

ŠKOLA A ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ, 2011

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ: ČESKO-SLOVENSKÉ ZKUŠENOSTI

Evžen Řehulka, Eva Sollárová et al.



Brno 2011

Tato elektronická publikace je přílohou publikace
Health Education: Czech-Slovak Experiences

© 2011 Masarykova univerzita
© 2011 Evžen Řehulka, Eva Sollárová et al.
© 2011 MSD

OBSAH

ÚVOD	5
VÝCHOVA KE ZDRAVÍ V ENVIRONMENTÁLNÍCH SOUVISLOSTECH <i>Hana HORKÁ</i>	7
NOVŠIE PRÍSTUPY V OBLASTI PREVENČIE RÔZNYCH FORIEM RIZIKOVÉHO SPRÁVANIA V OBDOBÍ ADOLESCENCIE – PREDSTAVENIE PRÍSTUPU SOCIÁLNYCH NORIEM <i>Martina ROMANOVÁ, Tomáš SOLLÁR</i>	20
FACILITOVANIE PSYCHOLOGICKY ZDRAVÉHO FUNGOVANIA OSOBNOSTI <i>Eva SOLLÁROVÁ</i>	36
PODPORA DUŠEVNÉHO ZDRAVIA V KONTEXTE OŠETROVATEĽSTVA <i>Dana ZRUBCOVÁ</i>	48
ZDRAVIE V KONTEXTE OŠETROVATEĽSTVA <i>Gabriela VÖRÖSOVÁ</i>	72
NÁZORY OBČANŮ ČESKÉ REPUBLIKY NA ZDRAVÍ A KVALITU ŽIVOTA ŠKOLNÍ MLÁDEŽE <i>Evžen ŘEHULKA</i>	95
VÝCHOVA K ZDRAVIU VO VYJADRENÍ RESPONDENTOV ZO ŠKOLSKÉHO PROSTREDIA V NITRIANSKOM A PREŠOVSKOM KRAJI <i>Miroslava LÍŠKOVÁ</i>	107
ZKUŠENOSTI S VÝCHOVOU KE ZDRAVÍ V ČESKÉM ZÁKLADNÍM VZDĚLÁVÁNÍ <i>Leona MUŽÍKOVÁ, Vladislav MUŽÍK</i>	134

**IDENTIFIKACE, REEDUKACE A PSYCHOTERAPIE
DIFICILIT A PORUCH CHOVÁNÍ A PROŽÍVÁNÍ**

Rudolf KOHOUTEK 160

**RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ ŽÁKŮ ZÁKLADNÍ ŠKOLY
A STŘEDOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ PŘI PRÁCI
S POČÍTAČEM A S INTERNETEM**

Petr KACHLÍK 185

SEZNAM AUTORŮ 204

SEZNAM LITERATURY 206

ÚVOD

Současné školství se stále více specializuje na jednotlivé výchovné cíle, které mají za úkol zajišťovat zvyšování kompetencí v určitých oblastech života. K aktuálním a relativně novým trendům v tomto směru patří výchova ke zdraví, která je spojena s rozvojem zdravotní gramotnosti a zvyšováním podpory zdraví. Na těchto otázkách pracují ve světě různé instituce a problematice jsou věnovány různé výzkumné programy.

Uvedeným otázkám je věnována také tato kniha, která je výsledkem práce vysokoškolských učitelů *Fakulty sociální vied a zdravotníctva Univerzity Konštatína Filozofa v Nitře* a *Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně*. Pedagogická fakulta MU řešila v letech 2005 až 2011 výzkumný záměr *ŠKOLA A ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ* (MSM0021622421), kde se zabývala vzájemným vztahem školy a zvyšováním zdravotního uvědomění v populaci, a to zejména z podnětu materiálů *Světové zdravotnické organizace/World Health Organization* a školských dokumentů, které pod názvem *Rámcové vzdělávací programy* poprvé v dějinách českého školství explicitně budují výchovu ke zdraví jako vzdělávací obor. Při rozvíjení výchovy ke zdraví jsou důležité také přístupy, kde se zdravotnické obory rozvíjejí na bázi sociálních věd. Významné úspěchy v tomto směru dosahuje *Fakulta sociální vied a zdravotníctva Univerzity Konštatína Filozofa v Nitře*, kde se řada psychologů orientuje na zdravotnické obory zejména v ošetrovatelství, fyzioterapii a v zdravotnickém záchranářství. Hlavním cílem sociálně orientovaného zdravotnictví je prevence, zejména primární prevence, jejímž základem je dobře propracovaná výchova ke zdraví. Rozvíjení prevence, kterou podmiňuje zdravotní výchova či realizace výzkumů zdravotního chování, je východiskem pro vytváření výchovy ke zdraví je také programem řady studií, které vznikaly na nitranské a brněnské fakultě. Výzkumy byly realizovány v různých kontextech, tak jak byly jednotliví pracovníci profesně a úkolově orientováni: najdeme tu zaměření na učitelství, ošetrovatelství, environmentalistiku, na rozvoj zdravé osobnosti a prevenci poruch chování, prezentují se zkušenosti s koncipováním výchovy ke zdraví ve školních podmínkách a obecné názory na zdraví mládeže či prevenci rizikového chování. Relativně rozsáhlá paleta poznatků publikace zajímavě obohacuje situaci v současné zdravotní výchově, ať již tím, že ukazuje východiska pro tuto činnost nebo nabízí různé formy řešení.

V oblasti výchovy ke zdraví se již mnoho vykonalo, ale současně vyvstávají ještě další úkoly. Výchova ke zdraví překračuje hranice zdravotnictví nebo zde dostává nové úkoly, které často přejímá kvalitativně nově a moderně pojaté ošetrovatelství. Výchova ke zdraví se zavádí do školního vyučování, ale zde kurikulárně zaměřené výzkumy odhalují potíže, neboť někdy existuje nesoulad mezi projektovanou formou kurikula a její realizací ve školní praxi. Občané si však obecně myslí, že škola má pozitivní vliv na zdraví mládeže, ale současně stále přetrvává domněnka, že ve škole v řadě případů dochází k přetěžování žáků školní prací. Už z tohoto hlediska je velmi aktuální věnovat se duševnímu zdraví a využívat různých stávajících psychologických programů, které sledují kvalitu života a zdraví osobnosti.

Výchova ke zdraví a rozvíjení zdravotní gramotnosti je velkým společenským a politickým úkolem moderní společnosti. Předložená publikace ukazuje různé úhly pohledu na tyto otázky, zjišťuje současné informace a nabízí poznatky a programy k efektivní zdravotní výchově. České a slovenské zkušenosti jsou velmi podobné kulturní i historickou tradicí, ale z druhé strany přece jen někdy odlišné v současných koncepcích, takže mohou být pro obě strany inspirativní. Autoři si přejí, aby kniha, ve které publikují své výzkumy a názory, nebyla jen ukázkou jejich práce, ale aby podněcovala k diskusi a vzbuzovala zájem o studium zdraví z pohledu různých oborů.

Listopad 2011

Evžen Řehulka a Eva Sollárová
za autorský kolektiv

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ V ENVIRONMENTÁLNÍCH SOUVISLOSTECH

Hana HORKÁ

Abstrakt: Autorka poukazuje na průnik podpory zdraví a péče o životní prostředí v systému výchovy. Konkretizuje jej na cílech a obsahovém zaměření dvou podsystémů, tedy environmentální výchovy a výchovy ke zdraví. Zdravotní důvody péče o životní prostředí se staly inspirací pro výzkumné sondy, zaměřené na problematiku „ohrožení vlastního zdraví v důsledku environmentálních vlivů“¹. Zvolené fenomény (příroda versus rekreace, příroda versus doprava, příroda versus pohybové či sportovní činnosti) jsou ilustrovány na příkladech výsledků výzkumných sond. V závěru je popsán přínos pro teorii a praxi výchovy ke zdraví a environmentální výchovy s akcentem na proměnu vzdělávání směrem k biofilní orientaci.

Klíčová slova: životní prostředí, biofilní vzdělávání, environmentální výchova, kvalita života, péče o zdraví, příroda, kultura, výchova ke zdraví, zdraví

Kvalita životního prostředí jako významný aspekt zdraví

Základní strategii snah pro dosažení pozitivních změn životního prostředí a nástroj zajišťování udržitelnosti světa představuje environmentální výchova. Její integrální součástí je péče o životní prostředí, jehož nepříznivá změna limituje kvalitu života. Z řady studií vyplývá, že kvalita životního prostředí představuje základní determinantu a regulační mechanismus zdraví. Vést zdravý život totiž neznámá pouze eliminovat zdravotní rizika ohledně lidského zdraví, ale znamená přispívat i ke zdraví přírodního prostředí. Oporu pro tato tvrzení nacházíme rovněž v ekologicko-sociálním modelu zdraví, který sleduje podmíněnost zdraví přírodním a sociálním prostředím, nebo v integrovaném pojetí zdraví zabývajícím se konsekvencemi mezi zdravím člověka a zdravím fyzického prostředí a přírody.

Dnes je již nezpochybnitelné, že krize životního prostředí spočívá nejen v ohrožení rostlinných a živočišných druhů, ale je „vnějším projevem krize mysli a ducha“ (Koger; Winter 2009) nebo „velkou krizí vnímání“ (Abram 2008), čímž je míněna určitá neschopnost „příliš civilizovaného člověka“ vnímat přírodu dostatečně jasným způsobem.

Aktualizují se tak znovu otázky spjaté s výchovou, resp. s utvářením vztahu k životnímu prostředí, zvláště ke složce přírodní, ohrožované civilizačním rozvojem a současným stylem života. Očekává se, že přispějí k překonávání narušené recipacity

¹ Výsledky výzkumných sond jsou součástí studií zpracovaných ve VZ Škola a zdraví 21 v letech 2008–10.

mezi člověkem a přírodou, čehož důsledkem je podle D. Abrama (2008, s. 139) „*neschopnost člověka nejen vrátet zpět to, co si vzal, ale mnohdy i jeho neschopnost vnímat a dekódovat to, co mu příroda sděluje*“.

Co z toho vyplývá pro výchovu? V první řadě respekt k tomu, že genetická výbava člověka pochází z přírodního prostředí a příroda jistě jeho duševní a tělesné zdraví. Následně vzdělávání koriguje nadbytek umělých kulturních informací, jejichž tlaku je člověk vystaven. Učí jedince rozeznávat podstatné informace, pracovat s nimi, umožňuje, aby do něj vnášely své tvary (in-formovaly ho), anebo slovy D. Abrama (2008, s. 139), „zanechávaly v něm svoji ozvěnu“.

V naší studii k systému výchova přihazujeme dva významné podsystémy, a to výchovu environmentální a výchovu ke zdraví.

Průnik podpory zdraví a péče o životní prostředí ve výchově

Průnik podpory zdraví a péče o životní prostředí vyplývá z charakteristiky environmentální výchovy, která zdůrazňuje adekvátní **vystižení a pochopení vztahů a souvislostí mezi složkami životního prostředí**, komplexní vyjádření vzájemné podmíněnosti živé a neživé přírody, organismů navzájem, vztahů lidské činnosti a jejich produktů a přírody, včetně **poznávání nechtěných důsledků lidských přetvářecích činností** působících devastaci a ohrožení přirozených kvalit vody, vzduchu, půdy, flóry, fauny s následným **ohrožením** nejen lidského **zdraví**, ale i existence života na Zemi vůbec. Poznávání a pochopení těchto souvislostí se promítá v odpovědném vztahu k životnímu prostředí, v ekologicky šetrném **životním stylu** a jednání, podporujícím zdraví (Horká 2005, s. 26).

Obsahovou analýzou cílů environmentální výchovy dospějeme k závěru, že jsou v mnoha směrech kompatibilní se záměry podpory zdraví. Mezi společné klíčové významové jednotky náleží v kognitivní rovině: porozumění vztahům člověka a přírody, důsledkům lidských činností na prostředí, včetně možností zmírňování, omezování až vyloučení jejich následků, příp. možných rizikových faktorů zdraví; pochopení vlastní odpovědnosti v péči o prostředí ve vazbě na péči o zdraví vlastní i zdraví ostatních; redukce zbytečných lidských potřeb a neodůvodněných nároků na základě komplexního chápání hodnoty přírody. V rovině kognitivně-afektivní jde o osvojování etických principů jednání a chování (neboť povrchní, konzumní a nemorální způsob života podporuje lidské druhové sobectví a znemožňuje emocionální, teoretickou i hodnotovou rehabilitaci přírody apod.); pochopení estetické hodnoty přírody; prosazování šetrnosti, hospodárnosti, ohleduplnosti, odpovědnosti. V rovině kognitivně-motorické jsou to dovednosti a návyky nezbytné pro každodenní žádoucí jednání občana s důrazem na zdravý životní styl a rozhodování se v zájmu podpory zdraví a udržitelného rozvoje.

Rozvoj kompetence „kulturního ochránce zdraví a životního prostředí“ (Švec 2004, s. 29), vyžaduje dovednost orientovat se v existujících vzájemně příčinných, spontánně se uplatňujících vztazích v životním prostředí a ovlivňujících kvalitu péče o něj i o zdraví. Na jejím základě dokáže jedinec hodnotit, zvažovat rizika a přínosy a podle toho jednat a též přijímat odpovědnost za důsledky svého chování ve vztahu k prostředí. K tomu je třeba, aby byl na přijatelné úrovni příjem a výdej umělých informací a aby se otevřel prostor k přijetí a vydávání přirozené informace (Abram 2008, s. 139). Z toho

plyne, že informace o přírodě vytržené ze souvislostí, zprostředkované pouze slovy nemohou stačit k náležitě orientaci v životních situacích².

Průnik environmentální výchovy a výchovy ke zdraví je patrný z obsahového kurikula environmentální výchovy základní školy, které uvádíme jako přehled klíčových témat:

ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ JAKO VÝZNAMNÝ ASPEKT ZDRAVÍ výběr klíčových témat	
Aspekt kognitivní	Aspekt kognitivně-afektivní
Prostředí přírodní (ekosystémy – les, pole, vodní zdroje, moře, tropický deštný prales), Základní podmínky života – voda, ovzduší, půda. Ekosystémy – biodiverzita, energie a život, přírodní zdroje.	Etické principy jednání. Ekologická etika. Etické normy. Prosociální chování.
Hodnota přírody. Využívání / zneužívání přírody a životního prostředí/ochrana přírody a kulturních památek.	Překonávání primitivně egocentrických názorů a hodnot. Nabídka hodnot ke změně manipulativního nahlížení na přírodu i lidskou společnost. Estetická percepce přírody. Příroda a ŽP jako zdroj inspirací pro vytváření kulturních a uměleckých hodnot
Kultura jako umělý systém. Podstata kultury a její vztah k přírodě. Kultura jako zdroj různých pohledů a vztahů k přírodě a prostředí, kulturní krajina, lidské sídlo-město-vesnice (umělý ekosystém).	Otázky lidských potřeb, hodnot. Materiální konzum. Reflexe a sebereflexe jednání. Antropologické otázky – humanizace, odcizení. Lidská práva týkající se přežití, rozvoje, ochrany jedinců, práva/povinnosti, násilí/mír v mezilidských vztazích.
Nesouměrnost života na Zemi (rozdílné podmínky prostředí a rozdílný společenský vývoj na Zemi, důsledky globalizace, principy udržitelného rozvoje	Vztah člověka a společnosti, bohatství a chudoba.
Vztah člověka k prostředí Vývoj vztahů člověka k přírodě (ŽP) Lidské aktivity (doprava, zemědělství, průmysl, odpady a problémy ŽP)	Občanská aktivita a demokracie, společenská kontrola a veřejný zájem. Angažovanost v řešení problémů ŽP.
Environmentální aspekty zdraví (člověk a příroda, příroda a zdraví, zásahy člověka do přírody, jejich dopad na zdraví).	

² D. Abram mluví o příbězích, které jsou vyprávěny „tváří v tvář, nikoliv o čtení dětem z knih“, příběh o tom, co se odehrálo za úplňku na okraji lesa nebo či stopy se to klikatí napříč tímto vyschlým řečištěm. Jaké jsou příběhy vašeho místa? Proč z tamtoho úbočí ční tak obrovský a divně tvarovaný balvan? Nebo příběh o tamhletem nároží ulice, kde přerušované bzučí pouliční lampa – co se to tam asi děje? Děti potřebují příběhy, které se odehrávají v krajině, příběhy ve fyzickém světě, které zabydlujeme svou tělesnou představivostí. Jazyk potřebujeme nejdříve zažít tělesně. Dáváme přednost improvizovanému vyprávění, aby „dítě vyrůstalo v krajině opředené bájemi a mělo vědomí jazyka jako čehosi, co patří nejenom lidem, ale celku světa“. Dítě, které vyrůstá uvnitř světa příběhů, má pocit bytí ponořeného do světa, v němž významy prosakují z každé věve i čepce trávy a zobáku, který se náhodou otevře. Uvedený fundament je nutný i k přijetí určitého druhu etického omezení, kterého je schopen pouze ten, kdo si uvědomuje zakořenění do světa, v němž „přebývají nejenom lidé, ale i jiné bytosti a jiná těla.

Interdisciplinární a multidisciplinární pojetí environmentální výchovy a interakční pojetí zdraví (v úrovni biologické, environmentální, psychologické, interpersonální a sociokulturní) evokuje potřebu logicky spojovat otázky přírodovědné (medicínské) se společenskovedními.

Průniky péče o zdraví a péče o životní prostředí ve výzkumných šetřeních

Do pojetí environmentální výchovy se promítá celé spektrum důvodů péče o životní prostředí (srv. Novotná 1997, s. 180–181): od utilitárně ekonomických (chránit neobnovitelné přírodní zdroje jako ekonomické bohatství a divokou přírodu jako přírodní bohatství, které může být v budoucnosti užitečné), etických, estetických až po důvody zdravotní (péče o prostředí neohrožující zdraví člověka a volnou přírodu jako místo fyzické i duševní rekreace).

Zdravotní důvody péče o životní prostředí se staly inspirací pro výzkumné sondy v rámci výzkumného záměru Škola zdraví 21, jimiž jsme se snažili nalézt společný průnik oblasti „péče o zdraví“ a „péče o životní prostředí“. Jednat ve prospěch přírody a přírodního prostředí jako klíčový imperativ výstupu environmentální výchovy se stal motivačním impulsem pro výzkumná šetření, zaměřená na problematiku „zdraví“ přesněji „ohrožení vlastního zdraví v důsledku environmentálních vlivů“. Zvolili jsme následující oblasti vlivů: rekreace, automobilová doprava a pohybové či sportovní činnosti.

Situace, v nichž se péče o zdraví dostává do konfliktu s péčí o životní prostředí, resp. o přírodu, posuzujeme v pedagogických souvislostech, zvláště z hlediska edukačního procesu. Po charakteristice zvoleného fenoménu (příroda versus rekreace, příroda versus doprava, příroda versus pohybové či sportovní činnosti) nabízíme vybrané výsledky výzkumných sond³, jejichž shrnutí může ovlivnit teorii a praxi výchovy ke zdraví a environmentální výchovy, resp. přinášet podněty pro aktualizaci vzdělávacího kurikula.

Environmentální a zdravotní důsledky rekreace (příroda versus rekreace)

Ozdravný účinek přírody na člověka v rovině terapeutické, relaxační a rekreační, tzv. mimoproduktivní funkce přírody je někdy přeceňována na úkor její funkce při zajišťování integrity a reprodukce duchovní, psychické. J. ŠMAJS (2005, s. 93) to popisuje jako starost přírody nejen „o *zdravé tělo, ale i o zdravou duši*“, ale spolu „s *přiměřeně rozsáhlou kulturou o biologicky určenou lidskost*“.

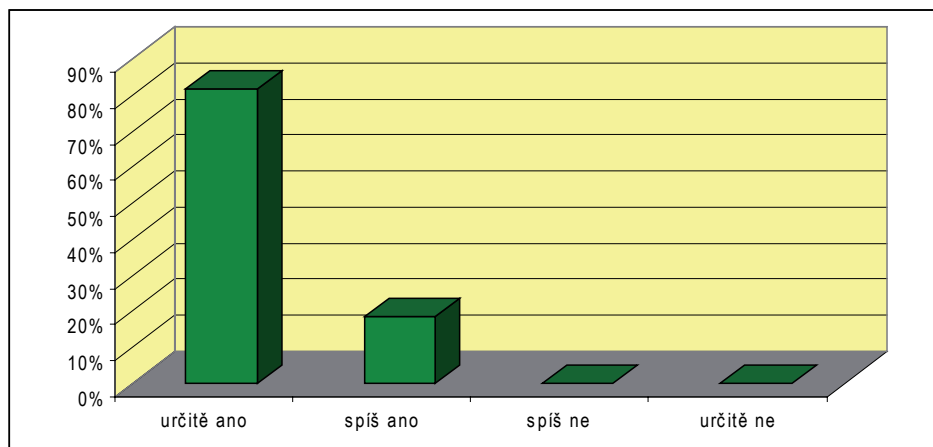
Relaxaci v přírodě se minimalizují škodlivé účinky neustálého psychického i fyzického napětí, které přináší uspěchaný život v civilizované společnosti. Na uvědomění si krásy přírody jako léčebného prostředku a na využití pobytu ve volné přírodě je založena ekoterapie. Děje se prostřednictvím relativně osamělého kontaktu klienta s přirozenou krajinou (počínaje vycházkami do míst bez lidí směrem k „outdoorově“ náročným typům pobytů v přírodě) až po „gardening“, tedy zahradničení,

³ Výsledky výzkumných sond jsou součástí studií zpracovaných ve VZ Škola a zdraví 21 v letech 2008–10.

ale i malování či fotografování nebo péči o rostliny a zvířata. Vhodným způsobem relaxace se stává pěstování zeleniny, květin, některých druhů ovoce, které umožňuje zejména malým dětem „bez abstraktních pojmů a schémat každodenně ukazovat to, co protipřírodní kultura proti jejich vůli zakryla: tvořivost, tajemství, nadřazenost a krásu pozemského života“ (ŠMAJS 2000, s. 330).

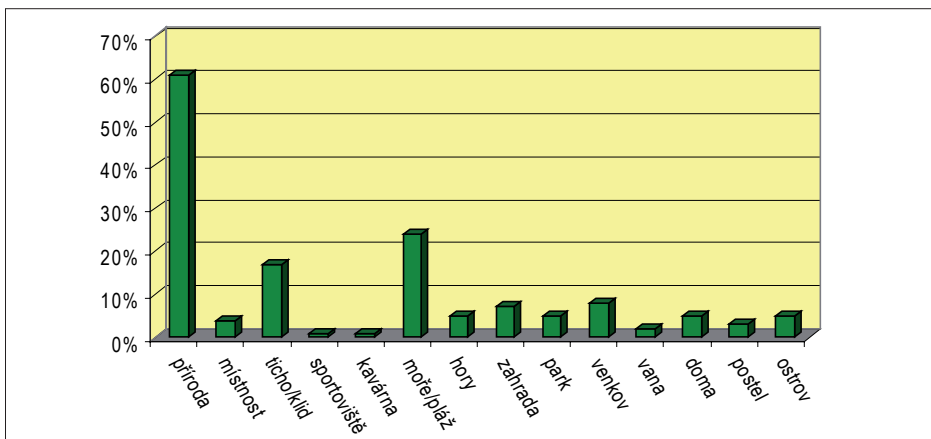
Z výsledků výzkumných sond na téma Jak uvažují respondenti z řad studentů oboru učitelství o relaxaci v přírodě.

Pilotní studií bylo odhaleno, že přírodní prostředí je z hlediska lidského zdraví zajímavé především jako platforma pro relaxaci. Zjišťovali jsme tedy, jestli vůbec studenti/ky Pedagogické fakulty MU v Brně (N = 104, 98 žen, 6 mužů) pokládají v kontextu péče o zdraví relaxaci za významnou činnost – graf č. 1:



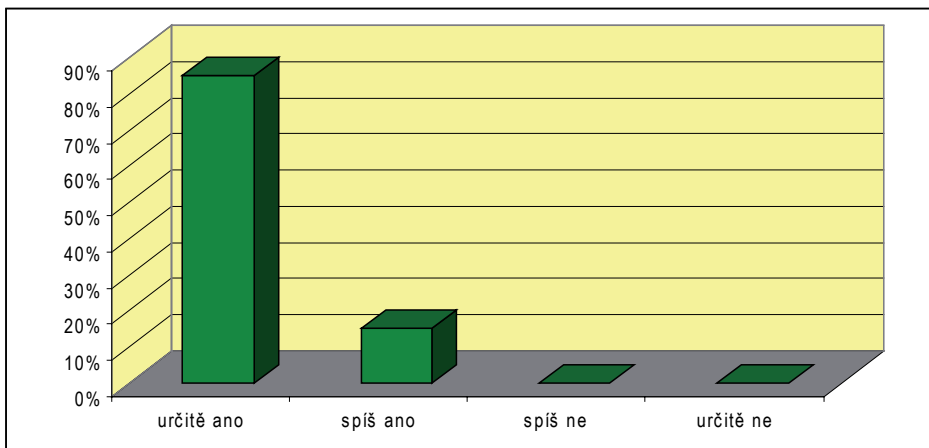
Graf č. 1: Jak souhlasíte s výrokem: „Umět správně relaxovat je pro lidské zdraví mimořádně důležité“?

Jak ukazuje graf č. 1, relaxace je pokládána za činnost rozhodně důležitou. Následně jsme zjišťovali, zda přírodní prostředí představuje zajímavé místo pro relaxaci. V rámci výzkumného nástroje jsme formulovali otevřenou položku: „Pokuste si představit místo (popř. místa), kde byste chtěl/a nejraději relaxovat a toto místo stručně popište“. Relativní četnosti kategorií vzešlých z odpovědí jsou zobrazeny v grafu č. 2:



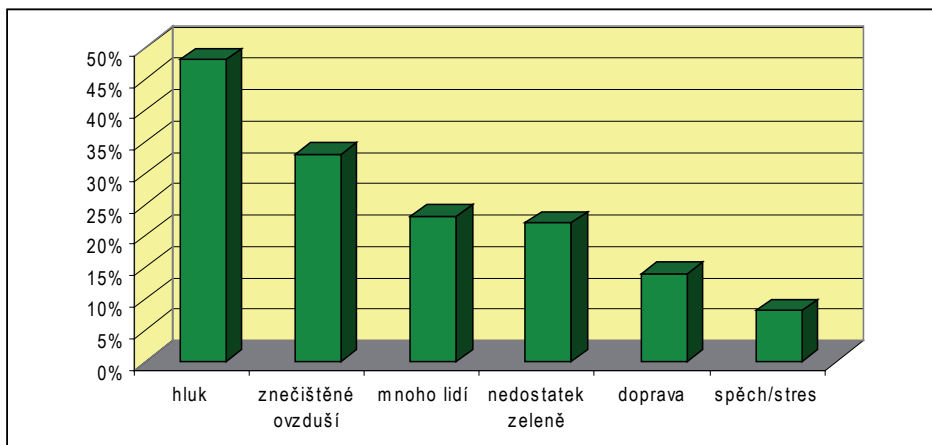
Graf č. 2

„Nejčtenější je kategorie *příroda* s 60,6 %. Další významné kategorie po přírodě jsou: *moře/pláž* (24 %) a *ticho/klid* (17,3 %). I když pojem „příroda“ je dost obecný a nemůžeme s jistotou říci, co tímto termínem respondenti přesně myslí, pokládáme za potvrzení výzkumného předpokladu, že studenti/ky pokládají přírodu ve většině za vhodné místo k relaxaci. Pro upřesnění jsme ještě použili následující uzavřenou položku, jejíž vyhodnocení je zobrazeno v grafu č. 3:



Graf č. 3: Jak souhlasíte s tímto výrokem: „Příroda (zeleň, park, les, atd.) je vhodným místem pro dobrou relaxaci“?

V rámci výzkumné sondy jsme zjišťovali, zda respondenti pociťují v životě nějaké překážky bránící dobré relaxaci a zda mají environmentální kontext – viz graf č. 4:



Graf č. 4: „Pokud si myslíte, že život ve městě přináší překážky pro dobrou relaxaci, napište, o jaké překážky se jedná“.

Ukazuje se, že překážky dobré relaxace mají často environmentální kontext – na prvním místě je *hluk* s 47,6 %, dále *znečištěné ovzduší* s 33 %; další místo zaujímá spíše sociální kategorie *mnoho lidí* s 23,3 %, ale následující je *nedostatek zeleně* s 22,3 %.

Dobrá relaxace je považována za důležitou komponentou v péči o zdraví a také je respondenty často spojována s relaxací v přírodním prostředí. Překážkou dobré relaxace jsou často atributy poškozeného životního prostředí (Horká; Hromádka 2010).

Podněty k aktualizaci vzdělávacího kurikula

V souvislosti s ekoterapeutickým potenciálem přírody nelze přehlédnout informace o negativních reakcích některých dětí a mladých lidí na přírodní prostředí. Vyhýbají se praktickému kontaktu s přírodou a v podstatě se jí bojí; objevuje se strach ze setkání s obávanými objekty či situacemi; náchylnost k odporu k přírodnímu prostředí a očekávání určitého stupně komfortu, jež přináší život v moderním a pohodlném prostředí (Bixler; Floyd 1997 in Franěk 2001). Výzkumy u nás (např. Strejčková a kol. 2005), věnované odcizování dětí přírodě, přinesly zajímavé a podnětné informace. Překonávání negativního vnímání přírodního prostředí je velmi důležité pro environmentální výchovu i výchovu ke zdraví. Souvisí s postupy při seznamování dětí s přírodou, založenými na přímé zkušenosti, na zážitcích z pozorování v přírodě, nikoliv na předávání poznatků izolovaně a v abstraktní podobě⁴. Informace o přírodě vytržené ze souvislostí, zprostředkované slovy nemohou dětem stačit k adekvátní orientaci v životních situacích. Návyk konzumace zprostředkovaných informací usnadňuje manipulaci lidských davů (Strejčková 2005). Preferování virtuálních aktivit před reálnými může snižovat i schopnost empatie vůči jiným formám života. Prezentace různých pohledů na přírodu z přírodovědného, estetického a duchovního hlediska, na její

⁴ J. Šmajš varuje před skrytou dominancí abstrakcí matematických, fyzikálních aj. nebadajících k přeměně přírody a doporučuje vyváženost abstrakcemi biologickými a kulturními, směřujícími k pokoře před přírozními strukturami.

hodnotu i reálná nebezpečí, na možnosti kontaktu s přírodou je ovlivňována profesními kompetencemi učitele. Nabízí se znovu zmínit význam rovnováhy mezi přirozenou a kulturní informací jako prostředku při řešení krize vnímání (Abram 2008).

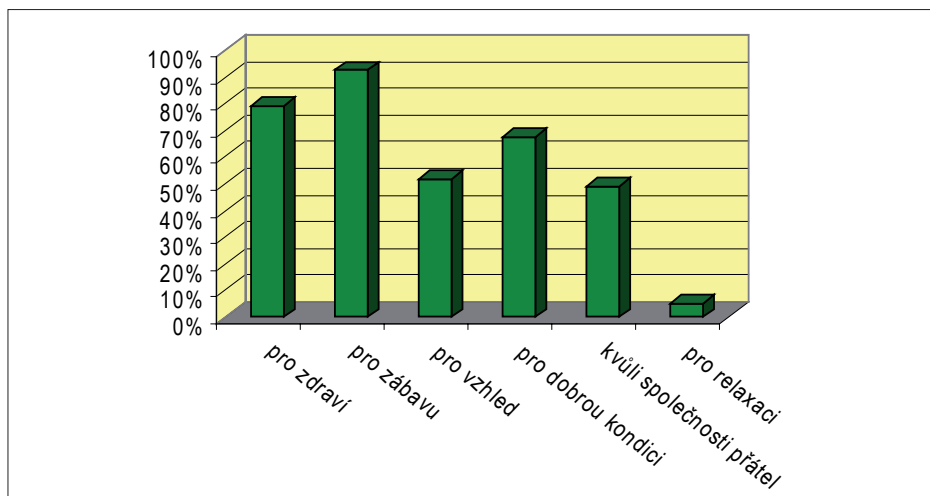
Environmentální a zdravotní důsledky pohybových aktivit

Kvalitní přírodní prostředí s kulturními památkami představuje zdroj různých příležitostí pro pobyt i pohybové aktivity člověka, konané obvykle „pro zdraví“. Přiměřený pohyb spolu s vlivy životního prostředí, výživou a způsobem života představují intervenující činitele zdraví, ničím nekompenzovatelné.

Význam pohybových aktivit pro zdraví člověka je nezpochybnitelný, ovšem jejich dopad na životní prostředí je stále zřetelnější⁵. Poškozování přírodního prostředí je důsledkem trvalé „*ignorance biologických faktorů kulturního života, chybějící argumentace proti nebezpečné tendenci v životním stylu*“ (Šmajsová-Buchtová 2009, s. 80), neznalosti skutečných přírodních hodnot atd., což v konečném důsledku podtrhuje potřebu jinak orientovaného vzdělání.

Z výsledků výzkumných sond

Se souborem studentů/ek Pedagogické fakulty MU (N = 133, 128 žen, 5 mužů) jsme nejdříve zjišťovali, proč studenti/ky provozují pohybovou činnost a zda to má konotace s péčí o vlastní zdraví – graf č. 5:

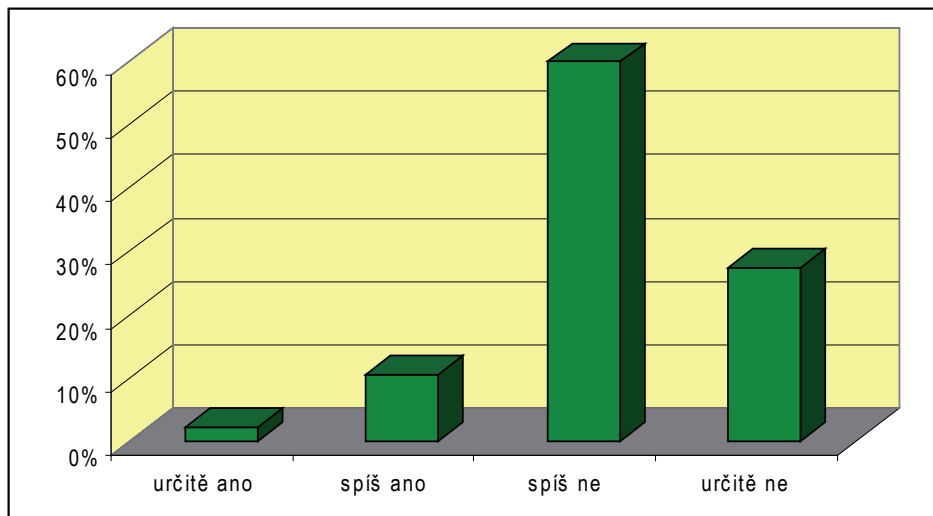


Graf č. 5: „Pokud naleznete v následující nabídce důvod nebo důvody pro Vaši pohybovou činnost, zaškrtněte je (popř. dopište, pokud v nabídce Vaše důvody chybí).“

⁵ Záběr zemědělské a lesní půdy, fragmentace krajiny a vytváření překážek, poškozování estetického vzhledu krajiny a znečišťování krajiny, záběr plochy, kácení stromů, rušení živočichů, záměrné ničení vegetace apod. Dopad na životní prostředí mají rozsáhlé areály v přírodní krajině, sjezdovky na hranicích národních parků, energeticky mimořádně náročný provoz sportovních hal, ale také například masová nadprodukce nejrůznějšího sportovního vybavení či ekologický dopad dopravy při „cestách za pohybem“.

Jak se ukazuje, respondenti sice nejčastěji sportují nebo vykonávají pohybovou činnost pro zábavu (92,5 %), ale druhou nejčetnější kategorií je kategorie „pro zdraví“ – 78,9 % (Horká, Hromádka 2010).

Zjišťovali jsme také, zda při vykonávání nějaké pohybové činnosti zohledňují možné vlivy na životní prostředí (připouštíme, že to může u některých pohybových činností znít dost absurdně a validita této položky je značně problematická). Výsledky viz graf č. 6:



Graf č. 6: míra souhlasu s výrokem: „Když provozuji nějakou pohybovou činnost, přemýšlím, jak tato činnost zatěžuje životní prostředí.“

Modální kategorie: spíše ne

Naše zaměření na možný environmentální rozměr při provozování pohybových aktivit reprezentovala ještě proměnná v podobě „míry souhlasu s výrokem: „Pečuji o své zdraví tak, abych co nejméně zatěžoval/a životní prostředí.“ Modální kategorií bylo: *spíš ano* (61,6 % validních). Tato překvapivá většina tedy deklaruje, že pečuje o své zdraví tak, aby co nejméně zatěžovala životní prostředí. V podobném trendu vynívají i výsledky z vyhodnocení další proměnné: míra souhlasu s výrokem: „Příroda by neměla stát v cestě projektům, které slouží pohybovým aktivitám.“, kdy modální kategorii představuje varianta: *spíš ne* s 82,7 % (Horká, Hromádka 2010).

V relační části šetření se z hlediska použitých indikátorů, které se liší od indikátorů výše uvedené výzkumné sondy (Horká; Hromádka 2009), ukázala zajímavá souvislost mezi „zodpovědnou péčí o vlastní zdraví“ a „snahou jednat šetrně k životnímu prostředí“ (korelace Kendalovo $t_b = 0,32$). V našem výzkumném souboru se tedy nakonec objevila nízká (ale signifikantní) závislost mezi péčí o vlastní zdraví a péčí o životní prostředí (Horká, Hromádka 2010).

Podněty k aktualizaci vzdělávacího kurikula

Nedostatek pohybových aktivit, hypokinetická biodegradace člověka (Liba 2007, s. 74), nesprávné způsoby výživy a psychosociální faktory představují rizikové faktory zdraví. K předcházení střetu v péči o zdraví a životní prostředí přispívá průběžná aktualizace vzdělávacího kurikula. Vzdělávání nemůže spočívat pouze v předávání informací slovy a obrazem (jsou mnohdy deformované a neplnohodnotné). Návyky interiérového konzumního životního stylu dětí a mladých lidí lze překonávat vytvářením návyků pobývat v přírodě, pohybovat se, tvůrčím způsobem jednat ve prospěch přírody. Výzkumné poznatky potvrzují, že úbytek přímých kontaktů s přírodním prostředím negativně ovlivňuje nejen schopnost a ochotu pomáhat zachovávat bohatství přírodního prostředí, ale i zdravý fyzický a psychický vývoj jedince (Franěk, Strejčková, Krajhanzl aj.).

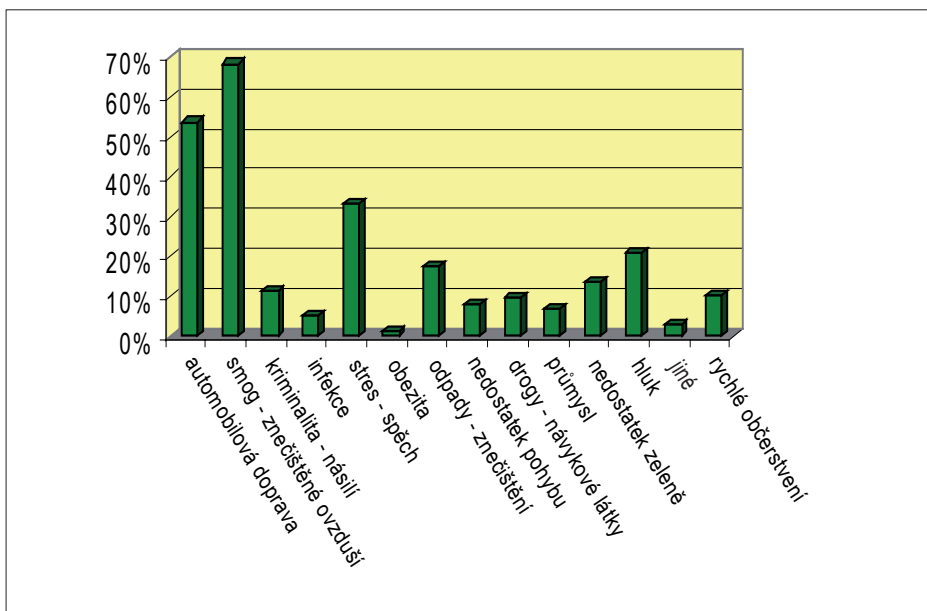
Environmentální a zdravotní důsledky dopravy

Doprava jako neoddělitelná součást života společnosti je významným faktorem ovlivňujícím nepříznivě životní prostředí a zdraví člověka. Přitom je evidentní, že současná společnost by již nemohla existovat bez neustálé přepravy surovin, výrobků a informací.

Proto naléhavost problémů spjatých s dopravou je neoddiskutovatelná s ohledem na život a zdraví (nejen člověka). Z pohledu environmentální výchovy i výchovy ke zdraví je zvláště alarmující ohrožení rostlinných a živočišných druhů a nevratnost (irreversibilita) některých zásahů do životního prostředí. Ukazuje se, že co vadí člověku a především co ohrožuje jeho zdraví, je většinou problematické i pro přírodu, živočichy a rostliny, a obráceně. Odborníci tvrdí, že poškození přírody „*mnohdy v předstihu indikuje a jasně ukazuje na některé neblahé vlivy z dopravy, které ve skryté podobě již ohrožují citlivé skupiny obyvatel a projeví se u většiny obyvatel po delší době*“ (Bendl 2008, s. 21).

Z výsledků výzkumných sond (Horká, Hromádka 2008, s. 21–33; Horká, Hromádka 2009, s. 46), týkajících se problematiky postojů žáků druhého stupně základní školy k individualizované automobilové dopravě (N = 393 žáci a žákyně osmých a devátých tříd brněnských škol).

Přestože se nám nepodařilo najít vztah mezi postojem k péči o životní prostředí a postojem k péči o vlastní zdraví, podařilo se nám přece jen najít oblast, kde se obě dvě problematiky prolínají. V rámci výzkumného nástroje byla formulována otevřená položka: „Napište, co v životě ve městě pokládáte za zdravotní hrozbu.“ Ukázalo se (viz graf č. 7), že respondenti v několika spojují obavy o své zdraví s environmentální problematikou (*automobilová doprava, smog – znečištěné ovzduší, odpady – znečištění, průmysl, nedostatek zeleně, hluk*). Z hlediska relativních četností jsou nejčastější kategorie *smog – znečištěné ovzduší* (68,4 %) a *automobilová doprava* (53,8 %). Je patrné, že se studenti cítí ve městě ohroženi tím, co často pokládáme za přirozené a možná také za nutnou daň civilizaci – tedy motorismem a s ním spojenými nebezpečnými imisemi (Horká, Hromádka 2009).



Graf č. 7

Emise (a zejména emise způsobené silniční dopravou) jsou chápány respondenty jako nejvyšší zdravotní hrozba života ve městě. Jaký je tedy postoj k automobilismu, tedy k fenoménu, který je příčinou tak závažně vnímané hrozby? Naše studie ukazuje, že navzdory své zřejmé environmentální a zdravotní škodlivosti dosahuje automobilová doprava u mládeže značné popularity. Existuje souvislost (velmi slabá, ale signifikantní na zvolené hladině významnosti) mezi záporným postojem k automobilismu a kladným postojem k životnímu prostředí.

Podněty k aktualizaci vzdělávacího kurikula

Téma dopravy se stává předmětem vzdělávání, ať už v kontextu životního prostředí⁶, tak i péče o zdraví. V obsahovém kurikulu základního vzdělávání nacházíme tematické celky jako např. Lidské aktivity a problémy životního prostředí s podtématy o dopravě a životním prostředí (význam a vývoj, energetické zdroje dopravy a její vlivy na prostředí, druhy dopravy a ekologická zátěž, doprava a globalizace); náš životní styl; prostředí a zdraví (rozmanitost vlivů prostředí na zdraví, jejich komplexní a synergické působení, možnosti a způsoby ochrany zdraví); zdravotní rizika zplodin automobilové dopravy (chemie), spotřeba energií dopravou (fyzika). Úkolem environmentálního vzdělávání je poukázat na problémy a dilemata, která budou jako dospělí, svobodní a odpovědní občané řešit. Počítáme s tím, že žáci budou mít šanci se podílet na splnění požadavků ve jménu dopravy šetrnější k životnímu prostředí, o nichž už dnes

⁶ Formálně je téma dopravy zařazeno do tematických okruhů průřezového tématu Environmentální výchova a vzdělávacích oblastí (např. Člověk a jeho svět, Člověk a příroda v kurikulárním dokumentu Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání).

odborníci diskutují a které uvádějí v život, jako využívání vozidel s menší spotřebou energie a produkcí emisí, využívání alternativních paliv a obnovitelných zdrojů energie, zavádění přísnějších emisních limitů k omezování produkce skleníkových plynů (emisí), přísnějších předpisů v oblasti produkce a nakládání s odpady v dopravě, zavádění navigačních systémů snižovat přetížení dopravních cest atd. Jak jsme již zmínili, automobilová doprava má u mládeže značnou popularitu, a proto není taktické komplexní zpochybnění nutnosti využívat automobily. Takový radikálnější postup by mohl vyvolat spíše rezistentní přístup ze strany žáků.

Závěr

Výzkumné sondy přispěly k odhalení vztahů mezi péčí o vlastní zdraví a péčí o životní prostředí, jejich společných průniků a oblastí, kde se tato témata střetávají a ovlivňují. Ukazuje se, že příroda je vnímána jako platforma pro péči o zdraví a poškozená příroda je vnímána jako velmi vážná zdravotní hrozba. Zdraví se tak může stát významným motivačním faktorem pro odborně a časově velmi náročný proces rozvíjení environmentální orientace osobnosti. Lze očekávat, že uvědomění si hodnoty zdraví člověka ovlivní i lidskou pohodlnost, která představuje jednu z překážek proenvironmentálního jednání. V centru naší pozornosti bylo pedagogické, resp. didaktické podchycení objektivních zdravotních hrozeb, které generuje poškozené životní prostředí, a které může představovat solidní motivaci přehodnocení určitých vzorců jednání.

Nedá se však předpokládat, že obava o zdraví, podobně jako láska k přírodě by samy o sobě byly dostatečnou motivací pro dramatické změny vzorců chování a životního stylu ve prospěch přírody u většiny populace. Některé výzkumy (Franěk 2004, Koger, Winter 2009, Krajhanzl 2009 aj.) ukazují, že mnozí lidé jsou ochotni změnit vzorce svého chování pouze tehdy, pokud z toho mají bezprostřední prospěch oni sami nebo jejich blízcí.

Naše výsledky potvrzují vazbu mezi zdravím přírody a celkovým fyzickým, psychickým, duševním a sociálním blahem člověka. Z hlediska pedagogického to znamená věnovat náležitou pozornost proměnám vzdělávacího kurikula, které by splňovalo záměr „učit žáky a studenty přemýšlet⁷, probouzet v nich náklonnost k problémům, vznikajícím nejen v průběhu jejich celého života, ale i při pokusu řešit dnešní konflikt kultury s přírodou“, a poskytovalo tak slovy J. Šmajse (2011, s. 79) „návod na zdraví, na péči o tělo a duši, na dobrý život“.

Vzděláváním by se rozvíjely schopnosti člověka vhodně si vybírat, třídit a zpracovávat informace, vnímat přirozené informace jako zásadní, a kulturní informace jako nutné k udržení kultury, ale podřízené přirozeným informacím. Směřovalo by k biofilní (propřírodní) orientaci, ke zdravějšímu vnitřnímu životu člověka, potažmo k jeho zdravějšímu životnímu stylu, promítajícím se v zajištění zdravějšího životního prostředí.

Co potřebujeme udělat při hledání cest k propřírodně orientovaného systému vzdělávání? Můžeme začít tak, jak radí D. Abram (2009):

⁷ Jak uvádí J. Šmajš (2011, s. 79), „kde se nepřemýšlí, tam vznikají dysfunkce, problémy a duševní problémy, které se nakonec somatizují, tj. mají neblahý vliv na lidské zdraví.“

„...na chvíli zpomalit, ztišit to ustavičné švitoření v našem mozku a poskytnout tak našim očím a uším prostor, aby mohly začít vnímat všechny ty jiné hlasy, které nás obklopují... Všechna tato gesta jsou velice důležitá, a přesto nestačí, protože potřebujeme také jeden s druhým komunikovat. Je nezbytné vrátit se z tohoto ticha zpět do světa výrazů, ale najít přitom takové způsoby řeči, které budou věrné naší bezprostřední smyslové zkušenosti světa, našemu zvířecímu příbuzenství se zbytkem živé země.“

HEALTH EDUCATION IN THE ENVIRONMENTAL CONTEXT

Abstract: The author points to the overlap of health promotion and environmental protection in the system of education. She specifies it on the aims and focus of the content of both environmental education and health education. The health motives of environment protection have become inspiration for investigations focused on the issue of “putting one’s health at risk as a consequence of environmental influences”.⁸ The chosen phenomena (nature vs. recreation, nature vs. transport, nature vs. physical or sports activities) are illustrated on examples of results of the investigations. Finally, the contribution for the theory and practice of health education and environmental education is described with an emphasis on the transformation of education towards biophile focus.

Key words: environment, biophile education, environmental education, quality of life, health care, nature, culture, health education, health

⁸ Results of investigations are a part of studies conducted in the research project School and health 21 between 2008 and 2010.

NOVŠIE PRÍSTUPY V OBLASTI PREVENČIE RÔZNYCH FORIEM RIZIKOVÉHO SPRÁVANIA V OBDOBÍ ADOLESCENCIE – PREDSTAVENIE PRÍSTUPU SOCIÁLNYCH NORIEM

Martina ROMANOVÁ, Tomáš SOLLÁR

Abstrakt: Už niekoľko desaťročí je užívanie alkoholu a iných návykových látok u študentov považované za jeden z najzávažnejších sociálnych problémov v celonárodnom meradle. Na takmer všetkých základných aj stredných školách býva realizovaná prevencia a vzdelávanie zacielené na redukciu tohto fenoménu. Medzi najčastejšie metódy ktoré sa využívajú patria poskytovanie informácií, rovesnícke skupiny, zdravotná osвета. Efekt týchto metód je však len minimálny. V príspevku predstavujeme preventívny prístup nazvaný Prístup sociálnych noriem, ktorý sa od tých bežne používaných výrazne odlišuje. Jeho autori zistili, že študenti typicky chybné vnímajú to, či a koľko ostatní študenti návykové látky užívajú. Tento fenomén bol autormi nazvaný mispercepcia. Ako vyplýva zo zahraničných výskumov, jej korekciou a šírením správy o skutočnej norme vzťahujúcej sa k samotnému užívaniu výrazne redukuje počet študentov, ktorí návykové látky konzumujú.

Kľúčové slová: prístup sociálnych noriem, užívanie, mispercepcia, korekcia mispercepce

Úvod

Za posledné desaťročia sme svedkami spoločenských zmien, ktoré na jednej strane prinášajú ľudom osoh, ale na druhej strane nesú so sebou riziko šírenia sociálno-patologických javov, medzi ktoré zaraďujeme aj problematiku drogových závislostí. Nemáme na mysli len alkohol a cigarety, ale spektrum návykových látok sa do dnešnej doby rozšírilo až po tvrdé drogy. Skupinou, ktorá je považovaná za najohrozenejšiu, je mládež, prieskumy však jasne dokazujú že do tejto skupiny je nutné zaradiť aj deti. Zo štatistik vyplýva, že veková hranica užívateľov návykových látok v našej krajine z roka na rok klesá. Nikto z nás dospelých nemá garanciu, že jeho deti budú vo svojom živote vedieť drogám odolať. Spôsob, akým sa dá tento problém zvládnuť, je prevencia. V našich podmienkach ju rozoznávame na troch základných úrovniach. Prvou je primárna, alebo univerzálna prevencia, ktorej cieľom je zabránenie vzniku nielen psychologických, ale aj sociálnych problémov. Druhá úroveň patrí sekundárnej alebo selektívnej prevencii, ktorá má za úlohu znížiť škodu spôsobenú spomenutými

problémami. Posledná, terciárna alebo indikovaná prevencia má zabrániť opätovnému návratu problému.

Aj napriek požiadavkám zacieleným na takú prevenciu závislostí, ktorá má prívlastok efektívna, poskytovanie informácií o drogách a ich škodlivých účinkoch patrí stále medzi najrozšírenejšie formy predchádzania drogovým závislostiam. Jednou z možných foriem, ktorá v sebe nesie aj prívlastok efektívna je prístup, ťažisko ktorého sa nachádza v sociálnych normách. Od začiatku 80. rokov minulého storočia sa na univerzitách v Spojených štátoch začal využívať a aplikovať prístup, ktorého jadro tvoria práve sociálne normy. Myšlienka šírenia skutočnej normy týkajúcej sa užívania návykových látok sa javí byť dobrým nástrojom, ktorý napomáha pri zvládaní tohto závažného problému. V našich podmienkach je zatiaľ tento prístup nevyužívaný. Svojim charakterom patrí medzi tie stratégie, ktoré nepoučujú, nemoralizujú, neodhovárajú, nepoukazujú na percento fajčiacich a pijúcich študentov, ale naopak vyzdvihujú tú časť mladých ľudí, ktorí sa rozhodli drogám nepodľahnúť.

Normy v širšom kontexte

Život každého človeka je viac alebo menej štruktúrovaný normami. Najrozšírenejší význam tohto slova je u mnohých ľudí spájaný s predpisom alebo pravidlom, vzťahujúcim sa k nejakej konkrétnej činnosti. V Slovníku cudzích slov (1997) môžeme nájsť vysvetlenie tohto termínu ako záväzné pravidlo vynucované predpismi alebo zvykom. Podľa anglického psychologického slovníka norma predstavuje všeobecne prijatý štandard správania sa v spoločnosti, komunite alebo skupine (Colman, 2001). Podstatným rozlišovacím kritériom v prístupe k normám môže byť uhol pohľadu na ne. Na základe toho existujú normy na úrovni lingvistickej, právnej, mravnej, technickej a samozrejme spoločenskej. Normy môžu operovať na úrovni celých národov alebo kultúr, dokonca existujú aj také normy, ktoré sú takmer univerzálne platné. Každá norma je súčasťou a produktom života človeka a v mnohých situáciách je možné ju nahradiť synonymami ako:

- Zákon – pravidlá, ktoré bývajú presadzované a sankcionované autoritou vlády. Sú to vlastne formálne štandardy správania, ktoré môžu byť považované za normy na základe toho, či ich ľudia rešpektujú a presadzujú vo svojom reálnom živote.
- Obyčaj – z pohľadu noriem sú to bežné, obvyklé spôsoby vykonávania niečoho. Normy označujeme ako obyčaje vtedy, ak nie je nevyhnutné prispôsobenie sa im, prípadne ak nie sú jasne zadefinované prostriedky ich vynútenia (Krech, Crutchfield, Ballachey, 1969),
- Zvyk – vzťahuje sa na skupinu postojov a presvedčení, ktoré v skupine prevažujú a sú zdedené z minulosti. Inými slovami – zvyky sa vzťahujú k sile, ktorá tvaruje naše postoje a presvedčenia. Rozdielný pohľad môže predstavovať zvyk vzťahujúci sa na kultúru, to znamená taký element, ktorý nie je inštitucionalizovaný, ale vznikol spontánne (Schlicht, 2001).
- Mrav – norma, ktorú môžeme posudzovať z hľadiska zla a dobra, je konkrétnym prejavom mravnosti. Bližšie určuje správanie, ktoré má v sebe silný spoločenský význam.
- ale aj mnohými ďalšími ako: predpis, zákonitosť, poučka, zásada.

Delenie noriem v sociálnej psychológii

Z aspektu základného určenia noriem môžeme v sociálnej psychológii definovať normy dvojakým spôsobom:

- prvý spôsob na ne nahliada ako na spoločne akceptované a rešpektované pravidlo,
- druhý spôsob pristupuje k normám ako k individuálnej percepcii toho, čo sa má alebo čo sa smie (Výrost a Slaměník, 1998).

Uvedené spôsoby pohľadu na normy sa netýkajú toho, či normu môžeme opísať ako pravidlo alebo zásadu, ale či sa primárne vzťahujú ku skupine ľudí alebo jednotlivcovi. S touto klasifikáciou súvisí pojem sociálna norma a rozdiel medzi ňou a normou personálnou.

Sociálne normy sú opísané ako pravidlá, ktoré sa vzťahujú k určitému sociálnemu subjektu, napríklad skupine ľudí, nejakému spoločenstvu. Homišinová (2001, s. 1) definuje sociálne normy ako „požiadavky zadávané spoločenstvom na činnosť a správanie sa človeka vo vzťahu k iným ľuďom, či spoločenstvám; návody na správanie sa v istej situácii a zároveň prostriedok kontroly uskutočneného správania“. Sociálnu normu neprijímajú jednotlivci sami za seba, ale je to pravidlo alebo zásada, ktoré prijala skupina jednotlivcov. Ak sa má nejaké pravidlo stať normou, je dôležité, aby ho akceptovali a presadzovali všetci členovia sociálnej skupiny. Do tohto procesu ešte vstupuje individuálna percepcia tej – ktorej normy, to znamená, ako človek sám konkrétnu normu chápe. Vo všeobecnosti má každá sociálna norma na jednej strane charakter pravidla prijatého celou skupinou, a na druhej strane je úzko spätá s jej individuálnou percepciou jednotlivcom. Podstatné stále zostáva to, čo jednotlivec ako normu vníma alebo čo považuje za spoločné pravidlo. Preto aj podľa Lovaša (1998) v sociálnej psychológii kladieme dôraz na odlišnosti uvádzaných pohľadov na normy ako také.

Pre sociálnopsychologický prístup je charakteristické, že normy sú chápané aj ako očakávania. Určujú, ako sa má jednotlivec správať za istých ustanovených podmienok a okolností. Vytvárajú sa v priebehu opakujúcich sa interpersonálnych interakcií, kým nezískajú podobu pravidiel alebo zásad, ktoré v konkrétnej skupine ľudí alebo spoločenstve platia. Takto vytvorené normy sú nevyhnutným elementom fungovania skupín. Skupina dohliada na ich dodržiavanie a z toho dôvodu je súčasťou sociálnych noriem aj systém sankcií alebo postihov pre toho, kto tieto pravidlá alebo normy nedodržiava a porušuje.

Pojem *personálna norma* chápe Baumgartner (2003, s. 226) ako „jednotlivcom prijaté jeho osobné pravidlo alebo zásada riešenia danej situácie“. Vzhľadom k tomu, že človek je nositeľom aj sociálnych aj personálnych noriem, je ich odlíšenie zložitejšie, pretože aj samotné normy sú dodržiavané respektíve nedodržiavané nie skupinou, ale jej jednotlivými členmi. Pravidlá alebo zásady sa stávajú normami len vtedy, keď sú akceptované členmi skupiny a nie skupinou ako celkom. Medzi členmi skupiny môžu existovať isté diferencie týkajúce sa toho, či dané normy uznáva jednotlivec preto, lebo ich naozaj prijíma, alebo je to nevyhnutné pre jeho členstvo v skupine. Okrem toho si každý človek určuje svoje vlastné pravidlá, ktoré nemajú žiadnu návaznosť na členstvo v skupine. Pôvod personálnych noriem je teda rôzny – môže ísť o zvnútornené

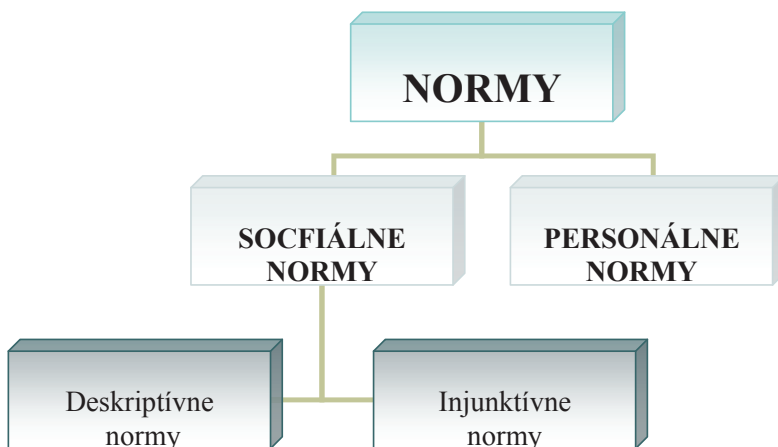
sociálne normy alebo prijaté sociálne normy, ktoré sa týkajú internalizovaných hodnôt. Dôvodom akceptovania sociálnych noriem je viazanosť človeka na sociálnu skupinu a dôvodom akceptácie a rešpektovania personálnych noriem je subjektívna potreba ich rešpektovania a tiež potreba človeka konať v tom smere.

Normy v každodennom živote teda zahŕňajú sociálne normy reprezentujúce neformálne záväzky, ktoré sú posilňované sociálnymi sankciami alebo odmenami, ale tiež personálne normy, ktoré predstavujú záväzky a povinnosti, ktoré sú upevňované pomocou zvnútorneného pocitu povinnosti konať, prípadne pocitu viny, ak v konaní zlyháme (Vandenbergh, 2005). Podľa Ruiselovej a Urbánka (2008) normy regulujú adaptáciu človeka na sociálny systém, v ktorom žije.

V literatúre zaoberajúcou sa užívaním alkoholu medzi adolescentnou mládežou (napríklad Cialdini a Demaine, 2006; Elek et al., 2006; Borsari a Carey, 2003) dominujú dva typy sociálnych noriem: sú to deskriptívne a injunktívne normy.

- deskriptívna norma sa vzťahuje podľa Borsariho a Carey (2003) k percepcii kvantity a frekvencie pitia u druhých ľudí a je vo veľkej miere založená na pozorovaní, ako ľudia konzumujú alkohol v diskretných situáciách.
- injunktívna norma sa na druhú stranu vzťahuje k percepcii súhlasu alebo schvaľovania pitia a vo svojom jadre reprezentuje vnímané morálne pravidlá rovesníckej skupiny. Injunktívne normy pomáhajú jednotlivcovi v určení toho, aké sociálne správanie je prípustné a aké nie (Cialdini et al., 1990).

Vo všeobecnosti sa deskriptívna norma (nazvaná normou „Je“) popisuje ako tá, ktorá má vzťah k tomu, čo sa zvyčajne robí a motivuje ľudí poskytovaním dôkazu o tom, čo pravdepodobne bude efektívna a adaptívna činnosť. Deskriptívne normy podávajú obraz o tom, čo je zaužívané, bežné, normálne, čo sa skutočne robí. Ich motivačná sila pramení v ich informačnej hodnote. Ako tvrdia Cialdini et al. (1990) všimnutie si toho, čo robia ostatní a ich napodobnením človek zvyčajne zvolí dobrú možnosť. Môžeme to považovať za návod na riešenie konkrétnej situácie, ktorý majú k dispozícii všetci, ktorí ho postrehnú. Injunktívna norma (nazvaná normou „Má byť“) zodpovedá tradične chápaným sociálnym normám ako predpisu alebo pravidlu, ako sa má človek správať. Ako je uvádzané, na rozdiel od deskriptívnych noriem, ktorých hodnota je informačná, injunktívne normy prikazujú správanie prostredníctvom hrozby sociálnych sankcií. Deskriptívne normy hovoria o správaní prostredníctvom príkladu, injunktívne normy to prikazujú prostredníctvom sankcií.



Obrázok 1: Schéma delenia noriem v sociálnej psychológii

Práve sociálne normy zohrávajú dôležitú úlohu v rozhodovaní sa mladých ľudí v období adolescencie smerom k užívaniu respektíve neužívaniu návykových látok (Elek et al., 2006). Terminológia používaná v empirických výskumoch týkajúcich sa sociálnych noriem je však často nejednotná a rozdielna. My preberieme delenie sociálnych noriem podľa Neighborsa et al. (2006) na úrovni deskriptívnej a injunktívnej normy a na úrovni vnímanej a aktuálnej normy. Vysvetlením uvedeného delenia je zrejmé, že obidva typy sociálnych noriem, to znamená aj norma popisujúca, čo ľudia bežne robia, ako sa správajú, ale aj norma popisujúca čo by mali ľudia v určitých situáciách robiť a ako by sa mali správať, môže mať dva uhly pohľadu. Tým prvým je nazeranie na injunktívne aj deskriptívne normy na základe toho, ako sa jednotlivec sám správa, čo a ako zvyčajne robí, ako by sa podľa neho mali ľudia správať. Druhý uhol pohľadu sa týka názoru jednotlivca, čo si myslí o tom, ako sa druhí ľudia správajú a čo zvyčajne za určitých okolností robia. Oleson (2004) charakterizuje aktuálnu normu ako zloženú z aktuálnych priemerných postojov, presvedčení a správania sa všetkých členov v skupine. Na druhej strane vnímaná norma je v skupine prevládajúci predpoklad alebo domnienka o extrémnosti v postojoch, presvedčeniach a správaní ostatných členov v skupine. Vnímaná norma je odlišná od aktuálnej, pretože sa týka toho, či si ľudia myslia. Ako uvádza Berkowitz (2004) výsledky jeho výskumu potvrdzujú, že rovesnícky vplyv je viac založený na tom, čo si myslíme, že druhí ľudia robia a čomu veria (vnímaná norma), než na ich skutočnom správaní a presvedčeniach (aktuálna norma).

Deskriptívne sociálne normy sú často využívané v rámci intervencií zacielených na redukciiu užívania alkoholu medzi študentmi SŠ a VŠ v Spojených štátoch. Založené sú na dvoch kľúčových vzťahoch:

- a) vnímaná norma je typicky vyššia ako aktuálna norma,
- b) vnímaná norma pozitívne koreluje s užívaním alkoholu (Neighbors et al., 2006).

Teória, ktorej základy sa nachádzajú v sociálnych normách je vytvorená na základe názoru, že jednotlivci nesprávne vnímajú frekvenciu toho, ako často ich rovesníci vykazujú zdraviu škodlivé správanie, a tento jav má kauzálny efekt na ich

správanie. Fenomén nesprávneho vnímania aktuálnej normy bol v odbornej literatúre nazvaný mispercepcia. Termín mispercepcia opisuje rozdiel medzi aktuálnymi postojmi alebo správaním a tým, čo si ľudia myslia o tom, aké postoje majú ostatní ľudia a ako sa správajú (Berkowitz, 2004). Mispercepcia sa objaví, keď sa nadhodnocuje alebo podhodnocuje výskyt istých postojov, presvedčení alebo správania v rámci určitej skupiny alebo populácie. Ľudia môžu chybné vnímať sociálne skupiny mnohými spôsobmi, ktoré potom ovplyvňujú ich ďalšie správanie. Ako príklad sa dá uviesť, ak majorita ľudí, pre ktorú je charakteristické správanie orientované na zdravie (healthy behavior), nesprávne verí tomu, že tvorí iba malú časť – minoritu. Na druhej strane menšina ľudí s nezdravými postojmi alebo správaním si môže chybné myslieť, že tvoria väčšiu časť populácie. Aj jednotlivec si môže myslieť, že jeho vlastné správanie je viac jedinečné ako správanie ostatných ľudí, čo nezodpovedá realite.

V kontexte fenoménu mispercepce Perkins (1995) uvádza, že študenti typicky nadhodnocujú užívanie drog a tiež majú tendenciu nadhodnocovať toleranciu ich rovesníkov voči tomuto javu. Mispercepcia poháňa alebo podporuje problematické správanie: študenti sa ocitajú v ilúzii alebo zmenenom obraze o ich rovesníkoch, následne preberú správanie, ktoré by im inak ich vlastný osobný postoj nedovolil. Výsledkom je, že problematické užívanie sa stáva bežným a rozšíreným, študenti častejšie užívajú návykové látky, pretože nesprávne vnímali, že takéto správanie je v zhode s tým, čo robia ich rovesníci. Koncept mispercepce bol prvýkrát použitý už v roku 1986 Wesleyom Perkinsom a Alanom Berkowitzom. Na základe doterajších zistení zhrnul Perkins základné vlastnosti mispercepce.

1. Rozdiel medzi aktuálnou a vnímanou normou existuje nezávisle na type drogy.
2. Mispercepce medzi rovesníckymi normami existujú aj na stredných školách. Študenti prichádzajú na vysoké školy (univerzity) s misperpepciou normy vzťahujúcej sa k užívaniu návykových látok, ktorá sa príchodom na VŠ prehĺbuje.
3. Mispercepcia existuje u oboch pohlaví, nezávisle na mimoškolských aktivitách. Študenti sú „nosiťmi“ mispercepce, prenášajú ju prostredníctvom spôsobu konverzácie a jej upevňovaním v kultúre.
4. Mispercepce majú potenciálne významný efekt na samotné užívanie u študentov, nezávisle od vplyvu vlastných osobných presvedčení a postojov a tiež nezávisle od aktuálnej normy. Mispercepcia pomáha aktivovať a upevňovať už tolerantné postoje k užívaniu u mnohých študentov. Tí následne vyvíjajú tlak na ostatných študentov, čo vyúsťuje do rizikovejšieho užívania a závažných konzekvencií.

Mispercepcia rovesníckych noriem

Jeden z priekopníkov opisovaného preventívneho prístupu sociálnych noriem Perkins (1997) v prierezovej štúdií zistil, že vplyv rovesníkov (vnímaná norma týkajúca sa pitia u priateľov) je silnejším prediktorom konzumácie alkoholu, ako faktory zahŕňujúce vieru a rodičovské postoje. Sila vplyvu rovesníkov sa zdá byť kľúčovou v porozumení toho, že študenti vykazujú príležitostné užívanie alkoholu, ktoré je však v protiklade s ich osobným postojom.

Až do obdobia dospelosti sú rovesníci významným činiteľom, ovplyvňujúcim správanie človeka, obzvlášť v prípadoch užívania alkoholu a iných návykových látok (Kandel, 1985). Mladí ľudia práve v období adolescencie sú osobitne náchylní prijímať postoje rovesníkov a ich správanie a tento vplyv sa začína posúvať až do obdobia dospelosti. Kopčanová (2001) definuje týchto päť najčastejších príčin vedúcich k užívaniu drog, pričom tretia z nich sa vzťahuje práve k rovesníckemu vplyvu.

- Dosiahnuť výsledok, uspokojenie. Mnoho ľudí užíva drogy jednoducho kvôli tomu, že sa chcú cítiť inak, a že sa im páči pocit, ktorý získavajú užívaním alkoholu a drog. Niektorí ľudia užívajú alkohol a drogy kvôli uspokojeniu, ktoré im prinášajú (napríklad „sociálne pitie“), a nikdy sa nestanú závislými, ani nemajú problém s drogami. Napriek tomu je dôležité uvedomiť si, že keď sa človek raz rozhodne užívať alkohol a drogy, vzniká tu riziko závislosti. Nikto nemôže dopredu povedať, či sa stane závislým, alebo nie.
- Zvedavosť. Je to najznámejší dôvod, kvôli ktorému ľudia prvýkrát užijú drogu, a ako vyplýva zo zistení výskumu (Romanová, Čavojová, Sollár, 2008), patrí medzi tie činitele, ktoré v spolupôsobení s inými činiteľmi môžu významne ovplyvniť vek prvého kontaktu s legálnymi aj nelegálnymi drogami. Zvedavosť však býva rýchlo uspokojená a ak človek pokračuje v užívaní ďalej, je to zvyčajne z iných dôvodov.
- Vplyv rovesníkov. Veľa ľudí sa správne domnieva, že počas dospievania je správanie jednotlivca silne ovplyvnené skupinou rovesníkov. Vplyv seberovných je zjavný po celý život človeka, ale zdá sa, že počas puberty je najsilnejší. Užívanie drog preto, že „všetci ich užívajú“, nemusí byť dostatočným dôvodom pre niektorých ľudí. Ale pre žiakov končiacich základnú školu alebo začínajúcich stredoškôľakov to môže byť jediný spôsob, ako si udržať priateľov, alebo zostať súčasťou skupiny. Ako človek dospieva a začína sa dostávať spod vplyvu rovesníkov, môže sa úspešne vymaniť aj spod vplyvu drog.
- Vonkajší stres. Ide o externý nátlak na osobu, to znamená veci, ktoré sú mimo človeka (napríklad škola, práca, rodina, priatelia).
- Vnútorňý stres. Ide o problémy, ktoré majú svoj pôvod priamo u človeka (malá sebaúcta, depresie, náladovosť). Človek sa často cíti beznádejne alebo bezmocne na to, aby mohol zmeniť tieto pocity.

Rovesnícke normy, ktoré sú typicky viac liberálne v porovnaní s inými skupinovými normami, sa zdajú byť v živote mladého človeka omnoho vplyvnejšie. Výskumy (Rice, 2006; Schultz a Neighbors, 2007; Scholly et al., 2005; Larimer a Neighbors, 2003; Pollard et al., 2000; Ott a Doyle, 2005 a ďalší) jasne dokumentujú všadeprítomné rozdiely medzi tým, čomu študenti veria ako skupinovej norme, a aká táto norma v skutočnosti je. Tieto zistenia sú aplikovateľné na obidva typy noriem: najčastejších postojov týkajúcich sa nerizikového správania a najčastejšie vykazovaného správania týkajúceho sa užívania alkoholu. Ako vyplýva z výskumov Perkinsa (2002), väčšina študentov má tendenciu myslieť si, že ich rovesníci sú omnoho tolerantnejší vzhľadom k osobným postojom ku konzumácii alkoholu, a tiež že ich rovesníci konzumujú alkohol vo väčšej miere a častejšie, ako je aktuálna norma. Takto koncipovaný výskum patrí medzi prvé, ktoré mali v centre svojho záujmu aj percepciu správania sa priateľov, rovesníkov, prípadne študentov na škole,

nielen samotnú aktuálnu normu. Svojimi výsledkami podnietil aj iné školy, na úrovni stredných škôl, ale aj univerzít, ktoré boli jeho pokračovateľmi. V ďalšom výskume, založenom na celonárodných údajoch z mnohých inštitúcií bolo zistené, že na každej jednej vysokej škole, väčšina študentov vnímala frekventovanejšie užívanie alkoholu medzi rovesníkmi, ako bola zistená aktuálna norma. Takto nadhodnotená percepcia normy týkajúca sa pitia alkoholu je pevne zakorenená na všetkých školách v USA, privátnych aj verejných, nezávisle od veľkosti a regiónu, v ktorom sa tá ktorá škola nachádza (Perkins, 2002). Opísaný vzorec nadhodnocovania aktuálnej normy sa objavuje konzistentne u všetkých typov návykových látok (Perkins, 1995).

Beck a Treiman (podľa Perkins, 2002) tvrdia, že mispercepcia noriem skutočne nie je jedinečným fenoménom u študentov vysokých škôl, ale nájdeme ju aj na úrovni stredných škôl v USA. Teoretické vysvetlenie príčin mispercepceie možno nájsť na psychologickkej, sociálnej a kultúrnej úrovni. Na kognitívnej úrovni psychológovia demonštrujú, že ľudia sú náchylní k chybovosti prisudzovaním správania a konania druhého človeka jeho vlastným dispozíciám než environmentálnemu kontextu, pretože pozorovateľ nemá dostatok informácií o jeho príčinách (Zanden, 1987; Baron, Byrne, 1987; Sollárová, 2007). V rámci prístupu sociálnych noriem to môžeme ilustrovať na príklade intoxikovaného študenta, ktorého pozorujú jeho rovesníci, a tí môžu pripísať jeho intoxikovaný stav typickému životnému štýlu medzi študentmi alebo osobnej dispozícii v prípade, že toto správanie nemôže byť opísané ako nešťastný alebo atypický výskyt. Bez informácií potrebných pre študentov na vytvorenie obrazu týkajúceho sa príležitostného pitia alkoholu, takéto správanie je postupne vnímané ako typické a pomerne časté, čo však nezodpovedá skutočnosti. Existencia nadhodnenej percepceie vytvorenej v mysli väčšiny študentov dokáže mať významný dopad na užívanie u jednotlivcov, nakoľko cítia tlak byť konformní s nesprávne vnímanými očakávaniami rovesníkov. Užívanie alkoholu vzrastá, ako sa študenti správajú v zhode s nesprávnym vnímaním očakávania ich rovesníkov ohľadne užívania. Úmerne tomu vzrastá aj aktuálna norma. Mispercepcia aktuálnej normy odrádza časť zodpovedných študentov od verejného vyjadrenia nesúhlasu so zneužívaním alkoholu a ostatných návykových látok. Z výsledkov výskumu Prentice a Millera (podľa Perkins, 2002) vyplýva, že keď študenti s miernym alebo konzervatívnym postojom k užívaniu alkoholu chybné veria, že ich pozícia je odlišná od normy, cítia sa byť odcudzení od svojich rovesníkov.

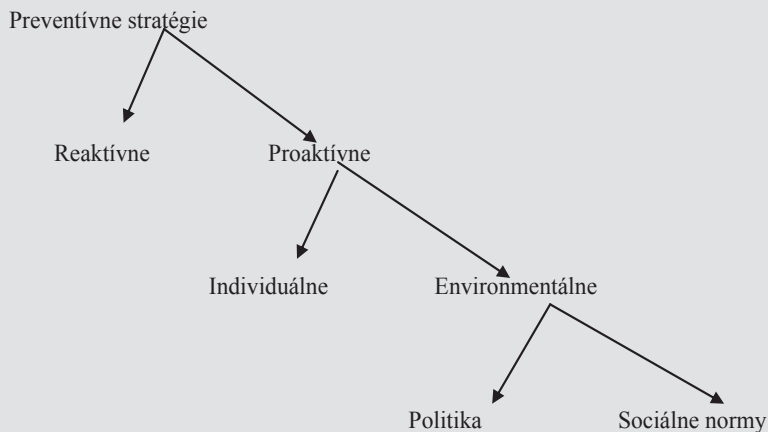
Mispercepcia noriem sa teda objavuje na rôznych typoch škôl, medzi členmi rôznych formálnych aj neformálnych skupín, medzi členmi rôznych etnických skupín, medzi študentmi rôzneho vierovyznania a taktiež medzi pohlaviami. Existujú štúdie (napríklad Rice, 2006), ktoré sa zamerali na rodové rozdiely v misperpeccii a zistili, že rozdiely medzi ženami a mužmi v misperpeccii užívania návykových látok sú štatisticky významné. Ako uvádza Berkowitz (2004) tento fakt môže byť spôsobený tým, že ženy sú viac ovplyvnené environmentálnymi vplyvmi ale takisto tým, že ženy nie sú tak späté s kultúrou vyznávajúcou alkohol, a tak ich chybné vnímanie býva zvyčajne vyššie. To odráža aj zistenie Ushdana (podľa Berkowitz, 2004), že ak skupina nie je angažovaná alebo spätá s kultúrou konzumácie návykových látok, potom bude deskriptívnu normu na aktuálnej úrovni vnímať chybnejšie. To môže vysvetľovať skutočnosť, že kampane v rámci prístupu sociálnych noriem mali vo svojich začiatkových fázach väčší dopad na ženy ako na mužov.

Fenomén mispercepce sa stal podkladom pre nový prístup v problematike prevencie závislostí nielen fajčenia, užívania alkoholu a iných návykových látok, ale svoje nezastupiteľné miesto má tento prístup tiež v prevencii sexuálneho správania, hrania hazardných hier, rizikového riadenia motorových vozidiel a iných javov. Prístup sociálnych noriem nie je limitovaný iba pre vekovú kategóriu vysokoškolákov, ale býva frekventovane využívaný aj na stredných školách s tým istým alebo podobným efektom ako na univerzitách. V USA sa prístup sociálnych noriem v posledných rokoch stal jednou z najdiskutovanejších tém, týkajúcich sa stratégií podpory zdravia. Jeho vzrastajúca popularita sa nedotýka len univerzít, kde bol tento prístup prvýkrát aplikovaný, ale aj stredných škôl, kde sa snažia nájsť alternatívny spôsob zvládania problematiky užívania návykových látok. Záujem o tento prístup vychádza z dvoch skutočností:

1. Veľa z bežne používaných stratégií nasmerovaných na problémové správanie v období adolescencie bolo z väčšej miery neefektívnych. Tým pádom, odborníci v tejto oblasti stále hľadajú iné, efektívnejšie možnosti.
2. Existuje reálna požiadavka v oblasti prevencie zamerať sa na hodnotenia podložené na dôkazoch. V prístupe sociálnych noriem sú dáta získané po aplikácii skutočne sľubné.

Za posledné desaťročie nastal posun v prevencii smerom od reaktívnych stratégií k proaktívnym. Reaktívna stratégia inými slovami znamená, že najprv sa musí problém vyskytnúť, až potom sa začína s jeho riešením. V oblasti prevencie sa väčšina práce práve tým pádom zameriavala na hodnotenie a diagnostiku, tvorbu rehabilitačných programov pre užívateľov drog. Táto stratégia však neredukovala výskyt spomínaných problémov. A tak sa pozornosť začala posúvať smerom k rozvoju takých proaktívnych stratégií, ktoré by sa dotýkali problému ešte predtým, ako sa objaví. Veľká časť tejto práce bola a stále je založená na tradičnom modeli zdravotného vzdelávania prostredníctvom zdravotne komunikačných kampaní. V prípade užívania návykových látok, posolstvo alebo správa ktorá je šírená, je vždy výlučne zacielená na riziká takéhoto správania a nebezpečenstvo, ktoré takéto správanie so sebou nesie. Tento typ prevencie, ktorý má základ v odstrašovaní, stráca svoju dôveryhodnosť v momente, keď mladí ľudia zistia, že nie všetky dôsledky užívania, ktoré im boli detailne popísané, sú v ich prípade pravdepodobné.

Užívanie návykových látok



Obrázok 2 Znáoznenie posunu v prevencii závislosti (Perkins, podľa Haines et al., 2004)

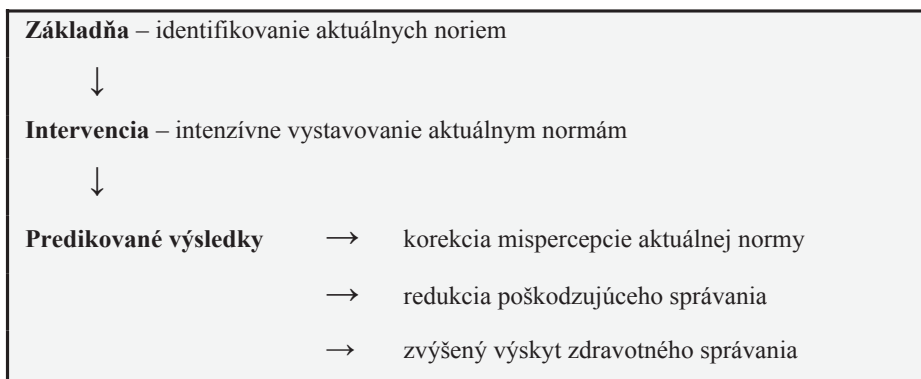
V kontraste s reaktívnymi stratégiami, pozitívne proaktívne stratégie sa zameriavajú na zmenu individuálnych postojov, využívajúc techniky ako objasňovanie hodnôt a zvyšovanie sebaúcty. Mnoho z nich je však dosť náročných z aspektu realizácie, a redukcia v užívaní návykových látok, ktorá je zaznamenaná nedosahuje žiaduce výsledky (Haines et al., 2004). Väčšina proaktívneho úsilia je orientovaná na jednotlivca, napríklad poskytovaním informácií alebo snahou o zmenu v osobných postojoch a hodnotách. Dopad tohto pôsobenia opäť nemá očakávaný efekt, a tak sa preventívne aktivity posúvajú svojim zameraním na okolité prostredie. To znamená orientácia na tie elementy, ktoré stoja mimo osobnosti človeka a jeho hodnôt, ale ktoré determinujú jeho správanie. Tento takzvaný environmentálny prístup môže ísť dvomi líniami: jedna z nich je založená na stratégii hľadajúcej zmeny v inštitucionálnej a verejnej politike, a to buď vytvorením bariér v prístupe k drogám alebo zvýšením trestov v snahe zredukovať problémové správanie. Druhá línia predstavuje „prístup sociálnych noriem“, ktorý využíva aktuálne informácie o sociálnom kontexte vo forme pozitívnych skupinových noriem, ktoré ovplyvňujú zmeny v správaní. Kľúčovými konceptmi v prístupe sociálnych noriem sú:

- a) nesprávna percepcia noriem posilňuje negatívne správanie,
- b) správna percepcia zvyšuje zdravotné správanie,
- c) prístup sociálnych noriem používa rôzne intervenčné stratégie,
- d) prístup sociálnych noriem sa týka komunity ľudí,
- e) prístup sociálnych noriem je vedecky založená metóda,
- f) prístup sociálnych noriem je environmentálny prístup (Linkenbach et al., 2002).

Objavenie sa tohto prístupu vedúceho k podpore zdravia vznikol z výskumov, dokumentujúcich mispercepciu aktuálnej normy užívania alkoholu u študentov na jednej univerzite. Prvotné štúdie odhalili konzistentý vzorec mispercepce, ktorý existoval

u študentov a týkal sa normy užívania medzi ich rovesníkmi. Konkrétne sa ukázalo, že študenti si mysleli, že obidve normy (vzťahujúce sa k frekvencii aj k množstvu) sú omnoho vyššie, ako boli v skutočnosti. Taktiež študenti verili, že ich rovesníci sú tolerantnejší v osobných postojoch týkajúcich sa užívania návykových látok, čo nezodpovedalo skutočnosti (Perkins, Berkowitz, 1986).

Prístup sociálnych noriem predkladá myšlienku, že väčšina problémov mladých ľudí je spôsobená v značnej miere ich túžbou – alebo sociálnym tlakom – byť konformní s nesprávne vnímanou skupinovou normou (Perkins, 2003). Tento typ preventívnej stratégie navrhuje spôsob, akým upraviť mispercepciu → posunúť vnímanú normu bližšie k aktuálnej. Základom prístupu sociálnych noriem je získanie dôveryhodných dát od cieľovej populácie, potom prostredníctvom rôznych komunikačných techník, konzistentne šíriť pravdu o aktuálnej norme. Tým, že cieľovú populáciu vystavujeme opakovane pozitívnym, na údajoch založeným správam, mispercepcia (ktorá udržiavala problémové správanie) sa redukuje. Tak sa väčšina cieľovej populácie začne správať v zhode s presnejšie vnímanou normou. Uvedený model v jednoduchosti znázorňuje prístup sociálnych noriem.



Tabulka 1: Znázornenie modelu sociálnych noriem (Haines et al., 2004)

Považujeme za dôležité zdôrazniť, že prístup sociálnych noriem týkajúci sa užívania alkoholu navrhovaný na cieľovú populáciu adolescentnej mládeže (či už na úrovni stredných alebo vysokých škôl) komunikuje a šíri iba normu týkajúcu sa neužívania návykových látok. Prístup sociálnych noriem sa týka korekcie mispercepcie aktuálnej normy a jeho úlohou nie je zmena problematických alebo nezdravých noriem (Berkowitz, 2005). Predpoklady teórie sociálnych noriem, ako ich uvádza Berkowitz, sú nasledovné:

1.	Konanie je zvyčajne založené na mylnej informácii o percepcii postojov a správania druhých ľudí.
2.	Ak je mispercepcia definovaná a vnímaná ako skutočná, má aj skutočné dôsledky.
3.	Jednotlivci pasívne prijímajú mispercepciu, než by sa ju snažili aktívne zmeniť, skrývajú svoje vlastné pocity a presvedčenia.
4.	Mispercepcia odrádza od vyjadrenia názorov, ktoré sú chybné vnímané ako nonkonformné, na druhej strane podporuje problémové správanie, ktoré je chybné vnímané ako normatívne.
5.	Vhodné informácie o aktuálnej norme podporia jednotlivcov, aby vyjadrili tieto presvedčenia, ktoré sú konzistentné s pravdou, zdravšou normou a potláčajú správanie, ktoré je s nimi nekonzistentné.
6.	Tí jednotlivci, ktorých správanie nie je problematické alebo rizikové, tiež prispievajú k problému spôsobom rozprávania o ňom.

Tabuľka 2: Predpoklady k teórii sociálnych noriem (Berkowitz, 2005)

Nakoľko v našich podmienkach nie je prezentovaný preventívny prístup využívaný a nie veľa ľudí má znalosť o jeho výhodách a silných stránkach predstavujeme odborníkom v oblasti prevencie, školským psychológom a učiteľom preventívnu stratégiu, ktorej základom je poukázanie na rozdiely v tom, ako problematiku fajčenia, konzumácie alkoholu a drog vnímajú dospelávajúci (vnímaná norma) a aký je skutočný stav (aktuálna norma).

Metódou, ktorá býva často používaná na korekciu mispercepcie špecificky v oblasti univerzálnej prevencie, je *kampaň sociálnych noriem* alebo *marketing sociálnych noriem*. Spôsob, ktorý sa najčastejšie aplikuje predstavuje využitie všetkých dostupných a možných médií, ktoré poskytujú študentom správne informácie o aktuálnej úrovni užívania jednotlivých typov návykových látok (DeJong, Langford, 2002). Dobré navrhnutá a pripravená kampaň je implementovaná v 4 základných krokoch:

1. Zber dát – zozbieranie dát týkajúcich sa vzorca užívania návykových látok (fajčenie cigariet, konzumácia alkoholu a ďalších návykových látok) od cieľovej skupiny – zistenie frekvencie užívania a prevládajúcej percepcie.
2. Vývoj intervenčnej stratégie – zistiť, aké média sú najčastejšie využívané cieľovou skupinou, čo je považované za dôveryhodné a zapamätateľné. Vybrať ten najlepší spôsob, ako šíriť pozitívnu správu, ktorá bola vyselektovaná zo získaných výsledkov. Vytvoriť prototyp tejto správy, ktorá by mala byť jednoduchá, pozitívna a pravdivá.
3. Implementácia – realizácia kampane, ktorá šíri správu čo najčastejšie a konzistentne.
4. Hodnotenie – zistiť, či správa skutočne mala dosah na cieľovú skupinu, či si ju študenti zapamätali, aké boli ich reakcie; zozbierať a analyzovať získané údaje s cieľom zhodnotiť efektívnosť a dopad kampane na rizikové správanie.

Príručka, ktorá vznikla na základe zozbieraných skúseností popisuje detailnejšie postupnosť druhého a tretieho kroku, ktoré sú definované vyššie (Social marketing handbook, 2008).

- Dôležitým momentom v prípravnej fáze je získať skupinu študentov – dobrovoľníkov, učiteľov do svojho tímu – záujem a vklad študentov do celého procesu je kritickým momentom kampane sociálnych noriem.

- V ďalšom kroku sa celý realizačný tím snaží o brainstorming kreatívnych nápadov, ideí, tém sloganov. Snažiť sa vyprodukovať čo najpútavejšie nápady – využiť to, čo ponúka PC. Za roky čo sa kampaň sociálnych noriem využíva sa zistilo, že hlavne študenti vedia, čo medzi nimi „letí“. Je užitočné spýtať sa študentov, aké sú súčasné trendy v televízii, knihách, filmoch, video hrách, v móde – to znamená všetko, čo by zaujalo pozornosť ich rovesníkov na plagátoch. Jazyk, ktorý sa na plagátoch používa by mal byť v zhode s tým, ktorý je používaný cieľovou populáciou.
- Prísť na to, ako využiť tie najlepšie dáta je nasledujúcim krokom – pozrite kritickým okom na dotazník a nájdite „pozitívne“ dáta. Príklad: Hoci 30 % študentov má problémy s alkoholom, väčšina (70 %) ho nemá – tento fakt treba na plagáte využiť. Je veľmi dôležité vybrať pár kľúčových cieľových správ a neustále vystavovať populáciu týmto správam. Kým dizajn plagátov sa môže meniť, je nevyhnutné zachovať správu konzistentnú, ak chceme aby si ju študenti zinternalizovali.
- Nasleduje krok plánovania dizajnu plagátov – ak už existuje predstava, ako bude vyzeráť slogan a ktoré dáta použijete, je čas pracovať na dizajne – aký druh grafiky, fotografií bude použitý, veľkosť plagátov, ich farba. Na začiatku veľa projektov zameraných na kampaň alebo marketing sociálnych noriem začína s úplne jednoduchou grafikou, snaží sa často zakomponovať fotografie vlastných študentov do plagátov. Ak sú peniaze z grantov, je možné osloviť profesionálneho fotografa, ktorý snímky nafotí. Netreba zabudnúť uviesť, z akého zdroja pochádzajú vaše dáta a ktorá organizácia sponzoruje plagáty, nakoľko to významnou mierou prispieva k dôveryhodnosti celého projektu.
- Spätná väzba študentov je dôležitým elementom pri vytváraní dizajnu plagátu a tento proces je dôležitý, keď sú už plagáty vystavené na verejnosti, aby ste zistili, či váš slogan, dizajn a správa o zdravej norme je v procese internalizácie študentmi a či študenti túto správu, umiestnenú na plagáte akceptujú. Ak sa však plagát alebo správa študentov netýka, znižuje sa význam a dopad vašej práce.
- Zhodnotenie rozpočtu a naplánovanie všetkého, čo súvisí s tlačou vytvorených plagátov.
- Finančné prostriedky nie sú bezpodmienečne nevyhnutné, aby sa začala kampaň sociálnych noriem. Zo začiatku je možné využiť obrázky z webu, nakoľko mnoho študentov už totiž ovláda počítač na vyššej úrovni ako je len užívateľská. Čo sa týka reprodukcie marketingového materiálu, treba určiť veľkosť plagátov. Vhodné je urobiť niekoľko veľkých a mnoho malých plagátov. Je bežné vyrobiť plagáty formátu A4 a rozdať ich študentom do ich schránok.
- Zvažovanie iných marketingových ideí, ktoré môžu byť efektívne v cieľovej populácii. Je dobré poskytnúť škole a okoliu tak veľa materiálov ku kampani, ako je len možné. V prípade súhlasu vedenia školy vytvoriť reklamu kampani v školskom časopise, miestnej televízii alebo vo vysielaní miestneho rádia. Webová stránka je taktiež dobrým miestom na umiestnenie marketingovej správy.

Fakt, že popísaný spôsob kampane sociálnych noriem je prevzatý zo Spojených štátov neznižuje možnosť jeho aplikácie v našich podmienkach. Je nevyhnutné mať na

zreteli možné odlišnosti, ktoré ale na začiatku nikto nevie s presnosťou identifikovať a predikovať. Dôležité je veriť centrálnej myšlienke celého prístupu, ktorý je úspešne aplikovaný nielen v oblasti redukcie rizikového správania smerujúceho k užívaniu drog, ale pokrýva aj ďalšie závažné oblasti: redukcii násilia a agresívneho správania na školách, redukcii šikanovania, redukcii sexuálneho správania, hrania hazardných hier.

Na záver príspevku si dovoľíme uviesť krátky výber z výskumov zacielených na zisťovanie mispercepce primárne v oblasti nadmerného užívania návykových látok medzi adolescentnou mládežou a tiež kampaní sociálnych noriem, ktoré boli realizované na stredných školách a univerzitách, spolu s ich najvýznamnejšími zisteniami (niektoré výskumy sa dotýkali nielen užívania legálnych a nelegálnych drog, ale aj iných foriem sociálno-patologického správania).

ZDROJ	VZORKA	METÓDA	ZISTENIA
„The Report on Social Norms“ – december 2003	11 800 stredoškolákov	Kampaň sociálnych noriem – implementácia počas troch rokov	a) pokles vo vnímanej norme (bližšie k aktuálnej norme) fajčenia cigariet vo všetkých ročníkoch; b) pokles vo fajčení cigariet vo všetkých ročníkoch.
Zdroj: http://www.socialnorms.org/Resources/NC2003.php			
Ott, Doyle The High School Journal – feb/march 2005	414 stredoškolákov	Interaktívny model založený na prístupe sociálnych noriem pod názvom „Small Groups Social Norms“ – jedno stretnutie v trvaní dvoch hodín	Mispercepčia sa aj po tak krátkom čase intervencie signifikantne znížila.
Agostinelli (podľa Perkins, 2002)	Neuvedený počet → experimentálna skupina verzus kontrolná skupina	Kampaň sociálnych noriem formou spätnej väzby a aktuálnej norme konzumácie alkoholu	signifikantný pokles v konzumácii alkoholu v skupine s normatívnou spätnou väzbou a žiadnu zmenu v kontrolnej skupine po 6 týždňoch.
Scholly et al. Journal of American College Health, vol. 53, 2005	Študenti 4 vysokých škôl	Marketing sociálnych noriem	Študenti konzistentne nadhodnocovali výskyt pohlavne prenosných chorôb a neželaného tehotenstva medzi svojimi rovesníkmi.
Pollard et al. Journal of College Student, vol.14, 2000	2642 študentov umeleckej vysokej školy	pocas troch rokov distribuovaný dotazník zameraný na zistenie alkoholových a iných závislostí	signifikantne vyššia predikovaná úroveň užívania návykových látok v porovnaní s realitou

Perkins, Craig (podľa Berkowitz, 2004)	neuvedený počet vysokoškolákov	intervenciu, ktorá v sebe kombinovala kampaň pomocou štandardných plagátov, elektronických médií, interaktívnej webovej stránky, triednych projektov a výcviku učiteľov	a) zvyšovanie užívania alkoholu, ktoré bolo typické pre študentov prvých ročníkov bolo zredukované o 21 %; b) celoškolské zníženie rizikového užívania alkoholu v porovnaní s predchádzajúcim týždňom z 56 % na 46 %; c) úspešné zníženie trestných činov v súvislosti s alkoholom za štvorročné obdobie; d) korešpondujúca redukcia bola zachytená aj v misperpcii užívania, nadmerného užívania na večierkoch a premietlo sa to aj do redukcie negatívnych dôsledkov spojených s užívaním alkoholu.
DeJong et al. Journal of Studies on Alcohol, vol. 67, 2006	2939 študentov vysokej školy	Marketing sociálnych noriem	Študenti, ktorí boli zapojení do marketingu sociálnych noriem, vykazovali menej rizikové užívanie alkoholu v porovnaní s kontrolnou skupinou.
Carvajal et al. Health Psychology, 18 (5), 1999	827 študentov deviateho ročníka	Nešpecifikovaná intervencia	Adolescenti s viac pozitívnymi a normatívnymi presvedčeniami sa menej často zapájali sa po intervencii do sexuálne rizikového správania.
Stephenson, K. R., Sullivan, K. T. The Canadian Journal of Human Sexuality, 18 (3), 2009	152 študentov prvého stupňa VŠ vzdelania, odbor psychológia	Intervencia založená na prístupe sociálnych noriem	Študenti vystavení intervencii vykazovali menšie diskrepancie vo vnímaní seba verus ostatní v kontexte sexuálnej aktivity a tolerancie.

Tabuľka 3: Výstupy výskumov aplikujúce kampaň sociálnych noriem ako preventívnu stratégiu

Uvedené výskumy dokumentujú, že aplikácia prístupu sociálnych noriem je efektívnou preventívnou stratégiou, ktorá môže nielen v problematike prevencie závislostí, ale aj predchádzania ďalším formám sociálno-patologických javov prispieť v dvoch kľúčových oblastiach:

Korekcia mispercepcie (posun vo vnímanej norme smerom k norme aktuálnej), ktorá udržiava problémové/rizikové správanie – bolo zistené, že aj krátkodobé intervencie majú tento potenciál, ale krátkodobý. Čím dlhšiu dobu sú študenti vystavení skutočnej norme, tým korekcia mispercepce pretrváva dlhšie.

Redukcia problémového alebo rizikového správania – ktorá tvorí súčasť korekcie nesprávnej percepcie, avšak aby prišlo k zníženiu rizikového správania, je potrebné dlhšie časové obdobie.

V závere by sme radi vyjadrili presvedčenie, že popísaný preventívny prístup nájde aj medzi učiteľmi v našich krajinách takých, ktorých jeho centrálna myšlienka osloví a ktorí pri podpore zdravia a správania, ktoré v sebe nesie atribút „healthy“ nájdu odvahu a chuť skúsiť práve túto formu, ktorá neodstrašuje, neprikazuje a nepoukazuje na hrozivé počty mladých ľudí, ktorí sa správajú rizikovo, ale naopak vyzdvihuje a podporuje tú časť, ktorá k svojmu životu pristupuje s rešpektom a zodpovedne.

NEW APPROACHES IN THE FIELD OF SUBSTANCE USE PREVENTION IN ADOLESCENCE – INTRODUCTION TO SOCIAL NORM APPROACH

Abstract: For a few past decades alcohol and other substances use has become one of the most critical social issues on a national level. A lot of primary and secondary schools involve into their prevention programs aimed at reduction of this phenomenon. Among the most frequently used methods we can mention providing information, peer groups and health education. Unfortunately, the effect of these methods is very limited. In the article we would like to introduce the preventive approach called Social norm approach that differs significantly from those aforementioned. Its authors found out that students typically misperceive the number of those students who are engaged in substance use. This phenomenon was named misperception. As many foreign research revealed, the correction of misperception and communicating a message related to the actual norm (number of the students involved in a risky behavior) contributes significantly to the decrease in students' substance use.

Key words: social norm approach, substance use, misperception, correction of misperception

FACILITOVANIE PSYCHOLOGICKY ZDRAVÉHO FUNGOVANIA OSOBNOSTI

Eva SOLLÁROVÁ

Abstrakt: Zámerom príspevku je poukázať na široké aplikačné možnosti prístupu zameraného na človeka, resp. aplikácie pozitívnej psychológie pre skúmanie a podporu psychologicky zdravého fungovania človeka. Pozitívna psychológia ponúka aplikácie pre psychológiu zdravia, ktorá sa zaoberá o podporu zdravia a pohody človeka. Podľa jednej zo súčasných definícií (Linley, Joseph, 2004) je v záujme aplikovanej pozitívnej psychológie aj téma facilitovania optimálneho fungovania osobnosti, pričom v rámci pozitívnej psychológie ide o prekročenie teritória psychopatológie a ide o podporu rozvoja optimálneho fungovania (zdravej) osobnosti. V zmysle takto koncipovaného „pozitívneho zdravia“ (Seligman, 2008) sme predstavili pojem optimálne fungujúceho človeka tak, ako ho koncipovala humanistická psychológia, osobitne prístup zameraný na človeka v príspevkoch Rogersa a Seemana, ďalej sme predstavili aplikáciu ich konceptov a výskumu štruktúry optimálne fungujúceho človeka v mimoterapeutickom kontexte (Sollárová, Sollár, 2010), ako aj možnosti facilitovania optimálneho fungovania človeka v mimoterapeutickom kontexte, konkrétne vo vzdelávaní dospelých a koučingu (zameranom na človeka).

Kľúčové slová: psychologický prístup zameraný na klienta, humanistická psychológia, pozitívna psychológia, facilitácia optimálneho rozvoja osobnosti, pozitívne zdravie, mimoterapeutický vzťah

1. Pojem psychologicky zdravý človek v pozitívnej psychológii vs optimálne fungujúci človek v prístupe zameranom na človeka

Martin Seligman (2008) ako jeden zo zakladateľov hnutia pozitívnej psychológie kritizoval tradičnú aplikovanú psychológiu v jej základnom zameraní na liečbu deficiencií alebo psychopatológie. Od roku 2000 stúpa záujem o pozitívnu psychológiu zameranú na rozvoj silných stránok a kompetencií jednotlivca, na posilňovanie zdravia, pohody a dosahovanie optimálneho fungovania jednotlivca.

Linley a Joseph (2006, p. 7, 8) vo svojej novej definícii pozitívnej psychológii, na pragmatickej úrovni špecifikujú procesy, ktoré zaujímajú pozitívnu psychológiu ako tie psychologické ingrediencie, ktoré vedú k dobrému životu. Podľa autorov „pozitívna psychológia by sa mala snažiť o pochopenie tých faktorov, ktoré facilitujú optimálne fungovanie, ako aj tie (faktory), ktoré mu predchádzajú“. Ďalej definujú pozitívnu psychológiu ako „vedecké skúmanie optimálneho fungovania človeka...“

Spomedzi dôležitých historických predchodcov pozitívnej psychológie sa zameriame na preskúmanie klasických názorov humanistickej psychológie zameraných na optimálne fungovanie osobnosti.

Humanistická psychológia, osobitne terapia zameraná na klienta a prístup zameraný na človeka, poskytuje inšpiráciu pre chápanie optimálneho fungovania osobnosti v perspektíve definovania pojmu, ako aj v perspektíve spôsobov dosiahnutia takejto úrovne rozvinutosti osobnosti.

Terapia zameraná na klienta a neskôr prístup zameraný na človeka vo vzťahu k dôrazu na celú osobnosť sa premietal do explorácie optimálneho fungovania osobnosti. Tento záujem korešponduje so všeobecnejším záujmom v potenciál človeka a s pozitívnym pohľadom na povahu človeka. Dôraz na pozitívne kvality výrazne zatienil dôraz na dysfunkčnosť a psychopatológiu a je reprezentovaný Rogersovým opisom „plne fungujúceho človeka“ (Rogers, 1961) a Seemanovým výskumom pozitívneho zdravia (Seeman 1983, 2008), pričom uvádzané zdroje konzistentne ilustrujú pretrvávajúci **dôraz na optimálne fungovanie osobnosti** (podrobne in Sollárová, 2008).

Synonymom optimálnej psychologickej adjustácie či optimálnej psychologickej zrelosti a úplnej kongruencie, optimálneho fungovania človeka, konečným cieľom aktualizácie ľudského organizmu je pre Carla Rogersa pojem „*plne fungujúci človek*“ a pre Juliusa Seemana „*psychologicky integrovaný človek*“.

Koncepcia plne fungujúceho človeka (fully functioning person) Carla Rogersa (1959, 1962, 1997) predstavuje najkomplexnejší opis optimálnej osobnostnej organizácie a predstavuje premostenie medzi jeho teóriou osobnosti a teóriou psychoterapie. Predstavuje osobné charakteristiky jednotlivca, ktorý prešiel teoreticky ideálnym procesom psychoterapie, ktorý je tiež zároveň pojmom konečného cieľa aktualizácie ľudského organizmu. Jeho dominantnými, vzájomne súvisiacimi charakteristikami sú: otvorenosť k vlastnému prežívaniu, žitie existenciálnym spôsobom a vnímanie vlastného organizmu ako dôveryhodného zdroja prežívania pre dosiahnutie uspokojivých rozhodnutí a konania.

Dominantné, vzájomne súvisiace charakteristiky plne fungujúcej osobnosti tvoria:

1. *Narastajúca otvorenosť k prežívaniu*

Každý podnet z organizmu alebo prostredia je slobodne a bez skreslenia prístupný uvedomeniu si; plnému prežívaniu nebránia žiadne bariéry

2. *Smerovanie k procesu, stávanie sa procesom*

Ide o pohyb individua k procesu, fluidite, zmene, k viac existenciálnemu spôsobu žitia, plného žitia každého momentu. Odvíja sa od otvorenosti k prežívaniu, ktorá umožňuje vnímanie každého momentu ako nového. Takéto žitie predstavuje adaptabilitu, objavenie štruktúry v prežívaní, plynúcu, meniacu sa organizáciu self a osobnosti.

3. *Narastajúca dôvera vo vlastný organizmus*

Jednotlivec reguluje svoje správanie na základe významov, ktoré objavuje v práve prebiehajúcom aktuálnom prežívaní.

Človek s uvedenými charakteristikami sa podľa Rogersa stáva plnšie fungujúcim človekom, čo má viacero implikácií, z nich zdôrazňuje integráciu, kreativitu a dôveryhodnosť povahy ľudského bytia.

Integrovaného človeka Rogers chápe ako zjednoteného v rámci seba na všetkých úrovniach, akoby „z jedného kusa“, znižuje sa rozdiel medzi „rolovým self“ a „reálnym self“, medzi defenzívnou fasádou a skutočnými citmi. Prežívanie vlastného organizmu je stále viac dostupné vedomému self.

Julius Seeman (2008) pri konštruovaní modelu efektívneho fungovania človeka prichádza s pojmom „**organizmická integrácia**“. Model človeka vníma ako štruktúru behaviorálnych subsystémov: biochemického, fyziologického, perceptuálneho, kognitívneho a interpersonálneho. U psychologicky integrovaného človeka tieto subsystémy fungujú vo vzájomnej harmónii, bez blokov a trhlín. V rámci a naprieč jednotlivými subsystémami, ako aj na kontaktnej hranici medzi človekom a prostredím existuje voľný tok informácií.

Tento model psychologickej integrácie vedie k určitým predpovedateľným dôsledkom: voľne plynúci systém komunikácie bude otvorenejší prežívaniu. Vďaka tomu takýto človek získa prostredníctvom senzorických a perцепčných procesov viac dát z reality. Množstvo dát, ktoré človek dokáže generovať, je v priamom vzťahu s efektívnosťou reakcie. Čím viac dát človek generuje ako základ pre hodnotenie a rozhodovanie, tým pravdepodobnejšie bude jeho konanie efektívne.

Prvky osobnej efektívnosti charakterizuje Seeman (c.d.) ako:

1. schopnosť prežívať a percipovať self

Schopnosť prežívať ako proces je spojený s takými významnými odvodenými kvalitami, ako aktívne uvedomovanie si prostredia, vysoká schopnosť prijímať a spracovávať nové informácie, schopnosť zaoberať sa komplexitou a nejednoznačnosťou, prispôsobivosť v riadení stresu a konfliktu. Súbežný blok kvalít zahŕňa *postoje k sebe* (*self-regarding attitudes*), pričom pre vysokú osobnú integráciu je typické dôvera vo svoje self, jasnosť v sebadefinovaní a pocity identity, koherentnosť sebadefinovania a pocit autonómie odvodený z dôvery v seba a z diferenciácie vzťahov medzi self a druhými. V téme vzťahov medzi self a druhými ide o také evidentné témy ako schopnosť prekročiť svoje self, uvedomovanie si druhých a záujem o druhých. Intimita, vrúcnosť a empatia sú sprievodnými prvkami tejto orientácie. Konečne konzistentnými s vykresleným portrétom sú energia, vitalita a dobré fyzické zdravie.

Seeman (2008) syntetizuje na základe výskumných zistení svojho tímu obraz *psychologicky integrovaného človeka* ako takého, ktorý prijíma seba, má predstavu svojho self, ktoré sa mu páči, ktoré rešpektuje a ktorému dôveruje. Schopnosť integrovaného človeka prijímať a spracovávať dáta zo svojho aktuálneho prežívania vedie k optimálnemu kvantitatívnemu aj kvalitatívnemu príjmu informácií – kvantitatívne v tom, že dokáže prijať viac informácií vďaka otvorenému, bezmätkovému komunikačnému systému a kvalitatívne v tom, že dokáže spracovávať a integrovať tieto informácie plnšie, keďže jeho behaviorálne systémy fungujú kongruentne, harmonickým a neskreslene.

Príjatie a potvrdenie self, ochota dôverovať a využívať vlastný organizmus, následná dostupnosť dát z prežívania, to všetko robí človeka plne fungujúcim. Taký človek na fyziologickej úrovni reguluje svoju úroveň vzrušivosti relevantne k situácii. Jeho otvorenosť k podnetom maximalizuje jeho schopnosť využívať signály z prostredia na zlepšenie svojho vlastného fyziologického fungovania.

Integrovaný človek na perceptálno-kognitívnej úrovni prejavuje flexibilitu a produktivitu. Široko využíva zdroje tak, že intelektuálne funguje efektívnymi spôsobmi. Jeho sebadôvera sa premieta do interného centra kontroly, pocitu, že participuje na a formuje svoj vlastný osud. Podobne je pre neho typické vnútorné centrum hodnotenia, pocit, že on má centrálnu úlohu v rozvoji hodnôt, ktoré riadia jeho správanie.

Na interpersonálnej úrovni, prijatie a dôvera v self dovoľuje vzťahy, ktoré sú akceptujúce, rovnocenné a nie orientované na status či hierarchiu. Keďže interpersonálne vzťahy neobsahujú prvok ohrozenia a nebezpečenstva, intimita a trvalosť vzťahov sú viac možné. Z perspektívy druhých ľudí je integrovaný človek viditeľnejší, pozitívnejšie prijímaný a hodnotený.

Uvedený obraz Seeman hodnotí ako začiatok v stanovení empiricky definovanej integrovanej osobnosti.

To, čo Seeman (2008) vníma ako konzistentný a rozhodujúci prvok v opise Rogersovho plne fungujúceho človeka alebo svojho organizmicky integrovaného človeka ako zdravého organizmu je komunikácia, pričom zdôrazňuje kľúčovú rolu otvoreného, fluidného a neohrozujúceho komunikačného systému pri maximalizovaní efektívneho fungovania človeka.

2a) Facilitovanie rozvoja psychologicky zdravej osobnosti vs rozvoj optimálne fungujúcej osobnosti v kontexte terapie

S Maslowom spája Rogersa myšlienka, podľa ktorej je hlavnou hnacou silou ľudskej osobnosti a života tendencia sebaaktualizácie, t.j. uskutočnenie seba samého, svojich možností a schopností, realizácie svojho self (Ja). Sebaaktualizácia nie je nevyhnutne výsledkom optimálneho fungovania človeka, pretože jeho rozvoj prebieha v obmedzujúcom prostredí. Self sa rozvíja cez integráciu s prostredím, najmä s inými dôležitými ľuďmi, s ktorými potrebujeme formovať vzťahy. Keďže self je fluidné a otvorené zmene prostredníctvom skúsenosti, existuje možnosť dosiahnuť za určitých podmienok zmenu self. Rogers na základe konkrétnych výsledkov svojej práce s klientmi zistil, že ak dá ľuďom slobodu rozvíjať sa ľubovoľným smerom, porastú pozitívnym smerom.

Odpoveď na otázku, za akých podmienok sa človek môže stať plne fungujúcim, alebo ak sú to negatívne aspekty medziľudských vzťahov, čo deformujú proces aktualizácie, aké druhy vzťahov môžu slúžiť na nápravu následkov negatívneho podmieňovania, je vyjadrená v ústrednej hypotéze terapie zameranej na klienta, podľa ktorej má človek v sebe ohromné zdroje pre porozumenie seba samého, pre zmenu sebaobrazu svojich postojov a sebariadiaceho správania, a že k týmto zdrojom možno preniknúť len vtedy, keď sa poskytne určitá definovateľná atmosféra facilitujúcich psychologických postojov alebo kvalít – empatického porozumenia, kongruencie a nepodmieneného pozitívneho prijatia (Rogers, 1951). Tieto podmienky platia nielen pre vzťah medzi terapeutom a klientom, ale podľa Rogersa (1997) aj medzi rodičom a dieťaťom, vedúcim a skupinou, učiteľom a žiakom alebo nadriadeným a podriadeným. Tieto podmienky platia pre každú situáciu, v ktorej ide o rozvoj osobnosti. Charakteristika platná pre psychoterapiu podľa Rogersa platí na všetky uvedené vzťahy.

Vzťah patrí ku kľúčovým aspektom humanistickej psychoterapie, keďže jeho prostredníctvom zostáva terapeut spojený s procesom celej osobnosti tak, ako ho odhaľuje

klient. Terapeut venuje pozornosť rôznorodým spôsobom, ktorým klient terapeutovi komunikuje svoje self (napr. nielen verbálnej komunikácii, ale aj neverbálnej).

Kľúčovým prvkom vo vzťahu klienta a terapeuta a komunikácii celej osobnosti je terapeutovo zameranie pozornosti na okamžitosť, aktuálnosť vzťahu v každej chvíli, čím je terapia označovaná aj ako experienciálna. Zameranosť na prežívanie má v terapii zameranej na klienta komponent obsahu a procesu, kde obsah definuje tému rozprávania a proces sa vzťahuje na spôsob interakcie. Humanistické psychoterapie kladú dôraz na proces, na interakčné aktuálne prežívanie. Preto možno vnímať humanistickú psychoterapiu ako terapiu zameranú na proces, pretože je to práve proces, ktorý facilituje osobnostný rozvoj klienta.

Seeman (2008) charakterizuje terapeutický proces výraznými sekvenčnými prvkami v smere postupu k integrácii (klienta):

1. *Kapacita/schopnosť explorať vlastné city, aj keď (klient) čelí úzkosti.*

Reorganizácia self zahŕňa exploračnú citov, ktoré sú klientovi často neznáme a svojou povahou často ohrozujúce. Tendenciou človeka je vyhnúť sa bolesti a teda vyhnúť sa konfrontácii s ohrozujúcimi citmi. Klienti v terapii sa učia explorať city aj v stave úzkosti, keďže sa rovnako učia, že sebaobjavovanie je oslobodzujúce a odmeňujúce.

2. *Kapacita/schopnosť plne prežívať celú šírku svojich postojov.*

Táto schopnosť nadväzuje a súvisí s predchádzajúcou, je jej rozvinutím. Klient si dovoľí plne prežívať svoje city súvisiace s ním ako osobou. Opačná tendencia, popretie, je rušivá a spája sa s tenziou.

3. *Kapacita/schopnosť presne symbolizovať vlastné aktuálne prežívanie.*

Ide o schopnosť individua dať význam prežívaniu prostredníctvom slov alebo správania. Je to akoby proces „označenia“ (labeling), nazvanie toho, čo si klient uvedomil, „aha“ zážitok.

4. *Schopnosť asimilovať nové prežívanie do svojho self.*

Jednotlivci, ktorí dokážu prežívať a symbolizovať svoje postoje a nie potláčať ich, dokážu tiež zhodnotiť ich význam. Dokážu zhodnotiť a revidovať svoj sebaobraz na základe nového prežívania. Tým je naznačené, že určitá miera flexibility alebo fluidity v sebaorganizácii individua je súčasťou integrovanej osoby.

5. *Schopnosť rozvinúť interné centrum hodnotenia.*

Je to schopnosť individua využiť svoje vlastné prežívanie ako základ sebahodnotenia a rozvoja sebaobrazu. Klienti tak prechádzajú od počiatočnej nedôvery vo vlastné, interné centrum hodnotenia ako dôsledku popretia alebo nedôvery vo vlastné prežívanie ako zdroja hodnotenia, keďže využívali hodnotenie druhých, teda externé centrum hodnotenia.

6. *Schopnosť akceptovať svoje self a druhých*

Jednotlivci, ktorí majú schopnosť prežívať svoje city a využiť ich na rozvoj sebaobrazu, sú zároveň ľudia, ktorí si dôverujú, cítia sebaistotu a akceptujú seba. Neznamená to, že integrovaný človek je so sebou úplne spokojný alebo nemá konflikty. Znamená to, že sebaakceptujúci človek nemusí svoje city popierať, ale dokáže ich vidieť ako súčasť svojho self. Potom dokáže akceptovať aj druhých ľudí.

7. *Porozumenie vlastným limitom, obmedzeniam.*

Terapia nie je len procesom sebaobjavovania, ale aj sebadefinovania. Ľudia sa naučia nielen akí sú, ale naučia sa identifikovať jasnejšie svoje vlastné obmedzenia, naučia sa diferencovať medzi sebou a druhými, čo má výrazný vplyv na interpersonálne vzťahy. Ak napríklad klient ako rodič nedokáže diferencovať medzi sebou a svojím dieťaťom, ťažko mu umožní autonómne sa vyvíjať.

Seeman (2008) definuje výsledok terapie ako „návrat k organickému poriadku“, pričom používa pojem „organický poriadok“ v dvoch významoch: pojmom „organický“ chce zdôrazniť, že výsledok terapie sa dotýka osobnosti človeka ako celku a pojmom „poriadok“ zdôrazňuje, že terapia posilňuje integratívny proces osobnosti.

2. Facilitovanie rozvoja psychologicky zdravej osobnosti vs rozvoj optimálne fungujúcej osobnosti v mimoterapeutickom kontexte

Téme optimálneho fungovania osobnosti sa viac pozornosti venovalo v kontexte terapeutických zmien než v kontexte mimoterapeutickom. Zameraním nášho príspevku práve na mimoterapeutický kontext (bližšie in Sollárová, Sollár, 2010) sme chceli prispieť k stúpajúcemu záujmu o pozitívnu psychológiu v duchu Seligmanom zdôrazňovaného zamerania na rozvoj silných stránok a kompetencií jednotlivca, na posilňovanie pohody a dosahovanie kvalitného fungovania jednotlivca (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2008).

Integrovaného človeka chápe Rogers ako zjednoteného v rámci seba na všetkých úrovniach, u ktorého sa znižuje rozdiel medzi „ideálnym self“ a „reálnym self“. K optimálnemu fungovaniu osobnosti dochádza vtedy, keď sú rôzne aspekty osobnosti integrované do relatívne harmonického celku. Skúmali sme vzťah miery integrácie osobnosti s proaktívnym zvládaním, sebahodnotením, neurotizmom a otvorenosťou voči skúsenosti v neterapeutických podmienkach na vzorke sociálnych pracovníkov (n=55). Zistili sme, že integrovanejší jednotlivci sú proaktívnejší, ich sebahodnotenie je pozitívnejšie, a sú menej neurotickí. Vzťah integrovanosti a otvorenosti sa nepotvrdil, čo v príspevku diskutujeme.

Štúdia prezentuje vzťahy medzi integrovanosťou jednotlivca chápanou ako miera súladu medzi ideálnym a reálnym self a vybranými parametrami optimálneho fungovania osobnosti – proaktívnym zvládaním, sebahodnotením, neurotizmom a otvorenosťou k prežívaniu.

Proaktívny coping v chápaní Greenglassovej zdôrazňuje aspekt budúcej orientácie na riešenie každodenných situácií. Zistený výsledok podporuje Rogersove (1962) zistenie, že plne fungujúca osobnosť vďaka dôvere vo vlastný organizmus ako zdroja skúsenostných dát sa bude uspokojivejšie rozhodovať a konať.

Vyššie a pozitívnejšie sebahodnotenie u integrovanejších korešponduje s tými časťami zmeneného self-konceptu, ktoré Rogers (1951) uvádza ako zmeny organizovanej konfigurácie percepcií svojich vlastností a schopností a predstav seba vo vzťahu k iným ľuďom a prostrediu, v dôsledku zvýšenej akceptácie seba človek sám seba vníma ako cenného a hodného úcty.

Vzťah medzi integrovanosťou a neurotizmom (v smere menšej miery neurotizmu u integrovanejších jednotlivcov) korešponduje s charakterom zmien

v bazálnej štruktúre osobnosti, ktoré Rogers (1951) uvádza ako charakteristiky zmenenej osobnosti v dôsledku úspešnej terapie – zníženie neurotickej tendencie a zníženie miery anxiety.

Rogers (1951) chápe otvorenosť k prežívaniu ako opozitum defenzívnosti, čiže reakcie organizmu na prežívanie, ktoré je vnímané alebo anticipované ako inkongruentné so štruktúrou vlastného self. Otvorenosť k prežívaniu ako charakteristika plnšie fungujúceho klienta po úspešnej terapii súvisí so zmenou lokalizácie centra hodnotenia, ktoré sa mení z externého na interné a odvíja sa od vlastného prežívania klienta. Seeman (2008) chápe integrovaného klienta ako schopného rozvinúť interné centrum hodnotenia, čiže schopného využiť svoje vlastné prežívanie ako základ sebahodnotenia a rozvoja sebaobrazu. Otvorenosť ako dimenzia osobnosti v dotazníku NEO FFI je zložená z viacerých faciet: fantasy, aesthetics, feelings, actions, ideas, values. Iba jedna z týchto faciet korešponduje s Rogersovým chápaním otvorenosti k prežívaniu – otvorenosť k pocitom. To môže vysvetľovať nízku hodnotu korelácie v prípade uvádzaného výskumu.

V príspevku sme vychádzali z modelu integrácie osobnosti, ktorý vychádza z teoretických perspektív humanistickej psychológie. Potenciál koncepcií plne fungujúcej osobnosti a integrovanej osobnosti pre mimoterapeutický kontext sme skúmali overovaním vzťahov medzi integrovanosťou jednotlivca reprezentovanou mierou súladu medzi reálnym a ideálnym self a vybranými parametrami optimálneho fungovania osobnosti – proaktívnym zvládaním, sebahodnotením, neurotizmom a otvorenosťou.

Sám Rogers (1951, s. 50) vníma potenciál prístupu zameraného na človeka v „takmer univerzálnych aplikáciách“ a ponúka ho na preformulovanie pre použitie „v takmer nekonečne pestrej škále ľudských situácií“. Náš aplikačný záujem predstavuje človek v kontexte práce, resp. organizácie, pre ktorý vnímame uvádzanými predstaviteľmi prístupu zameraného na človeka vykreslený obraz optimálne fungujúcej osobnosti ako relevantný obraz psychologicky zdravého, zrelého človeka schopného vytvárať a udržiavať efektívne pracovné vzťahy. Predstavený obraz plne fungujúceho človeka alebo psychologicky integrovaného človeka ponúka skladbu charakteristík s výrazným prienikom s konceptom sociálnych kompetencií, ktorého komponenty (Výrost, 2002) vykazujú výrazný prienik s prezentovanými charakteristikami optimálne fungujúcej osobnosti v perspektíve prístupu zameraného na človeka.

Výskumy zamerané na skúmanie charakteristík plne fungujúceho človeka dokumentujú ich relevantnosť pre optimálne fungovanie osobnosti aj v pracovnom kontexte, resp. pracovných vzťahoch. Napríklad otvorenosť k prežívaniu ako charakteristiku plne fungujúceho človeka Chodorkoff výskumne potvrdil ako charakteristiku ľudí, ktorí efektívne zvládajú svoj život (in Rogers, 1962). Rogers v citovanom diele taktiež uvádza výskum Crutchfielda, ktorý naznačuje, že dôvera vo vlastné prežívanie ako ďalšia z charakteristík plne fungujúceho človeka je prívlastkom zdravej osobnosti. Seeman (1983) inšpirovaný koncepciou psychologicky integrovaného človeka realizoval so svojimi kolegami rad výskumov, z ktorých spomenieme napr. výsledky, podľa ktorých vysoko integrovaní ľudia vykazujú vyššiu kognitívnu efektivitu. Majú k dispozícii viac pojmov pre pochopenie a opísanie svojho sveta ako rovnako inteligentní, ale menej integrovaní ľudia.

Z výskumov Seemana a jeho tímu (in Seeman, 2008) vyplýva dôraz na dva procesy, na ktorých spočíva jadro ľudského fungovania. Týmito procesmi sú *spojenie (connection)* a *komunikácia*, procesy, ktoré definujú naše fungovanie na každej úrovni našej existencie. Keď tieto dva procesy fungujú naplno a v hladkej harmónii, keď komunikácia voľne a hladko plynie a keď je uchované hladké spojenie, vtedy človek funguje s využitím celého svojho potenciálu. Je v najtesnejšom spojení so sebou a druhými. Takéto procesy plne psychologicky vyživujú naše psychologické bytie, čo Seeman prirovnáva k úlohe akú má jedlo pre naše biologické bytie.

Na základe výsledkov svojich výskumov zameraných na opis interpersonálnych vzťahov ľudí s rôznou úrovňou integrácie robí Seeman záver, že viac integrovaní ľudia budujú vzťahy, ktoré sú svojím charakterom horizontálne, kým menej integrovaní ľudia si vytvárajú vertikálne, hierarchicky orientované vzťahy.

Domnievame sa, že práve rovina (pracovných) vzťahov je priestorom, kde človek v kontexte práce či organizácie dominantne prejavuje mieru svojho optimálneho fungovania, preto osobitne významne vnímame potenciál prístupu zameraného na človeka práve pre oblasť pracovných vzťahov.

Existuje široká aplikovateľnosť zistení o spôsobe, akým sú uvoľnené vlastné kapacity človeka pre zmenu a spôsobe, akým môžu vzťahy (predovšetkým) posilniť takúto na svoje self zameranú zmenu.

K jednej z týchto aplikácií patrí aj **vzdelávanie**, s ktorým teoreticky, prakticky aj výskumne prišiel už Rogers (napr. Rogers, 1951, 1983). Jeho propagácia posunu zameranosti vo vzdelávaní z vyučovania na učenie sa a od učiteľa k facilitátorovi učenia sa zahŕňajúceho celú osobnosť je plne relevantná pre podoby efektívneho vzdelávania dospelých. Úlohou facilitátora – trénera nie je rozhodnúť, čo by sa účastníci mali učiť, ale identifikovať a vytvoriť hlavné kvality psychologickkej klímy, ktorá im pomôže cítiť slobodu v učení sa a raste. Vonkajšie podmienky, ktoré učenie a rast facilitujú, obsahujú

- nepodmienené akceptovanie účastníka,
- autentickú prítomnosť a prejav facilitátora,
- empatické porozumenie,
- klímu bez kritického hodnotenia,
- podporu psychologickkej slobody.

Proces učenia sa v skupine encounterového typu aj tréningu PCA zručností vykazuje analogické prvky ako uvádzajú Rogers aj Seeman v terapeutickom procese pri postupe k integrácii klienta:

- *explorovanie vlastných citov a prežívania v stave úzkosti* – tým, že účastníci si vyberajú a venujú sa svojim autentickým situáciám, ktoré oni sami vnímajú ako problémové, stresujúce, konfliktné, prežívanie pri ich explorovaní má negatívny emocionálny náboj typický pre explorovanú situáciu v reálnom kontexte; facilitovanie explorovania, napríklad podporou empatickým porozumením posilňuje schopnosť účastníkov explorať toto prežívanie aj v stave úzkosti;
- *prežívanie celej šírky vlastných postojov* – v situáciách, kedy v role play účastníci prehrávajú svoje situácie, ktoré v nich vyvolávajú nepohodu, prežívajú

zároveň postoje k druhému účastníkovi situácie tak, ako je to typické pre reálnu situáciu;

- *symbolizovanie vlastného aktuálneho prežívania* – keď si účastník napríklad v explorovaní podporovanom empatickým porozumením facilitátora nazve, o čom jeho prežívanie je („...som nahnevaná a zhrozená, keď si predstavím, že aj o mne si jej klienti budú myslieť, že som taká istá..“);
- *asimilácia nového prežívania do svojho sebaobrazu* – uvedomenie si a prijatie dovtedy neuvedomeného alebo neprijatého obsahu svojho self („...Je pre mňa dôležité byť vnímaná ako slušná a kompetentná sociálna pracovníčka...“);
- *rozvinutie interného centra hodnotenia a akceptovanie seba a druhých* – v situáciách, keď účastník dokáže prijať, že jeho nejaká významná osoba ho negatívne hodnotí („... viem, že matka nie je spokojná s tým, aký je môj manžel; cítim, že dokážem byť napriek tomu spokojná so svojim manželom....“).

Charakteristika tréningu PCA zručností v skupine podľa nášho názoru napĺňa charakteristiky rozvoja plne fungujúceho človeka a vychádza z presvedčenia, že zručnosti PCA sú naučiteľné a majú svoju funkciu pri dosahovaní kompetencie vo vzťahoch, osobitne v pracovných vzťahoch.

Autorka príspevku so svojím tímom má skúsenosti s realizáciou rozvojových programov a výcvikov koncipovaných v duchu filozofie a zásad prístupu zameraného na človeka s dvomi hlavnými typmi dospelých účastníkov – pracujúcich v pomáhajúcich profesiách a na manažérskych pozíciách, v dvoch hlavných typoch výcvikov – prevažne experienciálneho charakteru v duchu zásad encounterových skupín a experienciálne orientovaný výcvik s kognitívnymi prvkami zameraný na tréning PCA zručností vo vytváraní a riadení pracovných vzťahov. Priamymi výsledkami osvojenia si PCA zručností pre pracovné interpersonálne interakcie sú najmä

- zručnosti jasnej a kongruentnej komunikácie,
- zručnosti rozumieť komunikácii druhého človeka v interakcii,
- zručnosti uľahčiť jasnosť komunikácie s človekom s rozdielnymi stanoviskami,
- zručnosti zlepšiť komunikáciu v tíme, členovia ktorého sa líšia vo svojom vnímaní a skúsenostiach,
- zručnosti pre pochopenie druhého,
- zručnosti efektívne zvládať záťažové, konfliktné a stresujúce situácie.

Výskumné overovanie zmien v osobnostných premenných, interpersonálnych premenných a v správaní (napr. Sollárová, Sollár, 2007) možno hodnotiť za kompatibilné so zmenami, ktoré výskumy zmien v rámci terapie zameranej na klienta uvádzajú v smere posilňovania optimálneho fungovania osobnosti. Pre autorku a jej tím je to podpora opodstatnenosti, relevantnosti a účinnosti využitia princípov prístupu zameraného na človeka vo vzdelávaní dospelých, v rozvojových programoch a výcvikoch zameraných na zefektívnenie fungovania osobnosti vo vzťahoch, špecificky v pracovných vzťahoch.

Ďalšiu oblasť facilitovania rozvoja zdravého fungovania osobnosti v mimoterapeutickom kontexte predstavuje **koučing**.

Na človeka zameraná psychológia koučingu (bližšie in Sollárová, 2011) je podľa Josepha a Bryant-Jefferiesa (2009) a Stoberovej (2006) spôsob práce s ľuďmi

založený na metateoretickom predpoklade, že ľudia majú potenciál rozvíjať sa a rásť a že keď je tento vnútorný potenciál uvoľnený, dokážu sa pohybovať v smere stávania sa viac autonómnymi, sociálne konštruktívnymi a optimálne fungujúcimi. Nedochádza k tomu automaticky. Bez správneho sociálneho prostredia vnútorná motivácia smerom k optimálnemu fungovaniu vedie k distresu a dysfunkčnosti. Preto je úlohou na človeka zameraného koučingového psychológa poskytnúť sociálne prostredie, v ktorom je facilitovaná klientova vnútorná motivácia. Na človeka zameraný koučingový psychológ je presvedčený o tom, že klient je sám sebe najlepším expertom a ak mu dokáže poskytnúť akceptujúci a autentický vzťah, v ktorom sa on necíti byť posudzovaný a tlačенý, potom bude klient determinovaný svojím self a motivovaný smerom k optimálnemu fungovaniu. Podľa Josepha (2006) je podstatou prístupu na človeka zameraného praktika, bez ohľadu na to, kde sa klient v spektre psychologického fungovania nachádza, facilitovať sebadetermináciu klienta tak, aby sa posúval k stále optimálnejšiemu fungovaniu. Na človeka zameraný prístup je metateoretický prístup práce s ľuďmi a aplikácie na človeka zameraného prístupu nie sú iba do terapie, ale aj do vzdelávania, výchovy detí, skupinového učenia sa, riešenia konfliktov a mierové procesy; všetky tieto aplikácie majú tú istú filozofickú pozíciu (bližšie in Sollárová, 2005).

Nevyhnutné a postačujúce podmienky predstavené Rogersom (1957) opisujú postojové kvality terapeuta zameraného na klienta a opisujú jeho praktikovanie ako snahu byť kongruentný a empatický a prežívať nepodmienené pozitívne prijatie voči klientovi. Základnou predstavou na klienta zameranej terapie je, že tieto ústredné postojové kvality sú takým sociálnym prostredím, ktoré facilituje konštruktívne prežívanie aktualizacej tendencie. Práve tento aspekt teórie dáva zmysel teórii ústredných podmienok. V prostredí, kde sa človek necíti hodnotený a tlačенý, necíti potrebu brániť sa a môže dôjsť ku kongruentnej sebaaktualizácii. Aplikácia uvedených postojových kvalít v práci kouča predstavuje podľa Stoberovej (2006) kľúčové podmienky pre efektívnu koučingovú prax. Pre koučing, podobne ako pre psychoterapiu, platí uznanie kľúčových podmienok ako nevyhnutných pre zmenu koučovaného. Za hlavný rozdiel v tom, ako sú tieto kvality demonštrované koučom (v porovnaní s psychoterapeutickým kontextom) autorka ďalej považuje to, že kouč ich uplatňuje s cieľom vybudovať raport tak, aby sa klienti dokázali aktívne angažovať vo výbere konania v procese svojho rastu.

Na človeka zameraný prístup poskytuje jedinečne pozitívnu psychologickú perspektívu na mentálne zdravie pre svoje holistické zameranie ako na negatívne, tak aj na pozitívne aspekty fungovania človeka. Psychológia koučingu je takou istou aktivitou vyžadujúcou ten istý teoretický základ a tie isté praktické zručnosti ako sú vyžadované pre prácu s ľuďmi, ktorí sú v distrese alebo dysfunkční. Na človeka zameraná koučingová psychológia chápe porozumenie a zlepšovanie optimálneho fungovania a zmiernenie maladaptívneho fungovania ako jednotnú úlohu. Na človeka zameraný koučing nie je zmiernením distresu a dysfunkčnosti *per se*, ale je o facilitovaní pohody a optimálneho fungovania. Platí však, že v na človeka zameranej perspektíve ide v praxi o jednotnú, tú istú úlohu, nie o dve samostatné oddeliteľné úlohy. Preto v rámci na človeka zameranej perspektívy neexistuje teoretický rozdiel medzi poradenstvom a koučingom. Nie je dôležité, kde človek začne. Joseph a Bryatt-Jefferies citujú rozhovor s Johnom Schlienom, jedným zo zakladateľov prístupu zameraného na človeka, z roku 1956:

Ak zručnosti rozvinuté v psychologickom poradenstve dokážu uvoľniť konštruktívne kapacity malofunkčných ľudí tak, že sa stávajú zdravšími, takáto istá pomoc by mala byť dostupná zdravým ľuďom, ktorí sú menej ako plne fungujúci (fully functioning). Kedykoľvek sa nasmerujeme k pozitívnym cieľom zdravia, budeme menej dbať na to, kde človek začal, a viac na to, ako dosiahnuť želaný konečný cieľ pozitívnych cieľov.

V praxi na človeka zameranej psychológie koučingu je úlohou kouča „živit“ sociálny vzťah, ktorý je koučovaným prežívaný ako autentický a v ktorom sa cíti byť akceptovaný a chápaný. Pochopenie psychoterapie/poradenstva zameraného na klienta je, že poradenstvo je o pohľade na život späť na to, čo nešlo dobre, kým koučing je o pohľade dopredu na to, čo môže ísť dobre. Ak ponúkame poradenstvo, dostaneme klientov, ktorí sa chcú pozrieť späť a ak ponúkame koučing, dostaneme klientov, ktorí sa chcú pozrieť dopredu. Úloha na človeka zameraného terapeuta alebo kouča je taká istá v oboch prípadoch, zostať s klientom a facilitovať jeho sebadetermináciu. Preto na teoretickej rovine procesu je úloha na človeka zameraného psychológa vždy taká istá, hoci pracuje ako kouč alebo poradca alebo klinický psychológ, ale na praktickej úrovni obsahu sedení bude odlišný, keďže klienti typicky prinesú rozdielny materiál do poradenstva ako do koučingu (bližšie in Sollárová, 2011).

Záver

Pozitívna psychológia ponúka aplikácie pre psychológiu zdravia, ktorá sa zaoberá o podporu zdravia a pohody človeka. Podľa jednej zo súčasných definícií (Linley, Joseph, 2004) je v záujme aplikovanej pozitívnej psychológie aj téma facilitovania optimálneho fungovania osobnosti, pričom v rámci pozitívnej psychológie ide o prekročenie teritória psychopatológie a ide o podporu rozvoja optimálneho fungovania (zdravej) osobnosti. V zmysle takto koncipovaného „pozitívneho zdravia“ (Seligman, 2008) sme predstavili pojem optimálne fungujúceho človeka tak, ako ho koncipovala humanistická psychológia, osobitne prístup zameraný na človeka v príspevkoch Rogersa a Seemana, ďalej sme predstavili aplikáciu ich konceptov a výskumu štruktúry optimálne fungujúceho človeka v mimoterapeutickom kontexte (Sollárová, Sollár, 2010), ako aj možnosti facilitovania optimálneho fungovania človeka v mimoterapeutickom kontexte, konkrétne vo vzdelávaní dospelých a koučingu (zameranom na človeka). Zámerom príspevku je poukázať na široké aplikačné možnosti prístupu zameraného na človeka, resp. aplikácie pozitívnej psychológie pre skúmanie a podporu psychologicky zdravého fungovania človeka.

THE FACILITATION OF PSYCHOLOGICALLY HEALTHY FUNCTIONING OF A PERSON

Abstract: The intent of this paper is to point out the wide range of applications that a human-oriented approach, or applied positive psychology, provides to explore and promote psychologically healthy functioning in people. Within the psychology of

health, positive psychology offers applications beneficial to human health and well-being. According to one modern definition (Linley, Joseph, 2004), the applied positive psychology is also concerned with helping people attain optimum functionality. In terms of positive psychology, this means to transcend the realm of psychopathology in pursuit of an optimally functional (healthy) personality. It is in the sense of such “positive health” (Seligman, 2008), that we introduced the concept of an optimally functioning individual as conceived by humanistic psychology, particularly by the human-centered approach evident in the contributions of Rogers and Seeman. We further presented the applications of their concepts and research into the structure of an optimally functional person within a non-therapeutic context (Sollárová, Sollár, 2010), as well the possibilities in optimizing man’s functionality in that context, especially in adult education and in (people-focused) coaching.

Key words: client oriented psychological approach, humanistic psychology, positive psychology, facilitation of development of optimum functioning personality, positive health, extra-therapeutic relationships

PODPORA DUŠEVNÉHO ZDRAVIA V KONTEXTE OŠETROVATEĽSTVA

Dana ZRUBCOVÁ

Abstrakt: Kapitola sa zaoberá problematikou podpory duševného zdravia, úlohami sestry v rámci primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie duševných ochorení. Prezentujeme tiež výsledky výskumu, cieľom ktorého bolo zmapovať názory a postoje laickej verejnosti na problematiku podpory duševného zdravia. Zisťovali sme, či považuje laická verejnosť podporu duševného zdravia a prevenciu duševných ochorení za dôležitú a ako ovplyvňuje ich postoje k danej problematike a k integrácii duševne chorých do spoločnosti osobná skúsenosť s duševne chorým. Analýzy výsledkov svedčia o tom, že čím je užší interpersonálny vzťah medzi respondentom a duševne chorým, tým je väčší záujem o informácie týkajúce sa problematiky podpory duševného zdravia a duševných ochorení. Tento úzky kontakt má vplyv aj na výber relevantných informačných zdrojov. Laická verejnosť sa stále častejšie prikláňa k potrebe skorej reintegrácie duševne chorých do spoločnosti a návratu do domáceho prostredia. Väčšina respondentov prejavila záujem o pôsobenie psychiatrických sestier v komunite.

Kľúčové slová: duševné zdravie, duševné ochorenie, prevencia, sestra, postoje, laická verejnosť

Zdravie a duševné zdravie

Zdravie predstavuje pre jednotlivcov a ich rodiny nemerateľnú hodnotu. Každé jeho zlepšenie, podobne ako i narušenie, má svoj sociálny význam. Ako uvádza Rovný et al. (1995), možno ho chápať ako určitý okamžitý stav, ale aj ako proces, ktorý má svoju dynamiku. Často bývajú rozdiely v ponímaní zdravia, ktoré sa môžu meniť vplyvom predchádzajúcej skúsenosti, očakávania od seba samého, vnímania vlastnej identity, sebareflexie a sociálneho statusu. Křivohlavý (2001) usporiadal teórie zdravia podľa toho, či je zdravie chápané ako prostriedok k určitému cieľu alebo je chápané ako cieľ sám o sebe. Život sa má viesť tak, aby sa zdravie udržalo čo najdlhšie. Zdravie je zdrojom pre každodenný život, nie je cieľom života. Je to pozitívny koncept zdôrazňujúci sociálne a personálne zdroje ako aj fyzickú spôsobilosť. Keller (1997) definuje človeka ako sociálnu bytosť, ktorého povaha sa formuje vďaka interakciám blízkymi v jeho prítomnosti.

Zdravie je základným neustále sa meniacim a vyvíjajúcim sa pojmom, zahŕňa komplexne všetky zložky fyzické, psychické, sociálne, spirituálne, intelektuálne i enviromentálne. Pohľad na zdravie závisí od spoločnosti a stupňa jej rozvoja. Farkašová

et al. (2005) cituje najznámejšiu definíciu zdravia World Health Organization (WHO) z roku 1974, ktorá definuje zdravie ako *“stav úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody, a nielen ako chýbanie choroby či slabosti.”*

Kozierová et al. (1995) cituje Penderovú, ktorá v súvislosti s uvedenou definíciou zdravia WHO hovorí o troch základných charakteristikách pozitívnej koncepcie zdravia:

- odráža záujem jednotlivca ako celistvú osobu, nielen ako jednoduchý súčet rôznych častí,
- kladie zdravie do súvislosti s prostredím,
- dáva znak rovnosti medzi zdravím a produktívnym a tvorivým životom.

Drvivá väčšina definícií zdravia poukazuje i na potrebu duševného zdravia, psychickej pohody, na schopnosť človeka vyrovnávať sa so stresom, žiť vo vzájomnej sociálnej interakcii s okolím a efektívne komunikovať. Mnohé z nich poukazujú na psychosociálny rozmer zdravia.

Americký psychiater Alons White v období medzi dvoma svetovými vojnami zdôraznil spojitosť medzi fyziologickými a psychologickými faktormi ovplyvňujúcimi zdravie a vznik choroby. Jeho práce viedli k poznaniu, že psychické a fyziologické poruchy môžu byť odpoveďou na stresy, ich chápanie musí byť v spojitosti so sociálnymi faktormi. Janosiková a Daviesová (1999)

Definície duševného zdravia majú široké kultúrne, spoločenské i politické dôsledky. Existujú historické dôkazy o tom, že prevažujúce normy a postoje už v minulosti ovplyvňovali definície duševného zdravia.

WHO charakterizuje duševné zdravie ako *„stav, keď všetky duševné procesy prebiehajú optimálnym spôsobom, harmonicky, umožňujú odražať podnety a riešiť bežné aj neočakávané situácie, stále sa zdokonaľovať a mať pocit uspokojenia zo svojej činnosti.”*

Duševné zdravie umožňuje uskutočňovať duševný, citový potenciál, nájsť a naplniť úlohu v spoločenskom, školskom i pracovnom živote. Dobré duševné zdravie prispieva k prosperite, solidarite a sociálnej spravodlivosti v spoločnosti.

Podpora duševného zdravia

Lehtinen (2004) popisuje i niekoľko základných, ale veľmi závažných dôvodov prečo je nevyhnutné venovať duševnému zdraviu pozornosť:

- 1. Duševné ochorenia sú bežné.** Odhaduje sa, že v súčasnej dobe približne 20 % dospeléj populácie v EÚ má problémy s mentálnym zdravím. Toto číslo zahŕňa všetky problémy, nie len konkrétne diagnostikované duševné ochorenia. U adolescentov a toto percento odhaduje približne na rovnakej úrovni. Alarmujúci je i výskyt duševných problémov u detí vo veku 8 až 9 rokov v mnohých Európskych štúdiách.
- 2. Narušené duševné zdravie predstavuje veľkú ekonomickú záťaž.** Súvisí to s vysokou prevalenciou a začiatočným náporom v mladom veku, v kombinácii s častým chronickým priebehom duševného ochorenia. Celkové vynaložené náklady EÚ na tieto ochorenia sa odhadujú približne na 3–4 % HDP. Najmä v dôsledku straty produktivity. Duševné ochorenia sú hlavným dôvodom pre

odchod do invalidného dôchodku v mnohých členských štátoch Európskej Únie.

3. **Duševné ochorenia sú spojené so zvýšenou úmrtnosťou.** Riziko úmrtnosti medzi pacientmi s duševným ochorením je niekoľkokrát vyššie ako v populácii vo všeobecnosti. Hlavným dôvodom sú suicídiá alebo násilná smrť. Suicídálne pokusy zreteľne presahujú číslo úmrtnosti, aké je pri dopravných nehodách. Popri suicídiách zvyšuje úmrtnosť i prítomnosť somatického ochorenia pridruženého k duševnému. Narušené duševné zdravie ovplyvňuje fyzické zdravie a naopak.
4. **Duševné ochorenia sú zdrojom enormného ľudského utrpenia.** Úzkosť, strach, zúfalstvo, depresia a následné pocity viny a hanba môžu byť subjektívne pociťované oveľa intenzívnejšie ako akákoľvek vážnejšia telesná bolesť.
5. **Duševné ochorenia vedú ľahko k vytesneniu na okraj spoločnosti.** Duševné ochorenia často vyvolávajú u ľudí pocit určitej odlišnosti, čo vyvoláva následnú stigmatizáciu a iné negatívne postoje vedúce k častej diskriminácii. V mnohých členských štátoch EÚ sú služby venujúce sa duševnému zdraviu druhoradé, najmä ak ide o finančné prostriedky. Ľudia trpiaci duševnými ochoreniami sú často vytesňovaní na okraj spoločnosti. Z toho vyplývajúce problémy ako sú chudoba, bezdomovectvo, kriminalita, alkoholizmus a drogová závislosť, často vedú k veľmi nízkej životnej úrovni a následne nepriaznivej kvalite života.
6. **Duševné ochorenia negatívne vplyvujú na budúcu generáciu.** Narušené duševné zdravie nie je len otázkou zodpovednosti jednotlivcov, ale celej spoločnosti. Zvláštnu pozornosť je potrebné venovať deťom rodičov trpiacich duševným ochorením. Vo svojom živote sú oveľa častejšie vystavené riziku vzniku duševného ochorenia. Zvýšená pozornosť by sa ma mala venovať deťom rodičov závislých od drog a alkoholu, pretože častým sprievodným javom fungovania takýchto rodín je zanedbávanie alebo týranie detí.

Úloha ošetrovateľstva v podpore duševného zdravia

Jedným so špecifik ošetrovateľstva je to, že sprevádza jednotlivca od narodenia až po smrť. „*Ošetrovateľstvo má pomáhať chorým aj zdravým vykonávať činnosti prosievajúce zdraviu, uzdravovaniu alebo pokojnej smrti, ktoré by vykonával bez pomoci, keby mal potrebnú silu a vedomosti*“ (Farkašová et al., 2005).

„*Postavením ošetrovateľstva a sestier v starostlivosti o zdravie občanov sa intenzívne zaoberá – Svetová zdravotnícka organizácia, Európska únia, Medzinárodná rada sestier, ale aj slovenské štátne, vzdelávacie a profesijné organizácie. Určujúcim princípom formovania politiky, ktorý vychádza z nových myšlienkových prúdov, je sledovanie komplexnej vízie o zabezpečení lepšieho zdravia a kvality života občanov Európy a príspevku sestier na jej realizáciu*“ (Farkašová, 2006).

Spôsob života, životný štýl človeka má medzi determinantmi zdravia kľúčové postavenie. Za rozhodujúce prvky životného štýlu sa pokladajú stravovanie, chuť do jedla, pohybová aktivita, fajčenie, pitie alkoholu, sexuálny život, stres, bytové a pracovné prostredie. Tieto atribúty môžu pozitívne, ale i negatívne ovplyvniť duševné zdravie. Ako uvádza Ondriášová (2005), na človeka pôsobia celý život psychologické faktory, ako stres, konflikt, frustrácia, rôzne straty a životné príhody.

Úlohou ošetrovateľstva v podpore duševného zdravia je správnym postojom a konaním slúžiť ako vzor. Povzbudzovať a nabádať ľudí, aby sa spontánne zapojili i do podpory svojho duševného zdravia. Radiť im, ako sa sami môžu vyrovnávať so stresovými situáciami a zlepšiť si vzájomné sociálne vzťahy. Ako efektívne riešiť svoje emocionálne problémy. Naučiť ich ako efektívne využívať zdravotnú starostlivosť i v oblasti duševného zdravia.

Zmeny v spoločnosti, sociálne otázky, riziká vyplývajúce z určitého životného štýlu ako aj využívanie moderných technológií v ošetrovateľskom procese, výrazne ovplyvňujú požiadavky kladené na sestry pri upevňovaní duševného zdravia. Ich úloha je široká. Zasahuje do všetkých vývinových období života človeka. Prioritnou intervenciou však je včasná identifikácia rizikových faktorov, ktoré môžu spôsobiť narušenie duševného zdravia v akomkoľvek sociálnom prostredí, doma, v práci, škole v komunite a edukačné aktivity o tom, ako tieto faktory odstrániť alebo zmierniť ich vplyv. „5 miliónov sestier pracujúcich v európskom regióne zohráva významnú rolu pri skvalitňovaní zdravia jednotlivcov, rodín a komunit. Predstavujú najväčšiu jednotnú skupinu zdravotníckych pracovníkov a často poskytujú prvý kontakt so zdravotníckym a sociálnym systémom, sústredený na kontinuálnu starostlivosť a podporu zraniteľných a bezprávných skupín v populácii“ (Farkašová, 2006).

Úlohou ošetrovateľstva je i prebrať zodpovednosť a pomoc pri podpore a ochrane duševného zdravia za klientov, ak títo nevedia, nemôžu alebo nechcú zodpovednosť prebrať sami. Významnú úlohu v podpore duševného zdravia by mali zohrávať *psychiatrické sestry pracujúce v komunitách*. Na Slovensku v súčasnosti sestry s špecializáciou v psychiatrii pracujú v drvivej väčšine v lôžkových zariadeniach. Poradenstvo psychiatrickej sestry je pre pacienta a jeho rodinu nezastupiteľným prvkom ošetrovateľských intervencií.

Úloha sestry pri podpore duševného zdravia u detí a mládeže

Ako uvádza Pasquali et al. (1989), Komisia pre mentálne zdravie detí v USA už v roku 1969 určila niekoľko problémov a faktorov, ktoré môžu byť zdrojom či spúšťačom vývoja emocionálnych problémov u detí a mládeže:

1. Zlé životné skúsenosti a návyky.
2. Vynárajúce sa konflikty medzi deťmi a rodičmi, tiež problematické vzťahy medzi súrodencami a problémy prispôbiť sa v škole, v oblasti sociálnych vzťahov a sexuality.
3. Vnútorne konflikty hlbokej podstaty vedúce k neurotickým reakciám.
4. Problémy prispôsobovania sa spojené so somatickým ochorením alebo hendikepom.
5. Problémy prispôsobovania sa spojené s niektorými duševnými ochoreniami, ako sú psychotické správanie a mentálna retardácia.

Podľa Pasqualiho et al. (1989) u 80 % detí, ktoré potrebujú pomoc bola spúšťačom prvá alebo druhá z uvedených oblastí. Určiť diagnózu a akceptovať duševné ochorenie u detí a mládeže je ťažké. V minulosti spoločnosť ignorovala skutočnosť, že deti môžu mať problémy spojené s duševným zdravím. Pasquali et al. (1989) cituje Longovú 1980, podľa ktorej štatistiky ukazujú na prudký nárast počtu detí, ktoré

potrebujú bezprostrednú starostlivosť v súvislosti s problémom mentálneho zdravia. Signifikantne malý počet z nich dostane i potrebnú liečbu.

Primárna prevencia u detí a mládeže

V oblasti duševného zdravia detí a mládeže primárna prevencia zaostruje pozornosť na vyhľadávanie možných rizikových faktorov. Pasquali et al. (1989) cituje Bumbala a Siemona (1981), ktorí určili tri rizikové oblasti, ktoré by sestra mala posudzovať v rámci opatrení primárnej prevencie:

- a) environmentálna oblasť,
- b) vplyv rodičov,
- c) charakteristické indikátory zraniteľnosti.

Aj v primeranom prostredí žije dieťa s vnútorným svetom neistoty a obáv, ktoré sa môžu zväčšiť náhlymi vývinovými úlohami. Potreby detí vyplňajú rodičia, preto môže ich vzdelávanie o detskom vývine pôsobiť ako primárna prevencia. „*Neprimeraný vývin býva často spôsobený alebo zhoršený nerealistickými očakávaniami rodičov. Ak rodičia nepoznajú časový vývinový rámec dieťaťa, urýchlujú alebo brzdia proces, ktorý bol možno normálny*“ (Janosiková, Daviesová, 1999). Sestra sa musí zamerať na edukáciu rodičov o správnom raste a vývoji dieťaťa. Snažiť sa o minimalizovanie pôsobenia faktorov vedúcich k vzniku narušenia duševného zdravia alebo duševných ochorení u detí a mládeže. Dôležité je identifikovať skupiny, ktoré predstavujú veľké riziko z hľadiska rodičovského a rodinného systému. „*Medzi detským psychologickým prostredím dieťaťa a detskou psychikou je úzky vzťah, pretože psychika dieťaťa je produktom sily v ňom i mimo neho*“ (Hanzlíková et al., 2004). Je dôležité posudzovať reakcie a odpovede dieťaťa na podnety okolia, primeranosť rodičovských očakávaní a spôsob výchovy. Vzájomný vzťah medzi rodičmi a deťmi. Ako konštatujú Gabert a Kniebe (1993) rodičovské správanie vychováva deti. Dosick (1998) zdôrazňuje, že „*výchova k hodnotám začína v rannom detstve a pozostáva zo všedných, jednoduchých, zdanlivo samozrejmych spôsobov správania.*“

Medzi významné fenomény, ktoré ovládajú dnešné deti a adolescentov patrí nuda. Tá spočíva v nedostatku citov, neschopnosti pocítiť stimuly a nedostatku húževnatosti. Bagio (1996)

Janosiková a Daviesová (1999) uvádzajú niekoľko spôsobov posilňovania sebaúcty a húževnatosti u detí:

1. Povzbudzovať pozitívny prínos interakcie s okolím mimo rodiny a s triedou bez ohľadu na veľkosť tejto interakcie.
2. Povzbudzovať rozhodnutie dieťaťa použitím vhodných možností výberu, nie dávaním ultimáta.
3. Poskytnúť dieťaťu spätnú väzbu pozitívnym, a nie negatívnym spôsobom, nikdy ho pri tom nezastrašovať ani neponižovať.
4. Opätovne zhodnotiť pravidlá, ktoré sú pre deti problémom alebo ich pokladajú za nespravodlivé. Hoci sa pravidlá nezmenia, ich opätovné uváženie poskytuje deťom pocit dôstojnosti a vlastnej hodnoty.
5. Pamätať na to, že detská sebaúcta a húževnatosť sa ľahko narušia, ale možno ich opäť dosiahnuť ustavičnou aktivitou zameranou proti ich poškodzovaniu.

Je nevyhnutné odhadnúť i vplyv mnohých faktorov sociálneho prostredia. Hanzlíková et al. (2004) cituje Stanhopeho a Lancastera, ktorí poukazujú na vplyv kultúry rodiny na mentálne zdravie dieťaťa. Pasquali et al. (1989) zastáva názor, že sestry by mali mať v školách a komunitách kľúčové postavenie v pozorovaní detí v sociálnom prostredí i v rodinných vzťahoch. Dieťa nemusí mať len viditeľné príznaky, ale môže fungovať v narušenom prostredí, ktoré je rizikové. Socioekonomická úroveň rodiny a záujem o dieťa sú prioritné. Často neadekvátna strava, zanedbaný vzhľad dieťaťa, neprospievanie v škole ale i agresivita a šikanovanie spolužiakov signalizujú problémy narušenia stability v rodine.

Nízka životná úroveň rodiny býva spojená s alkoholizmom jedného alebo často žiaľ i oboch rodičov. Deti vyrastajú bez pocitu, že ich má niekto rád. Nezriedka dochádza i k ich týraniu a následnej citovej otupenosti.

Naopak, prehnane ovládajúci alebo hyperprotektívni rodičia spôsobia, že dieťa pochybuje o svojej vlastnej hodnote. Následkom ovládania vynucovaného rodičmi začína vnímať seba a svoje telo skreslene. V období dospievania predstavuje chudnutie a sebakontrola v jedení lákavú cestu, ako posilniť sebavedomie. Striktné diéty, nadmerné cvičenie alebo vracanie môžu vzbudzovať dojem, že sa človek dokáže kontrolovať a priblížiť vysnenému ideálu. Krátkodobu si tak posilní sebavedomie a vytvorí ilúziu úspechu, ale môže dôjsť k závažnému ochoreniu – mentálnej anorexii. Krch et al. (1999) uvádza, že „*averzia k jedlu je prejavom nezmieriteľného a narušeného postoja k telesnej hmotnosti, k porciám a obezite.*“

Veľkým problémom je u detí abúzus alkoholu a drog spolu s užívaním liekov. Hanzlíková et al. (2004) poukazuje na fakt, že 5 % starších školopovinných pije alkohol. K tejto závislosti sa pridružuje gambling a čoraz častejšie i kriminalita. Preventívne opatrenia sú účinnejšie, ak na deti a mládež pôsobi viacero inštitúcií, škola, rodina, organizácie zaoberajúce sa mimoškolskými aktivitami, zdravotnícke služby, ale i masmédiá. Ako uvádza Vácha (2005) veľmi častou chybou primárnej prevencie je, že sa na drogy nepozera ako na multidisciplinárny problém. Úlohou sestry by malo byť organizovanie a koordinácia preventívnych programov už u detí na prvom stupni základných škôl. „*Sú málo účinné vtedy, keď oslovení patria k ohrozeným ľuďom už s prejavmi rizikového správania*“ (Okruhlica et al. 1998).

V rámci podpory duševného zdravia by sa sestra mala zameriavať na vyhľadávanie suspektných symptómov, ktoré signalizujú uvedené zmeny správania dieťaťa. Navrhovať opatrenia a hľadať riešenia pre vzájomnú spoluprácu s rodinami problematických detí, snažiť sa o elimináciu nevhodného správania.

Adolescenti v mnohých krajinách považujú sestru za spoľahlivý zdroj informácií a vhodných rád. Erudovaná sestra v oblasti duševného zdravia môže poskytnúť primerané informácie o fyzických a psychických zmenách, ktoré sú v období dospievania prirodzené.

Sekundárna prevencia u detí a mládeže

Úloha sestry v sekundárnej prevencii v oblasti duševného zdravia zahŕňa podľa Pasqualiho et al. (1989) nasledovné body:

1. Včasné a rýchle identifikovanie duševných ochorení u detí a mládeže.

2. Promptné podanie efektívnej liečby obnovujúcej optimálny individuálny a rodinný stupeň fungovania.
3. Posúdenie negatívnych zdrojov v komunite.
4. Rozvíjanie vhodných zdrojov v komunite.

Stres v živote rodičov môže v značnej miere obmedziť poskytovanie trvalej lásky deťom. Malé deti môžu reagovať rôznym spôsobom. V oblasti duševného zdravia je to najčastejšie úzkosť, hnev, strach alebo problémy so spánkom, stravovaním či vylučovaním. Úlohou sestry v rámci sekundárnej prevencie v oblasti duševného zdravia je poskytnúť rodičom informácie o prirodzených spánkových a stravovacích návykoch a o individuálnych rozdieloch u ich detí. „*Taktiku hanby treba striktne vynechať*“ (Janosiková, Daviesová, 1999). Zahanbovanie a ponížovanie nie sú pri sekundárnej prevencii efektívne, práve naopak môžu identifikované emocionálne problémy ešte zintenzívniť. Dôležité je, aby sestra rodičom ukázala úspechy pozitívneho prístupu pri zlepšovaní zmien návykov a správania dieťaťa. Pre mnohých rodičov je oveľa ťažšie dieťa pochváliť, ako ho karhať. Sestra ich musí uistiť, že chválenie neohrozí ich autoritu ani disciplínu u detí. Höschl et al. (2004) považuje za významné i riešenie vzťahov a sociálnych problémov vo vnútri rodiny.

Pre adolescentov je dôležité stretávať sa pri riešení problémov i s vrstovníkmi, ktorí majú rovnaké alebo podobné problémy. „*Pre adolescentov existujú programy, ktoré zahŕňajú výchovu proti alkoholizmu, poradenstvo pre mladých ľudí o právnych záležitostiach a venuje sa pozornosť aj adolescentným šoférom konzumujúcich alkohol*“ (Janosiková, Daviesová, 1999).

Terciárna prevencia u detí a mládeže

V rámci terciárnej prevencie u detí uvádza Hanzlíková et al. (2004) tri aspekty:

1. prevencia pred opakovaným výskytom zdravotných problémov,
2. prevencia pred zhoršením zdravotného stavu,
3. pomoc a podpora v procese adaptácie, ak ide o chronické ochorenie.

Terciárna prevencia by mala zahŕňať i podnety na pokračovanie intervencii pre deti a mládež, ktoré v rámci sekundárneho pôsobenia nepreukazovali úplné vyliečenie. Ochorenia spojené s poruchami správania vyžadujú po ukončení hospitalizácie ďalšie špeciálne pôsobenie. Deti s prejavmi sebaopoškodzovania, poruchami príjmu potravy a abúsom drog či alkoholu potrebujú v rámci terciárnej prevencie podporu v denných stacionároch. Adolescenti by mali mať možnosť využívať pomoc centier a stacionárov, ak ich správanie narušuje život v rodine. Centrá pomoci by mali slúžiť tomu, aby sa zabránilo opätovnému vzplanutiu problémov, prípadnému návratu k užívaniu drog a páchaniu deliktov či trestných činov.

Úloha sestry v terciárnej prevencii je preto rôznorodá. Sestra by podľa Pasqualiho et al. (1989) mala pokračovať v individuálnej, skupinovej a rodinnej terapii u klientov, ktorí trpia chronickou poruchou správania alebo duševnou poruchou. Okrem toho sestra musí identifikovať deti, mládež a rodiny, ktoré preukazujú chronicky narušené vzájomné rodinné vzťahy.

Cieľom terciárnej prevencie duševného zdravia u detí a mládeže je redukovať zvyšky dlhodobého pôsobiaceho negatívneho vplyvu neprimeranej rodinnej výchovy a okolitého prostredia a predchádzať ich opakovanému pôsobeniu. Činnosti sestry

v rámci podpory duševného zdravia detí a mládeže, by mali smerovať k prinavráteniu optimálneho fungovania rodiny a jej jednotlivých členov.

Úloha sestry pri podpore duševného zdravia dospelých

Kozierová et al.(1995) zastáva názor, že rodina je vzájomné spojenie ľudí na citovom základe. Emotívne spojenie vyjadruje aj spoločné úsilie pri plnení každodenných činností. Rebríček hodnôt býva v mnohých prípadoch ovplyvňovaný kultúrou rodiny. Hodnotový systém rodiny determinuje aj pohľad na podporu zdravia, obzvlášť duševného zdravia.

Rodina môže byť činiteľom ohrozenia zdravia. Mnohé ochorenia vznikajú na podklade narušených rodinných vzťahov.

Úlohou sestry v rámci podpory duševného zdravia by mala byť podpora a posilňovanie zdravých modelov rodinných vzťahov. Identifikovanie toho, čo si jednotliví členovia rodiny myslia, čo hovoria, čo robia a ako reagujú v rozličných životných situáciách. Pasquali et al. (1989) cituje Jonesa a Dimonda, ktorí hovoria, že sestra by sa mala zamerať na:

1. Potenciálne pramene rodinného stresu.
2. Efektívne modely vyrovnávania sa so stresom.
3. Zmeny životného štýlu, ktoré môžu pozitívne ovplyvniť vystavenie rodiny stresorom.
4. Zmeny role jednotlivých členov rodiny. Role je potrebné prispôsobiť potrebnej zmene životného štýlu.
5. Odhodlanie rodiny podporovať zdravé fungovanie.
6. Slabé stránky rodiny, ktoré by mohli vystaviť nebezpečenstvu fungovanie jednotlivých členov.

Medzi najčastejšie pramene stresu patria: rozvodovosť, násilie v rodine, alkoholizmus, nezamestnanosť, bezdomovectvo, genetické predispozície ochorení, strata rodinného príslušníka, neprimerané nároky kladené na zamestnanca v práci, ale i workoholizmus. Podľa Lenczovej (2005), podnikatelia trávajú až 85 % svojho času v zamestnaní. Ich rodiny sú poznačené väčším stresom a orientáciou na konzumný spôsob života. Duševné zdravie môžu negatívne ovplyvniť aj nesprávne stravovacie návyky, pohybová aktivita či sexuálny život. Aby sestra mohla správne zamerať aktivity podporujúcich duševné zdravie musí pozeráť na rodinu a jej jednotlivých členov holisticky a v kontexte všetkých úrovní. Musí tiež poznať potenciálne faktory ohrozujúce duševné zdravie a funkciu rodiny v jednotlivých obdobiach života.

Edukácia, ako jeden s najdôležitejších aspektov ošetrovateľstva predstavuje významný spôsob zlepšovania duševného zdravia a kvality života rodiny a jej jednotlivých členov. „*Opodstatnenosť edukačnej činnosti sestry možno podčiarknuť aj tým, že súčasný stav obyvateľstva v našej krajine nie je uspokojivý*“ (Závodná, 2005). Neustále sa zvyšuje počet osôb závislých od alkoholu a drog.

Primárna prevencia u dospelých

Vek, v ktorom môžeme človeka pokladať za dospelého, je individuálny a závisí od hodnotenia zrelosti osobnosti. Vo všeobecnosti sú zrelí jedinci schopní reálne uvažovať

o svojich možnostiach, dokážu tolerovať názory iných a dokážu sa prispôbiť zmenám. Sú zodpovední za všetky svoje rozhodnutia.

Najmä v mladšom dospelom veku majú jedinci sklon ignorovať potrebu podpory duševného zdravia. Naplno sa sústreďujú na rodinu, prácu.

V rámci primárnej prevencie v oblasti duševného zdravia je úlohou sestry, ako uvádza Pasquali et al. (1989):

- Minimalizovať pôsobenie faktorov, ktoré sú určitou predispozíciou vzniku duševného ochorenia.
- Identifikovať rizikových jedincov.
- Povzbudiť mladého človeka, aby otvorene hovoril o problémoch a stresoch vyplývajúcich z práce v zamestnaní.
- Pomôcť identifikovať pracovné plány a špecifikovať stratégie na ich uskutočnenie.
- Pomôcť objasniť hodnotu času pre duševné zdravie jedinca i rodiny.

Ako silný citový stresor pôsobí rozvod, ktorý je v našej súčasnej spoločnosti nezriedkavým fenoménom. Väčšinou zanecháva zainteresovaných emocionálne zranených, nahnevaných, často plných úzkosti a depresie. Ako uvádza Křivohlavý (2002), do ťažkej situácie sa môže dostať človek i vtedy, ak je ohrozené jeho sebavedomie, keď sa mu nepodarí niečo, čo považoval za dôležité.

Problémy s fyzickým a psychickým týraním najmä žien sú zaznamenávané vo všetkých spoločenských a sociálnych vrstvách. Vzhľadom na medializáciu tohto problému v masovokomunikačných prostriedkoch týrané osoby, najmä ženy čoraz častejšie vyhľadávajú ochranu a pomoc odborníkov. Úlohou sestry je vo vzájomnej otvorenej komunikácii povzbudiť týranú osobu, aby sa dokázala zdôveriť so svojimi problémami. Pomôcť pri budovaní sebavedomia, aby dokázala opustiť stresujúce prostredie a začala nový plnohodnotný život.

Závažným dôsledkom narušeného duševného zdravia a duševnej krízy je samovražda. „*Vo všeobecnosti je samovražda dôsledkom neschopnosti mladého človeka vyrovnat' sa s nátlakom so zodpovednosťou a s očakávaniami dospelosti*“ (Kozierová et al., 1995).

Ivanová et al. (2005) cituje WHO, podľa ktorej na samovraždu vo svete zomrie asi 1 promile populácie ročne. Závažnejší je však odhad samovražedných pokusov, ktorý je 15krát väčší ako dokonaných samovrážd. Úlohou sestry v prevencii samovrážd je odhaľovanie problémov, ktoré by mohli viesť k vzniku depresie, sociálnej izolácie a nezáujmu o spoločenské dianie.

V strednom dospelom veku sa čoraz viac do popredia dostáva altruizmus. Kozierová et al. (1995) cituje Roberta Pecka, ktorý zastáva názor, že so stúpajúcim vekom sa skvalitňujú mentálne a sociálne schopnosti ľudí. Začínajú sa rozvíjať nové záujmy a záľuby. Tieto nové aktivity môžu vyvolať i protichodné reakcie a negatívne vplyvať na duševné zdravie. Kozierová et al. (1995) prezentuje názor Sheehyho, ktorý tvrdí, že stredný vek je rovnako kritický ako adolescencia. „Krízu stredného veku“ opisuje ako krízu „autenticosti“, v ktorej si človek uvedomuje nesúlady medzi ambíciami mladosti a skutočnými úspechmi. V záujme podpory duševného zdravia ľudí v strednom veku by sestra mala vykonávať nasledujúce činnosti:

1. Povzbudiť ich, aby sa zaoberali aktivitami, na ktoré doteraz nemali čas.

2. Podporovať ich, aby akceptovali zmeny, ktoré prináša vek a pomôcť im prispôbiť sa zmenám.
3. Povzbudiť ich, aby sa venovali i svojmu zovňajšku a cítili sa atraktívni.
4. Rozprávať s nimi o zmenenom postavení v úlohe rodičov. Mnohé problémy vznikajú v období, keď deti opúšťajú domov.
5. Zdôrazniť pozitívnu stránku udržiavania starých priateľstiev a nadväzovania nových.
6. Hovoriť o ich úlohe pri starostlivosti o starých rodičov. Spoločne rozprávať o možnej frustrácii a obavách, ktoré z toho vyplývajú.
7. Rozprávať o plánoch týkajúcich sa dôchodkového veku, o potrebe pestovať nové záľuby a aktívne tráviť voľný čas (Kozierová et al. 1995).

Úlohou týchto aktivít je pomôcť pri dosahovaní realistických a dosiahnuteľných cieľov pozitívne ovplyvňujúcich mentálne zdravie.

Ako neskorý dospelý vek býva označované obdobie po 65 roku života. Životný štýl a duševné zdravie seniorov sa do značnej miery formuje už v mladosti. „*Tí, ktorí sa naučili žiť vyvážený a uspokojivý život, sú v dôchodkovom veku úspešnejší*“ (Kozierová et al., 1995). Odchod do dôchodku v mnohých aspektoch predstavuje zmenu, ktorá môže negatívne ovplyvniť duševné zdravie. Medzi tieto aspekty patrí strata identity, strata moci a privilégií a žiaľ často aj strata príjmov. „*Ďalšou stratou súvisiacou s odchodom do dôchodku je prerušenie priateľstiev a vzťahov so spolupracovníkmi*“ (Janosiková a Daviesová, 1999). Zmeny môžu spôsobiť pocity úzkosti, osamelosti, zavrhnutia, hnevu, nepotrebnosti a smútku až depresie.

Jedným z najzávažnejších ochorení postihujúcich seniorov je Alzheimerova choroba. Odhaduje sa, že v súčasnej dobe ňou trpí vo svete 17–25 miliónov ľudí. V Európskej únii sa uvádza prevalencia 5,6–7,2 % vo veku nad 65 rokov, čo predstavuje 3–4 milióny postihnutých (Höschl et al., 1999). Pri podpore duševného zdravia je preto pre sestru dôležité povzbudzovať seniorov k zachovaniu čo najdlhšej sebestačnosti a nezávislosti, so zachovaním maximálnej bezpečnosti. Úlohou sestry je poučiť opatrovateľov seniora o potrebe akceptovať ich vlastné hodnoty a normy.

Sestra môže seniorom v rámci primárnej prevencie vysvetliť jednotlivé kritické adaptačné úlohy spojené so starnutím. Janosiková a Daviesová (1999) popisujú päť úloh:

1. Uvedomenie si starnutia a z neho vyplývajúcich obmedzení.
2. Nové definovanie vlastného fyzického a sociálneho životného priestoru.
3. Náhrada alternatívnymi zdrojmi spokojnosti.
4. Nové prispôbenie kritérií vlastného hodnotenia.
5. Registrácia životných cieľov a hodnôt.

Reintegrácia životných očakávaní a cieľov vyžaduje prehodnotiť túžby a hodnoty seniorov tak, aby našli význam a cieľ svojho súčasného života.

Závažným problémom výrazne narušujúcim duševné zdravie vo všetkých obdobiach je závislosť od alkoholu alebo drog. „*Má podstatný podiel na chorobnosti, úrazovosti, invalidite, predčasnej úmrtnosti, samovražednosti a šírení pohlavných chorôb*“ (Hanzlíková et al., 2004). Ako uvádza Lenczová (2005), v období 1994–2003 vzrástol počet drogovu závislých pacientov vo veku do 24 rokov u mužov o 36 % a u žien o 28,8 %. Prvoradou úlohou sestry v primárnej prevencii závislostí je podpora zdravého

životného štýlu a edukačné aktivity s cieľom ochrany pred prijímaním návykových látok a vznikom komplikácií vyplývajúcich zo závislosti.

Sekundárna prevencia u dospelých

Sekundárna prevencia zahŕňa včasnú identifikáciu problémov súvisiacich s narušeným duševným zdravím a prípadným duševným ochorením.

Pri intervenciách sekundárnej prevencie musí sestra počítať i s neprimeranou reakciou príbuzných na duševné ochorenie. Členovia rodiny akoby nechceli vidieť zmenu v chovaní svojho blízkeho. Často reagujú až po upozornení spolupracovníkov, susedov či priateľov. „Čím je vzťah k danej osobe bližší, tým je menšia pohotovosť k interpretácii jej jednania v zmysle duševnej choroby. Najpravdepodobnejším vysvetlením je hĺbka znalostí blízkej osoby“ (Chromý, 1994). Rodina sa často obáva hanby, ktorá môže vzniknúť po zverejnení duševného ochorenia jej člena. Snažia sa „zvládnuť“ už rozvinuté ochorenie doma. Takáto reakcia rodiny je však neprimeraná a pre duševne chorého a jeho okolie mnohokrát i nebezpečná. Aby sa predišlo negatívnym reakciám rodinných príslušníkov, je potrebné, aby sestra získala potrebné informácie, ako rodiny vnímajú duševné ochorenie svojho člena.

Úlohou sestry je, aby svojimi aktivitami napomohla k efektívnemu fungovaniu jednotlivých členov v rodinách. V prípade výskytu duševného ochorenia prispela svojimi profesionálnymi intervenciami k čo najrýchlejšej reintegrácii duševne chorého späť do spoločnosti. Praktickým a veľmi efektívnym prístupom pri dosahovaní tohto cieľa je zmocňovanie, ktoré môžu využívať najmä sestry pracujúce s duševne chorými v lôžkových zariadeniach, ale i v ambulanciách prípadne komunitách.

Duševne chorý nie je len pasívnym objektom diagnostických, terapeutických a ošetrovateľských snažení, ale je sestrou partnerom. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti však nemôže spočívať len na dobrej vôli, nálahe či sympatiách sestry. K tomu, aby pacient mohol spolurozhodovať, musí mať adekvátne a primerané informácie. „*Toto nové chápanie interakcie pacient – poskytovateľ starostlivosti sa označuje pojmom zmocňovanie – empowerment a možno ho charakterizovať ako obojstranne prospešný proces*“ (Janosiková a Daviesová, 1999).

Je veľmi dôležité, aby komunikačné spojenie medzi pacientom a sestrou zostali otvorené a čo najviac slúžili potrebám pacienta. V minulosti sa pri ošetrovateľskej starostlivosti o chorého kládol doraz na podriadenosť medicínskej profesii a na kontrolu nad mnohými aspektmi starostlivosti. Platilo pravidlo, že odborník vie vždy všetko najlepšie. Zmocňovanie naruša toto tradičné chápanie. Vyžaduje rovnosť a reciprocitu pri zaobraní sa s pacientom a jeho rodinou. Základ vzťahu netvorí kontrola a podriadenosť, ale spolupráca a vzájomná kooperácia. Efektívne využitie tohto vzťahu môže mať za následok bio-psych-sociálnu zmenu, ktorá posilňuje sebaúctu a zmierňuje nepriaznivé reakcie na stres. „*Zmocňovanie sa rozvíja, ak sa poznanie chápe rovnako a ak sa pacientovi ponúkajú intervencie, ktoré redukujú jeho označkovanie a stigma vyplývajúce zo skutočnosti, že ide o psychiatrickú poruchu. Takmer u každého jedinca je zmocňovanie rozhodujúce v sociálnych vzťahoch*“ (Janosiková a Daviesová, 1999).

Terciárna prevencia u dospelých

Terciárna prevencia by mala byť orientovaná na minimalizovanie následkov duševných porúch a prípadnej invalidizácie. *Zabezpečuje primerané zapojenie jednotlivca, jeho rodiny, priateľov, sociálnej skupiny a komunity do všetkých oblastí starostlivosti o zdravie a tým podporuje sebadôveru a sebestačnosť*“ (Salvageová, 1995). Je vhodné, aby sestra využila edukačné programy pomáhajúce redukovať pôsobenie chronických stresorov na rodinu a jej jednotlivých členov a na stabilitu rodinného systému. Svoju pozornosť má sestra sústreďovať na efektívne využitie potenciálu rizikových skupín pacientov, ich rodinných príslušníkov a podporných osôb. Poskytovať podporu pri riešení problémov, ktoré môžu nastať po návrate z lôžkového zariadenia. Edukácia pacienta musí zahŕňať podporu celej osobnosti. Podľa Škrľu a Škrľovej (2003) to znamená, že sestra má záujem o pacientove obavy, myšlienky a pocity, teda nielen o dimenziu fyzickú, ale tiež psychickú, sociálnu a duchovnú. Sestra ho podporuje tým, že mu pomáha prijať svoj nový imidž, nájsť nový zmysel života, správnu cestu.

Veľmi dôležitá je pomoc a podpora duševného zdravia od sestry pre opatrovateľov osôb postihnutých demenciou. Je zameraná na poskytovanie informácií o tom, ako zabezpečiť starostlivosť v domácom prostredí tak, aby sa spomalil proces progresie, čo najdlhšie sa zachovala sebestačnosť a primeraná kvalita života ich príbuzného. Adamczyk (2002) poukazuje na to, že nádej a dôvera poskytujú mentálnu energiu opatrovateľom, aby boli schopní a ochotní vytrvať v poskytovanej starostlivosti. Sestra, by mala pripraviť opatrovateľov i na možnú prípadnú stratu svojho príbuzného. Prirodzenou emocionálnou odpoveďou na stratu je smútok, ktorý je pre mentálne zdravie nevyhnutný. Môže však pôsobiť na zdravie aj negatívne, preto by si sestra mala všimnúť sprievodné ťažkosti: úzkosť, depresia, závraty, únava bolesti hlavy, nadmerné potenie, poruchy spánku, ktoré môžu vyústiť do narušenia mentálneho zdravia.

Nevyhnutnou súčasťou terciárnej prevencie je dôkladné odovzdávanie informácií. Umožňuje a napomáha správne identifikovať chorobné a špecifické osobnostné potreby. Pri edukácii rodinných príslušníkov duševne chorých je veľmi dôležité klásť dôraz na to, že akákoľvek duševná porucha nie je prejavom slabosti či nedostatku vôle, ale že ide o chorobu. Edukácia zohráva dôležitú úlohu pri upevňovaní a podpore mentálneho zdravia v rodinách a napomáha zabezpečiť optimálne fungovanie jej členov v rámci možností daného ochorenia. Ako uvádzajú Janosiková a Daviesová (1999), mnohí odborníci poukazujú na fakt, že na psychoedukáciu sa kladie nedostatočný dôraz. Pravdepodobne to vychádza z názoru, že chorí, ktorí trpia duševným ochorením nemôžu pochopiť psychoedukačnú koncepciu, že nie sú ochotní ani schopní prijať zodpovednosť sami za seba. „*Ako sa ukázalo, aplikáciou psychoedukácie, v rámci ktorej sa pacienti oboznamujú s charakterom ochorenia, sa zvyšuje ich ochota spolupracovať, nadobúdajú sebaúctu a zmiernujú obranné reakcie*“ (Janosiková a Daviesová 1999). Španiel (2005), sa odvoláva na fakt, že iba informovaný jedinec sa môže kompletne rozhodovať a plnohodnotne spolupracovať. „*Úlohou psychoedukácie je informovať chorých o podstate ochorenia, liečbe, relapse a jeho predchádzaní*“ (Heretik, 2005).

Podľa Motľovej et al. (2002) je cieľom psychoedukácie poskytnúť pacientom obsiahle a relevantné informácie, naučiť ich zručnostiam a poskytnúť im podporu. Praško et al. (2005), kladie dôraz na podrobné informácie o nevyhnutnom užívaní liekov.

Psychoedukáciou prešlo od roku 1997 na Slovensku približne tisíc pacientov a stovky rodinných príslušníkov. Hlavným cieľom je pomôcť rodinám prebrať zodpovednosť za svoje zdravie (Koresog, 2005). Celková stratégia smeruje k zlepšeniu duševného zdravia a pohody jednotlivca, rodiny a konečnom dôsledku celej spoločnosti. Sestra musí pamätať na fakt, že rodina je vždy prvým a významným miestom činností súvisiacich s duševnou poruchou či akokoľvek inak narušeným duševným zdravím. „*Ak má rodina dobre fungovať, potrebuje mať o ochorení dostatok informácií a dostatok schopností ako s chorobou pracovať*“ (Motlová et al., 2005).

Pacienti trpiaci duševným ochorením sú často zanedbávaní zo strany najbližších príbuzných. Nejde totiž len o izoláciu vonkajšiu, ale predovšetkým vnútornú. Ľudský prístup im je upieraný najviac v duševnej rovine, pretože tá sa ešte pred akýmkoľvek pokusom o hlbšie porozumenie berie ako chorá, poškodená, a teda s určitým odstupom a opatnosťou. „*Spravidla všetci dookola mu kladú podmienku: „Keď budeš normálny ako my“.* Tento postoj ho však odsudzuje k tomu, aby zostal pacientom do konca života. Pomôcť mu naopak znamená pochopiť, že „normálny“ bude až vtedy, ak sa mu dostane ozajstné porozumenie a skutočne ľudský vzťah“ (Černoušek, 1994).

Zistené informácie tvoria pre sestru základ pre plánovanie a poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti rodine ako celku v rámci terciárnej prevencie. Prvoradou snahou je opätovné začlenenie pacienta do spoločnosti alebo zachovanie sebestačnosti. „*Táto aktivita je závislá hlavne od existencie rehabilitačných dielní, denných sanatórií, nočných sanatórií, chránených domovov a bytových spoločenstiev*“ (Hašto et al., 1999). Ako uvádza Eikermann (1999) mimoriadnu úlohu v systéme psychiatrickej rehabilitácie zohráva pracovná terapia. Významný podiel starostlivosti v týchto zariadeniach by mal pripadať komunitným sestrám, ktoré by s pacientom trávili najviac času.

Duševné zdravie a komunitná starostlivosť

V súčasnosti je moderným trendom v oblasti starostlivosti o duševné zdravie a duševne chorých je komunitná psychiatrická starostlivosť. Komunitnú psychiatrickú starostlivosťou hodnotia Höschl (2006), Breier (2005) ako vyváženú, navzájom prepojenú nemocničnú aj mimonemocničnú starostlivosť, ktorá zahŕňa všetky biologické a psychosociálne prístupy. Je poskytovaná v pacientovej prirodzenej komunite, čo najbližšie k jeho bydlisku, bez vytrhnutia z pôvodných sociálnych väzieb, s možnosťou integrovať sa do pôvodnej komunity s handicapom ako dôsledkom duševnej poruchy. Ako uvádza Hanzlíková et.al, (2004) definície komunit sú rozličné ale predsa majú spoločné prvky: ľudia, vzťahy, územie, základné väzby. Kříčka (2006) definuje komunitnú starostlivosť ako zameranie sa na všetky základné potreby klienta, nielen na symptómy poruchy, podpora poskytovaná v komunitnej starostlivosti sa sústreďuje na rozvoj toho, čo pacient dokáže, čo je v jeho schopnostiach. Z toho vyplýva skutočnosť, že komunitná starostlivosť má za úlohu pozitívne vplývať na kvalitu života pacienta a jeho rodiny. Janosiková, Daviesová (1999) charakterizujú komunitu ako akúkoľvek skupinu ľudí, ktorí žijú v blízkosti, majú určité záujmy bez ohľadu na priestorovú oddelenosť, pracujú na určitom spoločnom ciele alebo zastávajú určité hodnoty.

Ľudia s ťažkými duševnými ochoreniami, si vyžadujú kontinuálnu a dlhodobú starostlivosť. Legislatívne zmeny v poskytovaní zdravotnej starostlivosti u nás majú

za cieľ presun jadra pomoci takto postihnutým pacientom do mimonemocničnej starostlivosti. Mimo ústavná starostlivosť tak vhodne dopĺňa farmakologickú liečbu. Môže napomôť vytvoriť podmienky pre pracovnú a sociálnu rehabilitáciu, znižuje nepriaznivý dopad choroby. Je nápomocná pri obnove sociálnych kompetencií, uľahčuje návrat pacienta do spoločnosti, znižuje riziko relapsu choroby a celkovo pomáha znižovať náklady na liečbu. Koncept komunitnej starostlivosti, ktorý prepája ústavnú s mimo ústavnou starostlivosťou historicky siaha až do 30-tych rokov minulého storočia a vznikol v Holandsku. Významne sa rozvíjal v 60-tych rokoch v USA a vo Veľkej Británii (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005). Vo Veľkej Británii existuje rozvinutá sieť komunitných centier. Sestry v nich pracujú samostatne, poskytujú ošetrovateľské služby, poradenstvo a požívajú spoločenskú úctu a prestíž (Höschl, 2006).

Tradičné prvky psychiatrickej starostlivosti, ktorými sú psychiatrické ambulancie a lôžkové zariadenia sú v súčasnosti v komunitnej starostlivosti doplnené o novo vznikajúce služby.

- **Krízové služby** sú určené klientom, ktorí vyžadujú akútnu psychiatrickú či psychosociálnu pomoc. Marková et al. (2006) vymedzuje tri skupiny klientov, ktorí ju vyžadujú:
 - pacienti s akútnou duševnou poruchou,
 - klienti bez duševnej poruchy v akútnej psychosociálnej kríze,
 - dlhodobu duševne chorí s dekompenzáciou duševného stavu.

„Tieto strediská sú schopné plniť úlohy psychiatrickej prvej pomoci a iniciálnu intenzívnu psychiatrickú starostlivosť“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005).

- **Mobilné krízové centrá** – pomáhajúci zasahujú v domácom prostredí u pacienta, ktorý má závažné odchýlky v správaní. Ako uvádza Marková et al. (2006), klient nemá náhľad na svoj psychický stav a nie je ochotný spontánne vyhľadať pomoc. Pri návšteve pracovníkov mobilného centra je nádej, že nedôjde k dramatizácii situácie, ako je to často pri zásahoch s asistenciou polície.
- **Zariadenia parciálnej hospitalizácie** – denné a nočné stacionárne poskytujú terapeutické a rehabilitačné služby. Ich snahou je alternácia psychiatrickej hospitalizácie. Podporujú aktívne zapojenie klientov do celodenných aktivít, slúžia ako rehabilitačné programy pre pacientov k uľahčeniu a plynulému prechodu do bežného života. V nočných stacionároch sú služby poskytované v odpoľudňajších hodinách a večer (Marková et al., 2006; Kafka et al., 1998).
- **Podpora bývania** sa zameriava na vytvorenie a posilňovanie samoobslužných zručností, hospodárenie s finančnými prostriedkami, komunikáciu so spolubývajúcimi a susedmi, vymedzenie a podporu cieľov, podporu samostatnosti a schopnosti zvládať záťažové situácie. Orientuje sa na dlhodobú spoluprácu s klientom. Medzi najčastejšie spôsoby podpory bývania sa zaraďujú: byty a domy na pol cesty, asistencia v domácom prostredí, chránené bývanie, sociálne byty (Marková et al., 2006).
- **Telefonická pomoc** – na Slovensku niekoľko rokov pôsobí Liga za duševné zdravie, poskytujúca bezplatné telefonické poradenstvo v oblasti duševného zdravia, pomoc ľuďom v náročných životných situáciách.

K netradičným formám starostlivosti patria aj občianske združenia zamerané na pomoc duševne chorým a ich rodinám. Ich cieľom je pomôcť chorým vyrovnať

sa s chorobou, poskytnúť emočnú a sociálnu podporu a zlepšiť ich postavenie v spoločnosti.

V ponímaní duševného zdravia bývajú často rozdiely, ktoré sa môžu meniť vplyvom predchádzajúcej skúsenosti, očakávania od seba samého, vnímanie vlastnej identity, sebareflexie a sociálneho statusu. Od duševného zdravia v značnej miere závisí schopnosť jedinca zapojiť sa do spoločnosti a prispôbiť sa jej požiadavkám. Záujem o problematiku duševného zdravia a duševných ochorení je pre mnohých veľkou neznámou. Tento fakt je determinovaný nielen nedostatkom relevantných informácií, ale často krátko aj predsudkami a stigmatizáciou, ktorá voči duševne chorým v našej spoločnosti nesporne pretrváva. Ako uvádzajú Höschla (2006) a Kafka (2004) starostlivosť o duševné zdravie sa stáva politickou prioritou vo väčšine rozvinutých krajinách únie.

Postoje laickej verejnosti k podpore duševného zdravia

Zaujímali nás názory a postoje laickej verejnosti na problematiku podpory duševného zdravia. Mapovali sme či, považuje laická verejnosť podporu duševného zdravia a prevenciu duševných ochorení za dôležitú. Zisťovali sme, či ovplyvňuje ich postoje k danej problematike a k integrácii duševne chorých do spoločnosti osobná skúsenosť s duševne chorým.

Materiál a metódy

Vypracovali sme *dotazník pre laickú verejnosť*, ktorý obsahoval 20 položiek. Zo znakov reprezentujúcich otázky boli 4 identifikačné. Z nich znaky *pohlavie* a *bydlisko* boli alternatívne a znaky vek a vzdelanie boli ordinálne merané na 4 a 5 stupňovej nominálnej škále. Z ďalších 16 znakov, ktoré, ktoré korešpondovali s bazovými otázkami dotazníka, boli 3 znaky merané nominálnej škále a 13 znakov na ordinálnej škále.

Základný súbor tvorili obyvatelia miest Slovenska.

Zaraďujúce kritérium: vek 18 rokov a viac, pohlavie muž; žena, ochota spolupracovať.

Vylučujúce kritérium: zdravotnícke vzdelanie.

Celkom sme expedovali 1050 dotazníkov. Dosiahli sme 95,9 % návratnosť dotazníka. Výskumu sa zúčastnilo $n_1 = 1007$ respondentov.

Získané údaje sme vyhodnocovali kvantitatívne a kvalitatívne s použitím štatistických metód. Psychometrickú analýzu dát z pripravených databáz sme realizovali štatistickými metódami pomocou aplikačných programových prostriedkov. Samotné štatistické spracovanie bolo uskutočnené algoritmami, ktoré sa nachádzajú v aplikáciách STATISTICA Cz. v. 6., STATGRAPHICS centurion v. XV a pomocou štatistických funkcií z MS Excel.

Závislosť vybraných znakov sme testovali pomocou χ^2 -testu a vypočítali sme *koefficienty asociácie* – Cramerov asociačný koeficient, (sila – intenzita vzťahu medzi kvalitatívnymi znakmi, min = 0, max. = 1).

Výsledky

Uvádzame vybrané zistenia týkajúce sa problematiky podpory duševného zdravia a prevencie duševných ochorení vo vzťahu k osobnej skúsenosti s duševne chorým.

Pohlavie: súbor tvorilo $n = 558$ (55,41 %) mužov a $n = 449$ (44,59 %) žien.

Vek: vo vekovej skupine 18–29 rokov bolo $n = 231$ (22,94 %) respondentov (neskôr resp.), vo vekovej skupine 30–39 rokov bolo $n = 188$ (18,67 %) resp., vo vekovej skupine 40–49 rokov bolo $n = 344$ (34,16 %) resp., vo vekovej skupine 50–59 rokov bolo $n = 205$ (20,36 %) resp. a vo vekovej skupine 60 a viac rokov bolo $n = 39$ (3,87 %) resp.

Vzdelanie: Najvyššie ukončené vzdelanie u resp. bolo u $n = 22$ (2,18 %) základné, u $n = 300$ (29,79 %) učňovské, $n = 313$ (31,08 %) resp. získalo stredoškolské s maturitou a $n = 372$ (36,94 %) resp. malo vysokoškolské vzdelanie.

Bydlisko: súbor tvorilo $n = 654$ (64,95 %) resp. z mesta a $n = 353$ (35,05 %) resp. z dediny.

Popisné charakteristiky	Atributy			
	vek	vzdelanie	pohlavie	bydlisko
Minimální hodnota	1	1	1	1
Maximální hodnota	5	4	2	2
Modus	3	4	1	1
Empirical entropy	1.436	1.175	0.687	0.648
Maximálna entropia	1.609	1.386	0.693	0.693

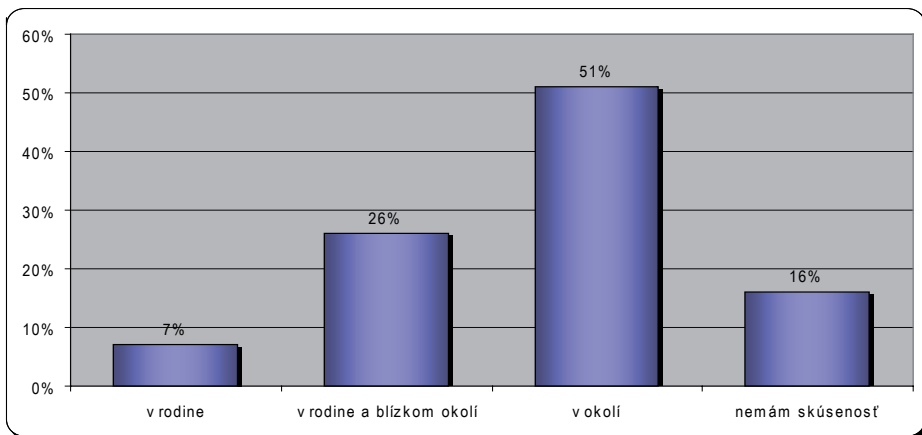
Tab. 1: Deskriptívne charakteristiky pre identifikačné znaky

Popisné charakteristiky	Otázky – ordinálna škála								
	O1	O2	O3	O5	O6	O7	O8	O9	O10
Minimální hodnota	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximální hodnota	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Modus	5	5	1	4	4	5	4	1	5
Medián	5	4	3	4	4	4	4	2	5
Dolný kvartil	4.00	1.50	1.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00	4.00
Horný kvartil	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	3.00	5.00
Distancia	1.27	1.73	1.61	1.39	1.57	1.45	1.49	1.29	1.27
Herfindhal index	0.35	0.22	0.25	0.27	0.25	0.26	0.24	0.29	0.35
Redundancia	5.65	5.36	5.42	5.47	5.44	5.48	5.39	5.54	5.65
Minimum and maximum values			Minimum				Maximum		
Distancia			0				1.998		
Herfindhal index			0				1		
Redundancia [nit]			0.000				6.915		

Tab. 2: Deskriptívne charakteristiky - ordinálna škála

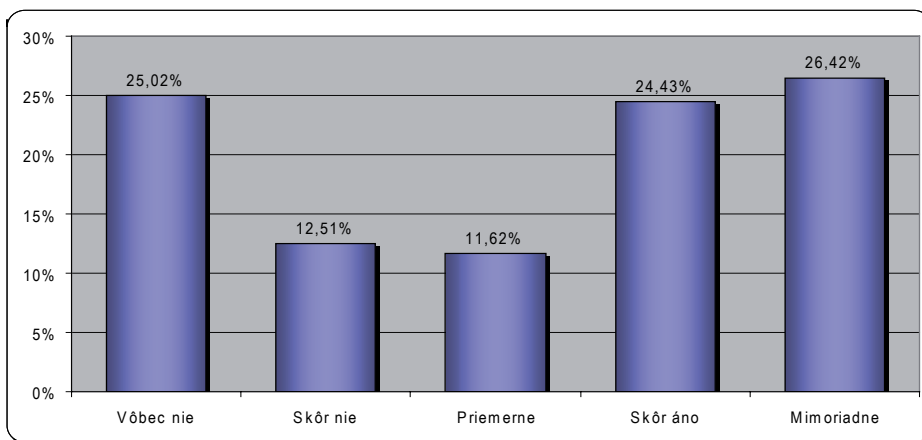
Popisné charakteristiky	Otázka O4 - nominálna škála
Minimálna hodnota	1
Maximálna hodnota	5
Modus	2
Empirická entropia [nit]	1,473
Maximálna empirická entropia	1,609

Tab. 3: Deskriptívne charakteristiky - nominálna škála



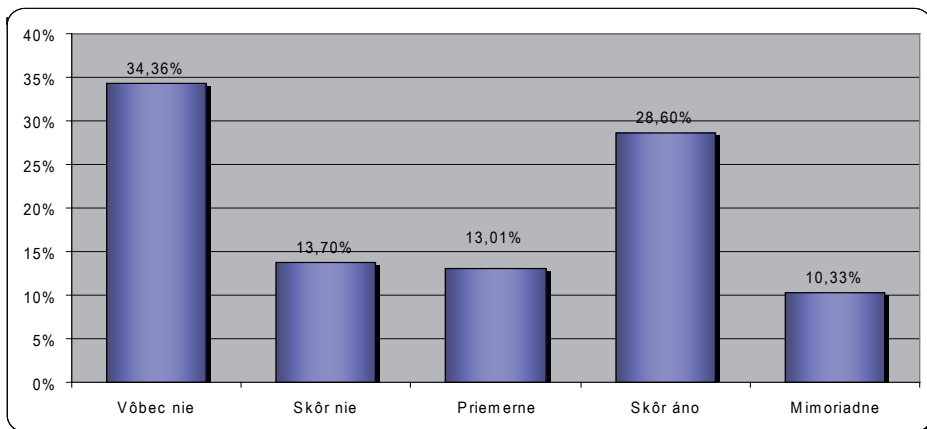
Graf 1: Osobná skúsenosť s duševne chorým

Osobnú skúsenosť s duševne chorým v rodine uviedlo $n = 67$ (7 %) resp.; v rodine a blízkom okolí $n = 261$ (26 %) resp.; osobnú skúsenosť v okolí uviedlo $n = 516$ (51 %) resp.; $n = 163$ (16 %) nemá osobnú skúsenosť s duševne chorým.



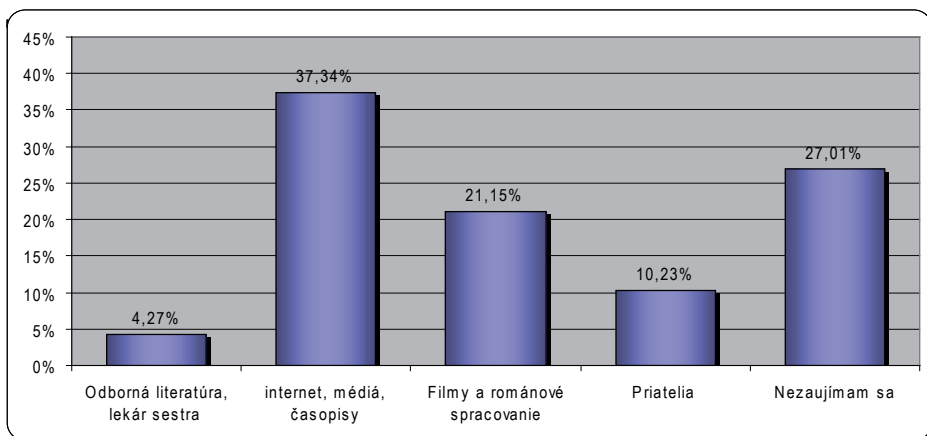
Graf 2: Záujem o problematiku duševného zdravia

O problematiku duševného zdravia sa vôbec nezaujíma n = 252 (25,02 %) resp., skôr nie n = 126 (12,51 %) resp., priemerne n = 117 (11,62) resp., skôr áno n = 246 (24,43 %) resp. a mimoriadny záujem uviedlo n = 266 (26,42 %) resp.



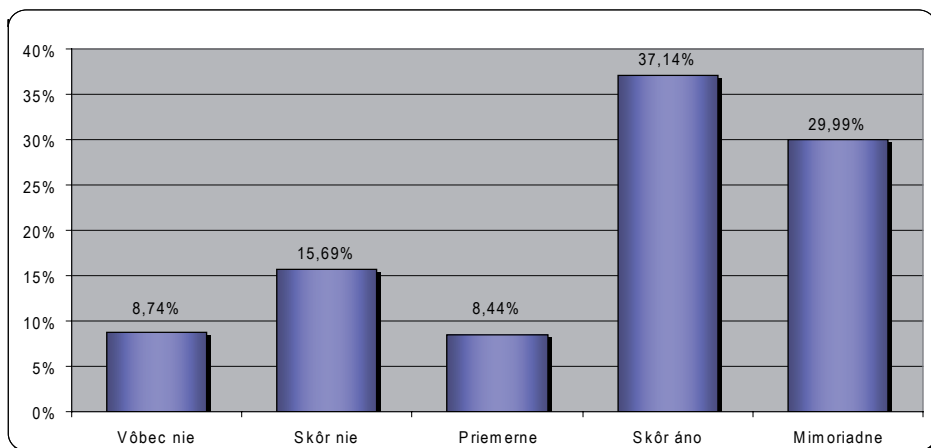
Graf 3: Záujem o problematiku duševných ochorení

O problematiku duševných ochorení sa vôbec nezaujíma n = 346 (34,36 %) resp., skôr nie n = 138 (13,70 %) resp., priemerne n = 131 (13,01 %) resp., skôr áno n = 288 (28,63 %) resp. a mimoriadny záujem uviedlo n = (10,33 %) resp.



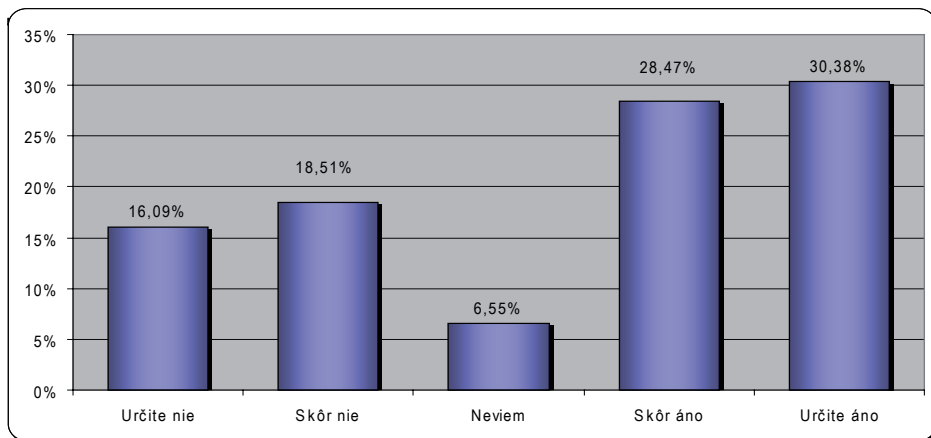
Graf 4: Zdroj informácií o problematike duševného zdravia a duševných ochorení

Informácie o problematike duševného zdravia a duševných ochorení z odbornej literatúry a od lekára a sestry čerpá n = 43 (4,27 %) resp., n = 376 (37,34 %) sleduje internet médiá a časopisy zaoberajúce sa danou problematikou, n = 213 (21,15 %) resp. sleduje filmy a románové spracovanie, n = 103 (10,23 %) resp. uviedlo ako zdroj informácií priateľov a n = 272 (27,01 %) sa o danú problematiku nezaujíma.



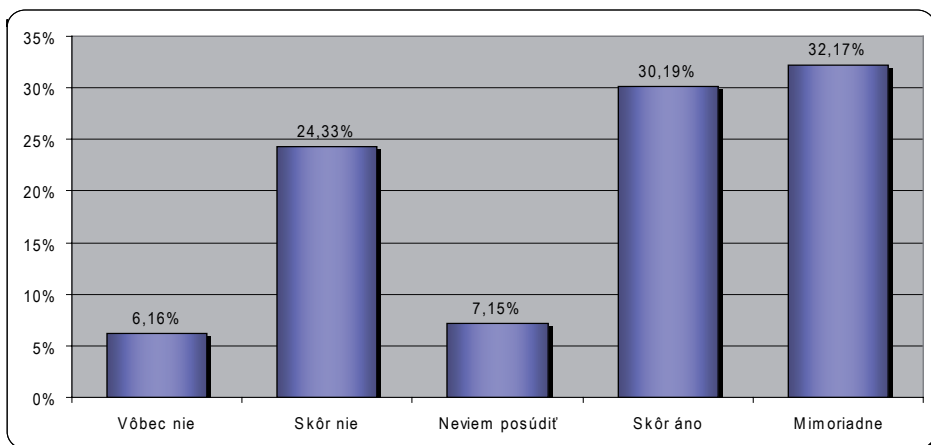
Graf. 5: Dôležitosť starostlivosti o duševné zdravie

Starostlivosť o duševné zdravie vôbec nepovažuje za potrebnú $n = 88$ (8,74 %) resp., odpoveď skôr nie uviedlo $n = 158$ (15,69 %) resp., nevedelo sa vyjadriť $n = 85$ (8,44 %) resp., za skôr dôležitú ju považuje $n = 374$ (37,14 %) resp. a za mimoriadne dôležitú $n = 302$ (29,99 %).



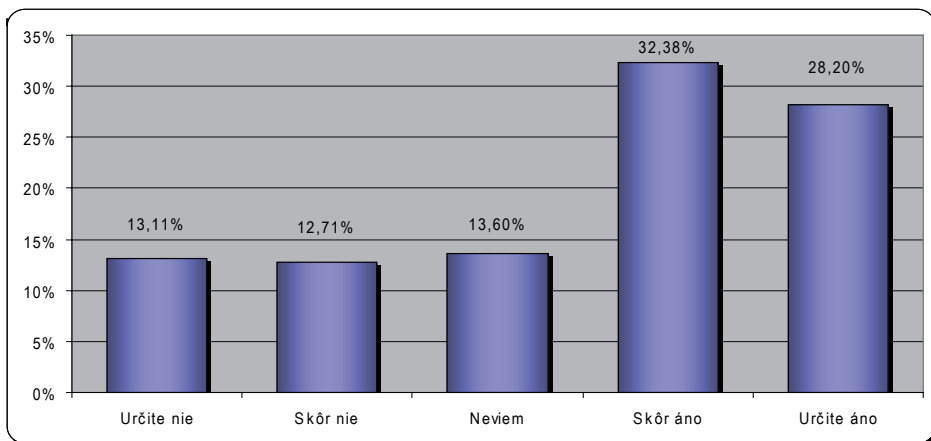
Graf 6: Vyhľadanie pomoci psychiatra v prípade výskytu psychických problémov

Pri psychických problémoch by určite nevyhľadalo pomoc psychiatra $n = 162$ (16,09 %) resp., skôr nie $n = 186$ (18,51 %) resp., $n = 66$ (6,55 %) resp. nevedelo odpovedať, $n = 287$ (28,47 %) resp. uviedlo odpoveď skôr áno a $n = 306$ (30,38 %) resp. by pomoc psychiatra vyhľadalo určite.



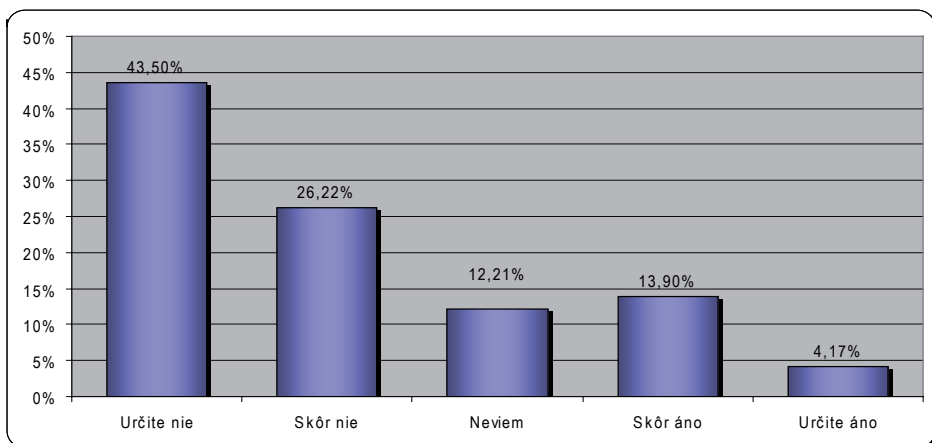
Graf 7: Vplyv narušeného duševného zdravia na vznik telesných symptómov

Možnosť vplyvu narušeného duševného zdravia na vznik telesných symptómov úplne odmieta $n = 62$ (6,16 %) resp., $n = 245$ (24,33 %) resp. uviedlo odpoveď skôr nie, nevie posúdiť $n = 72$ (7,15 %) resp., skôr áno uviedlo $n = 304$ (30,19 %) resp. a odpoveď mimoriadne uviedlo $n = 324$ (32,17 %).



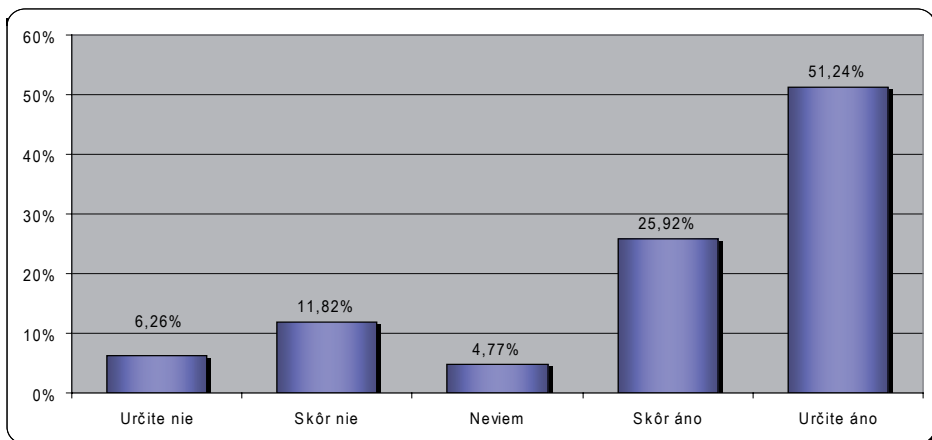
Graf 8: Zapojenie duševne chorých do spoločenského života

Proti zapojeniu duševne chorých do spoločenského života bolo $n = 132$ (13,11 %) resp., odpoveď skôr nie uviedlo $n = 128$ (12,71 %) resp., nevedelo posúdiť $n = 137$ (13,60 %) resp., skôr áno uviedlo $n = 326$ (32,37 %) resp. a $n = 284$ (28,20 %) uviedlo odpoveď určite áno.



Graf 9: Dlhodobé umiestnenie duševne chorých v psychiatrickej liečebni

Zistili sme, že $n = 438$ (43,50 %) resp. si myslí, že duševne chorí by určite nemali byť dlhodobo umiestnení v psychiatrických liečebniach, $n = 264$ (26,22 %) resp. uviedlo odpoveď skôr nie, $n = 123$ (12,21 %) resp. nevedelo posúdiť, $n = 140$ (13,90 %) resp. uviedlo odpoveď skôr áno a $n = 42$ (4,17 %) resp. je presvedčených o potrebe dlhodobého umiestnenia.



Graf 10: Záujem o pôsobenie komunitnej psychiatrickej sestry

Záujem o pôsobenie komunitnej psychiatrickej sestry nemalo $n = 63$ (6,26 %) resp., $n = 119$ (11,82 %) resp. uviedlo skôr nie, $n = 48$ (4,77 %) resp. nevedelo odpovedať, $n = 261$ (25,92 %) resp. skôr pripúšťa možnosť jej pôsobenia a $n = 516$ (51,24 %) prejavilo záujem o pôsobenie psychiatrickej sestry v komunite.

Úloha	Cramerove asociačné koeficienty	χ^2	P
2	0.2673	287.83	< .001
3	0.3089	384.32	< .001
4	0.3233	420.93	< .001
5	0.3619	395.57	< .001
6	0.3297	328.45	< .001
7	0.3046	280.28	< .001
8	0.2751	304.75	< .001
9	0.3290	436.01	< .001
10	0.1912	147.32	< .001

Tab. 4: Cramerove asociačné koeficienty a výsledky χ^2 testu

Vychádzali sme z údajov, ktoré sme získali pomocou dotazníka pre laickú verejnosť s použitím znakov 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 a 10 ako testované znaky a znak 1 – *osobná skúsenosť s duševne chorým* sme považovali za kritérium triedenia.

Závislosť testovaných znakov je vysoko signifikantná na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Hodnoty Cramerovho asociačného koeficientu poukazujú na strednú závislosť medzi sledovanými premennými. Pri otázke č. 10 ide o slabú závislosť medzi premennými.

Uvedené výsledky svedčia o tom, že čím je užší interpersonálny vzťah medzi respondentom a duševne chorým, tým je väčší záujem o informácie týkajúce sa problematiky podpory duševného zdravia a duševných ochorení. Tento úzky kontakt má vplyv aj na záujem a výber relevantných informačných zdrojov. Respondenti, ktorí v osobnom živote neboli konfrontovaní s duševne chorým uviedli len minimálny záujem aj napriek tomu, že starostlivosť o duševné zdravie môže do istej miery slúžiť ako preventívny faktor.

Ako uvádzajú Hoschl et al. (2004); Marková et al. (2006) laici väčšinou duševné ochorenia triedia na „nervové zrútenie“ a „pravé šialenstvo“ a cítia sa dostatočne erudovaní v oblasti duševných porúch. Zvrat v záujme o informácie väčšinou nastáva až vtedy, ak sú s duševným ochorením konfrontovaní v rodine a vo svojom okolí. Motlová et al. (2005); Korcsog (2005); Španiel (2005); Preiss, et al. (2007), zaoberajúci sa problematikou vplyvu záujmu a informovanosti rodiny na kvalitu života pacienta vo svojich prácach uvádzajú jednoznačný benefit informácií na zvýšenie kvality života pacienta i rodiny. Ak má rodina dobre fungovať, potrebuje mať o ochorení dostatok informácií a dostatok schopností ako s chorobou pracovať Motlová et al. (2005); Praško et al. (2008). Respondenti ako zdroj informácií uvádzali aj relácie v médiách a články v časopisoch. Predpokladáme že tieto informácie majú skôr populárno-náučný charakter a týkajú sa skôr informácií preventívneho charakteru, zamerané na duševné zdravie, zdravý spánok, relaxáciu a prevenciu stresu. Jedným zo zdrojov informácií, ktoré respondenti uvádzali boli aj filmy a románové spracovanie danej problematiky. Myslíme si, že médiá v súčasnosti skôr prehľbujú stereotypizáciu a stigmatizáciu duševne chorých. V umeleckom spracovaní sú duševne chorí vykresľovaní vo väčšine

prípadoch ako nebezpečné a násilnícke osoby. Za veľmi nízke percento považujeme odpovede, kde respondenti len v minimálnom množstve uviedli ako zdroj informácií lekára alebo sestru aj napriek tomu, že edukácia patrí do zoznamu výkonov, ktoré má sestra v náplni práce. Informácie od lekára a sestry uviedli väčšinou respondenti s duševne chorým v rodine, kde predpokladáme išlo o cieleňú edukáciu.

Hoschl et al., (2004); Pečeňák (2005); Marková et al., (2006); Fričová (2008) uvádzajú, že duševné ochorenia sú v spoločnosti stigmatizované. Priznať psychický problém môže so sebou niesť pocit hanby a riziko odmietnutia zo strany okolia. Psychické problémy si väčšina ľudí necháva pre seba. Obava s označkovania duševnou chorobou, strach s vylúčenia so spoločnosti, obavy so straty zamestnania mnohým zabraňujú navštíviť psychiatra či psychológa. Predpokladáme, že s uvedenými faktami súvisia i odpovede respondentov. Zaznamenali sme však výrazný posun v názoroch u respondentov, ktorí majú osobnú skúsenosť s duševne chorým v rodine alebo blízkom okolí, ktorí by pomoc psychiatra v prípade psychických problémov vyhľadali. Naopak respondenti bez osobnej skúsenosti s duševne chorým len v 30 % pripustili možnosť aktívneho vyhľadania pomoci psychiatra. Akceptácia súvislosti medzi narušeným duševným zdravím a vznikom telesných symptómov ochorení bola signifikantne vyššia u respondentov s osobným kontaktom s duševne chorým.

Názor na potrebu zapojenia duševne chorých do spoločenského života bol tiež determinovaný osobnou skúsenosťou. U respondentov, ktorí nemali osobnú skúsenosť s duševne chorým, vo veľkej miere pretrvávajú stereotypy stigmatizácie. Viac ako 47 % z nich nepovažuje zapojenie duševne chorých do spoločenského života za vhodné, aj napriek tomu, že nikdy nemali negatívnu skúsenosť s duševne chorým. Respondenti s osobnou skúsenosťou v rodine vo viac ako 64 % považujú zapojenia duševne chorých do spoločenského života za vhodné.

Spoločnosť sa však stále viac prikláňa k potrebe skorej reintegrácie duševne chorých do spoločnosti a návrat do domáceho prostredia. Aj respondenti bez osobnej skúsenosti s duševne chorým považujú dlhodobé umiestnenie duševne chorých v psychiatrických liečebniach za nevhodné.

Aj napriek tomu, že informácie týkajúce sa problematiky duševného zdravia a duševných ochorení získavali respondenti od lekárov či sestier len v minimálnom množstve záujem o pôsobenie komunitnej psychiatrickej sestry prejavilo až 75 % všetkých oslovených respondentov. V podpore duševného zdravia a prevencii duševných ochorení považujeme pôsobenie komunitných psychiatrických sestier za dôležité. Predpokladáme, že komunitné psychiatrické sestry edukačnými aktivitami môžu vo výraznej miere pozitívne ovplyvniť názory laickej verejnosti na potrebu podpory duševného zdravia. Presunom časti starostlivosti o duševne chorých do prirodzeného sociálneho prostredia získajú laici možnosť osobnej konfrontácie s duševne chorým v komunite. Ako vyplynulo z našich zistení osobná skúsenosť s duševne chorým mení postoje odstraňuje stigmatizáciu duševne chorých a zvyšuje záujem laickej verejnosti o duševné zdravie.

Záver

Na základe zistených výsledkov výskumu rezonuje potreba a zámer Národného programu duševného zdravia (2002) vytvoriť a zdokonaľiť systém starostlivosti, ktorý umožní účinne posilniť duševné zdravie, predchádza duševným poruchám a vedie k oslobodeniu ľudí s duševnou poruchou od izolácie, či už formou sociálneho vylúčenia z komunity alebo prehlbovania závislosti od inštitúcií, čím sa vytvoria predpoklady na dôstojný a kvalitný život ľudí z duševnými poruchami podobne ako u ostatnej populácie v komunite. Nezastupiteľnú úlohu v danom systéme starostlivosti majú erudované psychiatrické sestry.

MENTAL HEALTH PROMOTION IN NURSING CONTEXT

Abstract: The chapter focuses on mental health promotion and the nurses' roles in primary, secondary and tertiary prevention of mental illnesses. We also present the results of the research on the opinions and attitudes of lay people on the issues of mental health promotion. Our objective was to find out if lay people consider mental health promotion and mental illnesses prevention to be important, and how their personal experiences with the mentally ill influence their attitudes to the issues and integration of the mentally ill into society. The analyses of the results indicate that the closer the interpersonal relationship between the subject and the mentally ill person is, the bigger interest in the information related to mental health promotion and mental illnesses is. The close contact also influences selection of the relevant information sources. Lay people more and more agree with the need of early integration of the mentally ill into society and their return back to home environment. Most of the subjects were interested in the psychiatric nurse roles in community.

Key words: mental health, mental illness, prevention, nurse, approach, lay people

Abstrakt: Dnes sa podľa prevládajúceho konsenzu tvorcov ošetrovateľskej vedy uskutočňuje metaparadigmatické vymedzenie predmetu jej skúmania predovšetkým pomocou štyroch základných pojmov, okrem osoby, prostredia a ošetrovateľskej starostlivosti tam patrí aj zdravie. Zdravie je definované ako stav pohody (well-being) osoby ako príjemcu ošetrovateľskej starostlivosti v čase ošetrovania. Daný stav sa môže u príjemcu pohybovať v rozmedzí od jeho najvyššieho stupňa až po prítomnosť terminálneho ochorenia. Ošetrovateľstvo ako teoreticko-praktická disciplína zohľadňuje okrem teoreticko-výskumných cieľov aj prakticko-klinické ciele a to v ošetrovateľskom procese zachovať zdravie a kvalitu života, resp. eliminovať chorobu pacienta. Konkretizácia týchto aspektov spadá do kompetencie konceptuálnych modelov a na ne nadväzujúcich ošetrovateľských teórií. V kognitívnej štruktúre ošetrovateľstva nachádzame jej jazykovú a činnostnú stránku. Ide o horizontálnu a vertikálnu stránku vedy, ktorá sa premieňa do odbornej terminológie. Štandardizovaný jazyk ošetrovateľstva zahŕňa aspekty zdravia a rieši ich prostredníctvom klasifikačných systémov napr. NANDA, NIC, NOC, POP.

Kľúčové slová: zdravie, ošetrovateľstvo, metaparadigma, konceptuálny model, klasifikačné systémy

Zdravie je pre ošetrovateľstvo jedným zo základných pojmov. Zahrnuje viaceré komponenty, a to fyzické, psychické, spirituálne, sociálne, intelektuálne a environmentálne. V súčasnej dobe nenachádzame jednotu v definícii pojmu zdravie (Farkašová et al., 2005). Vieme, ako dosiahnuť určitú úroveň zdravia, no stále ešte nevieme merať zdravie (Kozierová et al., 1995). Niektorí autori, ako uvádza (Bartlová, 2005) sa dokonca domnievajú, že zdravie nie je možné definovať. Najznámejšie je jeho vymedzenie Svetovou zdravotníckou organizáciou z roku 1947, ktorá definuje „zdravie ako stav úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody, a nielen ako chýbanie choroby či slabosti“ (Kozierová et al., 1995; Farkašová et al., 2005). Pojem zdravie chápú ľudia rozlične, súvisí to so spoločnosťou, v ktorej človek žije, so vzdelaním, hodnotovým systémom človeka, s tým, čo rozumie pod pojmom zdravie a čo pre neho zdravie znamená. Vzhľadom k problémom s definíciou zdravia bývajú pre vedecké účely často vytvárané tzv. operačné definície zdravia, ktoré sú orientované na tie charakteristiky zdravia, resp. chorôb, ktoré sú relevantné k cieľu zamýšľanej štúdie. Zdravie má výraznú objektívnu i subjektívnu zložku. Čím hlbšie je študované, tým výraznejšie vystupuje jeho celostný a hodnotový charakter. Hodnotová stránka zdravia dominuje hlavne v poslednej dobe, historicky však nejde o celkom nový aspekt (Kozierová et al., 1995; Farkašová et al., 2005).

Zdravie v metaparadigme ošetrovateľstva

Názory niektorých autoriek na metaparadigm ošetrovateľstve uvádza Kubicová, Musilová (2005):

1. Donaldson a Crowley uvádzajú, že „ošetrovateľstvo študuje celok alebo zdravie človeka, pričom berie do úvahy, že človek je v sústavnej interakcii so svojim prostredím“.
2. Meleisová uvádza, že „sestra vstupuje do interakcie s ľudskou bytosťou v situácii zdravia alebo choroby, ktorá je integrálnou súčasťou v istom stave prechodu. Interakcie medzi sestrou a pacientom sa organizujú okolo istého cieľa (ošetrovateľského procesu) a sestra používa určité úkony (ošetrovateľské postupy), aby podporila, dosiahla alebo facilitovala zdravie“.
3. Kimová vytypovala štyri oblasti ošetrovateľstva:
 - a) oblasť osoby sa zaoberá jej vývojom, problémami a skúsenosťami so zdravotnou starostlivosťou,
 - b) oblasť osoby a sestry sa sústreďuje na stretnutie s pacientom a interakcie medzi nimi v procese poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti,
 - c) oblasť praxe zdôrazňuje kognitívne, behaviorálne a sociálne hľadiská odborných úkonov sestier,
 - d) oblasť prostredia sa zaoberá časom, priestorom a kvalitatívnymi premenami v prostredí osoby.

Základy ošetrovateľskej metaparadigmy sformulovala v svojich priekopníckych dielach (1858–1874) už Florence Nightingaleová, keď identifikovala a opísala väčšinu jej základných pojmov. K jej systematickému rozpracovaniu však došlo až v druhej polovici 20. storočia. Dnes sa podľa prevládajúceho konsenzu tvorcov ošetrovateľskej vedy uskutočňuje metaparadigmatické vymedzenie predmetu jej skúmania predovšetkým pomocou štyroch základných pojmov – (1) osoba, **(2) zdravie**, (3) prostredie, (4) ošetrovateľská starostlivosť a na ne nadväzujúcich štyroch nerelačných (analytických, definičných) a štyroch relačných (syntetických) tvrdení, ktoré ich konštitutívnym spôsobom definujú, resp. opisujú ich vzájomné vzťahy (Palenčár, 2003; Palenčár, 2010; Kubicová, Musilová, 2005; Kozierová et al. 1995; Krišková, Willardová, Culp, 2003; Pavlíková, 2006). Podľa Kozierovej et al. (1995) v definícii zdravia niet jednoty. Podľa Florence Nightingaleovej (1969), zakladateľky profesionálneho ošetrovateľstva zdravie znamená dobre sa cítiť a naplno využívať svoje sily. Takmer všetky teoreticky ošetrovateľstva vo svojich prácach definujú zdravie. Kozierová et al. (1995) cituje niektoré teoreticky ošetrovateľstva napr. Dorothy E. Johnsonovú (1980) podľa ktorej „Zdravie je prchavý, dynamický stav ovplyvňovaný biologickými, psychologickými a spoločenskými faktormi. Zdravie sa odráža v organizácii, interakcii, súvzťažnosti a integrovanosti subsystémov behaviorálneho systému. Ľudia sa usilujú o rovnováhu v ich systéme; tá vedie k funkčnému správaniu. Nerovnováha v štruktúrnych, či funkčných atribútoch subsystémov vyvoláva poruchy zdravia“. Podľa Dorothy Oremovej (1985) „Zdravie je stav individua charakterizovaný zdravým či úplným vývojom ľudských štruktúr a telesnej i duševnej funkčnosti. Slovo „blaho“ sa používa v zmysle vnímaného stavu existencie individua. Je to stav charakterizovaný zážitkom spokojnosti, radosti a šťastia, duchovným smerovaním k naplneniu sebaideálu a pokračujúcej personalizácie. Je asociovaný so

zdravým, úspechom v osobných predsavzatiach a dostatkom zdrojov“. Callista Royová (1984) uvádza „Zdravie je stav a proces bytia a stávania sa integrovaným a celistvým“.

Penderová (1996) definovala svoj model upevňovania zdravia. Je založený na sociálnej teórii, ktorá podčiarkuje dôležitosť poznávacieho procesu pri zmene správania v prospech zdravia (Farkašová, 2005; Krišková et al., 2003; Skokňová, 2004, Nemcová, Hlinková et al. 2010). Nola Penderová vytvorila model, ktorý vychádza z poznatkov medicíny, psychológie, pedagogiky a sociológie. Predpokladá, že jedinec má prirodzenú náklonnosť byť zdravým. Vlastná definícia zdravia má pre jedinca väčší význam ako všeobecné vyhlásenia o zdraví. Stredobodom modelu je osoba, ktorá sa prejavuje jedinečným spôsobom, podľa jej kognitívno-percepčných a modifikujúcich faktorov, ktoré vo vzájomnom vzťahu vplyvajú na správanie upevňujúce zdravie. Model pozostáva z:

1. Kognitívno-percepčných faktorov, ktoré sú definované ako primárne motivujúce mechanizmy správania:
 - a) Význam zdravia pre jedinca – zdravie je prioritou u jedinca, ktorý si ho veľmi váži, čo spôsobuje, že aj jeho správanie smeruje k ochrane vlastného zdravia.
 - b) Vnímaná kontrola zdravia – jedinec, ktorý je motivovaný túžbou po zdraví, zameriava svoje správanie na zvýšenú kontrolu zdravia.
 - c) Pozitívne ovplyvňovania vlastného zdravia – jedinec, ktorý má schopnosti pozitívne ovplyvňovať svoje zdravie, prejavuje túto schopnosť v správaní.
 - d) Individuálna definícia zdravia – zmeny správania jedinca vo vzťahu k vlastnému zdraviu ovplyvňuje jeho individuálna definícia zdravia v škále od neprítomnosti choroby až po vysoký stupeň pohody.
 - e) Vnímania svojho zdravotného stavu – jedinec, ktorý sa cítil chorý, sa spravidla začne správať spôsobom upevňujúcim vlastné zdravie.
 - f) Osob zo správania upevňujúceho zdravie – osôb motivuje jedinca začať alebo pokračovať v takomto správaní.
 - g) Bariéry pre správanie upevňujúce zdravie – bariéry vznikajú, keď je jedinec presvedčený, že aktivity alebo správanie je náročné alebo neuskutočniteľné, čo môže mať negatívny vplyv na začatie alebo angažovanie sa v zmenách správania v prospech zdravia.
2. Modifikujúcimi faktormi pre správanie orientované na upevňovanie zdravia je jedincov vek, pôvod, vzdelanie, príjem, telesná hmotnosť, znaky rodiny. Kognitívno-percepčné faktory majú priamy a modifikujúce faktory nepriamy vplyv na správanie orientované na upevňovanie zdravia. Pri používaní modelu je potrebné identifikovať kognitívno-percepčné faktory u jedinca, ktoré sú modifikované situačnými, osobnými a medziľudskými charakteristikami. Uvedené faktory sa spolu podieľajú na správaní upevňujúcom zdravie a motivujú k akciám, ktoré sa prezentujú v správaní. Ide o vplyv vzťahujúci sa na aktivitu, spracovanie plánu aktivity, nastolenie požiadavky a preferencie orientované na upevňovanie zdravia.

Model predpokladá nasledujúce koncepcie správania, ktoré integrujú uvedené faktory:

- 1) Predchádzajúce správanie má priamy aj nepriamy vplyv na správanie upevňujúce zdravie. Je zamerané na vnímanie vlastnej schopnosti pozitívne smerovať svoje správanie aj vzhľadom na minulé skúsenosti.

- 2) Vplyv vo vzťahu k aktivitám predpokladá pozitívne aj negatívne pocity spojené s určitým správaním, ktoré priamo vplyvajú na správanie a nepriamo ovplyvňujú schopnosti jedinca pozitívne pôsobiť na vlastné zdravé správanie.
- 3) Spoluúčasť na pláne akcií obsahuje stimul smerom k plánovanej stratégii podieľať sa na správaní v prospech svojho zdravia.
- 4) Popudy k správaniu a preferencie obsahujú vylepšený koncept „osobu a bariéru“, ide o plánované správanie, ktoré sa vyskytuje pred začatím aktivít.

Pri použití modelu v komunite sestra posudzuje uvedené faktory, ich vzájomnú interakciu a vplyv na jednotlivé koncepcie správania. Na základe posúdenia a analýzy stavu sestra plánuje aktivity pre zmeny správania orientovaného na upevňovanie zdravia jedinca. Model je použiteľný pre dospelú populáciu a deti staršie ako 10 rokov. Penderová identifikovala upevňovanie zdravia ako cieľ pre 21. storočie rovnako, ako bola prevencia chorôb úlohou pre 20. storočie (Skokňová, 2002).

Koňošová (2005) uvádza model funkčných vzorcov zdravia autorky Marjory Gordonovej. Gordonová do roku 2004 bola prezidentkou North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) a členkou Americkéj ošetrovateľskej akadémie (American Academy of Nurses). Venuje sa výskumu v oblasti ošetrovateľských diagnóz a plánovania ošetrovateľskej starostlivosti. Gordonová vo svojom modeli vychádza z myšlienky, že všetci ľudia majú spoločné určité vzorce správania, ktoré súvisia s ich zdravím, kvalitou života, rozvojom ich schopností a dosiahnutím ľudského potenciálu. Opis a hodnotenie vzorcov zdravia umožňuje sestre rozpoznať funkčné a dysfunkčné správanie, prípadne stanoviť aj ošetrovateľskú diagnózu. Model je odvodený z interakcií osoba – prostredie. Zdravotný stav jedinca je vyjadrením bio-psycho-sociálnej interakcie. Pri kontakte s klientom sestra identifikuje funkčné alebo dysfunkčné vzorce zdravia.

Základné pojmy modelu:

Zdravie, funkčný, dysfunkčný typ zdravia, holistické potreby, základné ľudské reakcie, interakcia s prostredím. Vzorec je definovaný ako úsek správania v určitom čase. Dysfunkčný vzorec môže neskôr vyvolať ochorenie. V modeli funkčných vzorcov zdravia je prvá časť ošetrovateľského procesu (zber informácií-posudzovanie) založená na jedenástich funkčných vzorcoch zdravia. Tie reprezentujú okruh základných ošetrovateľských údajov.

Ošetrovateľská anamnéza obsahuje:

- 1) subjektívne údaje nadobudnuté rozhovorom s klientom,
- 2) objektívne údaje získané pozorovaním a vyšetrením.

Gordonová každý vzorec definuje a od tejto definície je odvodená ošetrovateľská anamnéza. Otázky, vyšetrenia a pozorovania sú určené na skrining. Ak informácia naznačuje výskyt nejakého problému, či dysfunkcie, sú potrebné ďalšie otázky, vyšetrenia a pozorovania.

Gordonovej model funkčných vzorcov zdravia zahrnuje uvádza Koňošová (2005), Mastiliaková (2002), Krišková et al. (2003):

- 1) **Vnímanie zdravia** – riadenie zdravia. Vzorec opisuje vnímanie zdravia a pohody klientom, ako aj spôsob, akým sa o vlastné zdravie stará. Obsahuje informácie o vnímaní stavu zdravia, o tom ako toto vnímanie zodpovedá bežnej aktivite

a plánom do budúcnosti, celkovú úroveň starostlivosti o zdravie, dodržiavanie mentálnych a fyzických preventívnych zdravotných činností, ošetrovateľských a lekárskeho nariadení i ďalšej starostlivosti.

- 2) **Výživa – metabolizmus.** Vzorec opisuje prijímanie stravy a tekutín vzhľadom na metabolickú potrebu. Obsahuje individuálne stravovacie návyky, časové rozdelenie stravovania, typ a kvalitu jedla, preferovanie určitého druhu jedál, ako aj používanie výživových a vitamínových doplnkov. Zahrnuje informácie o poškodenej koži. O schopnosti hojenia, o kvalite kože, vlasov, nechtov, slizníc, zubov, o telesnej teplote, hmotnosti a výške.
- 3) **Vylučovanie.** Vzorec opisuje vylučovaciu funkciu čriev, močového mechúra a kože. Obsahuje informácie o individuálnom pociťovaní pravidelnosti vyprázdňovania, o používaní laxancií podporujúcich vyprázdňovanie, iných zmenách a ťažkostiach v čase a spôsobe vyprázdňovania, kvalite a kvantite vyprázdňovania. V nevyhnutnom prípade zahrnuje aj informácie o odstraňovaní výlučkov (rodina, komunita).
- 4) **Aktivita – cvičenia.** Vzorec opisuje aktivitu, cvičenie a trávenie voľného času a oddychu. Obsahuje informácie o bežných denných aktivitách, adekvátnosti energetického výdaja, udržiavaní hygieny, príprave jedál, nakupovaní, stravovaní, o práci v domácnosti a jej vedení. Zahrnuje údaje o type, kvalite a kvantite cvičenia vrátane športovania a spôsobe trávenia voľného času, teda o oddychových aktivitách, o tom, či ich osoba vykonáva sama, alebo v spoločnosti iných ľudí.
- 5) **Spánok – odpočinok.** Vzorec opisuje spánok, odpočinok a relaxáciu a informuje o nich počas 24 hodín. Údaje sa týkajú pociťovania a kvality a množstva spánku oddychu a dostatku energie. Zahŕňa informácie o prostriedkoch podporujúcich spánok (lieky, návyky...).
- 6) **Poznávanie – vnímanie.** Vzorec obsahuje údaje o adekvátnosti zmyslových vnemov (zrak, sluch, čuch, chuť, hmat) a ako sa pri ťažkostiach určitý zmysel kompenzuje alebo nahrádza. Informuje o vnímaní bolesti a spôsoboch jej tlmenia, ako aj o poznávacích schopnostiach (reč, pamäť, schopnosť rozhodovať sa).
- 7) **Vnímanie seba samého – predstava o sebe.** Vzorec opisuje, ako človek sám seba vníma a akú má o sebe predstavu. Obsahuje postoj k sebe samému, vnímanie vlastných rozumových, citových alebo fyzických schopností, obraz o sebe, identitu, spôsob držania tela, kontakt očami, hlas a rečové vzory.
- 8) **Rola – vzťahy.** Informácie opisujú vzorec vzťahov a rolí klienta. Obsahuje vnímanie hlavných rolí v bežných životných situáciách. Spokojnosť alebo nespokojnosť s rodinnými, pracovnými alebo sociálnymi vzťahmi a zodpovednosťou, ktorá z nich vyplýva.
- 9) **Reprodukcia – sexualita.** Informácie opisujú vzorec reprodukcie a sexualitu, spokojnosť, zmeny v sexualite či v sexuálnych vzťahoch a v reprodukcii. Obsahujú informácie o reprodukčnej schopnosti žien, (fertilita, menopauza, postmenopauza), o problémoch v tejto oblasti.
- 10) **Prispôbenie sa – odolávanie stresu.** Informácie opisujú vzorec celkového prispôbenia sa a efektívnosť odolávania stresu, rezervu či kapacitu schopnosti ubrániť sa zmenám a zachovať integritu, ako aj spôsob a zvládnutie stresu,

rodinu či iné podporné systémy a pociťovanie schopnosti kontrolovať a riadiť situácie.

- 11) Hodnotová orientácia – náboženské presvedčenie.** Informácie obsahujú vzorec hodnôt, cieľov alebo viery (presvedčenia) vrátane duchovnej, ktoré riadia výber a rozhodovanie. Zahŕňujú informácie o tom, čo človek v živote pociťuje ako dôležité, ako aj o konfliktoch v oblasti hodnôt, náboženského presvedčenia či očakávania v súvislosti so zdravím.

Gordonovej model funkčných vzorcov zdravia je veľmi praktický. Možno ho využiť v nemocnici i v rámci komunitnej starostlivosti. Klientom môže byť jedinec, rodina i komunita. Model vytvára koncepčné rámce na systematické ošetrovateľské zhodnotenie zdravotného stavu pacienta, v akejkoľvek oblasti starostlivosti ambulantnej, sekundárnej i terciárnej. Vytvára priestor pre systematickú komunikáciu v multidisciplinárnom tíme a jednotný odborný jazyk s využitím ošetrovateľskej terminológie.

Gordonovej ošetrovateľský model je prínosom z viacerých hľadísk:

- a) prístup Gordonovej je v súlade s orientáciou moderného ošetrovateľstva.
- b) zameriava sa na zdravie, jeho podporu a preto hovorí hlavne o funkčných vzorcoch zdravia,
- c) možno ho použiť v komunite, ošetrovateľskej starostlivosti zameranej na rodinu,
- d) je vhodný pre nemocničnú starostlivosť o chorých, ošetrovateľská anamnéza že sa môže v závislosti od oddelenia rozpracovať dôkladnejšie a zamerať sa na dysfunkčné vzorce zdravia,
- e) rešpektuje a spĺňa holistický prístup k zdraviu,
- f) jedenásť vzorcov obsahuje informácie o fyzickom, psychickom a spirituálnom aspekte zdravia, ako aj o vzťahoch klienta, jeho schopnosti adaptovať sa,
- g) Gordonová svojim modelom prispieva k rozvoju ošetrovateľskej teórie a uplatneniu teoretických poznatkov v praxi,
- h) osvedčil sa v oblasti ošetrovateľskej diagnostiky pri taxonómii ošetrovateľských diagnóz (Koňošová, 2005).

Ponímanie zdravia je vysoko individuálne, a tak sa aj jeho vyjadrenia a opisy značne líšia. Osobná definícia zdravia sa nemusí vždy zhodovať s definíciou zdravotníckych pracovníkov. Na individuálne definície zdravia vplyvajú rôzne faktory:

1. Vývinový stav: zdravie sa často spája so stupňom vývinu danej osoby; schopnosť odpovedať na zmeny zdravia sú v priamom vzťahu k veku.
2. Spoločenské a kultúrne vplyvy: každá kultúra má svoje názory na zdravie, ktoré sa často prenášajú na deti.
3. Predchádzajúce skúsenosti: znalosť, ktorá je získaná z predchádzajúcich skúseností pomáha ľuďom formulovať definíciu zdravia.
4. Očakávania od seba samého: niektorí ľudia očakávajú, že keď sú po celý čas zdraví, budú fungovať na vysokej úrovni fyzicky aj psychosociálne. Iní očakávajú zmeny funkcie a prispôbujú svoje definície zdravia týmto zmenám.
5. Vnímanie seba samého: jeden z ďalších faktorov, ako individuum vo všeobecnosti vníma seba samého; tieto vnemy sú vo vzťahu k takým aspektom ako sebaúcta,

obraz vlastného tela, potreby, roly a schopnosti (Kozierová et al., 1995; Caldwell et al., 2002).

Sestry si musia uvedomovať svoje osobné definície zdravia a mali by oceňovať, že iní majú tiež vlastné definície. “Sestra musí poznať a mať svoje chápanie pojmu zdravia, a bez ohľadu naň sa musí zaujímať o to, čo je zdravie pre klienta“ (Farkašová et al., 2005). Názory na zdravie vyjadrujú aktuálnu vieru jednotlivca v oblasti zdravia, ktorá sa môže, ale aj nemusí zakladať na skutočnosti. Zdravotné trendy naznačujú, že sestry zohrávajú prvotnú úlohu pri pomáhaní ľuďom zmeniť ich spôsob života a prostredia, aby sa vyhli nehodám, chorobám a pracovným rizikám (Matney, 2007).

Modely zdravia

Modely zdravia podľa (Kozierová et al. 1995; Koňošová, 2005) sú:

- a) Klinický model chápe ľudí ako fyziologické systémy s príslušnými funkciami. Zdravie definuje ako chýbanie znakov a symptómov choroby. Najtesnejšiu interpretáciu zdravia možno nájsť práve v tomto modeli. Laici to zahrnujú jednoducho “človek sa cíti fit.“ Klinický model používa veľa lekárov – praktikov. Cieľom snáh mnohých lekárov je úľava od znakov a príznakov choroby a zbavenia bolesti, čo sa neskôr pri nevyskytovaní týchto znakov chápe ako návrat individua do stavu zdravia. K tomu, aby sa podarilo účinne a hospodárne zvládať zdravotné problémy populácie, je nevyhnutné prekročiť rámec biomedicínskych znalostí a doplniť ich o poznatky štúdia zdravia ako spoločenského javu.
- b) Ekologický model (Koňošová, 2005; Kozierová et al., 1995) sa zakladá na vzťahu ľudí k prostrediu. Zreteľne sa ukazuje, že zdravie je podmienené prírodným a sociálnym prostredím a že by bola chyba oddeľovať sa od konkrétnych ľudí v celom rozsahu ich života, vrátane ich osobnosti, práce, rodinných vzťahov, emócií, pocitov, názorov a sociálnych rolí. V tomto modeli ide o zameranie sa na celú osobnosť jedinca ako člena rodiny a spoločnosti, prislúchajúceho k určitej kultúre a plniaceho odpovedajúce občianske a sociálne role. V tejto súvislosti ide o vnímanie ako pozitívneho zdravia, tak porúch zdravia a v neposlednom rade i o subjektívny vzťah k jednotlivým determinantom zdravia. Ľudia ako členovia spoločnosti sa usilujú o pochopenie jednania smerujúceho k zdraviu v kontexte každodenného života. Je nutné tiež zdôrazniť, že ekologický model zdravia rozhodne nie je protipólom biomedicínskeho prístupu, ale jeho významným rozšírením. Ekologický model má tri interaktívne prvky: 1. hostiteľ: osoba alebo skupina, ktorá môže, a nemusí byť vystavená riziku nemoci či choroby. 2. agens: faktory prostredia, ktoré svojou prítomnosťou alebo chýbaním môžu vyvolať nemoc či chorobu. 3. prostredie: môže, ale aj nemusí predisponovať osobu k vývoju choroby. Uvedené prvky tohto modelu dynamicky vzájomne na seba pôsobia a zdravie je ustavične sa meniaci stav.
- c) Model hrania roly (Kozierová et al., 1995; Farkašová et al., 2001) definuje zdravie na základe schopností individua plniť svoje spoločenské úlohy, t.j. vykonávať svoju prácu. V rámci tohto modelu ľudia, ktorí môžu plniť svoje úlohy, sú zdraví aj vtedy, keď sú klinicky chorí. Kladie sa dôraz na kapacitu jednotlivca než na jeho záväzok voči plneniu svojich úloh a povinností. Tento model predpokladá,

že choroba je neschopnosť tej ktorej osoby vykonávať svoju prácu. Problémom je, že najvýznamnejšou rolou individua je jeho pracovná úloha. Ľudia však zvyčajne spĺňajú viaceré roly, napr. rolu sestry, matky, dcéry, a niektoré osoby môžu pokladať tieto nepracovné roly v ich živote za najdôležitejšie.

- d) Adaptačný model (Kozierová et al., 1995; Farkašová et al., 2001) je založený na chápaní zdravia ako tvorivého procesu. V tomto modeli zdravia je choroba poruchou schopnosti adaptácie. Na meniace sa prostredie sa jedinci ustavične a aktívne adaptujú. Základom tohto modelu je stabilita, hoci ďalšími prvkami sú rast a zmena. Ľudia musia mať dostatočné vedomosti, dostatočný príjem a zdroje, aby mohli realizovať svoju voľbu týkajúcu sa svojho zdravia. Najvyšší stupeň zdravia možno dosiahnuť maximálnou flexibilitou adaptácie na prostredie.
- e) Eudaimonistický model zhŕňa najkomplexnejší pohľad na zdravie. Na zdravie sa pozerá ako na stav uskutočňovania osobného potenciálu, pričom uskutočňovanie je vrcholom úplne rozvinutej osobnosti. Najvyššou aspiráciou ľudí je splnenie a kompletizácia vývoja, t.j. uskutočnenie. Ide nielen o rozvíjanie osobného potenciálu, ale aj vrozených, ako aj získaných schopností človeka. Choroba je pri takomto chápaní stav, ktorý zabraňuje sebarealizácii a využitiu vlastných schopností človeka. Choroba je tiež reparatívny proces prírody, a to v prípade nedostatku či poruchy. Model vychádza z idealistického filozofického smeru eudaimonizmu, ktorý zdôrazňuje úsilie človeka o dosiahnutie blaha a pokladá ho za prameň mravnosti (Kozierová et al., 1995; Farkašová et al., 2005; Farkašová et al. 2001).

Kozierová et al. (1995) a Farkašová et al. (2001; 2005) pri hodnotení stavu zdravia rozoznávajú nasledujúce pojmy:

1. **blaho (wellness)** ako stav optimálneho zdravia, je charakterizovaný osobnou zodpovednosťou, vyrovnanosťou a rozvojom fyzického, mentálneho a spirituálneho zdravia. Táto voľba je ovplyvnená kultúrou a prostredím jedinca, ako aj sebakoncepciou. Je známych šesť dimenzií blaha, a to fyzikálna (nabáda k pravidelnej telesnej činnosti, k získavaniu znalostí a k správne mu využívaniu systému zdravotnej starostlivosti), emocionálna (uvedomenie si a prijatie svojich pocitov, udržiavať uspokojivé vzťahy); sociálna (rozvoj rodinnej harmónie), intelektová (kreativita k rozšíreniu duševných činností a vedomostí individua), pracovná (príprava na prácu), duchovná (hľadanie zmyslu a podstaty ľudského života). V životnom prostredí sa blaho viaže na premisu, že ľudia musia žiť v mieri a ochraňovať svoje prostredie. Významné je tiež spoločenské blaho, pretože situácia vo väčšej sociálnej skupine ovplyvňuje situáciu menších skupín. Aj choré osoby môžu pociťovať blaho, ak majú radosť zo života a majú prečo žiť.
2. **pohoda** vyjadruje subjektívne vnímanie rovnováhy, harmónie a vitality. Má určité úrovne, pričom na najvyššej úrovni si osoba uvedomuje pozitívne prispievanie a pociťuje uspokojenie, na najnižšej úrovni sa človek necíti zdravý.
3. **nemoc** môže, ale nemusí byť vo vzťahu k chorobe. Ide o vysoko osobný vzťah, v ktorom sa osoba necíti zdravá.
4. **nevoľnosť** sa môže vyskytovať nezávisle od choroby, ale môže byť s ňou aj spätá.

5. choroba je medicínsky termín. Možno ho opísať ako poruchu telesných a duševných funkcií, čo môže vyústiť do zníženej výkonnosti alebo skrátenia dĺžky života. Situácie alebo iné fenomény, ktoré zvyšujú citlivosť individua na chorobu sú rizikové faktory. Rizikové faktory sa kategorizujú do piatich vzájomne spätých oblastí: genetická výbava, vek, fyziologické faktory, životný štýl, prostredie (Kozierová et al., 1995).

Súčasný ošetrovateľstvo zdôrazňuje holistický pohľad na zdravie ako celok, a nie analýzu a oddelovanie jednotlivých oblastí zdravia (Farkašová et al., 2005).

Ošetrovateľstvo sa orientuje nielen na chorých, ale aj na zdravých jedincov, preto je dôležité posilniť roly ošetrovateľstva a rozvíjať teórie v oblastiach zdravého spôsobu života a práce, podpory a ochrany zdravia, výchovy jednotlivca, rodiny, skupiny a komunity na ceste smerom ku zdraviu. Centrom záujmu je teda osoba ako celostná bio-psycho-sociálna bytosť, ktorá sa nachádza v určitom prostredí a v určitom stave zdravia. Cieľmi ošetrovateľstva sú zachovanie, udržanie optimálneho zdravotného stavu a zlepšenie kvality života, poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti zameranej na získanie nezávislosti a sebestačnosti, zmierňovanie utrpenia, ako aj odovzdávanie vedomostí, ktoré sú zamerané na zmenu životného štýlu.

„Konceptia ošetrovateľstva“ (2006) uvádza hlavné úlohy ošetrovateľstva:

1. udržiavať a podporovať optimálny zdravotný stav osoby, rodiny a komunity v rôznych životných situáciách,
2. podporovať osobu, rodinu a komunitu k aktívnej účasti v starostlivosti o vlastné zdravie,
3. vykonávať prevenciu ochorení a znižovať negatívny vplyv ochorení na zdravotný stav obyvateľstva,
4. poskytovať aktívnu a individualizovanú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu,
5. poskytovať ošetrovateľskú rehabilitáciu,
6. monitorovať a uspokojovať potreby osoby, rodiny a komunity súvisiace so zmenou zdravotného stavu a narušeným zdravím,
7. poskytovať poradenstvo v starostlivosti o osoby vo všetkých vekových skupinách,
8. rozpoznávať ošetrovateľské problémy, ktoré môžu byť predmetom výskumu,
9. pracovať vo výskume v oblasti ošetrovateľstva a v oblasti výchovy ku zdraviu,
10. uplatňovať v ošetrovateľskej praxi poznatky získané výskumom, ktoré sú v zhode s etickými princípmi a s právami pacienta,
11. riadiť a poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť s dôrazom na maximálnu kvalitu a efektívnosť,
12. vzdelávať a pripravovať sestry na zdravotnícke povolanie.

Podpora zdravia ako proces aktívneho prístupu k vlastnému zdraviu, a tým aj proces skvalitňovania života, je v súčasnosti významným trendom moderného zdravotníctva i celej spoločnosti (Farkašová et al., 2005).

Problematika zdravia v štandardnej terminológii ošetrovateľstva

V oblasti zdravia na riešenie potrieb, problémov, deficitov u pacienta sestra môže využiť v celosvetovom meradle známe klasifikačné systémy ošetrovateľstva. Štandardná terminológia a vývoj klasifikačných systémov ošetrovateľstva je predpokladom medzinárodného ošetrovateľstva postupovať jednotne vo fázach ošetrovateľského procesu. **Ošetrovateľstvo ako veda práve týmto dokladá svoj obsah, vymedzuje rozsah ošetrovateľskej praxe to čo sestry robia v prospech zdravia osoby, rodiny a komunity.** Rozvoj a používanie štandardnej terminológie je jedným zo základných znakov ošetrovateľskej profesie v 21. storočí. Najznámejší základný klasifikačný systém je NANDA International (North American Association for Nursing Diagnosis International). Nadväznosti vznikali ďalšie klasifikačné systémy NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification), Aliancia NNN (NANDA, NIC, NOC) ICNP (International Classification of Nursing Practice), Omaha, POP® (PraxisOrientierte Pflegediagnostik) a iné. Tieto terminologické projekty jasne vymedzujú profesiu, jej rozsah, podporujú používanie informačných technológií, sú predpokladom kvality starostlivosti, výskumu, vzdelávania a podporujú vzájomnú komunikáciu medzi sestrami a inými zdravotníckymi pracovníkmi. Ošetrovateľská terminológia je otvorená, živá a vyvíjajúca sa problematika. Tvorba klasifikačných systémov používaných v ucelenej podobe sa objavuje v 70-tych rokoch 20. storočia. Rozvoj a podpora ich uvádzania do praxe prebieha v súčasnosti na medzinárodnej úrovni pod koordináciou ACENDIA (Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes), WENR (Workgroup of European Nurse Researchers) a ICN (International Council of Nurses) (Mastiliaková, 2002; Marečková, 2006, Krišková a kol. 2006). V roku 2001 sa konala prvá konferencia aliancie NNN, podporená grantom Národnej lekárskej knižnice USA, na ktorej bol pripravený návrh spoločnej taxonomickej štruktúry NANDA, NIC a NOC. V podmienkach Rakúska v roku 2009 autorský kolektív Stefan et al. predkladá POP klasifikáciu. Kukurová, Vlčák et al. (2009) uvádzajú systematizácia ošetrovateľskej terminológie sa uskutočňuje cez informačné komunikačné štandardy napr. referenčný informačný model Health Level 7, model referenčnej terminológie pre ošetrovateľstvo – ISO 18104 F Health Informatics, základný súbor dát zdravotníckej štatistiky MDS (Minimum Data Set), systematizované názvoslovie medicíny SNOMED, súhrnný index ošetrovateľskej a zdravotníckej literatúry CINAHL a pod.

Klasifikačný systém NANDA

Marečková (2006) uvádza spoločenské a historické špecifiká v období po druhej svetovej vojne v Spojených štátoch amerických vytvorili optimálne podmienky pre historické zmeny v ponímaní odboru ošetrovateľstvo. Došlo k zdokonaleniu teoretických prvkov, poznatky odboru sa vyvíjali a kultivovali vedným spôsobom a tak sa otvorila cesta k rozvoju ošetrovateľskej vedy. V roku 1973 americké sestry mohli komisii Diagnostic Review Committee poskytovať podnety a konkrétne návrhy na formuláciu ošetrovateľských diagnóz. Vývoj udalostí priniesol so sebou, že v roku 1973 sa konala Prvá národná konferencia o klasifikácii ošetrovateľských diagnóz.

Bola prijatá prvá oficiálna definícia ošetrovateľskej diagnózy, prvá taxonómia s 31 diagnózami usporiadanými podľa abecedného poradia (nehierarchická štruktúra taxonómie) (Kozierová, Erbová, Olivieriová, et al., 1995). Na univerzite v St. Louis bola založená databanka informačných zdrojov nazvaná Clearinghouse for Nursing Diagnoses. Slúžila ako depozitár, knižnica materiálov o ošetrovateľskej diagnostike. Vydávala informačný bulletin, udržiavala úradovňu, koordinovala plánovanie národných konferencií a distribuovala bibliografiu k vyvinutým diagnostickým kategóriám a pojmom. V roku 1978 bol prijatý návrh na usporiadanie hierarchickej štruktúry podľa „**9 vzorcov celistvého človeka**.“ V roku 1982 bola utvorená I. Taxonómia s použitím tohto návrhu. V roku 1982 Callista Royová, Margaret Newmanová, Martha Rogersová, Dorothea Oremová a Imogene Kingová prezentovali NANDA asociácii a jeho výboru nové usporiadanie rámca taxonómie (stavbu, štruktúru, či systém) ošetrovateľskej diagnostiky, čo nazvali Patterns of Unitary Man (Humans) – Vzorce unitárneho človeka. Neskôr boli premenované na Vzorce unitárnej ľudskej bytosti a následne znovu premenované na Vzorce ľudských reakcií. V roku 1986 ošetrovateľské diagnózy Taxonómie I. sú usporiadané podľa „**9 vzorcov základných ľudských reakcií**.“ Významnou udalosťou bolo v roku 1986 začlenenie ošetrovateľských diagnostických pojmov medzi položky Minimum Data Set (MDS) – Minimálny súbor dát zdravotnej štatistiky USA (Marečková, 2006). V roku 1986 začal svoju činnosť výbor pre revíziu ošetrovateľských diagnóz a za predsedníctva Lindy Carpenitovej postupoval v zhode so Smernicami k preskúmaniu diagnóz ustanovených Taxonómiou I. V tomto roku bola NANDA diagnostická klasifikácia zaslaná Svetovej zdravotníckej organizácii za účelom jej zahrnutia do Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH). V roku 1987 bola NANDA Taxonómia I., za prispenia Phyllis Kritekovej publikovaná a odborná verejnosť ju poznala pod pracovným názvom oranžová kniha (Orange Book). Vydávanie oficiálneho NANDA periodika Nursing Diagnosis bolo začaté v roku 1990 a v roku 1997 bolo upravené na Nursing Diagnosis – The Journal of Nursing Language and Classification (Ošetrovateľská diagnostika – časopis ošetrovateľského jazyka a klasifikácie). V roku 1988 došlo k revíziu a korekcii taxonómie I., boli prijaté a schválené nové ošetrovateľské diagnostické prvky. Do taxonómie I. boli zaradené ošetrovateľské diagnózy prijaté NANDA v roku 1994 a doplnené o tie, ktoré boli schválené v roku 1998. V roku 1998 bol predložený návrh taxonómie II., ktorý sa usiloval o komplexnosť rámcovej klasifikácie, usporiadaných podľa „**11 funkčných vzorcov zdravia**“, gramatické a slovné vyjadrenie ošetrovateľských diagnóz (Marečková, 2006; Holmanová, 2008). Taxonómia II. bola formálne prezentovaná účastníkom 14. Konferencie NANDA v Orlando v roku 2000. Nová štruktúra je v súlade so súčasnou terminológiou, ktorá je založená na vzťahovej a vecne orientovanej databáze. **Základ tvorí multiaxiálny rámec zdravia jedinca, rodiny a komunity.** Vyhovuje vytváraniu klinickej terminológie a má efektívnejšiu štruktúru pre zaradenie do počítačovej databázy. Obsahuje šesť východísk pre formuláciu ošetrovateľských diagnóz (1. diagnostický pojem, 2. intenzitu, 3. jednotku starostlivosti, 4. vývojové štádium, 5. latentnosť, potencialitu, 6. charakteristiku). Organizačný princíp hierarchického usporiadania ošetrovateľských diagnóz Taxonómie II. úzko súvisí so vzorcami zdravia M. Gordonovej (Marečková, 2006; Holmanová, 2008). V roku 2002 bola NANDA

asociácia presne po dvadsiatich rokoch od svojho vzniku premenovaná na NANDA International. Ďalšie konferencie v roku 2002 a 2004 v Chicagu vytvorili podmienky pre prezentáciu, širokú diskusiu a revíziu projektu za účelom vytvorenia spätnej väzby, formuláciu výskumných otázok a praktických aktivít vrátane prezentácie pre užívateľov. Súčasná štruktúra ošetrovateľských diagnóz NANDA International Taxonómie II má tri úrovne: 13 domén, 47 tried a 206 ošetrovateľských diagnóz napr. diagnostická doména: 1: Podpora zdravia, trieda 2: Manažment zdravia, ošetrovateľská diagnóza: 00099 Neefektívne udržiavanie zdravia; doména: 4 Aktivita/odpočinok, trieda: 4 Kardiovaskulárno-pulmonálna reakcia, ošetrovateľská diagnóza: 000092 Intolerancia aktivity; doména: 12 Komfort, trieda: 1 Telesný komfort, ošetrovateľská diagnóza: 00132 Akútna bolesť (Herdman et al, 2009). Medzinárodná použiteľnosť ošetrovateľských diagnóz závisí od zakomponovania lingvistických ako i kultúrnych odlišností do spoločného, unifikovaného jazyka ošetrovateľskej diagnostiky (Wake, Fehring, Fadden, 1991). Štúdie ošetrovateľských diagnóz sú nevyhnutné na udržanie a zdokonalenie hodnovernosti terminológie, ale i na udržanie a zdokonalenie evidence-based NANDA International Taxonómie.

Validizácia a výskum diagnostických prvkov

Sloveso validovať, validizovať sa najčastejšie používa vo významoch ako potvrdiť platnosť, overiť, dokázať (Svoboda, 1999; Petráčková, Kraus et al., 2001; Kudlička, 2003; Creason, 2004). Definíciu: „...výskumný nástroj je validný vtedy, keď meria, čo má merať“ (Maršálová, 1990; Gavora, 1999; Svoboda, 1999; Kudlička, 2003), môžeme považovať za najfrekvencovanejšiu definíciu validity, ktorá predovšetkým sa vzťahuje na hodnotiace a meracie techniky (škály, dotazníky, testy) využívané v ošetrovateľskom výskume. Validita je však aj jeden z najvýznamnejších termínov v metodológii výskumu diagnostických kategórií v ošetrovateľstve (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). Relevantnosť údajov získavaných a používaných v ošetrovateľskej praxi a výskume, môžeme chápať ako mieru ich použiteľnosti vzhľadom k stanoveniu ošetrovateľských diagnóz, výberu efektívnych ošetrovateľských intervencií a hodnotenia ich výsledkov. Validizácia ošetrovateľskej diagnózy potom znamená potvrdenie, že diagnóza presne odráža problém pacienta, a tiež že k záveru sme dospeli na základe zozbieraných relevantných údajov (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). Výskum zameraný na diagnostické prvky sa významne zvýšil od roku 1980, najvýznamnejšie zdroje klinických validizačných štúdií predstavuje prvých dvanásť konferenčných NANDA zborníkov, vydaných od roku 1974–1988 v pravidelných dvojročných intervaloch. Zaznamenané výsledky sú považované Holmanová, Žiaková, Čáp (2006) citujú Whitley (1999), Clark, Craft-Rosenberg, (2000) a Creason (2004) za medzníky, ktoré zásadne ovplyvnili a usmerňovali proces validizácie ošetrovateľských diagnóz. Vývojom a výskumom NANDA diagnostických pojmov sa kontinuálne zaoberajú ošetrovateľskí profesionáli za spoluúčasti informatikov, štatistikov a ďalších špecialistov. Predkladané výsledky sú aktuálnymi verziami taxonomií NANDA klasifikácie a prezentované odbornými periodikami a na konferenciách NANDA alebo ACENDIO (Nico, 2002). Výskum a testovanie v praxi prehľbujú hodnovernosť terminológie a sú dlhodobou záležitosťou. Vďaka širokej medzinárodnej spolupráci

testovanie národných verzií NANDA terminológie je uskutočňované v niekoľkých krajinách sveta. Podklady k detailnému a kontinuálnemu štúdiu možno okrem už uvedených odkazov získať napríklad v periodikách Journal of Advanced Nursing alebo Online Journal of Issues in Nursing a v sérii ďalších odborných časopisoch klinického ošetrovateľstva.

Reliabilita a validita diagnostických prvkov

Reliabilita (spoľahlivosť) vyjadruje stupeň zhody meranej vlastnosti so skutočnosťou (Kudlička, 2003). Každá ošetrovateľská diagnóza musí byť preskúmaná z hľadiska reliability a validity. Tieto dimenzie špecifikujú jej spoľahlivosť a aplikovateľnosť. V istom zmysle sú spoľahlivosť a validita testom koncepcnej jasnosti diagnostického konceptu. Problémy pri získavaní prijateľnej úrovne sa riešia ďalším vývojom konceptu. Získať absolútnu validitu a spoľahlivosť je nemožné pre akýkoľvek výskum. Vyjadrený je získaný stupeň validity a spoľahlivosti (Gordon, 1987). Dôveryhodnosť prvku podľa Gordonovej (1987) je určovaná jej validitou, reliabilita je určovaná jej istotou. Toto predpokladá že počas diagnostického procesu musí mať prvok definujúcu charakteristiku, ktorá smeruje k rovnakému úsudku, interdiagnostike. Použiť diagnózu pre opísanie toho istého stavu u rôznych klientov sa nazýva intradiagnostika. Označuje ich termínmi intraposudzovateľ a interposudzovateľ spoľahlivosti. Spoľahlivosť je dôležitá pri prevencii diagnostických chýb. Validita opisuje stupeň, do ktorého skupina definujúcich charakteristík opisuje realitu, ktorá môže byť pozorovaná v interakcii pacient prostredie. Rozsah do ktorého sú pozorovania formulované ako charakteristiky prvku autentickými prezentáciami toho, čo existuje v klinickej praxi, označuje internú validitu prvku. Stupeň, do ktorého môžu byť charakteristiky používané, legitímne, pre diagnostikovanie stavu v rôznych skupinách klientov je externá validita diagnostického prvku. Tieto dva rozsahy vytvárajú konštrukčnú validitu (Gordon, 1987). Dôležité je stanoviť spoľahlivosť schopností zberateľov klinických dát robiť interview a vyšetrovanie a ich citlivosť na signály. Tiež sú aplikovateľné aj ďalšie princípy testovania validity. V literatúre podľa Gordon (1987) existujú rôzne metodológie, ktoré boli používané Lackey (1986), Lo a Kim (1986), Vincent (1986). Validita poskytuje rozsah dôvery, ktorá by mala byť kladená na presnosť prvku na opísanie reality. Samozrejme, koncepcná realita je relatívna pre vnímateľa. Je možné, že sa zistí, že charakteristiky sú (1) prítomné ako model v interakciách pacient – prostredie, ktoré sú merané a (2) súvisiace s koncepcnou definíciou diagnózy. Ako navrhuje Fehring (1986), môže byť nevyhnutná štúdia súhlasnej validity prvku z náhodného výberu populácie sestier. Na druhej strane, ak má výskumník dôveru v koncepcné a právne dimenzie, prežitie na „pracovnom trhu“ klinickej praxe poskytne indikáciu konsenzu sestier o ošetrovateľskej diagnóze (Gordon, 1987). Validizácia údajov s pacientom pomáha sestre vyhnúť sa tomu, aby urobila chybné závery. Pacient (rodinný príslušník, matka) musí byť aktívnym partnerom pri validizácii údajov (Gordon, 1994). Údaje na podporu ošetrovateľskej diagnózy musia byť zhľad zdokumentovaných podnetov, aby reprezentovali stav. Dôkladnou validizáciou pozorovaní a sťažností pacienta sa sestra môže vyhnúť alebo môže minimalizovať potenciálne škodlivé nepresnosti v interpretácii údajov (Carpenito-Moyet, 2004).

Vývoj metód validizácie NANDA Taxonómie

Vývoj NANDA Taxonómie má za sebou tridsať ročnú históriu. Iniciátormi vývoja metodológie identifikácie a validizácie ošetrovateľských diagnóz boli Gordon a Sweeney (Whitley, 1999; Creason, 2004). Vo svojich prácach Gordon a Sweeney (1979) vymedzili 3 modely identifikácie a validizácie ošetrovateľských diagnóz, retrospektívny identifikačný model, model validizácie expertmi a klinický model. Základným východiskom retrospektívneho identifikačného modelu (The Retrospective Identification Model) bola kumulácia skúseností sestier s ošetrovateľskými diagnózami a ich definujúcimi charakteristikami identifikovanými v klinickom prostredí. Retrospektívny identifikačný model nadväzoval na závery Prvej národnej konferencie o klasifikácii ošetrovateľských diagnóz. V tom istom roku bola začatá dvojročná multicentrická americká štúdia, koordinovaná Clearinghouse for Nursing Diagnoses v St. Louis (1973–1975) (Gebbie, 1976). Štúdia bola zameraná na získanie spätnej väzby od sestier z praxe, ktorej cieľom bolo identifikovať a pomenovať spoločné problémy, ktoré sestry v praxi riešia. Údaje boli získané z 28 zariadení na vzorke 588 pacientov. Výsledky štúdie ukázali, že u 588 pacientov bolo sestrami stanovených 2338 ošetrovateľských diagnóz. V 80 % sa diagnózy (ich názvy) stanovené sestrami v rámci uvedenej štúdie zhodovali s diagnózami, ktoré boli schválené na Prvej národnej konferencii o klasifikácii ošetrovateľských diagnóz (Whitley, 1999; Creason, 2004; Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). Model validizácie sestrami – expertmi (The Nursing Validation Model) sa zameriaval na zistenie zhody expertov v definujúcich charakteristikách konkrétnej diagnózy. Ide o retrospektívny model, ktorý sa zameriava na údaje zistené od sestier – expertov týkajúcich sa diagnostických charakteristík diagnóz v NANDA klasifikačnom systéme. Kvantifikácia jednotlivých diagnostických znakov v neskoršej modifikácii tohto modelu Fehringom (1984), výrazne prispela k jeho širšej implementácii vo výskume (Whitley, 1999; Creason, 2004; Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). Klinický model (The Clinical Validation Model) predstavuje prospektívnu metódu, ktorá sa zameriava na porovnanie manifestných znakov diagnózy zistených priamo od pacienta s definujúcimi charakteristikami uvádzanými v NANDA klasifikačnom systéme. Do významnej miery pri praktickej realizácii validizácie ovplyvňujú úspešnosť a dosiahnutie výsledkov konštrukcia záznamového hárku, resp. použitá dokumentácia ako aj „guidelines“ procesu diagnostikovania a manažment údajov. Uvedený model bol modifikovaný Fehringom. Fehringova modifikácia posledných dvoch modelov navrhnutých Gordon a Sweeney výrazne prispela k rozšíreniu záujmu predovšetkým o klinické validizačné štúdie. Na Siedmej konferencii o klasifikácii ošetrovateľských diagnóz bolo prezentovaných 24 validizačných štúdií, z toho 14 štúdií sa zameriavalo na klinickú validizáciu (Whitley, 1999; Creason, 2004; Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). Fehring (1986) modifikoval model validizácie expertmi a klinický model, vytvoril dva doteraz najvýznamnejšie modely známe ako Diagnostic Content Validity Model a Clinical Diagnostic Validity Model (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). Diagnostic Content Validity Model (ďalej DCV) zahŕňa 3 na seba nadväzujúce fázy (Whitley, 1999; Creason, 2004). V prvej fáze 25–50 expertov hodnotí na Likertovej škále od 1 do 5 mieru reprezentatívnosti, špecifickosti (významnosti) znaku vo vzťahu k diagnóze (NANDA klasifikačný systém). Cieľom druhej fázy je dosiahnuť konsenzus medzi expertmi, ktorí

posudzovali daný charakteristický znak. Vzhľadom k tomu, že ide o relatívne veľké množstvo expertov, sa na dosiahnutie konsenzu využíva Delfská technika. V tretej fáze sa vypočítava vážené skóre každého znaku. Za charakteristické znaky sa považujú znaky, ktoré dosiahnu hodnotu váženého skóre väčšie ako 0,80. Tieto charakteristické znaky (charakteristiky) sú označované ako zásadné, hlavné alebo definujúce (major defining characteristics) a tie, ktoré dosahujú hodnotu menšiu ako 0,50 sú vyradené. Sparks, Lien-Gieschen (1994), Ogasawara (1999) upravili tretiu fázu modelu zavedením vedľajších charakteristík (minor defining characteristics), ktoré sú vymedzené rozpätím skóre od 0,75 po 0,60. Do zoznamu charakteristík NANDA, ktoré experti hodnotia, sa pridávajú aj tzv. dodatočné (additional characteristics) a zavádzajúce (distracting characteristics). Široké využitie uvedeného modelu umožňuje analýzu jednotlivých štúdií zameraných na rovnakú ošetrovateľskú diagnózu. Prostredníctvom multietnických štúdií Ogasawara (1999) sa ukázali sociokultúrne rozdiely dokonca v definujúcich charakteristikách. Druhým modelom, ktorý navrhuje Fehring je Clinical Diagnostic Validity Model (ďalej CDV) zahŕňa preradenie diagnostických znakov k modelu Gordon, Sweeney. Dvaja experti hodnotia výskyt charakteristík z predchádzajúceho modelu s tými, ktoré boli manifestované u pacienta (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006). V modeloch DCV a CDV sa využíva pre validizáciu osoba experta. Pre zaradenie profesionála do expertnej skupiny sú navrhnuté nasledujúce kritériá Whitleyom (1999): 1. Magisterské vzdelanie so zameraním diplomovanej práce v oblasti ošetrovateľskej diagnózy. 2. Publikáčna činnosť z oblasti výskumu danej diagnostického prvku, resp. oblasti, ktorá s ňou úzko súvisí. 3. Publikácie o diagnóze v odborných periodikách. 4. Dizertačná práca so zameraním na danú ošetrovateľskú diagnózu. 5. Súčasná klinická prax s minimálne jednoročným trvaním v odbore relevantnom ku danému diagnostickému prvku. 6. Certifikácia v odbore relevantnom ku danému diagnostickému prvku.

V podmienkach slovenského ošetrovateľstva Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006; Zeleníková, Žiaková, 2010 uvádzajú nové prístupy, ktoré načrtáva Hoskins (1988), Whitley (1999) a Creason (2004). Opisujú tri fázy procesu validizácie ošetrovateľských diagnóz:

1. Konceptuálna analýza – vytvorenie zoznamu diagnostických znakov. Gordon (1982; 1987), Fehring (1994) a hore uvedení autori považujú túto fázu za východiskovú pre validizáciu ošetrovateľských diagnóz. Na základe analýzy viacerých validizačných štúdií Gordon (Whitley, 1999; Creason, 2004) identifikovala rôznorodosť konceptuálnych definícií diagnóz a kritizovala absenciu metodologickej konceptualizácie. Poukázala na terminologickú nejednotnosť a upozornila na skutočnosť, že identifikácia a validizácia diagnóz by sa mala iniciálne sústrediť na skúmanie ich explicitných definícií, ich testovanie s presným uvedením validity a reliability. Whitley (1999) a Creason (2004) načrtávajú, že úsilie by sa malo sústrediť na realizáciu opakovaných, komparatívnych štúdií s relevantnými štatistickými analýzami. Konceptuálnu analýzu Kramer, Chinn (1999), McKenzie (2005), Florin (2005) definujú ako proces tvorby významu diagnózy. Avant a Walker (1995), McKenzie (2005), Florin (2005) považujú ju za stratégiu ako skúmať definujúce charakteristiky a ďalšie charakteristiky určitej diagnózy. Význam použitia konceptuálnej analýzy spočíva v identifikácii rôzneho použitia slova, ktoré označuje príslušnú diagnózu a tým aj jeho významov.

Napr. prostredníctvom konceptuálnej analýzy ošetrovateľskej diagnózy hľadáme odpovede na otázky: Čo je neefektívne udržiavanie zdravia? Čo reprezentuje? Čo charakterizuje? Čo spôsobuje a aké sú jej následky? Z čoho sa skladá? Ako sa používa? Aký má význam? Kedy sa vyskytuje? S čím súvisí? K čomu sa vzťahuje? Aké má synonymá, opozitá, metafory? Ako sa manifestuje? Akú má kvalitu? Pomocou odpovedí na uvedené otázky môžeme rozlíšiť definujúce charakteristiky danej diagnózy od nepodstatných, irelevantných, vedľajších alebo pridružených charakteristík, čo nám umožní spresniť význam diagnóz, ktoré sú vágne, nejednoznačné. Konceptualizácia vedie k vytvoreniu konštruktívnej definície (explicácii diagnózy) a tá následne, prostredníctvom definujúcich charakteristík, k operacionalizácii danej diagnózy. Operacionalizácia diagnózy implikuje v sebe jej merateľnosť, čo môže viesť k vývoju meracích nástrojov (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006, Zeleníková, Žiaková, 2010).

2. Validizácia expertmi – Fehring (1994), Whitley (1999) zdôrazňuje, že predmetom validizácie expertmi by nemalo byť len hodnotenie reprezentatívnosti, špecifickosti (významnosti) znaku vo vzťahu k diagnóze, ale hodnotenie operacionálnych definícií znaku vo vzťahu k diagnóze prostredníctvom DCV metodiky.
3. Klinická validizácia – ide o potvrdenie toho, či sa na základe nezávislého posudku expertov vyskytuje daná diagnóza v skupine pacientov, u ktorých sa predpokladá jej výskyt. Pribeh jednotlivých fáz sa vzťahuje ku skonštruovaniu nástroja merania a jeho následnému testovaniu jeho validity a reliability (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006 Zeleníková, Žiaková, 2010;). Clinton (1986) navrhuje, že by mali byť vytvorené konštrukčná, prediktívna a diskriminačná validita diagnostických prvkov. Prediktívna validita označuje stupeň, do ktorého je skupina definujúcich charakteristík (odvodených z deskriptívnych štúdií a koncepcných analýz) spojená s ďalšími teoretickými javmi. Stupeň, do ktorého môže skupina charakteristík zistiť rozdiely medzi skupinami klientov, je test diskriminačnej validity. Technika známej skupiny poskytuje rozsah na zistenie rozdielov medzi skupinou klientov, u ktorej sa očakáva určitý stav a skupinou, u ktorej sa tento stav neočakáva (Gordon, 1987).

Fehring (1986) poskytuje model pre vytvorenie indexu obsahovej validity (content validity index – CVI) diagnostických prvkov. Tiež navrhuje, že každý diagnostický prvok by mal mať štandardizované rozsahy validity, vrátane validity diagnostického obsahu (diagnostic content validity – DCV), klinickej diagnostickej validity (clinical diagnostic validity – CDV) a etiologického korelačného posudzovania (etiological correlation rating – ECR). DCV je index obsahu validity využívajúci expertné posúdenia charakteristík ku koncepcnej definícii. Expertné pozorovania charakteristík v klinickej situácii sú základom pre CDV index prvku. Z DCV a CDV indexov môžu byť určené hlavné charakteristiky (diagnostické kritériá) prvku. Korelácie opisujúce silu asociácií medzi problémami a ich etiologickými faktormi predstavuje ECR. Validita prvkov musí byť určená pred koreláciami medzi prvkami; preto je dôležité poznať DCV a CDV pred tým, než sa pozornosť upriami na vzťah problém – etiologický faktor (Gordon, 1987).

Klasifikačný systém ošetrovateľských intervencií – NIC

Klasifikácie ošetrovateľských intervencií NIC (Nursing Interventions Classification) autorov Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman (2008) patrí medzi projekty Iowskej univerzity vedené Centrom pre ošetrovateľskú klasifikáciu a klinickú efektívnosť v Spojených štátoch amerických (Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness University Iowa). NIC podľa autorov je súhrnná štandardizovaná klasifikácia intervencií (a pod ne spadajúcich činností), ktorú sestry uskutočňujú. Je používaná v klinickej dokumentácii, komunikácii počas uskutočňovanej starostlivosti, integrácii dátových systémov a súborov, efektívnom výskume, v produktivite miery hodnotenia kompetencií, v nahrádzaní a tvorení učebného plánu. Klasifikácia zahŕňa činnosti, ktoré sestry robia pre pacienta, závislé aj nezávislé, v priamej aj nepriamej starostlivosti. Intervencia je definovaná ako „každá činnosť založená na klinickom hodnotení a vedomostiach, ktoré sestra uskutočňuje na dosiahnutie želaných výsledkov u pacienta“. NIC môže byť použitá všade (od JIS, domácej starostlivosti, hospice až po primárnu starostlivosť) a vo všetkých špecializáciách (od akútnej starostlivosti, cez ambulantnú až po dlhodobú starostlivosť). Súhrnná klasifikácia popisuje doménu ošetrovateľstva aj keď niektoré intervencie môžu byť vykonané aj inými poskytovateľmi. Väčšina intervencií sa používa individuálne, ale mnohé je možné použiť v rodinách a komunitách. Každá intervencia je popísaná menom, definíciou, činnosťami/aktivitami na poskytnutie starostlivosti. V piatej edícii publikácie z roku 2008 je 542 intervencií a viac než 12 000 činností. Časť štandardizovaných intervencií sú názvy a definície, tieto nemôžu byť zmenené pri použití. Starostlivosť poskytovaná pomocou NIC môže byť individualizovaná cez činnosti. Zo zoznamu najmenej 10–30 činností poskytujúci vyčlení činnosti pre individuum alebo rodinu a potom môže použiť nové činnosti, ak sa tak rozhodne. Intervencie sú zoskupené do 30 tried a 7 domén, pre ľahšie použitie. 7 domén tvorí: Fyziologická – základná; Fyziologická – komplexná; Správanie; Bezpečnosť; Rodina; Zdravotnícky systém; Komunita; 30 tried:

A – Aktivita a pohyb	P – Liečba kognitívnych porúch
B – Manažment vylučovania	Q – Zlepšovanie komunikácie
C – Manažment imobility	R – Pomoc pri zvládání záťaž
D – Podpora výživy	S – Vzdelávanie pacientov
E – Podpora fyzického komfortu	T – Podpora telesného komfortu
F – Podpora sebaopatery	U – Manažment krízy
G – Elektrolyty – acidobázická rovnováha	V – Manažment rizík
H – Manažment podávania liekov	W – Starostlivosť v gravidite
I – Neurologický manažment	Z – Starostlivosť o detskú populáciu
J – Perioperačný manažment	X – Celoživotná starostlivosť
K – Manažment dýchania	Y – Uľahčovanie zdravotníckych služieb a) Manažment zdravotníckeho systému b) Manažment informácií c) Podpora zdravia komunity d) Manažment rizík komunity
L – Manažment kože a rany	
M – Termoregulácia	
N – Manažment vitality tkanív	
O – Úprava správania	

Niektoré intervencie sú použité vo viacerých triedach, ale každá má osobitné číslo. NIC taxonómia bola kódovaná z týchto dôvodov: 1.použitie počítačov, 2. použitie dátovej manipulácie, 3. rozšírenie kódovacích systémov, 4.použitie náhrady. Kódy pre 7 domén (oblastí) sú 1–7, kódy pre 30 tried sú A–Z, a, b, c, d. Každá intervencia má svoje číslo pozostávajúce zo 4 častí. Aktivita sú kódované desatinne na dve miesta; napr. kompletný kód je 4 U – 6140,01. Každá trieda má 300 čísiel. Napr.: doména: 5. Rodina, trieda: W – Starostlivosť v gravidite, intervencie: Asistencia pri dojčení 1054 (Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman, 2008).

Validizácia a vývoj klasifikačného systému ošetrovateľských intervencií NIC

1. Konštrukcia klasifikácie (1987–1992) a identifikácia konceptov a metód:
Deduktívny prístup zabezpečil identifikáciu intervencií a vytvorenie konceptuálnej kostry, systematické posúdenie klasifikačných schém. Induktívny prístup začal aktivitami sestier v praxi, ktoré používajú plán a dokumentáciu starostlivosti, ktorú poskytujú. Hlavným konceptom bola otázka druhov sesterského správania, ktoré by malo byť zahrnuté v taxonómii intervencií. Sú to tieto typy správania: 1. posudzovacie správanie k vytvoreniu diagnózy, 2. posudzovacie správanie na zhromaždenie informácií pre lekára na vytvorenie lekárskej diagnózy, 3. sestrou začaté liečebné správanie ako odpoveď na ošetrovateľskú diagnózu, 4. lekárom začaté liečebné správanie ako odpoveď na lekársku diagnózu, 5. správanie na hodnotenie efektu intervencie sestry a lekárskej liečby (sú to odhadové správania, odhadujú hodnotenie, nie diagnostiku), 6. administratívne a nepriame starostlivosti, ktoré napomáhajú intervenciám ((Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman, 2008).
2. Generácia počiatočného zoznamu intervencií:
Bolo tu 45 zdrojov z rozličných špeciálnych oblastí. V každej bola vykonaná selekcia zdroja, nájdená hlavná idea k vytvoreniu zoznamu intervencie. Zoznam plánovanej starostlivosti zahŕňal publikácie z 5 rokov (1983–1988). Analýza obsahovala kategorizáciu vyselektovaných ošetrovateľských aktivít (Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman, 2008).
Čistenie zoznamu intervencií a činností:
Boli použité dve metódy: expertný prehľad a ohnisková skupina. Pre expertný prehľad boli použité Delfské postupy. Metódu vyvinula organizácia Rand Corporativa ako nástroj pre krátkodobú predpoveď (pozostáva z niekoľkých kôl dotazníkov, ako prostriedku dosiahnutia súladu názorov v skupine, bez nutnosti osobnej práce komisie). Vyžaduje spoluprácu skupiny odborníkov, ktorí vyplňajú sériu dotazníkov. Využíva spätnú väzbu u členov skupiny. Odpovede na každé kolo dotazníkov sa analyzujú, sumarizujú a vracajú k odborníkovi v novom dotazníku. Odborníci potom môžu preformulovať svoje názory s ohľadom na názory skupiny. Postup – odpoveď – analýza – spätná väzba – odpoveď sa zvyčajne opakuje trikrát, kým sa dosiahne všeobecný súlad. Na základe takéhoto postupu bol vyvinutý slovník zo zoznamu činností z cvičení. Klinické ošetrovanie a výskumná literatúra bola posudzovaná tímom výskumníkov, ktorí posudzovali

činnosti. Výskumník tiež napísal definíciu intervencie. Bola použitá Fehringová metóda (1986) ktorá bola vyvinutá na validizáciu sesterských diagnóz NANDA taxonómie. Fehringová metodológia na validizáciu obsahu sesterských diagnóz bola prispôbená pre použitie pri intervenciách a poskytla skóre validity obsahu intervencií (Intervention Content Validity – ICV) s kritickými a podpornými činnosťami. **Fehringová metóda zahŕňala nasledovné kroky:**

1. Sestry, experti v oblasti ošetrovateľstva zoradzovali činnosti pre každú intervenciu podľa Likertovej škály od 1 (činnosť necharakteristická pre intervenciu) do 5 (veľmi charakteristická činnosť) a pridávali chýbajúce činnosti a definície.
2. Delfská technika bola použitá na zvýšenie množstva expertov; druhým okruhom bol zoznam činností a intervencií založených na odpovediach sestier na prv okruh.
3. Zvažovanie pomerov kalkulovaných pre každú činnosť; posúdenie podľa Fehringa bolo: 5=1, 4=0,75, 3=0,50, 2=0,25, 1=0,0.
4. Činnosti na úrovni 0,80 alebo viac boli označené ako kritické činnosťami; činnosti na úrovni pod 0,50 boli odložené.
5. Úplné skóre pre každú intervenciu sa získalo individuálnou činnosťou (Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman, 2008).

Druhá metóda – **ohnisková skupinová práca** bola inštitucionalizovaná. Posúdenie vykonávalo 2–20 ľudí. Výsledkom ohniskovej skupiny bolo 198 intervencií. Vo výslednej fáze sa spracúvalo 336 intervencií.

3 Konštrukcia taxonómie (1990–1995)

Úprava zoznamu intervencií a iniciálna taxonomická štruktúra. Potom nasledovala validizácia intervencií, definovanie činností a taxonómie: použitie prehľadu v špeciálnej organizácii, použitie prehľadu pre sestru, použitie intervencií nepriamej starostlivosti a validizácia taxonómie.

Klinické testovanie a čistenie NIC (1993–1997).

V roku 1997 bola vytvorená škála na posúdenie rozsahu implementácie: pre posúdenie sily konceptov, ktoré boli časťou diferencovanej skupiny praktického modelu, Iowské kroky implementácie NIC v edukačnom procese. Škála je v spojení s Rogersovej modelom inovačno-rozhodovacieho procesu, ktorý sa skladá z 5 častí: vedomosti, presvedčenie, rozhodnutie, implementácia a potvrdenie (Bulechek, Butcher, McCloskey-Dochterman, 2008).

Klasifikačný systém výsledkov ošetrovateľstva – NOC

K vytvoreniu tohto klasifikačného systému viedol rad okolností najmä potreba usporiadať poznatky ošetrovateľstva, dohovoriť sa v rámci paradigmy ošetrovateľstva jednotne (príkladom z oblasti medicíny je jednotná Medzinárodná klasifikácia chorôb), potreba preukázať sesterské činnosti odborníkom v zdravotníctve a verejnosti. Spoločnosť vynakladá prostriedky na zdravotnú starostlivosť, preto je potrebné preukázať, ako pôsobenie ošetrovateľstva prostredníctvom sestier **prispieva k zdraviu ľudí**. Organizačno-formálnu klasifikáciu tvorí: názov, číselný kód hlavný a položkový (na prepojenie k ostatným položkám), definícia, súbor ukazovateľov, hodnotiaca škála

a súbor jej ukazovateľov, odkazy na zdroje príslušnej odbornej literatúry. Funkčnú klasifikáciu pre rok 2008 tvorí: 385 výsledkov, 7 domén, 31 tried (zoradené od A po X, b, c) a podtriedy (zoradené do súborov) napr.: doména: Fyziologické zdravie II., trieda: Výživa (K), Škála (f), **Vzdelávanie o dojčení:** Dojča 1000; Materské 1001, Udržanie dojčenia 1002 (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2008). Každý súbor je zložený z jednotlivých výsledkov (výstupných koncepcií, výstupov), ktoré sú predmetom a prostriedkom merania, hodnotenia. Celok je v súlade s obsahom danej definície, má stabilne usporiadaný vnútorný systém a doplnený je hodnotiacou stupnicou. Všetky súbory tvoria jeden veľký, ucelený systém. **Systém je zoradovaný v duchu filozofie zdravia** podľa M. Gordonovej a zdôrazňuje prístup ošetrovateľstva zameraný na zdravie, na odpovede organizmu v kontinuite zdravia.

I. Funkčné zdravie A. Udržiavanie energetickej rovnováhy B. Rast a vývin C. Mobilita D. Sebaopatera	V. Vnímané zdravie U. Zdravie a kvalita života V. Ukazovatele zdravia, príznaky e) Spokojnosť so starostlivosťou
II. Fyziologické zdravie E. Srdcovocievny systém F. Vylučovanie G. Tekutiny a elektrolyty H. Imunitné reakcie I. Metabolická regulácia J. Neurokognitívne funkcie K. Trávanie a výživa a) terapeutické reakcie L. Integrita tkanív Y. Zmyslové ústroje a ich fungovanie	VI. Zdravie rodiny W. Činnosti opatrovateľa v rodine X. Pohoda rodiny Z. Zdravotný stav členov rodiny d) Rodičovstvo
III. Psychosociálne zdravie M. Psychologická pohoda N. Psychosociálna adaptácia O. Sebakontrola P. Sociálna interakcia	VII. Zdravie komunity b) Pohoda komunity (obce, spoločenskej skupiny) c) Ochrana zdravia komunity
IV. Vedomosti o zdraví – zdravé správanie Q. Zdravé správanie R. Zásady zdravia, názory S. Vedomosti o zdraví T. Kontrola rizika a bezpečnosť	

Taxonómia výsledkov ošetrovateľstva NOC:

V roku 1991 uvádza Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, (2008), položili základy pre výskum klasifikácie NOC. Vývoj NOC súvisí s výskumom a vznikom projektu NIC na Iowskej univerzite – Katedre ošetrovateľstva. Použili adaptáciu Fehringovej techniky, aby určili obsah, spokojnosť pacienta s výsledkami intervencie sestry z dvoch vzoriek: (1) hospitalizovaní pacienti a ich sestry v akútnom nemocničnom internom/chirurgickom prostredí a (2) ambulantní pacienti a sestry v ambulantnej starostlivosti. Cieľom výskumného tímu klasifikácie NOC bolo skoncipovať, označiť, uplatniť a klasifikovať výsledky u pacienta ovplyvnené ošetrovateľstvom. Klasifikačná štruktúra sa týka výsledkov a ukazovateľov z hľadiska úrovni abstrakcie a skupín výsledkov a ukazovateľov podľa pravidiel, ktoré definujú spoločné znaky

v rámci skupín. Najkritickejšou úlohou bolo identifikovanie a štandardizovanie výsledkov a ukazovateľov u pacienta ovplyvnených ošetrovateľstvom, ktoré sú klinicky užitočné a citlivé na intervencie. Táto práca bola nevyhnutná pre odhadovanie vplyvu a efektivity ošetrovateľstva v dosahovaní očakávaných výsledkov u pacienta, zlepšenie rozvoja ošetrovateľských vedomostí a zvýšenie vedomia klientov a vedúcich pracovníkov o prínose ošetrovateľstva pre zdravotnú starostlivosť. Výber dátových zdrojov pre utvorenie úvodného zoznamu výsledkov bol vykonaný účelovým, systematickým testovaním ošetrovateľských učebníc, metód plánovania a kontroly, meracích nástrojov, štandardov praxe, ošetrovateľských informačných systémov, kníh o ošetrovateľských diagnózach a o plánovaní starostlivosti, ktoré obsahovali špecifické ošetrovateľské výsledkové kritériá. Tím vyberal zdroje, ktoré opisovali ošetrovateľskú prax v nemocniciach, ošetrovateľských domovoch, komunitách a ambulantných prostrediach s rôznym klinickým dôrazom a rôznymi vekovými skupinami pacientov. Avšak, žiaden zoznam výsledkov ovplyvnených ošetrovateľstvom nemôže byť kompletný, a ako sa profesia bude vyvíjať, vždy bude potrebné dopĺňať nové výsledky a ukazovatele. Metodológia, ktorú tím vyvinul poskytla prostriedok na identifikovanie najbežnejších výsledkov u pacienta ovplyvnených ošetrovateľstvom, ktoré sú najbežnejšie vyučované a používané v praxi a výskume. Koncepčná analýza každého výsledku bola vedená podľa procedúry adaptovanej od Rogersa a Waltza, Stricklanda a Lenza. Cieľom analýzy bolo ohodnotiť úplnosť výsledkových konceptov zjednotených v kategórii a vyvinúť označenia pre chýbajúce koncepty. Na základe odporúčaní odborníkov z praxe, bola ku každému výsledku a ukazovateľu pridaná 5 bodová Likertová škála pre testovanie v praxi. Klasifikácia obsahuje 17 škál merania. Každá škála je vytvorená tak, aby piaty alebo posledný stupeň označoval najviac očakávaný stav v súvislosti s výsledkom. Dôležité je, aby bolo meranie výsledkov spoľahlivé a aby bola efektivita ošetrovateľských intervencií overená. Čas, keby by mali byť výsledky vyhodnocované nie je špecifikovaný, minimálne sa však požaduje, aby sa meranie uskutočnilo na začiatku a na konci starostlivosti. To môže byť vyhovujúce v prostrediach akútnej starostlivosti, keď je pobyt pacienta krátky, na niektorých oddeleniach akútnej starostlivosti sa však stav pacientov vyhodnocuje raz za deň alebo raz za zmenu. Pretože čas merania nie je štandardizovaný, informovanie o dátume alebo dni starostlivosti o pacienta, keď sa merania robili, je dôležité pre porovnávanie medzi populáciami a oddeleniami (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2008). Jedna z vecí, ktorou sa často užívatelia zaoberajú je subjektivita škál. Poskytnuté ukazovatele pomáhajú sestre pri určovaní stavu pacienta a pri hodnotení na výsledkovej škále, ale neeliminujú potrebu úsudku sestry. Keďže škálové stupne nie sú špecificky definované pre každý ukazovateľ a výsledok, sestra musí robiť sesterský úsudok o stave pacienta pre ukazovatele a výsledky. Hoci je presnosť tohto úsudku dôležitá, pri číslovaní výsledku si vyžaduje taký istý úsudok, aký sa používa pri vyhodnocovaní, či bol dosiahnutý cieľ, či sa stav zlepšil v súvislosti s cieľom alebo cieľ nebol dosiahnutý (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2008).

Ošetrovateľská diagnostika zameraná na prax (POP® – PraxisOrientierte Pflegediagnostik)

Stefan, Allmer, Eberl., et al.(2009) autorský kolektív klasifikácie uvádza cieľom ošetrovateľstva je obnovenie a uchovanie každodennej autonómie. K tomuto cieľu je nevyhnutná cielená orientácia na zdroje. Existujúce klasifikácie ošetrovateľských diagnóz neposkytujú dostatočnú bázu pre prácu orientovanú na zdroje, preventívne výstupy a podporu **zdravia v ošetrovateľstve**. Cieľom klasifikácie je: 1. Systematický opis vzťahov deficitov a zdrojov. 2. Integrácia zdrojov v ošetrovateľsko-diagnostickom opise. 3. Vypracovanie zdravotných diagnóz, ktoré sú aplikovateľné v každodennom živote. 4. Open – Access – princíp pre ošetrovateľské diagnózy, to znamená žiadne náklady na licenciu. 5. Vývoj všeobecného diagnostického výstupu orientovaného na zdroje v ošetrovateľskej diagnostike. 6. Adaptácia formátov ošetrovateľských diagnóz. 7. Vypracovanie konkrétnych ošetrovateľských diagnóz. 8. Evaluácia (priebežne).

Diagnostický výstup je orientovaný na zdroje. Zdroje sú sily, schopnosti a možnosti, ktoré ľudia nasadzujú pri zachovaní/udržaní zdravia a/alebo zvládaní choroby. Intaktné zdroje sú predpokladom na zvládanie životných situácií a predpokladom na utváranie vzťahov predovšetkým v psychiatrickom ošetrovateľstve. Zdravie spočíva na intaktných a funkčných fyzicko-funkčných, psychických a sociálnych zdrojoch. Obmedzené/absentujúce predpoklady sú príčinou (= etiológia) obmedzenia pri zvládaní každodenného života. Zdroje, ktoré sú pravdepodobne obmedzené/narušené bez preventívnych ošetrovateľských intervencií, sú rizikovými faktormi.

Ošetrovateľská diagnostika zameraná na prax (POP)

Klasifikácia POP ošetrovateľských diagnóz spočíva na výstupe orientovanom na zdroje. Pozostáva z 9 oblastí (domén), 19 tried a 150 názvov diagnóz. Domény sú štruktúrované podľa Oremovej modifikovanej systematiky.

Formáty POP – ošetrovateľských diagnóz obsahujú vždy „R“ pre zdroje (Ressourcen).

Rizikové ošetrovateľské diagnózy: P/RF/R –formát: (P) názov ošetrovateľskej diagnózy – (RF) rizikový faktor – (R) zdroje.

Aktuálne ošetrovateľské diagnózy: P/Ä/S/R –formát: (P) názov ošetrovateľskej diagnózy – (Ä) etiológia – (S) symptóm/príznak – (R) zdroje.

Diagnózy starostlivosti o zdravie: P/R – formát: (P) názov ošetrovateľskej diagnózy – (R) zdroje.

P – Pflegediagnosentitel, RF – Risikofaktor, R – Ressourcen, Ä – Ätiologie, S – Symptom.

POP-klasifikáciu môžu s licenčným právom grátis využívať osoby a organizácie, ktoré realizujú ošetrovateľskú starostlivosť prípadne ošetrovateľstvo vyučujú. Záznam ošetrovateľskej anamnézy orientovaný na ošetrovateľské diagnózy podľa POP-klasifikácie podporuje osobu poskytujúcu starostlivosť (ošetrojúca osoba – Pflegende Person) ako pri posudzovaní, tak aj pri diagnostike. Uľahčuje identifikáciu možných názvov diagnóz, pričom údajom získaných podľa POP – domén sú postavené potenciálne názvy diagnóz. Existujúce klasifikácie ošetrovateľských diagnóz neopisujú

žiadne zdroje. Rozšírenie konceptu „ošetrovateľská diagnóza“ prostredníctvom POP umožní osobám poskytujúcim starostlivosť získať zmenený pohľad na ľudí, ktorí potrebujú ošetrovateľskú starostlivosť. Prevencia, podpora zdravia ako aj posilnená rola ľudí, ktorí potrebujú ošetrovateľskú starostlivosť budú v ošetrovateľskej praxi lepšie integrovateľné (Stefan, Allmer, Eberl et al.2009).

Ošetrovateľstvo sa charakterizuje ako veda a umenie, ktorá ovplyvňuje systém poznatkov prenášajúcich sa do praxe. Za vedu sa považuje fakt, že sa usiluje o porozumenie životného procesu človeka, podporu jeho zdravia a adaptačných schopností. Za umenie sa považuje fakt, že ošetrovateľstvo spočíva v pochopení a vyjadrení skutočností života.

HEALTH IN NURSING CONTEXT

Abstract: Nowadays, in accordance with the dominant consensus of the authors of the nursing science, the meta-paradigmatic definition of the scope of the study has been developed mainly through four basic terms including a person, environment, nursing care, and health. Health is defined as a state of well-being of a person as a receiver of nursing care in the time of treatment. The condition can occur in a person in the range from its highest level to the presence of a terminal illness. Nursing as a theoretical-practical discipline regards the theoretical-research goals as well as the practical-clinical goals, i.e. to maintain health and quality of life, or eliminate the patient's disease in nursing process. Specification of these aspects belongs to the competences of the conceptual models and related nursing theories. In the cognitive structure of nursing we find its language and activity aspects. They are the horizontal and vertical aspects of the science reflecting in the professional terminology. The standardized language of nursing includes all the aspects of health and solves them through the classification systems such as NANDA, NIC, NOC, and POP.

Key words: health, nursing, metaparadigm, conceptual model, classification systems

NÁZORY OBČANŮ ČESKÉ REPUBLIKY NA ZDRAVÍ A KVALITU ŽIVOTA ŠKOLNÍ MLÁDEŽE

Evžen ŘEHULKA

Abstrakt: Reprezentativní sociologický výzkum týkající se názorů občanů České republiky na zdraví a kvalitu života školní mládeže proběhl v závěru roku 2010. V jeho rámci bylo formou řízených rozhovorů osloveno 1793 náhodně vybraných občanů České republiky. Občané České republiky hodnotí současný zdravotní stav naší školní mládeže převážně jako dobrý. Průměrné hodnocení zdravotního stavu naší školní mládeže je cca 70 % pozitivní. Platí, že občané ČR ze z větší části domnívají, že základní škola svou činností přispívá ke zvyšování kvality života dětí a mládeže. Z hlediska možného přetěžování dětí a mládeže školními povinnostmi mírně převažuje mezi občany ČR názor, že k takovému přetěžování dochází často nebo občas – stanovisko zastávají cca 2/5 respondentů. K tomu, že škola děti a mladé lidi přetěžuje, se více přiklání ženy, nejmladší věkové skupiny a občané se základním vzděláním.

Klíčová slova: školní mládež, zdraví mládeže, kvalita života mládeže, škola a kvalita života, přetěžování dětí a mládeže

Problém

„Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR“, kterým vláda České republiky v roce 2002 přijala program Světové zdravotnické organizace ZDRAVÍ 21, představuje kvalitativně nové zásady budování zdravotní výchovy a zdravotní péče, jehož „hlavními cíli je ochrana a rozvoj zdraví lidí po celý jejich život a snížení výskytu nemocí a úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí“. Jedním z hlavních faktorů, na které se tyto programy orientují, je prevence. Řada úkolů, které jsou v těchto materiálech vytyčeny, se týká dětí a mládeže, neboť jde o populační skupiny, kde se získávají sociální a zdravotní návyky, které jedince mohou ovlivňovat celý život. Proto např. 4. cíl „Dlouhodobého programu ...“ ukládá „vytvořit podmínky, aby do roku 2020 mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti“. Jde o závažný úkol, zvláště při následném konstatování, že „i přes dobrou úroveň zdravotnické péče o tuto skupinu obyvatelstva se zdravotní stav dětí a mladistvých výrazně nezlepšuje. Stoupá počet alergických onemocnění, onemocnění nervového a pohybového systému, trvá nárůst poruch chování, stoupá počet závažných úrazů. Úmrtnost dorostu posledních 10 let stagnuje...“.

V současnosti výchova ke zdraví překračuje možnosti zdravotnictví a stává se také úkolem pro sociální vědy, kde se musí angažovat školství, osvěta a sociální procesy, které vedou k vytváření zdravého životního stylu. Jde o práci velmi náročnou, zvláště když ji měříme konkrétní efektivitou.

Se snahou zdravotnictví v tomto směru úzce koresponduje závažný materiál našeho školství, a to *Rámcové vzdělávací programy*, které vytváření nové strategie vzdělávání, kde je – mimo jiné – věnována explicitní pozornost také výchově ke zdraví. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* (dále *RVP-ZV*) v jedné ze svých vzdělávacích oblastí (5.8. Člověka zdraví) říká, že vzdělávání musí směřovat k tomu, „aby žáci poznávali sami sebe jako živé bytosti, aby pochopili hodnotu zdraví, smysl zdravotní prevence i hloubku problémů spojených s nemocí či jiným poškozením zdraví“. Tato vzdělávací oblast je potom konkretizována do vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví, který žákům přináší základní poznání o člověku v souvislosti s preventivní ochranou jeho zdraví.

V *RVP-ZV* je uvedena řada důležitých myšlenek, které nově formulují výchovu ke zdraví na školách a dávají nové možnosti propojení mezi školní výchovou ke zdraví a zdravotní výchovou, kterou zajišťuje zdravotnictví. V rámci zdravotnictví rozumí J. Holčík (2010) pod zdravotní výchovou:

1. edukaci pacientů,
2. varování před zdravotními riziky a
3. výchovu ke zdraví.

Výchova ke zdraví je vymezována různě (viz např. Marádová 2006, Čevela, Čevelová, Dolanský 2009, Machová, Kubátová a kol. 2009, Liba 2010 a d.); zpravidla jde o výchovnou činnost, která je zaměřena na získání zdravotních informací, znalostí a dovedností, vede k vytváření životního stylu v souladu s vědeckými zdravotními poznatky a formuje zdravotní uvědomění a odpovědnost za vlastní zdraví.

Jako každá institucionální výchova i výchova ke zdraví nezačíná od nuly, ale vychází z určité úrovně znalostí a dovedností, kterou lidé mají a kterou je možno rozvíjet, nebo kterou je dokonce nutno měnit. V této souvislosti jsme chtěli zjistit, jaké jsou názory obyčejných lidí na zdraví a kvalitu života dětí a mládeže, neboť ty mohou představovat důležité východisko, na jehož základě se uskutečňuje zdravotní výchova. Zjišťování těchto názorů považujeme za závažné, neboť se z nich odvíjejí implicitní výchovné programy rodičů a veřejnost si z těchto představ vytváří obraz současné školy jako jeden z faktorů.

V rámci zjišťování názorů občanů na zdraví současné školní mládeže a významu základní školy pro zvyšování kvality života dětí jsme se ještě zabývali některými faktory, které charakterizují způsob života dětí a mládeže. Orientovali jsme se na fenomén zatížení, resp. přetěžování žáků, na který má veřejnost často svůj vlastní názor. Otázkám zatížení žáků jsme se již dříve věnovali v relativně rozsáhlém výzkumu (Řehulka, E. 1987) a ukázalo se, že jde o fenomén, který veřejnost velmi zajímá, má na něj vlastní originální názory a často podle něho přímo posuzuje kvalitu školy.

Na závěr jsme využili ještě jedné otázky, která může být určitým determinujícím faktorem pro životní styl žáků, a to začátek vyučování, který představuje určitý moment, od kterého začíná pracovní den a který je často určujícím synchronizátorem celého žákova dne.

Výzkum

Výzkum byl koncipován jako sociologický a terénní šetření bylo provedeno technikou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. Výzkumný záměr a projekt výzkumu byl zpracován v průběhu září – října 2010.

Sběr dat byl zabezpečován agentury INRES – SONES v celé České republice.

Statistické zpracování dat bylo provedeno programem SASD 1.4.5 (statistická analýza sociálních dat). Zpracován byl 1. stupeň třídění a kontingenční tabulky vybraných ukazatelů 2. stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě χ^2 a dalších testovacích kritérií, aplikovaných dle charakteru znaků. Na základě této analýzy byla provedena interpretace dat a zpracovány příslušné tabulky a grafy.

Údaje byly získány od výběrového souboru o velikosti 1793 jedinců vybraných náhodným výběrem pomocí kvót. Soubor je reprezentativním vzorkem populace České republiky ve věku nad 15 let. Reprezentativnost byla odvozena od základního souboru obyvatelstva České republiky ve věku 15 let více.¹

Z hlediska pohlaví tvoří soubor 874 (48,7 %) mužů a 919 (51,3 %) žen, což odpovídá analogické skladbě populace ČR ve věku od 15 let více. Z hlediska relativních četností nebyla zjištěna žádná odchylka výběrového souboru od základního souboru, což znamená, že výzkum je reprezentativní pro obyvatelstvo České republiky ve věku nad 15 let z hlediska pohlaví.

Věkové skupiny v kombinaci se skupinami dle pohlaví jsou ve výběrovém souboru zastoupeny procentně takto:

	<i>MUŽI</i>		<i>ŽENY</i>	
	<i>%</i>	<i>ODCHYLKA</i>	<i>%</i>	<i>ODCHYLKA</i>
15–19 let	3,5	- 0,1	3,6	+0,1
20–24 let	4,1	0,0	3,9	+0,1
25–34 let	10,2	+0,3	9,0	-0,3
35–44 let	8,5	-0,1	8,4	+0,3
45–54 let	7,8	0,0	7,5	-0,1
55–64 let	7,8	-0,1	8,6	+0,1
nad 65 let	6,9	0,0	10,2	-0,2

Tabulka č. 1 – Složení výběrového souboru dle pohlaví a věku

Ve srovnání s věkovým členěním základního souboru nepřesahuje odchylka 0,3 %. Lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro jednotlivé věkové skupiny obyvatelstva České republiky nad 15 let.

K územnímu, resp. regionálnímu zařazení dotazovaných slouží členění dle krajů ČR, platné od roku 2001.

¹ Viz Věkové složení obyvatelstva České republiky v roce 2009. Stav k 31. 12. 2009. Praha, Český statistický úřad 2010

KRAJ	%	ODCHYLKA
PRAHA	12,0	-0,1
STŘEDOČESKÝ	11,4	-0,2
JIHOČESKÝ	6,0	-0,1
PLZEŇSKÝ	5,5	0,0
KARLOVARSKÝ	2,9	0,0
ÚSTECKÝ	8,0	+0,1
LIBERECKÝ	4,2	+0,1
KRÁLOVÉHRADECKÝ	5,5	+0,2
PARDUBICKÝ	4,8	-0,1
VYSOČINA	5,0	+0,1
JIHOMORAVSKÝ	11,1	+0,1
OLOMOUCKÝ	6,1	0,0
ZLÍNSKÝ	5,5	-0,2
MORAVSKOSLEZSKÝ	12,0	+0,1

Tabulka č. 2 – Složení výběrového souboru dle krajů

Ve srovnání s členěním základního souboru činí maximální odchylka 0,2 %.

Lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro populaci České republiky nad 15 let z hlediska pohlaví, věku a regionu.

Předběžná analýza získaných údajů ukázala, že z uvedených hledisek, jimiž je možné daný soubor popsat a charakterizovat, osvědčují nejlépe svou požadovanou diferenciací funkci základní demografické ukazatele, a sice znaky pohlaví, věku a regionální příslušnosti.

Proto také jsou tyto znaky v následujícím výkladu využívány víceméně stabilně, pochopitelně tam, kde příslušná korelace dává nějaký smysl a zjištěné rozdíly jsou natolik zřejmé, aby to odpovídalo jejich prezentaci.

Z dalších znaků, u kterých sice nebyla reprezentativnost sledována, ale které byly v rámci výzkumu zjišťovány, lze uvést vzdělání, rodinný stav, počet dětí, velikost místa bydliště, povolání, výši čistého měsíčního příjmu rodiny a stanovisko k náboženské víře. Tam, kde se ukázala statisticky významná souvislost, je na tuto skutečnost upozorněno.

V rámci terénního šetření bylo tazateli osloveno celkem 1988 náhodně vybraných občanů s žádostí o rozhovor k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života populace. Rozhovor odmítlo poskytnout 195 respondentů, tj. 9,8 % všech oslovených. S rozhovorem naopak souhlasilo 1793 respondentů, tj. 90,2 % oslovených.

Struktura odmítnutí rozhovoru z hlediska pohlaví a věku je patrná z následující tabulky:

	<i>MUŽI</i>		<i>ŽENY</i>		<i>CELKEM</i>	
	<i>ODM.</i>	<i>%</i>	<i>ODM.</i>	<i>%</i>	<i>ODM.</i>	<i>%</i>
15–19 let	8	4,1	5	2,6	13	6,7
20–24 let	7	3,6	6	3,1	13	6,7
25–34 let	23	11,8	21	10,8	44	22,6
35–44 let	22	11,3	19	9,7	41	21,0
45–54 let	15	7,7	17	8,7	32	16,4
55–64 let	17	8,7	18	9,2	35	17,9
65 A VÍCE	11	5,6	6	3,1	17	8,7
CELKEM	103	52,8	92	47,2	195	100,0

Tabulka č. 3 – Odmítnutí účasti ve výzkumu dle pohlaví a věku

Analýza odmítnutí účasti ve výzkumu z hlediska pohlaví signalizuje, že ženy byly více ochotny účastnit se výzkumu než muži. Nejméně byli ochotni zapojit se do výzkumu muži a ženy ve věku 25–44 let. Platí, že ochota k účasti ve výzkumu je nižší ve věkových skupinách 25–64 let, nejvíce byli ochotni zapojit se do výzkumu respondenti z nejmladších a nejstarších věkových skupin.

Celkově lze konstatovat, že míra odmítnutí účasti ve výzkumu je nízká.

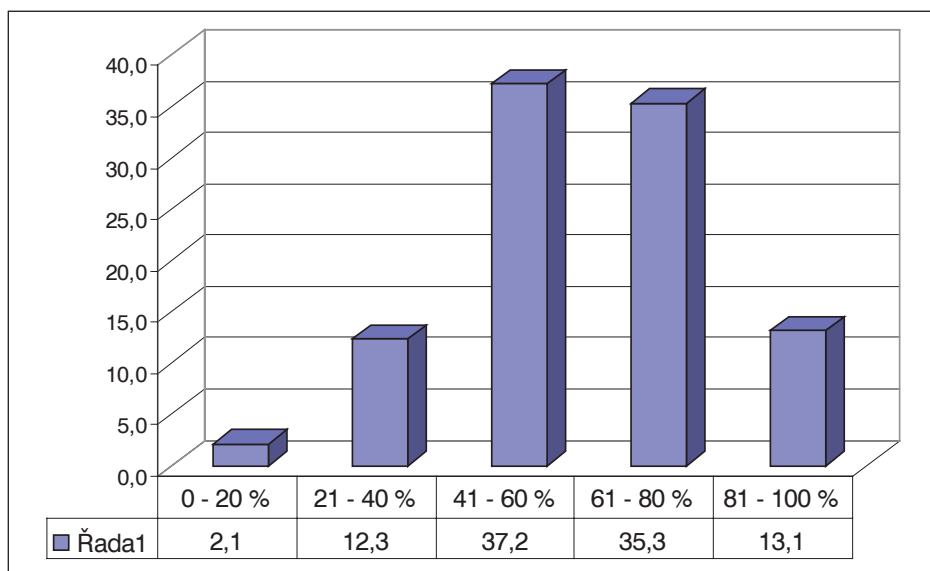
Z hlediska důvodu byl nejčastější příčinou odmítnutí účasti ve výzkumu nedostatek času (uvedlo 69,3 % respondentů). Druhou nejčastější příčinou byla nezájem o účast či lhostejnost k výzkumu (14,2 % respondentů). Dalších 7,8 % respondentů uvedlo jako příčinu odmítnutí nedůvěru k výzkumu a pochybnosti o jeho smyslu, 4,2 % respondentů uvedlo jako příčinu odmítnutí skutečnost, že považují podobné výzkumy za zbytečné, 3,5 % oslovených vyslovilo obavy ze zneužití poskytnutých informací (přes to, že výzkum byl anonymní). Zbývajících 1,0 % oslovených uvedlo zdravotní důvody, důvody jiné než uvedené nebo příčinu odmítnutí neuvedlo.

Výsledky

V úvodu jsme zjišťovali, jak veřejnost vnímá zdravotní stav současné školní mládeže. Znění otázky bylo následující: „*Uved'te v procentech, jak hodnotíte zdraví naší školní mládeže, kdy 100 % znamená nejlepší možné zdraví a 0 % nejhorší možné zdraví?*“

Jak vyplývá z otázky, měli respondenti vyjádřit své stanovisko uvedením konkrétního čísla v rozmezí od 0 % do 100 %. Znak byl tedy konstruován jako spojitý. Pro potřeby vyhodnocení byl tento spojitý znak následně transformován do intervalové podoby, kdy jednotlivé intervaly byly stanoveny takto: „0 % – 20 %; 21 % – 40 %; 41 % – 60 %; 61 % – 80 %; 81 % – 100 %“.

Na základě analýzy odpovědí na tuto otázku lze konstatovat, že občané České republiky hodnotí **současný zdravotní stav naší školní mládeže** převážně jako dobrý. Vážený aritmetický průměr má hodnotu 68,975, to znamená, že průměrné hodnocení zdravotního stavu naší školní mládeže je cca 70 %, kdy 100 % znamená nejlepší možné a 0 % nejhorší možné zdraví.

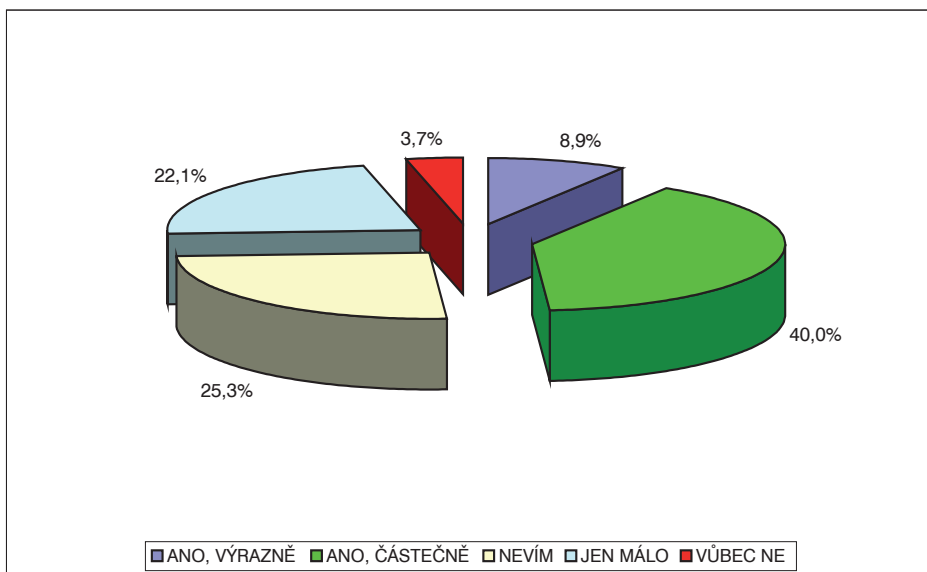


Graf č. 1 – Hodnocení zdraví školní mládeže (v %) (N = 1776)

Následná analýza zpracovaná na základě druhého stupně třídění neidentifikovala žádné statisticky významné vazby mezi názorem na zdraví současné školní mládeže a jednotlivými sociodemografickými znaky. To znamená, že tento zdravotní stav hodnotí podobně muži i ženy, jednotlivé věkové skupiny, rozdíly nebyly shledány ani dle vzdělání, rodinného stavu, velikosti místa bydliště, kraje a ostatních znaků. Znamená to, že názor občanů ČR na zdraví současné školní mládeže je v podstatě homogenní a v průměru je toto zdraví hodnoceno 70 % ze sta možných.

Jinou oblastí, která byla v rámci výzkumu sledována, byly názory občanů na základní školu z hlediska kvality života dětí. Občané byli dotázáni, zda základní škola přispívá ke zvyšování kvality života a zda děti nepřetěžuje. V souvislosti s tím byl rovněž zjišťován názor občanů na optimální začátek vyučování.

Další otázka se týká **vlivu základní školy na kvalitu života dětí**; byla formulována jako uzavřená v následujícím znění: „*Domníváte se, že naše základní škola přispívá ke zvyšování kvality života dětí a mládeže?*“ Respondenti měli možnost zvolit jednu z následujících odpovědí: „1) ano, výrazně; 2) ano, částečně; 3) nevím; 4) jen málo; 5) vůbec ne“.



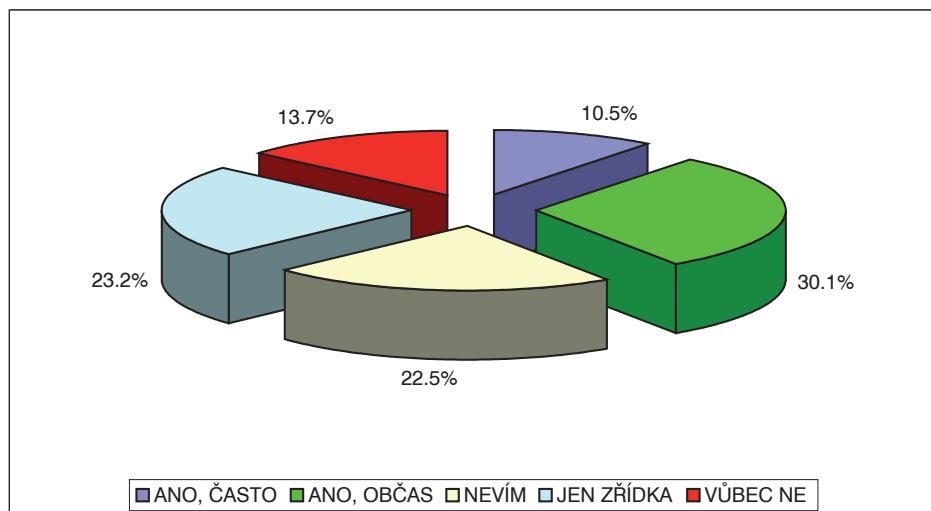
Graf č. 2 – Přispívá základní škola ke zvyšování kvality života dětí a mládeže?
(N = 1792)

Z analýzy vyplývá, že téměř $\frac{1}{2}$ (48,9 %) občanů ČR vidí úlohu základní školy kladně a myslí si, že výrazně či částečně přispívá ke zvýšení kvality života dětí a mládeže. Další cca $\frac{1}{4}$ (25,3 %) občanů nemá v této otázce jasno a nedovede situaci v této oblasti posoudit, zbývající cca $\frac{1}{4}$ (25,8 %) občanů spatřuje jen malý nebo nevidí vůbec žádný přínos základní školy ke zvýšení kvality života dětí a mládeže.

Analýza statisticky významných souvislostí neprokázala vazbu pohlaví a stanoviska k této otázce. Muži i ženy mají tedy na tuto záležitost podobný názor. V případě věku byla identifikovaná tendence mladších věkových skupin hodnotit úlohu školy z hlediska vlivu na kvalitu života kritičtěji než v případě starších věkových skupin. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě členění dle věku hodnotu 51,721 při 24 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. To znamená, že názory na tuto problematiku jsou závislé na věku. Identifikovaná byla rovněž souvislost se vzděláním. Platí, že respondenti se základním vzděláním častěji uvádějí, že základní škola nepřispívá ke zvyšování kvality života dětí a mládeže případně více volí odpověď „nevím“; respondenti, kteří uvedli, že jsou vyučeni, rovněž významně častěji volí odpověď „nevím“, zatímco respondenti s vysokoškolským vzděláním více než ostatní hodnotí úlohu školy v této oblasti kladně. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 51,540 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. To znamená, že názory na tuto problematiku jsou závislé na vzdělání. Je rovněž logické, že respondenti, kteří uvedli, že jsou svobodní a nemají děti, častěji než ostatní volí odpověď „nevím“.

Lze tedy konstatovat, že občané ČR ze z větší části domnívají, že základní škola svou činností přispívá ke zvyšování kvality života dětí a mládeže. Toto stanovisko častěji zastávají starší občané, s vyšším, zpravidla vysokoškolským vzděláním.

Jiná otázka, související se školou, se týkala **problematicky možného přetěžování dětí**. Otázka, zjišťující tuto okolnost byla formulována jako uzavřená. Její znění bylo následující: „*Domníváte se, že naše školní mládež je přetěžována školními povinnostmi?*“ Respondenti měli možnost zvolit jednu z následujících odpovědí: „1) ano, často; 2) ano, občas; 3) nevím; 4) jen zřídka; 5) vůbec ne“.

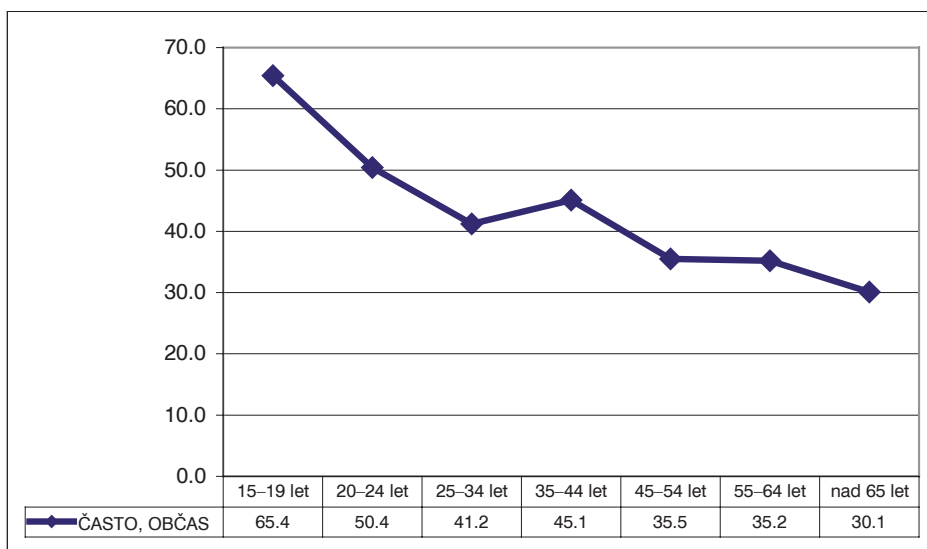


Graf č. 3 – Je naše školní mládež přetěžovaná školními povinnostmi? (N = 1792)

Z hlediska možného přetěžování dětí a mládeže školními povinnostmi mírně převažuje mezi občany ČR názor, že k takovému přetěžování dochází často nebo občas - stanovisko zastávají cca 2/5 (40,6 %) respondentů. Značná část občanů (22,5 %) nemá na tuto záležitost jasný názor a zbývajících 36,9 % se domnívá, že k přetěžování dochází jen zřídka případně vůbec.

V názorech na přetěžování školní mládeže školou byly identifikovány statisticky významné souvislosti. Platí, že muži častěji než ženy uvádějí, že k přetěžování vůbec nedochází a rovněž více volí odpověď „nevím“, ženy se více než muži přiklání k tomu, že škola děti a mladé lidi přetěžuje. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě členění dle pohlaví hodnotu 26,912 při 4 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. To znamená, že názory na tuto problematiku jsou závislé na pohlaví dotazovaného.

Silná je vazba vztahu názoru na přetěžování dětí a mládeže školou a věku. Jednoznačně platí, že nejvíce jsou o tomto přetěžování přesvědčeny nejmladší věkové skupiny, s přibývajícím věkem toto přesvědčení klesá a nejmenší je v nejvyšší věkové skupině. Tato souvislost je patrná z následujícího grafu, kde je provedena sumace odpovědí „často“ a „občas“.



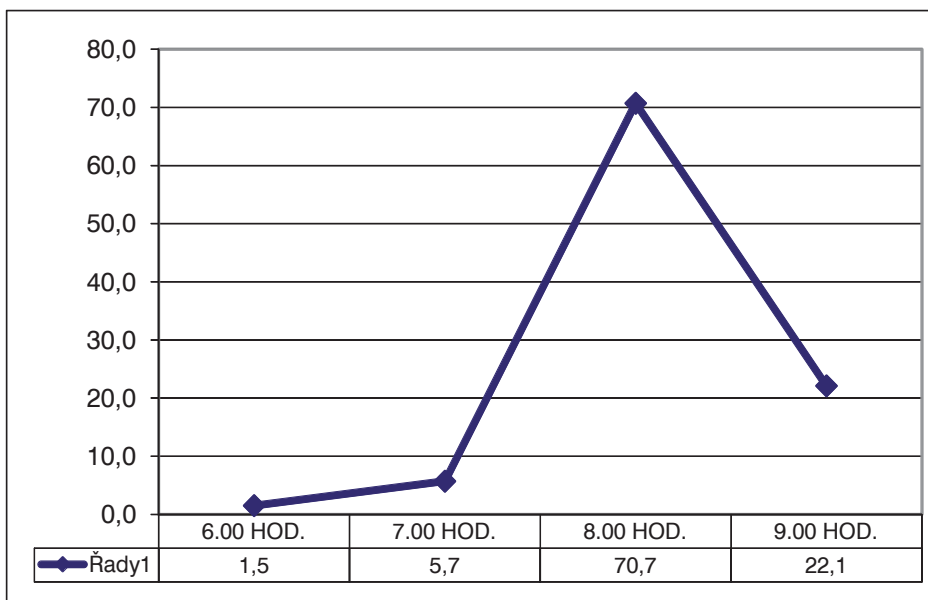
Graf č. 4 – Je naše školní mládež přetěžovaná školními povinnostmi?
– suma odpovědí „často“ a „občas“ dle věku (v %) (N = 1792)

Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě členění dle věku hodnotu 151,545 při 24 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Test nezávislosti má v případě věku hodnotu 0! Jednoznačně tedy platí, že názory na tuto problematiku jsou závislé na věku dotazovaného. O přetěžování jsou přesvědčeni především ti, kterých se to aktuálně týká, tj. studenti středních škol, kteří převážně tvoří nejmladší věkovou skupinu.

O věkové podmíněnosti názorů na tuto otázku svědčí i skutečnost, že jsou o ni přesvědčeni z hlediska rodinného stavu zejména svobodní.

Identifikována byla rovněž vazba tohoto znaku na vzdělání. Platí, že občané se základním vzděláním jsou o přetěžování přesvědčeni více než ostatní, vyučení častěji volí odpověď nevím. V tomto případě může zprostředkovaně působit věk, neboť mezi respondenty se základním vzděláním je nejvíce studentů středních škol a učilišť. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 60,858 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$.

V souvislosti s problematikou vlivu základní školy na kvalitu života dětí a mládeže a problematikou přetěžování školní mládeže jsme zjišťovali i některé názory a organizaci pracovního režimu školních dětí, které jsou důležitým faktorem životního stylu. V této studii uvádíme pouze názory občanů ČR **nejvhodnější začátek školního vyučování**, což je někdy otázka, která je často předmětem diskuse. Dotazovali jsme se prostřednictvím uzavřené otázky následujícího znění: „V kolik hodin by dle Vašeho názoru mělo začínat vyučování na základních školách?“ Respondenti měli možnost zvolit jednu z následujících odpovědí: „1) v 6.00 hod.; 2) v 7.00 hod.; 3) v 8.00 hod.; 4) v 9.00 hod.“.



Graf č. 5 – Nejvhodnější doba pro zahájení školního vyučování (v %) (N = 1793)

Za nejvhodnější dobu pro zahájení školního vyučování považují občané ČR jednoznačně 8.00 hod. Pro tuto hodinu se vyslovilo 7/10 (70,7 %) dotázaných. Menší část (22,1 %) doporučuje zahajovat školní vyučování v 9.00 hod., jiná hodina je doporučována jen výjimečně.

Muži i ženy mají na dobu zahájení školního vyučování shodný názor, statisticky významné rozdíly nebyly z hlediska pohlaví v tomto případě identifikovány. Platí však, že nejnížší věkové skupiny (15–19 let a 20–24 let) významně častěji než ostatní doporučují zahajovat školní vyučování v 9.00 hod. Tato odlišnost je statisticky významná. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě členění dle věku hodnotu 83,715 při 18 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Jinými slovy, respondenti, kteří v současné době navštěvují školu, by ve větší míře než ostatní, posunuli začátek školního vyučování na 9.00 hod. Věk působí i prostřednictvím rodinného stavu – zahájení školního vyučování v 9.00 hod. doporučují zejména ti respondenti, kteří uvedli, že jsou svobodní. Pro tento začátek jsou významně více ti, kteří uvedli, že mají základní vzdělání. Vyučení naopak více než ostatní doporučují stanovit začátek školního vyučování na 7.00 hod. Chí-kvadrát charakteristika testu nezávislosti (χ^2) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 50,871 při 9 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. To umožňuje konstatovat, že stanovisko k optimální hodině zahájení školního vyučování je ovlivněno stupněm dosaženého vzdělání.

Diskuse

Výsledky, k nimž jsme v této studii došli, jsou celkem očekávané a ukazují konvenční názory veřejnosti na hlavní otázky naší současné školy a mládeže. Z jiného

pohledu můžeme hodnotit výsledky našeho výzkumu jako pozitivní; statisticky se neobjevují v zásadě výrazná negativní hodnocení. Jestliže je zdravotní stav naší školní mládeže hodnocen pozitivně, je možno to zjištění chápat se sympatiemi, ale na druhé straně by bylo potřebné dále explarovat oněch cca 30 % mládeže, které již do této skupiny nejsou započítávány. Chápeme však naši studii jen jako orientační a obecnou, jejíž výsledky by měly být východiskem dalšího zkoumání. Problémem je také hodnocení a posuzování zdraví ve veřejnosti. Právě řada současných koncepčních změn v posuzování zdraví může u některých výsledků vyvolávat diskusi; některé naše výzkumy ukazují, že i pedagogové mají v této oblasti neujasněná stanoviska (Řehulka, E. 2011, 2007, 2000, Řehulka, E., Řehulková, O. 1998b).

Podobně by bylo možné diskutovat otázky týkající se ovlivňování kvality života dětí a mládeže školou. I když přímo se o těchto tématech nemluví, veřejnost se intenzivně zabývá především psychologickými nedostatky školy, je velmi citlivá na problémy autority, šikany, školního klimatu a často žádá od školy, aby řešila, co nezvládá rodina či je kritická tam, kde školní mládež vlastně zrcadlí nedostatky společnosti. Přesto ale ve svém celku je škola vnímána z hlediska formování kvality života dětí a mládeže pozitivně. Zajímavé srovnání našich zjištění můžeme provést s výsledky obecněji zaměřené publikace I. Možného (2002).

Zdánlivě dílčím problémem současné školy je otázka přetěžování, která je na rozdíl od minulých diskusí (viz Řehulka E. 1987) orientována spíše na smysluplnost školní výuky. Problematiku přetěžování ve škole je nutno strukturovat, zvláště chceme-li vytvořit výchovná a preventivní opatření. Již dříve jsme konstatovali, že „při prevenci zátěže je nutno prostudovat a znát specifichnosti školy ve smyslu sociálního složení žáků, demografických charakteristik prostředí, koncepce pedagogické práce atd. což jsou v úhrnu faktory, které silně determinují proces zatěžování žáků“ (Řehulka, E. 1987 s. 130).

Tradiční názory jsme získali i na začátek školního vyučování, kde osmá hodina je považována za obvyklé zahájení školní práce, podle které se často orientuje časový režim rodin nebo dopravy. Prodlužování večerní práce nebo zábavy (např. televize) vede ve zejména u mladých lidí k tomu, aby – v souladu s životním režimem většiny západních evropských zemí – posunovali začátek školního vyučování do pozdějších hodin. Celkově však veřejnost zůstává při organizaci dne, do kterého musíme zařadit i školní povinnosti, na tradičních synchronizátorech.

Závěry

Občané České republiky hodnotí **současný zdravotní stav naší školní mládeže** převážně jako dobrý. Průměrné hodnocení zdravotního stavu naší školní mládeže je cca 70 %, kdy 100 % znamená nejlepší možné zdraví a 0 % nejhorší možné zdraví. Tento názor je homogenní a jednotlivé skupiny občanů se ve svém hodnocení statisticky významně neliší.

Platí, že občané ČR ze z větší části domnívají, že základní škola svou činností přispívá ke **zvyšování kvality života dětí a mládeže**. Toto stanovisko častěji zastávají starší občané, s vyšším, zpravidla vysokoškolským vzděláním.

Z hlediska možného přetěžování dětí a mládeže školními povinnostmi mírně převažuje mezi občany ČR názor, že k **přetěžování** dochází často nebo občas –

stanovisko zastávají cca 2/5 respondentů. Značná část občanů (22,5 %) nemá na tuto záležitost jasný názor a zbývajících 36,9 % se domnívá, že k přetěžování dochází jen zřídka, případně vůbec. K tomu, že škola děti a mladé lidi přetěžuje, se více přiklání ženy, nejmladší věkové skupiny a občané se základním vzděláním.

Za nejvhodnější dobu pro **zahájení školního vyučování** považují občané ČR jednoznačně 8.00 hod. Pro tuto hodinu se vyslovilo 7/10 (70,7 %) dotázaných. Menší část (22,1 %) doporučuje zahajovat školní vyučování v 9.00 hod., jiná hodina je doporučována jen výjimečně. Pozdější zahájení školního vyučování (9.00 hod.), doporučují zejména nejmladší věkové skupiny, to znamená zejména ti, kteří školu v současnosti navštěvují.

THE CZECH CITIZENS' OPINIONS ON THE HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF SCHOOL-AGE YOUTH

Abstract: A representative sociological research of the views held by the citizens of the Czech Republic regarding the health and quality of life of school-age youth was conducted at the end of 2010. In its course, 1793 randomly selected Czech citizens were questioned, using the form of a structured interview. Most Czech citizens consider the current health condition of our schoolchildren to be good. The health status of the young people in our schools is rated as 70 % positive on average. The Czech citizens, for the most part, believe that primary school activities contribute to a higher quality of young people's lives. As to the possibility of students being overloaded with scholastic duties, the public slightly favors the opinion that such overloading occurs frequently or occasionally – about 2/5 of the respondents take that position. The notion that the youngsters are overloaded by schoolwork is more prevalent among women, the youngest age groups, and the citizens with basic education.

Key words: school-age youth, adolescent health, young people's quality of life, school and the quality of life, overloading of students

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 kurikúl 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, zámerne 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 svojím 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 rovinu medicínsko-andragogicko-pedagogickú ako aj rovinu 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 udržiavaniu 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, komunít 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 jednotliviec 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, Závadná, 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

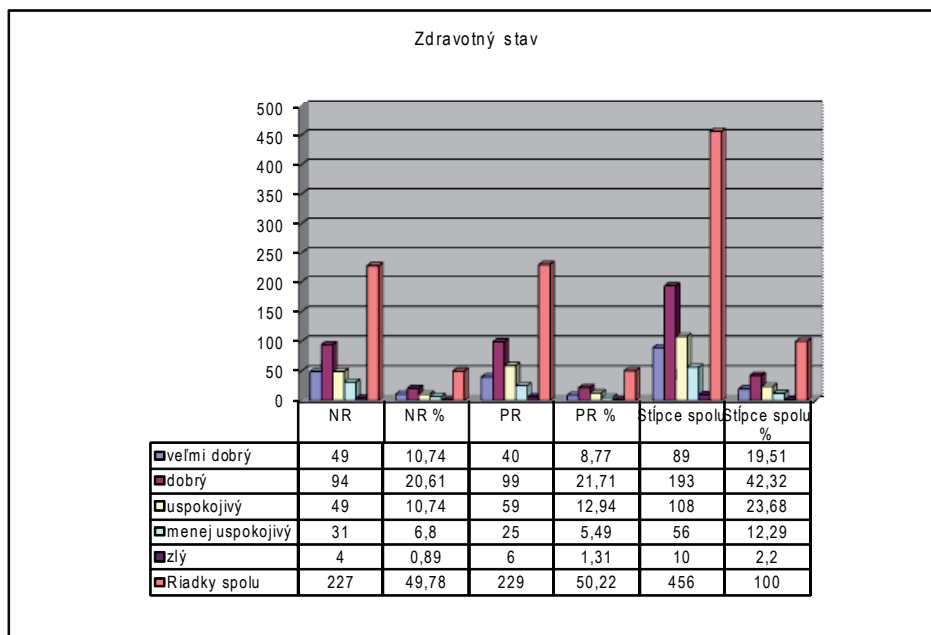
Ako východiskovú metódu pre získanie údajov o skúmanej problematike sme použili **metódu dotazníka vo vybraných, základných a stredných školách Nitrianskeho a Prešovského kraja**. Uvedené kraje sme zvolili pre ich podobnosť z hľadiska štruktúry obyvateľstva a teritoriálneho umiestnenia západnej a východnej 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 vyplňanie 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).

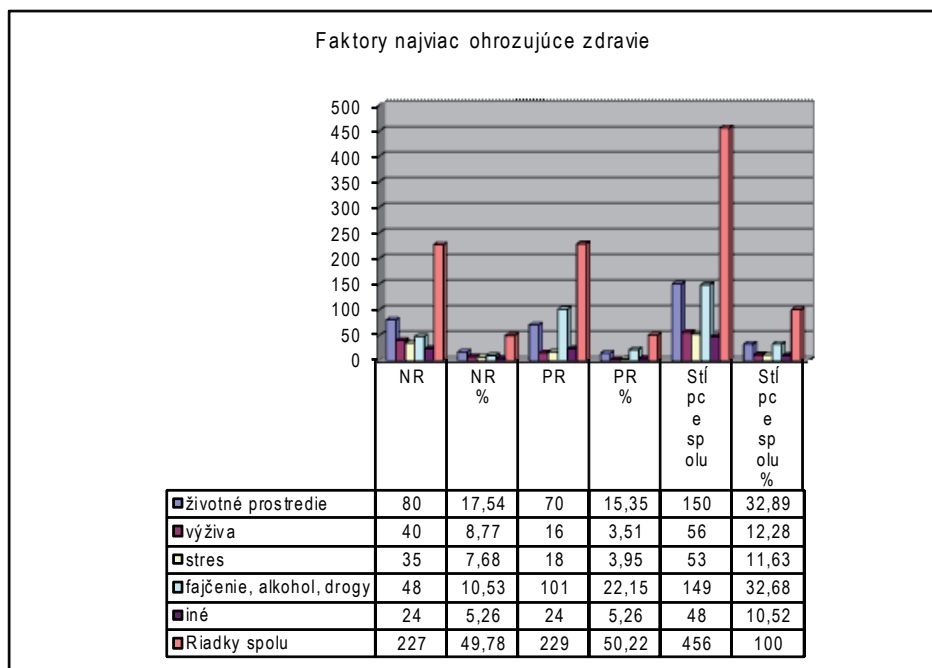
Výsledky

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

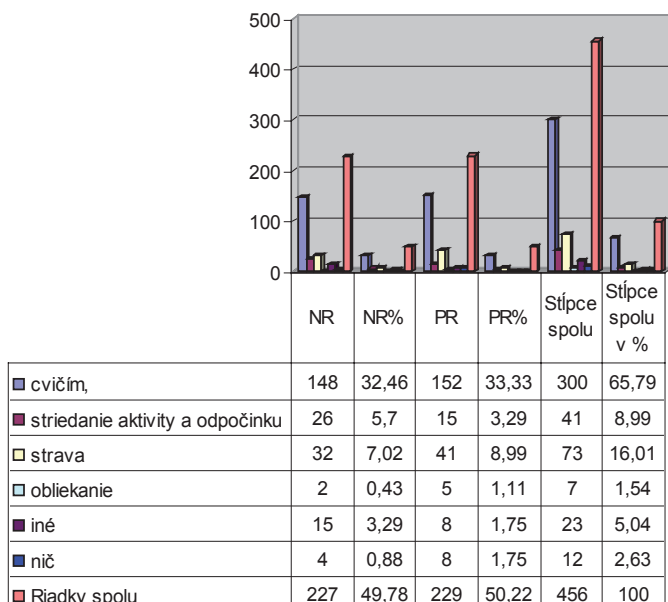
Pri zisťovaní hodnotenia svojho zdravotného stavu respondenti najčastejšie uviedli možnosť *dobrá* n = 193 (42,32 %). Ďalšia v poradí bola možnosť *uspokojivý*, ktorú uviedlo n = 108 (23,68 %). Krajnú možnosť *zlý* označilo n = 10 (2,2 %) respondentov. Zistenia korešpondujú s najčastejšie sa vyskytujúcou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



Graf 2: Faktory najviac ohrozujúce zdravie

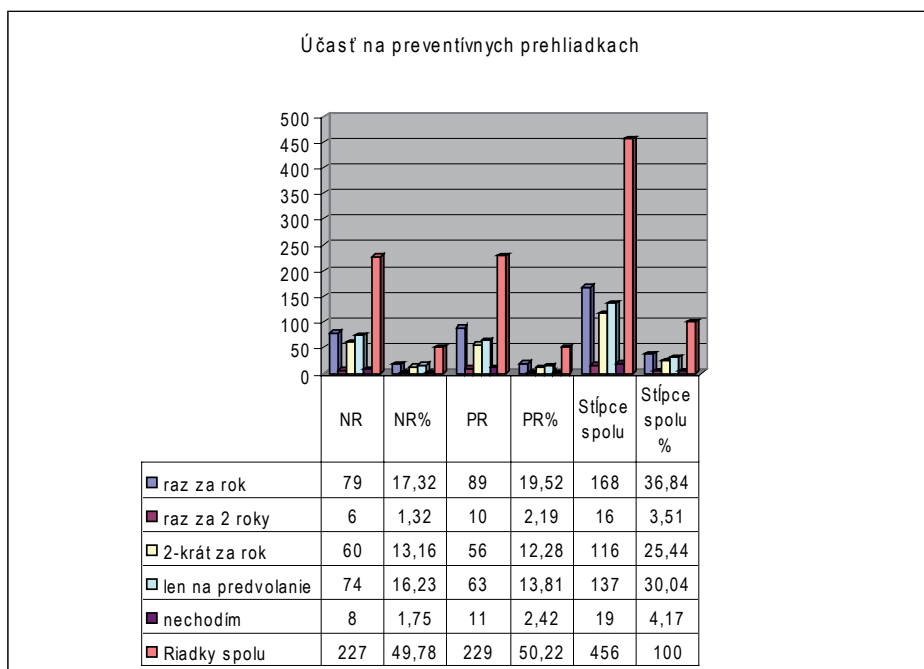
Graf 2 znázorňuje odpovede respondentov vzťahujúce sa k faktorom ohrozujúcim zdravie. Podľa $n = 150$ (32,89 %) respondentov je najčastejším faktorom *životné prostredie*. Ďalším faktorom v poradí je *fajčenie, alkohol, drogy*, čo uviedlo $n = 149$ (32,68 %) respondentov. *Výživu* považuje za výrazne 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



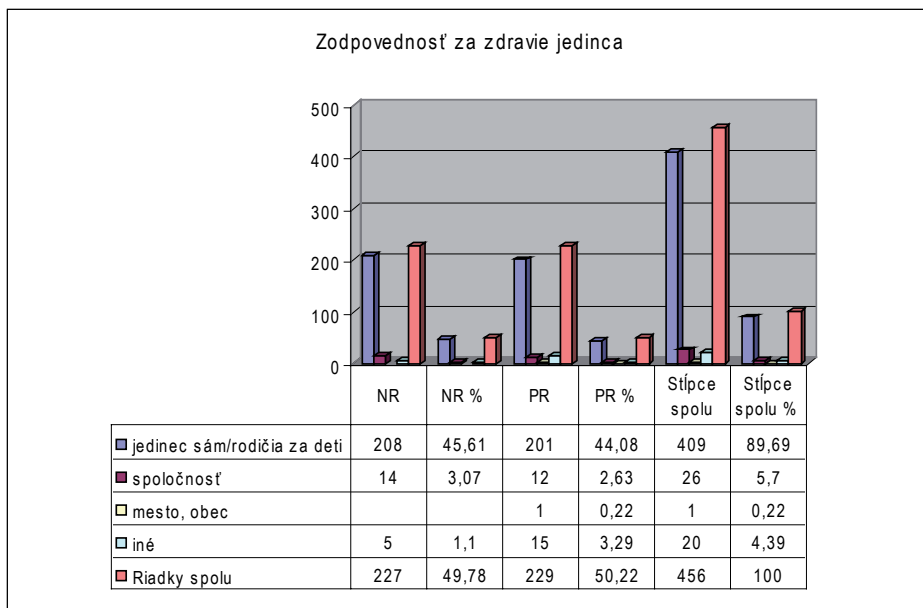
Graf 3: Aktivity pre udržanie zdravia

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.



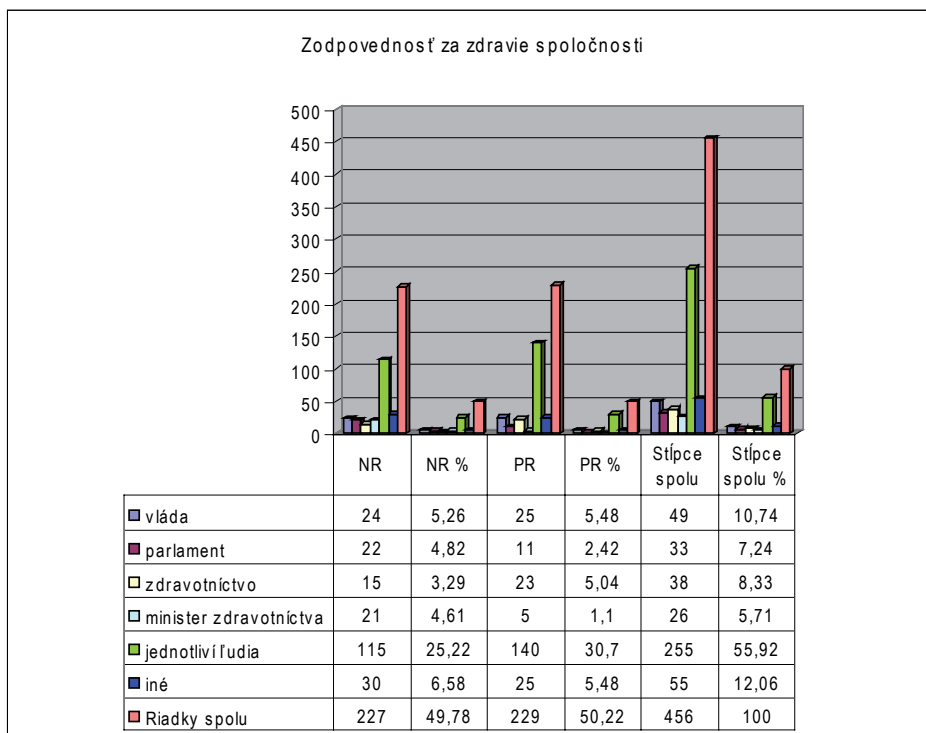
Graf 4: Účasť na preventívnych prehliadkach

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

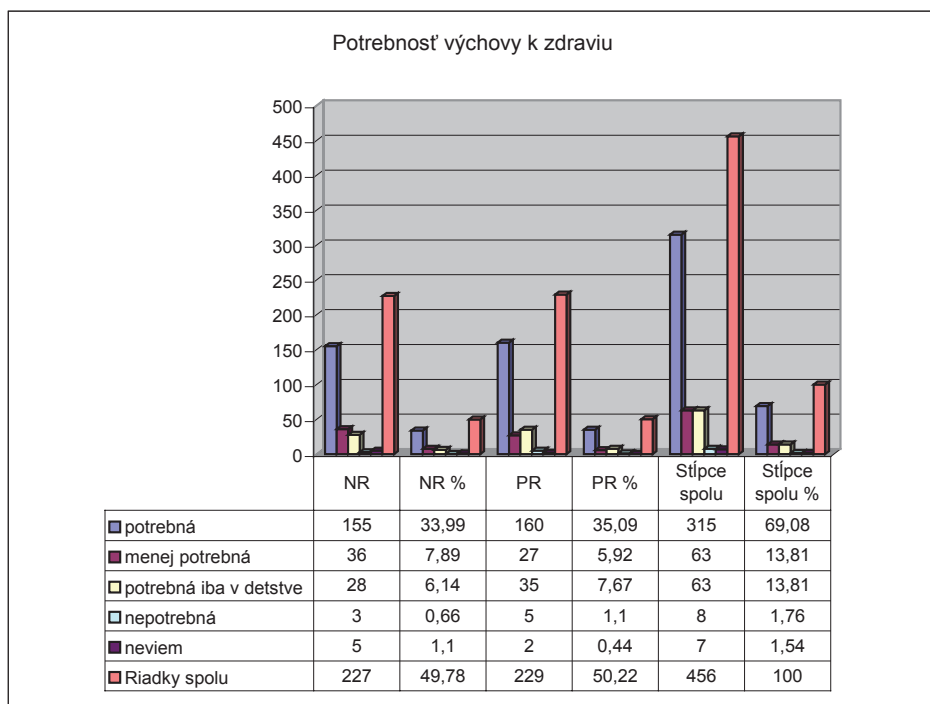
V ďalšej otázke nás zaujímal názor respondentov o zodpovednosti za zdravie jedinca. S potešením sme zaznamenali výsledok $n = 409$ (89,69 %) respondentov svedčiaci o vlastnej zodpovednosti za zdravie *jedinca samého*. V možnosti *iné* uvádzalo $n = 20$ (4,39 %) respondentov lekára, Boha, šport, učiteľov,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



Graf 6: Zodpovednosť za zdravie spoločnosti

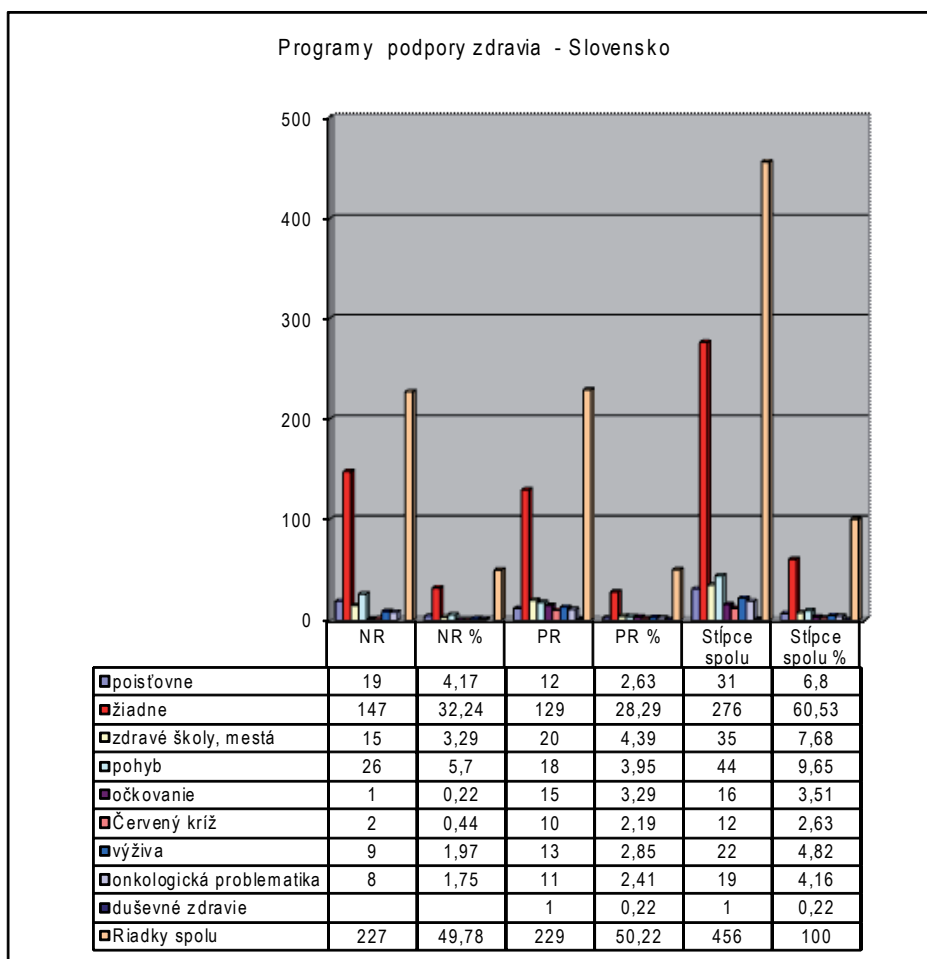
Tiež nás zaujímal názor respondentov na zodpovednosť za zdravie spoločnosti. Z nami ponúkaných možností respondenti najčastejšie volili možnosť *jednotliví ľudia* $n = 255$ (55,92 %). V možnosti *iné* $n = 55$ (12,06 %) respondentov dopísalo poisťovne, lekárov, Boha, elektrárne, vedcov, médiá, firmy 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

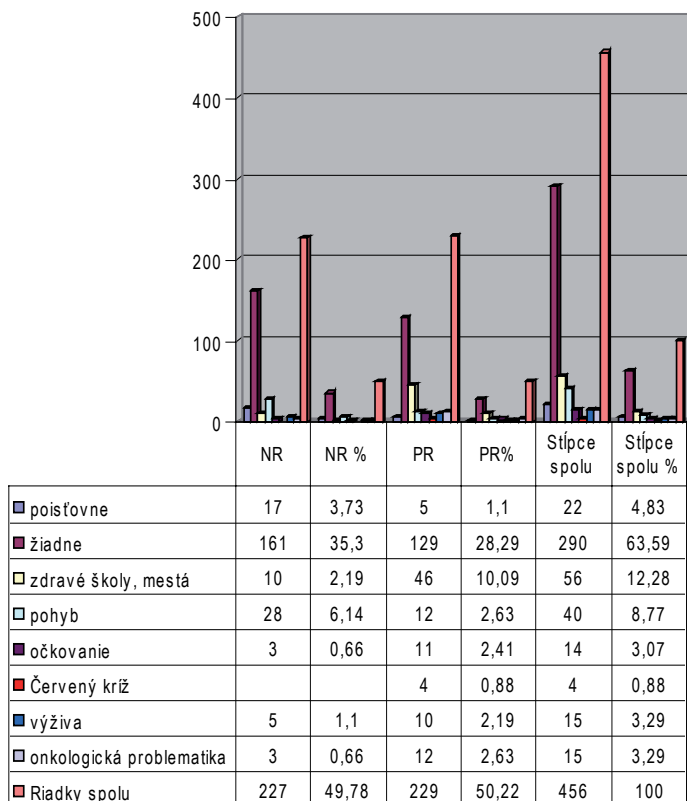
Vzhľadom k stanoveným cieľom sme položili respondentom otázku o potrebnosti výchovy k zdraviu pre človeka. Zistili sme, že podľa $n = 315$ (69,08 %) respondentov je výchova k zdraviu pre človeka *potrebná*. *Menej potrebná* a *potrebná iba v detstve* je zhodne podľa $n = 63$ (13,81 %) respondentov, *nepotrebná* 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 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, 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.

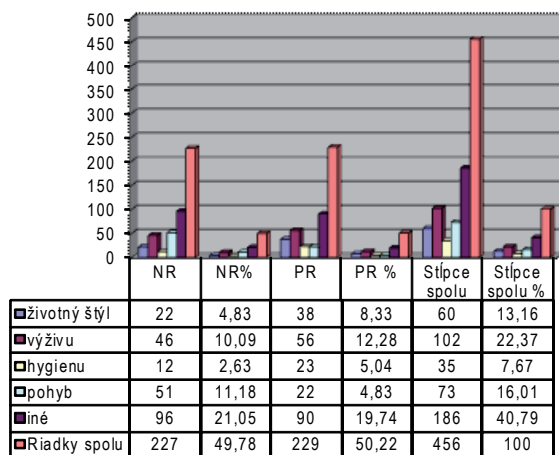
Programy podpory zdravia realizované v okolí respondentov



Graf 9: Programy podpory zdravia realizované v okolí respondentov

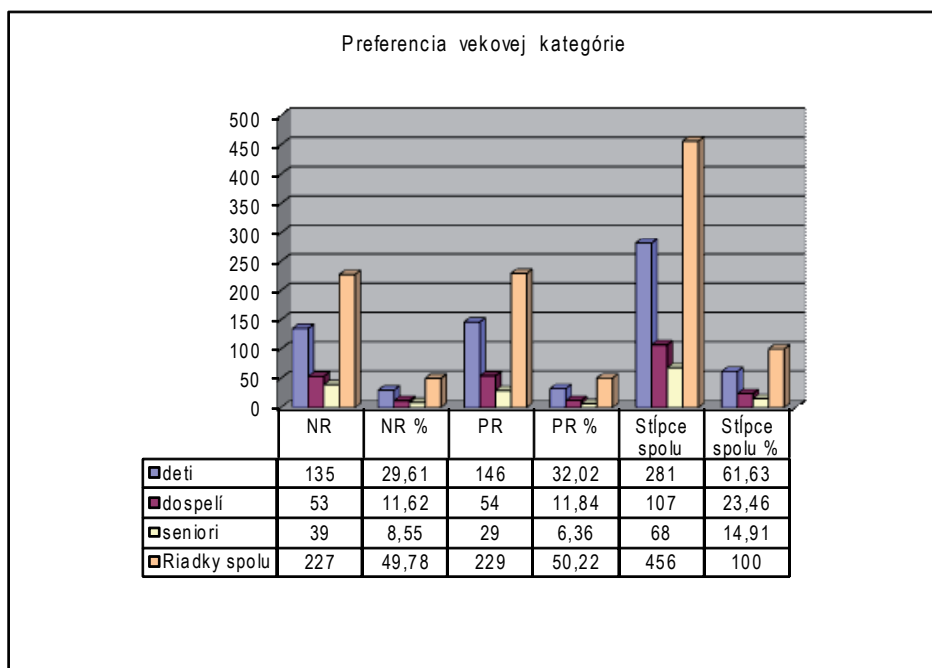
V nadväznosti na predchádzajúcu otázku, sme sa pýtali na programy realizujúce sa v okolí respondentov. Až $n = 290$ (63,59 %) z nich neuviedlo *žiadne* programy. $N = 56$ (12,28 %) respondentov uviedlo *zdravé školy, zdravé mestá*, $n = 40$ (8,77 %) uviedlo *pohyb*, $n = 22$ (4,83 %) uviedlo *poisťovne*, 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*.

Zameranie programov na oblasť



Graf 10: Zameranie programov na oblasť

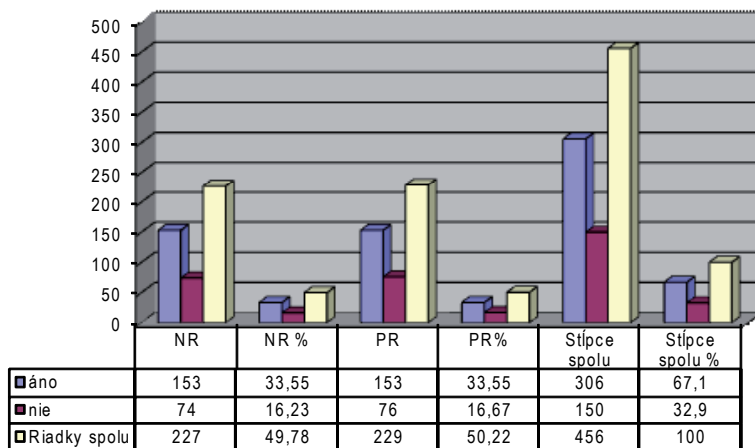
V súlade s cieľmi práce sme sa zaujímali, na akú oblasť výchovy k zdraviu sú programy predovšetkým zamerané. Respondenti mali možnosť uvádzať iba jednu možnosť. Graf 10 znázorňuje odpovede respondentov podľa krajov. N = 186 respondentov (40,79 %) využilo možnosť označiť *iné* a nedopísalo žiadnu oblasť. 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*.

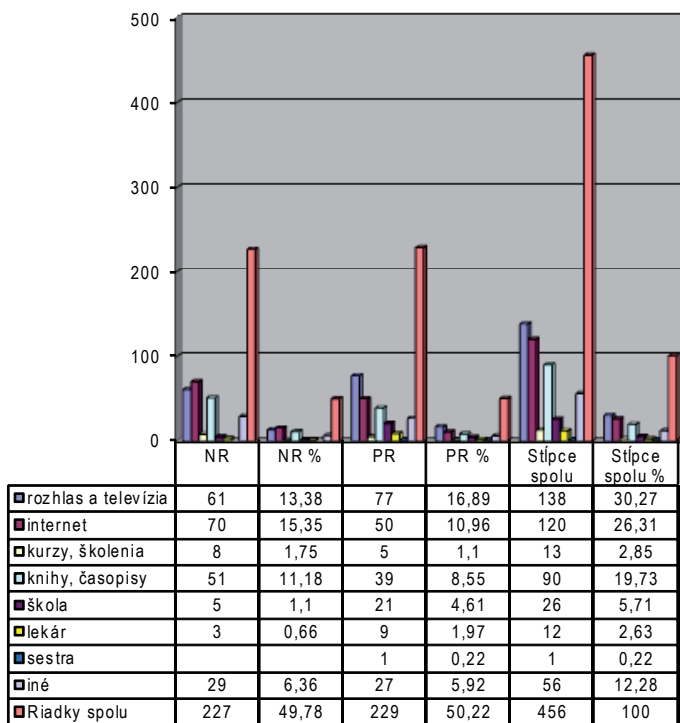
Výchova k zdraviu - priorita spoločnosti



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 ohrožujúce 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 signifikantný 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, vedia 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. Náš 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 (Hegyi 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 stredoškóľakov 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 vysvetľujeme vo vekovom zložení respondentov, nakoľko autorka Koldelová pracovala iba so stredoškóľakmi. 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 prehľbiť. Uvedomujeme si, že výskumné závery, ku ktorým sme dospeli, majú svoje limity. Na skvalitnenie skúmanej problematiky odporúčame:

1. Klásť dôraz na neustále prehlbovanie 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. Prehlbovať 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

ZKUŠENOSTI S VÝCHOVOU KE ZDRAVÍ V ČESKÉM ZÁKLADNÍM VZDĚLÁVÁNÍ

Leona MUŽÍKOVÁ, Vladislav MUŽÍK

Abstrakt: Kapitola představuje výchovu ke zdraví jako nově se formující vzdělávací obor základního vzdělávání i jako předmět kurikulárního výzkumu. V českém rámcovém vzdělávacím programu je výchova ke zdraví spolu s tělesnou výchovou součástí vzdělávací oblasti Člověk a zdraví. Kurikulární výzkumy zaměřené na výchovu ke zdraví a na tělesnou výchovu odhalují potíže, s nimiž se implementace výchovy ke zdraví do školní praxe potýká. Výzkumy výchovy ke zdraví i výzkumy tělesné výchovy rovněž naznačují, že v uvedených vzdělávacích oborech existuje nesoulad mezi projektovanou formou kurikula a její realizací ve školní praxi. Kapitola se proto zaměřuje na výzkumné poznatky a podněty, které mohou přispět ke zkvalitnění výchovy ke zdraví a tělesné výchovy v základním vzdělávání.

Klíčová slova: výchova ke zdraví, tělesná výchova, vzdělávací obor, vzdělávací oblast, rámcový vzdělávací program, školní vzdělávací program, projektované kurikulum, realizované kurikulum, výzkum výchovy ke zdraví, výzkum tělesné výchovy

Úvod

Kurikulární reformy po roce 1989 nastolily v České republice (ČR) diskusi o globální podobě českého školství i o dílčích aspektech výchovy a vzdělávání. Začaly se realizovat výzkumy kurikula v různých vzdělávacích oblastech, vzdělávacích oborech, vyučovacích předmětech apod.

Ani nově se formující vzdělávání v oblasti *výchovy ke zdraví* (*Health Education*) nezůstává stranou pozornosti. Podněty pro výzkum v oblasti výchovy ke zdraví se opírají jak o vlastní výzkumné poznatky (např. Mužíková, 2006, 2008, 2010a, 2010b, 2011; Mužík, Mužíková, 2007; Mužík, Vlček et al., 2010; aj.), tak o aktuální údaje zveřejněné dalšími autory nebo institucemi, např. Výzkumným ústavem pedagogickým v Praze (Tupý, 2008, 2011), Českou školní inspekci (2010) a jinými.

Vývoj vzdělávání v oblasti výchovy ke zdraví po roce 1989 s akcentem na základní vzdělávání se pokusíme v následujícím textu stručně nastínit a doložit výzkumnými výsledky. Současně se zaměříme i na *tělesnou výchovu* (*Physical Education*), která v českém základním vzdělávání doplňuje výchovu ke zdraví.

1 Výchova ke zdraví jako vzdělávací obor

Výchovu ke zdraví chápeme v obecné rovině jako součást *podpory zdraví (Health Promotion)*. Podle Holčíka (2004) představuje podpora zdraví neustále doplňovaný souhrn myšlenek, prostředků a metod, který je možné nazvat: posilování, upevňování, podpora, ochrana a rozvoj zdraví za aktivní účasti jednotlivých občanů, skupin, organizací i společnosti jako celku. Nejde tedy o výhradní záležitost zdravotnictví, ale o aktivity jedinců, skupin, organizací, resortů i společnosti jako celku.

Výchovu ke zdraví v oblasti vzdělávání lze pojímat širěji jako součást celého systému výchovy a vzdělávání a užeji jako konkrétně vymezený vzdělávací obor definovaný vzdělávacími dokumenty. Výchova ke zdraví by měla vést k růstu zdravotního vědomí a chování občanů. Často se v této souvislosti používá termín *zdravotní gramotnost*, označující „kognitivní a sociální dovednost determinující motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využít je k rozvoji a udržení dobrého zdraví.“ (Holčík, 2004, s. 120)

Zdravotní gramotnost by měla být předpokladem pro *zdravý životní styl* (případně *zdravý způsob života*). Podle Liby (2005, s. 5) jde o „vyváženost psychické a fyzické zátěže, o cílevědomou pohybovou aktivitu, racionální výživu, harmonické vztahy mezi lidmi, zodpovědný pohlavní život, odmítání návykových látek, zodpovědnost v oblasti práce a života, osobní a pracovní hygienu atd.“ Zdravý životní styl se promítá do *kvality života*, která vyjadřuje celkovou spokojenost se životem a všeobecný pocit osobní pohody, duševní harmonie a životní spokojenosti.

Pojem *výchova ke zdraví*¹ budeme v následujícím textu užívat především jako oficiální označení jednoho z oborů české *Soustavy oborů vzdělávání*. Stěžejním koncepčním dokumentem, který zakotvil vzdělávací obor *výchova ke zdraví* do systému českého základního vzdělávání, byl *Standard základního vzdělávání* z roku 1995. Tento standard formuloval v souhrnné podobě podstatné vzdělávací cíle i soubory závazných vzdělávacích obsahů, k jejichž naplnění měla veškerá pedagogická činnost směřovat. Tzv. kmenové učivo bylo uspořádáno podle vzdělávacích oblastí a ve svém celku vyznačovalo obsah a rozsah základní vzdělanosti, kterou by žáci měli získat v průběhu povinné školní docházky. Uvnitř jednotlivých vzdělávacích oblastí byly vyčleněny vzdělávací obory tvořící rámec pro výběr kmenového učiva a východiska pro jeho didaktické zpracování ve vzdělávacích programech.

Standard základního vzdělávání sloužil i jako nástroj sebeevaluace školy. Byl zaměřený jak na zjišťování efektivnosti vzdělávacích činností, tak na hodnocení výsledků dosažených žáky. Tím, že standard formuloval obecně platný rámec základního vzdělávání, byl i vhodným východiskem pro tvorbu kritérií uplatňovaných v kontrolní a hodnotící činnosti České školní inspekce.

Vzdělávací obor *výchova ke zdraví* patřil ve Standardu základního vzdělávání do kmenového učiva a byl zařazen spolu s oborem *tělesná výchova a sport (Physical Education and Sport)* do vzdělávací oblasti *Zdravý životní styl*. Šlo o poznání

¹ Poznámka pro překladatele: Vzdělávací obor výchova ke zdraví je v českých vzdělávacích dokumentech psán s velkým počátečním písmenem: Výchova ke zdraví. V obecnějším smyslu je ale výchova ke zdraví psána s malým počátečním písmenem. V překladu prosíme o sjednocení podle dalších součástí publikace. Obdobné je to s tělesnou výchovou.

nejdůležitějších příznivých a nepříznivých vlivů, které mohou působit na vývoj člověka v průběhu jeho života i na jeho aktuální tělesný a duševní stav.

Kmenové učivo oboru *výchova ke zdraví* bylo zařazeno do následujících okruhů, které byly ve Standardu základního vzdělávání dále rozpracovány a vymezeny zvlášť pro 1. a 2. stupeň ZŠ:

- rodina, domov a rozvoj osobnosti;
- základy duševní a tělesné hygieny, režim dne;
- zdravá výživa;
- prevence zneužívání návykových látek;
- základy sexuální výchovy;
- osobní bezpečí;
- pohybová aktivita a zdraví.

Druhým oborem vzdělávací oblasti *Zdravý životní styl*, jak již bylo uvedeno, byl vzdělávací obor *tělesná výchova a sport*. Vzdělávání v tomto oboru mělo směřovat k tomu, aby si žáci osvojili pohybové dovednosti, kultivovali svůj pohybový projev i správné držení těla, usilovali o optimální rozvoj zdravotně orientované zdatnosti aj.

V souladu s novými principy kurikulární politiky zformulovanými v roce 2001 v *Národním programu rozvoje vzdělávání v České republice – Bílé knize*, se do vzdělávací soustavy začal zavádět nový systém kurikulárních dokumentů pro vzdělávání žáků od 3 do 19 let. Tyto kurikulární dokumenty jsou vytvářeny na dvou úrovních – státní a školní. Státní úroveň představují dokumenty *Bílá kniha* a *rámcové vzdělávací programy* (RVP). Rámcové vzdělávací programy stanovují závazný rámec vzdělávání a standardizují vzdělávací obsah pro předškolní, základní a střední vzdělávání. Školní úroveň je dána *školními vzdělávacími programy* (ŠVP), podle nichž se uskutečňuje vzdělávání na jednotlivých školách. ŠVP si vytváří každá škola podle zásad stanovených v příslušném RVP. Při tvorbě ŠVP ale mohou školy zohlednit specifika žáků, specifické záměry a podmínky školy i zvláštnosti regionu.

RVP představují centrální úroveň projektované formy kurikula. Definují cíle vzdělávání, klíčové kompetence i vzdělávací obsahy nezbytné pro jejich dosažení. Určují rámec pro návrh učebních plánů a formulují pravidla pro tvorbu ŠVP. Tyto programy vymezují hodnotné a adekvátní vzdělávání pro jednotlivé vzdělávací stupně a obory. Charakterizují humanistické a demokratické hodnoty, které jsou základem vzdělávání žáků i života školy v ČR.

Předmětem našeho zájmu je zejména *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* (RVP ZV). Tento dokument byl plošně zaveden do základních škol od 1. září 2007 a je každoročně aktualizován.

RVP ZV zdůrazňuje zejména ty aspekty vzdělávání, které jsou určující pro život v moderní multikulturní společnosti. Jedná se zejména o porozumění hodnotám, dovednost komunikace a kooperace, chápání globálních problémů, aktivní ovlivňování a ochranu zdraví, praktické činnosti denního života, výchovu k samostatnému myšlení, jednání a vzdělávání. Mezi devíti obecnými vzdělávacími cíli je uveden i následující cíl: učit žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a být za ně odpovědný.

Vzdělávací obsah je v RVP ZV orientačně rozdělen do devíti *vzdělávacích oblastí*. Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou tvořeny obsahově blízkými *vzdělávacími*

obory. Výchova ke zdraví je v RVP ZV začleněna do vzdělávacích oblastí Člověk a jeho svět a Člověk a zdraví.

Vzdělávací oblast *Člověk a jeho svět* je koncipována pro 1. stupeň ZŠ. Je složena z pěti tematických okruhů, z nichž se výchovou ke zdraví zabývá tematický okruh *Člověk a jeho zdraví*. V tomto tematickém okruhu žáci poznávají především sebe na základě poznávání člověka jako živé bytosti, která má své biologické a fyziologické funkce a potřeby. Poznávají, jak se člověk vyvíjí a mění od narození do dospělosti, co je pro člověka vhodné a nevhodné z hlediska denního režimu, hygieny, výživy, mezilidských vztahů atd. Získávají základní poučení o zdraví a nemocech, o zdravotní prevenci, o první pomoci, o bezpečném chování v různých životních situacích, včetně mimořádných událostí, které ohrožují zdraví jedinců i celých skupin obyvatel. Žáci si postupně uvědomují, jakou odpovědnost má každý člověk za své zdraví a bezpečnost i za zdraví jiných lidí. Žáci by měli dojít k poznání, že zdraví je nejcennější hodnotou v životě člověka. Potřebné vědomosti a dovednosti získávají tím, že pozorují názorné pomůcky, sledují konkrétní situace, hrají určené role a řeší modelové situace.

Učivo je uspořádáno do tematických celků:

- *lidské tělo*: životní potřeby a projevy, základní stavba a funkce těla, pohlavní rozdíly mezi mužem a ženou, základy lidské reprodukce, vývoj jedince;
- *partnerství, rodičovství, základy sexuální výchovy*: rodina a partnerství, biologické a psychické změny v dospívání, etická stránka sexuality, HIV/AIDS;
- *péče o zdraví, zdravá výživa*: denní režim, pitný režim, pohybový režim, zdravá strava, nemoc, drobné úrazy a poranění, první pomoc, úrazová zábrana, osobní, intimní a duševní hygiena, stres a jeho rizika, reklamní vlivy;
- *návykové látky a zdraví*: odmítání návykových látek, hrací automaty a počítače;
- *osobní bezpečí*: bezpečné chování v rizikovém prostředí, bezpečné chování v silničním provozu v roli chodce a cyklisty, krizové situace (šikana, týrání, sexuální zneužívání atd.), brutalita a jiné formy násilí v médiích, služby odborné pomoci;
- situace hromadného ohrožení.

Vzdělávací oblast *Člověk a zdraví* je koncipována pro 1. i 2. stupeň ZŠ. Přináší základní podněty pro ovlivňování zdraví, s nimiž se žáci seznamují, učí se je aplikovat a využívat ve svém životě. Vzdělávání v této oblasti směřuje k tomu, aby žáci poznávali sami sebe jako živé bytosti, pochopili hodnotu zdraví, smysl zdravotní prevence i hloubku problémů spojených s nemocí či jiným poškozením zdraví. Důraz je kladen na praktické dovednosti a jejich aplikace v modelových situacích i v každodenním životě školy. Vzdělávací oblast *Člověk a zdraví* obsahuje dva vzdělávací obory: *výchovu ke zdraví* a *tělesnou výchovu*, k níž patří také doplňující obor *zdravotní tělesná výchova*.

Vzdělávací obor *výchova ke zdraví* přináší základní poznání o člověku v souvislosti s preventivní ochranou jeho zdraví. Učí žáky aktivně rozvíjet a chránit zdraví v propojení všech jeho složek (sociální, psychické a fyzické) a být za ně odpovědný. Svým vzdělávacím obsahem bezprostředně navazuje na vzdělávací oblast *Člověk a jeho svět*. Žáci si upevňují hygienické, stravovací, pracovní i jiné zdravotně preventivní návyky, rozvíjejí dovednosti odmítat škodlivé látky, předcházet úrazům a čelit vlastnímu ohrožení v každodenních i mimořádných situacích. Rozšiřují a prohlubují si poznatky o rodině, škole a společenství vrstevníků, o přírodě, člověku, vztazích mezi lidmi a učí se dívat na vlastní činnosti z hlediska zdravotních potřeb a životních perspektiv

dospívajícího jedince a rozhodovat se ve prospěch zdraví. Vzhledem k individuálnímu a sociálnímu rozměru zdraví je vzdělávací obor výchova ke zdraví velmi úzce propojen s průřezovým tématem Osobnostní a sociální výchova.

Učivo ve vzdělávacím oboru výchova ke zdraví je zařazeno do následujících tematických celků:

- vztahy mezi lidmi a formy soužití: vztahy ve dvojici, vztahy a pravidla soužití v prostředí komunity;
- změny v životě člověka a jejich reflexe: dětství, puberta, dospívání, sexuální dospívání a reprodukční zdraví;
- zdravý způsob života a péče o zdraví: výživa a zdraví, tělesná a duševní hygiena, režim dne, ochrana před přenosnými i nepřenositelnými chorobami, chronickým onemocněním a úrazy;
- rizika ohrožující zdraví a jejich prevence: stres a jeho vztah ke zdraví, civilizační choroby, auto-destruktivní závislosti, skryté formy a stupně individuálního násilí a zneužívání, sexuální kriminalita, bezpečné chování, dodržování pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví, manipulativní reklama a informace, ochrana člověka za mimořádných událostí;
- hodnota a podpora zdraví: celostní pojetí člověka ve zdraví a nemoci, podpora zdraví a její formy, podpora zdraví v komunitě;
- osobnostní a sociální rozvoj: sebepoznání a sebepojetí, seberegulace a sebeorganizace činností a chování, psychohygiena, mezilidské vztahy, komunikace a kooperace, morální rozvoj.

Ve vzdělávacím oboru *tělesná výchova* jsou žáci tradičně vedeni jednak k poznávání vlastních pohybových možností a zájmů, ale také k poznávání účinků konkrétních pohybových činností na tělesnou zdatnost, duševní a sociální pohodu. Pohybové vzdělávání postupuje od spontánní pohybové činnosti k činnosti řízené a výběrové. Žáci se učí samostatně ohodnotit úroveň své zdatnosti a řadit do denního režimu pohybové činnosti pro uspokojování vlastních pohybových potřeb i zájmů, pro optimální rozvoj zdatnosti a výkonnosti, pro regeneraci sil a kompenzaci různého zatížení, pro podporu zdraví a ochranu života.

Charakteristické pro pohybové vzdělávání je rozpoznávání a rozvíjení pohybového nadání žáků. Nedílnou součástí tělesné výchovy jsou také korektivní a speciální kompenzační cvičení, která mohou být preventivně využívána pro všechny žáky nebo zadávána žákům se zdravotním oslabením místo činností, které nejsou pro jejich oslabení vhodné.

Je zřejmé, že RVP ZV propojuje tělesnou výchovu s výchovou ke zdraví ve společné oblasti *Člověk a zdraví* mnohem více, než je tomu v jiných vzdělávacích dokumentech.

Explicitně výchovu ke zdraví najdeme také ve vzdělávací oblasti *Člověk a příroda*. Vzdělávací obor *přírodopis* obsahuje tematický celek biologie člověka s vymezeným učivem fylogeneze a ontogeneze, anatomie a fyziologie, nemoci, úrazy, prevence, životní styl. Tento tematický celek nejenže přímo koresponduje s oborem výchova ke zdraví, ale také některé učivo částečně dubluje (např. životní styl). Témata z oblasti výchovy ke zdraví najdeme i v oboru *chemie*: jedná se například o témata bezpečnost práce, mimořádné události, přírodní látky a jejich význam v lidském těle,

léčiva, nebezpečné a návykové látky. Ze vzdělávací oblasti *Člověk a svět práce* uvádíme jako příklad tematický celek příprava pokrmů.

Výchova ke zdraví je implicitně obsažena také v dalších vzdělávacích oblastech a oborech, např. ve vzdělávací oblasti *Člověk a společnost* nebo v doplňujícím vzdělávacím oboru *dramatická výchova*.

Významnou a nedílnou součástí RVP ZV jsou *průřezová témata*, která se snaží postihovat okruhy aktuálních problémů současného světa a vytvářet příležitosti pro individuální uplatnění žáků i pro jejich vzájemnou spolupráci a pomáhat rozvíjet osobnost žáka zejména v oblasti postojů a hodnot. Protože průřezová témata procházejí napříč vzdělávacími oblastmi a mají jasný integrační charakter, je jejich význam v rámci podpory a výchovy ke zdraví značný. Zejména jde o *osobnostní a sociální výchovu* a *environmentální výchovu*.

V samostatné kapitole RVP ZV jsou stanoveny materiální, personální, hygienické, organizační a jiné podmínky pro realizaci RVP ZV. I zde je patrný důraz na podporu zdraví ve škole.

Vhodnou součástí výchovy ke zdraví na základních školách jsou také *programy a projekty podpory zdraví*, které doplňují vzdělávací nabídku a obohacují realizaci kurikula výchovy ke zdraví. Přinášíme proto orientační přehled i o této oblasti.

Členské státy WHO přijaly na svém zasedání v roce 1998 obecně známý program *Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. století* (1999). Na tento program reagovala vláda ČR v roce 2002, kdy schválila národní program s názvem *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (český program Zdraví 21)*. Konkrétní úkoly programu *Zdraví 21* týkající se základního vzdělávání mají charakter projektové formy kurikula a doplňují tak obsah vzdělávacích dokumentů.

Vedle programu *Zdraví 21* jsou postaveny cíle *Národního programu zdraví ČR*, k nimž každoročně přispívá dotační program *Projekty podpory zdraví*. Jsou to vesměs intervenční projekty s cílem příznivě ovlivňovat zdravotní stav, životní podmínky a výchovu ke zdravému způsobu života. Dosud byly asi dvě třetiny realizovaných projektů podpory zdraví cíleny na dětskou populaci a mohly být uplatňovány i na základních školách – např. *Škola podporující zdraví*, *Zdravé zuby*, *Školní mléko*, *Pětkrát denně ovoce a zeleninu*, *Normální je nekouřit*, *Kouření a já*, *Program proti šikanování a násilí ve školách a školských zařízeních* a jiné.

Mezi projekty podpory zdraví má patrně nejlépe propracovanou koncepci projekt *Škola podporující zdraví* (Havlíková, 1998). Tímto projektem se ČR zapojila do Evropské sítě škol podporujících zdraví (ENHPS). V současné době je do projektu zapojeno více než 40 evropských zemí a v ČR několik set mateřských, základních, speciálních i středních škol.

Řada škol si vytváří také vlastní školní nebo třídní projekty, které vycházejí z aktuálních potřeb a podmínek školy. Tyto projekty často využívají moderní výukové metody, jako je projektové a problémové vyučování, a současně působí na žáky velmi motivačně. Nejčastěji se jedná o projekty typu *Dny zdraví* nebo *Týdny zdraví*.

Výše uvedené i další programy nebo projekty jsou dostupné z webových stránek českého Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy², Ministerstva zdravotnictví³,

² <http://www.msmt.cz/>

³ <http://www.mzcr.cz/>

Státního zdravotního ústavu⁴ a dalších institucí. Podrobnější popis a rozbor jednotlivých programů nebo projektů souvisejících se vzdělávacím oborem výchova ke zdraví uvádějí například práce Bočkové (2005) a Brázdové (2008).

2 Výchova ke zdraví jako předmět kurikulárního výzkumu

Je třeba připustit, že ČR postrádá interdisciplinárně založený výzkum, který by vyjasnil pozici výchovy ke zdraví ve vztahu k ostatním oborům školního vzdělávání. Přesto nejsou dosavadní výzkumné výsledky zanedbatelné.

Od 90. let minulého století se začíná vymezovat a zkoumat vztah výchovy ke zdraví k tělesné výchově a k rodinné výchově (např. Mužík, Krejčí, 1997; Mužík, Mužíková, 2007; Marádová, 2005). V rovině projektování vzdělávacího obsahu se ale spíše začíná uvažovat o tom, jaké místo by měla v kurikulu výchovy ke zdraví zaujímat jednotlivá témata: např. problematika životního stylu a kvality života (Csémy et al., 2005; Havelková, Kachlík, Raus, 2006; Pokorná, 2006; a další), výživy (např. Rouhová, Pillerová, Havelková, 2001; Procházková, 2006), prožitku (Krejčí, 2004), tělesného sebepečení (např. Fialová, 2005), sociálního chování (např. Prokopová, 2006), prevence sociálně patologických jevů (např. Kachlík, 2005; Čech, Hanáková, 2008), zdravotních rizik a primární prevence (Žaloudíková, 2004, 2009) apod. O specificky orientované výzkumné poznatky se opírají publikace Havelkové, Reissmannové et al. (2009), Machové, Kubátové et al. (2009) a dalších autorů.

Realizační forma kurikula výchovy ke zdraví je předmětem výzkumů Marádové (2007). Z výsledků je patrné, že většina žáků preferuje učební témata z rodinné a sexuální výchovy. Některé poznatky o realizovaném kurikulu výchovy ke zdraví přináší také výzkumy Žaloudíkové (2003, 2004, 2009). Autorka z nich odvozuje, že ve škole není poskytováno dostatečné množství informací o tom, co nejvíce ohrožuje zdraví a jak předcházet vážným chorobám. Autoři Hajerová-Müllerová, Doulik a Škoda (2005) publikovali studii, v jejímž rámci vyhodnocovali změny dětského pojetí *drogy*.

Výzkumy organizované spoluautorkou tohoto textu analyzovaly názory téměř 700 ředitelů ZŠ na způsoby realizace výchovy ke zdraví na školách (např. Mužíková, 2006; Mužíková, 2010a). Získané poznatky potvrdily, že status výchovy ke zdraví jako samostatného vzdělávacího oboru je na mnoha školách velmi nízký a projektované kurikulum výchovy ke zdraví není odpovídajícím způsobem realizováno (podrobnější výsledky uvádíme v následující části kapitoly).

Historie výzkumů týkajících se kurikula tělesné výchovy se v ČR datuje do 70. let minulého století. Tyto výzkumy byly zaměřeny zejména na realizační formu kurikula tělesné výchovy, zvláště pak na didaktickou interakci mezi učitelem a žákem. Ucelený přehled těchto výzkumů obsahuje publikace Dobrého, Svatoň et al. (1997). Je zde možné najít výsledky výzkumů týkajících se diagnostické činnosti učitele (např. Šafaříková 1980), vlivu různého učiva na vyučovací činnost učitele (např. Hercig, 1977), struktury činnosti učitele a žáků (např. Svoboda, Kocourek, 1987; Jansa, 1987) aj.

Výzkumná metoda Analýza didaktické interakce umožnila zdůvodňovat vztahy mezi kvalitou činnosti učitele a žáka a mezi výsledky učení žáků (Dobrá, Svatoň, Šafaříková, 1984). Navazující výzkumy se týkaly ovlivňování vyučovací činnosti učitele

⁴ <http://www.szu.cz/>

pomocí bezprostředních zpětných informací získaných pomocí počítačového záznamu pozorovaných jevů (Mužík, Uhlíř, 1989; Mužík, Hurychová, 1994; Mužík, 1997) nebo vymezení činnostního profilu učitele a jeho profesních kompetencí (Karásková, 1994).

V posledních letech se výzkum kurikula tělesné výchovy zaměřuje na více forem kurikula (viz např. Mužík, Trávníček, 2006; Mužík, Janík, 2007, 2009; Mužík, Vlček et al., 2010; aj.). Výsledky těchto výzkumů naznačily, že existuje nesoulad mezi kurikulárními požadavky a pedagogickou praxí. Tyto výsledky byly podnětem pro navazující výzkumy, které prezentujeme v následujících částech publikace. Tělesnou výchovu přitom vnímáme jako vzdělávací obor úzce související s výchovou ke zdraví a náležející do shodné vzdělávací oblasti Člověk a zdraví.

2.1 Poznatky o realizaci výchovy ke zdraví ve školní praxi

Výchova ke zdraví, jak již bylo uvedeno, je nově se rozvíjejícím vzdělávacím oborem. Nově byla koncipována projektová forma kurikula výchovy ke zdraví a nově se má přistupovat k realizaci výchovy ke zdraví na školách. Přitom se očekává, že se nová kvalita vzdělávání ve výchově ke zdraví projeví v lepší zdravotní gramotnosti žáků a následně i v jejich zlepšeném zdravotním stavu.

Tyto kurikulární záměry kladou značné nároky na školní praxi. Naskytla se proto otázka, zda je české základní školství na tyto požadavky dobře připraveno a zda jsou zvýšené nároky na výchovu ke zdraví přiměřené – např. při srovnání se zahraničím. Navázali jsme přitom na dílčí výsledky výzkumu získané v roce 2005 (Mužíková, 2006), které naznačily nepřipravenost škol implementovat nově koncipovanou výchovu ke zdraví do školní praxe. Zobecnit se daly především tyto poznatky:

- většina ředitelů a učitelů ZŠ chápe důležitost výchovy ke zdraví, není však v dostatečné míře seznámena s jejím obsahem a požadavky na realizaci dle RVP ZV;
- menšina ředitelů a učitelů nedoceňuje výchovu ke zdraví a nehodlá ji na škole v požadované podobě realizovat, protože dosavadní stav považuje za postačující. Hlavním důvodem je neznalost projektové formy kurikula výchovy ke zdraví v RVP ZV.

Na tyto poznatky jsme navázali výzkumem provedeným na souboru ředitelů českých základních škol.

2.1.1 Názory ředitelů základních škol na realizaci výchovy ke zdraví

Cílem navazujícího výzkumu bylo hlubší poznání realizace výchovy ke zdraví na školách i důkladnější pochopení problémů, s nimiž se současné české školství a výchova ke zdraví potýká. Byl proto formulován výzkumný cíl: analyzovat názory ředitelů ZŠ na realizaci kurikula výchovy ke zdraví dle RVP ZV. Zaměřili jsme se zejména na stav podmínek pro vzdělávání ve výchově ke zdraví, na preferenci jednotlivých součástí, způsobů a forem vzdělávání, na uspořádání učiva při realizaci oboru výchova ke zdraví aj.

Metodika výzkumu

Výzkumnou metodou v této části výzkumu bylo písemné dotazování. Dotazník obsahoval čtyři části: otázky k charakteristice výzkumného souboru (uzavřené nebo polouzavřené otázky), otázky k realizaci výchovy ke zdraví dle Standardu základního

vzdělávání (uzavřené nebo polouzavřené otázky), kvantitativně zaměřené otázky k realizaci výchovy ke zdraví dle RVP ZV (uzavřené nebo polouzavřené otázky) a kvalitativně zaměřené otázky k realizaci výchovy ke zdraví dle RVP ZV (otevřené otázky).

Ke zjištění významnosti rozdílů v četnosti sledovaných kvantitativních dat byla využita metoda chí-kvadrát. U odpovědí na otevřené otázky byla uplatněna obsahová analýza na pomezí přístupu otevřeného kódování (Strauss, Corbinová, 1999). Odpovědi respondentů byly transformovány do dílčích výroků a zpracovány pomocí programu MAX QDA, který umožnil jejich kategorizaci i kvantifikaci. Naší snahou bylo uspořádat výroky ředitelů ZŠ tak, aby na jedné straně vyjadřovaly četnost výskytu prezentovaných názorů (kvantitativní pohled) a na druhé straně vysvětlovaly jejich smysl (kvalitativní pohled). Z tohoto uspořádání byl následně odvozován obsah, rozsah i povaha zkoumaných jevů.

Dotazník byl vytvořen a ověřen v průběhu školního roku 2005/2006. Na školy byl distribuován v 2. pololetí školního roku 2005/2006, tj. v období, kdy školy dostaly pokyn k přípravě školních vzdělávacích programů. Výzkumným souborem byli ředitelé českých základních škol. Výběr ředitelů byl proveden ve spolupráci s Českou školní inspekcí (ČŠI) metodou náhodného výběru z adresáře základních škol v databázi ČŠI. Distribuci a sběr dotazníků prováděla ČŠI. Poté byly hromadně předány ke zpracování spoluautorce tohoto sdělení.

Osloveno bylo 1000 ředitelů ZŠ. Dotazník anonymně vyplnilo a vrátilo 712 ředitelů ZŠ (tj. 71,2 % oslovených ředitelů). Z tohoto počtu bylo při zpracování vyřazeno 32 dotazníků pro neúplnost stěžejních údajů a 148 dotazníků bylo vyčleněno zvlášť, protože se týkaly jen 1. stupně ZŠ. Výzkumný soubor tedy tvořil 532 ředitelů plně organizovaných ZŠ. Shromážděno bylo 7564 dílčích výroků, které byly následně kategorizovány a kvantifikovány.

Výsledky a diskuse

Podrobné výsledky byly již byly publikovány (Mužíková, 2010a), proto se soustředíme na hlavní poznatky související se zaváděním výchovy ke zdraví do školní praxe:

Více než polovina sledovaného souboru ředitelů (56 %) považovala za přínosné zavedení výchovy ke zdraví jako samostatného vzdělávacího oboru. Většina ředitelů ale neměla ujasněno, kdo bude výchovu ke zdraví na škole garantovat a vyučovat, protože pro tento obor nebyli na školách aprobovaní učitelé.

Mnozí ředitelé v době výzkumu (2006) nevěděli, že výchova ke zdraví byla definována již v roce 1995 ve Standardu základního vzdělávání jako samostatný vzdělávací obor a že RVP ZV umožní realizovat výchovu ke zdraví buď jako samostatný vyučovací předmět, nebo v integraci s jiným předmětem.

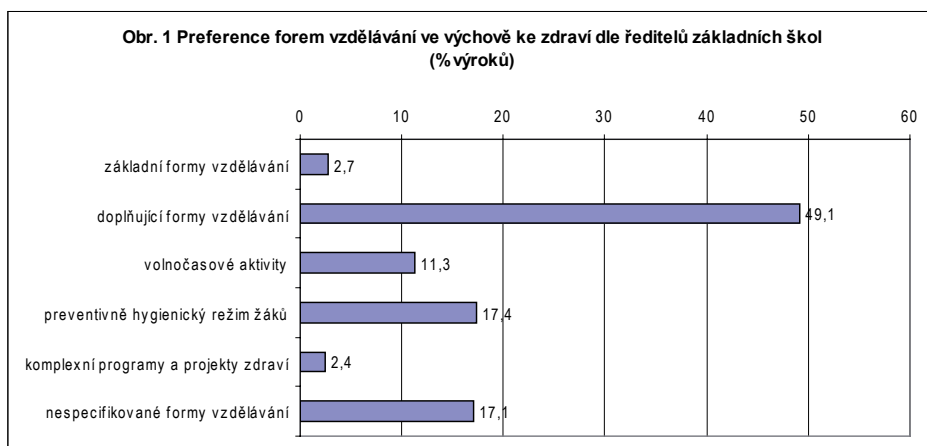
Pouze 11 % ředitelů uvažovalo o výchově ke zdraví jako o samostatném vyučovacím předmětu, naopak 44 % ředitelů ZŠ realizaci výchovy ke zdraví konkrétněji neplánovalo. Největší část ředitelů (45 %) hodlala výchovu ke zdraví integrovat s jiným vyučovacím předmětem, nejčastěji s tělesnou výchovou.

Jen jedna čtvrtina ředitelů hodlala v budoucnu zaměstnat aprobovaného učitele pro výchovu ke zdraví. Většina ředitelů se zaměřila spíše na určitou specifickou prevenci (kouření, drogy apod.) a nedocenila komplexní myšlenku Škol podporujících

zdraví (Havlíková, 1998). Žádný z respondentů neprezentoval představu o komplexním modelu výchovy ke zdraví v rámci své školy.

Většina ředitelů se domnívala, že v blízké době nezajistí didaktické pomůcky pro výchovu ke zdraví a nezabezpečí materiální, personální, hygienické, organizační a jiné podmínky pro uskutečňování výchovy ke zdraví, jak je vymezoval RVP ZV (kap. 10). Nejčastějším důvodem byl nedostatek finančních prostředků.

Na otázku, kterými formami vzdělávání hodlá škola obor výchova ke zdraví realizovat, odpovědělo 474 ředitelů ZŠ, tj. 89,1 % respondentů (neodpovědělo 10,9 % respondentů). Většina ředitelů odpověděla na otázku několika různými výroky, celkem bylo zaznamenáno 1526 výroků. Tyto výroky byly začleněny do kategorií vymezených na základě obsahové analýzy odpovědí a kvantifikovány (viz obr. 1).



Obr. 1: Preference forem vzdělávání ve výchově ke zdraví dle ředitelů základních škol

Velmi nízkou četnost vykazují výroky ředitelů zaměřené na základní formy vzdělávání. Jen 2,7 % ředitelů uvedlo, že výchova ke zdraví bude realizována prostřednictvím samostatného vyučovacího předmětu, integrovaného vyučovacího předmětu nebo volitelného vyučovacího předmětu.

Téměř 50 % všech výroků se týkalo doplňujících forem vzdělávání, jako jsou školní projekty podpory zdraví (14,1 % výroků), projekty s tematikou zdravého životního stylu, pohybové aktivity, výživy, sexuální výchovy, prevence AIDS, kouření, alkoholu, drog, závislostí, šikany, mimořádných událostí, ekologie apod. Některé projekty ale nebyly blíže konkretizovány (bylo uvedeno jen projekty, tematické projekty, školní a třídní projekty). Druhou nejčtenější doplňující formou vzdělávání byly besedy s odborníky (12,5 % výroků), a to nejčastěji s lékaři, dále krátkodobé kurzy a semináře (7,9 % výroků), jako jsou tradiční lyžařský a plavecký výcvik, kurzy první pomoci apod. S relativně nízkou četností (méně než 3 % výroků) byly jmenovány jednorázové soutěže.

Na volnočasové formy vzdělávání se orientovalo 11,3 % výroků respondentů. Nejvyšší zastoupení (5,2 % výroků) mají školní kluby (obvykle sportovní) a zájmové kroužky (např. zdravotní, první pomoci apod.). Tyto kroužky však obvykle navštěvuje nízké procento žáků.

Poměrně vysoké zastoupení (17,4 % výroků) mají odpovědi ředitelů zaměřené na preventivně hygienický režim žáků ve škole. Nejčtenější výroky (12,4 %) se týkají pohybových aktivit během pobytu ve škole, tj. rekreačních přestávek, tělovýchovných chviliek, relaxačních chviliek aj. Tyto formy však považujeme za nedílnou součást běžného režimu školy a patří do základních hygienických a organizačních podmínek vzdělávání.

Velmi nízká je četnost výroků týkajících se komplexních programů a projektů (2,4 % výroků), k nimž patří projekt *Škola podporující zdraví* (0,9 % výroků). Zejména u tohoto projektu je výsledek překvapující, a to s ohledem na vládou schválený program Zdraví 21, který počítá s hromadným zapojením škol do projektu.

Poměrně vysoké zastoupení (17,1 %) mají výroky, které necharakterizují žádnou vzdělávací formu určenou žákům. Jde zejména o další vzdělávání učitelů v oblasti výchovy ke zdraví, ale velmi často jen o kurzy první pomoci učitele.

Zhodnotíme-li výše komentované výsledky, vyvstává otázka, jakými formami vzdělávání a uspořádání učiva školy dosud realizovaly či hodlají realizovat vzdělávací obsah oboru výchova ke zdraví, který byl legislativně vymezen Standardem základního vzdělávání již v roce 1995 a významově podtržen v RVP ZV (2005). Domníváme se, že výchovu ke zdraví nelze v jejím vymezeném vzdělávacím rozsahu realizovat jen prostřednictvím doplňujících vzdělávacích forem (projektů a besed), preventivně hygienickým režimem školy a nabídkou volnočasových aktivit žáků (kroužků nebo školních klubů). K základnímu uspořádání učiva výchovy ke zdraví např. integraci s jinými předměty se drtivá většina respondentů nevyjádřila.

Výše uvedené komentáře k výsledkům jsou ale zobecněné a nepostihují rozborů jednotlivých dotazníků, zaměřené na porozumění vzájemným souvislostem mezi jednotlivými výroky každého respondenta. Na základě kvalitativní analýzy jednotlivých dotazníků, kterou jsme provedli, si dovoluujeme konstatovat, že s výjimkou ředitelů, kteří jmenovali projekt *Škola podporující zdraví* jako neefektivnější součást procesu vzdělávání na své škole (jen 10 respondentů!), žádný jiný ředitel nepředstavil promyšlený a komplexní způsob realizace vzdělávacího obsahu výchovy ke zdraví. Tento poznatek potvrzuje naše dřívější zjištění, že mnozí ředitelé neznají dobře vzdělávací obsah výchovy ke zdraví, anebo v době šetření nebyli připraveni složitou situaci týkající se zavádění výchovy ke zdraví do školní praxe promyšleně řešit.

Lze namítnout, že přesnější výsledky by přineslo šetření provedené na souboru učitelů, kteří výchovu ke zdraví na školách garantují a vyučují (takový výzkum na 1. stupni ZŠ provedla např. Wiegerová (2005). Toho jsme si vědomi, ale současně se domníváme, že za chod školy je odpovědný ředitel, který určuje, jakým způsobem se bude vzdělávací obsah jednotlivých oborů realizovat. Z mnohých dotazníků rovněž vyplynulo, že byly vyplňovány ve spolupráci s příslušným učitelem nebo celým pedagogickým sborem. Proto považujeme výsledky za věrohodné.

Protože dotazníkové šetření bylo anonymní, není možné odpovědi jednotlivých ředitelů aktuálně konfrontovat se skutečnou situací na příslušných školách a s příslušnými školními vzdělávacími programy. Není ani možné odpovědi a poznatky doplnit např. rozhovory s učiteli nebo žáky (či jiným způsobem). Na druhé straně lze u anonymního šetření předpokládat značnou otevřenost a upřímnost odpovědí.

Přestože odpovědi většiny ředitelů neposkytly komplexní a konkrétní obraz realizace výchovy ke zdraví na jednotlivých školách, více než 7500 výroků respondentů

o výchově ke zdraví představuje bohatý a podnětný materiál, z něhož je možné čerpat při sestavování školních vzdělávacích programů. Tyto podněty budou využity v přípravě učitelů.

Zpracování výsledků nám umožnilo získat cenné zkušenosti i pro další obdobná šetření. Ukázalo se, že příprava dotazníků musí být důkladnější a preciznější. Stěžejním nedostatkem konstrukce dotazníku byl předpoklad, že všichni dotázaní ředitelé přistoupí k dotazníku zaslaného ústředím České školní inspekce zodpovědně a vyplní všechny jeho položky. Druhým chybným předpokladem bylo, že ředitelé škol budou znát základní vzdělávací dokumenty i terminologii a obsah RVP ZV, z něhož dotazník vycházel. Z rozborů odpovědí však vyplynulo, že nejméně jedna třetina respondentů nebyla s obsahem již schváleného kurikulárního dokumentu seznámena. Třetím mylným předpokladem bylo, že respondenti jako vrcholní představitelé základní školy projeví vstřícnost k šetření, které se vztahuje k nezbytné životní hodnotě – k lidskému zdraví. Řadu ředitelů však téma výchovy ke zdraví evidentně nezajímalo. Někteří ředitelé výslovně uvedli, že považují výchovu ke zdraví v rámci základního vzdělávání za zbytečnou a nehodlají se jí důkladněji zabývat. Více než jedna čtvrtina dotázaných vyplněný dotazník nevrátila vůbec, což je v rozporu s výše vyjádřeným očekáváním.

Analýza odpovědí oslovených ředitelů nám zpočátku přinesla rozpačitý pocit. Z mnohých odpovědí bylo totiž patrné, že se ředitelé stavějí ke své práci skepticky a že současný stav českého základního školství je podle nich nevyhovující. Z odpovědí rovněž plynulo, že dotazník některé respondenty obtěžoval a šetření považovali za zbytečné. Z tohoto poznatku plyne potvrzení obecně známého faktu, že stav určitého jevu nelze posuzovat jen podle jediného šetření, ale i podle řady jiných ukazatelů, které dotazník nemůže postihnout. Přesto považujeme shromážděná data a názory značné části ředitelů českých základních škol za přínosná a inspirující. Objektivnější pro splnění cílů výzkumu by nepochybně byly přímé rozhovory a přímá pozorování provedená na školách, taková metoda by však podstatně zúžila soubor zkoumaných škol a jejich ředitelů.

Z provedené diskuse plyne především poznatek, že u získaných výsledků nelze přecenit jejich věcnou ani statistickou významnost. Množství dalších výzkumů v oblasti výchovy ke zdraví je orientováno spíše na učitele, žáky nebo studenty (např. Čech, 2005, Kachlík, 2005, Marádová, 2006, 2007, Řehulka, Řehulková, 2004, Wiegerová, 2005 aj.). Proto nemůžeme získané výsledky porovnat s jinými a tím je více objektivizovat.

2.1.2 Názory občanů České republiky na realizaci výchovy ke zdraví

Podnětem k výzkumu názorů občanů ČR na realizaci výchovy ke zdraví byly výsledky prezentované v předchozí podkapitole. Tyto výsledky dokumentují, že se výchova ke zdraví do roku 2006 na mnohých ZŠ nerealizovala v souladu se Standardem základního vzdělávání (1995) a že nejsou vytvořeny dobré podmínky pro implementaci výchovy ke zdraví dle RVP ZV. Cílem navazujícího výzkumu proto bylo zdokumentovat názory české populace na úroveň výchovy ke zdraví na ZŠ a identifikovat hlavní důvody spokojenosti či nespokojenosti s výchovou ke zdraví na školách.

Metodika výzkumu

Výzkum byl proveden ve spolupráci s Institutem pro studium zdraví a životního stylu a agenturou INRES–SONES. Sběr dat proběhl ve dvou etapách. Názory populace ČR byly získány od souboru respondentů o velikosti 1606 jedinců (v listopadu 2007) a 1796 jedinců (v listopadu 2008) vybraných náhodným výběrem pomocí kvót. Soubor byl reprezentativním vzorkem populace ČR ve věku nad 15 let. Reprezentativnost byla odvozena od základního souboru obyvatelstva ČR dle údajů Českého statistického úřadu. Lze konstatovat, že níže uvedené výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro populaci ČR nad 15 let z hlediska pohlaví, věku a regionu.

Z dalších znaků, u kterých sice nebyla reprezentativnost sledována, které však byly v rámci výzkumu zjišťovány, můžeme uvést vzdělání, rodinný stav, počet dětí, velikost místa bydliště, povolání, výše čistého měsíčního příjmu rodiny, stanovisko k náboženské víře a způsob bydlení. Tam, kde se ukázala statisticky významná souvislost, je na tuto skutečnost upozorněno. Nicméně v důsledku toho, že data této skupiny nejsou reprezentativní, lze statisticky významné souvislosti interpretovat pouze jako tendence.

Výzkum byl koncipován jako sociologický s využitím otázek předložených zadavatelkou (autorkou sdělení). Terénní šetření bylo provedeno metodou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. Odpovědi respondentů byly zachyceny písemnou formou. Kontrolovány byly logické vazby a úplnost i věrohodnost vyplnění. Vyřazeny byly archy s nefunkčními logickými vazbami a archy vyplněné neúplně (zpravidla ty, u kterých respondent odmítl odpovídat na otázky a rozhodl se předčasně ukončit rozhovor). Tyto archy byly zahrnuty do kategorie „non-response“.

Mezi hodnocenými položkami byly časté spojitě odpovědi. Ty bylo potřeba transformovat tak, aby bylo možné hlavní výsledky přehledně shrnout. Spojitě odpovědi respondentů byly transformovány na dílčí výroky a tím se změnil charakter znaků u transformovaných proměnných ze spojitých na kategoriální. Získané výsledky byly zadavatelkou interpretovány a publikovány (Mužíková, 2009, 2010a, 2010b).

Výsledky a diskuse

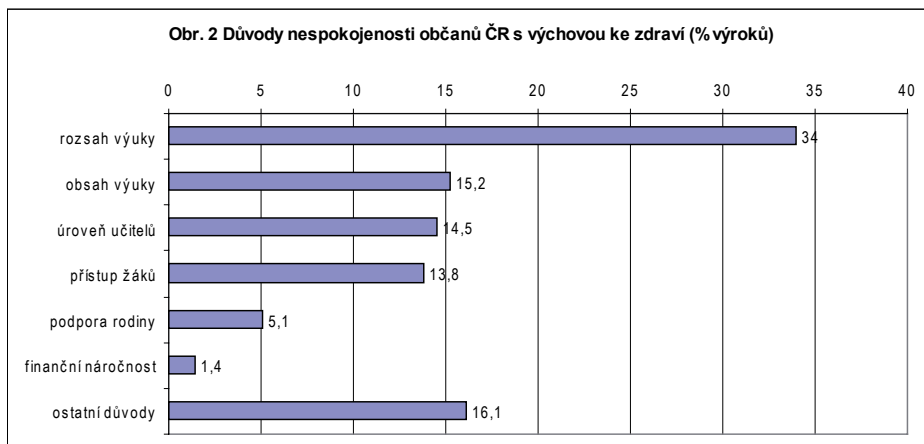
Názory reprezentativního souboru občanů na úroveň výchovy ke zdraví na základních školách byly zjišťovány pomocí otevřených otázek. Na níže položené otázky odpovídalo 1606 respondentů ve věku nad 15 let.

Odpovědi na otázku, v čem spočívají hlavní klady v současné úrovni výchovy ke zdraví na základních školách, nebylo možné kategorizovat a statisticky zpracovat. Naprostá většina respondentů odpověděla „nevím“, „vůbec netuším, že se výchova ke zdraví na školách vyučuje“, „nemám dostatek informací“, anebo na otázku neodpověděla vůbec. Pouze 29 respondentů (tj. 1,8 %) uvedlo, že byli ve škole vedeni ke zdravému způsobu života, že škola dbala na čistotu, přezouvání, umývání rukou, anebo že „vše je v pořádku“.

Na otázku, v čem spočívají hlavní nedostatky v současné úrovni výchovy ke zdraví na základních školách, odpovědělo 689 respondentů (42,9 %) a 917 respondentů (57,1 %) uvedlo, že neví, nemá dostatek informací, neumí na otázku odpovědět, anebo na otázku neodpovědělo vůbec.

Konkrétních 689 odpovědí bylo podrobeno obsahové analýze a na jejím základě byly stanoveny kategorie, do nichž byly odpovědi začleněny. Podařilo se tak identifikovat hlavní důvody nespokojenosti populace s úrovní výchovy ke zdraví na ZŠ:

Nejčtenějším uvedeným důvodem nespokojenosti s výchovou ke zdraví na ZŠ (34,0 % odpovědí) byl nedostatečný rozsah výuky (viz obr. 2). Poměrně vyrovnané bylo zastoupení odpovědí týkajících se obsahu výuky (15,2 %) a úrovně učitelů (14,5 %). Sečteme-li počet výroků v těchto dvou kategoriích, pak s úrovní výuky je nespokojeno 29,7 % respondentů. Přístup žáků k této problematice kritizuje 13,8 % respondentů, nedostatečnou podporu rodiny 5,1 % respondentů, finanční náročnost výuky 1,4 % respondentů. Další důvody nejsou věcně významné.



Obr. 2: Důvody nespokojenosti občanů ČR s výchovou ke zdraví (% výroků)

Analýza souvislostí v četnosti odpovědí mezi jednotlivými skupinami populace ($p < 0,05$), uskutečněná na základě druhého stupně třídění, přinesla tyto statisticky významné výsledky:

Na malý rozsah výchovy ke zdraví poukazují více ženy, studující a svobodní respondenti, ale především mladí lidé ve věku do 24 let. Protože se četnost odpovědí u mladé populace ve věku 15 až 24 let statisticky významně liší od odpovědí starších věkových skupin ($p < 0,05$), byly tyto odpovědi vyčleněny a interpretovány samostatně. Druhým důležitým momentem je, že odpovědi mladé populace mají pro posouzení aktuální realizace výchovy ke zdraví silnější vypovídací hodnotu. Většina těchto respondentů zažila během své povinné školní docházky výchovu ke zdraví, která měla být realizována dle Standardu základního vzdělávání (1995).

Mladí respondenti poukazují nejčastěji na malý rozsah i obsah výuky týkající se výchovy ke zdraví a vyslovují se kriticky i k úrovni učitelů, kteří nemají pro výchovu ke zdraví odpovídající vzdělání. V porovnání s celou populací je mladá generace méně kritická k přístupu žáků k výchově ke zdraví, ale kritika přístupu rodiny je téměř shodná se starší populací.

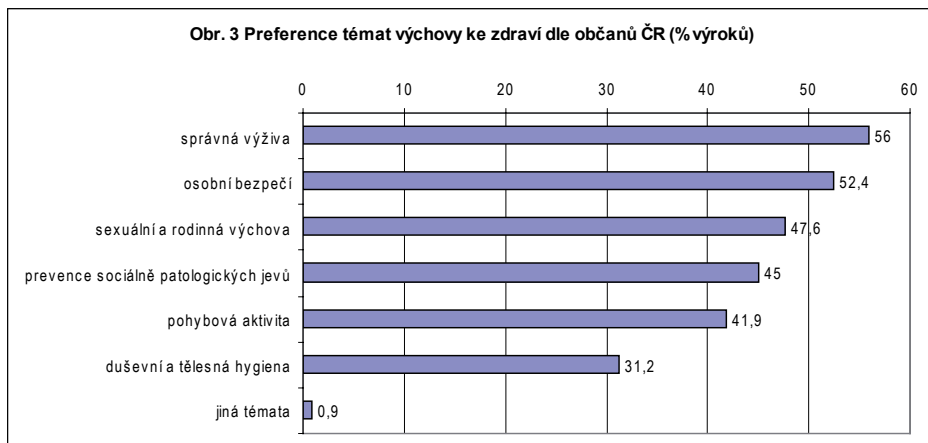
Další otázka zněla: „Myslíte si, že by základní vzdělávání by mělo obsahovat i témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu?“ Otázka byla položena jako uzavřená a dichotomická s možnostmi odpovědi „ano“ a „ne“.

Naprostá většina občanů ČR (88,6 %) byla toho názoru, že témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu by měla být obsažena ve výuce na ZŠ. Přitom ženy významně častěji souhlasí, nejmladší věková skupina (15 až 19 let) významně častěji nesouhlasí a rovněž respondenti se základním vzděláním významně častěji nesouhlasí. Naopak respondenti s maturitou toto stanovisko významně více podporují.

Otázka, která zjišťovala názor občanů na případné zařazení témat podpory zdraví a zdravého životního stylu do výuky na ZŠ, měla filtrační charakter. Respondenti, kteří zařazení těchto témat do výuky na ZŠ podpořili (1590 respondentů), měli uvést, která témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu by měla výuka na základní škole především obsahovat.

Otázka byla položena jako polootevřená s tím, že respondenti mohli z nabízené škály vybrat nejvíce tři témata, která pokládají za nejdůležitější. V případě, že by jim nabídka nevyhovovala, mohli uvést vlastními slovy jiné téma. Škála odpovědí, ze kterých respondenti vybírali, byla následující:

- témata z oblasti správné výživy (základní složky potravy aj.),
- témata z oblasti pohybové aktivity (kondiční programy pro zdraví aj.),
- témata z oblasti duševní a tělesné hygieny (režim dne, prevence nemocí aj.),
- témata z oblasti osobního bezpečí (první pomoc, krizové situace aj.),
- témata z oblasti prevence sociálně patologických jevů (problematika drog aj.),
- témata z oblasti sexuální a rodinné výchovy (antikoncepce, pohlavní nemoci, partnerské a rodinné soužití aj.),
- jiná témata (uveďte).



Obr. 3: Preference témat výchovy ke zdraví dle občanů ČR (% výroků)

Jak ukazuje obr. 3, občané ČR nejvíce preferují témata z oblasti správné výživy (56,0 %) a témata z oblasti osobního bezpečí (52,4 %). Do druhé skupiny témat, jejichž začlenění podporují více než dvě pětiny dotázaných, patří témata z oblasti sexuální

a rodinné výchovy (47,6 %), témata z oblasti sociálně patologických jevů (45,0 %) a témata z oblasti pohybové aktivity (41,9 %). Nejméně žádaná jsou témata z oblasti duševní a tělesné hygieny, která preferuje necelá jedna třetina dotázaných (31,2 %). V tzv. „jiných tématech“ občané často navrhovali péči o seniory a obranu před šikanou.

Muži významně častěji než ženy preferují pohybové aktivity, jinak jsou stanoviska dle pohlaví vyvážená. Znamená to, že se statisticky neliší stanoviska jednotlivých věkových, vzdělanostních nebo dalších skupin respondentů, členěných dle sociodemografických znaků.

Menšina respondentů (11,4 %), která uvedla, že výuka na ZŠ by neměla obsahovat témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu, byla dotázána, z jakého důvodu by tato témata neměla být zařazena do výuky na ZŠ. Mezi nejdůležitější důvody patřilo, že je to pro děti nezajímavé či zbytečné, že jde především o záležitost rodiny, že informací na toto téma je dostatek v médiích, v jiných předmětech apod., případně že je to pro žáky na ZŠ nesrozumitelné téma. Více než jedna pětina respondentů, kteří nesouhlasili se zařazením výchovy ke zdraví do výuky na ZŠ, neuměla své důvody vyjádřit a zvolila odpověď „nevím“.

Aplikovaná testovací kritéria nesignalizovala statisticky významné vazby mezi tímto názorem a sledovanými sociodemografickými znaky. Nutno však uvést, že pro malý počet případů byla možnost jejich aplikace velmi omezená.

2.2 Poznatky o realizaci tělesné výchovy ve školní praxi

V roce 2007 byla uskutečněna výzkumná sonda spadající do oblasti výzkumu kurikula. Týkala se názorů studentů středních škol na tělesnou výchovu, kterou studenti absolvovali během své povinné školní docházky (Mužik, Janík, 2007, 2009). Výsledky této sondy naznačily, že existuje nesoulad mezi požadavky projektovaného kurikula a pedagogickou praxí. Ze získaných poznatků vyjímáme:

Studenti středních škol (absolventi základních škol) se přikláněli k názoru, že výuka tělesné výchovy na ZŠ se nejvíce orientuje na dovednosti ze sportovních her, atletiky nebo gymnastiky. Jak naznačily výpovědi absolventů, dovednostem z kondiční přípravy, která je základem zdravotně orientované zdatnosti (tj. i podpory zdraví), nebyla věnována odpovídající pozornost.

Podle absolventů nebyla výuka tělesné výchovy výrazněji zaměřena na získávání vědomostí. Pokud byly žákům vědomosti zprostředkovávány, týkaly se především pravidel sportů a her, méně často vlivu pohybu na zdatnost a zdraví (včetně hygieny a bezpečnosti při pohybových aktivitách).

Žáci byli v tělesné výchově nejvíce hodnoceni za sportovní výkony. Stěžejním cílem současné tělesné výchovy je ale utváření kladného vztahu žáků k pohybové aktivitě a zdravotně orientované zdatnosti. Výsledky naznačily, že tělesná výchova nemá na pohybový režim žáků průkazný vliv. Absolventi měli dle získaných výsledků zřetelně kladný vztah k pohybu, ale méně vstřícný vztah k tělesné výchově. Podle většiny absolventů nebyla volnočasová pohybová aktivita žáků učiteli sledována ani hodnocena.

Názory chlapců a dívek nevykazovaly z věcného hlediska významnější rozdíly. Výjimkou byl statisticky významný horší vztah dívek k předmětu tělesná výchova.

2.2.1 Názory žáků základních škol na realizaci tělesné výchovy

V roce 2008 jsme na výše popsany výzkum navázali. Cílem výzkumu bylo ověřit výše popsané výsledky na větším souboru respondentů, a to odděleně pro 1. a 2. stupeň ZŠ.

Výzkumné otázky se orientovaly na posouzení vztahu mezi projektovaným a realizovaným kurikulem. Jsou přitom podřízeny cílovým kategoriím projektovaného kurikula tělesné výchovy:

- Na jaké pohybové činnosti (dovednosti) byl zaměřen vzdělávací proces v tělesné výchově?
- Na jaké vědomosti byl zaměřen vzdělávací proces v tělesné výchově?
- Jak vnímali žáci cíle resp. pojetí tělesné výchovy?
- Jaký je vztah žáků ke školní tělesné výchově a k pohybové aktivitě ve volném čase?

Výzkumné otázky se orientovaly na vybrané aspekty realizační formy kurikula, měly však přesah do výsledků či efektů učení. V našem případě byly zkoumány pouze zprostředkovaně, a to na základě retrospektivní reflexe žáků základní školy. Přitom jsme vycházeli z předpokladu, že průměrný žák je způsobilý uvědomit si a posoudit poslání předmětu, který na ZŠ absolvoval.

Metodika výzkumu

Výzkumnou metodou byl nestandardizovaný dotazník, do jehož položek byly promítnuty výše uvedené výzkumné otázky. Jednotlivé položky dotazníku byly tvořeny dílčími uzavřenými otázkami s alternativami odpovědí na čtyřstupňové škále: určitě ano (1), spíše ano (2), spíše ne (3), určitě ne (4). Některé položky byly doplněny otevřenými otázkami s možností volných odpovědí Ty však byly respondenty využity zřídka, proto je ve výsledcích většinou nekomentujeme.

Dotazník byl sestaven a ověřen autory sdělení. Cronbachovo alfa pro všechny položky dotazníku mělo hodnotu 0,85 a pro jednotlivé položky 0,55; 0,78; 0,58.

Dotazník byl předložen žákům 5. ročníku ZŠ a žákům 9. ročníku ZŠ na konci školního roku 2007/2008. Výzkumný soubor tvořilo 1170 žáků ZŠ, z tohoto počtu bylo 585 žáků 5. ročníku ZŠ (260 hochů, 325 dívek) a 585 žáků 9. ročníku ZŠ (276 hochů, 309 dívek).

Distribuce dotazníků byla provedena pomocí studentů pedagogických fakult. Studenti oslovili respondenty v místě svého bydliště (vždy jednoho žáka 5. a jednoho žáka 9. ročníku ZŠ), vysvětlili jim obsah dotazníku a dohlíželi na jeho vyplnění. Podmínkou při zpracovávání dotazníků bylo, aby každý respondent byl z jiné školy nebo jiné 5. nebo 9. třídy. Tímto způsobem se podařilo získat respondenty z velkého území ČR a z více než 500 škol, i když regiony ČR nejsou zastoupeny rovnoměrně. Dotazník byl anonymní jak ve vztahu k respondentům, tak ve vztahu k posuzované tělesné výchově (resp. školám či učitelům tělesné výchovy). Výzkumný soubor respondentů však není reprezentativní podle základních ukazatelů (věk, pohlaví, regionální příslušnost).

Vyplněné dotazníky byly zpracovány v průběhu školního roku 2008/2009. Odpovědi žáků zachycené na čtyřstupňové škále („určitě ano“ až „určitě ne“) byly převedeny na kategoriální číselné hodnoty 1 až 4. Četnosti odpovědí žáků byly poté vyjádřeny pomocí základních statistických charakteristik (aritmetický průměr, medián,

modus, minimální hodnota, maximální hodnota, rozptyl a směrodatná odchylka). Zkoumané závislosti byly ověřovány pomocí statistických metod chí-kvadrát a korelace. Statistické výpočty byly provedeny pomocí softwaru Statistica CZ 9.

Výsledky a diskuse

Podrobné výsledky včetně statistických charakteristik již byly publikovány (Mužík, Vlček et al., 2010), proto uvedeme jen stěžejní poznatky.

Získané výsledky rámcově informují o realizaci projektové formy kurikula v tělesné výchově na ZŠ. Počet respondentů byl sice dostatečný (1170 žáků), ale výzkumný soubor není pro žáky ZŠ reprezentativní podle žádného ukazatele. Výsledky proto nelze zobecnit a pouze naznačují zjištěné tendence. Přesto svědčí o aktuální situaci v tělesné výchově na ZŠ a umožňují rámcově odpovědět na výzkumné otázky.

Podle názorů respondentů se výuka tělesné výchovy nejvíce zaměřuje na činnosti a dovednosti ze sportovních her, atletiky a gymnastiky, nejméně pak na tanec a rytmická cvičení nebo úpoly. Tyto poznatky téměř shodně příslušejí 1. i 2. stupni ZŠ.

Výsledky dále ukazují, že nejvíce se tělesná výchova na obou stupních škol orientuje na vědomosti týkající se pravidel sportů a her, což koresponduje s výše uvedeným výsledkem (tj. výuka se zaměřuje na dovednosti z oblasti tradičních sportů a her a současně na znalost jejich pravidel). Dále se výuka často zabývá bezpečností při pohybu. Podle projektovaného kurikula v RVP ZV (činnosti ovlivňující zdraví) by však žáci měli získat také odpovídající vědomosti o svalch lidského těla, o kompenzačních cvičeních, o zdatnosti, hygienických návycích a správném držení těla.

Hlavními cíli tělesné výchovy, jak jsou vnímány respondenty, je zlepšování sportovních výkonů a rozvoj zdatnosti. Bez odpovídajících vědomostí týkajících se ovlivňování zdatnosti však nemůže být průkazně naplňováno projektované „zdravotně orientované“ pojetí tělesné výchovy.

Pro téměř 90 % žáků 5. ročníku ZŠ (hochů i dívek) byly hodiny tělesné výchovy na 1. stupni ZŠ radostné a příjemné. Na 2. stupni ZŠ je situace poněkud odlišná: spokojeno je asi 80 % hochů, avšak více než 30 % dívek se staví k hodinám tělesné výchovy spíše negativně. Tyto poznatky korespondují s výsledky slovenského autora Bartíka (2009), který však zkoumal postoje žáků k tělesné výchově na Slovensku podstatně hlouběji.

Se zájmem o pohyb a sport nesouvisí pouze pohyb v hodinách tělesné výchovy. Vzdělávacím cílem v tělesné výchově je mj. podporovat u dětí potřebu pohybové aktivity mimo školu. Zařazena byla proto doplňující otázka, zda byli žáci pohybově aktivní i ve volném čase. Podle výsledků se velká většina dětí věnuje nějakému druhu pohybové aktivity i mimo školu. Objevuje se ale část dětí, která uvedla v dotazníku zápornou odpověď. Překvapivě 10 respondentů z 5. ročníku ZŠ odpovědělo na otázku, zda se rád(a) pohybuje ve volném čase, odpovědí „určitě ne“. U respondentů 9. ročníku ZŠ jsme takovou odpověď nezaznamenali.

Názory hochů a dívek se liší ve více případech. Z věcného hlediska však rozdíly neovlivnily celkové výsledky šetření.

Provedený výzkum v řadě ukazatelů potvrdil názory středoškoláků prezentované v úvodu podkapitoly (Mužík, Janík, 2007). Výsledky dokumentují nesoulad mezi projektovaným kurikulem a realizací tělesné výchovy ve školní praxi.

Rovněž lze konstatovat, že školy vesměs zůstávají u tradičního sportovního zaměření tělesné výchovy a nereflktují v dostatečné míře zdravotně orientované pojetí tělesné výchovy.

2.2.2 Názory občanů České republiky na úroveň tělesné výchovy

Problematika tělesné výchovy na českých základních školách byla zkoumána z podobného úhlu pohledu jako výchova ke zdraví. Kromě názorů občanů ČR na úroveň výchovy ke zdraví byly zjišťovány také důvody spokojenosti a nespokojenosti české veřejnosti s úrovní tělesné výchovy. Dále jsme se pokusili stanovit preference tematického zaměření tělesné výchovy dle názorů české veřejnosti.

Metodika výzkumu

Výzkum proběhl ve dvou etapách souběžně s výzkumem názorů občanů ČR na výchovu ke zdraví. Výzkum byl koncipován jako sociologický s využitím otázek předložených zadavatelem (spoluautorem kapitoly) podle stejné metodiky jako předchozí šetření.

Sběr dat byl proveden metodou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. Vlastní terénní šetření bylo uskutečněno v celé ČR na přelomu listopadu a prosince 2008. Názory populace ČR byly získány od souboru respondentů o velikosti 1792 jedinců vybraných náhodným výběrem pomocí kvót. Soubor byl reprezentativním vzorkem populace ČR ve věku nad 15 let. Reprezentativnost byla odvozena od základního souboru obyvatelstva ČR ve věku 15 let a více. Lze konstatovat, že dále uvedené výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro populaci ČR nad 15 let z hlediska pohlaví, věku a regionu.

Výsledky a diskuse

Autorům není známo, že by se v ČR již dříve uskutečnilo obdobné sociologické šetření zaměřené na vzdělávací obor tělesná výchova. Získané poznatky proto považujeme za pilotní a deskriptivní. Jejich vyhodnocení může přispět k lepšímu poznání tělesné výchovy a může být východiskem k dalšímu zlepšování realizační úrovně vzdělávací oblasti Člověk a zdraví.

Aby bylo možné mínění veřejnosti co nej přesněji vystihnout, byla respondentům položena otevřená otázka, v čem podle jejich názoru spočívají hlavní klady v současné úrovni tělesné výchovy na základních školách. Respondentům nebyly nabídnuty žádné možnosti odpovědi a byli vyzváni, aby vlastními slovy vyjádřili důvody spokojenosti s úrovní tělesné výchovy na školách. Všechny získané odpovědi byly následně podrobeny obsahové analýze a poté byla provedena jejich kategorizace do následujících základních skupin:

- Podpora pohybové aktivity (odpovědi typu: umožňuje pohyb, nutí děti k pohybové aktivitě, omezuje pasivitu dětí, apod.).
- Podpora zdraví (odpovědi typu: je prevencí zdraví škodlivých jevů, obezity, umožňuje zdravý tělesný vývoj, apod.).
- Formování žádoucích osobních vlastností a účelného trávení volného času (odpovědi typu: vychovává k disciplíně, důslednosti, kázni, formuje vztahy ke kolektivu, vede k účelnému využívání volného času, apod.).

- Větší rozmanitost výuky (odpovědi typu: je rozmanitější než dříve, nabízí více druhů pohybových aktivit, nabízí různé sporty, apod.).
- Lepší vybavenost tělocvičen a sportovišť (odpovědi typu: je více tělocvičen, hřišť, jejich lepší kvalita, více sportovního nářadí, pomůcek, posiloven, bazénů, kluzišť, apod.).
- Kvalitnější učitelé (odpovědi typu: lepší přístup pedagogů, jejich větší kvalifikovanost, lepší připravenost, modernější metody výuky, schopnost lépe motivovat žáky, apod.).
- Ostatní (odpovědi typu: je modernější doba, nejsou tak přísné požadavky na výkon, apod.).
- Žádné klady (odpovědi typu: úroveň je horší, nevidím žádná pozitiva, nestojí to za nic, apod.).
- Neví (odpovědi typu: nemám dostatek informací, nemám potřebné znalosti, apod.).

Téměř polovina respondentů (47,6 %) nebyla schopna definovat důvody spokojenosti v současné úrovni tělesné výchovy a zvolila odpověď „nevím“. Tato skupina zpravidla nemá děti školou povinné a se školní tělesnou výchovou nepřichází do styku ani zprostředkovaně (tj. prostřednictvím sdělovacích prostředků, rodinných příslušníků či známých). Více než jedna pětina dotázaných považuje za hlavní klad tělesné výchovy na základních školách skutečnost, že podporuje pohybovou aktivitu dětí, je protiváhou jejich vysedávání ve školních lavicích či u počítačů, umožňuje dětem se zabavit, relaxovat, aktivně si odpočinout. Porovnání v této kategorii s názory mládeže ve věku 15 až 19 let vykazuje statisticky významný rozdíl ($p < 0,05$). Pohybovou aktivitu považuje za hlavní klad téměř 28 % respondentů zastupujících mládež.

Další skupina respondentů (10 % celé populace, 13 % mladých občanů) považuje za hlavní pozitivum skutečnost, že současná tělesná výchova na základních školách je více rozmanitá, nabízí více druhů pohybových aktivit, více sportů včetně těch netradičních. Téměř stejně početná skupina populace (10,5 %) i mladších občanů ve věku 15 až 24 let (12,4 %; 13,0 %) spatřuje hlavní pozitivum v lepší vybavenosti tělocvičen. Ostatní typy odpovědí jsou zastoupeny méně a jejich podíl se pohybuje v rozmezí od 3 do 7 %.

Z analýz uskutečněných na základě druhého stupně třídění déle vyplývá, že odpověď „nevím“ častěji volí muži. Prokazatelně bylo také zjištěno, že o úrovni tělesné výchovy mají nejméně informací starší věkové skupiny (občané nad 55 let častěji než ostatní volí odpověď „nevím“), zatímco mladší ročníky do 34 let tuto odpověď volí významně méně (u mládeže do 19 let jen 23,4 %). Z hlediska vzdělání jsou nejméně informováni občané uvádějící, že jsou vyučeni. Věk působí i prostřednictvím rodinného stavu, neboť odpověď „nevím“ významně častěji volí ženatí (vdané) a především ovdovělí, zatímco svobodní tuto odpověď volí významně méně a přisuzují tělesné výchově některý z uvedených kladů.

Vedle kladů byly v rámci výzkumu zjišťovány i nedostatky, které si občané ČR spojují se současnou úrovní tělesné výchovy. Respondenti byli dotázáni, v čem podle jejich názoru spočívají hlavní důvody nespokojenosti se současnou úrovní tělesné výchovy na základních školách.

Podobně jako v případě identifikace důvodů spokojenosti zde byla zvolena otevřená otázka bez definované škály možných odpovědí. Proto byla provedena obsahová analýza všech vyjádření občanů k této problematice a na jejím základě stanoveny kategorie, do kterých byly následně jednotlivé odpovědi začleněny. Výčet kategorií týkající se hlavních nedostatků v současné úrovni tělesné výchovy na základních školách je následující:

- Nedostatečný rozsah výuky (odpovědi typu: hodin je málo, nestačí jen dvakrát týdně, je potřebné zvýšit počet hodin, apod.).
- Nedostatky v obsahu výuky (odpovědi typu: výuky je jednotvárná, má špatný obsah, je málo gymnastiky, atletiky, plavání, je nezajímavá, apod.).
- Nedostatečná úroveň učitelů (odpovědi typu: učitelé nejsou dostatečně kvalifikovaní, jsou neprofesionální, nedokáží děti motivovat, zaujmout, jsou nedůslední, apod.).
- Špatný přístup dětí k výuce (odpovědi typu: děti jsou líné, pohodlné, nemají o cvičení zájem, vyhýbají se cvičení, jsou pasivní, apod.).
- Nedostatečné materiálně technické zabezpečení výuky (odpovědi typu: málo tělocvičen, hřišť, sportovišť, málo sportovních pomůcek, jejich zastaralost, nekvalitní vybavení, apod.).
- Velká finanční náročnost výuky (odpovědi typu: drahé dresy, sportovní úbory, pomůcky, sportovní kurzy, drahý lyžařský výcvik, apod.).
- Ostatní nedostatky (odpovědi typu: malá podpora rodin, špatné ovzduší velkých měst, apod.).
- Žádné nedostatky (odpovědi typu: vše je pořádku, úroveň je vysoká, žádné nedostatky nevidím, apod.).
- Neví (odpovědi typu: nemám informace, nechodím do školy, nemám školou povinné děti, apod.).

Více než polovina respondentů (53,1 %) nebyla schopna najít nedostatky v současné úrovni tělesné výchovy na základních školách. Tito respondenti zvolili odpověď „nevím“, event. „nemohu posoudit“, „nemám dostatek informací“. Podobně jako v případě kladů jde především o občany, kteří nemají přímé ani zprostředkované informace o této oblasti. Jejich bližší charakteristika bude podána v souvislosti s analýzou provedenou na základě druhého stupně třídění.

Pokud občané uvádějí nedostatky v tělesné výchově na základních školách, spatřují je především ve špatném přístupu dětí k výuce (12,8 %), v nízkém počtu vyučovacích hodin (12,0 %), ve špatné úrovni učitelů (9,5 %), případně v nedostatecích týkajících se obsahu výuky (7,2 %). Ostatní nedostatky jsou méně časté a jejich výskyt se pohybuje do 5 %.

Mladší populace ve věku 15 až 19 let se v odpovědích statisticky významně odlišuje od celého souboru populace v následujících kategoriích: nedostatky v obsahu výuky (12,0 % mládeže), nedostatečná úroveň učitelů (13,5 % mládeže) a neví (36,1 % mládeže).

Populace ve věku 20 až 24 let se statisticky významně odlišuje od celého souboru populace v kategoriích nedostatečná úroveň učitelů (16,7 %), v kategorii ostatní nedostatky (8,3 %) a v kategorii neví (31,9 %).

Další analýzy realizované na základě druhého stupně třídění signalizují podobné souvislosti, jaké byly zjištěny v případě kladů. Platí, že čím vyšší je věk respondenta, tím častěji volí odpověď „nevím“, zatímco nejmladší věkové skupiny tuto odpověď volí významně méně. Věk zprostředkovaně působí i prostřednictvím dalších sociodemografických znaků. Odpověď „nevím“ významně častěji volí ovdovělí, žijící osaměle, důchodci, osoby s nejnižším čistým měsíčním příjmem domácnosti. Podobně jako v případě kladů volí odpověď „nevím“ častěji muži a respondenti, kteří z hlediska vzdělání uvedli, že jsou vyučeni. Studenti častěji než ostatní vidí nedostatky v obsahu výuky a v osobnosti učitele. Špatného učitele jako hlavní příčinu nedostatků rovněž častěji uvádějí ženy.

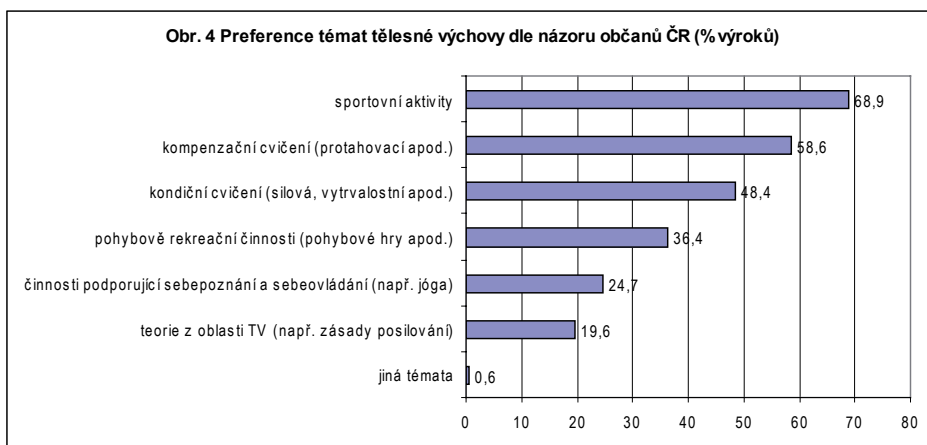
Cílem výzkumu bylo také zjistit, jaký je názor občanů ČR na obsah výuky tělesné výchovy v základním vzdělávání. Tato skutečnost byla zjišťována prostřednictvím polootevřené otázky: „Myslíte si, že by výuka tělesné výchovy na základní škole měla zahrnovat tyto tematické celky (můžete označit maximálně tři celky, které pokládáte za nejdůležitější)?“

Škála možných odpovědí:

- činnosti z odvětví sportů a sportovních her (atletiky, gymnastiky, basketbalu, volejbalu apod.),
- pohybově rekreační činnosti (zábavné pohybové hry, netradiční činnosti typu žonglování, činnosti dle volného výběru žáků apod.),
- kondiční cvičení pro optimální rozvoj zdatnosti (zejména svalové síly a vytrvalosti),
- kompenzační cvičení v rámci prevence oslabení podpůrně pohybového systému a držení těla (protahovací, zpevňovací a uvolňovací cvičení),
- pohybové činnosti podporující sebepoznání a sebeovládání (jóga pro děti apod.),
- teorie z oblasti tělesné výchovy a sportu (problematika pohybového zatížení, svalových oslabení, měření a posuzování zdatnosti apod.),
- další tematické okruhy (uved'te které).

Vyhodnocení odpovědí přineslo následující výsledky:

Občané ČR považují v obsahu výuky tělesné výchovy za nejdůležitější činnosti z odvětví sportů a sportovních her (viz obr. 4). Tuto tematiku preferují více než dvě třetiny občanů ČR (68,9 % respondentů). Na druhé místo je řazeno kompenzační cvičení v rámci prevence oslabení podpůrně pohybového systému (58,6 % dotázaných) a jako třetí v pořadí jsou uváděna kondiční cvičení pro optimální rozvoj zdatnosti (48,4 % respondentů). Tyto tři tematické celky by dle respondentů měla výuka tělesné výchovy obsahovat především. Méně jsou preferovány pohybově rekreační činnosti (36,4 % respondentů) a necelá čtvrtina dotázaných (24,7 %) považuje za důležité zařazovat pohybové činnosti podporující sebepoznání a sebeovládání. Jen 19,6 % respondentů považuje za důležitou teorii z oblasti tělesné výchovy a sportu. Jiná témata v podstatě nebyla navržena.



Obr. 4: Preference témat tělesné výchovy dle názorů občanů ČR (% výroků)

Názor na důležitost jednotlivých tematických celků je závislý na pohlaví respondentů. Muži více než ženy preferují činnosti z odvětví sportu a sportovních her, ženy na rozdíl od mužů považují za důležitější kompenzační cvičení v rámci prevence oslabení podpůrně pohybového systému a držení těla, a dále pohybové činnosti podporující sebepoznání a sebeovládání. Jiné statisticky významné odlišnosti zjištěny nebyly.

Přibližně polovina občanů ČR není schopna vymezit klady a zápory v současné úrovni tělesné výchovy na základních školách. Pokud občané klady uvedou, vidí je v podpoře pohybové aktivity, ve větší rozmanitosti obsahu a ve zlepšujícím se vybavení tělocvičen a sportovišť. Nedostatky spatřují především ve špatném přístupu dětí k tělesné výchově či pohybové aktivitě, v malém počtu hodin tohoto předmětu, v nedostatečné úrovni učitelů a v problematické náplni výuky.

Podnětem k hlubšímu zkoumání tělesné výchovy jsou názory relativně čerstvých absolventů základních škol. Spíše nespokojeno nebo zcela nespokojeno s úrovní tělesné výchovy během povinné školní docházky je 28,1 % mládeže ve věku 15 až 19 let. Nejčastější příčiny jsou dle respondentů špatně vedené vyučovací hodiny (nudné, nezajímavé, monotónní, nepestré, stereotypní apod.) a špatní učitelé, kteří svým přístupem tělesnou výchovu žákům znechutíli.

Občané ČR se domnívají, že mezi nejdůležitější tematické celky, které by měla obsahovat výuka tělesné výchovy na základních školách, patří činnosti z oblasti sportů a sportovních her, dále kompenzační cvičení v rámci prevence oslabení podpůrně pohybového systému a kondiční cvičení pro optimální rozvoj zdatnosti. V souvislosti s výzkumem názorů občanů ČR na výchovu ke zdraví kontrastuje, že vítají zavedení výchovy ke zdraví do školního kurikula, ale současně staví sportovní činnosti v tělesné výchově před kondiční, kompenzační a preventivní aktivity podporující zdraví.

Z uvedených poznatků plynou doporučení jak pro pedagogickou praxi v základním vzdělávání, tak i pro přípravu učitelů tělesné výchovy. Lze doporučit, aby se v přípravě učitelů i ve výuce tělesné výchovy více zdůraznila témata přímo související s podporou zdraví, tj. kompenzační cvičení v rámci prevence oslabení podpůrně pohybového systému a kondiční cvičení pro optimální rozvoj zdatnosti.

Doplňující poznámky a závěry

Poznatky a podněty týkající se vzdělávacího oboru výchova ke zdraví v ČR je možné stručně shrnout následovně:

Výchova ke zdraví jako samostatný vzdělávací obor byla vymezena v projektovaném kurikulu (Standardu základního vzdělávání) teprve od roku 1995. Samostatný vyučovací předmět výchova ke zdraví však nebyl po roce 1995 na školách organizován. Témata výchovy ke zdraví byla začleňována nejvíce do vyučovacího předmětu rodinná výchova, který byl koncipován jako „rodinná výchova a výchova ke zdraví“.

Učitelství rodinné výchovy bylo možné studovat na pedagogických fakultách teprve od roku 1996. Absolventů tohoto oboru je proto v základním školství velmi málo: v roce 2005 působili jen asi na 13 % škol (Mužíková, 2006).

Výchova ke zdraví byla následně začleněna do nově koncipovaných rámcových vzdělávacích programů pro předškolní, základní i střední vzdělávání. Vzdělávací cíle výchovy ke zdraví jsou přitom blízké cílům programu *Zdraví 21*.

Výchova ke zdraví obsahuje specifická učební témata: vztahy mezi lidmi a formy soužití (např. vztahy ve dvojici), změny v životě člověka a jejich reflexe (např. sexuální dospívání a reprodukční zdraví), zdravý způsob života a péče o zdraví (např. výživa a zdraví), rizika ohrožující zdraví a jejich prevence (např. civilizační choroby), hodnota a podpora zdraví (např. celostní pojetí člověka ve zdraví a nemoci), osobnostní a sociální rozvoj (např. psychohygiena).

RVP ZV nevidí těžiště v organizační struktuře výuky, ale v obsahové stránce vzdělávání. RVP ZV proto opouští tradiční členění na vyučovací předměty. Projektované učivo je možné na školách různě integrovat do tradičních i nových vyučovacích předmětů nebo do jiných vzdělávacích forem v souladu s požadavky jednotlivých vzdělávacích oborů.

Realizace takto koncipované výchovy ke zdraví je však obtížná. Učitelé, kteří nejsou aprobováni pro rodinnou výchovu nebo výchovu ke zdraví, nemají odpovídající vzdělání pro celý projektovaný rozsah výchovy ke zdraví.

Od roku 2004 je možné na několika pedagogických fakultách ČR studovat Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň ZŠ v kombinaci s dalšími obory. Je ale třeba zdůraznit, že absolventů nového oboru Učitelství výchovy ke zdraví je v době vydání této publikace velmi málo. Také předpokládaný počet budoucích absolventů oboru Učitelství výchovy ke zdraví je relativně velmi nízký a pohybuje se v celé ČR pouze v desítkách za jeden rok. Základní školy v ČR proto ještě řadu let nebudou mít dostatek kvalifikovaných učitelů pro obor výchova ke zdraví. Navíc je pravděpodobné, že ředitelé menších škol nebudou mít zájem přijímat absolventy oboru Učitelství výchovy ke zdraví (resp. oboru Učitelství rodinné výchovy) pro obtížnost naplnění jejich úvazku. Tuto situaci školy často řeší v souladu s RVP ZV začleněním učiva výchovy ke zdraví do dalších vzdělávacích oborů resp. vyučovacích předmětů.

Jako zásadní organizační problém se jeví časová dotace pro výchovu ke zdraví na 2. stupni ZŠ. V pilotní verzi RVP ZV (2002) byla pro výchovu ke zdraví vyčleněna časová dotace 4 hodiny, tj. 1 hodina týdně v každém ročníku 2. stupně ZŠ. V základní verzi RVP ZV (2005) byla minimální časová dotace snížena na 3 hodiny a v aktuální

platné verzi RVP ZV (2007) jsou výchově ke zdraví přiděleny jen 2 hodiny. Přitom RVP ZV nijak neupřesňuje, jakým způsobem a v kterých ročnících se mají témata výchovy ke zdraví realizovat. Pouze v pilotní verzi RVP ZV (2002) byla v poznámkách k učebnímu plánu informace, že výchova ke zdraví se realizuje zpravidla v samostatném vyučovacím předmětu případně ve funkční integraci s jiným vzdělávacím oborem. V následujících verzích RVP ZV se již žádné organizační doporučení neobjevilo⁵.

S ohledem na tyto údaje je překvapivé a potěšitelné, že podle průzkumu Výzkumného ústavu pedagogického v Praze (Tupý, 2008) byl obor výchova ke zdraví vyučován ve školním roce 2007/2008 ve 36 % základních škol v samostatném vyučovacím předmětu výchova ke zdraví a ve 34 % škol jako samostatný vyučovací předmět s integrací části vzdělávacího obsahu do jiného vyučovacího předmětu. Ve 30 % škol byl obsah výchovy ke zdraví integrován do jiných vyučovacích předmětů, nejčastěji do přírodopisu.

V roce 2011 bylo Výzkumným ústavem pedagogickým v Praze analyzováno 250 náhodně vybraných ŠVP (Tupý, 2011). Bylo zjištěno, že výchova ke zdraví se vyučuje v samostatném vyučovacím předmětu již na 70 % českých základních škol. Ještě překvapivější je, že průměrná hodinová dotace pro daný vyučovací předmět na 2. stupni ZŠ je 3 hodiny. Mnohé školy tedy doplňují povinnou dvouhodinovou dotaci z nabídky disponibilních hodin.

Integraci učiva výchovy ke zdraví do jiných vyučovacích předmětů tedy aktuálně využívá jen asi 30 % škol. Přesto je třeba upozornit, že jakémukoli způsobu integrace výchovy ke zdraví do jiných vyučovacích předmětů by měla předcházet důkladná analýza mezipředmětových vztahů a návaznosti učiva jiných oborů, a to s uplatněním systémové metody modelování (viz Maňák, 2007; Mužíková, 2010a, 2011; Dočekalová, 2010).

Jak již bylo uvedeno, v ČR je s oborem výchova ke zdraví úzce spjat vzdělávací obor tělesná výchova. Zdravotně orientované pojetí tělesné výchovy klade zvýšené nároky jak na způsoby realizace na školách, tak i na kvalifikaci učitelů. Doplňující výzkumy orientované na tělesnou výchovu potvrdily, že na školách i u české veřejnosti je preferováno učivo tradičních sportovních aktivit (sportovních her, atletiky a gymnastiky). Má-li být plněn hlavní vzdělávací cíl oboru tělesná výchova, jímž je v současné době podpora zdraví a zdravotní gramotnosti, je nezbytné, aby se výuka ve větší míře orientovala nejen na praktické činnosti podporující zdraví (kondiční cvičení a další pohybové aktivity podporující zdraví), ale i na získávání příslušných vědomostí souvisejících s významem pohybové aktivity pro zdraví. To je třeba provádět přiměřeně, poutavě a s ohledem na věk žáků. Otázkou zůstává, do jaké míry je projektovaný vzdělávací obsah tělesné výchovy na školách reflektován a do jaké míry je realizace tělesné výchovy vnímána žáky i českou veřejností.

⁵ Naproti tomu pokyn pro vzdělávací obor Tělesná výchova požaduje: „Vzdělávací obsah vzdělávacího oboru Tělesná výchova je realizován ve všech ročnících základního vzdělávání; časová dotace pro tělesnou výchovu nesmí ze zdravotních a hygienických důvodů klesnout pod 2 hodiny týdně.“ (RVP ZV, 2007)

EXPERIENCE WITH HEALTH EDUCATION IN BASIC SCHOOL

Abstract: The chapter deals with health education as a newly emerging educational field of basic education as well as a subject of curricular research. Within the Czech Framework Educational Programme health education is together with physical education part of the educational area Humans and Health. Curricular research which focuses on health education and physical education uncovers the difficulties of implementing health education into school practice. Research in health education as well as research in physical education indicate that the stated educational fields show discrepancies between the designed form of the curriculum and its implementation in the school practice. Therefore, this chapter focuses on the research findings and suggestions, which can contribute to improving the quality of health education as well as physical education in basic education.

Key words: health education, physical education, educational field, educational area, Framework Educational Programme, school educational programme, designed form of the curriculum, implemented curriculum, research in health education, research in physical education

IDENTIFIKACE, REEDUKACE A PSYCHOTERAPIE DIFICILIT A PORUCH CHOVÁNÍ A PROŽÍVÁNÍ

Rudolf KOHOUTEK

Abstrakt: Závady v chování a prožívání (dificulty) a jejich srovnání s poruchami chování a poruchami osobnosti uvedenými v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN). Explorativní analýzou kasuistik pedagogicko-psychologických poraden a metodou Delphi bylo na základě výzkumu stanoveno 10 diagnostických jednotek, které se liší od poruch chování a poruch osobnosti uvedených v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Byla vytvořena teoretická koncepce dificitů a byly navrženy praktické konsekvence pro práci pedagogicko-psychologických poraden, školních psychologů (výchovných poradců) a učitelů s dificilními dětmi.

Klíčová slova: závady chování, poruchy chování, výzkum, difficulty, poruchy osobnosti, diagnostika, identifikace dificitů, náprava dificitů a poruch chování, reedukace, psychoterapie

Úvod

Problematika závad a poruch chování a prožívání dětí a mládeže patří mezi velmi závažné společenské problémy, které determinují další psychosociální rozvoj mladé generace.

Předpokladem adekvátního přístupu, respektive reedukace, resocializace, nápravy těchto závad a poruch je jejich kompetentní patopsychologická a psychopatologická klasifikace a identifikace.

V České republice vyšla první monografie *Závady a poruchy chování v dětském věku* od lékaře Pavla Vodáka a pedagoga Antonína Šulce v Praze v roce 1964. Poruchami psychického vývoje se zabýval také Josef Švancara (1974). Dílčí problémy z oblasti závad a poruch chování dětí zpracoval Pavel Říčan v knize *Agresivita a šikana mezi dětmi*, kterou vydal Portál v Praze (1995). V roce 1997 vydala Marie Vágnerová *Psychologii problémového dítěte školního věku a v roce 2008 s Jarmilou Klégrovou publikaci Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Stručnou monografii o dětské agresi vydal rovněž Ivo Čermák (1998).

Na Slovensku vyšla první významná monografie na toto téma od Ladislava Košča, Julia Marka a Ladislava Požára a kol. v roce 1975 pod názvem *Patopsychológia* a pod názvem *Poruchy učenia a správania*. V roce 1975 vyšla ve Slovenské republice ještě *Všeobecná psychopatológia* od J. Jakabčice a L. Požára.

Z periodik se o řešení problematiky závad a poruch chování u dětí a mládeže nejvíce zasloužily časopisy *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, *Pedagogika*, *Pedagogická orientace a Speciální pedagogika*.

Předmětem tohoto příspěvku je ***návrh vědecko-praktické klasifikace deseti kategorií difícilit (závad chování)*** a jejich obecné odlišení od poruch chování a poruch osobnosti. Hlavní metodou stanovení těchto kategorií byla analýza kazuistické dokumentace pedagogicko-psychologických a psychiatrických poraden pro děti a mládež.

Obecným cílem výchovy je rozvinutá a osobnostně přiměřeně dané věkové etapě zralá harmonická osobnost. Tohoto stavu však ve výchovném procesu nedosahuje poměrně velké množství dětí. U významného procenta dětí a mládeže dochází k problémovému vývoji chování a osobnosti pod vlivem mnoha různých faktorů. Vědy o výchově musí hledat cesty, jak účinněji pracovat s psychickými předpoklady a potenciální (možnou) osobností dětí, aby dosahovaly dobré adaptace a úspěšnosti v životě. Pedagogové mají možnost často jako první rozpoznat různé závady chování a prožívání, které signalizují ohrožení normálního, zdravého psychického vývoje žáka s důsledky pro jeho sociální a profesní začleňování.

Od pedagoga takové děti se závadami chování a prožívání vyžadují nestandardní, často tolerantnější a vskutku individuální přístup, který je však přesto ve svém výsledku málo uspokojivý nebo i neuspokojivý.

Pojem záhada v chování a prožívání považujeme za synonymum pojmu difícilita.

V této přednášce se nebudeme primárně zabývat příčinami závad chování ani jejich nápravou, ale především klasifikací a identifikací. Chceme-li určit správný **individuální přístup**, správný typ výchovných incentive, stimulace, motivace a aktivace dítěte, musíme si vždy nejprve uvědomit, s jakým typem osobnosti máme co činit. Jiné typy výchovné stimulace budeme užívat u dětí se zakomplexovanou osobností, jiné u žáků se sníženými či disharmonickými mentálními schopnostmi, u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, u žáků neurotických, psychopatických atd. U různých typů problémových dětí je nutno utvářet kladné postoje a vlastnosti jejich osobnosti diferencovaně.

Teorii difícilit se zabývá **patopsychologie** jako věda o duševních procesech, stavech a vlastnostech na pomezí normy a patologie a jako věda o psychických průvodních jevech, které mají podíl na vzniku, průběhu a důsledcích jakékoliv životní nedostačivosti, nedosahující však stupně a kvality duševní abnormality nebo patologie (Košč a kol., 1975).

Za difícility považujeme shodně se Smékalem (1961) ty výchovné a výukové obtíže, které jsou ještě v rámci širší normy: nejsou tedy primárně organické, psychopatické, psychotické ani oligofrenické.

Difícility jsou částečně nebo zcela **reverzibilní**. Jsou to sice vývojově nepřiměřené (dysontogenetické), avšak **nepatologické** a **nedefektní** stavy psychiky, které se projevují společensky (případně i subjektivně) nepříznivě hodnocenými způsoby chování a prožívání.

Difícility mohou být podmíněny **multikondicionálně, polyetiologicky**, což je důležité jak pro jejich diagnostiku (ta by měla být osobnostní, komplexní), tak pro nápravu.

Při diagnostice difícilit vycházíme z projevů chování a prožívání dětí a mládeže. Podle vzdálenosti konkrétní formy chování od vlastní podstaty osobnosti můžeme projevy chování dítěte seřadit v určitém odstupňování, kterého je možno využít v diagnostice. Jde o **symptomy** (příznaky):

nahodilé – zcela necharakteristické pro osobnost,

sekundární – častěji se vyskytující nepodstatné projevy, spíše skupinové nebo věkové, vedlejší,

centrální – projevy, které přesně vyznačují specifickou individualitu osobnosti,

kardinální – projevy velmi významné, signifikantní, trvalé, rozhodující pro poznání dominujících vlastností dané osobnosti, vytvářející **syndrom chování**, který odkazuje přímo na podstatné rysy osobnosti.

Vždy si tedy musíme klást otázku, zda je pozorované chování nahodilé, sekundární, centrální nebo kardinální. Na rozdíl od poruch osobnosti a poruch chování se difícility častěji projevují symptomy pouze nahodilými nebo sekundárními; tyto úrovně symptomů bývají úžeji spojeny s vnějšími (exogenními) především sociálními podmínkami a jsou méně kotveny v osobnosti samotné. Poruchy osobnosti a poruchy chování jsou naproti tomu často podmíněny trvalejšími (endogenními) faktory a osobnostními rysy (např. genetickými).

Difícility jsou ve srovnání s poruchami chování a poruchami osobnosti:

- *krátkodobější*
- *jejich projevy jsou méně intenzivní*
- *jsou společensky méně závažné*
- *podmíněné a zapříčiněné jsou spíše exogenně, situačně a sociálně než endogenně, osobnostně, geneticky či biologicky*
- *prognosticky jsou častěji reverzibilní (tedy optimističtější)*

Klasifikace dětí a mládeže se závadami chování a prožívání

Podle **symptomatologie** (tj. projevovaných příznaků), která nám může pomoci jako metodika vyhledávání, **identifikace** jednotlivých typů dětí, si můžeme hlavní okruhy závad chování a prožívání (občasných, kratších, situačních a ještě nedosahujících kvantitativní ani kvalitativní úrovně a závažnosti poruch osobnosti a poruch chování uváděných např. v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) vydávané Ženevou) rozdělit do deseti skupin:

- 1) zvýšená psychická tenze
- 2) infantilismus
- 3) sociálně pedagogicky anormativní chování
- 4) zvýšená intropunitivita
- 5) parciální nedostatky komunikačních schopností a dovedností (zejména ústní i psané řeči) a poznávacích procesů
- 6) závary motoriky, lokomoce a praxe
- 7) psychomotorická instabilita
- 8) sociální, edukativní a kulturní zanedbanost

- 9) závady ve školské výkonnosti
- 10) závady profesní a studijní orientace a adaptace

Je třeba zdůraznit, že závady v chování (resp. dificulty) se mohou také kombinovat nebo přecházet v jinou, měnit se, a to zejména u dětí. Uvádíme-li symptomatologické členění, musíme rovněž na úvod konstatovat, že k diagnóze dificulty nemusí být zjištěn výskyt všech uváděných symptomů, v některých případech stačí dokonce jediný (např. dítě se občas zakoktává, má závady v oblasti čtení...). Některé symptomy mají nespecifickou povahu – mohou se vyskytovat u několika typů dificultí.

Každý příznak je nutno označit i z hlediska kvantity, např. neprojevuje se (0) zřídka (1), často (2), velmi často (3).

Velmi často se projevující příznaky (označení stupněm 3) přitom již mohou v určité kombinaci kompetentnímu odborníkovi signalizovat poruchu, nikoliv jen dificultitu.

1. Zvýšená psychická tenze

Mezi projevy *psychické tenze* patří:

- *tréma, chvění, třes rukou, hlasu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *přecitlivělá reakce na neúspěch, lítostivost, plačtivost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zasnění se a nepřítomnost duchem (0 – 1 – 2 – 3)*
- *špatná nálada (vypadá nespokojeně) (0 – 1 – 2 – 3)*
- *tísňivé prožívání vlastního vzhledu a jeho změny (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zvýšená duševní zranitelnost, sebepodceňování (0 – 1 – 2 – 3)*
- *citové strádání (0 – 1 – 2 – 3)*
- *měnění barvy v obličeji, návaly krve, skvrny v obličeji, blednutí (0 – 1 – 2 – 3)*
- *strach z běžných věcí (např. z výšky, samoty, tmy, zvířat (0 – 1 – 2 – 3)*
- *okusování nehtů (0 – 1 – 2 – 3)*
- *bolesti hlavy, břicha, pocity slabosti při negat. medicínských nálezech (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zvýšená potivost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *pomrkávání, záškuby v obličeji, pohazování rukou, ramenem (0 – 1 – 2 – 3)*
- *pokašlávání, posmrkávání, aniž je člověk nachlazen (0 – 1 – 2 – 3)*
- *časté mnutí ucha, brady, kroucení si vlasů, poštipování se, cucání prstů (0 – 1 – 2 – 3)*

Četnost výskytu příznaků a intenzita této tenze je dána konkrétním psychickým i tělesným stavem dítěte a podmínkami sociálního prostředí, které na dítě působí.

Zvláštní specifickou skupinu dětí se zvýšenou psychickou tenzí tvoří *děti fyzicky a psychicky týrané* a zneužívané (Vágnerová, 1997), a to často osobami, které pro ně měly představovat zdroj jistoty a bezpečí. To vše zhusta vede i k poškození celkového rozvoje osobnosti.

Od dificulty projevující se jen zvýšenou psychickou tenzí musíme diferencovat různé neurotické poruchy.

Neurotické poruchy se rozdělují z hlediska převažujících klinických projevů, např. na fobické úzkostné poruchy, panickou poruchu a obsedantně kompulzivní poruchu.

U fobické úzkostné poruchy jsou v popředí různé formy strachu, např. strach z ostrých předmětů, z vody, z létání, z uzavřených prostorů, z hmyzu, z hadů, z nemoci, z krve atd. Jedná se o specifické fobie.

Agorafobie je strach z otevřených prostranství, ale i velkých uzavřených prostorů jako jsou letadlo, metro, obchodní domy atd. Patří sem i strach z opuštění domova, z cestování. Je to samostatná diagnostická jednotka, která se vyskytuje dvakrát častěji u žen, tak jako specifické fobie, generalizovaná úzkostná porucha a panická porucha. Agorafobie bývá spojena s panickou poruchou, se sekundárními depresivními stavy a četnými tělesnými stesky.

Speciálně je vydělována *sociální fobie*. Její výskyt u mužů a žen je stejný. Jedinec trpící sociální fobií má přehnaný strach ze ztrapnění v kontaktech s lidmi a ve společenských situacích (dotyčný zčervená, potí se, má stažené hrdlo, třes rukou, chvění hlasu a různé vegetativní symptomy). Příznaky úzkosti vedou k nepříjemným emočním pocitům, k obavám z pozorování a negativního hodnocení, k vyhýbání se nepříjemným situacím, k vyhýbavému chování obecně, k sociální izolaci a v extrémních případech až k sebevraždě. Přitom postižení jsou si vědomi toho, že jejich obavy i chování jsou přehnané, nepřiměřené.

Propanickou poruchu je typická periodicky se opakující masivní úzkost. Vznikající náhle, bez objektivního nebezpečí. Panika má náhlý začátek s několikaminutovým trváním. Stav je provázen nesnesitelným strachem, že člověk ztrácí nad sebou kontrolu, že zešílí, že zemře. Jednou prožítá ataka vede k určité fixaci a opakování.

Jinou diagnostickou jednotkou je *generalizovaná úzkostná porucha*, zahrnující trvalé, nadměrné obavy, úzkosti a zlé předtuchy obecného charakteru z každodenních životních událostí. Postižení žijí v neustálém úzkostném napětí a očekávání. Příznaky nejsou vázány na žádné specifické situace. Úzkostné poruchy způsobují výraznou zátěž a sociální maladaptaci postiženého.

Obsedantně kompulzivní porucha se vyznačuje neodbytnými vtírajícími se myšlenkami, představami (obsesemi) nebo akty (kompulzemi). Obsese zahrnují strachy ze špíny, nákazy, z poškození, ze ztráty, z toho, že nebylo něco uděláno, nebo že to nebylo uděláno žádaným způsobem. Kompulze (činy) snižují úzkost, kterou obsese (představy) vyvolaly. Časté jsou celé kompulzivní rituály, které podle víry pacienta mají zabránit budoucí „katastrofě“ nebo nebezpečí, jež hrozí jemu, jeho blízkým nebo zabraňující zlu, které by on mohl způsobit.

U těchto poruch je užívána *psychoterapie*, která – podle tíže různých symptomů a přidružených poruch je doplněna *farmakoterapií*. Bývá aplikovaná analytická a dynamicky orientovaná psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Mimo KBT je v mnohých případech přínosná hypnóza a doplňující podpůrná terapie s relaxačními technikami. Účinný bývá nácvik sociálních dovedností, skupinová psychoterapie a sociální podpora.

2. Infantilismus (parvuloismus)

Mezi typické a pozorováním a rozhovorem snadno zjistitelné příznaky *infantilismu* patří:

- *chování psychosociálně odpovídá nižšímu věku (0 – 1 – 2 – 3)*
- *věku nepřiměřená hravost (0 – 1 – 2 – 3)*

- mnoho zdrobnělin v řeči (0 – 1 – 2 – 3)
- nepřiměřená mazlivost (0 – 1 – 2 – 3)
- nepřiměřená naivita (0 – 1 – 2 – 3)
- emoční labilita (0 – 1 – 2 – 3)
- nesamostatnost (0 – 1 – 2 – 3)
- egocentričnost (0 – 1 – 2 – 3)
- fantazijní zaměřenost (0 – 1 – 2 – 3)
- nedostatek zájmu o práci (0 – 1 – 2 – 3)
- nadměrná závislost na pomoci druhých při práci, při oblékání (0 – 1 – 2 – 3)
- vyhledává přátelství převážně mladších nebo naopak starších (0 – 1 – 2 – 3)
- kladení důrazu na nápadnost v oblékání, účesu i obouvání (0 – 1 – 2 – 3)
- zanedbávání vypracování úkolů (0 – 1 – 2 – 3)
- celkově dětinské chování a prožívání (0 – 1 – 2 – 3)

To vše při inteligenci v mezích normy.

Mimořádně velký dopad na přizpůsobení dítěte mají projevy nezralosti, nezpůsobilosti ve vztahu k zahájení školní docházky do základní školy a později ve vztahu k volbě povolání a studia.

Nástup dítěte do školy znamená důležitou změnu, vážný předěl v jeho životě. Doposud si bezstarostně hrálo, nyní však bude musit ukázněně pracovat. Dosud mohlo zanechat hry, když je přestala bavit, a přejít k jiné činnosti. Brzy se však bude muset umět soustředit a soustavně vyvíjet volní úsilí ke splnění pracovních úkolů, a to i těch, které je nebudou zajímat. Dosud se může dítě spontánně, bez dovolení pohybovat, brzy však bude muset ukázněně sledovat vyučování, přijmout uložené úkoly, pracovat na nich a dokončit je ve stanoveném čase.

Dítě **pro školu doposud nezralé (nezpůsobilé)** má při vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně např. tyto typické projevy chování:

- nechce odejít od rodičů, brání se, pláče
- nenavazuje kontakt, je negativistické, nemluví, je bázlivé
- chová se bez zábran, má příliš uvolněné chování, tyká dospělým, je vtíravé
- bez individuální pomoci není schopno plnit příkazy
- snadno se rozptýlí, je nesoustředěné
- přerušuje práci, odmítá pokračovat, vstává z místa, zpívá si při úkolu
- má potíže s vyjadřováním, je s ním "těžká domluva"
- má evidentně malou slovní zásobu
- celkově se jeví jako příliš dětské, hravé
- jeví se, jako by bylo rozumově opožděné
- má závady ve výslovnosti (patlá, resp. šišlá, huhňá, breptá, koktá atp.);
- je zjevně neklidné
- má slabý grafický projev
- jeho chování odpovídá nižšímu věku
- nemá dostatečně rozvinuté hygienické návyky
- do školy se doposud netěší.

Infantilismus je třeba diferencovat od mentální retardace a demence.

Mentální retardace je postižení, při kterém dochází k lehkému, středně těžkému, těžkému a hlubokému zaostávání vývoje intelektových schopností a dovedností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v sociálním chování. Mentálním postižením nebo mentální retardací je nazýváno trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo např. v důsledku organického poškození mozku.

Infantilní osobnost se může v pozdějším věku projevovat i v nezralosti profesní a studijní orientace a adaptace.

3. Sociálně pedagogicky anormativní chování

Mohou se vyskytovat např. tyto příznaky **anormativního** chování:

- *agresivita, destruktivnost, trápení zvířat a hmyzu, šikanování ostatních (0 – 1 – 2 – 3)*
- *výbuchy zlosti (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zlomyslnost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *krádeže a podvádění, lhavost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *drzost, vulgární vyjadřování, hrubost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *negativismus vůči autoritám, hádky a spory s dospělými (0 – 1 – 2 – 3)*
- *záškoláctví, toulavost, přespávání mimo domov, žádný nebo malý pocit viny při přestupcích (0 – 1 – 2 – 3)*
- *členství v závadové skupině, volba nevhodných kamarádů (0 – 1 – 2 – 3)*
- *vedení k odporu proti učiteli, vychovateli, vedoucímu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *závady v sebeřízení (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nežádoucí hodnotová orientace, pití alkoholických nápojů (0 – 1 – 2 – 3)*
- *oplzlé řeči, předčasné sexuální zkušenosti (0 – 1 – 2 – 3)*
- *experimentování s nevhodným tetováním (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon k závislosti na nikotinismu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *experimentování s drogami (0 – 1 – 2 – 3)*

Od sociálněpedagogicky anormativního chování je třeba odlišit *disociální poruchu osobnosti* (F 60.2), která se projevuje například trvalou podrážděností a poruchou chování během dětství a v adolescenci, lhostejností k citům druhých, naprostou a trvalou nezodpovědností a nerespektováním sociálních norem, pravidel a závazků, nízkou frustrační tolerancí a nízkým prahem pro spuštění agrese, výraznou tendencí ke svádění viny na jiné (výrazná extrapunitivita) a *vážnou poruchu chování* (F 91) ve smyslu Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize), která a obsahuje velmi vážné symptomy – problémový jedinec např. používá zbraň, která může jiným lidem způsobit vážné tělesné poškození (např. pátku, cihlu, rozbitou láhev, nůž, střelnou zbraň); projevuje tělesnou krutost k jiným lidem (např. oběti svazuje, řezá nebo pálí), schválně zakládá požáry s rizikem, že způsobí vážnou škodu nebo s úmyslem ji způsobit, spáchá zločin, kde dochází ke konfrontaci s obětí (včetně vytržení kabelky, vydírání, přepadení zezadu a škrcení), nutí jinou osobu k sexuální aktivitě, vnikne do domu, budovy nebo auta někoho jiného.

Podle stupně společenské závažnosti se poruchy chování dělí na:

Disociální chování – objevuje se většinou v určité vývojové fázi (např. v pubertě), ale může být i projevem lehké mozkové dysfunkce nebo neuróz. Jde o difilní, obtížné, nepřiměřené, nespolečenské chování, které se však za určitých okolností dá zvládnout přiměřenými pedagogickými postupy. Lze ho pozitivně ovlivňovat. Př. neposlušnost, různé druhy přestupků, odmítání apod.

Asociální chování – projevuje se závažnějšími problémy, které jsou v rozporu se společenskými normami. Dítě překračuje morální normy, společenské normy, ale nedostává se do konfliktu s právními předpisy. Asociální člověk nemá adekvátní sociální citění a schopnost empatie. Př. záškoláctví, útky, závislostní chování apod.

Antisociální chování – jedná se v podstatě o trestnou činnost. Jedinec překračuje zákon a přitom většinou poškozuje nejen sám sebe, ale i své okolí. Př. krádeže, organizovaný zločin, sexuální delikty apod.

Jestliže výchova selže z jakéhokoliv důvodu a závada či porucha chování nabude velké závažnosti, pak je dítě umístěno do školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, kde stát vykonává náhradní rodinnou péči institucionální výchovou.

To se děje např. v případech:

- kdy rodiče nejsou z různých důvodů schopni zajistit podmínky pro zdárný vývoj jejich dítěte v rodině;
- kdy porucha chování je takového stupně a intenzity, že ohrožuje zdárný vývoj dítěte; kdy v důsledku poruchy chování dítě porušuje zákonné normy a jeho chování by bylo v případě jeho trestné odpovědnosti posuzované jako trestný čin;
- kdy v důsledku poruchy chování dítě porušuje zákonné normy, je již trestně odpovědné a ústavní (ochranná) výchova je mu nařízena (uložena) jako alternativní trest;
- kdy v důsledku poruchy chování dítě mezi 12–15 rokem porušuje zákonné normy způsobem, za který by byl dospělému uložen výjimečný trest. (Pipeková, 2006, s. 366)

Patří sem: dětské domovy (pro děti bez poruch chování), dětské výchovné ústavy, výchovné ústavy pro mládež, dětské diagnostické ústavy a diagnostické ústavy pro mládež. Rozhodnutí, kam bude dítě umístěno, záleží na závažnosti závady či poruchy, na věku, na pohlaví a na druhu navštěvované školy.

V poslední době také vznikají dobrovolné diagnostické ústavy, kam jsou děti a mladiství umístěni na žádost rodičů, a ne z nařízení soudu. Týká se to právě např. Středisek výchovné péče (SVP) nebo ústavů pro nezletilé matky s dětmi s nařízenou ústavní výchovou. (Helena Pelcová, 2008).

4. Zvýšená intropunitivita

Osoba se zvýšenou *intropunitivitou* má např.:

- *strach nebo nadměrný ostych před cizími lidmi (0 – 1 – 2 – 3)*
- *snadnou duševní zranitelnost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon nést těžce i nepatrné napomenutí (0 – 1 – 2 – 3)*

- *přehnanou reakci na případný neúspěch (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon podléhat zákonitosti nadměrné motivace (0 – 1 – 2 – 3)*
- *tendenci při zkoušení mluvit potichu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neschopnost uplatnit své znalosti, snížené sebevědomí (0 – 1 – 2 – 3)*
- *obtížné přizpůsobování se v nových situacích (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon k odmítání slovní komunikace (0 – 1 – 2 – 3)*
- *potřebu ujišťování o správnosti svého postupu a potřebu systematického výchovného vedení k adekvátní sebedůvěře a adaptabilní komunikaci (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon chovat se nejistě a „podezřele“ při vyšetřování přestupků i když je sám(a) nevinný(a), apod. (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon k samotářství (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sebeopodceňování (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neschopnost se s ostatními sblížit (0 – 1 – 2 – 3)*
- *uzavřenost, projevuje se často tichou vzdorovitostí, pasivním negativismem (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon k nesmělosti, plachosti, přílišné podřídivosti (0 – 1 – 2 – 3)*
- *přeceňuje ostatní lidi (0 – 1 – 2 – 3).*

Děti s intropunitivním zaměřením bývají někdy označovány za děti s **komunikačními problémy** (Vágnerová, 1997). Pojem „dítě s komunikačními problémy“ považujeme za *nadřazený* pojmu intropunitivní zaměření osobnosti.

Další komunikační problémy mohou být způsobeny např. zdravotními handicapy a poruchami smyslů (zejména sluchu, zraku, hmatu, receptivní nebo expresivní složky řeči apod.).

Passivní typ sociální adaptace, intropunitivní zaměření osobnosti úzce souvisí se sebehodnocením dětí, mládeže a dospělých.

Diagnostika intropunitivity je poměrně snadná již na základě metody pozorování a rozhovoru, příp. i dotazníku a projekčních technik.

Intropunitivní difícilitu je nutno diferencovat od poruch osobnosti (dřívější název psychopatie).

Poruchy osobnosti jsou tvořeny trvalými povahovými odchylkami vytvářejícími disharmonickou, nevyváženou a nenormální osobnost u níž jsou některé složky osobnosti a psychiky maladaptivně příliš zdůrazněny nebo příliš potlačeny a minimalizovány. Jde např. o tyto poruchy osobnosti: paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionskou, anankastickou, anxiózní, vyhubou, závislou aj.

Reedukace a psychoterapie

Reedukaci intropunitivity je vhodné doplňovat individuálně zvolenou psychoterapií.

Racionální psychoterapie se zabývá adekvátním a pro klienta srozumitelným logickým výkladem, poučením (persuazí), explikací a klarifikací podstaty a příčin jeho potíží a doporučením mentálně hygienických opatření a postupů. Může být obohacena o dlouhodobé regulační či psychagogické vedení ke správnému životnímu a pracovnímu stylu a k adekvátnímu systému hodnot. Má blízko k edukaci, k výchově a vzdělávání a duševní hygieně (psychohygieně).

Sugestivní psychoterapie a hypnoterapie se zabývá jednorázovými či systematickými terapeutickými sugescemi, které je možno aplikovat buď přímo v hypnóze, nebo u méně hypnabilních jedinců i v situaci pouhého bdělého raportu. Nepůsobí primárně na logické myšlení a jednání klienta, ale na jeho emotivitu a sugestibilitu. Někteří klienti reagují lépe na autoritativní, „otcovskou“ sugesci terapeuta, jiní zase na permissivnější, přesvědčivě aplikovanou „mateřskou“ sugesci doprovázenou sociální oporou.

Abreaktivní psychoterapie, resp. hlubinná abreaktivní psychoterapie (HAP), resp. regresní terapie využívá k navození abreakce asociativní pamětní vzpomínky na duševní a psychosomatické problémy, které člověk prožil v minulosti ve stresujících a traumatizujících situacích, kdy byl ve stavu zúženého vědomí až nevědomí. Někdy se používá i různých psychofarmak, které navozují stav mezi bděním a spánkem.

Tréninková psychoterapie má ráz kognitivně behaviorálních a discentních výcvikových technik a programů. Jde např. o systematické desensibilizační cvičení za stále zhoršovaných averzivních podmínek.

Aplikují se zásady na posílení sebedůvěry, sebehodnocení a volního úsilí zaměřeného na autokorekci (dovednost opravovat vlastní chyby a nedostačivosti) s cílem zvýšit duševní zdraví. Klienti se učí hledět vstříc překážkám, nesklánět se a neklesat před nimi. Zvyšují si svalový tonus, učí se chodit vzpřímeně, hrdě. Využívá se i autogenního tréninku.

Imaginativní psychoterapeutické techniky. Redukují se postupně chorobné postoje a reakce klientů a podněcují se k dospělému, odpovědnému a zralému jednání. Využit lze např. katatymně imaginativní psychoterapie (zkratka KIP) vyvinuté Hansem Carlem Leunerem (1997). Jde o techniku řízeného denního snění vycházející z hlubinné a psychodynamicky orientované terapie, jejíž teoretická východiska jsou poplatná Jungově analytické psychologii a psychoanalýze. Vychází přitom z předpokladu, že v obsazích denních snů se na symbolické úrovni projevuje předvědomí, nevědomí a vnitřní konflikt (Svoboda, 2003)

Kombinovaná eklektická a integrativní psychoterapie je ordinována podle uvážení příslušného psychoterapeuta (Kratochvíl, 2006). Kombinuje se např. racionální psychoterapie s relaxačními postupy (využívají se i různé diskety), individuální psychoterapie se skupinovou. Využívá se i arteterapie.

Eklekticko-syntetická a integrativní koncepce psychoterapeutů zabývajících se dificitami je rovněž možná.

5. Parciální nedostatky komunikačních (zejména řečových) schopností a dovedností a poznávacích procesů

Mezi symptomy této dificity resp. poruchy patří:

- *narušení zvuku řeči, např. huhňavost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *narušení plynulosti a tempa řeči, např. breptavost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *narušení článkování řeči, např. patlavost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *závady řeči doprovázející jiné dominantní postižení (0 – 1 – 2 – 3)*
- *závady hlasu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *potíže ve čtení a jazycích, ač např. v matematice dobře prospívá (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zaměňování slov a písmen – na konci prvního ročníku i později pozměňuje*

- tvárově nebo zvukově podobná písmena, např. r-z, k-h, d-t, n-m, a-e, p-g, d-b (0 – 1 – 2 – 3)*
- *slabikuje, není schopno při čtení sledovat obsah čteného (i ve vyšší třídě) (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *obtížně skládá i jednoduchá slova (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *při čtení vyslovuje s obtížemi těžší skupiny souhlásek a neznámá slova (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *přehazuje či vynechává při čtení hlásky a slabiky, hlavně koncové (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *přehazuje či vynechává hlásky a slabiky při psaní (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *píše s gramatickými chybami (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *domýšlí si koncovky a slabiky (často chybně) (0 – 1 – 2 – 3)*
 - *zaměňování tvarově či zvukově podobných písmen: s-z, p-q, m-n, h-k, z-c, b-d, t-j (0 – 1 – 2 – 3)*

Rozlišování zrcadlových písmen souvisí s vývojem uvědomělého poznávání pravé a levé strany. Někdy je čtení jen nápadně pomalé, těžkopádné, ale bez typických chyb. V písemném projevu dítěte často vynechává a přidává písmenka, nerozlišuje tvrdé a měkké slabiky: di-dy atp., špatně píše tvary písmen, zaměňuje je, přehazuje pořadí písmen ve slově (dysortografie bývá asi v 60 % spojena s dyslexií).

Závady a poruchy motoriky v souvislosti dyslexií jsou zkoumány již v šedesátých letech 20. století. V roce 1960 sestavil Z. Žlab soubor zkoušek k diagnostice laterality a LMD, který se na některých pracovištích užívá dodnes. Tvoří ho sedm zkoušek zaměřených na percepci a motoriku: házení a chytání tenisového míčku, koordinace horních a dolních končetin při pochodu na místě (u ribstolu), vizuomotorická zkouška barevným kruhem, zkouška pravolevé orientace, Z. Matějčkův obkreslovací test, zkouška reprodukce rytmu a vyšetření řeči se zaměřením na specifické poruchy. Motorika je zdůrazňována i v klasické práci Otakara Kučery a kol. (1962) věnované lehkým dětským encefalopatiím. Z. Třesohlavá (1974) v obsáhlém výzkumu zaměřeném na dítě s LMD věnuje značnou pozornost vývoji motoriky a diagnostice motorického vývoje. Spojení dyspraxie s dysgnózií (vývojová porucha schopnosti poznávat předměty) popsal Ivan Lesný (1989) a označil jako dy-dy syndrom, tedy syndrom dysgnozie – dyspraxie. Řadí jej mezi malá mozková postižení, za nejčastější příčinu považuje poruchu v oblasti středních závitů hemisfér. Mnoho odborných informací o vnímání a motorice při LMD je uvedeno v práci M. Černé a kol. (1999).

Vnímání závislosti mezi dyslexií a poruchami motoriky bylo zřejmě již v minulých desetiletích. V baterii testů, které používala v osmdesátých letech 20. století H. Tymichová, ředitelka první školy pro dyslektiky v Karlových Varech, byl zařazen Orientační test dynamické praxe J. Míky. Z. Matějček v knize *Dyslexie* (1987) uvádí souvislosti mezi artikulační neobratností, neobratností v mikromotorice očí a špatnou koordinací jemné motoriky při psaní.

Součástí *Diagnostiky specifických poruch učení* J. Nováka (2002) je Zkouška jemné motoriky, která vychází z Lurijova neuropsychologického vyšetření. Při dlouhodobém ověřování se ukázalo, že stávající vyšetření J. Míky a I. Lesného obsahují položky, které nemají pro sledované účely dostatečnou diagnostickou hodnotu. V jiné

práci J. Novák rozlišuje dysgrafii motorickou a ortografickou (častější označení dysortografie). Spolu s J. Smutnou zjistili závislost mezi úrovní jemné motoriky a auditivní analýzou a syntézou (1996).

Z uvedeného stručného přehledu vyplývá, že české pojetí specifických poruch učení a lehkých mozkových dysfunkcí v sebe vždy zahrnovalo oblast motoriky a pohybové koordinace. Se zpřesňováním diagnózy se zkvalitňuje reedukace a zlepšuje se porozumění obtížím dítěte (Zelinková, 2003).

Kvalitativně vážnější *specifická porucha čtení* (F81.0), která je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (v 10. revizi) zařazena mezi specifické vývojové poruchy školních dovedností, musí mít přítomny tyto dva znaky:

- 1) Skóre přesnosti anebo chápání čteného je nejméně 2 standardní odchylky pod očekávanou úrovní pro chronologický věk a obecnou inteligenci dítěte, přičemž jak schopnost čtení, tak i IQ je hodnoceno podle individuálně provedeného testu, standardizovaného pro danou kulturu a vzdělávací systém.
- 2) Anamnéza vážnějších potíží při čtení nebo skóry testu, které splňují první (výše uvedené) kritérium v dřívějším věku, a skóre v písemném testu, který je nejméně 2 standardní odchylky pod úrovní očekávanou pro chronologický věk a IQ dítěte.

Specifická porucha čtení není přímým důsledkem vadné zrakové nebo sluchové ostrosti ani neurologické poruchy.

Mezi další parciální nedostatky poznávacích funkcí patří např.: snížená výkonnost v oblasti některé duševní funkce; poruchy vývoje řeči; počítání na prstech; obtížné odpoutávání se od názoru a obtížné vypracování číselných pojmů – *dyskalkulie*, velké potíže při kreslení a malování – *dyspinxie* apod.

Děti s narušenou komunikační schopností a dovedností jsou většinou integrovány v třídách základních škol hlavního vzdělávacího proudu. Většina pedagogů na základní škole však má pouze teoretické nebo žádné zkušenosti s problematikou narušené komunikační schopnosti. Integraci dětí s narušenou komunikační schopností v základních školách by proto prospěla přítomnost speciálního pedagoga-logopeda.

Adekvátní rozvoj komunikačních schopností a dovedností podle Kateřiny Walkové (2007), předpokládá rovněž:

- správný mluvní vzor od raného věku dítěte;
- podnětné a stimulující mluvní prostředí;
- logopedickou depistáž – cílené vyhledávání jedinců s podezřením na narušenou komunikační schopnost;
- účinnou spolupráci rodiny, logopeda a školského zařízení;
- systematickou, pravidelnou a dlouhodobou logopedickou péči v případě vážnějších závad a poruch;
- další vzdělávání pedagogických pracovníků mateřských a základních škol v logopedické problematice.

6. Závady motoriky, lokomoce a praxe

U jedinců s těmito problémy se vyskytuje např.:

- *mimořádně neúhledný a výtvarný projev* (0 – 1 – 2 – 3)
- *potíže v prostorové orientaci* (0 – 1 – 2 – 3)
- *kostrbaté písmo s nepřiměřeným tlakem* (0 – 1 – 2 – 3)

- *neobratnost a nesamostatnost v sebeobsluze (0 – 1 – 2 – 3)*
- *manuální nezručnost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *potíže v rýsování (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neobratnost v tělocviku, nešikovnost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neuspořádanost pohybů při chůzi (0 – 1 – 2 – 3)*
- *upadnutí, úrazy, poranění (0 – 1 – 2 – 3)*
- *částečně ochrnutá ruka, noha, kulhání (0 – 1 – 2 – 3)*
- *přecvičená levá ruka, protože nelze používat pravou (0 – 1 – 2 – 3)*
- *překřížená lateralita (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nevyhraněná lateralita (0 – 1 – 2 – 3)*
- *grimasování (0 – 1 – 2 – 3)*
- *třesy, záškuby (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nezvládnuté pohyby (0 – 1 – 2 – 3)*
- *závada uspořádání, plynulosti a souhry aktivních volních pohybů (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zhoršené vnímání vlastního těla (0 – 1 – 2 – 3)*

Podstatným předpokladem školní úspěšnosti je dosažení určitého stupně rozvoje motorických schopností. Proto je důležitá diagnostika tohoto rozvoje motoriky i ve vztahu k různým poruchám centrální nervové soustavy. Motorika je jedním ze základních aspektů chování, a proto má být při jeho hodnocení také sledována.

Pro posouzení adekvátnosti motorického vývoje existuje **Ozereckého škála**. Tuto metodu vytvořil **N. I. Ozerecký**, její originální verze vyšla v Rusku v roce 1923. Určena pro posouzení adekvátnosti motorického vývoje. Test byl několikrát přepracován. Nejnovější verzí je americká úprava testu z roku 1978.

Popis testu: N. I. Ozerecký považoval za důležité ukazatele motorického vývoje koordinaci, přesnost a spojení různých pohybů. Tato zkouška obsahuje 46 takto zaměřených položek, rozdělených do 8 subtestů. Pro každou věkovou kategorii je určeno několik úkolů, které má dítě tohoto věku splnit. Zkouška umožňuje posoudit úroveň dílčích pohybových kompetencí: měří jak hrubou motoriku, tj. pohyblivost těla a dolních končetin, tak jemnou motoriku, tj. manuální zručnost a pohyblivost rukou, resp. prstů. K dispozici je i zkrácená verze, která obsahuje jen 14 položek.

Škálu lze použít jako součást testové baterie v klinické i poradenské praxi pro individuální vyšetření dětí, u nichž je podezření na opoždění motorického vývoje, resp. celkové opoždění, např. v rámci nějaké komplexnější poruchy, např. mentální retardace. Je doporučována i pro diagnostiku dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, resp. ADHD syndromem, a pro děti se specifickými poruchami učení.

Americký psycholog Joy Paul Guilford (1897–1987) se pokusil o vytvoření dvourozměrné matice psychomotorických schopností, kde sledoval takové parametry, jako jsou síla, impuls, rychlost, statická přesnost, dynamická přesnost, koordinace a pohyblivost, a to postupně celého těla, trupu, končetin, rukou, prstů (Smékal, 2002).

Ke zhodnocení schopnosti pohybové koordinace byly vytvořeny různé testy, například test sdružených pohybů (dvěma pákami současně se řídí pohyb hrotu, který má sledovat zakřivenou čáru) Studie ukázaly, že existuje těsný vztah mezi úspěchem při těchto zkouškách a ovládnutím strojů (Sillamy, 2001).

Podrobně se problematikou diagnostiky či terapie těchto dětí zabývá např. anglická dětská lékařka A. Kirbyová v knize *Nešikovné dítě* (2000).

Od poruch motoriky, lokomoce, praxe a laterality je třeba diferencovat *poruchu se stereotypními pohyby* uvedenou v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod značkou F98.4. Tato porucha chování se projevuje tak, že dítě (mladistvý), produkuje stereotypní pohyby v takové míře, že si způsobuje tělesné poškození nebo výrazně postihuje normální aktivity. Porucha přitom trvá nejméně měsíc. Postižený přitom jinou duševní poruchou ani poruchou chování netrpí.

Je také třeba odlišit poruchy, které vznikají na *organickém* či *somatickém základě*, např. následky dětské mozkové obrny.

7. Psychomotorická instabilita

Mezi typické příznaky psychomotorické *instability* patří např.:

- *velká živost, pohyblivost až neklid (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedovede klidně sedět, vrtí se, vybihá z místa (0 – 1 – 2 – 3)*
- *mluví bez vyzvání, skáče druhým do hovoru (0 – 1 – 2 – 3)*
- *jedná zbrkle, impulzivně, bez rozmyšlení (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedokáže uspokojivě spolupracovat (0 – 1 – 2 – 3)*
- *pohybuje se překotně, naráží do předmětů, padá (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nevydrží dlouho u jedné hry, činnosti, práce (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nepozornost, rozptýlenost, závary pozornosti, nedovede se soustředit (0 – 1 – 2 – 3)*
- *brzy se unaví (0 – 1 – 2 – 3)*
- *náladovost, spory, konflikty (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nápadně se střídají dny, kdy se mu(ji) vše daří, a dny, kdy je nezvladatelný (á) a má samý neúspěch (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nevhodně vykřikuje (0 – 1 – 2 – 3)*
- *chová se bez náležitého odstupu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *při práci se zabývá vedlejší činností (0 – 1 – 2 – 3)*
- *drobné i větší úrazy (0 – 1 – 2 – 3).*

Zelinková (2003) se věnuje specifickým závadám a poruchám učení a jejich příčinami, problematice dyslexie, dyspraxie a LMD, a to i v souvislosti s motorikou.

Nově zaváděné termíny jsou syndromy označené zkratkami jako ADHD a ADD.

Pro poruchy chování, jejichž hlavním znakem je hyperaktivita, impulzivita a porucha koncentrace pozornosti, je užívána diagnostická kategorie ADHD. Poruchy vývoje jemné motoriky včetně specifických poruch řeči můžeme označit jako dyspraxii. Pojem ADHD – označuje poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou. ADD je porucha pozornosti bez hyperaktivity, ODD je opoziční chování. Další třídění je ADHD bez agresivity a ADHD s agresivitou

Lehká mozková dysfunkce (LMD) je označení pro řadu projevů dítěte na bázi strukturálních změn CNS, jež se odchyľují od běžné normy. Jeví se tak jako nezvyklé, nápadné a zvláštní (nápadně nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, nápadnosti a poruchy v dynamice psychických procesů, hyperaktivita nebo hypoaktivita,

nesoustředěnost, malá vytrvalost, impulzivita, překotnost, výkyvy nálad a duševní výkonnosti, tělesná neobratnost, poruchy vnímání apod.. (Slowik, 2007).

Nápadná pohyblivost se označuje jako motorický neklid. U některých *hyperkinetických dětí* (s ADHD) se také může vyskytovat specifická vývojová porucha motorické funkce, která se projevuje jako nápadná dyspraxie, neobratnost a nešikovnost (syndrom neobratného dítěte), dělá jim problém například zasáhnout míčem cíl, zavázat tkaničky u bot, navlékat korálky, úhledně psát nebo kreslit. Bývá jim vyčítáno, že často něco pokazí nebo rozbijí, mají obvykle horší známku z tělocviku a mohou se stát pro svou nemotornost terčem posměšků. Poměrně často se mezi nimi vyskytují leváci.

Přibližně u poloviny dětí s tikovými poruchami se současně vyskytují hyperkinetické příznaky. Tiky jsou opakované, bezděčné a nepravidelné svalové záškuby, které nejčastěji postihují svalstvo mimické (mrkání, krčení nosu, otvírání úst), ale mohou postihnout i jiné svalové skupiny. Existují také tiky zvukové a hlasové, při kterých dítě vydává různé rušivé zvuky, vyráží některá slova nebo útržky vět. Kombinace tiků svalových a hlasových se typicky objevuje u závažné formy tikové poruchy – Tourettova syndromu, u kterého může docházet také k nutkavému vyrazení vulgárních výrazů (Drtílková, 2007).

Výchova, která se zakládá na lásce a úctě k vyššímu řádu, je neúčinnější prevencí všech psychických a psychosomatických onemocnění, a proto i neklidu v člověku a mezi lidmi.

Pro oblast hrubé motoriky – delší procházky, výlety, horské túry (ne se ovšem nechat pohodlně vyvézt lanovkou nahoru, raději namáhavě vystupovat pěšky), jízda na kole, veslování, plavání, skákání na trampolíně, přes švihadlo, skákání v pytli, tanec, džezgymnastika, odklizení sněhu, zametání, práce na zahrádce – okopávání, pletí atd.

Pro oblast jemné motoriky – všechny ruční práce bez pomoci elektrických nástrojů: pilování, modelování, háčkování, pletení, česání ovoce, čištění zeleniny (loupání brambor nebo jablek), hnětení těsta, navíjení provázku (Prekopová, Schweizerová, 2008).

Za určitých okolností lze psychomotorickou instabilitu označit podle Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) za **hyperkinetickou poruchu** – F90, která může být specifická pro domov nebo pro školní třídu.

Podmínkou např. je, že kombinace některých vybraných příznaků musí přetrvávat nejméně 6 měsíců a jsou takového stupně, že jsou maladaptivní a v rozporu s úrovní vývoje dítěte. Porucha se objevuje před 7. rokem věku, ne později.

Monograficky se problematikou dětí s nedostatkem pozornosti a hyperaktivitou (**ADHD** = Attention Deficit Hyperactivity Disorder) zabývá např. Gordon Serfontain (1999), dětský neurolog v dětské nemocnici v Sydney. Uvádí, že se zmíněné poruchy vyskytují až u 20 % chlapecké a 8 % dívčí populace.

U nás se v souvislosti s touto poruchou využíval koncept **LDE** (Kučera, 1961).

8. Sociální, edukativní a kulturní zanedbanost

Jedinec s touto difícultou se projevuje např.:

- *špatná příprava na vyučování (0 – 1 – 2 – 3)*
- *výukové nedostatky, ač je normálně rozumově nadané (0 – 1 – 2 – 3)*
- *obtížné chápání výkladu nové látky pro velké mezery ve znalostech (0 – 1 – 2 – 3)*

- *primitivní a vulgární formy sociální komunikace (0 – 1 – 2 – 3)*
- *malou slovní zásobu (0 – 1 – 2 – 3)*
- *vývojové závady řeči mluvené i psané (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedbalou úpravu zevnějšku (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nepořádek v osobních věcech (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nezájem o četbu časopisů a knih (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nezájem o kulturní záležitosti (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nezájem o divadelní hry a vážné filmy (0 – 1 – 2 – 3)*
- *opožděný somatický vývoj, nižší vzrůst, nízká hmotnost atd. (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedostatky v návycích osobní hygieny (0 – 1 – 2 – 3)*
- *odpudivý zápach (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nečistota pomůcek (0 – 1 – 2 – 3)*

Rodina sociálně zanedbaných dětí však bývá často primitivní (simplexní), málo psychosociálně a kulturně podnětná nebo dokonce defektní (alkoholismus, drogy, trestná činnost, duševní choroba aj.) a výchovně pravidelně nedostačivá (insuficientní).

Narušená rodina (neúplná, defektní, krizová atp.) vytváří horší předpoklady pro utváření osobnosti dětí než rodina úplná a nenarušená. Neúplnost rodiny, zejména pro rozvod, koreluje pozitivně např. se symptomy úzkosti.

K projevům psychosociální zanedbanosti se často přidružují další závady a poruchy: zvýšená psychická tenze až neuróza, antisociální chování atp.

Hostilní (nepřátelský) vztah rodičů a dítěte vede často k týrání dětí, k jejich zneužívání (např. pohlavnímu), někdy dokonce až k jejich fyzické likvidaci.

Od sociální zanedbanosti je nutno odlišit *děti se sociokulturním handicapem*. Může jít například o děti emigrantů, které mají ztíženou adaptaci na nové prostředí kvůli svým národním zvykům a jazykové bariéře

9. Závady ve školské výkonnosti

Jedinec se závadami ve školské výkonnosti:

- *má těžkosti v učení (0 – 1 – 2 – 3)*
- *dosahuje podprůměrných výsledků ve výuce, ač vyvíjí značné úsilí (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neučí se logicky a racionálně (0 – 1 – 2 – 3)*
- *má negativní vztah ke škole a k učení (0 – 1 – 2 – 3)*
- *je nechápavý(á) (0 – 1 – 2 – 3)*
- *má sklon k mechanickému učení (0 – 1 – 2 – 3)*
- *novou látku chápe pomale a těžkopádně (0 – 1 – 2 – 3)*
- *zdá se být přetížen(á), duševně vyčerpaný(á) (0 – 1 – 2 – 3)*
- *mívá sníženou sebedůvěru (0 – 1 – 2 – 3)*
- *má pocity nedostačivosti až méněcennosti (0 – 1 – 2 – 3)*
- *projevuje pasivní negativismus, odmítá sociální komunikaci (0 – 1 – 2 – 3)*
- *má málo rozvinutou abstrakční schopnost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *obtěžně aplikuje poučky v praxi (0 – 1 – 2 – 3)*
- *má nepřesné i běžné pojmy a představy (0 – 1 – 2 – 3)*
- *bývá intelektuálně pasivní (0 – 1 – 2 – 3)*

U závažných nedostatků v prospěchu a výrazných neúspěchů ve škole je třeba nejprve zjistit, o jaký typ neúspěchu jde, zda se jedná o trvalejší a celkovou tzv. **absolutní** školní neúspěšnost (tj. výukovou nedostačivost, vyplývající z nedostatečně rozvinutých intelektových schopností), nebo o občasnou či částečnou **relativní** školní neúspěšnost (žák vykazuje špatný prospěch z příčin mimointelektových), které většinou lze odstranit. U relativní školní neúspěšnosti jsou výkony žáka ve vyučování nižší než jeho rozumové (mentální) schopnosti a předpoklady. Může být způsobena např. krizovou situací, zvýšenou unavitelností, neurotickou reaktivitou, dočasně sníženou motivací apod.

Absolutní a relativní školní neúspěšnost je obrazem i důsledkem individuálních rozdílů mezi žáky, které zjišťujeme nejenom v jejich osobnosti (např. v jejich úrovni a struktuře nadání, charakteru, zájmu o učení, v emotivitě, motivaci, harmonické či disharmonickém vývoji osobnosti), ale i v rozdílných podmínkách rodinné výchovy. Špatný prospěch a neprospěch nejsou většinou monokauzální, ale častěji polykauzální záležitosti. Přitom mají všechny případy špatného prospěchu svou individuální souhrnu příčin a podmínek, vlastní vývoj a dynamiku.

Relativní školní neúspěšnost může být podmíněna příčinami sociálně-psychologickými, biologicko-psychologickými a intrapsychickými. Přitom platí, že jediný osamocený handicap (např. horší rodinné podmínky) nemusí mít automaticky záporný determinující účinek na školní úspěšnost žáka. Většinou jde při školní neúspěšnosti o kombinaci více podmínek a příčin.

10. Závady profesní a studijní orientace a adaptace

Za závady profesní a studijní orientaci a adaptaci považujeme:

- *nerozhodnost v tom, jaké povolání nebo školu si má vybrat (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nezájem o další studium (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nezájem o konkrétní profesi (0 – 1 – 2 – 3)*
- *lenivost (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neomluvené absence (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon k fluktuaci (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedodržování hygienických pokynů při práci (0 – 1 – 2 – 3)*
- *nedodržování bezpečnostních pokynů při práci (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neadekvátnost a nereálnost volby povolání (studia), a to buď z hlediska schopností nebo motivace apod. (0 – 1 – 2 – 3)*
- *neangažovanost při volbě povolání či studia (0 – 1 – 2 – 3)*
- *pasivitu nebo lhostejnost k vlastní budoucnosti (0 – 1 – 2 – 3)*
- *projevy obtížné adaptace na studium či profesi (0 – 1 – 2 – 3)*
- *projevy záporného vztahu k vybranému studiu či profesi (0 – 1 – 2 – 3)*
- *snahu přestoupit na jiný obor nebo z oboru odejít (0 – 1 – 2 – 3)*
- *sklon k profesní labilitě jedince v určité profesi (0 – 1 – 2 – 3)*

V procesu sebepoznání a sebepochopení i dozrávání pro volbu (výběr) povolání (studia) hraje velkou roli profesní orientace na školách a také psychologické poradenství. Psychologické vyšetření osobnosti žáka a prognóza úspěchu žáka ve škole a později i v povolání (srovnáním vlastností osobnosti žáka s profesiogramem) má často vysokou hodnotu. Většina lidí může zastávat celou řadu různých povolání, neboť existují rozsáhlé

možnosti kompenzace, vyrovnání nedostatků přednostmi a zejména možností výcviku specifických profesních dovedností a návyků.

Informace o výsledcích psychologického vyšetření může sehrát významnou úlohu při poznávání žáka pedagogy a také v procesu sebepoznání a sebehodnocení žáka. Žák, který sám sobě dobře rozumí, má větší předpoklad dobrého přizpůsobení než žák, jehož úroveň sebepoznání a sebepochopení je malá. Sebepoznání a sebepochopení vlastně znamená, že člověk dovede přesně popsat své klady, nedostatky, zkušenosti, potřeby a cíle, dovede předvídat své chování a snadněji své chování řídí a kontroluje. Sebepoznání a sebepochopení přispívá k jeho přiměřené akceptaci sebe sama, což je jeden z cílů psychologického poradenství. Vždyť podstatou poradenství je informovat zkoumanou osobu o úrovni jednotlivých znaků její osobnosti se zřetelem k ovlivňování (psychokorekci) a sebevýchově jejích mezilidských vztahů, vztahu k sobě samému a úspěšnosti ve zvoleném povolání (resp. studiu).

Osoby s větší informovaností o své osobnosti a o pracovních prostředích si lépe volí povolání než lidé s menší informovaností. Adekvátnost volby povolání je částečně také funkcí věku, protože čas poskytuje více příležitostí pro shromažďování informací. Osoby s adekvátnější volbou povolání mají diferencovanější vědomosti o povoláních, znají i profesiografické nároky povolání.

Problematika závad profesní a studijní orientace se často objevuje u dětí parvuloidních, nezralých, s infantilními rysy osobnosti.

Ondřej Janovec (2009) uvádí, že na mladé lidi je při studiu vyvíjen čím dál větší tlak, zvyšují se požadavky na výsledky studia, rozšiřuje se množství studijních oborů, které se čím dál více specializují na danou problematiku. Ve světě velkých možností a příležitostí, kde si mladá dívka nebo muž může vybrat přesně obor „ušitý“ na míru jeho schopnostem a představám, dochází také k tomu, že mladí lidé jsou „zmatení“ a nedokáží se orientovat v nabídkách a možnostech souvisejících s dalším studiem, a tak směřující jejich cestu blízké budoucnosti. Ať už je tento stav způsoben nerozhodností při výběru nebo nezájmem o svůj další osud, mělo by okolí zasáhnout a pomoci tomuto mladému člověku se zorientovat v něm samém a pomoci mu vybrat obor studia odpovídající jeho představám, ale zároveň také schopnostem a dovednostem. Existuje velké množství odborných pracovišť zabývajících se poradenstvím týkajícím se studijních předpokladů a možností. Některým lidem stačí pouze „naťuknout“ různé varianty, jiní potřebují několik sezení, kde za pomoci odborného pracovníka se postupně dopracují jak k poznání sebe sama, tak svých schopností a uvědomění si reálnosti dosažení svých představ a přání.

Poradenské služby orientované na pomoc při vzdělávání a výchově dětí i na pomoc při profesní a studijní orientaci jsou v našem školství realizovány již od šedesátých let dvacátého století. Byly zakotveny ve vyhlášce MŠČSR č. 130/1980 Sb. V roce 2005 vstoupila v platnost nová vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (č. 72/2005 Sb.).

Pedagogicko-psychologické poradny poskytují především komplexní pedagogicko-psychologické vyšetření dětí a dospívajících. K nejčastěji řešeným otázkám patří zjišťování příčin problémů v učení a chování, profesní a studijní orientace žáků (tzv. kariérové poradenství) atd. Zvláštním druhem edukativních poraden jsou poradny speciálně-psychologické, které se věnují žákům se zdravotním postižením.

Poskytují speciálně pedagogické a psychologické poradenství pro děti se zrakovým, sluchovým, mentálním či tělesným postižením, podílejí se na přípravě individuálního vzdělávacího programu integrovaných žáků, zajišťují školám metodickou podporu.

Poradenské služby poskytované přímo ve škole lze považovat za nejdůležitější složku v prevenci vzniku vzdělávacích i výchovných problémů. Každý žák či student má mít zajištěny vhodné podmínky nejen pro vzdělávání, ale i pro rozvoj osobnostních kvalit svého života. Ředitelé základních i středních škol jsou odpovědní za kvalitu školních poradenských služeb. Pedagogicko-psychologické poradenství zpravidla zajišťuje učitel – výchovný poradce, školní metodik prevence, školní speciální pedagog, psycholog z PPP nebo přímo školní psycholog. Poradenský tým na škole by měl vyhledávat rizikové žáky a studenty, ale i celé třídy, a to především z hlediska prevence školní neúspěšnosti a projevů nežádoucího chování. Na druhé straně by měl poskytovat podporu při volbě vzdělávací cesty, která směřuje k profesnímu uplatnění, podporovat a integrovat děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Obvykle se jedná o mimořádně nadané žáky nebo žáky s vývojovými poruchami učení, někdy o jedince z jiného kulturního prostředí. Ti všichni potřebují individuální podporu při úpravě vzdělávacích metod či odbornou pomoc při vytváření individuálního vzdělávacího plánu.

Vzhledem k tomu, že pro žáky základních škol je otázka budoucího povolání někdy složitá, vznikla myšlenka iniciovaná Ministerstvem práce a sociálních věcí a Národním vzdělávacím fondem sestavit kalendář, který bude žákům posledních ročníků pomáhat při rozhodování „kam dál“. První vydání tohoto kalendáře bylo v roce 2001. Tento kalendář vznikl s cílem vytvořit základní materiál pro rozhodování a také k usnadnění diskuze o budoucím povolání mezi žáky, učiteli, rodiči a výchovnými poradci.

Rozhodování se o budoucím povolání je pro mladého člověka velmi těžké a jeho výběr může výrazně ovlivnit celý další budoucí život mladé dívky nebo chlapce. Určitě ne všichni mladí své nápady dlouhodoběji promýšlejí a umějí si představit, co všechno jejich vybraný obor a profese obnáší.

Je proto žádoucí povinná konzultace představ žáka o svém budoucím výběru povolání nebo školy s odborným poradenským pracovníkem, který je kompetentní k tomu, aby zhodnotil reálnost a prognózu plánů mladého člověka.

Reedukace a psychoterapie difícilit

Reedukace je označení takových speciálně-pedagogických metod, které rozvíjejí nebo upravují porušené funkce a činnosti.

Je třeba difícilitám chování a prožívání věnovat zvláštní pozornost, protože jejich včasné podchycení může znamenat zamezení rozvoje vážných poruch chování, poruch osobnosti a chorob u dětí a mládeže. Pedagog má možnost často jako první rozpoznat různé zvláštnosti, závady a poruchy chování a prožívání, které signalizují ohrožení normálního zdravého psychického vývoje žáka (studenta) a důsledky pro jeho sociální začleňování. Tím, že na tyto problémy upozorní specializované odborníky (psychology, psychiatry atp.) a ve spolupráci s nimi účinně pomáhá při jejich řešení, provádí vlastně i depistáž a prevenci dalšího narůstání těžkostí. Od pedagoga takové děti se závadami a poruchami chování a prožívání vyžadují nestandardní, často tolerantnější

a vskutku individuální přístup, který je však přesto ve svém výsledku nezřídka málo uspokojivý, zvláště se zřetelem k nárůstu počtu problémových dětí v posledních letech. Problémové děti a mládež bychom mohli v řadě případů diagnostikovat jako difilní. Difilnity můžeme napravovat v podstatě jak psychologickými prostředky, tak speciálně pedagogickými nebo léčebně pedagogickými.

Psychoterapie jako léčebná metoda a technika může být v podstatě racionální, sugestivní, abreaktivní, tréninková, imaginativní nebo kombinovaná, individuální nebo skupinová.

Racionální psychoterapie se zabývá adekvátním a pro klienta srozumitelným logickým výkladem, poučením (persuází), explikací a klarifikací podstaty a příčin jeho potíží a doporučením mentálně hygienických opatření a postupů. Může být obohacena o dlouhodobé regulační či psychagogické vedení ke správnému životnímu a pracovnímu stylu a k adekvátnímu systému hodnot. Má blízko k edukaci, k výchově a vzdělávání a duševní hygieně (psychohygieně).

Suggestivní psychoterapie a hypnoterapie se zabývá jednorázovými či systematickými terapeutickými sugescemi, které je možno aplikovat buď přímo v hypnóze, nebo u méně hypnabilních jedinců i v situaci pouhého bdělého raportu. Nepůsobí primárně na logické myšlení a jednání klienta, ale na jeho emotivitu a sugestibilitu. Někteří klienti reagují lépe na autoritativní, „otcovskou“ sugesci terapeuta, jiní zase na permissivnější, přesvědčivě aplikovanou, „mateřskou“ sugesci doprovázenou sociální oporou.

Abreaktivní psychoterapie, resp. hlubinná abreaktivní psychoterapie (HAP), resp. regresní terapie využívá k navození abreakce asociativní pamětní vzpomínky na duševní a psychosomatické problémy, které člověk prožil v minulosti ve stresujících a traumatizujících situacích, kdy byl ve stavu zúženého vědomí až nevědomí. Někdy se používá i různých psychofarmak, které navozují stav mezi bděním a spánkem. Existují i inhalační narkotika. Dochází k řízenému uvolňování tenzí, úzkostí a strachů. Též hlubinná abreaktivní psychoterapie či regresivní terapie.

Tréninková psychoterapie má ráz kognitivně behaviorálních a discentních výcvikových technik a programů. Jde např. o systematické desensibilizační cvičení za stále zhoršujících se averzivních podmínek.

Aplikují se zásady na posílení sebedůvěry, sebehodnocení a volního úsilí zaměřeného na autokorekci (dovednost opravovat vlastní chyby a nedostatečnosti) s cílem zvýšit duševní zdraví. Klienti se učí hledět vstříc překážkám, neskánět se a neklesat před nimi. Zvyšují si svalový tonus, učí se chodit vzpřímeně, hrdě. Využívá se i autogenního tréninku.

Imaginativní psychoterapeutické techniky. Redukují se postupně chorobné postoje a reakce klientů a podněcují se k dospělému, odpovědnému a zralému jednání. Využit lze např. katatymně imaginativní psychoterapie (zkratka KIP) vyvinuté Hansem Carlem Leunerem (1997). Jde o techniku řízeného denního snění vycházející z hlubinně a psychodynamicky orientované terapie, jejíž teoretická východiska jsou poplatná Jungově analytické psychologii a psychoanalýze. Vychází přitom z předpokladu, že v obsazích denních snů se na symbolické úrovni projevuje předvědomí, nevědomí a vnitřní konflikt (Svoboda, 2003).

Kombinovaná eklektická a integrativní psychoterapie je ordinována podle uvážení příslušného psychoterapeuta (Kratochvíl, 2006). Kombinuje se např. racionální

psychoterapie s relaxačními postupy (využívají se i různé diskety), individuální psychoterapie se skupinovou. Využívá se i arteterapie.

Eklekticko-syntetická a integrativní koncepce psychoterapeutů zabývajících se domácím násilím je uznávána jako možná.

Chceme-li určit správný individuální, resp. reedukační přístup, správný typ výchovných incentív, stimulace, motivace a aktivace dítěte, musíme si nejprve uvědomit, o jaký typ závad chování, poruch chování nebo poruch osobnosti jde. Jiné typy výchovné stimulace budeme užívat u dětí se zakomplexovanou osobností, jiné u dětí se sníženými či disharmonickými mentálními schopnostmi, u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, u dětí neurotických atd. U různých typů problémových dětí je nutno diferencovaně utvářet žádoucí a kladné postoje, názory a vlastnosti jejich osobnosti.

Oslabení motoriky může ovlivnit řadu školních schopností, dovedností a výkonů. Dítě může mít problémy s výběrem aktivit v tělesné výchově v důsledku pohybové neobratnosti, zapojením do kolektivu, neobratností při hrách v jemných pohybech, menší obratností mluvidel, což ovlivňuje komunikaci, s vnímáním svého těla a prostoru a v neposlední řadě také potíže při psaní.

V souvislosti s motorikou se projevují deficity kognitivních funkcí. Jsou jimi např. nedostatečná úroveň rozvoje grafomotoriky, která se může projevovat pomalým psaním, obtížemi při nápodobě tvarů písmen. Dále dítě může mít potíže v geometrii a v dalších předmětech vyžadujících alespoň částečnou zručnost. Motorika je totiž jedním z prostředků poznávání, umožňuje manipulaci s předměty a je tak východiskem pro chápání matematických operací.

Serfontein (1999) nám ukazuje, jak na učitele mohou působit děti se závadami a poruchami hrubé i jemné motoriky a nabízí i určitá praktická řešení.

Děti se závadou či poruchou *hrubé motoriky* nám připadají těžkopádné, nemotorné, jejich pohyb je nekoordinovaný. V hodinách tělocviku se jen těžko mohou měřit se svými vrstevníky a ve třídě se stává, že „zakopávají“ o lavice, židle a části nábytku. Ruku v ruce s těmito problémy jde podceňování a pocit méněcennosti. Hrubá motorika se týká všech svalových skupin, schopnosti cíleně pohybovat různými částmi těla a koordinace pohybů v závislosti na vnějších i vnitřních vlivech, jako je gravitace, stranová orientace a těžiště těla. Cílem nápravných cvičení je naučit dítě pohybovat se plynule a efektivně a v neposlední řadě napomoci i lepší orientaci v prostoru a vnímání vlastního těla. Dítě s poruchou hrubé motoriky potřebuje individuálně koncipovaný program cvičení. Zpočátku není vhodné zařazovat ho do skupinových cvičení a her. Pedagog by se měl zaměřit na překonání konkrétního problému, se kterým se dítě potýká.

Mezi doučovací metody, které jsou zaměřené na zlepšení hrubé motoriky, patří základní pohybové aktivity, jako např. chůze pozpátku, dopředu a do stran. Dítě chodí po rovné, klikaté, široké nebo úzké dráze, může překonávat různé překážky a přitom mít ruce v různých polohách. K náročnější aktivitě pro děti s poruchou hrubé motoriky patří skákání přes švihadlo. Kombinuje se při ní jak technika, tak rytmus, rovnováha a pohybová koordinace.

Žáci se závadou či poruchou *jemné motoriky* mají obvykle potíže při manipulaci s předměty nebo v úkonech spojených s přesnou prací prstů. Jejich problémy se projeví při psaní, kreslení, zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, spojování předmětů dohromady

a stříhání. Ruční práce a výkresy těchto žáků připomínají výtvary daleko mladších dětí. Někteří z nich mohou být velice pohybově nadaní, co se týče hrubé motoriky, ale jejich schopnosti v oblasti jemné motoriky bývají podprůměrné.

Zde Serfontein (1999) uvádí aktivity, jako obkreslování, nalévání vody do nádoby, stříhání, zapínání knoflíků nebo třeba zavazování tkaniček, které pomáhá rozvíjet jemnou motoriku a koordinaci. Pro starší děti je vhodné např. vyšívání.

Cvičení pro rozvoj motoriky by učitelé a rodiče měli vybírat podle věku dětí. Pro žáky na druhém stupni ZŠ jsou vhodná složitější cvičení nebo ty jednodušší udělat náročnější.

Ke správnému rozvoji motoriky patří také **vnímání vlastního těla**. Podle Serfonteina (1999) se tento pojem týká uvědomění vlastního těla a jeho schopností. Aktivity jsou koncipovány tak, aby dítěti pomohly rozvíjet správné představy o poloze a funkci jednotlivých částí těla. Jsou jimi např. pojmenování částí těla. Dítě obkreslí křídou na zem nebo tužkou na arch papíru obrys svého spolužáka v životní velikosti. Potom si děti vymění role v obkreslování. Do obrysu vlastního těla na arch papíru žáci dokreslují detaily – rysy obličeje, nehty na rukou apod. Skládání puzzle. Při pantomimě děti předvádějí lidská povolání a činnosti, například řidiče autobusu točícího volantem, policistu řídícího dopravu, listonoše roznášejícího poštu a šéfkuchaře, jak se činí v kuchyni.

S tím je spojen pojem tělesné schéma, který užívají podle Kotasové (2000) autoři zabývající se studiem procesů tvořících základ realizace komplexního motorického jednání. Narážejí přitom na složitost vztahů mezi motorickým, gnostickým a emocionálním systémem a pokoušejí se vysvětlit, jak se uskutečňuje součinnost mezi těmito systémy v průběhu motorického jednání. V obecnějším pojetí je možno chápat využívání tohoto pojmu jako snahu zachytit a popsat na základě dosaženého stupně poznání mnohotvárnost a specifčnost vztahů mezi fyzickými (neurofyzilogická báze realizace motorické reakce) a psychickými (gnostické a emocionální komponenty pohybového aktu) atributy motorického projevu jedince.

Odchytky v rozvoji grafomotorických schopností difilicilního dítěte se projevují zejména nerovnoměrným nebo opožděným vývojem vzhledem ke svému věku. Ve školním období při nácviu psaní by mohly nedostatky v rozvoji grafomotoriky předznamenávat potíže a nesoulad psychomotorických schopností.

Grafomotorické závady a poruchy se nejčastěji objevují ve spojení se špatnou koordinací pohybů těla a artikulačních orgánů, která znesnadňuje správnou výslovnost. Je to důsledek vztahu motorických funkcí s psychikou dítěte a zráním jeho nervového systému. Včasné rozpoznání individuálních problémů a nedostatků dítěte v grafomotorickém rozvoji může proto významně posílit prevenci poruch psaní, které by se objevily až ve školním období. Zpomalené tempo psaní i nedostatečná automatizace grafomotorických pohybů by pak dítěti přinášely vážné problémy při všech jeho snahách o písemné vyjadřování (nejen v hodinách psaní). Pokud by přetrvávaly problémy s osvojováním správných tvarů písmen, jeho písemný projev by byl nejen neúhledný, kostrbatý, neurovnaný, ale i špatně čitelný a nesrozumitelný. Začne-li si navíc své potíže více uvědomovat, může to oslabovat i jeho vnitřní motivaci k psaní, což má za následek obsahově chudý a netvořivý písemný projev (Lipnická, 2007).

České republice existuje systém výchovného poradenství, který na základě vyhlášky o poskytování poradenských služeb ve školství zahrnuje školská poradenská

zařízení: pedagogicko-psychologické poradny a speciálněpedagogická centra, dále školní poradenská pracoviště při základních a středních školách. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy zřídilo Institut pedagogicko-psychologického poradenství, který je metodickým pracovištěm pro celý systém výchovného poradenství (Pešová, Šamalik, 2006). Pracovníky v pedagogicko-psychologických poradnách jsou psychologové, speciální pedagogové, metodik prevence, sociální pracovníci a někde i sociální pedagogové. Pro práci s dětmi s určitým druhem omezení jsou určena speciálněpedagogická centra, kde působí psychologové, speciální pedagogové a sociální pracovníci. Ve školních poradnách je školní psycholog, školní speciální pedagog, školní metodik prevence a výchovný poradce. Při poradenské práci se musí rozlišovat mezi lehčími a těžšími obtížemi. Pokud jde o vážnější poruchy vyžaduje se spolupráce nejen s rodinou a školou, ale s psychiatrem nebo jinými specializovanými zdravotními odborníky.

Reedukace znamená převýchovu, znovu obnovenou výchovu speciálně pedagogickými postupy, metodami práce zaměřených na rozvoj porušených nebo nevyvinutých funkcí.

Není stejný reedukační postup pro všechny děti, ale vychází z individuality dítěte a konkrétních projevů závady nebo poruchy. Jako východisko pro reedukaci je potřebná kvalitní diagnostika potíží, míra jejich závažnosti, projevy a stav psychických funkcí.

Určují se metody a pomůcky k reedukaci a oblasti, na které by se tento proces měl zaměřit. Při reedukaci se začíná na úrovni, kterou dítě ještě zvládá, teprve potom se obtížnost zvyšuje. Začíná se např. u závad a poruch motoriky, lokomoce a praxe nácvikem perцепčně motorických funkcí, které tvoří podklad obtíží, a z těch je potřeba vycházet a rozvíjet je. Např. u dětí s dysgrafií začíná nácvik vždy uvolňovacími cviky celé ruky, zaměřuje se jak na hrubou, tak na jemnou motoriku, cvičí se i koordinace pohybů. Pokud je porucha kombinovaná s dysortografií či dyslexií, zařazuje se i cvičení smyslového vnímání – zrakové a sluchové percepce. Při reedukaci se používá přístup, při němž je zapojeno co nejvíce smyslů v kombinaci se slovem, pohybem a rytmiizací. Důležité je vytváření cvičení zaměřených přímo na konkrétní obtíž a sledování toho, jaký mají efekt. Některé děti potřebují i po ukončení reedukace v běžném školním prostředí další péči, např. toleranci pomalejšího tempa psaní, snížené kvality písma a úpravy sešitů apod. Nezbytnou podmínkou je citlivý osobní přístup k dítěti i jeho rodičům.

Stejně jako u jiných závad a poruch platí: čím dříve začneme s dítětem pracovat, tím je větší naděje na zlepšení. Reedukace je dlouhodobý proces. Hlavním úkolem je naučit dítě žít v běžných životních podmínkách. Situace je horší v případě, kdy závada či porucha nebyla adekvátně diagnostikována. V běžné třídě může být individuální přístup pro učitele komplikovaný, ale on může žákovi s difícultou či poruchou učení pomáhat tím, že mu poskytne více času na splnění úkolů, může je zkrátit, využít různých pomůcek. Učitel by měl by dávat především úkoly, které jsou splnitelné, a umět žáka pochválit.

Závěr

Rozvoj osobnosti není u všech dětí stejný a často ani optimální. Pedagogové i psychologové musí hledat cesty, jak účinněji než dosud pracovat s psychickými možnostmi a potenciální osobností všech žáků, aby dosahovali úspěšnosti ve škole, v pracovním procesu i v životě.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat závadám chování dětí a mládeže, jejich zjišťování, klasifikaci, prevenci a nápravě.

Bylo navrženo deset kategorií závad chování, které je třeba přesně diferencovat od poruch chování a poruch osobnosti.

Má-li škola s problémovými dětmi úspěšně pracovat, musí být pracovníci školy informováni nejenom o podstatě výukových potíží a poruch chování, ale i formách depistáže dětí se závadami a poruchami chování, o nápravné činnosti a o možnostech průběžné a systematické spolupráce s PPP, s orgány péče o děti a rodinu, se soudy, policií atd.

Problematické poruchy chování zapříčiněných poruchami osobnosti, neurotickými a mentální retardací či demencí je přitom třeba řešit ve spolupráci s psychiatrickými zařízeními pro děti a mládež.

Dificility, tj. výchovné a výukové obtíže, které hodnotíme ještě v rámci širší normy, jsou řešitelné pedagogickými a psychologickými prostředky.

Dificility jsou většinou determinovány celým komplexem podmínek a příčin, což je důležité jak pro jejich diagnostiku, tak pro nápravu.

Podmínky a příčiny vzniku závad chování (dificilit) mohou být:

- *biogenní* – například vliv vrozených faktorů vč. dědičnosti
- *sociogenní* – např. parentogenie (příčiny tkví v rodině), pedagogenie (příčiny tkví ve výchově ve škole nebo v rodině – Helus, 1991)
- *psychogenní* – tkvící například v intelektuální pasivitě, ve vystupňovaných pubertálních povahových změnách apod.

Úkolem pedagogických pracovníků je záměrně, cílevědomě a soustavně působit na vychovávané a vzdělávané jedince tak, aby byl zajištěn pozitivní rozvoj jejich osobnosti.

Aby bylo výchovné působení účinné, je nutno nejprve děti ve výchovném a vzdělávacím procesu důkladně poznat. Toto poznání je základem. Proto provádíme během své výchovné práce pedagogickou diagnostiku. Rozpoznaný stav je pak východiskem pro individuální reedukační přístup k dětem a pro případné zajištění další adekvátní specializované odborné péče.

IDENTIFICATION, RE-EDUCATION AND PSYCHOTHERAPY OF BEHAVIORAL AND EXPERIENTIAL DIFFICULTIES AND DISORDERS

Abstract: Behavioral and experiential difficulties and their comparison to behavioral disorders and personality disorders listed in the International Classification of Diseases (ICD). Through an exploratory analysis of casuistry of pedagogical and psychological counseling centers and the Delphi method, 10 diagnostic units which differ from the behavioral and personality differences listed in the International Classification of Diseases were defined. A theoretical concept of difficulties was designed and practical consequences for pedagogical and psychological counseling centers, school psychologists (educational counselors) and teachers working with children with difficulties proposed.

Key words: behavioral difficulties, behavioral disorders, research, difficulties, personality disorders, diagnostics, identification of difficulties, rectification of behavioral difficulties and disorders, re-education, psychotherapy

RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ ŽÁKŮ ZÁKLADNÍ ŠKOLY A STŘEDOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ PŘI PRÁCI S POČÍTAČEM A S INTERNETEM

Petr KACHLÍK

Abstrakt: Výpočetní technika, počítačové sítě, mobilní telefony a další vyspělé informační a komunikační technologie (ICT) umožňují rychlou výměnu informací, přinášejí nové možnosti v zaměstnání, ve vědě, vzdělání, zábavě. Jejich neuvážené používání zejména dětmi a mládeží může vést k řadě zdravotních i sociálních poruch. Bylo provedeno kvantitativní výzkumné šetření, které proběhlo ve všech regionech ČR, při němž bylo formou anonymního dotazníku osloveno 1072 žáků z 26 škol (2. stupeň ZŠ a SŠ). Otázky se týkaly trávení volného času, práce s ICT, útoků vedených cestou ICT. Ukázalo se, že existuje nízký stupeň rodičovské kontroly, 30 % respondentů již bylo atakováno cestou ICT. Problematické situace řešilo s rodiči jen 5 % vzorku, více jak 50 % je ochotno zveřejnit po roční on-line komunikaci své osobní údaje. Je nezbytné posílení zájmu rodičů o volný čas dětí a jejich manipulaci s ICT, nastolení důvěry a brzké řešení problémů, ve škole je potřebné prohloubení informační gramotnosti žáků s důrazem na jejich osobní bezpečnost a netiketu.

Klíčová slova: bezpečnost, dotazník, hra, ICT, internet, počítač, prevence, riziko, student, škola, útok, volný čas, výzkum, zneužití, žák

Úvod do problematiky

Informační a komunikační technologie (ICT) se velmi rychle rozšířily z vojenského a akademického prostředí mezi běžné uživatele, získaly si obrovskou oblibu, slouží nejen při výkonu zaměstnání, ale i v domácnosti a při trávení volného času (Procházka, 2010).

Miliardy lidí po celém světě využívají mobilní telefony a internet ke komunikaci, při níž stačí vytočit číslo nebo kliknout myší. Přínosem internetu pro komunikační možnosti je umožnění informační dostupnosti a prostupnosti, interaktivnost při výměně zpráv a rychlost při zprostředkování kontaktu (Vybíral, 2000).

Historie celosvětové počítačové sítě započala v 50. letech 20. století, kdy bylo snahou Američanů držet krok se Sovětským svazem, který v té době již získal vojensky využitelné kosmické technologie. Panovala obava zejména z jaderného napadení, které by mohlo ohrozit velkou část území Ameriky a jejích spojenců, vyřadit z provozu obranné a komunikační systémy, jež byly centralizované. Pracovníci společnosti RAND (Research And Development) přišli tehdy s unikátním řešením – vybudováním sítě, která

nebude mít centrální uzel a v případě zničení některých linek může dopravit informace k příjemci jinými trasami (Kras, 2001).

Ve Spojených státech vznikla speciální vládní agentura ARPA (*Advanced Research Projects Agency*), která se zabývala pokročilými výzkumnými projekty a v roce 1969 spustila experimentální síť s názvem ARPANET. Síť se z původních 20 uzlů ryze vojenského a vládního typu (r. 1971) rozrostla na více než 200 uzlů (r. 1981) zahrnujících též akademické prostředí. Výpočetní technika té doby byla dostupná pouze velkým institucím, byla značně rozměrná, drahá a z dnešního pohledu málo výkonná, vyžadovala kvalifikovanou obsluhu. Poprvé se objevuje pojem „internet“, k síti se mohou připojit a využívat ji i komerční uživatelé. Od 80. let 20. století se počítač zmenšuje, roste jeho výkon a dostupnost pro veřejnost, je koncipován jako osobní, tedy „jednouživatelský“ (Blábolil, 1997). Od 90. let 20. století množství uživatelů internetu geometricky vzrůstá, každý rok se více jak zdvojnásobuje, nastává doba, která zásadním způsobem ovlivňuje chování lidstva – doba internetová. Dnešní celosvětová počítačová síť představuje globální kyberprostor – nepřeborný zdroj informací a myšlenek, do něhož může vstoupit několik miliard účastníků (Kras, 2001).

Dalším klíčovým mezníkem ve vývoji internetu je vznik celosvětové pavučiny stránek označované jako World Wide Web (WWW). Jde o způsob komunikace pomocí multimediálních a hypertextových odkazů, což učinilo webové prezentace uživatelsky i komerčně atraktivními. Dnes může prakticky každý uživatel na internetu publikovat své myšlenky (Blábolil, 1997). V r. 1992 byl nastartován projekt Mosaic, šlo o vývoj grafického webového prohlížeče (Kodýtek [on-line], 2006). Česká republika byla k internetu oficiálně připojena 13.2.1992. Zprvu disponovala 2 uzly (Praha, Brno) propojenými pevnou linkou, časem byla tato páteř rozšířena o další města, vznikly konkurenční projekty. Kapacita sítě nejdříve sloužila akademickým a nevýdělečným organizacím, od r. 1995 i komerční sféře, která poskytuje finance k dalšímu rozvoji a provozu (Zemánek, 2004).

V rámci internetové sítě mohou uživatelé využívat několika standardních služeb, nejčastěji jde o World Wide Web (WWW) – soustavu propojených hypertextových dokumentů, která poskytuje rozsáhlý informační virtuální prostor (Broža, 2004). Z dalších stojí za zmínku HTTP (Hyper Text Transfer Protocol) – strukturovaný text s odkazy na jiné stránky, texty, obrázky, zvuky, animace a jiné soubory (Říha, 1996), FTP (File Transfer Protocol) – nástroj k hromadnému přesouvání souborů, umístění grafiky, hudby a videa na webové stránky (Musil [on-line], 2003a). V případě elektronické pošty (e-mailu) se jedná o rychlou komunikaci mezi institucemi, podniky i soukromými osobami. Zprávy mohou obsahovat text, zvuky, obrázky, videa (Říha, 1996). E-banking (elektronické bankovníctví) nabízejí v současné době všechny banky. Prostřednictvím klientského čísla a hesla je možné okamžitě zjistit stav svého účtu a provádět různé bankovní operace v kteroukoliv hodinu a z jakékoliv vzdálenosti (Elektronické bankovníctví [on-line], 2010). IM (Instant Messaging) dovoluje přímou komunikaci na síti v reálném čase, News (UseNet, NetNews, NewsGroup) jsou tématicky zaměřené diskusní skupiny, kde je možné pročitat si příspěvky, reagovat na ně a zveřejňovat vlastní. Veškerý obsah je přístupný všem (Musil [on-line], 2003b). Služba Noviny urychluje přístup k informacím, které jsou přehledně tříděné do rubrik. Prakticky každý významnější tištěný titul má i svoji elektronickou mutaci, existují i tituly šířené výlučně

elektronickou cestou. Na příspěvky je možné reagovat, diskutovat k nim (Kras, 2001). Obchodování a nákupy (e-business, e-commerce, e-shop) představují rostoucí segment služeb internetu. V současnosti je možné nakupovat nepřebernou paletu zboží a služeb a platit přes internet nebo pomocí SMS zpráv. Zboží je většinou posíláno kurýrní službou nebo poštou na dobírku. (Vitovský, 2006) WAP (Wireless Application Protocol) zajišťuje provoz elektronických služeb optimalizovaných pro mobilní telefony, které pak umožňují na displeji totéž, co internetový prohlížeč. Televizní a rozhlasové vysílání šířené po internetu dovoluje zhlédnout většinu pořadů v přímém přenosu nebo po premiérovém odvysílání (Kras, 2001).

Přínosem rozlehlých počítačových sítí je sdílení informací bez ohledu na geografickou vzdálenost, informace jsou během vteřin k dispozici prakticky kterémukoliv účastníkovi sítě (Veřtát et al., 1993). Převratný rozvoj ICT ovlivňuje množství stránek lidského života: z jedné strany racionalizuje a usnadňuje nepřebernou řadu lidských činností, ze strany druhé poskytuje prostor pro páchaní trestných činů. Dnešní děti a mládež tráví u počítače stále více času, fenoménem internetu bývají doslova pohlceny. Podle celosvětového průzkumu agentury Media Metrix z roku 2000 se došlo k závěru, že na internetu surfují v 7,6 % děti od 2 do 11 let a teenageři v 11,9 %. Z výsledků se dá předpokládat, že v ČR je více než čtvrtina dětské internetové populace mladší 18 let. Téměř všechny děti mají v současné době přístup k internetu, část jejich života se tak odehrává ve virtuálním prostředí a ony tento fakt považují za přirozený a běžný. (Co dětem hrozí na internetu [on-line], 2010)

Při práci s počítačem a při pohybu na internetu hrozí dětem a dospívajícím řada rizik. K nejvýznamnějším z nich patří:

- neopatrné a bezmyšlenkovité sdělování citlivých informací, při němž hrozí jejich zneužití; při propojení stop zanechaných v kyberprostoru lze i bez speciálních znalostí pomocí vyhledávačů sestavit profil konkrétního uživatele (Dočekal [on-line], 2010);
- komerční využití a zneužití dat dětí a mladých lidí získaných ze sociálních sítí, sestavení komplexního profilu osobnosti i její rodiny, tipování budoucích obětí trestné činnosti (Procházka [on-line], 2010);
- publikace a zneužití nevhodného obsahu na sociálních sítích, celosvětovou doménou je Facebook, který během několika let získal v prostředí českého internetu více než 2 milióny uživatelů (Dědiček, 2010);
- flaming, tedy útočné, urážlivé, nepřátelské jednání vedené prostřednictvím internetu, při kterém lze využít e-mailu, diskusních fór i chatu, vést plamennou diskusi bez logické argumentace s cílem urážet, zesměšňovat, útočit, dochází k porušování základních pravidel komunikace na internetu, tzv. netikety (Flame war [on-line], 2010);
- hacking: průnik do informačních systémů s cílem jejich prozkoumání a poznání funkce, obvykle bez změn jejich činnosti a dalších škod (Jirovský, 2007);
- cracking: průnik do informačních systémů s cílem získat data, změnit jejich obsah, funkci, obohatit se, páchat další trestnou činnost, speciálním případem jsou tzv. script-kiddies-dospívající s minimálními technickými znalostmi, kteří se zviditelňují prostřednictvím poškozování ICT. Je třeba také připomenout

porušování autorských práv a práv k duševnímu vlastnictví, kterých se uživatelé dopouštějí nelegální nabídkou počítačových programů a multimediálních souborů, odstraňováním či obcházením ochranných prvků v nich. (Rychnovský, 2005);

- phishing ("rhybaření"): forma podvodu na internetu, vylákání, získání a zneužití důvěry a osobních dat nezkušeného, naivního uživatele, např. přihlašovacích jmen, hesel, čísel účtů, PIN kódů, apod. (Phishing [on-line], 2010);
- cybergrooming: záměrné a manipulativní jednání s dětmi a mladistvými prostřednictvím internetu, nejčastěji chatu, e-mailu, seznamek a ICQ, které má v oběti vyvolat falešnou důvěru. Manipulátor (groomer) budí zdání, že dítěti naslouchá a rozumí, zároveň o něm sbírá co nejvíce informací, které pak užívá k vydírání, ubližování, při osobním setkání může dítě zneužít k pedofilním nebo teroristickým aktivitám (Cyber grooming [on-line], 2010);
- kybersex: hanlivá, vulgární internetová komunikace (slovo, text, fotografie, video) sexuálního charakteru, má různý rozsah a formy – např. flirtování, pornografické materiály, intimní návrhy, spycams, což je voyerismus nebo exhibicionismus přes webkameru (Až 25 miliónů lidí denně provozuje kybersex [on-line], 2010);
- pedofilie, pornografie: jejich propagace i obstarání jsou v prostředí internetu mnohem snazší (Weiss, 2002). Dětská pornografie představuje nejziskovější odvětví filmového průmyslu. (Milfiát, 2008; Vaničková, 2009). V řadě zemí není šíření pornografie ani trestným činem, ale díky nadnárodní povaze internetu jsou stránky s nelegálním obsahem viditelné i v zemích, kde je šíření pornografie trestnou činností (Matějka, 2002). Děti nejsou jen v pozici obětí, ale i vědomých či nevědomých dodavatelů citlivých materiálů a sexuálních služeb (Milfiát, 2008; Kožíšek, 2010; Viktora, Vokáč, 2010);
- SMS spoofing: všichni mobilní operátoři poskytují služby propojené s internetem, mj. lze posílat SMS zprávy, e-mail, prohlížet WWW stránky. Dítě, které většinou nenapadne ověřovat odesílatele přijaté SMS zprávy (může být anonymní a podvržená), se tak může dostat do nebezpečné situace (Klíma, 2005; SMS Spoofing [on-line], 2010);
- malware: souhrnné označení pro šíření škodlivých kódů (např. viry, červi, trojské koně), které mohou proniknout do počítačových systémů a poškodit je, distribuovat nevyžádanou reklamu, vykrádat nebo zpřístupnit citlivá data (Hlavenka, Samšuk, 1996; Kocman, Lohniský, 2005; Kuneš, 2006);
- spamming: nevyžádaná sdělení většinou reklamního charakteru, která jsou masově rozesílána především e-mailem, ale zaplevelují i diskusní fóra a sociální sítě, otevření spamu ohrožuje uživatele např. zavirováním počítače, přesunem na závadové stránky (Matějka, 2002);
- hoax (výmysl, podvod, mystifikace, novinářská kachna): jde o řetězové e-maily, které mají většinou charakter poplašných zpráv, obsahují např. varování před neexistujícími hrozbami, vyzývají příjemce k dalšímu masovému rozesílání (Únos dětí v obchodním domě [on-line], 2010);
- cyberbullying (kyberšikana): jde o násilné a ponižující aktivity jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout, není schopen se

účinně bránit (Vágnerová, 2004), v tomto případě se většinou jedná o nahrávání a publikaci videozáznamů nebo fotografií dětí a učitelů v diskreditujících situacích, je použito počítače, internetu či mobilního telefonu (Doubrava, 2010);

- cyberstalking: pronásledování, slídění s následným útočným chováním prostřednictvím internetu a mobilních telefonů, vedoucí k poškození oběti a demonstraci moci a síly útočníka (Kyberstalking [on-line], 2009);
- kyberterorismus, propagace násilí a agresivity: násilí se postupně stává součástí běžné zkušenosti, dokonce i tehdy, jde-li o násilí symbolické, prezentované v médiích, začíná být považováno společností za normální jev (Vágnerová, 1997). Podle Jirovského (2006) je kyberterorismus spojení kyberprostoru s terorismem, jde o aktuální globální hrozby, nezákonné aktivity namířené proti počítačům, počítačovým sítím a v nich uloženým informacím s cílem zastrašit nebo donutit k podpoře sociálních či politických cílů.
- propagace náboženských sekt a extrémistických hnutí: děti a mladí lidé jsou velmi ohroženou a vysoce ovlivnitelnou skupinou, vysoká anonymita internetového prostředí umožňuje prezentaci aktivit těchto skupin, nábor nových členů, mobilizaci jejich sponzorů (Šmahel, 2003);
- šíření ideologie čistě konzumního způsobu života, preference financí, úspěchu, egoismu a moci na úkor klasického hodnotového žebříčku (zdraví, rodina, vztahy, záliby) (Říčan, 2007);
- závislost na virtuálních drogách (netolismus či netomanie) a ICT, např. mobilu, chatu, sociálních sítích, internetu, počítači: u dětí a dospívajících vzniká závislost rychleji než u dospělých, zasahuje všechny atributy zdraví (Kalina [on-line], 2010), u závislosti dominuje psychická složka (Pokorný et al., 2002), jejímu vzniku napomáhá nejistá osobnost s nízkým sebevědomím a sebehodnocením a ztrátou reálných sociálních vazeb, může se objevit i tolerance (Vágnerová, 2004; Nešpor, 2000; „Závislost” na internetu a boj proti ní [on-line], 2010).

Každý má právo internet využívat k dobrým věcem, jinou věcí je, že jej někteří jedinci zneužívají ve svůj prospěch a potěchu. Základní informovanost o prevenci a bezpečnosti by mělo dítě dostat především v rodině (Fischer, Škoda, 2009).

Bednář (2006) a Kühnelová (2011) uvádějí několik základních pravidel dodržení počítačové bezpečnosti:

- nestahovat žádné ilegální programy;
- používat legální a aktualizovaný operační systém, oficiální webové prohlížeče;
- neotevírat e-maily a přílohy, které nebyly vyžádány, pocházejí z neznámých adres;
- řádně prostudovat výstrahy a další zprávy, které souvisejí s činností počítače;
- nenavštěvovat problematické stránky, zejména s nabídkou pornografie, nelegálních programů a médií, jsou nejčastějšími nositeli virů;
- pro různé služby používat různá hesla, která budou delší (kombinace písmen, číslic, speciálních znaků);

- po skončení práce s webovými aplikacemi se řádně odhlásit a uzavřít všechna okna prohlížeče, zabránit se tak možnému vykrádání informací;
- do registračních formulářů zadávat minimum osobních informací;
- nikomu, jehož identitou si nejsme jisti, nesdělovat žádné osobní informace.

V prevenci rizikového chování dětí a dospívajících hraje stěžejní roli rodina, jež poskytuje zázemí potřebné ke společenské seberealizaci, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, které nemůžeme získat v jiném prostředí (Fischer, Škoda, 2009). Rodina dítěte je klíčovým faktorem pro predikci rizikového chování, jako prevence rizikového vývoje se zdůrazňuje otevřená komunikace a význam pozitivních emočních vztahů v rodině, i zda a jaké jsou vztahy mezi rodiči a školou (Macek, 1999).

Děti je důležité od předškolního věku vychovávat tak, aby uměly třdit informace a naučily se posuzovat, co je pro ně škodlivé a co prospěšné. Je dobré být svým dětem stále nablízku a průběžně kontrolovat, které stránky navštěvují, dohodnout se, kolik dítě může strávit před obrazovkou času a dbát na dodržování pravidel. K ochraně dětí lze použít různých typů hlídacích programů (Hlídací pes 2002 [on-line], 2010).

Pokud se rodiče pro zakoupení takového programu rozhodnou, před jeho samotnou instalací je lepší s dětmi nejdříve promluvit a vysvětlit jim, že program není určený ke sledování potomka, ale k jeho ochraně. Děti by měly chápat, že existují metody, jak se nebezpečným situacím vyhnout, a rodiče chtějí znát vše, co se jim kdy přihodí. Je to právě neinformovanost, která činí děti zranitelnými (Elliottová, 2000).

Z pohledu transformace školního systému v návaznosti na procesy evropské integrace je zřejmé, že v současné době je potřeba reformovat vzdělávací programy na všech úrovních edukace na základě požadavků sociálně – tržní ekonomiky a připravit mladé lidi na možnost vstupu na flexibilní trh práce Evropské unie s dynamickými komunikačními dovednostmi a poznatky o využití moderních technologií včetně internetu (Lokšová, Lokša, 2003).

Jsme součástí informační společnosti, a proto se s těmito novými vlivy proměňuje prostředí, v němž se vzdělávání uskutečňuje. Značnou část znalostí v této oblasti získávají děti ve škole. Mění se výukové cíle, přizpůsobují se Školní vzdělávací programy a v konečném důsledku i celkové úlohy škol. Orientovat se ve světě informací, získat elementární dovednosti v ovládání výpočetní techniky a dosáhnout základní úrovně gramotnosti v užívání moderních technologií dokáží děti již od základních škol prostřednictvím vzdělávací oblasti Informační a komunikační technologie, která je povinnou součástí Rámcových vzdělávacích programů základního vzdělávání (*RVP ZV*). Tato vzdělávací oblast je pro získání kvalitního vzdělání a udržení tolik požadované konkurenceschopnosti na trhu důležitá. Získané dovednosti jsou v informační společnosti nezbytným předpokladem uplatnění na trhu práce i podmínkou k efektivnímu rozvíjení profesní i zájmové činnosti. Cílové zaměření směřuje k poznávání, porozumění digitálním médiím a všem tokům informací od samého vzniku, přenosu, zpracování až po praktické využití. Žáci se učí tvořivě myslet, porovnávat a třdit více informačních zdrojů, respektovat práva k duševnímu vlastnictví. Stěžejním cílem je zaujetí odpovědného, etického přístupu k nevhodným obsahům vyskytujícím se na internetu či jiných médiích (Vítková, 2004; *RVP ZV*, 2010).

Volným časem je myšlen čas, v němž si dítě může svobodně, na základě své nálady, zájmu a pocitu, volit činnost, jakou samo chce (Pávková et al., 2001). Každou volnočasovou aktivitu u dětí a mládeže nelze považovat za prevenci, je třeba vybírat a podporovat takové programy a koncepce, které budou plnit funkce regenerační, relaxační, výchovné, sociálně preventivní a kompenzační. Začlenění dítěte do volnočasové aktivity je poměrně složitý proces, u něhož je nezbytné, aby obsahoval faktory informační, motivační, ekonomické i sociální. V životě dětí i mládeže s nástupem informačních technologií došlo v oblasti volného času ke změnám. Sport a kultura se zkomercializovaly, dominantními médii se staly počítače, internet, televize, poslech reprodukováné hudby. Mnoho dětí neví, jak smysluplně využít svůj volný čas, proto podléhají nudě. Vlastní aktivity nahrazují televize a video. (Viehoffová, Reuysová, 2000) Je jasné, že v životě dětí a mládeže hrají digitální média důležitou roli a bylo by špatné jim je zakazovat či jiným způsobem je zatracovat. Je třeba mít na paměti, že čím jsou děti mladší a nevyzrálejší, tím větší mají média vliv na utváření názorů a postojů. Důležitým aspektem je výchova k rozvoji osobnosti dětí, osvojení si pozitivního sociálního chování, zdravého životního stylu a přirozeného odmítání všech forem porušování zákona. Nejzdravějšími volnočasovými aktivitami jsou sportovní a pohybové, které naplňují v mnoha oblastech zdravý životní styl, rozvíjejí socializaci a celou osobnost mladých lidí. Kvalitně vyplněný volný čas samozřejmě nevyřeší vše, ale zmenšuje pravděpodobnost, že dítě „sklouzne“ k nežádoucím jevům spojeným s počítačovými technologiemi a k sociálně patologickým jevům všeobecně, zároveň zvyšuje šanci, že dítě bude v něčem úspěšné. Při vytváření volnočasových aktivit není důležité množství, ale jejich skladba a kvalita (Hájek et al., 2008).

Metodické poznámky

Hlavním cílem výzkumného šetření byla analýza rizikového chování a možností zneužívání informačních a komunikačních technologií ve vzorku dětí a mládeže.

K naplnění tohoto cíle byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Bylo využito kritické analýzy odborných tištěných a elektronických informačních zdrojů a techniky anonymního dotazníku. Samotné dotazování proběhlo v rozmezí ledna až května 2010. Nejdříve bylo kontaktováno vedení vybraných základních a středních škol, jemuž byly sděleny základní informace o výzkumu, vždy se jednalo o jednu základní a jednu střední školu v každém krajském městě republiky (podrobněji viz tab. 1 a 2). Na základních školách byl dotazník určen pouze pro žáky druhého stupně.

Po získání souhlasu vybraných škol byl v každé z nich osloven pedagog, který byl pověřen rozděním i sběrem dotazníků mezi žáky a studenty v jednotlivých třídách, většinou se jednalo o učitele, který vyučoval předmět Informatika.

Respondentům bylo rozdáno celkem 1300 anonymních nestandardizovaných dotazníků, obsahujících celkem 35 položek s uzavřenou nabídkou odpovědí, z toho 29 s možností jednoznačné volby, 6 mnohoznačné volby. Na každou školu tedy připadlo 50 dotazníků, zpět se vrátily 1072 vyplněné formuláře.

Data z formulářů byla převedena do elektronické podoby, výstupy byly získány pomocí popisné statistiky za využití programu EpiInfo, v. 6.04 en (Dean et al., 1994).

Kraj ČR	Skupina respondentů					
	Dívky n = 525		Hoši n = 547		Celkem n = 1072	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Karlovarský	45	8,6	38	6,9	83	7,7
Olomoucký	50	9,5	44	8,0	94	8,8
Plzeňský	37	7,0	46	8,4	83	7,7
Ústecký	36	6,9	43	7,9	79	7,4
Středočeský	42	8,0	60	11,0	102	9,5
Pardubický	42	8,0	43	7,9	85	7,9
Liberecký	39	7,4	40	7,3	79	7,4
Vysočina	42	7,8	42	7,7	84	7,7
Moravskoslezský	37	7,0	43	7,9	80	7,5
Jihočeský	38	7,2	33	6,0	71	6,6
Jihomoravský	40	7,6	40	7,3	80	7,5
Zlínský	38	7,2	40	7,3	78	7,3
Královéhradecký	39	7,4	35	6,4	74	6,9

Tabulka 1: Charakteristika respondentů z hlediska zastoupení jednotlivých krajů a pohlaví

Věková kategorie	Skupina respondentů					
	Dívky n = 525		Hoši n = 547		Celkem n = 1072	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
19 let a více	44	8,4	45	8,2	89	8,3
17–18 let	106	20,2	112	20,5	218	20,3
15–16 let	150	28,6	133	24,3	283	26,4
13–14 let	111	21,1	130	23,8	241	22,5
11–12 let	114	21,7	127	23,2	241	22,5

Tabulka 2: Charakteristika respondentů z hlediska věkových kategorií a pohlaví

Dotazníkového šetření se zúčastnili celkem 1072 respondenti; 525 dívek a 547 hochů. Celkově nejpočetnější zastoupenou skupinou byla věková kategorie 15–16 let, nejméně zastoupenou skupinou pak věková kategorie 19 let a více.

Výsledky dotazníkového šetření

Výsledky jsou prezentovány pomocí tabulek absolutních a relativních četností získaných tříděním souboru dle pohlaví a doprovobených textovým komentářem. Drobné odchylky v relativních četnostech (desetiny procent) jsou způsobeny zaokrouhlováním číselných hodnot na jedno desetinné místo.

Čas strávený týdně u počítače	Skupina respondentů					
	Dívky		Hoši		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
méně než 2 hodiny	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3–5 hodin	16	3,0	3	0,5	19	1,8
6–10 hodin	44	8,4	17	3,1	61	5,7
11–15 hodin	100	19,0	58	10,6	158	14,7
16–20 hodin	151	28,8	159	29,1	310	28,9
více jak 20 hodin	213	40,6	310	56,7	523	48,8

Tabulka 3: Celkový čas strávený u počítače během týdne

Celkově respondenti tráví u počítače více jak 20 hodin týdně – 523 osoby (48,8 %), z toho je 213 dívek (40,6 %) a 310 hochů (56,7 %). Méně jak 2 hodiny týdně prakticky nikdo z respondentů neuvedl.

Čas strávený týdně hraním počítačových her	Skupina respondentů					
	Dívky		Hoši		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
méně než 2 hodiny	156	29,7	60	11,0	216	20,1
3–5 hodin	106	20,2	154	28,2	260	24,3
6–10 hodin	30	5,7	132	24,1	162	15,1
11–15 hodin	14	2,7	82	15,0	96	9,0
16–20 hodin	8	1,5	39	7,1	47	4,4
více jak 20 hodin	13	2,5	55	10,1	68	6,3
hry na počítači nehrají	198	37,7	25	4,6	223	20,8

Tabulka 4: Čas strávený týdně u počítačových her

Celkově respondenti hrají nejčastěji počítačové hry 3–5 hodin týdně (260 osob, 24,3 %). Počítačové hry vůbec nehraje 198 dívek (37,7 %); hoši hrají počítačové hry nejčastěji 3–5 hodin týdně (154 respondenti, 28,2 %). Z tabulky je patrné, že chlapci celkově hrají počítačové hry daleko častěji než dívky.

Čas strávený týdně surfováním na internetu	Skupina respondentů					
	Dívky		Hoši		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
méně než 2 hodiny	19	3,6	2	0,4	21	2,0
3–5 hodin	54	10,3	34	6,2	88	8,2
6–10 hodin	90	17,1	63	11,5	153	14,3
11–15 hodin	110	21,0	118	21,6	228	21,3
16–20 hodin	107	20,4	132	24,1	239	22,3
více jak 20 hodin	143	27,2	197	36,0	340	31,7
vůbec nesurfují	2	0,4	1	0,2	3	0,3

Tabulka 5: Čas strávený týdně surfováním na internetu

Celkově respondenti nejčastěji surfují na internetu více jak 20 hodin týdně (340 osob, 31,7 %); z toho jde o 143 dívky (27,2 %) a 197 hochů (36 %).

Na otázku, zda rodičům vadí trávení volného času dětí u počítače, odpověděl pozitivně celkem 501 respondent (46,7 %); z toho byly 282 dívky (53,7 %) a 219 hochů (40 %). Na otázku, zda rodiče kontrolují, na jaké stránky se na internetu děti dívají, odpověděli pozitivně celkem 134 respondenti (12,5 %); z toho bylo 109 dívek (20,8 %) a 25 hochů (4,6 %). Rodiče nejčastěji kontrolují své děti ve věku mezi 11.– 12. rokem.

Čas strávený týdně komunikací na sociálních sítích	Skupina respondentů					
	Dívky		Hoši		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
méně než 2 hodiny	2	0,4	2	0,4	4	0,4
3–5 hodin	20	3,8	16	2,9	36	3,4
6–10 hodin	60	11,4	30	5,5	90	8,4
11–15 hodin	96	18,3	102	18,6	198	18,5
16–20 hodin	113	21,5	136	24,9	249	23,2
více jak 20 hodin	187	35,6	247	45,2	434	40,5
takto nekomunikují	47	9,0	14	2,6	61	5,7

Tabulka 6: Čas strávený týdně komunikací na sociálních sítích

Respondenti nejčastěji komunikují na sociálních sítích více jak 20 hodin týdně, což zmínily 434 osoby (40,5 %); jde o 187 dívek (35,6 %) a 247 hochů (45,2 %). Sociální síť ke komunikaci vůbec nevyužívá 61 respondent (5,7 %), z toho 47 dívek (9 %) a 14 hochů (2,6 %).

Setkání s atakou přes mobilní telefon a počítač	Skupina respondentů					
	Dívky		Hoši		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
vyhrožování	35	6,7	56	10,2	91	8,5
zesměšňování	71	13,5	86	15,7	157	14,6
urážení	76	14,5	84	15,4	160	14,9
zneužití účtu	54	10,3	57	10,4	111	10,4
foto, video, hlas	201	38,3	203	37,1	404	37,7

Tabulka 7: Ataky přes informační a komunikační technologie
(respondenti mohli zaškrtnout více kladných odpovědí současně)

Respondenti se setkali se všemi nabízenými možnostmi ataků cestou ICT. Nejčastěji se jednalo o zneužití fotografií, video- a audiozáznamů zachycujících trapné či choullostivé situace a jejich prezentaci na některé ze sociálních sítí nebo webovém portálu. Častěji byly oběti útoku prostřednictvím ICT vystaveny zesměšňování a urážkám. V celém souboru se s touto formou úroku setkala 86,1 % respondentů, 83,3 % dívek a 88,8 % hochů.

Obecně se s nepříjemnou situací související s užíváním ICT setkala celkem 170 respondentů (tj. 15,9 %); 79 dívek (tj. 15 %) a 91 chlapec (tj. 16,6 %). Dle věkové kategorie byl nejvíce zastoupen věk od 13 do 14 let – celkem 54 respondentů (tj. 31,8 %); nejméně kategorie 19 let a více – celkem 10 respondentů (tj. 5,9 %).

Řešení uvedených problémů s rodiči	Skupina respondentů					
	Dívky		Hoši		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
vyhrožování	7	1,3	13	2,4	20	1,9
urážení	21	4,0	21	3,8	42	3,9
zesměšňování	31	5,9	26	4,8	57	5,3
zneužití účtu	21	4,0	27	4,9	48	4,5

Tabulka 8: Řešení ataků vedených cestou ICT s rodiči
(respondenti mohli zaškrtnout více kladných odpovědí současně)

Společně s rodiči řešilo útoky cestou ICT 15,6 % respondentů, 15,2 % dívek a 15,9 % hochů. Nejčastěji se jednalo o zesměšňování a zneužití účtu na sociální síti.

Sdělení citlivých informací cestou internetu po krátké známosti	Skupina respondentů					
	Dívky		Hoši		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
jméno	382	72,8	407	74,4	789	73,6
příjmení	117	22,3	127	23,2	244	22,8
bydliště (adresa)	25	4,8	28	5,1	53	4,9
číslo mobilu	33	6,3	38	6,9	71	6,6
identifikace školy	70	13,3	51	9,3	121	11,3
e-mail	118	22,5	115	21,0	233	21,7
Skype, ICQ	128	24,4	135	24,7	263	24,5
heslo e-mailu	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PIN kód kreditní karty	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tabulka 9: Svěření osobních údajů a citlivých informací po krátké známosti po internetu (respondenti mohli zaškrtnout více kladných odpovědí současně)

V případě, že by respondenti znali osobu pouze krátce a jen z komunikace po internetu, prozradili by nejčastěji své jméno (uvedlo celkem 789 osob, tj. 73,6 %; 382 dívky, tj. 72,8 %; 127 chlapců, tj. 23,2 %), dále číslo Skypu a ICQ (celkem 263 osoby, tj. 24,5 %; 128 dívek, tj. 24,4 %; 135 chlapců, tj. 24,7 %). Nikdo z respondentů by neprozradil heslo ke svému e-mailovému účtu a PIN kód své kreditní karty.

Po roční známosti pouze z komunikace po internetu by situace vypadala obdobně (viz tab. 10): respondenti by nejčastěji prozradili své jméno (celkem 968 osob, tj. 90,3 %; 467 dívek, tj. 89 %; 501 chlapec, tj. 91,6 %). Druhou nejčastěji sdělenou informací by bylo číslo Skypu a ICQ (zminily celkem 792 osoby, tj. 73,9 %; 386 dívek, tj. 73,5 %; 406 chlapců, tj. 74,2 %). Opět by nikdo z respondentů neprozradil heslo ke svému e-mailovému účtu a PIN kód své kreditní karty.

Sdělení citlivých informací cestou internetu po roční známosti	Skupina respondentů					
	Dívky		Hoši		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
jméno	467	89,0	501	91,6	968	90,3
příjmení	280	53,3	303	55,4	583	54,4
bydliště (adresa)	151	28,8	157	28,7	308	28,7
číslo mobilu	186	35,4	203	37,1	389	36,3
identifikace školy	241	45,9	270	49,4	511	47,7
e-mail	374	71,2	409	74,8	783	73,0
Skype, ICQ	386	73,5	406	74,2	792	73,9
heslo e-mailu	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PIN kód kreditní karty	0	0,0	0	0,0	0	0,0

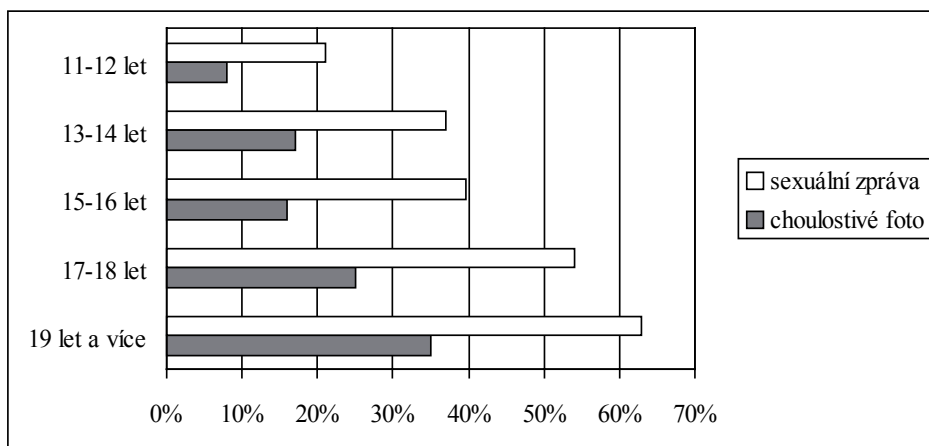
Tabulka 10: Svěření osobních údajů a citlivých informací po roční známosti po internetu (respondenti mohli zaškrtnout více kladných odpovědí současně)

Sdělení citlivých informací cestou internetu za úplatu	Skupina respondentů					
	Dívky		Hoši		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
jméno	373	71,0	395	72,2	768	71,6
příjmení	69	13,1	73	13,3	142	13,2
bydliště (adresa)	16	3,0	14	2,6	30	2,8
číslo mobilu	32	6,1	27	4,9	59	5,5
identifikace školy	33	6,3	29	5,3	62	5,8
e-mail	108	20,6	117	21,4	225	21,0
Skype, ICQ	132	25,1	157	28,7	289	27,0
heslo e-mailu	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PIN kód kreditní karty	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tabulka 11: Svěření osobních údajů a citlivých informací po internetu za úplatu (respondenti mohli zaškrtnout více kladných odpovědí současně)

Respondenti by svému komunikačnímu partnerovi, jehož znají pouze po internetu, za úplatu (dárek, peníze) nejčastěji prozradili své jméno (celkem 768 osob, tj. 71,6 %; 373 dívky, tj. 71 %; 395 chlapců, tj. 72,2 %). Druhou nejčastěji zveřejněnou informací by představovalo číslo Skypu a ICQ (uvedlo celkem 289 osob, tj. 27 %; 132 dívky, tj. 25,1 %; 157 chlapců, tj. 28,7 %). Nikdo z respondentů by neprozradil heslo ke svému e-mailovému účtu a PIN kód své kreditní karty.

Řada oslovených dětí se již setkala s obtěžováním intimního charakteru. Fotografii, kde je někdo částečně svlečený nebo nahý, dostali celkem 193 respondenti (tj. 18 %); 98 dívek (tj. 18,7 %) a 95 chlapců (tj. 17,4 %). Sexuálně laděnou zprávu dostalo celkem 425 respondentů (tj. 39,6 %) – 198 dívek (tj. 37,7 %) a 227 chlapců (tj. 41,5 %). Jak vyplývá z grafu č. 1, s rostoucím věkem stoupá i obtěžování intimního charakteru.



Graf 1: Obtěžování intimního charakteru dle věkové kategorie respondentů

Na schůzku dohodnutou cestou internetu by šli celkem 232 respondenti (21,6 %), z toho 105 dívek (20 %) a 127 chlapců (23,2 %). Dle věkové kategorie by se schůzkou nejčastěji souhlasili respondenti ve věku od 17 do 18 let (celkem 78, tj. 33,6 %).

Oznámení schůzky dohodnuté po internetu	Skupina respondentů					
	Dívky		Hoši		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
sourozenci	97	18,5	149	27,2	246	22,9
rodičům	207	39,4	134	24,5	341	31,8
kamarádovi	149	28,4	173	31,6	322	30,0
nikomu	72	13,7	91	16,6	163	15,2

Tabulka 12: Oznámení schůzky dohodnuté po internetu

Dívky by se s plánovanou schůzkou nejčastěji svěřily rodičům (207, tj. 39,4 %), hoši kamarádovi (173, tj. 31,6 %). Pravdu o sobě na internetu píše celkem 219 respondentů (20,4 %); 101 dívka (19,2 %) a 118 chlapců (21,6 %). Většina respondentů vystupuje pod přezdívkou (celkem 805, tj. 75,1 %), z toho 395 děvčat (75,2 %) a 410 chlapců (75 %).

Prosbu o mlčení týkající se osoby – „že si spolu píšeme“ – obdrželo celkem 240 respondentů (tj. 22,4 %), z toho 110 dívek (21 %) a 130 chlapců (23,8 %). Nejčastěji šlo o děti ve věkové skupině 15–16 let.

Prosbu o mlčení týkající se obsahu – „co si spolu píšeme“ – obdrželo celkem 214 respondentů (tj. 20 %), z toho 110 dívek (21 %) a 104 chlapci (19 %). Opět šlo nejčastěji o děti ve věkové skupině 15–16 let.

Znalost některého z uvedených portálů	Skupina respondentů					
	Dívky		Hoši		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Alík	284	54,1	325	59,4	609	56,8
Líbímseti	460	87,6	492	89,9	952	88,8
YouTube	514	97,9	544	99,5	1058	98,7
Hry.cz	221	42,1	329	60,1	550	51,3
Facebook	524	99,8	547	100,0	1071	99,9
Rajče	376	71,6	433	79,2	809	75,5
MySpace	201	38,3	241	44,1	442	41,2
XChat	338	64,4	386	70,6	724	67,5

Tabulka 13: Znalost některého z uvedených portálů
(respondenti mohli zaškrtnout více kladných odpovědí současně)

Kromě 1 dívky prakticky všichni respondenti znají Facebook – 1071 osoba, tj. 99,9 %. Druhým nejznámějším portálem je YouTube – celkem 1058 osob, tj. 98,7 %, z toho 514 dívek (97,9 %) a 544 chlapci (99,5 %). Nejméně známým portálem mezi respondenty je MySpace – uvedly jej celkem 442 osoby, tj. 41,2 %, z toho 201 dívka (38,3 %) a 241 chlapec (44,1 %).

Účet založený na některém z uvedených portálů	Skupina respondentů					
	Dívky		Hoši		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Alik	101	19,2	106	19,4	207	19,3
Líbímseti	188	35,8	166	30,3	354	33,0
YouTube	154	29,3	229	41,9	383	35,7
Hry.cz	25	4,8	71	13,0	96	9,0
Facebook	463	88,2	515	94,1	978	91,2
Rajče	124	23,6	148	27,1	272	25,4
MySpace	26	5,0	25	4,6	51	4,8
XChat	153	29,1	167	30,5	320	29,9

Tabulka 14: Účet založený na některém z uvedených portálů
(respondenti mohli zaškrtnout více kladných odpovědí současně)

Nejvíce respondentů má založeno svůj účet na Facebooku – celkem 978 osob, tj. 91,2 %, z toho 463 dívky (88,2 %) a 515 chlapců (94,1 %). Nejméně respondentů má založeno svůj účet na portálu MySpace – 51 osoba, tj. 4,8 %, z toho 26 dívek (5 %) a 25 chlapců (4,6 %). U chlapců je druhým preferovaným portálem, kde mají založen svůj účet, YouTube (uvedlo jej 229 chlapců, tj. 41,9 %). Obdobně děvčata uvedla jakou druhou možnost portál Líbímseti (188, tj. 35,8 %). Ve věkové kategorii od 11 do 12 let má založen svůj účet na Facebooku celkem 240 respondentů (tj. 99,6 %).

Alespoň jeden z portálů, kde lze nahlásit závadový obsah, znají celkem 272 respondenti (25,4 %), z toho jde o 137 dívek (26,1 %) a 135 chlapců (24,7 %). Nejlépe informovaní jsou respondenti ve věkové kategorii od 15 do 16 let (celkem 68 osob, tj. 25 %).

Z pohledu trávení volného času nejvíce děti sportuje 3 až 5 hodin týdně (333 respondenti, tj. 31,1%). Dívky sportují opět nejčastěji 3 až 5 hodin týdně (256, tj. 76,9 %), chlapci 6 až 10 hodin týdně (196, tj. 61,6 %).

Dívky nejčastěji navštěvují dva zájmové kroužky (116, tj. 22,1 %), do žádného zájmového kroužku nechodí 163 dívky (31 %). Hoši nejčastěji navštěvují 1 zájmový kroužek (264, tj. 48,3 %), zatímco do žádného kroužku nechodí 161 hoch (29,4 %).

Častý pocit nudy uvedlo celkem 220 respondentů (20,5 %), z toho bylo 126 dívek (24 %) a 94 chlapci (17,2 %). Většinu volného času tráví doma sám celkem 291 respondent (27,1 %), z toho bylo 157 dívek (29,9 %) a 134 chlapci (24,5 %). Nespokojenost se svým volným časem zmínilo celkem 260 oslovených (24,3 %), z toho 132 dívky (25,1 %) a 128 chlapců (23,4 %).

Diskuse

Internet se stal během posledních 20 let běžnou součástí našeho života, využíváme jej ke vzdělávání, práci i zábavě. Vznikl také další nový fenomén – fenomén kyberprostoru, virtuální svět, kde se téměř každý z nás čas od času pohybuje a zanechává v něm svůj otisk. Hledáme-li nějaké informace, dostane se nám čím dál častěji odkazu, že „je to všechno na internetu“.

Se zdokonalováním ICT se postupně stírá hranice mezi reálným a virtuálním. Zejména děti jsou od útlého věku zvyklé přistupovat k počítači a k internetu a manipulaci s nimi vnímají jako naprostou samozřejmost, obdobně tomu je s mobilním telefonem. Bohužel si řada z nich neuvědomuje rizika, která jsou s těmito činnostmi spojená, což může vést k prozrazení mnoha informací důvěrného charakteru, a kromě úniku i k jejich zneužití. Nevyplácí se také absolutní důvěra v pravdivost publikovaných informací, kdy daní za jejich rychlé vyhledání a poskytnutí je mnohdy pochybná kvalita, prezentace nesprávných, lživých a nebezpečných názorů. Nedá se tedy automaticky ztotožnit, že vše, co najdeme na internetu, je správné, hodnotné a pravdivé. Vyplatí se vzájemné porovnávání informací získaných z několika různých zdrojů, doporučuje se preferovat zejména klasické tištěné materiály a servery, jejichž obsah je odborně recenzován.

Před publikováním jakýchkoli informací (zejména osobního charakteru) je třeba neopomenout pozorné přečtení pravidel a licenčních podmínek, což platí ve zvýšené míře při pohybu na sociálních sítích typu Facebooku. Bohužel, děti a dospívající je často přeskakují nebo ignorují, a tak se dopouštějí závažných chyb, které již nelze jednoduše vzít zpět, nebo jejich následky řešit právní cestou. Mnoho zde zveřejněných materiálů (fotografií, konverzací) by se lidé báli ukázat a říci svým nejbližším při komunikaci „z očí do očí“, nic jim ovšem nebrání je publikovat na síti, poněvadž nejsou pod přímým dohledem. To je však velký omyl – internet má „paměť“ a každý v něm více či méně zanechává své stopy. V extrémních případech může být jedinec zpětně identifikován a spojen s činnostmi, které na síti prováděl, odhaleny jeho zvyky, názory, spotřební a profesní chování, deviace. Tak, jako si ceníme své rodiny, zdraví, postavení, financí a úspěchů, bychom si měli cenit též svého soukromí, a to i ve virtuální podobě. Nedoporučuje se sdělovat více údajů, než je skutečně potřebné, a jen tomu, koho známe lépe než jen ze setkávání na internetu. Řada pachatelů trestné činnosti dokonale ovládá tzv. sociální inženýrství, není pro ně problém vzbudit důvěru oběti, manipulovat s ní; opatrnost, ověřování identity komunikačního partnera a mírně „paranoidní“ přístup jsou tedy plně na místě.

Před svou expanzí byl předchůdce internetu sítí vojenskou, vládní a neveřejnou, po svém otevření se velmi rychle rozšířil zejména do akademického sektoru. V současné době internet obsáhl prakticky celou planetu, jeho uživatelů je několik miliard. Významný podíl jeho kapacity je určen komerčním aktivitám, které také podstatně financují jeho další rozvoj a udržování. Průnik reklamy na internet je další daní za jeho služby. Na jedné straně vytváří konkurenční prostředí a tlak na přijatelný poměr ceny a kvality nabízených komodit, na straně druhé komplikuje řadě uživatelů běžný pohyb na síti, inzeruje výrobky a služby, které si nemohou „osahat“, jsou odkázáni pouze na solidnost obchodníka.

Žádný univerzální vyhledávač neobsáhne celý obsah internetu. Některé části sítí jsou běžným neprivilegovaným uživatelům záměrně nedostupné (utajované informace), jiné dovolují jen omezený průnik vyhledávacím robotům, které indexují zveřejněná data.

Cenzura obsahu internetu je sice v omezené míře možná, váže však značné technické a lidské kapacity. V globálním měřítku je prakticky neproveditelná, poněvadž toto médium je diverzifikované, vysoce dynamické, funguje bez ohledu na státní hranice, uživatelé preferují svobodnou výměnu informací a jakékoli zásadnější omezení není v jejich komunitách pozitivně přijímáno.

Rozumná míra cenzury na straně rodičů dětí a dospívajících je ale realizovatelná a žádoucí. Nejjednodušší je stanovení „pravidel hry“ a kontrola jejich dodržování. Internetové prohlížeče, ev. operační systém mají také možnost nastavení dětské pojistky (filtrace potenciálně nebezpečného obsahu a služeb, používání počítače jen v určité době), lze rovněž využít nástrojů třetích stran (speciálních hlídacích programů). V každém případě je vhodné, aby rodiče dítěti takovou skutečnost předem sdělili, probrali s ním účel takové ochrany, nepoužívali ji skrytě, „na zapřenou“. Rovněž je vhodné, aby se rodiče aktivně zajímali o to, co jejich potomek na počítači a na internetu dělá, jak využívá svůj mobilní telefon. I dítě má právo na své soukromí, je proto potřebné chovat se taktně, nezničit důvěru vzájemného vztahu a otevřenost komunikace.

Práce s ICT vyžaduje nejen odpovídající úroveň technické a informační, ale též mediální gramotnosti. Mediální výchova, tvorba, obhajoba a posuzování vlastních postojů, fakta o působení reklamy, jejích tricích a schopnosti jí čelit by měly být dítěti poskytovány již v rodině před začátkem povinné školní docházky, rovněž tak povědomí o informacích jako hodnotě, která má svou cenu, již je třeba umět odhadnout, chránit a vážit si ji.

Děti nejsou jen obětmi poškozenými zneužitím ICT, ale samy aktivně mohou takovým situacím napomáhat. Řada z nich dobře zná „svou taxu“, kterou mohou žádat za intimní fotografie, osobní schůzky nebo různé sexuální aktivity, vybírá si ji financováním kreditů na mobilní telefon, vstupenkami do her, sponzoringem ve formě oblečení, kosmetiky, módních doplňků, sportovních a dalších volnočasových aktivit, nebo přímo v hotovosti.

Každé svolení s komunikací přes webovou kameru nebo dokonce s osobní schůzkou je pro dítě potenciálně nebezpečné a mělo by být rázně odmítnuto. Každá nečekaná, nepříjemná nebo nezvyklá situace, která se dítěti přihodí při manipulaci s počítačem, internetem nebo mobilním telefonem, by měla být s důvěrou automaticky probrána s rodiči nebo jinou dospělou osobou dítěti blízkou (zákonný zástupce, pedagog, vychovatel).

Zanedbatelné není ani porušování autorských práv, jehož se dopouštějí osoby, které na internetu nelegálně vystaví a umožní šíření audiovizuálních děl a počítačových programů, ev. provedou odstranění ochrany v těchto souborech. Vlastní stažení takového obsahu uživatelem (zejména v případě zvuku a videa) obvykle trestné není, avšak jde o pohyb v „šedé zóně“. Navíc řada takto „upravených“ programů může napáchat značné škody (poškození nebo zničení dat, jejich vykrádání, zavirování počítače, sítě, atd.) a mít tragické následky (systémy kontroly a řízení, ale i domácí počítač s důležitými dokumenty, rodinnými fotografiemi a videi za několik let).

Příliš časté a dlouhodobé používání ICT může generovat řadu zdravotních problémů. Nejde pouze o závislostní chování s výraznou psychickou složkou, růstem tolerance, abstinencií příznaky, prokrastinací, oploštěním komunikace a bloky v případě „face to face“, ale též o nepravdivý výživový režim s nevhodnou a vynucenou polohu těla a vyšší zátěží páteře, očí a rukou, se zhoršením krevního oběhu zejména v dolní polovině těla, s hrozící nadváhou nebo obezitou.

Toužíme po mezilidské komunikaci a setkávání, paradoxně náš ale vymoženosti ICT mohou odcizovat, budeme-li se spoléhat výlučně na ně a pohrdneme-li reálným světem a reálným komunikačním parterem.

Závěr

Byla realizována anonymní dotazníková studie na vzorku 1072 respondentů – žáků a studentů druhého stupně vybraných základních a středních škol ze všech krajů ČR.

Téměř polovina respondentů tráví u počítače více než 20 hodin týdně, třetina surfuje na internetu více než 20 hodin týdně. Nejčastější doba, kterou respondenti věnují hraní počítačových her, činí 3–5 hodin týdně, takto se chová čtvrtina souboru. Pětina oslovených počítačové hry vůbec nehraje. Na sociálních sítích se respondenti nejčastěji pohybují více než 20 hodin týdně (uvedlo 40 % souboru), tímto způsobem vůbec nekomunikuje 6 % vzorku.

Respondenti se setkali se všemi zásadními možnostmi ataků cestou ICT, zejména se jednalo o zneužití choullostivých obrazových a zvukových záznamů. Oběti útoku prostřednictvím ICT byly vystaveny především zesměšňování a urážkám, což uvedlo 86 % celého souboru. Jen 16 % oslovených dětí řešilo útoky cestou ICT společně s rodiči. Rodičům téměř poloviny dotazovaných vadí trávení volného času jejich potomků u počítače. Pouhých 13 % dětí většinou ve věku 11–12 let rodiče kontrolují, co na počítači a internetu dělají.

Téměř tři čtvrtiny respondentů by po krátké a výlučně internetové známosti prozradily komunikačnímu partnerovi své jméno, čtvrtina pak i číslo Skypu a ICQ. Obdobně by situace vypadala po roční neosobní známosti, kdy by své jméno zveřejnilo 90 % dotazovaných, číslo Skypu nebo ICQ téměř tři čtvrtiny. Tytéž informace by děti byly ochotné poskytnout i za úplaty.. Nikdo z respondentů by neprozradil heslo ke svému e-mailovému účtu a PIN kód své kreditní karty. Pětina respondentů o sobě na internetu zveřejňuje pravdivé údaje, tři čtvrtiny vystupují pod přezdívkou.

Přibližně pětina dětí se již setkala s obtěžováním intimního charakteru spojeným s obdržením choullostivé fotografie. Sexuálně laděnou zprávu dostalo přibližně 40 % souboru. Pětina oslovených nejčastěji ve věku 17–18 let by šla na schůzku dohodnutou přes internet. Dívky by o této schůzce informovaly rodiče, hoši kamaráda. Pětina dospívajících ve věku 15–16 let obdržela prosbu o mlčení týkající se komunikačního partnera nebo obsahu komunikace.

Prakticky všichni respondenti znají Facebook, téměř všichni portál YouTube. Nejvíce oslovených (92 %) má založen účet na sociální síti Facebook. Čtvrtina dětí a dospívajících ví, kde na internetu je možné nahlásit závadový obsah.

Internet nabízí demokratické prostředí s minimálními omezeními, které se stále rozvíjí a roste. Abychom dokázali plně využít jeho potenciálu, a nebyli přitom poškozeni, je nezbytné se neustále vzdělávat o způsobech efektivního vyhledávání a práce s informacemi, ale také o vlastní ochraně před hrozbami, které jsou se sítí a s dalšími ICT spojeny. Těžiště preventivního působení leží zprvu na bedrech rodiny a školy, později na osobní zodpovědnosti každého uživatele ICT za své chování.

RISK BEHAVIOR AMONG ELEMENTARY SCHOOL PUPILS AND HIGH SCHOOL STUDENTS WHILE WORKING WITH COMPUTERS AND THE INTERNET

Abstract: Computer technology, computer networks, mobile phones and other advanced information and communication technologies (ICT) allow a rapid exchange of information and bring new opportunities in employment, science, education and entertainment. An ill-considered use of ICT by children and young people in particular may lead to many health and social disorders. Quantitative research carried out in all regions of the Czech Republic addressed 1072 pupils from 26 schools (elementary and high schools) in the form of an anonymous questionnaire. Its questions were related to their leisure time activities, work with ICT, and offensive behavior via ICT. The results have shown that there is a low level of parental control; 30 % of respondents have already experienced offensive behavior via ICT. Only 5 % of the sample have addressed their parents when dealing with a problematic situation, while more than 50 % of the respondents are willing to make their personal data public after one year of on-line communication. It is necessary to strengthen parents' interest in their children's free time and in how they handle ICT, as well as to build trust between the two parties and apply early solutions to problems. As for the school environment, it is necessary to deepen the information literacy of pupils with an emphasis on their personal safety and netiquette.

Key words: safety, questionnaire, game, ICT, Internet, computer, prevention, risk, student, school, offensive behavior, free time, research, abuse, pupil

SEZNAM AUTORŮ

HORKÁ Hana, Doc. PaedDr. CSc.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
Česká republika
E-mail: horka@ped.muni.cz

KACHLÍK Petr, MUDr., Ph.D.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 7, 603 00 Brno
Česká republika
E-mail: kachlik@ped.muni.cz

KOHOUTEK Rudolf, prof. PhDr., CSc.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
Česká republika
E-mail: rudolf.kohoutek@gmail.com

LÍŠKOVÁ Miroslava, PhDr., Ph.D.

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Kraskova 1, 949 74 Nitra
Slovenská republika
E-mail: mliskova@ukf.sk

MUŽÍK Vladislav, doc. PaedDr., CSc.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
Česká republika
E-mail: muzik@ped.muni.cz

MUŽÍKOVÁ Leona, PhDr., Ph.D.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
Česká republika
E-mail: muzikova@ped.muni.cz

ROMANOVÁ Martina, PaedDr., Ph.D.

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Kraskova 1, 949 74 Nitra
Slovenská republika
E-mail: mromanova@ukf.sk

ŘEHULKA Evžen, prof. PhDr., CSc.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
Česká republika
E-mail: rehulka@ped.muni.cz

SOLLÁR Tomáš, PhDr., Ph.D.

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Kraskova 1, 949 74 Nitra
Slovenská republika
E-mail: tsollar@ukf.sk

SOLLÁROVÁ Eva, Prof. PhDr., CSc.

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Kraskova 1, 949 74 Nitra
Slovenská republika
E-mail: esollarova@ukf.sk

VÖRÖSOVÁ Gabriela, doc. PhDr., Ph.D.

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Kraskova 1, 949 74 Nitra
Slovenská republika
E-mail: gvorosova@ukf.sk

ZRUBCOVÁ Dana, PhDr., Ph.D.

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Kraskova 1, 949 74 Nitra
Slovenská republika

SEZNAM LITERATURY

- ABRAM, D. *Strážce hranice – Rozhovor Jeremy Haywarda s Davidem Abramem*. Pražské brány – 3rd year of multicultural festival. 2009. Dostupné z www.prazskebrany.cz/cz/osobnosti/david-abram-cv-cz/david-abram-rozhovor
- ABRAM, D. *Procitnutí do živé země*. Nymburk: OPS, 2009.
- ADAMCZYK, R. Duchovní život člověka ve zdravotnickém prostředí cizí země s přihlédnutím ke kulturnímu profilu osobnosti. In *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišností v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetřovatelství*. Ostrava: Repronis, 2002. ISBN 80-7042-344-7.
- ALLEN, J. B.; FERRAND, J. L. Environmental locus of control, sympathy, and proenvironmental behavior: A test of Geller's actively caring hypothesis. *Environment and Behavior*, 31, 1999, 3, p. 338–353.
- ATKINSONOVÁ, R. L. a kol. *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1995.
- Až 25 milionů lidí provozuje kybersex [online]. Novinky.cz, 2010. Cit. 28.7. 2010. Dostupné z www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/208163-az-25-milionu-lidi-denne-provozuje-kybersex.html.
- BAGIO, A. M. *Hľadať si tvár*. Bratislava: Lúč, 1996. ISBN 80-85487-41-1.
- BARON, R. A.; BYRNE, D. 1987. *Social Psychology – Understanding Human Interaction*. Massachusetts: Allyn and Bacon, Inc. ISBN 0-205-10313-8.
- BARON, R. A.; RICHARDSON, D. B. *Human Aggression*. New York: Plenum Press, 1994.
- BARTHOLOMEW, L. K.; PARCEL, S., G.; KOH, G.; GOTTLIEB, N., H. *Planing health promotion programs an intervention mapping approach*. San Francisco: Jossey-Boss a Wiley Imprint, 2006. ISBN 13-978-07879-7899-0.
- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd., Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- BAŠKOVÁ, M. et al. *Výchova k zdraví*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-320-2.
- BAUMGARTNER, F. Sociálne normy a ich úloha v regulácii správania. In VÝROST, J.; FRANKOVSKÝ, M.; BAUMGARTNER, F. (Eds.). *Interakčný prístup v diagnostike osobnosti*. Košice: Spoločenskovedný ústav SAV, 2003. CD ROM.
- BEDNÁŘ, V. *Alternativní webové prohlížeče: Firefox, Opera, Mozilla, Maxthon a další*. 1st edition. Brno: Computer Press, 2006. p. 168. ISBN 978-80-251-0566-0.
- BENDL, J. Strategie řešení palčivých problémů z dopravy. In *Doprava, zdraví a životní prostředí*. Brno: Centrum dopravního výzkumu, v.v.i., 2008, p. 17–23. ISBN 978-80-86502-54-0.
- BENIAK, M. *Fragmenty z dejín zdravotnej výchovy na Slovensku*. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy. 1993. ISBN 80-7159-030-4.

- BERKOWITZ, A. D. *The Social Norms Approach: Theory, Research and Annotated Bibliography*. 2004.
- BERKOWITZ, A. D. An Overview of Social Norm Approach. chap. 13. [online]. 2005.
- BIELSKY, J. *Žycie jest ruchem*. Warszawa: Agecja Promo-Lider, 1996.
- BLÁBOLIL, R. *PC pro školy – ovládání programů*. 2nd edition České Budějovice: KOPP, 1997. p. 306. ISBN 80-7232-000-9.
- BOČKOVÁ, L. *Výchova ke zdraví (metodické listy pro učitele 1. stupně ZŠ): rigorózní práce*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2005.
- BORSARI, B.; CAREY, K. B. 2003. Descriptive and Injunctive Norms in College Drinking: A Meta – Analytic Integration. [online]. In *Journal of Studies on Alcohol*. vol. 64 (3), p. 331–341.
- BRÁZDOVÁ, Z. *Projekty podporující zdraví pro základní školy: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2008.
- BRAŽINOVÁ, A. 2008. *Sociálna rehabilitácia pre osoby s duševnými poruchami*. [online], [cit. 8.9.2009] Dostupné z www: <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia>
- BREIER, P. 2005. *Súčasný stav psychiatrickej starostlivosti na Slovensku*. [online], [cit. 8.9.2010] Dostupné na internete: <http://www.politikon.info/index.php>
- BRONIŠ, M. *Aktualizácia Národného programu podpory zdravia na Slovensku*. Bratislava: Ministerstvo kultúry, 1995.
- BROŽA, P. *Jak na počítač: vytváříme www stránky*. 1st edition Brno: Computer Press, 2004. p. 88. ISBN 80-251-0475-3.
- BUBELINIOVÁ, M.; WIEGEROVÁ, A. Projektovanie domén a tém zdravotnej a environmentálnej výchovy vychádzajúce z konceptov podpory zdravia a trvalo udržateľného spôsobu života na 1. stupni ZŠ. In *Cesty demokracie vo výchove a vzdelávaní*. Zborník príspevkov z konferencie. Bratislava: PdF UK, 2003, p. 20–33.
- BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; McCLOSKEY-DOCHTERMAN, J. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th Edition, Missouri: Mosby, 2008, 938 p. ISBN 978-0-323-05340-2.
- BYRNE, D. *Enabling good health for all. A reflection process for a new EU health strategy*. European Communities, 2004, 52 p. ISBN 92-894-8172-2.
- CALDWELL, L. et al. *Community-based nursing*. United States of America: Westline Industrial Drive, 2002. ISBN 0-7216-9443-8.
- CARPENITO-MOYET, L. J. *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice*. 10th Edition, Philadelphia: Lippincott, 2004. 1019 pp. ISBN 0-7817-4354-0.
- CIALDINI, R. B.; DEMAINE, L. J. Managing Social Norms for Persuasive Impact. [online]. In *Social Influence*. vol. 1 (1), 2006. p. 3–15.
- CIALDINI, R. B.; RENO, R. R.; KALLGREN, C. A. A focus theory of normative conduct: Recycling the concept of norms to reduce littering in public places. In *Journal of Personality and Social Psychology*. vol. 58 (6), 1990, p. 1015–1026.
- CLARK, J.; CRAFT-ROSENBERG, M.; DELANEY, C. An international methodology to describe clinical nursing phenomena: a team approach. In *International*

- Journal of Nursing Studies*. 2000, vol. 37, no. 2, p. 541–553. ISSN 0020-7489.
- Co dětem hrozí na internetu* [online]. Slunečnice, 2010 Cit. 8.7. 2010. Dostupné z www: <http://www.slunecnice.cz/special/bezpecnost-deti/>.
- COLMAN, A. M. *A Dictionary of Psychology*. [online]. New York: Oxford University Press, 2001. [citované 7.7.2008].
- CREASON, S. N. Clinical Validation of Nursing Diagnoses. In *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2004, vol. 15, no. 4, p. 123–132. ISSN 1744-618X.
- Cyber grooming* [online]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Cit. 30.7. 2010. Dostupné z www: http://cs.wikipedia.org/wiki/Cyber_grooming.
- CZÉMY, L.; KRCH, F. D.; PROVAZNÍKOVÁ, H.; RÁŽOVÁ, J.; SOVINOVA, H. *Životní styl a zdraví českých školáků*. Praha: Psychiatrické centrum, 2005. ISBN 80-85121-94-8.
- ČÁP, J.; MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001.
- ČECH, T. Postoje učitelů 1. stupně základních škol k problematice drog a zdraví jako východisko k profilování protidrogové výchovy. *Mládež a společnost*, roč. XI, 2005, č. 1, s. 39–47. ISSN 1335-1109.
- ČECH, T.; HANÁKOVÁ, I. Zkušenosti ze zavádění Rámcového vzdělávacího programu do škol ve vztahu k prevenci rizikového chování. In WIEGEROVÁ, A. (ed.) *Fórum o premenách školy a učitel'skej profesie*. Bratislava: Pedagogická fakulta UK, 2008.
- ČERMÁK, I. *Dětská agrese*. Brno: Akad. nakladatelství CERM, 1998.
- ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Publishing, 1994. ISBN 80-7169-086-4.
- ČEVELA, R.; ČEVELOVÁ, L.; DOLANSKÝ H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 108 s. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2860-5.
- DAVID N. C. Environmental Impacts of Outdoor Recreation in Wildlands. Dostupné z www: leopold.wilderness.net/research/fprojects/docs12/ISSRMChapter.pdf (quot. 3rd August 2010)
- DEAN, A.G. et al. *Epi Info, Version 6: Word processing, database, and statistics program for epidemiology on mickocomputers*. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 1994.
- DĚDIČEK, D. *333 tipů a triků pro Facebook*. 1st edition Brno: Computer Press, 2010. p. 240. ISBN 978-80-251-2963-0.
- DeJONG, W.; LANGFORD, L. M. A Typology for Campus – Based Alcohol Prevention: Moving toward Environmental Management Strategies. [online]. In *Journal of Studies on Alcohol*. 2002, supplement no. 14, p. 140–147.
- Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003. ISBN 80-85047-99-3.
- DOBRÝ, L.; SVATOŇ, V.; ŠAFAŘÍKOVÁ, J. *Analýza didaktické interakce. Manuál*. Praha: FTVS UK, 1984.
- DOBRÝ, L.; SVATOŇ, V.; ŠAFAŘÍKOVÁ, J.; MARVANOVÁ, Z. *Analýza didaktické interakce v tělesné výchově*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-334-2.

- DOČEKAL, D. *Rizika sociálních sítí a Webu 3.0 v praxi* [online]. LUPA, a Czech Internet site, 2010. Cit. 28.7. 2010. Dostupné z [www: http://www.lupa.cz/clanky/rizika-socialnich-siti-a-webu-3-0-v-praxi/](http://www.lupa.cz/clanky/rizika-socialnich-siti-a-webu-3-0-v-praxi/).
- DOČEKALOVÁ, Z. *Modelové uspořádání obsahu základního vzdělávání v oboru Výchova ke zdraví: diplomová práce*. Brno: Pedagogická fakulta MU, 2010.
- DOSICK, W. *Kinder brauchen Werte*. München: Drömer Knaur, 1998. ISBN 3-426-60792-1.
- DOUBRAVA, L. Osmdesát procent obětí kyberšikany zná agresora. In *Učitel'ské noviny*, 2010, ed. 113, no. 8, p. 7.
- DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada 1999.
- DUNOVSKÝ, J. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986.
- DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-2470197-9.
- EIKELMANN, B. *Sociálna psychiatria. Základné poznatky a prax*. Trenčín: Vydavateľ'stvo F, 1999. ISBN 80-88952-02-6.
- ELEK, E.; MILLER-DAY, M.; HECHT, M. L. Influences of Personal, Injunctive, and Descriptive Norms on Early Adolescents Substance Use. [online]. In *Journal of Drug Issues*. vol. 36 (1), p. 147-172.
- Elektronické bankovníctví*, 2010 [online]. Cit. 28.7. 2010. Dostupné z [www: http://www.ceed.cz/bankovnictvi/778elektronicke_bankovnictvi.htm](http://www.ceed.cz/bankovnictvi/778elektronicke_bankovnictvi.htm).
- ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě: násilí a pornografie na obrazovce, sexuální zneužití, šikánování, hazardní hráčství, únos, drogy a alkohol*. 3rd edition Praha: Portál, 2000. p. 160. ISBN 80-7178-419-2.
- FARKAŠOVÁ, D. Deficit starostlivosti o seba ako zdravotný, sociálny a etický problém spoločnosti. In *Deficit starostlivosti o seba a jeho vplyv na zdravie*. Zborník z 2. medzinárodnej konferencie. Bratislava: Fakulta ošetrovateľ'stva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity, 2006. ISBN 80-969611-0-1.
- FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovateľ'stvo – teória*. Martin: Osveta, 2001. 135 s. ISBN 80-8063-086-0.
- FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovateľ'stvo – teória*. Martin: Osveta, 2005, 216 s. ISBN 80-8063-182-4.
- FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovateľ'stvo – teória*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4.
- FEHRING, R. J. Validating diagnostic labels: Standardized methodology. In HURLEY, M. E. (Ed.) *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference*. St. Louis: Mosby, 1986. p. 183–190. ISBN 0-801637-66-X.
- FERTMAN, C. I.; ALLENSWORTH, D. D. *Health promotion programs from theory to practice*. San Francisco: Jossey-Boss, 2010. ISBN 978-0470-24155-4.
- FIALOVÁ, L. Tělesné sebepojetí a jeho místo ve vzdělávacím oboru výchova ke zdraví. *Pedagogika*, 2005, roč. 55, č. 4, s. 382–390.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1st ed. Praha: Grada Publishing, 2009. p. 224. ISBN 978-80-247-2781-3.

- Flame war* [online]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Cit. 30.7. 2010. Dostupné z [www: http://cs.wikipedia.org/wiki/Flame_war](http://cs.wikipedia.org/wiki/Flame_war).
- Framework Education Program for Basic Education* [online]. MŠMT, 2010. Cit. 30.7. 2010. Dostupné z [www: http://www.cpkp.cz/evropskyobcan/manual/pdf/schvalena_verze_rvpvz.pdf](http://www.cpkp.cz/evropskyobcan/manual/pdf/schvalena_verze_rvpvz.pdf).
- FLORIN, J.; EHRENBERG, A. Quality of Nursing Diagnoses: Evaluation of on Educational Intervention. In *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*. 2005 vol. 15, no. 16, p. 33–43. ISSN 1541-5147.
- FRANĚK, M. *Psychosociální faktory ovlivňující úspěšnost environmentální výchovy*. Praha: Český ekologický ústav, oddělení environmentálního vzdělávání, výchovy a osvěty. Dostupné z [www: http://www.ceu.cz/edu/vyzkum/vyzkum.html](http://www.ceu.cz/edu/vyzkum/vyzkum.html) (quot. 2nd August 2009)
- GABERT, E.; KNIEBE, G. *Strafe in der Selbsterziehung und in der Erziehung des Kindes*. Stuttgart: Freies Geistesleben, 1993. ISBN 3-7725-0201-6.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výskumu*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1999. 236 s. ISBN 80-223-1342-4.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výskumu*. Bratislava: UK, 2001. ISBN 80-223-1628-8.
- GEBBIE, K. *Summary of the second conference: Classification of nursing diagnoses*. St. Louis: NANDA, 1976. p. 55–62. ISBN 0-8036-1066-1.
- GOOSEN, W. The International Nursing Minimum Data Set: Why do we need it? In Nico, O. *ACENDIO Proceedings of the third European Conference of Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and the Outcomes in Vienna*. 2002. Bern: Verlag Hans Huber, 2002. p. 209. ISBN 3- 456- 83825-5.
- GORDON, M. et al. *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification*. 2001–2002. Philadelphia: NANDA, 2001-2002. 256 p. ISBN 9-637-0427-3.
- GORDON, M. *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 2nd Edition, St. Louis: McGraw-Hill Inc., 1987. 515 p. ISBN 0-07-023828-6.
- GORDON, M. *Nursing Diagnosis: Process and Application*. 3rd Edition, Philadelphia: Mosby, 1994. 421 p. ISBN 0-8016-6053-X.
- GORDON, M. The NANDA Taxonomy II. In NICO, O. *ACENDIO 2002 Proceedings of the Special Conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Vienna*. 1st Edition, Bern: Verlag Hans Huber, 2002. p. 9–29. ISSN 1501-7729.
- HAINES, M. P.; PERKINS, H. W.; RICE, R. M.; BARKER, G. *A Guide to Marketing Social Norms for Health Promotion in Schools and Communities*. [online]. Illinois: National Social Norms Resource Center, 2004. p. 2-92.
- HÁJEK, B.; HOFBAUER, B.; PÁVKOVÁ, J. *Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy*. 1st ed. Praha: Portál, 2008. p. 240. ISBN 978-80-7367-473-1.
- HAJEROVÁ-MÜLLEROVÁ, L.; DOULÍK, P.; ŠKODA, J. Vyhodnocení změn dětského pojetí drogy. In DOULÍK, P. *Geneze dětských pojetí vybraných fenoménů*. Ústí nad Labem: UJEP, 2005, s. 46–54.

- HANZLÍKOVÁ, A. et al. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-155-7.
- HAŠTO, J.; BREIER, P.; ČERNÁK, P.; RAKÚS, A. et al. *Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR*. Trenčín: Vydavateľ'stvo F, 1999. ISBN 80-88952-00-X.
- HAVELKOVÁ, M.; KACHLÍK, P.; RAUS, M. Problematika vybraných segmentů způsobu života u žáků na druhém stupni základní školy. In *Výchova ke zdraví II*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, s. 61–73.
- HAVELKOVÁ, M.; REISSMANNOVÁ, J. (eds.) *Výchova ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5050-1.
- HAVLÍNOVÁ, M. (ed.). *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. Praha: Portál, 1998. 275 s. ISBN 80-7178-263-7.
- Health 21 – the Health for all in the 21 century*, WHO regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.
- Health Education and Quality of Life II*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2009. 978-80-7394-180-2.
- Health status overview for countries of central and eastern Europe that are candidates for accession to the European Union*. European Communities and World Health Organization, 2002. /online/, (5. 4. 2005), <http://www.euro.who.int/Information/Sources/Evidence>.
- HEGYI, L.; TAKÁČOVÁ, Z.; BRUKKEROVÁ, D. *Výchova k zdravíu a podpora zdravia*. Bratislava: SZU, Herba, 2004. ISBN 80-89171-20-6.
- HELUS, Z. K problematice pedagogického narušení dítěte. In *Pedagogika*, roč. XLI, 1991, č. 4, s. 369–377.
- HERCIG, S. *Charakteristika proměnlivosti působení učitele v hodinách s různým pohybovým obsahem*. Praha, 1977. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu.
- HERDMAN, H. T. et al. *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2009–2011*. Philadelphia: NANDA-International, 2009, 435 p. ISBN 978-1-4051-8718-3.
- HLAVENKA, J.; SAMŠUK, P. *První kroky s počítačem*. 3rd amended edition. Praha: Computer Press, 1986. p. 105. ISBN 80-85896-50-8.
- Hlidací pes 2002 2.04* [online]. Slunečnice, 2010. Cit. 8.7. 2010. Dostupné z [www: http://www.slunecnice.cz/sw/hlidaci-pes/](http://www.slunecnice.cz/sw/hlidaci-pes/).
- HOLČÍK, J. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004, 160 s. ISBN 80-85047-33-0.
- HOLČÍK, J. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: MSD, 2009. 149 s. ISBN 978-80-7392-089.
- HOLČÍK, J., ŘEHULKA, E. Potřeba a poslání zdravotní výchovy. In *Časopis lékařů českých*, Praha, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2007, vol. 146, no. 1, s. 3–8. ISSN 0008-7335.
- HOLMANOVÁ, E. Potřeby v klasifikačných systémech ošetrovatel'stva. In TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008, s. 28–37. ISBN 80-8063-270-0.

- HOLMANOVÁ, E.; ŽIAKOVÁ, K.; ČÁP, J. Metodologické poznámky k problematice validizácie ošetrovateľských diagnóz. In *Kontakt*. roč. VIII., 2006, č. 1, s. 25–30, ISSN 1212-4117.
- HOMIŠINOVÁ, M. Sociálne normy medzietnických vzťahov a ich percepcia Slovákmi a Rusínmi (výsledky empirickej analýzy). [online]. In *Človek a spoločnosť*. roč. 4, č. 2.
- HORKÁ, H.; HROMÁDKA, Z. Active Leisure for Health in the Context of Environmental Care. In ŘEHULKA, E. (ed.) *School And Health 21. Health Education: International Experiences*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, p. 275–290. ISBN 978-80-210-5398-4.
- HORKÁ, H.; HROMÁDKA, Z. Perception of health in the context of environmental issues among students of the Faculty of Education Masaryk university. In ŘEHULKA, E. (ed.) *School And Health 21. Topical Issues in Health Education*. Brno: MU, 2009, p. 33–49. ISBN 978-80-7392-097-6.
- HORKÁ, H.; HROMÁDKA, Z. The Ecotherapeutic Potential of Nature and Taking Care of One's Health. In ŘEHULKA, E. (ed.) *School And Health 21. Papers on Health*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, p. 201–212. ISBN 978-80-210-5260-4.
- HÖSCHL, C. et al. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-025-8.
- HÖSCHL, C. *Duševní zdraví jako prioritá zdravotní péče*. [online], [cit.11.11.2010] Dostupné z [www: http://www.hoschl.cz/?text=2924](http://www.hoschl.cz/?text=2924)
- HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Druhé doplněné a opravené vydání. Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.
- CHROMÝ, K. *Duševní nemoc – Sociologický a sociálně psychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1994. ISBN 80-201-0050-4.
- Institut pro studium zdraví a životního stylu. *Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života*. Praha: Institut pro studium zdraví a životního stylu, 2010.
- IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
- JAKABČIC, I.; POŽÁR, L. *Všeobecná patopsychológia*. Bratislava: Iris, 1995.
- JANOSIK, E. H.; DAVIES, J. L. *Mental Health and Psychiatric Nursing*. USA: Little, Brown and Company, 1996. ISBN 0-316-45752-3.
- JANOVEC, O. *Maladaptivní studijní orientace* [online]. Brno, 2009.
- JANSA, P. Deskripce a analýza činnosti učitelů a žáků 1. stupně základní školy. In *Tělovýchovný sborník*. Praha: Olympia, 1987, s. 175–198.
- JANSA, P. Sport a pohybové aktivity v životním stylu české dospělé populace (18–61 a více let). In *Sport a pohybové aktivity v životě české populace*. Praha: FTVS UK, 2005, p. 7–82.
- JIROVSKÝ, V. *Kybernetická kriminalita: nejen o hackingu, crackingu, virech a trojských koních bez tajemství*. 1st edition. Praha: Grada Publishing, 2007. p. 288. ISBN 978-80-247-1561-2.
- JOHNSON, D. E. The Behavioral System Model for Nursing. In RIEHL, J. P.; ROY, C. *Conceptual Models for Nursing Practice*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1980, p. 207-216.

- JORDAN, M. *Ecotherapy – personal healing and healing for the Earth* [online]. Dostupné z [www: http://www.ecotherapy.org.uk](http://www.ecotherapy.org.uk) uot. 3rd August 2010).
- JOSEPH, S.; BRYANT-JEFFERIES, Person-centred coaching psychology. In PALMER, S.; WHYBROW, A. (eds.): *Handbook of Coaching Psychology*. London: Routledge, 2009, pp. 211–228.
- KAFKA, J. *Psychopatia: špecifické poruchy osobnosti (príspevok k novej syntéze)*. Bratislava: Veda, 1995.
- KACHLÍK, P. Deskriptor drogovej scény a prevencie závislostí na 6 fakultách MU v Brně. In *XXXIII. Ostravské dny dětí a dorostu: sborník z celostátní konference s mezinárodní účastí*. Vyd. 1. Ostrava: ČLS JEP, 2005, s. 272–288. ISBN 80-7329-107-X.
- KANDEL, D. B. On Processes of Peer Influence in Adolescent Drug Use: A developmental perspective. [online]. In *Advanced Alcohol Substance Abuse*. vol. 3 (4), 1985, p. 139-163.
- KAPLAN, M. R.; SALLIS, F. J.; PATTERSON, L. T. *Zdravie a správanie človeka*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1996. ISBN 80-08-00332-4.
- KAPLUN, A.; ERBE, R. 1990. *Health education in Europe*. Geneva: Journal of Health Education, 1990, p. 33–52.
- KAPROVÁ, Z. *O problémech žáků s poruchami učení*. Praha: 2000.
- KELLER, J. *Úvod do sociologie*. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-85850-25-7.
- KICBUSH, I. *Health promotion – the move towards a new public health*. WHO – Reg. Off for Europe. 1990.
- KIRBYOVÁ, A. *Nešikovné dítě. Dyspraxie a další poruchy motoriky*. Praha: Portál, 2000.
- KLÍMA, V. *Jak poslat SMS jménem jiného mobilu – možnosti zneužití nasnadě*. Crypto-World: Informační sešit GCUCMP. 8/2005 ed. X., no. 9, p. 5. ISSN 1801-2140.
- KOCMAN, R.; LOHNISKÝ, J. *Jak se bránit virům, spamu a spyware*. 1st edition. Brno: CP Books, 2005. p. 148. ISBN 80-251-0793-0.
- KODÝTEK, P. *Historie internetu* [online]. WebDesing, PAY&SOFT, 2006. Cit. 28.7. 2010. Dostupné z [www: http://www.webdesign.paysoft.cz/clanky/2006/historie-internetu/](http://www.webdesign.paysoft.cz/clanky/2006/historie-internetu/).
- KOHOUTEK, R. *Výchova dětí se závadami a poruchami chování*. Brno: Akademické nakladatelství, 1998.
- KOLÁČNÁ, M. *Závady motoriky a možnosti jejich reedukace* [online]. Brno: MU, 2009.
- KOLÁŘ, M. *Skrytý svět šikanování ve školách*. Praha: Portál, 2000.
- KOLDEOVÁ, L. Hodnotový systém stredoškolskej mládeže v súčasnosti. In *Pedagogická revue*, 59, 2007, 1, p. 53–66. ISSN 1335-1982.
- Koncepcia odboru ošetrovateľstva*. ZAJAC, R. [online]. [citované 2.3.2011]. Dostupné z [www: www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).
- Koncepcia odboru Výchova k zdraviu*. Vestník MZ SR, 1996, čiastka 14–15, p. 169– 171.
- Koncepcia štátnej politiky zdravia Slovenskej republiky*. 2008. Materiál MZ SR.

- KOŇOŠOVÁ, H. Rodinná sestra. In *Revue ošetrovateľstva a laboratórných metodík*, 2, 2000, p. 74. ISSN 1335-5090.
- KOŇOŠOVÁ, H. Model funkčných vzorcov zdravia. In FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin: Osveta, 2005, s. 109–116, ISBN 80-8063-182-4.
- KOŇOŠOVÁ, H. Zdravie a ošetrovateľstvo. In FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin: Osveta, 2005, s. 51–57, ISBN 80-8063-182-4.
- KOPČANOVÁ, D. Možnosti prevencie pri odstraňovaní drogových a iných závislostí. In *Výchovávateľ*. roč. 46, č. 1, 2001. s. 14–16.
- KORCZOG, P. Súčasnosť a budúcnosť psychoedukácie v ČR a v SR. In *Psychoedukace*. 2, č. 3, 2005, s. 13–14. ISSN 1801-0466.
- KOŠČ, L.; MAREK, J.; POŽÁR, L. *Patopsychológia*. Bratislava: SPN 1975.
- KOŠČO, J. a kol. *Poradenská psychológia*. Bratislava: SPN 1987.
- KOZIER, B.; ERB, G.; BLAIS, K.; WILKINSON, J. *Fundamentals of Nursing*. USA: Addison-Wesley Publishing Company, Inc., 1995. ISBN 0-8053-3490-4.
- KRAJHANZL, J. Ekopsychologie a environmentální chování. In DLOUHÁ, J. (ed.) *Vědění a participace*. Praha: Karolinum, 2009, p. 132–142. ISBN 978-80-246-1656-8.
- KRAS, P. *Internet v kostce: užití v běžném životě*. 1st edition. Havlíčkův Brod: Fragment, 2001. p. 144. ISBN 80-7200-493-X.
- KRECH, D.; CRUTCHFIELD, R. S.; BALLACHEY, E. L. *Človek v spoločnosti. Základy sociálnej psychológie*. Bratislava: Vydavateľstvo SAV, 1968.
- KREJČÍ, M. Podíl prožitku na efektivnosti výchovy ke zdraví ve škole. In *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Prožitek a kvalita života*. Praha: Asociace psychologů sportu ČR, 2004, s. 111–119.
- KRCH, F. D. et al. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7.
- KRIŠKOVÁ, A. et al. *Ošetrovateľské techniky*. Martin: Osveta 2006. 776 s. ISBN 80-8063-202-2.
- KRIŠKOVÁ, A. et al. *Ošetrovateľstvo v zdraví pri práci*. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80-8063-109-3.
- KRIŠKOVÁ, A.; WILLARDOVÁ, P. H.; CULP, K. *Ošetrovateľstvo v zdraví pri práci*. Martin: Osveta, 2003, 155 s. ISBN 80-8063-109-3.
- KŘÍČKA, J. Komunitní péče. In MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha: Grada, 2006, s. 155-177. ISBN 80-247-1151-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KUBICOVÁ, L.; MUSILOVÁ, M. Konceptné modely a teórie ošetrovateľstva. In FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovateľstvo – teória*. Martin: Osveta, 2005, s. 70–75, ISBN 80-8063-182-4.
- KUČERA, O. a kol. *Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích*. Praha: SZN, 1961.

- KUDLIČKA, J. Reliabilita a validita kvantitatívneho výskumného nástroja merania. In ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2003. s. 237–240, ISBN 80-8063-131-X.
- KÜHNELOVÁ, J. *Nebezpečnost a zneužívání informačních a komunikačních technologií u dětí a mládeže*. Diploma thesis. Brno: PdF MU, 2011. p. 114+přílohy. Vedoucí: MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.
- KUKUROVÁ, E.; VLČÁK, L. et al. *Principy e-health a telemedicine*. Olomouc: SolenPrint. 2009. 155 s. ISBN 978-80-903776-7-7.
- KULHAVÝ, V. Ekoterapie – léčba přírodou (?) *Psychoterapie* 1, 2009. Brno: Fakulta sociálních studií, 2009.
- KUNEŠ, J. *Skype: Telefonujeme přes Internet*. 2nd updated edition. Brno: Computer Press, 2006. p. 103. ISBN 80-251-1002-8.
- KURIC, J. *Kompendium ontogenetickej psychológie*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 1997.
- Kyberstalking: Stalking, pracovní listy* [online] 2009. Cit. 8.7. 2010. Dostupné z [www: http://www.zshrdlicky.cz/kybersta.pdf](http://www.zshrdlicky.cz/kybersta.pdf).
- LARIMER, M. E.; NEIGHBORS, C. Normative Misperception and the Impact of Descriptive and Injunctive Norms on College Student Gambling. [online]. In *Psychology of Addictive Behaviors*. vol. 17 (3), 2003. p. 235–243.
- LEHTINEN, V. *Action for mental health. Activities co-funded from European Community. Public Health Programmes 1997–2004*. Luxembourg: European Communities and STAKES, 2004, 27 p. ISBN 92-894-8751-8.
- LECHTA, V. et al. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003.
- LEMON. Učebný materiál pre ošetrovatel'stvo. Bratislava: Slovenská komora SZP, 1997. ISBN 80-967818-0-4.
- LENCZOVÁ, T. Spoločenské podmienky pre vznik vzťahovo stabilných rodín. In *Rodina na prelome tisícročia: zborník referátov z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva v Nitre, 2005. ISBN 80-8050-914-X.
- LEWICKI, C. *Czynniki determinujące przebieg, jakośc i efekty wychowania zdrowotnego*. Rzeszów: WSP, 2001. ISBN 80-85931-82-6.
- LIBA, J. *Výchova k zdraviu*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2010. 259 s. ISBN 978-80-555-0070-6.
- LIBA, J. *Výchova k zdraviu a škola*. Prešov: Pedagogická fakulta PU, 2005. ISBN 80-8068-336-0.
- LIBA, J. *Zdravie v kontexte edukacie*. Prešov: Pedagogická fakulta PU, 2007. ISBN 978-80-8068-539-3.
- LINKENBACH, J. *Beyond Health Terrorism: Using Social Norm Theory to Prevent Injury*. PPT presentation [online].
- LINLEY, P. A.; JOSEPH, S., Applied Positive Psychology: A New Perspective for Professional Practice. In LINLEY, P. A.; JOSEPH, S. (eds) *Positive psychology in practice*. Hoken, NJ: Wiley, 2004. pp. 3–12.
- LINLEY, P. A.; JOSEPH, S.; HARRINGTON, S.; WOOD, A. M., Positive psychology: Past, present, and (possible) future. In *The Journal of Positive Psychology*, 1 (1), 2006. p. 3–16.

- LIPNICKÁ, M. *Rozvoj grafomotoriky a podpora psaní*. Praha: Portál, 2007.
- LOKŠOVÁ, I., LOKŠA, J. *Tvořivé vyučování*. 1st edition. Praha: Grada Publishing, 2003. p. 208. ISBN 80-247-0374-2.
- LOVAŠ, L. Kognitívne reprezentácie noriem: Od konceptualizácie k využitiu. [online]. In *Človek a spoločnosť*, roč. 1, č. 4, 1998b.
- MACEK, P. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1st edition. Praha: Portál, 1999. p. 208. ISBN 80-7178-384-X.
- MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MAŇÁK, J. Modelování kurikula. In *Orbis scholae*, 2007, roč. 1, č. 1, s. 40–53.
- MARÁDOVÁ, E. *Metodická příručka – Výchova ke zdraví – školní vzdělávací program*. Praha: Fortuna, 2006. 45 s. ISBN 80-7168-973-4.
- MARÁDOVÁ, E. Na cestě od „rodinné výchovy“ k „výchově ke zdraví“. In SLAVÍK, J. (ed.) *Obory ve škole: Metaanalýza empirických poznatků oborových didaktik*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2005, s. 134–158. ISBN 80-7290-225-3.
- MARÁDOVÁ, E. Perspektivy výchovy ke zdraví v transformované škole. In WIEGEROVÁ, A. (ed.). *Fórum o premenách školy v 21. storočí*. Bratislava: Katedra predškolnej a elementárnej pedagogiky PdF UK v Bratislavě, 2007, s. 234–243.
- MARÁDOVÁ, E. *Výchova ke zdraví: školní vzdělávací program*. Praha: Fortuna 2006. ISBN 80-7168-973-4.
- MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MAREČKOVÁ, J. *NANDA-International diagnostika v ošetrovateľskom procese, NIC a NOC klasifikace*. Ostrava: Ostravská univerzita, ZSF. 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
- MAREŠ, J.; KŘIVOHLAVÝ, I. *Sociální a pedagogická komunikace ve škole*. Praha: SPN, 1989.
- MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- MARŠÁLOVÁ, L.; MIKŠÍK, O. *Metodológia a metódy psychologického výskumu*. Bratislava: SPN, 1990, s. 161–225. ISBN 80-08-00019-8.
- MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovateľství: Systémový přístup*. I. a II. díl, Praha: Karolínium, 2002. s. 187–347. ISBN 80-246-0429-9.
- MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN, 1991.
- MATĚJKA, M. *Počítačová kriminalita*. 1st edition. Praha: Computer Press, 2002. p. 106. ISBN 80-7226-419-2.
- MATNEY, L. J. *SAFETY TOPICS*. Learn about safety and health topics. [online]. 2007. [citované 11. 3. 2011]. Dostupné z www: www.safetyline.wa.gov.au
- McKENZIE, N. *Review of Concept Analyses*. [online]. 2005. [cit. 2010-01-20] Dostupné z www: <http://www.graduateresearch.com/index.shtml>.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. (Duševní poruchy a poruchy chování)*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.

- MILFIÁT, R. *Komerční sexualizované násilí na dětech: prostituce, pornografie, obchod*. 1st edition. Praha: Portál, s.r.o., 2008, p. 216. ISBN 978-80-7367-320-8.
- MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. L.; SWANSON, E. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 4th Edition, Missouri: Mosby, 2008, 912 p. ISBN 978-0-323-05408-9.
- MOTLOVÁ, L., et al. Schizofrenie a rodina: Mapování názorů, postojů a prožitků příbuzných jako základ rodinných intervencí. In *Psychiatrie*, 2005. č. 6 (Suppl. 3), s. 100–104. ISSN 1211-7579.
- MOTLOVÁ, L., et al. Vplyv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných. In *Psychiatrie*, 2002. č. 6 (Suppl. 4), s. 46–49. ISSN 1211-7579.
- MOŽNÝ, I. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál 2002. 207 s. ISBN 80-717-8624-1.
- MUSIL, M. *Historie sítě Internet: FTP – File transfer protokol* [online] 2003. Cit. 28.7. 2010. Dostupné z www: <http://ihistory.webzdarma.cz/chap/sites/ftp.php>.
- MUSIL, M. *Historie sítě Internet: Přehled služeb internetu* [online] 2003. Cit. 28.7. 2010. Dostupné z www: <http://ihistory.webzdarma.cz/chap/sluzbyInternetu.php>.
- MUŽÍK, V. Příspěvek ke zkvalitnění učitelského vzdělávání v tělesné výchově. *Česká kinantropologie*, 1997, roč. 1, č. 1, s. 67–73.
- MUŽÍK, V. Relationship between project and realization form of curriculum in physical education at basic school. In ŘEHULKA, E. *Contemporary School Practice and Health Education*. Brno: MSD, s. r. o., 2008, s. 59–75. ISBN 978-80-7392-042-5.
- MUŽÍK, V. The Czech public's opinions on physical education in basic schools. In *School and Health 21 Topical Issues in Health Education*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 19–31. ISBN 978-80-210-4930-7.
- MUŽÍK, V. The Czech public's opinions on the educational content of physical education in basic education. In ŘEHULKA, E. (ed.). *School and health 21: Papers on Health Education*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 73–84. ISBN 978-80-210-5260-4.
- MUŽÍK, V.; HURYCHOVÁ, A. *K novému pojetí didaktiky tělesné výchovy*. Brno: Masarykova univerzita, 1994.
- MUŽÍK, V.; JANÍK, T. Der Sportunterricht aus der Sicht der Hauptschulabsolventen – projektiertes und realisiertes Curriculum im Vergleich. In JEISY, E.; MENGISEN, W. (ed.). *Möglichkeiten und Grenzen der Schulsportforschung*. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO, 2009, s. 245–260.
- MUŽÍK, V.; JANÍK, T. Tělesná výchova z pohledu absolventa základní školy. In MAŇÁK, J.; JANÍK, T. (ed.). *Absolvent základní školy*. Brno: Masarykova univerzita, 2007, s. 197–214. ISBN 978-80-210-4402-9.
- MUŽÍK, V., KREJČÍ, M. *Tělesná výchova a zdraví*. Olomouc: Hanex, 1997. ISBN 80-85783-17-7.
- MUŽÍK, V.; MUŽÍKOVÁ, L. Physical education and health education on the educational system in the Czech republic and other countries. In ŘEHULKA, E. et.

- al. *School and Health 21 (2)*. Brno: Masarykova univerzita, 2007, s. 549–559. ISBN 978-80-7315-138-6.
- MUŽÍK, V.; TRÁVNÍČEK, M. Koncepce a realizace tělesné výchovy na české základní škole. *Pedagogická revue*, 2006, roč. 58, č. 4, s. 386–398.
- MUŽÍK, V., UHLÍŘ, Z. Ovlivňování vyučovací činnosti učitele tělesné výchovy na 1. stupni základní školy. *Teor. Praxe. těl. Vých.*, 1989, roč. 37, č. 12, s. 724–731.
- MUŽÍK, V.; VLČEK, P. et al. *Škola, pohyb a zdraví: výzkumné výsledky a projekty*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 280 s. ISBN 978-80-210-5371-7.
- MUŽÍKOVÁ, L., MUŽÍK, V. Current state of health education in the Czech republic and inspiration from abroad. In KREJČÍ, M. *Adequate movement regime and bio – psycho – social determinants of active life style*. České Budějovice: University of South Bohemia, 2010, s. 129–135. ISBN 978-80-7394-239-7.
- MUŽÍKOVÁ, L. *Podněty pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010a. ISBN 978-80-7392-143-9.
- MUŽÍKOVÁ, L. The Czech public's opinions on health education in basic schools. In *School and Health 21 Topical Issues in Health Education*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 9–18. ISBN 978-80-210-4930-7.
- MUŽÍKOVÁ, L. The Czech public's opinions on the realization of health education in basic education. In *School and Health 21 Papers on Health Education*. Brno: Masarykova univerzita, 2010b, s. 31–40. ISBN 978-80-210-5260-4.
- MUŽÍKOVÁ, L.. The importance of simulation research method for implementing health education into school educational programmes. In *School and Health 21 Health Education: Initiatives for Educational Areas*. Brno: Masarykova univerzita, 2011, s. 55–71. ISBN 978-80-210-5524-7.
- MUŽÍKOVÁ, L. *Výchova ke zdraví v současném základním školství: rigorózní práce*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta MU, 2006.
- MUŽÍKOVÁ, L. An analysis of health education curriculum as a basis for creation of school educational programmes. In ŘEHULKA, E. et al. *Contemporary Discourse on School and Health Investigation*. Brno: MSD, s. r. o., 2008, s. 29–38. ISBN 978-80-7392-041-8.
- Národní program rozvoje vzdělávání v České republice - Bílá kniha*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání – nakladatelství Tauris, 2001. ISBN 80-211-0372-8.
- NAWKA, P.; ČERNÁK, P.; HAŠTO, J. *Reintegrácia psychosociálne postihnutých do spoločnosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1998. ISBN 80-9677- 2779-6.
- NEIGHBORS, C.; DILLARD, A.; LEWIS, M.; BERGSTROM, R. L.; NEIL, T. A. Normative Misperceptions and Temporal Precedence of Perceived Norms and Drinking. [online]. In *Journal of Studies on Alcohol*. vol. 67 (2), 2006. p. 290–299.
- NEMCOVÁ, J.; HLINKOVÁ, E. et al. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. 259 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1st edition, Praha: Portál, 2000. p. 152. ISBN 80-7178-432-X.

- NICO, O. *Proceedings of the Special Conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Vienna*. 1st edition. Bern: Verlag Hans Huber, 2002. p. 9–29. ISSN 1501-7729.
- NIGHTINGALE, F. *Kniha o ošetrování nemocných*. (preklad Králová, P.) Praha: J. OTTO, 1874, 185 s.
- NIGHTINGALE, F. *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover, 1969, p. 7, 334–335.
- NOVOTNÁ, J. Environmentální výchova jako součást snah o zachování životního prostředí Evropy. In WALTEROVÁ, E. a kol. *Objevujeme Evropu. Kniha pro učitele*. Praha: PedF UK a Centrum evropských studií ÚVRŠ, 1997.
- OGASAWARA, C.; MATSUKI, M.; OHNO, Y.; MASUTANI, E. et al. Validation of the defining characteristics of body image disturbance. Japan. In *Nursing Diagnosis*, 1999, vol. 10, no. 1, p. 15–20. ISSN 1552-7573.
- OKRUHLICA, Ľ. et al. *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach*. Bratislava: Inštitút drogových závislostí pri Centre pre liečbu drogových závislostí, 1998. ISBN 80-968111-1-8.
- OLESON, K. *Pluralistic Ignorance Project*. [online].
- ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-199-9.
- OREM, D. *Nursing: Concepts of Practice*. New York: McGraw-Hill, 1985, p. 19.
- OTT, C. H.; DOYLE, L. H. An Evaluation of the Small Group Norms Challenging Model: Changing Substance Use Misperceptions in Five Urban High Schools. [online]. In *The High School Journal*. vol. 88 (3), 2005. p. 45–55.
- PALENČÁR, M. Ošetrovatelstvo ako veda. In ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovatelstvo – teória a vedecký výskum*. 2. vydanie. Martin: Osveta, 2003, s. 13–81, ISBN 80-8063-131-X.
- PALENČÁR, M. Metaparadigma. In Žiaková, K. et al. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin: Osveta, 2010, s. 67–70, ISBN 978-80-8063-315-8.
- PALMER, J. A. *Environmental education in the 21st Century*. London: New York, 2003.
- PASQUALI, E.; ARNOLD, H. M.; DeBASIO, N. *Mental Health Nursing, A Holistic Approach*. St. Louis, Baltimore, Toronto: Mosby Co., 1989. ISBN 0-8016-3578-0.
- PÁVKOVÁ, J. et al. *Pedagogika voľného času: teórie, praxe a perspektivy mimoškolní výchovy a zařízení voľného času*. 2nd edition. Praha: Portál, 2001. p. 229. ISBN 80-7178-569-5.
- PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
- PAYNE, J. et. al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-6570-629.
- PELCOVÁ, H. *Závady a poruchy chování žáků na základní škole* [online]. Brno: MU, 2008.
- PENDER, N. *Health Promotion in Nursing Practice*. New York: McGraw-Hill/Appleton & Lange, 1996, 320 p. ISBN 083-8536-59X.
- PERKINS, H. W. Scope of the Problem: Misperceptions of Alcohol and Drugs [online]. In *Catalyst*. vol. 1 (3), 1995. p. 1–2.

- PERKINS, H. W. Social Norms and the Prevention of Alcohol Misuse in Collegiate Contexts. [online]. In PERKINS, H. W. *Journal of Studies on Alcohol*. supplement no. 14, 2002.
- PERKINS, H. W. The Emergence and Evolution of the Social Norm Approach. [online]. In PERKINS, H. W. *The Social Norm Approach to Preventing School and Alcohol Age Substance Abuse*. [online]. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2003, p. 3–17. ISBN: 978-0-7879-6459-7.
- PERKINS, H.; BERKOWITZ, A. D. Perceiving the Community Norms of Alcohol Use among Students: Some Research Implications for Campus Alcohol Education Programming. [online]. In *International Journal of the Addictions*. vol. 21 (9; 10), 1986, p. 961–976.
- PETRÁČKOVÁ, V.; KRAUS, J. et al. *Akademický slovník cudzích slov*. Praha: Academia. 2001, 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
- PETRÁČKOVÁ, V.; KRAUS, J. a kol. *Slovník cudzích slov*. SPN: 1997. s. 639.
- Phishing [online]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Cit. 30.7. 2010. Dostupné z www: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Phishing>.
- POKORNÁ, M. Analýza životních zvyklostí u dospívajících. In *Výchova ke zdraví II*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, s. 78–80.
- POKORNÝ, V.; TELCOVÁ, J.; TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2nd edition. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002, p. 194, ISBN 80-86568-02-04.
- POLLARD, J. W.; FREEMAN, J. E.; ZIEGLER, D. A.; HERSMAN, M. N.; GOSS, C. W. Predictions of Normative Drug Use by College Students: False Consensus, False Uniqueness, or Just Plain Accuracy? [online]. In *Journal of American College Health*. vol. 14 (3), 2000, p. 5–12.
- POŽONSKÁ, M., et al. *Primární prevence ochorení ako jeden zo strategických zámernov ošetrovateľstva*. [online]. 2004. [cit.17.3.2010]. Dostupné na internete: <http://www.who.int/health>.
- PRAŠKO, J. et al. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf s.r.o, 2005. ISBN 80-85912-65-1.
- PREKOPOVÁ, J. *Neklidné dítě*. Praha: Portál, 1994.
- PROCHÁZKA, D. *První kroky s internetem*. 3rd edition. Praha: Grada Publishing, 2010. p. 112. ISBN 978-80-247-3255-8.
- PROCHÁZKA, D. *Rizika sociálních sítí jsou značná* [online]. Cit. 30.7. 2010. Dostupné z www: <http://www.dsl.cz/clanek/1929-rizika-socialnich-siti-jsou-znacza>.
- PROCHÁZKOVÁ, L. Informovanost žáků druhého stupně základní školy o poruchách příjmu potravy. In *Výchova ke zdraví II*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, s. 39–50.
- PROKOPOVÁ, A. Čtvrtý rozměr zdraví (psychologické souvislosti vývoje morálky a prosociálního chování. In *Výchova ke zdraví II*. Brno: Masarykova univerzita, 2006, s. 81–91.
- PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd., Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
- Public health. Health strategy. Health determinants. [online] (6. 3. 2005). Available at www: <http://www.europa.eu.int/comm/health/ph>.

- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* (se změnami provedenými k 1.9.2005). Výzkumný ústav pedagogický v Praze [online]. c2004-2005 [cit. 8.srpna 2006]. Dostupné z [www: http://www.vuppraha.cz/index.php?op=sections&sid=367](http://www.vuppraha.cz/index.php?op=sections&sid=367).
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání.* (Framework Educational Programme for primary education) Praha: VUP, 2005. ISBN 80-87000-02-1.
- RICE, CH. Misperception of College Drinking Norms: Ethnic/Race Differences. [online]. In *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. vol. 14 (4), 2006, p. 17–28.
- ROGERS, C. R. *Client-Centered Therapy*. London: Constable, 1951 (slovensky ROGERS, C. R. *Klientom centrovaná terapia. Jej súčasná prax, aplikácia a teória*. Modra: Persona, 2000).
- ROGERS, C. R., The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. In *Journal of Consulting Psychology*, 21, 2, 1957. p. 95–103.
- ROGERS, C. R. A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, As Developed in the Client-Centered Framework. In KOCH, S. (ed.) *Psychology: A Study of a Science, Vol. 3. Formulations of the Person and the Social Context*. New York: McGraw-Hill, 1959. p. 184–256.
- ROGERS, C. R. Toward Becoming a Fully Functioning Person. In COMBS, A. W. (ed.) *Perceiving, Behaving, and Becoming: A New Focus for Education*. Yearbook, 1962, pp. 21–33. Washington, DC: Association for Supervision and Curriculum Development. http://www.centerforthe person.org/1962_Toward_Becoming_a_Fully_Functioning_Person.doc. 08.01.2009.
- ROGERS, C. R. *Freedom to Learn for the 80th*. New York: MacMillan Publ., 1983.
- ROGERS, C. R., *Spôsob bytia*. Modra: IRO, 1997.
- ROMANOVÁ, M.; ČAVOJOVÁ, V.; SOLLÁR, T. Zvedavosť ako motivátor prvého kontaktu s drogami. In *Vychovávateľ*. roč. LVII. č. 1, 2008.
- ROUHOVÁ, M.; PILLEROVÁ, L.; HAVELKOVÁ, M. Poruchy príjmu potravy u žáků základních škol. In *XXIX. Ostravské dny dětí a dorostu: konference s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, Čs. Lékařská společnost J. E. Purkyně, KHS Ostrava, Repronis, 2001, s. 181–189. ISBN 80-86122-85-9.
- ROVNÝ, I. et al. *Preventívne lekárstvo*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0574-4.
- ROY, C. *Introduction to Nursing: An Adaptation Model*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1984. p. 22–24.
- Rozpracovanie programového vyhlásenia vlády SR na podmienky rezortu zdravotníctva*. 2008. Bratislava: MZ SR [online] (4. 2. 2010). Dostupné z [www: http://www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).
- RUISELOVÁ, Z.; URBÁNEK, T. Parent's And Peer's Influence On Norms And Norm – Breaking Behavior Of Slovak Adolescent Boys And Girls. In *Studia Psychologica*. roč. 50, č. 2, 2008, s. 191–200.
- RYCHNOVSKÝ, L. Počítačová bezpečnosť. *Zpravodaj ÚVT MU*. 2005, ed. XVI, no. 1. p. 13–16. ISSN 1212-0901.

- ŘEHULKA, E. Das Programm Gesundheit im 21. Jahrhundert der WHO und das gegenwärtige tschechische Schulsystem. In *Neue Herausforderungen im Gesundheitsbereich an der Schule*. Brno: Masarykova univerzita, Brno, 2006. s. 66–74. ISBN 80-210-4191-9.
- ŘEHULKA, E. Educational needs of elementary school women teachers in health education are. In ŘEHULKA, E. *School and Health 21. Papers of health education*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. p. 55–72. ISBN 978-80-210-5260-4.
- ŘEHULKA, E. Opinions of the citizens of the Czech Republic on health and healthy lifestyle education in connection with the teaching profession. In ŘEHULKA, E. (ed.) *School and Health. Education and Healthcare*. Brno: Masarykova univerzita 2011, s. 113–128 ISBN 978-80-210-5721-0.
- ŘEHULKA, E. *Otázky zatížení žáků*. Brno: Univerzita J. E. Purkyně 1987, 145 s.
- ŘEHULKA, E. Pokus o koncepci zdravé osobnosti. In *Integrativní funkce osobnosti*, Brno: MU 2000, s. 89–94. ISBN 80-210-2465-8.
- ŘEHULKA, E. Sebereflexe náročných životních a profesionálních situací u učitelek ZŠ. In *Pedagogická orientace*, Brno: Konvoj, 1997, č. 4, s. 7–12. ISSN 1211-4669.
- ŘEHULKA, E. Vrachuvannja profesijných navantažen včyteliv v koncepciji jich psychologičenoj osvity. *Psychologie* č. 4, Univerzita Kijev, 1999, s. 149–153.
- ŘEHULKA, E. Zdraví jako hodnota v pojetí učitelek základních škol. In *Hodnoty a výchova*. Brno: MSD, spol. s.r.o., 2007, s. 73–79. ISBN 978-80-86633-78-7.
- ŘEHULKA, E.; ŘEHULKOVÁ, O. Problematika tělesné a psychické zátěže při výkonu učitelského povolání. In *Učitelé a zdraví 1*. Brno: Nakladatelství Pavel Křepela, 1998a, s. 99–105.
- ŘEHULKA, E.; ŘEHULKOVÁ, O. *Učitelé a zdraví 6*. Brno: Pavel Křepela, 2004.
- ŘEHULKA, E.; ŘEHULKOVÁ, O. Učitelky ZŠ a zdraví. In *Človek na počiatku nového tisícročia*. Bratislava: SAV, 1998b, s. 80–83. ISBN 80-967228-9-1.
- ŘÍČAN, P. *Agresivita a šikana mezi dětmi*. Praha: Portál, 1995.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství a spirituality*. 1st edition. Praha: Portál, 2007. p. 328. ISBN 978-80-7367-312-3.
- ŘÍHA, P. *Internet: anglicko-český výkladový slovník*. 1st edition. Ostrava: Montanex, 1996, p. 110, ISBN 80-85780-75-5.
- SALVAGEOVÁ, J. *Ošetrovatelstvo v akcii*. Bratislava: C.S.M., 1995. ISBN 80-967081-2-0.
- SEEMAN, J. *Personality Integration: Studies and Reflections*. New York: Human Sciences Press, 1983.
- SEEMAN, J. *Psychotherapy and the Fully Functioning Person*. Bloomington: AuthorHouse, 2008.
- SELIGMAN, M. E. P. Positive Health. *Applied Psychology*. In *An International Review*, 2008, 57, pp. 3–18.
- SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: An introduction. In *American Psychologist*, 2000, 55, p. 5–14.
- SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha: Portál, 1999.
- SCHLICHT, E. *Oxford Encyclopedia of Economic History*. 2001. [online].

- SCHMIDT, CH. W. *Putting the Earth in Play: Environmental Awareness and Sports*. Dostupné z [www: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/) (quot. 25th August 2010).
- SCHOLLY, K.; KATZ, A. R.; GASCOIGNE, J.; HOLCK, P. S. Using Social Norm Theory to Explain Perceptions and Sexual Health Behaviors of Undergraduate College Students: An Exploratory Study. [online]. In *Journal of American College Health*. vol. 53 (4), 2005, p. 159–166.
- SCHULTZ, C. G.; NEIGHBORS, C. Perceived Norms and Alcohol Consumption: Differences Between College Students From Rural and Urban High Schools. [online]. In *Journal of American College Health*. vol. 56 (3), 2007, p. 261–265.
- SILLAMY, N. *Psychologický slovník*. Olomouc: UP, 2001.
- SKOKŇOVÁ, A. Využitie modelov v komunitnom ošetrovatel'stve. In HANZLÍKOVÁ, A. et al.: *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2004, s. 77–89. ISBN 80-8063-155-7.
- SLEZÁKOVÁ, Z.; ZÁVODNÁ, V.; BEŇUŠOVÁ, K. Špecializačné štúdium sestier. In *Zborník z 1. medzinárodnej konferencie „Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien“*. Nitra: UKF, 2005. ISBN 80-8050-866-0.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007.
- SMÉKAL, V. *Přehled psychologie osobnosti*. Praha: SPN, 1985.
- SMÉKAL, V. Výchovné a výukové ťažkosti, ich zdroje a prejavy. In *Patopsychológia – poruchy učenia a správania*. Bratislava: SPN, 1975, s. 180–198.
- SMS spoofing [online]. ŽenaX, 2008. Cit. 28.7. 2010. Dostupné z [www: http://www.zenax.cz/sms_spoofing_8445.htm](http://www.zenax.cz/sms_spoofing_8445.htm).
- Social marketing handbook*. 2008. [online] Dostupné z [www: http://www.newpaltz.edu/studentdevelopment/socialmkthandbook.pdf](http://www.newpaltz.edu/studentdevelopment/socialmkthandbook.pdf)
- SOLLÁR, T.; RITOMSKÝ, A. *Aplikácia štatistiky v sociologickom výskume*. Nitra: UKF, 2002. ISBN 80-8050-580-2.
- SOLLÁROVÁ, E. *Aplikácie prístupu zameraného na človeka (PCA) vo vzťahoch*. Bratislava: Ikar, 2005.
- SOLLÁROVÁ, E. Koučing. In KOLLÁRIK, T.; VÝROST, J.; LETOVANCOVÁ, E. a kol.: *Organizačná psychológia*. Bratislava: UK (v tlači).
- SOLLÁROVÁ, E. Optimálne fungovanie osobnosti. Aplikácia prístupu zameraného na človeka na rozvojové tréningy. In RUISEL, I. a kol. *Myslenie – osobnosť – múdrosť*. Bratislava: UEP, 2008. p. 237–252.
- SOLLÁROVÁ, E. Ostatné protidrogové programy, ich metódy a hodnotenie účinnosti. In ONDREJKOVIČ, POLIAKOVÁ a kol. *Protidrogová výchova*. Bratislava: Veda, 2007. s. 236–244.
- SOLLÁROVÁ, E.; SOLLÁR, T. Charakteristika zmien interpersonálneho správania v rôznych typoch výcvikov. In SOLLÁROVÁ, E.; POPELKOVÁ, M.; POHÁNKA, M. (eds.). *Zážitkové učenie a podpora rozvoja osobnosti*. Nitra: FSVaZ, 2007. p. 116–123.
- SOLLÁROVÁ, E.; SOLLÁR, T. The Psychologically Integratee Person and the Parameters of Optimal Functioning. In *Studia Psychologica*, 52, 4, 2010. 333–338.

- Souhrnné poznatky z inspekce bezpečnosti a ochrany zdraví ve školním roce 2008/2009. *Česká školní inspekce* [online]. 2010-07-02 [cit. 1. července 2010]. Dostupné z www: <http://www.csicr.cz/cz/85281-souhrnne-poznatky-z-inspekce-bezpecnosti-a-ochrany-zdravi-ve-skolnim-roce-20082009>.
- Standard základního vzdělávání, čj. 20819/95-26, ze dne 22. 8. 1995. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR* [online]. 1995-08-22 [cit. 6. října 2005]. Dostupné z www: http://www.msmt.cz/Files/HTM/Standard_ZV.htm.
- Stanovisko Európskeho hospodárskeho a sociálneho výboru na tému Zelená kniha: Zlepšovanie duševného zdravia obyvateľstva. K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu KOM* (2005) 484. [online], [cit.7.4.2010]. Dostupné z www: <http://www.eescopinions.eesc.europa.eu>
- STEFAN, H.; ALLMER, F.; EBERL, J. et al. *POP® PraxisOrientiertePflegediagnostik*. Wien. Springer, 2009, 828 p. ISBN 978-3-211-79909-3.
- STOBER, D. R. Coaching from the Humanistic Perspective. In D. R. Stober, A. M. Grant. *Evidence Based Coaching Handbook. Putting Best Practices to Work for Your Clients*. Hoboken, NJ: Wiley, 2006. pp. 17–50.
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
- STREJČKOVÁ, E. a kol. *Děti, aby byly a žily*. Praha: Ministerstvo životního prostředí, 2005, p. 93–95. ISBN 80-7212-382-3.
- STRÍŽENEC, M. *Psychológia náboženstva*. Bratislava: Veda, 1996. ISBN 80-224-0475-6.
- SVOBODA, B., KOCOUREK, J. Výzkum osobnosti a vyučovací činnosti učitele tělesné výchovy. In *Tělovýchovný sborník*. Praha: Olympia, 1987, s. 48–74.
- SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 1999. 342 s. ISBN 80-7178-327-7.
- ŠAFARÍKOVÁ, J. *Diagnostická činnost učitele jako východisko k řízení výchovně vzdělávacího procesu v tělesné výchově*. Závěrečná zpráva. Praha: FTVS UK, 1980.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent – Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
- ŠMAHEL, D. *Psychologie a internet: děti dospělými, dospělí dětmi*. 1st edition. Praha: Triton, 2003. p. 158. ISBN 80-7254-360-1.
- ŠMAJS, J. Dvě poznámky ke vztahu vzdělání a zdraví. In ŘEHULKA, E. (ed.) *SCHOOL AND HEALTH 21 Výchova ke zdraví: mezinárodní zkušenosti*. Brno: MU, 2011 p. 77–86. ISBN 978-80-210-5451-6.
- ŠMAJS, J. *Potřebujeme filosofii přežít? Úvahy o filosofii, kultuře, poznání, vzděláním řeči a popularizaci vědy*. Brno: Doplněk, 2008. ISBN 978-80-7239-221-6.
- ŠMAJSOVÁ-BUCHTOVÁ, B. K potřebě obratu ve vzdělávání studentů ekonomických oborů. In *K problému ontologie kultury. Ekologické a sociálně ekonomické souvislosti*. Brno: Tribun EU, 2009, p. 80–84. ISBN 978-807399-736-6.
- ŠPANIEL, F. Edukace v kontextu vývoje medicíny. In *Psychoedukace*. 2, č. 3, 2005, s. 3–5. ISSN 1801-0466.
- Štátna politika zdravia v Slovenskej republike*. [online] (10. 8. 2010). Dostupné z www: <http://www.health.gov.sk>.

- Študijné programy neučiteľských študijných odborov. Študijný program 5138-7 Ošetrovateľstvo. Fakulta sociálnych vied UKF Nitra, 2002.
- ŠUPA, J. 2006. *Expertiza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“*. [online], [24.11.2010] Dostupné z [www: http://www.kps.cz/download/sp/.doc](http://www.kps.cz/download/sp/.doc).
- ŠVANCARA, J. *Poruchy psychického vývoje*. Brno: učební texty FF UJEP, 1979.
- The World Health Report* 1998. Life in the 21st Century. A Vision for All. Geneva: WHO, 1998.
- TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování u dětí*. Praha: Portál, 2001.
- TUPÝ, J. *Aktuální trendy ve výchově ke zdraví*. Příspěvek na konferenci Škola a Zdraví 21. Brno: 2011 (v tisku).
- TUPÝ, J. *Výchova ke zdraví v dosavadních RVP a ŠVP na základních a středních školách*. In *Program Zdraví 21 a výchova ke zdraví 2008*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4677-1.
- Únos dětí v obchodním domě* [online]. Hoax, 2000-2010. Cit. 28.7. 2010. Dostupné z [www: http://www.hoax.cz/hoax/unos-deti-v-obchodnim-dome/](http://www.hoax.cz/hoax/unos-deti-v-obchodnim-dome/).
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 1st edition. Praha: Karolinum, 1997. p. 170. ISBN 80-7184-488-8.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3rd edition. Praha: Portál, 2004. p. 872. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M.; KLÉGRŮVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Karolinum, 2008.
- VÁGNEROVÁ, M.; KLÍMA, P. *Kapitoly z patopsychologie dítěte*. Praha: SPN, 1987.
- VALENTOVÁ, I. *Výchova k zdraví, ako priorita rodiny, školy i celej spoločnosti*. Bakalárska práca. Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Nitra, 2007, 57 p.
- VALENTOVÁ, O. *Zdravie máme len jedno. Telesné a duševné zdravie sú spojené nádoby*. [online], 2008. [cit 5.1.2009] Dostupné na internete: www.dusevnezdravie.sk
- VANDENBERGH, M. P. 2005. Order Without Social Norms: How Personal Norm Activation Can Protect The Environment. [online]. In *Northwestern University Law Review*. vol. 99, (3), p. 1101–1166.
- VANÍČKOVÁ, E. *Interpersonální násilí na dětech*. 1st edition. Praha: Úřad vlády ČR. 2009, p. 37. ISBN 978-80-7440-001-8.
- VEŘTÁT, S.; STRNAD, M.; JIMEL, J. *Encyklopedie o počítačích*. 1st edition. Praha: Grada, 1993. p. 216. ISBN 80-7169-005-8.
- VIEHOFFOVÁ, H.; REUYSOVÁ, E. *Jak s dětmi trávit volný čas: náměty, nápady, návody pro děti od 4 do 14 let*. 2nd edition. Praha: Portál, 2000. p. 184. ISBN 80-7178-412-5.
- VIKTORA, A., VOKÁČ, M. Děti se na webu prodávají samy, varuje policie. *Mladá fronta DNES*, 15. 11. 2010, ed. XXI/264, ps. A1, A6.
- VÍTKOVÁ, M. et al. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2nd edition. Brno: Paido, 2004, p. 463, ISBN 80-7315-071-9.

- VITOVSKÝ, A. *Moderní slovník softwaru: výkladový anglicko-český a česko-anglický*. 1st edition. Praha: AV software, 2006, p. 588, ISBN 80-901428-8-5.
- Vliv rekreace na životní prostředí*. Dostupné z www: http://www.bluffton.edu/~capstone/2005-06/Fall/LAS400-1/environment/Environment_files/frame.htm. (quot. 3rd August 2010)
- Vliv sportu na životní prostředí*. Dostupné z www: www.coe.int/t/dg4/sport/resources/texts/Code_en.asp (quot. 3rd August 2010)
- VODÁK, P.; ŠULC, A. *Závady a poruchy v dětském věku*. Praha: SPN, 1964.
- VOJTÍK, V.; MACHOVÁ, J.; BŘICHÁČEK, V. *Poruchy vývoje dětí a mladistvých a jejich projevy v rodině a ve škole*. Praha: SPN, 1990.
- VÖRÖSOVÁ, G. et al.: *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2007, 113 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1st edition. Praha: Portál, 2000. p. 264. ISBN 80-7178-291-2.
- VÝROST, J. Sociálna kompetencia alebo sociálne kompetencie? In *Sociálne procesy a osobnosť*. Košice: SAV, 2002. s. 329–333.
- VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I. (eds). *Aplikovaná sociální psychologie I. Člověk a sociální instituce*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-269-6.
- WAKE, M. M.; FEHRING, R. J.; FADDEN, T. Multinational Validation of Anxiety, Hopelessness, and Ineffective Airway Clearance. In *Nursing Diagnosis*. 1991, vol. 2, no. 2, p. 57–65. ISSN 1046-7459.
- WASERBAUER, S. et. al. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd., Praha: SZÚ, 2001. ISBN 80-7071-172-8.
- WATKINS, D. et al. *Community Health Nursing*. United States of America: Westline Industrial Drive, 2003. p. 129–131. ISBN 0-7020-2659-X.
- WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika a léčba*. 1st edition. Praha: Portál, 2002. p. 360. ISBN 80-7178-634-9.
- WHITLEY, G., G. Processes and methodologies for research validation of nursing diagnoses. In *Nursing Diagnosis*, 1999, vol. 10, no. 1, p. 5–14. ISSN 1046-7459.
- WIEGEROVÁ, A. *Učitel – škola – zdraví*. 1. vyd. Bratislava: Regent, 2005. 163 s. ISBN 80-88904-37-4.
- WIEGEROVÁ, A. *Zdravie, podpora zdravia, zdravotná výchova*. Bratislava: OZV 4, 2004.
- WILSON, E. O. *Konsilience. Jednota vědění*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1999. ISBN 80-7106-321-5.
- WINTER, D. D. N.; KOGER, S. M. *Psychologie environmentálních problémů*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-593-6.
- World Health Organization*. 1978. Primary Health care: report of the International Conference on primary Health Care, Alma-Ata, UUUS, 6-12 September 1978. Geneva: WHO health for All Series no. 1, 1978. ISBN 92 4154135.
- World Health Organization*. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion, an International Conference on Health Promotion, 1986, Ottawa, Ontario, Canada.
- World Health Organization*. 1991. Health for all targets: the healthy policy for Europe.

- Update edition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1991. ISBN 92 890 1311 7.
- World Health Organization. 1999: Health 21. Copenhagen. World Health Organization. [online], [cit.2.5.2010]. Dostupné z [www: http://www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).
- World Health Organization. 2004. The World Health Organization Quality Of Life [online] [cit.13.10.2008]. Dostupné z [www: http://who.int/whoqol](http://who.int/whoqol).
- World Health Organization. News. [online] (5.6.2005). Dostupné z [www: http://www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).
- www.coe.int/t/dg4/sport/resources/texts/Code_en.asp (quot. 3rd August 2010)
- Zákon NR SR 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.
- Zákon NR SR 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.
- Zákon NR SR 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.
- Zákon NR SR č. 132/2010 ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
- „Závislosť“ na internetu a boj proti ní [online]. Slunečnice, 2010. Cit. 8.7. 2010. Dostupné z [www: http://www.slunecnice.cz/special/bezpecnost-deti/zavislost-na-internetu-a-boj-proti-ni/](http://www.slunecnice.cz/special/bezpecnost-deti/zavislost-na-internetu-a-boj-proti-ni/).
- ZANDEN, J. W. *Social psychology*. New York: McGraw-Hill, Inc., 1987. ISBN 0-07-553945-4.
- ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2002. ISBN 80-8063-108-5.
- ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-109-X.
- ZDRAVÍ 21. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel'stva ČR. Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR 2003. ISBN 80-85047-99-3.
- Zelená kniha: Zlepšovanie duševného zdravia obyvatel'stva. K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu. 2005. [online], [cit.2.5.2009]. Dostupné na internete <http://eur-lex.europa.eu/>
- ZELENÍKOVÁ, R.; ŽIAKOVÁ, K. Validizačné štúdie ošetrovatel'ských diagnóz. In *Ošetrovatel'ství a porodní asistence*. 2010, roč. 1, č. 1. s. 1–9. ISSN 1804-2740.
- ZELENKA, J.; PÁSKOVÁ, M. *Vlivy cestovního ruchu na přírodní a antropogenní prostředí, konkrétní pozitivní i negativní příklady*. SWOT analýza. Masový a individuální cestovní ruch. Praha 2007.
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 1994, 186 s.
- ZEMÁNEK, J. *Stavba a správa sítě aneb cesta do hlubin internetu*. 1st edition. Kralice na Hané: Computer Media, 2004, p. 204, ISBN 80-86686-26-4.

- ŽIAKOVÁ, K.; GURKOVÁ, E. Využitie princípov praxe založenej na dôkazoch pre zlepšenie ošetrovateľskej diagnostiky v klinickej praxi. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2010, roč. 1, č. 1. s. 17–23. ISSN 1804-2740.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Analýza stavu informovanosti a postojů žáků, studentů a učitelů k hlavním zdravotním rizikům se zvláštním zřetelem k onkologické problematice – pilotní studie. In *Sociální a kulturní souvislosti výchovy. II. výroční konference ČAPV s mezinárodní účastí*. [CD-ROM]. Brno: Paido, 2003.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Informovanost žáků, studentů a učitelů o hlavních zdravotních rizicích jako součást výchovy ke zdraví na ZŠ. In *Pedagogická orientace*, 2004, roč. 14, č. 2, s. 50–57.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I. *Podpora zdraví a zdravého životního stylu s důrazem na onkologickou prevenci ve škole: disertační práce*. Brno: MU, Pedagogická fakulta MU, 2009.