roč. 15, č.2, s. 124-130.

WINKLER, J. *Implementace. Institucionální hledisko analýzy*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 160 s. ISBN 80-210-2932-3.

WHO, *Definition of Health [online]*. 1946. [cit. 2014-11-01]. Dostupné z:

<<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>

WHO, *Evropská charta boje proti obezitě [online]*. 2006. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z:

< http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/87462/E89567.pdf>

WHO, *Evropský akční plán pro potraviny a výživu 2015-2020 [online]*. 2014 [cit.2015-

04-05]. Dostupné z: <

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf>

WHO, *Obesity and overweight [online]*. 2014. [cit. 2014-11-01]. Dostupné z:

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>

WHO, *Vídeňská deklarace o výživě a nepřenosných nemocech v kontextu Zdraví 2020 [online]*. 2013. [cit.2015-04-05]. Dostupné online z: <

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/234381/Vienna-Declaration-on-

Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Eng.pdf?ua=1>

WHO, *Zdraví 2020: Evropský rámec pro politiky pro zdraví a prosperitu [online]*. 2012. [cit.2015-04-05]. Dostupné z: <

<http://www.who.cz/attachments/article/89/Health2020-Long.pdf>>

WINZERBERGEROVÁ, A. *Politika boje proti dětské obezitě ve vztahu k produkci a marketingu potravin*. Praha, 2013. 113 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, FSV, ISS. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

YIN, R. C., *Case study research: Design and Methods*. Thousand Oaks, California: SAGE pub., 2003. ISBN 07-619-2553-8.

Právní normy

Zákon č. 561/2004 Sb. - Zákon o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Vyhláška č. 107/2005 Sb., o školním stravování

Seznam obrazových příloh v textu

- Obrázek č. 1 – Čtyřsložkový model veřejněpolitického cyklu (str. 10)
- Obrázek č. 2 – Systém determinantů obezity (str. 12)
- Obrázek č. 3 – Systém kurikulárních dokumentů v ČR (str. 30)
- Tabulka č. 1 – Aktéři a dokumenty na mezinárodní, evropské a národní úrovni (str. 22-23)
- Tabulka č. 2 – Přehled dotazovaných aktérů (str. 37)

Přílohy

Příloha č. 1 - Návod k rozhovoru

(Uvedené otázky sloužily často spíše k upřesnění informací a držení se jednotlivých témat, v závislosti na odpovědích respondenta tedy nemusely zaznít všechny a nutně v daném pořadí.)

A) Ředitel/zástupce ředitele školy

Implementace prevence dětské obezity pomocí výživy

1) Implementace do učebního plánu

- Vyučuje se u vás Výchova ke zdraví jako samostatný předmět?
- Pokud ne, v rámci jakých předmětů je vyučována?
- V jakém hodinovém rozsahu?
- V jakých ročnících?
- Vyučujete ji i v rámci nepovinných předmětů či nad rámec povinné hodinové dotace?
- Dotýkáte se v rámci Výchovy ke zdraví i tématu zdravé výživy a jejího významu v prevenci obezity a dalších chorob?
- Jakých ročníků se to týká?

2) Doprovodné projekty

- Věnujete se tomuto tématu v doprovodných projektech organizovaných v rámci školy?
- Pořádáte akce přímo zaměřené na tuto problematiku?
- Zapojujete se do větších, celorepublikových projektů zaměřených na zdravou výživu a prevenci obezity?
- Proč ano/proč ne?

3) Spolupráce s dalšími subjekty

- Spolupracujete v tomto ohledu s dalšími subjekty?
- S jakými?
- Jak tato spolupráce vypadá?

4) Spokojenost se současným stavem

- Jste se současným stavem prevence obezity pomocí výživy na vaší škole spokojeni?
- S jakými problémy se případně setkáváte?
- Uvažujete do budoucna o nějakých změnách/inovacích? (Jakých?)

B) Pedagog

Implementace prevence dětské obezity pomocí výživy

1) Implementace do učebního plánu

- Věnujete se v rámci svého předmětu Výchově ke zdraví?
- V jakém rozsahu?
- V jakých ročnících?
- Řešíte v jejím rámci i téma zdravé výživy a prevence obezity?
- V jakém rozsahu?
- V jakých ročnících?
- Jakým způsobem se tématu věnujete? (interaktivní metody, samostatná práce, atd.)

2) Spolupráce s dalšími subjekty

- Spolupracujete v tomto ohledu s dalšími subjekty?
- S jakými?

- Jak tato spolupráce vypadá?

3) Spokojenost se současným stavem

- Jste se současným stavem prevence obezity pomocí výživy na vaší škole spokojeni?
- S jakými problémy se případně setkáváte?
- Uvažujete do budoucna o nějakých změnách/inovacích? (Jakých?)

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas:

Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Byl/a jste požádán/a o rozhovor v rámci sběru dat pro bakalářskou práci s názvem Prevence dětské obezity pomocí výživy na víceletých gymnáziích, kterou píšu v rámci svého studia na FSV UK.

Důvěrnost informací

S Vaším svolením bude tento rozhovor nahráván. Nahraný rozhovor bude přepsán a použit pro analýzu. Ani zvuková ani textová forma rozhovoru nebude žádným způsobem jako celek zveřejněna a výsledky analýzy budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Prosím o Váš souhlas s provedením rozhovoru za výše uvedených podmínek. Vaše účast na rozhovoru je dobrovolná a můžete ji kdykoli v jeho průběhu přerušit.

Podpis

.....

Pokud budete mít jakékoli další dotazy ohledně tohoto výzkumu či rozhovoru, kontaktujte mne prosím prostřednictvím níže uvedených údajů⁴⁴.

Datum konání rozhovoru:

Podpis

.....

⁴⁴ Z důvodů veřejné přístupnosti práce zde byly kontaktní údaje odstraněny

