

UNIVERZITA KARLOVA v PRAZE

Pedagogická fakulta

Katedra tělesné výchovy

POJETÍ VÝCHOVY KE ZDRAVÍ V MATEŘSKÉ ŠKOLE
CONCEPT OF HEALTH EDUCATION IN KINDERGARTEN

Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Hana Dvořáková, CSc.

Autor diplomové práce: Bc. Michaela Gondeková

Studijní obor: Pedagogika předškolního věku

Forma studia: kombinovaná

Diplomová práce dokončena: duben, 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a nepoužiji ji k získání dalšího titulu.

V Praze dne

Podpis:

Michaela Gondeková

Poděkování paní doc. PhDr. Haně Dvořákové, CSc. za ochotu a vstřícnost při vedení diplomové práce.

ANOTACE

Pojetí výchovy ke zdraví v mateřské škole

Diplomová práce se zabývá pojetím zdravého životního stylu u dětí předškolního věku a realizací výchovy ke zdraví v mateřských školách. Náplní teoretické části této práce je vymezení pojmu „zdraví“ a jednotlivých determinantů zdraví, jako je zdravý životní styl, životní prostředí a zdravotní stav. Dále se práce zabývá jednotlivými složkami výchovy ke zdraví v mateřské škole, pohybu dětí, výživě v MŠ, vnitřní pohodě a celkovému prostředí mateřské školy v kontextu s Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání. Předmětem výzkumné části diplomové práce je zpracování a vyhodnocení dvouступňového dotazníku, který je předložen učitelkám mateřských škol.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdraví, výchova ke zdraví, zdravý životní styl, WHO – světová zdravotnická organizace, pohybové aktivity, zdravá výživa, prostředí MŠ, RVP PV.

ABSTRACT

Concept of health education in kindergarten

This thesis deals with the concept of a healthy lifestyle for preschool children and of health education in nursery schools. The first part of this work is the definition of "health" and individual determinants of health such as lifestyle, environment and health. The thesis deals with the various components of health education in kindergarten, the movement of children in kindergarten, nutrition, inner comfort and overall environment of the nursery school in the context of the Framework Curriculum for preschool education. The subject of research of this thesis is two-stage evaluation process and questionnaire, which is presented to teachers of kindergartens.

KEY WORDS

Health, health education, healthy lifestyle, WHO - World Health Organization, physical activity, healthy nutrition, kindergarten environment, Framework Curriculum for preschool education.

OBSAH

	Úvod.....	7
	Cíl práce	8
I	Teoretická východiska.....	9
1	Zdraví.....	9
	1.1 Světová zdravotnická organizace a její definice zdraví.....	10
	1.2 Holistické pojetí zdraví.....	12
	1.3 Interakční pojetí zdraví	13
	1.4 Holisticko – interakční pojetí zdraví	14
	1.5 Zdravotní stav a péče.....	16
	1.6 Životní prostředí.....	17
	1.7 Životní styl.....	21
	1.7.1 Rizika ohrožující zdraví.....	22
2	Programy podporující zdraví.....	29
	2.1 Zdraví pro všechny do roku 2000.....	29
	2.2 Národní program obnovy a podpory zdraví České republiky.....	29
	2.2.1 Zdravá škola.....	30
	2.3 Zdraví 21 – Zdraví pro všechny do 21. století.....	32
	2.4 Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky.....	36
3	Pojetí zdraví v mateřské škole.....	37
	3.1 Pohyb a hygiena dětí v mateřské škole.....	40
	3.2 Výživa v mateřské škole.....	47
	3.3 Sociální klima v mateřské škole.....	53
	3.3.1 Vnitřní pohoda dítěte.....	54
	3.3.2 Zdravé prostředí MŠ a okolí.....	57
4	Shrnutí teoretické části.....	59
II	Empirická část.....	61

1	Cíl a hypotézy.....	61
2	Metody.....	62
3	Výsledky.....	63
	3.1 Vyhodnocení dotazníku č. 1.....	63
	3.2 Vyhodnocení dotazníku č. 2.....	74
4	Diskuse.....	85
5	Závěry.....	89
6	Použitá literatura a informační zdroje.....	91
7	Přílohy.....	94

Úvod

Pracuji jako učitelka mateřské školy v Základní škole a mateřské škole v Liběšicích, mé předešlé zaměstnání bylo v Mateřské škole speciální v Žatci, kterou navštěvovaly děti se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním. Myslím si, že téma zdraví je aktuální nejen ve speciální škole, ale také v běžných mateřských školách. Téma diplomové práce „Pojetí výchovy ke zdraví“ jsem si vybrala z toho důvodu, že sama se snažím o zdravý způsob života a chtěla bych dětem v mateřské škole připravovat takovou vzdělávací nabídku v této oblasti, aby problematika zdraví, péče o něj a zdravý životní styl byl pro ně do budoucna naprostou samozřejmostí a maximální hodnotou života. Čím dříve se děti seznámí se způsoby zdravého životního stylu a bude jim tato tematika předkládána hravou a pro děti přijatelnou formou, tím spíše dojde k zautomatizování a zvnitřnění zdravých hodnot života, které budou dítě provázet celý život.

Chtěla bych se zabývat tím, zda učitelky v mateřských školách ve městě Žatec a jeho okolí, znají základní obsah výchovy ke zdraví předškolních dětí, zda vědí, z čeho tyto výstupy vycházejí a zda si dokážou propojit teoretické znalosti z této oblasti se svou praxí v MŠ. Zároveň by mě zajímalo, jaká témata zaměřená na zdraví svým dětem nabízejí a zda využívají jako doplňující vzdělávací program nějakou metodiku, která zpracovává téma výchovy ke zdravému životnímu stylu předškolních dětí.

Cíl práce

Cíl diplomové práce:

- Zjistit, co v mateřských školách znamená „výchova ke zdraví“, jakým způsobem ji vnímají učitelky mateřských škol a jak ji realizují v praxi s dětmi.

I TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1 Zdraví

Zdraví je jedna z nejvyšších životních hodnot člověka. Zdraví je pro člověka velice důležité, lidé si přejí k narozeninám, svátkům a dalším významným životním situacím hlavně hodně zdraví. Je tedy zřejmé, že by lidé měli o své zdraví, které je toliko přetřásáno, pečovat, ale mnozí lidé tomu nedbají a své zdraví přesto ohrožují různými způsoby, i když znají následky svého chování či jednání. Když je člověk zdravý, může uskutečňovat všechna svá přání, chodit do zaměstnání a realizovat veškeré své osobní plány.

Zdraví však není jen významnou hodnotou individuální. „Má i hodnotu společenskou, neboť je zdrojem pro hospodářský a sociální rozvoj společnosti,“ jak uvádí Machová a kol (2009, s. 12). Je proto tedy důležité, aby zdraví bylo prioritou nejen pro člověka jako jedince, ale zároveň pro celou společnost, která by měla o jeho uchování pečovat. Slepíčková (2000, s. 38) popisuje, že „závisí na tom, jak ke svému zdraví přistupuje sám člověk a jaké podmínky pro zdravý život vytváří společnost. Těmito dvěma směry jsou také orientovány aktivity na podporu zdraví v hospodářsky rozvinutých zemích.“

Čepičková a kol. (2007, s. 38 – 39) popisuje vývoj pojmu individuální zdraví v průběhu lidské historie takto:

- „Zdraví jako normální funkce organismu (nemoc je vnímána jako odchylka od správného fungování) – biologický proces. Medicína hledá příčiny selhání organismu a jejich odborné odstranění, osobnost a psychika pacienta se tak dostává na samý okraj zájmu lékaře (tento přístup k pacientovi někdy ještě dnes v medicíně přetrvává).
- Zdraví jako stav dynamické rovnováhy mezi organismem a prostředím (nemoc je důsledkem porušení této rovnováhy) – fyzikální proces. Úplné uzdravení je chápáno jako obnovení původní rovnováhy mezi organismem a prostředím, zanechání následků jako nastolení nové rovnováhy na jiné úrovni, než byla původní.
- Zdraví jako schopnost adaptace organismu na změny zevního prostředí (nemoc je důsledkem překročení adaptačních možností organismu) – ekologický přístup

ke zdraví. Toto pojetí zdraví vychází z adaptační teorie, která dále rozvinula učení o vztazích mezi organismem a prostředím.“

V našem zdravotnictví je nejčastěji citována Drbalova (Čepičková a kol., 2007, s. 39) definice, která je spojením fyzikálního a ekologického pojetí zdraví: „Zdraví je objektivní stav organismu vnímaný subjektivně, charakterizovaný dynamickou rovnováhou mezi organismem a prostředím, a dále schopností aktivní adaptace organismu na změny prostředí.“

V odborných publikacích se můžeme také setkat s touto definicí zdraví: „zdraví je proces – aktivní, dynamický, překonávání vlivu velkého počtu patogenních faktorů a jimi vyvolávaných menších či větších poruch, denní boj překonávání rizik, směřování k optimálnímu rozvoji schopností organismu“ (Kantor, 1994, s. 28).

Křivohlavý (2003) se ve své publikaci zabývá srovnáním různých pojetí a teorií zdraví a rozděluje je takto do čtyř skupin:

1. „Teorie, které považují zdraví za ideální stav člověka, jemuž je dobře
2. Teorie, které chápou zdraví jako normální dobré fungování
3. Teorie, které se dívají na zdraví jako na zboží (např. farmakologie)
4. Teorie, které chápou zdraví jako určitý druh síly“ (Křivohlavý, 2003, s. 33)

1.1 Světová zdravotnická organizace a její definice zdraví

World Health Organization – v překladu Světová zdravotnická organizace (dále jen SZO) sídlí ve Švýcarsku v Ženevě. Je součástí Organizace spojených národů (OSN), na jejíž konferenci roku 1945 její účastníci jednohlasně schválili návrh Brazílie a Číny na vytvoření nezávislé mezinárodní zdravotnické organizace v rámci OSN. Rok poté v New Yorku podepsalo 61 států z celého světa, včetně tehdejšího Československa, Základní smlouvu. Tato smlouva nabyla platnost 7. dubna 1948, když 26 z 61 států, které ji podepsaly, ratifikovaly svůj podpis a uložily oficiální ratifikační listiny u generálního tajemníka OSN. Toto datum – **7. duben 1948** – je uznáváno jako datum vzniku Světové zdravotnické organizace. Od té doby je tento den na celém světě označován jako **Světový den zdraví**.

„Poslání SZO je řízení a koordinace mezinárodní spolupráce v péči o zdraví na celém světě. Vyhláší a organizuje jednotlivé programy na prevenci a podporu zdraví (některé probíhají také v České republice), které mají aktivizovat veřejnost ke spoluúčasti na péči o vlastní zdraví. Jejimi dalšími funkcemi je podpora lékařských výzkumných programů, práce expertů v otázkách organizace zdravotní péče, zajištění nezávadné pitné vody pro všechny lidi na světě, očkování proti infekčním nemocem a další. Členy SZO jsou vlády jednotlivých států (193 členských zemí), které také poskytují prostředky na rozpočet SZO“ (Machová, 2005, s. 242).

Hlavní strategické záměry SZO:

- omezování úmrtnosti, nemocnosti a postižení zejména u chudých a sociálně slabých skupin populace
- podpora zdravé životosprávy a omezení zdravotních rizik vyplývajících z ekologických, ekonomických a sociálních podmínek
- rozvoj spravedlivějších a efektivnějších zdravotnických systémů, které budou odpovídat legitimním potřebám lidí a budou pro ně finančně únosné
- rozvoj odpovídajících zdravotnických strategií a institucionálního zázemí a začleňování zdravotnických aspektů do sociálních, ekonomických, ekologických a rozvojových strategií

V laické populaci je zdraví chápáno jako nepřítomnost nemoci nebo nepřítomnost nějaké poruchy nebo vady. V podobném smyslu zněla také původní definice zdraví. Ovšem SZO v roce 1948 definuje zdraví tímto způsobem: „**Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady**“ (Machová, 2005, s. 242). V definici zdraví, kterou uvedla SZO roku 1946, můžeme najít klady i zápory, na které upozorňuje Křivohlavý (2003):

„Klady definice zdraví (SZO):

- + SZO ukazuje na zdraví jako na kladnou, obecně žádoucí hodnotu

- + naznačuje, že zdraví je více, než nepřítomnost nemoci, že nejde jen o fyzické zdraví, ale zahrnuje problematiku duševního zdraví a vzájemných vztahů mezi lidmi
- + má motivační charakter, naznačuje cíl, k němuž by měla směřovat snaha všech
- + definice je jednoduchá, dá se dobře zapamatovat a snadno osloví lidi

Zápory definice zdraví (SZO):

- opomíjí se stav, kdy člověku „není dobře“, tento jev většinou předchází propuknutí nějaké nemoci
- opomíjí duchovní oblast člověka, nehovoří o spirituálním zdraví, zaměření člověka v oblasti hodnot
- nedefinuje kritéria ideálu, který stanovuje, ideál je tedy nepraktický a není možné ho nikdy dosáhnout, ukazuje každému člověku, že jeho zdravotní stav je vlastně nedokonalý“ (Křivohlavý, 2003, s. 38)

Definice zdraví Světové zdravotnické organizace byla změněna v roce 1977, jak uvádí Slepíčková (2000). O zdraví se začalo uvažovat nikoli jako o konečném cíli, ale jako o prostředku prožití harmonického života. Stalo se tedy prostředkem vedoucím k životní spokojenosti. Nově koncipovaná a inovovaná definice, deklarovaná SZO, je obohacená o nové dimenze a v dnešní konečné podobě zní: **„Zdraví je stav fyzické, psychické, spirituální (duchovní) a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomností nemoci nebo neduživosti, který umožňuje rozvinout osobnost jedince se všemi vlohami a schopnostmi“** (Čepičková a kol., 2007, s. 41).

Pojem zdraví se neustále vyvíjel až do dnešní podoby. Ale pro každého jedince je podoba zdraví jedinečná a individuální. U každého člověka je pocit zdraví na jiné úrovni, a proto je důležité brát definice zdraví jako subjektivní stav.

1.2 Holistické (celostní) pojetí zdraví

Význam slova holismus pochází z řeckého slova „to holon“, což znamená celek. Toto pojetí zdraví pochází již ze starověku, „tehdejší představa o zdravém člověku je brána jako harmonický celek těla, mysli a ducha“ jak uvádí Čepičková a kol. (2007, s. 40). Pocit pohody

člověka je zde chápán jako subjektivní pocit, kdy je člověku prostě dobře. Opakem je pocit nepohody, čili stav ohrožení. Toto pojetí zdraví vychází ze čtyř základních složek zdraví:

„**Fyzická (tělesná) pohoda** – nepřítomnost nemoci nebo bolesti, pocit dobré fyzické kondice.

Psychická (duševní) pohoda – nepřítomnost psychické poruchy, schopnost jasně myslet, realisticky odrážet realitu a přiměřeně reagovat na všechny důležité podněty, umět přijímat a projevovat city (emoce).

Sociální (společenská) pohoda – schopnost navazovat a udržovat vztahy s ostatními lidmi, schopnost začlenit se do společnosti a naplňovat své potřeby ve sféře pracovní, zájmové, i ve sféře intimních vztahů.

Spirituální (duchovní) pohoda – mít smysl života a nadějnou životní orientaci, svým chováním být v souladu s obecně přijatými principy morálky, přijatým náboženstvím, vztah k hodnotám, které člověka přesahují“ (Čepičková a kol., 2007, s. 41).

Z holistického pojetí zdraví vychází projekt Zdravá mateřská škola.

1.3 Interakční (dynamické) pojetí zdraví

Již z názvu vyplývá, že toto pojetí zdraví vychází z představy, že složky zdraví i nemoci mají svou dynamiku a vzájemně na sebe působí. Důraz je kladen na souvislosti a možnost změny. Čepičková a kol. (2007) ve své publikaci píše, že zdraví v interakčním pojetí nelze chápat jako cíl, ale jako kontinuální proces hledání a směřování k tomu, co je pro každého jedince nezdравější. „Interakční přístup tedy prohlubuje porozumění tomu, jak holistický model zdraví v praxi funguje. Interakce (vzájemná působení) mezi jedincem a prostředím jsou v interakčním modelu zdraví rozlišeny, dle jejich charakteru, do čtyř interakčních oblastí:

- Biologická oblast
- Psychologická oblast
- Interpersonální oblast
- Sociálně – kulturní oblast

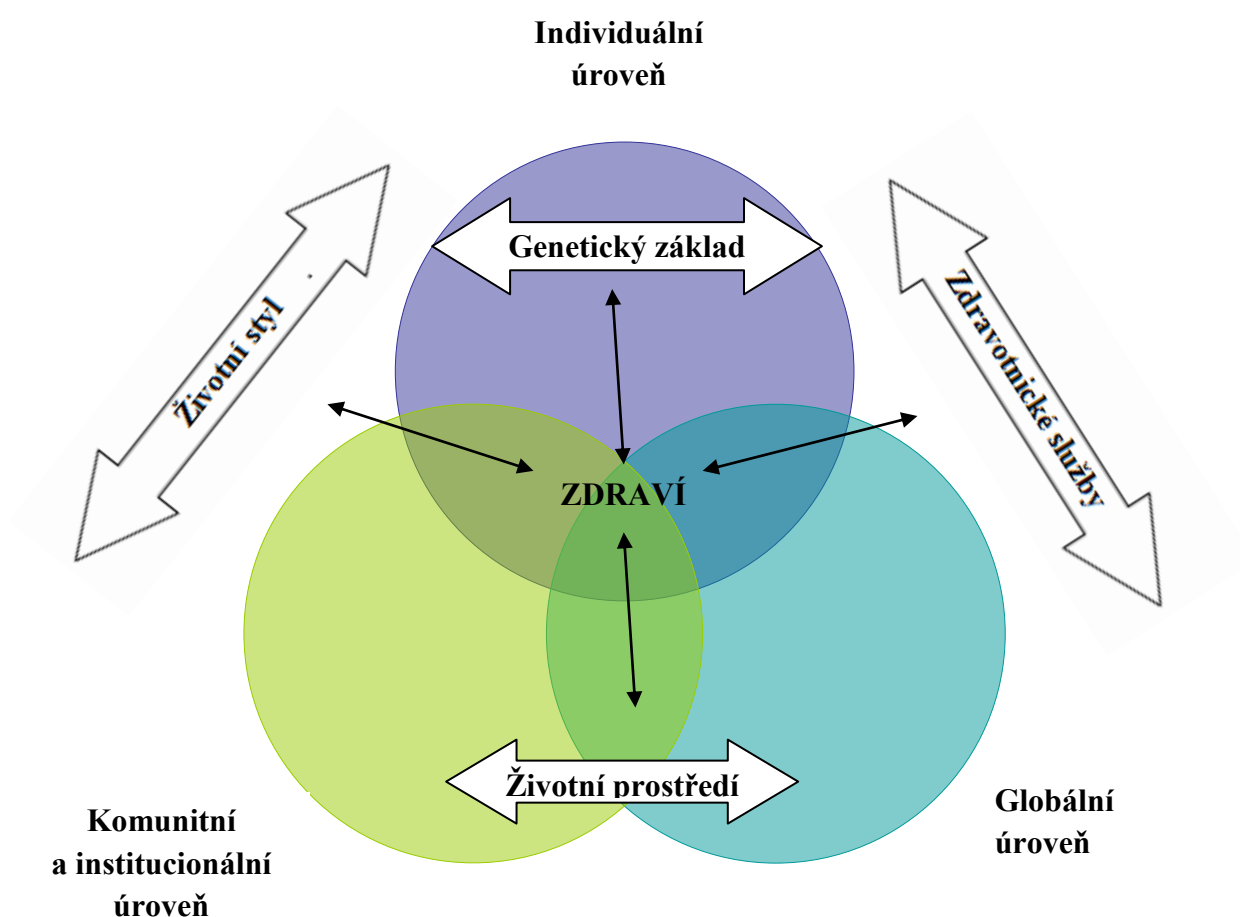
Interakční přístup, použitý ve vzdělávání, nemá rozvíjet výše uvedené interakční oblasti izolovaně, ale komplexně, ve vzájemném propojení“ (Čepičková a kol., 2007, s. 42 – 43). Jde

tedy o přístup, který zdůrazňuje hodnotu zdraví a prezentuje jej jako důležitý prvek spolupráce v různých komunitách (rodina, škola, obec).

1.4 Holisticko – interakční pojetí zdraví

V tomto třetím pojetí zdraví dochází k propojení dvou předcházejících variant. „Holisticko-interakční pojetí zdraví představuje východisko strategie podpory zdraví v Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání“ (Čepičková a kol., 2007, s. 80).

Čepičková a kol. (2007) klade důraz na vzájemnou propojenost složek zdraví ve třech interakčních úrovních, které na sebe navzájem působí, viz obrázek č. 1.



Obr. č. 1 podle Čepičkové a kol. (2007, s. 44) a Machové a kol. (2009, s. 13)

Tyto tři úrovně definuje Čepičková a kol. (2007) takto:

1. **„Individuální úroveň** – osobní zdraví jedince je propojeno se všemi složkami jeho bytosti, kterou tvoří:

- Organismus (tělesné zdraví, rovnováha organismu – homeostaze = vnitřní stálost)
- Psychika (duševní zdraví)
- Osobnost (sociální a duchovní zdraví)

V důsledku interakce dokáže pocit pohody v jedné funkční oblasti indukovat příznivý stav v jiných oblastech.

2. **Komunitní a institucionální úroveň** – zdraví jedince je propojeno se zdravím jednotlivých komunit (společenství, skupin), v nichž žije, učí se nebo pracuje. Je tedy zřejmé, že o kvalitě individuálního zdraví rozhoduje kvalita sociálního prostředí, v němž se jedinec nachází. Zde musíme my učitelé využít příležitosti a správně vést děti už od útlého věku ke zdravému životu, neboť jeho základy se již utváří od narození. Protože „rodičovská láska a péče, harmonické rodinné prostředí, vzájemná úcta a tolerance, nekonfliktní a kamarádské vztahy, vhodné prostředí pro využití volného času, pravidelná pohybová činnost s dostatečným pobytem v přírodě, správná výživa – to jsou ideální podmínky pro zdravý vývoj dítěte“ (Mužik a kol., 1997, s. 3). Mužik a kol. (1997) také uvádí, že významnou roli v přípravě dítěte na život hraje také škola. Učitelé a ředitelé by si proto měli uvědomit, že úkolem školy je nejen vychovávat a vzdělávat podle požadavků společnosti, ale také vycházet vstříc životním potřebám dětí. Je potřeba ale také brát na vědomí, že cíle a prostředky podpory zdraví ve školním prostředí jsou zaměřeny na celou instituci školy, vzdělávací proces, prostředí a na vztahy všech lidí ve škole. Výchova ke zdraví se dotýká tedy nejen dětí a učitelů, ale také vedení školy, všech zaměstnanců a bezpochyby také rodičů dětí.

3. **Globální úroveň** – zdraví jedince je propojeno se zdravím světa po stránce společenské i přírodní. V této dimenzi jde nejen o dodržování svobod a práv každého

jedince a jeho odpovědnost k druhým lidem a celé společnosti, ale i o respekt vůči přírodě jako celku, včetně zodpovědnosti vůči budoucím generacím“ (Čepičková a kol., 2007, s. 44 – 45).

S pomocí holisticko – interakčního pojetí zdraví mohly být vytvořeny podmínky pro vznik nové oblasti preventivních strategií, tzv. podpory zdraví. V posledních letech se ukázalo, že resort zdravotnictví sám nestačí na udržení lidského zdraví a celkového zdraví světa, proto se o podporu zdraví snaží různé instituce psychologické, sociologické a pedagogické a v neposlední řadě i laická veřejnost.

Z předcházejících pojetí zdraví tedy vyplývá, že zdraví, a především péče o něj, má velmi široký kontext a rozsáhlou působnost. Nejde tedy jen o individuální zdraví a zdraví na komunitní úrovni, ale jde i o podporu celosvětového zdraví, jedinci by měli přispívat ke zdravému přírodnímu i společenskému prostředí.

Machová a kol. (2009) nahlíží na zdraví z úhlu faktorů, které ovlivňují naše zdraví, tyto faktory nazývá determinanty a dělí je tímto způsobem:

- Vnitřní (genetický základ)
- Vnější (životní styl, životní a pracovní prostředí, zdravotní péče)

Vzájemný vztah mezi těmito determinantami je vyjádřen v obrázku č. 1.

„Ze zmíněných vnějších faktorů se na kvalitě zdraví podílí zdravotnická péče a rozvoj zdravotnictví asi 20 %, kvalita životního prostředí také 20 % a způsob života čili životní styl 50 – 60 %. Chování je jediným z faktorů, které může každý člověk sám u sebe utvářet anebo měnit. V tomto smyslu je zdraví otázkou chování, je tedy psychologickým procesem“ (Slepičková, 2000, s. 39). Nyní bych chtěla blížeji definovat a popsat vnější determinanty zdraví.

1.5 Zdravotní stav a péče

Zdravotnická péče a rozvoj zdravotnictví ovlivňuje naše zdraví z 20 %. Machová (2005, s. 252) uvádí, že „zdravotní stav obyvatelstva obvykle charakterizujeme pomocí těchto tří ukazatelů:

1. **Úmrtnost** – je demografický ukazatel, udávající podíl zemřelých z určité skupiny za určité časové období. Uvádí se v promilích (‰), tedy v přepočtu na 1 000 jedinců, nejčastější příčinou úmrtí v České republice jsou nemoci srdce a oběhové soustavy, druhou nejčastější příčinou jsou novotvary, následují poranění a otrava, nemoci dýchací soustavy a nemoci trávicí soustavy.
2. **Nemocnost** – označuje chorobnost u lidí (i zvířat). Vyjadřuje se vždy poměrným číslem jakožto poměr počtu nemocných jedinců vůči počtu všech (zdravých i rozličně nemocných) jedinců. Nejzávažnější skupinou onemocnění v ČR jsou srdeční a cévní choroby a zhoubné nádory. V současné době narůstá výskyt chronických nemocí u dětí předškolního a školního věku, jedná se o nemoci nervové soustavy, smyslových orgánů a nemoc dýchací soustavy a různé alergie“.
3. **Střední očekávaná délka života** – „je ukazatel, který představuje naději (při narození) dožít se určitého věku za předpokladu stejné úmrtnosti. Odráží zdravotní stav obyvatelstva a kvalitu životních podmínek. V ČR se tato délka života prodlužuje, muži se dožívají v průměru 72,2 let a ženy 78,8 roků,“ jak uvádí Kancelář v ČR Evropského regionu WHO (2006, s. 1).

Zdravotní péče je soubor opatření mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Jedná se jak o pouhá ošetření, tak o ambulantní léčbu. Do péče o zdraví by se dala zahrnout i prevence, „která je zaměřena proti nemocem a je vedena snahou jim předcházet. Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární. Většina lidí chápe důležitost prevence a uznává, že lepší je nemocem předcházet než jimi trpět, ovšem na druhé straně člověk necítí potřebu navštěvovat lékaře, dokud je zdravý a nemá žádné bolesti nebo obtíže“ (Machová a kol., 2009, s. 14).

1.6 Životní prostředí

Životní prostředí ovlivňuje úroveň lidského zdraví asi z 20 %. Z laického pohledu bych definovala životní prostředí jako místo, ve kterém se jedinec nachází, které ovlivňují ještě další faktory, jako například zda je tam člověk sám, nebo ještě s nějakým jiným jedincem, zda je ve městě nebo na vesnici, jaké je roční období, v jaké se nachází zemi, na jakém kontinentu atd. Pojem životní prostředí definovala již v roce 1967 konference UNESCO: „Prostředí člověka je ta část světa, se kterou je člověk ve vzájemné interakci (ve vzájemném působení), tj. které používá, ovlivňuje ji a přizpůsobuje se jí“ (Švec, 1982, s. 10).

Švec (1982, s. 10) uvádí ve své publikaci také definici životního prostředí, kterou formulovala OSN roku 1972: „Člověk je součástí i tvůrcem svého prostředí, které mu dává předpoklady pro život a poskytuje mu možnosti pro intelektuální, morální, sociální a duchovní rozvoj. Při dlouhém a strastiplném vývoji lidské rasy na této planetě bylo dosaženo stavu, kdy v důsledku rychlého pokroku ve vědě a technologii získal člověk sílu, aby vytvářel své prostředí nesčetnými způsoby a v rozsahu, který nemá příkladu. Oba aspekty lidského prostředí – **prostředí přirozené a umělé** – jsou podstatné a důležité, aby člověk mohl žít v blahobytu a využívat základních lidských práv – dokonce i samotného práva na život.“ Machová a kol. (2009) rozšiřuje tyto dvě složky prostředí ještě o jednu a to o aspekt **sociální**.

„Životní prostředí působí na člověka všemi svými složkami:

- **Přírodní** složky - abiotické (atmosféra, hydrosféra, litosféra a pedosféra)
- biotické (živé organismy a vztahy mezi nimi)
- **Umělé** složky (technosféra, specifické výrobní a nevýrobní činnosti člověka)
- **Sociální** složky (lidská společnost, sociální struktura, sociální vztahy)“ (Machová a kol., 2009, s. 256)

Na počátku lidského vývoje byl člověk bezprostředně závislý na přírodním prostředí, zejména na zdrojích potravy a teplotě, tato závislost na přírodním prostředí začala pomalu klesat s rozvojem průmyslové technologie, „člověk si začal utvářet umělé prostředí, díky kterému je schopen sám se chránit před nepřízní počasí, regulovat teplotu ve své blízkosti, zvládne produkovat rostlinnou i živočišnou potravu. Intenzivní průmyslová a zemědělská výroba má ovšem nepříznivý dopad na přírodní prostředí,“ jak uvádí Machová (2005, s. 251). „Z hlediska vlivu na zdraví je obzvláště rizikové znečištění ovzduší některými látkami, které poškozují dýchací ústrojí a vedou ke zvýšené nemocnosti akutními i chronickými respiračními nemocemi. Chemické škodliviny obsažené v ovzduší také přispívají k rozvoji alergií a z části i k některým druhům nádorů“ (Klementa a kol., 1998, s. 7). Machová (2005) dále popisuje hlavní ekologické problémy, které mají negativní vliv na zdraví:

1. „Znečištění (kontaminace) vody a půdy

- mikroby (př. Salmonella, Shigella)

- viry (př. virus hepatitidy A)
- těžkými kovy (např. olovo, rtuť aj.)
- dusičnany
- organickými látkami (např. chlorované uhlovodíky a benzeny)
- radioaktivními látkami

2. Znečištění ovzduší

- oxidem siřičitým
- oxidy dusíku
- prašným aerosolem
- oxidem uhelnatým
- rostlinnými pyly

3. Hluk

4. Znečištění potravin

- mikroby
- anorganickými látkami“ (Machová, 2005, s. 251)

Na životní prostředí člověka lze nahlížet z různých hledisek (zdravotní, sociální, ekologické atd.), Machová a kol. (2009) uvádí, že lze rozlišit čtyři základní sféry životního prostředí, které jsou vzájemně propojeny a působí na sebe:

- **„Regionální prostředí** – klimatické a geografické podmínky dané oblasti, tyto podmínky člověk nedokáže ovlivnit, ale může na ně reagovat charakterem oblečení, typem obydlí a způsobem výživy.
- **Komunální prostředí** – podmínky přímo v lokalitě, ve které člověk žije, čili bydliště (zástavba, stav zeleně, znečištění vody, půdy a ovzduší, hluk aj.) Toto jsou podmínky, které jsou v současnosti středem zájmu, pokud se hovoří o životním prostředí.

- **Pracovní prostředí** – podmínky na pracovišti (ochranné oděvy a pomůcky, osvětlení, protiúrazová zábrana).
- **Intimní prostředí** (individuální, rodinné) – závisí na socioekonomické a kulturní úrovni rodiny, je velmi individuálně podmíněné a ovlivnitelné“ (Machová a kol., 2009, s. 256 – 257).

Machová a kol. (2009) dále popisuje, že velký význam má pro podporu zdraví pohoda prostředí. Z hlediska hygienické kultury rozlišuje:

- **Akustická pohoda** – souvisí s intenzitou hluku, která se měří v decibelech (dB)
 - 40 dB – ruší usínání, spánek a odpočinek (např. lednička)
 - 50 – 60 dB – vyvolává rozmrzelost (např. hluk z hlavních silnic)
 - 65 dB – působí škodlivě na nervovou soustavu (např. statické stroje)
 - 85 – 90 dB – dlouhodobé působení takového hluku způsobuje poškození sluchu (např. pneumatická vrtačka).
- **Tepelná pohoda** – záleží na teplotě, vlhkosti vzduchu a jeho proudění. Pro oblečeného člověka (i pro dítě) je optimální teplota v místnosti 18 – 22 °C (vlhkost vzduchu 30 – 50 % relativní vlhkosti) s výkyvy 2 – 4 °C během dne. Je důležité větrání v místnostech. Rovnoměrná teplota otupuje termoregulační schopnosti člověka, snižuje výkonnost a imunitu organismu. Správná vlhkost vzduchu je důležitá pro prevenci respiračních a kožních onemocnění.
- **Čichová pohoda** – je dána úrovní hygieny (úklid, větrání, aj.).
- **Zraková pohoda** – závisí na osvětlení, barevnosti a celkové estetičnosti prostředí.
- **Psychická pohoda** – záleží na psychické zátěži a na schopnosti organismu odolávat stresu.
- **Sociální pohoda** – záleží na tom, do jaké společnosti je jedinec začleněn, člověk je sociální bytost, a proto je jedním z jeho základních potřeb i potřeba zařazení do společnosti. Pokud společenské vztahy vedou k nadměrnému duševnímu napětí

a stresům, hrozí tu riziko poškození nejen duševního zdraví, ale i narušení tělesné funkce organismu.

1.7 Životní styl

Téma zdravý životní styl je opravdu široké a zároveň velmi důležité. K příjemnému životu a celkovému zdraví přispívá zdravý způsob života velkou měrou, a proto „je nutné, aby výchova ke zdravému životnímu stylu a k odpovědnosti za vlastní zdraví byla součástí výchovy dítěte od útlého věku v rodině i ve škole“ (Machová, 2005, s. 242).

Bylo zjištěno, že životní styl má ze všech tří zevních faktorů na zdraví největší vliv, jak jsem již uvedla výše, tento podíl činí až 60 %. Životní styl můžeme definovat takto: „Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností)“ (Machová a kol., 2009, s. 16).

Životní styl současného člověka se velmi změnil od dob, kdy člověk měl kus pole, který obdělával, a dobytek, o který se staral. Člověk v dnešní době neustále někam pospíchá, žije v pocitu, že na nic nemá čas a že nestíhá, je to přetechnizovaná doba, která ubírá člověku pohyb, který byl kdysi pro něj tak naprosto samozřejmý a přirozený. Velký technický pokrok zasáhl životní styl obyvatel vyspělých zemí, člověk začal vést sedavý způsob života. Do zaměstnání jezdí lidé autem, nejlépe každý svým, využívají výtahy, dopravní prostředky a další přibližovadla, aby ušetřili čas, který všichni tak úpěnlivě postrádají. Pospíchají domů, aby mohli usednout k televizi nebo počítači. Dochází také ke zhoršování mezilidských vztahů, protože mladý člověk raději sedí u počítače připojený na facebooku, kde sdílí svůj život s „přáteli“, místo toho, aby s těmi skutečnými přáteli trávil čas například někde na výletě.

S touto změnou životního stylu člověka souvisí i nárůst civilizačních chorob, které mu předčasně zkracují život a ubírají jeho kvalitu, jak uvádí Machová a kol. (2009). V odborných publikacích nalezneme, co vše poškozuje zdraví.

1.7.1 Rizika ohrožující zdraví

Pokud již víme, co vše určuje zdraví, můžeme si blíže popsat, co konkrétně nejčastěji ohrožuje lidské zdraví a co ho poškozují. „Světová zdravotnická organizace vydala přehled faktorů, které představují hlavní rizika pro zdraví a život současného člověka“ (Slepičková, 2000, s. 41 – 42). Jedná se o tyto rizikové faktory:

- **Kouření** – „se spolupodílí na vzniku řady nemocí, které vedou k úmrtí, kouření je zodpovědné za 80 – 90 % všech úmrtí na rakovinu plic, za 30 % ostatních nádorových onemocnění a za 25 % srdečních infarktů. Kouření v těhotenství vyvolává nedostatek kyslíku pro plod a zpomaluje jeho růst a vývoj“ (Klementa a kol., 1998, s. 6). Kouřením vzniká závislost na nikotinu, který je návykovou látkou. „Nejkritičtější období pro vznik návyku kouření je věk mezi 11. a 15. rokem“ (Machová a kol., 2009, s. 61).

U předškolních dětí se nepředpokládá aktivní kuřáctví, ale ze strany svých rodičů jsou některé děti vystavovány kouření pasivnímu, které také nepříznivě ovlivňuje jejich zdraví. „Pasivním kuřáctvím se rozumí nedobrovolné vystavení osoby cigaretovému kouři, který uniká z volně hořící cigarety. Uvádí se, že nekuřák, který stráví jednu hodinu v zakouřeném prostředí, vdechne takové množství škodlivin, jako kdyby vykouřil 15 cigaret. Nejvíce jsou pasivním kouřením ohroženy děti. V České republice je kolem 66 % dětí vystaveno pasivnímu kouření v rodinách, kde rodiče kouří“ (Machová a kol., 2009, s. 61 – 62). Vzhledem k tomuto aspektu je důležité se zaměřit na předcházení vzniku kouření, již v dětském věku. Má-li být však tato prevence kouření účinná, měla by začít v co nejmladším věku dítěte, jak uvádí Křivohlavý (2003, s. 193). Křivohlavý dále ve své knize poukazuje na to, že je důležité seznamovat děti a mladistvé s negativními vlivy kouření formou protikuřáckých programů, které metodou hraní učí děti odmítnout nabídnutou cigaretu, učí jak zareagovat na snahy kuřáků snižovat hodnoty nekuřáků atd.

- **Nadměrná konzumace alkoholu** – mezi nejčastější onemocnění způsobená nadměrným pitím alkoholu patří onemocnění jater, ledvin, cukrovka, zhoršování zraku a další nemoci, jak uvádí Klementa a kol. (1998, s. 6). „Česká republika patří mezi státy s vysokou spotřebou alkoholu, na jednoho obyvatele připadá průměrná spotřeba asi 10 litrů čistého alkoholu na rok“ (Machová, 2005, s. 245).

Děti se s alkoholem nejčastěji setkávají poprvé v domácím prostředí. Při různých rodinných oslavách se na stolech vyskytuje alkohol, proto potom dětem přijde jeho konzumace naprosto samozřejmá a běžná. Tolerantní postoje rodičů tak utvářejí vztah dětí k alkoholu, „dospělí si neuvědomují, že právě v nízkém věku se utváří předpoklad pro vznik závislosti na alkoholu“, jak popisuje Machová (2005, s. 245). „Spousta předškolních dětí již alkohol ochutnala, i když vědí, že pít nesmějí, vlastně nevědí proč, berou to jako zákaz ze strany dospělých,“ upozorňuje Těthalová (2001, s. 20) ve svém článku v Informatoriu. Proto je důležité toto téma s dětmi probrat a vysvětlit jim účinek alkoholu. Machová a kol. (2009) ve své další publikaci popisuje, jakým způsobem ohrožuje děti užívání alkoholu:

1. „Děti a mládež jsou oběti užívání alkoholu ze strany jiných lidí, především rodičů, jsou ohroženy trvalým stresem, zanedbáváním péče, zneužíváním, týráním a rozpadem rodiny.
2. Děti a mládež konzumující alkohol, mají nižší schopnost vypořádat se s vlivy, které alkohol způsobuje, a tak se u nich kombinuje rizikové pití alkoholu se ztrátou kontroly nad svým jednáním, s agresivitou, rizikovým sexuálním chováním, dopravními a jinými úrazy, trvalým tělesným poškozením a úmrtím“ (Machová a kol., 2009, s. 67).

Alkohol je návyková látka, je řazena mezi psychotropní drogy, v České republice existuje právní ochrana dětí před užíváním návykových látek, jedná se o zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholem a jinými toxikomaniemi. „Ustanovení § 4 odst. 1 tohoto zákona zakazuje prodávat nebo podávat alkoholické nápoje, nebo jinak umožňovat jejich požívání osobám mladším 18 let, podávání alkoholických nápojů těmto osobám je podle ustanovení § 218 trestního zákona trestné. Podle § 5 každý, kdo prodává nebo podává alkoholické nápoje, je povinen odepřít jejich prodej osobě, o níž lze mít pochybnost, že splňuje podmínku věku, pokud ji neprokáže úředním dokladem“ (Machová, 2005, s. 245).

- **Drogové závislosti** – se začaly v České republice projevovat až po roce 1989, kdy došlo k otevření hranic a demokratizaci života. Tím pádem je „počet registrovaných drogově závislých v ČR nižší než v západoevropských zemích, vzhledem k pozdějšímu nástupu tohoto jevu“ uvádí Klementa a kol. (1998, s. 7). „Drogy jsou

přírodní nebo syntetické látky, které ovlivňují chemické procesy v mozku a mají emoční, psychické a somatické účinky. Jejich zneužívání se u nás v posledních deseti letech velmi rozšířilo zejména mezi mládeží a postihuje i školní děti“ (Machová, 2005, s. 246).

Křivohlavý (2003) opět vyzdvihuje prevenci, čili předcházení vzniku tohoto patologického faktoru ohrožující zdraví. Autor popisuje, že se ukázalo, že tam, kde se s prevencí toxikomanie (formou výchovy) začíná již při vstupu do základní školy, je naděje na vytvoření pevnějších postojů. „V těchto preventivních programech je pozornost zaměřena na zjišťování představ, postojů a přesvědčení dětí a adolescentů o věcech týkajících se drog a o odhalování falešných představ, které jsou naprosto běžné“ (Křivohlavý, 2003, s. 206).

Protidrogovou prevencí se také zabývá Machová a kol. (2009), která popisuje problematiku školské protidrogové prevence v České republice, která je v kompetenci Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy ČR a je zajišťována metodiky prevence, jejím základním principem je výchova dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, pozitivnímu sociálnímu chování a rozvoji osobnosti. „Protidrogová prevence je zakomponovaná do preventivních programů škol a školských zařízení. Důležité je také vzdělávání pedagogů v této oblasti, zároveň by pedagogové neměli zapomínat na tzv. skryté kurikulum, díky němuž si děti bezděčně osvojují normy a postoje, neboť děti se učí především příkladem“ (Machová a kol., 2009, s. 85).

Těthalová (2011) ve svém článku v Informatoriu č. 1 upozorňuje na to, že postoj dětí v předškolním věku k drogám, je zatím neutrální, a proto je důležité začít s prevencí již v tomto období. Dále uvádí, že např. Istitut Filia realizuje tyto preventivní programy v mateřských školách formou pohádek, které jsou pro děti srozumitelné.

- **Nevhodné sexuální chování** – začátek pohlavní aktivity na počátku dospívání, časté střídání partnerů, neznalost antikoncepce vede k předčasnému těhotenství a patří také mezi hlavní příčiny šíření sexuálně přenosných chorob, jako např. virus HIV/AIDS, jak uvádí Klementa a kol. (1998, s. 7).

Sexuální chování člověka se v průběhu života utváří v souvislosti s vývojem pohlavních žláz. „U dětí předškolního věku nejsou podstatné tvarové rozdíly mezi

stavbou těla chlapců a dívek. V jejich chování však již od útlého věku můžeme pozorovat rozdíly ve způsobu hry a v rozvoji zájmů. Tato odlišnost je pravděpodobně podložena vrozenými vlohami, ale také je spoluvytvářena rozdílným posilováním způsobů chování, které jsou v naší společnosti považovány za chlapecké a dívčí. Nejvýznamnější pro osvojování mužské a ženské role je předškolní věk, kdy dítě ve svých zájmech dává výrazněji přednost mužskému nebo ženskému chování při volbě hraček, oblečení či her. Na rozvoji sexuálního chování dítěte má výrazný vliv způsob života rodičů a zejména forma jejich vzájemné komunikace v rodině. Poměrně časté bývají sexuální hry (nejčastěji kolem pátého roku), které spočívají ve zkoumání intimních částí těla ostatních dětí a v nápodobě sexuálního chování dospělých“ (Machová a kol., 2009, s. 150). Rašková (2004) píše, že dítě předškolního věku přichází s celou řadou otázek se sexuální tematikou, upozorňuje, že dítěti neodpovídat není zrovna tím správným řešením. Dále Rašková uvádí, že „v podmínkách výchovy v mateřské škole by měla sexuální výchova figurovat jako nedílná součást výchovy ke zdraví a zdravému životnímu stylu“ (Rašková, 2004, s. 14). „Mezi základní tematické okruhy lze zařadit: vznik života a narození dítěte, vztahy mezi mužem a ženou (partnerství, rodičovství), rozdíly mezi pohlavími po tělesné, psychické i sociální stránce, citové a sociální vztahy mezi lidmi (kamarádství, vztahy v rodině), soukromí člověka a přirozený stud, péče o vlastní tělo a jeho čistotu. Rozhodně se doporučuje upozornit dítě na možnost nebezpečného chování některých lidí vůči dětem (týrání, sexuální obtěžování a zneužívání a jiná nebezpečí)“ (Rašková, 2004, s. 13).

Machová (2005) dále uvádí, že období mladšího školního věku se považuje spíše za asexuální. Rozvoj erotické a sexuální aktivity nastává až v dospívání.

- **Návykové chování** - do tohoto rizikové faktoru můžeme zahrnout hazardní hráčství, nadměrné používání počítače a návykové chování ve vztahu k médiím (TV, video), také by se sem dala zahrnout závislost na práci.
- **Nevhodný způsob stravování** – nesprávná výživa je velmi škodlivý jev nezdravého stylu života, jedná se o „energeticky nepřiměřenou a nevhodně složenou stravu, která má velmi velký podíl na nemocnosti a úmrtnosti, zvyšuje riziko vzniku srdečně cévních chorob, zhoubných nádorů, obezity, nemocí jater a žlučníku, cukrovky,

osteoporózy a zubního kazu, za nevhodné výživové zvyklosti považujeme vysokou spotřebu živočišných tuků, cukru, nedostatečný příjem ovoce a zeleniny, luštěnin a dále nadměrné solení,“ jak uvádí Klementa a kol. (1998, s. 6).

„Příjem potravy patří k základním životním úkolům. Otázkou je nejen co přijímat, ale i jak to přijímat, kdy to přijímat (kdy a jak jíst a pít) apod., aby tento příjem potravy byl v dimenzích zdravého způsobu výživy“ (Křivohlavý, 2003, s. 220 – 221). Machová a kol. (2009) zdůrazňuje potřebu pestré a plnohodnotné stravy u dětí, která by měla odpovídat jejich věkovým zvláštnostem a nemělo by být ani opomíjeno dostatečné množství tekutin během dne. Dětská strava by neměla obsahovat uzeniny, smažená a tučná jídla, nadbytek sladkostí a slazených nápojů. Zároveň je u dětí velmi důležité dodržovat pravidelný stravovací režim s pěti denními dávkami potravy a dostatečným množstvím tekutin (bylinkové čaje, voda, šťáva, mléko) a nezapomínat na každodenní snídani, jejíž vynechání je velké porušení zásad správného stravování.

- **Nízká pohybová aktivita** – dalším negativním faktorem ovlivňujícím zdraví je snížení pohybové aktivity člověka, technické vymoženosti (automobily, dálkové ovladače, atd.) umožnily člověku omezit aktivní pohyb a odstranily tělesnou námahu člověka ze života. „Pro zachování a upevňování zdraví je nezbytným a nejpřirozenějším předpokladem aktivní pohyb“ (Machová a kol., 2009, s. 39). „Nedostatek pohybu je negativním civilizačním faktorem, který vede ke snížení funkční zdatnosti, odolnosti organismu i psychické výkonnosti. Přispívá ke zvýšení nemocnosti, zejména chorob srdce a cévního oběhu, látkové přeměny a brání relaxaci tělesné i duševní“ (Klementa a kol., 1998, s. 6).
- **Nadměrná psychická zátěž** – „se významně podílí na vzniku mnoha současných hromadně se vyskytujících chorob, zejména neuróz, ale i nemocí srdečně cévních a trávicího ústrojí,“ jak popisuje Klementa a kol. (1998, s. 6).
- **Šikana** – je také jedním z faktorů, které mohou ohrozit lidské zdraví, prvotně působí na psychickou stránku jedince, posléze ovšem zasahuje i fyzickou stránku člověka (zvracení, bolesti břicha apod.). Machová a kol. (2009) upozorňuje na prevenci proti šikanování na školách a školských zařízeních a uvádí, že na stránkách Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy (www.msmt.cz), je k dispozici Školní program proti šikanování a Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy č. j.

28 275/2000 – 22 k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení, tyto dva dokumenty by si měli prostudovat všichni pedagogičtí pracovníci.

- **Působení alternativních náboženských skupin** – „můžeme také považovat za potenciální nebezpečí ohrožující lidské zdraví, jako např.: společenskou izolaci, závislost členů na sektě, ohrožení zdravého vývoje dětí, ohrožení zdraví či dokonce života (odmítání transfuze u Svědků Jehovových), páchání trestných činů – rituální vraždy zvířat či osob (Satanisti) nebo hromadné vraždy či sebevraždy (Církev adventistů sedmého dne),“ jak uvádí Machová a kol. (2009, s. 113 – 114).

Slepičková (2000) ve své knize popisuje, co je důležité dodržovat pro dobré zdraví a dlouhý život:

1. **„Spánek** – kvalitě spánku napomáhá odpovídající tělesná zátěž. „Doporučená doba spánku je 7 – 8 hodin denně pro dospělého člověka, čím je člověk mladší, tím se prodlužuje doporučená doba spánku, např. u dítěte předškolního věku je doporučená denní doba spánku 11 – 12 hodin (včetně jedné hodiny odpoledního spánku),“ jak uvádí Kantor (1994, s. 110).
2. **Snídaně** – pravidelná snídaně každý den by měla zlepšit zdraví. Snídaně přichází 12 hodin po večerním jídle a je důležitá pro přísun energie a buněčný metabolismus.
3. **Strava** – pravidelná a racionální.
4. **Hmotnost** – člověk by měl dbát na udržování své přiměřené tělesné hmotnosti.
5. **Nekouřit** – je přímo alarmující, že lidé, kteří v České republice zemřou na rakovinu plic, jsou z 90 % kuřáci.
6. **Nepít alkohol** – mírné nebo žádné užívání alkoholu vede k dobré úrovni zdraví. Dlouhodobé pití alkoholu se může projevit na játrech, hlavně pokud je kombinováno s nevhodnou stravou.
7. **Tělesná aktivita** – pravidelná pohybová aktivita podporuje zdraví člověka, nesmí být ovšem zaměňována s extrémním zatěžováním organismu, mělo by jít o aktivitu přiměřeného objemu, frekvence a intenzity.

8. **Duševní činnost** – každodenní systematická duševní činnost udržuje potřebný tonus centrální nervové soustavy.
9. **Zájmy** – každý člověk by měl mít nějakou svou zájmovou činnost“ (Slepičková, 2000, s. 40).

Zdraví je tedy ovlivněno genetickým základem jedince, kterým je člověk vybaven od svých příbuzných a předků, prostředím v němž žije, o jehož rovnováhu by měl člověk pečovat a zamezit zejména znečišťování přírodního prostředí. Dalším faktorem zdraví je úroveň zdravotnických služeb v zemi, ve které žijeme a velký podíl na našem zdraví má hlavně životní styl, který upřednostňujeme.

Zdraví se dá definovat jako subjektivní stav jedince, je to stav fyzického, psychického, sociálního a spirituálního pocitu pohody. I když tato definice zní velice idealisticky a nerealisticky, neboť jen málokdo může dosáhnout takového stavu, domnívám se, že je to definice pravdivá, protože zdraví je téměř za vším, co člověk v životě dělá a čím si zrovna prochází.

2 Programy podporující zdraví

Tyto programy probíhají na několika úrovních, prvotní úroveň je celosvětová a jsou to programy, které vydává Světová zdravotnická organizace, poté se programy realizují na úrovni jednotlivých států a dále se programy podporující zdraví vyskytují na úrovni s regionální a místní působností, jako např. ve městě nebo v konkrétní škole.

2.1 Zdraví pro všechny do roku 2000

„V roce 1977 vyhlásila Světová zdravotnická organizace program podpory zdraví a prevence chorob zvaný „Zdraví pro všechny do roku 2000“, jehož hlavním smyslem bylo, aby si lidé uvědomili, že mohou sami utvářet svůj život a život svých rodin bez zbytečného břemene nemocí, jež se dají zvládnout. Zdraví je v tomto programu chápáno jako individuální i společenská hodnota, kterou je třeba chránit a podporovat. Základem péče o zdraví je odpovědné jednání informovaného občana s důrazem na ochranu a podporu zdraví a předcházení nemocem,“ jak uvádí Machová (2005, s. 253). Na tento program navazovaly další dílčí programy, které směřovaly již do konkrétních oblastí, ve kterých se lidé vyskytují a žijí:

1. zdravá rodina
2. zdravá škola
3. zdravý podnik
4. zdravé město

2.2 Národní program obnovy a podpory zdraví České republiky

Jako i jiné státy, tak i Česká republika naplnila podle svých podmínek a potřeb program Zdraví pro všechny do roku 2000 a sestavila svůj program na podporu zdraví a prevenci chorob pro obyvatele ČR, který nese název „Národní program obnovy a podpory zdraví České republiky“. Tento program byl schválen vládou České republiky dne 22. 7. 1991. Cílem programu je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet zdraví, omezovat negativní důsledky poruch zdraví, vést občany ke zdravému životnímu stylu, zlepšovat životní prostředí, zvyšovat účinnost a kvalitu zdravotnických služeb s důrazem na primární zdravotní péči.

„Cílem programu je zlepšení celkové úrovně zdraví obyvatel České republiky, aby mohli prožít svůj život v co nejplnější fyzické i psychické pohodě a společenském uplatnění“ (Machová, 2005, s. 254).

Machová (2005) popisuje hlavní zdravotní problémy obyvatel ČR, které vedou ke stanovení priority v oblasti podpory zdraví, jímž je změna životního stylu obyvatel (srdeční a cévní choroby, nádorová onemocnění, úrazy, narušování reprodukčního zdraví, duševní nemoci, drogové závislosti, HIV/AIDS).

Prioritou v oblasti podpory zdraví byla stanovena změna životního stylu člověka. Národní program zdraví přikládá velký význam škole při výchově ke zdravému způsobu života.

2.2.1 Zdravá škola

„Zdravá škola považuje za důležité celkové podnětné a přátelské prostředí, které škola pro podporu zdraví vytváří, zahrnuje nejen způsob výuky, ale i věcné, sociální a organizační prostředí školy, vztahy uvnitř školy i její vztahy a působení navenek,“ jak uvádí Machová (2005, s. 254). V souvislosti se Zdravou školou se začal používat také termín „Škola podporující zdraví“. „V síti projektu Zdravá škola je v ČR v současné době zapojeno 98 škol povinného vzdělávání“ (Křivohlavý, 2003, s. 234). „Obsahem programu podpory zdraví ve škole jsou tři pilíře podpory zdraví:

- **pohoda prostředí** (věcné prostředí, sociální prostředí, organizační prostředí)
- **zdravé učení** (smysluplnost, možnost výběru a přiměřenost, spoluúčast a spolupráce, motivující hodnocení)
- **otevřené partnerství** (škola jako model demokratického společenství, škola jako kulturní a vzdělávací středisko obce)“ (Machová a kol., 2009, s. 267).

Z tohoto projektu Zdravé školy vznikl typicky český projekt Zdravá mateřská škola, který je zaměřený na předškolní věk, který je rozhodujícím obdobím pro získávání základů životního stylu.

Zdravá mateřská škola

„V roce 1994 sestavil tým odborníků Státního zdravotního ústavu a pedagogů MŠ projekt Zdravá mateřská škola. V roce 1995 získal projekt podporu také MŠMT ČR a byla založena

síť mateřských škol podporujících zdraví“, jak uvádí Čepičková a kol. (2007, s. 47). „V síti projektu Zdravá mateřská škola je 87 mateřských škol“ (Křivohlavý, 2003, s. 234). Pro Zdravou mateřskou školu také platí tři pilíře podpory zdraví a ještě se řídí šestnácti zásadami.

1. **„Celostní (holistické) pojetí zdraví** – pojetí zdraví jako výslednice pohody tělesné, duševní a sociální, zdraví jedince jako součást zdraví užší a širší pospolitosti přírody.
2. **Znalost a respektování potřeb a individuálních zvláštností** – uspokojování přirozených každodenních potřeb dětí, učitelek a rodičů se zřetelem k jejich věkovým a individuální zvláštnostem.
3. **Spontánní hra** – vytváření prostoru a poskytování přiměřeného času a prostředků pro spontánní hru s ohledem na individuální potřeby a zájmy dětí.
4. **Tělesná pohoda a volný pohyb** – ochrana a posilování organismu, dostatek volného pohybu ve vhodném prostředí.
5. **Zdravá výživa** – pestrá strava odpovídající současnému poznání o tom, jaká výživa nám prospívá.
6. **Podpora sebedůvěry** – posilování sebedůvěry navozováním kladných emočních stavů a vyhledáváním přirozených příležitostí ke cvičení odolnosti.
7. **Důvěra a spolupráce** – rozvíjení vztahů důvěry, úcty, empatie a spolupráce mezi všemi lidmi, kteří v MŠ pracují a kteří do ní přicházejí.
8. **Rytmický řád** – soulad mezi potřebou svobody a potřebou řádu, respektování zásad zdravé životosprávy, stanovení a dodržování pravidel vzájemného soužití.
9. **Pohoda věcného prostředí** – vytváření vstřícného, estetického, podnětného, hygienicky nezávadného prostředí.
10. **Úcta ke zdraví** – rozvíjení úcty ke zdraví vlastnímu i ke zdraví druhých lidí s využitím přirozených témat každodenního života.
11. **Prožitkové učení** – učení děláním, experimentováním, vlastním prožitím, celým životem.
12. **Společenství MŠ a rodiny** – vzájemná úcta, otevřenost, tolerance, partnerství.
13. **Spoluúčast při řízení** – styl řízení MŠ založený na spoluúčasti a spolupráci všech zúčastněných.
14. **Zdravý způsob života učitelky** – jako hodnota, která má význam pro učitelku samotnou, i jako chování, které je modelem – kterého si ostatní všímají a přejímají je.

15. **MŠ je součástí obce** – MŠ se podílí na rozvoji obce, spoluvytváří její klima, stává se – společně se základní školou – jedním z kulturních center obcí.
16. **Zdravý přechod do ZŠ** – součinnost se základními školami v okolí, která umožní nestresující, plynulý přechod do 1. třídy“ (Kopřiva, 1996, s. 27 – 29).

2.3 Zdraví 21 - Zdraví pro všechny do 21. století – Světová zdravotnická organizace formulovala program „Zdraví pro všechny v jednadvacátém století“, který byl přijat v květnu roku 1998 světovým společenstvím. „Tento program vychází ze zkušeností a navazuje na program Zdraví pro všechny do roku 2000, číslo 21 odpovídá, jak století, ve kterém se program realizuje, tak i počtu cílů“, jak uvádí Machová a kol. (2009, s. 269). Jeho stálým záměrem je umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu. V programu Zdraví 21 (2000) jsou vytyčeny dva hlavní cíle pro zlepšení zdraví:

1. „Ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život.
2. Snížení výskytu hlavních nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí“ (Zdraví 21, 2000, s. 17).

Přehled cílů programu Zdraví 21, které jsou formulovány v dokumentu Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (2002):

1. **Solidarita ve zdraví v evropském regionu** – snížit rozdíl ve střední délce života mezi nejlepší a nejhorší třetinou evropských zemí alespoň o 30 %; variační šíře hodnot hlavních ukazatelů nemocnosti, invalidity a úmrtnosti v různých zemích by se měla snížit rychlejším tempem tam, kde je situace nejhorší.
2. **Spravedlnost ve zdraví** – snížit rozdíly ve střední délce života v jednotlivých socioekonomických skupinách nejméně o 25 %; hodnoty hlavních ukazatelů nemocnosti, invalidity a úmrtnosti by měly být rovnoměrněji rozloženy na všechny společensko-ekonomické skupiny; omezovat socioekonomické vlivy, které negativně působí na zdraví, jedná se zejména o výrazné rozdíly v příjmu, dosaženém vzdělání a v uplatnění na trhu práce; zamezit zvyšování podílu osob, které žijí v nedostatku finančních prostředků.
3. **Zdravý start do života** – lepší přístup k prenatální a perinatální péči; snížení míry kojenecké úmrtnosti; snížit podíl vrozených vad na úmrtnosti živě narozených dětí; snížit úmrtnost a zdravotní postižení způsobené nehodami a násilím páchaném

na dětech mladších 5 let o 50 %; snížit podíl dětí s porodní hmotností méně než 2500 g o 20 %.

4. **Zdraví mladých** – děti a dospívající mládež by měly být způsobilější ke zdravému životu a měly by získat schopnost dělat zdravější rozhodnutí; snížit počet úmrtí a invalidity mladých lidí v důsledku násilí a nehod alespoň o 50 %; podstatně snížit podíl mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování, ke kterým patří konzumace drog, tabáku a alkoholu; snížit o třetinu počet těhotenství u dospívajících dívek.
5. **Zdravé stárnutí** – střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení, by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20 %; nejméně o 50 % zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti.
6. **Zlepšení duševního zdraví** – podstatně omezit výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost vyrovnávat se se stresujícími životními okamžiky; snížit počet sebevražd alespoň o jednu třetinu.
7. **Prevence infekčních onemocnění** – eliminovat z území evropského regionu SZO případy dětské obrny a nejpozději do roku 2003 toto věrohodně potvrdit; eliminovat novorozenecký tetanus; nejpozději do roku 2007 na území regionu eliminovat nezavlečené spalničky; nejpozději do roku 2010 dosáhnout výskyt: - záškrtu pod 0,1 případu na 100 000 obyvatel, - snížení výskytu nových nosičů viru hepatitidy B o nejméně 80 % tím, že se vakcína stane součástí imunizačního programu pro děti, - nižší než 1 případ na 100 000 obyvatel v případě příušnic, dávnivého kašle a agresivních chorob, vyvolaných *Haemophilus influenzae b*, - vrozené syfilis nižší než 0,01 případů na 1000 živě narozených dětí, - vrozeného zarděnkového syndromu nižší než 0,01 případů na 100 živě narozených dětí; nejpozději do roku 2015: - výskyt malárie omezit na méně než 5 případů na 100 000 obyvatel a zajistit, aby v regionu nedocházelo k žádným úmrtím v důsledku neimportované malárie, - zajistit trvalé a pokračující snižování výskytu, úmrtnosti a negativních dopadů infekce HIV/AIDS, dalších pohlavně přenosných chorob, tuberkulózy a akutních respiračních a průjmových onemocnění.
8. **Snížení výskytu neinfekčních nemocí** – snížit počet úmrtí v důsledku kardiovaskulárních chorob u osob mladších 65 let o 40 %; úmrtnost u všech typů

nádorových onemocnění u osob mladších než 65 let snížit nejméně o 15 %, přičemž úmrtnost u rakoviny plic snížit o 25 %; amputace, oslepnutí, poruchy ledvin, těhotenské komplikace a další závažné zdravotní problémy související s cukrovkou snížit o jednu třetinu; snížit nemocnost a výskyt trvalých postižení na nemoci svalové a kosterní soustavy a na další časté chronické nemoci; **dosáhnout, aby alespoň 80 % dětí ve věku 6 let bylo bez zubního kazu** a ve věku 12 let měly v průměru maximálně 1,5 KPE zubů (zkažený, chybějící nebo zaplombovaný zub).

9. **Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy** – počty smrtelných a vážných zranění v důsledku dopravních nehod snížit alespoň o 30 %; počty úmrtí a vážných úrazů na pracovišti, doma a při rekreaci snížit nejméně o 50 %; úmrtí v důsledku domácího násilí, násilí orientovaného na druhé pohlaví a organizovaného zločinu, stejně jako zdravotní důsledky takto vzniklých zranění snížit alespoň o 25 %.
10. **Zdravé a bezpečné životní prostředí** – snížit expozice obyvatelstva zdravotním rizikům souvisejícím se znečištěním vody, vzduchu a půdy látkami mikrobiálními, chemickými a dalšími, aktivity koordinovat s cíli, stanovenými v Akčním plánu zdraví a životního prostředí ČR; zajistit obyvatelstvu dobrý přístup k dostatečnému množství pitné vody uspokojivé kvality.
11. **Zdravější životní styl – rozšířit zdravé chování ve výživě a zvýšit tělesnou aktivitu**; zvýšit nabídku, cenovou dostupnost a dosažitelnost biologicky hodnotných, hygienicky a zdravotně nezávadných potravin (tzv. bezpečných potravin).
12. **Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem** – mezi osobami staršími než 15 let by mělo být 80 % nekuřáků a mezi osobami mladšími než 15 let by nekuřáci měli představovat téměř 100 %; spotřeba alkoholu na osobu by neměla přesáhnout 6 litrů za rok a u osob mladších 15 let by měla být nulová; snížit rozšiřování drog alespoň o 25 % a úmrtnost v důsledku jejich užívání alespoň o 50 %.
13. **Zdravé místní životní podmínky – zlepšit bezpečnost a kvalitu domácího prostředí jak rozvojem schopností jednotlivců i rodin chránit a zlepšovat své zdraví, tak snížením vlivu zdravotních rizikových faktorů existujících v domácnostech**; zajistit lidem s postižením více příležitostí, jak pečovat o svoje zdraví a jak se zapojit do rodinného, pracovního, veřejného i společenského života v souladu se Standardními pravidly OSN pro vyrovnávání příležitostí postižených osob; **zajistit, aby nejméně 50 % dětí mělo příležitost zařadit se do mateřských škol podporujících zdraví** a 95 % do základních škol podporujících zdraví;

dosáhnout, aby nejméně 50 % měst, městských oblastí a komunit bylo aktivními členy sítě Zdravých měst či Zdravých komunit; zavázat alespoň 10 % velkých a středních firem k dodržování principů zdravé společnosti/firmy.

14. **Zdraví, důležité hledisko všech resortů** – představitelé resortů, zodpovědní za strategická rozhodnutí, budou orientovat svá opatření a činnosti na příznivý dopad pro zdraví obyvatelstva; vytvořit mechanismus pro hodnocení zdravotních důsledků opatření a činností na zdraví, který zajistí, že všechny resorty se trvale budou podílet na společné zodpovědnosti za zdraví.
15. **Integrovaný zdravotnický sektor** – vytvořit ucelený systém primárních zdravotních služeb, který zajistí návaznost péče v podobě účinné a nákladově efektivní struktury, vzájemné interakce a zpětné vazby se sekundárními a terciárními nemocničními službami; prioritní postavení práce praktických lékařů a zdravotních sester v rámci integrované primární zdravotní péče, spolupracujících s týmy odborníků z různých zdravotnických oborů, sociální péče, dalších resortů a zástupců místní komunity; zahrnout do poskytování zdravotní péče podíl občanů a respektovat i podporovat jejich roli jako spolutvůrců péče o zdraví.
16. **Řízení v zájmu kvality péče** – účinnost hlavních zdravotních programů hodnotit podle dosaženého zdravotního přínosu. Výběr postupů ke zvládnutí individuálních zdravotních problémů se bude opírat o porovnání zdravotních výsledků a nákladů; vytvořit celostátně platný mechanismus, jak kontinuálně monitorovat a rozvíjet kvalitu péče alespoň deseti hlavních onemocnění. Tento mechanismus by měřil i faktor zdravotního dopadu, úspornosti a spokojenosti pacientů; zlepšit výsledky zdravotní péče nejméně u pěti z vybraných nemocí a definovat rostoucí spokojenost pacientů s kvalitou služeb a respektování práv pacientů.
17. **Financování zdravotnických služeb a přidělování zdrojů** – výdaje na zdravotní služby musí být adekvátní a odpovídat zdravotním potřebám obyvatelstva; rozdělovat zdroje mezi podporu zdraví a jeho ochranu, léčbu a péči, a to na základě posouzení zdravotního výsledku, efektivity a dostupnosti vědeckých údajů; systémy financování zdravotní péče musí garantovat všeobecnou dostupnost, solidaritu a trvalou udržitelnost.
18. **Příprava zdravotnických pracovníků** – vzdělání odborné zdravotnické veřejnosti odpovídající zásadám ZDRAVÍ 21; zavést systém plánování, který zajistí, aby počty a odborné složení zdravotnických pracovníků odpovídalo aktuálním i budoucím

potřebám; vytvořit systém adekvátní odborné přípravy v oblasti veřejného zdravotnictví se zaměřením na řízení a řešení praktických problémů v ČR; vzdělání odborníků z jiných odvětví obsahující základní zásady politiky ZDRAVÍ 21.

19. **Výzkum a znalosti v zájmu zdraví** – politiku výzkumu orientovat na priority dlouhodobé politiky zdraví pro všechny; vytvořit mechanismy umožňující poskytovat a rozvíjet zdravotní služby na základě vědeckých poznatků; užitečnost a dostupnost informací pro zdraví pro politiky, manažery a odborníky ze zdravotnictví i pro širokou veřejnost; opatření k vytvoření politiky v oblasti komunikace a přípravy zdravotních programů, které podpoří program Zdraví pro všechny a usnadní přístup k informacím.
20. **Získávání partnerů pro zdraví** – zdůrazňovat význam zdraví a hodnotu zdraví a účast všech resortů na sdílení společných cílů; rozvíjet stávající a vytvářet nové institucionální podmínky pro rozvoj spolupráce pro zdraví.
21. **Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny** – motivovat kraje, obce a organizace k uskutečňování cílů ZDRAVÍ 21; přijmout a zavádět metody, které by umožnily usnadnit práci na tvorbě, realizaci a hodnocení programů péče o zdraví, a pověřit nebo vytvořit pro to institucionální základ; připravit a zavést přiměřené metody spočívající na hodnotách programu ZDRAVÍ 21 a průběžně sledovat i pravidelně hodnotit plnění krátkodobých, střednědobých i dlouhodobých organizačních záměrů, cílů a priorit prostřednictvím schválených ukazatelů.

2.4 Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky – „v roce 1994 byl přijat „Evropský akční plán zdraví a životního prostředí“, který je podkladem pro mezinárodní spolupráci v oblasti řešení problémů životního prostředí a zdraví, které přesahují hranice jednotlivých států. Na jeho základě byl vypracován „Národní akční plán zdraví a životního prostředí České republiky“ (Machová, 2005, s. 256). Tento dokument byl schválen vládou České republiky v roce 1998, jsou v něm zahrnuty prakticky všechny oblasti života člověka a jeho základním principem je koncept udržitelného rozvoje.

3 Pojetí zdraví v mateřské škole

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání vešel v platnost s novým Školským zákonem č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Původní verze z roku 2001 byla aktualizována novou podobou v roce 2004. Pro všechny mateřské školy v České republice je platný od 1. 3. 2005 a mělo by podle něj probíhat předškolní vzdělávání v ČR. Do 1. 9. 2007 si podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání měly všechny mateřské školy dotvořit své školní vzdělávací programy.

Machová a kol. (2009, s. 268) uvádí, že „Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání i Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání plně korespondují s filosofií projektu Škola podporující zdraví, neboť na jejich tvorbě se podíleli členové koordinačního týmu Školy podporující zdraví“. Tím je nabídnut školám široký prostor pro realizaci výchovy ke zdraví, který se promítá ve formulaci cílů, kompetencí, podmínek a obsahu vzdělávání. Podpora zdraví je tedy nedílnou součástí těchto závazných dokumentů pro MŠ i ZŠ.

Již v kapitole o holisticko-interakčním pojetí zdraví jsem se zmínila, že RVP PV je postaven na principu tohoto pojetí zdraví, tudíž je zřejmé, že pojetí zdraví v RVP PV bude obsaženo napříč přes všechny cíle, kompetence, vzdělávací oblasti až po vzdělávací nabídku předkládanou dětem. Zdraví v RVP PV se také promítne do podmínek vzdělávání v mateřských školách, do kterých patří např. věcné podmínky, životospráva a psychosociální podmínky.

„Záměrem předškolního vzdělávání je rozvíjet každé dítě po stránce fyzické, psychické i sociální a vést je tak, aby na konci svého předškolního období bylo jedinečnou a relativně samostatnou osobností, schopnou (kompetentní, způsobilou) zvládat, pokud možno aktivně a s osobním uspokojením, takové nároky života, které jsou na ně běžně kladeny (zejména v prostředí jemu blízkému, tj. v prostředí rodiny a školy), a zároveň i ty, které ho v budoucnu nevyhnutelně očekávají“ (RVP PV, 2004, s. 11).

Dítě je ve škole ovlivňováno školním prostředím, učením, působením školy navenek a zdravím všech, kteří přicházejí se školou do styku, to vše působí na zdraví dítěte a pohodu celého organismu. Podpora zdraví ve vzdělávacím obsahu RVP PV se netýká pouze biologické vzdělávací oblasti (dítě a jeho tělo), ale prolíná celým kurikulem, všemi vzdělávacími oblastmi (psychologickou, interpersonální, socio-kulturní a environmentální), je zkrátka jejich nedílnou součástí. „Vzdělávací oblasti v RVP PV jsou

ve vztahu ke zdraví rovnocenné, ovšem velmi velký význam pro biologický vývoj dítěte má vzdělávací oblast Dítě a jeho tělo,“ jak uvádí Čepičková a kol. (2007, s. 55).

RVP PV formuluje 5 klíčových kompetencí:

- Kompetence k učení
- Kompetence k řešení problémů
- Kompetence komunikativní
- Kompetence sociální a personální
- Kompetence činnostní a občanské

Tyto kompetence napomáhají předškolním pedagogům nasměrovat vzdělávací nabídku a aktivity pro děti v MŠ. Jedná se o soubor výstupů, které by mělo dítě ukončující předškolní vzdělávání zvládat. Nesmíme ale zapomínat na individuální zvláštnosti a možnosti dětí, proto je důležité brát tyto kompetence pouze jako vodítko pro učitele a ne jako závaznou normu pro dítě.

Na tyto rámcové kompetence navazuje a ve vztahu k výchově ke zdraví rozšiřuje tým projektu Zdravá abeceda - www.zdrava-abeceda.cz. Metodika Zdravé abecedy je rozdělena do čtyř stěžejních oblastí a v každé z nich jsou v souladu s RVP PV stanoveny kompetence dětí předškolního věku podle domén zdravého životního stylu:

„Zdravá výživa

- Dítě dokáže vysvětlit rozdíl mezi surovinou a potravinou.
- Pojmenovává složení jídelníčku podle potravinové pyramidy (viz příloha č. 1).
- V závislosti na jídelníčku ve školce vhodně doplňuje osobní (rodinný) jídelníček a vybírá potraviny.
- Podílí se na plánování jídelníčku a přípravě jídla ve školce a/nebo rodině.

Zdravý pohyb

- Rozumí tomu, proč má vykonávat pohybové aktivity s různým stupněm náročnosti.
- Vědomě vyhledává vhodné (adekvátně náročné a pestré) pohybové aktivity.
- S podporou dospělého dlouhodobě sleduje vývoj své tělesné zdatnosti.
- Podílí se na rozhodování o skladbě pohybových aktivit ve školce a s rodinou.

Vnitřní pohoda

- Dokáže vyjádřit, jak se cítí.

- Dokáže požádat o podporu a pomoc, vyjádřit souhlas či nesouhlas.
- Vědomě si vybírá kamarády a situace, které prožívá s druhými, podílí se na tvorbě pravidel.
- Vyjadřuje tvůrčím způsobem svou originalitu, dává a přijímá zpětnou vazbu.

Zdravé prostředí

- Dodržuje základní hygienické a bezpečnostní návyky.
- Dodržuje základní environmentální zásady a přizpůsobuje své chování prostředí, ve kterém se nachází.
- Vyhledává podnětné prostředí a kontakt s přírodou, je si vědom/a důsledků svých činů v koloběhu života.
- Podílí se na tvorbě prostředí, formuluje estetická, etická a environmentální pravidla a opatření“ (Zdravá abeceda, 2010).

Autoři projektu upozorňují na to, že aby si dítě osvojilo jednu kompetenci z dané oblasti, je zapotřebí pomoc školy nebo rodiny, dále uvádí, že jejich kompetence jsou řazeny tak, že po splnění předchozí kompetence může teprve dítě plnit další v pořadí.

Dvořáková (2001, s. 10) uvádí, že „dítě předškolního věku nevnímá své zdraví jako něco důležitého. Nejdůležitější jsou pro ně konkrétní činnosti, které mu přinášejí prožitky a poznání. Tak dítě přes pohybové dovednosti užívané v konkrétních situacích a hrách zvládá nejen své tělo a rozvíjí je, ale učí se i řadě dalších dovedností, třeba sociálních, rozvíjí své kognitivní funkce a formuje svou psychiku.“

Mateřská škola je první institucí, do které přicházejí děti z rodinného prostředí, a je proto nezbytné, aby i mateřská škola podporovala děti ke zdravému způsobu života. Učitelky by měly využít této příležitosti, kdy děti jsou hravé a cokoliv nového je pro ně zajímavé a lákavé. Považuji za důležité, aby učitelky mateřských škol měly samy zvnitřnělé normy zdravého životního stylu, neboť učení příkladem je pro děti to nejsnadnější a nejpřirozenější. Pedagogové by svěřeným dětem měli být vzorem zdravého životního stylu.

3.1 Pohyb a hygiena dětí v mateřské škole

Tělesný pohyb je pro život nezbytný. Kučera ve svém článku uvádí, že „fyzická aktivita jak v zaměstnání, tak i obraně a odpočinku byla předpokladem přežití prakticky až do našeho století (tedy 20. st.). Dále zdůrazňuje, že zajištění minimální pohybové potřeby u nejmenších dětí patří mezi základní povinnosti péče o dítě. Pohyb musí být jednou z hlavních náplní výchovy ve všech předškolních věkových kategoriích v relaci k jeho stupni vývoje. Trestání za pohyb je vždy projevem nepochopení zákonitostí vývoje, které může dítě poškodit na celý život“ (Kučera, 1999, s. 8). Přirozený pohyb je pro děti v předškolním období nejpřirozenější aktivitou, kterou je potřeba učitelkami MŠ podporovat, rozvíjet a obohacovat tak, aby pohybové aktivity předškolních dětí nebyly jednostranné, ale aby byly pestré se širokým výběrem. Čepičková a kol. (2007, s. 67) uvádí, že „především spontánní pohyb působí preventivně proti stresu a vzniku civilizačních chorob, předchází obezitě, posiluje odolnost organismu proti infekcím, vytváří návyky pro cílenou pohybovou aktivitu v dospělosti, také rozvíjí sociální inteligenci dítěte.“ K tomuto názoru se také přiklání Syslová (2006, s. 15), upozorňuje na to, že „adekvátní pohyb je nezbytným předpokladem harmonického procesu růstu a vývoje“. Syslová dále popisuje zásady pohybových aktivit v MŠ, „pro předškolní věk je charakteristický velký rozsah kloubní pohyblivosti, velká schopnost napodobování, pomocí hry dochází k navozování sociálních kontaktů, vyvíjí se postoj k vlastnímu tělu, měli bychom se vyhýbat jednotvárným činnostem a ponechávat prostor pro spontánní aktivity, upřednostňovat cvičení všeobecného charakteru před specializovaným tréninkem, vhodnými aktivitami pro tento věk je plavání, sportovní hry, míčové hry a některé gymnastické prvky“ (Syslová, 2006, s. 15). Syslová se také ve svém článku zabývá rozdílem mezi pohybovou schopností a pohybovou dovedností. Považuji za důležité, abych zde tyto dva termíny vysvětlila.

Pohybová schopnost – „je soubor vnitřních předpokladů k provádění určité pohybové činnosti, podle charakteru pohybu se dělí na obratnost, rychlost, sílu a vytrvalost. Silové a vytrvalostní schopnosti nepatří do rámce předškolního věku“ (Syslová, 2006, 15).

Pohybová dovednost – „je komplex pohybových projevů, učením získaný předpoklad správně, rychle a účelně řešit určitý pohybový úkol“ (Syslová, 2006, 15).

V Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání se pohybovou složkou nejvíce zabývá oblast biologická „Dítě a jeho tělo“, ve které jsou formulovány dílčí vzdělávací cíle, vzdělávací nabídka, očekávané výstupy a rizika. Ráda bych zde upozornila na rizika, která mohou ohrozit úspěch vzdělávacích záměrů pedagoga:

- „denní režim nevyhovující fyziologickým dětským potřebám a zásadám zdravého životního stylu
- nedostatečný respekt k individuálním potřebám dětí (k potřebě pohybu, spánku, odpočinku, látkové výměny, osobního tempa a tepelné pohody, k potřebě soukromí, apod.)
- omezování samostatnosti dítěte při pohybových činnostech, málo příležitosti k pracovním úkonům
- nerespektování rozdílných tělesných a smyslových předpokladů a pohybových možností jednotlivých dětí
- neznalost zdravotního stavu a zdravotních problémů dítěte
- omezování spontánních pohybových aktivit, nepravidelná, málo rozmanitá či jednostranná nabídka pohybových dovedností
- nevhodné prostory pro pohybové činnosti a nevhodná organizace z hlediska bezpečnosti dětí
- dlouhodobé statické zatěžování bez pohybu, uplatňování nevhodných cviků a činností, nevhodné oblečení při pohybových činnostech
- nedostatek či zkreslení elementárních informací o lidském těle, o jeho růstu a vývoji, o funkcích některých orgánů, o zdraví i možnostech jeho ohrožení, způsobech ochrany zdraví a bezpečí
- nevhodné vzory chování dospělých v prostředí mateřské školy
- nedostatečně připravené prostředí, nedostatečné vybavení náčiním, nářadím, popř. nedostatečné využívání vybavení a dalších možností apod.“ (RVP PV, 2004, s. 18)

Těmto rizikům by se měl pedagog vyvarovat, mohl by mu v tom také pomoci vzdělávací program podporující zdravý životní styl předškolních dětí „Zdravá abeceda“, který zveřejnil na svých stránkách pyramidu zdravého pohybu (viz příloha č. 2) na níž jsou zobrazeny děti při různých pohybových činnostech, dále metodika Zdravé abecedy popisuje, které pohybové činnosti by měly děti v předškolním věku dělat a jak často:

- **„Každý den co nejčastěji** – praktické denní činnosti (př. hraní si, kreslení, chůze, sebeobsluha, stavění z kostek, úklid hraček).
- **Min. 2 – 4 hodiny denně** – spontánní pohyb (př. prolézačky, hřiště, procházky, jízda na kole, koloběžce, hry s míčem).
- **2x – 3x týdně** – cílené pohybové aktivity (př. trénování dovedností a síly, vytrvalosti, rychlosti, pružnosti, obratnosti).
- **Jen občas** – vrcholový intenzivní pohybový výkon (př. horská túra, dlouhý výlet na kole, soutěžní utkání)“ (Zdravá abeceda, 2010, s. 2).

Projekt Zdravá abeceda dále vymezil několik zásad pro zdravý vývoj dítěte z hlediska pohybové aktivity:

1. „pro děti předškolního věku se doporučují čtyři hodiny pohybu denně
2. během dne vyváženě střídat klidové a dynamické (pohybové) činnosti
3. každý den mít možnost pohybovat se spontánně venku ve vhodném prostoru
4. využívat prolézačky, náradí a náčiní, vozítka aj., aby pohyb byl dostatečně různorodý
5. alespoň jednou denně se při pohybových hrách zadýchat (honičky, fotbal...)
6. často lézt po čtyřech, po žebřících a prolézačkách, aby se posílily i paže, ramena a záda
7. při klidových činnostech mít možnost zaujmout různou polohu (ne pouze sedět)
8. dokázat se postavit správně zpříma
9. umět zpevnit celé tělo, ale i uvolnit se a odpočívat
10. pokud dítě navštěvuje řízené pohybové aktivity kroužky a tréninky – mělo by také dostatečně odpočívat a spát
11. dodržovat pitný režim – při pohybu častěji pít
12. mít přiměřené oblečení – aby se děti nepřehřívaly, přiměřeně je otužovat vzduchem i vodou
13. mít možnost hrát si s dětmi
14. za podpory dospělých se zbavovat strachu a být samostatný - dokázat řešit problémy (např. překonání překážky)“ (Zdravá abeceda, 2010).

Tým projektu „Zdravá abeceda“ také sestavil pět doporučení pro rodiče pro oblast Zdravý pohyb, které jim pomohou nahlížet na pohyb dětí. Domnívám se, že těmito pěti radami se

mohou řídit i předškolní pedagogové, poskytnou jim tak zdravý pohled na pohybové aktivity předškolních dětí. Jedná se o tato doporučení:

- „S dětmi si sami dobře zacvičíte, bavte se u toho.
- Pohyb je možný všude, na hřišti, v přírodě i doma.
- Nebojte se toho, že se dítě zadýchá a zapotí. Prospívá mu to.
- Vybírejte pestré aktivity, jednostranná zátěž... přetěžuje.
- Zkoušejte, co dítě zvládne... opatrně riskujte“ (Zdravá abeceda, 2010).

V případě, že učitel MŠ dodržuje výše stanovené zásady a doporučení v oblasti pohybu dětí, snaží se předcházet a vyhnout rizikům stanoveným v biologické oblasti v RVP PV, dá se předpokládat, že dojde k naplnění hlavního vzdělávacího záměru pro oblast Dítě a jeho tělo, který zní: „Záměrem pedagoga je stimulovat a podporovat růst a neurosvalový vývoj dítěte, podporovat jeho fyzickou pohodu, zlepšovat jeho tělesnou zdatnost i pohybovou a zdravotní kulturu, podporovat rozvoj jeho pohybových i manipulačních dovedností, učit je sebeobslužným dovednostem a vést je k zdravým životním návykům a postojům“ (RVP PV, 2004, s. 16). Pro podporu zdraví je také nezbytně důležité, aby si děti osvojily standardní hygienickou péči, která je nezbytná pro každodenní život. Čepičková a kol. (2007) vyzdvihuje, co je zapotřebí v oblasti hygieny a péče o zdraví zajistit v mateřských školách:

- **Péče o zubní zdraví** – v mnoha rodinách je z důvodu neznalosti správné techniky čištění zubů péče o chrup zanedbávána, je tedy správné, pokud mateřské školy zařadí do svých režimů dne pravidelné a správné čištění zubů zpravidla po obědě před odpočinkem. S čištěním zubů kartáčkem a pastou se má začít kolem dvou let dítěte. Od tří let se dítě má učit čistit zuby samo pod dohledem dospělé osoby, která však musí zuby dočistit. U předškolních dětí bývá uváděna jednoduchá metoda čištění: žvýkací plošky stoliček čistíme zepředu dozadu, ostatní plošky čistíme drobnými krouživými pohyby. Někdy se též vysvětluje dětem metoda: od červené k bílé (od dásně tah dolů přes zuby) jak uvádí autoři projektu Zdravý zoubek. Dítě by mělo mít v mateřské škole svůj kartáček, pastu a kelímek (kartáček vydrží cca 2 – 3 měsíce, dětské kartáčky je nutné obměňovat častěji). Špačková (2003, s. 11) ve svém článku píše, že „zoubky dětí v České republice podle průzkumů a výsledků stomatologů patří

spíše k těm více se kazícím. Nutná prý je primární prevence již v mateřské škole“. Díky těmto průzkumům vzniklo v ČR několik projektů, které se snaží informovat veřejnost o prevenci zubního kazu a přispívají ke zlepšení zubního zdraví tím, že navštěvují děti v mateřských školách s edukačním programem a zvyšují tím povědomí o preventivní zubní péči, jako např. projekt Zoubky jako perličky, o kterém píše Těthalová (2010).

- **Jednoduché pracovní a sebeobslužné činnosti v oblasti hygieny** – učitelky a rodiče by měly vést děti k samostatnosti, aby se dítě zvládlo samo vysmrkat, umýt si ruce mýdlem a utřít do ručníku před každým jídlem a při znečištění rukou, umělo se samo utřít toaletním papírem na záchodě, učesat se apod.
- **Stolování** – dítě by mělo být schopno udržet čistotu stolování, jíst lžící a starší předškolní děti i příborem, děti by měly vědět, kam odnášet talíře a příbory, měly by si umět říct, kolik toho snědí.
- **Oblékání** – děti by měly být vedeny paní učitelkou a rodiči k tomu, aby si uměly uložit svoje věci do přihrádky se svou značkou, uměly si pověsit bundu, zvládly se svléknout a převléknout, zout a obout boty/bačkory.
- **Úklid a úprava prostředí** – děti by měly znát místo, kam se uklízí hračky a všechny ostatní pomůcky, které děti během dne používají, paní učitelky by měly uklízet společně s dětmi a k úklidu je motivovat (např. písni Malý pořádníček).
- **Dětské toalety** – v současné době je kladen požadavek na soukromí dětí na toaletě, na dětském WC by měly mít děti nízké kabinky, nikoliv toalety ve společném neodděleném prostoru.
- **Větrání** – je zapotřebí často a účinně vyměňovat vzduch ve třídě větráním. V zimním období je třeba větrat krátce a intenzivně každou hodinu (2 – 3 minuty). V ostatních obdobích se větrá okenními ventilacemi, nebo pootevřenými okny během dne (při teplotě nad 20°C mají být okna trvale otevřená). Větrání je důležité zejména při cvičení, zpívání i relaxaci.
- **Teplota a vlhkost ve třídě** - průměrná teplota ve třídě v zimě má být udržována na 22°C (s pohyblivostí 1°C), rozdíl teploty v úrovni hlavy a kotníků nesmí být větší než 3°C. Vlhkost vzduchu by se při optimální teplotě měla pohybovat v rozmezí 30 – 50 % (vzduch nesmí být suchý – prevence respiračních chorob, ani příliš vlhký – riziko plísňových onemocnění). Ve třídě by měl být vlhkoměr i nástěnný teploměr,

teploměry by se neměly umísťovat na obvodové zdi místností ani být vystaveny dopadu slunečního tepla, docházelo by tak k nepřesným údajům.

- **Hluk ve třídě** – je důležité, aby učitelka působila na omezování hlučnosti ve třídě i omezování pronikání hluku z vnějšku.
- **Osvětlení pracovních míst dětí** – paní učitelky by měly věnovat dostatečnou péči zajištění vhodného osvětlení pracovních a herních ploch dětí ve třídě v době s nízkou venkovní intenzitou světla.
- **Zabraňování kapénkové infekci a alimentárním nákazám** – stěžejní v této oblasti je vedení dětí k zodpovědnosti za zdraví ostatních a nácvik chování, které neohrožuje jiné – používání kapesníků při kašli a rýmě, dávání ruky před ústa při kýchání, dodržování hygieny rukou. V této oblasti je také důležité působit na rodiče, aby nepřiváděli nemocné děti do mateřské školy, s tímto jevem se často setkáváme. Je nezbytné, aby rodiče pochopili, že tím ohrožují nejen zdraví svého dítěte, ale zdraví ostatních dětí ve třídě a zdraví učitelek.
- **Ranní filtr** – paní učitelky by měly věnovat zvýšenou pozornost zdravotnímu stavu dětí po příchodu do MŠ.
- **Režim dne** – má přispívat k uspokojování základních fyziologických potřeb každého jednotlivého dítěte, respektovat individuální potřebu aktivity, osobního tempa a tepelné pohody, spánku a odpočinku u jednotlivých dětí (u dětí se sníženou potřebou spánku je vhodné zařadit různé klidné náhradní činnosti místo spánku, nucení dětí ke spánku na lůžku je naprosto nevhodné). Režim dne by měl být pravidelný a měl by poskytnout dětem pocit každodenního rytmu, který mohou předvídat, ale zároveň by měl být natolik flexibilní, aby bylo možné reagovat na neplánované události v životě mateřské školy.
- **Pobyt venku** – děti mají být každý den dostatečně dlouhou dobu venku (nejméně 2 hodiny dopoledne, odpoledne podle délky pobytu dětí v MŠ, v letních měsících v co největším rozsahu), program činností by měl být přizpůsobován okamžité kvalitě ovzduší. Děti mají mít dostatek volného pohybu nejen na zahradě, ale i v interiéru školy. Pobyt venku se dá uskutečňovat za každého počasí s výjimkou teplot pod -10°C, prudkého větru či silného deště.
- **Otužování** – má velký význam pro posilování imunitního systému dítěte, stimuluje látkovou výměnu, aktivizuje a navozuje příjemnou duševní pohodu, uvádí Svobodová (2000). K otužování se využívá vzdušná, vodní a sluneční lázeň. **Vzdušná lázeň**

spočívá v pobytu na čerstvém vzduchu spojeném s relaxací a prohloubeným dýcháním, děti můžeme otužovat při opakovaném větrání, vhodným oblečením a pobyt venku. **Vodní lázeň** znamená omývání těla chladnou vodou, pobyt ve venkovním bazénu a saunování, zde je kladen velmi velký důraz na postupnost, pravidelnost a respektování aktuálních pocitů dítěte. **Sluneční lázeň** využívá příznivých účinků slunečního záření na lidský organismus, při dodržování pravidla postupnosti, nadměrnému slunění je však třeba se vyvarovat, neboť hrozí nebezpečí úžehu a další nebezpečí. V tropických dnech (nad 30°C) je třeba nepobývat na slunci mezi 10. a 16. hodinou, u dětí zásadně používáme při pobytu venku na slunci pokrývku hlavy. Musíme jim zajistit dostatek tekutin a měly by jíst hodně ovoce a zeleniny, které dodávají vodu, minerály a vitaminy.

- **Relaxace** – je uvolnění svalového a psychického napětí, které příznivě působí na tělesný a duševní stav jedince. Relaxační techniky pomáhají odstranit únavu, obnovují vnitřní rovnováhu a pohodu pro další činnosti, účinek relaxace roste s její četností používání, nikoliv s délkou trvání. Do relaxačních technik patří např. dechová a jógová cvičení, relaxační masáže (Jucovičová a kol., 2000).
- **Dechová cvičení** – dechová cvičení napomáhají k logopedické prevenci v MŠ. K dechovým cvičením lze používat nejrůznější (i vlastnoručně vyrobené společně s dětmi) pomůcky, jako např. nafukovací balónek, bublifuk, frkačky, foukačky z vykreslených fixů nebo ruličky od toaletního papíru, papírové proužky, peříčka, různé hedvábné látky, provázky, zbytky z vlny, krepový papír, polystyrenová kulička, foukání brčkem do vody. „Jejich cílem je prohlubovat fyziologicky správný vdech a výdech při mluvení“ (Šikulová a kol., 2006, s. 44).

Dále bych zařadila ještě tyto prvky výchovy ke zdraví:

- **Pitný režim** – děti v mateřské škole by měly mít vyrovnaný příjem tekutin během celého dne. „Vyrovnaný pitný režim předchází mnoha onemocněním, a proto je velice důležité naučit děti v průběhu dne dostatečně, správně a zdravě pít. Děti mají nižší práh pro pocit žízně,“ uvádí Hanousková (2005, s. 16), proto je důležité, aby učitelky v MŠ připomínaly dětem potřebu pít. Ideálním řešením pitného režimu v mateřské škole je, aby každé dítě mělo svůj vlastní hrnek na pití, označen např. značkou,

a nádoba s pitím, která by měla umožňovat, aby si děti mohly samy pít dolévat např. termoska nebo barel s vodou. Doporučují se ovocné šťávy, čaje, voda.

- **Předplavecká průprava** – v předškolním věku jde v plavecké výchově zejména o seznámení dětí s vodním prostředím a s nácvičkami základních plaveckých dovedností. Polášková (2006, s. 12) uvádí, že „díky této přípravě překonávají děti strach z vody, zvyšují svou otužilost, posilují kosterní svalstvo a zvyšují dechovou kapacitu.“ Dále upozorňuje na to, že předplaveckou výchovu by měli zajišťovat kvalifikovaní plavečtí instruktoři, učitelky MŠ zodpovídají za bezpečnost dětí při cestě na plavání a jsou přítomné v cvičení (Polášková, 2006).
- **Tematické celky** – které jsou dětem předkládány formou vzdělávací nabídky, by měly obsahovat základní informace o lidském těle, poznávání těla a jeho částí, poznávání funkcí některých částí těla a orgánů (v souvislosti s hygienou, zdravotnickou prevencí apod.), téma zdraví, péče o něj, co mu prospívá, možnosti jeho ohrožení, způsoby ochrany zdraví a bezpečí (pravidla chování k cizím lidem, seznámení se správnými rolami členů rodiny a širšího příbuzenstva, ochranu dětí předškolního věku před sexuálním zneužíváním, prevence nezdravých návyků a závislostí). Je žádoucí poskytnout dětem už i v mateřské škole elementární informace z oblasti sexuální výchovy, neboť se tím navodí pozitivní vztah k vlastnímu tělu a poslouží k zábraně sexuálního zneužívání.

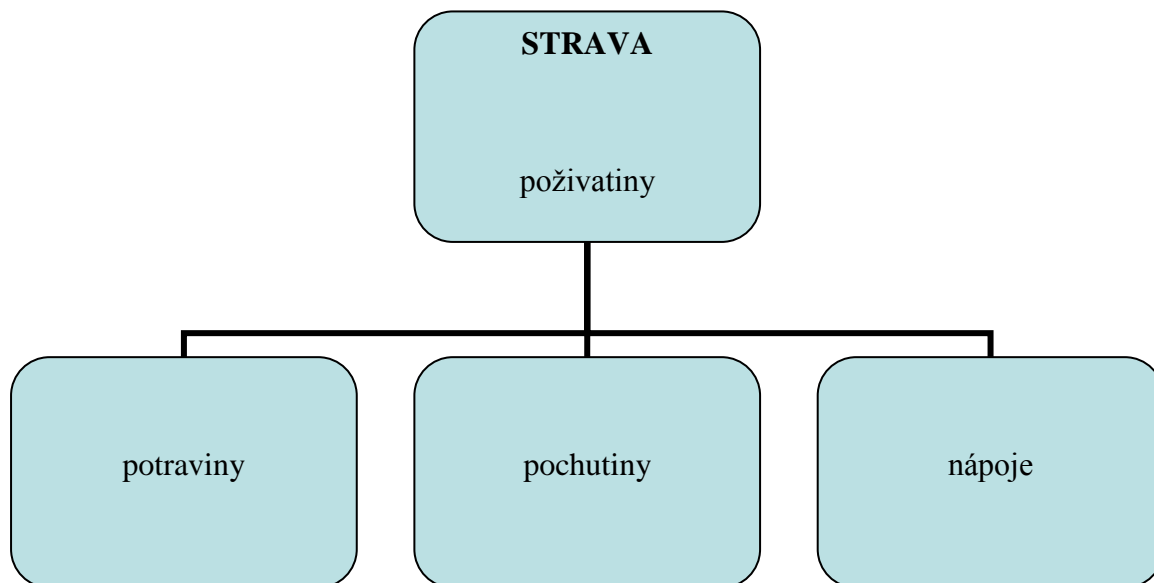
3.2 Výživa v mateřské škole

Mateřská škola má velmi velký význam v oblasti utváření potravního chování dětí a jejich nutričních zvyklostí. Vedoucí školních jídelen dbají na vyváženost dětské stravy a koncipují týdenní jídelníčky podle "spotřebního koše". **Spotřební koš** - je průměrná spotřeba vybraných druhů potravin na strávnicka a den v gramech, snaha o dodržení spotřebního koše je základní povinností školních jídelen. Dále je důležité vymezit si pojem výživa, a co vše tento pojem zahrnuje.

„Výživa je proces, jímž si organismus zajišťuje přívod energie a živin z vnějšího prostředí, nezbytných pro zajištění jeho existence. Výživové potřeby kryje strava, jejíž složení může mít na organismus pozitivní nebo negativní vliv. Nedostatek některých živin nebo jejich značný nadbytek může dlouhodobě poznamenat zdravotní stav dítěte, jeho tělesný a duševní vývoj. Výživa je zajišťována příjmem potravy. Potravou se rozumí všechny přírodní a zemědělské

produkty, které slouží nebo by mohly sloužit člověku i jiným živočichům k požívání a pití“ (Čepičková a kol., 2007, s. 69).

Následující obrázek zobrazuje návaznost jednotlivých pojmů v oblasti lidské stravy a výživy.



Obr. č. 2 podle Čepičkové a kol. (2007, s. 69)

Čepičková a kol. (2007, s. 69) dále definuje pojmy zobrazené v obrázku č. 2 takto:

„**Strava** – je potrava člověka, soubor poživatin, které člověk jí a pije.

Poživatiny – jsou potraviny, pochutiny a nápoje, které člověk konzumuje.

Potraviny – můžeme dělit podle rostlinného a živočišného původu, mají vysokou výživovou hodnotu, jsou zdrojem živin, energie, vitamínů a minerálních látek.

Pochutiny – sem patří koření, káva, čaj, působí na chuť a na stravitelnost, jsou bez výživové hodnoty.

Nápoje – jsou zdrojem vody (tekutiny), mohou mít výživovou hodnotu, slazené nápoje mají energetický náboj a alkoholické nápoje rozhodně nejsou vhodné pro děti a dospívající.“

Co by měla obsahovat strava dětí v mateřské škole? „Trávicí trakt dětí nejméně zatěžuje strava mléčná s některými mléčnými výrobky, ovoce a tepelně upravená zelenina doplněná obilovinami a výrobky z nich, stejně jako malý podíl masa, luštěnin a vajec,“ uvádí Illková (2007, s. 16). Samozřejmě by tato strava měla být vyvážená, bohatá a pestrá, v žádném případě by neměla být jednostranná nebo jakýmkoliv způsobem závadná. Strava rostlinného původu by měla převažovat nad živočišnými zdroji. Ve stravě dětí by se bezpochyby měly objevovat:

- mléčné výrobky
- čerstvé ovoce a zelenina
- ryby
- libové maso a drůbež
- obilniny
- luštěniny
- vonná koření
- ovocné šťávy, neslazené nápoje

Jak jsem se již zmínila výše, že doporučené výživové dávky v mateřské škole hlídá spotřební koš tak, aby se v jídelníčku dětí objevovaly základní živiny, vybrané vitamíny a esenciální minerální látky. „Spotřební koš je uveden v příloze vyhlášky č. 107/2005 Sb., o školním stravování, čímž se stává pro školní jídelny povinným“, jak uvádí Čepičková a kol. (2007, s. 73). Illková (2007, s. 16) upozorňuje na rozdělení potravin do pravidelných dávek během dne:

- **snídaně – 20 – 25 %** celodenního objemu jídla a nápojů
- **přesnídávka a svačina – 10 – 15 %** - doporučuje se především ovoce v průměrném množství 100 – 200 g, doplňujeme je vždy nápojem z mléka nebo vody, celozrnné pečivo, obilné výrobky, pečivo ochucené pomazánkou a zelenina podle Illkové (2007)
- **oběd – 25 – 30 %** - obsahuje hlavní jídlo a polévku, u hlavních jídel se střídají bezmasá jídla sladká a slaná (1x – 2x do týdne) a jídla z masa (3x – 4x do týdne), zařazujeme polévky vývarové s vložkami či zavárkami nebo polévky zahuštěné, jak uvádí Illková (2007)
- **večeře – 25 – 30 %**

Malý organismus dítěte je stále ve vývoji a roste, je proto pro něj velkou zátěží, pokud má zpracovávat nevhodné potraviny. Než dítě opustí mateřskou školu, mělo by již bez problémů konzumovat všechny základní skupiny potravin.

Diehl a kol. (2009, s. 26 – 27) ve své publikaci popisuje několik bludných cest výživy:

1. **„cukr** – u některých lidí tvoří cukr 20 % příjmu denní energie, rafinovaný cukr je zbaven vlákniny, a tedy nepředstavuje nic jiného než čistou energii, která když je v nadbytku, tak se ukládá ve formě tuků a způsobuje obezitu
2. **bílá mouka** – předpokládalo se, že vymíláním mouky se pouze zbavujeme zbytečných otrub, nyní se postupně dovídáme, že vláknina se nachází právě v otrubách, je důležitá při prevenci nejdůležitějších druhů rakovin, krevní glukózy, obezity a dalších onemocnění
3. **sůl** – většina obyvatelstva rozvinutých zemí konzumuje 10 – 20 gramů soli denně, což je mnohonásobně více, než kolik potřebuje náš organismus, přispívá to k rozvoji vysokého krevního tlaku, selhání srdce a onemocnění ledvin
4. **tuk** – zvýšený příjem tuku způsobuje kornatění a ucpávání tepen, strava bohatá na tuky přispívá také k rozvoji obezity, cukrovky a některých druhů rakoviny
5. **bílkoviny** – spotřeba bílkovin je v rozvinutých zemích asi dvakrát až třikrát vyšší, než je doporučováno, strava obsahující méně bílkovin a podstatně méně tuků a cholesterolu je základem lepšího zdraví
6. **tekutiny** – čistou vodu pije v současné době málokdo, převažuje konzumace piva, limonád, kávy a čaje, tyto nápoje většinou obsahují mnoho cukru a žádnou vlákninu, proto způsobují doslova spoušť na hladině krevní glukózy a rozvíjí obezitu, dalším rizikem je alkohol, kofein, fosfáty a další chemické látky, které jsou obsaženy v těchto nápojích.“

Metodika Zdravé abecedy v jedné ze svých oblastí Zdravá výživa popisuje četnost některých potravin v běžném každodenním jídelníčku dítěte:

- **„3 – 6 porcí denně** – výrobky z obilovin (ovesné vločky, rýže, těstoviny, pečivo).
- **Min. 5 porcí denně** – zelenina a ovoce.
- **3 – 5 porcí denně** – 1 – 2 porce: ryby, drůbež, maso, vejce luštěniny

2 – 3 porce: mléko a mléčné výrobky.

- **Co nejméně** – cukr, sůl, tuk (uzeniny, sladkosti, máslo, olej, margarín)“ (Zdravá abeceda, 2010, s. 3).

V projektu Zdravá abeceda, právě v oblasti Zdravá výživa, se mě osobně velice líbí myšlenka: **„Není nezdravá potravin, je jen nezdravé množství“.**

Stejně jako pro oblast „Zdravý pohyb“, tak i pro „Zdravou výživu“ jsou v metodice Zdravé abecedy formulovány zásady pro správný výživový vývoj dítěte.

1. „dopřejte jídelníčku pravidelnost i správnou míru, dodáte pohybu elán a růstu dostatečnou sílu
2. strava pestrobarevnější – oku lákavější, tělu prospěšnější
3. každému jídlu sluší a patří přidat ovoce či zeleninu
4. pro zdraví kostí denně mléko a mléčné výrobky
5. sladké a tučné potraviny jen výjimečně
6. zoubky jsou poklad, co nesnese v čištění odklad
7. žížeň pitným režimem předežeň
8. do jídla netřeba nutit, ale nabízet a být příkladem, jezte proto společně, u stolu, pomalu a v klidu
9. pustíte-li dítě do kuchtěni, na talířku nezbude už nic ke snědení
10. správný jídelníček je ten, který je pestrý, chutný a s pohybem vyrovnaný“ (Zdravá abeceda, 2010).

„Přechod z rodiny do mateřské školy s sebou přináší určité problémy. Celý jídelní režim a sociální situace jídla se liší od poměrů v rodině, nezvyklý může být jídelníček, dítě se setkává s pokrmy, které předtím doma nepoznalo. Nové je pro ně i to, že si musí pro jídlo dojit samo (pokud nejde o úplně nejmenší děti, kterým donese jídlo učitelka) a musí odnášet použité talíře a nádobí“ (Fraňková a kol., 2003, s. 174 – 175). Gillernová a kol. uvádí, že není pochyb o tom, že prvním zdrojem podnětů k utváření postojů k jídlu je rodina, čili rodiče, popř. starší sourozenci. Rodiče tedy mohou působit na vznik vztahu k jídlu verbálně i neverbálně. Neobyčejně velký vliv má také na utváření kladného vztahu k jídlu mateřská škola, zejména pak učitelka. Jestliže se učitelka stravuje společně s dětmi, hlasitě jídlo

pochvaluje, obvykle začne potom chutnat i dětem. „V mateřské škole se setkáváme u některých dětí s averzí vůči některému pokrmu a s nechutenstvím, v takovém případě je třeba velice taktního postupu a trpělivosti,“ jak uvádí Fraňková a kol. (2003, s. 175). Dále popisuje, že „během předškolního věku se vytvoří pevná škála preferencí a averzí i představ o vhodnosti nebo škodlivosti určitých potravin a pokrmů. Jídlo se zapojuje do představ dítěte o zdraví, do jeho komunikace s dospělými i vrstevníky, do hodnocení kvalit života“ (Fraňková a kol., 2003, s. 165). Dále Fraňková a kol. (2003, s. 163) uvádí, že „během prvního roku života se začíná vytvářet odpor vůči některým jídlům, mezi 4. – 5. rokem bývá už upevněna škála averzí, které přetrvávají až do dospělosti.“

Děti v žádném případě do jídla nenutíme, snažíme se je kladně motivovat a jít jim příkladem. V předškolním období ve spojitosti se stravováním v mateřské škole se můžeme setkat u dětí s tzv. neofobií.

Neofobie – „je strach z nového, neznámého, je častá u malých dětí, v potravním chování ji můžeme chápat jako ostražitost projevenou řadou živočišných druhů vůči novým, nevyzkoušeným zdrojům potravy,“ jak uvádí Fraňková a kol. (2003, s. 164).

U každého dítěte je třeba respektovat individuální potřebu jídla, závislou na konstitučním typu, zdravotním stavu dítěte, aktivitě apod. V oblasti pitného režimu by měla mateřská škola věnovat pozornost nejen dostatečnému příjmu tekutin, ale i jejich výběru, například z čisté vody, mléka, ovocného čaje nebo šťávy. V případě vzniku nějakého problému dítěte se stravováním je důležitá spolupráce s rodiči, protože rodiče společně s mateřskou školou mohou pozitivně ovlivňovat potravní preference dítěte, proto je důležitá jejich spolupráce a jednotný přístup k dítěti. Učitelky mateřských škol mají výhodu, že mohou pozitivní vztah ke stravě utvářet nejen během jídel, které v MŠ probíhají, ale také během výchovně vzdělávacího procesu formou různých her, např. ochutnávka ovoce, pečení cukroví, příprava jednoduchých zdravých jídel, motivace různými druhy ovoce nebo zeleniny, jejíž využití je velice rozmanité a záleží jen a jen na učitelce, jak s touto nabídkou naloží.

3.3 Sociální klima v mateřské škole

Primární sociální skupinou pro dítě je rodina, mateřská škola bývá zpravidla druhým sociálním prostředím, do kterého se dítě dostává, ale zároveň prvním sociálním společenstvím, ve kterém se dítě pohybuje samo bez účasti rodičů a jiných rodinných příslušníků, je proto důležité, aby se dítě cítilo v prostředí mateřské školy dobře, spokojeně, jistě a bezpečně. Většina mateřských škol nabízí rodičům nově přichozích dětí různé adaptační programy, které zajistí plynulý přechod a adaptaci v MŠ za přítomnosti rodičů, která se postupem dní snižuje a nakonec je dítě schopno strávit den v MŠ úplně samo ve společnosti svých vrstevníků a paní učitelky.

Jednou z psychosociálních podmínek vzdělávání v Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání (2004, s. 33) je, že „pedagogové respektují potřeby dětí (obecně lidské, vývojové i individuální), reagují na ně a napomáhají k jejich uspokojování.“ Čepičková a kol. (2007, s. 52) popisuje, že „základními přirozenými lidskými potřebami se rozumí jen ty potřeby, jejichž uspokojování je předpokladem udržení rozvoje a zdraví u každého člověka. Existuje několik modelů základních lidských potřeb, mezi nejznámější patří hierarchie lidských potřeb podle Abrahama Maslowa. Maslow dělí potřeby na nižší a vyšší potřeby. Fyzické potřeby člověka představují ty nejzákladnější potřeby, které jsou nezbytné pro přežití. Až když jsou uspokojeny potřeby nižší (fyzické), mohou se prosazovat jeho vyšší potřeby (emocionální a intelektuální).“

Čepičková a kol. (2007) dále popisuje jednotlivé základní lidské potřeby ve vztahu k jejich uspokojování prostřednictvím mateřské školy:

Fyzické (tělesné) potřeby: přístřeší, fyziologické potřeby (potrava, voda, vyměšování, vzduch k dýchání, dostatek spánku a odpočinku, vyhnutí se bolesti aj.). Fyziologické potřeby jsou v MŠ uspokojovány režimem, který umožňuje vyhovět individuálním potřebám dětí, učitelů i ostatních zaměstnanců; volností pohybu, tělovýchovnými a relaxačními chvilkami v průběhu dne, formami práce, při nichž děti mohou měnit polohy, pohybovat se; pobyt na čerstvém vzduchu, na zahradě, v přírodě, otužováním; zdravým prostředím třídy a celé školy; zdravou výživou a pitným režimem.

Psychické potřeby: bezpečí (např. jistoty, zamezení strachu a úzkosti), potřeby bezpečí, jistoty a stálosti jsou uspokojovány platnými pravidly chování ve třídě a v celé mateřské

škole; chováním učitelky, jímž dává najevo, že v případě potřeby u ní dítě najde pomoc; čestností a spravedlivostí učitelky; projevováním důvěry v dítě.

Emocionální potřeby: potřeba uznání (sebeúcta, sebedůvěra), **potřeba být milován a přijímán**. V mateřské škole jsou emocionální potřeby uspokojovány posilováním vztahu sounáležitosti s prostředím třídy, školy a jejím okolím; kladnou citovou odezvou učitelky; posilováním pocitu příslušnosti k určitému kolektivu, rozvojem pozitivních vzájemných vztahů, společnými akcemi; podílením se na zkrášlování prostředí třídy a školy (výzdoba); zamezením odsunutí jednotlivce na okraj kolektivu. Potřeby sebedůvěry, prestiže a sebeúcty jsou uspokojovány respektem dospělých k dětství jako k plnohodnotnému období ve vývoji člověka; podporováním pocitu sebedůvěry každého dítěte, důvěry ve vlastní síly a schopnosti; konstruktivní zpětnou vazbou a kladnou motivací.

Intelektuální potřeby: objektivní – racionální chápání nejen svých, ale i širších problémů, **individuální** – seberealizace. Potřeby seberealizace jsou uspokojovány rozvíjením předpokladů dítěte k dalšímu vzdělávání; zajištěním široké nabídky podnětů a činností; individualizací učebního plánu dítěte, aby podporoval jeho zájmy, schopnosti a talent.

3.3.1 Vnitřní pohoda dítěte

Metodika Zdravé abecedy se v oblasti „Vnitřní pohoda“ také věnuje uspokojování základních lidských potřeb, které formuluje konkrétně ve vztahu k předškolnímu dítěti:

- **„Fyziologické potřeby** – dostatek spánku a pohybu, jídla, pití, pocit zdraví atd.
- **Bezpečí** – máma, táta, rodina, domov, řád atd.
- **Sounáležitost** – kamarádi, komunita, kroužky, širší rodina atd.
- **Já** – seberealizace a uznání ostatních – tvorba, sebevyjádření, úspěch, radost atd.“
(Zdravá abeceda, 2010, s. 6)

Další psychosociální podmínky formulované Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání, které ovlivňují příznivé sociální klima mateřské školy a vnitřní vyrovnanost a pohodu dítěte (2004, s. 33 – 34) jsou:

- „Všechny děti mají rovnocenné postavení a žádné z nich není zvýhodňováno ani znevýhodňováno. Jakékoliv projevy nerovnosti, podceňování a zesměšňování dětí jsou nepřipustné.
- Volnost a osobní svoboda dětí je dobře vyvážená s nezbytnou mírou omezení, vyplývajících z nutnosti dodržovat v mateřské škole potřebný řád a učit děti pravidlům soužití.
- Dětem se dostává jasných a srozumitelných pokynů. Třída je pro děti kamarádkým společenstvím, v němž jsou zpravidla rády.
- Pedagogický styl, respektive způsob jakým jsou děti vedeny, je podporující, sympatizující, projevuje se přímou, vstřícnou, empatickou a naslouchající komunikací pedagoga s dětmi. Je vyloučeno manipulování s dítětem, zbytečné organizování dětí z obavy o časové postoje, podporování nezdravé soutěživosti dětí. Jakákoli komunikace s dítětem, kterou dítě pociťuje jako násilí, je nepřipustná.
- Je uplatňován pedagogický styl s nabídkou, který počítá s aktivní spoluúčastí a samostatným rozhodováním dítěte. Vzdělávací nabídka odpovídá mentalitě předškolního dítěte a potřebám jeho života (je dítěti tematicky blízká, jemu pochopitelná, přiměřeně náročná, dítěti užitečná a prakticky využitelná).
- Pedagog se vyhýbá negativním slovním komentářům a podporuje děti v samostatných pokusech, je uznalý, dostatečně oceňuje a vyhodnocuje konkrétní projevy a výkony dítěte a přiměřeně na ně reaguje pozitivním oceněním, vyvaruje se paušálních pochval stejně jako odsudků.
- Ve vztazích mezi dospělými i mezi dětmi se projevuje vzájemná důvěra, tolerance, ohleduplnost a zdvořilost, solidarita, vzájemná pomoc a podpora. Dospělí se chovají důvěryhodně a spolehlivě (autenticky).
- Pedagog se programově věnuje neformálním vztahům dětí ve třídě a nenásilně je ovlivňuje prosociálním směrem (prevence šikany a jiných sociálně patologických jevů u dětí)“.

„Klima třídy i MŠ je utvářeno vztahy, a to jak pozitivními (porozumění, ochota, spolupráce, mravní kvality), tak negativními (netolerance, konflikty, pomluvy, intriky). V podmínkách MŠ se ukazuje, že klima sice spoluutvářejí všichni zúčastnění, ale základním nositelem dominujícím v utváření školního klimatu tak, jak je vnímáno dětmi, rodiči a veřejností, je pozitivní vztah a schopnost kooperace učitelek v jedné třídě a ředitelky, která spolupracuje

a dobře zná své učitelky“ (Kotátková, 2004, s. 5 – 6). Čepičková a kol. (2005, s. 84) uvádí, že „školní klima bývá často užíván ve smyslu „stabilní stav sociálního ovzduší“, které je vytvářeno všemi zúčastněnými lidskými subjekty. Školní klima je vnímáno jako subjektivní stav každého jedince, neboť jednomu bude připadat dobré a přívětivé, naopak druhý ho může vnímat jako tíživé a neuspokojivé. Sociální klima mateřské školy je přímým vzorcem sociálního chování, které děti napodobují, a který se promítá do jejich dalšího vývoje. Je třeba si uvědomit, že školní klima významně ovlivňuje to, zda dítě získá pozitivní vztah ke světu a bude v životě vyhovovat nárokům společnosti. Sociálně psychologické klima třídy je vytvářeno interakcí mezi jednotlivými jedinci ve třídě mateřské školy, mezi učitelkou a dětmi, dětmi mezi sebou, případně mezi třídní učitelkou a dalšími učitelkami.“ Ve vztahu k sobě samému je důležité, aby učitelky vyzdvihovaly individualitu jednotlivých dětí, rozvíjely postoje dětí tak, aby sebe samy vnímaly jako jedinečnou bytost, povzbuzovaly děti, naprosto nevhodné je nadměrné kárání a zesměšňování.

V projektu Zdravé abecedy se touto problematikou zabývá oblast „Vnitřní pohoda“. Metodika „Zdravá abeceda“ uvádí **deset zásad psychohygieny v mateřské škole:**

1. „akceptace potřeb dětí – v tomto případě se zamyslet nad vývojovými potřebami dětí, potřebou odpočinku, schopností udržet pozornost
2. autority pedagogů a rodičů pro dítě by měly jednat v souladu s hlavními myšlenkami projektu
3. potřeba řádu v podobě zařazení programu do pravidelného režimu školky tak, aby se nerušil zavedený biorytmus dětí – souvisí s výše uvedeným
4. srozumitelnost aktivit pro děti s různým vývojovým potenciálem
5. seznámení dětí s činností, kterou mají očekávat – snižuje úzkost u nejistých dětí
6. relaxační chvílky – jejich zařazení slouží k duševnímu odpočinku a pomáhá vytvářet vnitřní rovnováhu
7. řád by měla rámovat pravidla ve formě dohod “co uděláme, když...”
8. seznámení rodičů s cíli a formami projektu
9. supervize pro pedagogy jako odborná podpora v momentech profesních váhání a nejistot, vedoucí k vnitřní stabilitě pedagoga
10. zpětná vazba od dětí slouží k potvrzení, že činnost, kterou děti mají za sebou, měla pro ně význam a potvrzení jejich důležitosti v programu – tím i k posilování sebedůvěry a vnitřní jistoty“ (Zdravá abeceda, 2010)

3.3.2 Zdravé prostředí MŠ a okolí

Dále se v programu Zdravé abecedy v oblasti „Zdravé prostředí“ objevuje schéma pyramidu zdravého prostředí, ve kterém se objevují 4 podoblasti (viz příloha č. 3).

1. **„Živly** – voda, oheň, vzduch, země v různých podobách.
2. **Bezpečné prostředí** – prevence nemocí a úrazů, hygiena.
3. **Podnětné prostředí** – rozmanité tvary barvy a materiály, situace pro všechny smysly a druhy inteligencí.
4. **Etické, estetické, environmentální prostředí** – odpovědnost za důsledky jednání, vkusné a funkční prostředí, materiální a energetickou spotřebu“ (Zdravá abeceda, 2010, 7).

Životním prostředím rozumíme takové prostředí, ve kterém se člověk/dítě bezprostředně vyskytuje a které ho obklopuje. Pokud máme mluvit o „zdravém prostředí“, je to takové prostředí, ve kterém se jedinec cítí dobře, jsou uspokojeny všechny potřeby a harmonicky se rozvíjí, zároveň by měl jedinec příznivě svou aktivitou ovlivňovat toto prostředí. Problematikou životního prostředí se v RVP PV zabývá environmentální vzdělávací oblast Dítě a svět. „Záměrem vzdělávacího úsilí pedagoga je založit u dítěte elementární povědomí o okolním světě a jeho dění, o vlivu člověka na životní prostředí – počínaje nejbližším okolím a konče globálními problémy celosvětového dosahu – a vytvořit elementární základy pro otevřený a odpovědný postoj dítěte (člověka) k životnímu prostředí“ (RVP PV, 2004, s. 29).

Mateřská škola má velkou možnost v tomto směru na dítě působit, může probudit radost dítěte z poznávání světa prostřednictvím vlastních prožitků dítěte. Děti samy poznávají souvislosti, vytvářejí si na základě praktických zkušeností své postoje. Důležité je podnětné prostředí mateřské školy, jak uvádí Špačková (2001).

Je tedy naprosto zřejmé, že vedle pohybových aktivit dítěte, hygienického zázemí mateřské školy a zdravé výživy je sociální klima třídy a mateřské školy nezbytné k utváření a zachování zdraví dítěte i ostatních lidí vyskytujících se v mateřské škole. Pokud se dítě cítí fyzicky zdravé a je mu dobře v prostředí mateřské školy, má dostatek pohybu, je obklopené svými vrstevníky, kamarády, učitelkami a dalším personálem MŠ je jasné, že dojde i k vnitřnímu naplnění a vnitřní pohodě. Tím se uzavírá kruh se čtyřmi elementy zdraví, které

předkládá projekt Zdravé abecedy (zdravý pohyb, zdravá výživa, zdravé prostředí a vnitřní pohoda).



Obr. č. 3 podle programu Zdravá abeceda

4 Shrnutí teoretické části

Autoři, kteří definují pojem zdraví, na něj nahlízejí jak z pohledu individuální úrovně, tak z pohledu společnosti. Považují za důležité, jak se člověk sám dívá na své zdraví, ale i to, jaké podmínky pro zdravý život vytváří společnost jedince. Tyto úrovně dále rozšiřuje Čepičková a kol. (2007) a Mužík a kol. (1997), neboť mimo individuální úrovně sem zahrnují komunitní (institucionální) úroveň a globální úroveň, čímž vlastně podrobněji rozebírají působení společnosti na člověka. V jejich teorii se objevuje názor na vliv školy jako instituce na zdraví dítěte a respekt vůči přírodě. V roce 1948 začala Světová zdravotnická organizace definovat zdraví jako tělesnou, duševní a sociální pohodu. Postupem času (v roce 1977) byla definice rozšířena i o složku spirituální čili duchovní pohodu jedince. Tyto čtyři oblasti se také objevují v holistickém a interakčním pojetí zdraví. Dále se jednotliví autoři shodují v bodech, které určují zdraví (genetický základ, úroveň zdravotní péče, životní prostředí a životní styl). Ve vztahu k mateřské škole může učitelka ovlivňovat pouze vztah dítěte k životnímu prostředí, utváření prostředí a způsob života jaký si dítě v průběhu roků zvolí. Autoři také shodně vymezují nejzávažnější rizika, která ohrožují lidské zdraví (kouření, alkohol, drogy, nevhodný způsob stravování, nízká pohybová aktivita, psychická zátěž a další).

Jak jsem se již zmínila v teoretické části, Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání vychází z holisticko-interakčního pojetí zdraví, tudíž jsou v něm zahrnuty všechny potřebné složky zdraví, které slouží k harmonickému rozvoji osobnosti předškolního dítěte. Např. pokud srovnáme jednotlivé složky zdraví SZO, úrovně zdraví u Čepičkové a kol. (2007) se vzdělávacími oblastmi RVP PV (2004), nalezneme tam vše potřebné:

Tělesná pohoda – Dítě a jeho tělo – individuální úroveň.

Psychická pohoda – Dítě a jeho psychika – individuální úroveň.

Sociální pohoda – Dítě a ten druhý, Dítě a společnost – komunitní úroveň.

Spirituální pohoda – Dítě a svět – globální úroveň.

Zdraví tedy prolíná všemi vzdělávacími oblastmi RVP PV a zároveň je za vším, co tento platný dokument obsahuje. Záleží pouze na pedagogovi, jak využije této široké nabídky a jakým vhodným způsobem povede děti v cestě ke zdraví. Projekt „Zdravá abeceda“ se také aktivně zajímá o zdravý způsob života předškolních dětí a svou metodiku rozpracovává do čtyř oblastí (zdravý pohyb, zdravá výživa, vnitřní pohoda a zdravé prostředí), jednotlivé

oblasti popisují, jak nahlížet na zdraví dětí ze strany mateřských škol i rodičů dětí. Mateřská škola má možnost položit základy ke zdravému způsobu života dětí, prostřednictvím výchovy a vzdělávání předškolních dětí mohou MŠ přispět k rozvoji zdraví. Nejen formou dodržování daných hygienických zásad, ale také rozvojem pohybu, sledováním správných vzorů chování od dospělých, dodržováním vhodné výživy a pitného režimu předškolních dětí, respektováním individuálních potřeb dětí, utvářením pozitivního klimatu třídy i MŠ a společnou péčí o prostředí MŠ i její nejbližší okolí.

II EMPIRICKÁ ČÁST

1 Cíl a hypotézy

Cíl diplomové práce:

- Zjistit, co v mateřských školách znamená „výchova ke zdraví“, jakým způsobem ji vnímají učitelky mateřských škol a jak ji realizují v praxi s dětmi.

Hypotézy:

- Předpokládám, že pojem zdraví bude nejméně z 80 % vnímán komplexně, jako celková pohoda organismu.
- Domnívám se, že výchova ke zdraví bude realizována v MŠ v různých projektech (tématech v ŠVP PV), které budou zahrnovat oblast výživy, pohybu, psychiky dětí a příjemného prostředí MŠ.
- Předpokládám, že alespoň 60 % pedagogů podporuje individuální pohybové spontánní aktivity dětí s možností využít volně náčiní a nářadí.
- Předpokládám, že nejméně 90 % respondentů bude uvádět, že děti se při pobytu venku věnují denně pohybovým aktivitám a spontánním hrám.
- Myslím si, že pitný režim při pobytu dětí venku bude nějakým způsobem řešen jen z 50 %.
- Předpokládám, že učitelky alespoň z 90 % respektují individuální potřeby dětí.
- Domnívám se, že estetičnost a celkový vzhled třídy bude pro učitele důležitý nejméně z 90 %.

2 Metody

Pro ověření hypotéz a splnění cíle diplomové práce jsem si zvolila dotazníkovou metodu, a to dva za sebou následující dotazníky určené pro učitelky mateřských škol.

Charakteristika dotazníku č. 1 – tento anonymní dotazník byl zaměřen na obecnější informace. Dotazník zjišťuje základní údaje o pochopení výchovy ke zdraví učitelkami ve vztahu k základnímu dokumentu, Rámcovému vzdělávacímu programu pro předškolní vzdělávání, a ve tvorbě školních a třídních vzdělávacích programů. V prvním dotazníku zjišťuji pohlaví, dobu praxe a vzdělání učitelů mateřských škol, zda působí na vesnici či ve městě, názor respondentů na pojem „zdraví“, zařazení výchovy ke zdraví do vzdělávacích oblastí RVP PV. Dále dotazník zjišťuje, zda učitelé znají programy podporující zdraví v MŠ nebo vzdělávací kurz k problematice výchovy ke zdraví v MŠ, postoj pedagogů k tomu, co vše by měla zahrnovat výchova ke zdraví v mateřských školách, jakým způsobem ji realizují a prostřednictvím jakých témat. Dotazník obsahuje celkem 14 otázek, z toho 4 otázky otevřené, 8 otázek uzavřených a 2 polouzavřené.

Charakteristika dotazníku č. 2 – druhý dotazník byl zaměřen konkrétněji na výchovu ke zdraví, realizovanou v mateřských školách. Tento dotazník vychází ze studia odborné literatury, která vymezuje oblasti vztahující se k výchově ke zdraví (pohyb, výživa, psychika, prostředí). Dotazník zjišťuje, co považují respondenti za nutné v oblasti zdravého pohybu dítěte, zda děti mají volný přístup k tělovýchovnému náčiní, jaké aktivity jsou nejčastěji využívány při pobytu venku, názor pedagogů na pojem „zdravá strava“, řešení pitného režimu ve třídách MŠ a při pobytu venku, možnost utváření pravidel s dětmi v MŠ, upřednostňovaný pedagogický přístup učitelů MŠ. Dále zjišťuje názor respondentů na přínos a důležitost estetického působení prostředí, názor na podporu individuality dětí a nejčastěji používanou formu vzdělávání. Dotazník také obsahuje 14 otázek, z toho 8 otázek uzavřených, 4 otázky otevřené a 2 polouzavřené.

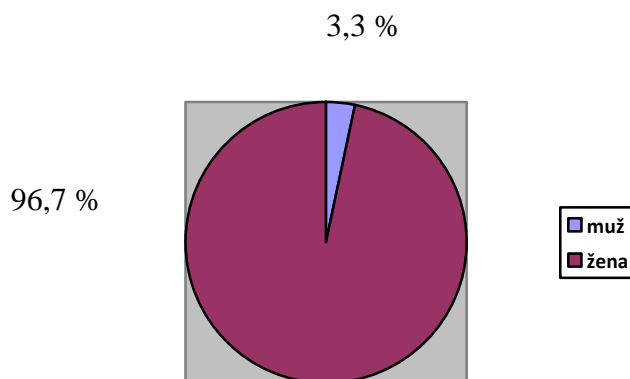
Výzkumný soubor – respondenti byli učitelé mateřských škol z města Žatce a okolních vesnic (např. Liběšice, Staňkovice), dále jsem oslovila své bývalé i současné kolegyně ze studia předškolní pedagogiky, které jsou z celé České republiky. Rozesláno bylo celkem 50 dotazníků č. 1 a 50 dotazníků č. 2 a z obou se vrátilo 30 ks (30 dotazníků č. 1 a 30 dotazníků č. 2), což činí 60 %.

3 Výsledky

3.1 Vyhodnocení dotazníku č. 1

První dotazník obsahoval celkem 14 otázek (viz příloha č. 4).

1. V první otázce jsem chtěla zjistit, zda je respondent muž nebo žena. Z celkového počtu 30 bylo 29 žen a 1 muž.

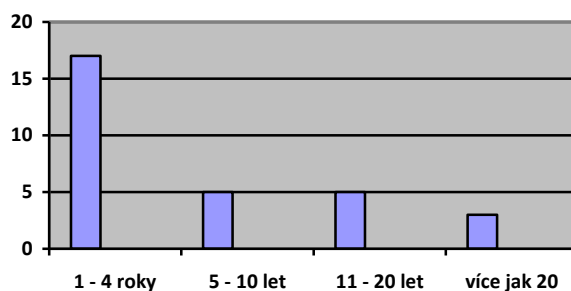


Graf č. 1 Zobrazení dotazových mužů a žen

2. Ve druhé otázce mě zajímalo, jakou dobu již respondent pracuje v mateřské škole, do nabídky jsem dala 1 – 4 roky, 5 – 10 let, 11 – 20 let a více jak 20 let. Z celkového počtu jsou to pouze tři, kteří mají praxi v mateřské škole delší jak 20 let a právě nadpoloviční většina (celkem 17) respondentů pracuje v mateřské škole 1 – 4 roky, což je zhruba 56 %.

Doba praxe	Počet respondentů	Procenta
1 – 4 roky	17	56,6 %
5 – 10 let	5	16,7 %
11 – 20 let	5	16,7 %
Více jak 20 let	3	10 %

Tabulka č. 1 Doba praxe respondentů v mateřské škole



Graf č. 2 Doba praxe respondentů v MŠ

3. Ve třetí otázce jsem se zaměřila na zjištění vzdělání učitelů mateřských škol, zda studovali střední pedagogickou školu, vyšší odbornou školu pedagogickou nebo vysokou školu s pedagogickým zaměřením, nebo zda mají popř. jiné vzdělání. Domnívala jsem se, že 80 % respondentů bude mít pedagogické vzdělání, podle výsledku dotazníků má 86,7 % učitelů mateřských škol odpovídající pedagogické vzdělání. Z celkového počtu 30 pouze 4 respondentky uvedly jiné vzdělání.

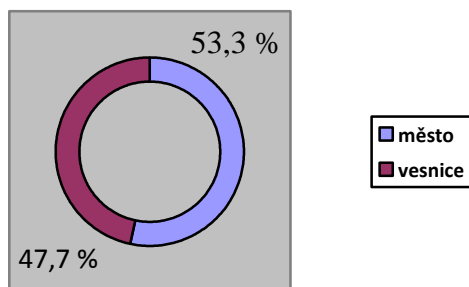
Dosažené vzdělání	Počet respondentů	Procenta
Střední pedagogická škola	8	26,7 %
Vyšší odborná škola pedagogická	1	3,3 %
Vysoká škola s pedagogickým zaměřením	17	56,7 %
DPS – vychovatel	1	3,3 %
Střední zemědělská a technická škola	1	3,3 %
Střední odborné učiliště	1	3,3 %
Střední ekonomická škola	1	3,3 %

Tabulka č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů MŠ

4. V této otázce mě zajímalo, zda dotazovaní respondenti působí v městské mateřské škole nebo vesnické.

Umístění mateřské školy	Počet respondentů
Město	16
Vesnice	14

Tabulka č. 3 Místo působení respondentů MŠ



Graf č. 3 Procentuální rozložení působení učitelů mateřských škol na vesnici a ve městě

5. Dále mě zajímalo, jakou mají respondenti představu o definici pojmu zdraví. Téměř všichni dotazovaní označili za vyhovující pro pojem zdraví celkovou pohodu organismu. Jak jsem již uvedla v teoretické části, toto pojetí zdraví pochází z definice Světové zdravotnické organizace a je nejznámější a nejrozšířenější mezi lidmi. Zde se potvrdila i má hypotéza, že nejméně 80 % respondentů bude zdraví vnímat komplexně.

Pojetí zdraví	Počet respondentů	Procenta
Nepřítomnost nemoci	1	3,3 %
Celková pohoda organismu	28	93,3 %
Obě varianty	1	3,3 %

Tabulka č. 4 Názory respondentů na definici zdraví

6. V šesté otázce jsem se zaměřila na osobní přístup respondentů ke zdraví, zajímalo mě, co pro ně osobně znamená ZDRAVÍ. Někteří znovu opisovali definici pojetí zdraví z předešlé otázky, ale většina respondentů vyjádřila svůj osobní postoj ke zdraví. Nejčastěji se v této otázce objevovaly odpovědi typu:

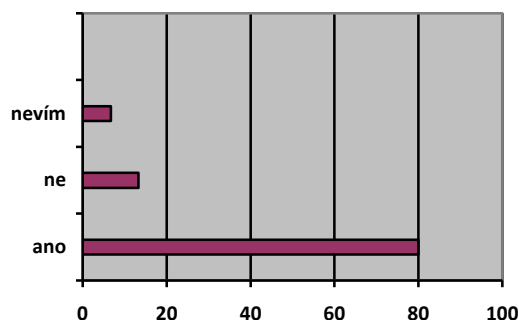
Osobní postoje k vlastnímu zdraví	Počet respondentů
Celková pohoda organismu, nepřítomnost nemoci.	2 (6,7 %)
Zdraví pro mě znamená moci prožívat kvalitní život.	1 (3,3 %)
Zdraví – to co si nelze koupit za peníze, takže hodně.	1 (3,3 %)
Cítím se dobře, nic mě nebolí, mám dobrou náladu a radost ze života.	6 (20 %)
Předpoklad ke spokojenému životu.	1 (3,3 %)
Zdraví má člověk jenom jedno a proto je prioritou se o něj starat, chránit si ho doku to jen jde.	1 (3,3 %)
Cítit se plná energie, pohody, harmonie, bezpečí a pozitivního elánu do života.	1 (3,3 %)
Cítit se dobře fyzicky, psychicky i sociálně, pocit zdraví – pohoda.	7 (23,3 %)
Nepřítomnost stresorů.	1 (3,3 %)
Život v pohodě.	3 (10 %)
Jedna z nejdůležitějších věcí.	2 (6,7 %)
Duševní a tělesné vybavení organismu umožňující realizaci zvolených činností.	1 (3,3 %)
Silný organismus.	2 (6,7 %)
Klid v duši.	1 (3,3 %)

Tabulka č. 5 Postoje respondentů k vlastnímu zdraví

7. V otázce č. 7 jsem se snažila zjistit, zda učitelé mateřských škol mají pocit, že jejich mateřská škola poskytuje správnou výchovu ke zdraví.

MŠ poskytuje správnou výchovu ke zdraví	Počet respondentů	Procenta
Ano	24	80 %
Ne	4	13,3 %
Nevím	2	6,7 %

Tabulka č. 6 Názor na výchovu ke zdraví poskytovanou MŠ respondentů

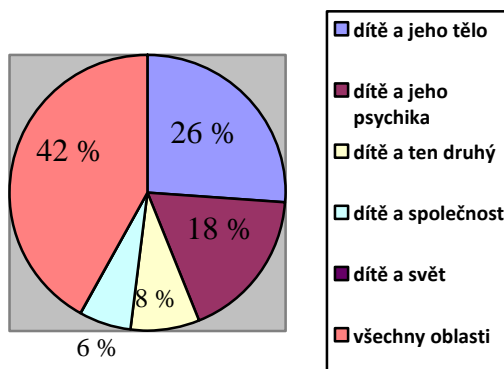


Graf č. 4 Postoje učitelů k realizaci správné výchovy ke zdraví na jejich mateřské škole

8. V osmé otázce mě zajímalo, do jaké vzdělávací oblasti RVP PV by respondenti zařadili výchovu ke zdraví. Domnívala jsem se, že většina jich označí oblast „Dítě a jeho tělo“, ale příjemně mě překvapil výsledek, kdy více jak 2/3 respondentů označily všechny oblasti. V této otázce mohli učitelé zaškrtnout více možností.

Vzdělávací oblast RVP PV	Počet zaškrtnutí	Procenta
Dítě a jeho tělo	13	26 %
Dítě a jeho psychika	9	18 %
Dítě a ten druhý	4	8 %
Dítě a společnost	3	6 %
Dítě a svět	0	0 %
Všechny oblasti	21	42 %

Tabulka č. 7 Preferované vzdělávací oblasti RVP PV zahrnující výchovu ke zdraví v MŠ



Graf č. 5 *Vzdělávací oblasti, do kterých zahrnují respondenti výchovu ke zdraví*

9. Tato otázka byla zaměřena na programy výchovy ke zdraví určené pro mateřské školy. Dotazovala jsem se na to, zda respondenti znají nějaký takový program a pokud ano, tak jaký. Jen 9 dotazovaných zaškrtnulo možnost, že žádný takový program neznají. Tudiž 21 respondentů uvedlo, že znají nějaký program výchovy ke zdraví pro mateřské školy.

Respondent zná nějaký vzdělávací program výchovy ke zdraví v MŠ	Počet respondentů	Procenta
Ano	21	70 %
Ne	9	30 %

Tabulka č. 8 *Názor respondentů zda znají nebo neznají nějaký program podporující výchovu ke zdraví v MŠ*

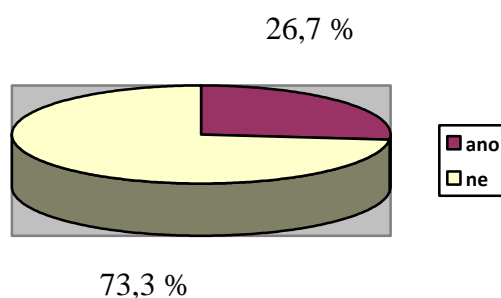
Učitelé mateřských škol nejčastěji uváděli tyto vzdělávací programy:

Program podporující výchovu ke zdraví v MŠ	Počet respondentů	Procenta
Zdravá výživa	2	8,3 %
Zdravá mateřská škola	13	54,2 %
Zdravé zoubky	2	8,3 %
O Křemílkovi a Vochomůrkovi – téma	1	4,2 %

kouření, alkohol, drogy		
Pyramidáček	1	4,2 %
Zdravá abeceda	2	8,3 %
Začít spolu	1	4,2 %
Mrkvička	1	4,2 %
Veverka Věrka	1	4,2 %

Tabulka č. 9 Programy podporující výchovu ke zdraví v MŠ, které uvádějí respondenti

10. V otázce číslo 10 jsem se respondentů dotazovala, zda absolvovali nějaký vzdělávací kurz, který byl zaměřený na výchovu ke zdraví. Z celkového počtu 30 absolvovalo vzdělávací kurz zaměřený na výchovu ke zdraví 8 respondentů, což je zhruba 26,7 %. 22 učitelů mateřských škol odpovědělo, že žádný takovýto kurz neabsolvovali.



Graf č. 6 Procentuální zobrazení absolvování respondentů nějakého vzdělávacího kurzu zabývajícího se výchovou ke zdraví

11. Tato otázka navazuje na předchozí. Pokud v předešlé otázce respondenti uvedli, že absolvovali nějaký vzdělávací kurz výchovy ke zdraví, zde měli uvést, jaký to byl kurz a popřípadě kým byl pořádán. Respondenti uvedli tyto vzdělávací kurzy:

Vzdělávací kurz	Kým byl pořádán	Počet respondentů
Zdravý životní styl	PedF UK v Praze	2
Zdravotní tělesná výchova pro předškolní děti	Vysoká škola	1
Zdravá abeceda – Co dělá	ASIS – Petra Záborská	1

tělo, když se hýbe		
Ekodomov	Žatec	1
Praxe ve Zdravé MŠ	PedF UK v Praze	1
<i>Název neuveden</i>	UP Olomouc	1
<i>Název neuveden</i>	DVPP Praha	1

Tabulka č. 11 Přehled vzdělávacích kurzů absolvovaných respondenty

12. V této otázce jsem dala respondentům možnost výběru z více možností, měli zaškrtnout to, co si myslí, že by měla zahrnovat výchova ke zdraví v mateřské škole. Jednotlivé prvky výchovy ke zdraví jsem seřadila podle četnosti odpovědí mezi respondenty takto:

Jednotlivé možnosti	Počet respondentů
Nácvik hygieny a samoobsluhy	28
Pravidelné pohybové aktivity	28
Zdravá výživa	28
Pravidelný denní režim	27
Spánek/odpočinek po obědě	26
Čištění zubů	24
Vytváření přívětivého prostředí třídy	20
Pobyt venku	18
Relaxační činnosti	17
Spontánní aktivity	15
Hra na zobcovou flétnu	10
Předplavecký výcvik	9
Třídění odpadu	9
Logopedická prevence	7
Grafomotorická cvičení	7
Příprava na vstup do 1. třídy	6
Heterogenní třídy	6
Výtvarné činnosti	5
Dostatek kroužků v MŠ	2

Počítačové hry	0
----------------	---

Tabulka č. 12 *Preference činností v MŠ naplňujících výchovu ke zdraví*

13. V otázce číslo 13 mě zajímalo, jakým způsobem respondenti realizují výchovu ke zdraví v jejich mateřské škole. V následující tabulce popisují činnosti, které dotazovaní učitelé mateřských škol nejčastěji uváděli.

Aktivity směřující k výchově ke zdraví	Počet respondentů
Návyky denního režimu	7
Sebeobslužné aktivity	5
Čištění zubů	4
Spánek nebo odpočinek	8
Vytváření příjemného prostředí – pohodová atmosféra, podnětné věcné prostředí	5
Pobyt venku + eko a environmentální činnosti	11
Dětská jóga	2
Námětové hry (na lékaře, domácnost)	3
Pravidelné pohybové aktivity	4
Zdravá výživa	7
Spontánní aktivity	2
Plavání	2
Hygiena	5
Cvičení v tělocvičně	1
Vyprávění příběhů o zdraví	2
Vše, co probíhá během den při každodenních činnostech	7
Otužování (sauna, solná jeskyně)	3
Biostravování	1
Hra na flétnu	1
Pohybový kroužek	1
Podpora kamarádství	1
Inspirace principy zdravé MŠ	1
Podle RVP PV – témata, vzdělávací nabídka	5

Besedy s odborníky (lékař, obezitolog)	1
Využití programu Zdraví 21	1
Dostatek tekutin	1
Klid při jídle	1
Střídání činností a odpočinku	1
Respektování lidských potřeb	1
Odměňování dětí obrázkem nikoliv sladkostmi	1
Názorné ukázky, rozvoj myšlení	1

Tabulka č. 13 Způsoby realizace výchovy ke zdraví v mateřských školách respondentů

14. V poslední otázce dotazníku č. 1 jsem se ptala na témata ve vztahu k výchově ke zdraví, která respondenti realizují společně s dětmi v jejich mateřské škole. Zde byla také potvrzena má hypotéza, neboť témata zahrnovala všechny oblasti výchovy ke zdraví (pohyb, výživu, psychiky dítěte a prostředí MŠ). Dotazovaní uvedli velmi velké množství témat, proto jsem se je rozhodla rozdělit do několika oblastí.

Zdraví – Moje zdraví, Co prospívá a co škodí, Zdravý jako rybička, Zdraví, Pečujeme o své zdraví, Hygienické návyky.

Nemoc – Když kamarád stůně, Léčíme se bylinkou, Aby to nebolelo, Jsem nemocný, Adámek stůně, Když jsem nemocný.

Lékař – Na lékaře, Jaké je to u lékaře, Neználkovo putování směrem k doktorovi.

Zdravá výživa – Ovoce a zelenina, Vitamíny, Co rádi jíme, Co je dobré x zdravé, Zdravá strava – ovoce, zelenina a co dál?, Jak chutná podzim, Jíme vitamínky, Neználkovo putování směrem do kuchyně, Králík Zoubek a jeho kouzelná mrkvička, Koulelo se, koulelo, Slavnostní tabule.

Příroda – Roční období, Zahradníci, Na zvířátka, Lidé a zvířátka, V přírodě, Na laboratoř – zkoumání lupami, Třídíme odpad, Hrátky s přírodou, Roční změny, Neználkovo putování směrem do přírody, Pomáháme přírodě s odpadem, Šel zahradník do zahrady, Dešťové kapičky dostaly nožičky, V lese je krásně, Na svatou

Kateřinu schováme se pod peřinu, Dva mrazíci uličníci, Jaro dělá pokusy, Ukař mi sluníčko dálku dalekou, ukař mi co je za řekou.

Tělo – Cvičíme si prstíky, Co umí moje tělo, Chodíme, běháme, skáčeme, Zdravý zoubek, Lidské tělo, Moje tělo, Putování za záhadami těla, Vím, jak jsem se narodil (a).

Spánek – Jak to bylo s Bumbříčkem, Nespálek.

Sport – Otuřování, Zimní hry a sporty, Ve zdravém těle zdravý duch, Sportujeme, Sportem ke zdraví, Na saních a na bobech, Neznámkovo putování směrem za sportem, Klouzanice, kouzanice, tak jsem sebou plác, Levá – pravá, pravá – levá, pěší chůze ta je zdravá.

Oblečení – Adámkovo oblečení, Teple se oblékáme.

Záchranné složky – Na záchranku, Co ukrývá 112.

Rodina – Na rodinu.

Doprava – Dopravní prostředky, Co máš dělat na červenou.

Kamarádství – Už jsme zase spolu, Kamaráde, pojď si hrát, Pavučina přátelství, Školka není bludiště, Kdo chce se mnou na výlet, nastupte si hned.

Duřevní pohoda – I duřička chce klid, Třída plná pohody, Kdo si hraje, nezlobí.

Prevence – První pomoc, Prevence úrazů, Normální je nekouřit, Setkání s Alkoholínem, Drogerou a Čadimůrem.

Ostatní – Kdo má pod čepicí, Co děláme celá den, Putování za kouzelným klubíčkem aneb náš pestrobarevný svět.

Nejčastěji respondenti uváděli tematiku lékaře, námětové hry, téma péče o zdraví, zdravé potraviny včetně ovoce, zeleniny a vitamínového stravování a témata ve vztahu s přírodou.

3.2 Vyhodnocení dotazníku č. 2

Druhý dotazník obsahoval celkem také 14 otázek (viz příloha č. 5).

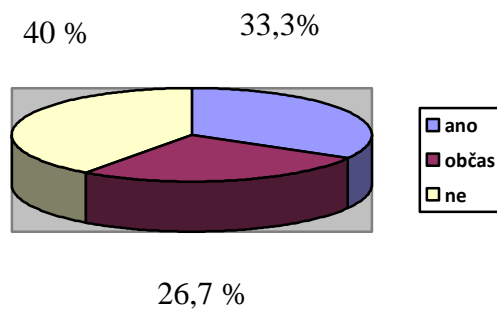
1. Otázka č. 1 zjišťuje názor respondentů na činnosti a jejich intenzitu, které by dítě mělo vykonávat, aby bylo zdravé a zdatné. Účastníci ankety si u jednotlivých činností mohli vybrat, zda by je dítě mělo provádět denně, obden nebo jen občas.

Činnost dítěte	denně	obden	občas
Běhat venku	96,7 %	3,3 %	0 %
Hrát pohybové hry	70 %	20 %	10 %
Chodit plavat	0 %	3,3 %	96,7 %
Společně relaxovat	66,7 %	13,3 %	20 %
Provádět zdravotní cvičení	53,3 %	16,7 %	30 %
Cvičit s náčiním a náradím	3,3 %	16,7 %	80 %
Manipulační a konstruktivní činnosti	50 %	16,7 %	33,3 %
Výlety	3,3 %	3,3 %	93,4 %
Jezdit na kole, tříkolce, koloběžce	23,3 %	20 %	56,7 %

Tabulka č. 14 Názor respondentů na častost činností dětí při pobytu venku

Respondenti podle výsledků dotazníku považují pro zdravý vývoj dítěte nezbytné tyto aktivity, denně by měly děti běhat venku (96,7 %), hrát pohybové hry (70 %), společně relaxovat (66,7 %), provádět zdravotní cvičení (53,3 %) a každý den by se měly věnovat manipulačním a konstruktivním činnostem a hrám (50 %). Do činností, které by děti měly provádět jen občas, učitelé zařadili plavání (96,7 %), výlety (93,4 %), cvičení s náčiním a náradím (80 %) a jízdu na kole, tříkolce nebo koloběžce (56,7 %).

2. Ve druhé otázce jsem se zaměřila na zjištění toho, zda děti mají v MŠ volný přístup k tělovýchovnému náčiní. Zde byla vyvrácena má hypotéza, domnívala jsem se, že alespoň 60 % pedagogů bude podporovat pohybové spontánní aktivity tímto způsobem. Graf č. 7 znázorňuje odpovědi učitelů.



Graf č. 7 Přístup dětí k TV náčiní v MŠ

3. V této otázce mě zajímalo, jakým aktivitám a jak často se věnují děti v MŠ při pobytu venku.

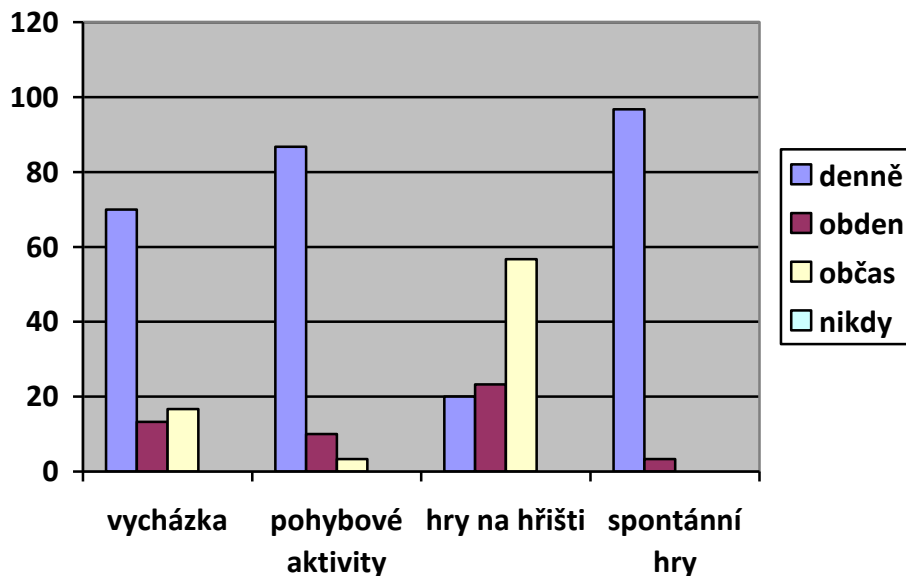
Aktivity při pobytu venku	denně	obden	občas	nikdy
Vycházka	70 %	13,3 %	16,7 %	0 %
Pohybové aktivity	86,7 %	10 %	3,3 %	0 %
Hry na hřišti	20 %	23,3 %	56,7 %	0 %
Spontánní hry dětí	96,7 %	3,3 %	0 %	0 %

Tabulka č. 15 Aktivity dětí v MŠ při pobytu venku

Zde se má hypotéza potvrdila pouze zčásti, domnívala jsem se, že respondenti uvedou mezi denní aktivity spontánní hry dětí a pohybové aktivity z 90 %, ale pohybové aktivity účastníci ankety uváděli z 86,7 % a spontánní hry dětí jsou při pobytu venku pedagogy považovány za velmi důležité, neboť je respondenti označovali z 96,7 %.

Tato otázka také zahrnovala možnost dopsání jiných aktivit provozovaných při pobytu venku, tuto variantu využili pouze dva respondenti, kteří pouze rozšířili své odpovědi:

- Při pobytu venku se děti věnují jízdě na koloběžkách, hře na prolézačkách a houpačkách.
- Pobyt na zahradě je střídán s vycházkami a v rámci vycházek jsou zařazeny pohybové hry na bezpečném místě.



Graf č. 8 Procentuální vyjádření jednotlivých aktivit dětí při pobytu venku v MŠ

4. Tato otázka zjišťuje, co si představují respondenti pod pojmem „zdravá strava“.

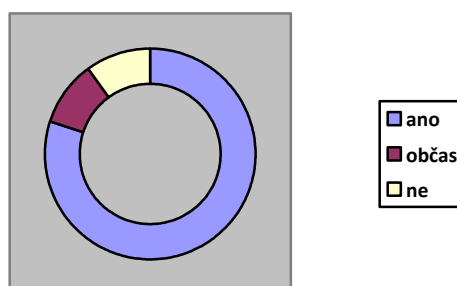
Názor respondentů	Počet respondentů	Procenta
Strava zajišťující optimální a dostatečný přísun látek důležitých pro zdraví.	1	3,3 %
Kvalitně upravená strava s dostatkem živin a vitamínů, pravidelná strava.	4	13,3 %
Vyvážená a pestrá strava obsahující všechny potřebné složky (ovoce, zelenina, pitný režim, ryby, bílkoviny – kuřecí maso, celozrnné pečivo, luštěniny, mléko, ovesné vločky, zeleninové pomazánky atd.).	19	63,3 %
Strava, která vyhovuje potřebám dětí při jejich růstu a vývoji.	1	3,3 %
Strava nutričně vyvážená – dostatek bílkovin, cukrů, tuků, atd.	2	6,7 %
Spotřební koš.	1	3,3 %
Racionální výživa.	1	3,3 %

Strava pestrá a vyvážená, která dětem umožňuje vyzkoušet nové chuti a naučit je vybrat si jídlo nejen podle vzhledu a reklamy.	1	3,3 %
--	---	-------

Tabulka č. 16 *Názory respondentů na pojem „zdravá strava“*

Z výsledku ankety vyplývá, že pro 63,3 % respondentů znamená zdravá strava zejména vyváženost a pestrost výživy, ve které by neměly chybět mléčné výrobky, vláknina, pomazánky, luštěniny, bílkoviny, ovoce a zelenina a za důležité také považují pitný režim, který by neměl obsahovat přeslazené nápoje.

5. V této otázce mě zajímalo, zda se učitelé stravují společně se svými dětmi ve třídě MŠ. Celkem 24 učitelů odpovědělo, že jedí společně s dětmi, což činí 80 %, 3 respondenti odpověděli, že se stravují s dětmi pouze občas (10 %) a také 3 účastníci ankety uvedli, že se s dětmi nestravují (10 %). Procentuální poměr je vyjádřen v grafu č. 9.



Graf č. 9 *Stravování pedagogů společně s dětmi*

6. V otázce č. 6 jsem chtěla zjistit, jakým způsobem je řešen pitný režim dětí v MŠ. Následující tabulka (č. 17) vyjadřuje jednotlivá pojetí pitného režimu dětí ve třídě na různých mateřských školách.

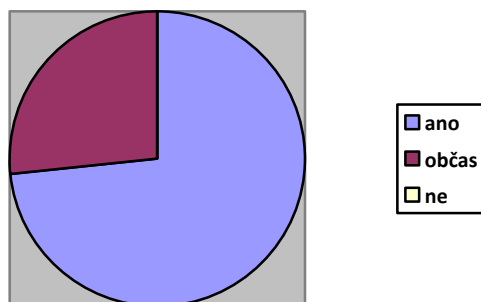
Řešení pitného režimu	Počet pedagogů	Procenta
Každé dítě má svůj hrníček (podepsaný), celý den je	11	36,7 %

k dispozici konvice s čajem či šťávou a vodou. Nápoje jsou také podávány k přesnídávkě, obědu i svačině.		
Děti pijí pravidelně dle potřeby a samy. Mají volný přístup k pití ve třídě.	7	23,3 %
Děti mají skleničky označeny jejich značkou, pití si nalévají samy z malých konviček, mají k dispozici ovocný čaj nebo džus (mohou se napít kdykoliv).	2	6,7 %
Po celý den mají děti volně k dispozici vodu v barelu, každé dítě má svůj kelímek označený svou značkou.	3	10 %
Děti mají možnost chodit pít k termosce, kde mají šťávu. Učitelka upozorňuje děti, aby se šly napít.	1	3,3 %
Každé dítě má skleničku na své značce, mají volný přístup k pití.	4	13,3 %
Děti mají pití k dispozici stále, učitelka pobízí k pití cca 5 x denně.	1	3,3 %
Děti mají na výběr – čaj nebo voda.	1	3,3 %

Tabulka č. 17 Řešení pitného režimu dětí ve třídách MŠ

Nejčastěji pedagogové uvádějí, že děti mají pití k jednotlivým jídlům v MŠ (přesnídávka, oběd a svačina) a mimo to má každé dítě ve třídě svůj hrníček, který si dítě pozná nebo je podepsaný nebo označen značkou dítěte. Celý den jsou k dispozici dětem konvice s čajem nebo šťávou či vodou (36, 7 %). Děti mají k pití volný přístup, mohou se napít samy dle své potřeby (23,3 %). Děti pijí pití z hrnečků, skleniček nebo kelímků. Pití je uloženo v konvicích, termoskách nebo barelech. Dva respondenti uvádí, že je důležité upozorňovat děti na to, aby se šly napít.

- Zde jsem zjišťovala, jakým způsobem je řešen pitný režim dětí při pobytu venku a zda je vůbec dětem venku zajišťován. 22 pedagogů (73,3 %) uvedlo, že zabezpečují pitný režim dětí při pobytu venku, 8 respondentů (26,7 %) jen občas a nikdo z pedagogů si nevybral možnost, že nezajišťují dětem pitný režim venku. Zde se nepotvrdila má hypotéza, neboť jsem předpokládala, že pitný režim venku bude řešit pouze 50 % učitelů. Respondenti uvádí, že dětem zajišťují pitný režim venku zejména v teplých letních měsících, v zimě nikoliv.

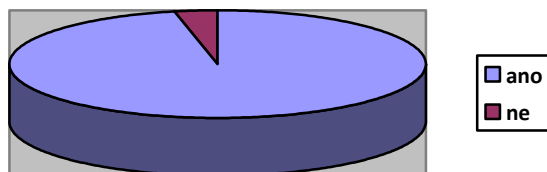


Graf č. 10 Zajišťování pitného režimu při pobytu venku

Způsob zajištění pitného režimu venku	Počet pedagogů	Procenta
Na zahradě – konvice s nápojem a hrníčky děti na podnose.	5	16,7 %
Pouze na zahradě, na vycházce nikoliv.	3	10 %
Pití ve velké pet láhvi + kelímky pro děti.	5	16,7 %
Pití v termosce + kelímky.	2	6,7 %
Šťávu nalévá učitelka do jednotlivých skleniček dětí.	4	13,3 %
Voda v barelu, děti mají kelímky označené svou značkou.	2	6,7 %
Učitelky s sebou nosí umělohmotné hrnečky a balenou vodu.	1	3,3 %
Várnice s pitím na zahradě.	2	6,7 %
Děti si nosí láhev s pitím.	3	10 %
Nádoba na pití + plastové kelímky, po použití se omývají ve vodě.	1	3,3 %
Filtrační konvice na čistou vodu.	2	6,7 %

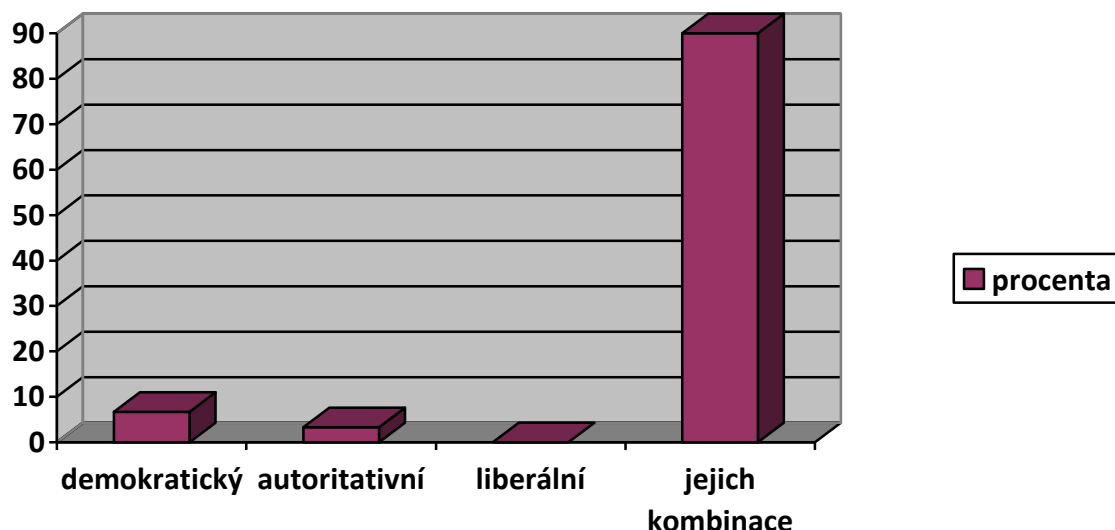
Tabulka č. 18 Způsob zajišťování pitného režimu dětí při pobytu venku

8. Otázka č. 8 byla zaměřena na to, zda si pedagogové utváří pravidla třídy společně se svými dětmi. Zde pouze jeden respondent uvedl, že neutváří pravidla společně s dětmi, 29 učitelů odpovědělo kladně.



Graf č. 11 *Utváření pravidel třídy společně s dětmi*

9. Zde mě zajímal pedagogický přístup, který pedagogové nejčastěji uplatňují při kontaktu s dětmi. Respondentům jsem dala na výběr z demokratického, liberálního a autoritativního stylu a jejich kombinací. Nejpřijatelnější odpovědí byla pro respondenty kombinace všech jmenovaných přístupů, které si vybírají dle jednotlivých situací, ve kterých se s dětmi nachází, takto odpovědělo 27 pedagogů (90 %), 1 učitel (3,3 %) uvedl autoritativní přístup a 2 respondenti (6,7 %) odpověděli, že nejčastěji používají demokratický přístup k dítěti. Nikdo z učitelů nevedl, že by uplatňoval liberální pedagogický styl. V následujícím grafu (č. 12) je znázorněno procentuální rozložení pedagogických přístupů. Z výsledků je zřejmé, že respondenti jsou schopni flexibilně reagovat na vzniklé situace v MŠ a volit podle toho vhodné pedagogické přístupy k dětem.



Graf č. 12 Nejčastěji využívané pedagogické přístupy učitelů MŠ

10. V této otázce jsem se zaměřila na řešení vzniklé situace v MŠ, kdy dítě odmítá stravu. Učitelé měli volně dopsat své odpovědi, jak v tomto případě reagují.

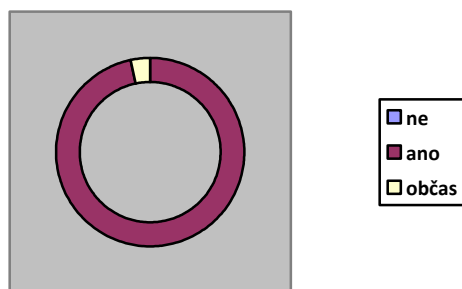
Odpověď	Počet	Procenta
Nenutit dítě do jídla, motivovat ho, vysvětlení potřeby jídla, ukrojení části pokrmu na ochutnání nebo jedné potraviny, kterou dítě sní.	26	86,7 %
Vypozorovat, zda se jedná o pouhý odpor k určitému druhu potraviny či vážné potíže spojené s nějakou poruchou či onemocněním. Někdy dítě jen nemá hlad.	1	3,3 %
V případě častějšího odmítání jídla řešíme situaci nejprve s rodičem (např. přítomnost rodiče při stravování)	3	10 %

Tabulka č. 19 Řešení situace pedagogy MŠ, když dítě odmítá jíst

Pro 86,7 % respondentů je důležité, aby dítě nebylo do jídla nuceno, uvádí ovšem, že je nutné dítě k jídlu motivovat, vysvětlit mu, jak je strava důležitá, co pro nás znamená, snažit se, aby dítě našlo k jídlu pozitivní vztah. Pedagogové uvádí, že se také snaží, aby dítě ochutnalo jídlo, alespoň zčásti, nebo si vybralo, kterou potravinu si z talíře vyberou. Většinou dítě odmítá jíst pouze po krátký čas v období adaptace, dítě začne jíst samo, jen potřebuje čas si zvyknout na nové prostředí a nová jídla v MŠ.

10% pedagogů MŠ uvádí, že je třeba situaci, kdy dítě odmítá jíst, řešit současně s rodiči, např. že po dobu adaptace je rodič přítomen u jídla.

11. V otázce č. 11 mě zajímalo, zda je pro pedagogy důležité estetické působení třídy. Nikdo z respondentů neuvedl variantu, že ne, 1 učitel (3,3 %) si vybral odpověď občas a 29 účastníků (96,7 %) ankety uvedlo, že je estetický vzhled třídy pro ně důležitý. Zde se potvrdila má hypotéza, že estetično bude důležité nejméně pro 90 % pedagogů MŠ.



Graf č. 13 Vyjádření toho, jak je pro pedagogy důležité estetické působení třídy MŠ

12. Zde jsem se zaměřila na to, v čem vidí respondenti přínos kladného působení prostředí na dítě, také zde mohli učitelé volně napsat své odpovědi.

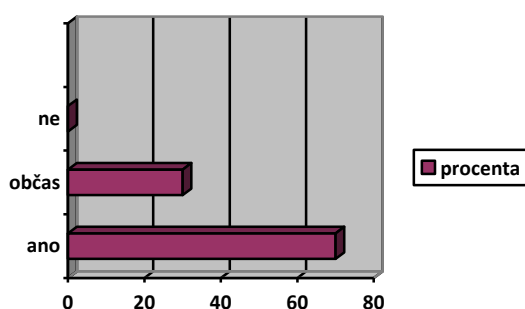
Přínos kladného působení prostředí	Počet	Procenta
Dítěti se bude v MŠ líbit, bude se cítit dobře, bude tam chodit rádo a tím pádem bude spolupracovat.	7	23,3 %
Dítě se může lépe adaptovat a je klidné a spokojené v takovém prostředí.	4	13,3 %
Pozitivní vzor pro dítě – nápodoba.	1	3,3 %
V socializaci dítěte.	1	3,3 %
Důležité pro estetické cítění, vnímání a prožívání, rozvoj dítěte ve všech oblastech.	5	16,7 %
Třídu zdobíme společně s dětmi, často ji samy přetvářejí, každý se lépe cítí v příjemném prostředí.	5	16,7 %

Psychické i tělesné zdraví.	1	3,3 %
Vytvoření pohody – nestres.	1	3,3 %
Pozitivní působení na psychiku dítěte má vliv na kladné vztahy mezi dětmi navzájem a vztahy mezi dětmi a dospělými, také rozvíjí osobnost dítěte.	4	13,3 %
Vztah k uklizeným věcem.	1	3,3 %

Tabulka č. 20 *Přínos kladného působení prostředí na dítě v MŠ*

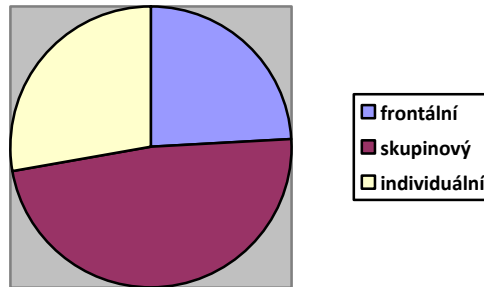
Z tabulky vyplývá, že pro pedagogy je důležité, když se dítě cítí v MŠ bezpečně, dobře, příjemně a spokojeně, estetičnost působí kladně podle učitelů na adaptaci dítěte v MŠ, na jejich spolupráci a na to, že se dítě do MŠ těší a je tam rádo. Dále respondenti uvádí, že má velký význam, když se dítě podílí na výzdobě prostor v MŠ. Pedagogové se domnívají, že esteticky upravené prostory MŠ také příznivě ovlivňují psychiku dítěte a jejich vztahy s vrstevníky a dospělými.

13. Tato otázka zjišťuje, zda se děti mohou rozhodnout pro činnost, které se chtějí věnovat, a zda pedagogové podporují u dětí jejich individualitu. Záporně neodpověděl žádný respondent, 21 pedagogů (70 %) uvedlo ano a 9 učitelů (30 %) si vybralo odpověď občas. Zde nebyla potvrzena má hypotéza, neboť jsem si myslela, že učitelky budou alespoň z 90 % respektovat individuální potřeby dětí.



Graf č. 14 *Podpora individuality u dítěte a rozhodování o činnostech*

14. V poslední otázce jsem zjišťovala, jakou formu práce nejčastěji pedagogové s dětmi využívají, zde mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. Nejčastěji učitelé MŠ uváděli skupinovou (26 respondentů) formu práce, individuální způsob byl vybrán 15 -ti pedagogy a frontální způsob práce uvedlo 13 učitelů.



Graf č. 15 Nejčastěji používaný způsob práce s dětmi v MŠ

Někteří pedagogové si vybrali všechny tři možnosti a připsali odpověď, že záleží na charakteru činností, které s dětmi dělají a dle aktuální potřeby. Nejčastěji je však učiteli MŠ využívána forma skupinová a individuální, což je v souladu s RVP PV.

4 Diskuse

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, zda učitelé mateřských škol mají představu o tom, co vše zahrnuje výchova ke zdraví v mateřské škole a jakým způsobem se uskutečňuje na jejich zařízení.

Předpokládala jsem, že jedním z faktorů vlivu a předpokladů porozumění problematice bude úroveň vzdělání. Ze zjišťování nejvyššího dosaženého vzdělání jsem došla k závěru, že pouze 4 respondenti neměli odpovídající vzdělání, z celkového počtu mělo adekvátní vzdělání 86,7 % respondentů. 26,7 % učitelek mělo střední pedagogickou školu, 3,3 % dotazovaných uvedlo vyšší odbornou školu pedagogického směru a 56,7 % pedagogů absolvovalo vysokou školu s pedagogickým zaměřením. Z vyhodnocení dotazníku vyplývá, že respondenti pracující v mateřských školách mají celkem dobrou představu o tom, co znamená pojem „zdraví“ a že je zdraví pro ně velmi důležitý prvek v životě, který má velmi široký záběr a lze jej nalézt téměř za vším v lidském životě. 80 % respondentů se domnívá, že jejich mateřská škola poskytuje správnou výchovu ke zdraví. V teoretické části jsem uvedla, že zdraví je obsaženo napříč celým kurikulem (RVP PV), totéž se domnívá 21 respondentů, což je 70 %, za velmi stěžejní pro oblast zdraví považují učitelé mateřských škol také vzdělávací oblast „Dítě a jeho tělo“ (26 %).

Pouze 26,7 % učitelů uvedlo, že absolvovalo nějaký vzdělávací kurz na podporu zdraví v MŠ. Domnívám se, že je to velmi malý počet, myslím si, že nabídka dalšího vzdělávání pedagogů v této oblasti je široká, ale informovanost učitelů o nich asi není příliš vysoká. Možná je důvod takové malé účasti skryt v tom, že vedení MŠ nemůže učitele uvolňovat z organizačních důvodů. Myslím si, že ale v dnešní době lze již formu vzdělávání pedagogů řešit i na půdě MŠ, záleží pouze na ochotě ředitelů a učitelů MŠ, takovouto možnost nabízí např. lektoři Zdravé abecedy a jiní.

Z celkového počtu 70 % učitelů uvedlo, že programy podporující zdraví znají, nejčastěji uváděli Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole, ale také se zde objevily programy Zdravé zoubky a Zdravá abeceda. Výsledky šetření prokázaly, co považují pedagogové za důležité v oblasti výchovy ke zdraví v mateřské škole, jsou to: nácvik hygieny a samoobsluhy dítěte, pravidelné pohybové aktivity, zdravá výživa, pravidelní denní režim, spánek nebo odpočinek po obědě, čištění zubů, vytváření přívětivého prostředí ve třídě, pobyt

venku, relaxační činnosti a spontánní aktivity. Tyto výsledky korespondují s Čepičkovou a kol. (2007), která tyto prvky výchovy ke zdraví také považuje za nezbytné pro podporu zdraví. Dále respondenti uvedli velice zajímavá témata realizovaná ve vztahu k výchově ke zdraví, která obsahovala všechny čtyři důležité oblasti výchovy ke zdraví (pohyb, výživu, psychickou pohodu dítěte a příjemné prostředí). Velice mě potěšilo, že se mezi těmito tématy také objevily oblasti alkoholu, kouření, drog a sexuality, které jsou důležité pro předcházení vzniku nežádoucího chování. Tato témata je důležité zařazovat již v předškolním věku, neboť se tak budou moci děti snáze vyhnout rizikům, která mohou ohrozit jejich zdraví. Jestliže tato témata pedagogové realizují, je zřejmé, že mají povědomí o nejzávažnějších rizicích, která ohrožují lidské zdraví, které zveřejnila např. Světová zdravotnická organizace a snaží se je zakomponovat do vzdělávacích nabídek a svých školních vzdělávacích programů.

Dále se pedagogové domnívají, že aby dítě bylo zdravé a zdatné, mělo by se denně věnovat nejčastěji běhání venku a pohybovým hrám a občas by mělo chodit plavat, účastnit se výletů a jezdit na kole, koloběžce a tříkolce.

Dále se ukázalo, že nejčastěji se děti při pobytu venku věnují spontánním činnostem a hrám (96,7 %), pohybovým aktivitám (86,7 %) a vycházce (70 %), zde byla částečně potvrzena má hypotéza, neboť jsem se domnívala, že 90 % respondentů uvede, že se děti venku věnují pohybovým hrám i spontánním činnostem. Pobyt venku v rámci pobytu dítěte v MŠ by měl být dlouhý cca 2 hodiny. Považuji za důležité, aby tento čas byl maximálně využit pro vlastní pohybové potřeby dětí, nejlépe kdyby se tyto činnosti uskutečňovaly např. na vlastní zahradě MŠ, hřišti, na louce nebo v lese (záleží na možnostech MŠ). Zároveň by tyto prostory měly splňovat veškerá bezpečnostní hlediska a jednotlivé učitelky by tato místa měly dobře znát, aby mohly odhadnout, kde bude potřeba jejich přítomnosti a popř. pomoci (např. náročnější prolézačky atd.).

Překvapilo mě, že pouze 33,3 % učitelů uvedlo, že mají děti volný přístup k tělovýchovnému náčiní a 26,7 % respondentů uvedlo, že občas děti přístup mají. Ve své hypotéze jsem předpokládala, že alespoň 60 % pedagogů bude podporovat individuální spontánní pohybové aktivity formou volného přístupu k náčiní. Domnívám se, že volný přístup k těmto věcem umožňuje dětem přirozeně rozvíjet fyzickou zdatnost a pohybové schopnosti a dovednosti, mateřská škola by měla dětem umožnit, i když někdy tomu bohužel brání prostorové uspořádání třídy a mateřské školy. I přesto si myslím, že by mělo vedení MŠ a učitelky zajistit

alespoň minimální herní prostor ve třídě pro tyto aktivity a zpřístupnit tak dětem např. různé velikosti míčů, obručí, stužky, překážky, kuželky, balanční prvky a další drobné náčiní, které by bylo skladné a dětem snadněji přístupné v době, kdy mají potřebu se věnovat činnostem tohoto charakteru.

V otázce pitného režimu při pobytu venku výsledky ankety vyvrátily mou hypotézu. Předpokládala jsem, že pouze 50 % respondentů bude řešit pitný režim dětí při pobytu venku a nikdo z respondentů si nevybral odpověď, že pitný režim dětem při pobytu venku nezajišťují. 16,7 % respondentů uvedlo, že si na zahradu nosí konvici s nápojem a označené hrnky dětí na podnose, dalších 16,7 % učitelů uvedlo, že pít si ven berou ve velké pet lahvi a děti pijí z plastových kelímků. Pedagogové píší, že při pobytu venku zajišťují pitný režim pouze v teplých dnech, v zimě nikoliv. 10 % učitelů uvádí, že pítí poskytují dětem pouze na zahradě a na vycházce nikoliv. Taktéž 10 % pedagogů říká, že si děti nosí své pítí v pet lahvičkách. Děti mají nápoje venku v konvicích, várnících, termoskách, pet lahvích, filtračních konvicích nebo barelech. 73,3 % respondentů uvedlo, že zabezpečují pitný režim dětem při pobytu venku. Myslím si, že učitelé mají dobré povědomí o potřebě dostatečného přísunu tekutin během celého dne a oceňují jejich různá řešení pitných režimů v MŠ. Ve svých odpovědích také učitelé upozornili na to, co popisují v podkapitole „Pohyb a hygiena dětí v MŠ“, že děti mají nižší práh pro pocit žízně a proto se musí dětem připomínat, aby se šly napít, také považují za nutné, aby si děti mohly pítí samy dolévat. Domnívám se, že je to potřeba hlavně pro rozvoj samostatnosti dítěte, ale také z organizačních důvodů, aby učitelka nemusela odbíhat od náročnějších činností, které s dětmi právě realizuje, když někdo bude zrovna potřebovat pít.

Estetičnost MŠ a její kladné působení na dítě je důležité pro 96,7 % respondentů, svými odpověďmi potvrdili mou hypotézu, ve které jsem se domnívala, že to takto bude nejméně z 90 %. Domnívám se, že je tomu tak zejména proto, že učitelé moc dobře vědí, že v příjemném prostředí se bude dítěti více líbit, bude se tam rádo vracet, snadněji se adaptovat a tím pádem i lépe spolupracovat.

Z celkového počtu respondentů pouze 70 % uvedlo, že podporují individualitu u dětí a 30 % učitelů uvedlo jen občas. Zde se nepotvrdila má hypotéza, domnívala jsem se, že otázka individuality bude kladná alespoň z 90 %. Myslím si, že je to opravdu málo, považují za důležité, aby si učitelé ve svých ŠVP PV vymezili, do jaké míry chtějí respektovat

individuální potřeby dětí, aby je potom zpětně mohli naplňovat, neboť jak může např. učitel chtít, aby dítě dokončilo danou činnost (jak ukládá RVP PV), ale zároveň podporovat jeho individualitu, když dítě řekne: „Já už nechci vystříhovat, chci si jít stavět s kostkami“. Je zapotřebí, aby toto bylo nějakým způsobem ve školních dokumentech ošetřeno.

Účastníci ankety nejčastěji v MŠ využívají skupinovou formu práce s dětmi, poté individuální a nejméně uplatňují frontální způsob práce. S tímto výsledkem jsem spokojená, neboť v současném pojetí předškolního vzdělávání (RVP PV) je právě upřednostňována individuální a skupinová forma práce. Zároveň ale některé činnosti probíhají frontálním způsobem, protože jsou pro děti natolik lákavé, že se jich účastní všichni, např. hudební a pohybové činnosti a hry organizované učitelkou.

V otázce uplatňovaného přístupu k dětem se pedagogové z 90 % shodli na kombinaci demokratického, liberálního a autoritativního pedagogického stylu.

Na základě výsledků obou dotazníků jsem došla k závěru, že úroveň výchovy ke zdraví realizovaná v mateřských školách jednotlivých respondentů je celkem dobrá, ovšem v některých oblastech by bylo dobré ještě ledacos vylepšit, a proto si myslím, že je důležité, aby se pedagogové touto problematikou zabývali, důkladně si ji rozpracovali ve svých ŠVP a nadále vyhledávali informace např. prostřednictvím různých školení k tématu výchovy ke zdraví v MŠ.

5 Závěry

Ve své diplomové práci jsem se snažila přiblížit problematiku výchovy ke zdraví a pojetí této výchovy v mateřských školách. Dále jsem chtěla zjistit, zda učitelky v mateřských školách rozumí užívaným pojmům a zda je také prakticky uplatňují.

Ve výzkumné části diplomové práce bylo prostřednictvím dvou dotazníků, které byly distribuovány předškolním pedagogům, zjištěno, že:

1. Pojem zdraví vnímají pedagogové komplexně jako celkovou pohodu organismu (93,3 %).
2. Pocit zdraví – čili pohoda - znamená pro učitele cítit se dobře fyzicky, psychicky i sociálně, mít dobrou náladu a radost ze života.
3. Zdraví v RVP PV vnímají předškolní pedagogové ve všech pěti vzdělávacích oblastech.
4. Mezi nejznámější programy podporující zdraví u předškolních dětí byly zařazeny: Zdravá mateřská škola, Zdravá abeceda, Zdravá výživa a Zdravé zoubky.
5. Pedagogové nejčastěji zahrnují do výchovy ke zdraví v MŠ: nácvik hygieny a samoobsluhy, pravidelné pohybové aktivity, zdravou výživu, pravidelný denní režim, spánek nebo odpočinek po obědě, čištění zubů, vytváření přívětivého prostředí třídy, pobyt venku, relaxační činnosti a spontánní aktivity dětí.
6. Mezi témata, která se realizují v MŠ ve vztahu ke zdraví, patří tato: Nemoc, Zdraví, Lékař, Zdravá výživa, Příroda, Tělo, Spánek, Sport, Oblečení, Záchranné složky, Rodina, Doprava, Kamarádství, Duševní pohoda, Prevence atd.
7. Předškolní dítě by podle respondentů mělo nejčastěji denně běhat venku a hrát pohybové hry. Děti v MŠ se denně při pobytu venku nejčastěji věnují spontánním hrám (96,7 %) a pohybovým aktivitám (86,7 %).
8. Pedagogové však umožňují dětem přístup k tělovýchovnému náčiní jen z 33,3 %.

9. Předškolní pedagogové vnímají pojem „zdravá strava“ jako vyváženou a pestrou stravu obsahující všechny potřebné složky (ovoce, zelenina, pitný režim, ryby, bílkoviny, celozrnné pečivo, luštěniny, mléko, ovesné vločky, pomazánky, atd.)
10. Mateřské školy se zabývají pitným režimem dětí při pobytu venku (73,3 %).
11. Učitelé si utvářejí pravidla třídy společně se svými dětmi (96,7 %).
12. Pedagogové nejčastěji uplatňují kombinace všech pedagogických přístupů k dítěti, vždy dle vzniklé situace (demokratický, liberální i autoritativní – 90 %).
13. Předškolní učitelé v žádném případě nenuťí dítě do jídla, pokud ho dítě odmítá jíst, snaží se ho motivovat, vysvětlit mu potřebu jídla a dávají dítěti volbu sníst jen některou část pokrmu (86,7 %).
14. Estetický vzhled třídy je pro pedagogy velice důležitý (96,7 %).
15. Pedagogové se snaží respektovat individuální potřeby dětí vždy ze 70 % a jen občas z 30 %.
16. Učitelé mateřských škol nejčastěji při své práci využívají skupinovou formu práce s dětmi, poté individuální a nejméně využívají frontální způsob práce.

Přála bych si, aby tato diplomová práce byla přínosem pro předškolní pedagogy, aby jim usnadňovala orientaci v problematice výchovy ke zdraví v MŠ. Zároveň se budu snažit o to, abych uplatnila poznatky, které jsem získala při psaní diplomové práce při své práci učitelky a přispěla tak k tomu, aby naše mateřská škola byla zdravá.

6 Použitá literatura a informační zdroje

Literatura:

1. BRTNOVÁ-ČEPIČKOVÁ, I.; KUBÁTOVÁ, D. (Eds.). *Kapitoly z předškolní pedagogiky III*. Ústí nad Labem : UJEP, 2007. ISBN: 978-80-7044-941-7.
2. BRTNOVÁ-ČEPIČKOVÁ, I.; ŠIKULOVÁ, R.; WEDLICHOVÁ, I. (Eds.). *Kapitoly z předškolní pedagogiky I*. Ústí nad Labem : UJEP, 2005. ISBN: 80-7044-685-4.
3. DIEHL, H.; LUDINGTONOVÁ, A.; PRIBIŠ, P. *Síla zdraví*. Praha : Advent-Orion, 2009. ISBN 978-80-7172-093-5.
4. DVOŘÁKOVÁ, H. Rozvoj osobnosti pohybem. *Informatorium 3 – 8*, 2001, roč. 8, č. 4, s. 10 – 11. ISSN1210-7506.
5. FRAŇKOVÁ, S.; DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha : Karolinum, 2003. ISBN: 80-246-0548-1.
6. GILLERNOVÁ, I.; MERTIN, V. (Eds.). *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha : Portál, 2003. ISBN: 80-7178-799-X.
7. HANOUSKOVÁ, M. Pitný režim dětí v předškolním věku. *Informatorium 3 – 8*, 2005, roč. 12, č. 7, s. 16 – 17. ISSN 1210-7506.
8. ILLKOVÁ, O. Spotřební koš a zdravé potraviny. *Informatorium 3 – 8*, 2007, roč. 14, č. 4, s. 16 – 17. ISSN 1210-7506.
9. ILLKOVÁ, O. Svačinky v mateřské škole. *Informatorium 3 – 8*, 2007, roč. 14, č. 6, s. 14. ISSN 1210-7506.
10. ILLKOVÁ, O. Jak zajistit kvalitu stravování. *Informatorium 3 – 8*, 2007, roč. 14, č. 7, s. 16 – 17. ISSN 1210-7506.
11. JUCOVIČOVÁ, D.; ŽÁČKOVÁ, H. *Relaxace nejen pro děti s LMD*. Praha : D & H, 2000.
12. KANTOR, M. *Výchova ke zdraví*. Plzeň : PedF ZČU, 1994. ISBN: 80-7043-113-X.
13. KLEMENTA, J.; MACHOVÁ, J.; MARÁDOVÁ, E. (Eds.). *Výchova ke zdravému životnímu stylu : základy sexuální výchovy*. Praha : Pedagogická fakulta UK, 1998. ISBN 80-86039-63-3.
14. KOPŘIVA, P. *Naše mateřská škola na cestě ke zdraví : druhá část modelového projektu Zdravá mateřská škola*. Kroměříž : Spirála, 1996. ISBN: 80-901873-2-3.
15. KOŤÁTKOVÁ, S. Aspekty školního klimatu a prezentace MŠ. *Informatorium 3 – 8*, 2004, roč. 11, č. 6, s. 8 – 9. ISSN 1210-7506.

16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2003. ISBN: 80-7178-774-4.
17. KUČERA, M. Děti potřebují pohyb. *Informatorium 3 – 8*, 1999, roč. 6, č. 3., s. 8 – 9. ISSN 1270-7506.
18. MACHOVÁ, J. *Biologie pro učitele*. Praha : Karolinum, 2005. ISBN: 80-7184-867-0.
19. MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. (Eds.). *Výchova ke zdraví*. Praha : Grada, 2009. ISBN : 978-80-247-2715-8.
20. MUŽÍK, V.; KREJČÍ, M. *Tělesná výchova a zdraví*. Olomouc : Hanex, 1997. ISBN: 80-85783-17-7.
21. POLÁŠKOVÁ, Z. Předplavecká příprava má v MŠ své místo. *Informatorium 3 – 8*, 2006, roč. 13, č. 5, s. 12. ISSN 1210-7506.
22. RAŠKOVÁ, M. Pohledy na sexuální výchovu dětí. *Informatorium 3 – 8*, 2004, roč. 11, č. 5, s. 12 – 14. ISSN 1210-7506.
23. SLEPIČKOVÁ, I. *Sport a volný čas*. Praha : Karolinum, 2000. ISBN: 80-246-0044-7.
24. SVOBODOVÁ, E. Cesty ke zdraví. *Informatorium 3 – 8*, 2000, roč. 7, č. 10, s. 8 – 9. ISSN 1210-7506.
25. SYSLOVÁ, V. Dodržujeme zásady pohybu dětí? *Informatorium 3 – 8*, 2006, roč. 13, č. 3, s. 15. ISSN 1270-7506.
26. ŠIKULOVÁ, R. (Eds.) *Kapitoly z předškolní pedagogiky II*. Ústí nad Labem : Univerzita J. E. Purkyně, 2006. ISBN 80-7044-825-3.
27. ŠPAČKOVÁ, R. Cesty ke zdraví. *Informatorium 3 – 8*, 2001, roč. 8, č. 8, s. 10 – 11. ISSN 1210-7506.
28. ŠPAČKOVÁ, R. Zdravé zoubky. *Informatorium 3 – 8*, 2003, roč. 10, č. 9, s. 11. ISSN 1210-7506.
29. ŠVEC, F. *Člověk a prostředí*. Praha : Avicenum, 1982. ISBN: 08-035-82.
30. TĚTHALOVÁ, M. Aby zoubky nebolely. *Informatorium 3 – 8*, 2010, roč. 17, č. 6, s. 20 – 21. ISSN 1210-7506.
31. TĚTHALOVÁ, M. Protidrogová prevence začíná už ve školce. *Informatorium 3 – 8*, 2011, roč. 18, č. 1, s. 20 – 21. ISSN 1210-7506.

Další informační zdroje:

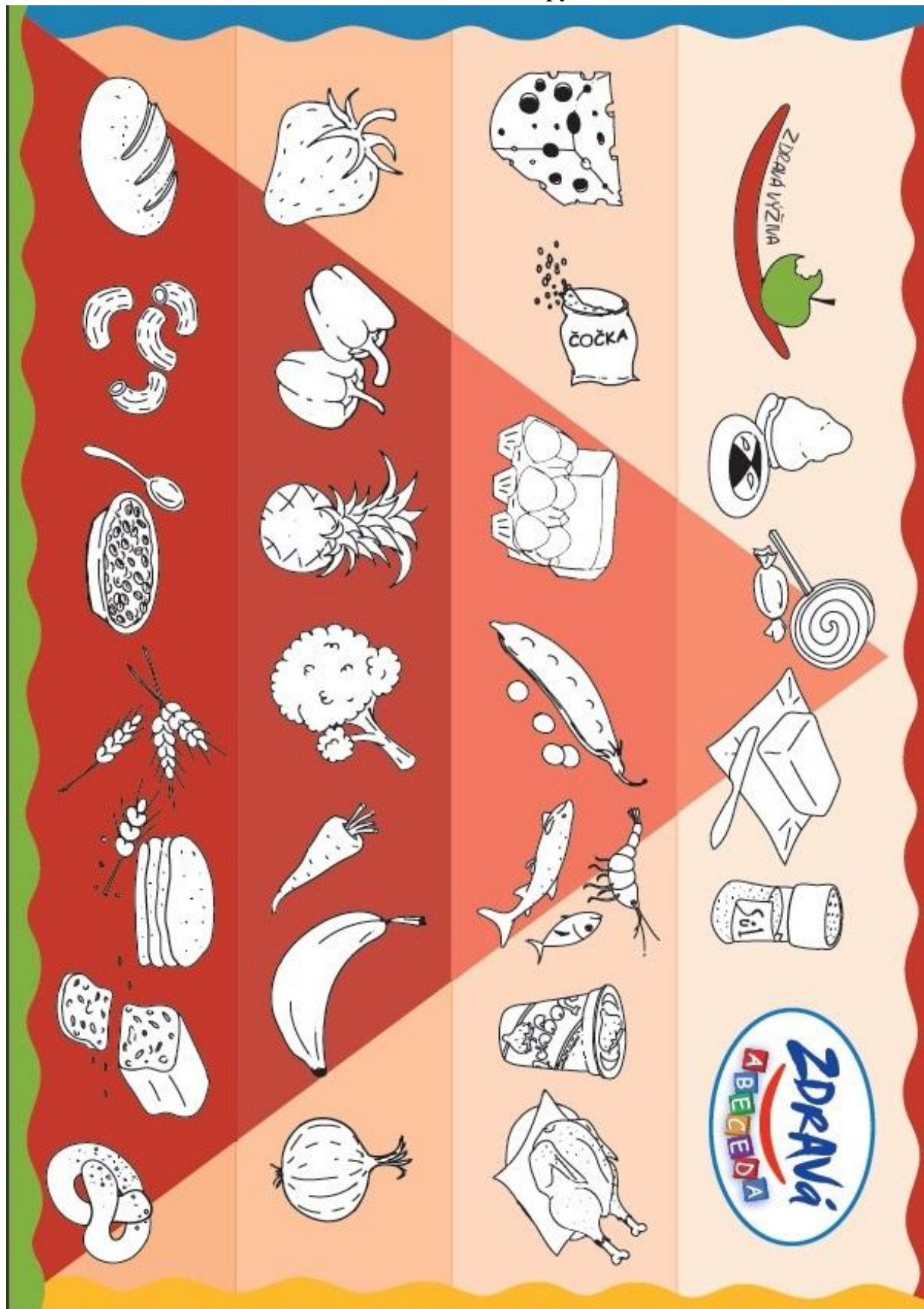
1. HiT summary : Česká republika. In *Health Systems in Transition* [online]. 2006 [cit. 2010-10-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.who.cz/PDF/Czech-summary%20HiT%20cz.pdf>>.

2. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání* [online]. Praha : Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2004 [cit. 2010-10-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/Files/DOC/MJRVPPVdoVestnikupokorekture2.doc>>. ISBN 80-87000-00-5.
3. *Wikipedie - otevřená encyklopedie* [online]. 16. 9. 2010 [cit. 2010-10-10]. Zdravotní péče. Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De>.
4. *World Health Organization : Kancelář v české republice* [online]. 2007, 2007 [cit. 2010-10-07]. Světová zdravotnická organizace. Dostupné na WWW: <<http://www.who.cz/zaklinf.htm>>.
5. *Zdravá abeceda : Metodika programu* [online]. 2010 [cit. 2010-10-20]. Kompetence předškolních dětí podle Zdravé abecedy. Dostupné na WWW: <<http://www.zdrava-abeceda.cz/>>.
6. *Zdravá abeceda : Program pro výchovu ke zdravému životnímu stylu v mateřských školách.* [online]. 2010 [cit. 2010-10-21]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdrava-abeceda.cz/materialy-ke-stazeni/category/4-metodick-materily.html?download=11%3Abrozura-pro-rodie>>.
7. *Zdraví 21 : Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. Praha : [s.n.], 2002 [cit. 2010-10-17]. Dostupné na WWW: <http://aplikace.msmt.cz/HTM/1046zdravi21cil1_9str1_56.htm>.
8. *Zdraví 21 : Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. Praha : [s.n.], 2002 [cit. 2010-10-17]. Dostupné na WWW: <http://aplikace.msmt.cz/HTM/1046zdravi21cil10_21str56_116.htm>.
9. *Zdraví 21 : Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace* [online]. Praha : [s.n.], 2000 [cit. 2010-10-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>>.
10. *Zdravý zoubek* [online]. 2007, 2007 [cit. 2010-10-21]. Hygiena dutiny ústní. Dostupné na WWW: <<http://zdravyzoubek.cz/hygiena.html>>.

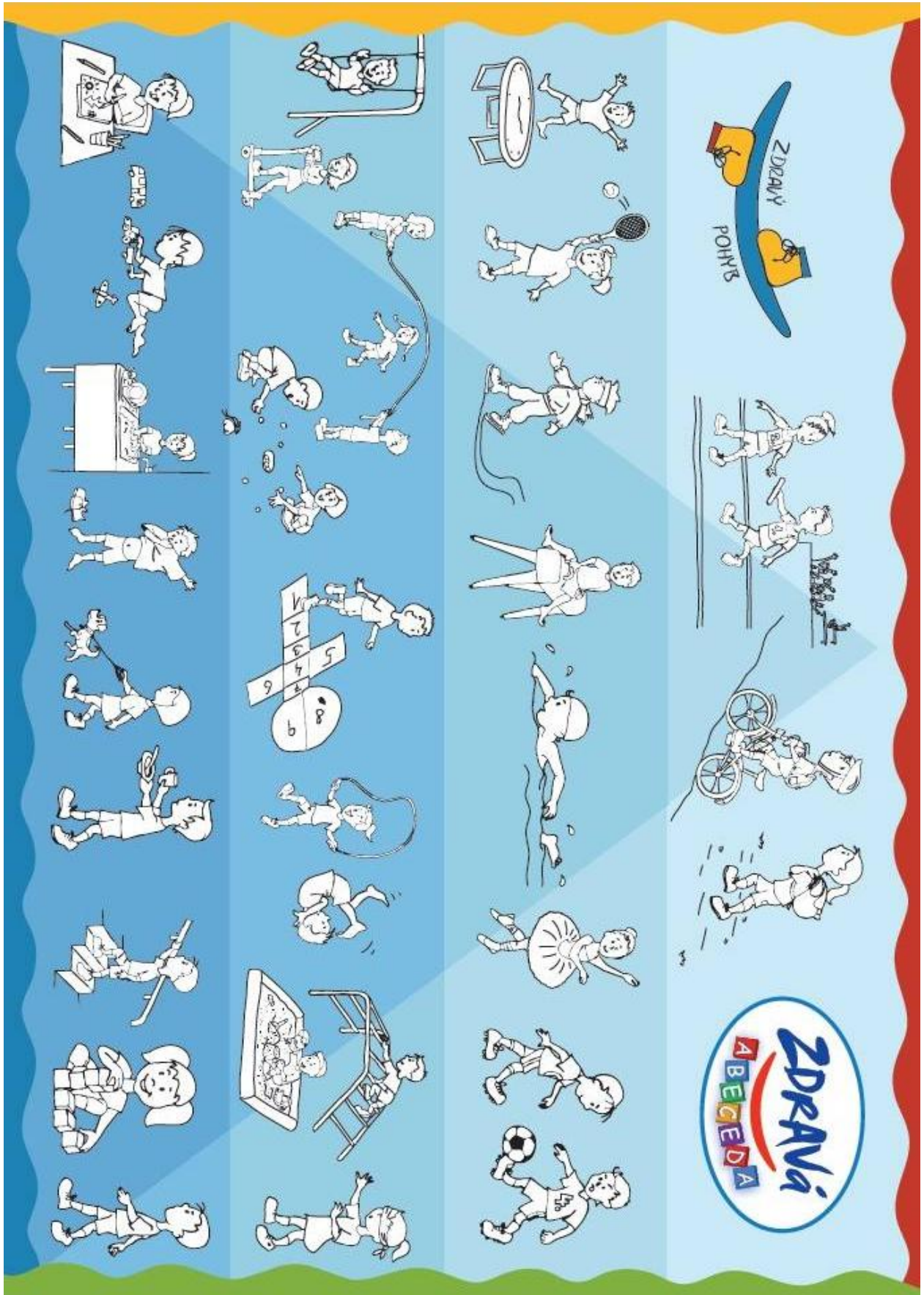
7 Přílohy

1. Potravinová pyramida
2. Pyramida zdravého pohybu
3. Pyramida zdravého prostředí
4. Dotazník č. 1
5. Dotazník č. 2

Příloha č. 1 – Potravinová pyramida



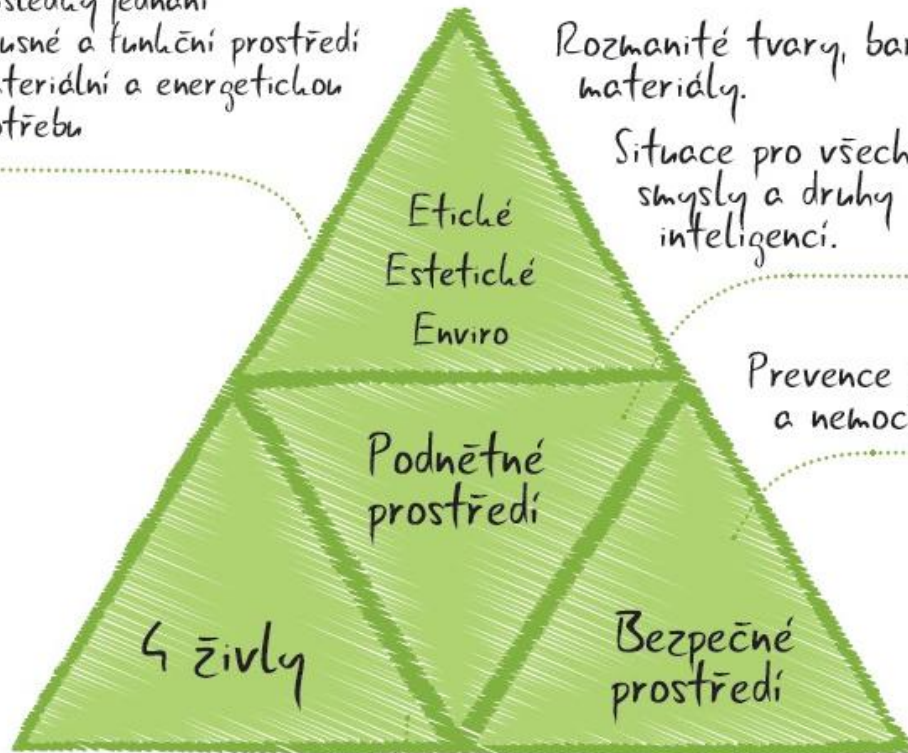
Příloha č. 2 – Pyramida zdravého pohybu



Příloha č. 3 – Pyramida zdravého prostředí

Odpovědnost za:

- důsledky jednání
- vlnsné a funkční prostředí
- materiální a energetickou spotřebu



Rozmanité tvary, barvy, materiály.

Situace pro všechny smysly a druhy inteligencí.

Prevence úrazů a nemocí, hygiena

Oheň, voda, země, vzduch v různých podobách

Příloha č. 4 – Dotazník č. 1

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Gondeková, jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze – obor Pedagogika předškolního věku a ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění mého dotazníku k diplomové práci „Pojetí výchovy ke zdraví v mateřské škole“, která se bude zabývat jednotlivými oblastmi podporující zdravý vývoj dítěte v předškolním období.

Prosím Vaše odpovědi kroužkujte, nebo dopište slovem, pokud Vaši odpověď v nabídce nenaleznete.

Za Vaši laskavost a Váš čas strávený nad tímto dotazníkem předem děkuji.

Dotazník je anonymní.

Bc. Michaela Gondeková

1. Jste muž – žena?
2. Jak dlouho pracujete v mateřské škole?
 - 1 – 4 roky • 5 – 10 let • 11 – 20 let • více jak 20 let
3. Jaké je vaše vzdělání?
 - SPgŠ • VOŠ (pedagogický směr) • VŠ (pedagogický obor)
 - jiné.....
4. Kde se nachází vaše mateřská škola?
 - město • vesnice
5. Co podle Vás znamená pojem „ZDRAVÍ“?
 - nepřítomnost nemoci • celková pohoda organismu
6. Co pro Vás osobně znamená „ZDRAVÍ“?
.....
7. Domníváte se, že vaše mateřská škola poskytuje dětem správnou výchovu ke zdraví?
 - ano • ne • nevím
8. Do jaké vzdělávací oblasti RVP PV byste zařadili výchovu ke zdraví? (můžete zakroužkovat více možností)
 - dítě a jeho tělo • dítě a jeho psychika • dítě a ten druhý
 - dítě a společnost • dítě a svět • všechny oblasti
9. Znáte nějaký podporující program výchovy ke zdraví určený pro MŠ?
 - ano • ne • pokud ano jaký?
10. Absolvovali jste nějaký vzdělávací kurz zaměřený na výchovu ke zdraví?
 - ano • ne

11. Pokud ano, jaký a kde? Popř. kým byl pořádán.

.....
.....

12. Co by podle Vás měla zahrnovat výchova ke zdraví v mateřské škole?

- nácvik hygieny a samoobsluhy u dětí • pravidelný denní režim
- spánek/odpočinek po obědě • počítačové hry • hra na zobcovou flétnu
- dostatek kroužků v MŠ • pravidelné pohybové aktivity • čištění zubů
- zdravá výživa • grafomotorická cvičení • spontánní aktivity
- příprava na vstup do 1. tř. ZŠ • vytváření přívětivého prostředí třídy
- logopedická prevence • předplavecký výcvik • pobyt venku
- výtvarné činnosti • třídění odpadu • relaxační činnosti • heterogenní třídy

13. Jakým způsobem realizujete výchovu ke zdraví v mateřské škole?

.....
.....
.....

14. Jaká témata s dětmi v MŠ realizujete ve vztahu k výchově ke zdraví? (např. U lékaře atd.) vypište prosím

.....
.....
.....

Příloha č. 5 – Dotazník č. 2

1. Co si myslíte, že je nutné z hlediska pohybu pro dítě, aby bylo zdatné a zdravé?

- běhat venku	• denně	• obden	• občas
- hrát pohybové hry	• denně	• obden	• občas
- chodit plavat	• denně	• obden	• občas
- společně relaxovat	• denně	• obden	• občas
- provádět zdravotní cvičení	• denně	• obden	• občas
- cvičení s náčiním a náradím	• denně	• obden	• občas
- manipulační a konstruktivní čin.	• denně	• obden	• občas
- výlety	• denně	• obden	• občas
- jezdit na kole, tříkolce, koloběžce	• denně	• obden	• občas
2. Mají děti ve vaší MŠ volný přístup k tělovýchovnému náčiní?
• ano • občas • ne
3. Jakým aktivitám a jak často se věnují děti z vaší MŠ při pobytu venku?

- vycházka	• denně	• obden	• občas	• nikdy
- pohybové aktivity	• denně	• obden	• občas	• nikdy
- hry na hřišti	• denně	• obden	• občas	• nikdy
- spontánní hry dětí	• denně	• obden	• občas	• nikdy
- jiné dopište				
4. Co si představujete pod pojmem „zdravá strava“, dopište prosím.
.....
.....
5. Stravujete se společně s dětmi?
• ano • občas • ne
6. Jak je u Vás řešen pitný režim dětí, jak často děti pijí?
.....
.....
.....
7. Mají děti zajištěn pitný režim i při pobytu venku? Pokud ano jakým způsobem?
• ano • občas • ne
.....
8. Utváříte si společně s dětmi pravidla pro svou třídu?

- ano • ne

9. Jaký upřednostňujete přístup k dítěti?

- demokratický • liberální • autoritativní • jejich kombinace, dle situace

10. Jak řešíte situaci, když dítě odmítá jíst? Dopište prosím.

.....
.....

11. Je pro Vás důležité estetické působení třídy?

- ano • občas • ne

12. V čem vidíte přínos kladného působení prostředí na dítě?

.....

13. Mohou děti rozhodovat o svých činnostech a podporujete u dětí jejich individualitu?

- ano • občas • ne

14. Jaký způsob práce nejčastěji s dětmi uplatňujete?

- frontální (všichni společně) • skupinový • individuální