**Podpora zdraví 2**

**Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.**

**Mgr. Jana Majerová**

**Katedra antropologie a zdravovědy, PdF UP v Olomouci**

**Úvod**

Otázky zdraví, podpory zdraví a zdravého životního stylu, ochrany zdraví, prevence nemocí, minimalizace rizikového chování atp. jsou nedílnou součástí výchovy a vzdělávání dětí a dospívajících. Současné kurikulární dokumenty, tzv. Rámcové vzdělávací programy, mají v sobě problematiku podpory zdraví a výchovy ke zdraví implementovanou, a to všeobecně i specificky.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání v kap. 3.2 Cíle základního vzdělávání zahrnuje také cíl, který má za úkol *„učit žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a být za ně odpovědný“* (RVP ZV, 2013, s. 9). Znamená to tedy, že problematika podpory zdraví je prostoupena celým výchovně-vzdělávacím procesem na základní škole, a že je v gesci každého pedagoga naplňovat cíl podporující zdraví jeho žáků. Z tohoto důvodu je nutná orientace všech učitelů v základních aspektech zdraví, prevence, infekčních i neinfekčních nemocí, poskytování první pomoci u úrazových i neúrazových stavů, podpory zdravého životního stylu ve všech jeho oblastech atp.

Specificky je uváděná problematika zařazena na 1. stupni ZŠ zejména do vzdělávací oblasti Člověk   
a jeho svět a na 2. st. ZŠ dominantně do vzdělávací oblasti Člověk a zdraví, resp. do vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví. Vzhledem k relativně nízké časové dotaci pro tento vzdělávací obor (2 h / týden / 4 ročníky) a relativně nízkému zastoupení aprobovaných učitelů Výchovy ke zdraví (cca 30 %), je nutná účelná mezipředmětová vazba na další vzdělávací oblasti a obory a implementace podpory zdraví do všech devíti, resp. osmi vzdělávacích oblastí.

Vzhledem k rozsahu textu jsou zde prezentována pouze vybraná témata. K detailnímu pochopení souvislostí a k získání širšího přehledu o podpoře zdraví doporučujeme prostudovat níže uvedenou literaturu či uvedené webové portály.

**Rizikové chování**

Je chování, které s sebou přináší vznik možných rizik pro zdraví jedince v jeho jednotlivých oblastech (tělesné, psychické, sociální). Někdy může jít o kumulaci jednotlivých rizikových činností, pak hovoříme o tzv. Syndromu rizikového chování. Jak již bylo uvedeno výše, nejúčinnějším mechanismem je vždy prevence a tak je také vytvořen systém prevence rizikového chování dětí   
a mládeže (dříve označovaný jako prevence sociálně patologických jevů). Prevence spadá mezi prioritní témata Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Je ošetřena na mnoha úrovních, např. vytvořením Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018.

Cílovou skupinou prevence rizikového chování jsou v rámci Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018 vymezeny tyto skupiny:

* Děti od 3 let až po mladé dospělé do věku 26 let v obecné rovině – působení tzv. všeobecné prevence.
* Specifické skupiny dětí a mládeže – tam kde se předpokládá zvýšené riziko problémů s chováním (např. děti z rodin s pácháním trestné činnosti, s výskytem závislostí na alkoholu apod.) – působení tzv. selektivní prevence.
* Jednotlivci vykazující rysy rizikového chování - ti, kteří svým chováním vykazují určité rysy rizikového chování (např. experimentátoři s drogami, záškoláci, agresoři apod.) – působení tzv. indikované prevence.

Z výpovědí krajských školských koordinátorů prevence a z údajů uvedených v krajských plánech prevence na rok 2013 byla zaznamenána tato četnost výskytu rizikových typů chování (v roce 2012) ve školském prostředí: nejčastěji byl zaznamenán jev šikana, po té kyberšikana, dále kouření tabáku, zneužívání alkoholu, násilí a záškoláctví a další negativní chování (viz graf 1).

Graf 1: Výskyt rizikových typů chování ve školním prostředí v roce 2012

*(převzato z publikace Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018, str. 5).*

**Vybrané typy rizikového chování**

**Závislostní chování**

**Závislost** je dle MKN klasifikována jako nemoc. Jedná se o stav, kdy se jedinec nedokáže obejít bez určité látky nebo činnosti. Návykové látky (drogy) se vyznačují psychotropními účinky (působí na psychiku člověka, mění vnitřní ladění) a vyvolávají různou míru závislosti. Závislost rozlišujeme psychickou a fyzickou. **Psychická závislost** vede k nutkavému a opětovnému užívání drogy. **Fyzická závislost** se po vysazení drogy projevuje tzv. abstinenčními příznaky. Z legislativního hlediska dělíme drogy na legální (společensky tolerované – káva, alkohol, nikotin), a drogy nelegální, jejichž výroba   
a prodej jsou trestné (společensky netolerované – marihuana, pervitin, extáze, kokain). Více na [www.odrogach.cz](http://www.odrogach.cz), [www.vychova](http://www.vychova)kezdravi.cz.

**Kouření**

Počet kuřáků v České republice se na rozdíl od ostatních zemí Evropské unie dlouhodobě nemění. Kouří přibližně 30 % dospělé populace. Ve věku 15-24 let je to dokonce **40 % kuřáků**. Zvyšuje se podíl kouřících dívek a žen. Kouření je nejrizikovějším faktorem životního stylu. Na choroby způsobené kouřením umírá celosvětově nejvíce obyvatel. V České republice je to ročně 18 000 lidí z celkového počtu 100 000 zemřelých. Kouření je **rizikové** pro vznik kardiovaskulárních chorob, je hlavní příčinou vzniku rakoviny plic, podílí se na manifestaci i dalších nádorových onemocnění: karcinomu dutiny ústní, hrtanu, močového měchýře, ledvin, slinivky břišní a děložního čípku. Dlouhodobé kuřáctví vede ke chronické bronchitidě, matkám kuřačkám se rodí děti s nižší porodní hmotností. Nezanedbatelný je také vliv na plodnost, předčasné stárnutí kůže, poškození zubní skloviny či osteoporózu.

Příčinou **kuřácké závislosti** je nikotin, na který vzniká silnější závislost než na heroin. Kritickým obdobím pro vznik závislosti je období mezi **11-15 rokem**. Období puberty, kdy se dětí snaží vypadat dospěleji, cítit se nezávisle, být součástí skupiny. Dle studie HBSC, 2010 má u nás zkušenost s kouřením 50 % třináctiletých a 75 % patnáctiletých dětí.

Králíková, 2004 uvádí stádia vzniku mladistvého kuřáka:

* stádium pokusů (kouří skupinka dětí),
* stádium návyku (skupina se zmenšuje),
* stádium závislosti (zůstávají jednotlivci).

**Hlavní zásady prevence kuřáctví:**

* informovanost dětí o negativních důsledcích kouření. Kromě dlouhodobých důsledků, zdůrazňujeme i ty krátkodobé spojené s estetickými dopady – zápach z úst, žluté zbarvení skloviny, žluté prsty, vznik vrásek,
* děti by měly mít kolem sebe nekuřácké prostředí. Rodiče, učitelé, lékaři – vzory nekuřáckého chování, nevystavovat děti pasivnímu kouření – kouření doma, v restauracích,
* dodržování legislativních opatření – zákaz prodeje tabákových výrobků mladším 18 let. Nebýt lhostejný k porušování zákazu.
* realizace efektivních programů proti kouření.

**Nekuřáctví je jeden z významných faktorů, jak zlepšit celkový zdravotní stav populace a prodloužit střední délku života.**

**Alkohol**

**Alkohol** (etanol) je bezbarvá tekutina vznikající kvašením cukrů. Je součástí alkoholických nápojů. Jako návyková látka je legálně dostupná a společensky tolerovaná. Účinky alkoholu lze rozdělit na **akutní a chronické**.

**Akutní otrava** projevující se jako opilost má několik stádií:

1. excitační – krátce po požití alkoholu dochází ke zvýšené duševní a tělesné aktivitě, jedinec hovorný, ztrácí kritičnost, může dojít k slovní či fyzické agresi,
2. somnolentní stadium – nastupuje útlum a spavost. Jedinec je červený v obličeji, chůze nejistá, vrávoravá, objevují se závratě, zvracení,
3. komatózní stadium – bezvědomí, bez reakce na podněty. Jedinec je ohrožen udušením v důsledku vdechnutí žaludečního obsahu,
4. asfyktické stadium – dochází k útlumu dechového centra a následné smrti.

Pokud děti požijí alkohol náhodně či úmyslně je třeba mít na pamětí, že alkohol odbourávají pomaleji, dochází u nich po vypití alkoholu k prudkému poklesu hladiny krevního cukru (glykemie), s rizikem bezvědomí. **U dětí neexistuje žádné bezpečné množství alkoholu**, které by mohly vypít. Zde se již dostáváme k preventivním opatřením. S těmi je nutné začít v rodině dítěte. Poprvé dětem alkohol podá ve většině případů rodinný příslušník (rodič, prarodič), často při rodinných oslavách. Dle HBSC studie, 2010 uvádí 75 % dětí zkušenost s alkoholem před 13 rokem.

**Konzumace alkoholu se ztrátou kontroly nad svým jednáním je u mladistvých spojena s rizikovým chováním : agresivitou, úrazy, zejména v dopravě a rizikovým sexuálním chováním.**

**Abúzus alkoholu** se projevuje vznikem závislosti (alkoholismem), který je provázen řadou zdravotních komplikací (cirhóza jater, FAS, epilepsie) změnami v oblasti psychické (deprese, labilita, poruchy paměti) a opomenout nelze dopady sociální (ztráta zaměstnání, rozpad rodiny, kriminalita). Závislost na alkoholu se u dospělého vyvíjí přibližně 5 let, má 4 stadia (počáteční, varovné, rozhodné   
a konečné). U **15 letého dítěte se může závislost vytvořit během půl roku!**

**Hlavní oblasti prevence a ochrany dětí před alkoholem:**

* legislativní opatření (zákaz prodeje alkoholických nápojů do 18 let),
* podpora vzdělávání (znalosti o účincích alkoholu, preventivní programy),
* prevence v rodině (vzory chování, nenabízet dětem alkohol).

**Poruchy příjmu potravy**

Jsou onemocnění spadající do kategorie psychických (psychiatrických) poruch vázaných na změny ve stravovacích zvyklostech za účelem dosažení „ideální“ postavy s negativním dopadem na zdravotní stav jedince v oblasti tělesného, duševního i sociálního zdraví.

K prostudování těchto otázek doporučujeme publikace od dr. Krcha, dr. Papežové a webové stránky Občanského sdružení Anabell.

Nejrozšířenější jsou onemocnění **mentální anorexie** (MA) označované v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod diagnózou F 50.0a **mentální bulimie** (MB) s označením F 50.2. Dnes jsou popsané i méně tradiční (tzv. moderní) poruchy příjmu potravy, jako ortorexie, bigorexie či drunkorexie.

**MENTÁLNÍ ANOREXIE (MA)** nejčastěji propuká **mezi 12 až 16 roky** (lze v jakémkoli věku), častěji postihuje dívky, ale vyskytuje se i u chlapců. Uvádí se, že na konci puberty se mohou některé anorektické znaky projevit až u 6% dívek. U MA dochází k záměrnému snižování tělesné hmotnosti díky vědomému navození oslabení chutě k jídlu až nechutenství (nemocní odmítají jídlo ne proto, že by neměli hlad či chuť, ale proto, že nechtějí jíst). Postupně se může dostavit „opravdová“ ztráta chuti až vymizení pocitu hladu. Někdy onemocnění přechází do bulimie. Důvodů pro vznik nemoci je mnoho, většinou jde o kombinaci psychosociálních i somatických vlivů. Často bývá uváděná rodina a vztahy v ní, jako jeden z hlavních faktorů (mezi výchovným přístupem otce a matky; perfekcionalistická výchova, vysoké nároky na dítě a jeho přetěžování; konfliktní vztahy v rodině; kritičnost ke vzhledu jedince - postava, proporce; přílišné upnutí rodičů na dítě; přehnaný důraz na vše co je „správné“ včetně výživy; postoje matky k jejím tělesným rozměrům, její strach z vlastní nadváhy, její touha po štíhlosti aj.) Význam mají i další sociální vztahy (spolužáci, přátelé, partneři,…) a tlak společnosti na tělesnou „dokonalost“.

Velmi často se stává, že onemocnění neodhalí rodiče, ale širší okolí, např. učitel. Je to i proto, že nemocní úmyslně příznaky choroby tají (velkou část si ani sami nepřipouštějí a neuvědomují si jejich nebezpečí vzhledem k ohrožení zdraví a života).

**Nejčastější projevy a komplikace MA:**

* tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní, nebo BMI je 17,5 a nižší (v dětském věku pod 3. percentilem). V dětství a dospívání nedochází   
  k předpokládaným hmotnostním přírůstkům,
* hmotnost se snižuje díky vědomému se vyhýbání energeticky bohatých jídel (postupně téměř všech), a také pomocí nadměrného až úporného cvičení, navozeného zvracení, zneužíváním léků - laxativ, anorektik a diuretik,
* přetrvává strach z tloušťky a nereálná představa o vlastním těle (byť jsou pacienti velmi hubení, sebe vidí jako obézní),
* dochází k hormonálním poruchám – u dívek nedojde k nástupu menstruace, případně dříve navozený menstruační cyklus ustane. U mužů nastává ztráta sexuálního zájmu a potence. Dochází také k zvýšené hladině růstového hormonu, zvýšené hladině kortizolu, změnám hormonů štítné žlázy, odchylkám ve vylučování inzulínu aj.,
* pokud je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděné (pubertas tarda) nebo dokonce inhibovány (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjejí prsa a nepřichází menarché - první menstruace, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení často dochází k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.
* nedostatek živin se projeví např. chudokrevností z nedostatku vit. B12 čiželeza, lámáním a vypadáváním vlasů, lámáním nehtů, poruchami zraku z nedostatku vit. A, poruchami srdečního rytmu, osteoporózou z nedostatku vápníku, nízkým krevním tlakem, únavností, studenými končetinami, zhoršenou funkcí vnitřních orgánů, poruchami imunity a v krajním případě může vést těžké podváze až k smrti,
* psychické problémy se projevují smutnou až depresivní náladou, podrážděností, úzkostí, sebenenávistí až s možností sebevraždy. Je zhoršena paměť, přítomna nesoustředěnost. Většina vztahů je konfliktních (s rodiči, přáteli). Nastává ztráta zájmu o okolí. Myšlenky jsou zaměřeny pouze na jídlo a tělesnou hmotnost. Jsou patrné podvody napojené na konzumaci stravy (lhaní o „jedení o samotě“ atp.).

**Terapie** se odvíjí od zdravotních komplikací. V kritických fázích je nutná klinická péče s nitrožilním podáváním výživy a celkové úpravy somatického stavu. Pak následuje behaviorální terapie upravující vztah k jídlu, postoje k vlastnímu tělu, způsob myšlení. Tým terapeutů je složen z pediatra, odborníka na výživu, psychologa, dětského psychiatra, zdravotní sestry, ergoterapeuta, učitele, gynekologa, antropologa či rehabilitačního pracovníka. Často je nutná terapie celé rodiny.

**MENTÁLNÍ BULIMIE (MB)** je charakteristická opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Zvracení nemusí být vždy přítomné stejně jako závažnější úbytek tělesné hmotnosti a trvalá amenorea. I zde jsou příčiny vzniku poruchy polyfaktoriální, jako souhra negativních bio-psycho-sociálních vlivů. MB postihuje jak ženy tak muže, a to ve vyšším věku než mentální anorexie, tzn. **od 16 let výše**. Jen zcela výjimečně se objevuje ve věku 13 - 14 let, v nižších věkových kategoriích většinou ne.

Aby se odlišila MB od „běžného“ přejídání, byla stanovena tzv. **diagnostická kritéria mentální bulimie:**

* opakované epizody přejídání (nejméně 2x týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumované velké množství jídla,
* neustálé se zabývání jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle,
* snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo některým z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem,
* pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost. Často (ne vždy) je v anamnéze anorexie nebo etapa intenzivnějšího omezování se v jídle.

K**omplikace** nemoci souvisí se stupněm a délkou trvání bulimie. Projevují se v oblasti tělesné (souvisí s váhovým úbytkem, nedostatečnou výživou, důsledky zvracení, zneužívání projímadel a diuretik. Vyskytují se nepravidelnosti srdečního rytmu, oslabený krevní oběh, zvýšená kazivost zubů   
a poleptání sliznice jícnu díky opakovanému zvracení, osteoporóza, riziko metabolického rozvratu, karence hořčíku, draslíku a sodíku. Pacienti jsou unavení, citliví na chlad aj.) i v psychosociální (pocit vlastní neschopnosti po každé epizodě přejedení a zvracení, úzkost, deprese, labilita, smutek, sebenávist. Smrtí končí asi až 5 % nemocných a riziko úmrtí se zvyšuje s délkou trvání onemocnění. Recidiva onemocnění bývá až 50 %.

**Terapie** je zaměřena na úpravu tělesného i psychického stavu. Využívá se kognitivně behaviorální terapie, kdy se pacienti učí nahradit záchvatovité přejídání pravidelným stravovacím režimem. Zjišťují se spouštěcí mechanismy přejídání, posiluje se sebevědomí a učí se reakce na zátěžové situace. Je vhodné, aby se pacienti v době terapie nevážili, neprohlíželi před zrcadlem, omezili měření pasu   
a stehen, nenosili těsné oblečení.

**ORTOREXIE** je v podstatě *posedlost „zdravou“ výživou,* která však nabývá chorobných rozměrů. Původní (a samozřejmě primárně dobrý) záměr jíst tělu prospěšnou, biologicky hodnotnou   
a hygienicky či chemicky nezávadnou stravu přechází v naprosto fanatickou touhu za jídlem bez aditivních látek („éček“), pocházejících z produktů bio zemědělství atp. Pacient je „zaměstnán“ neustálým zaobíráním se jídlem, studiem jeho složení a tak i zde je osobnost člověka pozměněna obsedantním chováním. Dostavují se pocity úzkosti až deprese, protože často jedinec zjišťuje, že ideální potraviny neexistují.

**BIGOREXIE** je *poruchou ve vnímání svého těla,* kdy si pacient připadá tělesně nedostatečně vyvinutý (málo svalové hmoty), proporčně nedokonalý, fyzicky nevýkonný (v podstatě ale může být jeho vzhled zcela „normální“). Proto urputně *cvičí a posiluje.* Ve stravě má nadbytek bílkovin díky nadužívání až *zneužívání bílkovinných preparátů*, látek podporujících růst svalové hmoty   
a ovlivňujících metabolismus. Důsledkem bigorexie bývá postižení pohybového aparátu neadekvátně přehnanou fyzickou aktivitou a také nadměrnou tělesnou hmotností (vysoké procento svaloviny), poškozením ledvin, jater a dalších orgánů přemírou bílkovin. V psychosociální oblasti dochází  
 k sociální izolaci, úzkostným až depresivním stavům i k ekonomickým problémům (finanční náročnost návštěv fitcenter a potravních doplňků).

**DRUNKOREXIE** se projevuje *opakovaným redukováním stravy* (snížením energetického příjmu stravy např. vynecháním jednoho či více denních jídel), a to proto, aby jedinec mohl *konzumovat alkohol* tak, aby *nedocházelo ke zvýšení tělesné hmotnosti* (alkohol je energeticky velmi bohatý - 1g ethanolu obsahuje cca 30 kJ). Porucha je typická pro mladší ženy (i muže). Riziko tohoto chování je zrádné v tom, že příjem alkoholu na „lačný“ žaludek potencuje účinky alkoholu. Často se kombinuje alkohol   
s energetickými nápoji (pro dodání energie za účelem větší výdrže při tanci). Nastává riziko zvýšeného krevního tlaku, zrychlené či nepravidelné srdeční frekvence až srdečního kolapsu.

**Vybrané projekty a organizace zaměřené na prevenci rizikového chování**

**SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION)**

### WHO vznikla 7. dubna 1948 jako nezávislá mezinárodní zdravotnická organizace

### při OSN. Československo patřilo k 61 státům, které podepsaly Zákládající listinu.

### Od rozdělení republiky v roce 1993 je Česká republika samostatným členským státem. V současné době WHO sdružuje 194 členských států a 7. duben se celosvětově slaví jako Světový den zdraví. Hlavním cílem činnosti organizace je dosažení co nejlepšího zdraví pro všechny.

**Hlavní strategické záměry WHO:**

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

Strategické záměry WHO realizuje prostřednictvím programů podpory zdraví. Aktuální strategií je program Zdraví 2020, navazující na program Zdraví 21 a Zdraví pro všechny do roku 2000. Dále jsou to projekty Škola podporující zdraví, Zdravé město, obec, region atd.

**ZDRAVÍ 21, neboli ZDRAVÍ PRO VŠECHNY VE 21. STOLETÍ**

Celosvětový program WHO Zdraví 21 – Zdraví pro všechny ve 21. století byl rozdělen na subprogramy vycházející z potřeb, tedy zdravotního stavu populace jednotlivých států. V České republice program zahrnoval 21 cílů, které usilovaly o dlouhodobé zlepšení zdravotního stavu obyvatel České republiky. Cíle byly rozpracovány pro jednotlivé resorty (Ministerstvo školství, Ministerstvo mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo životního prostředí, Ministerstvo dopravy atd.).

Jako příklad uvádíme cíle, na jejichž realizaci spolupracovalo MŠMT:

* cíl 3: „Zdravý start do života“,
* cíl 4: „Zdraví mladých“,
* cíl 7: „Prevence infekčních onemocnění“,
* cíl 8: „Snížení výskytu neinfekčních onemocnění“,
* cíl 9: „Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy“,
* cíl 11: „Zdravější životní styl“,
* cíl 12: „Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem“,

(podrobnější informace na www.mzcr.cz)

**ZDRAVÍ 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí**

Strategie vychází z programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020. Hlavní řešitelem projektu je Ministerstvo zdravotnictví, realizace spadá do období let 2014-2020. Strategie přímo navazuje na analýzu výsledků programu Zdraví 21 a na Koncepci hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví. Hlavním úkolem je přispět k řešení zdravotnických problémů, které souvisí se sociálním, ekonomickým a demografickým vývojem cestou ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Strategie si klade za cíl zapojit nejen instituce veřejné správy, ale také neziskové organizace, soukromý sektor, jednotlivce, komunity, vědecké a vzdělávací instituce. (více na: [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz))

**PROJEKT ŠKOLA PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ**

Projekt Škola podporující zdraví je taktéž programem Světové zdravotnické organizace. Národním koordinátorem projektu je Státní zdravotní ústav. Projekt si klade za cíl rozvíjet životní kompetence žáka tak, aby úcta ke zdraví a schopnost chovat se odpovědně ke zdraví svému i druhých, patřily mezi jeho celoživotní priority. V současné době je do tohoto projektu zapojeno 288 škol (94 MŠ, 172 ZŠ   
a 22 SŠ).

**Základními pilíři Školy podporující zdraví jsou:**

**1. Pohoda prostředí** (věcného, sociálního i organizačního)

**2. Zdravé učení** (smysluplnost výuky, možnost výběru a přiměřenost výuky, spoluúčast a spolupráce

ve výuce, motivující hodnocení žáka.

**3. Otevřené partnerství** (škola jako demokratické společenství, Škola jako vzdělávací středisko obce)

**Projekty zaměřené na prevenci závislostí**

**NORMÁLNÍ JE NEKOUŘIT**

**Program vznikl ve spolupráci Pedagogické a Lékařské fakulty MU v Brně a Ligy proti rakovině. Je určen žákům prvního stupně základních škol. Koncepčně navazuje na projekty pro děti v mateřských školách „Já kouřit nebudu a vím proč“ a „My nechceme kouřit ani pasivně“. Hlavním cílem projektu je vytvoření žádoucích postojů k nekouření, snížit expozici dětí pasivnímu kouření a zabránit či alespoň oddálit věk iniciace kouření.**

**KOUŘENÍ A JÁ**

**Program „Kouření a já“ a byl koncipován a ověřen odborníky LF MU v Brně, je garantován MZ ČR, Společností hygieny a komunitní medicíny ČLS JEP. Je určen žákům 2. stupně základních škol   
a víceletých gymnázií. Hlavním cílem je nejen rozšíření znalostí ohledně rizikového vlivu aktivního   
a pasivního kouření, ale také formování správných postojů a dovedností k odmítání jakékoliv drogy. Program probíhá v šesti lekcích, na principech tzv. peer programu.**

**JAK SE (NE)STÁT ZÁVISLÁKEM**

**Interaktivní vzdělávací program zaměřený na prevenci sociálně patologických jevů určený žákům základních a středních škol. Autorem projektu je SZÚ v Brně, oddělení podpory zdraví. Školy mají možnost vybrat si 4-5 témat z nabízených deseti tematických okruhů: 1. Závislost - od experimentu k závislosti; 2. Kouření (příběh); 3. Alkohol; 4. Drogy; 5. Virtuální realita; 6. Poruchy příjmu potravy; 7. Mějme se rádi; 8. Řekni ne! Jak se (u) bránit; 9. Rozhodování; 10. Reklama. (více na www.szu.cz).**



**SPOLEČNOST ANABELL**

**Občanské sdružení Anabell vzniklo v roce 2002. Hlavní činnost sdružení je zaměřena na podporu osob postižených i ohrožených poruchami příjmu potravy i jejich blízkým. Pomáhá hledat a nalézat východiska k řešení problémů, spojených s neplnohodnotným nebo nevhodným stravováním. Anabell v současnosti poskytuje sociální a zdravotnické služby v Kontaktních centrech Anabell -   
v Brně (současně sídlo organizace), v Praze a v Ostravě. Anabell realizuje projekty k propagaci racionální výživy, zdravého náhledu na své tělo atp. Nově společnost Anabell zřídila vzdělávací agenturu Infopoint, která podporuje a zaštiťuje vzdělávání prostřednictvím zážitkové pedagogiky ve zmiňované oblasti poruch příjmu potravy i v širším pojetí. (podrobněji na** [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz)**)**

****

**PROJEKT ZDRAVÁ PĚTKA**

Vzdělávací projekt určený pro základní a mateřské školy je realizován od roku 2004 společností Ahold. Ve dvouhodinovém bloku jsou žáci seznamováni se zásadami zdravého stravování. K dispozici jsou tři výukové programy**:**pro žáky 1. stupně ZŠ **„Škola Zdravé 5“** ; pro žáky 2. stupně ZŠ „**Párty se Zdravou 5!**  a pro děti v MŠ „ **Zpívánky Zdravé 5“** . (více na [www.zdrava5.cz](http://www.zdrava5.cz))

**ZDRAVÁ ABECEDA**

Vzdělávací program Zdravá abeceda vznikl v roce 2008 na základě zjištění celostátní studie Obezita v ČR, kdy byl zaznamenán dramatický nárůst obezity u dětí. Projekt podporuje zdravý životní styl  
 u dětí předškolního věku. Prostřednictvím akreditovaných seminářů jsou školeny učitelky MŠ, nově také vychovatelky a pracovníci školních jídelen. Ti poté působí jako metodici, lektoři a garanti vhodnosti zařazení témat projektu do kurikula mateřských škol. Celý projekt je podporovaný společností Danone a realizuje jej občanské sdružení AISIS. Více na [www.zdravaabeceda.cz](http://www.zdravaabeceda.cz).

 **VÍŠ CO JÍŠ**

Projekt je primárně určen pedagogům a žákům 2. stupně základních škol. Ambicí výukového programu Výživa ve výchově ke zdraví je zatraktivnit výuku problematiky výživy a stravovacích návyků. Program obsahuje šest základních témat, je doplněn o pracovní sešity pro žáky. Pedagog si dle potřeby vybírá buď jednotlivá témata nebo celý program. Materiály vznikly ve spolupráci Informačního centra bezpečnosti potravin Ministerstva zemědělství, Ministerstva školství, mládeže   
a tělovýchovy, 3. lékařské fakulty UK, Ministerstva zdravotnictví, Ústavu zemědělské ekonomiky   
a informací a Společnosti pro výživu. (více na www.viscojis.cz)

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

Blattná, Jarmila et al. *Výživa na začátku 21. století, aneb, O výživě aktuálně a se zárukou*. Praha: Společnost pro výživu, 2005. 79 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 80-239-6202-7.

Fraňková, Slávka, Odehnal, Jiří a Pařízková, Jana. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Vyd. 1. Praha: HZ Editio, 2000. 198 s., [16] s. il. ISBN 80-86009-32-7.

Fraňková, Slávka a Dvořáková-Janů, Věra. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 256 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0548-1.

HRUBÁ, Drahoslava. *Aby vaše dítě nekouřilo*. Praha: Liga proti rakovině, 2008. 18 s. Bez ISBN.

Hřivnová, Michaela a kol. *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 151 s. ISBN 978-80-244-2503-0.

Hřivnová, Michaela a Košťálová, Alexandra. *Lexikon dobré praxe: výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu v mateřské škole*. 1. vyd. Brno: Anabell, ©2013. 82, 24 s., [2] s. obr. příl. ISBN 978-80-905436-2-1.

Hřivnová, Michaela. *Základní aspekty výživy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 95 s. Studijní opora. ISBN 978-80-244-4034-7.

KALMAN, Michal. a kol. *Národni zprava o zdraví a životním stylu děti a školáků: na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu „Health behaviour in school-aged children: WHO collaborativecross-national study (HBSC)“*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci,2011. 112 s. ISBN 978-80-244-2983-0.

KOŽÍŠEK, František. *Pitný režim*. Informační leták. Praha: SZÚ, 2006

KOŽÍŠEK, František. Voda balená nebo z kohoutku? In *Výživa a potraviny*, 2011, vol. 66, no. 1, p.11-13. ISSN 1211-846X

KLIMEŠOVÁ, I., STELZER, J. *Fyziologie výživy*. Olomouc: UP, 2013, 178 s. ISBN 978-80-244-3280-9.

Krch, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

Krch, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.

Krch, František David a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 255 s. Psyché. ISBN 80-247-0840-X.

Kunová, Václava. *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2011. 140 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-3433-0.

MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 291 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2715-8.

MARÁDOVÁ, Eva. 2006. *Metodická příručka, Výchova ke zdraví pro 6.-9. ročník základní školy.* Praha: Fortuna, 48 s. ISBN 80-7168-973-4.

*Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018.* Dostupné online na <http://www.msmt.cz/file/28077> [cit. 2014-05-10].

NEŠPOR, Karel. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách: příručka pro pedagogy*. Praha: Sportpropag, 1996. 156 s. Bez ISBN.

NEŠPOR, Karel. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

Nevoral, Jiří a kol. *Výživa v dětském věku*. Vyd. 1. Jinočany: H & H, 2003. 434 s. ISBN 80-86022-93-5.

*Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* (verze platná od 1. 9. 2013). Dostupné online na http://www.nuv.cz/folder/32/display/ [cit. 28. 8. 2014].

Rucki, Štěpán a Stožický, František. *Prevence nemocí oběhové soustavy v pediatrii*. Praha: Triton, 2003. 195 s. ISBN 80-7254-388-1.

*Výživa ve výchově ke zdraví - výukový program pro pedagogy na 2. stupni ZŠ.* Praha, 2010.

*Výživová doporučení pro obyvatelstvo České republiky*. In Výživa a potraviny, 2012, vol. 67, no. 3, p. 80-82. ISSN 1211-846X.

WHO: Basic Document, Twenty four Edition. Geneva, WHO, 1974, 164 s.

*Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, ©2014. 182 s. ISBN 978-80-85047-48-6.

Výživa a potraviny. ISSN 1211-846X.

ŽÁČEK, Adolf. Nalezne lékařství v novém století svou identitu? Část I. Lékařství-zdraví-nemoc. Čas. Lék. čes., 140, 2001, č. 20 s. 615-618.

**INTERNETOVÉ ZDROJE:**

[www.anabell.cz](http://www.anabell.cz).

[www.fzv.cz](http://www.fzv.cz)

[www.hbsc.upol.cz](http://www.hbsc.upol.cz).

[www.hravezijzdrave.cz](http://www.hravezijzdrave.cz)

[www.msmt.cz](http://www.msmt.cz)

www.mzcr.cz

[www.rvp.cz](http://www.rvp.cz)

[www.stob.cz](http://www.stob.cz)

www.szu.cz

[www.viscojis.cz](http://www.viscojis.cz)

[www.vychova](http://www.vychova)kezdravi.cz.

[www.vyzivadeti.cz](http://www.vyzivadeti.cz)

[www.vyzivaspol.cz](http://www.vyzivaspol.cz)

[www.who.cz](http://www.who.cz)

[www.zdravaabeceda.cz](http://www.zdravaabeceda.cz)

[www.zdrava5.cz](http://www.zdrava5.cz)