

VÝCHOVA K ZDRAVIU VO VYJADRENÍ RESPONDENTOV ZO ŠKOLSKÉHO PROSTREDIA V NITRIANSKOM A PREŠOVSKOM KRAJI

Miroslava LÍŠKOVÁ

Abstrakt: *V súčasnej filozofii človeka ako bio-psycho-sociálnej bytosti sa stretávame s výchovou k zdraviu ako dôležitým faktorom v prospech podpory zdravia jednotlivcov aj spoločnosti. Výchova k zdraviu je definovaná s akcentom na aktívny prístup, motiváciu a multidisciplinárnosť. Zisťovali sme názory 445 respondentov zo školského prostredia 6. ročník základnej školy a 3. ročník gymnázia v Nitrianskom a Prešovskom kraji na oblasť výchovy k zdraviu, zameranie programov zdravia. Použité metódy boli dotazník, a matematicko-štatistické, Studentov t-test v programe SPSS 11 pre Windows. Výskum sme realizovali v roku 2007. Z výskumu vyplýva, že výchova k zdraviu patrí k prioritám spoločnosti. Bol potvrdený aktívny prístup k prevencii a zodpovednosti za zdravie. Postavenie zdravia ako hodnoty číslo jeden sme zaznamenali u viac ako polovici respondentov. Výraznejšie nedostatky boli v informovanosti o programoch zdravia. Programy zdravia sú podľa respondentov zamerané na deti, seniorov a riešia problematiku pohybu, výživy, prevencie onkologických ochorení a eliminácie stresu.*

Kľúčové slová: *výchova k zdraviu, zdravie, filozofia zdravia, zdravotné uvedomenie, podpora zdravia, ošetrovatel'stvo, sestra*

Výchova k zdraviu je jednou z oblastí výchovy, je centrom pozornosti vzdelávacích kurikul a úzko súvisí so zdravotníctvom. Výchova k zdraviu alebo zdravotná výchova? Polemika o tom, či je vhodnejšie používať jeden alebo druhý pojem, vznikla vďaka anglickému prekladu. V literatúre nájdeme niekoľko pohľadov a terminologické vyjadrenie zdravotnej výchovy. „Vedomé vytváranie príležitostí, zamerané na získanie vedomostí uľahčujúcich zmeny v zdravotnom správaní“ (WHO, 1999). Beniak (1993) prezentuje ďalšiu definíciu WHO „... je zdravotná výchova špeciálny odbor lekárskeho vied a zdravotníctva, ktorého cieľom je vštepovať vedomosti a rozvíjať konanie zamerané na zachovanie zdravia jednotlivcov i populačných skupín spoločnosti.“ Akcent na ovplyvnenie je v nasledujúcej definícii: „Zdravotná výchova je cieľavedomé, zámerné a systematické ovplyvňovanie žiakov pedagogickými prostriedkami s cieľom zvýšiť úroveň vedomostí, ovplyvňovať ich postoje a navodiť v každodennom živote také správanie, aby boli zdraví a aby mohli plne rozvíjať svoj telesný, duševný, sociálny potenciál“ (Broniš, 1995). Závodná

(2002) s ohľadom najmä na prácu zdravotníkov, uvádza: „Zdravotná výchova je mnohostranná vzdelávacia a výchovná činnosť zameraná na utváranie uvedomeného a zodpovedného konania človeka so zreteľom na podporu, zachovanie a udržanie zdravia. Zdravotná výchova ovplyvňuje vedomosti, postoje, presvedčenie, motiváciu a správanie človeka z hľadiska zdravia a choroby a je súčasťou tak celkového vzdelávania a výchovy, ako aj toho-ktorého systému zdravotnej starostlivosti“. Akcent na zlepšenie zdravia populácie vyjadruje: „Zdravotná výchova je súčasť úsilia o podporu zdravia a zlepšenie zdravotného stavu súčasnej populácie“ (Průcha-Walterová- Mareš, 2003). Payne (2005) pod zdravotnou výchovou rozumie „... podporu všetkých komponentov zdravia jednotlivca, teda stav nielen fyzickej, ale aj mentálnej a sociálnej pohody.“ Stále častejšie sa stretávame s pojmom *výchova k zdraviu*, aj Liba (2000) používa pojem *výchova k zdraviu* ako determinant prevencie, prostriedok optimalizácie výkonnosti, morfolologickej, funkčnej a psychickej rovnováhy organizmu. Tvrdí, že zdravotná výchova predstavuje biologizujúce poňatie zdravia a výchova k zdraviu širšiu oblasť pôsobenia. Cieľ výchovy k zdraviu vidí vo vytvorení vzťahov, postojov a následného pozitívneho správania k vlastnému zdraviu a zdraviu iných ako hodnote, ktorá je predpokladom plnohodnotného života. V 80-tych rokoch minulého storočia bola zdravotná výchova definovaná ako zodpovedné využívanie predovšetkým zdravotných informácií. Dnes je však zdravotná výchova vnímaná ako proces zameraný predovšetkým na zmenu správania. Z uvedeného vyplýva, že výchova k zdraviu a zdravotná výchova sú totožné procesy. Možno to dokumentovať porovnaním obsahových tém výchovy k zdraviu Libu (2000) a obsahových domén zdravotnej výchovy Wiegerovej (2005).

Obsahové témy výchovy k zdraviu podľa Libu (2000):

1. Aktuálny zdravotný stav populácie a vývojové trendy detí,
2. Základné znalosti o cieľoch, úlohách, obsahu, formách a metódach primárnej prevencie,
3. Základné znalosti o správnej výžive,
4. Základné znalosti o hygiene prostredia, kvalite výživy,
5. Racionálne využívanie voľného času,
6. Základné znalosti o štruktúre a obsahu pohybového režimu,
7. Základné znalosti o primárnej prevencii drogových závislostí,
8. Výchova k ochrane a starostlivosti o prírodu,
9. Efektívna komunikácia a vyjadrovanie,
10. Socializácia,
11. Výchova k partnerstvu, manželstvu a rodičovstvu,
12. Bezpečné správanie, dopravná disciplína.

Obsahové domény zdravotnej výchovy podľa Wiegerovej (2005):

1. Zdravie upevňujúca životospráva,
2. Užívanie a zneužívanie liekov a drog,
3. Sexualita a zdravie,
4. Výchova k ochrane a bezpečnosti zdravia pri práci,
5. Sociálne aspekty zdravia, život v komunite, štáte,
6. Výchova k rodinnému životu, rodina a jej vzťahy, voľný čas v rodine,

7. Cvičenie pre zdravie,
8. Starostlivosť o osobné zdravie,
9. Enviromentálne aspekty zdravia,
10. Psychologické aspekty zdravia.

Obe obsahové štruktúry dôsledne rešpektujú bio-psycho-sociálnu rovinu zdravia, ktorá sa často používa ako argument v prospech výchovy k zdraviu. Je možno používať oba termíny. Výchova k zdraviu však evokuje viac aktívneho prístupu zo strany „vychovávaného“ a určitý prvok nového a progresívneho.

Pojem výchova k zdraviu a pojem podpora zdravia nie sú totožné po obsahovej ani realizačnej stránke. Podpora zdravia je celospoločenským procesom, v ktorom má výchova svoje výrazné miesto, ale aj vo výchove má svoje miesto podpora zdravia.

Zdravotná výchova má za úlohu zvýšiť zdravotné uvedomenie obyvateľov zdravých i chorých. **Zdravotné uvedomenie** je predovšetkým určitý stupeň vedomostí súvisiacich so zdravím, je výrazom vzťahu jedinca a spoločnosti k individuálnej a spoločenskej ochrane zdravia premietnuté v konkrétnom konaní. *„Zdravotné uvedomenie ako súčasť zdravotnej kultúry predstavuje súbor subjektívnych faktorov, ktoré sa utvárajú v rámci vzdelania, výchovy, kultúry, tradície, svetového názoru, náboženstva a politického presvedčenia“* (Závodná, 2005). Formovanie zdravotného uvedomenia podmieňujú faktory subjektívne (typ vyššej nervovej sústavy, genetická súvislosť, regulačné mechanizmy, morálka, charakter, vzdelanie, vôľové vlastnosti osobnosti) a objektívne (prírodné, sociálne, ekonomické, spirituálne prostredie). Proces zdravotného uvedomovania je ovplyvnený kvalitou informácií, motiváciou, komunikáciou, spôsobom presvedčania, procesom rozhodovania, dodržiavaním žiaduceho správania. Uvedomelé správanie jedincov vo vzťahu k zdraviu si vyžaduje vhodné podmienky na rozvoj pozitívnych oblastí života. U ľudí má výchova k zdraviu vyvolať potrebu starať sa o svoje zdravie a zdravie svojich detí a blízkych, alebo vzdialených spoluobyvateľov, spolupracovníkov.

Podpora zdravia znamená uvedomenie si potreby kontroly nad svojim zdravotným stavom a jeho zlepšenie. Znamená, že jednotlivec, ale aj skupina, rodina si snaží zvýšiť vedomosti o tom, čo jej slúži k udržaniu zdravia svojich detí, rodičov, širšej rodiny ale aj spoločnosti, v domácnosti, v okolí, v práci, v škole. Spoločnosť v rámci podpory zdravia si dáva za cieľ dosiahnuť zdravší spôsob života bez rizík a so stálou pamäťou na pevné zdravie, preto navrhuje programy zdravej výživy, zvýšenia fyzického telesného pohybu, schopnosti zbavovania sa stresov, udržiavania primeranej telesnej hmotnosti, života bez zlozvykov a návykových látok, zdravých rodinných vzťahov, života bez pohlavne prenášaných chorôb, znižovanie výskytu masovo sa vyskytujúcich neinfekčných chorôb, ale aj zvyšovanie kvalitného života v každom veku (Kaplun, Erbe, 1990, Lehtinen, 2004).

Ochrana a posilňovanie zdravia ako súčasť životného a pracovného prostredia sa nezaobíde bez aktívneho, iniciatívneho a sústavného dobrovoľného konania ľudí v prospech uchovania, podpory a posilňovania zdravia. Súhrn výchovno-vzdelávacích aktivít zameraných na formovanie vedomostí, postojov a konania občanov smerujúcich k podpore zdravia, jeho upevneniu či obnoveniu predstavuje zdravotná výchova. Jej bezprostrednou úlohou je zvyšovať zdravotné uvedomenie obyvateľstva, a tým dosiahnuť jeho vyššiu aktivitu a angažovanosť v starostlivosti o zdravie.

Medzi základné úlohy výchovy k zdraviu patrí presvedčanie človeka, aby prijímal rozhodnutia zamerané na zlepšenie individuálneho i kolektívneho zdravia, aby si osvojoval zdravý spôsob života a dodržiaval ho a aby rozumne a uvážlivo využíval dané zdravotnícke služby. Úlohy výchovy k zdraviu obyvateľstva plnia všetky zdravotnícke zariadenia a ich zdravotníci v úzkej spolupráci s rodinou, školou, hospodárskymi a spoločenskými organizáciami ako neoddeliteľnú súčasť každodennej činnosti (Rovný et al., 1995, Bielsky, 1996). „*Výchova k zdraviu je teda komplexný pojem, charakterizovaný v prvom rade danosťami interdisciplinárneho medicínskeho odboru, ale zároveň akceptujúcim rovnu medicínsko-andragogicko-pedagogickú ako aj rovnu výchovo-vzdelávacej osvetovej činnosti, zameranej na aktívny postoj k zdraviu, zvyšovanie zdravotného uvedomenia a zdravotných poznatkov, rozširovanie starostlivosti o zdravý spôsob života ľudí a tvorbu zdravého životného prostredia s cieľom zvyšovať kvalitu života. Svetová zdravotnícka organizácia definuje výchovu k zdraviu ako špeciálny odbor lekárskeho vied a zdravotníctva, ktorého cieľom je utvárať vedomosti a rozvíjať konanie zamerané na zachovanie zdravia jednotlivcov i populačných skupín spoločností*“ (Hegyí et al., 2004). Podľa Baškovej (2009) má výchova k zdraviu interdisciplinárny charakter s ambíciou rozširovať vedomosti, formovať návyky a postoje zamerané na ochranu a podporu zdravia celospoločenského charakteru. Výchova k zdraviu je dôležitou súčasťou ošetrovateľstva. Podľa Závodnej (2002) je jej predmetom štúdium zdravotného stavu a vývoja vedomostí, postojov, motívácií a konania jednotlivcov v individuálnej a kolektívnej ochrane zdravia a tiež skúmanie vplyvu prostredia na zdravotné uvedomenie ľudí z rôznych sociálnych podmienok. Rozsah výchovy k zdraviu je široký a možno ho kategorizovať do 7 dimenzií:

1. Zaoberá sa celým človekom a zahŕňa fyzické, duševné, sociálne, emocionálne, duchovné a spoločenské aspekty.
2. Je celoživotným procesom, ktorý trvá od narodenia po smrť a pomáha ľuďom meniť sa a prispôbovať počas zdravia a choroby.
3. Zameriava sa na ľudí v každom štádiu zdravia a choroby, prípadne postihnutia s cieľom maximalizovať ich potenciál pre zdravý život.
4. Zameraná je na jednotlivcov, rodiny, skupiny a komunity.
5. Vedie ľudí k tomu, aby si vedeli sami pomôcť a aby akceptovali zdravšie voľby.
6. Obsahuje formálnu a neformálnu výučbu a učenie sa s využitím škály metód.
7. Má celý rad cieľov, vrátane poskytovania informácií, zmeny postojov správania a sociálnej zmeny (Lemon, 1997).

Cieľ v intenciách vedomosť (knowledge) – postoj (attitude) – správanie (behavior) úzko súvisí s aktuálnou determináciou zdravia všeobecne. V tejto súvislosti sú: kognitívne ciele zamerané na poskytovanie informácií, vysvetľovanie, aby si klient-pacient zlepšil vedomosti, afektívne ciele sústredené na postoje, presvedčenie, utváranie hodnotenia, názoru, majú emocionálne podporiť klienta-pacienta, ciele behaviorálne zamerané na získanie istých spôsobilostí a zručností. „*Pri uplatňovaní cieľov v praxi ide spravidla o kombináciu viacerých cieľov. Treba si uvedomiť, že dosiahnutie jedného cieľa nemusí znamenať posun k ďalšiemu cieľu, dôležitá je aj primeranosť stanovenia cieľa pre klienta-pacienta*“ (Závodná, 2002).

Výchova k zdraviu v systéme vzdelávania sestier

Filozofiu zdravia chápeme ako filozofiu života a postoja k nemu a tiež aktívnu účasť na ňom. Predstavuje stav harmónie tela a duše vlastným pričinením, využitím psychických, vôľových, charakterových a biologických daností človeka. Znamená to, prevziať **zodpovednosť za svoje zdravie**. Tento model zdôrazňujúci vlastnú aktivitu jedinca si vyžaduje zmeny nielen v myslení sestier a ostatných zdravotníkov, ale tiež v myslení ľudí – laikov, ktorí si ani dnes ešte neuvedomujú, že vlastným správaním a konaním si určité zdravotné problémy zapríčiňujú sami. Otázky životného štýlu nadobúdajú charakter vedomej prevencie výrazne sa podieľajúcej na zdraví. Rozvíjaním filozofie zdravia je nutné podporiť myšlienku, že ošetrovateľstvo je disciplína, ktorá sa zaoberá ako starostlivosťou o chorých, tak stále viac aj starostlivosťou o zdravie a prevenciu. Významnú úlohu má zdravotno-výchovné pôsobenie s cieľom poskytnúť adekvátne odborné informácie, pomoc a rady. „*Starostlivosť o vlastné zdravie má aj spoločenskú, ekonomickú a etickú hodnotu*“ (Závodná, 2002). Signifikantný je príklad samotnej sestry, ktorá zodpovedne koná v záujme zachovania a podpory vlastného zdravia. Ošetrovateľstvo je predsa vedou a umením zároveň.

Ošetrovateľstvo aplikuje rôzne princípy (fyziologické, psychologické, sociálne, spirituálne, kultúrne – multikultúrne) pri poskytovaní starostlivosti jedincovi, rodine, komunite v podpore a ochrane ich zdravia. Ošetrovateľstvo je v **ochrane zdravia** zamerané na človeka v priebehu života, v niektorom vývinovom období v kontinuite dvoch dimenzií zdravie – choroba.

Vzdelávanie v ošetrovateľstve v minulosti i v súčasnosti prechádza neustálymi zmenami. V tradičnej príprave sestier sa dôraz kládol na technické zručnosti, klinické aspekty v ošetrovaní, ochorenie a patológiu. Minimálny priestor bol venovaný problematike zdravia a faktorom, ktoré ho zabezpečujú. Vzhľadom na uvedený cieľ a funkcie ošetrovateľstva sa žiada aj nový pohľad, koncepcia a obsah kurikúl vo vzdelávaní sestier, ktoré sa v súčasnej dobe realizuje vo forme bakalárskych, príp. magisterských programov na vysokoškolskej pôde. Akademizácia sesterského vzdelávania znamená rozvoj ošetrovateľstva aj v týchto atribútoch a smerovaniach. Výchova a vzdelávanie sestier sa orientuje stále viac na zdravého človeka, prevenciu ochorení, udržiavanie a podporu zdravia. Sestre teda prináleží starostlivosť o zdravie ako základnú ľudskú potrebu. **Podpora zdravia** znamená proces, ktorý umožňuje zdravému jedincovi kontrolu tých faktorov, ktoré ovplyvňujú zdravie a jeho udržanie.

„*Výchova a vzdelávanie pacientov/klientov zahŕňa zistenie individuálnych vedomostí a zručností k udržaniu a obnove zdravia, prípravu a poskytovanie informácií na primeranej úrovni, organizovanie výchovných a vzdelávacích akcií a ich vyhodnocovanie, pomoc sestrám získať nové vedomosti a zručnosti. Ciele ošetrovateľstva v zameraní na zdravie majú pomáhať jednotlivcovi, rodine, skupinám a komunitám dosiahnuť telesné, duševné a sociálne zdravie a pohodu v súlade s ich sociálnym a ekologickým prostredím, podporiť ich pozitívne zdravie a podporovať človeka ako aktívneho účastníka starostlivosti o vlastné zdravie, ktorý je týmto smerom vzdelaný, poučený a ochotný sa o svoje zdravie starať, maximalizovať ľudský potenciál v starostlivosti o seba samého a vykonávať prevenciu ochorení*“ (Študijné programy neučiteľských študijných odborov, 2002).

Multidisciplinárne vzdelávanie v ošetrovatelstve pripravuje sestry aj na podporu komunitného zdravia. Študenti získavajú zručnosti pri ochrane, podpore zdravia, zmierňovaní utrpenia vo vybraných zdravotníckych zariadeniach. Je nutné, aby sa naučili jednať eticky, empaticky, ale pritom vysoko odborne a profesionálne, aby preukázali komunikačné zručnosti, osobnú, emočnú a sociálnu inteligenciu. Absolvent štúdia má okrem iného formovať a vzdelávať iných, získať ich pre spoluprácu pri upevňovaní a podpore zdravia. Výchova k zdraviu je pripravená aj ako špecializačný odbor pre sestry v rámci ďalšieho vzdelávania sestier, ktoré bude možné absolvovať po predchádzajúcom vysokoškolskom vzdelaní prvého, prípadne druhého stupňa a vyššom odbornom vzdelaní (Slezáková et al., 2005). Pre rozvoj a aplikáciu cieľov ošetrovatelstva v podpore zdravia a potenciálny sociálny prínos ošetrovatelstva je potrebné vo vzdelávaní zabezpečiť:

- posilnenie výučby ošetrovatelstva v komunitnej zdravotnej starostlivosti pri podpore, udržiavaní zdravia a preberaní zodpovednosti za vlastné zdravie u jednotlivcov, rodín, komunit v rovine teoretickej, ale najmä praktickej, v rámci realizácie klinickej praxe v mimonemocničných zariadeniach,
- zdôrazňovanie významu úlohy jednotlivca v osobnej spoluzodpovednosti za stav vlastného zdravia,
- preukazovanie zodpovedného správania a konania budúcich sestier, vzorového životného štýlu v záujme podpory a zachovania vlastného zdravia,
- aktívne zapájanie budúcich sestier do celospoločenských programov podpory zdravia (Zdravé mesto, Zdravá škola ...).

Nakoľko je výchova k zdraviu zložitý proces s problematickým jednoznačným ohraničením, v praxi vychádzame z nasledovných prístupov:

Medicínsky model znamená odpútanie sa od medicínsky definovanej choroby a postihnutia. Zdravotno-výchovné činnosti sa sústreďia na podporu lekárskeho intervencií, prevencie s použitím presvedčania, povzbudzovania.

Zmena správania predpokladá, že správanie sa jednotlivcov vedie k absencii ochorenia a dôležitá je zmena postoja, správania, podpora a prijatie zdravých životných štýlov cez presvedčanie a poskytovanie informácií (Bartholomew a kol., 2006).

Zdravotno-výchovná činnosť vychádza z faktu, že iba jednotlivci so znalosťami môžu prijímať rozhodnutia s následnou aktívnou činnosťou pri rešpektovaní individuality každého. Sestra aktívne skúma hodnoty a pomáha prijímať rozhodnutia.

Zameranie sa na klienta/pacienta vytvára podmienky na to, aby si jednotlivec sám určil problémy a prípadne navrhol postupy ich riešenia, ktoré sestra akceptuje.

Sociálna zmena sa sústreďuje na zmenu fyzikálneho a sociálneho prostredia, tak aby umožnila voľbu lepšieho životného štýlu cez politické a sociálne zmeny (Lemon, 1997, Závodná, 2002).

Výchova k zdraviu v novej filozofii starostlivosti o bio-psycho-sociálnu bytosť v rámci multirezortného pôsobenia, umožňuje odborníkom rozvinúť spektrum aktivít, na ktoré sú pripravovaní v rámci vzdelávania v rovine teoretickej a praktickej. Výchova k zdraviu tvorí nedeliteľnú súčasť práce pedagógov a zdravotníkov, kedy podporujú pozitívne a odstraňujú negatívne aspekty zo života človeka v rámci rozširovania vedomostí, informovanosti o možnostiach aktívnej účasti na ochrane zdravia a realizácie špeciálnych programov Svetovej zdravotníckej organizácie ako aj národných programov zameraných na podporu zdravia (Bašková, 2009, Fertman a kol. 2010).

Názory respondentov zo školského prostredia na oblasť výchovy k zdraviu

Zisťovali sme názory vybraných skupín respondentov na oblasť výchovy k zdraviu v širšom rámci. Zamerali sme sa na výchovu k zdraviu, subjektívne hodnotenie zdravotného stavu, faktory ohrozujúce zdravie, individuálne aktivity realizované v prospech zdravia, informácie o programoch podporujúcich zdravie a ich zameranie. Predpokladali sme, že názory respondentov na podporu zdravia z Nitrianskeho a Prešovského kraja sa nebudú významne líšiť. Predpokladali sme zhodu legislatívne a programovo prezentovanou prioritou výchovy k zdraviu spoločnosťou s odpoveďami respondentov podľa krajov. Predpokladali sme výraznejšie zameranie zdravotno-výchovných aktivít, podľa vyjadrenia respondentov, na podporu a ochranu zdravia detí a starých ľudí ako na produktívnu populáciu.

Metódy a materiál

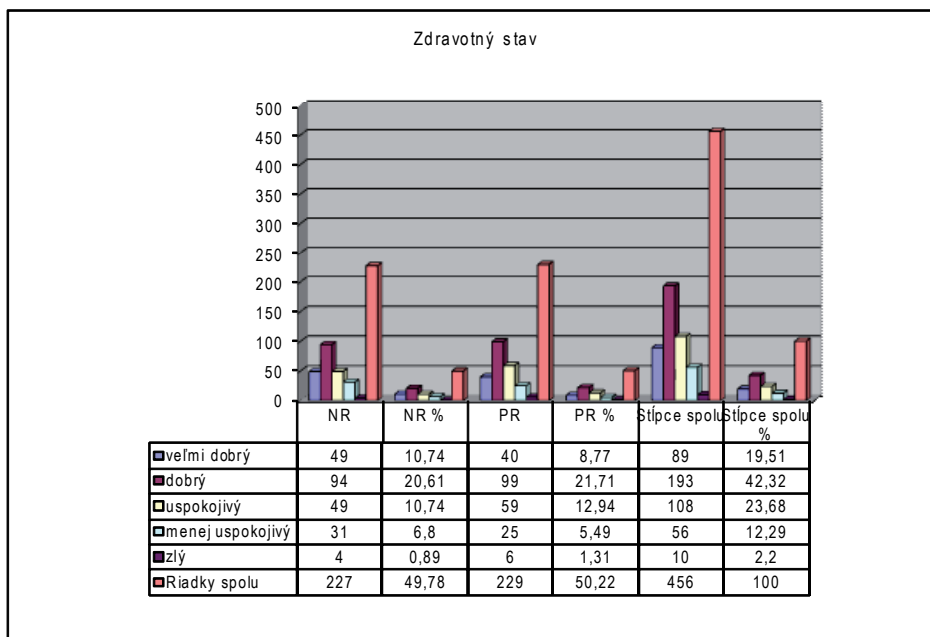
Ako východiskovú metódu pre získanie údajov o skúmanej problematike sme použili **metódu dotazníka vo vybraných, základných a stredných školách Nitrianskeho a Prešovského kraja**. Uvedené kraje sme zvolili pre ich podobnosť z hľadiska štruktúry obyvateľstva a teritoriálneho umiestnenia západnej a východnej časti krajiny. Dotazník vlastnej konštrukcie obsahoval 14 položiek a jeho cieľom bolo zistiť názory respondentov na nami skúmanú oblasť výchovy k zdraviu, hodnotenie zdravotného stavu respondentmi, individuálne aktivity realizované v prospech zdravia, informácie o programoch podporujúcich zdravie a ich zameranie. Výskum bol realizovaný v období máj až október 2007. Po korekcii otázok sme vyhotovili 500 dotazníkov, z ktorých sa nám vrátilo 456, čo je 91,2 % návratnosť, čím sme splnili kritérium jej požadovanej minimálnej hodnoty pre dotazníkovú metódu (Gavora, 2001). Oslovili sme riaditeľov vybraných škôl v súvislosti s možnosťou realizovať výskum v ich inštitúciách. Dotazníky sme na školy distribuovali poštou alebo osobne. Konkrétne vypĺňanie dotazníkov bolo realizované cestou triednych učiteľov základných a stredných škôl. Po ukončení zberu dát nasledovala ich kvantifikácia štatistickým spracovaním pomocou štatistického programu pre sociálne vedy SPSS 11 pre Windows. Zistenia v jednotlivých položkách dotazníka sme spracovali graficky pri porovnávaní odpovedí respondentov z jednotlivých krajov (stĺpcové grafy so zdrojovými údajmi). Štatisticky významnú závislosť skúmaných znakov sme zisťovali prostredníctvom **Studentovho t-testu pre dva nezávislé výbery** (Independent Samples Test) pri respondentoch z Nitrianskeho a Prešovského kraja na hladine významnosti $\alpha = 0,05$ (Sollár, Ritomský, 2002). Na testovanie rozdielov dvoch kvantitatívnych premenných v jednej skúmanej populácii sme použili Studentov t-test pre dva závislé párové výbery (Paired Samples Test) pri zisťovaní zamerania programov na jednotlivé vekové kategórie v odpovediach respondentov.

Výberový súbor tvorilo $N = 456$ respondentov. Z Nitrianskeho kraja $n_1 = 227$ (49,78 %) a Prešovského $n_2 = 229$ (50,22 %). Zastúpenie vytvorených kategórií dievča bolo v absolútnej početnosti $n = 308$, čo predstavovalo v relatívnej početnosti hodnotu 67,54 % a chlapec v absolútnej početnosti $n = 148$, čo predstavovalo v relatívnej

početnosti hodnotu 32,46 %. Výberové kritériá pre respondentov z jednotlivých škôl boli nasledovné: žiaci 6. ročníka štátnej základnej školy s viac ako 15 ročnou históriou zapojenej do projektu „Zdravá škola“, študenti 3. ročníka štvorročného štátneho gymnázia s viac ako 15 ročnou históriou zapojeného do projektu „Zdravá škola“. K následnej štatistickej analýze bolo možné zaradiť odpovede n = 112 (24,56 %) šiestakov zo Základnej školy kniežaťa Pribinu v Nitre (ZŠ NR), n = 102 (17,11 %) šiestakov zo Základnej školy na Lesníckej ulici v Prešove (ZŠ PR), n = 115 (25,22 %) tretiakov z Gymnázia Golianova 68 v Nitre (G NR), n= 127 (27,85 %) tretiakov z Gymnázia Konštantínova 2 v Prešove (G PR).

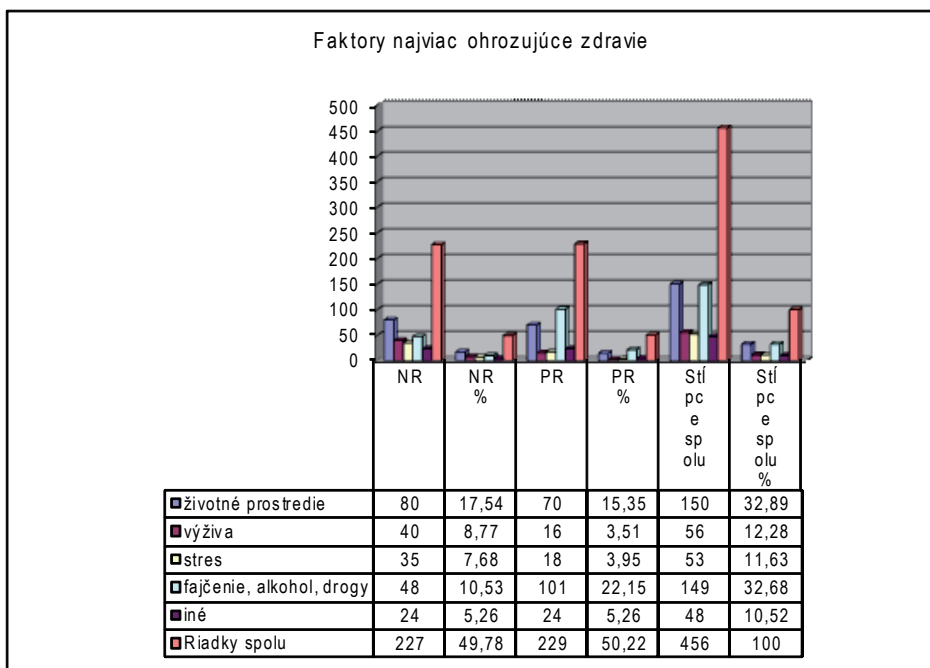
Výsledky

Prezentujeme a interpretujeme zistenia dotazníka podľa jednotlivých položiek. Pri každej otázke je grafické znázornenie odpovedí respondentov podľa krajov (NR – Nitriansky kraj, PR – Prešovský kraj). Otázky dotazníka boli formulované tak, aby respondent vyberal najčastejšie jednu možnosť z ponúkaných.



Graf 1: Hodnotenie zdravotného stavu

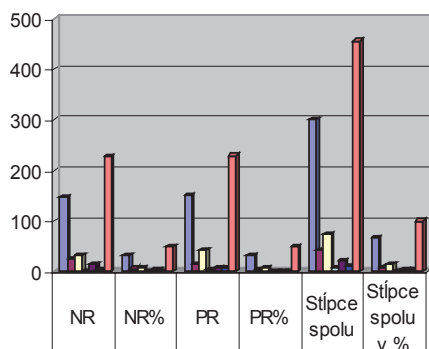
Pri zisťovaní hodnotenia svojho zdravotného stavu respondenti najčastejšie uviedli možnosť *dobrý* n = 193 (42,32 %). Ďalšia v poradí bola možnosť *uspokojivý*, ktorú uviedlo n = 108 (23,68 %). Krajnú možnosť *zlý* označilo n = 10 (2,2 %) respondentov. Zistenia korešpondujú s najčastejšie sa vyskytujúcou odpoveďou na otázku zdravotného stavu, ktorá sa pohybuje v kategórii *dobrý*. Pri porovnaní odpovedí respondentov podľa krajov sme nezistili štatisticky významné rozdiely v rámci Studentovho t-testu.



Graf 2: Faktory najviac ohrozujúce zdravie

Graf 2 znázorňuje odpovede respondentov vzťahujúce sa k faktorom ohrozujúcim zdravie. Podľa $n = 150$ (32,89 %) respondentov je najčastejším faktorom *životné prostredie*. Ďalším faktorom v poradí je *fajčenie, alkohol, drogy*, čo uviedlo $n = 149$ (32,68 %) respondentov. *Výživu* považuje za výrazne ohrozujúci faktor $n = 56$ (12,28 %) respondentov a *stres* $n = 53$ (11,63 %) respondentov. Možnosť *iné* uviedlo $n = 48$ (10,52 %) respondentov. V rámci možnosti *iné* respondenti dopísali hygienu, očkovanie, choré deti, spoločnosť, spánok, obliekanie, vírusy, imunitu a nefajčenie.

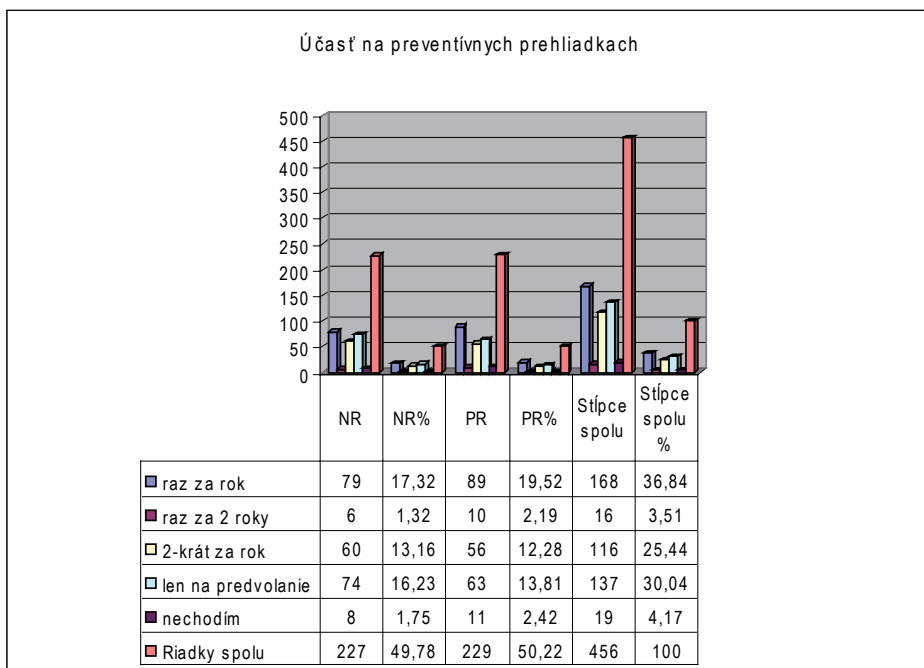
Aktivity pre udržanie zdravia



	NR	NR%	PR	PR%	Stípce spolu	Stípce spolu v %
■ cvičím,	148	32,46	152	33,33	300	65,79
■ striedanie aktivity a odpočinku	26	5,7	15	3,29	41	8,99
■ strava	32	7,02	41	8,99	73	16,01
■ obliekanie	2	0,43	5	1,11	7	1,54
■ iné	15	3,29	8	1,75	23	5,04
■ nič	4	0,88	8	1,75	12	2,63
■ Riadky spolu	227	49,78	229	50,22	456	100

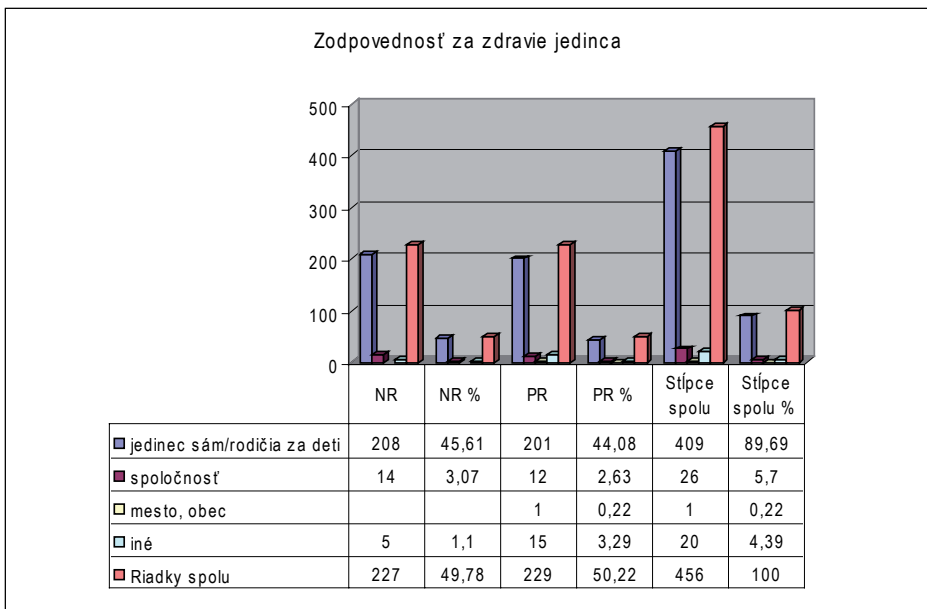
Graf 3: Aktivity pre udržanie zdravia

Pohybová aktivita – *cvičenie* bola najčastejšie volenou možnosťou u respondentov $n = 300$ (65,79 %). *Strava* bola druhou v poradí volenou možnosťou, ktorú uviedlo $n = 73$ (16,01 %) respondentov. Ďalej nasledovalo *striedanie aktivity a odpočinku* v označení $n = 41$ (8,99 %) respondentov. Nasledovala kategória *iné*, v rámci ktorej $n = 23$ (5,04 %) respondentov uvádzalo sledovanie televízie, preventívne prehliadky, nepitie alkoholu, rešpektovanie rodičov, užívanie vitamínov. $N = 12$ (2,63 %) respondentov nevykonáva pre udržanie zdravia *nič*. Adekvátne *obliekanie*, ako aktivitu pre udržanie zdravia, uviedlo $n = 7$ (1,54 %) respondentov. Z porovnaní respondentov jednotlivých krajov sme nezistili štatisticky významné rozdiely.



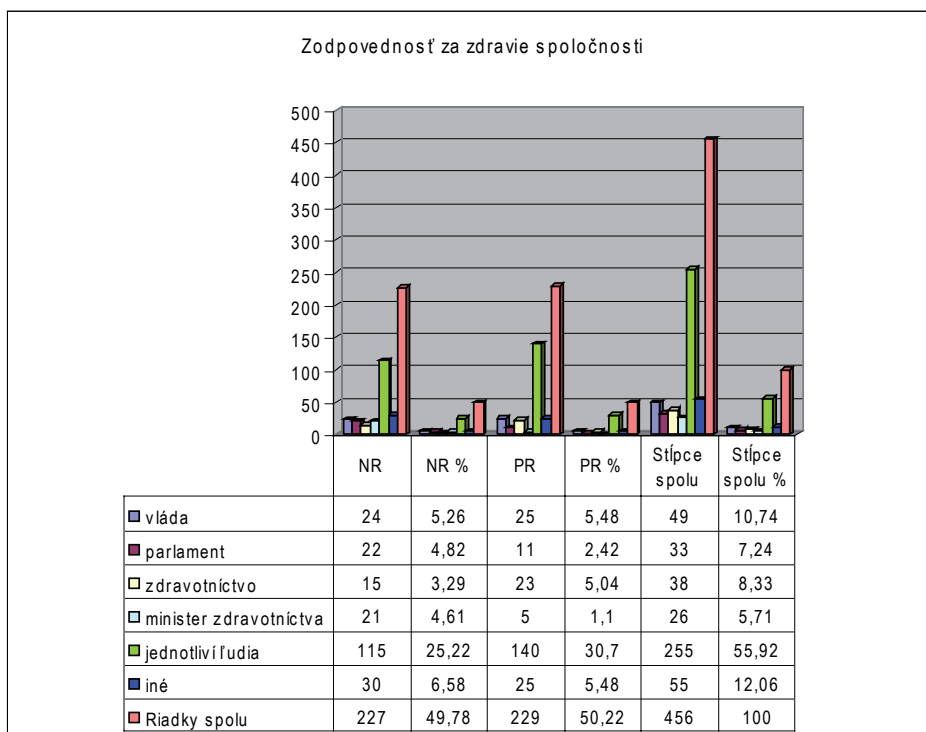
Graf 4: Účasť na preventívnych prehliadkach

Účasť na preventívnych prehliadkach je významným faktorom vo výchove k zdraviu, preto nás zaujímalo, ako často sa respondenti zúčastňujú preventívnych prehliadok. Najčastejšie volenou kategóriou bolo *raz za rok* $n = 168$ (36,84 %) respondentov. Táto možnosť v sebe zahŕňa aktívny prístup respondentov k prevencii. Druhou najčastejšie vyberanou možnosťou bola *len na predvolanie* u $n = 137$ (30,04 %) respondentov. Daná možnosť informuje o určitej pasivite respondentov, nakoľko preventívnej prehliadky sa zúčastnia až po doručení výzvy. $N = 116$ (25,44 %) respondentov sa zúčastňuje preventívnych prehliadok *dvakrát za rok*. Je zarážajúce, že až $n = 19$ (4,17 %) respondentov sa preventívnych prehliadok *nezúčastňuje* vôbec.



Graf 5: Zodpovednosť za zdravie jedinca

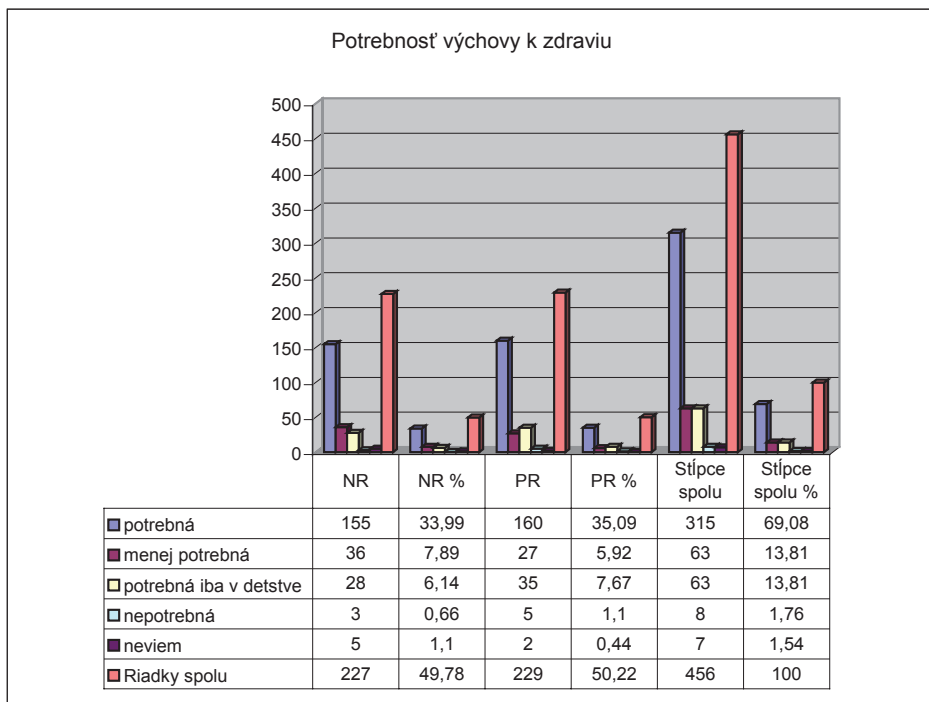
V ďalšej otázke nás zaujímal názor respondentov o zodpovednosti za zdravie jedinca. S potešením sme zaznamenali výsledok $n = 409$ (89,69 %) respondentov svedčiaci o vlastnej zodpovednosti za zdravie *jedinca samého*. V možnosti *iné* uvádzalo $n = 20$ (4,39 %) respondentov lekára, Boha, šport, učiteľov, stravovacie zariadenia a výtobytky modernej vedy a techniky. Opäť neboli štatisticky významné rozdiely v odpovediach respondentov podľa krajov.



Graf 6: Zodpovednosť za zdravie spoločnosti

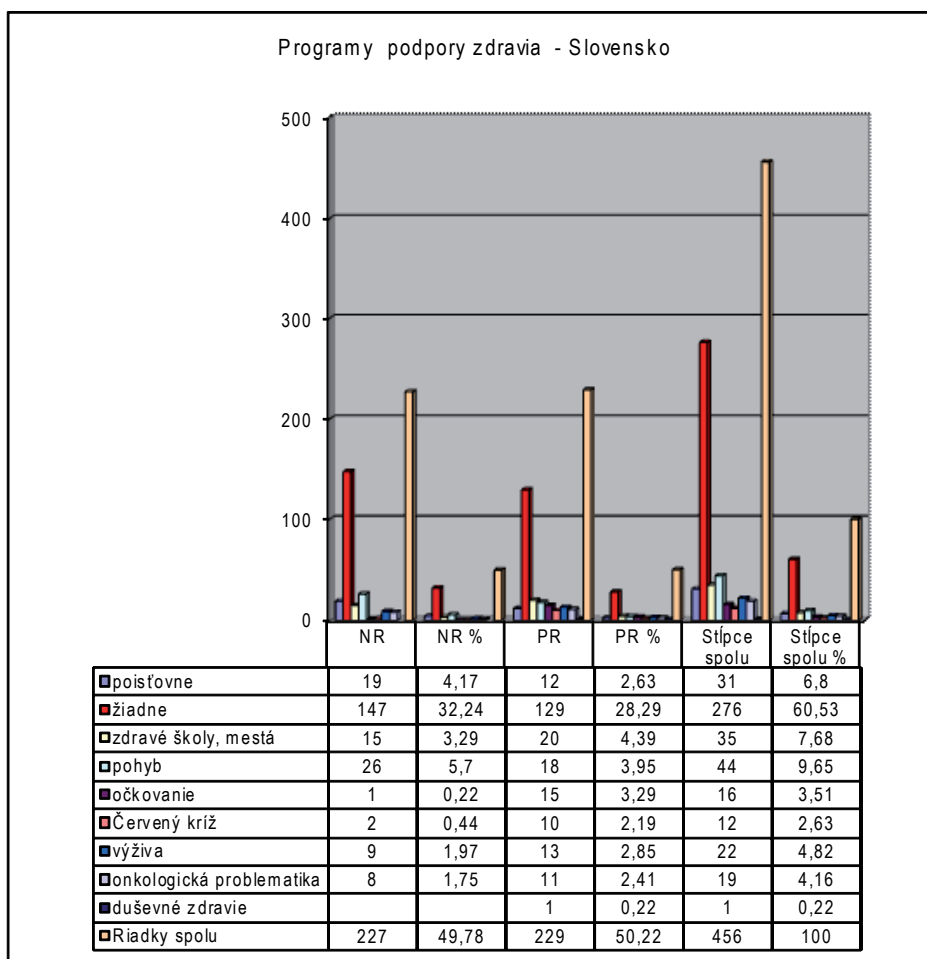
Tiež nás zaujímal názor respondentov na zodpovednosť za zdravie spoločnosti. Z nami ponúkaných možností respondenti najčastejšie volili možnosť *jednotliví ľudia* $n = 255$ (55,92 %). V možnosti *iné* $n = 55$ (12,06 %) respondentov dopísalo poisťovne, lekárov, Boha, elektrárne, vedcov, médiá, firmy vyrábajúce potravinárske výrobky, spôsob života ľudí, dostatok peňazí. Ďalšie možnosti v poradí boli *vláda* podľa $n = 49$ (10,74 %) respondentov, *zdravotníctvo* podľa $n = 38$ (8,33 %) respondentov, *parlament* podľa $n = 33$ (7,24 %) respondentov, a poslednou *minister zdravotníctva* podľa $n = 26$ (5,71 %) respondentov.

V otázke zameranej na zistenie hodnotovej orientácie respondentov boli dané možnosti: *peniaze*, *zdravie*, *láska*, *rodina*, *Boh*, *škola*, *šťastie*. *Zdravie* ako hodnota číslo jeden bola uvádzaná u $n = 248$ (54,40 %) respondentov. Celkové skóre hodnoty zdravia na vzorke respondentov bolo 1,83. Ako hodnota na druhom mieste u $n = 108$ (23,70 %) respondentov, na treťom mieste u $n = 47$ (10,29 %) respondentov, na štvrtom mieste u $n = 41$ (9,01 %) respondentov, na piatom mieste u $n = 5$ (1,10 %) respondentov, na šiestom mieste u $n = 4$ (0,88 %) respondentov a na siedmom mieste u $n = 3$ (0,32 %) respondentov. Druhou, najčastejšie sa vyskytujúcou, hodnotou v poradí bola *rodina* so skóre 2,87, treťou *láska* so skóre 3,02, štvrtou *šťastie* so skóre 4,6, piatou *Boh* so skóre 4,75, šiestou *peniaze* so skóre 5,36 a siedmou *práca* so skóre 5,49.



Graf 7: Potrebnosť výchovy k zdraviu

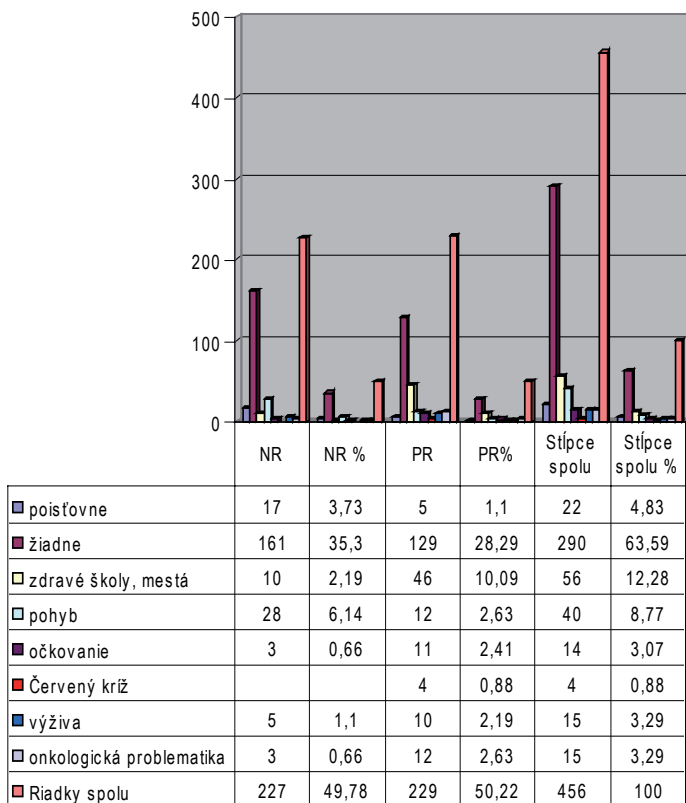
Vzhľadom k stanoveným cieľom sme položili respondentom otázku o potrebnosti výchovy k zdraviu pre človeka. Zistili sme, že podľa $n = 315$ (69,08 %) respondentov je výchova k zdraviu pre človeka *potrebná*. *Menej potrebná* a *potrebná iba v detstve* je zhodne podľa $n = 63$ (13,81 %) respondentov, *nepotrebná* je podľa $n = 8$ (1,76 %) respondentov a k otázke sa *nevedelo* vyjadriť $n = 7$ (1,54 %) respondentov. Nezaznamenali sme štatisticky významné rozdiely v odpovediach podľa krajov.



Graf 8: Programy podpory zdravia – Slovensko

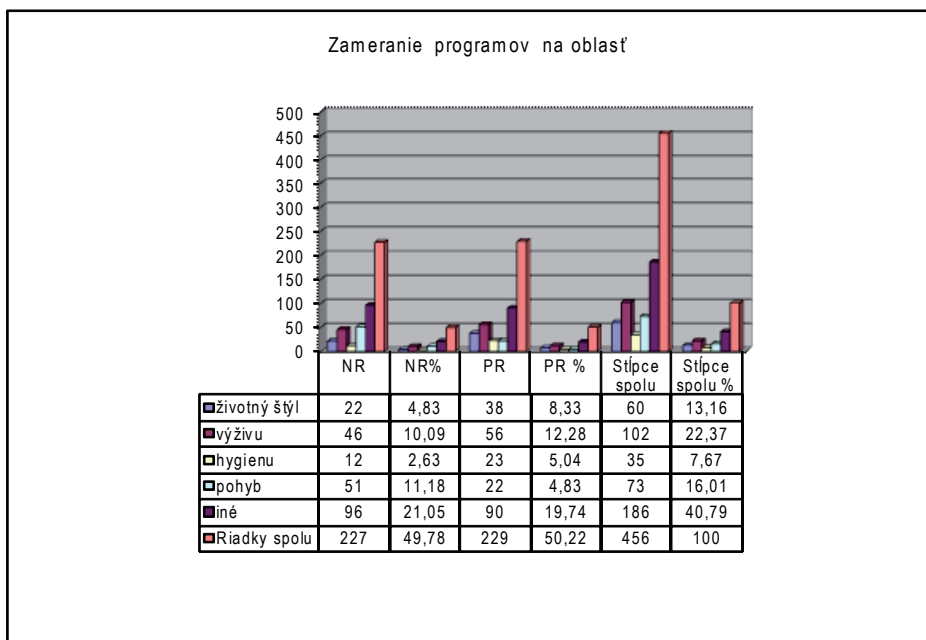
Zaujímalo nás aj to, aké programy podpory zdravia realizované na Slovensku poznajú respondenti. Veľmi negatívnym konštatovaním je zistenie, že až $n = 276$ (60,53 %) respondentov nepozná *žiadne* programy. Programy zamerané na *pohyb* uviedlo $n = 44$ (9,65 %) respondentov a *zdravé školy, zdravé mestá*, uviedlo $n = 35$ (7,68 %) respondentov. S *poistovňami* si programy na podporu zdravia stotožnilo $n = 31$ (6,80 %) respondentov. Programy zamerané na *výživu* uviedlo $n = 22$ (4,82 %) respondentov. *Onkologickú problematiku* v programoch zaregistrovalo $n = 19$ (4,16 %) respondentov. *Očkovanie*, ako program podpory zdravia, uviedlo $n = 16$ (3,51 %) respondentov. *Červený kríž*, ako program na podporu zdravia, napísalo $n = 12$ (2,63 %) respondentov. Program podpory *duševného zdravia* uviedol iba $n = 1$ (0,22 %) respondent. Keďže v tejto otázke bolo možné vymenovať všetky programy, ktoré poznajú respondenti, očakávali sme vyšší počet odpovedí. Nikto z respondentov neuviedol viac ako jeden program.

Programy podpory zdravia realizované v okolí respondentov



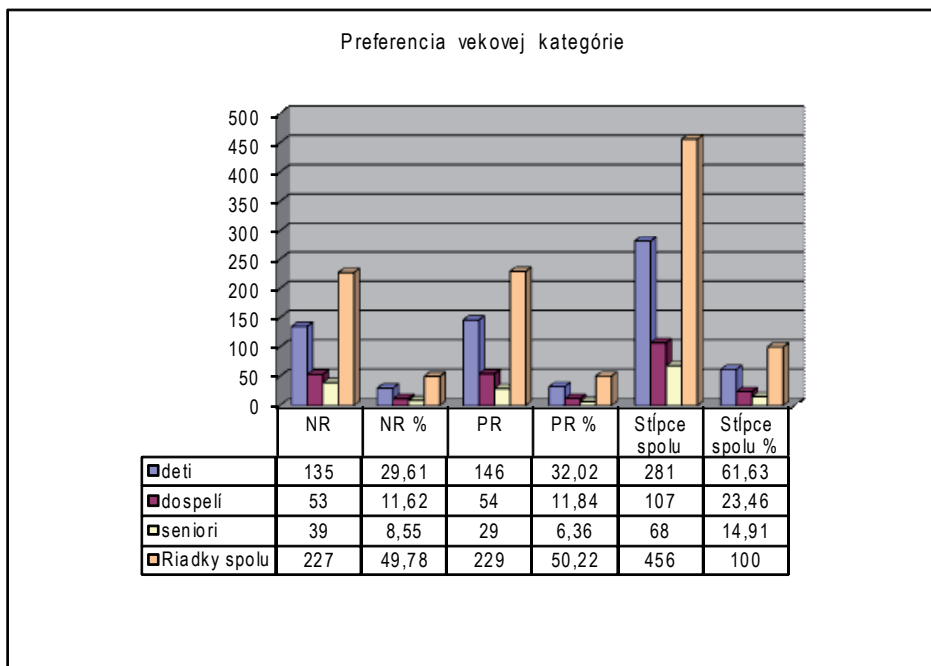
Graf 9: Programy podpory zdravia realizované v okolí respondentov

V nadväznosti na predchádzajúcu otázku, sme sa pýtali na programy realizujúce sa v okolí respondentov. Až $n=290$ (63,59 %) z nich neuviedlo *žiadne* programy. $N=56$ (12,28 %) respondentov uviedlo *zdravé školy, zdravé mestá*, $n=40$ (8,77 %) uviedlo *pohyb*, $n=22$ (4,83 %) uviedlo *poisťovne*, po $n=15$ (3,29 %) z nich označilo *výživu* a *onkologickú problematiku*, $n=14$ (3,07 %) označilo *očkovanie* a $n=4$ (0,88 %) uviedli *Červený kríž*.



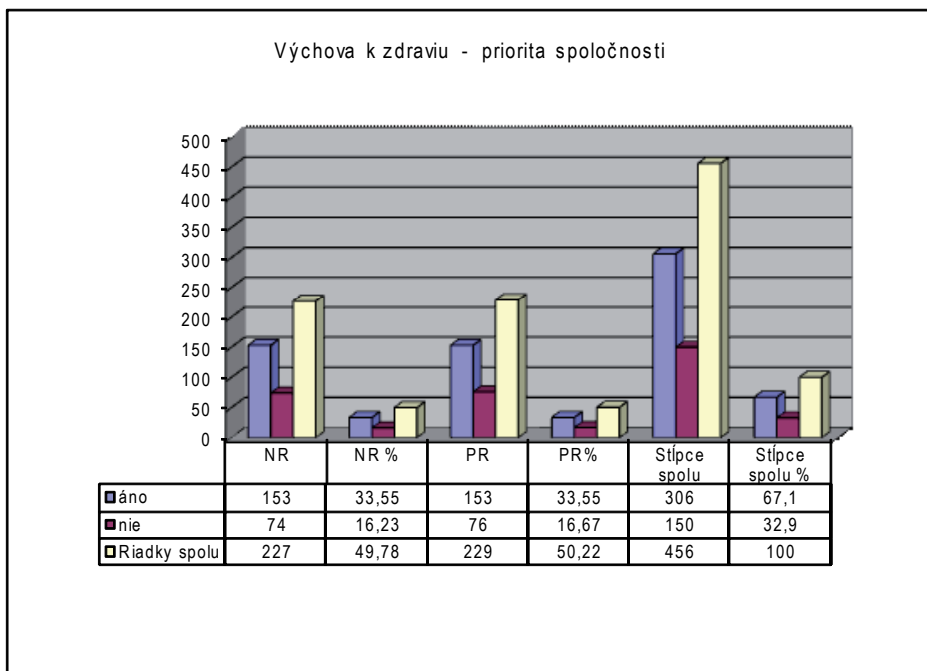
Graf 10: Zameranie programov na oblasť

V súlade s cieľmi práce sme sa zaujímali, na akú oblasť výchovy k zdraviu sú programy predovšetkým zamerané. Respondenti mali možnosť uvádzať iba jednu možnosť. Graf 10 znázorňuje odpovede respondentov podľa krajov. N = 186 respondentov (40,79 %) využilo možnosť označiť *iné* a nedopísalo žiadnu oblasť. N = 102 (22,37 %) respondentov sa domnievalo, že programy sú zamerané predovšetkým na *výživu*. N = 7 (16,01 %) respondentov zaznačilo možnosť *pohyb*, n = 60 (13,16 %) respondentov *životný štýl* a n = 35 (7,67 %) respondentov *hygienu*.



Graf 11: Preferencia vekovej kategórie pri programoch podpory zdravia

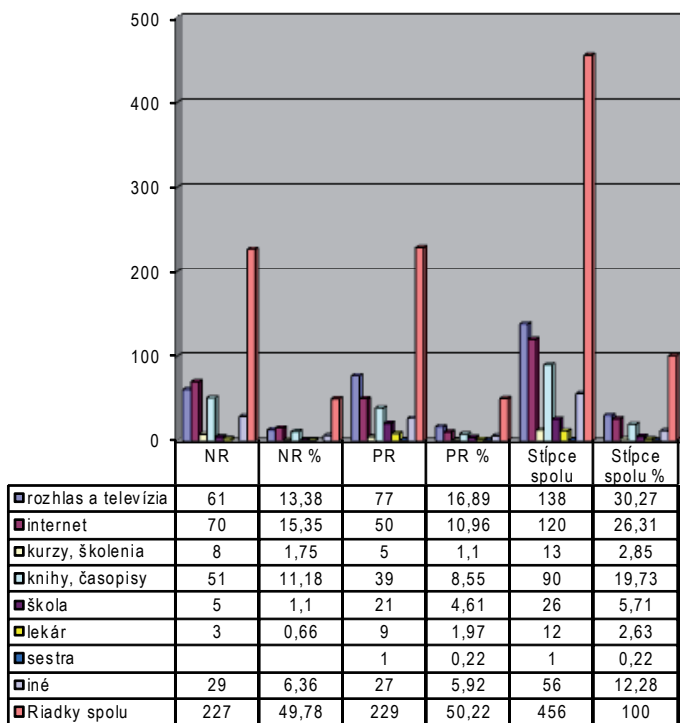
Zaujímalo nás tiež, pre ktorú vekovú kategóriu sú programy na podporu zdravia predovšetkým určené. Podľa vyjadrenia $n = 281$ (61,63 %) respondentov sme zistili, že tieto programy sú určené predovšetkým pre *deti*. Z vyjadrenia $n = 107$ (23,46 %) respondentov je zrejme určenie programov na podporu zdravia pre *dospelých*. $N = 68$ (14,91 %) respondentov si myslí, že sú určené predovšetkým pre vekovú kategóriu *seniorov*.



Graf 12: Výchova k zdraviu ako priorita spoločnosti

Korešpondujúc so zameraním práce sme sa respondentov pýtali na ich názor o tom, či je výchova k zdraviu prioritou spoločnosti. Graf 12 znázorňuje ich odpovede. N=306 (67,10 %) respondentov označilo odpoveď *áno* a n=150 (32,90 %) respondentov označilo možnosť *nie*. Odpovede respondentov podľa krajov v možnosti *áno* boli úplne totožné, v možnosti *nie* takmer zhodné v prospech odpovedí respondentov z Prešovského kraja.

Zdroje informácií o zdraví a životnom štýle



Graf 13: Zdroje informácií o zdraví a životnom štýle

Informácií súvisiace so zdravím sú jedným z predpokladov výchovy k zdraviu, preto nás zaujímalo, z akých zdrojov získavajú respondenti informácie. Ako najčastejší zdroj informácií uviedli respondenti *rozhlas a televíziu* $n = 138$ (30,27 %), ďalej *internet* $n = 120$ (20,31 %), *knihy a časopisy* $n = 90$ (19,73 %), *iné* $n = 56$ (12,28 %) – v tejto škále nekonkretizovali respondenti svoju odpoveď, *školu* $n = 26$ (5,71 %), *kurzy a školenia* $n = 13$ (2,85 %), *lekár* $n = 12$ (2,63 %), *sestra* $n = 1$ (0,22 %).

Predpokladali sme, že názory respondentov na oblasť výchovy k zdraviu z Nitrianskeho kraja a Prešovského kraja sa nebudú významne líšiť. Overenie predpokladu bolo realizované prostredníctvom Studentovho t-testu pre dva nezávislé výbery. Testovali sme odpovede respondentov na 11 položiek z dotazníka. Pri globálnom postavení sledovaných premenných (názorov respondentov na oblasť výchovy k zdraviu v dvoch nezávislých výberoch respondentov z Prešovského a Nitrianskeho kraja) sme prostredníctvom Studentovho t-testu vykonali analýzu, ktorej výsledky uvádzame v tabuľke 1 kde N – predstavuje počet respondentov, AM – priemer odpovedí v nami stanovených kódach pri jednotlivých položkách, SD – štandardná odchýlka, df. – stupne voľnosti, t – testovacie kritérium, p – dosiahnutá signifikancia.

Dotazník	N	AM	SD	df	t	p
zdravotný stav	NR 227	2,326	1,017	454	-0,576	0,543
	PR 229	2,379	0,982			
faktory ohrozujúce zdravie	NR 227	2,541	1,421	454	-3,157	0,278
	PR 229	2,969	1,47			
aktivity pre zdravie	NR 227	1,775	1,289	454	-0,229	0,455
	PR 229	1,803	1,331			
preventívne prehliadky	NR 227	2,674	1,336	454	0,977	0,322
	PR 229	2,55	1,367			
zodpovednosť za zdravie jedinca	NR 227	1,127	0,494	454	-2,219	0,001
	PR 229	1,266	0,802			
zodpovednosť za zdravie spoločnosti	NR 227	4,193	1,553	454	-0,783	0,350
	PR 229	4,305	1,496			
význam výchovy k zdraviu	NR 227	1,533	0,918	454	0,106	0,931
	PR 229	1,524	0,891			
programy Slovensko	NR 227	2,669	1,616	454	-2,967	0,001
	PR 229	3,165	1,939			
programy okolie	NR 227	2,444	1,251	454	-4,102	0,001
	PR 229	3,03	1,753			
zameranie programov	NR 227	3,674	1,435	454	2,605	0,001
	PR 229	3,305	1,579			
preferencia vekovej kategórie	NR 227	1,577	0,768	454	1,27	0,040
	PR 229	1,489	0,71			
výchova k zdraviu ako priorita	NR 227	1,326	0,469	454	-0,133	0,790
	PR 229	1,331	0,471			
zdroje informácií	NR 227	3,101	2,24	454	-0,403	0,122
	PR 229	3,187	2,33			
hodnota – peniaze	NR 227	5,039	1,717	454	-4,281	0,159
	PR 229	5,681	1,474			
hodnota – zdravie	NR 227	1,823	1,221	454	-0,291	0,378
	PR 229	1,855	1,136			
hodnota – láska	NR 227	3,057	1,125	454	0,514	0,451
	PR 229	3	1,249			
hodnota – rodina	NR 227	2,788	1,435	454	-1,26	0,151
	PR 229	2,952	1,331			
hodnota – Boh	NR 227	5,352	1,964	454	6,19	0,077
	PR 229	4,165	2,125			
hodnota – práca	NR 227	5,405	1,266	454	-1,502	0,996
	PR 229	5,585	1,29			
hodnota – šťastie	NR 227	4,519	1,619	454	-1,093	0,331
	PR 229	4,681	1,532			

Tabuľka 1: Výsledky Studentovho t-testu pre dva nezávislé výbery pri odpovediach v dotazníku

Zohľadňujúc podmienky zvoleného štatistického testu, sme v 15 položkách nezaznamenali signifikantné rozdiely $p > 0,05$. Boli to položky z dotazníka týkajúce sa názorov na zdravotný stav $p = 0,543$, faktorov ohrozujúcich zdravie $p = 0,278$, aktivít pre zdravie $p = 0,455$, preventívnych prehliadok $p = 0,322$, zodpovednosti za zdravie spoločnosti $p = 0,350$, významu výchovy k zdraviu $p = 0,931$, výchovy k zdraviu ako priority $p = 0,790$, informácií o zdraví $p = 0,440$, zdrojov informácií $p = 0,122$, hodnoty – peniaze $p = 0,159$, hodnoty – zdravie $p = 0,378$, hodnoty – láska $p = 0,451$, hodnoty – rodina $p = 0,151$, hodnoty – Boh $p = 0,077$, hodnoty – práca $p = 0,996$, hodnoty – šťastie $p = 0,331$. Odpovede respondentov z Nitrianskeho kraja a Prešovského kraja sa význame nelíšili. Iba 5 položiek vykazovalo štatisticky významné rozdiely. Boli to položky zodpovednosť za zdravie jedinca, programy Slovensko, programy okolie, zameranie programov s $p = 0,001$ a preferencia vekovej kategórie s $p = 0,040$.

Predpokladali sme, že bude zhoda s legislatívne a programovo prezentovanou prioritou výchovy k zdraviu spoločnosťou s odpoveďami respondentov podľa krajov. Na verifikáciu predpokladu sme použili vyjadrenie relatívnej početnosti s hodnotami signifikancie zo Studentovho t-testu pri vybraných položkách dotazníka. V dotazníku sme vybrali položku, ktorá sa týkala vyjadrenia k účasti na preventívnych prehliadkach, čo priamo upravuje zákon č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytnutím zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. Udržanie a zvyšovanie úrovne zaočkovanosti je stálou prioritnou úlohou zdravotníctva (Rozpracovanie programového vyhlásenia vlády SR na podmienky rezortu zdravotníctva, 2008). Účasť na preventívnych prehliadkach je významným faktorom vo výchove k zdraviu, preto nás zaujímalo, ako často sa respondenti, zúčastňujú preventívnych prehliadok. Najčastejšie volenou kategóriou bolo *raz za rok* $n = 168$ (36,84 %) respondentov. Táto možnosť v sebe zahŕňa aktívny prístup respondentov k prevencii. Druhou najčastejšie vybranou možnosťou bola *len na predvolanie* $n = 137$ (30,04 %) respondentov. Hodnota $p = 0,322$ naznačuje, že nie je signifikantný rozdiel v odpovediach respondentov podľa krajov. Ďalej sme vybrali položku, ktorá sa týkala vyjadrenia, kto je podľa respondentov zodpovedný za zdravie spoločnosti. Programové vyhlásenia vlád v SR už od jej vzniku v roku 1993 deklarovali zodpovednosť za zdravie obyvateľov na úrovni vlády, parlamentu, ministerstva zdravotníctva, samotného zdravotníctva s apelom na aktívny prístup samotných občanov. V tejto otázke nás zaujímal názor respondentov na zodpovednosť za zdravie spoločnosti. Z možností, nami ponúkaných, respondenti najčastejšie volili možnosť *jednotliví ľudia* $n = 255$ (55,92 %). Ďalšie možnosti v poradí boli *vláda* podľa $n = 49$ (10,74 %) respondentov, *zdravotníctvo* podľa $n = 38$ (8,33 %) respondentov, *parlament* podľa $n = 33$ (7,24 %) respondentov, a poslednou *minister zdravotníctva* podľa $n = 26$ (5,71 %) respondentov. Hodnota $p = 0,350$ naznačuje, že nie je signifikantný rozdiel v odpovediach respondentov podľa krajov. Nasledujúca otázka na verifikáciu predpokladu pojednávala o názore na potrebu výchovy k zdraviu pre človeka a zaujímala nás zhoda na úrovni zdravotnícka legislatíva – potreba respondentov. Zistili sme, že podľa $n = 315$ (69,08 %) respondentov je výchova k zdraviu pre človeka *potrebná*. *Menej potrebná* a *potrebná iba v detstve* je zhodne podľa $n = 63$ (13,81 %) respondentov, *nepotrebná* je podľa $n = 8$ (1,76 %) respondentov a k otázke sa *nevedelo* vyjadriť $n = 7$ (1,54 %) respondentov. Nezaznamenali sme štatisticky významné rozdiely v odpovediach podľa krajov $p = 0,931$.

Vybrali sme tiež odpovede respondentov na otázku, ktorou sme sa ich priamo pýtali na názor ohľadne výchovy k zdraviu ako spoločenskej priority, kde $n = 306$ (67,1 %) respondentov dotazníka uviedlo, že výchova k zdraviu je prioritou spoločnosti. Hodnota $p = 0,790$ naznačuje, že nie je významný rozdiel v odpovediach respondentov podľa krajov. Existuje zhoda s legislatívne a programovo prezentovanou prioritou výchovy k zdraviu spoločnosťou s odpoveďami respondentov na vybrané položky podľa krajov

Predpokladali sme, že zdravotno-výchovné aktivity budú, podľa vyjadrenia respondentov, výraznejšie zamerané na podporu a ochranu zdravia detí a starých ľudí ako na produktívnu populáciu. Na testovanie rozdielov dvoch kvantitatívnych premenných (meranú priemerom) v jednej skúmanej populácii (všetci respondenti z dotazníka) sme použili Studentov t-test pre dva závislé párové výbery (Paired Samples Test) pri zisťovaní zamerania programov na jednotlivé vekové kategórie (deti – dospelí, seniori – dospelí) v odpovediach respondentov dotazníka na položku.

Zdroj údajov	pár	N	AM	SD	t	p
dotazník	Deti – dospelí	456	0,377	0,840	9,588	0,001
dotazník	Seniori – dospelí	456	0,085	0,614	2,973	0,003

Tabuľka 2: Výsledky párového t-testu

Zistili sme, že sú štatisticky významné rozdiely v odpovediach respondentov o zameraní zdravotno-výchovných aktivít na jednotlivé vekové kategórie, v prospech detí a seniorov. Kategóriu seniorov sme do predpokladu zaradili v súvislosti so zvyšujúcim sa podielom seniorov v populácii.

Diskusia

Prvá oblasť, ktorej sme venovali pozornosť, predstavovala problematiku názorov vybraných respondentov na výchovu k zdraviu v komplexnejšom kontexte. Respondentov sme si vybrali z Nitrianskeho kraja a Prešovského kraja pre geografickú a historickú podobnosť a tiež pre podobnosť v počte obyvateľov a štruktúry priemyslu.

V rámci dotazníka sme zisťovali názory šiestakov na základných školách v meste, ktorí sú už zorientovaní v kolektíve, a aj vzhľadom na zložité obdobie puberty, vedú vyjadriť vlastný názor. Zaujímali nás aj názory tretiakov na štvorročných gymnáziách v meste, ktorí sú na „prahu dospelosti“ a ich názory sú spojením kognitívneho a behaviorálneho. Naš predpoklad o podobnosti názorov respondentov sa nám podarilo potvrdiť. Hodnotenie zdravotného stavu seba sa pohybovalo najčastejšie na úrovni dobrý 42,32 %, podobnú relatívnu početnosť zistila pri svojom prieskume Valentová (2007) na menšej vzorke respondentov 47,00 %. Kritickejší k vnímaniu zdravotného stavu boli gymnazisti. Singnifikantné rozdiely v odpovediach podľa krajov sme nezaznamenali $p = 0,543$. Na margo faktorov ohrozujúcich zdravie, možno konštatovať, že 32,89 % respondentov uviedlo životné prostredie. Hegyi et al. (2004) uvádza v ciele 13 Zdravia pre všetkých v 21. storočí, že do roku 2015 by ľudia mali mať v regióne väčšie možnosti žiť v zdravých životných a sociálnych prostrediach doma, v škole, na pracovisku a v miestnej komunite. Najčastejšie volená možnosť životného prostredia respondentmi naznačuje,

že kvalitu životného prostredia je nutné zlepšovať, čo korešponduje s uvedeným cieľom a prioritnými oblasťami z nového znenia štátnej politiky zdravia Slovenskej republiky (2008), kde prioritou 3 znie prostredie a zdravie. Posledne spomenutý materiál popisuje, že vplyv prostredia na zdravie je 20–30 %. Druhým faktorom v poradí podľa respondentov je fajčenie, alkohol, drogy 32,68 %. Tabak a alkohol sú štvrtou prioritou Štátnej politiky zdravia Slovenskej republiky (2008). Podľa informácií z uvedeného dokumentu na Slovensku v súčasnosti fajčí približne jedna tretina obyvateľov nad 18 rokov veku. Aj keď sa situácia v porovnaní s minulými rokmi mierne stabilizovala, Národná rada Slovenskej republiky vyslovila súhlas s uzavretím Rámcového dohovoru o kontrole tabaku zo dňa 4. 12. 2003 uznesením č. 667 s následným ratifikovaním na pôde Organizácie spojených národov, a tak sme sa zaradili medzi prvých 14 krajín sveta, ktoré ho odovzdali. Problematiku alkoholu rieši Akčný plán pre problémy spôsobené alkoholom, ktorý vláda schválila v roku 2006. Naše zistenia korešpondujú s cieľom 12 Znížiť poškodenia z alkoholu, drog a tabaku, zo Zdravia 21 (Hegyí et al., 2004). Položku pohybová aktivita – cvičenie uvádzali respondenti najčastejšie 67,79 %, z aktivít na udržanie zdravia. V činnostiach, ktoré vykonáva pre udržanie zdravia rodina, prevažovala položka výživa. Podobné zistenia uvádza aj Valentová (2007). V Koncepcii štátnej politiky zdravia Slovenskej republiky (2008) je, v prioritách a cieľoch v oblasti kardiovaskulárneho zdravia, apel na zlepšenie podmienok na dostupnosť pravidelnej fyzickej aktivity a zlepšenie dostupnosti zdravej stravy. Zistenia ohľadne absolvovania preventívnych prehliadok raz za rok 36,84 %, na predvolanie 30,04 %, a 2-krát za rok 25,44 %, nás naplňujú vcelku spokojnosťou a konštatujeme podobnosť so zisteniami Valentovej (2007). Pri otázke postavenia zdravia v hodnotovom rebríčku respondentov sme zistili celkové skóre 1, 83 a ako hodnota číslo jeden bola uvádzaná u 54,40 % respondentov. Koldelová (2007) uvádza namerané celkové skóre (priemerná hodnota) a poradie pri zdraví u vzorky 190 stredoškôľakov na Slovensku a 120 v Nemecku 4,8 a 4,7, kde v oboch krajinách bolo vždy na druhom mieste. Rozdielnosť nameraných veličín v nami prezentovaných výsledkoch si vysvetlíjeme vo vekovom zložení respondentov, nakoľko autorka Koldelová pracovala iba so stredoškôľkami. V priamom dotazovaní na oblasť výchovy k zdraviu sme zistili, že pre 69,08 % respondentov je potrebná. Naše zistenia podporili vedecké úvahy Farkašovej (2005), Hegyiho (2004), Koňošovej (2000), Kriškovej (2003), Závodnej (2005) a tiež Koncepcie odboru Výchova k zdraviu podľa Vestníka MZ SR (1996) a Koncepcie štátnej politiky zdravia Slovenskej republiky (2008). V súlade s cieľmi práce nás zaujímalo aj to, aké programy podpory zdravia realizované na Slovensku poznajú respondenti. Veľmi negatívnym konštatovaním je zistenie, že až n = 276 (60,53 %) respondentov nepozná *žiadne* programy. Najviac respondentov uviedlo programy zamerané na *pohyb* n = 44 (9,65 %), nasledovali *zdravé školy, zdravé mestá* n = 35 (7,68 %) respondentov. S *poisťovňami* si programy na podporu zdravia stotožnilo n = 31 (6,80 %) respondentov. Programy zamerané na *výživu* uviedlo n = 22 (4,82 %) respondentov. *Onkologickú problematiku* v programoch zaregistrovalo n = 19 (4,16 %) respondentov. *Očkovanie*, ako program podpory zdravia, uviedlo n = 16 (3,51 %) respondentov. *Červený kríž*, ako program na podporu zdravia, označilo n = 12 (2,63 %) respondentov. Program podpory *duševného zdravia* uviedol iba n = 1 (0,22 %) respondent. Keďže v tejto otázke bolo možné vymenovať všetky programy, ktoré poznajú respondenti, očakávali sme vyšší počet odpovedí. Bohužiaľ,

nikto z respondentov neuviedol viac ako jeden program. Naše zistenia korešpondujú so zisteniami Valentovej (2007), ktorá zistila nevedomosť o programoch zdravia až u 70 % respondentov. Programy, ktoré respondenti poznali, sa týkali zdravého mesta a školy. V nadväznosti na predchádzajúcu otázku, sme sa pýtali na programy realizujúce sa v okolí respondentov. Až $n = 290$ (63,59 %) z nich neuviedlo *žiadne* programy. Valentová (2007) vo svojej práci uvádza až 80 %. $N = 56$ (12,28 %) respondentov uviedlo *zdravé školy, zdravé mestá*, $n = 40$ (8,77 %) uviedlo *pohyb*, $n = 22$ (4,83 %) uviedlo *poistovne*, po $n = 15$ (3,29 %) z nich označilo *výživu a onkologickú problematiku*, $n = 14$ (3,07 %) označilo *očkovanie* a $n = 4$ (0,88 %) uviedli *Červený kríž*. Zaujímalo nás vyjadrenie, na akú oblasť výchovy k zdraviu sú programy predovšetkým zamerané. Respondenti mali zvoliť iba jednu z ponúkaných možností. $N = 176$ respondentov (40,79 %) využilo možnosť označiť *iné* a nedopísalo žiadnu oblasť, $n = 102$ (22,37 %) respondentov sa domnievalo, že programy sú zamerané predovšetkým na *výživu*, $n = 173$ (16,01 %) respondentov zaznačilo možnosť *pohyb*, $n = 60$ (13,16 %) respondentov *životný štýl* a $n = 35$ (7,67 %) respondentov *hygienu*. Zaujímalo nás tiež, pre ktorú vekovú kategóriu sú programy na podporu zdravia predovšetkým určené. Podľa vyjadrenia $n = 281$ (61,63 %) respondentov sme zistili, že tieto programy sú určené predovšetkým pre *deti*. Ďalšou otázkou, ktorá nás zaujímala, bolo, z akých zdrojov respondenti vyhľadávajú informácie o zdraví. Ako najčastejší zdroj informácií uviedli respondenti *rozhlas a televíziu* $n = 138$ (30,27 %), ďalej *internet* $n = 120$ (20,31 %), *knihy a časopisy* $n = 90$ (19,73 %), *iné* $n = 56$ (12,28 %) – v tejto škále neuviedli respondenti žiadne konkretizácie, $n = škola$ 26 (5,71 %), *kurzy a školenia* $n = 13$ (2,85 %), *lekár* $n = 12$ (2,63 %), *sestra* $n = 1$ (0,22 %). Valentová (2007) uvádza až 67 % v kategórii *často*, čo je spôsobené zrejme rozsahom výskumnej vzorky a tiež použitou metódou (rozhovor). Sestra, ako zdroj informácií o zdraví, je v podobnom zastúpení prezentovaná aj vo výskumoch Hanzlíkovej (2004). Súvis vidíme v dosiahnutom pokroku informačno-komunikačných technológií a ich dostupnosti. Naproti tomu až 46 % respondentov, učiteliek základných škôl, vo výskume realizovanom Řehulhou (2010) uviedlo že prevencia by mala byť v prvom rade úlohou zdravotníkov.

Druhý výskumný krok spočíval vo verifikácii postulátu o legislatívnej a programovej zhode priority výchovy k zdraviu s odpoveďami respondentov podľa krajov. Náš predpoklad sa potvrdil vo vybraných parametroch týkajúcich sa prevencie, potreby výchovy k zdraviu, výchovy k zdraviu ako spoločenskej priority a vo vyjadreniach o zodpovednosti za zdravie jedinca a spoločnosti. Studentovým t-testom sme nezistili významné rozdiely v odpovediach respondentov podľa krajov. Zaznamenali sme však aktívny prístup k zodpovednosti za zdravie prenesený na jedincov. Priorita výchovy k zdraviu je legislatívne deklarovaná v zákone č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov; zákone č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov; zákone č. 132/2010 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov; zákone č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytnutím zdravotnej

starostlivosti v znení neskorších predpisov; v Programovom vyhlásení vlády Slovenskej republiky a v Koncepcii štátnej politiky zdravia.

Tretí okruh skúmania zahŕňal zistenia ohľadne zamerania zdravotno-výchovných aktivít podľa veku vo vyjadrení respondentov z dotazníka, ktorú sme realizovali prostredníctvom párového t-testu. Zistili sme zameranie predovšetkým na deti a na skupinu seniorov.

Odporúčania na skvalitnenie skúmanej problematiky

Výsledky práce poskytujú podnety pre ďalší výskum a zároveň majú významné edukačno-spoločenské implikácie. Sme presvedčení o nutnosti naznačenia vybraných podnetov, ktoré by bolo vhodné teoreticky a empiricky prehĺbiť. Uvedomujeme si, že výskumné závery, ku ktorým sme dospeli, majú svoje limity. Na skvalitnenie skúmanej problematiky odporúčame:

1. Klásť dôraz na neustále prehľbovanie teoretických poznatkov v oblasti výchovy k zdraviu vo sfére inštitucionálneho, neinštitucionálneho, ale hlavne celoživotného, vzdelávania.
2. Prezentovať aktivity týkajúce sa jednotlivých programov zameraných na zdravie na úrovni celospoločenskej, regionálnej a komunitnej v úzkej spolupráci hlavne so samosprávou.
3. Pokračovať v snahách o prenesenie zodpovednosti za zdravie na jedincov.
4. Pokračovať v zámeroch o aktívnom prístupe k prevencii ochorení zo strany jednotlivých vekových kategórií.
5. Klásť väčší dôraz na seniorskú populáciu v aktivitách zaoberajúcich sa zdravím.
6. Prehľbovať poznatky o výchove k zdraviu prostredníctvom výskumných zistení v rámci odboru ošetrovateľstvo.
7. Zintenzívniť praktické napĺňanie autonómie sesterského povolania s akcentom na pozitívny imidž ošetrovateľstva.
8. Vytvoriť grantovú agentúru, ktorej cieľom by bolo získavať a prerozdeľovať finančné zdroje na projekty týkajúce sa oblasti podpory zdravia v napojení na existujúce štruktúry Európskej únie.
9. Zintenzívniť spoluprácu jednotlivých zložiek spoločnosti zameranú na zvyšovanie zdravotného uvedomenia a zlepšovanie starostlivosti o zdravie v intenciách programu Zdravie 21.

Záver

Najdôležitejším predpokladom plnohodnotného života je zdravie. Je právom, zdrojom a základom života. Starostlivosť o zdravie by mala byť absolútnou prioritou spoločnosti a každého jedinca. V tejto súvislosti sa vynára potreba výchovného pôsobenia v oblasti zdravia. Problematika výchovy k zdraviu, nie je vôbec terminologicky jednoduchá, práve pre jej široký a komplexný prístup. Zdravotno-výchovné pôsobenie má svoje historické, politické, demografické a geografické špecifiká. Vždy je viazané na konkrétny čas a priestor. Preto sme prácu zamerali na podporu a upevnenie zdravia

prostredníctvom realizácie výchovy k zdraviu a jej ponímania ako priority u vybraných respondentov ako členov súčasnej spoločnosti. Zistili sme, podľa vyjadrenia respondentov, že výchova k zdraviu je potrebná a jednoznačne patrí k prioritám spoločnosti. Z ďalších zistení vyplynul aktívny prístup k prevencii, zodpovednosti za zdravie a vyhľadávaniu informácií súvisiacich so zdravím, aj keď sa sestra, ako zdroj informácií, umiestnila na ostanom mieste. Zdravie, ako hodnota číslo jeden, bola uvádzaná u viac ako polovice respondentov. Výraznejšie nedostatky sme zaznamenali ohľadne informovanosti o programoch zdravia a ich realizácie, kde by bolo vhodné zamyslieť sa nad ich cieľovou propagáciou.

HEALTH EDUCATION IN TERMS OF RESPONDENTS IN THE SCHOOL ENVIRONMENT IN NITRA AND PREŠOV REGION

Abstract: In contemporary philosophy of a man as a bio-psycho-social being, health education is viewed as an important factor in promoting the health of individuals and society. Health education is defined with an emphasis on active access, motivation, and multidisciplinary. We interviewed 445 respondents from the school environment attending the sixth grade at primary school and the third grade at secondary grammar school in Nitra and Prešov Region on health education, and the focus of health programmes. The methods used were a questionnaire, and mathematic-statistical methods, Student's t-test in the program 11 for Windows. We conducted the research in 2007. The research indicates that health education is one of the priorities of the society. Active approach to prevention and responsibility for health were confirmed. Health status as number one value was recorded in more than half of respondent's answers. Considerable deficiencies were in health programs awareness. Health programs, according to respondents, focus on children, old people, and handle the issue of movement, nourishment, cancer prevention, and stress elimination.

Key words: health education, health, philosophy of health, health awareness, health promotion, nursing, nurse