

Fórum výchovy ke zdraví

příručka pro učitele

**soubor vybraných příspěvků ze semináře
Fórum výchovy ke zdraví VII**

Praha 2004

Příručka z vybraných příspěvků ze semináře Fórum výchovy ke zdraví VII vznikla z podnětu MŠMT, ve spolupráci s VÚP v Praze a KALOKAGATHIE (vzdělávací zařízení), s.r.o. Vychází ze záměrů vládního dokumentu Zdraví 21 (*Usnesení vlády ČR č. 1046 ze dne 30. října 2002*).

Je určena především učitelům výchovy ke zdraví a školním metodikům prevence sociálně patologických jevů, ale i všem ostatním, kteří se v dané oblasti věnují dětem a mládeži. *Doplňuje dvě předchozí příručky výchovy ke zdraví: Poruchy příjmu potravy (2003) a Problematika dětské pornografie a její prevence na škole (2003) – texty najdete na webových stránkách MŠMT.*

Seznam autorů jednotlivých příspěvků:

PaedDr. Lenka Kubrichtová
PaedDr. Karel Tomek
PaedDr. Jan Tupý
Doc. PaedDr. Vladislav Mužík, CSc.
Mgr. Leona Mužíková
MUDr. Alena Šteřlová
MUDr. Michael Vít, PhD.
MUDr. Jarmila Rážová
Doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.
PhDr. Ladislav Csémy
MUDr. Hana Sovinová
PhDr. František, David Krch
Mgr. Viktor Hynčica
PaedDr. Monika Žumárová, PhD.
MUDr. Radim Uzel, CSc.
RNDr. Marie Brůčková, CSc.
Doc. MUDr. Alexander Martin Čelko, CSc.
JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
Miloš Vaněček
PhDr. Eva Tomková

Zpracování:

PaedDr. Lenka Kubrichtová
PaedDr. Jan Tupý

Recenze:

PhDr. Jana Procházková
Doc. MUDr. Lumír Komárek, CSc.

Vydalo: MŠMT ve spolupráci s VÚP v Praze
a KALOKAGATHIE (vzdělávací zařízení), s.r.o.

Tisk: MediaDIDA, s.r.o Olomouc

Praha 2004

ISBN 80-903439-3-7

1. Úvod	4
PaedDr. Lenka Kubrichtová	
2. Výchova ke zdraví v kontextu reformy obsahu základního vzdělávání	6
PaedDr. Karel Tomek	
3. Problematika zdraví v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání a první zkušenosti s jejím začleněním do školních vzdělávacích programů	16
PaedDr. Jan Tupý	
4. Aktuální stav výchovy ke zdraví v přípravě učitelů	21
Doc. PaedDr. Vladislav Mužík, CSc., Mgr. Leona Mužíková	
5. Úloha Světové zdravotnické organizace, její přínos a možnosti ovlivnění zdravotní politiky v České republice	24
MUDr. Alena Šteflová	
6. Stárnoucí Evropa - výzva nebo hrozba?	26
MUDr. Michael Vít, PhD., MUDr. Jarmila Rážová	
7. Spokojenost českých dětí se školou	36
Doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc., PhDr. Ladislav Csémy, MUDr. Jarmila Rážová, MUDr. Hana Sovinová, PhDr. František David Krch, Mgr. Viktor Hynčica	
8. Představy a skutečnost o využití volného času současnou středoškolskou mládeží	41
PaedDr. Monika Žumárová, PhD.	
9. Moderní antikoncepce a její současné trendy	55
MUDr. Radim Uzel, CSc.	
10. HIV/AIDS v ČR	59
RNDr. Marie Brůčková, CSc.	
11. Globální přehled HIV / AIDS ve světě a v Evropě	66
Doc. MUDr. Alexander Martin Čelko, PhD.	
12. Zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže	71
JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.	
13. Drogové subkultury	80
Miloš Vaněček	
14. Skúsenosti s realizáciou projektu ŠPZ na Slovensku	89
PhDr. Eva Tomková	
15. ZDRAVÉ ZUBY – výukový program pro 1. stupeň základních škol	94
PaedDr. Lenka Kubrichtová	
16. Metodická část	96
PaedDr. Lenka Kubrichtová	

1. Úvod

PaedDr. Lenka Kubrichtová

Vážení,

dostává se Vám do rukou **příručka pro učitele**, která je sestavena z vybraných příspěvků ze semináře Fórum výchovy ke zdraví VII a doplněna aktuálními informacemi, které souvisí s realizací výchovy ke zdraví z pohledu Rámcových vzdělávacích programů a se začleněním této problematiky do školních vzdělávacích programů. Obsah příručky je obohacen o didaktické náměty pro interaktivní práci se žáky v běžné výuce.

Semináře Fórum výchovy ke zdraví jsou akreditovány MŠMT a pořádá je společnost KALOKAGATHIE (vzdělávací zařízení), s.r.o. Probíhají již několik let pod záštitou MŠMT ČR a hlavního hygienika ČR MUDr. Michaela Víta, PhD. a staly se tradiční součástí dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti výchovy ke zdraví.

V dubnu 2004 proběhl s velkým ohlasem v Učebním středisku IMS v Benešově u Prahy již **sedmý celorepublikový seminář Fórum výchovy ke zdraví**. Ze závěru semináře vyplynula potřeba dalších takových akcí s novými a aktuálními informacemi z jednotlivých oblastí kmenového učiva výchovy ke zdraví. ***Rádi bychom tedy navázali na úspěchy předchozích seminářů a připravujeme na duben 2005 další společné setkání s předními odborníky.***

Program semináře plně respektuje Standard základního vzdělávání MŠMT ČR č.j. 20819 / 95 - 26 pro **oblast Zdravý životní styl – obory „Výchova ke zdraví“ a „Tělesná výchova“**. Vychází z cílů a kmenového učiva této oblasti a je v souladu i s připravovanými kurikulárními dokumenty MŠMT ČR – **Rámcovými vzdělávacími programy**. Svým obsahem seminář vychází z programu Světové zdravotnické organizace pro 21. století **„Zdraví 21“** a navazuje na vládou schválený dokument **Akční plán zdraví a životního prostředí v ČR**, v němž se hovoří o výchově ke zdravému životnímu stylu na základních a středních školách. Seminář má napomáhat plnění tohoto náležitěho úkolu. Cílem semináře je zvyšovat odbornou kvalifikaci pedagogů i jiných pracovníků, kteří se v dané oblasti věnují dětem a mládeži, a tím naplňovat cíle vyplývající z vládního dokumentu **Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - ZDRAVÍ 21. (Projednán vládou ČR dne 30. října 2002, usnesení vlády č. 1046).**

Seminář umožňuje pedagogům i dalším zájemcům z celé ČR **setkat se s předními odborníky, získat nové informace a formou diskusních příspěvků a prací v sekcích si vzájemně předat zkušenosti z oblasti výchovy ke zdraví**

(zdravému životnímu stylu), tvorby preventivních programů atd.

Program semináře je doplněn **prezentací nakladatelství a firem**, jejichž činnost souvisí s výchovou ke zdraví. představují se **programy podpory zdraví ve školách, metodické materiály** pro výuku a množství dalších pomůcek, které mohou zpestřit interaktivní práci s dětmi ve škole. Součástí semináře je i **počítačové studio**, kde se účastníci semináře mohou prakticky seznámit s nabízenými výukovými programy na disketách a kompaktech.

Seminář je tedy jedním velkým fórem výchovy ke zdraví.

Vzhledem ke kladnému ohlasu na všechny předchozí vzdělávací akce, jsme se rozhodli připravit tuto příručku, z vybraných příspěvků, které na semináři v roce 2004 odezněly. Na základě požadavků pedagogů jsme se pokusili některá témata didakticky zpracovat a nabídnout možné náměty pro interaktivní práci se žáky ve výuce. V souvislosti s novými kurikulárními dokumenty MŠMT jsme aktuálně zařadili informace, které se týkají problematiky zdraví, tak jak je chápána v Rámcových vzdělávacích programech a realizace dané tematiky ve výuce, prostřednictvím vhodného začlenění do školních vzdělávacích programů.

Další stránky této příručky, by Vám měly být průvodcem vybranými kapitolami kmenového učiva výchovy ke zdraví a měly by Vám a Vaším prostřednictvím, především žákům, zprostředkovat aktuální informace z daných oblastí. Informace, které se týkají nových kurikulárních dokumentů, by Vám měly pomoci zejména při tvorbě školních vzdělávacích programů. Didaktické náměty by měly žákům umožnit získané informace přetvářet v dovednosti a vést je k větší odpovědnosti za zdraví své i ostatních

Důležitým úkolem školy je spolu s rodinou a dalšími institucemi chránit a podporovat tělesný, duševní, sociální, rozumový, citový a mravní vývoj dětí a mládeže a vést je k přijetí takového životního stylu, který by byl základem zdravého a hodnotného života v dospělosti.

To jistě není lehký úkol, ale společnými silami by měl být zvládnutelný. Vzhledem k tomu, že pávo na zdraví je jedním ze základních práv každého člověka, je třeba aby daná problematika postupovala životem celé školy.

Věříme, že tato příručka obohatí dosud připravené materiály pro výchovu ke zdraví na školách a přispěje tak k realizaci a plnění cílů, které vyplývají z dosud platných, ale i připravovaných materiálů MŠMT a z vládního programu ZDRAVÍ 21.

2. *Výchova ke zdraví v kontextu reformy obsahu základního vzdělávání*

PaedDr. Karel Tomek

Malá rekapitulace

Téma výchovy ke zdraví prošlo poměrně dlouhým a zajímavým vývojem. Není úkolem tohoto sdělení sledovat jeho vývoj v kurikulu i realizaci tohoto tématu ve vzdělávání základních škol v druhé polovině minulého století a zejména v posledním desetiletí. Nicméně předtím, než se budeme podrobně zabývat současnou situací v této oblasti a zejména perspektivami následujícího období, bude užitečné pojmenovat několik východisek, která vytvořila předpoklad pro současnou poměrně příznivou situaci.

Osnovy základní školy (základního vzdělávání) vždy obsahovaly různá témata, která měla souvislost s výchovou ke zdraví, zdravotědou, poznáním vlastního těla, zdravím a nemocí, úrazy, první pomoci apod. Nicméně nebyla důsledně propojena. Výchova ke zdraví v pojetí zdraví tak, jak je vnímána dnes, byla jasněji formulována až koncem dvacátého století Světovou zdravotnickou organizací.

Faktor, který pozitivně ovlivnil vývoj v oblasti výchovy ke zdraví, byl především Standard základního vzdělávání, který zavedl zdraví do všech vzdělávacích programů jako povinnou oblast Člověk a zdraví (s obory Výchova ke zdraví a Tělesná výchova). Pro pořádek uvádím, že vzdělávací programy, podle kterých se žáci vzdělávají od devadesátých let do současnosti, jsou Základní škola, Obecná škola a Národní škola.

Dalším faktorem, který posílil konkrétní problematiku výchovy ke zdraví v obsahu vzdělávání, byl Pokyn MŠMT k zařazení tématu Ochrana člověka za mimořádných okolností. Ten akcentoval zejména téma první pomoci a byl bezprostřední reakcí na katastrofální povodně konce století.

Nepochybně nejsilnější vliv však měla činnost sítě Zdravých škol, které koordinovaně vytvářely školní programy orientované na výchovu ke zdraví. Jednalo se fakticky o jeden z nejvýznamnějších zdrojů zkušeností a zároveň příkladů dobré praxe při realizaci školy podporující zdraví ve všech jeho dimenzích, tj. zdraví fyzickém, duševním i sociálním. Zároveň se jednalo o jeden ze zdrojů zkušenosti s procesy, které předznamenávaly současně probíhající reformu obsahu vzdělávání.

Co mám na mysli. Školy sítě Zdravých škol podle programu Zdravá škola formulovaly své školní programy, realizovaly vzdělávání i změnu celé vnitřní atmosféry školy podle těchto svých programů a konec konců vytvářely funkční síť výměny a sdílení zkušeností z těchto procesů plánování kurikula i jeho realizace. Příznačné a přínosné bylo i to, že celá aktivita Zdravých škol a dalších škol mimo základní síť byla součástí mezinárodní sítě a mohla těžit z mezinárodní zkušenosti

i tuto zkušenost obohacovat. Součástí života těchto škol se stalo plánovité, systematické a relativně obsáhlé další vzdělávání pedagogů i vedení škol.

Není proto divu, že při přípravě reformy obsahu vzdělávání, v případě základních škol představované zejména vytvořením Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (dále jen RVP ZV), byly jednak využity zkušenosti vzniklé v síti Zdravých škol pro formulování příslušných částí RVP ZV a jednak se některé z nich staly pilotními školami.

Současnost

V současnosti se nacházíme v uzlovém bodě reformy obsahu vzdělávání. Byl schválen **Školský zákon** (přesně byly schváleny zákony tři: Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání č. 561/2004 Sb., Zákon o změně zákonů č. 562/2004 Sb. a Zákon o pedagogických pracovnicích č. 563/2004 Sb.). Současně byla vytvořena a schválena závěrečná verze **Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání**. To vše vytvořilo ve druhé polovině roku 2004 ideální legislativní předpoklady pro zásadní změnu v oblasti základního vzdělávání. **Školy začnou v období do roku 2007/8 vytvářet podle RVP ZV své školní vzdělávací programy a nejpozději od 1.9.2007 podle nich začnou vzdělávat v 1. a 6. ročníku.** Školy, které budou mít své školní vzdělávací programy připraveny dříve, podle nich mohou zahájit výuku v 1. a 6. ročnících od školního roku 2005/6 nebo 2006/7. Těchto škol zřejmě nebude mnoho. Zkušenost pilotních škol ukázala, že dvouleté období je optimální dobou pro přípravu kvalitního školního vzdělávacího programu. Navíc není smyslem reformy přetížít učitele dalšími aktivitami nad rámec běžné pracovní doby.

Toto období bude zároveň obdobím, ve kterém bude probíhat intenzivní proces dalšího vzdělávání vedení škol, koordinátorů školních vzdělávacích programů a všech pedagogů. Informační aktivity budou zaměřeny i na rodiče a zřizovatele škol.

Celý proces zavádění konceptu dvouúrovňového kurikula bude ukončen školním rokem 2011/12. kdy už všechny školy realizující základní vzdělávání (základní školy i víceletá gymnázia) budou ve všech ročnících vzdělávat podle svých školních vzdělávacích programů.

Reforma obsahu vzdělávání se netýká jen základního vzdělávání. Kromě RVP ZV je vytvořen a schválen Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání a ve fázi pilotáže také Rámcový vzdělávací program pro gymnázia. Vytvářeny a ověřovány jsou též rámcové vzdělávací programy pro obory středního odborného vzdělávání.

Zdraví ve školních vzdělávacích programech základních škol

V čem tedy spočívá zásadní změna oproti současnému stavu a jaké zlepšení můžeme očekávat?

Především byly v RVP ZV nově formulovány vzdělávací cíle. Ty se staly řídící strukturou programu a jim je přizpůsoben obsah vzdělávání. Jinak řečeno, byla hledána a nalezena shoda na tom, co mají žáci na konci jednotlivých vzdělávacích etap umět, k čemu mají být způsobilí, byly formulovány očekávané výstupy jednotlivých vzdělávacích oblastí. Učivo, které je přirozeně neopominutelnou součástí obsahu vzdělávání, je těmto očekávaným výstupům podřazeno. Zatímco očekávané výstupy, tak jak jsou formulovány v RVP ZV, jsou pro tvorbu školních vzdělávacích programů závazné. Učivo, formulované v RVP ZV, je doporučeno a školy je mohou pozměnit, pokud to uznají za efektivní a pokud s jeho pomocí lépe dosáhnou závazných očekávaných výstupů.

Celý proces zavádění nového kurikulárního modelu má několik rozměrů a je užitečné je pojmenovat. **Především jsou to dimenze:**

- 1) formulování státní úrovně kurikula (vytvoření RVP ZV Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, respektive týmem Výzkumného ústavu pedagogického v Praze spolu s externími spolupracovníky)
- 2) formulování školní úrovně kurikula (vytvoření školního vzdělávacího programu pedagogů konkrétní školy)
- 3) implementace kurikula (postupné zavedení vzdělávání podle školního vzdělávacího programu na konkrétní škole)
- 4) evaluace kurikula (vlastní hodnocení procesu tvorby a zavádění školního vzdělávacího programu školou – autoevaluace školy i externí hodnocení tohoto procesu přinejmenším Českou školní inspekcí, ale i jinými mechanismy – externí evaluace).

Dalšími dimenzemi kurikula jsou zejména pohledy z hlediska:

- 1) žáka
- 2) učitele
- 3) ředitele
- 4) zřizovatele
- 5) rodičů
- 6) ČŠI
- 7) veřejnosti

To všechno samozřejmě probíhající v čase.

Máme tedy před sebou poměrně složitý, v čase se proměňující systém, který má z hlediska výchovy ke zdraví ještě několik dalších rovin.

Především se historicky poprvé stalo, **že cíle vzdělávání jsou formulovány**

v **školském zákoně**, a to hned dvakrát. Jednak v §2 zákona 561/2004 Sb. jako obecné cíle vzdělávání, kde se praví: „**Obecným cílem vzdělávání je: ...získání a uplatňování znalostí o životním prostředí a jeho ochraně vycházející ze zásad trvale udržitelného rozvoje a o bezpečnosti a ochraně zdraví...**“, jednak na úrovni vzdělávacích etap.

V etapě předškolního vzdělávání jsou cíle předškolního vzdělávání formulovány v §33, kde je uvedeno: „**Předškolní vzdělávání podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílí se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů. Předškolní vzdělávání vytváří základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání. Předškolní vzdělávání napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami.**“

Základní vzdělávání má své cíle formulovány v §44 Cíle základního vzdělávání. Zde je uvedeno: „**Základní vzdělávání vede k tomu, aby si žáci osvojili potřebné strategie učení a na jejich základě byli motivováni k celoživotnímu učení, aby se učili tvořivě myslet a řešit přiměřené problémy, účinně komunikovat a spolupracovat, chránit své fyzické i duševní zdraví, vytvořené hodnoty a životní prostředí, být ohleduplní a tolerantní k jiným lidem, k odlišným kulturním a duchovním hodnotám, poznávat své schopnosti a reálné možnosti a uplatňovat je spolu s osvojenými vědomostmi a dovednostmi při rozhodování o své další životní dráze a svém profesním uplatnění.**“

Z těchto jasných formulací zákona je potom odvozeno i postavení výchovy ke zdraví v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání a školních vzdělávacích programech.

Nejobecnější rovina, kterou formuluje RVP ZV, je rovina cílů základního vzdělávání. **Základní vzdělávání má žákům pomoci utvářet a postupně rozvíjet klíčové kompetence a poskytnout spolehlivý základ všeobecného vzdělání orientovaného zejména na situace blízké životu a na praktické jednání.**

V základním vzdělávání se proto usiluje o naplňování těchto cílů:

- umožnit žákům osvojit si strategie učení a motivovat je pro celoživotní učení,
- podněcovat žáky k tvořivému myšlení, logickému uvažování a k řešení problémů,
- vést žáky k všestranné, účinné a otevřené komunikaci,
- rozvíjet u žáků schopnost spolupracovat a respektovat práci a úspěchy vlastní i druhých,
- připravovat žáky k tomu, aby se projevovali jako svěbytné, svobodné a zodpovědné osobnosti, uplatňovali svá práva a plnili své povinnosti,

- vytvářet u žáků potřebu projevovat pozitivní city v chování, jednání a v prožívání životních situací; rozvíjet vnímavost a citlivé vztahy k lidem, prostředí i k přírodě, učit žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a být za ně odpovědný,
- vést žáky k toleranci a ohleduplnosti k jiným lidem, jejich kulturám a duchovním hodnotám, učit je žít společně s ostatními lidmi,
- pomáhat žákům poznávat a rozvíjet vlastní schopnosti v souladu s reálnými možnostmi a uplatňovat je spolu s osvojenými vědomostmi a dovednostmi při rozhodování o vlastní životní a profesní orientaci.

Jak je patrné z formulací **klíčových kompetencí**, prakticky všechny mají význam pro zdravý život. ***Označená formulace je přímo zacílena na rozvoj zdraví, a to ve všech třech jeho hlavních dimenzích. Zdůrazněna je i odpovědnost žáka a budoucího občana za své zdraví.*** Zejména prvek odpovědnosti není zdaleka pro většinu dospělé populace samozřejmý. Není možné se touto stránkou věci podrobně zabývat v tomto sdělení, nicméně to nijak neubírá na její důležitosti.

Klíčové kompetence jsou často skloňovány v souvislosti s reformou obsahu vzdělávání. Ne vždy je patrné, jakou roli mají při tvorbě školních vzdělávacích programů a následně při vlastním vzdělávání. Stručně se dá říci, že kromě toho, že jsou to generalizované výstupy vzdělávání, tvoří také didaktickou osu praktické každodenní činnosti pedagogů. Prakticky to znamená, že učitel si při plánování své činnosti na úrovni tématických plánů i přípravy jednotlivých hodin klade otázku, jak může být konkrétní situace ve třídě při výuce jednotlivých předmětů využita pro rozvoj klíčových kompetencí. V našem případě zejména k výchově ke zdraví ve všech jeho dimenzích a k výchově k odpovědnosti za vlastní zdraví. V tomto smyslu klíčové kompetence ovlivňují každodenní činnost žáků i učitelů ve výuce a stávají se věcí navýsost praktickou a konkrétní.

Další rovinou, která se v RVP ZV nachází a je výsledkem předchozího vývoje, je **zařazení samostatné vzdělávací oblasti Člověk a zdraví**. Zařazením této vzdělávací oblasti vedle oblastí, které jsou v kurikulu tradiční a neopominutelné (Jazyk a jazyková komunikace, Matematika a její aplikace atd.), byla i na této úrovni potvrzena důležitost, kterou má lidské zdraví pro jedince i celou společnost.

Vzdělávací oblast Člověk a zdraví zdraví se dělí do dvou vzdělávacích oborů, a to Tělesné výchovy a Výchovy ke zdraví. Zatímco obor Tělesná výchova ponecháme pro účely tohoto sdělení stranou, věnujme se obsahu vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví.

Dříve než se probereme jednotlivými tématickými okruhy, bude užitečné připomenout si vztah Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání a školního vzdělávacího programu. Vše je sice popsáno v RVP ZV, ale stručně se dá říci: Očekávané výstupy, tak, jak jsou formulovány ve vzdělávacích oborech,

jsou závazné pro tvorbu školního vzdělávacího programu. Škola sice může rozhodnout, jestli tyto očekávané výstupy naplní realizací samostatného předmětu nebo posílením některého nebo některých stávajících předmětů ve svém školním vzdělávacím programu, nicméně žáci musí být v tomto oboru vzdělávání a musí dosáhnout závazně formulovaných výstupů. Učivo, které je prostředkem k jejich dosažení, je sice na úrovni RVP ZV doporučeno, nicméně na úrovni školního vzdělávacího programu se učivo, které je v něm uvedeno, stává pro danou školu závazné.

Konkrétně to znamená, že na úrovni školy probíhá výchova ke zdraví buď v samostatném předmětu s vymezenou hodinovou dotací v jednotlivých ročnících, očekávanými výstupy jednotlivých tématických okruhů a předepsaným učivem, nebo přiřazením jednotlivých tématických okruhů k jiným vyučovacím předmětům v jednotlivých ročnících. Závazné výstupy i učivo však musí být formulovány i v tomto případě.

Shrnuto a potvrzeno. Nic ze závazných výstupů vzdělávacího oboru výchova ke zdraví se ve školním vzdělávacím programu nemůže ztratit. Vhodným propojením s jinými vzdělávacími obsahy na úrovni školy a dobrou organizací vzdělávání může však být zvýšena efektivita vzdělávání, a to nejen v tomto oboru.

Očekávané výstupy Výchovy ke zdraví v RVP ZV:

- respektuje přijatá pravidla soužití mezi vrstevníky a partnery a pozitivní komunikací a kooperací přispívá k utváření dobrých mezilidských vztahů v širším společenství (v rodině, komunitě)
- vysvětlí role členů komunity (rodiny, třídy, spolku) a uvede příklady pozitivního a negativního vlivu na kvalitu sociálního klimatu (vrstevnická komunita, rodinné prostředí) z hlediska prospěšnosti zdraví
- vysvětlí na příkladech přímé souvislosti mezi tělesným, duševním a sociálním zdravím; vysvětlí vztah mezi uspokojováním základních lidských potřeb a hodnotou zdraví; dovede posoudit různé způsoby chování lidí z hlediska odpovědnosti za vlastní zdraví i zdraví druhých a vyvozuje z nich osobní odpovědnost ve prospěch aktivní podpory zdraví
- usiluje v rámci svých možností a zkušeností o aktivní podporu zdraví
- vyjádří vlastní názor k problematice zdraví a diskutuje o něm v kruhu vrstevníků, rodiny i v nejbližším okolí
- dává do souvislosti složení stravy a způsob stravování s rozvojem civilizačních nemocí a v rámci svých možností uplatňuje zdravé stravovací návyky
- uplatňuje osvojené preventivní způsoby rozhodování, chování a jednání v souvislosti s běžnými, přenosnými, civilizačními a jinými chorobami; svěří se se zdravotním problémem a v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc

- projevuje odpovědný vztah k sobě samému, k vlastnímu dospívání a pravidlům zdravého životního stylu; dobrovolně se podílí na programech podpory zdraví v rámci školy a obce
- samostatně využívá osvojené kompenzační a relaxační techniky a sociální dovednosti k regeneraci organismu, překonávání únavy a předcházení stresovým situacím
- optimálně reaguje na fyziologické změny v období dospívání a kultivovaně se chová k opačnému pohlaví
- v souvislosti se zdravím, etikou, morálkou a životními cíli mladých lidí přijímá odpovědnost za bezpečné sexuální chování
- dává do souvislosti zdravotní a psychosociální rizika spojená se zneužíváním návykových látek a životní perspektivu mladého člověka; uplatňuje osvojené sociální dovednosti a modely chování při kontaktu se sociálně patologickými jevy ve škole i mimo ni; v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc sobě nebo druhým
- vyhodnotí na základě svých znalostí a zkušeností možný manipulativní vliv vrstevníků, médií, sekt; uplatňuje osvojené dovednosti komunikační obrany proti manipulaci a agresi
- projevuje odpovědné chování v situacích ohrožení zdraví, osobního bezpečí, při mimořádných událostech; v případě potřeby poskytne adekvátní první pomoc

Jak je patrné z tohoto výčtu očekávaných kompetencí, jejich dosažení je úkolem nejen nelehkým, ale i značně rozsáhlým. Na druhou stranu je zřejmé, že se jedná o kompetence, které jsou mimořádně užitečné v praktickém životě a jejich dosažení, byť na různé úrovni, představuje významnou hodnotu.

Jak již bylo uvedeno, **tematické okruhy učiva** jsou na úrovni RVP ZV sice doporučené, nicméně poskytují dobrý obraz zaměření oboru, a proto je vhodné se na tomto místě seznámit i s nimi.

VZTAHY MEZI LIDMI A FORMY SOUŽITÍ

- **vztahy ve dvojici** - kamarádství, přátelství, láska, partnerské vztahy, manželství a rodičovství
- **vztahy a pravidla soužití v prostředí komunity** - rodina, škola, vrstevnická skupina, obec, spolek

ZMĚNY V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA A JEJICH REFLEXE

- **dětství, puberta, dospívání** - tělesné, duševní a společenské změny
- **sexuální dospívání a reprodukční zdraví** - předčasná sexuální zkušenost; těhotenství a rodičovství mladistvých; poruchy pohlavní identity

ZDRAVÝ ZPŮSOB ŽIVOTA A PÉČE O ZDRAVÍ

- **výživa a zdraví** - zásady zdravého stravování, vliv životních podmínek a způsobu stravování na zdraví; poruchy příjmu potravy
- **tělesná a duševní hygiena** - zásady osobní, intimní a duševní hygieny, otužování, význam pohybu pro zdraví
- **režim dne**
- **ochrana před přenosnými i nepřenositelnými chorobami, chronickým onemocněním a úrazy** - bezpečné způsoby chování (nemoci přenosné pohlavním stykem, HIV/AIDS, hepatitidy); zdravotní preventivní a lékařská péče; odpovědné chování v situacích úrazu a život ohrožujících stavů (úrazy v domácnosti, při sportu, na pracovišti, v dopravě)

RIZIKA OHROŽUJÍCÍ ZDRAVÍ A JEJICH PREVENCE

- **stres a jeho vztah ke zdraví** - kompenzační, relaxační a regenerační techniky k překonávání únavy, stresových reakcí a k posilování duševní odolnosti
- **civilizační choroby** - zdravotní rizika, preventivní a lékařská péče
- **auto-destruktivní závislosti** - zdravotní a sociální rizika zneužívání návykových látek, patologického hráčství, práce s počítačem; návykové látky (bezpečnost v dopravě, trestná činnost, dopink ve sportu)
- **skryté formy a stupně individuálního násilí a zneužívání, sexuální kriminalita** - šikana a jiné projevy násilí; formy sexuálního zneužívání dětí; komunikace se službami odborné pomoci
- **bezpečné chování** - komunikace s vrstevníky a neznámými lidmi, pohyb v rizikovém prostředí, přítomnost v konfliktních a krizových situacích
- **dodržování pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví** - bezpečné prostředí ve škole, ochrana zdraví při různých činnostech, bezpečnost v dopravě, znalost pravidel silničního provozu
- **manipulativní reklama a informace** - reklamní vlivy, působení sekt
- **ochrana člověka za mimořádných událostí** - živelní pohromy, terorismus

HODNOTA A PODPORA ZDRAVÍ

- **celostní pojetí člověka ve zdraví a nemoci** - složky zdraví a jejich interakce, základní lidské potřeby a jejich hierarchie (Maslowova teorie)
- **podpora zdraví a její formy** - prevence a intervence, působení na změnu kvality prostředí a chování jedince, odpovědnost jedince za zdraví
- **podpora zdraví v komunitě** - programy podpory zdraví

OSOBNOSTNÍ A SOCIÁLNÍ ROZVOJ

- **sebepoznání a sebepojetí** - vztah k sobě samému, vztah k druhým lidem; zdravé a vyrovnané sebepojetí
- **seberegulace a sebeorganizace činností a chování** - cvičení sebereflexe, sebekontroly, sebeovládání a zvládání problémových situací; stanovení osobních cílů a postupných kroků k jejich dosažení
- **psychohygienu** - sociální dovednosti pro předcházení a zvládání stresu, hledání pomoci při problémech
- **mezilidské vztahy, komunikace a kooperace** - respektování sebe sama i druhých, přijímání názoru druhého, empatie; chování podporující dobré vztahy, aktivní naslouchání, dialog, efektivní a asertivní komunikace a kooperace v různých situacích
- **morální rozvoj** - cvičení zaujímání hodnotových postojů a rozhodovacích dovedností; dovednosti pro řešení problémů v mezilidských vztazích; pomáhající a prosociální chování

Poslední, nikoli však nedůležitou vrstvou výchovy ke zdraví v RVP ZV, jsou **průřezová témata**. Je jich definováno celkem šest a týkají se těch očekávaných výstupů vzdělávání, které jsou sice vyhodnoceny jako velmi důležité, nicméně je není možno zařadit jen do jedné oblasti vzdělávání.

Ne všechna průřezová témata mají pro výchovu ke zdraví stejný význam. Pro pořádek je uvedme všechna:

Osobnostní a sociální výchova

Výchova demokratického občana

Výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech

Multikulturní výchova

Environmentální výchova

Mediální výchova

Průřezová témata tvoří povinnou součást základního vzdělávání. Škola musí do vzdělávání na 1. stupni i na 2. stupni zařadit všechna průřezová témata uvedená v RVP ZV. Všechna průřezová témata však nemusí být zastoupena v každém ročníku. V průběhu základního vzdělávání je povinností školy nabídnout žákům postupně všechny tematické okruhy jednotlivých průřezových témat, jejich rozsah a způsob realizace stanovuje ŠVP. Průřezová témata je možné využít jako integrativní součást vzdělávacího obsahu vyučovacího předmětu nebo v podobě samostatných předmětů, projektů, seminářů, kurzů apod.

Silnou vazbu na vzdělávací obor výchovy ke zdraví bychom našli zejména v průřezovém tématu osobnostní a sociální výchova, ale i v tématu environmentální výchova a konec konců ve všech dalších. Stačí jen připomenout vliv médií na naše postoje ke zdraví a sílu s kterou naše životní postoje a hodnoty ovlivňuje reklama.

Na závěr je vhodné shrnout a připomenout.

V současné době je vytvořena mimořádně příznivá situace pro rozvoj výchovy ke zdraví v základním vzdělávání. Do jaké míry bude skutečně efektivně využita, bude záležet na několika faktorech. Především na ředitelích škol a jejich schopnosti řídit školy v procesu změny. Dále na koordinátorech školních vzdělávacích programů, do jaké míry a v jaké kvalitě se podaří rozpracovat vzdělávací obor Výchova ke zdraví ve školních vzdělávacích programech. Především však na učitelích a jejich vůli se dále vzdělávat a v každodenní praxi realizovat program, který jako tým společně vytvořili. Zkušenost, která na školách podporujících zdraví vznikla v nedávném období dává naději, že bude splněn cíl formulovaný ve vládním programu Zdraví 21 a během deseti let se 95 % českých škol stane školami, které skutečně podporují zdraví, a to nejen svých žáků, ale také učitelů.

Pokud toto sdělení přispělo alespoň dílem k prohloubení přehledu o problematice výchovy ke zdraví v RVP ZV, potom splnilo svůj účel.

3. Problematika zdraví v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání a první zkušenosti s jejím začleněním do školních vzdělávacích programů

PaedDr. Jan Tupý

Schválením nového školského zákona¹ se legalizuje nová kurikulární soustava, která má dvě úrovně. Na úrovni státu se vytváří Národní program vzdělávání a pro každý obor vzdělání tzv. rámcový vzdělávací program. Na úrovni školy pak zákon ukládá každé škole vypracovat si podle rámcového vzdělávacího programu vlastní školní vzdělávací program.

Rámcové vzdělávací programy jsou koncepční dokumenty, které vymezují prostor, v němž se mohou školy (učitelé) pohybovat při přípravě a realizaci vlastního školního vzdělávacího programu. Školní vzdělávací programy jsou pak pedagogické realizační dokumenty, které formulují vzdělávací záměry dané školy a vymezují obsahové i organizačně didaktické podmínky vzdělávání žáků na dané škole.

Probíhající **kurikulární reforma** je vyústěním dlouhodobého procesu změn v našem vzdělávacím systému. Změn, které jsou výrazně ovlivněny novátorskými aktivitami učitelů a jejich profesních sdružení po roce 1989 i novými trendy vzdělávání ve vyspělých zemích Evropy a světa.

Především ze zahraničí se do našeho života a vzdělávání stále důrazněji prosazuje problematika zdraví, a to nejen jako poučení o zdraví a osvojení si dílčích dovedností k ochraně a rozvoji zdraví, ale především jako základní postoj odpovědnosti každého a všech za ochranu a rozvoj zdraví, jako solidarita partnerů a skupin směřující k ochraně zdraví člověka i přírodního prostředí a jako základní právo každého jedince na zdraví, zdravý vývoj a zdravotní péči.

Výzkumný ústav pedagogický v Praze je nejen autorem rámcových vzdělávacích programů, ale mohl po dva roky řídit a sledovat tvorbu školních vzdělávacích programů na pilotních školách. Tento příspěvek chce stručně nastínit, jak je problematika zdraví vymezena v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání (RVP ZV) a jaké jsou prvotní zkušenosti s jejím začleňováním do školních vzdělávacích programů (ŠVP ZV).

Jak je zdraví začleněno do RVP ZV?

Především je nutno konstatovat, že problematika zdraví je v RVP ZV významně posílena. Jestliže se v současném Standardu základního vzdělávání a dosavadních vzdělávacích programech objevovala daná problematika jen v souvislosti s některými vyučovacími předměty² či dílčími tématy a komplexně se danou problematikou zabývaly většinou jen školy zařazené do projektu „Zdravá škola“ (necelá 3 % základních škol), pak v RVP ZV je problematika zdraví povýšena

na úroveň stěžejního cíle základního vzdělávání, významných částí klíčových kompetencí, jichž mají žáci dosahovat, i vzdělávacího obsahu a je předpoklad, že se jí budou v širší míře postupně zabývat všechny školy!³

Problematika zdraví je v RVP ZV zastoupena:

Na úrovni pojetí základního vzdělávání - zde je možné zdraví vnímat jako „respekt k individuálním potřebám a možnostem žáků“, „motivující a aktivizující hodnocení a posuzování individuálních změn s možností zažívat úspěch“, „podnětné, tvůrčí a povzbuzující prostředí, které chrání a podporuje i nejslabší žáky“ atd. Znamená to, že škola by nadále měla chápat (utvářet, ovlivňovat, realizovat i hodnotit) způsoby práce se žáky, způsoby jejich hodnocení i kvalitu prostředí, v němž pracují, nejen ve vztahu k výsledkům ve vzdělávání, ale také jako významnou podporu rozvoje a ochrany zdraví žáků.

Na úrovni jednoho z devíti cílů základního vzdělávání - „učí žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a být za ně odpovědný“. Znamená to, že škola musí na úrovni všech osob a činností školy, všech pedagogů i vyučovacích předmětů hledat a volit účinné strategie (postupy) k tomu, aby u žáků rozvíjela a chránila zdraví a vedla je ke konkrétním odpovědnostem, rozhodovacím schopnostem i dovednostem.

Na úrovni klíčových kompetencí v těchto následujících způsobnostech žáka - „samostatně řeší problémy, volí vhodné způsoby řešení, sleduje vlastní pokrok při zdolávání problémů, přezkoumá řešení a osvědčené postupy aplikuje při řešení obdobných nebo nových problémových situací“, „uvědomuje si zodpovědnost za svá rozhodnutí a výsledky svých činů zhodnotí“, „využívá získané komunikativní dovednosti k vytváření vztahů potřebných k plnohodnotnému soužití a kvalitní spolupráci s ostatními lidmi“, „podílí se na utváření příjemné atmosféry v týmu, na základě ohleduplnosti a úcty při jednání s druhými lidmi přispívá k upevňování dobrých mezilidských vztahů, v případě potřeby poskytne pomoc nebo o ni požádá“, „respektuje přesvědčení druhých lidí, váží si jejich vnitřních hodnot, je schopen vcítit se do situací ostatních lidí, odmítá útlak a hrubé zacházení, uvědomuje si povinnost postavit se proti fyzickému i psychickému násilí“, „rozhoduje se zodpovědně podle dané situace, poskytne dle svých možností účinnou pomoc a chová se zodpovědně v krizových situacích i v situacích ohrožujících život a zdraví člověka“, „aktivně se zapojuje do kulturního dění a sportovních aktivit“, „chápe základní ekologické souvislosti a environmentální problémy, respektuje požadavky na kvalitní životní prostředí a rozhoduje se v zájmu podpory a ochrany zdraví“, „přistupuje k pracovní činnosti nejen z hlediska kvality, funkčnosti, hospodárnosti a společenského významu, ale i z hlediska ochrany svého zdraví i zdraví druhých, ochrany životního prostředí i ochrany kulturních a společenských hodnot“ atd.

Znamená to, že po zavedení nového kutikulárního systému by žáci měli na výstupu ze základního vzdělávání disponovat výraznými kompetencemi (způsobilostmi), které vedou k preventivní ochraně a rozvoji zdraví v běžném každodenním životě.

Na úrovni vzdělávacího obsahu jako součást vzdělávacích oblastí (oborů) - Člověk a jeho svět, Člověk a příroda, Člověk a společnost, Člověk a svět práce, ICT a především Člověk a zdraví. Znamená to, že učitelé jednotlivých předmětů budou při tvorbě ŠVP ZV (především učebních osnov svého předmětu) promýšlet společné postupy vedoucí k očekávaným výstupům a klíčovým kompetencím, které se týkají zdraví. Současně se budou dohadovat o začlenění konkrétního učiva do jednotlivých předmětů, o případné integraci učiva, jeho propojení s průřezovými tématy atd.

Na úrovni průřezových témat, především v Osobnostní a sociální výchově, v Environmentální výchově atd. Znamená to, že učitelé při zařazování průřezových témat musí hledat vhodné společné cesty k realizaci tématu, buď na úrovni školy, nebo předmětů.

Co ukázaly první školní vzdělávací programy

VÚP v Praze realizoval spolu s 55 pilotními školami dvouletý projekt ověřování tvorby ŠVP ZV. Úkolem škol bylo vytvořit ŠVP ZV podle základní struktury vymezené v RVP ZV (identifikační údaje, charakteristika školy, charakteristika ŠVP, učební plán, učební osnovy, hodnocení žáků a sebehodnocení školy). Do září 2003 jsme obdrželi 27 ucelených ŠVP ZV a 12 částečně zpracovaných ŠVP ZV.

Následně byly prováděny první ucelené analýzy ŠVP ZV. Programy byly zhodnoceny vždy jako celek, po jednotlivých částech programu a po jednotlivých vzdělávacích oborech. Poté byly výsledky analýz projednávány se školami a úprava (dopracování) programů pokračovalo i ve školním roce 2003/2004.

Problematika zdraví ve strategii školních vzdělávacích programů:

Problematika zdraví se **na úrovni strategií škol** objevovala na rozdílné úrovni od podstatných a široce koncipovaných vztahů až po praktické vynechání dané problematiky. Výrazně lepší byly školy, které prošly projektem Zdravá škola. Ty měly ve svých záměrech jasnější cíle i konkrétnější obsahové a organizační zabezpečení dané problematiky. Pro některé školy byl problém oprostít se od formalit a věcně označit, co, proč a jak hodlají ve škole realizovat. Objevily se i poměrně dobře analyzované situace na školách z pohledu zdraví, ale vlastní strategie zabezpečení a rozvoje dané problematiky tomu neodpovídala.

Předměty vycházející ze vzdělávacích oborů oblastí Člověk a zdraví (respektive Člověk a jeho svět) byly v učebních plánech ŠVP ZV vymezeny

následovně:

Na 1. stupni základního vzdělávání byla situace příznivější. **Výchova ke zdraví** byla organickou součástí předmětů vycházejících z oblasti Člověk a jeho svět a TV byla bez problémů zařazována v rozsahu 2 vyučovacích hodin ve všech ročnících, jen ve dvou případech však byla hodinově posílena.

Na 2. stupni bylo problematictější především vymezení Výchovy ke zdraví. Málokterá škola konstituovala **Výchovu ke zdraví** jako samostatný předmět. Pokud ano, pak většinou pod názvem Rodinná výchova. Nejčastěji byl vzdělávací obsah Výchovy ke zdraví spojován s předměty Výchova k občanství nebo Přírodopis. V řadě ŠVP ZV se v těchto případech „ztrácela“ s učebních plánů časová dotace přidělená vzdělávacímu oboru Výchova ke zdraví. Integrace témat nebyla podložena příslušnou časovou dotací. Tělesná výchova byla ve všech ŠVP ZV v rozsahu 2 vyučovací hodiny týdně, jen jedna škola posílila výuku TV také na tomto stupni vzdělávání. I volitelné předměty se vztahovaly v převažující míře jen k TV.

Učební osnovy předmětů vycházejících ze vzdělávacích oborů Výchova ke zdraví a Tělesná výchova lze v ŠVP ZV hodnotit takto:

Výchova ke zdraví byla na 1. stupni součástí vzdělávacího obsahu předmětů vycházejících z oblasti Člověk a jeho svět (Prvouka, Vlastivěda, Přírodověda). Osnovy se vyznačovaly poměrně kvalitním propojením jednotlivých námětů. Za nedostatek bylo nutné považovat časté zpracování ve formě tematických plánů, které je na úrovni školy nevhodné (nutí učitele zvládnout učivo jen v daném vymezeném časovém úseku a mohou je stavět do realizačních problémů). Dalším problémem byla nevhodně provedená integrace tematických okruhů na některých školách, která byla pouze formálním sesazením učiva bez patřičného propojení. **Tělesná výchova** byla vymežována v učebních osnovách do ročníků, ve třetině případů i do období. Ve všech školách šlo o samostatný předmět bez integrace. Jako problém bylo možno označit velké množství učiva a málokdy využívaný institut rozšiřujícího učiva.

Shrnutí

Z analýz prvních ŠVP ZV bylo možno pro problematiku zdraví vyvodit tyto závěry:

- Oblast zdraví byla zahrnuta do všech ŠVP ZV.
- Při analýzách školních podmínek byla problematika zdraví zvažována, ale často jen na úrovni, materiálních, hygienických podmínek a konkrétních činností (sportovní, ekologické, protidrogové), méně na úrovni vztahů ve škole, na úrovni hodnocení žáků atd.
- Zdraví jako celoškolní záležitost (školní strategie) bylo v ŠVP ZV vymezeno na různé úrovni, lépe pak ve školách, které patří mezi „Zdravé školy“, mezi školy s ekologickými projekty, projekty směřujícími ke zdraví.

Poměrně málo zachycovaly ŠVP ZV perspektivní záměry školy, co měnit, co zlepšovat atd.

- Při tvorbě učebních plánů byla oblast Člověk a zdraví posilována minimálně a rozvíjena volitelnými předměty spíše v oblasti pohybových činností.
- Výchova ke zdraví byla na 2. stupni často propojována s jinými předměty nebo nazývána jiným názvem (především Rodinná výchova). Nejde jen o název předmětu, ale o celkové chápání vzdělávacího oboru a z něho vyplývajícího předmětu. Komplexní holistické pojetí Výchovy ke zdraví by mělo nahradit dosavadní Rodinou výchovu a zůstat jako základ vzdělávání v problematice zdraví co nejméně roztříštěné.
- Zpracování učebních osnov bylo ve většině případů na slušné úrovni. K problémům patřilo: vymezování v měsíčních cyklech, formální integrace, předimenzovanost učiva, neuplatnění diferenciací atd.
- Pozitivní bylo koncipování poměrně značného počtu projektů a projektových dnů s tematikou směřující ke zdraví.
- Koncipování vzdělávací oblasti neslo všechny znaky nesmírné snahy naplnit úkol, ale i prvotních problémů spojených s „tradičním“ pojetím předmětů vycházejících ze vzdělávacích oborů Výchova ke zdraví a Tělesná výchova jako předmětů okrajových a méně důležitých.

Z naznačeného vyplývá, že prvotní zpracování problematiky zdraví v ŠVP ZV (až na výjimky) neodpovídá významu a postavení dané problematiky v RVP ZV. K zajištění předpokládaného vymezení problematiky zdraví ve ŠVP ZV a jeho široké praktické realizace bude ještě potřebovat řadu příkladů, námětů a vysvětlování.

4. Aktuální stav výchovy ke zdraví v přípravě učitelů

Doc. PaedDr. Vladislav Mužík, CSc., Mgr. Leona Mužíková

Východiska a podněty

- Standard základního vzdělávání – obor Výchova ke zdraví (1995)
- nejasnost výchovy ke zdraví na školách x program Škola podporující zdraví
- program WHO Zdraví 21
- Rámcové vzdělávací programy – oblast Člověk a zdraví
- usnesení vlády ČR k programu Zdraví pro všechny v 21. století (říjen 2002)
- pokyn MŠMT k realizaci usnesení vlády v přípravě učitelů (únor 2003)
- Fóra výchovy ke zdraví (Benešov) aj.
- výzkumný záměr PdF MU v Brně Učitelé a zdraví (od r. 1999, řeš. E. Řehulka, L. Mužíková, I. Žaloudíková)

Opatření na úrovni ČR

- výchova ke zdraví v programu **zasedání děkanů pedagogických fakult**
(květen a září 2003)
- **celostátní porada** k výchově ke zdraví v přípravě učitelů
(Brno, listopad 2003)
- zřízení **odborných pracovišť pro výchovu ke zdraví na ped. fakultách**
(od 2003/2004)
- zavádění **Výchovy ke zdraví do společného základu studia učitelství**
- záměr – **akreditace oboru Výchova ke zdraví v programu Učitelství pro ZŠ**
(Brno, Olomouc, Plzeň, Praha)

Realizovaná opatření na úrovni fakulty

(PdF MU v Brně)

- zřízení **Katedry rodinné výchovy a výchovy ke zdraví** (červenec 2003)
- ustavení **Mezioborové rady pro oblast Člověk a zdraví** (září 2003)
- zavedení studijních předmětů **Výchova ke zdraví I, II do společného základu studia učitelství pro ZŠ a SŠ** (od r. 2003/2004)
- vzdělávání **školních metodiků prevence** (2002, 2003, 2004)
- předložení výzkumného záměru fakulty na období 2005-2010 **Škola a zdraví pro 21. století** (únor 2004)

- žádost o **akreditaci studijního oboru Rodinná výchova a výchova ke zdraví v programu Učitelství pro ZŠ** (březen 2004)
- zapojení do **diskuse k RVP ZV**
- zapojení do **preventivních programů** (např. Liga proti rakovině aj.)

Přípravná opatření

(PdF MU v Brně)

- **rozpracování a realizace úkolů programu Zdraví pro všechny v 21. století**
- **příprava studijních materiálů** pro výchovu ke zdraví
- **rozšíření spolupráce s institucemi** (WHO, SZÚ, HS, ZÚ, ŠPZ, pilotními školami RVP ZV aj.)
- **ustavení oborové rady** pro výchovu ke zdraví
- **zavedení specializace** Výchova ke zdraví do studia Učitelství pro 1. stupeň ZŠ
- **vytvoření/akreditace programů celoživotního vzdělávání** v oblasti výchovy ke zdraví
- **příprava doktorského programu** Oborová didaktika - výchova ke zdraví
- výzkum aktuálního stavu výchovy ke zdraví na ZŠ (ve spolupráci s ČŠI)
→ **východisko pro další opatření**

Studijní předmět

Základy výchovy ke zdraví (2 semestry)

Cíl:

základní vědomosti o problematice zdraví, zdravého životního stylu, prevence, ochrany a podpory zdraví, o programech podporujících zdraví aj.

Obsah předmětu

Základy výchovy ke zdraví I.

(P, 1h /T, záp.)

- Pojem zdraví - pojetí, definice a historie
- Společnost a zdraví, programy podporující zdraví
- Faktory ovlivňující zdraví, zdravý životní styl
- Výživa a zdraví
- Výživová doporučení, výživové chování
- Problematika obezity

- Primární poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie)
- Pohyb a zdraví
- Pohybová aktivita zdravotně oslabených
- Prevence civilizačních chorob
- Prevence úrazů

Obsah předmětu

Základy výchovy ke zdraví II.

(P, 1h /T, kol.)

- Psychosociální prostředí a zdraví
- Mentální hygiena, stres, relaxace
- Prevence drogových závislostí (alkohol, tabák, ilegální látky, návykové chování, virtuální drogy), zákonné normy
- Zásady sexuální výchovy
- Prevence STD včetně problematiky AIDS
- Syndrom CAN a česká škola (definice, typy, výskyt, ochrana, legislativa)
- Výchova ke zdraví v systému škol
- Poradenská činnost mimoškolních organizací, poradenská centra
- Metody výchovy ke zdraví
- Program podpory zdraví ve škole - „Zdravá škola“
- Minimální preventivní programy prevence sociálně patologických jevů pro školy, úloha metodiků prevence na školách
- Výchova ke zdraví v každodenní praxi učitele

<http://www.ped.muni.cz>

5. Úloha Světové zdravotnické organizace, její přínos a možnosti ovlivnění zdravotní politiky v České republice

MUDr. Alena Štěflová

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) byla založena v roce 1946. Od roku 1946 se stalo jejím členem i Československo, které vystupuje po rozdělení státu v roce 1993 jako samostatný členský stát. WHO má nyní již 192 členských států, které jsou rozděleny do geografických regionů, které tak zcela neodpovídají rozdělení dle jednotlivých světadílů, ale pokrývají africký (AFRO), americký (PAHO) a evropský region (EURO), jihovýchodní Asii (SEARO), východní Středomoří (EMRO) a západní Pacifik (WPRO). V každém tomto regionu se nachází Regionální kancelář WHO pro daný region, pro Evropu je toto sídlo v Kodani.

Ve většině zemí má WHO svoji kancelář se svým zástupcem, tzv. Styčným úředníkem, který je zaměstnancem WHO pocházejícím ve většině případů z příslušné země. Kancelář (Liaison Office) pro Českou republiku se nachází v Praze.

Koncepčními metodickými programy WHO pro využití v rámci národních zdravotních politik jsou dokumenty **Zdraví pro všechny do roku 2000** (Health for All) a dokument pro 21. století **Zdraví 21** (Health 21), v jehož preambuli je uvedeno, že Zdraví 21 by mělo být zakomponováno do rozvoje zdravotní politiky každého členského státu a jeho principy by měly být přijaty hlavními evropskými organizacemi.

Oba výše uvedené programy se staly metodickými podklady pro vytvoření českých variant programů WHO: Střednědobé strategie Národního programu zdraví (přijata vládním usnesením č. 273/1992) a Dlouhodobé strategie Národního programu zdraví, předložené vládě v roce 1995. Program WHO Health 21 se stal výchozím dokumentem pro vytvoření Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století, který byl schválen 30. 10. 2002 usnesením vlády č. 1046/2002. Tento program vypracovaný Ministerstvem zdravotnictví za pomoci odborných skupin a v úzké spolupráci s ostatními relevantními resorty a dalšími partnery definuje nezbytné úkoly včetně zodpovědných aktérů, termínů jejich naplnění a indikátorů pro jejich hodnocení.

Úlohou Kanceláře WHO v České republice je zajišťování vzájemné informovanosti na základě objektivních skutečností a dat o České republice. Dalším úkolem je distribuovat informace a materiály WHO relevantním partnerům a zájemcům v České republice. Zástupce WHO má zároveň ovlivňovat tvorbu zdravotní politiky na národní i regionální úrovni. Nástrojem k tomuto úkolu je také zajištění plnění biennální smlouvy o spolupráci mezi WHO/EURO a MZ ČR (Biennial Collaborative Agreement – BCA). Kancelář rovněž spolupracuje s Národními koordinátory pro priority WHO a jeho jednotlivými programy. Existuje

přibližně čtyřicet těchto programů, pro něž je pověřeno osmdesát odborníků z MZ ČR a odborných pracovišť. V České republice je ustaveno 5 spolupracujících center pověřených WHO. Jedním z nich je Referenční centrum pro výzkum streptokokových nákaz Státního zdravotního ústavu, ve kterém je rovněž WHO jmenovaným spolupracujícím pracovištěm Centrum pracovního lékařství. Pro oblast duševního zdraví je jmenováno pracoviště ve Výzkumném psychiatrickém ústavu v Praze 8 – Bohnicích. Nejnověji potvrzeným pracovištěm je také Centrum pro perinatální medicínu a reprodukční zdraví v Institutu péče o matku a dítě v Praze – Podolí a v Baťově nemocnici ve Zlíně je ustaveno Centrum pro rozvoj, řízení a vyhodnocování Národního diabetologického programu v souladu se Sant Vincentskou deklarací. Kancelář rovněž spolupracuje s dalšími agenturami OSN - UNICEF, Informačním centrem OSN, Agenturou OSN pro rozvojové programy - UNDP a Úřadem vysokého komisaře pro uprchlíky. S těmito kanceláři sdílí Kancelář WHO ve společném objektu U.N. HOUSE v Praze 5.

Kancelář WHO v Praze nabízí spolupráci všem zájemcům o informace, programy a projekty WHO související se zdravím a fungováním zdravotních systémů, uplatňované v rámci politiky Světové zdravotnické organizace.

6. Stárnoucí Evropa - výzva nebo hrozba?

MUDr. Michael Vít, PhD., MUDr. Jarmila Rázová

Demografická situace

Proces stárnutí populace probíhá v České republice s mírnými výkyvy, podobně jako v dalších státech Evropy, již od počátku 20. století. K jejímu stárnutí dochází jak zespodu věkové pyramidy vlivem nízké porodnosti, tak seshora věkové pyramidy vlivem poklesu úmrtnosti a zvyšováním počtu starších osob.

Proces stárnutí populace ČR se bude v následujících letech prohlubovat. Do nejvyšších věkových skupin se budou přesunovat početně silné ročníky, narozené v průběhu 2. světové války a krátce po ní. V roce 2002 činil podíl dětí ve věku 0-14 let 15,6 % populace ČR a převyšoval podíl osob starších 65 let, který byly v populaci zastoupeny 13,9 %.

Z hlediska ekonomického zatížení populace je tedy dosud situace v ČR poměrně příznivá, především vlivem zastoupení silných ročníků v ekonomicky aktivním věku. V budoucnosti však bude ekonomické zatížení vzrůstat. Ve střední variantě projekce obyvatelstva ČR, kterou provedl Český statistický úřad, je uvažováno s malým růstem úhrnné plodnosti do roku 2005 ze současných 1,18 (odhad pro rok 2003) na 1,23. Do roku 2010 je očekáván vzestup na 1,30 a poté plynulé zvyšování až na 1,60. V posledních dvaceti letech prognózovaného období je předpokládána již stabilizace celkové úrovně plodnosti na úhrnné hladině 1,60-1,62 dítěte i struktury plodnosti podle věku ženy, s maximálními hodnotami specifických plodností u 28 až 30letých žen.

Očekávané, v zásadě rovnoměrné, prodloužení naděje dožití při narození mužů v období do roku 2050 až na 78,9 roku znamená její zvýšení vzhledem k roku 2002 o 6,8 roku. Podobně, dosažení naděje dožití žen 84,5 roku k horizontu projekce představuje nárůst o 5,9 roku. U mužů je tedy předpokládáno o něco výraznější snížení úmrtnosti, které se projeví ve zmenšení rozdílu naděje dožití žen a mužů ze současných 6,5 roku na 5,6 roku.

Největší „přínos“ na prodloužení naděje dožití je očekáván od poklesu úmrtnosti u mužů ve věku 40–79 let, u žen se jedná zejména o koncentraci do věku nad 60 let, které zároveň znamená i významný příspěvek zlepšení úmrtnosti osob starších 80 let. Vliv dalšího snižování kojenecké a dětské úmrtnosti, i úmrtnosti mladých osob, bude již malý. Pro celé období výpočtu projekce je uvažováno kladné migrační saldo ve výši 25 tis. osob ročně, rozdělené podle pohlaví a věku.

V oblasti formování rodiny docházelo v naší zemi v 90. letech minulého století k výrazným změnám souvisejícím především s posunem hodnotové orientace mladých lidí a s novými možnostmi realizace v oblasti vzdělávání, zaměstnání

a cestování. Mladí lidé odkládají vstup do prvního manželství a současně je tento odklad jen zčásti nahrazován rostoucím počtem nesezdaných soužití. Mladým svazkům ať už formálním či neformálním, brání mimo jiné i nepřilíš příznivá ekonomická a bytová situace.

Spolu s poklesem sňatečnosti svobodných lidí, která významně ovlivňuje úroveň porodnosti, neboť velká část dětí se stále rodí v manželství, docházelo po roce 1989 k výraznému poklesu porodnosti. Ten byl dán především poklesem podílu vdaných žen ve věku maximální plodnosti.

Současně s odkládáním sňatků docházelo také k oddalování rození dětí do vyššího věku, dochází také k oddalování narození dítěte v již existujícím manželství. Těžiště plodnosti se tak posunulo do vyššího věku (maximum 25-26 let) a roste průměrný věk matek při narození dítěte.

Pokles porodnosti je v ČR současně doprovázen poklesem potratovosti. Od r. 1988, kdy byl zaznamenán maximální počet potratů - 127 tisíc – se jejich počet plynule snižoval, do roku 2002 poklesl na 41 tisíc, tedy přibližně o jednu třetinu. Tento pokles souvisí zejména s rozšířením a dostupností kvalitní a bezpečné (především hormonální) antikoncepce po roce 1989.

Zdravotní stav populace ČR

Návrat České republiky mezi demokratické země s ekonomikou budovanou na tržních principech přinesl nejen výrazné změny v ekonomické a společenské oblasti, ale odrazil se také na vývoji zdravotního stavu obyvatelstva.

V období mezi rokem 1989 a 2002 se očekávaná střední délka života prodloužila u mužů z 68,1 na 72,1 let a u žen z 75,4 na 78,5 let. Za stejné období se standardizovaná míra úmrtnosti (evropský standard) snížila u mužů z 1528,7 na 1146,2 a u žen z 902,9 na 685,8 na 100 000 obyvatel.

K těmto výrazným pozitivním změnám za relativně krátké období došlo v důsledku působení více faktorů. Je zřejmé, že vedle zkvalitnění léčebné péče svou roli sehrály i změny v životním stylu a výživových zvyklostech obyvatelstva.

Úmrtnost v ČR v posledním desetiletí 20. století sice zřetelně klesala, ale na druhé straně výskyt dlouhodobých a chronických nemocí, zejména nádorových, trvale stoupal. Tím narůstá počet nemocných, které je třeba léčit, často pomocí finančně velmi náročné terapie.

K nejvýraznější změně v oblasti úmrtnosti došlo za poslední desetiletí v úrovni kojenecké úmrtnosti, tedy úmrtnosti v prvním roce života. Na počátku 90. let minulého století se její hodnota pohybovala okolo 10 – 11 % v roce 2002 již představovala pouze 4,1 %. Tento pokles byl dán zejména výrazným snížením

časné novorozenecké úmrtnosti (během prvních 6 dnů života), což svědčí o kvalitní prenatalní a neonatální diagnostice endogenních příčin úmrtnosti. Celkově lze současnou úroveň kojenecké úmrtnosti považovat za velice nízkou.

Ve struktuře příčin úmrtí dochází k poklesu podílu nemocí oběhového systému a nárůstu podílu novotvarů. Tyto dvě hlavní příčiny úmrtí představují více než $\frac{3}{4}$ všech zemřelých v ČR.

I přes výrazný nárůst naděje na dožití mužů i žen v průběhu poslední dekády Česká republika stále zaostává – s výjimkou kojenecké úmrtnosti – za západoevropskými zeměmi. Velice rychlý průběh u nás měly změny v reprodukčním a sňatkovém chování populace, které ve Skandinávii a dalších vyspělých zemích probíhaly přibližně 20 let. Zatímco v těchto zemích již opět dochází k obnově tradice rodiny a nárůstu porodnosti, Česká republika se pohybuje mezi zeměmi s nejnižší porodností vůbec. Nízká porodnost, stárnoucí populace a relativně vysoká úmrtnost ovlivní další vývoj české populace a její početní úbytek.

Budoucí vývoj zdraví obyvatelstva v ČR dosud nebyl předmětem soustavného vědeckého zkoumání, dílčí studie a úvahy však očekávají pokračování trendů z 90. let, tudíž stálý vzestup počtu nových nádorových nemocí, metabolických nemocí, zejména cukrovky, nemocí pohybového aparátu, nervových a duševních nemocí, psychosomatických důsledků užívání drog, některých infekcí (HIV/AIDS). Na druhé straně celková úmrtnost v posledním desetiletí 20. století zřetelně klesala a tento pozitivní trend je v ČR nejvýraznější ze všech bývalých socialistických států střední Evropy.

Životní styl – determinanta zdraví

Podobně jako ve vyspělých zemích i v České republice se na celkové nemocnosti a úmrtnosti populace největší měrou podílí nemoci oběhové soustavy a nádorová onemocnění. V rozvoji těchto onemocnění hrají významnou roli i faktory životního stylu. Tyto rizikové faktory ovlivňují kromě nejvýznamnějších příčin nemocnosti a úmrtnosti také reprodukční zdraví populace.

1. Kouření tabáku

Kuřáctví je nejzávažnějším známým a preventabilním rizikovým faktorem, ovlivňujícím vznik, rozvoj a průběh mnoha z těchto onemocnění. Peto et al. (2003) odhadli na základě mortalitních statistik ČR, že kouření lze připsat v roce 2000 celkem 17 700 úmrtí a každé úmrtí související s kouřením vede k průměrné ztrátě 15 let života. Jsou prokázány účinky kouření na plod v průběhu těhotenství, ze studií vyplývá i možnost ovlivnění schopnosti početí, zvýšení rizika samovolných potratů u kuřacek a snížení potenční schopnosti u mužů – kuřáků.

V České republice jsou dostupné výsledky několika reprezentativních

studií, které sledují výskyt různých forem kuřáctví v dospělé populaci i v populaci dětí školního věku a dospívajících. Nedávno publikované výsledky ze studie WHO MONICA naznačují zřetelný pokles prevalence kuřáctví u dospělých mužů v období od roku 1985 do roku 1997 ze 49 % na 37 %. V souboru žen se podíl kuřáků nezměnil (28 % v roce 1985 a 26 % v roce 1997/98). Muži jsou nejen častěji kuřáky než ženy, ale také kouří v průměru více cigaret. Průměrná denní spotřeba cigaret byla u mužů 16,4 (8,6), zatímco u žen 11,3 (7,0).

Nárůst prevalence kuřáctví u dospívajících v ČR byl zaznamenán již dříve díky datům ze studie ESPAD a starším datům ze studie HBSC. Prevalence kuřáctví u věkové skupiny 15 let ze studie HBSC z roku 2002 publikované v této práci se velmi dobře kryjí také s prevalencí kuřáctví ze studie Global Youth Tobacco Survey, která byla v ČR provedena rovněž v roce 2002. Na základě poznatků, které máme, můžeme s určitostí konstatovat zřetelný nárůst kuřáctví u naší dospívající mládeže.

V adolescentním věku byl dále sledován výskyt nadužívání alkoholu (opilst častěji než 3x za život a pití nadměrných dávek alkoholu 3x nebo častěji během posledního měsíce) a užívání nejrozšířenějších ilegálních drog (kanabis a extáze, užití během posledního roku). U všech těchto forem rizikového chování byla zjištěna statisticky vysoce významná souvislost s kouřením ($p < 0,001$). Dobře patrný je nárůst výskytu těchto forem chování u kuřáků a silných kuřáků.

2. Výživa

Výživa a stravovací zvyklosti jsou dalším z ovlivnitelných faktorů životního stylu, které hrají významnou roli v prevenci vzniku a rozvoje chronických neinfekčních onemocnění závažných z hlediska veřejného zdraví. Přes jisté zlepšení výživy a stravovacích zvyklostí populace po roce 1990, vyplývá z výsledků Světového šetření o zdraví, které v ČR prováděl ÚZIS, že devět mužů a osm žen z deseti v ČR konzumuje nedostatečné množství ovoce a zeleniny z hlediska jejich významu v prevenci kardiovaskulárních onemocnění a rakoviny trávicího ústrojí. Doporučeno je denní množství ovoce a zeleniny alespoň 500 g a frekvence konzumace 5 porcí ovoce a zeleniny denně. Nejvíce osob s dostatečnou konzumací zeleniny a ovoce je ve věkové skupině 30-59 let. Asi 2 % respondentů uvedla, že vůbec nekonzumují ovoce a zeleninu. Nejčastěji respondenti uváděli, že konzumují 1 porci ovoce a 1 porci zeleniny denně. Na každého dospělého připadá 3,1 porce ovoce a zeleniny na den. Mezi socio-ekonomickými skupinami se nepodařilo prokázat rozdíly v neostatečné konzumaci ovoce a zeleniny. Výsledky pouze naznačují, že nejlépe se stravující skupinou mohou být ženy z velkých měst, nejvíce vzdělané a nemanuálně pracující.

3. Tělesná aktivita

Pravidelně prováděná tělesná aktivita snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, diabetu mellitu 2. typu a některých druhů nádorových onemocnění. Aktivním pohybem je regulována tělesná hmotnost, zlepšuje se funkčnost pohybového aparátu a tělesné koordinace, což přispívá k prevenci nemocí pohybového aparátu a úrazů. Celkově přispívá tělesná aktivita k lepší tělesné i duševní kondici. Doporučováno je věnovat se alespoň 30 minut denně po většinu dní v týdnu středně namáhavým fyzickým aktivitám. Asi 71 % respondentů Světového šetření o zdraví se v ČR bez ohledu na pohlaví věnuje středně namáhavým aktivitám. Jejich podíl klesá od 60 let věku. Velmi namáhavým aktivitám se věnovalo 45 % mužů a 25 % žen. Podíl mužů, kteří se věnují tomuto druhu tělesné aktivity výrazně klesá od 50 let věku, u žen klesá postupně. Muži trávili pohybovými aktivitami více času než ženy, lidé na venkově více než lidé ve městech. Lidé s nižším vzděláním vykazovali vyšší celkovou aktivitu, což bylo způsobeno jednoznačně častějším výkonem manuálního zaměstnání.

4. Prevalence nadváhy a obezity

Rozšíření nadváhy a obezity souvisí s hospodářským rozvojem společnosti a z toho vyplývajících změn životního stylu, který přináší vyšší konzumaci energeticky bohaté stravy v protikladu ke snižující se tělesné aktivitě. Nadváha vede k metabolickým poruchám projevujících se zvýšeným krevním tlakem a hladinou tuků v krvi, které společně působí jako významné faktory vzniku onemocnění srdce, diabetu mellitu 2. typu a dalších závažných onemocnění.

Výskyt nadváhy a obezity je nejčastěji určován pomocí indexu tělesné hmotnosti (Body Mass Index), který je silně korelován s množstvím tělesného tuku.

U školní mládeže od 6 do 18 let v ČR podle standardů z roku 1991 vzrostl podíl obézních, zejména chlapců, zatímco podíl jedinců s nadváhou se výrazněji nezměnil. (CAV, ČR). Zaměříme-li se na věkovou kategorii dětí od 7,00 do 10,99 let, která je podle WHO Technical Report Series publikované v roce 2000 rozhodující pro vznik obezity v dospělém věku, je podíl obézních chlapců vyšší ve srovnání s rokem 1991 (očekávaný podíl 3 %) o 2,6 %, dívek o 1,7 %. Podíl dětí s nadváhou (očekávaný podíl 7 %) se v porovnání s rokem 1991 výrazně nezměnil a podíl dětí s nízkou hmotností (očekávaný podíl 10 %) se snížil z 10,0 % na 8,0 % u chlapců a 7,8 % u dívek.

Podíl jedinců s nadváhou a obézních chlapců a dívek klesá se zvyšujícím se věkem. Podíl jedinců s nízkou váhou se naopak s věkem zvyšuje. Nadváha a obezita u dětí souvisí se vzděláním rodičů a s jejich hodnotami BMI – čím vyšší vzdělání, tím méně obézních dětí.

5. Alkohol

Výsledky epidemiologických studií potvrzují, že na kvalitě zdraví populace se podílí vedle biologických činitelů také faktory životního způsobu či chování. Vedle nesprávné výživy patří ve vyspělých zemích mezi rizikové faktory ohrožující zdraví také kouření a pití alkoholu. Zneužívání ilegálních drog je faktorem, jehož vliv sice v posledních desetiletích vzrůstal, ve srovnání s tabákem a alkoholem je však podstatně menší. Z pohledu veřejného zdravotnictví je zájem o problematiku alkoholu určen jednak místem alkoholu v současné společnosti, jednak složitými interakcemi alkoholu ve vztahu ke zdraví.

Alkohol se negativně podílí na celkové mortalitě, a to nejen s ohledem na zřejmou souvislost s úrazy, ale také vzhledem k řadě onemocnění na jejichž vzniku či průběhu se spolupodílí. Jde zde především o nádorová onemocnění a onemocnění trávicího systému, dále onemocnění srdce a oběhového systému.

Problém alkoholu a zdraví populace je v České republice aktuální vzhledem k vysoké průměrné spotřebě alkoholu na obyvatele. S výjimkou krátkého období v polovině 80. let, vzrůstala průměrná spotřeba alkoholu až v roce 2002 dosáhla 10,0 litrů na obyvatele (včetně dětí). Spotřeba v ČR je výrazně vyšší ve srovnání s USA, Kanadou, Japonskem a skandinávskými zeměmi. Je také vyšší než spotřeba na Slovensku, Maďarsku a Polsku. Na Slovensku a v Maďarsku může být vliv neregistrované spotřeby poměrně významný, takže u těchto zemí si nemůžeme být jisti, zda je reálná spotřeba opravdu nižší než v ČR.

Nepříznivá je rovněž skladba spotřeby, kdy sice přibližně polovina celkové spotřeby se vypije v pivu, ale jednu třetinu celkové spotřeby reprezentují destiláty.

Česká společnost je tradičně velmi tolerantní nejen vůči pravidelnému pití alkoholických nápojů, ale také vůči excesivnímu pití. Tolerantní normy dospělých utvářejí postoje dětí a mladých lidí k alkoholu. Ti potom velmi brzy přijímají pití jako normální - společensky schvalovanou - součást sociálních kontaktů a téměř neodmyslitelnou součást oslav a zábav.

Výsledky šetření ukázaly, že dospělí v Čechách vypijí v průměru 14 litrů alkoholu za rok. (Touto spotřebou se řadí na přední místo evropského žebříčku.) Třetina dospělých mužů a nezanedbatelná část žen konzumuje alkohol v dávkách, které jsou obecně považovány za zdravotně rizikové. Výskyt zdravotních a sociálních problémů přímo souvisících s pitím alkoholu naznačuje, že alkohol nepříznivě ovlivňuje oblast mezilidských vztahů v nejbližším okolí, osobní i rodinný život a také práci a finance části obyvatelstva. V kontextu uvedené diskuse o účincích alkoholu na zdraví je otázkou, jaké mohou být implikace poznatků šetření pro oblast zdravotní politiky. Konzumní zvyklosti české společnosti nás

utvrzují v přesvědčení, že v případě alkoholu by prioritou pro podporu zdraví populace mělo být mnohem spíše úsilí o snižování její konzumace než podpora umírněné konzumace s odkazem na zmiňované protektivní účinky.

V České republice se dosud nepodařilo účinným způsobem ovlivňovat postoje a zvyklosti dospělého obyvatelstva, pokud jde o užívání alkoholu. Cesta k účinné prevenci jistě nevede přes jednorázové kampaně, bez ohledu na míru jejich mediální intenzity, protože ta nikdy nemůže soupeřit s objemem reklamy, kterou zadávají výrobci či prodejci alkoholu. Reálná cesta ke změně spočívá v zapojení praktických lékařů do prevence a časné intervence problémů s alkoholem. To by však v současných podmínkách vedle příslušného vzdělávání vyžadovalo vytvořit podmínky, které by lékaře motivovali k této aktivitě.

V případě mládeže je situace složitější o to, že společnost nemá dostatečnou politickou vůli efektivně prosazovat zákonná omezení dostupnosti alkoholu. Výchova ke zdravému životnímu způsobu není dostatečně podporována v prostředí škol, ani v zájmových organizacích mládeže, a bohužel často ani sami rodiče nejsou svým dopívajícím dětem vhodným vzorem pokud jde o požívání alkoholu, případně nejsou důslední ve vlastních výchovných přístupech.

Zmírnění negativních dopadů nadměrného požívání alkoholu je v tomto století důležitým úkolem nejen pro veřejné zdravotnictví, ale také pro celou společnost.

Zdraví 21

Přes dílčí dosažené úspěchy v poslední dekádě ve zlepšených ukazatelích zdravotního stavu populace klade vláda ČR důraz na zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky. Usnesením vlády č. 1046/2002 schválila **„Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století“ (dále jen „ZDRAVÍ 21“)**. Tento program, který vychází z programu Světové zdravotnické organizace, představuje racionální, strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj.

Program Zdraví 21 je orientován na ochranu a rozvoj zdraví lidí během celého jejich života a dále na snížení výskytu poruch zdraví i na omezení nesnází, které lidem přinášejí. Systém péče o zdraví je v pojetí programu širokým sociálním systémem, jehož součástí je jak zdravotnictví, tak i činnost mnoha dalších institucí, organizací, skupin a jednotlivců.

Lidé, společnost a její složky včetně resortů v ČR však dosud dostatečně nevnímají svoji zodpovědnost za zdraví. Za cestu ke zlepšování zdraví národa se často pokládá jen další zdokonalování zdravotnických služeb. Resorty a jiné části státní správy, samosprávy a podnikatelský sektor se většinou starají o zdraví obyvatel

a zaměstnanců jen pasivním plněním zákonných normativů na ochranu zdraví, mnohdy se snahou o oddálení povinností nebo o úlevy z povinností. Negativní lobbying někdy znemožňuje přijetí zdravotně prospěšných zákonů. Činnost resortů v péči o zdraví je např. v bezpečnosti dopravy, omezení úrazů, rozvoji sportu, zajištění bezpečných potravin, vytvoření dobrého ekonomického zázemí široce chápáné péče o zdraví, ve vytváření pracovních příležitostí, v informování občanů, ve vytváření sociálních opor pro ty, kteří trpí zdravotními dysfunkcemi apod.

Návrat České republiky mezi demokratické země s ekonomikou budovanou na tržních principech přinesl nejen výrazné změny v ekonomické a společenské oblasti, ale odrazil se také na vývoji zdravotního stavu obyvatelstva.

K naplnění programu nezbytná a žádoucí spoluúčast občanů na podpoře, ochraně a rozvoji vlastního zdraví i zdraví spoluobčanů je zatím na ne zcela vyhovující úrovni. Základní příčiny tohoto stavu tkví v dlouhodobém předchozím paternalistickém a resortně chápaném pojetí péče o zdraví a s tím souvisejícím nedocenením hodnoty zdraví na všech úrovních společenské hierarchie.

Důsledkem je nedostatečný zájem o vytváření podmínek a nástrojů k potřebnému pozitivnímu ovlivňování determinant zdraví ve sféře politické, ekonomické, ekologické, výchovné i v oblasti konkrétního způsobu života každého jednotlivce, rodiny a místních komunit.

Komunitní programy

K rozvoji účasti občanů v péči o své zdraví a zdraví svých spoluobčanů, jakož i k pochopení hodnoty zdraví, usnadnění zdravé volby životního stylu a k poskytování potřebných informací je třeba i nadále rozvíjet v České republice již existující komunitní programy:

1. Evropský program SZO Škola podporující zdraví (dále jen „ŠPZ“).

V ČR se realizuje již od roku 1992 jako koordinovaná síť certifikovaných mateřských a základních škol. V současné době tvoří národní síť ŠPZ zhruba dvě stě škol základních a mateřských, které se vzdělávají, evaluují a inovují svoje školní projekty. Síť je trvale otevřena novým zájemcům.

Národní program ŠPZ je v domácích poměrech a v evropské síti hodnocen jako efektivně vedená aktivita podpory zdraví. Vliv programu ŠPZ na žáky a učitele se projevuje pozitivními změnami sociálního prostředí ve škole, odpovědnějším způsobem chování ke zdraví a novými dovednostmi v zacházení se zdravotními riziky. Finanční zdroje pro činnosti spojené s realizací programu ŠPZ jsou získávány částečně z účelově vázaných prostředků SZO a částečně z nabídky

dotačních programů, především dotačního programu ministerstva zdravotnictví Národní program zdraví – Projekty podpory zdraví. V rámci daných možností byly dosaženy první výsledky v oboustranné spolupráci resortu zdravotnictví a MŠMT a jeho institucemi na konkrétních úkolech.

Posláním programu ŠPZ je dosáhnout, aby každé dítě v ČR mělo možnost být vzděláváno ve škole, která svou veškerou činností podporuje zdraví.

Program ŠPZ pomáhá školám (MŠ a ZŠ), aby si týmovou spoluprací stanovily dlouhodobou a vyváženou koncepci, strategii a metody řízení své kvalitativní proměny v dílnu zdravého způsobu života a práce.

Cílem proměny je trvale umožňovat optimální vývoj a rozvoj každého jednotlivce, žáka a učitele, po stránce tělesné, duševní a sociální.

Plněním takto salutogenně pojatého cíle je program současně nástrojem včasné primární prevence civilizačních chorob, antisociálního chování a všech závislostí.

2. „Zdravé město, obec, kraj, mikroregion“

Prestižní označení pro municipalitu, která je aktivně zapojena do projektu Zdravé město. Tento projekt vychází z mezinárodního projektu OSN-WHO Zdravé město (WHO Healthy Cities Project) a byl poprvé představen v roce 1988. V Evropě je nyní do tohoto projektu ve 30 zemích zahrnuto 1300 zdravých měst.

Česká republika se k tomuto mezinárodnímu projektu připojila po roce 1989. V roce 1994 vytvořilo 11 aktivních měst asociaci s názvem Národní síť zdravých měst (NSZM ČR), která k 1.3.2004 zastřešovala 43 municipalit - celkem 820 měst a obcí, což představuje 1,7 mil obyvatel, resp. 17 % populace ČR.

NSZM ČR svojí činností aktivně podporuje praktickou realizaci hodnot, jako jsou udržitelný rozvoj, zdraví a kvalita života v podmínkách měst, obcí a regionů.

Společným návodem pro postup měst, obcí a regionů se stala od roku 1998 metodika NSZM ČR, na které asociace spolupracuje se širokým spektrem odborných partnerů. Tato metodika mimo jiné získala titul Světový projekt EXPO 2000 na světové výstavě v Hannoveru. Výše zmíněná metodika podpořila v řadě členských měst, obcí a regionů vznik místních Agend 21, aplikací některých cílů programů ZDRAVÍ 21 a místních akčních plánů zdraví a životního prostředí (LEHAP).

Členství v NSZM ČR městům, obcím, regionům přináší patronaci významnou mezinárodní autoritou (OSN-WHO), principy a doporučení EU a OSN

pro jejich strategický rozvoj, informace a služby týkající se finančních zdrojů, jako jsou dotace, fondy EU, pomoc při zpracování kvalitní strategie rozvoje a další výhody.

3. „Zdravý podnik“

Realizace projektu Zdravý podnik vytyčeného ve strategickém programu MZ ČR, schváleném usnesením vlády ČR č. 273/1992, byla v roce 1995 svěřena Ministerstvem zdravotnictví ČR na základě iniciativy WHO-Euro Národní síti podpory zdraví na pracovišti.

Podpora zdraví na pracovišti rozšiřuje ochranu zdraví v podnicích. Podniky v západní Evropě tuto strategii v rostoucí míře využívají pro příznivý vliv na produktivitu a image podniků a pro prospěch zaměstnance a že úrazové pojišťovny motivují zaměstnavatele výši pojistného v závislosti na péči o zaměstnance.

Resort zdravotnictví hraje významnou roli v realizaci programu ZDRAVÍ 21. Musí prostřednictvím výzkumu a jeho výsledků získávat potřebné poznatky, plnit úlohu zdroje kvalifikovaných informací, iniciovat žádoucí aktivity mimo zdravotnictví a zabezpečovat potřebná odborná opatření v rámci zdravotnictví. Z této jeho role pramení jeho vztahy k ostatním resortům, zákonodárným orgánům, orgánům státní správy a samosprávy, institucím a občanským iniciativám.

Veškeré aktivity k naplňování programu ZDRAVÍ 21 musí být proto průběžné a soustavné. Jejich skutečným výsledkem musí být posílení potenciálu zdraví obyvatel, snížení prevalence chorobných stavů v populaci, posléze pak dosažení takových hodnot základních ukazatelů zdravotního stavu, které by byly plně srovnatelné s vyspělými státy světa.

7. Spokojenost českých dětí se školou

Doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc., PhDr. Ladislav Csémy, MUDr. Jarmila Rážová, MUDr. Hana Sovinová, PhDr. František David Krch, Mgr. Viktor Hynčica

Mezinárodní projekt **Mládež a zdraví HBSC** (The Health Behaviour in School-Age Children) je výzkumným projektem Světové zdravotnické organizace. Jedním z hlavních úkolů, který je v různých podobách zdůrazňován v několika cílech světového i národního programu Zdraví 21, je vytvářet podmínky, které přispějí k tomu, aby se děti a dospívající mládež stali způsobilější ke zdravému životu a získali schopnost dělat rozhodnutí ve prospěch svého zdraví (1,2).

Cílem projektu je sledovat v mezinárodním kontextu trendy v chování dětí a mládeže, které mohou ovlivnit jejich somatické a psychické zdraví.

Na řešení projektu se účastní 36 zemí světa. Šetření probíhá v několika etapách. Česká republika se účastní studie od roku 1994. Druhá etapa mezinárodního výzkumu se uskutečnila v letech 1998 - 2000, třetí etapa je řešena v letech 2002 - 2003. Obsahem sdělení jsou výsledky z posledního roku šetření.

Metoda

Sběr dat byl prováděn pomocí dotazníku, který byl vypracován koordinačním pracovištěm WHO. Účastnické země měly možnost rozšířit základní dotazník o otázky, které doplnily charakteristiku jejich souboru dětí a mládeže.

Soubor

Soubor tvořilo 5187 dětí ze tříd pátých, sedmých a devátých ročníků 80 náhodně vybraných základních škol. Studie se zúčastnilo 88,8 % žáků vybraných tříd.

Výsledky

Významnou roli při vytváření podmínek pro zdravý vývoj dítěte hraje škola a chování skupin vrstevníků. Škola by neměla být institucí, kde se dětem pouze předávají informace v jednotlivých předmětech. Úkolem školy je vytvářet při vzdělávacích aktivitách prostor pro rozvoj osobních předpokladů a schopností žáků, pro naplňování jejich potřeb, ovlivňovat kvalitu života dětské populace.

Subjektivní hodnocení sociálního prostředí školy je v této studii zjišťováno několika otázkami. Žáci vyjadřovali názory na jednání učitelů, hodnotili svůj vztah ke škole a ke spolužákům.

Zatímco téměř tři čtvrtiny jedenáctiletých žáků považují své učitele za

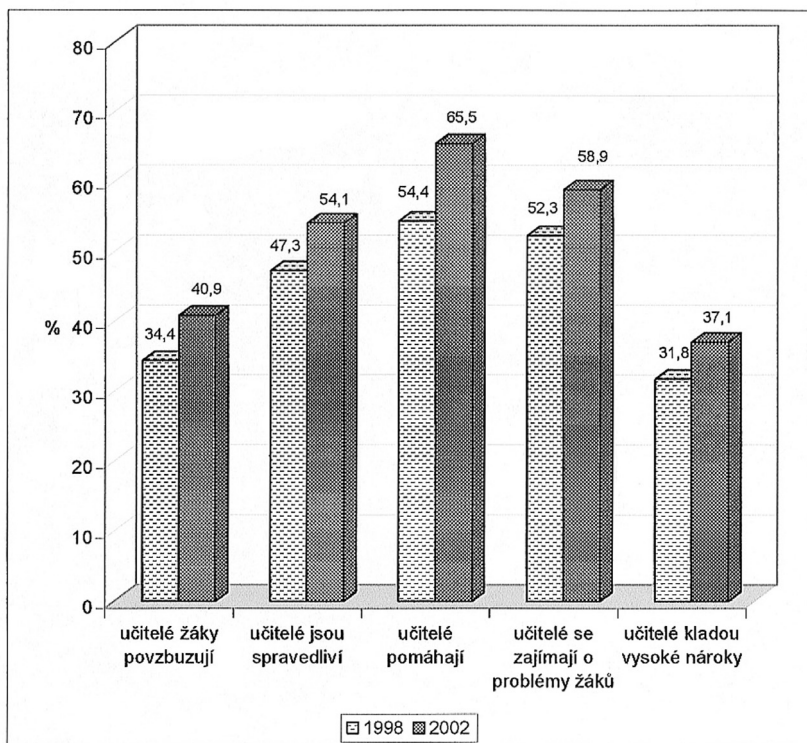
spravedlivé a shodují se na tom, že jim pomáhají a zajímají se o jejich problémy, v patnácti letech kladně hodnotí své učitele už pouze třetina až polovina dotázaných. Nebyl zjištěn rozdíl v názorech chlapců a dívek.

Zajímavé je, že ve srovnání s jejich mladšími spolužáky se méně patnáctiletých žáků domnívá, že učitelé na ně kladou nepřiměřené nároky.

Z obrázku č.1 je patrné, že respondenti v roce 2002 ve srovnání s rokem 1998 hodnotí jednání učitelů ve významně vyšším procentu kladně.

Školní zátěž považuje za stresující pouze malé procento žáků, ale na otázku, zda se cítí ve škole dobře, zda se jim ve škole líbí, odpověděla více než třetina chlapců a čtvrtina dívek negativně. Názory na školu se významně mění s věkem respondentů.

Obrázek č. 1
Názory žáků na učitele (1998–2002)



Tabulka č.1

Názory žáků na školu (%)

	11 let	13 let	15 let	Celkem
Ve škole se necítí dobře	24,2	33,7	41,4	33,1
Školní zátěž je stresující	4,7	7,8	6,4	6,3
Měl(a) dvojku z chování	2,5	5,8	7,3	5,2

S věkem dětí ubývá rodičů, kteří se o jejich školní problémy zajímají, ale pouze malé procento respondentů bez rozdílu věku (4,5 - 6,0) uvedlo, že rodiče jejich studiu nevěnují žádnou pozornost. Přibližně třetina žáků (jak v roce 1998, tak v roce 2002) se domnívá, že rodiče na ně kladou, ve vztahu ke škole, nepřiměřeně vysoké nároky. Tento názor se u obou pohlaví s věkem výrazně nemění.

Děti tráví stále více času ve formálních (ve škole, v zájmových kroužcích) i neformálních vrstevnických skupinách. Vliv dospělého jedince, rodiče, učitele, vychovatele je v těchto skupinách omezený. Vztahy mezi vrstevníky mají velký význam pro formování osobnosti a rozvoj identity každého jedince. Získání přijatelného postavení ve skupině, akceptování vrstevníky, je důležité pro rozvíjení schopností dítěte především v sociální oblasti (7).

Rozložení odpovědí na otázky, charakterizující vztahy mezi skupinami českých dětí ve třídě, ukazují na určité těžkosti ve vzájemné komunikaci, podpoře a pomoci.

Tabulka č.2

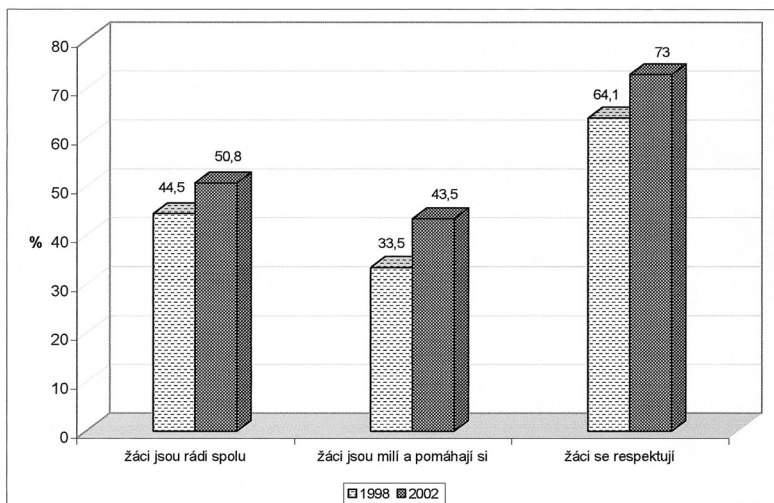
Vztahy mezi spolužáky (%)

	11 let	13 let	15 let	Celkem
Žáci jsou rádi spolu	61,6	49,8	41,0	50,8
Žáci jsou milí a pomáhají si	56,0	40,6	33,8	43,5
Žáci se respektují	76,9	71,3	70,7	73,0
Byl šikanován během posledních měsíců	16,9	17,1	14,0	16,0
Účastnil se šikanování během posledních měsíců	9,8	17,5	20,1	15,7
Popral(a) se alespoň 1x Během posledních 6 měsíců	20,1	18,2	12,8	16,9

Pouze polovina dotázaných udává, že jsou žáci rádi spolu a ještě méně respondentů se domnívá, že spolužáci jsou milí a rádi pomohou. Míra spokojenosti se u žáků významně snižuje s věkem. Srovnáme-li výpovědi českých chlapců a dívek v roce 1998 a 2002 je naznačen v jejich chování pozitivní trend obr. č. 2.

Obrázek č. 2

Vztahy mezi spolužáky (1998-2002)



Pozornost si vyžadují údaje o násilném chování uvnitř vrstevnické skupiny.

Více než 17 % třináctiletých a 20 % patnáctiletých (významně více chlapců) se účastnilo během posledních měsíců šikanování. Je zajímavé, že ve srovnání s výsledky ostatních zúčastněných států, patří Česká republika mezi země, kde je nejnižší počet dětí, bez rozdílu věku a pohlaví, které se k násilnému chování přihlásily.

Uvedené výsledky mezinárodní deskriptivní studie zachycují do určité míry kvalitu života mládeže a zároveň upozorňují na problémy, které mohou ovlivňovat její životní pohodu, její somatické, psychické a sociální zdraví. Na tyto výsledky by měly navazovat dílčí analytické studie, které odhalí příčiny zjištěných problémů.

Reference:

1. World Health Declaration, World Health Assembly, May 1998.
2. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století. Usnesení vlády České republiky 1046 ze dne 30.10.2002.
3. Koukolník, F., Drtinová, J. Vzpouza deprivantů. Praha: Makropulos, 1996. 303 s.
4. Matoušek, O., Kroftová, A. Mládež a delikvence. Praha: Portál, 1998. 335 s.
5. Nešpor, K., Csémy, L., Provazníková, H. Dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti. Praha: SZU, 1998. 48 s.
6. Provazníková, H., Komárek, L. a kol. Jak jsou na tom se zdravím naše děti na prahu 21. století. Praha: SZU, 1999. 64 s.
7. Vágnerová, M. Vývojová psychologie I. Praha: Karolinum, 1997. 357 s.
8. Havlíková, M. a Kolář, M. Sociální klima v prostředí základních škol ČR. Učitel'ské listy, 2001-02, 8: 12-14.

8. Představy a skutečnost o využití volného času současnou středoškolskou mládeží

(jaká je a jak žije středoškolská mládež na počátku XXI. století)

PaedDr. Monika Žumárová, Ph.D.

Úvod – základní charakteristika současné mládeže

Chceme-li přesnější definici pojmu mládež, můžeme se např. v Pedagogickém slovníku dozvědět, že mládež je „sociální skupina tvořená lidmi ve věku přibližně od 15 do 25 let, kteří již ve společnosti neplní role dětí, avšak společnost jim ještě nepřiznává role dospělých. Má charakteristický způsob chování a myšlení, jiný systém vzorů, norem a hodnot. Každá generace mládeže reprodukuje některé kulturní hodnoty dané společnosti, jiné odmítá a vytváří hodnoty nové.“ (Průcha, Walterová a Mareš, 1998, s. 133). Odborníci zabývající se fenoménem mládeže mají někdy různé názory na věkové rozmezí členů této sociální skupiny. Dospívání se stále rozšiřuje oběma směry – zkracuje dobu dětství a oddaluje nástup plné dospělosti.

Pohled na život mládeže z více stran chybí, a proto jsme koncipovali výzkumný záměr právě v tomto směru. Projekt byl MŠMT přijat pod názvem „Sociální analýza mládeže ve východočeském regionu“. S přihlédnutím k novému správnímu uspořádání jsme se omezili na Královéhradecký kraj. Vzhledem k tomu, že sousedí s územím Polska, kde máme s některými pracovišti dlouhodobou spolupráci, zahrnuli jsme do projektu i možnost komparace se situací v Polsku.

Přípravné práce započaly v roce 1999 analýzou regionu z hlediska kulturně společenského a demografického. Na základě úvodní teoretické analýzy i z hlediska realizačních možností jsme dospěli k závěru, že bude účelné se orientovat na mládež středoškolskou, která představuje nejcelistvější, nejdynamičtější a také relativně nejvíce ovlivnitelnou část celé kategorie mládeže.

Podle údajů Českého statistického úřadu (2001, 82) představovala středoškolská mládež, tzn. mladí lidé ve věku 15 – 19 let, studující na některém z typů střední školy v Královéhradeckém kraji přibližně 40 tisíc obyvatel, což představuje přibližně 7 % všech obyvatel kraje a to je výrazně nad průměrem vzhledem k ostatním regionům České republiky.

V roce 2000 byly zpracovány projekty čtyř dílčích úkolů, na které se řešení celé problematiky rozpadlo. Jednalo se o úkoly „Profesní uplatnění mládeže“, dále „Životní způsob mládeže“ (jehož součástí byla právě oblast trávení volného času), „Současná mládež a rodina“ a „Prevence sociálních deviací u mládeže“. Současně výzkumné týmy přistoupili k realizaci předvýzkumů.

V letech 2001 – 2003 pak probíhala hlavní výzkumná šetření na našem území, byla zpracovávána získaná data, prováděna analýza výsledků a byl také realizován výzkum na území Polska. V r. 2003 byla některá výzkumná šetření zopakována za účelem zjištění posunu, soubor byl doplněn o výběrový podsoubor zdravotně postižených, dále pokračovalo zpracovávání všech získaných údajů, jejich analýza a interpretace výsledků.

Do výzkumného souboru byli v roce 2001 zařazeni studenti 1. až 4. ročníků gymnázií, středních odborných škol a odborných učilišť Královéhradeckého kraje. V jednotlivých okresech byly vylosovány jednotlivé typy škol. V souboru jsou zastoupeny školy z různě velkých obcí, od malých a středních, až po krajské město. Celkový počet respondentů byl 710. V r. 2003 jsme vytvořili podobný soubor o rozsahu 613 respondentů. Celkem tedy 1323 respondentů. V obou případech tedy přesáhl počet plánovanou velikost, tj. kolem 500 respondentů.

Z hlediska jednotlivých typů škol bylo v prvním výzkumu rozložení poměrně vyrovnané, ve druhém výzkumu převažovali žáci středních odborných škol (47 %), žáci středních odborných učilišť tvořili 25 % souboru.

Velikost souboru reprezentujícího příhraniční oblast Polska (Jelenja Gora, Walbrzych, Klodsko) činil 439 respondentů. Výběr byl proveden podobným způsobem. Jiná struktura školství však nedovoluje objektivní srovnání, a proto jsme tento výběrový soubor z hlediska typu školy nediferencovali.

Z hlediska věku tvoří ve všech výběrových souborech (včetně Polska) více než tři čtvrtiny respondenti od 16 do 18 let. Asi 10 % tvořili chlapci a dívky ve věku mladším, zbytek pak ti, kteří jsou starší 18 let.

Podstatné je pro náš výzkum i **rozložení z hlediska pohlaví**. Ve výzkumu 2001 byl poměr zcela vyrovnaný, v roce 2003 pak o něco převažuje pohlaví ženské (54,2 %). Celkový poměr s mírnou převahou žen odpovídá rozložení populace v ČR. V polském výběrovém souboru tvoří téměř dvě třetiny pohlaví ženské.

Pokud šlo o výběrový soubor zdravotně postižených, podařilo se vytvořit soubor 146 respondentů ze středních škol tohoto typu v rámci kraje. Mentálně postižení tvořili 54,1 %, fyzicky a smyslově postižení druhou část. Jednalo se o žáky SOŠ a OU. Z hlediska věku bylo zastoupení do 18 let 50 % souboru, do 19 let pak 3/4 souboru. Věkové rozložení, vzhledem ke specifice této části populace, je širší (až do 24 let). Pokud jde o pohlaví je v souboru 63,7 % chlapců.

Všem respondentům byl předložen anonymní dotazník. Tyto dotazníky vyplňovali studenti sami během jednoho „pracovního týdne“. Jednalo se o dny bez školních úlev, prázdnin či jiných narušení běžného pětidenního pracovního cyklu. Vyplněné dotazníky byly vybírány zpět v následujícím týdnu.

Návratnost nebyla 100 %, protože někteří respondenti dotazník neodevzdali. Důvodem byla nepřítomnost ve škole, ztráta dotazníku apod. Pro neúplné nebo špatné vyplnění některých položek bylo později ještě vyřazeno 36 dotazníků (tj. 4,8 %) v prvním šetření a přibližně stejný počet i ve druhém (39).

Představy o náplni volného času

Volný čas chápeme jako souhrn všech činností, které může člověk provozovat s plnou libovůlí – buď aby si odpočinul a pobavil se, nebo rozvinul své znalosti, svou dobrovolnou společenskou účast nebo svou svobodnou tvůrčí schopnost poté, když se uvolnil od svých pracovních, rodinných a společenských závazků. Jinými slovy: „volný čas pojmáme jako prostor, o jehož využití a náplni rozhoduje svobodně sám jedinec“. (Buriánek, 1996, 97)

Takto charakterizovaný volný čas plní základní funkce, a to funkci odpočinkovou (relaxační, regenerační), zábavní (kompenzační) a kultivační (rozvoj osobnosti). Výsledky řady výzkumů ukazují zřetelný nárůst volného času. To souvisí s jistým uvolněním atmosféry na školách, protože současně tyto výzkumy konstatují zkrácení doby věnované přípravě na výuku. O to je otázka volného času mládeže závažnější. Především proto, že převážná část mládeže nedovede využít volný čas, který má a mohla (chtěla) by využít. Mladí se neumějí orientovat v nabídce, jsou bezradní, jak s časem naložit, chybějí potřebné informace i dovednosti. Tím se ovšem otevírá prostor pro nudu a asociální činnosti.

Dětství a mládí jsou charakterizovány vysokou mírou aktivity. Přesto je u mládeže problematický poměr mezi „aktivními a pasivními“ formami využívání volného času. Mezi další problémy patří také poměr mezi přáním věnovat se ve volném čase určité aktivitě a mezi její faktickou realizací. Výzkumy u nás i v ostatních zemích se v podstatě shodují, že mezi mládeží je ve volném čase na předních místech sport, sociální interakce s vrstevníky, kultura a zábava zprostředkovaná masovými komunikačními prostředky a četba. Podle Saka (2000, 136 – 145) ve volném čase u mládeže v posledních deseti letech klesla pozice vzdělávání (samostudia), zájem o veřejnou nebo politickou činnost, četba a aktivní pohyb. Naopak stoupl povídání si s vrstevníky, návštěva restauračních podniků a výdělečná činnost.

A jak dopadlo naše šetření? V prvé řadě nás zajímalo, které činnosti by nejraději žáci středních škol provozovali. Současně jsme se také ptali, proč tyto činnosti nemohou vykonávat. Celkové přehledné vyhodnocení odpovědí je uvedeno s příslušnou legendou v tabulce č. 1. Vybrané činnosti jsme v některých případech sdružili do větších, zájmově podobných skupin.

Tabulka č. 1: Představy o náplni volného času

Činnost	ČR (v %)			Polsko (v %)
	2001	2003	Celkem	
Sportovní činnosti	47,9	37,8	41,8	14,3
Více různých činností najednou	13,8	2,2	6,7	26,1
Hudba	9,2	12,0	10,8	6,8
Nuda, nicnedělání	0,0	1,6	1,0	17,9
Cestování	6,6	8,1	7,5	7,1
Meditace, zabývání se sám sebou, spánek	3,9	11,6	8,6	5,7
Výdělečná činnost	0,3	1,4	1,0	7,9
Tanec	3,4	3,7	3,6	4,5
Internet	3,2	3,6	3,5	3,5
Výtvarné činnosti	3,7	4,3	4,0	2,8
Fotografování	1,1	0,4	0,7	0,6
Péče o zvířata	1,1	3,1	2,3	1,9
Četba	2,5	6,9	5,2	0,6
Setkávání se s kamarády	1,7	3,3	2,7	0,0
Učení se	1,6	0,0	0,6	0,3

Převážná část respondentů jak v r. 2001 (47,9 %), tak v r. 2003 (37,8 %) uvedla, že by se ráda věnovala sportovním činnostem, včetně náročných sportů, které jsou v současné době označovány jako adrenalinové sporty (potápění, létání a další). Podle jednotlivých sledovaných faktorů jsme dospěli k následujícím zjištěním.

- Sport se v největší míře objevuje u respondentů ze středních odborných škol (56,4 %) před gymnazisty (48,5 %) a studenty odborných učilišť (37,6 %); věk nemá žádný výrazný vliv na výběru sportovních aktivit; rozdíl mezi pohlavími v preferenci byl očekávaný – u chlapců je to 55,9 % a u dívek pouze ve 40,7 %.
- U polské mládeže nedosahují sportovní aktivity zdaleka takové frekvence (pouhých 14,3 %) a nejsou na prvním místě. Dokonce je mezi středoškoláky více těch, kteří nemají jasnou představu, jak volný čas využít, a uvádějí, že nedělají nic a nudí se (17,9 % oproti 1 % u nás) – toto je však třeba dát do souvislosti s údajem týkajícím se té části respondentů, kteří uvedli, že by se rádi věnovali více činnostem najednou (tedy sportu, cestování, kulturním aktivitám apod.). Takových je v Polsku

26,1 %, zatímco v ČR jen 6,7 % (je tu však značný rozdíl mezi rokem 2001 a 2003). Zajímavým zjištěním bylo, že ve skupině respondentů, kteří by chtěli dělat více činností najednou převažovali gymnazisté (17,7 %), věkově starší respondenti 17 – 19 let (15,2 %) a dívky (16,5 %).

- Cestování by chtělo ve svém volném čase provozovat 7,5 % respondentů, což je srovnatelné i s výsledku od polských respondentů (7,1 %). Nejvíce by chtěli cestovat respondenti z odborných učilišť (12,9 %) a starší ve věku 17 – 19 let (7 %).
- Rozdíly byly zaznamenány u aktivit spojených s výtvarnou činností – v Polsku je to 7,9 %, v našem souboru pouze 1 %.
- Naopak podobné hodnoty se týkají hudby (10,8 % a 6,8 % v Polsku), která zaujala další pozici v pořadí. Hudebně by se rádi věnovali mladší respondenti ve věku 15 – 16 let (7,1 %).
- Hodnotu 5 % respondentů překročila ještě pouze meditace, zabývání se sám sebou (8,6 % u nás a v Polsku 5,7 %).
- Na závěr této analýzy stojí za zamyšlení mizivé procento těch, kteří by se rádi věnovali četbě (5,2 % v ČR, v Polsku dokonce jen 0,6 %). Nelze říci, že by to bylo kompenzováno např. věnováním se Internetu (údaj je shodný v ČR i v Polsku – 3,5 %).

Otázka umožnila také analyzovat (pokud respondenti uvedli), **co brání středoškolákům v tom, aby mohli využívat volný čas podle svých představ.**

Mezi nejčastější důvody, které brání respondentům v provozování uvedených aktivit patří nedostatek času. U nás je to 29,1 % respondentů, v Polsku dokonce 35,8 % (což koresponduje se zjištěnými údaji z položky týkající se životních problémů). Na druhém místě se objevila nedostupnost v okolí, špatné vybavení včetně podmínek k provozování vybrané volnočasové aktivity (16,8 % u nás avšak pouze 7,1 % u polských respondentů). Další v pořadí byla finanční nedostupnost (14 %, ale opět pouze 6,8 % u polských sousedů). Viditelný rozdíl je také u důvodů „zákaz rodičů“ (0,8 % oproti 8,4 % v Polsku) a „příprava do školy“ (4,2 % oproti pouhým 0,7 %).

Tabulka č. 2: Důvody, které brání ve využívání volného času podle představ

Důvody	ČR (v %)			Polsko (v %)
	2001	2003	Celkem	
Bez udání důvodu	37,7	18,3	28,6	38,4
Nedostatek času	26,2	32,6	29,1	35,8
Ekonomické, finanční problémy	10,4	18,1	14,0	6,8
Nedostupnost v okolí, špatné podmínky, není vybavení	16,8	16,8	16,8	7,1
Příprava do školy, maturita	3,1	5,4	4,2	0,7
Zdravotní problémy	2,4	5,2	3,7	1,4
Je již pozdě na tuto aktivitu	0,3	1,3	0,8	1,4
Zákaz rodičů	0,8	0,7	0,8	8,4
Není parta	2,3	0,8	1,6	0,0
Nařízená ústavní výchova	0,0	0,8	0,4	0,0

Jaké důvody uvedl výběrový soubor zdravotně postižené mládeže?

I u nich figuruje na prvním místě nedostatek času, avšak pouze u 17,8 % respondentů. Údaj o nedostupnosti, chybějícím vybavení je podobný (14,5 %). Finanční problémy (10,3 %) předstihly z pochopitelných důvodů problémy zdravotní (11,6 %).

Výsledky výzkumu dále ukázaly, že plná polovina české i polské mládeže (shodně v obou výzkumech z let 2001 a 2003) uvažuje o svém budoucím životě a stanovuje si dlouhodobější cíle a plány. Je otázkou, zda můžeme být s touto situací spokojeni. Těch, kteří se domnívají, že vůbec nemá smysl uvažovat o budoucnosti se ukázalo více mezi polskými respondenty. Z hlediska pohlaví se neprokázaly významnější rozdíly. V jistém náznaku se zdá, že dlouhodoběji dopředu plánují spíše dívky. Z hlediska věku si významně více dlouhodobé cíle klade starší věková skupina středoškoláků. Projevuje se v ní však větší polarizace (současně je v ní více těch, kteří tvrdí, že uvažovat o budoucnosti nemá vůbec smysl). Tendence neplánovat život se také zřetelněji projevuje v souboru zdravotně postižené mládeže. O to je mezi nimi méně těch, kteří plánují dlouhodobě.

Pojetí volného času středoškolskou mládeží

Pomocí metody sémantického diferenciálu jsme se pokusili sledovat korelace a těsnost vazeb mezi vybranými veličinami. Rozborem výpovědí jsme se chtěli přiblížit k psychologické podstatě pojmu „volný čas“. Chtěli jsme vědět, jak současná středoškolská mládež v Královéhradeckém regionu vnímá svůj volný čas, co si pod tímto pojmem představuje. Naprostá většina respondentů v předvýzkumu charakterizovala svůj volný čas jako čas naplněný různými činnostmi. V dané souvislosti jsme se chtěli přesvědčit, zda se jedná spíše o jeho aktivní či pasivní náplň a pojetí. Nelze vyloučit, že zúžením porovnávání hodnoty „volný čas“ pouze k pojmům „sportovní aktivity“ a „nícnedělání, nuda“ mohlo dojít k určitému zkreslení. Pojmy „sportovní aktivity“ a „nícnedělání, nuda“ však byly vybrány na základě předvýzkumu, do kterého byly zařazeny ještě následující pojmy – kultura (četba, hudba), počítače (Internet) a televize. Ty však byly respondenty zařazeny až na poslední místa.

V centru pozornosti mnoha vědních oborů i systémových sociálních přístupů je životní styl. K významným atributům životního stylu člověka patří sport a pohybová aktivita. Výsledky výzkumného šetření prokázaly u souboru jako celku těsnou vazbu mezi pojmy „volný čas“ a sportovní aktivity“. Přesto se pohybová aktivita u dospívající generace stále snižuje především proto, že se objevují nové aktivity pro volný čas (např. počítače a s nimi Internet, mobilní telefony apod.).

Učňovská mládež tvoří velmi početnou skupinu mladých lidí v České republice. Tato skupina se od ostatní mládeže nijak neodděluje. Spolu s ostatními tráví každý den své volné chvíle podle svých zájmů, představ a schopnosti, např. na diskotéce, na sportovním hřišti, na ulici ve vrstevnické partě apod. Přesto se životní způsob a názory této sociální skupiny i v rámci středoškolské mládeže v některých oblastech liší. Jistá názorová odlišnost se ukázala i v našem výzkumu v pojetí volného času. Projevila se zde těsná vazba nejen mezi pojmy „volný čas“ a „sportovní aktivity“, ale i „volný čas“ a „nícnedělání, nuda“. Toto zjištění ukazuje na určitou specifickou této sociální skupiny, u které se projevuje jistá zájmová nevyhraněnost.

Jedno z možných vysvětlení je skutečnost, že učňovské školy nemají tak vysoké časové nároky na domácí přípravu svých studentů a těm potom zbývá větší časový prostor, se kterým si mnohdy nevědí rady. Naopak studenti ostatních typů škol mají méně času pro sebe a snaží se jej proto efektivněji využívat. Přestože je nereálné způsob trávení volného času komukoliv diktovat a organizovat, je žádoucí vést mládež k jeho hodnotnému využití. To znamená učit je již od mládí vhodně si svůj volný čas organizovat, aby byly maximálně využity všechny možnosti, které se nabízejí. Jako prospěšné se ukazuje nabízet a vést mladé k různorodým koníčkům a zájmům tak, aby si sami zvolili činnost, která je bude bavit a uspokojovat.

Skutečné využití denního času – nejen volného

Pohled na životní způsob, na to jak středoškolská mládež skutečně žije, doplníme o data získaná z týdenního časového snímku (viz. tabulka č. 3). Než budeme analyzovat jednotlivé oblasti aktivit, zastavíme se u zásadního údaje, a to je **celkové množství volného času**, kterým současná mládež disponuje.

Pro zajímavost na konci sedmdesátých let se zjištěná hodnota pohybovala okolo 32 hodin týdně. Výsledky výzkumu Krause (1998, 84) z roku 1986 uvádějí už průměrnou hodnotu okolo 36 hodin týdně. Zde již byly zřetelné rozdíly mezi žáky středních odborných učilišť a studenty ostatních středních škol, které reagují na různé množství školních povinností. To, že nárůst volného času pokračoval, ukazuje i výsledek tohoto šetření.

Došli jsme dokonce k průměrné hodnotě přes 42 hodin volného času týdně. Dodejme hned, že ke stejnému výsledku jsme došli i u středoškoláků polských. Průměrná denní hodnota volného času je cca 6 hodin. Ta je pochopitelně nižší, pokud se jedná o pracovní den a činí asi 5 hodin „volna“ denně. O víkendu je pak průměrná hodnota „času pro sebe“ vyšší a je to asi 9 hodin denně. Nejvíce volného času mají respondenti o sobotách – v průměru okolo 10 hodin. U množství volného času podle pohlaví jsou patrné jisté rozdíly. Nižší průměrné hodnoty volného času uvádějí více dívky než chlapci.

Získaná data ze souboru zdravotně postižených ukazují, že ani tento soubor se v těchto základních údajích neodlišuje a průměrná týdenní hodnota volného času činila rovněž přibližně 42 hodiny a denní 6 hodin. Průměrná denní hodnota všedního školního dne činí 5,2 hodiny a hodnota „víkendového dne“ 9,3 hodiny.

Tabulka č. 3: **Údaje z časového snímku**

Činnost	ČR 2001		ČR 2003		celkem ČR		POLSKO	
	Průměrné hodnoty		Průměrné hodnoty		Průměrné hodnoty		Průměrné hodnoty	
	týdenní	denní	týdenní	denní	týdenní	denní	týdenní	denní
Spánek	60,02	8,57	59,71	8,53	59,85	8,55	59,43	8,49
Škola	28,47	5,69	28,42	5,68	28,455	5,69	26,6	5,32
Příprava do školy, vzdělávání se	9,80	1,40	8,61	1,23	9,275	1,325	8,68	1,24
Cesta do a ze školy, dojíždění	6,59	1,32	7,35	1,47	6,965	1,39	7,56	1,51
Stravování	10,08	1,44	10,22	1,46	10,15	1,45	10,57	1,51
Osobní hygiena, oblékání se	6,60	0,94	6,86	0,98	6,72	0,96	7,21	1,03
Domácí práce, pomoc rodičům	4,35	0,62	3,99	0,57	4,165	0,595	5,60	0,80

Sledování televize, videa	10,77	1,54	12,11	1,73	11,445	1,635	10,99	1,57
Nuda, nicnedělání	1,83	0,26	5,53	0,79	3,675	0,525	2,45	0,35
Kultura (kino, divadlo, koncerty), četba, poslech hudby	6,00	0,86	6,09	0,87	6,055	0,865	7,42	1,06
Počítač, internet	3,34	0,48	3,92	0,56	3,64	0,52	4,20	0,60
Diskotéka, tanec	3,92	0,56	4,69	0,67	4,375	0,625	4,69	0,67
Pohybová sportovní aktivita	8,23	1,17	5,46	0,78	6,825	0,975	10,64	1,52
Jiné činnosti	7,80	1,11	5,04	0,72	6,405	0,915	1,96	0,28
Volný čas celkem	41,89	5,98	42,84	6,12	42,42	6,06	42,35	6,05

Jako prvé činnosti z celého časového snímku si všimneme zajímavého i závažného údaje, a to **sledování televize (videa)**. Ze zjištěných číselných údajů (tabulka č. 3) vyplývá, že celkem respondenti tráví u televize průměrně téměř 11 a půl hodiny týdně, denně to pak činí 1,63 hodiny v průměru. Nejvíce sledují respondenti televizi v neděli (2,3 hodiny). Za pozornost stojí, že v průběhu sledovaných dvou let došlo k nárůstu o 1,3 hodiny.

Údaj týkající se polských středoškoláků (10,99 hodiny týdně a 1,57 hodiny denně) svědčí o tom, že ani v tomto směru se nijak neodlišují od našich. Výrazněji vyšší hodnotu zaznamenali zdravotně postižení. Za celý týden dosahuje 12,74 hodin a denní průměr tak činí 1,74 hodiny, ve víkendových dnech až 3,24 hodiny.

Pokud jde o jednotlivé typy škol, ukazuje se, že mezi typem školy respondentů a průměrnou délkou sledování televize není statisticky významná závislost. Také mezi pohlavím respondentů a průměrnou délkou sledování televize jsme nezjistili závislost.

Dále se budeme zabývat časem, který středoškolská mládež věnuje **pohybovým aktivitám**. Zahrnuli jsme sem vedle různých druhů sportování i turistiku, vycházky. V roce 2001 činila tato hodnota za týden 8,23, v roce 2003 už jenom 5,46 hodiny, což je zřetelný posun k horšímu. U polského souboru činí tato hodnota 10,64, a to je statisticky významný rozdíl. Lze tedy konstatovat, že polská mládež věnuje pohybovým aktivitám v průměru podstatně více času, ačkoliv jejich představy o sportovní náplni volného času oproti respondentům z ČR byly výrazně nižší. Pro úplnost doplníme, že v souboru zdravotně postižené mládeže činí čas věnovaný pohybovým aktivitám týdně 4,75 hodiny, tedy výrazně méně.

Z hlediska typu školy se neprojevila statisticky významná souvislost. Naopak

je tomu z hlediska věku. Ukázalo se, že mladší věková kategorie respondentů se sportovním aktivitám věnuje průměrně 8,23 hodiny týdně v roce 2001 (tj. cca 1 hod a 17 minut denně) a v r. 2003 už jenom 5,46 hodiny týdně. Ještě doplňme, že u zdravotně postižených respondentů dosáhl tento čas dokonce hodnoty 6,74 hodin týdně, tedy v průměru téměř 1 hodinu denně.

Nuda je psychology považována za „nepříjemný afektivní stav spojený mimo jiné s pocity prázdna“. Prožívání pocitů nudy ve volném čase může ve svém důsledku vést až k patologickému využívání volného času. Průměrná denní doba nicedělání, nudy v našem sledování činí 0,26 hodiny v roce 2001 a v roce 2003 vyskočila na 0,79 hodiny denně (tj. cca 50 minut), týdně tedy přibližně 5 a půl hodiny. Pro zajímavost u polských středoškoláků to bylo jenom asi 2 a půl hodiny týdně. Existuje statisticky významná závislost na pohlaví. Více než polovina dívek se nikdy nenudí (56,1 %) a naopak u chlapců jsou častěji zastoupeny četnosti s vyšší dobou denní nudy.

Za povšimnutí z dalších aktivit stojí **příprava do školy a další sebevzdělávání**. Při srovnání výzkumů z roku 2001 a roku 2003 zjistíme, že došlo k poklesu o 1,2 hodiny týdně. Je však zajímavé, že údaj z roku 2003 (8,61 hodiny za týden) plně koresponduje s časem, který věnuje přípravě do školy polská středoškolská mládež (8,68 hodiny týdně). Pro srovnání uvedeme ještě údaj o přípravě do školy u mládeže zdravotně postižené, který činí 9,56 hodiny za týden.

Kolik času věnuje mládež **návštěvě kulturních akcí, četbě**? U naší mládeže je to v průměru přibližně 6 hodin za týden. V tomto případě jsme nezaznamenali rozdíl mezi oběma výzkumy. O něco vyšší hodnotu jsme zaznamenali u mládeže zdravotně postižené. Činí 6,79 hodin týdně. Polská mládež vykazuje ještě vyšší hodnotu a to 7,42 hodiny týdně.

Zvlášť nás zajímalo, kolik času věnují studenti středních škol **práci s počítačem, příp. Internetu**. V roce 2001 to bylo 3,34 hodiny za týden, v roce 2003 o něco více 3,92 hodiny týdně, u mládeže zdravotně postižené je tato hodnota srovnatelná a činí 3,45 hodiny. Polský výzkum ukázal, že takto strávený volný čas zabírá v celkovém časovém snímku ještě větší místo, a to 4,20 hodiny za týden.

Podrobné hodnoty jsme zjistili i v případě **návštěv diskoték**, které jsme se snažili podchytit zvlášť. I zde se časový údaj zvýšil, a to ze 3,92 hodin týdně v roce 2001 na 4,69 hodin za týden v roce 2003. Až překvapivě stejnou hodnotu jsme zaznamenali u polské mládeže. Stejně překvapivé může být i to, že téměř stejné hodnoty dosahují i respondenti zdravotně postižení (4,58 hodiny týdně).

Ještě jedna oblast stojí za pozornost a to je **pomoc rodičům, domácí práce**. Zde naopak došlo v průběhu sledovaných dvou let k poklesu z 4,35 hodin na 3,99 hodiny týdně. V souboru zdravotně postižených jsme zaznamenali ještě o něco menší hodnotu – 3,59 hodin za týden. Ve výzkumu polských respondentů dosáhl tento čas

hodnoty příznivější a to 5,60 hodin týdně.

Dále si ještě všimneme času, který lze vyčíst z kolonky „jiné činnosti“. Ve výzkumu, který jsme realizovali u polských středoškoláků je tato hodnota vcelku zanedbatelná (asi 2 hodiny týdně). U zdravotně postižené mládeže je to o málo více (2,87 hodiny za týden). U ostatních respondentů je to však v r. 2001 dokonce 7,8 hodiny týdně, v r. 2003 už jen 5 hodin.

Co naplňuje tento čas? Je to především čas trávený s kamarády (popř. přítelem, přítelkyní), návštěva restauračních podniků, specifické zájmové činnosti, návštěva prarodičů, péče o zvířata, brigády, domácí a ruční práce, nakupování, cestování, telefonování, meditace, návštěva bohoslužeb aj.

U největšího procenta respondentů se jedná především o čas strávený zájmovou činností a s kamarády a to jak u nás, tak u polských respondentů. Je zajímavé, že vysoký počet respondentů v Polsku zahrnul do kategorie zájmové činnosti - modelářství (u nás jsme tuto aktivitu nijak zvlášť nezaznamenali). Platí to i o mládeži zdravotně postižené. Naopak v polském souboru (vzhledem k celkové situaci v zemi zcela pochopitelně) je větší procento těch, kteří v rámci této položky uvedli návštěvu bohoslužeb.

I když bylo vyplňování časového snímku anonymní lze dost těžko předpokládat, že do něho respondenti přiznají také činnosti jako braní drog. Přesto se to objevilo v šetření z r. 2003 (1 % respondentů) a v souboru zdravotně postižených (1,6 % respondentů). V polském souboru jsme nic takového nezjistili.

Na závěr analýzy časové snímku ještě doplníme, že kategorie „spánek“, „stravování“, „cesta do a ze školy“ jsou zcela srovnatelné ve všech uvedených výzkumech (viz tabulka č. 3) včetně souboru zdravotně postižené mládeže. Snad jedině při pohledu na kolonku „čas strávený ve škole“ lze vidět, že žáci polských středních škol v nich pobývají asi o 2 hodiny týdně méně. Žáci ze souboru zdravotně postižených uvádějí stejnou hodnotu jako ostatní jejich vrstevníci u nás (28,54 hodiny za týden). Zbývá ještě poznámka ke kategorii „péče o sebe“ (hygiena, oblékání apod.). Výsledky všech šetření u českých respondentů jsou v zásadě shodné (u zdravotně postižených to je 6,81). U polských respondentů to je o něco více (7,21 hodiny za týden).

Jak vypadá reálné život současných středoškoláků - shrnutí

Při srovnání s výsledky výzkumu Euronet Pilot Study (Macek, 1999, 138–140), které se však týkaly pouze aktivit během jednoho dne jsme dospěli k následujícím výsledkům:

- **Doba spánku** v průměru 8,5 hodiny – shodné.
- **Denní hygiena a oblékání** něco přes půl hodiny z celého dne, dívky více

času než chlapci. V našem výzkumu jsme dospěli k vyšší hodnotě a to necelé hodině.

- Obdobně u **jídla** – v našem výzkumu je to necelá hodina a půl, zatímco v uvedeném výzkumu je to asi 45 minut. Typická doba, kdy mladí jedí se stanovuje s výjimkou snídaně velice obtížně. Oběd se koná v různou dobu, většinou až po skončení vyučování, čas večere se také různí.
- **Cesta do školy a ze školy** se liší podle typu navštěvované školy a délky dojíždění, v průměru zabere hodinu.
- **Vyučováním** tráví dospívající v průměru 6 hodin. A tady je největší rozdíl. V našem šetření vyšlo jen něco málo přes 5 hodin v pracovní den. Asi hodinu a čtvrt věnují pak respondenti **domácím úkolům**.
- **Představy o využití volného času** jsou velmi diferencované, a to především mezi českou a polskou mládeží. U českých středoškoláků stojí jednoznačně na prvním místě sport. Výsledky výzkumu ukazují, že uskutečnění představ o využití volného času brání především jeho nedostatek. To uvedlo téměř 30 % českých a přes 35 % polských respondentů. U zdravotně postižené mládeže to bylo sice jen 17,8 %, ale stejně tento důvod uvedli na prvním místě. Teprve pak následovaly špatné materiální podmínky a nemožnost realizovat danou činnost v místě bydliště či školy, následovaly důvody finanční.
- **Jak jsme již uvedli výše, realita využití volného času je však od zmíněných představ značně odlišná:**
 1. Sport zdaleka v realizovaném časovém snímku nezaujímá prvé místo. Více času zabírá sledování televize (přes 11 hodin týdně). Není zde významnějších rozdílů mezi českou a polskou mládeží ani zdravotně postiženou. Nejistili jsme v tomto případě ani významný rozdíl mezi pohlavím ani typem školy.
 2. Výsledky šetření potvrdily současný trend v preferenci především sportovních činností, dále cestování a pak kulturních zájmů. V časovém snímku respondentů zabírají sportovní aktivity cca 1 hodinu denně, rozdíly jsou mezi pohlavím a věkem respondentů. Již jsme uvedli, že také cestování zaujímá v představě o využití volného času významné místo. V četnosti není rozdílu mezi českou a polskou mládeží. U nás se to týká více mládeže učňovské. Podobně není rozdílu v počtu těch, kteří chtějí svůj volný čas věnovat hudbě. U nás především studenti gymnázií.
 3. Z hlediska využívání volného času a životního způsobu vůbec mají zásadní význam jakási hluchá místa tj. čas, který člověk nevyužívá vůbec nijak, nebo-li jej prozahálí. Takový čas činil v roce 2001 skoro 2 hodiny týdně, v roce 2003 to však bylo 5,5 hodiny týdně. U mládeže zdravotně postižené představuje tento čas dokonce 6,74 hodiny týdně. Pro srovnání u polské mládeže jsme dospěli k hodnotě 2,45 hodiny týdně. Významný rozdíl se projevil z hlediska pohlaví, a to v neprospěch chlapců.

- **V oblasti hodnotové orientace** se ukázalo, že prvá místa zaujímají zdraví a dobrá, zajímavá práce. Tu preferují více chlapci a respondenti věkově starší. I když těch, kteří preferují materiální orientaci v průběhu srovnávaných let přibýlo, nelze tvrdit, že by převládal konzumní přístup k životu. Významně více se projevil u učňovské mládeže. Pokud jde o hodnotu „volný čas“, zaujímá první místa v druhé polovině nabízených hodnot. Překvapivě k jiným výsledkům jsme dospěli u polských respondentů – na prvním místě stojí jednoznačně rodina a hned na druhém místě materiální úroveň. Pomoc druhým má pak vyšší index u českých respondentů.

Závěr

Shrneme-li to, co jsme uvedli, tedy jakou pozici zaujímají pohybové aktivity ve volném čase ve srovnání s časem stráveným před televizí, počítačem, Internetem a také časem vyplněným lenošením, resp. povídáním s kamarády – tedy situace a trend nepříliš příznivý. Připočteme-li k tomu ještě čas strávený ve škole a věnovaný přípravě na vyučování, je zřejmé, že duševní aktivity a pasivní trávení volného času nepoměrně převažuje a není nijak kompenzováno.

Tělesná aktivita může přispívat k integraci a harmonizaci osobnosti člověka, jak to dobře dokumentují např. některé orientální systémy. Zvláštní místo v životě mládeže má však především prožitek, který ke kvalitě života patří a z mnoha mladých se v pojetí Zuckermanově stávají „hledáči vzrušení“ (sensations seekers). Jde o to, aby naprostá většina prožitků nebyla spojena s tělesnou pasivitou, neměla pouze diváckou a virtuální povahu, nebo dokonce chemickou podstatu. Právě sport a hry jsou nejfrekventovanější oblastí výskytu vhodných prožitků s optimální zkušeností (flow) ve volnočasových aktivitách člověka, a proto bychom měli v dostatečné míře, na odborné úrovni a především nenásilnou formou využívat nabídku volnočasových aktivit (Hošek, 1999, 26-28).

Je třeba nabízet nové atraktivní a prožitkové činnosti, netradiční a adrenalinové sporty, které více vyhovují současné mentalitě mládeže, které zaujmou a mohou pomoci i aktivovat nejen pro pohybovou činnost. Nabídka těchto aktivit poslední dobou v Královéhradeckém kraji zvolna vzrůstá. Velmi progresivním krokem bylo otevření většiny venkovních hřišť v době po vyučování a o víkendech široké veřejnosti, včetně organizování různých turnajů a soutěží. Jedním z možných kroků ke zlepšení situace je další vzdělávání profesionálních a dobrovolných pracovníků pro sféru volného času, a to formou kurzů a licencí, vyšších odborných škol i vysokoškolského studia.

Je tedy na každém z nás, ať jsme v roli rodičů, příbuzných, přátel, vrstevníků, kolegů, vychovatelů, učitelů, zástupců různých institucí, organizací či společností, abychom dali a vytvářeli pro dospívající generaci

dostatek možností a nabídek v oblasti trávení volného času. Snažili se a uměli poradit, inspirovat a především vlastním příkladem navodili možné vzory aktivního trávení a prožívání volného času, který nám slouží k odpočinku, odreagování, naší kultivaci a socializaci. Současným trendem v oblasti volného času je animace, tj. „rozpohybování“ lidí ve svém okolí dostatečnou a nenásilnou nabídkou možností volnočasových aktivit. Je třeba mít dostatek času ke společnému trávení chvil volna, snažit se o empatii a především „nelámat nad současnou mládež hůl“, nevzdávat se a nenechat se odradit od organizování různých soutěží, výletů, táborů a víkendových pobytů v přírodě, klubových pořadů apod.

Použitá literatura:

BURIÁNEK, J. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1996. 128 s. ISBN 80-7168-749-9

HOŠEK, V. Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života. In *Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života dospělých*. Sborník výzkumných záměrů společensko-vědní sekce FTVS. Praha: UK, 1999. s. 22-29. ISBN 80-86317-03-X

KRAUS, B. *Sociální aspekty výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1998. 166 s. ISBN 80-7041-841-9

MACEK, P. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 207 s. ISBN 80-7178-348-X

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. a MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1998. 328 s. ISBN 80-7178-252-1

SAK, P. *Proměny české mládeže*. 1. vyd. Praha: Petrklíč, 2000. 291 s. ISBN 80-7229-042-8

Statistická ročenka Královéhradeckého kraje 2001. Hradec Králové: ČSÚ, 2002. 323 s. ISBN 80-7223-628-8

9. Moderní antikoncepce a její současné trendy

MUDr. Radim Uzel, CSc.

Plánované rodičovství představuje ve všech vyspělých zemích základní lidské právo. Snaha o regulaci potomstva je tak stará jako lidstvo samo, teprve v druhé polovině dvacátého století dostala tato snaha do rukou moderní prostředky umožňující plánovanou regulaci fertility. Umožnilo to naplnění základního dokumentu Charty OSN: ***„Rodiče mají základní lidské právo svobodně a zodpovědně rozhodovat o počtu svých dětí a o časovém odstupu mezi nimi.“***

Toto právo bylo pak ještě potvrzeno a rozšířeno na 1. Světové populační konferenci konané v Bukurešti v roce 1974: ***„Všechny dvojice i jednotlivci mají základní právo rozhodovat svobodně a zodpovědně o počtu svých dětí a o časovém odstupu mezi nimi a k tomuto jednání mají dostat informace a prostředky. Zodpovědnost dvojic a jednotlivců ve využití tohoto práva bere v úvahu životní potřeby jejich žijících a budoucích dětí a jejich zodpovědnost ke společnosti.“*** (§ 14 f.)

Podpis představitelů naší země na mezinárodním dokumentu je nicméně závazný, takže bychom se mohli zamyslet nad tím, čeho se nám tím právem dostává. Máme dostat *informace a prostředky* k možnostem regulace vlastního potomstva. Informacemi není možno myslet nic jiného než sexuální výchovu. A prostředky? ***Co svět světem stojí, byly vynalezeny pouze tři možnosti regulace vlastního potomstva a nic víc. Jsou to: sexuální abstinence, antikoncepce a umělý potrat.***

Ve výčtu antikoncepčních metod se na prvním místě zpravidla cituje **periodická abstinence**, ač se z definice zákazu pohlavního styku v plodných obdobích menstruačního cyklu o antikoncepci vlastně nejedná. Kromě toho se jedná o nepříliš spolehlivou metodu zejména vzhledem k ovulačním nepravidlostem. Ačkoliv se o tom gynekologové již několik desetiletí vášnivě dohadují, může totiž existovat i tak zvaná vyprovokovaná ovulace mimo jakékoli vypočítané termíny. Vzhledem k tomu, že periodická sexuální abstinence je jedinou metodou k regulaci početí, kterou povoluje římsko-katolická církev, je zapotřebí seznámit veřejnost s metodami a výpočty plodných a neplodných dnů, ale také upozornit na občasnou možnost selhání. V gynekologické literatuře jsou totiž popisovány případy, kdy žena otěhotněla při pohlavním styku i v průběhu menstruace. Je to sice velice málo pravděpodobné, ale zcela vyloučit se to nedá.

Další metodou, na kterou se v sexuální výchově nesmí zapomínat je klasický **mužský kondom**. Jednak se jedná prakticky o jedinou antikoncepční metodu mužskou, v neposlední řadě pak význam prezervativu stoupá jeho dvojí funkcí – že totiž kromě antikoncepce dokáže také do značné míry působit jako prevence

sexuálně přenosných nemocí. Vztah člověka ke kondomu se ovšem v poslední době prudce mění. Není tak vzdálená doba, kdy byly kondomy vnímány jenom jako prostředek společenské legrace, různých vtipů, nezřídka pak byly chápány jako známka jakési potupy nebo v nejlepším případě nezkušenosti. Objevení smrtelného rizika AIDS a hrozivý vzestup dalších sexuálně přenosných infekcí najednou zajistily kondomům novou slávu a respekt.

Fámy o prostupnosti kondomů pro virus HIV je ovšem nutno odsoudit do oblasti fabulací.

Pokud zůstaneme u metod bariérových, je zapotřebí se zmínit také o neprávem u nás opomíjené **ženské diafragmě**. Je to vlastně kulatý gumový klobouček, do jehož lemu na okraji je zatavena pružná kovová spirála, která je dokonale pružná, můžeme ji snadno stlačit a po uvolnění tlaku zaujímá původní kruhovitý tvar. Poševní diafragmy se zhotovují v různých velikostech od 55 mm do 100 mm v průměru. Vhodnou velikost vybere lékař na základě gynekologického vyšetření, jiný pesar je vhodný pro mladou dívku, která ještě nikdy nebyla těhotná a jiný zase pro ženu v nejlepších letech, která má za sebou třeba několik porodů.

Mezi ženské bariérové metody patří také zejména v zahraničí oblíbený **ženský kondom**. Nejvíce známý ženský kondom je prodáván pod značkou „Femidom“, „Reality“ nebo „Femi“. Je tvořen polyuretanovým válcem, který se zavádí do pochvy před souloží. Současně s ženskými bariérovými prostředky se doporučuje také použití **spermicidní látky**. Tak se říká prostředkům hubícím mužské zárodečné buňky a jejich moderním nekorunovaným králem je látka zvaná 9-nonoxynol. Znehybňuje spermie už v nepatrných stopových dávkách; u nás se používá v podobě tabletek Patentex-oval, jinde pak také v podobě krému, žele nebo jako poševní pěna.

Nejvíce používaným antikoncepčním prostředkem na světě je hormonální antikoncepční tableta, zvaná populárně „*pilulka*“, kterou na světě užívá dnes již více než 100 miliónů žen. Moderní typy pilulek mají účinek více než 99%, takže při pravidelném užívání jedenkrát za 24 hodin je selhání naprostou kuriozitou. Nesmíme si také zatajovat skutečnost, že žena uchráněná před těhotenstvím je prakticky uchráněna také před všemi zdravotními riziky, které toto těhotenství může přinášet. V prosté kalkulaci zdravotních výhod a nevýhod pak u moderních preparátů výhody jednoznačně převažují. Se zábranou normálního těhotenství jde pochopitelně ruku v ruce také ochrana před těhotenstvím mimoděložním. Ze 100 000 uživatelek hormonální antikoncepce bylo zaznamenáno mimoděložní těhotenství u jedné jediné a to ještě není jisté, zda si právě tato žena svou každodenní pilulku zrovna nezapomněla vzít.

V současné době směřuje celosvětový trend ke snižování účinné hormonální dávky při zachování účinnosti. Vynořily se také četné zprávy o tak zvaném

„potratovém účinku“ hormonální antikoncepce, což je možno považovat za zcela jednoznačnou desinformaci. Účinkem dvousložkové steroidní antikoncepce je totiž blokáda ovulace, z vaječníku se neuvolňuje vajíčko, takže o žádném potratu není možno uvažovat.

Mezi hormonální metody je nutno zahrnout také tak zvanou **postkoitální antikoncepci**, nejpřiléhavějším českým termínem je „**záchranná antikoncepce**“. Nebezpečí nechtěného těhotenství lze ještě odvrátit hormonální dávkou podanou po nechráněném pohlavním styku nejlépe maximálně do 12 hodin. Nejznámějším preparátem u nás je Postinor. Bylo by jistě účinné snažit se o jeho volný prodej bez lékařského předpisu. Indikace k užití záchranné antikoncepce totiž může nastat nejen z nějaké lehkomyšlnosti či nedbalosti. Náhlá potřeba užití vznikne třeba při prasklém kondomu nebo při znásilnění.

Každodenní polykání pilulek může některým zapomnětlivým a roztržitým ženám působit určité potíže. Není proto divu, že se stále častěji setkáváme s antikoncepčními metodami, při kterých se hormony do těla vpravují jinak než ústy. Především je nutno jmenovat **injekční antikoncepci**. U nás je k dispozici preparát Depo-Provera aplikovaný 4x ročně. Tento prostředek je používán ve více než 80 zemích světa asi sedmi milióny žen. U nás bohužel tyto injekce zatím příliš nezdolárněly, i když se jedná o vysoce spolehlivou metodu – ze čtyř set žen po aplikaci otěhotní v průběhu jednoho roku sotva jediná.

Mezi dlouhodobě účinkující antikoncepční hormonální metody je nutno počítat **podkožní tyčinky**, dříve se jich zavádělo šest, v poslední době se na náš trh zavádí preparát Implanon, což je tyčinka pouze jedna. Jedná se o tak zvaný čistě gestagenní preparát, neobsahuje hormon estrogen, takže jeho indikační oblast je ještě širší než u klasické dvousložkové hormonální antikoncepce. I tato má však svou novou dlouhou dobu působící formu – jsou to antikoncepční náplasti Evra, u nichž se účinná hormonální látka vstřebává kůží.

Když už jsme vyjmenovali hormony polykané, pod kůží nebo injekční, zbývá ještě jedno místo, odkud se účinný hormon velice snadno vstřebává do krve. Tím místem je děložní dutina, proto se stejným hormonem jako podkožní tyčinky plní i **nitroděložní tělísko** zvané Mirena. **Právě tyto tři posledně jmenované metody dlouhodobě působící hormonální antikoncepce, podkožní tyčinka, náplasti a hormonálně aktivní nitroděložní tělísko jsou právem nazývány antikoncepcí pro třetí tisíciletí.**

Toto hormonálně aktivní tělísko zatlačilo trochu do pozadí „obyčejná“ nitroděložní tělíska, která jsou buď zcela chemicky inertní, nebo s přídavkem mědi. Zdaleka to neznamená, že by tato tělíska byla již nějak zastaralou antikoncepční metodou, naopak stále bezpečně slouží statisícům žen na celém světě.

Součástí antikoncepční výchovy by mělo být také poučení o **antikoncepci bezprostředně po porodu**. Jako první a nejlepší antikoncepční prostředek po porodu doporučuje **zvlhčený neboli lubrikovaný prezervativ**. Splňuje totiž také požadavek mikrobiální ochrany ženských pohlavních orgánů. Zejména po porodu zde totiž existuje zvýšená možnost infekce, která v tomto období představuje vážné nebezpečí. Další velice výhodnou antikoncepční metodou pro kojící ženu je nitroděložní antikoncepční tělísko, nebo podkožní tyčinka. Prostředky obsahující estrogeny jsou pro kojící ženu méně vhodné, ačkoliv ani ty nejsou nijak striktně zakázány.

Posledním prostředkem je tak zvaná **chirurgická antikoncepce – sterilizace**, která spočívá v přerušení cest pro pohlavní buňky, u ženy to jsou vejcovody, u muže chámovody. Na rozdíl od ostatních antikoncepčních metod považujeme sterilizaci za metodu nevratnou, i když i zde v některých případech nejsou opatření vedoucí k návratu plodnosti zcela bez šance. Příčinou toho, že sterilizace u nás zatím nezdomácněla je především zastaralá legislativa. Dosud platná vyhláška z roku 1972 neumožňuje totiž dobrovolnou sterilizaci na žádost u zdravých osob. Další příčinou je nedostatečná výchova a informovanost veřejnosti. Mnozí lidé totiž dosud zaměňují sterilizaci za kastraci.

Výčet všech dostupných spolehlivých antikoncepčních metod umožňuje prakticky všem lidem vybrat si tu pro sebe nejvhodnější. Podle doporučení Světové zdravotnické organizace není tento výběr možno přirovnat k nějaké konfekci, ale k zakázkovému módnímu salónu, kde každému uživateli je doporučena antikoncepce „na míru“. **Jen tak bude naplněn ušlechtilý cíl plánovaného rodičovství a sexuálního zdraví, který je možno shrnout do hesla „od potratu k antikoncepci“.** Není to jen směr z hlediska zdravotního, ale obecně civilizačního a kulturního.

10. HIV/AIDS v ČR

RNDr. Marie Brůčková, CSc.

Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2004

Státní zdravotní ústav, Národní referenční laboratoř pro AIDS

V ČR bylo k 31. 10. 2004 registrováno 51 nových případů infekce HIV u občanů české národnosti a rezidentů, tj. osob jiné než české národnosti, které dlouhodobě žijí na území ČR. Podle dosavadních trendů možno očekávat, že počet nově diagnostikovaných případů HIV infekce bude v tomto roce přibližně stejný nebo o něco vyšší než v roce předchozím. Rozhodně tedy nedojde k meziročnímu poklesu nových případů, tak jak bychom si přáli či očekávali (*graf 1*). Geografické rozložení všech až dosud registrovaných 716 případů HIV/AIDS ukazuje v absolutních číslech *kartogram*, v relativních číslech v přepočtu na milion obyvatel *graf 2*.

Celkem 181 HIV infikovaných onemocnělo AIDS (*graf 3*), 109 z nich již nežije (*graf 4*).

Počet osob v současné době žijících s HIV/AIDS ukazuje *graf 5*. Z grafu je patrné, že počet osob léčených pro HIV/AIDS strmě stoupá, což je příznivým důsledkem současné vysoce efektivní léčby. Je si ovšem nutno uvědomit, že se jedná o léčbu dlouhodobou, náročnou pro pacienta, ošetrující personál i nezbytná laboratorní vyšetřování. To vše přináší i vysoké náklady ekonomické.

Nejčastějším způsobem přenosu HIV/AIDS zůstává v ČR nadále přenos sexuální, který činí přes 83 % všech případů (*graf 6*). Podíl HIV infikovaných mužů, kteří mají sex s muži zůstává stabilně okolo 52 %. Počet HIV infikovaných injekčních uživatelů drog mírně stoupl na 4,2 % všech HIV pozitivních osob.

Počet HIV infikovaných žen stoupl na 21,2 %, 49 z nich (6,8 %) bylo identifikováno při rutinním testování těhotných žen (*graf 7*). Počty provedených testů u těhotných žen ukazuje a počty HIV pozitivních v jednotlivých letech znázorňuje *graf 8*. *Tabulka 1* shrnuje výsledky vyšetřování HIV pozitivních matek a jejich novorozenců. V současné době se v ČR léčí 3 HIV pozitivní děti.

Graf 9 ukazuje, že kromě 716 českých občanů a rezidentů bylo v ČR identifikováno jako HIV pozitivní 211 cizinců. Nejvyšší počet z nich (61 %) činí cizinci ze střední a východní Evropy (*graf 10*).

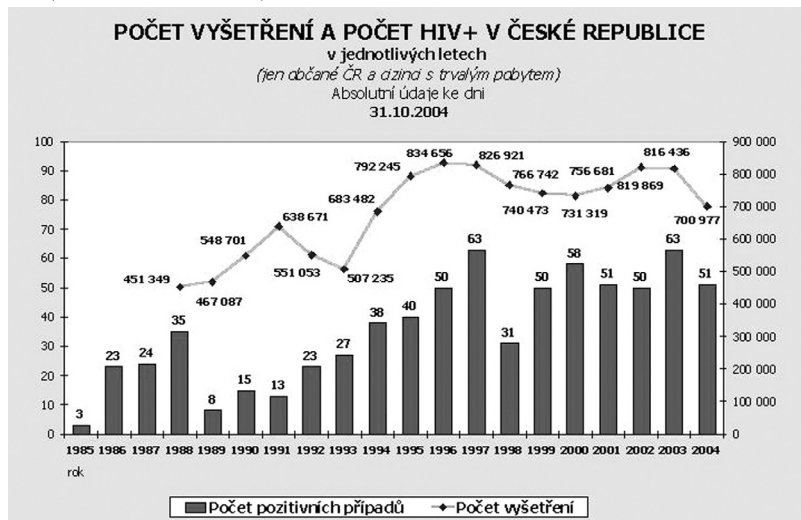
Celkovou situaci ve výskytu a šíření HIV/AIDS v ČR je možno hodnotit jako příznivou s tím, že by bylo velmi špatné a nebezpečné podléhat uspokojení a problém podceňovat. Situace se totiž může velmi rychle změnit. Zejména mladá generace je vystavována velkému nebezpečí zneužívání drog, které velmi úzce souvisí se šířením pohlavních infekcí mezi které HIV/AIDS bezesporu patří.

Monitorovací program HIV/AIDS byl v r. 2004 částečně podporován z grantu IGA MZ ČR reg.č. NR7843-3.

Graf 1

Počet vyšetření a počet HIV+ v ČR v jednotlivých letech

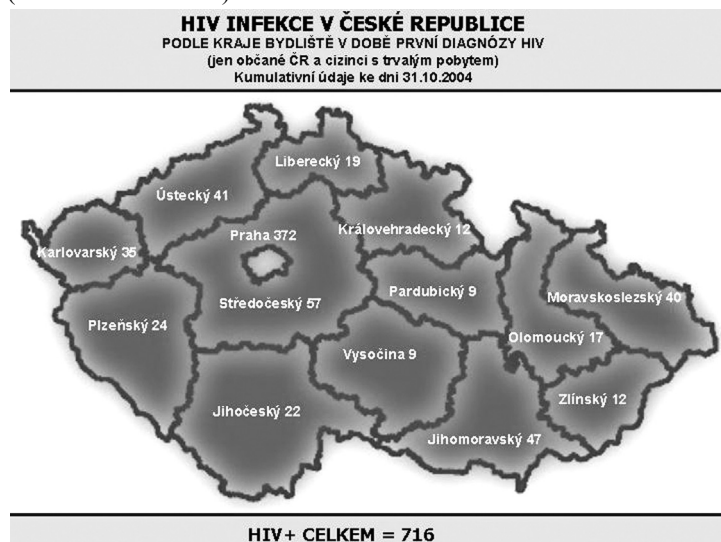
(ke dni 31. 10. 2004)



Kartogram

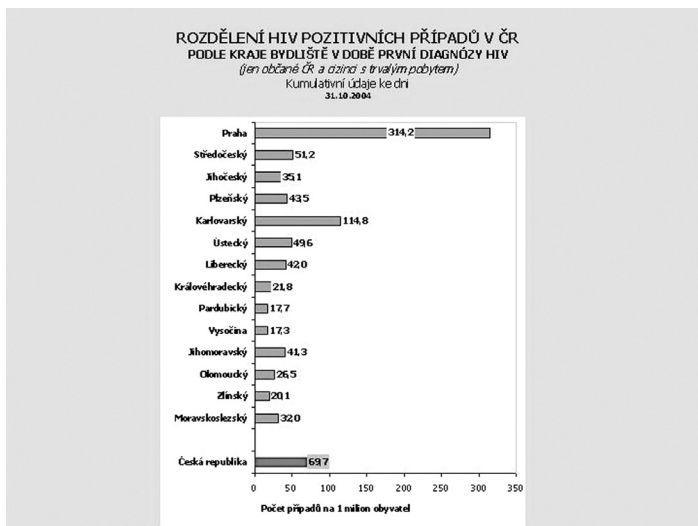
HIV infekce v ČR podle kraje bydliště v době první diagnózy HIV

(ke dni 31. 10. 2004)



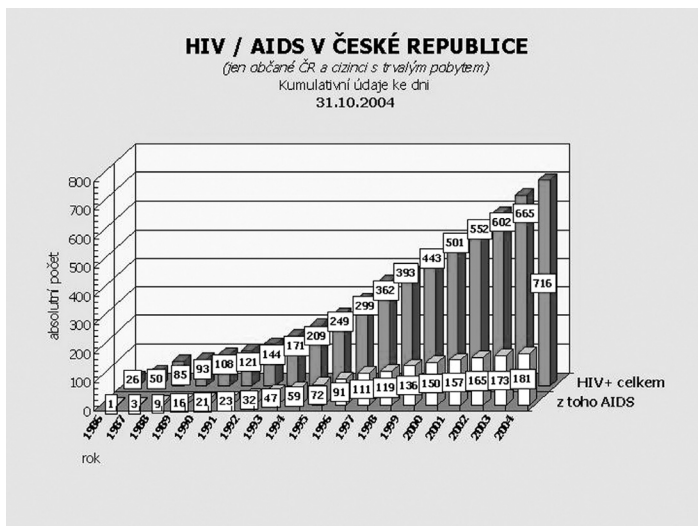
Graf 2

Rozdělení HIV pozitivních případů v ČR podle kraje bydliště v době první diagnózy HIV v relativních číslech na milion obyvatel
(ke dni 31. 10. 2004)



Graf 3

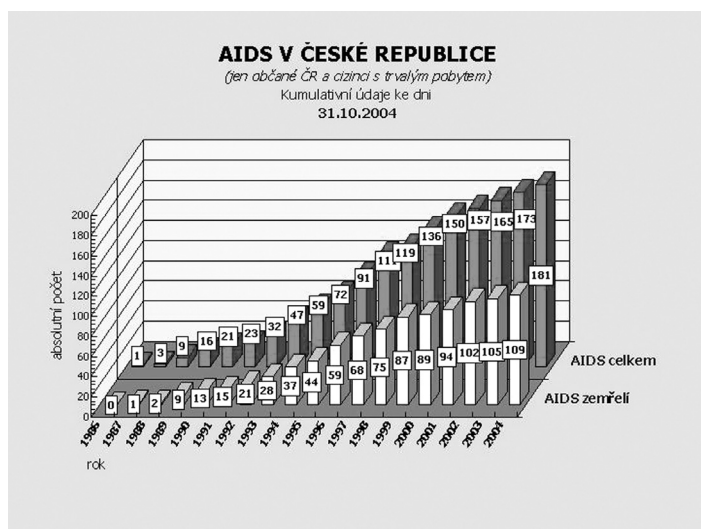
HIV / AIDS v České republice
(ke dni 31. 10. 2004)



Graf 4

AIDS v České republice

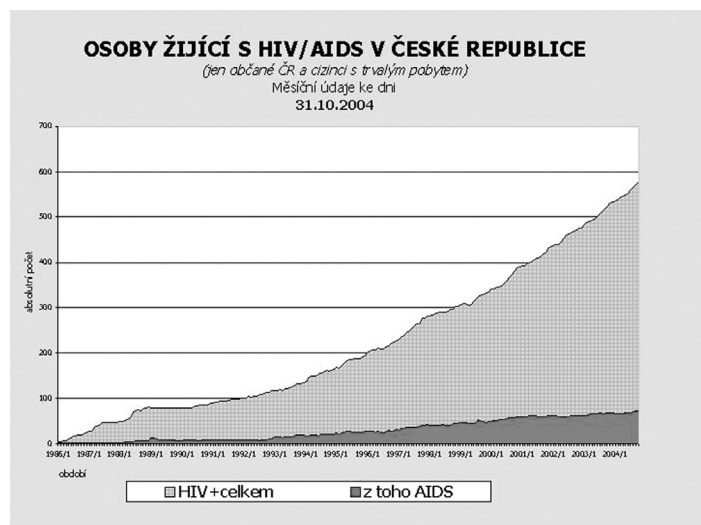
(ke dni 31. 10. 2004)



Graf 5

Osoby žijící s HIV / AIDS v České republice

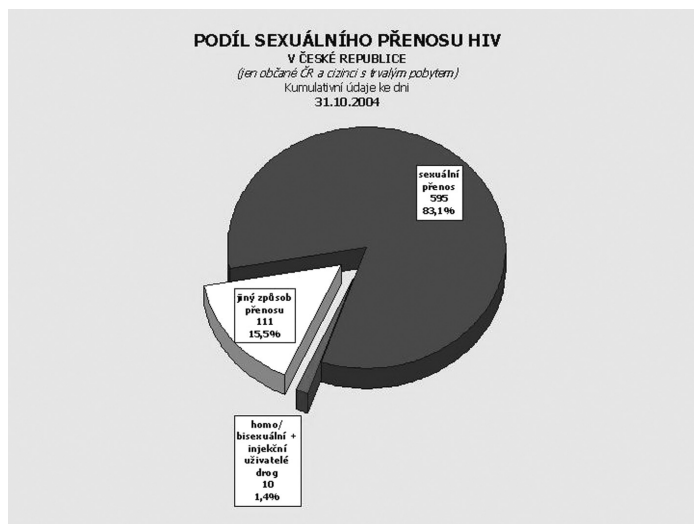
(ke dni 31. 10. 2004)



Graf 6

Podíl sexuálního přenosu HIV v České republice

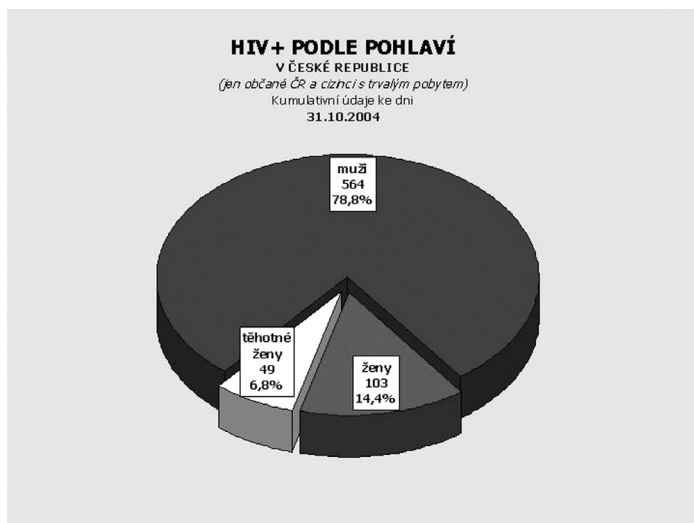
(ke dni 31. 10. 2004)



Graf 7

HIV+ podle pohlaví v České republice

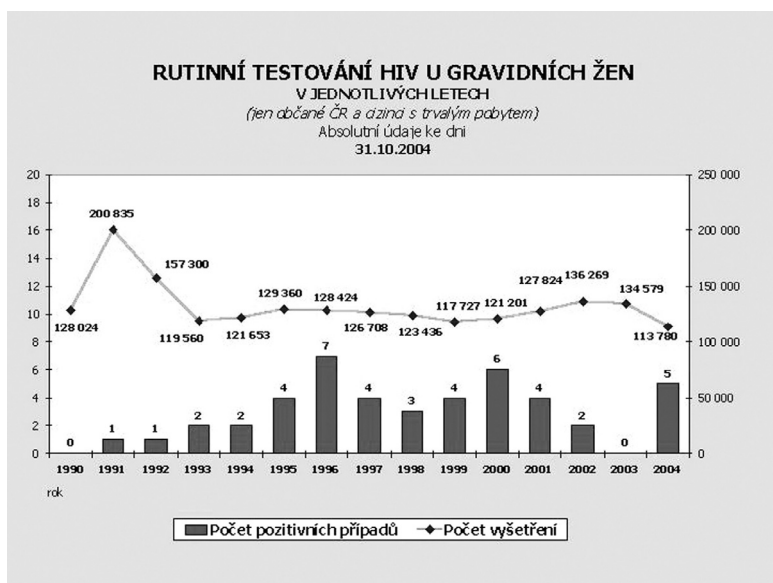
(ke dni 31. 10. 2004)



Graf 8

Rutinní testování HIV u gravidních žen v jednotlivých letech

(ke dni 31. 10. 2004)



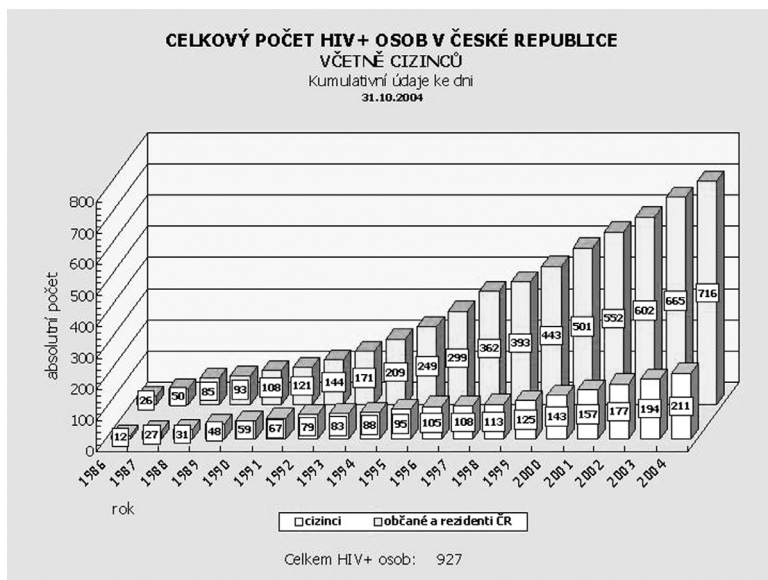
Tabulka 1

HIV gravidní ženy

HIV GRAVIDNÍ ŽENY	
Celkový počet HIV pozitivních žen/gravidní ženy	152/76
Počet uměle ukončených těhotenství	17
Počet spontánních potratů	3
Počet porodů (počet očekávaných porodů = 4)	52
Počet novorozenců	54 (2x dvojčata)
Počet HIV pozitivních novorozenců	3 (+ 1 dítě narozené v cizině)

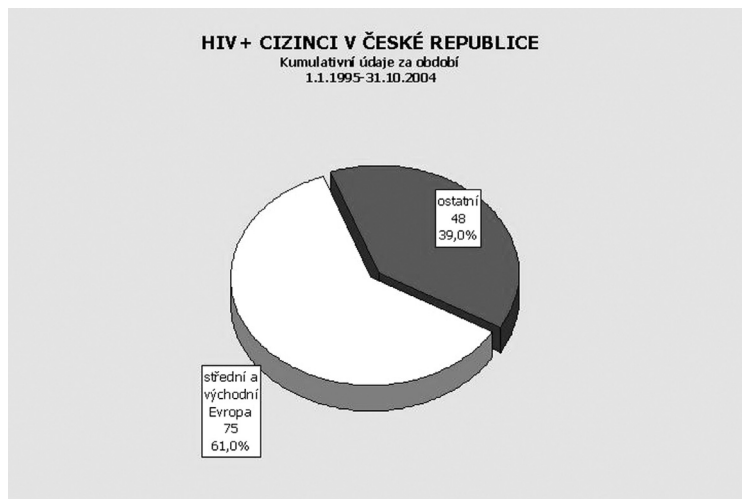
Graf 9

Celkový počet HIV+ osob v České republice včetně cizinců (ke dni 31. 10. 2004)



Graf 10

HIV+ cizinci v České republice (ke dni 31. 10. 2004)



11. Globální přehled HIV / AIDS ve světě a v Evropě

Doc. MUDr. Alexander Martin Čelko, CSc.

Tabulka 1

Globální přehled epidemie HIV / AIDS , prosinec 2004

Globální přehled epidemie HIV/AIDS Prosinec 2004		
Počet osob žijících s HIV/AIDS	Celkem	39,4 milionů (35,9 – 44,3 milionů)
	Dospělí	37,2 milionů (33,8 – 41,7 milionů)
	Děti pod 15 let	2,2 milionu (2,0 – 2,6 milionu)
Osoby nově infikované HIV v r. 2004	Celkem	4,9 milionů (4,3 – 6,4 milionu)
	Dospělí	4,3 milionů (3,7 – 5,7 milionu)
	Děti pod 15 let	640 000 (570 000 – 750 000)
Počet úmrtí na AIDS v r. 2004	Celkem	3,1 milionu (2,8 – 3,5 milionu)
	Dospělí	2,6 milionu (2,3 – 2,9 milionu)
	Děti pod 15 let	510 000 (460 000 – 600 000)



The ranges around the estimates in this table define the boundaries within which the actual numbers lie, based on the best available information. These ranges are more precise than those of previous years, and work is underway to increase even further the precision of the estimates that will be published in 2006.

00002-ES-1 – 1 December 2003



World Health
Organization

Tabulka 2

Globální odhady pro dospělé osoby a děti – konec roku 2004

Globální odhady pro dospělé osoby a děti konec roku 2004	
• Osoby žijící s HIV/AIDS	39,4 milionů [35,9 – 44,3 milionů]
• Nové infekce HIV v r. 2004	4,9 milionů [4,3 – 6,4 milionů]
• Úmrtí na HIV/AIDS v r. 2004	3,1 milionů [2,8 – 3,5 milionů]



00002-ES-2 – 1 December 2003



World Health
Organization

Kartogram 1

Odhad počtu dospělých a dětí žijících s HIV / AIDS ke konci roku 2004



Kartogram 2

Odhad počtu dospělých a dětí nově infikovaných HIV během roku 2004



Kartogram 3

Odhadovaný počet úmrtí dětí a dospělých na HIV / AIDS během roku 2004



Kartogram 4

Odhad počtu dětí mladších 15 let žijících s HIV / AIDS ke konci roku 2004



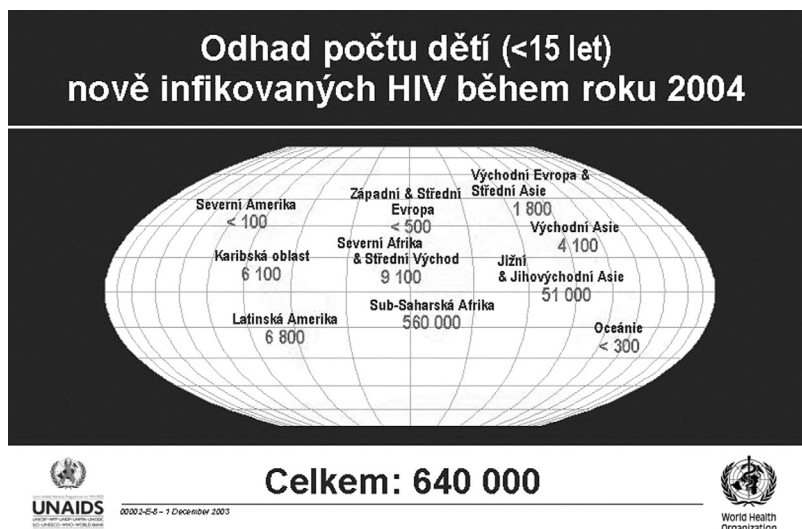
Kartogram 5

Odhad počtu úmrtí u dětí mladších 15 let na HIV / AIDS během roku 2004



Kartogram 6

Odhad počtu dětí mladších 15 let nově infikovaných HIV během roku 2004



Tabulka 3

Přibližně 14 000 nových HIV infekcí denně v roce 2004

Přibližně 14 000 nových HIV infekcí denně v r. 2004

- Více než 95% v zemích s nízkým a středním příjmem
- Téměř 2000 u dětí pod 15 let věku
- Kolem 12 000 u osob ve věku mezi 15 a 49 lety, z kterých:
 - téměř 50% jsou ženy
 - kolem 50% je ve věku mezi 15–24 lety



00002-E-4 - 1 December 2003



Tabulka 4

Globální odhady výskytu HIV / AIDS u dětí mladších 15 let

Globální odhady výskytu HIV/AIDS Děti (<15 let)

- Děti žijící s HIV/AIDS 2,5 milionu [2,1 – 2,9 milionu]
- Nové infekce HIV v r. 2003 700 000 [590 000 – 810 000]
- Počty úmrtí na HIV/AIDS v r. 2003 500 000 [420 000 – 580 000]



00002-E-10 - 1 December 2003



12. Zákon čis. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Dnem 1. ledna 2004 nabyl účinnosti **zákon čis. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů** (zákon o soudnictví ve věcech mládeže).

Uvedený zákon významným způsobem upravil a změnil dosavadní právní úpravu této problematiky a přinesl změny trestního zákona, trestního řádu, zákona o přestupcích, zákona o výkonu trestu odnětí svobody a zákona o výkonu vazby.

Smyslem mého vystoupení je podat základní informaci o obsahu a rozsahu této právní úpravy a navodit atmosféru k určitému zamyšlení, jaké dopady v konkrétní praxi orgánů činných v trestním řízení a zejména pak v přímém dopadu na kriminalitu této skupiny obyvatelstva přinese.

S ohledem na časový limit, vymezený mému vystoupení, se zaměřím jen na některé, podle mého názoru nejvýznamnější, a z hlediska složení přítomných účastníků nejzajímavější, úpravy.

V odborné právnické literatuře se již objevují statě, které kritizují tuto novou právní úpravu.

Jedním ze zásadních problémů je skutečnost, že zákon čis. 218/2003 Sb. nereflektoval tzv. velkou novelu trestního řádu provedenou zákonem čis. 265/2001 Sb., takže zákon o soudnictví ve věcech mládeže vychází z trestního řádu platného před rokem 2002, nikoliv z trestního řádu současného. Podobně přináší nejasnosti i výklad místní příslušnosti a některých úkonů státního zástupce (1).

Citovaný zákon upravuje podmínky odpovědnosti mládeže za protiprávní činy uvedené v trestním zákoně, opatření ukládaná za takovéto protiprávní činy, postup, rozhodování a výkon soudnictví ve věcech mládeže.

Mládeží se tímto zákonem rozumí děti mladší patnácti let a mladiství.

Mladistvým je ten, kdo v době spáchání provinění dovršil patnáctý rok a nepřekročil osmnáctý rok svého věku.

Trestný čin spáchaný mladistvým se nazývá provinění.

Mezi orgány činné v trestním řízení jsou zařazeny vedle policejních orgánů, státních zástupců a soudů rovněž **soudy pro mládež**, přičemž tyto soudy pro mládež tvoří zvláštní senát, popřípadě předseda senátu či samosoudce příslušného soudu.

Z toho tedy vyplývá, že soudnictví ve věcech mladistvých a ve věcech

posuzování činů jinak trestných spáchaných dětmi mladšími patnácti let vykonávají bez výjimky soudy pro mládež v uvedené formě. Jde o uplatnění zásady, aby řízení bylo svěřeno osobám, jejichž znalost otázek souvisejících s výchovou mládeže zaručila splnění výchovného účelu řízení.

Zásadně a zcela nově se vymezuje trestní odpovědnost mladistvého.

Dosud čin, jehož znaky byly uvedeny v trestním zákoně, nebyl trestným činem, jestliže byl spáchán mladistvým a stupeň jeho nebezpečnosti pro společnost byl malý.

Podle nyní platné právní úpravy mladistvý, který v době spáchání činu nedosáhl takové rozumové a mravní vyspělosti, aby mohl rozpoznat jeho nebezpečnost pro společnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný.

Nabízí se tedy úvaha o porovnatelnosti s právní úpravou nepřičetnosti, kdy ten kdo pro duševní poruchu v době spáchání trestného činu nemohl rozpoznat jeho nebezpečnost pro společnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný.

Kuse vyjádřeno, nedostatek rozumové a mravní vyspělosti u mladistvého se v naznačené situaci rovná svými trestněprávními důsledky existenci duševní poruchy.

Zákon však připouští u takového mladistvého použít vůči němu obdobných postupů a opatření, uplatňovaných u dětí mladších patnácti let.

Zásadně odlišně je upraven institut účinné lítosti a zahrnuje prvky dobrovolného upuštění od pokusu a v praxi znamená novou formu zániku trestnosti.

U mladistvého trestnost činu, na který zákon stanoví trest odnětí svobody, jehož horní hranice nepřevyšuje pět let, zaniká, jestliže mladistvý po spáchání činu dobrovolně odstranil nebo napravil způsobený následek, anebo se o to pokusil, zejména nahradil způsobenou škodu, učinil opatření potřebná k její náhradě nebo se jinak pokusil odčinit způsobené následky, svým chováním projevil účinnou snahu po nápravě a čin neměl trvale nepříznivých následků pro poškozeného nebo společnost.

Vůči mladistvému lze uložit výchovná opatření, ochranná opatření a trestní opatření.

Účelem těchto opatření je především vytvoření podmínek pro sociální a duševní rozvoj mladistvého se zřetelem k jím dosaženému stupni rozumového a mravního vývoje, osobním vlastnostem, k rodinné výchově a k prostředí

mladistvého, z něhož pochází, i jeho ochrana před škodlivými vlivy a předcházení dalšímu páchání provinění. Při ukládání opatření se uplatňuje diferencovaný přístup.

Výchovná opatření mohou být mladistvému uložena k dosažení účelu zákona při upuštění od trestního opatření nebo od podmíněného upuštění od trestního opatření. Těmito výchovnými opatřeními jsou *dohled probačního úředníka, probační program, výchovné povinnosti, výchovná omezení a napomenutí s výstrahou*. Výchovná opatření může soud pro mládež a v přípravném řízení státní zástupce, ukládat se souhlasem osoby, proti níž se řízení vede, již v průběhu trestního řízení, a to nejdéle do jeho pravomocného skončení. Mladistvý může kdykoli v průběhu řízení až do jeho pravomocného skončení svůj souhlas odvolat.

Ochranné opatření je *ochranné léčení, zabrání věci a ochranná výchova*.

Podmínky pro uložení ochranného léčení a zabrání věci jsou upraveny v trestním zákoně a k žádným změnám zde nedochází. Ochrannou výchovu lze mladistvému uložit v případě, že o výchovu mladistvého není náležitě postaráno a nedostatek řádné výchovy nelze odstranit v jeho vlastní rodině nebo rodině ve které žije, dosavadní výchova mladistvého byla zanedbána, nebo prostředí v němž mladistvý žije, neposkytuje záruku jeho náležité výchovy, a nepostačuje uložení ústavní výchovy podle zákona o rodině. V porovnání s dosavadní úpravou v § 84 tr. zákona jde o určité zpřísnění podmínek, za kterých lze ochrannou výchovu uložit.

Za spáchané provinění může soud mladistvému uložit trestní opatření,
a to:

- obecně prospěšné práce, přičemž horní hranice nesmí převyšovat polovinu horní hranice stanovené trestním zákonem,
- peněžitě opatření ve výměře od 1 000 Kč do 500 000 Kč, a to za podmínek stanovených trestním zákonem,
- peněžitě opatření s podmíněným odkladem výkonu,
- propadnutí věci,
- zákaz činnosti, pokud to není na překážku přípravě na jeho povolání, přičemž horní hranice sazby nesmí převyšovat pět let,
- vyhoštění ve výměře od jednoho do pěti let za podmínek stanovených trestním zákonem,
- odnětí svobody podmíněně odložené na zkušební dobu jeden až tři roky,
- odnětí svobody podmíněně odložené na zkušební dobu jeden až tři roky s dohledem,
- odnětí svobody nepodmíněné.

Trestní sazby odnětí svobody stanovené v trestním zákoně se u mladistvých snižují na polovinu, přičemž však horní hranice trestní sazby nesmí převyšovat pět let a dolní hranice jeden rok.

V případě, že mladistvý spáchal provinění, za které trestní zákon ve zvláštní části dovoluje uložení výjimečného trestu, a že stupeň nebezpečnosti takového provinění pro společnost je vzhledem k zvlášť zavrženíhodnému způsobu provedení činu nebo zvlášť zavrženíhodné pohnutce nebo k zvlášť těžkému a těžko napravitelnému následku mimořádně vysoký, může být mladistvému uložen trest odnětí svobody na pět až deset let, má-li se za to, že by odnětí svobody v rozmezí od jednoho do pěti let k dosažení účelu trestního opatření nepostačovalo.

Ustanovení trestního zákona o zvlášť nebezpečném recidivistovi podle §§ 41, 42 trestního zákona se u mladistvého neužijí.

Soud může upustit od uložení trestního opatření mladistvému, který spáchal provinění menší nebezpečnosti činu pro společnost, jeho spáchání lituje a projevuje účinnou snahu po nápravě, a to za podmínek a způsobem, upravených v §§ 11 a 12 zákona č. 218/2003 Sb. **Upuštěním od uložení trestního opatření se hledí na mladistvého, jako by nebyl odsouzen.**

Mladistvý musí mít v řízení proti němu vedeném obhájce a do vazby smí být vzat pouze výjimečně.

Je zakázáno publikovat takové informace o průběhu hlavního líčení nebo veřejného zasedání, které by vedly ke ztotožnění mladistvého ve veřejných sdělovacích prostředcích nebo jiným způsobem. Rozsudek může být zveřejněn ve veřejných sdělovacích prostředcích pouze bez uvedení jména mladistvého.

V řízení o provinění, na které trestní zákon stanoví trest odnětí svobody, jehož horní hranice nepřevyšuje tři roky, může soud a v přípravném řízení státní zástupce za určitých podmínek odstoupit, jestliže není trestní stíhání účelné a potrestání není nutné.

Dítě mladší patnácti let není trestně odpovědné, a pokud se dopustí činu jinak trestného, může soud na návrh státního zastupitelství uložit jako opatření dohled probačního úředníka, zařazení do terapeutického, psychologického nebo jiného vhodného výchovného programu ve středisku výchovné péče, anebo ochrannou výchovu.

Zákonem č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže byl do trestního zákona zařazen trestný čin svádění k pohlavnímu styku podle § 217a.

Objektem je zájem na ochraně mládeže před komerčním sexuálním zneužíváním.

Objektivní stránka spočívá v tom, že pachatel nabídne, slíbí nebo poskytne osobě mladší osmnácti let za pohlavní styk s ní, nebo za její pohlavní sebeukájení, obnažování nebo jiné srovnatelné chování, úplatu nebo jinou výhodu či prospěch.

Pachatelem může být kdokoliv, po subjektivní stránce musí jít o úmysl.

Osoba mladší osmnácti let, která žádá nebo přijme úplatu nebo jinou výhodu či prospěch za uvedené jednání, není pro takový čin trestná (§217b).

Smyslem této zákonné úpravy má být vytvoření trestněprávního prostředí pro postih některých forem komerčního sexuálního zneužívání dětí a mládeže.

Již při prvním čtení textu § 217a trestního zákona však vyvstávají určité pochybnosti o formulační preciznosti či o tom, zda je záměrem právní úpravy postihnout jen určité formy komerčního sexuálního zneužívání a některé ponechat zcela mimo dopad trestního zákona.

Z gramatického výkladu textu vyplývá, že trestné jednání spočívá v nabídce a slibu úplaty, jiné výhody nebo prospěchu osobě mladší osmnácti let za pohlavní styk s ní nebo za její pohlavní sebeukájení, obnažování nebo jiné srovnatelné chování.

Nabídka, slib nebo plnění tedy musí být učiněno přímo této osobě a trestný čin je spáchán již okamžikem přednesení tohoto návrhu, aniž by došlo k jeho akceptaci. Tato osoba také sama rozhodne, zda nabídku přijme a projev její vůle je nezastupitelný.

Nabídka a slib plnění musí být učiněn před realizací pohlavního styku nebo obdobného jednání, k poskytnutí plnění může dojít jak před touto realizací, tak po ní.

Může být problematické a diskusní, zda-li by se jednalo o trestný čin svádění k pohlavnímu styku i tehdy, kdyby došlo k poskytnutí úplaty nebo jiné výhody či prospěchu až po pohlavním styku či obdobném jednání, bez jakékoliv předchozí nabídky nebo slibu. Tedy určitá odměna coby projev spokojenosti, uznání a podobně. Návštěva butiků, lepší restaurace, ale i poskytnutí finanční hotovosti jsou jen letmo nahozené možnosti, jak lze spokojenost vyjádřit, aniž by bylo předem cokoli komukoli slíbeno.

Domnívám se, že by se o trestný čin podle § 217a trestního zákona jednat nemohlo, a to z následujících důvodů:

Za prvé samotný název trestného činu „svádění k pohlavnímu styku“ vylučuje možnost jakéhokoliv svádění k činu po činu.

Za druhé smyslem trestného činu je vytvoření prostředí pro postih jednání, které spočívá v dosažení pohlavního uspokojení s osobou mladší osmnácti let v komerčním prostředí nabídky a poptávky, či v návrhu a jeho akceptaci.

Jakákoliv předem nenabídnutá a neslíbená výhoda, poskytnutá jednostranně a dobrovolně po realizaci jednání, které je v trestním zákoně uvedeno, a de facto následně akceptovaná a přijatá vlastně není nic jiného, než darováním ve smyslu občanského zákoníku. Do jaké míry by mohlo být toto darování považováno za jednání contra bonos mores, ponechávám ke zhodnocení odborníkům pro občanské právo. Jen si dovoluji připomenout, že denně dochází k situacím, ve kterých náhodná a chvilková známost proběhne postelí a skončí dárkem na památku. Horší to bývá jen tehdy, kdy je dárkem života schopná spermie dívky, která je bez antikoncepce.

Vzniká však otázka, zda lze režim trestného činu podle § 217a trestního zákona vztáhnout i na situaci, kdy je nabídka přednesena jiné osobě než té, která má s pachatelem trestného činu realizovat některou z praktik v tomto ustanovení zákona uvedenou.

Jde především o situaci, kdy osoba mladší osmnácti let buď provozuje klasickou prostituci a je v moci pasáka, který ji nabízí, prodává a inkasuje peníze, anebo je tato osoba prodávána svými rodiči, kteří rovněž sami sjednanou odměnu inkasují. Nelze totiž přehlédnout, že předmětem útoku u trestného činu podle § 217a trestního zákona je osoba prakticky od jakkoliv nízkého věku až do osmnácti let. Dětská prostituce je realizována s osobami, které jsou často mladší patnácti let.

Pokud by se tedy nabídnutá, slíbená či poskytnutá úplata realizovala přes třetí osobu, ať již kuplíře či rodinného příslušníka, nebylo by toto jednání postižitelné jako trestný čin podle § 217a trestního zákona.

Protože by ale tento postup mohl pro třetí osobu znamenat zvýšené riziko, lze očekávat nárůst cen erotických služeb poskytovaných osobami osmnácti let prostřednictvím třetích osob.

Nelze opomenout, že ustanovení § 204 trestního zákona nepostihuje prostituční chování jako takové, nýbrž toho, kdo se na prostitučním chování jiného nějakým způsobem podílí nebo z něho kořistí.

Jde tedy o postih dvou druhů jednání, které mají povahu trestné součinnosti, spočívající buď ve zjednání, přiměnění a svedení jiného k provozování prostituce (obdoba návodu ve smyslu ustanovení § 10 odst. 1 písm. b trestního zákona), nebo kořistění z prostituce provozované jiným (obdoba trestného činu podílnictví ve smyslu § 251 trestního zákona).

Prostitucí se tedy rozumí pohlavní styk prováděný za úplatu, přičemž se tímto pohlavním stykem rozumí jakákoliv forma ukájení pohlavního pudu v kontaktu

s tělem druhé osoby, bez ohledu na pohlaví účastníků. Může tedy jít jak o klasickou soulož, tj. spojení pohlavních orgánů či pokus o toto spojení, ale i o nejružnější další formy ukájení jako je orální či anální sex, osahávání pohlavních orgánů či prsů, použití erotických sanitárních pomůcek a podobně.

Zdá se, že by mohlo být - na rozdíl od dosavadního výkladu a praxe - za pohlavní styk považováno pouhé prohlížení intimních partií bez dotyku, anebo onanie v přítomnosti jiné osoby v roli diváka. K tomuto závěru mě vede právě text ustanovení § 217a trestního zákona.

V žádném případě však není rozhodující, zda v konkrétním případě dojde či nedojde k pohlavnímu uspokojení.

Zjednáním se rozumí uzavření smlouvy či dohody, a to i jinou než výslovnou formou (konkludentně), jejímž obsahem je realizace prostitučního chování. Musí tedy existovat oboustranný souhlas kuplíře a prostitutky. Pachatelem tohoto trestného činu může být kdokoli. Trestnost činu vyžaduje úmyslnou formu zavinění.

Přiměnění jiného k prostituci znamená využití kuplířova vlivu na osobu, která má prostituční chování realizovat. Pokud by ovšem ze strany kuplíře šlo o zneužití závislosti, šlo by o kvalifikovanou skutkovou podstatu podle § 204 odst. 2 trestního zákona. Samozřejmě, že výklad pojmu zneužití závislosti může být v určitých konkrétních případech velice diskusní.

Svedení spočívá v úmyslném vzbuzení rozhodnutí pro prostituční chování. Může mít formu přemlouvání, slibů snadných výdělků, ospravedlňování prostitučního chování a podobně. Tato forma trestné činnosti může být kvalifikována jako jednočinný souběh s trestným činem ohrožování mravní výchovy mládeže podle § 217 odst. 1 trestního zákona.

Kořistění z prostituce je jakékoliv získání majetkového prospěchu z prostituce provozované jinou osobou. Jestliže pro snadnější výklad nahradíme pejorativní slovo kořistění slovem zisk, pak zcela jednoznačně vyplývá závěr, že jakákoliv výdělečná nebo zisková činnost z prostitučního chování jiné osoby je trestnou činností. Nemusí jít tedy jen o ochránce prostitutek (pasáky), ale i taxikáře, dohazovače, recepční v hotelech, barmany, provozovatele ubytovacích zařízení, erotických salonů, nočních klubů a podobných zařízení. Postačí, že taková osoba má z umožnění prostituce majetkový prospěch, aniž by si tento prospěch vynucovala nebo výslovně vyžadovala.

Jako pohrůzku násilí je třeba chápat takové násilí, které má být ihned realizováno, jestliže se ohrožená osoba nepodřídí vůli útočníka. Způsoby a metody pohrůzky bezprostředním násilím mohou být různé, a pro právní kvalifikaci budou rozhodné zejména osobní poměry poškozené osoby, jako je zejména její psychika, životní zkušenosti či rozumová a tělesná vyspělost.

Tíseň je chápána jako přechodný či trvalý stav, jehož příčina spočívá ve skutečnostech, které mají nepříznivé dopady na volní složku a tudíž vedou k omezení svobodného rozhodování.

Závislost je pak stav, ve kterém se osoba nemůže svobodně rozhodovat právě s ohledem na nejruznější vazby na pachatele, nebo s pachatelem. Není podmínkou, aby tato závislost vyplývala z právního vztahu.

Okolností podmiňující použití vyšší trestní sazby je spáchání kuplířství na osobě mladší než osmnáct let, nebo na osobě mladší než patnáct let, u níž zákon pro přísnější trestní postih vyžaduje, aby bylo kuplířství vůči ní spácháno za použití násilí, pohrůžky násilí nebo pohrůžky jiné vážné újmy, anebo aby pachatel zneužil její závislosti nebo tísně.

Zvýšený zájem o dětské prostitutky a prostitutky je vysvětlován obavou z rozšířeného výskytu onemocnění AIDS a mylnou představou dospělých zákazníků, že právě od dětí je daleko menší pravděpodobnost infikování virem HIV. Mezinárodní sexuální turistika, zaměřená z těchto důvodů na nejmladší věkovou kategorii, se nevyhýbá ani našemu státu. O sexuální turistice cizinců na území naší republiky lze pouze usuzovat z jednotlivých případů v souvislosti s trestním řízením, neboť zatím není sexuální turistika předmětem průběžného monitorování. Za nejrizikovější oblasti je třeba důvodně pokládat okolí Prahy, západní a severní Čechy. Zvláštní zpráva Nejvyššího státního zastupitelství o trestné činnosti páchané mladistvými a nedospělci a trestné činnosti páchané na dětech a na mládeži, ze dne 15.6.1998, čj. 1 Spr 135/1998 (dále jen „zpráva“), poukazuje ve vztahu k této trestné činnosti na fakt, že hlavní pachatelé si zpravidla nechávají od jiných spolupachatelů dovézt nebo sami od jiných pasáků nakupují mladistvé dívky, které pak nutí k prostituci, ze které kořistí.

Ustanovení § 217a trestního zákona má ovšem svoje dopady i do pornografické tvorby.

Jak již bylo řečeno, pachatelem tohoto trestného činu je ten, kdo nabídne, slíbí nebo poskytne osobě mladší osmnácti let za pohlavní styk s ní nebo za její pohlavní sebeukájení, obnažování nebo jiné srovnatelné chování, úplatu nebo jinou výhodu či prospěch.

Z dikce se zdá, že pachatel musí jednat naznačeným způsobem proto, aby dosáhl on sám a osobně pohlavního styku či srovnatelného chování. Není zřejmé, zda jde o trestný čin v případě, že nabídku, slib či poskytnutí úplaty nebo jiné výhody či prospěchu realizuje osoba odlišná od té, která má protiprávní jednání realizovat.

A nebo opačně. Zda jde o trestný čin v případě, že je úplata, jiná výhoda či prospěch nabídnut osobě odlišné od té, která má protiprávní jednání realizovat,

a to v neprostitučním prostředí, jakým je kupříkladu pornografická tvorba zaměřená na vizuální produkci.

V pornografických filmech, videokazetách a na fotografiích figurují stále mladší a mladší herci a děti. Je jasné, že honoráře musejí být sjednávány a vypláceny mezi dospělými osobami, nejčasněji za stranu herce s jeho rodiči.

V případě, že producent či jiná osoba, která zastupuje tvůrce pornografického materiálu, sjedná se zákonnými zástupci a nebo přímo s nezletilým hercem odměnu za jeho herecký výkon, který odpovídá některé z činností uvedených v § 217a trestního zákona, nelze podle mého názoru dojít k závěru, že tato osoba nabídla, slíbila nebo poskytla osobě mladší osmnácti let úplatu nebo jinou výhodu či prospěch a to za pohlavní styk s ní.

Naproti tomu se kloním k názoru, že v případě sjednání pohlavního sebeukájení, obnažování nebo jiného srovnatelného chování, by tento postih možný byl. Spojka „nebo“ je spojkou vylučovací a jednání formulované před a po této spojce, je odlišné. Tedy, buďto pohlavní styk s pachatelem nebo pohlavní ukájení, obnažování nebo jiné srovnatelné chování před kýmkoliv. Tedy i před kamerami v rámci filmové či obdobné pornografické tvorby.

13. Drogové subkultury

Miloš Vaněček

PUNK

„PUNK“ - toto slovo je známé v angličtině asi od 16. století. Jako podstatné jméno označuje pouliční děvku či submisivního homosexuála, jako přídavné jméno znamená „zkažený“, „ničemný“, „bezecný“.

Punk je projeven snahy městské mládeže o autenticitu a přirozenost ve svém citění a projevu. Mládež prožívala a svým způsobem i dnes prožívá odcizení ve společnosti, ve které žije a cítí potřebu vyjadřovat se pomocí autonomního životního stylu, který by nahrazoval jejich skutečné pocity, problémy a společenskou odlišnost.

Punk doposud nejradikálněji se všech skupinových životních stylů vyjádřil odcizenost před dominantním světem a současně i odlišnost této konkrétní společenské skupiny. Punk byl alespoň ve svých počátcích, hnutí programově nesentimentální. Jeho grimasou byl naštvaný nebo výsměšný škleb, univerzálně použitelným gestem prostředník, vystrčený jako znamení, co vy mě všichni můžete. Položíme-li otázku proč vznikl u určité skupiny mládeže naprosto odlišný, protikladný světový názor tak odpověď nám pomůže nalézt citát B. Pascala: „Pro člověka není nic tak nesnesitelného, jako být v naprostém klidu, bez vášně, bez zájmu, bez rozptýlení, bez úsilí. V té chvíli pocítí svou nicotu, svou opuštěnost, svou nedostatečnost, svou závislost, bezmoc, svou prázdnotu. Okamžitě se z hloubek jeho duše vynoří nuda, sklíčenost, smutek, hořkost, nespokojenost, zoufalství“.

Mládež, která se obrátila k punku s nadějí, že s jeho pomocí vyřeší své problémy, tedy nezaměstnanost, rasismus, nebezpečí světového konfliktu se pokouší dostat nad subjektivně pociťovanou „svou nicotu, svou opuštěnost, svou závislost, bezmoc, svou prázdnotu“ pomocí šoku ve svém okolí. Provokovali vším, co lze k provokaci použít. Punker tedy říká: „Nevím, co chci, ale vím, jak to dostat“. Okolí mu odpovídá: „Jak to zase vypadáš, to se nemůžeš pořádně obléct?“. Punk, především punk anglický, projevoval od samého počátku téměř morbidní sklony k dekadenci a perversi. Při jevištní prezentaci své tvorby však evidentně vyzdvihoval vitalitu, houževnatost a odolnost mladé generace.

V londýnské King's Road 430 je dodnes jeden z nejslavnějších butiků. Založil ho v polovině sedmdesátých let Malcom McLaren a Viviana Westwoodová; dali mu jméno SEX. Prodávali v něm výbavu pro Teddy Boy, jakýsi předobraz punkové módy. Aby své zboží McLaren co nejlépe zpropagoval, rozhodl se založit kapelu – tak vznikli SEX PISTOLS.

Nenáviděli, co se dalo nenávidět. Jak pravil Johnny Rotten: „Nevím co chci,

ale vím, jak toho dosáhnout. Zničit všechno.“ Problém je, že začali sami u sebe. Tolik se nenáviděli.

Když budeme chtít pojmenovat kořeny vzniku Sex Pistols, musíme nutně zabrousit do společenského klimatu poloviny sedmdesátých let, abychom našli živnou půdu. Dobový tisk budiž důkazem, že anglická společnost prožívala objektivní krizi, která se bezprostředně dotýkala mládeže. V té době utrpěla spoustu porážek a zklamání, ať už jde o klesající počet pracovních míst, krizi hudebního průmyslu či zahořknutí z toho, kam až to nedotáhly máničky ze sedmdesátých let, které se vzbouřily proti předešlým generacím, ale nedovezly prohnitou drogovou káru dále, než k výstřednostem a zničení sebe sama. S důsledky se ti méně výbojní vyrovnávali pěknou řádku let.

NEW AGE

Historie poutníků New age začíná až poté, co z „černého srdce“ Londýna, ze čtvrti Camden Town, byli vystěhováni ti, kteří zde bydleli neoprávněně. Jejich exodus sledoval tisk i úřady.

Bláznivě pomalování pouliční rváči, unavení potyčkami s autoritami, už správně pochopili, že jejich skuteční nepřátelé jsou úřady a policie, ne „dětí květin“. Tito drsní propagátoři hesla „No future“, není budoucnosti, souzněli s myšlenkou „Peace and Love“, míru a lásky, a také se spiritualismem New age. Výsledkem byla pozoruhodná směsice potetovaných bytostí s dlouhými vlasy nebo s dredy, v košilích s batikovými vzory, ve vyšívaných šatech doplněných koženými amulety. Poutníci New age, rozhodnutí žít v souladu s přírodou, se při hledání spirituality uchýlovali k drogám přírodním, marihuaně a hašiši. Z těchto důvodů také upřednostňovali textilie z přírodních vláken.

New Age – „Nový věk“ je široký myšlenkový směr, někdy označovaný jako „hippiovské myšlení v posthippiovském věku“. Jeho cílem je duchovní povznesení, rozvinutí lidského myšlení a jeho skrytých sil, prohloubení schopnosti lidí nejrůznějších ras, náboženského přesvědčení, politických a kulturních názorů, žít vedle sebe ve vzájemné harmonii. Na rozdíl od různých apokalyptických vizí, New Age vidí budoucnost lidstva optimisticky. Jeho stoupenci tvrdí, že do naší doby se již promítá začátek nového období lidských dějin, v němž bude přibývat harmonie, míru, mezilidského přátelství a sounáležitosti s přírodou. Toto pozitivní myšlení o nejbližší budoucnosti lidstva se rozšířilo z Kalifornie prakticky do celého světa. Hnutí soustředěné okolo New Age v sobě zahrnuje množství organizací, institucí, sdružení a skupin a přímo i nepřímo zasahuje do nejrůznějších oblastí lidského života.

Stoupenci New Age usilují o změnu lidského myšlení, a to u jednotlivce i v celosvětovém rozměru. Je třeba pocítnutí, jež se má uskutečnit probuzením

skrytých psychických sil člověka. K tomu může sloužit řada multikulturních aktivit opřených o astrologii, šamanismus, psychedelismus, východní náboženství, meditační techniky, telepatické kontakty s dávno zemřelými „mistry“, nejružnější psychologické přístupy, vedoucí ke změně osobního vědomí, syntetizéry, videohry, počítače, internet, virtuální realita apod.

Spojujícím prvkem těchto různorodých přístupů je *spiritualita*, vnitřní duchovní spřízněnost. Na prahu třetího tisíciletí se shodné duchovní proudy šíří v původně silně roztržštěných a různorodých oblastech kultury. Tradiční náboženské směry a kulturní prvky přicházející z nejružnějších orientálních kultur získávají popularitu v kulturním prostředí západní mládeže, stírají se rozdíly mezi kulty a kulturou, pop-kultura proniká do náboženských rituálů a náboženské rituály do pop-kultury, stírají se rozdíly mezi sakrálním a profánním, tradiční přírodní šamanismus získává digitální dimenze aj. To, co zůstává nezměněno, je vnitřní obsahová spřízněnost, která tvoří základ i nástroj vybudování budoucí harmonie ve vztazích člověka s člověkem a člověka s přírodou.

Je to právě filosofie New Age, která oprašuje původní myšlenky beat generation, aby je znovu předložila svým vyznavačům, oděné do novodobého industriálního hávu. S nimi přichází i renesance psychedelismu.

NÁVRAT ARCHAISMU

Podobně jako hippies, i stoupenci alternativních směrů více či méně spojených s filosofií New Age se ve svém hledání nových přístupů k životu obracejí k přírodním a starověkým kulturám. V jejich výrazovém rejstříku se často objevují výrazy jako pohanství, šamanismus, magie, mysticismus, trans ...

Často užívaným nástrojem při zpracování archaických motivů je moderní technika jako jsou videa, syntetizéry, počítače, internet.

Novodobí pohaní, odmítají poklidné rozjímání a meditaci, jejich náboženská hnutí, jako např. Wicca, hledají kreativní a expresivní vyjádření vycházející ze starých tradic evropského a neolitického folklóru. Výsokou popularitu získávají např. keltské kulty a rituály. Hledání keltských kořenů je značně rozšířené i u nás. Důraz je přitom kladen na vnější efekt. Jednotlivé kulturní prvky a symboly jsou v této souvislosti často využívány bez ohledu na vnitřní obsah a souvislosti. Magický a kulturní chaos podporují nejružnější polovědecké a nadpřirozené teorie.

ŠAMANISMUS

Další cestou duchovního obrození v alternativních kulturách je návrat k hodnotám přírodních národů. V této souvislosti si značnou popularitu získává *psychotropní šamanismus*, tedy šamanské praktiky vycházející z užívání drog.

Psychologa Timothy Learyho nahrazuje v roli „kulturního gurma“ etnobotanik, filozof, historik a vizionář Terence McKenna. **Ten užívání psychedelik prohlašuje za součást přirozených práv lidstva, za nástroj jeho duchovního povznesení. „Rveme zem na kusy, vyplivujeme své toxiny - a celá planeta na to reaguje. Psychedelika sehraji hlavní roli v procesu uvědomování si toho, co se to tu vlastně děje“, tvrdí McKenna ve svých knihách a projevech (McKenna, T. Sacred plants and mystic realities. The Archaic Revival, San Francisco, 1991. 249 s.)**

Mezi hledači pravd v prostředí přírodních národů dosahuje proslulosti antropolog *Carlos Castaneda* se svým „Učením dona Juana“ - alegoricko-etnologickými knihami o užívání drog v šamanských praktikách mexických indiánů Yaqui. Šamanismus je v tomto kontextu chápán jako cesta, jíž je možné překročit hranice normální skutečnosti a tím vnést nové prvky, nové impulsy do vnímání světa, znovunalezt kontakt s přírodou. V prostředí myšlenkových proudů západní civilizace tak dostává silný mesianisticko-ekologický náboj. Překračování normální skutečnosti je chápáno jako součást daleko širšího kontextu a je zaměřeno na pomoc celému lidstvu. „Osvícenost šamanismu spočívá ve schopnosti ozářit to, co jiní vnímají jako temnotu, a pak se vydat na cestu i za ostatní, kteří jsou dnes už nebezpečně blízko ztráty svého duchovního pouta se všemi svými příbuznými, s rostlinami i zvířaty žijícími na staré dobré Zemi“, tvrdí M. Harner v knize „Šamanova cesta“ (San Francisco 1980). „Každý, kdo má dost odvahy, aby se podíval skutečnosti do tváře, musí dnes uznat, že porušení ekologické rovnováhy způsobené drancováním přírody už přerostlo do autonomních procesů, které se zcela vymkly kontrole i těch čarodějových učňů, kteří je původně rozpoutali.

Každé rozumné řešení této situace musí vyjít z pochopení skutečnosti, že „žádná část celku nemůže kvést na úkor jeho ostatních částí, aniž by přitom nezničila celek“. Řečeno stručně, to vše může být shrnuto pod pojem krize vědomí, krize naší společné schopnosti a ochoty vnímat sebe samy jako satelity systému sil, který přesahuje naše normální vnímání. A jestliže naše vědomí je patologicky deformováno ve způsobu, kterým vnímáme skutečnosti, představuje to výzvu pro nás všechny, kteří si to uvědomujeme, abychom se pokusili nalézt nové vzorce chování, nový způsob, jak sebe sama vnímat v toku času a událostí.

Šamanské kultury vždy samy sebe vnímaly uvnitř prostoru transcendentální reality, kterou jsme my opožděně akceptovali pod názvem „rozšířené vědomí“. Ačkoliv my tyto kultury vnímáme jako „primitivní“, jejich, většinou kmenová společenství, si uchovala způsob vnímání skutečnosti, který jsme my, ke své vlastní škodě, ztratili. Příslušníci těchto kultur nevnímají sami sebe jako něco odlišného od prostředí a za svou moudrost vděčí vzhledům, navozeným psychotropními rostlinami.

V současné době potřebuje lidstvo při své plavbě oceánem života tak zoufale vylepšit své navigační schopnosti, že nesmí vynechat žádnou možnost, která by tento proces urychlila. **Drogy měnící vědomí jsou možná hodně drastický prostředek, ale co je drastičtějšího, než problémy, které v současné době ohrožují planetu? Doktoři většinou neváhají s předepsáním léku pro nemocné tělo.** Proč tedy váhat s předepsáním léku duši, zvláště je-li v sázce přímo naše přežití“, dodává Jim DeKorne v knize „Psychotropní šamanismus“ (Praha 1997).

Hledání „nových forem vědomí“ přineslo renesanci zájmu o halucinogeny, jako jsou halucinogenní houby.

Užívání drog se v kontextu psychotropního šamanismu stává prostředkem nápravy společnosti – ne-li záchrany lidstva. To jsou imperativy, které mládež zejména v adolescentním věku neobyčejně silně oslovují – jsou součástí jejího naturelu. Je očividné, že vedle takovéto ideologicky podložené argumentace je u nás značně rozšířené mentorování školských lektorů a zdravotních pracovníků o škodlivosti drog pro lidský organismus v rámci preventivních protidrogových programů neúčinné, ne-li směšné.

MODERNÍ PRIMITIVISMUS

Vnější znakem návratu archaismu nejrůznější úpravy těla spojované s „primitivními“ kulturami – tetování (*tattooing*), propichování (*piercing*), cejchování (*branding*), umělé zjizvování (*scarification*). Termín „moderní primitivismus“ zavedl v roce 1978 Fakir Musafar, považovaný za duchovního vůdce - šamana nového hnutí. Moderní primitivové obhajují návrat předkřesťanských idejí, které prováděly objevování duchovna prostřednictvím těla (to je považováno za cestu k poznání spirituality). Jejich hnutí dosáhlo vrcholu koncem 80. let, kdy byla publikována kniha „Moderní primitivové“. V knize byly kombinovány fotografie ozdobných a duchovních úprav těla z moderních a primitivních kultur. Kniha měla obrovský úspěch.

Zejména móda tetování a piercingu se značně rozšířila v prostředí subkultur mládeže. Podobně je tomu i v případě *dreadlocks* – „děsivých chumáčů“ – copánkovité úpravy vlasů, spojené s afro-karibským náboženstvím *Rastafarianů*. Tyto prvky bývají zejména starší generací univerzálně spojovány se zneužíváním drog a problémové mládeže. To může i nemusí být pravda. Mnohem častěji se dnes totiž jedná o módu, o snahu mladých lidí odlišit se od konzumního proudu, nalézt vlastní identitu v odlišnosti. Vnější projevy jako je styl oblékání, barva vlasů či piercing ani zdaleka ještě nemusejí signalizovat příslušnost k určité subkultuře či asociální jednání.

FUTURISTICKÉ TECHNOLOGIE

Archaistický revival (návrat) na první pohled paradoxně sdílí scénu s rychle se rozvíjejícími moderními technologiemi. Počítačová technika a virtuální realita dává nový rozměr nejrozličnějším mytologickým imaginacím, víze o vytvoření umělé inteligence a internet podněcuje spekulace o digitální rekonstrukci narušeného lidského vědomí, syntetizéry a elektronické hudební nástroje otevírají nové možnosti v moderní hudbě a stimulaci vědomí. Z tohoto podhoubí se formují nové ideologie, nové myšlenkové a kulturní směry. Ty se rychle šíří prostředky globální masové komunikace. Extáze, mysticismus, primitivní symbolismus, synkretismus a masovost se stávají hlavními znaky kulturních projevů moderní doby.

Rozvinuté technologie 90. let umožňují rychlou komunikaci a práci s daty. Problémem ovšem zůstává, jaká by tato data měla být, jaký by měl být jejich vnitřní obsah, jejich poselství. Zejména 90. letech proto dochází k renesanci zájmu o UFO a fenomén mimozemských civilizací. Obrovský rozmach zaznamenává literární žánr science-fiction. Americký seriál o tajemných jevech a návštěvnících z vesmíru mezi námi „Akta X“ se stává kultem. „Pravdivé“ příběhy o mimozemšťanech a vládách, které utajují kontakty s nimi, se stávají téměř součástí lidového folklóru. Stejně kultovní záležitostí s milióny „trekkerů“ se stává sci-fi seriál „Star Trek“, poznamenaný řadou prvků New Age, či britský „vesmírný“ sitcom „Červený trpaslík“. Myšlení školních dětí zpracovávají „Strážci vesmíru“. Jinou variantou „duchovního naplnění“ a reakcí na přetechnizovaný svět se stává využívání archaických prvků. Příznačné přitom je, že tyto prvky jsou v často poskládány vedle sebe bez ohledu na původ či historické souvislosti. Digitální svět klade rovnítko mezi minulostí a budoucností, mezi transcendentální a přísně materiální. Symbolické a mytologické prvky z nejrozličnějších dob, a kultur vedle sebe řadí často pouze na základě povrchní podobnosti. Objevuje se žánr fantasy se zmytologizovanými superhrdiny a barvitými pseudosvěty. Literatura žánru fantasy si získává milióny příznivců po celém světě; jejich popularitu dále zvyšují filmy a seriály typu *Barbar Conan*, *Herkules* či *Xena: Princezna válečnice*.

Někteří specialisté na drogovou problematiku se domnívali, že to budou právě moderní interaktivní technologie – počítačové hry, video, zaujetí virtuální realitou či internet – které vytlačí z centra zájmu mládeže drogy. Zároveň varovali před nadužíváním těchto nových fenoménů a vytvářením nových forem psychické závislosti na nich. Tyto předpovědi se však nevyplnily. Drogy si našly i v novodobém kulturním prostředí své místo. Nositelem jejich nového lavinovitého šíření se stala taneční subkultura.

DROGOVÉ SUBKULTURY – ACID HOUSE, TECHNO

Co vlastně dnešní mládež hledá? Co díky extázi prožívá?

Na tanečních zábavách v „rave-klubech“, při poslechu technohudby a v „house-klubech“ se o víkendech scházejí tisíce mladých lidí. Jednotvárná, rytmická hudba se střídá s citovými, pomalými dojemnými ploužáky. Atmosféru podbarvují světelné blesky, různé efekty, stroboskopické světlo a laserové show. Mladí tančují, tančují a tančují, rozhazují rukama, křičí. Celé hodiny, celé noci.

Večírek nekončí, jede se dál a dál a dál. Nelze přestat, nesmějí přestat. Zábava pokračuje, trvá skoro 24 hodin.

Mohu a smím dělat co chci. Všem je to úplně jedno. Mohu ležet na zemi, stát na hlavě, všechno je o.k. Při tanci neexistují taneční kroky, neexistují pravidla. Každý si může dělat co ho napadne.

Necháván se unášet bez cíle, nevím kam. Mohu vzlétnout ke hvězdám a na všechno se vykašlat. Pluji jako na oblaku, pomalu jako na měsíci. Hrozně mě to sem táhlo, jsem tak šťastný. Jsem jako v jiném světě. Ztrácím zábrany, projevuje se moje osobnost. Cítím se lépe, jsem svobodný, bez zábran, hudba proudí v mém těle. Prožívám extázi z pohybu.

Extáze je klíč k euforii, radosti. Jsi mnohem přístupnější, objímáš lidi, které jsi předtím nikdy neviděl. Vycítíš, jestli ti je někdo blízký, poznáš jestli s tebou chce mluvit nebo ne. Zabýváš se druhými lidmi, aniž bys je utiskoval. S extází je člověk takový jakým by vlastně rád byl. Může se chovat podle svých představ a přání.

POČÁTKY

Acid house je hudebním vyjádřením označovaným jako The Rave Scene, jež má své počátky v Londýně v období vrcholného thatcherismu. Rave se stal synonymem anarchistické oslavy transu, vyprovokovaného zavilým rytmem house music a „svátosti“ zvané extáze. Původní značkou extáze bylo okřídlené srdce, symbol mystické lásky tančících dervišů. Tep lidského srdce synchronizovaný s rytmem andělských křídel. Hnutí dosáhlo během krátké doby takové obliby a takové šíře, že úřady se rozhodly k protiofenzivě zákazů a postihů. Rave však pokračuje dál. Taneční mánie za 50 kilowattového zesílení srdečního tepu doposud nezrozených embryí zachvátila generaci devadesátých let.

Od počátku osmdesátých let časopis Encyclopaedia Psychedelica předpovídal, že se hnutí Youth Culture stane epicentrem naprosto nové „posedlosti po vědomí“. Nikdo jiný než youth culture – kultura mládeže – nemůže dominantní kulturu mutovat a začít šířit novou; nikoliv pouze nějaké nové hnutí, ale nový životní styl.

HUDBA ACID HOUSE

Název má spojitost s drogou LSD (acid), která se na party, ze začátku hodně

užívala. Na drogách je založená celá scéna. Dobrou party dělá hojné množství drog – LSD, extáze, marihuana – čím je jich víc, tím je nálada lepší. K tomu hudba s tempem 80 úderů za minutu a více, tisíce divoce tancujících mladých, více laserů, zvukový systém o výkonu 50 000 Wattů, speciální efekty a je tu skutečně dokonalá forma zábavy.

Extázi si oblíbili stoupenci nechvalně známého indického guru Bhagwana Rajneeshe. Když sanyasinové opustili svůj ašram v Oregonu, přinesli v polovině osmdesátých let extázi do Evropy. V roce 1987 vznikl na prázdninovém ostrově hippies Ibiza tzv. „rave-klub“. Extáze se připojila k LSD a hašiši, taneční večírky trvaly celé noci. Brzy nato se v Anglii začaly pořádat první taneční zábavy pod širým nebem nebo ve velkých skladištích.

120 taktů představuje tep srdce embrya v děloze matky. House je rychlejší vibrací pro rychlejší věk. Jenom představa 20 000 tancujících dervišů, kteří spolu tancují v rychlosti 120 úderů za minutu až do východu slunce dává úžasný pocit solidarity 20 000 lidí se stejným pocitem. Acid house spojuje a sjednocuje všechny kulty a nasampluje to nejlepší co se dá v nejružnějších kulturách najít. V tom je její síla. Rockový dav se dívá směrem k pódiu a pasivně konzumuje děj, který se na něm odehrává. Housový dav je jiný. Lidé se dívají jeden na druhého. Hudba je zpátky v rukou nebo spíše v nohou lidí. A tak 10 000 účastníků neuctívá žádnou hvězdu.

ZAPĚŘIT A ZEMŘÍT

Klubová scéna, taneční párty a drogy k sobě všeobecně patří. Legenda praví, že samotný DJing vznikl přímo na základě účinků extáze. Požitkáři nadopovaní MDMA si chtěli prodloužit vrcholné okamžiky svých oblíbených fláků, takže jakéhosi diskdžokeje napadlo koupit dvě stejné desky a při konečné fázi kumulace kýžených okamžiků té první tam hodit tu druhou, na níž zvuková rozkoš teprve začínala. Nebyla to pochopitelně jen extáze a momentální poměr budivých a tlumících účinků v ní, ale i jiné chemické látky hojně užívané v době, kdy některý z žánrů klubové muziky zrovna vznikal. Souvislost například mezi old-schoolovým trip-hopem a tripem či hard-housem a speedy je poměrně zřejmá. Stejně tak zřejmě je, že za celým rozvojem masových tanečních akcí a kolotočem party, after party, after after party nestojí neudolatelné hudební nadšení davů. Ovšem nelze tvrdit, že party jsou jenom o drogách, protože řada lidí užívajících extázi atd. nejsou asociálové futrující se do bezvědomí chemikáliemi, ale používá drogu jen jako doplněk prohlubující momentální euforický zážitek.

Britská klubová scéna je obrovská. Její potenciál užíví superkluby s několikatisícovou kapacitou pořádajících party od pondělka do pondělka. Clubbing je standardní způsob zábavy britské mládeže a braní drog normální

způsob relaxace pro zhruba milion z nich. Drogová paleta obsahuje kromě extáze kokain, ketamin, GHB, metadon. Podle průzkumů časopisu Mixmag jsou chemické koktejly stále divočejší a spotřeba drog rok od roku stoupá. Masová klubová scéna a masová konzumace drog způsobuje více kolapsů. První úmrtí v následku požití extáze bylo v Anglii v únoru 1992 a od té doby bylo zaznamenáno 22 úmrtí v souvislosti s tanečními party.

PARTY SKONČILA, AFTERPARTY ZAČÍNÁ

Party skončila, venku se již rozednilo, na ulicích začíná běžný život. Tělo je stále ještě roztancované a mysl excitovaná – nadešel čas pro afterparty.

Afterparty je fenomen nerozlučně spjatý se současnou taneční kulturou. House party samy o osobě posunuly čas zábavy do pozdních nočních hodin. Clubbeři, kteří si noc chtějí opravdu užít, večer nejprve vyráží na preparty do příjemných barů s reprodukovanou hudbou, od jedenácté hodiny večerní až do páté, šesté ranní si užívají atmosféru party. Pro tvrdé jádro klubových paříčků s vypnutím zvuku v klubu noc ale nekončí – na řadu přichází afterparty. Není ale afterparty jako afterparty. Někteří clubbeři dávají přednost odchodu domů, kde si v kruhu kamarádů pořádají vlastní afterparty, jiní naopak upřednostňují tanec v klubech. Dobrá party nekončí před polednem druhého dne tvrdí clubbeři. Nejtvrdší kaliči podávají velice obstojné sportovní výkony, když si uvědomíme, že tančí s menšími přestávkami třeba dvanáct hodin. Není třeba zakrývat, že drtivá většina lidí do sebe vpravila nějaké taneční drogy. Hudebně se afterparty většinou neliší od parties samotných, někteří DJs jsou schopni do lidí „hustit“ tvrdé techno ještě ve dvě odpoledne.

14. Skúsenosti s realizáciou projektu ŠPZ na Slovensku

PhDr. Eva Tomková

Základné dokumenty:

Medzinárodný dohovor o právach dieťaťa

- **čl.24, písmeno e/**
zabezpečiť, aby všetci členovia spoločnosti, predovšetkým rodičia a deti mali prístup ku vzdelaniu, aby boli informovaní o základných poznatkoch v oblasti detského zdravia a výživy...
- **čl. 33**
opatrenia na ochranu pre nezákonným požívaním narkotík a psychotropných látok....

SZO – Zdravie 21

- Zdravie pre všetkých v 21. storočí
- SZO sídlo pre Európu – Kodaň
- Medzinárodná sieť ŠPZ
- Národná sieť ŠPZ
- Spolupráca s MZ SR
- Národné konferencie ŠPZ (Trenčín, 3.-4.4.2003)

Základné dokumenty v SR

- Národný program podpory zdravia
- Národný program výchovy a vzdelávania
- Národný program boja proti drogám
- Koncepcia štátnej politiky vo vzťahu k deťom a mládeži do roku 2007
- Národný akčný plán pre deti
- Akčný plán pre životné prostredie a zdravie obyvateľov SR

Národný program podpory zdravia

Štátna zdravotná politika

MŠ SR – rezort školstva

Projekt SZO – Školy podporujúce zdravie

- Materské školy
- Základné školy
- Stredné školy

Databáza a register Národnej siete ŠPZ podľa okresov a krajov

Publikácia: **Sieť škôl podporujúcich zdravie v roku 2003, ÚIPŠ** – www.uips.sk

Hlavné ciele projektu ŠPZ

- Vytváranie zdravého životného prostredia a jeho ochrana
- Racionálna životospráva, pitný režim, zdravý životný štýl
- Podpora a ochrana zdravia, otužovanie, prevencia ochorení
- Podpora pohybových aktivít a športu, rozvíjanie telesnej zdatnosti
- Humanizácia a demokratizácia výchovno-vzdelávacieho procesu
- Environmentálna a ekologická výchova
- Zvyšovanie bezpečnosti pri práci, znižovanie rizika úrazov
- Aktívne využívanie voľného času
- Podpora duševného zdravia
- Prevencia závislostí

Kurikulum

- Nepovinný predmet Onkologická výchova, Prvá pomoc – SČK
- Celoškolské programy
- Aktivity:
- k Svetovému dňu výživy, Týždňu zdravia, Svetovému dňu duševného zdravia, Svetovému dňu boja proti AIDS, Európskemu týždňu bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, Európskemu týždňu boja proti drogám, Deň narcisov, a pod.
- Spolupráca s MVO, ÚVZ, SČK, Ligou proti rakovine a pod.
- Školské kluby, Záujmové krúžky, ŠVOČ, Prázdninové školské dvory, Preventívno-výchovné programy (Chceme dýchať čistý vzduch, Škola bez A a T, prevencia šikanovania, Stop fajčeniu, rovesnícke programy a pod.)
- Školské zariadenia: CVČ – viac než 130
- Centrá výchovnej a psychologickkej prevencie a pedagogicko-psychologické poradne – viac než 90
- Aktivity v spolupráci s MVO

Koncepcia PDZ je zameraná na celú šírku problematiky v oblastiach:

- Výchovy a vzdelávania v predškolskej výchove, v školskom systéme ako aj v mimoškolskej a záujmovej činnosti
- Aktívnej ochrany detí pred sociálno-patologickými javmi
- Odbornej psychologickej a poradenskej starostlivosti
- Spolupráce s rodičmi
- Reeducácie a resocializácie

V roku 1999 – MŠ SR

„Koncepcia prevencie drogových závislostí do roku 2003“

- V každej škole - učiteľ - koordinátor ŠPZ
- Doplnkové učebné texty:
(Neniť svoje múdre telo, Ako poznám sám seba, Ako byť sám sebou)
- Pedagogicko-organizačné pokyny
- Celoročné školské programy
- Aktivity podľa určeného zamerania
- Databáza preventívnych projektov – 363 v rámci CVPP a PPP - evaluácia
- Preventívne programy podľa vekových kategórií
- Peer programy
- Cesta k emocionálnej zrelosti
- Kým nie je príliš neskoro
- Mládežnícke programy
- Voľnočasové aktivity
- Tvorivé dielne
- Databáza ŠPZ

Pedagogicko-organizačné pokyny vymedzujú

- Povinnosť a zásady aktívnej ochrany detí pred sociálno-patologickými javmi
- Základné princípy prevencie
- Úlohy učiteľov – koordinátorov prevencie sociálno-patologických javov
- Zameranie práce centier výchovnej a psychologickkej prevencie

Preventívno-výchovné programy – CVPP a PPP, jednotlivé školy

- Program Školy podporujúce zdravie
- Doplnkové učebné texty
- PVP Cesta k emocionálnej zrelosti
- Program rozvoja osobnosti
- Kým nie je príliš neskoro
- Škola bez A,T a iných drog
- PC programy, Peer programy
- Regionálne programy

Fajčenie cigariet – frekvencia

	1996	1999	2002
	%	%	%
fajčí príležitostne	15,1	14,5	13,6
denne	17,1	24,7	22,8
nefajčí	60,4	57,3	60,3
neskúšal	7,4	3,5	3,3

Zdroj: ÚIPŠ, 2002

Konzumovanie alkoholických nápojov

	1996	1999	2002
	%	%	%
pije denne	0,9	2,5	1,9
pije 2-3x do týždňa	5,8	12,3	11,4
pije príležitostne	58,9	59,7	66,3
nepije	30,9	24,0	18,2
neskúšal	3,5	1,5	2,2

Zdroj: ÚIPŠ, 2002

Skúsenosti respondentov s nelegálnymi drogami

	1996	1999	2002
%	15,4	19,6	20,7

Zdroj: ÚIPŠ, 2002

www.education.gov.sk

Vysvetlivky ku skratkám:

ŠPZ – Školy podporujúce zdravie (program SZO)

SZO – Svetová zdravotnícka organizácia – WHO

MZ SR – Ministerstvo zdravotníctva SR

MŠ SR – Ministerstvo školstva SR

ÚIPŠ – Ústav informácií a prognóz školstva

MVO – mimovládne organizácie

ÚVZ – Úrad verejného zdravotníctva

SČK – Slovenský Červený kríž

CVČ – Centrum voľného času

Koncepcia PDZ – Prevencie drogových závislostí

CVPP – Centrum výchovnej a psychologickéj prevencie

PPP – Pedagogicko-psychologická poradňa

PVP – preventívno-výchovný program

A –alkohol

T – tabak

PC programy – počítačové programy

15. ZDRAVÉ ZUBY - výukový program pro 1. stupeň ZŠ

PaedDr. Lenka Kubrichtová

Celoplošný, preventivní výukový program péče o chrup pro 1. stupeň ZŠ v ČR

Program v současné době zahrnuje:

- **odborný manuál pro pedagogy** (všechny ZŠ v ČR obdržely manuál v červnu 2000)
- **metodická příručka pro pedagogy, jak s tímto programem pracovat v rámci běžné výuky** (všechny ZŠ v ČR obdržely příručku ve školním roce 2001 / 2002)
- **pracovní listy pro žáky připravené s ohledem na věkové zvláštnosti dětí**
(se posílají do všech ZŠ v ČR každý rok v podzimních měsících, podle počtu dětí v jednotlivých třídách na 1. stupni)
- **diplomy pro žáky**
(se posílají do všech ZŠ v ČR spolu s pracovními listy, každý rok v podzimních měsících, podle počtu dětí v jednotlivých třídách na 1. stupni)
- **spořič obrazovky** (všechny ZŠ v ČR obdržely spořič ve školním roce 2002 / 2003)
- **2 brožury VZP (ZDRAVÉ ZUBY pro celou rodinu – Těhotná žena, novorozenec, batole a předškolní dítě, ZDRAVÉ ZUBY pro celou rodinu – Školní děti a dospívající mládež)**
- **Internetová stránka [http://www.ZDRAVE ZUBY.cz](http://www.ZDRAVE.ZUBY.cz)**
- **ZDRAVÉ ZUBY - P.O.Box 21, 180 00 Praha 8**
- **ZDRAVÉ ZUBY - Infolinka - 800 162 825**
- **soutěž ZDRAVÉ ZUBY- školní rok 2004/2005 - IV. ročník soutěže**
(soutěžní karty se posílají do všech ZŠ v ČR spolu s pracovními listy každý rok v podzimních měsících, podle počtu dětí v jednotlivých třídách na 1. stupni, soutěž končí 15. května 2005)
- **metodické semináře pro pedagogy ZDRAVÉ ZUBY**
(Akreditace MŠMT ČR č.j. 27 703 / 2004 - 25 - 318)
k 31. 12. 2004 – proběhlo 45 seminářů a proškoleno bylo 1 828 pedagogů

- **2 dotazníková šetření o zubním zdraví na školách** (2002 / 2003, 2003 / 2004)
- **šetření zubního zdraví - červen 2004, Praha 1, 2 a Brno** (stomatologické a dotazníkové)
(Grant MZ ČR: Praha 17 ZŠ - vyšetřeno 298 dětí, Brno 6 ZŠ - vyšetřeno 151 dětí, výsledky budou zveřejněny začátkem roku 2005) ***Celkem se šetření zúčastnilo 449 dětí.***

16. Metodická část

PaedDr. Lenka Kubrichtová

Výchova ke zdraví na všech stupních vzdělávání vychází ze strategie WHO pro 21. století – ZDRAVÍ 21, z vládního dokumentu Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - ZDRAVÍ 21. (Projednán vládou ČR dne 30. října 2002, usnesení vlády č. 1046), z dokumentu Akční plán zdraví a životního prostředí ČR a z dokumentů MŠMT ČR.

Zcela neoddělitelnou složkou výchovy ke zdraví je i sexuální výchova. Ta je pojímána jako bio-psycho-sociální kategorie. V souladu s vývojovými předpoklady, poznávacími možnostmi a postupně získávanými zkušenostmi žáků z každodenního života, **směřuje výuka v této oblasti k tomu, aby si žáci osvojili a kultivovali odpovědné chování, rozhodování a komunikaci v situacích souvisejících s aktivním zdravím, partnerskými vztahy, rodinným životem a rodičovstvím a aby jejich vstup do dospělosti byl provázen odpovědným přístupem ke zdraví a založení rodiny.**

Odůvodněnost této výchovy vyplývá nejenom z výše uvedených dokumentů, ale i z Úmluvy o právech dítěte a Charty sexuálních a reprodukčních práv, kterou vydala Mezinárodní federace plánovaného rodičovství. Tento mezinárodní dokument představuje **etický rámec práva na sexuální a reprodukční zdraví.**

Na přelomu 21. století, kdy onemocnění HIV / AIDS je globálním problémem lidstva, kdy se hovoří někdy o velmi lehkovážném přístupu mladé generace ke svému zdraví i z hlediska sexuálního chování - předčasné zahájení pohlavního života, promiskuita, prostituce, pornografie, kdy řada žen prožívá své těhotenství jako rizikové, kdy máme občas pocit, že témata jako partnerská věrnost, odložení zahájení pohlavního života do pozdější doby, zdrženlivost v projevoování náklonnosti k druhému pohlaví na veřejnosti a další, skoro nepatří z pohledu současné mládeže do dnešní doby, **je zcela jasná, nezastupitelná úloha sexuální výchovy ve vzdělávání na všech stupních škol. Je zde velký prostor pro ovlivňování hodnotového systému žáků a pro formování jejich osobnosti v souladu s podporou a ochranou zdraví v této oblasti.**

Ze statistických výzkumů vyplývá alarmující fakt, že mládež je informovaná a ví proč a jak se má používat např. bariérová antikoncepce, zná způsoby přenosu pohlavních chorob, umí popsat způsoby chování v souvislosti s ochranou svého zdraví, ale i zdraví druhých v rámci prevence AIDS atd., ale v dané, konkrétní situaci tuto svoji znalost (informaci) neumí (nedokáže) použít. **Znamená to, že znalost není přetvořena v dovednost a následný postoj a mládež se tedy nakonec zachová úplně jinak, než by z hlediska ochrany svého zdraví a zdraví druhých**

měla. (Vědí, co by měli udělat, ale většina z nich se podle toho nezachová).

Prožitková pedagogika vhodně přizpůsobená věkovým zvláštnostem žáků, je jednou z možností, jak tuto situaci změnit. To je výzva nejenom pro pedagogy, ale i pro rodiče. Spolupráce školy a rodiny je v dané oblasti nezbytná.

Pro náměty na interaktivní práci se žáky v oblasti výchovy ke zdraví jsem si zvolila, vzhledem k výše popsaným skutečnostem, právě sexuální výchovu, konkrétně některá témata, která tvoří její obsahovou náplň.

Moje fantazie

- individuální nebo skupinová práce
- žáci malují nebo jinak ztvárňují „logo AIDS”
(např. u příležitosti Světového dne boje proti AIDS – 1. prosince)
- jednotlivé návrhy žáci nebo skupiny představí a odůvodní svůj záměr
- společně se třídou hodnotíme a hledáme etické rozměry
- připravíme výstavu nejlépe zpracovaných návrhů

Aktivita je náročná na čas a případné výtvarné potřeby. Výtvarně mohou žáci zpracovat řadu témat, souvisejících se sexuální výchovou.

Váhy pro život

- skupinová práce - koláž
- žáci pomocí této výtvarné techniky představí svůj názor na téma co ohrožuje a co podporuje naše zdraví - o sexualitě nehovoříme, necháme na samotných žácích, jak si se zadáním poradí
- každá skupina svoji práci představí a odůvodní
- společně se třídou diskutujeme nad jednotlivými návrhy a hodnotíme je z hlediska etiky a hodnotového systému

Aktivita je nejméně na 2 vyučovací jednotky a předem je třeba žáky upozornit na pomůcky, které budou potřebovat (časopisy, barevné papíry, lepidlo, nůžky, čtvrtka, ...). Zcela jistě najdeme v kolážích i témata související se sexuální výchovou. Pak to využijeme jako motivaci pro naši další práci.

Já a moje okolí

- pedagog si předem připraví na list papíru znění a číselné označení otázek, které souvisí se sexuální výchovou a lze na ně odpovědět pouze Ano, Ne
- počet otázek volí podle počtu žáků a podle času, který má k dispozici
- pod každou otázkou vynechá větší místo na psaní
- připravený list papíru nakopíruje podle počtu žáků ve třídě a všem rozdává
- všichni žáci se pohybují po třídě a kladou všem svým spolužákům dané otázky (musí se oslovit všichni navzájem)

- k jednotlivým otázkám si tazatelé zapisují jména pouze těch spolužáků, kteří jim na danou otázku odpověděli kladně (když jim spolužák odpoví záporně, jeho jméno nepíše)
- v závěru se pedagog ptá všech žáků na stejné otázky a ti, kteří by odpověděli kladně, se hlásí, pedagog jejich počet zapisuje na tabuli k jednotlivým číslům daných otázek
- žáci si kontrolují, zda jim počet zapsaných jmen u dané otázky na jejich listě papíru souhlasí s počtem žáků, které píše pedagog na tabuli k jednotlivým otázkám
- na konci aktivity pedagog zhodnotí práci třídy a ptá se i na názor žáků, každá otázka musí být vysvětlena a zdůvodněna

Aktivita je náročná na čas a velmi tedy záleží na počtu žáků a počtu napsaných otázek. Vyžaduje mnohdy po ukončení diskusi na téma proč některým žákům nesouhlasí u některých otázek počet napsaných jmen s počtem žáků, kteří se hlásili, když se na danou otázku ptal pedagog. Je zde etický rozměr, vzhledem k tomu, že nelze zkontrolovat, zda žáci odpovídají podle pravdy, když se otázka týká jejich postoje k dané věci. V případě, že čísla nesouhlasí a nemůžeme se shodnout, musíme si vysvětlit důvody, proč tomu tak je (neochota sdělit pravdu, neochota komunikovat s některým ze spolužáků, neochota komunikovat vůbec, záměrně špatná odpověď, neznalost dané tematiky ...). Aktivita je především zaměřena na komunikaci ve skupině, sdělování svých názorů a postojů. Je velmi vhodné po této aktivitě v dalších hodinách ještě znovu prodiskutovat jednotlivé otázky, především z hlediska etického chování a hodnotového systému. Aktivita je vhodná pro zmapování buď užšího tématu, pak se všechny otázky týkají pouze daného tématu, nebo pro zjištění názorů a postojů v širokém slova smyslu, pak se otázky týkají více témat, která mají ale podobný obsah (viz ukázka otázek, které se týkají ochrany reprodukčního zdraví). Zároveň lze tuto aktivitu použít při zjišťování znalostí žáků o daném tématu nebo jako aktivitu pro upevnění znalostí a vytvoření si dovedností.

Návrhy otázek a tvrzení:

- 1. Myslíš, že je správné, když těhotná žena kouří?***
- 2. Znáš někoho ve svém okolí, kdo podstoupil umělé přerušování těhotenství?***
- 3. Mohou mít děti pozitivní ženy HIV?***
- 4. Kojení je nemoderní, již se nedoporučuje.***
- 5. Hormonální antikoncepci mohou užívat všechny ženy?***
- 6. Časté střídání sexuálních partnerů nevádí.***
- 7. Virus HIV se přenáší pouze krví a pohlavním stykem.***
- 8. Myslím si, že by HIV pozitivní osoby měly informovat své okolí o své nemoci.***
- 9. Projevat sexuální náklonnost k druhé osobě na veřejnosti mi nevádí.***
- 10. Souhlasím s tím, aby u porodu byl přítomen otec dítěte.***

Kulatý stůl

- aktivita je určena jen pro menší počet žáků, ostatní jsou diváky
- volíme různá témata, která souvisí se sexuální výchovou
- žáci si vylosují své role, které má pedagog předem připravené a napsané na kartičkách a které souvisí s daným tématem
- na základě zadaného tématu pak žáci rozehrávají své role
- žáci, kteří jsou diváky, mohou do hry vstupovat prostřednictvím doplňujících informací, případně otázek, pak je scénář jako na tiskové konferenci, kterou moderuje pedagog
- v závěru je třeba zhodnotit práci celé třídy, diskutovat o tom, jak se žáci v daných rolích cítili a zhodnotit celé téma kulatého stolu z pohledu etiky

Téma kulatého stolu: HIV / AIDS

Celou situaci pedagog musí uvést: Vše bude jako, co kdyby..., jak by situace mohla vypadat a co by se vše mohlo stát. Jde zde o rozehrání modelové situace. Žáci se učí komunikovat, argumentovat, kultivovat svůj projev, obhájit si svůj názor a tolerovat názor druhých, rozhodovat se, aplikovat své znalosti do praktického života.

Role:

Rodič HIV pozitivního žáka: *Pane řediteli, byli bychom rádi, kdyby náš syn mohl navštěvovat Vaši školu, ale zároveň bychom Vám rádi sdělili, že je HIV pozitivní ...*

Ředitel školy: *Jsem rád, že mi to říkáte, ale s touto situací já zatím nemám zkušenost ...*

Zástupce rodičů ostatních žáků: *Po té, co jsme se dozvěděli danou skutečnost, odmítáme, aby naše děti s Vaším synem chodily do jedné třídy ...*

Žák s HIV: *Proč, čím se liším od Vašich dětí? Vypadám jinak? Kdyby naši nic neřekli ...*

Zástupce ostatních žáků: *No, my si myslíme, že by nám to v zásadě asi nevadilo, ale asi by musel sedět sám ...*

Lékař: *V žádném případě nemusí mít nikdo obavy, při běžném společenském kontaktu k přenosu viru HIV nedochází ...*

Aktivita je náročná na čas. Snažíme se, aby se všichni žáci vystřídalí v hraní rolí, třeba při jiném tématu v jiných hodinách. Použijeme-li tuto hru na úvod daného tématu jako motivační a umožníme i žákům, kteří jsou diváky, aby do děje vstupovali svými dotazy a připomínkami, pak má důležitou roli pedagog, který musí pečlivě sledovat dialog, chybná sdělení opravovat a upřesňovat. V tomto případě, se pedagog dozví, jaké mají informace žáci z dané oblasti a podle toho volí svůj postup výuky v dalších hodinách.

Bude-li hra následovat po vysvětlení daného tématu, stane se možností k upevnění dovedností a postojů a čas na její realizaci bude kratší. V tomto případě mohou také „diváci“ do hry vstupovat, ale role pedagoga by již neměla být tak zásadní. Etický podtext najdeme v postojích všech, kteří hrají své role, ale i všichni ostatní ve třídě prožívají daný příběh a uvědomují si své postoje k danému tématu.

Na houpáče

- aktivita je určena jen pro menší počet žáků, ostatní jsou diváky
- počet žáků, kteří se hry zúčastní, volíme podle času, který chceme dané aktivitě věnovat
- pedagog má předem připravené karty, na kterých má napsaná tvrzení, která souvisí se sexuální výchovou a na které lze odpovědět pouze Ano, Ne (na každé kartě je napsané pouze jedno tvrzení)
- na podlahu nakreslí čáru a na její jeden konec položí papír se slovem ANO a na druhý konec papír se slovem NE
- vybraní žáci si postupně vylosují každý jednu kartu, přečtou si potichu co je na ní napsáno a postaví se na jeden konec čáry podle toho, jestli s tím co je na kartě napsáno souhlasí nebo nesouhlasí (zda by odpověděli Ano nebo Ne)
- po rozdáni všech karet a rozmístění žáků na ANO a NE budou jednotliví žáci postupně číst nahlas tvrzení, které mají napsané na kartě a odůvodňovat, proč se postavili na ANO nebo NE, proč se tedy tak rozhodli
- ostatní mohou danému žákovi klást otázky související s jeho tvrzením na kartě, případně doplňovat jeho odpovědi
- v případě, že se žák rozhodl špatně, mnohdy správnou odpověď najde s pomocí spolužáků, kteří ho svými dotazy mohou navést na správnou odpověď, ne s pomocí pedagoga, pak se přesouvá na druhý konec čáry, je tedy na „houpáče“
- v závěru aktivity zhodnotíme práci celého kolektivu a jednotlivá tvrzení napsaná na kartách probereme z pohledu etiky a hodnotového systému.

Aktivita je vhodná pro zmapování buď užšího tématu, pak se všechna tvrzení týkají pouze daného tématu, nebo pro zjištění názorů a postojů v širokém slova smyslu, pak se tvrzení týkají více témat, která mají ale podobný obsah (viz ukázka tvrzení, které se týkají ochrany reprodukčního zdraví).

Aktivita je náročná na čas. Snažíme se, aby se všichni žáci vystřídalí v losování karet, třeba při jiném tématu v jiných hodinách. Použijeme-li tuto hru na úvod daného tématu jako motivační, umožníme i žákům, kteří jsou diváky, aby do děje vstupovali svými dotazy i připomínkami, ale pak má důležitou roli pedagog, který musí pečlivě sledovat dialog, chybná sdělení opravovat a upřesňovat. Bude-li hra následovat po vysvětlení daného tématu, stane se možností k upevnění dovedností a postojů a čas na její realizaci bude kratší. V tomto případě mohou

také “diváci” do hry vstupovat, ale role pedagoga by již neměla být tak zásadní.

V případě, že se žák rozhodne špatně, není úkolem pedagoga žáka ihned opravit, ale svými otázkami a otázkami ostatních žáků se snaží ho navést tak, aby sám poznal svoji chybu a sám své rozhodnutí změnil. V případě, že se žák rozhodl správně, je možné jeho rozhodnutí i zpochybňovat, klást mu doplňující otázky, a tak mu pomáhat v upevňování jeho rozhodnutí a obhájení si svého názoru. Jenom je potřeba dát pozor, aby kolektiv třídy tzv. nemanipuloval daného žáka ke špatné odpovědi. To musí pedagog ohlídat. Tvrzení na kartách nemusí být vždy jednoznačná a to tehdy, chceme-li, aby vyvolala větší diskusi, aby žáci museli více přemýšlet a hledali odpovědi v souvislostech. Je vhodnější psát tvrzení než jednoduché otázky, vzhledem k tomu, že to vede žáky k hlubšímu zamyšlení a rozhodování není vždy tak jednoduché. Ideální je zopakovat danou aktivitu se stejnými tvrzeními několikrát za rok. Pak se jednoznačně ukáže, co si z hodin žáci odnášejí.

Náměty na karty:

- 1. Předčasné zahájení sexuálního života nepřináší žádná rizika.**
- 2. Pouze homosexuálové by se měli obávat toho, že dostanou AIDS.**
- 3. Interrupce patří mezi antikoncepční metody.**
- 4. Každý má právo se rozhodnout o počtu svých dětí a intervalech mezi nimi.**
- 5. Volba antikoncepce je výsledkem domluvy daného partnerského páru.**
- 6. HIV pozitivní ženy by neměly mít děti.**
- 7. Sexuální výchova by měla začínat až v době puberty.**
- 8. V době umělé výživy, není kojení nutné.**
- 9. Umělé oplození tzv. „dětí ze zkumavky“ není porušením etických norem.**
- 10. Ochrana reprodukčního zdraví je záležitostí především žen.**

Všechny uvedné náměty na interaktivní práci se žáky berte prosím jako inspiraci. Každý námět by měl být pro Vás jakousi „formou“, kterou si sami přizpůsobíte věkovým zvláštěstím dětí, které učíte a tématům, která právě probíráte. Vše, co jsem zde uvedla, lze použít v pozměněné podobě pro různé věkové kategorie, s různými tématy i v různých předmětech. Proto jsem neuváděla pro kterou věkovou kategorii je daná aktivita určena.

Vzhledem k tomu, že aktivita žáků během výuky, koordinovaná pedagogem, je velmi žádoucí, věřím, že uvedené náměty budou inspirací pro zpestření práce se žáky v hodinách. Interaktivní metody umožňují žákům prostřednictvím vlastního prožitku přetvářet získané informace v dovednosti a vedou je k získávání kompetencí, které jsou potřebné pro běžný život. Tím jsou naplňovány cíle výchovy ke zdraví v praxi.

Uvádím pouze některé:

- **žák se rozhoduje v zájmu podpory a ochrany zdraví**

- v souvislosti se zdravím, etikou, morálkou a životními cíli mladých lidí přijímá odpovědnost za bezpečné sexuální chování
- dodržuje zásady bezpečného chování tak, aby neohrožoval zdraví své i zdraví jiných
- a další

*Existuje jen jedno dobro a to je vědění,
existuje jen jedno zlo a to je nevědomost.*
Sokrates

Zbabělost je když víme, co máme činit, ale neděláme to.
Konfucius

(Footnotes)

- ¹ Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), platný od 1. 1. 2005
- ² Výjimku tvoří vzdělávací program Národní škola, který postavil problematiku zdraví jako nadpředmětovou záležitost.
- ³ Tato situace se kryje i s pokynem MŠMT z roku 2002, který ukládá fakultám (na základě naplňování programu „Zdraví 21“) zabezpečit přípravu učitelů v problematice zdraví, s předpokladem, že zdravím v pojetí projektu Zdravá škola se do roku 2010 bude zabývat 90 % všech základních škol. Se zavedením RVP ZV by se to mělo týkat prakticky všech škol realizujících základní vzdělávání.