

# Podpora pohybové aktivity *pro odbornou veřejnost*

Michal Kalman, Zdeněk Hamřík, Jan Pavelka



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



# Podpora pohybové aktivity

*pro odbornou veřejnost*

Michal Kalman, Zdeněk Hamřík, Jan Pavelka



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



World Health Organization  
Kancelář v České republice

***Vydání publikace je podpořeno dotačním programem  
Ministerstva zdravotnictví České republiky:  
Národním programem zdraví  
Projekty podpory zdraví.***

***Publikace je podpořena Kanceláří WHO v ČR.***



## **Recenzenti**

Doc. RNDr. Jan Hendl, CSc.  
MUDr. et RNDr. Tomáš Brychta, Ph.D.  
Mgr. Radek Hanuš, Ph.D.

## **Klíčová slova**

Podpora pohybové aktivity  
Podpora zdraví  
Neinfekční nemoci  
Veřejná politika  
Veřejné zdraví  
Strategie

**Odborná spolupráce:** Platforma pro aplikace, výzkum a inovace, s.r.o. výzkumná organizace dle článku 30 Nařízení Komise (ES) č. 800/2008 ze dne 6. srpna 2008

**Na textu spolupracovali:** Mgr. Ondřej Ješina (autor kapitoly 5.4), Bc. Petr Baďura (spoluautor kapitoly 7)

**Jazyková korektura:** Mgr. Jana Vařeková

**Sazba a grafická úprava:** Mgr. Petra Bílková

**Webové stránky publikace:** [www.podporapa.cz](http://www.podporapa.cz)

**Název projektu:** Vzdělávání a publikace v oblasti podpory pohybové aktivity pro odbornou veřejnost

**Číslo projektu:** PPZ: 9969 (Rozhodnutí MZ ČR: SOZ/9969/412/2009/Z1)

ORE-institut, obecně prospěšná společnost

Olomouc, 2009

Neprodejné

**ISBN** 978-80-254-5965-2



## Seznam zkratk

APA	Aplikované pohybové aktivity
APPAN	Asia Pacific Physical Activity Network
BMI	Body mass index
CDC	Centre for Disease Control and Prevention
CKV	Centrum kinantropologického výzkumu
CMP	Cévní mozková příhoda
ČSÚ	Český statistický úřad
DM	Diabetes mellitus
ECSS	European College of Sport Science
EHN	European Heart Network
ESFAN	European Sport for All Network
EU	Evropská unie
EYES	Evropský rok výchovy prostřednictvím sportu
FIMS	Mezinárodní federace pro sportovní medicínu
FITT	Frekvence, intenzita, doba trvání a druh pohybové aktivity
FTK	Fakulta tělesné kultury
GAPA	Global Alliance for Physical Activity
GPAQ	Global Physical Activity Questionnaire
HDP	Hrubý domácí produkt
HEPA	Health Enhancing Physical Activity (Zdraví prospěšná pohybová aktivita)
ICSSPE	International Council for Sport Science and Physical Education
IIHP	International Institute for Health Promotion
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
IPEN	International Physical Activity & Environment Network
ISBNPA	International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IZPE	Institut zdravotní politiky a ekonomiky
MDG	Rozvojové cíle tisíciletí OSN
MET	Množství kyslíku, které člověk spotřebuje v klidu za 1 minutu/ 1kg hmotnosti
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NASPE	National Association for Sport and Physical Education
NCD	Neinfekční nemoci (non-communicable diseases)

NGO	Non-Governmental Organization
NIH	National Institut Health
OSN	Organizace spojených národů
PA	Pohybová aktivita
PPA	Podpora pohybové aktivity
RAFA-PANA	Physical Activity Network of the Americas
RVP	Rámcový vzdělávací program
SIGPAH	Strategic Inter-Governmental forum on Physical Activity and Health
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ŠVP	Školský vzdělávací program
UP	Univerzita Palackého
USDHHS	United States Department of Health and Human Services
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VIPPA	Výzkum a inovace podpory pohybové aktivity
VUT	Vysoké učení technické
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZN	Zhoubné novotvary

<b>Slovo úvodem</b>	<b>13</b>
<b>Předmluva WHO</b>	<b>15</b>
<b>Úvod</b>	<b>17</b>



<b>1 Základy podpory pohybové aktivity</b>	<b>19</b>
1.1 Co je to podpora pohybové aktivity?	20
1.2 Podpora pohybové aktivity a podpora zdraví	25
1.3 Význam pohybové aktivity v životě člověka a společnosti	28
1.3.1 Pohybová aktivita a zdraví	29
1.3.2 Ekonomické přínosy pohybové aktivity	33
1.3.3 Psychosociální aspekty pohybových aktivit	38



<b>2 Podpora pohybové aktivity v kontextu veřejné politiky</b>	<b>39</b>
2.1 Podpora pohybové aktivity jako politický problém	40
2.1.1 Strukturace problému nízké úrovně pohybové aktivity	43
2.2 Podpora pohybové aktivity na úrovni nadnárodní – národní – krajské – obecní – komunitní	45
2.2.1 Nadnárodní úroveň	45
2.2.2 Národní úroveň	49
2.2.3 Krajská úroveň a obecní úroveň	54
2.2.4 Komunitní úroveň	56
2.3 Významné aktuální projekty podpory pohybové aktivity v ČR	56
2.4 Politické dokumenty podpory pohybové aktivity	59
2.4.1 Mezinárodní politické dokumenty podpory pohybové aktivity	60
2.4.2 Národní politické dokumenty podpory pohybové aktivity	64



<b>3 Současná situace v ČR</b>	<b>69</b>
3.1 Prevalence hromadných neinfekčních onemocnění v ČR	70
3.1.1 Nadváha a obezita	70
3.1.2 Kardiovaskulární onemocnění	70
3.1.3 Diabetes mellitus	71
3.1.4 Nádorová onemocnění	72
3.1.5 Osteoporóza	73
3.1.6 Na co nejčastěji umíráme	74
3.2 Úroveň pohybové aktivity v české společnosti	75

---

<b>4</b>	<b>Intervenční prostředí podpory pohybové aktivity</b>	<b>81</b>
4.1	Podpora pohybové aktivity v dopravě	82
4.2	Podpora pohybové aktivity ve školách	85
4.3	Podpora pohybové aktivity na pracovišti	90
4.4	Podpora pohybové aktivity u praktických lékařů	94

---

<b>5</b>	<b>Cílové skupiny PPA</b>	<b>99</b>
5.1	Děti a mládež	100
5.2	Ženy	101
5.3	Senioři	102
5.4	Osoby se speciálními potřebami	104
5.4.1	Specifika osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním	106
5.4.2	Specifika osob se sociálním znevýhodněním	109

---

<b>6</b>	<b>Zahraniční strategie podpory pohybové aktivity</b>	<b>111</b>
6.1	Finsko	112
6.2	Kanada	114
6.3	Nový Zéland	117
6.4	Austrálie	118
6.5	Holandsko	119
6.6	Dánsko	120
6.7	USA	121
6.8	Velká Británie	121
6.9	Souhrn hlavních poznatků ze zahraničních strategií	123
6.9.1	Úspěšné faktory strategií	124

---

<b>7</b>	<b>Nadnárodní organizace podpory pohybové aktivity</b>	<b>125</b>
7.1	Agita Mundo	127
7.2	Asia Pacific Physical Activity Network	128
7.3	Centers for Disease Control and Prevention	129
7.4	European College of Sport Science	130
7.5	European Heart Network	130

7.6	European Sport for All Network	131
7.7	European Federation of Adapted Physical Acitivity - EUFAPA	132
7.8	Global Alliance for Physical Activity	133
7.9	HEPA Europe	134
7.10	IFAPA (International Federation of Adapted Physical Activity)	135
7.11	International Council for Sport Science and Physical Education	135
7.12	International Institute for Health Promotion	137
7.13	International Physical Activity & Environment Network	138
7.14	International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity	138
7.15	Physical Activity Network of the Americas	139
<hr/>		
<b>8</b>	<b>Strategie podpory pohybové aktivity v ČR</b>	<b>141</b>
8.1	Meziresortní přístup k problematice podpory pohybové aktivity	144
<b>9</b>	<b>Závěr</b>	<b>147</b>
<b>10</b>	<b>Executive Summary</b>	<b>148</b>
	<b>Citovaná literatura</b>	<b>150</b>
	<b>Seznam tabulek</b>	<b>163</b>
	<b>Seznam schémat</b>	<b>163</b>
	<b>Užitečné odkazy</b>	<b>164</b>
	<b>Rejstřík</b>	<b>167</b>
	<b>O autorech</b>	<b>171</b>





## Slovo úvodem

Podpora pohybové aktivity je základní komponentou jakékoli strategie zaměřené na řešení problematiky spojené s vysokou prevalencí obezity a nadváhy a dalších neinfekčních onemocnění hromadného výskytu, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, nádorová onemocnění, diabetes mellitus apod. Dnešní svět včetně České republiky zažívá obrovský nárůst těchto onemocnění, jehož výsledkem je obrovské finanční břemeno zejména v oblasti zdravotní péče. Pohybová aktivita je zároveň jednou z nejdůležitějších komponent zdraví a zdravého životního stylu. Na tomto tvrzení se shodují všechny významné organizace v čele se Světovou zdravotnickou organizací.

Publikace, která vychází a čerpá zejména ze zahraničních zkušeností, si klade za cíl objasnit význam pohybové aktivity v životě člověka a zdůraznit její přínosy nejen pro jednotlivce, ale i celou společnost. Představuje zároveň podporu pohybové aktivity jako politické téma a zdůrazňuje nutnost řešení této problematiky v ČR na úrovni národní, krajské, komunální i individuální. Autoři se snaží k problematice podpory pohybové aktivity přistoupit komplexně a v knize propojit poznatky z oborů zdravotnických, ekonomických, sociálních, pedagogických, marketingových a dalších. Publikace se zabývá rovněž podporou pohybové aktivity cílových skupin populace a analyzuje různé typy intervenčních prostředí.

**MUDr. Michael Vít, Ph.D.**

Ministerstvo zdravotnictví

Náměstek pro ochranu a podporu veřejného zdraví

Hlavní hygienik ČR





## Předmluva WHO

Podpora pohybové aktivity je tématem nesporně aktuálním, hodně se o něm mluví, ale nabývá spíše dojmu, že více proklamativně než skutky. Svědčí o tom i výsledky výzkumu pořádaném agenturou STEM v nedávné době, které ukázaly na klesající dobu, kterou věnuje školní mládež aktivnímu pohybu. Světová zdravotnická organizace se dlouhodobě zabývá problematikou determinant zdraví a pohybová aktivita jako součást zdravého životního stylu se tak stává stále častěji zmiňovaným termínem jak v odborných studiích WHO, tak strategiích schvalovaných Světovým zdravotnickým shromážděním. Z nich je nejdůležitější Globální strategie pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví, dále je součástí koncepční strategie této organizace Zdraví 21 a je neodmyslitelnou náplní komunitních programů WHO Zdravá škola, Zdravé město a dalších.

Přínos publikace spočívá zejména v tom, že předkládá souhrn informací z řady vědeckých disciplín a oborů, ze kterých může čerpat odborná veřejnost. Na poznatky z oblasti pohybové aktivity je tak nahlíženo v souvislostech zdraví, ekonomiky, sociologie, psychologie i politiky a zároveň je předkládán souhrnný pohled, jak je toto téma vnímáno na mezinárodní, národní i komunální úrovni.

Podpora pohybové aktivity představuje most mezi stavem pohybové aktivity a danou společností a je významným aspektem k naplnění definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace, která pojednává o zdraví komplexně, a to z pohledu fyzického, psychického i sociálního.

**MUDr. Alena Šteflová, Ph.D.**  
Ředitelka Kanceláře WHO v ČR



## Úvod

Pohybová aktivita byla v průběhu fylogenetického vývoje člověka vždy nedílnou součástí jeho životního stylu. Technický rozvoj v posledních stech letech usnadnil lidem život natolik, že adekvátní pohybová aktivita, která byla po tisíce let nezbytnou podmínkou přežití, téměř vymizela z běžného každodenního života u většiny populace.

Nedostatečná (u velké části populace v podstatě nulová) úroveň pohybové aktivity v kombinaci s nadměrným energetickým příjmem pak ve společnosti způsobuje vysokou prevalenci nadváhy a obezity a dalších neinfekčních onemocnění hromadného výskytu. Tato onemocnění, nebo jejich komplikace, jsou zároveň nejčastější příčinou smrti v České republice. Při statistickém srovnání (jakkoli je takové srovnání problematické a neetické) počtu úmrtí obyvatel v důsledku NCD například s počtem úmrtí v důsledku autonehod, se problém nehodovosti jeví jako naprosto marginální.

Člověk se tak paradoxně dostává do obdobné situace jako v minulosti. Nebyl-li dostatečně fyzicky aktivní a zdatný, nedovolil mu tento nedostatek v přírodě přežít. Pokud nejste dostatečně pohybově aktivní v dnešní době, zemřete rovněž předčasně. V důsledku některé z „civilizačních chorob“. Každým rokem je evidováno více a více případů úmrtí v důsledku CMP či ICHS u jedinců okolo 30 let věku.

Zásadním argumentem při debatách o nízké úrovni pohybové aktivity a vysokém výskytu NCD v populaci, se zdá být výrazné zklamání zdravotní péče v posledních letech. Odhaduje se však, že počet diabetiků by se při současném tempu nárůstu výskytu tohoto onemocnění v populaci, v několika následujících letech mohl pouze v ČR vyšplhat k hranici jednoho milionu obyvatel. V kombinaci s rostoucí prevalencí dalších NCD a stárnutím populace současný zdravotnický systém neobstojí a veřejný sektor nebude schopen tuto zátěž zvládnout. Sociální a ekonomické důsledky, pokud připustíme správnost této úvahy, budou z dnešního pohledu katastrofální.

Řada mezinárodních organizací v čele se Světovou zdravotnickou organizací apeluje na jednotlivé státy a vyzývá je k řešení problému nedostatečné úrovně pohybové aktivity, nadměrného energetického příjmu a nezdravé stravy obyvatel. Z tohoto důvodu je součástí této publikace kapitola „Podpora pohybové aktivity v kontextu veřejné politiky“. Bez účasti a podpory veřejného sektoru se totiž zdá být řešení uvedených problémů nemožné. Problém nedostatečné úrovně pohybové aktivity navíc vyžaduje komplexní systematický meziresortní přístup a intervence na nejrůznějších úrovních veřejného i soukromého sektoru. Pouze sektorové dílčí intervence se z hlediska dlouhodobější účinnosti ukazují jako neefektivní. Apelujeme tedy, po vzoru většiny vyspělých zemí, na vytvoření interdisciplinární platformy - instituce, která se bude problematikou podpory pohybové aktivity systematicky zabývat a koordinovat činnosti na jednotlivých úrovních a v různých sektorech. Společně se zaváděním intervencí a strategií podpory pohybové aktivity je zároveň nutností zavedení systému dlouhodobého monitoringu a evaluace takovýchto strategií. Jedině tak lze získat přehled, které z intervencí jsou efektivní. Do značné míry můžeme také vycházet z již publikovaných zahraničních výzkumů.

Problém nízké úrovně pohybové aktivity, má-li být efektivně řešen, vyžaduje zainteresování celé řady odborníků a institucí napříč oblastmi zdravotnickou, pohybovou, ekonomickou, psychologickou, sociální, dopravní, a dalšími. Autoři se nesnaží být odborníky na všechny tyto oblasti, jejich snahou je integrovat přístupy založené na důkazech (evidence-based) a „dobré praxe“ z jednotlivých oborů a využít jejich poznatků při řešení problému nízké úrovně pohybové aktivity u obyvatel v ČR.

Principy a přístupy podpory pohybové aktivity, které jsou uvedeny v této publikaci, jsou v souladu s politikou Světové zdravotnické organizace – Globální strategií pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví, a politikou České republiky, kterou představuje dokument Zdraví 21.

Kniha je určena především odborníkům, kteří se podporou pohybové aktivity či veřejným zdravím v rámci své profese zabývají, nebo se jí zabývat mohou. Vládním činitelům, představitelům a tvůrcům veřejných politik, pracovníkům ministerstev, zdravotnickým pracovníkům, zástupcům zdravotních pojišťoven, pracovníkům médií, pohybovým specialistům či vysokoškolským studentům, kteří se s problematikou podpory pohybové aktivity v rámci přípravy na svoji profesi setkávají. Může však sloužit i dalším zájemcům o toto téma z řad širší veřejnosti.

Cílem publikace je poskytnout základní přehled poznatků z oblasti podpory pohybové aktivity, objasnit její význam pro jedince i celou společnost a zdůvodnit význam této problematiky z pohledu tvorby veřejných politik na nejrůznějších úrovních (mezinárodní, národní, regionální, komunální). Autoři se zároveň snaží iniciovat odbornou diskusi na toto téma a vytvořit tak základ široké platformy, která se bude tvorbou a implementací strategie podpory pohybové aktivity v České republice dále zabývat.

Věříme, že se kniha stane základním příspěvkem k problematice podpory pohybové aktivity v České republice a inspirací širokým týmům odborníků pro další práci v této oblasti.

Publikace vznikla za podpory dotačního programu „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“ Ministerstva zdravotnictví České republiky 2009.

## **Autoři**

17. listopadu 2009 v Olomouci



## Základy podpory pohybové aktivity

Kapitola je úvodem do problematiky podpory pohybové aktivity, objasňuje základní pojmy, které se k problematice podpory pohybové aktivity vztahují, zdůrazňuje preventivní, systémové a meziresortní aspekty podpory pohybové aktivity a upozorňuje na zařazení této problematiky v systému podpory zdraví. Významnou částí je také subkapitola pojednávající o významu pohybové aktivity v životě člověka i celé společnosti, zdravotních, ekonomických a psychosociálních přínosech pohybové aktivity.



## 1. Základy podpory pohybové aktivity

### 1.1 Co je to podpora pohybové aktivity?

V současné době jsou vyspělé, ale i rozvojové státy světa včetně ČR postaveny před problémem signifikantního nárůstu břemene neinfekčních onemocnění, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, rakovina, diabetes mellitus 2. typu, chronické respirační nemoci a další. Tato globální epidemie úzce koreluje se změnou životního stylu v posledních letech, a to zejména s nízkou úrovní pohybové aktivity, nezdravou výživou, nadměrným energetickým příjmem a zvýšeným užíváním tabákových výrobků. Světová zdravotnická organizace (2002) odhaduje, že hromadná neinfekční onemocnění (NCD) mají na svědomí více než 60 % úmrtí na světě.

Pohybová aktivita je nezbytná pro naše zdraví. Mnoho experimentů a vědeckých důkazů potvrzuje, že adekvátní pravidelná pohybová aktivita přináší lidem – mužům a ženám všech věkových skupin, v různých zdravotních stavech, včetně lidí s psychickým či fyzickým postižením – širokou škálu fyzického, sociálního a mentálního užítku (World Health Organization, 2003). Být aktivní není jen názor či rozhodnutí, je to nutnost k žítí, tedy pokud chceme žít zdravý, plnohodnotný život.

V polovině devadesátých let dvacátého století byl přijat mezinárodní konsensus o hodnotách pravidelně prováděné pohybové aktivity střední intenzity. Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní federace pro sportovní medicínu a mnoho jiných mezinárodních a národních organizací poukázalo na důležitost pohybové aktivity. Závěr konsensu zní takto: „*Denní pohybová aktivita by měla být přijímána jako základní kámen zdravého životního stylu.*“

Řada zemí, zejména těch vyspělých, si je vědoma značných důsledků, které má pohybová aktivita na zdraví člověka a na ekonomiku státu. Austrálie, Spojené státy americké, Nový Zéland, Kanada, Dánsko, Holandsko, Finsko či Velká Británie pracují na rozvoji strategií zaměřených na zvýšení úrovně pohybové aktivity u svých obyvatel a to jak na národní úrovni, tak na úrovni nižších územně správních celků i jednotlivých municipalit. Tyto strategie jsou zaměřeny mnohem více na zvýšení participace občanů na pohybové aktivitě a jejich motivaci k aktivnímu životnímu stylu, než na účast na výkonově orientovaném sportu.

V důsledku těchto faktů a událostí se objevuje nový termín „**podpora pohybové aktivity**“ (z angl. Promotion of Physical Activity, Promoting Physical Activity, Physical Activity Promotion). Ten se v literatuře i jednotlivých strategiích vyskytuje již desítky let, téměř žádný ze zdrojů však neuvádí, kdy byl tento termín použit poprvé, kde, či za jakých okolností. Můžeme ovšem konstatovat, že četnost výskytu tohoto termínu v posledních letech rychle roste a problematice podpory pohybové aktivity je ze strany odborné i laické veřejnosti věnována stále větší pozornost.



Při definování pojmu podpora pohybové aktivity, vysvětlení jeho významu a obsahu vycházíme z pojetí pohybové aktivity dle WHO (2004), která definuje pohybovou aktivitu jako „jakoukoli aktivitu produkovanou kosterním svalstvem způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence“. Pohybovou aktivitu je tedy nutné chápat jako celé spektrum činností v řadě oblastí lidského konání (viz. schéma 1). Může být součástí sportu, školních aktivit, dětské hry nebo chůze do školy (Brettschneider & Naul, 2004).

V odborné zahraniční literatuře se rovněž setkáváme s pojmem zdraví zlepšující pohybová aktivita (health-enhancing physical activity<sup>1,2</sup>), která, jak je patrné již z názvu, vyjadřuje pohybovou aktivitu, která zlepšuje zdraví bez zbytečného rizika poranění nebo úrazu (WHO, 2007; US Department of Health, 2008). Tento koncept vychází z pojetí tzv. zdravotně prospěšného chování, které zahrnuje i další důležité komponenty zdraví jako např. zdravá výživa a kouření. Touto problematikou se v České republice zabývá Hošek (2000), který říká, že pohybová aktivita je podpůrný a ochranný prostředek zkvalitňující život, přičemž tento proces pojmenovává kinezioprotekce.

V této publikaci budeme po vzoru zahraničních studií (World Health Organization, 2007), (U.S. Department of Health and Human Services, 2008) termíny pohybová aktivita, zdraví zlepšující pohybová aktivita a kinezioprotekce považovat za synonyma.

Schéma 1: Struktura pohybové aktivity dle SIGPAH (2004)



Zdroj: (Strategic Inter-Governmental forum on Physical Activity and Health, 2004)

1 Používaná zkratka - HEPA

2 Jedna z evropských organizací podpory pohybové aktivity nese název HEPA Europe (přesný název European Network for the Promotion of Health-enhancing Physical Activity – viz. kapitola Nadnárodní organizace PPA).



Pohybová aktivita je zároveň nedílnou součástí životního stylu jedince, který je dle Velkého sociologického slovníku (1996) strukturovaným souhrnem životních zvyků, obyčejů, resp. akceptovaných norem, přičemž se předpokládá, že životní styl nějakým způsobem vyjadřuje i hodnoty a zájmy jedince, skupiny či společnosti vůbec. Životní styl je zároveň jednou ze základních determinant ovlivňujících celkové zdraví člověka (World Health Organization, Regionální úřadovna pro Evropu, 2000)<sup>3</sup>.

V kontextu výše uvedeného chápeme termín „*podpora pohybové aktivity*“ jako:

1. **systemový nástroj facilitace behaviorálních změn úrovně pohybové aktivity obyvatel na individuální, komunální, regionální, národní i nadnárodní úrovni.**
2. **systemový nástroj prevence hromadných neinfekčních nemocí (NCD).**

U uvedených definic je nutné akcentovat:

- **Systemové pojetí** podpory pohybové aktivity, která zahrnuje aktivity v oblasti zdravotnictví, školství, v dopravě atd. a různé úrovně rozhodování o těchto aktivitách (nadnárodní, národní, regionální).
- Důraz je kladen zejména na **preventivní charakter** intervencí a programů podpory pohybové aktivity z hlediska prevalence NCD tzv. primární prevenci (přes to, že pohybová aktivita je významným nástrojem rovněž při léčbě těchto onemocnění).
- Podporou pohybové aktivity není myšlena podpora sportu. Pojem sport chápeme v pojetí WHO (2007) či Hodaně (1997) jako aktivitu praktikovanou veskrze v organizovaných sportovních klubech zaměřenou na dosažení výkonu. Sport je tak specializovaný a organizovaný sektor v rámci mnohem širšího konceptu pohybové aktivity (World Health Organization, 2007).

Podpora pohybové aktivity může zahrnovat následující aktivity:

- Aktivity zaměřené na edukaci společnosti o významu a přínosech pohybové aktivity. Jedná se o vytváření a realizaci vzdělávacích a motivačních akcí pro odbornou (lékaři, učitelé, architekti, tvůrci veřejných politik) i laickou veřejnost, zástupce veřejného i soukromého sektoru.
- Aktivity zaměřené na vytváření podmínek a zvýšení dostupnosti venkovních i vnitřních prostředí, ve kterých je možné být aktivní (vykonávat pohybovou aktivitu). Jedná se o budování a udržování parků, otevřených veřejných prostranství, cyklostezek a chodníků, volně přístupných hřišť, sportovních hal, sportovně – rekreačních areálů apod.

---

<sup>3</sup> Základní determinanty zdraví tvoří dle WHO (2000) životní styl (50 %), životní prostředí (20 %), genetická výbava každého jedince (20 %) a úroveň zdravotnických služeb (10 %).

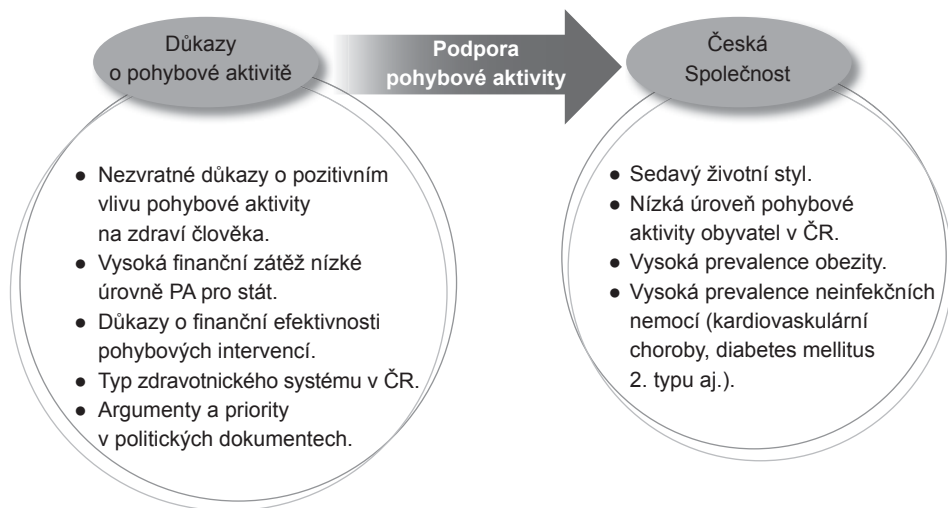


- Informační a marketingové intervence s celonárodní, regionální či místní působností s cílem zvyšování motivace obyvatel k aktivnímu životnímu stylu.
- Komunitně zaměřené programy, iniciativy a projekty podpory pohybové aktivity (programy pro seniory, intervence ve školách, v rodinách, na pracovišti apod.).
- Vytváření partnerství a sítí zaměřených na spolupráci a koordinaci jednotlivých aktivit podpory pohybové aktivity.

O základních modelech a teoriích, ze kterých uvedené aktivity, intervence, programy a kampaně podpory pohybové aktivity vychází, pojednávají Hendl & Dobrý (2008), kteří ve své práci analyzují model zdravotních benefitů, transteoretický model, teorii plánovaného chování, sociálně kognitivní teorii, ekologický přístup, sociální marketing a další. Hendl (1999) zároveň akcentuje nutnost vycházet při tvorbě těchto intervencí a programů z široké teoretické základny.

Problematiku PPA objasňuje rovněž schéma 2. Zde je oblast podpory pohybové aktivity znázorněna jako jakýsi „most“ propojující levou a pravou stranu schématu. Most mezi současným stavem poznatků o důležitosti a významu pohybové aktivity (levá strana) a aktuálním stavem české společnosti (pravá strana). Schéma zdůrazňuje nutnost aplikovat řešení a znalosti, které poskytuje levá strana, na problémy a nedostatky, které znázorňuje strana pravá. Touto aplikací a propojením obou stran pak může být změněno společenské klima ve prospěch aktivního celoživotního využívání všech forem pohybové aktivity u co největšího počtu občanů.

Schéma 2: Aplikační pojetí podpory pohybové aktivity



Zdroj: vlastní



Dle Veselého & Nekoly (2007) můžeme podporu pohybové aktivity chápat rovněž jako společenskou disciplínu, která se zabývá nedostatečnou úrovní pohybové aktivity u obyvatel a která se prezentuje vlastními standardy, organizacemi, studijními programy, odbornými konferencemi a časopisy (viz. tabulka 1). Kolem problematiky podpory pohybové aktivity se zároveň vytváří vlastní soubor poznatků, ze kterého disciplína čerpá a vychází, specifická terminologie a jazyk, sada otázek a problémů, které se snaží řešit, a také přípustné a nepřípustné způsoby řešení těchto problémů a hledání odpovědí na otázky – vlastní metodologie.

Podpora pohybové aktivity má zároveň značně multidisciplinární charakter a čerpá z poznatků ze společenských věd, technických, zdravotnických i přírodovědeckých oborů.

Tabulka 1: Vybrané standardy, organizace, studijní programy, odborné konference a časopisy vztahující se k podpoře pohybové aktivity jako společenské disciplíně.

<b>Nadnárodní standardy podpory pohybové aktivity</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• IPAQ – International Physical Activity Questionnaire – Mezinárodní dotazník o pohybové aktivitě<sup>1</sup></li><li>• GPAQ – Global Physical Activity Questionnaire – Globální dotazník o pohybové aktivitě<sup>2</sup></li></ul>
<b>Nadnárodní organizace podpory pohybové aktivity</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agita Mundo</li><li>• Asia Pacific Physical Activity Network</li><li>• Centers for Disease Control and Prevention</li><li>• European College of Sport Science</li><li>• European Heart Network</li><li>• European Sports for All Network</li><li>• Global Alliance for Physical Activity</li><li>• HEPA Europe</li><li>• International Council for Sport Science and Physical Education</li><li>• International Institute for Health Promotion</li><li>• International Physical Activity &amp; Environment Network</li><li>• International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity</li><li>• Physical Activity Network of the Americas</li></ul>
<b>Magisterské studijní programy podpory pohybové aktivity<sup>3</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Physical Activity and Public Health, University of Sydney</li><li>• Physical Activity and Public Health, University of Gloucestershire</li><li>• The International Master of Physical Activity and Health, University of Erlangen-Nuremberg</li><li>• MSc Physical Activity and Public Health, Staffordshire University</li><li>• Centre for Physical Activity and Nutrition Research, Deakin University</li></ul>



<b>Mezinárodní konference podpory pohybové aktivity</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• International Conference on Physical Activity and Public Health - Mezinárodní konference „Pohybová aktivity a veřejné zdraví“</li> <li>• International workshop on national physical activity promotion strategies - Mezinárodní workshop o národních strategiích podpory pohybové aktivity</li> <li>• Active Living Research Annual Conference - Vědecká konference o aktivním životním stylu</li> </ul>
<b>Mezinárodní impaktované časopisy podpory pohybové aktivity</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Journal of Physical Activity and Health</li> <li>• Journal of Aging and Physical Activity</li> <li>• International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity</li> <li>• Preventive Medicine</li> <li>• Journal of Public Health</li> <li>• Journal of Epidemiology and Community Health</li> <li>• Urban Studies</li> <li>• A další</li> </ul>

## 1.2 Podpora pohybové aktivity a podpora zdraví

V předcházejícím textu jsme definovali pojem podpora pohybové aktivity, ozřejmili jeho obsah, popsali kontext a okolnosti, ve kterých se tento pojem začal objevovat. V souvislosti s lidským zdravím, které je dle WHO (2003) definováno jako stav úplné tělesné, duševní i sociální pohody, se kromě podpory pohybové aktivity setkáváme rovněž s nadřazeným pojmem podpora zdraví, jehož význam má objasnit tato kapitola.

1 IPAQ je standardizovaný nástroj, který umožňuje monitorovat úroveň pohybové aktivity a inaktivitu v různých zemích a navzájem je porovnávat. V letech 1997 až 1998 Mezinárodní konsensní skupina (International Consensus Group) vyvinula čtyři dlouhé a čtyři krátké formy IPAQ, které mohou být realizovány telefonickými rozhovory nebo vlastní administrací (self-administration). Jsou určeny pro zjišťování úrovně pohybové aktivity za posledních 7 dní nebo v „běžném“ týdnu (Craig, a další, 2003).

2 GPAQ je dotazník vyvinutý Světovou zdravotní organizací k měření úrovně pohybové aktivity a to zejména v rozvojových zemích. Je zaměřen na monitorování „sedavého chování“ a na tři domény pohybové aktivity: 1) pohybová aktivita na pracovišti 2) aktivní transport 3) rekreační pohybová aktivita. GPAQ je součástí STEP – nástroj vyvinutý Světovou zdravotnickou organizací, určený ke sběru dat o rizikových faktorech chronických nemocí (World Health Organisation, 2007).

3 V České republice na rozdíl od řady jiných vyspělých zemí (USA, VB, Kanada, Francie, Holandsko atd.) doposud nebyl otevřen bakalářský či magisterský studijní program podpory pohybové aktivity. Problematika PPA je dílčím způsobem součástí studijních oborů na Fakultě tělesné kultury UP Olomouci (obor rekreologie), Podnikatelské fakultě VUT v Brně (obor management v tělesné kultuře) a dalších oborů zaměřených na tělesnou výchovu a sport, ekonomiku a management sportu, výchovu ke zdraví, zdravotnický management atd.



Pravděpodobně nejmýstižněji definuje podporu zdraví Světová zdravotnická organizace (1986), která tento pojem chápe jako „proces umožňující jedincům zvýšit kontrolu nad determinantami svého zdraví, a tak zlepšovat svůj zdravotní stav“. Z definice je patrné, že WHO z hlediska celkové úrovně zdravotního stavu člověka zdůrazňuje mimo jiné také individuální odpovědnost za zdraví prostřednictvím životního stylu každého jedince (Kebza, 2005). Na druhou stranu WHO (Anderson & Kickbusch, 1990) zdůrazňuje rovněž sociální determinanty zdraví a akcentuje právo lidí žít v takové společnosti, která si zdraví váží a je svým dílem za zdraví populace odpovědná.

Podpora zdraví zahrnuje veškeré snahy o pozvednutí celkové úrovně zdraví a to jak posilováním plně tělesné, duševní a sociální pohody, tak zvyšování odolnosti jedince vůči různým nemocem a jejich prevenci. Podpora zdraví se tedy odehrává za účasti jednotlivých občanů, skupin, komunit, organizací i společnosti jako celku. Jednotlivci mohou podporovat své zdraví přijetím zdravého životního stylu a péčí o své životní prostředí, v němž se neustále pohybují (Máchová & Kubátová, 2009).

Hlavní součástí podpory zdraví<sup>4</sup> je prevence, jejíž význam zdůrazňuje Kernová (2006), která shledává prevenci z hledisek zdravotních, sociálních, psychologických, etických i ekonomických výhodnější než zákroky proti již vzniklým defektům.

Dle SZÚ (2009) můžeme podporu zdraví rozdělit do 14 oblastí (viz obrázek 3). Podporu pohybové aktivity řadíme jako jednu ze samostatných kapitol, zároveň toto téma vnímáme jako nezbytnou část sekce nadváha a obezita, škola a zdraví, zdravé stárnutí, zdraví mladých, zdravější životní styl a zdraví menšin.



4 Klíčovými prvky podpory zdraví, které se navzájem prolínají, jsou dle IZPE (2003) prevence, výchova ke zdraví a veřejné politiky zaměřené na zdraví (ochrana zdraví).



Schéma 3: Podpora zdraví a její členění



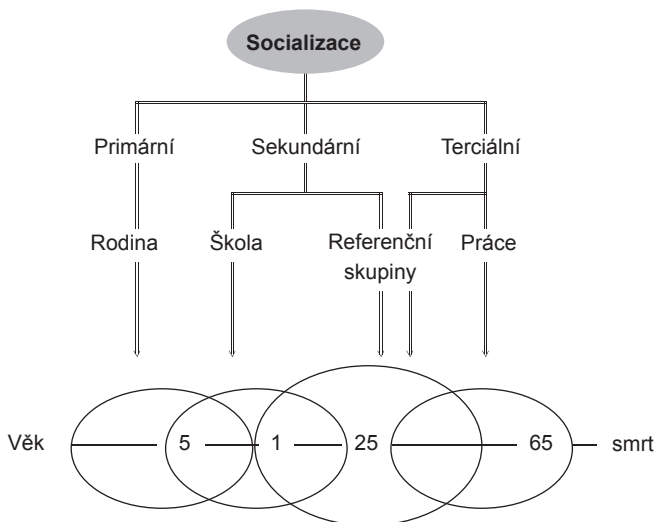
Zdroj: vlastní, členění dle SZÚ (2009)

Za velmi podnětné považujeme rozčlenění podpory zdraví z pohledu sociologického, přičemž jako základ pro takové členění využijeme modelu socializačních prostředí (primární, sekundární a terciální), která na člověka během jeho života působí – rodinu, školu, referenční skupiny a pracovní prostředí (viz. schéma 4).

Socializaci označujeme jako proces vývoje od stadia bezmocného novorozence, až po osobu, která si dobře uvědomuje sebe samu a orientuje se ve své vlastní kultuře (Giddens, 2005). Havlík & Kořa (2007) chápou socializaci jako zprostředkující nástroj mezi jedincem a společností, jejímž prostřednictvím se z člověka stává originální osobnost a zároveň i bytost sociální, přičemž primární socializace probíhá v rodině, dítě si během ní osvojuje základní návyky a vědomí vlastní identity („já“) odlišné od identity jiných lidí. Sekundární socializace zahrnuje veškeré návazné procesy, jejichž prostřednictvím je jedinec uváděn do nových oblastí společnosti, v níž žije; navazuje na to, co bylo osvojeno v průběhu primární socializace. Terciální socializace se uskutečňuje v dospělosti a označuje přejímání, které individuum neustále uskutečňuje v interakci se svým sociálním okolím.



Schéma 4: Socializační proces v průběhu ontogeneze člověka



Zdroj: (Notes & Tilford, 2001), upraveno

Podporu zdraví můžeme dle výše uvedeného rozdělit na:

- podporu zdraví v rodině,
- podporu zdraví ve škole,
- podporu zdraví u referenčních skupin - vrstevníci, komunita, kluby apod.,
- podporu zdraví na pracovišti.

V rámci všech uvedených prostředí lze realizovat nejrůznější programy podpory zdraví zaměřené na osvojení zdravého životního stylu člověka (preventivní programy nadváhy a obezity, prevence úrazů, podpora pohybové aktivity, boj proti užívání tabákových výrobků, podpora demokratických principů, týmové spolupráce, zvládnání stresu, bezpečné sociální prostředí, zubní hygiena, prevence HIV – AIDS a další).

Z uvedeného členění budeme vycházet v následujících kapitolách této publikace při charakteristice intervenčních prostředí podpory pohybové aktivity.

### 1.3 Význam pohybové aktivity v životě člověka a společnosti

Mnoho epidemiologických výzkumů potvrdilo, že pohybová aktivita hraje významnou úlohu při ontogenezi člověka, je významným prostředkem v boji proti hromadným neinfekčním onemocněním (IČHCV, ICHS, CMP, hypertenze, porucha tukového metabolismu, DM 2. typu, nadváha, obezita, osteoporóza a další) a určujícím faktorem zdraví člověka i celé populace. Na jejím významu pro jedince i celou společnost



se shoduje řada českých akademických odborníků (Hodaň 2000; Slepíčka & Slepíčková 2000; Stejskal 2004) i pracovníků národních i nadnárodních institucí, které se touto problematikou zabývají (CKV, MZ ČR, SZÚ ČR, WHO, HEPA, ministerstva zdravotnictví jednotlivých členských států EU atd.).

### 1.3.1 Pohybová aktivita a zdraví

V současné době je svět svědkem signifikantního nárůstu hromadných neinfekčních nemocí, jakými jsou ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda, hypertenze nebo diabetes mellitus 2. typu atd. Tato onemocnění, souhrnně označovaná jako onemocnění „civilizační“, jsou podle Světové zdravotnické organizace (2002) příčinou 60 % všech úmrtí na světě. Kardiovaskulární onemocnění jsou hlavní příčinou smrti také v České republice. Stejskal (2004) považuje pravidelné cvičení spolu s přirozenou (habituální) pohybovou aktivitou a přiměřeným příjmem energie za nejlepší, nejbezpečnější a ekonomicky nejméně náročné preventivní a léčebné prostředky v boji s výše uvedenými onemocněními.

#### Preventivní vliv PA na zdraví člověka

Pravidelná adekvátní pohybová aktivita přináší z hlediska preventivního působení na lidské zdraví následující výhody (Vondruška & Barták, 1999), dále také (Clapp, Kim, & Burciu, 2000), (Marcus, Albrecht, & King, 1999), (Stejskal, 2004), (Ferrucci, Izmirlian, & Leveille, 1999), (World Health Organization, 2007):

- stimuluje produkci endorfinů v mozku (dobrá nálada, lepší snášení bolesti, pocit uvolnění, štěstí),
- zvyšuje duševní potenciál (jste schopni více a déle přemýšlet, zlepšuje se paměť),
- harmonizuje systém autonomního nervstva a endokrinního systému (cítíte se klidnější, vyrovnanější, zvyšuje se sexuální aktivita, jste odolnější vůči všem druhům stresu),
- uvolňuje svalové napětí a odstraňuje záporné emoce (zvyšuje sebevědomí, zmírňuje rozčílení, problémy se vám zdají méně závažné, snadněji se s nimi vyrovnáte),
- upravuje biochemické hodnoty tuků v krvi, mění metabolismus tuků (ztráta nadbytečných kilogramů, oddalování procesu kornatění tepen srdce a mozku, u diabetiků lze postupně snižovat dávky inzulínu),
- má preventivní vliv na úbytek vápníku z kostí (prevence osteoporózy),
- zvyšuje pevnost a pružnost kloubních vazů a úponových svalových šlach, ohebnost kloubů, svalovou sílu, vytrvalost a klidové napětí svalu,
- podporuje krevní oběh, zvyšuje vytrvalost, je lépe zajištěna výměna látková i na periférii končetin, lépe pracují ledviny, játra a další vnitřní orgány, má preventivní vliv na vznik křečových žil, zvýšenou srážlivost krve, trombózu hlubokých žil dolních končetin a poruchu lymfatické cirkulace,
- zlepšuje schopnost krve přenášet kyslík,
- snižuje klidovou hodnotu srdeční frekvence, zlepšuje činnost srdce, normalizuje krevní tlak,

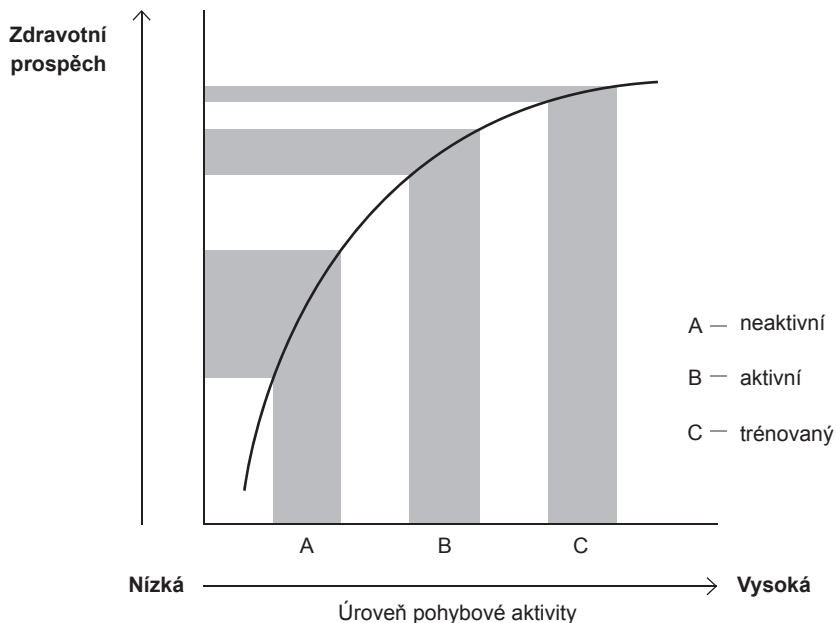


- zpomaluje proces stárnutí, prodlužuje délku života a aktivní délku života ve stáří,
- stimuluje hluboké břišní dýchání,
- má preventivní vliv na vznik chronického únavového syndromu,
- pomáhá lidem přestat kouřit, potlačuje abstinenční příznaky,
- snižuje riziko potratu, usnadňuje porod a je dokázáno, že aktivním matkám se rodí zdravější děti.

Z hlediska preventivního působení na zdraví člověka je u pohybové aktivity podstatná její frekvence (PA by měla být vykonávána pravidelně), délka trvání a intenzita s jakou je PA vykonávána (některá doporučení udávají např. min. 30 min. pohybové aktivity střední intenzity ve většině dní v týdnu) a druh vykonávané PA (Particip Action, 2004).

Schéma 5 dle WHO (2007) popisuje problematiku tzv. dávkování pohybové aktivity (angl. dose response), přičemž při nízké úrovni pohybové aktivity dochází k nevýznamným zdravotním efektům. Největších zdravotních benefitů a preventivních účinků na vznik hromadných neinfekčních onemocnění je dosahováno při pohybové aktivitě střední intenzity. Z tohoto důvodu se v zahraničních strategiích a programech PPA nejčastěji doporučuje vykonávat pravidelnou pohybovou aktivitu střední intenzity.

Schéma 5: Dávkování (angl. dose response) pohybové aktivity



Zdroj: WHO (2007)



## Vliv pohybové aktivity v léčbě onemocnění

Pohybová aktivita také významnou měrou přispívá a je podstatnou součástí léčby některých onemocnění. Jedná se především o hypertenzní chorobu, ischemickou chorobu srdeční, obezitu, diabetes mellitus, poruchy hybného systému, osteoporózu a další. V těchto případech musí být ale pohybová aktivita přísně individuálně dávkována a užívána velmi obezřetně a opatrně s ohledem na základní onemocnění. Zahájení participace na pohybové aktivitě v těchto případech vyžaduje předchozí lékařské vyšetření (Vondruška & Barták, 1999).

Např. v Anglii, kde je v současné době realizován projekt GP Exercise Referral Scheme, je praktickým lékařům umožněno přeposlat pacienta, u kterého je pohybová aktivita přínosem při léčbě, k pohybovému specialistovi, který v součinnosti s lékařem a na základě diagnózy pacienta předepíše pacientovi adekvátní pohybovou aktivitu, která je vhodná pro konkrétní druh onemocnění. Jedná se především o pacienty, kteří trpí stabilní DM 2. typu, obezitou, nadměrným stresem, „sedavým“ životním stylem, úzkostí, osteoporózou, zvýšeným cholesterolem, stabilní hypertenzí, bolestí zad, dále kuřákům apod. (Sutherland Division of General Practice Inc., 2009).

Vliv pravidelné adekvátní pohybové aktivity na zdraví člověka shrnují rovněž následující tabulky.

Tabulka 2: Efekt pohybové aktivity na specifické zdravotní problémy

	O onemocnění	Snižuje riziko	Redukuje symptomy	Zlepšuje stav	Typ aktivity
<b>O onemocnění srdce, krevního oběhu a dýchacího systému</b>	Ischemická choroba srdeční	***	***	**	A, E
	Chronické pl. obstrukční onemocnění	*	*	*	A
	Astma	*	*		A
	Cévní mozková příhoda	*	**	**	S, A
	Hypertenze	**		***	A, E
<b>Metabolická onemocnění</b>	DM II. typu	***	***	***	A, E
	Obezita	**	**	***	E, A
	Osteoporóza	**			S, A
<b>Nádorové onemocnění</b>	Rakovina plic	*			A
	Rakovina prostaty	*	*	**	A
	Rakovina tlustého střeva	***	**	**	A
	Rakovina prsu	**	*	**	A



Jiné	Dlouhověkost		***	***	A
	Deprese	**	**	**	A
	Těhotenství		*	**	A
	Kouření	*	**	**	A
	Stres	**	**	**	A
	Alzheimerova choroba	*			A
	Úzkost	**	**	***	A

Vysvětlivky:

\* malý efekt, \*\* střední efekt, \*\*\* silný efekt

A = pohybová aktivita střední intenzity, E = důležitý je energetický výdej

S = silové cvičení

Poznámka: Tato tabulka je založena na četnosti výskytu efektů pohybové aktivity v odborné literatuře, ne na základě samostatného výzkumu.

Zdroj: (Carr, 2001)





Tabulka 3: Vliv pohybové aktivity na výskyt rakoviny

Rakovina	Prokázané snížení rizikových faktorů se zvýšením úrovně pohybové aktivity/celkový počet studií	Celková úroveň vědeckých důkazů
Tlustého střeva	42 z 48	Přesvědčivá
Prsu	22 z 33	Pravděpodobná
Prostaty	14 z 23	Pravděpodobná
Plic	7 z 10	Nedostatečná
Varlat	2 z 5	Nedostatečná
Vaječníku	1 z 4	Nedostatečná
Dělohy	7 z 11	Nedostatečná

Zdroj: (Marrett, Theis, & Ashbury, 2000)

### Rizika pohybových aktivit

Přes všechny prokázané přínosy, které má pohybová aktivita pro zdraví člověka, upozorníme rovněž na rizika, která jsou s pohybovými aktivitami u člověka spojena. Jedná se v dominantní míře o zranění pohybového aparátu a akutní kardiovaskulární příhody, přičemž tato jsou spojena především s nadměrnou intenzitou vykonávané PA (riziko infarktu myokardu při pohybových aktivitách je až šestkrát vyšší při aktivitě vysoké intenzity než při aktivitě střední intenzity), či přetížením organismu z nadměrné délky vykonávané PA (Department of Health, 2004). Zvýšené riziko vykazují pohybové aktivity vykonávané nepravidelně (U.S. Department of Health and Human Services, 1999).

#### 1.3.2 Ekonomické přínosy pohybové aktivity

Pohybová aktivita má značný ekonomický potenciál a to zejména v oblastech redukce léčebných nákladů, zvyšování produktivity práce a ve vytváření zdravějšího fyzického a sociálního prostředí. Ekonomické důsledky nízké úrovně pohybové aktivity ovlivňují nejen jednotlivce, ale i celou společnost.

Data z vyspělých zemí ukazují, že přímá finanční zátěž nízké úrovně pohybové aktivity v populaci je enormní. Ekonomové ve Spojených státech amerických vy počítali, že investice jednoho amerického dolaru do podpory pohybové aktivity, vede k ušetření US \$ 3,2 ve zdravotnictví. Výzkum z roku 1998 dokazuje, že aktivní člověk průměrně ušetří US \$ 500 za rok na zdravotních výlohách. Náklady na léčbu nemocí způsobené pohybovou inaktivitou v roce 2000 byly vyčísleny americkým ministerstvem zdravotnictví na US \$ 75 miliard, což tvoří 9,4 % peněz z rozpočtu zdravotnictví (World Health Organization, 2003). V USA by se mohlo ušetřit až \$ 5,6 miliard, kdyby 10 % lidí se „sedavým“ životním stylem začalo pravidelně chodit (Jones & Eaton, 1994).



Programy na podporu pohybové aktivity na pracovišti mohou snížit krátkodobou nemocnost o 6 – 32 %, a tím také snížit lékařské výlohy v USA o 20 – 55 % a zvýšit produktivitu o 2 – 52 % (World Health Organization, 2003). Jiné americké studie ukázaly, že pohybová terapie je finančně efektivnější (\$ 11 313 za jednotku) než samotná léčba hypertenze nebo ischemické choroby srdeční (\$ 25 000 za jednotku), tzn. že je více než dvakrát ekonomicky účinnější (Stephenson, Bauman, & Armstrong, 2000).

Nízká úroveň pohybové aktivity v Austrálii je odpovědná za 8000 předčasných úmrtí a způsobí přímou škodu ministerstvu zdravotnictví ve výši 400 milionů australských dolarů (Stephenson, Bauman, & Armstrong, 2000).

V Anglii byl vydán vládní dokument zvaný Game Plan (Strategy Unit, 2002), ve kterém je podrobně zachycena finanční situace týkající se pohybové inaktivity. Model, simulující celkovou škodu, se skládá ze tří hlavních nákladů:

- Výdaje Národního zdravotního systému (National Health Service) – jedná se o náklad zdravotnictví v oblasti péče nemocí a chorob vzniklých nízkou úrovní pohybové aktivity (ICHS, hypertenze, CMP, DM 2. typu, rakovina tlustého stěva, osteoartritida).
- Výdaje vzniklé absencí v práci – to je náklad vzniklý z poklesu produktivity způsobený absencí v práci lidí postižených nemocemi či chorobami vzniklými nízkou úrovní pohybové aktivity.
- Výdaje způsobené předčasným úmrtím lidí v produktivním věku, která byla důsledkem nedostatečné úrovně pohybové aktivity.

Z tohoto modelu vyplývá, že Anglie ročně přichází o £ 2 miliardy, dále ztrácí 10 000 pracovních dnů. 54 000 lidí v produktivním věku zemře kvůli nízké úrovni pohybové aktivity předčasně. Strategy Unit (2002) uvádí, že zvýšení pohybové aktivity jen o deset procent by Anglii přineslo £ 500 milionů ročně.

Tento model však není úplně přesný. Byl postaven na odhadu, že pohybově aktivní lidé jsou ti, kteří třikrát za poslední týden dělali pohybovou aktivitu mírné nebo střední intenzity. Anglické národní pohybové doporučení je 30 minut pohybové aktivity střední intenzity pětkrát a více týdně. V případě implementace této hodnoty do modelu se celková škoda pohybové inaktivity zvýší na £ 3 miliard a více ročně (Strategy Unit, 2002).

V modelu není brán v úvahu terapeutický, psychologický nebo sekundární preventivní efekt. Kdyby se v modelu počítalo i s depresemi a bolestmi zad vzniklými pohybovou inaktivitou, pak by se cena lékařské péče zvýšila o 75 % a asi o 400 % by se zvýšil náklad vzniklý absencí v práci. V tomto případě by se samozřejmě zvýšila celková škoda způsobená pohybovou inaktivitou na £ 8.2 miliardy ročně (zdravotnictví £ 1,7 miliardy, absence v práci £ 5,4 miliardy, předčasná smrt £ 1,7 miliardy) (Strategy Unit, 2002).



Ve Velké Británii bylo dále spočítáno, že cena pohybové intervence by byla £ 332 za zachráněný život, což je levnější, než protikuřácké doporučení lékaře (£ 700 za zachráněný život), léčba cholesterolu (£ 3700 za zachráněný život) nebo léčba hypertenze (£ 8500 za zachráněný život) (Stephenson, Bauman, & Armstrong, 2000).

Kanadské náklady na pokrytí škod vzniklých nízkou úrovní pohybové aktivity tvoří 6 % celkové zdravotní péče. Ve firmách, kde funguje program na podporu pohybové aktivity, se vytváří finanční prospěch ve výši US \$ 513 za každého pracovníka každý rok (World Health Organization, 2003).

Evropská komise ohodnotila hospodářské dopady obezity. Výsledky analýzy říkají, že celkové přímé a nepřímé roční náklady samotné obezity se v EU-15 v roce 2002 odhadovaly na 32,8 miliardy eur ročně. Studie z roku 2005 odhadla přímé a nepřímé náklady obezity (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) pro EU-15 na 0,3 % HDP. Extrapolace pro EU-25 pomocí údajů o HDP pro rok 2005 vede k nákladům obezity ve výši 40,5 miliardy eur ročně a k nákladům obezity a nadváhy pro EU-25 ve výši 81 miliard eur za předpokladu (podle údajů Spojeného království), že připočtení nákladů nadváhy zdvojnásobuje náklady obezity. Tyto číselné údaje celkově podhodnocují náklady špatné stravy a pohybové aktivity, jelikož *zprvé* přírůstek hmotnosti je pouze jedním účinkem špatné stravy a nízké úrovně pohybové aktivity, *za druhé*, studie obvykle neberou v potaz náklady důsledků přírůstku hmotnosti u dětí, *za třetí* při zvažování nákladů obezity odhady nezahrnují dodatečné náklady spojené s jinými zdravotními problémy, jako jsou bolesti zad a deprese, které jsou zhoršeny přírůstkem hmotnosti a *za čtvrté* existují nehmotné náklady spojené s osobním utrpením, snížením kvality života a předčasným úmrtím, jež lze obtížně vyčíslit (Komise evropských společenství, 2007).

V ČR se ekonomickými přínosy pohybových aktivit zabývají například Hobza & Rejtořík (2006), kteří zkoumají efektivnost investic do oblasti sportu<sup>5</sup>, přičemž konstatují, že pro určení celkového působení investic směřovaných do sportu je potřeba zkoumat vliv dvou principiálně odlišných výstupů. Prvním je výstup, který je možné přímo měřit a má přímé makroekonomické i mikroekonomické důsledky. Druhý výstup popisuje jako externalitní, jehož výsledky jsou v ekonomickém vyjádření měřitelné obtížněji (viz schéma 6). Ke stejným závěrům dochází také Novotný (2005).

---

5 Význam pojmu „sport“ je v pojetí Hobzy a Rejtořika (2006) na rozdíl od této publikace chápán, dle zákona o podpoře sportu, jako „**všechny formy tělesné činnosti**, které prostřednictvím organizované i neorganizované účasti si kladou za cíl harmonický rozvoj tělesné i psychické kondice, upevňování zdraví a dosahování sportovních výkonů v soutěžích všech úrovní“. Hodaň (2000) staví na úroveň takto chápaného pojmu sport, pojem „tělesná kultura“.





Na jedné straně obrázku vidíme přímý ekonomický výstup investic (HDP, zisk, daně poplatky, zaměstnanost, platební bilance), na straně druhé externalitní výstup složený z pozitivních a negativních externalit.

Mezi pozitivní externality řadí Hobza & Rektořík (2006):

- podporu zdraví člověka (považována za jeden z nejdůležitějších faktorů),
- formování osobnosti člověka a jeho systému životních hodnot a ideí,
- tvorbu a kvalitu sociálních vztahů.

Pozitivní externality mají podle téhož zdroje nepřímé ekonomické souvislosti a podílejí se na snížení pracovní neschopnosti, úsporách v čerpání nemocenského a zdravotního pojištění, zvýšení výkonnosti subjektů, snížení nákladů firem na pracovní sílu a mají potenciál ke zlevnění produkce.

Mezi negativní externality podle týchž autorů patří negativní vliv sportu na zdraví člověka (úrazy, přetěžování), komercializace sportu, apod.





### 1.3.3 Psychosociální aspekty pohybových aktivit

Je zřejmé, že pohybová aktivita pozitivně působí na rozvoj člověka také v oblasti psychosociální. Pohybová aktivita snižuje subjektivní stres (Department of Health, 2003) a redukuje riziko symptomů a frekvence depresí, zlepšuje sebeúctu a kognitivní funkce. Lidé, kteří mají nedostatek pohybové aktivity, trpí dvakrát více depresemi než aktivní lidé (Morgan & Bath, 1998).

Participaci na pohybové aktivitě dochází k rozvoji týmové spolupráce, osvojování různých sociálních rolí, rozvoji etického a sociálního vědomí a smyslu pro odpovědnost v sociálních vztazích a to zejména u dětí (Rada Evropy, 1996). Participace obyvatelstva na pohybové aktivitě dále zvyšuje míru sociální koheze, odvádí mladé lidi od antisociálního chování včetně kriminality (vandalismus, užívání drog, páčání drobných přestupků z nudy atd.), zlepšuje psychickou kondici a sebeúctu jedince a podporuje a rozvíjí pozitivní sociální hodnoty a základní kompetence člověka potřebné pro život. Evropská komise (2007) zdůrazňuje rovněž edukační význam pohybových aktivit (rozvoj vědomostí, motivace, dovedností jedince atd.).



## Podpora pohybové aktivity v kontextu veřejné politiky

Kapitola představuje podporu pohybové aktivity jako veřejněpolitický problém a snaží se zdůvodnit její specifika v kontextu veřejné politiky. Zabývá se různými úrovněmi rozhodování v oblasti podpory pohybové aktivity (nadnárodní – národní – regionální – komunální), charakterizuje instituce a organizace, které v této oblasti působí, a představuje významné projekty, které jsou v ČR v oblasti podpory pohybové aktivity řešeny. Závěrečná část podává přehled základních politických dokumentů, které se k problematice podpory pohybové aktivity vztahují.



## 2. Podpora pohybové aktivity v kontextu veřejné politiky

### 2.1 Podpora pohybové aktivity jako politický problém

V předcházejícím textu jsme představili problematiku podpory pohybové aktivity jako společenskou disciplínu, která je charakterizována svými standardy, organizacemi, odbornými konferencemi, časopisy, souborem vlastních poznatků, specifickou terminologií a jazykem či vlastní metodologií a snažili se tento pojem definovat. Je však nedostatečná úroveň pohybové aktivity rovněž politickým problémem? Problémem, který má být řešen v rámci veřejné politiky a využívat její nástroje? Problémem, kterým se mají zabývat veřejní činitelé na úrovni mezinárodní, národní i regionální?

Domníváme se, že odpověď na všechny tyto otázky je kladná, přičemž tato kapitola má přinést základní argumenty pro toto tvrzení. Ve většině těchto argumentací vycházíme z paradigmatu veřejně – politického. Jako základní zdroj, ze kterého jsme ve svých úvahách vycházeli, byla využita publikace Veselého a Nekoly (2007) *Analýza a tvorba veřejných politik*.

Položme si nyní otázku, co z hlediska veřejné politiky můžeme považovat za problém, jak je problém definován a jaké má znaky?

Duncker (1945) ve své klasické práci definoval problém jako situaci, ve které máme cíl, ale neznáme cestu k němu. Definice Kepnera a Tregoea (1981) vymezuje problém jako „odchylku od očekávaného standardu fungování“. Jiná definice tvrdí, že problém je „rozpor mezi současným a požadovaným stavem, tedy mezi tím, kde jsme a kde bychom chtěli být“ (MacCrimmon & Taylor, 1979). K těmto obecným definicím problému je zapotřebí doplnit, že za problémy se ve veřejné politice považují jen ty konstrukce rozporu mezi ideálem a skutečnou situací, které lze řešit prostřednictvím nástrojů veřejné politiky. „Veřejně politické problémy jsou nerealizované potřeby, hodnoty či příležitosti pro zlepšení, které lze řešit prostřednictvím státních nebo veřejných institucí“ (Dunn, 2004).

Stejný autor zároveň definuje základní znaky, které charakterizují veřejně politické problémy.

Prvním znakem je **vzájemná provázanost**. Problémy v jedné oblasti (např. v energetice) velmi často ovlivňují oblasti jiné (např. zdravotní systém). Problémy nejsou nezávislé, ale vzájemně propojené části systémů. Tyto tzv. „trsy problémů“ není často možné vyřešit rozdělením na menší části – jen zřídka mohou být tyto problémy vyřešeny samostatně. Někdy je jednodušší řešit deset provázaných problémů dohromady než jeden z nich samostatně. Řešení problému tak vyžaduje holistický přístup. Např. nízká úroveň pohybové aktivity ovlivňuje vyšší přímých nákladů na léčbu chronických neinfekčních onemocnění ve **zdravotnickém systému**, zároveň dochází k ovlivnění **sociálního systému** vyšší mírou absencí v zaměstnání a nutností vyplácení nemocenských dávek. Na druhou stranu aktivní lidé více využívají tzv. aktivního transportu (chůze, jízdní kolo), snižují úroveň automobilové dopravy



(ovlivňují **dopravní systém**), čímž snižují hladinu škodlivých látek v ovzduší ve městech, které vyprodukují zážehové a vznětové motory (**environmentální systém**).

Druhým znakem veřejnoprávního problému je **subjektivita**. Podmínky a okolnosti, které vedou ke vzniku problémů, jsou definovány, klasifikovány, vysvětlovány a hodnoceny selektivně. Ačkoli v jistém smyslu jsou problémy objektivní (míra znečištění), tatož data mohou být interpretována různým způsobem. Tento znak může mít vliv např. při rozhodování o alokaci finančních prostředků. Např. pokud investujeme určitou částku do oblasti podpory pohybové aktivity, návratnost takové investice může být rovněž peněžně vyjádřena. Pokud se však pokusíme vyjádřit penězi např. návratnost stejné investice do snížení míry chudoby, podpory vzdělávání obyvatel v oblasti HIV - AIDS či výstavby potřebné komunikace, bude komparace efektivnosti jednotlivých investic velmi obtížná a rozhodnutí, kterou z uvedených investic upřednostníme, subjektivní.

Třetím znakem je **umělost** problému. Problémy jsou produkty subjektivních soudů a nutnosti změnit určitý stav věcí. Jsou sociálně konstruovány a nemají samostatnou existenci, nezávislou na skupinách a aktérech, kteří je definují. To znamená, že společnost nemá nějaký objektivně správný stav. Oblast podpory pohybové aktivity řeší nízkou úroveň pohybové aktivity ve společnosti (skupině), je tedy na společnosti, resp. jejích skupinách a aktérech, kteří ve společnosti působí, závislá. Můžeme rovněž konstatovat, že ve společnosti neexistuje objektivně správný stav míry pohybové aktivity, k dispozici jsou pouze pouze mezinárodní či národní doporučení optimalizace úrovně pohybové aktivity.

Posledním znakem, kterým Dunn (2004) charakterizuje veřejněpolitické problémy je **dynamika**. Existuje tolik řešení, jako je definic problémů, a vše je v permanentním pohybu. Mnohé problémy nejsou v podstatě nikdy vyřešeny. Nízká úroveň pohybové aktivity jako problém, který je řešen v dynamicky se rozvíjející a měnící společnosti, vykazuje rovněž tento znak. Např. úroveň pohybové aktivity u obyvatel Evropy za poslední desetiletí neustále klesá, nastávají demografické změny ve společnosti, vyvíjejí se nové lékařské a technologické postupy. Těmito tendencím jsou průběžně přizpůsobovány a inovovány jednotlivé regionální programy a intervence podpory pohybové aktivity.

Nedostatečná úroveň pohybové aktivity obyvatel jako problém k řešení vykazuje všechny z výše uvedených znaků, mohla by tedy být s použitím těchto argumentů jako veřejněpolitický problém označena. Je tomu tak rovněž z pohledu Bardacha 2000, Pattona a Sawického 1993 in Veselý & Nekola 2007, kteří vymezují veřejněpolitický problém jako problém, který:

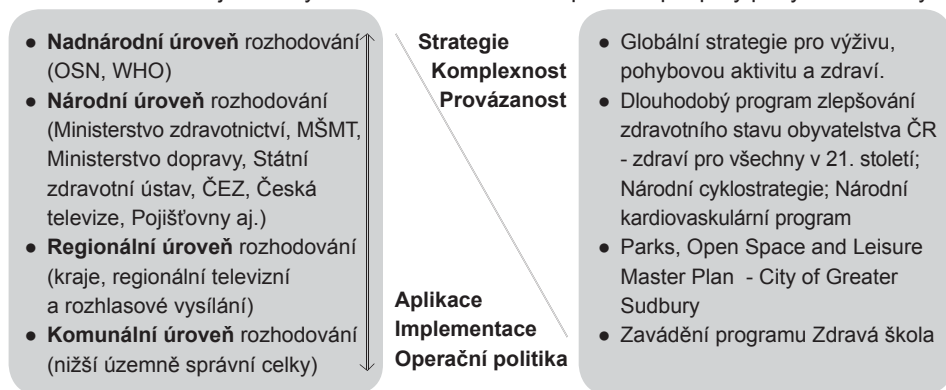
- zasahuje do života významného počtu příslušníků daného společenství,
- je analyzovatelný,
- je řešitelný veřejně politickými nástroji,
- není ani příliš široký, ani příliš úzký – některý problém obsahuje mnoho dalších problémů, pak je třeba vymezit primární příčinu či problém,
- nelze jej vyřešit snadno a rychle.



Významným znakem nedostatečné úrovně pohybové aktivity jako veřejněpolitického problému je rovněž různá úroveň rozhodování, na které je tento problém řešen – nadnárodní, národní, regionální, komunální.

Zároveň platí, že čím výše se v této hierarchii pohybujeme, tím více přistupujeme k problému provázaněji, komplexněji, subjektivněji, uměleji a dynamičtěji. Na nejvyšší úrovni je potřeba strategických politik, zatímco na nejnižší úrovni jde o politiky operační (Dunn, 2004).

Schéma 7: Schéma jednotlivých úrovní rozhodování z pohledu podpory pohybové aktivity



Zdroj: vlastní

Další pohled na téma charakteristiky veřejněpolitických problémů uvádí Peters (2005). Ten charakterizuje veřejnoprávní problém pomocí tzv. proměnných (dimenzí), které mohou problém charakterizovat, a které mohou sloužit při jeho analýze. Těmito proměnnými jsou:

- **Řešitelnost** – Do jaké míry mohou být problémy skutečně trvale vyřešeny? Do jaké míry jde o aktuální či chronický problém?
- **Komplexnost** – Do jaké míry je problém politicky komplexní, tj. existuje zde mnoho zájmů a aktérů?
- **Rozsah a závažnost** – Jaký je rozsah problémů? Může být problém rozdělen do menších částí, anebo je řešitelný pouze prostřednictvím jednoho komplexního řešení.
- **Rozdělitelnost** – Jak a do jaké míry lze rozdělovat přínosy a náklady řešení problému? Do jaké míry jsou přínosy z řešení rozptýlené a vyžadují tedy kolektivních akcí?
- **Monetarizace** – Může být problém vyjádřen v peněžních jednotkách? Lze jej účinně řešit prostřednictvím finančních investic a intervencí?
- **Rozsah aktivit a činností, které vedly ke vzniku problémů** – Kolik různých aktivit



přispívá či přispělo ke vzniku problému? Je třeba regulovat či kontrolovat pouze jedinou aktivitu, anebo aktivit mnoho?

- **Vzájemná závislost** – Je daný problém spojen pouze s jednou oblastí veřejné politiky (zdravotnictví, doprava apod.)? Je řešení daného problému v kompetenci jednoho, několika nebo mnoha ministerstev?

Peters (2005) dále dodává, že z hlediska veřejné politiky je velmi důležitá také „zralost“ problému. Některé problémy jsou již ve fázi, kdy je potřeba je začít okamžitě řešit. Některé problémy jsou naopak stále ještě v „latentní fázi“, samy o sobě nejsou považovány za závažný problém v současné době, ale je možno se oprávněně domnívat, že pokud nedojde ke změně současných trendů, mohou být v budoucnosti vnímány jako velmi závažné.

Typickým příkladem takového typu problému může být např. stárnutí populace, její vliv na rostoucí prevalenci obezity a s tím spojenou nízkou úroveň pohybové aktivity. Přímý důsledek v podobě neudržitelnosti financování současného zdravotnického a sociálního systému může být vyústěním takového problému.

### 2.1.1 Struktura problému nízké úrovně pohybové aktivity

Veřejněpolitické problémy můžeme dále při respektování jejich subjektivní, roztržité, kolektivní a politické povahy dále strukturovat (Dunn, 1988, 2004). Strukturaci problému rozumíme zmapování různých aspektů určité oblasti a perspektiv, ze kterých lze tento problém řešit, přičemž záměrem není podat jednu „ideální“ definici problému, ale naopak odlišné až protichůdné pohledy na problém (Veselý & Nekola, 2007).

Dle Veselého a Nekoly (2007) jde v podstatě o zmapování pole všech možných reprezentací problémů. Výsledkem strukturae problému není jasně vymezený problém, který lze okamžitě řešit, ale spíše určení povahy problému a míry jeho komplexnosti. Výsledkem je strukturovaná **sada problémů**, která může být zachycena v grafické podobě jako strom problémů nebo jako kolektivní kognitivní mapa. Může však jít pouze o klasifikaci různých perspektiv ve formě tabulky či typologii různých schémat či kognitivních map. Strukturae problému v praxi často obsahuje nejen samotné problémy, ale i alternativy a nástroje řešení. Výsledek strukturae problému (mapa, tabulka, schéma, strom problémů) neodráží skutečnou realitu, ale realitu, jak ji vidí aktéři.

Z našeho pohledu můžeme strukturovat problém nízké úrovně pohybové aktivity u obyvatel ČR dle tzv. sad, které jsou ve vzájemném vztahu a které na sebe navzájem působí a ovlivňují se (schéma 8). Jedná se o sadu důkazů, aktérů, cílových skupin, nástrojů a prostředí a sadu klíčových činností.



## Schéma 8: Strukturace podpory pohybové aktivity

### Sada důkazů

- Nízká úroveň pohybové aktivity v ČR
- Vysoká prevalence obezity
- Vysoká prevalence neinfekčních nemocí (kardiovaskulární choroby, diabetes melitus 2 aj.)
- Nezvratné důkazy o pozitivním vlivu pohybové aktivity na zdraví člověka
- Vysoká finanční zátěž pohybové inaktivity pro stát
- Důkazy o finanční efektivnosti pohybových intervencí
- Typ zdravotnického systému v ČR
- Argumenty a priority v nadnárodních politických dokumentech

### Sada aktérů

- Ministerstva  
(zdravotnictví, dopravy, MŠMT, financí)
- Státní instituce  
(Státní zdravotní ústav)
- Výzkumné organizace  
(Akademie věd, Centrum dopravního výzkumu, Platforma pro aplikace výzkumu a inovace, apod.)
- Akademické instituce  
(Vysoké školy a Univerzity)
- Zdravotní pojišťovny
- Média  
(Česká televize, Český rozhlas apod.)
- Polostátní organizace  
(ČEZ, Česká pošta, České dráhy apod.)
- Komerční organizace  
(Nike, lékárny apod.)
- Kraje
- Obce

### Sada cílových skupin

- Děti a mládež
- Senioři
- Ženy
- Sociálně znevýhodnění občané

### Sada nástrojů a jejich oblastí

- Podpora pohybové aktivity ve školách
- Podpora pohybové aktivity na pracovišti
- Podpora pohybové aktivity v rodině
- Podpora pohybové aktivity v komunitě
- Podpora pohybové aktivity u praktického lékaře
- Aktivní transport

### Sada klíčových činností

- Celonárodní informační a edukační kampaň
- Konference, kongresy a workshopy
- Věda a výzkum

Zdroj: vlastní



Z uvedeného textu vyplývá:

*„Podpora pohybové aktivity je společenská disciplína, která se prezentuje svými vlastními standardy, organizacemi, studijními programy, konferencemi a časopisy.“*

*„Podpora pohybové aktivity je vzájemně provázaný (zdravotní, environmentální systém aj.), subjektivní, umělý a dynamický problém, který má nadnárodní až komunální úroveň rozhodování.“*

*„Nedostatečná úroveň pohybové aktivity je problém, který se dotýká významného počtu příslušníků daného společenství, je analyzovatelný, je řešitelný veřejněpolitickými nástroji, není ani příliš široký ani příliš úzký a nelze jej vyřešit snadno a rychle. Podpora pohybové aktivity je tudíž veřejněpolitický problém k řešení.“*

## **2.2 Podpora pohybové aktivity na úrovni nadnárodní – národní – krajské – obecní – komunitní**

Kapitola vychází ze schématu 7, který ukazuje různé úrovně řešení problematiky podpory pohybové aktivity. Charakterizujeme nyní jednotlivé úrovně rozhodování ve vztahu k podpoře pohybové aktivity a popíšeme její roli, funkce a aktivity na jednotlivých úrovních.

### **2.2.1 Nadnárodní úroveň**

Mezinárodní politiku v oblasti podpory pohybové aktivity ve vztahu k ČR určují dominantně Světová zdravotnická organizace (WHO) a Evropská unie. Dále pak řada mezinárodních organizací, přičemž většinu z nich můžeme označit jako nestátní neziskové organizace (z angl. Non-Governmental Organization - NGO). Významnou organizací z pohledu působení v evropském regionu je např. HEPA Europe (European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity), která je významně podporovaná Světovou zdravotnickou organizací. Mezi další významné organizace patří například Agita Mundo, CDC či ICSSPE<sup>1</sup>.

Hlavní náplň činnosti těchto organizací tvoří zejména:

- systematický sběr dat, jejich analýza a šíření informací mezi veřejnost, sdílení a šíření praktických zkušeností, know-how, podpora komunikace mezi aktéry PPA,
- věda a výzkum v této oblasti,
- tvorba obecných rámců podpory pohybové aktivity, postupů a návodů pro tvorbu strategií podpory pohybové aktivity, komplexních a provázaných postupů zaměřených na motivaci obyvatelstva k větší participaci na pohybové aktivitě, aktivnějšímu životnímu způsobu,

---

<sup>1</sup> Tématice mezinárodních organizací podpory pohybové aktivity je věnována jedna celá následující kapitola.



- vydávání doporučení podpory pohybové aktivity pro jednotlivé cílové skupiny, vydávání odborných publikací a časopisů s problematikou podpory pohybové aktivity, vzdělávací činnost, provoz a správa informačních portálů (databáze, webové stránky atd.),
- ovlivňování politických procesů na nižší úrovni jednotlivých členských států, podpora systémového řešení podpory pohybové aktivity na nižších úrovních, podpora meziresortní spolupráce v této oblasti,
- organizace mezinárodních kongresů, konferencí, workshopů a seminářů PPA, výměna a předávání aktuálních poznatků z oblasti PPA, iniciace a udržování síťování a spolupráce mezi jednotlivými organizacemi,
- realizace mezinárodních projektů PPA,
- tvorba a správa grantových mechanismů a systémů finanční podpory v oblasti PPA, poskytování podpory nefinančního charakteru.

### **Světová zdravotnická organizace**

Světová zdravotnická organizace je organizace zřízená OSN v roce 1946. Hlavními směry činnosti WHO je především vypracování zdravotní politiky a konzultační činnost dle potřeb členských států, odborná pomoc při vypracování národních zdravotnických strategií, sledování indikátorů zdravotního stavu populace a ukazatelů hodnotících zdravotnické systémy jednotlivých států, rozvoj a testování nových technologií a postupů pro kontrolu nemocí a řízení zdravotní péče (World Health Organization, 2008).

Hlavní strategické záměry WHO (2008) jsou:

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

Na základě enormního nárůstu břemene NCD a obrovského potenciálu, který má zdravá výživa a pohybová aktivita při jejich prevenci, byla Světovou zdravotnickou organizací v roce 2004 přijata Globální strategie pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health). Celkovým cílem Globální strategie pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví je zlepšit a ochránit zdraví pomocí řízeného rozvoje trvale udržitelných akcí na individuální, komunální, národní a globální úrovni, které při vzájemné souhře povedou ke snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nezdravou výživou a pohybovou inaktivitou.



Příčiny vzniku a základní přehled událostí vedoucích ke vzniku Strategie pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví shrnuje následující tabulka 4.

Tabulka 4: Přehled událostí vedoucích ke vzniku Strategie pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví

- 1979 Globální strategie Zdraví pro všechny poukazuje na nárůst chronických neinfekčních nemocí v rozvíjejících se i v rozvinutých zemích.
- 1985 38. světové zdravotnické shromáždění vyzývá ke zvýšenému úsilí ohodnotit závažnost NCD a dále k dlouhodobé koordinované prevenci těchto onemocnění.
- 1989 42. světové zdravotnické shromáždění naléhá na mezirezortní a integrovaný přístup prevence a kontroly NCD, především na komunální úrovni.
- 1990 V dokumentu *Dieta, výživa a prevence NCD* uvádí WHO doporučení, jak zvýšit prevenci chronických onemocnění a redukovat jejich dopad.
- 1997 Světové zdravotnické hlášení „Zdolat trápení, obohatit lidskost“ popisuje vysokou míru úmrtnosti a nemocnosti způsobené NCD a navrhuje rozvoj globální strategie zaměřenou na prevenci a kontrolu NCD.
- 1998 Rostoucí břemeno NCD bylo pro zdraví celé společnosti uznáno jako obrovská zátěž. 51. světové zdravotnické shromáždění požádalo Generální ředitelství, aby zformulovalo globální strategie pro prevenci a kontrolu NCD.
- 2000 53. světové zdravotnické shromáždění schválilo globální strategii pro prevenci a kontrolu NCD a naléhá na členské státy a na WHO, aby zvýšily úsilí bojovat s NCD.
- 2001 WHO volá po urgentní akci, která by bojovala s rostoucí epidemií (obezita) a velmi zdůrazňuje důležitost prevence.
- 2001 Makroekonomika a zdraví; Investování do zdraví pro rozvoj ekonomiky – finální hlášení Komise pro makroekonomiku a zdraví. Tento dokument říká, že NCD mohou být efektivně potlačeny nízkonákladovou intervencí a to v preventivních aktivitách spojených se zdravou výživou a životním stylem.
- 2002 55. světové zdravotnické shromáždění požádalo WHO, aby vytvořilo globální strategii pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví.
- 2002 7. dubna je vyhlášen světový den zdraví, který je nazván „Move for Health“. Tento den se stal kontinuální iniciativou na celém světě.
- 2002 Světové zdravotnické hlášení 2002 s názvem *Snižování rizika, propagace zdravého života* popisuje, jak jen málo rizikových faktorů významně působí na smrtelné nemoci. Těmito faktory jsou: užívání tabákových výrobků, nadváha a obezita, hypokineze, nízký příjem ovoce a zeleniny, alkohol a další vzniklé rizikové faktory jako vysoký krevní tlak či vysoká hladina cholesterolu.

Zdroj: WHO, 2003



## Podpora pohybové aktivity v rámci politiky EU

Politiku EU v oblasti podpory pohybové aktivity vyjadřují 2 zásadní dokumenty vydané Evropskou komisí – Zelená kniha „Prosazování zdravé stravy a pohybové aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob“ (2005) a Bílá kniha „Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou“ (2007). Evropská komise v těchto dokumentech shledává nezdravou stravu a nedostatek pohybové aktivity v Evropě hlavními příčinami nemocí a předčasných úmrtí, kterým je možné předejít, a přibývajícím výskyt obezity v Evropě hlavním předmětem zájmu v oblasti veřejného zdraví.

Rada EU prostřednictvím těchto dokumentů dále vyzvala Komisi, aby přispívala k prosazování zdravého životního stylu a prostudovala způsoby prosazování lepší výživy v rámci Evropské unie a případně za tímto účelem předložila vhodné návrhy. Rada také vyzvala členské státy a Komisi, aby vytvořily a provedly iniciativy zaměřené na prosazování zdravé stravy a pohybové aktivity. Společenství má v této oblasti jasně vymezenou pravomoc: článek 152 smlouvy stanoví, že při navrhování a provádění všech politik a opatření společenství musí být zajištěna vysoká úroveň ochrany lidského zdraví. Výživa a pohybová aktivita se dotýká několika oblastí politik společenství a Rada EU potvrdila, že je nezbytné prosadit výživu a pohybovou aktivitu do příslušných politik na evropské úrovni.

Prevence nadváhy a obezity v EU dále dle Komise (2005) předpokládá integrovaný přístup k péči o zdraví. Přístup, který slučuje prosazování zdravého životního stylu s akcemi zaměřenými na řešení socioekonomických nerovností a fyzického prostředí, stejně jako závazek sledovat cíle týkající se ochrany zdraví v dalších politikách společenství. Takový přístup by měl procházet napříč politikami společenství (např. politiky zemědělství, rybolovu, vzdělání, sportu, spotřebitelů, podnikání, výzkumu, sociální politiky, politiky vnitřního trhu, životního prostředí a audiovizuální politiky), které by tento přístup měly aktivně podporovat.

Evropská komise (2005) dále konstatuje, že obezita se vyskytuje více u osob z nižších sociálněekonomických skupin, což naznačuje, že je nutné věnovat zvláštní pozornost sociálnímu rozměru tohoto problému. Dále uvádí zásady pro opatření a to na všech rozhodovacích úrovních, od místní úrovně po úroveň společenství, přičemž zvláštní důraz klade na meziresortní spolupráci v této oblasti:

- Opatření by se měla zaměřit na odstranění základních příčin rizik souvisejících se zdravím. Tímto způsobem by opatření stanovená ve strategii měla přispět ke snížení všech rizik spojených se špatnou stravou a nedostatečnou úrovní pohybové aktivity, včetně například rizik spojených s nadváhou.
- Opatření mají působit ve všech oblastech vládní politiky a na různých úrovních veřejné správy pomocí řady nástrojů, včetně právních předpisů, zřizování sítí, přístupů založených na partnerství veřejného a soukromého sektoru a účasti soukromého sektoru a občanské společnosti.



- Z důvodu efektivnosti bude strategie vyžadovat opatření od celé škály soukromých subjektů, např. potravinářského průmyslu, občanské společnosti, a účastníků na místní úrovni, např. škol a místních organizací.
- V příštích letech bude nezbytné monitorování. Již nyní existuje řada činností zaměřených na zlepšení stravy a zvýšení pohybové aktivity a jejich počet rok od roku roste. Často se monitorování provádí jen nedostatečně či se neprovádí vůbec, což vede k omezenému posouzení, co funguje dobře, nebo zda je nutné opatření zlepšit či zásadně změnit.

Evropská komise také ustavila struktury a nástroje k prosazování výše uvedené politiky, kterými jsou **Evropská platforma pro akce týkající se stravy, pohybové aktivity a zdraví** a **Evropská síť pro výživu a pohybovou aktivitu**.

**Evropská platforma pro akce týkající se stravy, pohybové aktivity a zdraví** byla ustavena za účelem zřízení společného fóra pro akce v březnu 2005. Platforma sdružuje všechny významné subjekty, které jsou aktivní na evropské úrovni a které jsou ochotny vstoupit do pevných a dokazatelných závazků zaměřených na zastavení a zvrácení současných trendů v oblasti nadváhy a obezity. Cílem platformy je podnítit podniky, občanskou společnost a soukromý sektor k dobrovolným akcím. Mezi členy platformy patří hlavní představitelé na úrovni EU z řad potravinářského, stravovacího a reklamního průmyslu, maloobchodu, organizací spotřebitelů a nevládních zdravotnických organizací. Platforma by měla být příkladem koordinované, ale samostatné akce různých částí společnosti. Jejím záměrem je povzbudit iniciativy na národní, regionální a místní úrovni a spolupracovat s podobnými fóry na národní úrovni (Komise evropských společenství, 2005).

**Evropskou síť pro výživu a pohybovou aktivitu** tvoří šest odborníků jmenovaných členskými státy EU, organizací WHO a nevládními zdravotními organizacemi a organizacemi spotřebitelů. Byla zřízena útvary Komise v roce 2003, aby poskytovala poradenství Komisi ohledně vývoje aktivit společenství za účelem zlepšení výživy, snížení a předcházení chorob souvisejících se stravou, k prosazování pohybové aktivity a boji proti nadváze a obezitě (Komise evropských společenství, 2005).

### 2.2.2 Národní úroveň

Podpora pohybové aktivity je řešena rovněž na úrovni jednotlivých států. Role států (ministerstev, vlád, parlamentů a dalších orgánů státní správy) spočívá zejména v tvorbě zdravotnické politiky, v rozhodování o zásadních parametrech rozdělení zdrojů ve zdravotnictví mezi jednotlivé segmenty služeb, v tvorbě právních norem, regulujících jednání aktérů ve zdravotnictví, v reflexi vývoje ve zdravotnictví, analýze, výzkumu, sběru a zpracování statistických údajů a koordinaci investičního vývoje, podpoře a ochraně zdraví (Potůček, 2005).

Význam zdravotní politiky jednotlivých zemí a významnou roli jednotlivých ministerstev zdravotnictví při tvorbě politiky podpory pohybové aktivity zdůrazňuje také WHO (2007). Ministerstva zdravotnictví mají mít při prosazování politiky podpory



pohybové aktivity vedoucí roli a prostřednictvím strategie řízení koordinovat součinnost dalších ministerstev i regionálních a lokálních aktérů PPA.

V České republice hraje v oblasti podpory pohybové aktivity významnou roli kromě Ministerstva zdravotnictví (Odbor strategie a řízení ochrany a podpory veřejného zdraví) také Státní zdravotní ústav (Centrum odborných činností v OPVZ, Odbor podpory zdraví a hygieny dětí a mladistvých), Česká kinantropologická společnost a Platforma pro aplikace, výzkum a inovace. Popíšme tedy krátce jejich činnost.

**Ministerstvo zdravotnictví ČR** dle zákona 258/2000 Sb. § 80 řídí a kontroluje výkon státní správy v ochraně veřejného zdraví a odpovídá za tvorbu a uskutečňování národní politiky na úseku ochrany veřejného zdraví. Ministerstvo zdravotnictví dále sestavuje celorepublikové programy ochrany a podpory veřejného zdraví. Ministerstvo zdravotnictví stanoví zásady a postupy hodnocení a řízení zdravotních rizik a zásady monitorování vztahů zdravotního stavu obyvatelstva a faktorů životního prostředí a životních a pracovních podmínek a řídí jejich realizaci. MZ ČR řídí výchovu k podpoře a ochraně veřejného zdraví. Patří tak v oblasti ochrany veřejného zdraví a řešené problematice podpory pohybové aktivity k ústředním orgánům státní správy.

**Státní zdravotní ústav** je příspěvkovou organizací Ministerstva zdravotnictví a je zřízen za účelem přípravy podkladů pro národní zdravotní politiku, pro ochranu a podporu zdraví, k zajištění metodické a referenční činnosti na úseku ochrany veřejného zdraví, k monitorování a výzkumu vztahů životních podmínek a zdraví, k mezinárodní spolupráci, ke kontrole kvality poskytovaných služeb k ochraně veřejného zdraví, k postgraduální výchově v lékařských oborech ochrany a podpory zdraví a pro zdravotní výchovu obyvatelstva. Dále je oprávněn zpracovávat za účelem přípravy podkladů pro tvorbu státní zdravotní politiky a sledování dlouhodobých trendů výskytu infekčních a jiných hromadně se vyskytujících onemocnění údaje o zdraví fyzických osob v souvislosti s předcházením vzniku a šíření infekčních onemocnění, ohrožení nemocí z povolání a jiných poškození zdraví z práce, o expozici fyzických osob škodlivinami v pracovním a životním prostředí a o epidemiologii drogových závislostí a předávat je orgánům ochrany veřejného zdraví (Státní zdravotní ústav, 2009).

**Centrum kinantropologického výzkumu (CKV)** vzniklo 1. ledna 2005 při Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého. Zabývá se výzkumem pohybové aktivity a inaktivity ve vztahu ke změně chování v nahlížení na aktivní životní styl a zdraví obyvatelstva České republiky. Je koncipováno jako interdisciplinární pracoviště. Zároveň má také koordinační a poradenskou funkci v oblasti monitoringu pohybové aktivity pro další středoevropské země (Polsko a Slovensko). Je klíčovým partnerem za ČR v oblasti realizace mezinárodních projektů IMPALA či PASEO. V současné době je toto pracoviště nositelem výzkumných grantů. Kromě řešení výzkumného záměru MŠMT Pohybová aktivita a inaktivita obyvatel ČR v kontextu behaviorálních změn je pracoviště zapojeno do mezinárodního výzkumného grantu financované-



ho Národním institutem zdraví (USA) s názvem IPEN: International Study of Built Environment, Physical Activity and Obesity (IPEN: Mezinárodní výzkum zastavěného prostředí, pohybové aktivity a obezity). Pracoviště se snaží řešit propagaci problematiky pohybové aktivity a životního stylu dalšími způsoby, jako je např. vytvořením internetové databáze INDARES (do budoucna portál) pro sledování pohybové aktivity jednotlivců i skupin. Všechny výzkumné aktivity pracoviště řeší na mezinárodní úrovni (Centrum kinantropologického výzkumu, 2009).

**Česká kinantropologická společnost** - hlavním posláním společnosti je všestranná podpora kinantropologie jako interdisciplinárního vědního oboru, jehož zaměření spočívá ve studiu převážně účelově orientované pohybové činnosti člověka ve vztahu k jeho rozvoji a kultivaci a s ohledem na uplatnění v různých oborech lidské činnosti (zdravotně preventivní, pracovní, školní a mimoškolní tělesné výchově, sportovní činnosti, rehabilitačních aktivitách, regeneračních a rekondičních programech aj.). Společnost si klade za cíl aktivovat přenos vědeckých poznatků do praxe, organizovat odborné a vědecké přednášky, semináře a konference, podporovat publikační činnost, podílet se na formulování a posuzování grantových úkolů, recenzní činnosti apod. Členství ve společnosti je individuální i kolektivní a členem se může stát každý se zájmem o vědecké poznatky v oboru kinantropologie (Česká kinantropologická společnost, 2009).

**Platforma pro aplikace, výzkum a inovace**, s. r. o. je výzkumnou organizací dle článku 30 Nařízení Komise (ES) č. 800/2008 ze dne 6. srpna 2008. Jejím hlavním účelem je provádět průmyslový výzkum a experimentální vývoj a šířit jejich výsledky prostřednictvím výuky, publikování nebo převodu technologií. Veškerý zisk je zpětně investován do těchto činností nebo šíření jejich výsledků nebo do výuky. Platforma pro aplikace, výzkum a inovace je dále organizací zaměřenou na přípravu a realizaci vědeckých a rozvojových projektů v oblasti rozvoje lidských zdrojů, **podpory pohybové aktivity** a zdravého životního stylu. Spolupracuje se zahraničními akademickými, vědeckými i komerčními institucemi. Její zakladatelé a společníci se aktivně účastní tuzemských i zahraničních konferencí, kongresů a workshopů.

Podporou pohybové aktivity se na národní úrovni okrajově zabývají rovněž následující organizace:

**Česká obezitologická společnost** – jejím posláním je sdružovat lékaře, psychology, zdravotní sestry a odborníky dalších profesí zabývající se prevencí a léčbou obezity. Cílem společnosti je zajišťovat pregraduální i postgraduální vzdělávání v obezitologii, podporovat výzkum v oblasti obezitologie a vypracovávat doporučení diagnostiky a léčby obezity. Společnost spolupracuje s dalšími organizacemi, které se podílejí na prevenci a léčbě obezity, a to jak s odbornými společnostmi, tak s nekomerčními i komerčními společnostmi, zabývajícími se obezitou, ale i výživou, pohybovou aktivitou a souvisejícími obory (Česká obezitologická společnost, 2009).

**Česká diabetologická společnost** dbá o rozvoj a rozšiřování vědecky podložených poznatků lékařských věd a příbuzných oborů, usiluje o jejich využívání v péči



o zdraví občanů se zvláštním důrazem na preventivní činnost. Podílí se také na zvyšování úrovně odborných znalostí svých členů v oblasti lékařských věd a příbuzných oborů a na šíření zdravotnické osvěty mezi občany. Podporuje vědecko-výzkumnou činnost v oblasti zdravotnictví, napomáhá ve vytváření podmínek pro seznamování odborné i laické veřejnosti s jejími výsledky a zasazuje se o jejich uplatňování v praxi. Všeestranně se podílí na řešení otázek týkajících se řízení, organizace i vlastní realizace diagnostických postupů, léčebné a preventivní péče a činností souvisejících. Vytváří podmínky pro výměnu informací a rozvoj všech forem spolupráce mezi svými členy i organizacemi a institucemi obdobného zaměření v ČR i v zahraničí. Všeestranně podporuje činnost odborných společností, spolků lékařů a dalších sdružení pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech (Česká diabetologická společnost, 2009).

**Český institut metabolického syndromu** - členové ČIMS jsou čeští experti v kardiologii, hypertenziologii, diabetologii, obezitologii, lipidologii a praktičtí lékaři. Cílem Institutu je budovat a navazovat na aktivity mezinárodního Institutu a zaměřit se především na praktické lékaře, neboť praktičtí lékaři se při své každodenní praxi setkávají nejčastěji s jedinci s MS. ČIMS jednoznačně doporučuje pravidelnou pohybovou aktivitu jako jeden z neúčinnějších faktorů při prevenci nadváhy a obezity a vzniku inzulínové rezistence, které výrazně napomáhají samotnému vzniku metabolického syndromu (Český institut metabolického syndromu, 2009).

**Diabetická asociace ČR** je společnou platformou pro koordinaci požadavků na poskytnutí odpovídajících příležitostí pro léčbu a prevenci diabetu v ČR. Cílem je sjednotit přístup ke zlepšení péče o pacienty, vytvořit vhodný legislativní rámec pro opatření ve prospěch diabetiků a klást důraz na dodržování pravidel v rámci léčby, a to jak směrem k odborné veřejnosti, tak směrem k pacientům. Diabetická asociace ve svých doporučeních v prevenci vzniku diabetu 2. typu uvádí, že racionálním stravováním, bez nadbytku jednoduchých cukrů a tuků, dostatkem pohybové aktivity a udržováním normální tělesné hmotnosti, lze vznik diabetu 2. typu oddálit o mnoho let. Jestliže již došlo ke vzniku diabetu, může pacient takovýmto chováním vývoj choroby zpomalit a zabránit vzniku akutních i pozdních následků cukrovky.

**Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit** je národní organizací, která propaguje a rozšiřuje vědomosti, zkušenosti a výsledky vědeckého bádání v oblasti aplikovaných pohybových aktivit a kinantropologie a jejich praktické aplikace ku prospěchu všech osob. Přestože sdružení podporuje pohybové aktivity pro všechny osoby se specifickými potřebami, speciálně zaměřuje svoje programy a aktivity pro osoby se zdravotními postiženími či znevýhodněním, jež různé limity ovlivňují v účasti v pohybových aktivitách (Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit, 2009).

**Sokol** – hlavním posláním organizace je zvyšování tělesnou/pohybové zdatnosti svých členů a vychovávat je k čestnému jednání v životě soukromém i veřejném, k národnostní, rasové a náboženské snášenlivosti, k demokracii a humanismu, k osobní skromnosti a ukázněnosti, k lásce k rodné zemi a úctě k duchovnímu dě-



dictví našeho národa. Cílem činnosti České obce sokolské je přispívat ke zvyšování duchovní, kulturní a pohybové úrovně naší demokratické společnosti prostřednictvím tělesné výchovy a sportu, výchovy k mravnosti, společenské a kulturní činnosti (Česká obec sokolská, 2009).

**Orel** je občanské sdružení, křesťanská sportovní organizace. Prioritou činnosti Orla je především podpora sportu pro všechny. Cílem Orla je výchova mladých lidí a dětí prostřednictvím sportovních a ostatních aktivit. Cílem Orla není vychovávat vrcholové sportovce, ale věnovat se sportu, který podporuje kladné vlastnosti člověka. Orel se snaží dávat sportu a pohybové aktivitě smysl. V tom mu pomáhají pevné základy, které mu poskytují křesťanské hodnoty a celá historie jeho činnosti. Celou svojí činností chce Orel dávat sportu a pohybové aktivitě smysl.

**ČSTV** a další sportovní spolky a kluby (ČSTV) je dobrovolným sdružením sportovních, tělovýchovných a turistických svazů s celostátní působností, tělovýchovných jednot a sportovních klubů i jejich sdružení, jsou-li ustavena jako občanská sdružení podle zákona o sdružování občanů č. 83/1990 Sb. ČSTV vznikl 11. března 1990 a jeho posláním je podporovat sport, tělesnou výchovu a turistiku, sportovní reprezentaci České republiky a přípravu na ni, zastupovat a chránit práva a zájmy sdružených subjektů, poskytovat jim požadované služby a vytvářet ke vzájemné spolupráci potřebnou platformu. Subjekty sdružené v ČSTV si ponechávají samostatnost svého právního postavení, majetku a činnosti (Český svaz tělesné výchovy, 2009).

**STOB** - jedná se o internetový portál, jehož cílem je zvýšit obecné povědomí čtenářů (spotřebitelů) o výživě, zdraví a celkově zdravém životním stylu. Organizuje celou řadu setkání, které mají jako hlavní náplň prevenci vzniku obezity, propagaci podpory zdraví a aktivního životního stylu za využití celé řady pohybových aktivit.

V oblasti podpory pohybové aktivity není v ČR na národní úrovni prozatím zpracován strategický dokument, který by oblast PPA systematicky řešil. Podpora pohybové aktivity je zatím řešena dílčím nesystémovým způsobem - prostřednictvím projektů podpory zdraví, realizací krátkodobých kampaní (S pohybem každý den, Přijmi a vydej, Stop cukrovce, Den diabetu, Aktivní stárnutí, Dny zdraví s VZP, Sportovní dny aj.) či vydáváním sektorových doporučení a dokumentů<sup>2</sup> (STOB, 2009).

Z akademického pohledu je podpora pohybové aktivity v České republice částečně akcentována na třech fakultách – Fakulta tělesné kultury na Univerzitě Palackého v Olomouci, Fakulta sportovních studií na Masarykově univerzitě a Fakulta tělesné výchovy a sportu na Karlově univerzitě.

**Fakulta tělesné kultury** Univerzity Palackého v Olomouci byla založena v roce 1991 s cílem sjednotit rozptýlenost oborů několika fakult do cíleného výzkumného programu, který se zaměřil zejména na následující klíčové trendy výzkumu: na problémy a prevence tělesného, duševního a sociálního zdraví člověka ve vztahu k pohybovým aktivitám; na základní problémy lidské motoriky, její diagnostiku, rozvoj

2 Viz kapitola 2.3. – Politické dokumenty podpory pohybové aktivity.



a zlepšování; na metodologické problémy vyučování tělesné výchovy a na rozvoj nových disciplín na fakultě a řešení specifických oblastí vědeckých programů. Témata směřují ke specifické orientaci fakulty směrem k vytváření životního stylu, zdraví a prevenci nemocí pomocí podpory pohybové aktivity (Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci, 2009).

**Fakulta sportovních studií** na Masarykově univerzitě v Brně vznikla na počátku roku 2002 v důsledku rozvoje sportovní výchovy v regionu. Fakulta se zaměřuje na výzkum zdravého způsobu života jako nutné součásti moderního životního stylu. Fakulta aplikuje a rozvíjí poznatky tělovýchovného lékařství pro potřeby sportu a sportovní výchovy, zkoumá nejnovější poznatky z oblasti regenerace a výživy ve sportu i v běžném životě, připravuje kvalifikované odborníky pro edukativní aktivity v sociální a volnočasové oblasti (Fakulta sportovních studií na Masarykově univerzitě v Brně, 2009).

**Fakulta tělesné výchovy a sportu** je jednou z nejmladších fakult Univerzity Karlovy v Praze. Stala se její součástí v roce 1959 zprvu jako Institut tělesné výchovy a sportu, od roku 1965 jako fakulta Univerzity Karlovy. Fakulta tělesné výchovy se dlouhodobě zaměřuje zejména na výchovu odborníků pro oblast tělesné výchovy a sportu. Ve své vědecké činnosti klade důraz na účelově orientované pohybové činnosti člověka ve vztahu k jeho rozvoji a kultivaci a s ohledem na uplatnění v různých oborech lidské činnosti (zdravotně preventivní, pracovní, školní a mimoškolní tělesné výchově, sportovní činnosti, rehabilitačních aktivitách, regeneračních a rekondičních programech aj.). Sídlo na Fakultě tělesné výchovy a sportu má také Česká kinantropologická společnost a Česká společnost pro biomechaniku (Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze, 2009)

### 2.2.3 Krajská úroveň a obecní úroveň

V České republice byly po provedení reformy veřejné správy značně posíleny kompetence nižších celků (kraje, obce) a řešení problematiky podpory pohybové aktivity by tedy mělo být součástí jejich agendy. Zákon o podpoře sportu (MŠMT, 2001) v této souvislosti říká, že úkolem obcí v jejich samostatné působnosti je vytvářet podmínky pro sport zejména tím, že:

- zabezpečují rozvoj sportu pro všechny a přípravu sportovních talentů, včetně zdravotně postižených osob,
- zajišťují výstavbu, rekonstrukce, udržování a provozování svých sportovních zařízení a poskytují je pro sportovní činnost občanů,
- kontrolují účelné využívání svých sportovních zařízení,
- zabezpečují finanční podporu sportu ze svého rozpočtu.

Obec, která je podle zákona o obcích (č. 128/2000 Sb.) základním územním samosprávným společenstvím občanů, tvoří územní celek, který je vymezen hranicí obce. Obec podle tohoto zákona pečuje o všestranný rozvoj svého území



a o potřeby svých občanů a při plnění úkolů chrání též veřejný zájem. Obec je tak nejnižší územněsprávní jednotkou, která může mít charakter venkovského nebo městského sídla, respektive města nebo vesnice (Velký sociologický slovník, 1996). Dle WHO (2006) místní samosprávy sehrávají klíčovou úlohu při vytváření prostředí, které podporuje příležitosti pro pohybovou aktivitu obyvatel a aktivní životní styl. Vedoucí představitelé měst a další kompetentní pracovníci mohou poskytnout vedení, legitimnost a podmínky pro rozvoj a zavádění politik, které podporují aktivní životní styl všech občanů.

WHO (2006) uvádí rovněž další zásady a zjištění tvorby komunálních politik podpory pohybové aktivity:

- účast obyvatel na pohybové aktivitě je ovlivněna městskou zástavbou, přírodními a sociálními podmínkami, ve kterých tito lidé žijí, a také osobními faktory, jako je pohlaví, věk, zdatnost, čas a motivace,
- podoba jednotlivých částí městského prostředí, jako je rozvržení cest, využití půdy, umístění rekreačních zařízení, parků, veřejných prostranství a systému dopravy pozitivně či negativně ovlivňuje participaci obyvatel na pohybové aktivitě. Lidé jsou více aktivní, pokud mají snadný přístup ke klíčovým místům - parkům, zeleným plochám, pracovištím a obchodům,
- překážky pro aktivní životní styl zahrnují obavy z kriminality a nebezpečí na silnicích, emise z dopravy a znečištění, problémy s dostupností anebo nedostatkem sportovních zařízení a negativní postoje v oblasti pohybové aktivity a aktivního způsobu dopravy,
- lidé se speciálními potřebami a obzvláště lidé s nízkými příjmy mají tendence být ve svém volném čase méně pohybově aktivní, protože jsou méně schopni si dopřát a participovat na programech a volnočasových zařízeních a častěji žijí ve čtvrtích s bezpečnostními problémy v oblasti kriminality a dopravy. Této skupině obyvatel je tedy v oblasti podpory pohybové aktivity nutné věnovat zvláštní pozornost,
- příležitosti pro pohybovou aktivitu je třeba vytvářet nedaleko místa bydliště obyvatel a to zároveň s vytvářením čistšího a bezpečnějšího prostředí s dostatkem zeleně,
- v Evropě je možné nahradit velké procento automobilové dopravy chůzí či jízdou na kole. Opatření snižující provoz, jako jsou jízdní pruhy pro cyklisty, cyklotrasy, cyklostezky a změny dopravní politiky na místní úrovni mohou zvýšit procento pěší a cyklistické dopravy. Lidé více chodí a jezdí na kole v případě, že je snížena rychlost dopravy a je budována vyhovující a bezpečná infrastruktura.
- klíčem k úspěchu PPA na místní úrovni je tvorba efektivních partnerství a meziresortní spolupráce. Snahy umožnit a podpořit pohybovou aktivitu vyžadují spolupráci v oblastech urbanistického plánování, bydlení, dopravy, veřejného zdraví, sociálních služeb, vzdělávání a sportovního sektoru stejně jako soukromého sektoru a dobrovolníků.



Kraj, územní společenství občanů, ve své působnosti pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů. Při plnění svých úkolů chrání též veřejný zájem vyjádřený v zákonech a jiných právních předpisech (zákon 129/2000 Sb. o krajích – krajské zřízení). Role krajů v oblasti podpory pohybové aktivity není přesně definována, nicméně k obecné charakteristice můžeme využít příslušného zákona, který říká, že kraj ve svém územním obvodu pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o komplexní územní rozvoj, zejména o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů, především o uspokojování potřeby ochrany a rozvoje zdravých životních podmínek, dopravy a spojů, potřeby informací, výchovy a vzdělávání, celkového kulturního rozvoje a ochrany veřejného pořádku. V kompetenci krajských úřadů je dále poskytování dotací z vlastních prostředků občanským sdružením, humanitárním organizacím a jiným právnickým a fyzickým osobám působícím na území kraje v oblasti mládeže, sportu a tělovýchovy, sociálních služeb, vzdělávání a vědy, zdravotnictví a dalších oblastí.

#### 2.2.4 Komunitní úroveň

Komunitní úroveň podpory pohybové aktivity rozumíme aktivity podpory pohybové aktivity v jednotlivých komunitách, kterými jsou, školy, podniky, úřady a další. Podrobněji se jimi budeme zabývat v následujících kapitolách.

### 2.3 Významné aktuální projekty podpory pohybové aktivity v ČR

#### Aktivní životní styl v biosociálním kontextu

(Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu 2007-2013)

Cílem výzkumného záměru je studium determinant aktivního životního stylu jak v rovině biomedicínské, tak v rovině psychosociální. Studie bude zaměřena na hodnocení vývojových tendencí, která se týká náplně volného času a hodnotových priorit u mladé generace, dospělých i seniorů. Bude zjišťováno místo pohybových aktivit (PA) v hodnotové orientaci i postoje, které zaujímají různé skupiny populace k základním hodnotám žádoucího životního stylu a charakteristikám kvality života. Rovněž tak budou zjišťovány zdravotní benefity pravidelně realizovaných PA. Zjištěné poznatky v oblasti biologické i psychosociální budou využity k výběru a ověřování adekvátních forem pohybových programů (Rada pro výzkum, vývoj a inovace, 2009).

#### Pohybová aktivita a inaktivita obyvatel České republiky v kontextu behaviorálních změn (Centrum kinantropologického výzkumu FTK UP v Olomouci, 2005 - 2010)

Hlavní doménou výzkumného záměru je pohybová aktivita a inaktivita obyvatel České republiky v mezinárodním, preventivním a prognostickém kontextu. Determinanty, koreláty, moderátory a mediátory pohybové a motorické, zdravotní, psychosociální, demografické, environmentální, filozoficko-kulturní, sociálně ekonomické aspekty pohybové aktivity a inaktivity. Mechanizmy změn chování vybraných skupin obyvatel v pohybové aktivitě a inaktivitě. Chůze jako základní pohybová aktivita z hledis-



ka kinantropologických vědních oborů. Pohybová aktivita jako prostředek integrace skupin obyvatel s vybranými motorickými, zdravotními a sociálními specifiky. Hlavním cílem výzkumného záměru je analyzovat vývojové trendy v pohybové aktivitě a inaktivitě obyvatel České republiky. Poskytovat podklady pro tvorbu strategie státní, zdravotní, sociální a školské politiky. Výsledky analýz pohybové aktivity a inaktivity budou dále využity k verifikaci modelů (Rada pro výzkum, vývoj a inovace, 2009).

### **IPEN: Mezinárodní výzkum zastavěného prostředí, pohybové aktivity a obezity** (Centrum kinantropologického výzkumu FTK UP v Olomouci, 2009 - 2012)

Cílem grantu je použití srovnatelné metodiky hodnocení podmínek prostředí a pohybové aktivity ve vztahu ke zdravotním ukazatelům obyvatel velkých měst ve 14 různých zemích světa. Hlavní zaměření projektu je sledování vztahů mezi zastavěným prostředím a celkovou volnočasovou pohybovou aktivitou a chůzí u dospělé populace. Dále posouzení prostředí z hlediska schůdnosti, bezpečnosti a dostupnosti služeb a BMI u dospělé populace. Součástí grantu bude posouzení síly vztahu v interpretaci dotazníkových dat v porovnání s objektivním monitorováním reálných podmínek prostředí a pohybové aktivity. Výsledky pak budou sloužit politikům jako výchozí informace při důležitých rozhodnutích ohledně budování nových a právě stávajících obytných zón v rámci metropolí (Centrum kinantropologického výzkumu, 2009).

Pohybová aktivita bude posouzena na základě standardizovaného dotazníku IPAQ-Long a podmínky zastavěného prostředí na základě standardizovaného dotazníku ANEWS. Většina zemí bude realizovat také objektivní monitoring pohybové aktivity (pomocí akcelerometrů ActiGraph) a podmínek prostředí (pomocí Geografických informačních systémů – GIS). Všechny země budou vybírat části měst s rozdílnou mírou schůdnosti a vyberou minimálně 500 dospělých respondentů ve věku 20 – 65 let. Do projektu budou zapojeny celé rodiny (Centrum kinantropologického výzkumu, 2009).

### **VIPPA - Vytvoření a implementace edukačního systému podpory pohybové aktivity na českém akademickém poli**

(Katedra rekreologie FTK UP v Olomouci, 2009-2011).

Hlavním cílem projektu je vytvoření a implementace edukačního systému podpory pohybové aktivity na českém akademickém poli. Projekt je zaměřen na vytvoření multidisciplinárního týmu akademických odborníků, který bude dále vzděláván zahraničními specialisty v manažerských i odborných problematikách podpory pohybové aktivity, která doposud v České republice není řešena. Projekt se snaží přispět k systematickému řešení problémů, které jsou spojeny s nízkou úrovní pohybové aktivity obyvatel ČR, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, rakovina, diabetes, chronické respirační nemoci.



### **PASEO – Vytváření a zvyšování kapacity institucí pro podporu zdraví seniorů se „sedavým“ životním stylem prostřednictvím pohybové aktivity**

(Centrum kinantropologického výzkumu FTK UP v Olomouci, 2009 - 2012)

Cílem projektu PASEO je posílení kapacit pro podporu zdraví u seniorů se „sedavým“ životním stylem prostřednictvím pohybové aktivity v 15 státech EU. Jednotlivé státy jsou reprezentovány vědeckými institucemi (přidružený partner) a dále (ve většině států) (ne-) vládními organizacemi (spolupracující partner). Posilování možností je primárně zaměřeno na tvorbu struktur mezi sektory a vytváření prostředků pro propagaci pohybové aktivity seniorů se „sedavým“ životním stylem v rámci institucí. Očekávaným výstupem by mělo být úspěšné ustanovení národních aliancí (nebo rozšíření stávajících aliancí). Mechanismy využití pro posílení kapacit jsou stanoveny tak, aby byly zachovány i po ukončení projektu PASEO (Centrum kinantropologického výzkumu, 2009).

### **IMPALA – Zlepšování infrastruktury pro volnočasovou pohybovou aktivitu v místních podmínkách – osvědčené metody v Evropě**

(Centrum kinantropologického výzkumu FTK UP v Olomouci, 2009 - 2012)

Hlavním cílem projektu IMPALA je identifikace, realizace a šíření osvědčených metod při plánování, financování, výstavbě a řízení místních infrastruktur pro volnočasovou pohybovou aktivitu. Strategická významnost a přínos programu IMPALA je přispívat ke konkretizaci snah o rozvoj (existující politiky a mechanismů) místní infrastruktury pro volnočasovou pohybovou aktivitu v členských zemích EU. Teoreticky by měl program pomoci omezovat nerovnosti v přístupu k infrastrukturám pro volnočasovou pohybovou aktivitu uvnitř členských zemí i mezi zeměmi. Očekávaným výsledkem by měl být seznam standardů kvality pro politiku a mechanismy rozvoje místní infrastruktury pro volnočasovou pohybovou aktivitu. Dále by měl projekt ve zúčastněných zemích zahrnout posouzení obvyklé praxe proti kritériím tohoto seznamu. Na národní úrovni by měl projekt IMPALA podnítit dialog mezi vědci, experty a zákonodárci o těchto kritériích kvality. Experti a zákonodárci dalších zemí EU by měli být informováni o tomto projektu a jeho výsledcích na satelitních konferencích (Centrum kinantropologického výzkumu, 2009).

### **Centra podpory integrace (APA FTK UP v Olomouci, 2009 - 2011)**

Cílem projektu je zlepšení rovných příležitostí dětí a žáků, včetně dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, vytvořit a rozvinout systém poradenských služeb (prostřednictvím Center podpory integrace) poskytovaných celému spektru dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, vytvoření podmínek pro začleňování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do hlavního vzdělávacího proudu, včetně tvorby individuálních vzdělávacích plánů pro tělesnou výchovu, podpora neformálního vzdělávání s cílem zlepšení kompetencí pedagogických pracovníků pro odstraňování bariér bránících rovnému přístupu všech jedinců ke vzdělávání, zdokonalení systému vzdělávání pracovníků nestátních neziskových organizací a středisek volného času aplikací vzdělávacího modulu, vytvoření metodických materiálů, který bude sloužit v rámci realizovaných typů školení pedagogických pracov-



níků, realizace jednodenních vzdělávacích akcí s cílem změnit postoje k pohybovým aktivitám a osobám se speciálními potřebami.

### **Vzdělávání a publikace v oblasti podpory pohybové aktivity pro odbornou veřejnost** (ORE-institut, o. p. s., 2009)

Hlavním cílem projektu je prostřednictvím tvorby a vyhotovení odborné publikace a realizace vzdělávání přispět k řešení problémů nízké úrovně pohybové aktivity obyvatel v ČR. Projekt je zaměřen na tvorbu a vyhotovení odborné publikace s názvem „Podpora pohybové aktivity v ČR“, která bude určena odborné veřejnosti. Publikace bude doplněna vzděláváním odborníků v oblasti veřejného zdravotnictví a podpory pohybové aktivity.

### **INDARES.COM** (Centrum kinantropologického výzkumu FTK UP v Olomouci, 2005 - 2010)

Smyslem projektu INDARES.COM je podpora vzdělávání a výzkumu v oblasti pohybové aktivity. Neméně závažnými cíli jsou dále zvýšení informovanosti uživatelů o problematice pohybové aktivity a poskytnutí prostředků ke zkvalitnění jejich životního stylu (Centrum kinantropologického výzkumu, 2009).

### **Rozšíření a doplnění funkčnosti on-line systému pro evidenci a analýzu PA – Indares.com** (Centrum kinantropologického výzkumu FTK UP v Olomouci, 2005 - 2010)

Hlavním cílem projektu je doplnit systém INDARES.COM o další funkce, které zvýší využitelnost systému jako nástroje pro sběr dat o pohybové aktivitě a jejich vyhodnocování a zároveň přinesou uživatelům bohatší zpětnou vazbu, podpoří jejich sebereflexi a přispějí k plnění edukačních cílů v oblasti pohybové aktivního a zdravého životního stylu. Cílem tohoto projektu je tedy doplnit systém INDARES.COM o dotazník IPAQ-long a odpovídající zpětnou vazbu uživateli, vytvořit další část systému zaměřenou na testování úrovně vlastní fyzické kondice (autoevaluace formou testové baterie) a zakomponovat do systému vzdělávací materiály. Dalším cílem je zjednodušit přenos a úpravu dat z databáze systému pro následné statistické analýzy.

### **Škola zdravého a pohybově aktivního životního stylu žáků základních škol** (Centrum kinantropologického výzkumu FTK UP v Olomouci, 2005 - 2010)

Hlavním cílem projektu bude analyzovat pohybové chování žáků v době školního zaměstnání (včetně souvisejících aktivit) v rozdílném školním prostředí, navrhnout doporučení ke zlepšení životního stylu a získat celkový přehled o pohybově aktivním a zdravém životním stylu žáků ve školním prostředí.

## **2.4 Politické dokumenty podpory pohybové aktivity**

Důležitou součástí politiky organizací a úřadů na jednotlivých úrovních je vydávání dokumentů, jejichž přehled má poskytnout následující kapitola. Základními dokumenty, které mají za úkol nastartovat veřejné diskuze o různých konkrétních téma-



tech a záměrech Evropské komise ještě předtím, než se přistoupí k jejich zpracování do podoby zákona či směrnice, jsou tzv. **Zelené knihy**. Ty zpravidla v první části popisují stávající stav určité problematiky a dále navrhují řešení, jak tuto situaci řešit. Na Zelené knihy navazují svým obsahem **Bílé knihy**, které prezentují výhled a směřování Evropské komise. Pro členské státy mají doporučující charakter, pokud Bílou knihu schválí Rada EU, stane se z ní **akční plán** k řešení dané problematiky. Zelené knihy dle stejného zdroje otevírají možnost prakticky připomínkovat záměry a směřování EU pro každého občana EU. Připomínkování probíhá v určitých časových obdobích (např. po dobu jednoho měsíce), zpravidla na stránkách konkrétního generálního ředitelství, pod které diskutovaná problematika spadá. Často je připomínkování realizováno formou dotazníku. Diskuze a připomínkování probíhá nečastěji v angličtině, ale někdy se debaty vedou i v dalších jazycích. Bílé knihy jsou dokumenty, které nastiňují postup v konkrétní problematice. Nastiňují směr, kterým by se Komise měla ubírat a jaké úkoly by měla plnit. Např. Bílá Kniha zabývající se problematikou mladých „Nová hybná síla pro evropské mládí“ řeší, jak mladé lidi více zapojovat do rozhodování, která se jich týkají.

**Strategie** jsou dokumenty, které poskytují návod, jak předvídavě minimalizovat vývojová ohrožení a maximalizovat rozvojové příležitosti při účelném využití omezených zdrojů. Jejich součástí bývá analýza stavu (silných a slabých stránek), popis příležitostí a ohrožení, srovnání s okolím, stanovení cílů, způsob jejich naplnění, vyčíslení nákladů atd. (Veselý & Nekola, 2007).

V České republice příprava a realizace koncepčních a strategických dokumentů není prakticky nijak ošetřena pravidly, jedinou úpravu tak představuje zákon č. 100 z roku 2001 ve znění pozdějších předpisů č. 93/2004 Sb. o posuzování vlivů na životní prostředí (Veselý & Nekola, 2007).

#### 2.4.1 Mezinárodní politické dokumenty podpory pohybové aktivity

##### **Americká národní zpráva o pohybové aktivitě a zdraví**

(U.S. Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention, 1996)

Jedná se o první celosvětově uznávaný dokument o vlivu pohybové aktivity na zdraví vydaný v roce 1996 americkým ministerstvem zdravotnictví (konkrétně jeho příspěvkovou organizaci - Národní centrum pro prevenci chronických onemocnění a podpory zdraví). Na tvorbě dokumentu se podílela řada dalších amerických národních institucí<sup>3</sup>.

---

3 The President's Council on Physical Fitness and Sports; Office of Public Health and Science; National Institutes of Health; National Heart, Lung, and Blood Institute; National Institute of Child Health and Human Development; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases; American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance; American College of Sports Medicine; American Heart Association



Téměř všechny v současné době vydávané strategické či koncepční dokumenty podpory pohybové aktivity na národních a nadnárodních úrovních čerpají z této zprávy.

Hlavním cílem publikace je sdělit americkým občanům, že mohou výrazně zvýšit kvalitu svého života prostřednictvím pohybové aktivity. Hlavním úkolem byla sumarizace existující literatury a odborných článků, které se zabývají intervencemi pohybové aktivity a jejich vlivu na prevenci hromadných neinfekčních onemocnění.

### **Globální strategie pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví**

(World Health Organization, 2003)

Zvláště významný mezinárodní dokument, který vznikl na základě vysokého a stále se zvyšujícího břemene NCD a obrovského potenciálu, který má zdravá výživa a pohybová aktivita při jejich prevenci. Celkovým cílem Globální strategie pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví je zlepšit a ochránit zdraví pomocí řízeného rozvoje trvale udržitelných akcí na individuální, komunální, národní a globální úrovni, které při vzájemné souhře povedou ke snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nezdravou výživou a pohybovou inaktivitou.

Globální strategie má čtyři hlavní úkoly:

- Snížit rizikové faktory NCD, které pramení z nezdravé výživy a pohybové inaktivity pomocí nezbytných veřejných akcí na podporu a prevenci zdraví
- Zvýšit celkové povědomí o důležitosti výživy a pohybové aktivity a zajistit, aby lidé jejich pozitivnímu vlivu na zdraví porozuměli
- Podporovat rozvoj a realizaci globálních, regionálních, národních a komunálních akčních plánů zaměřených na zlepšení výživy a zvýšení pohybové aktivity. Akční plány by měly být udržitelné, komplexní a měly by aktivně zapojovat všechny sektory včetně vládních organizací, občanských sdružení, soukromého sektoru a médií
- Monitorovat vědecká data a klíčové faktory ovlivňující výživu a pohybovou aktivitu; podporovat výzkum v širším spektru relevantních oblastí; posílit lidské zdroje v této oblasti

Globální strategie je mimořádně důležitým dokumentem pro vytvoření národních strategií a obsahuje zásadní informace důležité při jejich tvorbě. Apeluje na členské státy, aby vytvořily politický program a následně strategie vedoucí ke zdravé výživě a vyšší participaci na pohybové aktivitě obyvatel. Rozhodující roli při tvorbě takovýchto strategií mají vlády jednotlivých zemí, přičemž za počáteční koordinaci činností mezi jednotlivými ministerstvy při tvorbě strategií by měla odpovídat ministerstva zdravotnictví.



WHO prostřednictvím Globální strategie naléhá na členské státy, tedy i Českou republiku, aby:

- vytvořily, zrealizovaly a evaluovaly doporučené akce vyplývající z Globální strategie, které by měly být samozřejmě vhodně adaptovány na situaci v zemi a to jako součást státní politiky. Akce by měly podporovat zdraví jedince i celé společnosti pomocí zdravé výživy a pohybové aktivity, a tím snížit riziko NCD,
- podporovaly zdravou výživu a pohybovou aktivitu jako součást zdravého životního stylu,
- využily zdravotní, sportovní a jiné sektory k zesílení (popř. vytvoření nových) struktur pro realizaci strategie pro monitorování a evaluaci efektivity investování zdrojů určených k redukci prevalence NCD a rizik spojených s nezdravou stravou a pohybovou inaktivitou,
- vytvořily a definovaly:
  - a) národní cíle a úkoly,
  - b) realistický časový harmonogram činností,
  - c) národní pohybové a výživové doporučení,
  - d) měřitelné procesní a výstupní indikátory, které usnadní monitorování a evaluaci akcí,
  - e) prostředky, které ochrání a podpoří tradiční stravu a pohybovou aktivitu.
- podpořily mobilizaci všech zainteresovaných sociálních a ekonomických skupin včetně vědeckých, profesionálních, nevládních, dobrovolných, soukromých, občanských a průmyslových asociací a zařadily je vhodně do realizace strategie,
- podpořily příznivé prostředí pro cvičení, kde jedinec je sám zodpovědný za své zdraví,
- ujistily se, že politické plány pro realizaci strategie jsou ve shodě s jejich závazky na národním a mezinárodním poli,
- při implementaci strategie vzaly v úvahu více ohrožené skupiny ve společnosti a jejich specifické potřeby.

### **Kroky zdraví: Evropský rámec podpory pohybové aktivity a zdraví**

(World Health Organization, 2007)

Dokument se snaží podpořit členské státy WHO k řešení nedostatečné úrovně pohybové aktivity, potažmo k systematickému a koordinovanému přístupu, neboli k rozvoji národní strategie podpory pohybové aktivity jako součástí národních politik veřejného zdravotnictví. Na tvorbě dokumentu se podílelo 18 vedoucích světových odborníků, kteří čerpali z nejnovějších výzkumů a studií. Dokument definuje nejhroženější skupiny, nejdůležitější prostředí k podpoře pohybové aktivity, úspěšné (efektivní) intervence a v záměru definuje sedm klíčových principů, které by měly být implementovány do národní i regionální strategie podpory pohybové aktivity.

### **Zelená kniha - Prosazování zdravé stravy a pohybové aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob**

(Komise evropských společenství, 2005)

Rovněž evropská Komise si je vědoma, že nezdravá strava a nedostatek pohybové aktivity patří v Evropě k hlavním příčinám nemocí a předčasných úmrtí, kterým je



možné předejít, a přibývajícím výskyt obezity v Evropě je v oblasti veřejného zdraví hlavním předmětem zájmu. Rada EU tak vyzvala Komisi, aby přispívala k prosazování zdravého životního stylu a prostudovala způsoby prosazování zdravé výživy v rámci Evropské unie a případně za tímto účelem předložila vhodné návrhy. Rada také vyzvala členské státy a Komisi, aby vytvořily a provedly iniciativy zaměřené na prosazování zdravé stravy a pohybové aktivity.

Komise evropských společenství má v této oblasti jasně vymezenou pravomoc: článek 152 smlouvy stanoví, že při navrhování a provádění všech politik a opatření společenství musí být zajištěna vysoká úroveň ochrany lidského zdraví. Výživa a pohybová aktivita se dotýká několika oblastí politik společenství a Rada potvrdila, že je nezbytné prosadit výživu a pohybovou aktivitu do příslušných politik na evropské úrovni.

### **Bílá kniha - Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou**

(Komise evropských společenství, 2007)

Cílem této bílé knihy je stanovit integrovaný přístup EU, jak přispět k omezení nemocí způsobených špatnou výživou, nadváhou a obezitou. Bílá kniha navazuje na nedávné iniciativy Komise, zejména akční platformu EU pro stravu, pohybovou aktivitu a zdraví a Zelenou knihu „Prosazování zdravé stravy a pohybové aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob“.

V rámci konzultací k Zelené knize byla zjištěna velmi široká shoda názorů, že by společenství mělo přispět k řešení těchto problémů, a to ve spolupráci s celou škálou různých zúčastněných stran na celostátní, regionální a místní úrovni.

### **Bílá kniha o sportu**

(Komise evropských společenství, 2007)

Komise evropských společenství v Bruselu dne 11. 7. 2007 vydala k projednání Bílou knihu o sportu (v konečném znění KOM 2007, 391). Bílá kniha v zájmu jasnosti a jednoduchosti používá definici „sportu“, jak ji zavedla Rada Evropy: „veškeré formy pohybové aktivity, které, provozovány příležitostně nebo organizovaně, usilují o vyjádření nebo vylepšení fyzické kondice a duševní pohody, utvoření společenských vztahů či dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních.“

Bílá kniha souhrnně definuje různé role sportu (hospodářský rozměr, zdravotní rozměr, společenský rozměr, udržitelný rozměr, organizace sportu, aj.) a jejich problémy a současně navrhuje konkrétní kroky, které evropská Komise bude činit.



Komise učiní ze zdraví zlepšující pohybové aktivity základní kámen své činnosti v oblasti sportu a bude se snažit tuto prioritu lépe zohlednit prostřednictvím příslušných finančních nástrojů, mezi něž patří:

- 7. rámcový program pro výzkum a technický rozvoj (aspekty zdraví v souvislosti s životním stylem),
- program veřejného zdraví 2007–2013,
- programy mládeže a občanství (spolupráce sportovních organizací, škol, občanské společnosti, rodičů a dalších partnerů na místní úrovni),
- program celoživotního učení (vzdělávání učitelů a spolupráce mezi školami).

### **Akční plán Globální strategie prevence a kontroly hromadných neinfekčních nemocí, 2008 – 2013**

(WHO, 2007)

Akční plán Globální strategie navazuje na aktuální vývoj v oblasti výživy a pohybové aktivity. Poukazuje na unikátní příležitost vytvořit a realizovat intervence orientované na výživu a podporu pohybové aktivity, prevenci kouření, které by celosvětově snížily nemocnost a úmrtnost způsobenou NCD. Existují velmi silné důkazy, že tzv. zdravotně vhodné chování (aktivní životní styl) vede k menší pravděpodobnosti výskytu chorob a nemocí v pozdějších letech. Akční plán zejména apeluje na nízkou a středně příjmovou země.

### **Aktivní život prostřednictvím aktivního transportu se speciálním zaměřením na děti a seniory (WHO, 2002)**

Motorizovaná doprava přímo i nepřímo ovlivňuje zdraví celé populace (dopravními nehodami, respiračními problémy způsobenými znečištěným vzduchem, a především snižováním úrovně pohybové aktivity). Výfukové emise jsou jedním z nejhrošších faktorů negativně ovlivňujících změnu klimatu. Z těchto důvodů se WHO rozhodlo vytvořit strategii, jejíž hlavní motto je: „Vysoce efektivní preventivní strategie existuje! Je to velmi jednoduché, stačí být aktivní (chodit, jezdit na kole) – alespoň 30 minut denně“. Hlavními cíli strategie jsou přimět politiky a občany evropských států uvědomit si rizika spojená s nedostatkem pohybové aktivity v životě a ukázat, že strategie aktivního transportu je ekonomicky efektivní a zdravotně účinná metoda, jak řešit problémy způsobené špatným životním stylem.

### **Public Policy and the Challenge of Chronic Noncommunicable Diseases**

(The World Bank, 2007)

Dokument pojednává o enormním významu růstu hromadných neinfekčních nemocí v kontextu globálního zdraví a ekonomiky. Hlavním tématem je agenda pro akci jako odpověď na rostoucí ekonomický, sociální a zdravotní problém způsobený hromadnými neinfekčními nemocemi. Cílem je umožnit Světové bance a potažmo jejím členům a klientům strategický posun v přístupech veřejné politiky jako nástroje k pre-



venci a kontrole hromadných neinfekčních onemocnění. Strategický dokument analyzuje, jak se co nejeftivněji vyhnout břemenu hromadných neinfekčních nemocí a jakým způsobem je možné se připravit na další důsledky vysokého výskytu hromadných neinfekčních nemocí. Dokument se kromě podpory pohybové aktivity zabývá také zdravou výživou a kontrolou alkoholu a užívání tabákových výrobků.

## 2.4.2 Národní politické dokumenty podpory pohybové aktivity

### Zákon o podpoře sportu

Zákon o podpoře sportu (2001), který byl v roce 2005 novelizován, vymezuje postavení sportu ve společnosti jako veřejně prospěšné činnosti a stanovuje úkoly ministerstev a jiných správních úřadů a působnost územních samosprávných celků při podpoře sportu (MŠMT, 2001). Byl zpracován v souladu s Evropskou Chartou sportu, Evropskou antidopingovou úmluvou a Kodexem sportovní etiky a na národní úrovni z tohoto zákona dále vychází Koncepce státní politiky v tělovýchově a sportu, Zásady komplexního zabezpečení státní sportovní reprezentace, včetně systému výchovy sportovních talentů a Národní program rozvoje sportu pro všechny.

Zákon o podpoře sportu definuje pojmy sport, sport pro všechny a sportovní zařízení, přičemž pojem „sport“ dle tohoto zákona představuje všechny formy tělesné činnosti, které prostřednictvím organizované i neorganizované účasti si kladou za cíl harmonický rozvoj tělesné i psychické kondice, upevňování zdraví a dosahování sportovních výkonů v soutěžích všech úrovní (MŠMT, 2001).

Zákon o podpoře sportu vymezuje působnost a roli Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy a Ministerstva zdravotnictví, zmíněny jsou rovněž role ministerstev obrany a vnitra, dále stanovuje úkoly krajů a obcí a hovoří o podmínkách vyvlastnění při výstavbě sportovních zařízení.

### Zákon o ochraně veřejného zdraví

Zákon o podpoře veřejného zdraví (2000, ve znění pozdějších předpisů) hovoří o ochraně a podpoře veřejného zdraví, která je, dle tohoto zákona, souhrnem činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním (Ministerstvo zdravotnictví, 2000).

O podpoře pohybové aktivity, sportu či prevenci hromadných neinfekčních onemocnění nehovoří zákon přímo, nepřímě se k této oblasti vztahují pasáže zmiňující podmínky pro výchovu, vzdělávání a zotavení dětí a mladistvých, podmínky vnitřního prostředí stavby a hygienické požadavky na venkovní hrací plochy pro hry dětí, hygienické požadavky na koupaliště a sauny. Dále potom pasáže pojednávající o orgánech státní správy a jejich roli v ochraně veřejného zdraví.



## **Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století**

Jedná se o rozsáhlý soubor aktivit zaměřených na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Na plnění aktivit programu se podílí všechny složky společnosti, základní zodpovědnost za plnění programu má vláda a její Rada pro zdraví a životní prostředí. Program je otevřený dokument, který je v průběhu postupné realizace podle potřeby a zkušeností plynule upravován a doplňován.

Dokument ze zdravotnického hlediska koncepčně řeší v různých cílech problematiku pohybových aktivit u různých věkových a sociálních skupin s důrazem na mládež a populaci seniorů. Podpora pohybové aktivity je zmiňována rovněž v cíli 8 „Snížení výskytu neinfekčních nemocí“, dále v cíli 5 „Zdravé stárnutí“ a v cíli 4 „Zdraví mladých“. Zásadním cílem z hlediska pohybových aktivit je však cíl 9 – zdravější životní styl. Ten je dle programu jeden z nejvýznamnějších faktorů, které na zdraví člověka působí.

V oblasti životního stylu se zaměřením na podporu pohybové aktivity program zdůrazňuje nutnost všestranného zvýšení pohybové aktivity obyvatelstva prostřednictvím:

- vytváření podmínek pro pohybovou aktivitu budováním veřejných a školních sportovišť, turistických a cyklistických stezek, podpory sportovních akcí pro širokou veřejnost, zejména všestranné podpory a rozvoje organizací pěstujících pobyt v přírodě a tělovýchovné a sportovní aktivity na úrovni rekreačního sportu i za cenu přechodného snížení podpory výkonnostního sportu; podpory výuky a výchovy cvičitelů a učitelů takto zaměřených aktivit,
- propagace významu a zdravotní prospěšnosti pohybové aktivity a ovlivňování postojů dětí, rodičů, osob nad 65 let, učitelů, státních a zastupitelských orgánů,
- sledování tělesné zdatnosti mládeže a výskytu onemocnění pohybového aparátu

Dále potom prostřednictvím školy zlepšit stav pohybového aparátu dětí a za tím účelem:

- v základních a středních školách zavést nové vzdělávací standardy Člověk a zdraví orientované na školní tělesnou výchovu,
- zvýšit úroveň informovanosti učitelů (pravidelné semináře, sledování nových trendů v prevenci poruch pohybového aparátu dětí)
- propagovat a zavádět školní tělesnou výchovu zaměřenou především na všestranný a zdravý tělesný rozvoj a vychovávat příslušně vzdělané učitele, zavést osnovy, které by umožnily zapojení všech žáků do aktivního pohybu v průběhu celé vyučovací hodiny tělesné výchovy,
- zlepšovat ergonomickou situaci ve školách (vybavovat školy vyhovujícím nábytkem)
- zavádět prostřednictvím dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků cílené preventivní programy včetně možností psychické relaxace.



### **Národní program rozvoje sportu pro všechny**

Základním cílem Národního programu rozvoje sportu pro všechny v České republice je prostřednictvím změny hodnotové orientace občanů, rozvoje materiálně technické základny a rozšíření nabídky tělovýchovných a sportovních zařízení postupná změna společenských a materiálních podmínek ve prospěch celoživotního aktivního využívání všech forem sportu co největšího počtu občanů v České republice.

Program zdůrazňuje významnou úlohu participace obyvatel na pohybové aktivitě, zdravotní, sociální i ekonomické efekty pohybových aktivit, nutnost mediální podpory zdravého životního stylu, nutnost zvýšení participace obyvatel na organizované i neorganizované pohybové aktivitě, nutnost péče a budování materiálně – technické základny pro pohybové aktivitě atd. Pro jednotlivé oblasti jsou dále v programu navržena opatření.

Národní program rozvoje sportu pro všechny byl schválen vládou ČR v roce 2000 a je podkladem pro tvorbu dalších dokumentů v této oblasti.

### **Akční plán zdraví a životního prostředí**

Národní akční plán zdraví a životního prostředí obsahuje soubor opatření směřujících ke zlepšení životního prostředí a zdravotního stavu populace. Zabývá se širokou škálou problémů životního prostředí a zdraví, jak to vyplývá z definice WHO.



K problematice podpory pohybové aktivity se vztahuje kapitola 4. 2., jejímž cílem je mimo jiné zvýšit úroveň pohybové aktivity u obyvatel ČR, přičemž v popisu jednotlivých aktivit akčního plánu nacházíme aktivity zaměřené na vysvětlování občanům, že péče o zdraví je záležitostí nejen státu a zdravotníků, ale i občanů samotných. Dále výchovu ke zdravému životnímu stylu (ve všech jeho složkách) na základních a středních školách, podporu pohybové aktivity v rámci školní výuky, nabídkou různých forem mimoškolní tělesné aktivity dětí a mládeže, nabídkou a vytvořením podmínek pro individuální i rodinnou pohybovou aktivitu.

### **Národní kardiovaskulární program**

Program byl vypracován Českou kardiologickou společností ve spolupráci s Českou společností kardiovaskulární chirurgie. Je zaměřen na primární a sekundární prevenci, ambulantní péči, akutní přednemocniční péči a nemocniční péči u kardiovaskulárních onemocnění. Z pohledu podpory pohybové aktivity je nejdůležitější částí problematika primární prevence, kde je význam pohybových aktivit a zvýšení participace obyvatel na pohybových aktivitách akcentován. Důraz je kladen také na roli hromadných sdělovacích prostředků (televize, rozhlas, tiskoviny), ve kterých je nutné pravidelně a mnohem intenzivněji a častěji než dosud informovat o příčinách srdečních chorob a o tom, jak jim nejlépe předcházet.

### **Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže na období 2007-2013**

Hlavními cíli nové Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže je vytváření vhodných podmínek zejména pro naplňování funkce rodiny, osobnostní rozvoj mladých lidí a jejich uplatnění ve společnosti, výchovu k aktivnímu občanství, podporu zdravého životního stylu a ochranu před negativními jevy a jejich následky. Jedním z úkolů státní politiky v tomto období je dále vytvářet dobré společenské, legislativní a finanční podmínky pro účelné trávení volného času dětí a mladých lidí, které povede k jejich zdravému životnímu stylu.

### **Další dokumenty**

Dalšími dokumenty, ve kterých je problematika pohybových aktivit zmiňována jsou **Národní program přípravy na stárnutí**, **Dopravní politika ČR**, **Národní cyklostrategie** a **Národní program zdraví**.



## Situace v České republice

První část této kapitoly pojednává o výskytu obezity a nadváhy a hromadných neinfekčních onemocnění (kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus 2. typu, rakovina a další) v české populaci. Tato data dále dáváme do souvislosti s nejčastěji uváděnými příčinami smrti v ČR. Druhá část kapitoly je věnovaná aktuální úrovni pohybové aktivity v populaci ČR. Uvádíme zde výsledky současných výzkumů u vybraných skupin české populace. Tato část čerpá především z výzkumů Centra kinantropologického výzkumu a HBSC studie.



### 3. Současná situace v ČR

#### 3.1 Prevalence hromadných neinfekčních onemocnění v ČR

##### 3.1.1 Nadváha a obezita

Prevalence obezity na celém světě dramaticky stoupá, přičemž vzestup se týká nejen rozvinutých, ale i rozvojových zemí. Podle posledních údajů Světové zdravotnické organizace (2006) trpí nadváhou 1,6 miliardy lidí starších patnácti let, z toho 400 milionů lidí obezitou. Prognózy říkají, že v roce 2015 by mohlo být na světě 2,3 miliardy dospělých s nadváhou a více než 700 milionů lidí trpících obezitou. Situace začíná být vážná i u dětí – s nadváhou se potýká přinejmenším 20 milionů dětí starších pěti let. Česká republika v tomto ohledu bohužel není výjimkou a nadváha společně s obezitou se stávají vážným problémem v dospělé i dětské populaci

Podle výsledků studie agentury STEM/MARK a České obezitologické společnosti (2005) má v České republice nadměrnou hmotnost 52 % dospělé populace, z toho 35 % spadá do kategorie nadváhy a 17 % je obézních. Prevalence obezity a nadváhy v ČR přitom vykazuje vzestupný trend. Oproti srovnatelné studii z roku 2000/2001 stoupla o 3 %. Výsledky aktuální studie jsou ve srovnání s některými předchozími poněkud nižší, což je dáno tím, že většina starších studií nebyla prováděna u reprezentativního vzorku populace. Prevalence nadváhy a obezity je vyšší u populace nad 45 let - v tomto věku má normální hmotnost jen 30 % osob. K vysokému podílu populace s nadměrnou hmotností přispívají větší měrou muži než ženy. Nadměrnou hmotnost má téměř 60 % mužů oproti 47 % žen. Studie také ukázala významně vyšší výskyt nadváhy a obezity u osob, u kterých se tyto problémy již projevíly v rodině (Kunešová, 2006).

Studie rovněž ukázala, jak významně nejenom obezita (BMI\* nad 30), ale i nadváha (BMI 25 – 30) ovlivňuje výskyt zdravotních komplikací. Pouhá nadváha zvyšuje riziko vzniku zvýšené hladiny tuků v krvi 4x, zvýšeného krevního tlaku a nemocí srdce a cév více než 3x, cukrovky 2,5x, dny a onemocnění kloubů a páteře 2x. U obezity riziko ještě dále stoupá, v případě cukrovky 7x, zvýšené hladiny tuků v krvi a zvýšeného krevního tlaku více než 5x, nemocí srdce a cév 5x, nemocí žlučníku, dny a onemocnění kloubů a páteře 2,5 až 3x (Kunešová, 2006).

##### 3.1.2 Kardiovaskulární onemocnění

Kardiovaskulární onemocnění (zejména ischemická choroba srdeční se srdečním infarktem a dalšími komplikacemi, cévní mozková příhoda a hypertenze) jsou dominující příčinou úmrtnosti zejména v rozvinutých zemích. Svým výskytem výrazně převyšují nádorová onemocnění (WHO, 2007).

Mortalita na kardiovaskulární choroby je v České republice se zhruba 600 úmrtími ročně na 100 000 obyvatel stále významně vyšší než v zemích západní Evropy. Na tyto choroby u nás připadá více než 50 % úmrtí (přesně 55,1 % v roce 1998),



tedy více než na všechny ostatní choroby dohromady. Závažná kardiovaskulární morbidita, vyjádřená počtem hospitalizací pro kardiovaskulární choroby, je v ČR také vysoká (více než 50 % všech hospitalizací na interních odděleních nemocnic) a stále narůstá. Nárůst hospitalizací z kardiovaskulárních důvodů činí za posledních 10 let 25 %. Srdeční infarkt je nejčastější příčinou smrti a invalidity mužů v produktivním věku (Česká kardiologická společnost, 2000).

V roce 2006 u nás na choroby srdce a cév zemřelo 23 810 mužů (46,6 % všech úmrtí) a 28 750 žen (51,9 % všech úmrtí), hospitalizováno v nemocnicích bylo 346 000 pacientů s tímto onemocněním. Pod stálým dohledem praktického lékaře z důvodu srdečních a cévních onemocnění bylo v roce 2006 1,6 milionu pacientů z důvodu hypertenze, 848 000 z důvodu ischemické choroby srdeční a 280 000 pacientů z důvodu cévních onemocnění mozku (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006).

### 3.1.3 Diabetes mellitus

Počet osob s diabetes mellitus stoupá na celém světě. 90 – 95 % z nich tvoří osoby s diabetes mellitus 2. typu. V České republice se za posledních 30 let prevalence diabetes mellitus zdvojnásobila a diabetes dnes postihuje asi 6,5 – 7 % populace. V současnosti žije v České republice více než 686 000 osob trpících diabetem, z toho asi 88,5 % tvoří diabetici 2. typu a asi 6,6 % diabetici 1. typu (Škrha, 2005), (Svačina, 2003), (Rybka, 2005). U věkové skupiny nad 70 let tvoří diabetes mellitus 2. typu až 95 % onemocnění diabetem (Weber, 2003). Diabetici nad 65 let věku tvoří nyní v České republice a Evropě přes 40 % všech diabetiků a předpokládá se, že v roce 2030 bude tato věková skupina tvořit až 70 % všech diabetiků (Weber, 2004).

Tabulka 5: Počet osob léčených na diabetes mellitus v ČR

Rok	Počet osob		Přepočet na 100 000 obyvatel	
	ženy	muži	ženy	muži
1990	264 944	214 181	4 252,3	4 973,4
1993	274 051	219 944	5 156,5	4 382,0
1996	324 281	258 145	6 121,9	5 150,5
1999	345 388	278 698	6 545,1	5 572,8
2002	362 735	304 400	6 926,9	6 128,8
2006	404 460	344 540	7 651,6	6 883,5
2007	407 700	347 300	7 658	6 870,6

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009



Diabetologické ordinace poskytly v roce 2007 celkem 2 132 tisíc ošetření u 755 tisíc pacientů. Počet léčených diabetiků každým rokem mírně stoupá. Výskyt cukrovky je dlouhodobě mírně vyšší u žen, které tvořily 54 % z celkového počtu léčených diabetiků. Tuto skutečnost pravděpodobně ovlivňuje fakt, že ženy se v průměru dožívají vyššího věku. Během roku bylo nově zjištěno onemocnění u cca 29 tisíc žen a 27 tisíc mužů, z toho 207 jedinců bylo ve věku do 19 let. Republikový průměr činil 5,5 nově zjištěných případů na 1 tisíc obyvatel stejně jako v předchozím roce (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2007).

Tabulka 6: Počet nově zjištěných diabetiků na 100 000 obyvatel ČR v období 2000 - 2007

Rok	2000	2002	2004	2005	2006	2007
<b>Počet osob celkem</b>	512,5	506,3	532	552,5	548,5	546,3
<b>Ženy</b>	516,1	510,2	537,8	564,5	566,6	559,1
<b>Muži</b>	508,8	502,2	525,9	539,9	529,5	533

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009

### 3.1.4 Nádorová onemocnění

Nádorová onemocnění jsou v ČR druhou nejčastější příčinou úmrtnosti. Ročně umírá na nádorová onemocnění více než 27 tisíc osob, což představuje 23 % z celkové úmrtnosti. Nádorová onemocnění jsou rovněž druhou nejzávažnější příčinou nemocnosti ekonomicky aktivní části obyvatelstva. Ročně je evidováno 33 tisíc případů pracovní neschopnosti způsobené onemocněním rakovinou. Celkově tvoří ztráty národního důchodu, vydané na léčbu, hospitalizaci, nemocenské dávky a invalidní důchody 8,3 miliardy Kč ročně. Příčiny vysoké úmrtnosti a ekonomických ztrát spočívají jednak v narůstající incidenci, jednak v pozdějším záchytu příznaků nádorových onemocnění. ČR zaujímá přední místo v celoevropských statistikách v incidenci rakoviny obecně a ve výskytu nádorů tlustého střeva a rekta u mužů. Karcinomy prsu u žen vykazují vzestupný trend v jejich incidenci a rovněž vysokou mortalitu (Státní zdravotní ústav, 2009).

V roce 2006 bylo do Národního onkologického registru ČR nově nahlášeno celkem 71 913 případů zhoubných novotvarů, z toho 36 682 případů u mužů a 35 231 případů u žen (viz tabulka 7). Absolutní počet nově zjištěných nádorů u mužů poprvé od roku 1990 meziročně velice nepatrně klesl a to o méně než 1 %. U žen absolutní počet nově zjištěných nádorů pokračuje v dlouhodobém stoupajícím trendu. Také věkově standardizovaná incidence u mužů klesla, v roce 2006 připadalo 674,4 případů ZN<sup>1</sup> na 100 tisíc mužů, zatímco v roce 2005 byla hodnota standardizované incidence 689,4 případů na 100 tisíc mužů. U žen hodnota standardizované míry

1 Zhoubných novotvarů



incidence meziročně mírně vzrostla (499,1 případů na 100 tisíc žen v roce 2005 a 501,4 případů na 100 tisíc žen v roce 2006) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006).

Tabulka 7: Incidence a úmrtnost na ZN u mužů a žen v roce 2005 a 2006

Incidence ZN	2005			2006		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
absolutní počet	36 823	34 626	71 449	36 682	35 231	71 913
incidence na 100 000 obyvatel	737,7	660,5	698,1	731,1	670,6	700,5
standardizovaná incidence na 100 000 obyvatel	689,4	499,1	569,1	674,4	501,4	564,0

Úmrtnost na ZN	2005			2006		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
absolutní počet	15 567	12 466	28 033	15 354	12 541	27 895
úmrtnost na 100 000 obyvatel	311,9	237,8	273,9	306,3	238,7	271,7
standardizovaná úmrtnost na 100 000 obyvatel	294,6	164,9	217,5	284,1	163,2	212,6

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009

### 3.1.5 Osteoporóza

Osteoporóza je časté onemocnění, které významně narůstá s věkem a jeví závislost na pohlaví. Dle WHO (2006) je osteoporóza definována jako progredující onemocnění skeletu charakterizované stupněm úbytku organické i anorganické kostní hmoty, poruchami mikroarchitektury kostní tkáně a v důsledku toho zvýšenou náchylností kostí ke zlomeninám. V civilizovaných zemích tato nemoc postihuje 7 – 8 % obyvatelstva. V České republice osteoporóza postihuje 15 % mužů a 33 % žen ve věku nad 50 let (téměř každá 3. žena) a 39 % mužů a 47 % žen věku nad 70 let (téměř každá 2. žena). V roce 2000 bylo v České republice hospitalizováno se zlomenou proximální částí stehenní kosti téměř 12 000 žen a přes 4 000 mužů starších 50 let (Broulík, 2004).

Zahraniční studie uvádějí, že až 1/3 žen nad 50 let má osteoporózu (U.S. Department of Commerce, 1998), přičemž je vysoké riziko, že jedna ze dvou žen nad 50 let bude mít během svého života osteoporotickou frakturu (Jones & Eaton, 1994), nejzávažnější komplikací choroby. Je všeobecně známé stárnutí populace, statistické zdroje



dokonce předpovídají, že v roce 2025 bude stará populace na světě dvojnásobná (U.S. Department of Commerce, 1998). Dojde tudíž i k nárůstu výskytu osteoporózy. Proto je třeba s tímto faktem počítat a předejít důkladnou prevencí nebo vhodnou léčbou tomuto závažnému onemocnění s následnými komplikacemi (Donát, 2005).

### 3.1.6 Na co nejčastěji umíráme

Nejčastější příčinou smrti jsou v České republice i nadále nemoci oběhové soustavy. Ročně v důsledku těchto onemocnění umírá zhruba 52,5 tis. osob, tedy 50,1 % všech zemřelých. Druhou nejčastější příčinou smrti jsou pak zhoubné novotvary, které mají za vinu 27,4 tis. úmrtí, tedy více než čtvrtinu celkového počtu. Přitom u mužů je podíl novotvarů na celkové úmrtnosti (28,8 %) vyšší než u žen (23,5 %), ženy naopak častěji umírají na nemoci oběhové soustavy. Tyto rozdíly jsou ovlivněny mimo jiné i věkovou strukturou obou subpopulací, po eliminaci jejího vlivu se rozdíl zmenšuje (viz tabulka 8). Zatímco u mužů jsou třetí nejčastější příčinou smrti (se zhruba 8% podílem na celkovém počtu zemřelých) vnější příčiny, tzn. poranění, úrazy, otravy a jejich následky, u žen jsou třetí nejfrekventovanější úmrtí na nemoci dýchací soustavy (5,0 %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2007).

Tabulka 8: Standardizovaná úmrtnost<sup>2</sup> (SDR) na vybrané skupiny příčin smrti 2007

Rok	Zhoubné novotvary		Nemoci oběhové soustavy		Nemoci dýchací soustavy		Nemoci trávicí soustavy		Vnější příčiny (= poranění a otravy)	
	SDR	v %	SDR	v %	SDR	v %	SDR	v %	SDR	v %
<b>Muži</b>										
1970	362,8	19,7	795,0	48,0	184,0	11,1	63,4	3,8	135,1	8,2
1980	336,2	20,5	819,1	49,9	155,4	9,5	69,3	4,2	114,8	7,0
1990	358,6	22,9	834,1	53,3	81,4	5,2	67,6	4,3	117,5	7,5
2000	325,2	28,0	576,8	49,7	56,8	4,9	48,4	4,2	92,8	8,0
2006	284,1	27,7	477,8	46,7	60,3	5,9	50,2	4,9	77,6	7,6
2007	274,3	27,7	453,7	45,8	59,4	6,0	49,5	5,0	78,0	7,9
<b>Ženy</b>										
1970	181,1	17,5	559,0	53,9	82,5	8,0	37,6	3,6	58,2	5,6
1980	180,9	18,0	543,1	54,1	78,5	7,8	38,7	3,9	57,4	5,7
1990	189,3	21,3	512,6	57,7	29,7	3,3	29,6	3,3	54,1	6,1
2000	177,3	25,7	378,9	54,9	29,0	4,2	25,3	3,7	34,1	4,9
2006	163,1	26,6	318,2	51,9	30,3	4,9	26,0	4,2	25,4	4,1
2007	154,8	26,0	306,8	51,5	29,3	4,9	25,5	4,3	26,1	4,4

Zdroj: ÚZIS, 2007

<sup>2</sup> Standardizovaná úmrtnost vyjadřuje hodnotu zemřelých na 100 000 osob evropské standardní populace.



### 3.2 Úroveň pohybové aktivity v české společnosti

Monitoringem úrovně pohybové aktivity obyvatel s ohledem na další faktory (podmínky prostředí, motivace k účasti na PA, změny chování v životním stylu apod.) se v ČR zabývá na mezinárodní úrovni především Centrum kinantropologického výzkumu na Fakultě tělesné kultury UP v Olomouci pod vedením prof. Frömela. Monitoring PA je na tomto pracovišti chápán z hlediska subjektivního hodnocení pomocí mezinárodních standardizovaných dotazníků IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) a ve spojení se sledováním podmínek prostředí pomocí mezinárodního dotazníku ANEWS (Neighborhood Environmental Walkability Scale). Dotazník IPAQ, který byl vyvinut mezinárodním týmem expertů na základě potřeby standardizovaného dotazníku měřícího celkovou pohybovou aktivitu a srovnávání získaných dat v čase a na mezinárodní úrovni, je vhodným nástrojem pro monitorování úrovně pohybové aktivity u populace ve věku 15 – 69 let. Pro objektivní a přesnější monitoring PA je na pracovišti využívána metodika akcelerometrů a pedometrů (ActiGraph, Yamax). Společně s dotazníkovým šetřením se výsledky zrealizují a dávají ucelený obraz o pohybové aktivitě obyvatel ČR

Výzkum vedený prof. Frömelem (2003 a 2004) hodnotil úroveň PA v souladu s FITT charakteristikami na základě frekvence, intenzity, času a druhu vykonávané PA při celkovém vzorku  $n = 10800$ .

Frekvence PA byla posuzována počtem aktivních dnů a doplňkově účastí v organizované PA v týdnu po převážnou část roku, čas průměrnou denní dobou věnované příslušné PA (pouze PA trvající souvisle alespoň 10 minut), druh byl posuzován zúženě na chůzi a ostatní druhy PA, ale doplňkově i otázkou k nejčastěji realizovanému druhu PA. Intenzita pohybové aktivity pak byla posuzována prostřednictvím intenzivní, středně zatěžující PA a chůze. Intenzivní PA je charakterizována jako tělesně náročná PA, která se vyznačuje těžkou tělesnou námahou a zadýcháváním (výrazně rychlejší a těžší dýchání než v klidu). Např. zvedání těžkých břemen, kopání (rytí), aerobik nebo rychlá jízda na kole. Středně zatěžující PA se na rozdíl od intenzivní vyznačuje střední tělesnou námahou, při níž se dýchá trochu více než v klidu. Například nošení lehčích břemen, jízda na kole běžnou rychlostí nebo čtyřhra v tenise (Frömel, Bauman, & al, 2006).

Z výzkumu publikovaného v časopise Česká kinantropologie vyplývají následující zjištění:

- pouze 45,58 % mužů a 26,93 % žen splňují požadavky stanovené v „Healthy people 2010“ pro intenzivní PA (tj. nejméně 3krát v týdnu a nejméně 20 minut),
- pro středně zatěžující PA (nejméně 5krát v týdnu a nejméně 30 minut) splňuje požadavky 31,32 % mužů a 23,76 % žen,
- 24,62 % mužů a 23,01 % žen v ČR nevykazuje žádnou intenzivní PA, žádnou středně zatěžující PA neprovozuje 19,19 % mužů a 23,01 % žen,
- celkový objem pohybové aktivity se snižuje s věkem zejména u mužů, celkově jsou ale muži aktivnější než ženy.



Ze stejného pracoviště doplňuje údaje o pohybové aktivitě adolescentek ve věku 15 – 18 let Neuls (2007), který konstatuje, že z celkového pohledu nelze úroveň PA u této skupiny označit za vysokou.

Další publikované výsledky výzkumu upozorňují, že úroveň pohybové aktivity obyvatel se do značné míry liší v závislosti na prostředí, ve kterém lidé žijí (např. velikost sídla, druh a způsob bydlení), socioekonomickém statusu obyvatelstva, věku, pohlaví a dalších faktorech (Mitáš & Frömel, 2007). S ohledem na mezinárodní hodnocení je v České republice stále ještě 66,66 % mužů a 57,23 % žen hodnoceno jako „vysoce aktivní“ (Mitáš & Frömel, 2007).

Srovnání úrovně pohybové aktivity obyvatel ČR s ostatními zeměmi podává mezinárodní studie, kterou publikoval Bauman a další. (2009). Studie pomocí Mezinárodního standardizovaného dotazníku o pohybové aktivitě (IPAQ) analyzuje data z 20 různých zemí (viz. tabulka 9). Výzkumu se zúčastnilo celkem 52 746 respondentů ve věkovém rozmezí 18 – 65 let, za Českou republiku bylo využito dat Centra kinantropologického výzkumu FTK UP. Přestože se z pohledu ČR jedná o průlomovou studii, neboť je historicky první, ve které se může Česká republika porovnávat s dalšími zeměmi v oblasti úrovně pohybové aktivity, je nutno zde také podotknout, že bytí byla jednotící kritéria výzkumů provedených v jednotlivých zemích poměrně přísná (minimální počet respondentů 1500, sběr dat proveden





na jaře nebo na podzim 2002 – 2004, schválená jazyková mutace dotazníku IPAQ), vzájemná porovnatelnost uvedených výsledků má určité limity. Např. ve čtyřech případech byla ve výzkumu využita různá věková skupina (Japonsko: 18 – 39 let, Portugalsko: 40 – 65 let, Austrálie: 18 – 64 let, Hong Kong: 20 – 64 let), v některých případech byl výzkumný vzorek celonárodní reprezentativní výběr, jindy se jednalo o velká města (Shanghai – Čína, Riyadh – Saudská Arábie, pět největších měst v Litvě), v Indii šlo o zaměstnance dvou pracovišť.

Tabulka 9: Prevalence úrovně pohybové aktivity u lidí od 18 – 65 let

Země	Počet respondentů	Celkový vzorek (%)		
		Málo aktivní	Středně aktivní	Vysoce aktivní
Argentina	1189	26.7 (24–29)	35.2 (32–38)	38.0 (35–41)
Australia	2642	17.2 (16–19)	24.3 (23–26)	58.6 (57–60)
Belgium	1922	43.0 (41–45)	27.4 (25–29)	29.6 (28–32)
Brazil	981	30.4 (28–33)	45.0 (42–48)	24.6 (22–27)
Canada	2626	13.7 (12–15)	26.7 (25–28)	59.6 (58–62)
China	1593	6.9 (6–8)	35.4 (33–38)	57.7 (55–60)
Colombia	2974	19.8 (18–21)	27.5 (26–29)	52.7 (51–55)
Czech Rep.	7468	9.9 (9–11)	27.2 (26–28)	62.9 (62–64)
Hong Kong	4657	15.3 (14–16)	50.6 (49–52)	34.1 (33–35)
India	1004	23.4 (21–26)	38.7 (36–42)	37.9 (35–41)
Japan	4618	43.3 (42–45)	35.4 (34–37)	21.2 (20–22)
Lithuania	2210	15.0 (14–16)	32.9 (31–35)	52.1 (50–54)
New Zealand	1449	12.2 (10–14)	24.7 (22–27)	63.1 (61–66)
Norway	1625	26.1 (24–28)	33.6 (31–36)	40.3 (38–43)
Portugal	1435	26.2 (24–28)	28.5 (26–31)	45.3 (43–48)
Saudi Arabia	974	40.0 (37–43)	33.8 (31–37)	26.2 (23–29)
Spain	1541	24.2 (22–26)	36.2 (34–39)	39.6 (37–42)
Sweden	1254	23.9 (22–26)	37.3 (35–40)	38.8 (36–41)
Taiwan	4773	42.3 (41–44)	32.9 (32–34)	24.8 (24–26)
USA	4587	15.9 (15–17)	22.1 (21–23)	62.0 (61–63)

(Zdroj: Bauman et al., 2009)



Střední úroveň PA dle metodiky této mezinárodní studie znamená nakumulovat a) 3 dny intenzivní pohybové aktivity trvající alespoň 20 minut; b) 5 dní PA střední intenzity nebo chůze minimálně 30 minut za den v intervalech minimálně po 10 minutách; c) 5 dní kombinace chůze nebo PA střední nebo vysoké intenzity o minimální hodnotě 600 MET-minut/týden. Vysoká úroveň pohybové aktivity znamená a) účast na PA o vysoké intenzitě min. 3 dny v týdnu za předpokladu, že se nakuluje min. 1500 MET-minut/týden; b) 5 dní kombinace chůze, PA střední nebo vysoké intenzity, přičemž se dosáhne min 3000 MET-minut/týden (Bauman, a další, 2009).

Přestože Česká republika dle této studie patří mezi „aktivnější“ země a úroveň pohybové aktivity je v řadě jiných zemí hodnocena jako výrazně nižší, prevalence nadváhy a obezity, kardiovaskulárních onemocnění a diabetu mellitu 2. typu v ČR se neustále zvyšuje, což ukazuje mimo jiné na nevyrovnaný poměr mezi energetickým příjmem a výdejem u značné části populace ČR. V České republice dále není úroveň pohybové aktivity zatím sledována dlouhodobě (např. každých 5 let), v současné době tedy nemáme k dispozici longitudinální studie a výsledky delšího vývoje úrovně PA u obyvatel ČR. Frömel & Bauman et al. (2006), proto upozorňují na nutnost pravidelného monitorování stavu a trendů v pohybové aktivitě obyvatel ČR a nezbytnost zařazení údajů o PA mezi charakteristiky „zdraví, kultury a sportu obyvatel ČR“ v rámci statistické ročenky. Ze zahraničních analýz lze usuzovat, že v souvislosti s rozvojem informačních a komunikačních technologií, snižujícím se nárokům na pohybovou aktivitu v zaměstnání, zvyšování pasivního trávení volného času bude také v České republice úroveň PA v populaci klesat.

Monitoringem pohybových aktivit u dětí a mládeže se dále zabývá HBSC studie (The Health Behavior in School-aged Children, 2002) realizovaná Psychiatrickým centrem Praha ve spolupráce se SZÚ a 3. lékařskou fakultou UK v Praze (Csémy, Krch, Provazníková, Rážová, & Sovinová, 2005). Studie vychází ze stanoviska WHO, že chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání. Sledování výskytu behaviorálních komponent ovlivňujících zdraví u mladých lidí je důležité z hlediska veřejného zdraví, mladí lidé se specifickými rizikovými faktory by měli být dle WHO (2002) cílovou skupinou preventivních snah v oblasti podpory zdraví. Česká republika se spolu s dalšími 24 převážně evropskými státy studie poprvé účastnila v roce 1995, přičemž se výzkum opakuje vždy ve čtyřletých intervalech. Výsledky z České republiky jsou tedy zahrnuty již ve třech zprávách: The Health of Youth (King, Would, Tudor-Smith, Harel, & eds, 1996), Health and Helath Behavioral among Young People (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000) a Young People's Health in Context (Currie, a další, 2004).

Úroveň pohybové aktivity dětí byla v HBSC hodnocena dle metodiky Prochazky et al. (2001), v následující tabulce je uveden přehled pohybové aktivity dětí podle pohlaví a věku v průběhu běžného týdne.



Tabulka 10: Pohybová aktivita v posledních 7 dnech podle pohlaví a věku (%)

Věk	dny	pohlaví		všichni
		chlapci	dívky	
11 let	0	5,6	4,6	5,1
	1	6,1	6,1	6,1
	2	10,9	10,9	10,9
	3	11,7	14,7	13,2
	4	12,1	14,7	13,4
	5	11,5	13,8	12,7
	6	7,9	8,0	7,9
	7	34,3	27,3	30,7
	celkem	100,0	100,0	100,0
13 let	0	1,5	3,1	2,3
	1	5,6	7,8	6,8
	2	8,8	12,0	10,5
	3	11,4	17,9	14,9
	4	15,5	16,1	15,8
	5	12,2	14,4	13,4
	6	12,8	6,8	9,6
	7	32,1	21,8	26,6
	celkem	100,0	100,0	100,0
15 let	0	3,0	3,3	3,1
	1	5,3	8,9	7,2
	2	8,6	14,8	11,7
	3	13,0	19,4	16,3
	4	15,4	13,6	14,5
	5	16,1	14,8	15,4
	6	11,5	7,5	9,5
	7	27,0	17,8	22,3
	celkem	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Csémy, Krch, Provazníková, Rážová, & Sovinová, 2005

Z uvedené tabulky tedy vyplývá, že pohybové aktivitě se každý den, nebo alespoň 6 dnů v týdnu 1 hodinu věnuje přibližně třetina dětí (30,1 %). Více než třetina chlapců (36,2 %) a téměř čtvrtina dívek (24,4 %). S věkem se snižuje podíl dětí věnujících se pravidelné pohybové aktivitě každý den u obou pohlaví. Rozdíl mezi pohlavími je statisticky významný. Podíl dětí, které se pohybové aktivitě během týdne nevěnují vůbec, je relativně nízký a představuje 3,0 % chlapců a 3,9 % dívek (Csémy, Krch, Provazníková, Rážová, & Sovinová, 2005).



Úrovní pohybové aktivity v české společnosti se zabývají také Slepíčka a Slepíčková (2002). Ti konstatují, že sport i jeho aktivní provozování má dobrou pozici v naší populaci. Ta si uvědomuje důležitost sportu a pohybové aktivity pro každého občana zvláště, přikládá jim společenský význam z hlediska upevňování zdraví, podpory duševního a tělesného vývoje v mládí, udržení tělesné kondice i jako prostředek překonávání sociální deprivace. Značná část populace však svůj pozitivní názor na význam sportu a pohybové aktivity pro zdraví nerealizuje ve formě vlastní pravidelné pohybové aktivity.

Pouze jedna třetina respondentů uvedla, že vykonává pohybovou aktivitu pravidelně (tzn. alespoň jednou týdně). Při srovnání s předchozími studii se jako závažný problém jeví postupné oslabování přesvědčení o důležitosti sportu a pohybové aktivity v životě člověka. Také klesá zastoupení těch, kteří pohybovou aktivitu vykonávají pravidelně. Naopak se zvýšil počet jedinců, kteří nesportují a ani sportovat nehodlají (Slepíčka & Slepíčková, Sport z pohledu české společnosti I., 2002).

Tabulka 11: Sport a pohybová aktivita v ČR

Jak často cvičíte?	%
Aktivně a pravidelně cvičím, sportuji.*	33,1
Občas sportuji, cvičím.**	20,7
Nyní již ne, ale dříve jsem cvičil, sportoval poměrně dost.	18,5
Nesportuji, ale rád bych sportoval.	5,6
Nesportuji a ani sportovat nehodlám.	22,2

\*pravidelná pohybová aktivita alespoň 1x týdně

\*\*nepravidelná pohybová aktivita méně než 1x týdně

Zdroj: Slepíčka & Slepíčková, 2002

Vyšší účasti populace na pohybové aktivitě a sportu dle stejných autorů zabraňují především vnitřní faktory motivačního charakteru a ne vnější ekonomické a materiální podmínky (viz tabulka 4). Finanční faktory hrají vyšší roli při výběru možného sportu pro děti.

Tabulka 12: Příčiny neúčasti v pohybové aktivitě

Co je a bylo hlavní příčinou neúčasti v pohybové aktivitě a sportu (odpovědi o těch, co nesportují a ani sportovat nebudou)	%
Nic mi nebránilo, chyběl zájem a motivace	41,1
Zdravotní potíže	28,5
Nedostatek volného času	20,8
Nebyla sportoviště	4,8
Nebyla adekvátní nabídka programů	2,9
Velká finanční náročnost	0,5
Bránili mi rodiče, partner	1,4
Jiné	0

Zdroj: Slepíčka & Slepíčková, 2002



## Intervenční prostředí podpory pohybové aktivity

Kapitola se zabývá problematikou podpory pohybové aktivity v různých intervenčních prostředích a to zejména při aktivním transportu (chůze, jízda na kole apod.), ve školách a školských zařízeních, na pracovišti a u praktických lékařů. U jednotlivých intervenčních prostředí jsou uvedena specifika každého z nich, silné a slabé stránky těchto prostředí, současná situace v ČR, zahraniční příklady a současné výzkumy z praxe.



## 4. Intervenční prostředí podpory pohybové aktivity

### 4.1 Podpora pohybové aktivity v dopravě

Významnou úlohu z hlediska podpory pohybové aktivity hraje sektor dopravy, zejména pak tzv. aktivní transport – chůze a jízda na kole. Podpora aktivního transportu - chůze a jízdy na kole by dle WHO (2002) měla být základním pilířem strategií zaměřených na podporu pohybové aktivity. WHO (2002, 2007) zároveň dodává, že současné dopravní podmínky v evropských městech nepodporují obyvatelstvo k rozhodnutí upřednostnit chůzi či jízdu na kole před dopravou automobilem. Cca 30 procent cest autem je tak na vzdálenost kratší než 3 km, což odpovídá cca 20 minutám svižné chůze, více než polovina cest automobilem na vzdálenost nepřesahuje 5 km. Vysoká úroveň motorizované dopravy pak přímo i nepřímo ovlivňuje zdraví celé populace (dopravními nehodami, respiračními problémy způsobenými znečištěným vzduchem, a především snižováním úrovně pohybové aktivity), jak je zobrazeno na schématu 9.

Schéma 9: Vliv dopravy na prostředí



Zdroj: World Health Organization, 2002

V evropském regionu je možné nahradit řadu cest autem chůzí a jízdou na kole. Opatření snižující provoz, jako jsou jízdní pruhy pro cyklisty, cyklotrasy, cyklostezky a změny politiky na místní úrovni mohou zvýšit podíl pěší a cyklistické dopravy. Lidé více chodí a jezdí na kole v případě, že je snížena rychlost automobilové dopravy a je budována vyhovující a bezpečná infrastruktura, jako jsou už zmíněné jízdní pruhy pro cyklisty, cyklotrasy, cyklostezky a jsou měněny politiky na místní úrovni (World Health Organization, 2006).

Světová zdravotnická organizace (WHO) spolu s Evropskou sítí zdraví podporujících pohybové aktivity (HEPA) na základě těchto zjištění vypracovala intervenci (Physical Active Life through Everyday Transport) zaměřenou na zvýšení podílu chůze a jízdy na kole v dopravě, jejímž hlavním mottem je: „Vysoce efektivní preventivní



strategie existuje! Je to velmi jednoduché, stačí být aktivní (chodit, jezdit na kole) alespoň 30 minut denně“. Základními cíli této intervence jsou:

- přimět politiky a občany evropských států uvědomit si rizika spojená s nedostatkem pohybové aktivity v životě,
- ukázat, že strategie aktivního transportu je ekonomicky efektivní a zdravotně účinná metoda, jak řešit problémy způsobené špatným životním stylem.

V následujících odstavcích shrnujeme možné přínosy a význam chůze a jízdy na kole jako pohybové aktivity a formy aktivního transportu.

### **Chůze**

Chůze je forma pohybové aktivity a způsob transportu, který je dostupný pro každého bez ohledu na věk, pohlaví nebo sociální statut. Je bezpečná a může být snadno součástí každodenního domácího i pracovního programu. Jedinec si snadno může regulovat intenzitu, délku a frekvenci. Chůze je rytmická, dynamická aerobní aktivita vykonávaná velkými kosterními svaly. Má mnoho pozitivních zdravotních efektů a minimum vedlejších negativních účinků (World Health Organization, 2006, 2003). Na významu chůze v životě člověka se shodují také přední čeští experti v oblasti tělovýchovného lékařství a preventivní medicíny Vondruška & Barták (1999), Matouš, Matoušová, Kalvach, & Radvanský (2002), Stejskal (2004) a další.

### **Jízda na kole**

Jízda na kole může mít ve srovnání s chůzí poněkud vyšší zdravotní účinky, protože intenzita úsilí je větší. Rytmicky jsou využívány velké kosterní svaly, střídají se fáze aktivního zátěže a odpočinku. Bylo provedeno několik experimentů, které měly otestovat vliv jízdy na kole na zdravotní stav jedince. Největší studie - Copenhagen Heart Study (Jensen, 2001), která zahrnovala 13 375 žen a 17 265 mužů ve věku 20 - 93 let, zjistila, že jízda na kole má velké preventivní účinky. Na základě sledování krevního tlaku, hladiny cholesterolu a body mass indexu bylo zjištěno, že u lidí, kteří nejezdili na kole, je mortalita o 39 % vyšší než u těch, kteří na kole jezdili (Andersen, 2000). Jízda na kole navíc představuje z hlediska zatížení pohybového aparátu menší riziko než např. běh (Vondruška & Barták, 1999).

### **Situace v České republice**

Česká republika (jako většina tranzitních ekonomik) vykazuje rychlý růst automobilizace zvláště od počátku 90. let 20. století a ukazuje se, že stejně jako se navyšuje počet osobních vozidel, narůstá, i když o něco pomaleji, i vozový park nákladních vozidel (Brůhová-Foltýnová, 2009). Vývoj míry automobilizace v České republice shrnuje následující tabulka 13.

Tabulka 13: Stupeň automobilizace v ČR (1961 – 2006)



Rok	Počet automobilů na 1000 obyvatel	Počet obyvatel na jeden automobil
1961	21	47,1
1971	72	13,8
1981	182	5,5
1990	233	4,3
2000	362	2,8
2006	398	2,5

Zdroj: (Brůhová-Foltýnová, 2009)

Dle Ministerstva dopravy (2005) doprava ve městech ČR není řešena systémově a nejsou dostatečně uplatňována opatření ke zklidnění center měst, **včetně vytváření podmínek pro cyklistickou a pěší dopravu**, a přitom jedním z cílů dopravní politiky ČR do roku 2013 je zvýšení ochrany více zranitelných účastníků provozu (cyklistů a chodců). Zvýšení míry aktivního transportu v poměru k ostatním druhům dopravy dopravní politika ČR téměř neřeší.

Zásadním dokumentem z oblasti rozvoje cyklo dopravy je Národní strategie cyklistické dopravy České republiky (2005), kterou vydalo Centrum dopravního výzkumu ČR pro potřeby Ministerstva dopravy ČR. Cyklistika je zde vnímána jednak jako cyklo doprava a cykloturistika, ale je v tomto dokumentu spojována také s podporou pohybové aktivity u obyvatelstva a podporou ochrany životního prostředí. V cyklostrategii jsou definovány čtyři základní priority (Ministerstvo dopravy, 2005):

- rozvoj cyklistiky jako rovnocenného prostředku dopravní obsluhy,
- rozvoj cyklistiky pro posílení cestovního ruchu,
- rozvoj cyklistiky pro posílení ochrany životního prostředí a zdraví,
- zajištění koordinace s dalšími resorty a subjekty.

Velmi pozitivním faktem z pohledu podpory pohybové aktivity je, že cyklostrategie akcentuje využití jízdního kola nejen v cestovním ruchu, ale také v aktivní dopravě do zaměstnání, na úřady, k nástupištím na městskou hromadnou dopravu, k obytným zónám atd. Podporuje tak zároveň budování doprovodné infrastruktury, cyklistických parkovišť, půjčoven apod.

#### 4.2 Podpora pohybové aktivity ve školách

Velmi důležitým intervenčním prostředím PPA, které zásadně ovlivňuje vztah dětí k pohybové aktivitě a jejich informovanost o důležitosti a významu PA v životě člověka, je škola. Celosvětový vývoj v oblasti pohybové aktivity a výživy u školní mládeže je alarmující, neboť úroveň pohybové aktivity u dětí neustále klesá a prevalence obezity roste (v některých zemích se ztrojnásobil výskyt obezity u dětí za posledních 20 let – např. Anglie) (Department of Health, 2004).



Vstup do školy změnil každodenní život mnoha dětí. Dětství a dospívání jsou etapami lidského života, v nichž každý prochází významným tělesným i duševním vývojem, získává sociální a zdravotní návyky, které si uchová po celý život. Schopnost mladých lidí odpovědně si volit svůj vlastní zdravý životní styl je posilována jejich možnostmi podílet se na rozhodování i na konkrétních změnách podmínek, ve kterých žijí (přírodní a sociální okolnosti, vzdělání apod.). Školy jsou důležitým místem, ve kterém lze rozvíjet a chránit zdraví. To, jak žáci vnímají zdraví, může být významně ovlivněno obsahem používaných osnov (Světová zdravotnická organizace, Regionální úřadovna pro Evropu, 2000).

Prostředí školy je zároveň důležitou determinantou zdraví. V širším pojetí může škola ovlivnit také vnímání, postoje, aktivitu a chování nejen žáků, ale i učitelů, rodičů, zdravotnického personálu a místní komunity (Světová zdravotnická organizace, Regionální úřadovna pro Evropu, 2000).

Z hlediska podpory pohybové aktivity je školní prostředí významným faktem, že české školství má povinnou školní docházku, z tohoto důvodu může toto prostředí významným způsobem zredukovat socioekonomické faktory jako determinanty úrovně pohybové aktivity (WHO, 2007).

Podpora pohybové aktivity ve školním prostředí má dále následující specifika:

- dětství je v současné době charakterizováno obrovskou institucionalizací, jejímž výsledkem je pasivnější („sedavější“) způsob života, a proto školy a školky by měly poskytovat dětem a adolescentům více možností pro pohybovou aktivitu tak, aby ji přijali jako základní potřebu a lidské právo (WHO, 2007);
- velká priorita se přikládá teoretickým disciplinám jako matematika a jazyky (Bauman, Bellew, Vita, Brown, & Owen, 2002), (World Health Organization, 2007);
- v řadě zemí dochází ke snižování počtu dětí, které chodí do školy pěšky nebo na kole (Department of Transport, 2004), tento trend se často zdůvodňuje nebezpečím na cestách (World Health Organization, 2007);
- rostoucí počet kantýn a komunikačně informačních technologií, které se vyskytují ve školách, rovněž přispívá ke snižování úrovně pohybové aktivity;
- řada empirických výzkumů prokázala, že se nezhoršují výsledky v klasických předmětech při navýšení hodin tělesné výchovy, existují silné důkazy o signifikantním pozitivním vztahu mezi pohybovou aktivitou a kognitivními funkcemi (California Department of Education Study, 2002) a rovněž mezi zvýšenou úrovní pohybové aktivity a zvýšenou schopností koncentrace (Caterino & Polak, 1999);
- hodiny tělesné výchovy jsou sportovně zaměřené, to znamená, že důraz je kladen na výkon, soutěživost a soupeřivost – tento problém vyžaduje lepší zacílení na přijatelnější alternativy pohybové aktivity nevykonnostního charakteru s důrazem na alternativy pro neaktivní studenty (Bauman, Bellew, Vita, Brown, & Owen, 2002);
- nedostatek adekvátně vzdělaných učitelů (ne jen tělesné výchovy), kteří by působili na studenty ve prospěch budování postojů a získání pozitivního přístupu k aktivnímu životnímu stylu (WHO, 2007).



## Situace v České republice

Problematika podpory pohybové aktivity ve školním prostředí se setkává ve dvou strategických dokumentech a to v Dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století (Zdraví 21) a národním kurikulárním dokumentu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR - v Rámcovém vzdělávacím programu (RVP). Hlavními oblastmi dokumentu Zdraví 21, které se dotýkají podpory pohybové aktivity a jsou v souladu s Globální strategií pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví, jsou cíl 4 – Zdraví mladých a cíl 11 – Zdravější životní styl. V RVP je problematika PPA řešena ve vzdělávací oblasti - Člověk a zdraví, která je rozčleněna do dvou vzdělávacích předmětů: výchova ke zdraví a tělesná výchova, do níž je zahrnuta i zdravotní tělesná výchova.

Schéma 10: Průnik Zdraví 21 a RVP



### Podpora pohybové aktivity ve školách v ČR

Rámcové vzdělávací programy jsou kurikulární dokumenty na státní úrovni, podle nichž jsou na školách vytvářeny školní vzdělávací programy (ŠVP). Orientují se především na klíčové kompetence, tj. souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj a uplatnění každého člena společnosti. Klíčové kompetence nestojí vedle sebe izolovaně, různými způsoby se prolínají, jsou multifunkční, mají nadpředmětovou podobu a lze je získat vždy jen jako výsledek celkového procesu vzdělávání. Proto k jejich utváření a rozvíjení musí směřovat a přispívat veškerý vzdělávací obsah i aktivity a činnosti, které ve škole probíhají.

Veškeré kompetence přispívají také ke zlepšování zdraví člověka. Výslovně je podpora zdraví a podpora pohybové aktivity uvedena mezi kompetencemi občanskými: „Žák se rozhoduje v zájmu podpory a ochrany zdraví a trvale udržitelného rozvoje společnosti.“



Vzdělávací obsah základního vzdělávání je v RVP ZV orientačně rozdělen do devíti vzdělávacích oblastí<sup>1</sup>. Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou tvořeny jedním vzdělávacím předmětem nebo obsahově blízkými vzdělávacími předměty.

Jak již bylo řečeno, z pohledu podpory pohybové aktivity je nejdůležitější vzdělávací oblast „člověk a zdraví“, která je rozčleněna do dvou vzdělávacích předmětů: výchova ke zdraví a tělesná výchova. Vzdělávací oblast cílevědomě prohlubuje vztah žáků ke zdraví a ovlivňuje kvalitu jejich budoucího života v dospělosti.

Vzdělávací předmět **výchova ke zdraví** přináší základní poznání o člověku v souvislosti s preventivní ochranou jeho zdraví. Učí žáky aktivně rozvíjet a chránit zdraví v propojení všech jeho složek (sociální, psychické a fyzické) a být za ně odpovědný. Svým vzdělávacím obsahem bezprostředně navazuje na obsah vzdělávací oblasti „člověk a jeho svět“. Žáci si upevňují hygienické, stravovací, pracovní i jiné zdravotně preventivní návyky, rozvíjejí dovednosti odmítat škodlivé látky, předcházet úrazům a čelit vlastnímu ohrožení v každodenních i mimořádných situacích. Rozšiřují a prohlubují si poznatky o rodině, škole a společenství vrstevníků, o přírodě, člověku i vztazích mezi lidmi a učí se tak dívat na vlastní činnosti z hlediska zdravotních potřeb a životních perspektiv dospívajícího jedince a rozhodovat se ve prospěch zdraví. Vzhledem k individuálnímu i sociálnímu rozměru zdraví je vzdělávací předmět výchova ke zdraví velmi úzce propojen s průřezovým tématem „osobnostní a sociální výchova“ (Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2009).

Vzdělávací předmět **tělesná výchova** jako součást komplexnějšího vzdělávání žáků v problematice zdraví směřuje na jedné straně k poznání vlastních pohybových možností a zájmů, na druhé straně k poznávání účinků konkrétních pohybových činností na tělesnou zdatnost, duševní a sociální pohodu. Pohybové vzdělávání postupuje od spontánní pohybové činnosti žáků k činnosti řízené a výběrové, jejímž smyslem je schopnost samostatně ohodnotit úroveň své zdatnosti a řadit do denního režimu pohybové činnosti pro uspokojování vlastních pohybových potřeb i zájmů, pro optimální rozvoj zdatnosti a výkonnosti, pro regeneraci sil a kompenzaci různého zatížení, pro podporu zdraví a pro ochranu života. Předpokladem pro osvojování pohybových dovedností je v základním vzdělávání žákův prožitek z pohybu a z komunikace při pohybu. Dobře zvládnutá dovednost pak zpětně kvalitu jeho prožitku umocňuje (Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 2009).

---

1 1. Jazyk a jazyková komunikace (český jazyk a literatura, cizí jazyk); 2. Matematika a její aplikace (matematika a její aplikace); 3. Informační a komunikační technologie (informační a komunikační technologie); 4. Člověk a jeho svět (člověk a jeho svět); 5. Člověk a společnost (dějepis, výchova k občanství); 6. Člověk a příroda (fyzika, chemie, přírodopis, zeměpis); 7. Umění a kultura (hudební výchova, výtvarná výchova); 8. Člověk a zdraví (výchova ke zdraví, tělesná výchova); 9. Člověk a svět práce (člověk a svět práce)



Školám se současně doporučuje vyrovnávat pohybový deficit žáků III. (příp. II.) zdravotní skupiny a jejich potřebu korektivních cvičení zařazováním povinného či volitelného předmětu, jehož obsah vychází z tematického okruhu „zdravotní tělesná výchova“ (jako adekvátní náhradu povinné tělesné výchovy nebo jako rozšíření pohybové nabídky). Tato nabídka vychází ze situace v moderní společnosti, která v mnohém život usnadňuje, ale paradoxně tím vyvolává už v dětském věku četná zdravotní oslabení, která je nutné napravovat a korigovat (z nedostatku intenzivního a vhodně zaměřeného pohybu, z dlouhodobého setrvávání ve statických polohách, z nadměrného příjmu potravy v nevhodné skladbě, z nekvalitního ovzduší, z četných stresových situací, z nepříznivých sociálních vztahů atd.). Základní vzdělávání tak reaguje na poznatky lékařů, že zdravotních oslabení v celé populaci přibývá a zdravotně oslabené dítě potřebuje větší množství spontánních i cíleně zaměřených pohybových aktivit než dítě zdravé. Účast ve zdravotní tělesné výchově vede žáky k poznání charakteru jejich zdravotního oslabení i míry a rozsahu omezení některých činností. Současně předkládá konkrétní způsoby ovlivňování zdravotních oslabení (speciální cvičení, všestranně zaměřené pohybové činnosti, relaxační techniky, plavání atd.) a jejich zařazování do denního režimu žáků.

### **Cílové zaměření vzdělávací oblasti „člověk a zdraví“**

Vzdělávání v této vzdělávací oblasti směřuje k utváření a rozvíjení klíčových kompetencí žáků tím, že vede žáky k:

- poznávání zdraví jako nejdůležitější životní hodnoty,
- pochopení zdraví jako vyváženého stavu tělesné, duševní i sociální pohody a k vnímání radostných prožitků z činností podpořených pohybem, příjemným prostředím a atmosférou příznivých vztahů,
- poznávání člověka jako biologického jedince závislého v jednotlivých etapách života na způsobu vlastního jednání a rozhodování, na úrovni mezilidských vztahů i na kvalitě prostředí,
- získávání základní orientace v názorech na to, co je zdravé a co může zdraví prospět, i na to, co zdraví ohrožuje a poškozuje,
- využívání osvojených preventivních postupů pro ovlivňování zdraví v denním režimu, k upevňování způsobů rozhodování a jednání v souladu s aktivní podporou zdraví v každé životní situaci i k poznávání a využívání míst souvisejících s preventivní ochranou zdraví,
- propojování činností a jednání souvisejících se zdravím a zdravými mezilidskými vztahy, se základními etickými a morálními postoji, s volným úsilím atd.,
- chápání zdatnosti, dobrého fyzického vzhledu i duševní pohody jako významného předpokladu výběru profesní dráhy, partnerů, společenských činností atd.,
- aktivnímu zapojování do činností podporujících zdraví a do propagace zdravotně prospěšných činností ve škole i v obci.



Přímý vztah vzdělání a zdraví je rovněž demonstrován prvním cílem tzv. Bílé knihy - „Národní program rozvoje vzdělání v České republice“ (MŠMT, 2001). Cíl říká, že rozvoj lidské individuality, jehož předpokladem je péče o uchování jejího fyzického a psychického zdraví, zahrnuje kultivaci a podporu seberealizace každého jedince a maximální uplatnění jeho schopností. Kognitivní, psychomotorický a harmonický rozvoj člověka představuje základní cíl, který je nezbytný nejen z hlediska jedince, ale i společnosti, protože celkový tvůrčí potenciál obyvatel každé země je vždy hlavním zdrojem jejího rozvoje a hospodářské prosperity.

### **Program Škola podporující zdraví**

V České republice se již několik let realizují programy „Škola podporující zdraví“ (ŠPZ), které jsou, z pohledu rozvoje podpory pohybové aktivity, velice prospěšnou intervencí. Program Škola podporující zdraví byl prvním programem v ČR, který po roce 1989 přinesl ucelený pohled na postupnou změnu pojetí existující školy, vzdělávání a pedagogiky z hlediska očekávaných perspektiv a trendů společensko – politického vývoje, mezi něž patří také strategie podpory zdraví obyvatelstva. Je proto koncipován jako dlouhodobý program pro každou školu v hlavním proudu vzdělávání, která se chce v souladu s tímto programem rozvíjet. Tímto svým zaměřením program podpory zdraví ve škole od svého začátku aktivně přispívá k procesu zkvalitňování českého školství jako celku.



Záměrem programu ŠPZ je aplikovat strategii podpory zdraví na podmínky školy a přispět k její účasti na vlastní proměně a rozvoji. V praxi školy to znamená, že všechno, co se ve škole dělá záměrně (vyučované kurikulum, školou organizované činnosti) a rovněž všechno, co se v ní děje živelně (skryté kurikulum, kultura či ethos školy), se pedagogové učí promýšlet a ovlivňovat pod zorným úhlem obou pólů možných důsledků, jaké má působení školy na zdraví svých lidí - žáků, pedagogů, zaměstnanců, rodičů, spoluobčanů v obci – důsledků pozitivních (protektivních, podporujících zdraví) a negativních (rizikových, ohrožujících zdraví).

Svým zaměřením na podporu zdraví člověka (ve všech jeho aspektech, u všech aktérů a ve všech složkách prostředí) poskytuje program jak eticky, tak vědecky zdůvodněný nový rozměr pro plánování, provádění i posuzování činnosti školy, který ve svém důsledku vypovídá o její kvalitě (Havlíková, a další, 2006).

Česká republika je členem Evropské sítě škol hlásících se k programu Škola podporující zdraví (ENHPS - European Health Promoting School). Tato síť je garantována třemi mezinárodními organizacemi: Světovou zdravotnickou organizací (WHO Euro v Kodani), Radou Evropy (CE) a Komisí Evropské unie (CEU). V současné době je do sítě programu přijato 43 zemí (Havlíková, a další, 2006), (Havlíková, Kopřiva, Mayer, & Vildová, 2006).

### 4.3 Podpora pohybové aktivity na pracovišti

První iniciativy podpory pohybové aktivity na pracovišti se začaly objevovat v 1. polovině sedmdesátých let ve Spojených státech amerických. Majitelé velkých společností se jimi snažili, s vědomím značného potenciálu PA pro zdraví člověka, redukovat rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění u klíčových pracovníků těchto společností, především však u představitelů vrcholného managementu.

Tyto iniciativy vyústily v programy, kterým se obecně říká „corporate fitness“. Hlavním úkolem bylo poskytnout podmínky pro zaměstnance v podobě vybudování zázemí přímo na pracovišti (tzn. fitness centra a posilovací zóny, kde se mohou realizovat kruhové tréninky, hodiny aerobiku apod.). Primárním cílem corporate fitness bylo, aby zaměstnanci participovali na pohybové aktivitě vysoké intenzity (Bauman, Bellew, Vita, Brown, & Owen, 2002).

V osmdesátých letech v době ekonomického růstu v západních zemích se programy PPA na pracovišti začaly objevovat i v dalších státech - Austrálie, Kanada, Finsko. Postupně se pak tyto programy zaměřovaly na další zaměstnance, nejen na řídicí pracovníky v managementu firem.

V devadesátých letech v USA, Austrálii a dalších zemích nastal posun od fitness programů, které fungovaly izolovaně s převážným zaměřením na jedince, ke komplexním programům podpory zdravého životního stylu na pracovišti. Byly vytvořeny programy, které kombinují socio-behaviorální intervence se strukturo-environmentálními intervencemi (Veitch, Clavisi, & Owen, 1999). V některých zemích byly vyvinuty národní strategie podpory zdraví na pracovišti. Příkladem je australský



program „Národní zdravotní projekt na pracovišti“ (National Workplace Health Project - NWHP), jehož hlavním cílem byl výzkum efektivnosti právě zmíněného přístupu. NWHP je zaměřen na podporu pohybové aktivity, zdravé výživy, snížení počtu kuřáků a snížení konzumace alkoholu (Simpson, a další, 2006).

V evropském regionu je podpora pohybové aktivity značně provázána s aktivitami zaměřenými na podporu zdraví na pracovišti, které koordinuje Evropské síť pro podporu zdraví na pracovišti (European Network for Workplace Health Promotion – ENWHP), která byla založena v roce 2006. Hlavním stálým partnerem ENWHP je Evropská komise, dalšími partnery jsou Světová zdravotnická organizace (WHO), Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek, Evropská agentura pro bezpečnost a zdraví při práci.

V květnu 2008 byl anglickým Národním institutem (The National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE) vydán průvodce (guideline) pro zaměstnavatele, jakým způsobem povzbudit a motivovat zaměstnance ke zvýšení úrovně pohybové aktivity.

Průvodce obsahuje následující doporučení pro zaměstnavatele:

- vytvořit plán podpory pohybové aktivity jdoucí napříč všemi odděleními a strukturami společnosti, plán může být součástí firemní strategie podpory zdraví;
- představení plánu celé společnosti a zvolení monitorovacích indikátorů;
- povzbudit a motivovat zaměstnance, aby chodili nebo jezdili na kole nebo využívali jiný prostředek aktivního transportu (in-line, koloběžka, běžky) pro cestu (nebo část cesty) do práce a z práce;
- pomáhat a motivovat zaměstnance být aktivní během práce – například umístit postery či informační tabule motivující k chůzi do schodů oproti jízdě výtahem apod.

Mezi programy podpory pohybové aktivity na pracovišti můžeme řadit například (Bauman, Bellew, Vita, Brown, & Owen, 2002):

- edukační semináře o zdravotních efektech pohybové aktivity (pohybová aktivita, zdraví, zdravý životní styl, kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus apod.),
- edukační semináře o možnostech zvýšení úrovně pohybové aktivity (jak začít, kde, jak dlouho, jakou intenzitou, jaký druh aktivity zvolit),
- informační materiály (průvodce pohybovou aktivitou),
- screening rizikových faktorů neinfekčních nemocí,
- submaximální zdatností test,
- předpisy pohybových aktivit,
- organizované on-site programy podpory pohybové aktivity,
- organizované off-site programy podpory pohybové aktivity,
- interaktivní multimediální behaviorální programy podpory pohybové aktivity.



Správně navržená a vhodně implementovaná strategie podpory pohybové aktivity dle WHO zlepšuje zdravotní stav zaměstnanců, redukuje zdravotní výdaje, snižuje absenci v práci a rizika zranění, zlepšuje image společnosti a rozvíjí mezilidské vztahy, týmovou práci a komunikaci. Největším motivem k jejímu zavedení v podniku však stále zůstává snížení rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění (World Health Organization, 2007).

Podpora pohybové aktivity na pracovišti má oproti jiným intervenčním prostředím rovněž další aspekty (Veitch, Clavisi, & Owen, 1999), (Bauman, Bellew, Vita, Brown, & Owen, 2002):

- poskytuje příležitost relativně snadno **oslovit lidi**, kteří tráví veškerý čas s rodinou nebo v práci,
- v pracovním prostředí je větší pravděpodobnost oslovení žen, nízkopříjmových a sociálně vyloučených lidí a imigrantů,
- klíčovým bodem úspěchu je nalezení souladu strategie podpory pohybové aktivity s firemní **kulturou**, v opačném případě má strategie krátkodobý charakter a adherence jednotlivých programů je velice nízká,
- firemní kultura může být jak silnou, tak i slabou stránkou implementace strategie podpory pohybové aktivity,
- další silnou stránkou PPA na pracovišti je možnost využití vnitřní firemní **komunikace** (e-mailová komunikace, firemní porady, informační nástěnky, firemní společenské akce apod.), která může posloužit jako vhodný nástroj pro informační a edukační programy podpory pohybové aktivity,
- implementace strategie PPA na pracovišti podléhá schválení a přijetí majiteli společnosti a řídicími pracovníky managementu společnosti, což v některých případech vyžaduje značné časové nároky,
- programy a strategie PPA na pracovišti musí být z hlediska jejich zaměření vyvážené a zacíleny jak na zaměstnance, kteří již jsou aktivní, tak zejména na část méně aktivních či neaktivních pracovníků,
- programy a strategie PPA na pracovišti jsou značně závislé na ekonomické situaci společnosti.

Velkým problémem podpory pohybové aktivity na pracovišti je, že ačkoli ve státech jako je Velká Británie, USA, Austrálie, Kanada a Finsko byla provedena řada intervencí a programů podpory pohybové aktivity v tomto intervenčním prostředí, téměř žádná z nich nebyla seriózně evaluována. Existuje tak jen minimální počet empiricky ověřených důkazů, které by potvrdily efektivnost investic vynaložených do PPA na pracovišti, což je v případě financování intervencí soukromými subjekty značný problém. Příkladem může být výstup metaanalýzy 26 australských vědeckých studií, že neexistují jasné empirické důkazy o tom, že by intervence podpory pohybové aktivity na pracovišti vedla ke zvýšení úrovně pohybové aktivity zaměstnanců ve společnosti. Je třeba podotknout, že metaanalýza analyzovala nesourodé vědecké studie, které se lišily ve vědeckém designu, měření, metodologii nebo v reprezentativnosti výběru zkoumaného vzorku.



Přestože WHO (2007) shledává pracoviště ideálním místem, kde se dospělý člověk může edukovat ve prospěch aktivního životního stylu a odborníci z oblasti veřejného zdravotnictví se shodují, že podpora pohybové aktivity na pracovišti musí být nedílnou součástí každé národní strategie, bez prokázání efektivnosti vynaložených investic do této oblasti je v současné době zavádění programů podpory pohybové aktivity na pracovišti značně problematické.

### Situace v České republice

Vláda České republiky nestojí stranou současných evropských trendů a přihlásila se k projektu Podnik podporující zdraví a to například ve svém usnesení č. 1046/2002 k dlouhodobému zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví pro všechny v 21. století, dílčím úkolem 13. 6. V tomto dokumentu je deklarován mimo jiné požadavek na zpracování kritérií a indikátorů programu podpory zdraví na pracovišti ve smyslu dokumentů a strategie EU. V České republice dále vznikla Národní síť podpory zdraví na pracovišti spolupracující s partnerskými organizacemi v rámci ENWHP, která by měla přispívat k propagaci dobré praxe v tomto oboru a k jejímu prosazování na pracovištích v České republice. Národním kontaktním centrem ENWHP v České republice je Centrum pracovního lékařství ve Státním zdravotním ústavu v Praze.

ENWHP na léta 2006 - 2009 vyhlásil již **sedmou<sup>2</sup> společnou iniciativu**: „Move Europe – Kampaň pro zlepšení evropské podpory zdraví na pracovišti orientované na zdravý životní styl. Tato iniciativa si klade za cíl vytvořit takovou „pracovní“ Evropu, kde zdraví zaměstnanci jsou základem zdravého podniku. Vedoucí evropské společnosti se zúčastní objektivního hodnocení svých aktivit podporujících zdraví a svou dobrou praxi poskytnou jako model pro celou Evropu.

Iniciativa Move Europe má čtyři klíčové oblasti:

- pohybová aktivita,
- zdravá výživa,
- duševní zdraví,
- prevence kouření.

---

2 1997 - 1999, 1. společná iniciativa: Kritéria kvality a faktorů úspěchu v podpoře zdraví na pracovišti; 1999 -2000, 2. společná iniciativa: Podpora zdraví na pracovišti v malých a středních podnicích; 2001 - 2002, 3. společná iniciativa: Podpora zdraví na pracovišti v sektoru veřejné správy; 2002 - 2004, 4. společná iniciativa: Zavádění infrastruktur k podpoře zdraví na pracovišti; 2004 - 2006, 5. společná iniciativa: Zdravá práce ve stárnoucí Evropě; 2005 - 2007, 6. společná iniciativa: Pracovní zdraví II.



V roce 2004 byl Státním zdravotním ústavem vypracován manuál podpory zdraví na pracovišti s názvem „Kriteria kvality podpory zdraví na pracovišti s komentářem“, ve kterém je oblast zvyšování pohybové aktivity rovněž zahrnuta. Manuál byl vytvořen za finanční podpory dotačního programu MZ ČR „Národní program zdraví – Projekty podpory zdraví“ 2004, projekt č. 9057 Zdraví podporující organizace – hodnocení odpovídající kritériím dobré praxe (Lipšová, Šamánek, & Vavřínová, 2004).

#### 4.4 Podpora pohybové aktivity u praktických lékařů

Dalším intervenčním prostředím, které má z hlediska zvýšení úrovně pohybové aktivity u obyvatel značný potenciál, jsou ordinace obvodních lékařů.

Praktičtí lékaři jsou atraktivním prostředím PPA z hlediska přístupu k běžné populaci. Většina dospělých navštíví praktického lékaře alespoň jedenkrát ročně (Bauman, Bel-  
lew, Vita, Brown, & Owen, 2002). Praktičtí lékaři jsou velmi důležití, z hlediska styku se seniorskou populací a lidmi s chronickými onemocněními. Navíc jsou veřejností vnímáni jako důvěryhodný zdroj informací, mají tudíž výjimečné postavení v ovlivňování chování pacientů a jsou označováni jako preferovaný zdroj zdravotních informací o cvičení (Booth, Mant, & Owen, 1997), (Booth, Gordon, & Carlsen, 2000).

Na druhou stranu je třeba podotknout, že intervence podpory pohybové aktivity u praktických lékařů jsou spojeny také s řadou problémů a překážek, kterými jsou například nedostatek času lékařů, nedostatek vzdělání a odborných znalostí, nedostatek finančních stimulů, špatné vnímání efektivity zásahů, rozpory v očekávání pacientů a lékařů a omezené zdroje (Bull & Jamrozik, Advice on exercise from a family physician can help sedentary patients, 1999), (Bull, Schipper, & Jamrozik, 1995), (Bauman, Mant, & Middleton, 1989). Další překážky jsou systémové povahy a je potřeba je řešit na úrovni jednotlivých států. Jsou jimi např. řešení otázek přípravy lékařů v oblasti podpory pohybové aktivity na zdravotnické škole, systém financování náhrad za preventivní poradenství apod.

#### Druhy intervencí u praktických lékařů

Existuje široká škála příležitostí a intervencí, jakým způsobem podporovat pohybovou aktivitu obyvatel u praktických lékařů. Jedná se o intervence využívající čekárnu, intervence založené na posílání pacientů k pohybovým specialistům, intervence využívající upomínkový systém a další. Novější diskuze zvažují roli a zapojení praktického lékaře v komunálních kampaních či při tvorbě místních politik v oblasti podpory pohybové aktivity (Halbert, Silagy, & Finucane, 2000).

Intervence podpory pohybové aktivity, které byly ve světě doposud realizovány, zahrnovaly po většinou kombinaci vybraných, níže uvedených, aktivit:

- screening pacienta, jenž identifikuje současnou úroveň pohybové aktivity, motivaci k pohybové aktivitě a celkový zdravotní stav,
- stručné doporučení nebo konzultaci o pohybové aktivitě,



- podpora tištěnými edukačními a informačními materiály o pohybové aktivitě a zdravém životním stylu,
- písemná preskripce pohybové aktivity.

**Screening** – jedná se o vyplnění formuláře přímo pacientem v čekárně nebo je dotazován sestrou (event. lékařem) sériemi otázek.

**Stručné doporučení** – lékař cílenou radou doporučuje obvykle 30 minut pohybové aktivity o střední intenzitě ve většině dnů v týdnu. Ideální typ struktury poskytování rad (doporučení) je popsán a použit v projektu PACE (Calfas, Long, & Sallis, 1996) ve Spojených státech amerických:

1. Pacient je dotazován na jeho pohybové zvyklosti, současné rizikové faktory, výhody, které plynou z pravidelně vykonávané pohybové aktivity a na hlavní omezení (bariéry) pohybové aktivity.
2. Lékař vysvětluje zdravotní výhody pohybové aktivity, postupy, které mohou pomoci překonat bariéry pohybové aktivity, doporučuje konkrétní kroky vzhledem k pacientovým dovednostem, schopnostem a motivaci.
3. Pacient je vybaven tištěnými materiály, které slouží jako nástroj k vytvoření individuálního plánu, který pomáhá monitorovat progresi v pohybové aktivitě.
4. Lékař se s pacientem domlouvá na ověřovacích postupech (follow up) – opětovné návštěvě, telefonickém rozhovoru, poštovní korespondenci, e-mailu aj.

**Písemné preskripce pohybové aktivity** – jedná se o předpis pohybové aktivity vydaný praktickým lékařem, který byl v této oblasti patřičně vzdělán. Obsahuje informace „šité na míru pacientovi“ o intenzitě, délce, frekvenci a typu pohybové aktivity. Prvním průkopníkem této metody byla novozélandská vláda, která ji ověřovala v projektu „Green Prescription“ (Zelený předpis) (Swinburn, Walter, & Arroll, 1998).

**Podpurné tištěné materiály** – představují základní intervenci podpory pohybové aktivity u praktického lékaře. Jedná se o intervence formou tištěných materiálů, které poskytují informace o doporučené úrovni pohybové aktivity a způsobech zvýšení úrovně pohybové aktivity. Nalézáme je v různých formách (od plakátů až po brožury) v čekárnách ordinací, zároveň je můžeme dostat s ústním vysvětlením přímo od praktického lékaře. Tištěné materiály podpory pohybové aktivity se dělí na dva základní typy:

- **Informační materiály** o pohybové aktivitě poskytují informace o důležitosti pohybové aktivity v životě člověka.
- **Edukační materiály** o pohybové aktivitě, obvykle nesou název „Průvodce pohybovou aktivitou“ (Physical Activity Guide). Poskytují detailnější informace o doporučené úrovni pohybové aktivity – jaký typ, jaká intenzita, jaká délka pohybové aktivity bude pro mé zdraví mít největší efekt. Jsou obvykle zaměřeny na různé cílové skupiny – seniory, rodiče předškolních dětí, rodiče školních dětí, učitele na prvním stupni základní školy, učitele na druhém stupni základní školy, matky na mateřské dovolené aj.



**Další strategie**, které jsou využívány praktickými lékaři pro podporu pohybové aktivity:

- přeposílání pacienta ke zdravotnímu specialistovi podpory pohybové aktivity, který na základě lékařské diagnózy vytvoří unikátní preskripci pohybové aktivity (např. v Anglii Exercise Referral Scheme),
- přeposílání do zdravotních, sportovní či rekreačních zařízení,
- pedometry zdarma – např. kanadská vláda vyčlenila část ze státního rozpočtu na nákup 800 000 pedometrů, které byly rozdány pacientům s vysokým krevním tlakem, nebo vysokou hladinou triglyceridů, některé další země tuto intervenci zahrnuly do své strategie podpory pohybové aktivity,
- využití informačních technologií (speciálních softwarů, webových aplikací) ke sceeringu, motivaci nebo edukaci.

### **Efektivnost a evaluace intervencí u praktických lékařů**

Australská strategie podpory pohybové aktivity vydaná National Public Health Partnership (Bauman, Bellew, Viti, Brown, & Owen, 2002) uvádí tři systematické přehledy intervencí podpory pohybové aktivity u praktických lékařů (Ashenden et al. 1997, Baton and Medard, 1998, Simons-Morton et al, 1998). Studie analyzovaly a evaluovaly celkem 17 intervencí, které zahrnuly intervence s vícenásobným rizikovým faktorem a intervence s přímým zaměřením („single focuse“) na pohybovou aktivitu. Studie se navzájem lišily poskytovatelem intervence – praktický lékař, sestra, zdravotní vzdělávací pracovník a komponenty zahrnuté v intervenci. Studie se rovněž značně lišily v metodách, postupech a interpretacích, sledovaly různá kritéria v různých časových řadách. Vzhledem k malému počtu a heterogenitě výzkumu intervencí tak nebylo možné uskutečnit statistickou metaanalýzu. Na základě výsledků studií však vznikl konsenzus o pozitivním vlivu praktických lékařů v oblasti podpory pohybové aktivity.

V odborných časopisech byly publikovány další výsledky výzkumu, které testovaly efektivitu podpory pohybové aktivity u praktických lékařů (Lewis and Lynch 1993, Schultz 1993, Calfas et al. 1996, Marcus et al. 1997, Swinburn et al. 1998, Bull and Jamrozik 1998, Stevens et al 1998, Smith et al. 2000, Halbert et al. 2000, Pinto et al. 2001). Ve většině případů byla základním prvkem intervence podpory pohybové aktivity krátká strukturovaná rada od lékaře nebo konzultace s lékařem o pohybové aktivitě, následovaná podáním informací v tištěné podobě (brožury), případně spojená s písemnou preskripcí pohybové aktivity. Většina studií měla krátkodobější charakter (4 až 6 týdnů), malé procento pak charakter dlouhodobý (6 až 8 měsíců). Výsledky měření se skládaly z minut strávených participací na pohybové aktivitě (i chůze) před a po intervenci, dále byly sledovány změny postojů a stupně změny chování. Rovněž bylo měřeno, zda pacient plní pohybová doporučení vydaná americkým ministerstvem zdravotnictví, to znamená pohyb 30 minut střední intenzity (ekvivalent energetického výdeje 800 až 1 000 kcal) ve většině dní v týdnu.



Výsledky studií vykazují, že intervence v podobě krátké verbální rady o pohybové aktivitě v kombinaci s tištěnými materiály mohou středně zvýšit úroveň pohybové aktivity v krátkém časovém horizontu. Neexistují však důkazy indikující, že tato krátká strategie může vést k trvalému dlouhodobému zvýšení participace na pohybové aktivitě. V současné době nejsou výsledky výzkumů, zda tento typ intervencí je více či méně efektivní u mladších nebo starších pacientů nebo u žen nebo mužů. Zatím rovněž neexistují studie o efektivnosti provedené mezi různými etniky nebo mezi lidmi s různými zdravotními potížemi.

### **Příklady vybraných studií a intervencí PPA u praktických lékařů:**

- Americký projekt podpory pohybové aktivity u praktických lékařů PACE byl zaměřen na neaktivní pacienty (Calfas et al. 1996). Pacienti v čekárně vyplnili dotazník, který byl následně vyhodnocen obvodním lékařem. Na základě dotazníku lékař a pacient vedli tří až pětiminutovou diskuzi o pohybové aktivitě. Po dvou týdnech byl s každým pacientem veden podpůrný desetiminutový telefonický hovor. Ačkoliv rozdělení pacientů do intervenční a kontrolní skupiny nebylo randomizované, výsledky studie zaznamenaly malý, ale signifikantní nárůst času stráveného chůzí. Intervence trvala čtyři až šest týdnů.
- Další výzkum probíhal v letech 1995 až 1997 v jedenácti nemocničních zařízeních za podpory tří amerických výzkumných center. Výzkumný vzorek tvořili dobrovolníci (395 žen a 479 mužů) v letech mezi 35 až 75 bez klinických známek kardiovaskulárních chorob. Účastníci výzkumu byli náhodně rozdělení do tří skupin:
  1. Advice – ( n = 292) tato skupina dostala radu od lékaře a edukační tištěný materiál (doporučená péče),
  2. Assistance – ( n = 293) tato skupina obdržela vše jako skupina „advice“ plus interaktivní e-mail a měla behaviorální konzultaci s lékařem,
  3. Counseling – ( n = 289) tato skupina obdržela všechny komponenty jako skupina „advice a assistance“ plus měla pravidelné telefonické konzultace a behaviorální výuku.

Ženy v druhé a třetí skupině měly stejný nárůst kardiovaskulární zdatnosti jako ženy v první skupině. U mužů intervence u druhé a třetí skupiny nezaznamenaly lepší výsledek než u skupiny první (The Writing Group 2001).

- Green Prescription je výzkum realizovaný na Novém Zélandě. Praktičtí lékaři byli požádáni, aby vytipovali pacienty, kteří se zapojí do intervence podpory pohybové aktivity. Pacienti byli náhodně rozdělení do dvou skupin, přičemž jedna skupina byla motivována radou lékaře a specifickou preskripcí pohybové aktivity zvanou „Green Prescription“. Tato skupina měla tendence být více aktivní po šest týdnů, avšak zvýšená úroveň pohybové aktivity mezi skupinami nebyla signifikantní.



- Studie realizovaná v Západní Austrálii (nazvaná Active Practice Perte) byla zaměřená na pacienty se „sedavým“ způsobem života. Cílem studie bylo:
  1. evaluovat efektivitu krátkých intervencí mající vést ke zvýšení úrovně pohybové aktivity u pacientů se „sedavým“ životním stylem,
  2. porovnat efektivnost dvou druhů intervencí:
    - I. rada od praktického lékaře v kombinaci se standardním letákem
    - II. radou od praktického lékaře v kombinaci s počítačově generovaným informačním letákem (upraveným „na míru“)

Účastníci výzkumu byli rozděleni do dvou skupin (intervenční a kontrolní). Dva dny po konzultaci s lékařem dostali poštou informační leták. Jedna skupina „standardní“ a druhá „upravený na míru“. Zvýšená úroveň pohybové aktivity byla zaznamenána jeden i šest měsíců po intervenci. Po 12 měsících již nebyla registrována žádná změna. Rozdíly mezi kontrolní a intervenční skupinou byly patrné ve frekvenci, avšak ne v délce pohybové aktivity. Po šesti měsících již nebyly zaznamenány signifikantní rozdíly mezi skupinami.

- The South Eastern Sydney Area Health Service General Practice Physical Activity Project je název australského výzkumu v oblasti podpory pohybové aktivity. Praktičtí lékaři, kteří jeví zájem, byli vyškoleni v hodnocení a v poskytování rad o pohybové aktivitě. Pacienti souhlasili s telefonickým rozhovorem osm týdnů po konzultaci. Byl nahlášen signifikantní nárůst pohybové aktivity, avšak z důvodu chybějící kontrolní skupiny výsledky ztratily na významnosti, přesto pozitivně posílily role praktických lékařů (Porter and Eccelston 1998).
- Active Practice NSW je zaměřen na podporu pohybové aktivity u pacientů. Intervenčními prostředky jsou krátká rada, aktivní preskripce a podpůrné tištěné brožury (NSW Health 1999, Smith et al. 2000). Jedná se o kontrolovaný experiment, ve kterém kontrolní skupina byla rekrutována ze stejné soukromé lékařské praxe jako intervenční skupina. Intervenční skupina prošla experimentem (krátká rada, aktivní preskripce) a zhruba o týden později náhodně vybrané jedné polovině intervenční skupiny přišla poštou podpůrná tištěná brožura. Pacienti, kteří obdrželi radu, preskripci a brožuru byli signifikantně více aktivní než kontrolní skupina po šesti až deseti týdnech. Po sedmi až osmi měsících rozdíl již však nebyl významný. Intervenční skupina (rada a preskripce) byla více aktivní než kontrolní, ale rozdíl nebyl signifikantní. Nejvhodnější forma intervence podpory pohybové aktivity z pohledu krátkodobé a střednědobé efektivnosti realizovaná prostřednictvím praktických lékařů je rada – preskripce - brožura.



### Cílové skupiny

Kapitola popisuje specifika intervencí a strategií podpory pohybové aktivity u jednotlivých cílových skupin, kterým by z důvodů větších tendencí k pasivnímu životnímu stylu, měla být dle současných poznatků v této oblasti věnována zvláštní pozornost. Jedná se o děti a mládež, ženy, seniory a osoby se speciálními potřebami.



## 5. Cílové skupiny PPA

Strategie a intervence podpory pohybové aktivity jsou zaměřeny na všechny věkové a sociální skupiny populace. Existují nicméně skupiny, které jsou nedostatečnou úrovní pohybové aktivity více ohroženy, a kterým je v rámci programů a intervencí podpory pohybové aktivity potřeba věnovat zvláštní pozornost. Jsou jimi zejména děti a mládež, ženy, senioři a sociálně znevýhodněné osoby či osoby se speciálními potřebami.

### 5.1 Děti a mládež

Zdraví lze dosáhnout tehdy, pokud lidé věří v ovladatelnost a smysl života a mají-li dostatečné prostředky (duševní, tělesné, citové, sociální i materiální) k tomu, aby dostali požadavkům, které jsou na ně kladeny. Vědomí identity a sounáležitosti se musí vytvářet od raného dětství. Zkušenosti získané v rodině, ve školce, škole a ve zdravém životním prostředí jsou nezbytné jak pro formování a další rozvoj osobnosti mladých lidí, tak pro zvládnutí životních nároků (World Health Organization, Regionální úřadovna pro Evropu, 2000). Výzkumy ve vyspělých státech světa ukázaly, že prevalence nadváhy a obezity u dětí prudce stoupá. Například ve Velké Británii se počet obézních dětí za posledních 20 let ztrojnásobil (Strategy Unit, 2002). Podobné výsledky mají také v Kanadě a v USA.

Školy jsou důležitým místem, ve kterém lze rozvíjet a chránit zdraví. To, jak žáci vnímají zdraví, může být významně ovlivněno obsahem používaných osnov. Prostředí školy je důležitou determinantou zdraví<sup>1</sup> (World Health Organization, Regionální úřadovna pro Evropu, 2000). Školy poskytují unikátní příležitost pro adekvátní pohybovou aktivitu pro všechny mladé lidi a to zejména využitím tělesné výchovy, různých sportovních programů a extrakurikulárních sportovních iniciativ.

Ačkoliv jsou děti neaktivnější skupinou populace, obecná úroveň pohybové aktivity je nedostatečná a stále klesá. Po sedmáctém roku života pak nastává velký pokles aktivity (Department of Health, 2002). Tento trend je velmi znepokojující, protože vznik mnohých NCD se odehrává již v dětství. Situaci zhoršuje vzestupná tendence sedavého trávení volného času (sledování televize, hraní počítačových her aj.). Je dokázáno, že v mládí aktivní člověk zůstává s větší pravděpodobností aktivní i v dospělosti a stáří (World Health Organization, 2003). Studie také ukazují, že čím více se mládež účastní pohybové aktivity, tím méně kouří. Rovněž byla prokázána souvislost mezi aktivními dětmi/studenty a dobrými studijními výsledky (World Health Organization, 2003).

---

1 Viz kapitola Intervenční prostředí podpory pohybové aktivity



## Doporučení PPA pro děti a mládež

Na základě dostupných vědeckých důkazů a několika efektivních strategií jsou doporučeny tyto akce na podporu pohybové aktivity (Centers for Disease Control and Prevention, 1997):

- nabádat rodiče k omezování „sedavého“ způsobu trávení volného času (sledování televize, hraní počítačových her aj.) dětí;
- maximalizovat počet hodin tělesné výchovy a rozšířit nabídku pohybových extrakurikulárních aktivit tak, aby se staly základní pohybové dovednosti součástí každodenního života dětí;
- podporovat školy, komunální organizace a vládní sportovní a volnočasové sektory, aby kladly větší důraz na participaci dětí na pohybové aktivitě;
- zlepšit urbanistické plánování tak, aby byly města a vesnice bezpečné pro chodce a cyklisty, zejména co se týká dopravy do školy a zaměstnání,
- zlepšit vztah mezi školou a komunitou.

## 5.2 Ženy

Pravidelná pohybová aktivita pomáhá ženám předcházet kardiovaskulárním chorobám, na které umírá 1/3 žen na celém světě. Diabetem 2. typu trpí více než 70 milionu žen a předpokládá se, že se tento počet zdvojnásobí do roku 2025. Nové studie prokázaly, že i pohybová aktivita mírné intenzity může předejít více než polovině případů cukrovky. Pohybová aktivita také může výrazně pomoci prevenci osteoporózy. Zejména by na to měly dbát ženy po menopauze, které trpí dvakrát větším rizikem postižení tímto onemocněním než muži. Pravidelná pohybová aktivita pomáhá snižovat stres, depresi, úzkost a samotu (World Health Organization, 2003).

WHO dále upozorňuje, že:

- ženy jsou méně aktivní než muži,
- v Evropě 25 % žen není aktivní vůbec,
- 60 % žen nedosahuje dostatečné úrovně pohybové aktivity, která by se odrazila v pozitivním zdravotním efektu,
- nejefektivnější motiv vedoucí ke zvýšení pohybové aktivity je podpora z řad rodinných příslušníků a přátel.

Ženy středního a staršího věku trpí velice často řadou tělesných potíží, jejichž hlavní příčinou je zpravidla špatná životospráva a nedostatek adekvátní pohybové aktivity. V důsledku toho ženy trápí osteoporóza, zvýšený výskyt onemocnění oběhové soustavy srdce a cév, potíže s pohybovým aparátem, ale i depresivní stavy, vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, obezita atd.

Dnešní žena může s velkou pravděpodobností očekávat, že třetinu života bude prožívat po menopauze. O tom, jaká bude kvalita této části života, rozhoduje do značné míry každá žena svými návyky vzniklými v průběhu předchozích let.



Pokud tedy žena pravidelně necvičí, musí se při snaze o udržení energetické rovnováhy uchýlit k omezování příjmu potravy, což velmi často zapříčiňuje stavy, které později vedou k latentní formě obezity, mající na zdraví ženy stejně negativní dopad jako obezita manifestní. Úbytek aktivní tělesné hmoty vede dále k poklesu hodnoty bazálního metabolismu, což znamená, že žena je pak odsouzená neustále hladovět nebo tloustnout. Množství svalů je rovněž kauzálně závislé zejména na úrovni jejich využívání při každodenním pohybu. Tempo úbytku množství svalové tkáně se zrychluje při drastických dietách, které zpravidla ženy aplikují jako účinný prostředek k úbytku tělesné hmotnosti, nebo jako výsledek déle trvající nemoci. Tento pokles však může v horších případech časem představovat až 30 % původní hodnoty. Výsledkem může být, že i když žena jí méně, stejně přibírá na váze (Boháčková, 2001).

Pravidelná pohybová aktivita je v tomto hledisku adekvátní a prokazatelnou prevencí vzniku depresí. Proto by měla každá žena nejen ve středním věku zařadit do svého denního režimu optimální množství optimální pohybové aktivity. Mezi nevhodnější pohybovou aktivitu jednoznačně řadíme kombinaci posilování a aerobních činností jako jsou běh, chůze, nordic walking apod., které zabraňují ztrátám svalové hmoty, brání vzniku insulinové resistance, působí jako prevence celé řady závažných onemocnění a pozitivně ovlivňuje psychiku (Boháčková, 2001).

### 5.3 Senioři

Senioři patří mezi nejrychleji rostoucí populační skupinu ve vyspělých státech. V České republice tomu není jinak. Úměrně se tím také navyšuje rozpočet jednotlivých ministerstev, zejména pak Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví. Důkazy ukazují, že pohybová aktivita může hrát důležitou roli pro udržení správné činnosti tělesných funkcí a také zlepšení těchto funkcí u osob již nemocných, což přináší nemalé úspory ve výdajích na zdravotní péči těchto postižených skupin populace.

Americká analýza *An Aging World: 2008* ukazuje, že do deseti let bude poprvé na světě více starých lidí než dětí. Zpráva předpovídá, že během nadcházejících 30 let se počet lidí nad pětadesát let téměř zdvojnásobí, z 506 milionů v roce 2008 na 1,3 miliardy - ze 7 procent z celkové světové populace na 14 procent. V současnosti stoupá na světě počet lidí starších 65 let každý měsíc o 870 000. Tyto změny jsou důsledkem zpožděného dopadu vysoké porodnosti po druhé světové válce a nedávného zlepšení výkonu a péče ve zdravotnictví, které způsobilo, že lidé ve starším věku umírají výrazně později. Evropa je nejstarším kontinentem, žije v něm 23 z 25 nejstarších národů světa. V roce 2040 bude čtvrtina Evropanů starších 65 let a každý sedmý Evropan bude starší 75 let.



## Stárnutí obyvatel v ČR

Z analýz Českého statistického úřadu vyplývá, že na konci roku 2001 bylo v České republice více než 1 420 000 lidí starších 65 let. Tato věková skupina tvoří 14 % české populace. ČSÚ odhaduje, že tato populace bude tvořit v roce 2030 24 %, tzn. 2 330 000 lidí bude starších 65 let. Demografický ústav Karlovy univerzity predikuje, že v roce 2050 bude tato věková skupina tvořit 33 % populace, což znamená 3 100 000 lidí (Rabuši, Vidovičková, & Mrázková, 2004).

Z dalších odhadů statistiků vyplývá, že v roce 2030 bude mít Česká republika téměř 11 milionů obyvatel. V roce 2008 se narodilo nejméně dětí za posledních 16 let. České ženy sice prožívají delší život než čeští muži, více let je ale trápí nejrůznější zdravotní obtíže. Vyplývá to z analýzy, kterou zveřejnil Ústav zdravotnických informací a statistiky. Ženy nyní narozené se dožijí šedesátých narozenin ve zdraví, dalších 20 let stráví v nemoci, z toho 5,5 roku ve velmi vážné. Muži nyní narození se dožijí ve zdraví osmapadesátých narozenin, pak v nemoci ještě něco přes 15 let, z toho asi čtyři roky s vážnou nemocí. Statisticy vyhodnotili i vyhlídky na „zdravé dožití“ u současných seniorů a seniorek. Ženy ve věku 65 let by měly žít v průměru dalších 18 let, z toho ve zdraví už jen sedm let, tedy něco přes třetinu zbývajících života. Muži ve věku 65 let by měli žít v průměru ještě 14,8 roku, z toho ve zdraví 6,7 let, tedy 45 procent zbývajících života.

Zatímco na začátku letošního roku (2009) byl podíl obyvatel starších 65 let jen 14,9 procenta, podle střední varianty projekce, kterou provádí Český statistický úřad, bude k 1. 1. 2066 tato věková kategorie tvořit už 32 procent obyvatel České republiky, tedy více než dvojnásobek oproti současnosti. Nejrychleji bude přibývat osob v nejvyšším věku – každý desátý obyvatel ČR bude starší 85.

## Pohybová aktivita a stárnutí

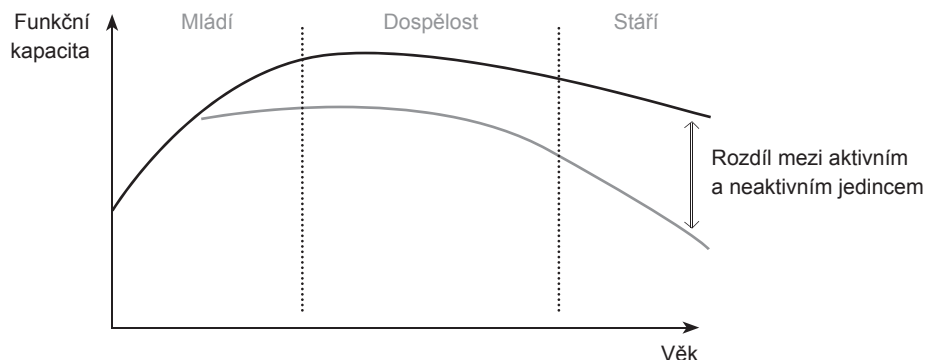
U starších skupin obyvatel, u mužů i žen, dochází k poklesu počtu dnů v týdnu, kdy provozují intenzivní pohybovou aktivitu i k poklesu času věnovanému tomuto druhu pohybové aktivity. Lidé si ve většině případů neuvědomují, že stárnutí není překážkou toho, aby zůstali i nadále aktivní. Důsledné a efektivní intervence, které zpravidla představují informační a propagační akce, zaměřené na zvýšení povědomí o významu a pozitivních efektech pohybové aktivity v pokročilém věku, jsou realizovány ve větší míře spíše v zahraničí než v ČR. Tyto informační kampaně jsou zaměřeny především na zlepšení svalové síly, flexibility a aerobní kapacity. Hlavními výstupy jsou (World Health Organization, 2002):

- snížení rizika pádů,
- prodloužení nezávislosti,
- zlepšení kvality života.



Celoživotní participace na pohybové aktivitě střední intenzity může zpomalit pokles funkční kapacity (viz schéma 11). Čím více křivka funkční kapacity klesá, tím více také klesá kvalita života a roste pravděpodobnost získání NCD i jiných onemocnění. Význam pohybové aktivity v různých věkových obdobích shrnuje tabulka 14.

Schéma 11: Funkční kapacita a věk



Zdroj: (World Health Organization, 2002)

Tabulka 14: Funkční kapacita a věk

	<b>Funkce pohybové aktivity</b>
<b>Mládí</b>	Rozvoj a růst funkční kapacity
<b>Dospělost</b>	Zajištění nejvyšší možné úrovně funkční kapacity
<b>Stáří</b>	Zpomalení poklesu funkční kapacity, zajištění nezávislosti a prevence nemocí

Zdroj: (World Health Organization, 2002)

#### 5.4 Osoby se speciálními potřebami

Problematika osob se speciálními potřebami, které jsou nejčastěji ohroženy sociální exkluzí, bývala v minulosti na okraji zájmu nejen společnosti obecně, ale i odborníků v oblasti podpory pohybové aktivity. Až v posledních letech, i vzhledem k novým legislativním normám, je nutné s touto cílovou skupinou počítat v mnoha oblastech lidské činnosti, včetně služeb v oblasti podpory pohybových aktivit. Disciplína, která se zabývá rozvojem, zkoumáním a podporou pohybové aktivity osob se speciálními potřebami na úrovni akademické i praktické se označuje jako aplikované pohybové aktivity (z anglického Adapted Physical Activity).



Nejdříve je však nutné definovat cílovou skupinu osob se speciálními vzdělávacími potřebami. Při tomto vymezení je nutné respektovat především legislativní normy, které jsou však v této oblasti značně nejednotné. Jedná se především o zákon 561/2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), zákon č. 115 ze dne 28. února 2001 o podpoře sportu a zákon 108/2006 o sociálních službách.

Zákon o sociálních službách pracuje pouze s termínem osoby se zdravotním postižením, který je determinován především závislostí osob s tělesným, duševním, smyslovým a kombinovaným postižením na jiné osobě. Zákon o podpoře sportu pak mluví o zdravotně postižených občanech. Obě tyto legislativní normy dle našeho názoru naprosto nerespektují uznávanou terminologii národní i mezinárodní.

Vzhledem k tomuto faktu uvažujeme o osobách se speciálními potřebami v souladu se zákonem 561/2004 známém jako „nový školský zákon“, který termín osoby se speciálními potřebami upřesňuje pro školskou oblast jako osoby se speciálními vzdělávacími potřebami. Vzhledem k tomu uvažujeme o osobách se speciálními potřebami jako o osobách se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním, sociálním znevýhodněním. Zdravotním postižením myslíme především mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. Za zdravotní znevýhodnění považujeme zdravotní oslabení, dlouhodobou nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžaduje zohlednění při vzdělávání (včetně celoživotního vzdělávání). Osobu se sociálním znevýhodněním definuje především rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožené sociálně patologickými jevy, dále pak osoby, pro které je nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova. V neposlední řadě osoby s postavením azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území České republiky podle zvláštního předpisu.

### **Mezinárodní a národní normy v oblasti podpory pohybových aktivit**

Následující dokumenty se zabývají přímo problematikou participace osob se SVP na pohybových aktivitách:

- Evropská charta sportu pro všechny: zdravotně postižené osoby z roku 1987,
- Evropská charta sportu z roku 2001,
- Doporučení Rady ministrů členských zemí EU z roku 2003.

Evropská charta sportu pro všechny: zdravotně postižené osoby (Štrasburk, 1987) se zavazuje provést nezbytné kroky pro to, aby příslušné orgány veřejné správy i soukromé organizace vzaly na vědomí přání i potřeby osob se zdravotním postižením z oblasti sportu a pohybové rekreace, včetně patřičného vzdělávání v dané oblasti. Je vyžadována podpora rozvoje sportu a rekreace osob



s postižením jako nedílná součást zdravotní a sociální rehabilitace a jako její přirozené pokračování i vzhledem k obecnějšímu prospěchu. Jako nezbytnou součást rozvoje sportu a rekreace osob se zdravotním postižením se uvádí také výzkum, který vědecky zdůvodní či vymezí psychologický, fyziologický, sociální a další přínos sportu pro všechny věkové kategorie osob s postižením. Dle této normy je nutné podporovat vzdělávací instituce a úřady, aby zajišťovaly odpovídající a skutečnou tělesnou výchovu dětí se zdravotním postižením ve školách a zároveň, aby instituce zajistily odpovídající výcvik pro všechny ty, kteří tyto děti budou učit.

Evropská charta sportu (Štrasburk, 2001) doporučuje přijetí opatření poskytující všem občanům možnost sportovat a případné další opatření umožňující skupinám osob zdravotně či sociálně znevýhodněným či zdravotně postiženým plně těchto možností využívat.

Prvním bodem Doporučení Rady ministrů členských zemí EU (ze dne 30. 4. 2003) bylo zjištění způsobů, kterými lze zlepšit tělesnou výchovu pro děti a mládež, včetně těch se zdravotním postižením či zdravotním a sociálním znevýhodněním.

Pokud se zaměříme na podmínky České republiky, pak musíme citovat výše zmiňovaný zákon o podpoře sportu. Zde se zákonodárci vyjadřují k úkolům zřizovatelů škol (tedy krajů a obcí), kde kromě jiného uvádí:

- (§ 5) úkoly krajů – kraje ve své samostatné působnosti vytvářejí podmínky pro sport, zejména zabezpečují rozvoj sportu pro všechny a přípravu sportovních talentů, včetně zdravotně postižených občanů,
- (§ 6) úkoly obcí – obce ve své samostatné působnosti vytvářejí podmínky pro sport, zejména zabezpečují rozvoj sportu pro všechny a přípravu sportovních talentů, včetně zdravotně postižených občanů.

### 5.4.1 Specifika osob se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním

Osoby se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním (dále jen s postižením) představují velmi heterogenní skupinu. Výčet různých druhů a typů postižení by byl nepřehledný. Proto je vzhledem k zaměření této publikace nutné redukovat popis specifík osob s postižením a strategie participace na aplikovaných pohybových aktivitách (jak bývají v našich podmínkách označovány pohybové aktivity osob se speciálními potřebami) na uvedení pouze některých návodů, které mají podpořit zapojení této cílové skupiny do pohybových aktivit obecně.

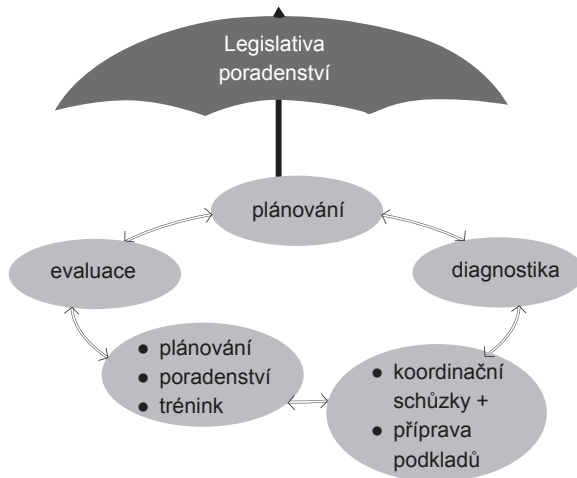
Význam aplikovaných pohybových aktivit dosahuje daleko za rozvoj fyzické kondice jedince s postižením. „*Svým působením přispívají k pozitivnímu ovlivnění celé společnosti ať v rovině kognitivní, postojevé nebo dovednostní. Snaží se o celkový psychický, fyzický i sociální rozvoj všech stran zainteresovaných v procesu postupného začleňování jedinců z minoritních skupin obyvatelstva*



mezi intaktní populací.“ (Ješina & Kudláček, in press). Je nutné vnímat především psycho-sociální rozměr pohybových aktivit i s ohledem na motorické kompetence jedince. Prostřednictvím pohybových aktivit se snažíme dosáhnout cíle, což je socializace a zlepšení kvality života osob s postižením. Integrace představuje prostředek pro takto stanovený cíl. Pohybové aktivity jsou tedy „nástrojem“ pro realizaci tohoto procesu.

Kudláček & Ješina (2008) uvádějí jednoduchý PAPTECA model (Sherrill, 2004), který je uplatnitelný při plánování a realizaci jakýchkoliv pohybových programů pro systematickou podporu pohybových aktivit u osob s postižením.

Schéma 12: Model PAPTECA



Vysvětlivky k modelu:

**Legislativa** – znalost a dodržování norem jsou nutné i ve vztahu k argumentaci prosazení práv osob s postižením na pohybové aktivity.

**Diagnostika** – představuje vstupní zjištění specifik a možností vzhledem k různému charakteru postižení.

**Koordinační schůzky** – především získání dalších informací např. o kontraindikacích postižení, předchozí zkušenosti s pohybovou aktivitou, environmentální faktory ovlivňující chování, možnosti zapojení určitých svalových skupin apod.

**Výuka** – samotná pohybová aktivita či program.

**Evaluace** – vzhledem k předpokládaným specifikám zapojení osoby s postižením do pohybové aktivity je nutné důkladné vyhodnocení pozitivních a negativních dopadů na celou zainteresovanou skupinu účastníků. Na základě této evaluace je pak možné začít s případným plánováním dalších činností.



Specifika zapojení osob s postižením do pohybových aktivit spočívají především v bariérách, které samotnou participaci znesnadňují. Na jedné straně se jedná o bariéry způsobené samotným charakterem postižení (druhem, typem, hloubkou, projevem a důsledkem), na druhé straně se však jedná o „externí“ bariéry, které bychom mohli rozdělit na fyzické, legislativní a mentální. Fyzickými myslíme především architektonické bariéry, které znemožňují mobilitu jedinců s postižením (zdaleka nejen s tělesným postižením). Legislativní bariéry představují a vymezují limity, ve kterých je možná participace v různých oblastech života. Problémem pohybových aktivit je fakt, že se jedná především o volnočasové aktivity, které jsou velmi málo legislativně řešeny.

Ačkoliv se nejedná pouze o limity finanční, uvedeme zde příklad bariéry, která může být pozitivně podpořena legislativně. Osoby s postižením nejčastěji nemají nárok na finanční podporu pro pořízení sportovně kompenzačních pomůcek, jejichž nutnost využití je u některých pohybových aktivit přímo klíčová (lyžování na monoski, cyklistika na handbiku, ale i jiné). Vzhledem k finančním nákladům, které jsou nepochybně vysoké vzhledem ke sportovním pomůckám osob bez postižení, je většinou jejich zakoupení značně komplikované. Paralelou a možným protiargumentem však může být fakt, že osoby bez postižení také nemají nárok na finanční podporu při zakoupení pomůcek pro volný čas. Zarážející však je, že vzhledem k nákladům na tyto pomůcky se často žáci s postižením, kteří tyto pomůcky mají, se neúčastní ani školní tělesné výchovy, která je za určitých okolností fatální pro další participaci





na pohybových aktivitách v průběhu dalšího života. Mezi mentální bariéry patří například postoj (či názor), že osoby s postižením nemají právo (důvod), proč se účastnit pohybových aktivit. Často se však také může jednat o pouhou neznalost problematiky ze strany veřejnosti, ale i odborníků (učitelů tělesné výchovy, animátorů volného času, pedagogů volného času, trenérů, fyzioterapeutů, lékařů). Ti často nevědí o možnostech a podmínkách pro začlenění osob s postižením do jednotlivých pohybových aktivit.

Spontánně či systémověji řeší poradenství, vzdělávání pedagogických pracovníků, realizaci různých programů včetně pohybových většinou pouze subjekty neziskového sektoru. Některé vládní organizace se snaží o vzdělávání pracovníků pro oblast realizace integrovaných programů v oblasti volného času (např. NIDM – Národní institut dětí a mládeže). V rámci komunální politiky se většinou problematika osob s postižením řeší společně s ostatními v rámci sociální péče. Oblast pohybových aktivit bývá většinou zapomenuta. Na nadregionální úrovni se cíleně oblast aplikovaných pohybových aktivit pokouší řešit některé dílčí projekty jako Centrum APA (Centrum aplikovaných pohybových aktivit), Centra podpory integrace, které mají za cíl etablování jednotlivých center postupně ve všech regionech, které by systémově řešily všechny výše uvedené aktivity, včetně zapůjčování sportovně kompenzačních pomůcek.

#### 5.4.2 Specifika osob se sociálním znevýhodněním

Pokud mluvíme o participaci žáka se sociálním znevýhodněním v pohybových aktivitách, musíme si být vědomi základních determinant ovlivňujících přímo toto zapojení či nezapojení. Existuje řada teorií, která porovnává vliv vrozených dispozic a vliv okolního prostředí, ale v posledních několika dekádách převládá jednoznačně názor, že rozhodující vliv má okolní prostředí, jehož působení rozhoduje o míře rozvoje vnitřních dispozic. Potvrzují, že není až tak podstatné, s jakým potenciálem jsme se narodili, ale jestli byl zabezpečen dostatečný vliv prostředí potřebný pro jeho pozitivní rozvoj v různých etapách života (senzitivní období, raná intervence apod.) s různou kvalitou, intenzitou, komplexností rozvíjených dispozic atd. Rodina, zde hraje naprosto nezastupitelnou úlohu, což dokládá řada výzkumných šetření (Bandura, 1986), (Moore, Lombardi, & al., 1991), (Taylor, Baranowski, & Sallis, 1994), (Welk, 1999). Existují autoři, kteří přisuzují rodičům naprosto rozhodující význam v oblasti aktivní i pasivní participace v rámci pohybových aktivit dětí (Kremer-Sadlik & Kim, 2007). Kanter (2008) však upozorňuje na jistý nesoulad mezi posuzování vlastní iniciativy a zvolených prostředků rodiči a samotnými sportujícími dětmi. Rodiče mají tendenci svůj vliv vnímat pozitivněji než jejich děti. Někteří novější autoři však správně upozorňují na obrovský a neopomenutelný vliv masmédií, která však předkládají neúplné nebo zkreslené informace ve vztahu k tělocvičným aktivitám a danému etniku (Giardina, 2005), (Rowe, 2007), (Wörching, 2007). Dalším hlediskem, se kterým je nutné počítat, je vliv jedinců, které bychom mohli nazvat



etnickými vzory (Leonardo, 2004) či vzory pocházející z podobného prostředí. V neposlední řadě pak mnohdy hraje nejdůležitější roli ekonomická stránka rodiny. Ačkoliv někteří autoři upozorňují na určitý paradox v sociální úrovni jednotlivých národů, kdy národy, které jsou považovány za ekonomicky chudé, mohou vychovávat vynikající sportovce a obecně jejich tělocvičné aktivity jsou na daleko vyšší úrovni než u národů ekonomicky rozvinutějších (Wilson, 2002), přesto hraje ekonomická náročnost jednotlivých pohybových aktivit důležitou roli při jejich výběru či odmítnutí.

Co se týká výběru pohybových aktivit neboli preferencí, je vliv sociokulturního prostředí naprosto klíčový a rozhodující. Některé zahraniční studie jednoznačně potvrzují vliv environmentálních faktorů na konečnou participaci v pohybových aktivitách (Brownson, Baker, Housemann, Brennan, & Bacak, 2001), (Humpel, Owen, & Leslie, 2002). Tito autoři také upozorňují na to, že komerční nabídka tělocvičných aktivit je daleko méně akceptována osobami se sociálním znevýhodněním (ale i etnicky minoritních skupin) obyvatel a to i v případě, že někteří jedinci z příslušných etnických skupin dané aktivity aktivně provozovali. Zároveň tím upozorňují na rostoucí propast mezi aktuálním trendem komercializace pohybových aktivit a participací právě těch skupin obyvatel, pro které by tyto pohybové aktivity byly jednoznačným přínosem. Řada autorů také potvrzuje korelaci mezi možností uskutečňování pohybových aktivit na základě vhodných podmínek a jejich skutečnou realizací (Brownson, Baker, Housemann, Brennan, & Bacak, 2001), (Humpel, Owen, & Leslie, 2002), (Huston, Evenson, Bors, & Gizlice, 2003), (King, Castro, Wilcox, Eyler, Sallis, & Brownson, 2000), (Stahl, Rutten, Nutbeam, & al., 2001). Dalo by se říci, že pro jedince z etnických minorit či sociálně ohrožených skupin tento fakt nabývá ještě další rozměr, a tím je především nalezení prostředku úniku nebo naopak získání uznání vlastní sociální skupiny. Mezi nejzásadnější determinanty dle našeho názoru patří (Ješina, in press):

- vzor nebo podpora v rodině (nejčastěji rodič nebo sourozenec stejného pohlaví),
- vzor v bezprostředním okolí (vrstevníci),
- vzor v rámci daného etnika,
- vliv národní tradice,
- bariéry v podobě vnějších podmínek (finanční náročnost, negativní postoj rodičů aj.),
- vliv médií,
- potenciální vliv školy.

Je tedy nutné vydefinovat obecně pohybové aktivity pozitivně přijímané jedinci se sociálním znevýhodněním. Uvědomit si jejich finanční a časovou náročnost, stejně jako osobnostní specifika cílové skupiny vzhledem k jejich vnitřní (případně vnější) motivaci – uvědomit si upřednostňování vnější motivace, která je však méně stálá než motivace vnitřní. Z hlediska preferencí pohybových aktivit se často zájmy, především ty nejoblíbenější, osob se sociálním znevýhodněním výrazně neliší od osob bez sociálního znevýhodnění (Ješina, 2007).



### Zahraníční strategie podpory pohybové aktivity

Kapitola analyzuje národní strategie podpory pohybové aktivity ve Finsku, Kanadě, Novém Zélandě, Austrálii, Holandsku, Dánsku, USA a Velké Británii. Shrnuje klíčové body těchto strategií, uvádí jednotlivá národní doporučení pro pohybovou aktivitu a upozorňuje na specifika strategií v těchto zemích. Závěr kapitoly udává přehled hlavních poznatků a uvádí faktory úspěšných strategií podpory pohybové aktivity.



## 6. Zahraniční strategie podpory pohybové aktivity

Kapitola navazuje na práci Kalmana (2005) a aktualizuje ji. Vychází také z Cavilla (2004). Oba autoři analyzovali zahraniční strategie podpory pohybové aktivity a tyto jsou předmětem 6. kapitoly. Pro přehlednost byla analýza každé národní strategie rozdělena na 4 části. První částí jsou **klíčové body**, které vystihují charakteristické postoje daného státu k pohybové aktivitě a typické fenomény, které ho odlišují od těch ostatních. Druhou částí je přehled **úrovně pohybové aktivity populace**, která sděluje procento pohybově aktivních občanů daného státu. Právě monitorování relativní četnosti aktivních lidí je zásadní pro evaluaci národní strategie. Třetí oblastí je **národní pohybové doporučení**, které uvádí minimální úroveň pohybové aktivity, kterou by měl občan vykonávat. Tvoří jakousi normu, která slouží jako základní standardizační jednotka pro všechny výzkumy týkající se všech výzkumů úrovně pohybové aktivity populace. Poslední, čtvrtou, oblastí je **přehled hlavních strategií a intervencí**, tato část bývá nazývána různě kvůli značným odlišnostem mezi jednotlivými státy.

### 6.1 Finsko

#### Klíčové body

- Finsko je jedna z mála zemí, která v posledních letech zaznamenala zvyšování úrovně pohybové aktivity svých občanů.
- Podpora pohybové aktivity Finů byla postavena jednak na silných sportovních tradicích této země, a zároveň ji také podporovali a podporují sami její obyvatelé.
- Ve Finsku bylo a je mnoho dlouhodobých kampaní pro podporu pohybové aktivity, které jsou také dlouhodobě dobře financované.

#### Úroveň pohybové aktivity finské populace

Finsko je jedna z mála zemí, která v posledních letech zaznamenala zvyšování úrovně pohybové aktivity svých občanů. Mezi lety 1975 a 1995 se podíl pravidelně sportujících lidí zvýšil z 40 % na 60 %. Je jen malý početní rozdíl mezi muži a ženami. Být aktivní je v těchto výzkumech definováno jako účast na pohybové aktivitě 2x týdně, která trvá minimálně půl hodiny a způsobí lehké pocení. Musíme však podotknout, že tato definice je mnohem benevolentnější než ve většině zemí, což procento aktivních lidí ve Finsku značně nadhodnocuje. Kdyby totiž „být aktivní“ znamenalo účast na půlhodinové pohybové aktivitě (při které se člověk lehce zapotí) 4x týdně, výsledky průzkumu by vyšly zcela jiné - z 60 % by se tak stalo 16 % (Helakorpi, Patja, Prättälä, Aro, & Uutela, 2002).



## Národní pohybové doporučení

*„Všechny děti a dospělí by měli nakumulovat 30 nebo více minut pohybové aktivity střední intenzity ve většině dnů, nejlépe ve všech.“*

Finská strategie podpory pohybové aktivity zdůrazňuje význam pohybové aktivity u dětí a mládeže a rozšiřuje národní pohybové doporučení pro děti a mládež.

*„Děti a mládež potřebují pohybovou aktivitu střední intenzity pokud možno každý den trvající minimálně 30 minut, lépe však jednu hodinu. A navíc potřebují pohybovou aktivitu vysoké intenzity minimálně 3x týdně trvající alespoň 20 minut.“*

## Národní strategie

Ve Finsku proběhly tři úspěšné národní programy na podporu pohybové aktivity pro dospělé - Finland on the Move, Fit for Life 1 a Fit for Life 2.

### Finsko v pohybu 1991 – 1994 (Finland on the Move)

Tento program byl vytvořen a uskutečněn proto, aby se vytvořily a zlepšily vhodné podmínky a služby pro provozování pohybové aktivity a cvičení na komunální úrovni. Realizace projektu proběhla především díky společné práci občanských sdružení a městského zastupitelství. Celková cena programu byla 2 miliony euro, z toho okolo 1,2 milionu bylo poskytnuto 94 projektům s různým zaměřením podpory pohybové aktivity po celém Finsku. Po důkladné evaluaci bylo zjištěno, že tato intervence byla velmi úspěšná.

### Největší poznatky z intervence

- Vládou financované projekty vytvořily mnoho nových myšlenek a iniciativ na komunální úrovni.
- Občanská orientace projektu a obecné cíle (Národní pohybové doporučení) jsou důležitým předpokladem úspěchu.
- Poprvé zde byla vyzkoušena vzájemná spolupráce různých institucí.
- Projekt byl realizován pomocí dobrovolníků, ale je také zapotřebí mít určité množství placených lidí, kteří dohlížejí na kontinuitu intervence.

### Fit pro život 1, 1995 – 1999 (Fit for Life 1)

V návaznosti na předchozí projekt Ministerstvo školství a zdravotnictví spustilo další národní projekt s názvem Fit for Life. Hlavním cílem programu bylo zvýšit počet pravidelně aktivních lidí ve středním věku o 10 %. Hlavní důraz byl tedy kladen na podporu pohybové aktivity u lidí, jejichž způsob života je spíše pasivní. Základní strategie byla téměř stejná jako u předchozího programu. Každý ze 400 projektů získal 1500 až 3000 euro. Projekty byly doprovázeny reklamní kampaní v národních médiích.



### Největší poznatky z intervence:

- Klíčovým faktorem úspěchu byli motivovaní jedinci mající projekt na starosti.
- Evaluace intervence opět ukázala, že projekty na komunální úrovni jsou nejúspěšnější, protože nejlépe vystihují místní podmínky, znají situaci, potřeby a přání obyvatel.
- Reklama v národních médiích byla efektivní, avšak méně než informace připravené a podávané místními sdělovacími prostředky.

### Fit pro život 2, 2000 - 2004 (Fit for Life 2)

Na základě úspěchu z prvních pěti let byla intervence *Fit for Life* prodloužena o dalších pět let. Vedle Ministerstva školství a zdravotnictví se do programu připojilo Ministerstvo dopravy a komunikací a Ministerstvo životního prostředí a lesů. Celková suma financí se lehce navýšila. Cílovou skupinou intervence byli všichni lidé nad 40 let. Jako doprovodná intervence *Fit for Life 2* byl vytvořen program *Mladé Finsko* (Young Finland), který vznikl na propagaci nesoutěživého sportu.

*Fit for Life* intervence použila masmediální kampaň a místními projekty jako dvě hlavní strategie. Média měla podpořit lokální projekty. Byly vytvořeny webové stránky, reklamy a filmové spoty ve veřejnoprávní televizi, propagační materiály, bulletiny a výroční zprávy. Tato strategie pomohla zvýšit povědomí o intervenci, avšak nebyla tak úspěšná, jak už bylo zmíněno výše, jako programy na lokální úrovni.

### Cílové skupiny

Programy na podporu pohybové aktivity ve Finsku nemusí být a ani nebyly zaměřeny na skupiny s různým vzděláním či na skupiny pocházející z různých sociálních tříd, protože Finsko je relativně homogenní společnost. Díky tomu jsou tamější programy nejvíce orientovány na různé věkové skupiny.

## 6.2 Kanada

### Klíčové body

- V Kanadě se zvyšuje participace na volnočasové pohybové aktivitě.
- Kanada má dlouhou tradici ve využívání sociálního marketingu jakou nástroje podpory pohybové aktivity.
- Je zde velmi vysoké povědomí o významu pohybové aktivity.
- Je zde také silná mezirezortní spolupráce a spolupráce mezi vládou, soukromým a neziskovým sektorem.



## Úroveň pohybové aktivity populace

Národní výzkum prokázal, že úroveň pohybové aktivity se zvyšuje. V roce 2000 bylo zhruba 40 % populace klasifikováno jako aktivní (nakumulovaná jedna hodina pohybové aktivity o 3 MET, to je např. jednohodinová chůze) (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 2001).

## Národní pohybové doporučení

Kanada vynaložila veliké úsilí, aby vytvořila univerzální doporučení pro pohybovou aktivitu.

*„Nakumuluj 60 minut pohybové aktivity každý den. Jakmile dosáhneš střední intenzity, můžeš přejít na 30 minut 4x týdně. Kumulovat můžeš jen ty aktivity, které děláš minimálně 10 minut. Začni pomalu... a stoupej.“ Doporučení pro starší lidi: „Začni pomalu, ale pokračuj – poslouchej své tělo. Nakumuluj 30 až 60 minut pohybové aktivity střední intenzity denně. Nejsi si jistý? Navštiv svého lékaře.“ Doporučení pro děti a mládež: „Děti by měly zvýšit čas strávený pohybovou aktivitou minimálně o 30 minut a přitom snížit čas strávený před televizí nebo počítačem alespoň o 30 minut.“ (viz příloha 5)*

## Přehled hlavních intervencí

### Sociální marketing

Kanada má nejdelší tradici ve využívání sociálního marketingu k podpoře pohybové aktivity na světě. Agentura ParticipAction již od sedmdesátých let vede obrovskou národní masmediální marketingovou kampaň. Používá různá média – od pořadů v televizi, přes tisk až po public relations. ParticipAction nikdy nemusela platit tuto propagaci, protože v Kanadě je systém, který umožňuje zdarma využívat média ve smyslu sociálního marketingu. V roce 1995/6 byla cena kampaně v masmédiích vyčíslena na 250 000 kanadských dolarů měsíčně. Tato vládní investice se vrátila v poměru 10:1 (Cavill, 2004). Cílem reklamy bylo zvýšit povědomí o pohybových aktivitách, ale v této souvislosti také využila národní hrdosti. Když v televizi zazněla zpráva, že průměrný třicetiletý Kanadčan je přibližně stejně zdatný jako průměrný šedesátiletý Švéd, měla reklamní kampaň velkou odezvu.

ParticipAction se zaměřila na tři primární oblasti:

1. mediální kampaň,
2. vzdělávání (pořádání seminářů, vydávání brožur, plakátů aj.),
3. speciální události (běh s olympijským ohněm, pořádání medicínských konferencí aj.).

Intervence významně zvýšila povědomí veřejnosti o účincích pohybové aktivity na zdraví. V roce 1985 znalo 84 % Kanadčanů program ParticipAction a 70 % řeklo, že jim kampaň pomohla být více aktivní (ParticipAction, 2004).



## Průvodce pohybovou aktivitou

Ačkoliv existovalo vysoké povědomí o významu pohybové aktivity v životě člověka, obecná veřejnost nevěděla, jakou pohybovou aktivitu, jaké intenzity a jakého trvání je třeba dělat. V roce 1998 Ministerstvo zdravotnictví a Kanadská společnost pro zátěžovou fyziologii (Canadian Society for Exercise Physiology) vydali *Průvodce pohybovou aktivitou pro zdravý aktivní život*. Průvodce je určen lidem ve věkovém rozmezí 18 - 55 let. Vzhledem k pozitivní odezvě občanů byly vydány i průvodce pro starší lidi, mládež a děti. Průvodce pohybovou aktivitou vznikly s podporou 60 národních organizací, jejich prostřednictvím jsou dále distribuovány. Publikace lze získat zdarma na všech školách, ve volnočasových centrech, sportovních klubech, u lékaře nebo si o ně lze zažádat (telefonicky, e-mailem, dopisem, osobně) na Ministerstvu zdravotnictví.

## Pedometry zdarma

Úkolem nově vznikající intervence je podpořit občany, aby během dne udělali více kroků. U obvodních lékařů je nachystáno okolo 800 000 pedometrů (krokoměrů), které jsou připraveny pro všechny, kteří si o ně zažádají.

## Národní strategie

Národní strategie ParticipAction trvala 30 let a skončila v roce 2001. Momentálně je Kanada uprostřed procesu realizace *Pan-kanadské strategie zdravého žití* (Pan-Canadian Health Living Strategy). Pohybová aktivita spolu se správnou výživou jsou hlavní součástí strategie. Dokument zahrnuje politickou podporu pohybové aktivity a sportu. Také vybízí k rozvoji infrastruktury a ke snadnějšímu přenosu znalostí a zkušeností mezi odborníky a veřejností.

## Cílové skupiny

V počátečních fázích intervencí měly kampaně dosti široký okruh cílových skupin. Později však bylo zjištěno, že se ve společnosti nacházejí skupiny, které více trpí hypokinezi a chorobami spojenými s tímto stavem než jiné. V současnosti se nejvíce úsilí klade na podporu pohybové aktivity u těchto skupin:

- imigranti,
- lidé s nízkým příjmem,
- občané černé pleti a národnostní menšiny,
- lidé se specifickými zdravotními problémy (jako např. osteoporóza).

## 6.3 Nový Zéland

### Klíčové body

- Počet aktivních dospělých stoupl o 3 % v letech 1997 až 2001.



- Existuje obrovská mediální kampaň – Push Play.
- Podpora pohybové aktivity je primárně řízena sportovním sektorem, ne jako v jiných zemích zdravotním sektorem.

### Úroveň pohybové aktivity populace

Hillary Commission konstatuje, že 39 % dospělé populace je aktivních, tzn. vykonávají 30 minut pohybové aktivity pět nebo více dní v týdnu. V letech 1997 – 2001 stoupl počet aktivních lidí o 3 % a nové studie ukazují, že tento trend pokračuje (Cavill, 2004).

### Národní pohybové doporučení

1. Nakumulovat alespoň 30 minut pohybové aktivity nejlépe ve všech dnech v týdnu.
2. Pohyb by se měl chápat jako příležitost, a ne jako nepřijemnost.
3. Být aktivní co nejdříve každý den.
4. Je-li to možné, čas od času se účastnit pohybové aktivity vysoké intenzity pro co nejlepší zdraví.

Přičemž nejlepšího výsledku se dosáhne kombinací aktivního životního stylu se zdravou výživou.

### Národní strategie

Nejvýznamnější intervencí na národní úrovni byla Push Play kampaň, která trvala 4 roky a stála 3 miliony novozélandských dolarů. Byla koordinována Hillary Commission (později přejmenována na Sport a rekreace Nový Zéland). Kampaň měla



reklamní spoty v národní televizi, rádiu, billboardech, různých časopisech a každý rok se oslavoval Push Play den (Bauman, a další, 2003).

Pod záštitou Push Play existuje několik dalších intervencí. Nejvýznamnější jsou:

- *Zelený předpis* (Green Prescription Scheme), který běží již od roku 1999. Program nabádá obvodní lékaře a praktické zdravotní sestry, aby vydávali „zelený předpis“ (ústní nebo psaná rada), který motivuje pacienty k pohybové aktivitě. Obvodní lékař spolupracuje s lokálními sportovními a volnočasovými centry, kam klient/pacient může být poslán a odborníci na pohybovou aktivitu se mu dále věnují.
- *Kiwi v chůzi* (Kiwi Walks) jsou organizované hodinové vycházky s pohybovým specialistou po celém Nové Zélandu. Centra jsou téměř ve všech městech. Klient potřebuje jen sportovní obuv, program je úplně zdarma.

## 6.4 Austrálie

### Klíčové body

- Je zaznamenáván neustálý pokles pohybové aktivity australského obyvatelstva.
- Intervence podpory zdraví jsou velmi kvalitně a zdařile evaluovány.
- Austrálie má velkou snahu integrovat pohybovou aktivitu do zdravotní strategie.

### Úroveň pohybové aktivity populace

Data z roku 2000 ukazují, že počet pohybově aktivních Australanů klesl z 62 % v roce 1997 na 57 % v roce 1999.

### Národní strategie

V Austrálii není jednotná politika podpory pohybové aktivity. Do roku 2002 existoval program *Aktivní Austrálie* (Active Australia) řízen Australskou sportovní komisí. Jeho cíle byly:

1. zvýšit participaci všech věkových skupin v organizovaném sportu na komunální úrovni,
2. zlepšit infrastrukturu a služby na všech úrovních sportu.

Již v roce 2000 vznikla nová iniciativa podpořená vládou, která nesla název *Strategické mezirezortní fórum pro pohybovou aktivitu a zdraví* (Strategic Inter - Governmental Forum on Physical Activity – SIGPAH). V roce 2004 se stala národním lídrem pro podporu pohybové aktivity a zdraví. Tvoří jakýsi most mezi Ministerstvem zdravotnictví, Australskou sportovní komisí a Australským institutem pro zdravotní péči.

V devadesátých letech probíhala významná kampaň na podporu pohybové aktivity, která byla financována Národní kardiologickou společností. Nejvíce financí bylo vyhrazeno pro osvětlu prostřednictvím masmédií (Cavill, 2004).



Výsledkem těchto intervencí bylo zvýšení povědomí o významu pohybové aktivity v životě, ale nevedlo ke zvýšení participace.

### **Národní pohybové doporučení**

1. Nakumulovat alespoň 30 minut pohybové aktivity nejlépe ve všech dnech v týdnu.
2. Pohyb by se měl chápat jako příležitost, a ne jako nepříjemnost.
3. Být aktivní co nejvíce každý den.
4. Je-li to možné, čas od času se účastnit pohybové aktivity vysoké intenzity pro co nejlepší zdraví.

Toto národní pohybové doporučení je stejné jako novozélandské.

## **6.5 Holandsko**

### **Klíčové body**

- Nedošlo k žádné výrazné změně v pohybové aktivitě.
- Objevilo se mnoho zajímavých projektů – nejvýznamnější z nich se stal světově známý cyklistický program.

### **Úroveň pohybové aktivity populace**

60 % holandské populace je neaktivní.

### **Národní pohybové doporučení**

*„Být aktivní půl hodiny denně.“*

### **Národní strategie**

Vláda vytvořila Národní institut pro sport a pohybovou aktivitu, který má za úkol zvýšit populační úroveň v pohybové aktivitě. V roce 2002 holandská vláda spustila nový politický program, který má řešit problémy s obezitou a pohybovou inaktivitou. Národním úkolem je zvýšit počet aktivních lidí ze 40 % na 50 % do roku 2010 a zlepšit informovanost společnosti o významu pohybové aktivity z 0 % na 75 %.

### **Přehled hlavních intervencí**

- Byla vytvořena masmediální kampaň napodporu pohybové aktivity (2003 - 2005).
- Zakládají se obezitologická centra po celém Holandsku.
- Byl koncipován projekt „Na kole do práce“ – v příštích dvou letech chce vláda přimět 5000 lidí s pasivním způsobem života, aby jezdili do práce na kole.
- Chystá se národní výzkum, který bude zjišťovat zdatnost obyvatel (osloveno bude 7000 lidí).



## 6.6 Dánsko

### Klíčové body

- Dánsko zaznamenalo polarizaci v pohybové aktivitě, což znamená, že aktivní lidé jsou ještě aktivnější a ti málo aktivní jsou ještě méně aktivnější.

### Úroveň pohybové aktivity populace

Na základě precizních výzkumů, které jsou pravidelně pořádány již od roku 1964, bylo zjištěno, že volnočasová pohybová aktivita vzrůstá, ale běžná každodenní aktivita klesá (větší využívání aut apod.). Celkově tedy míra pohybové aktivity v Dánsku klesá (Cavill, 2004).

### Národní strategie

Ministerstvem zdravotnictví bylo v roce 2002 založeno *Fórum pro pohybovou aktivitu*. Hlavním úkolem je prevence obezity a motivace lidí k aktivitě.

### Národní pohybové doporučení

„Být aktivní půl hodiny denně.“

### Přehled hlavních intervencí

- Zdvojnásobil se počet hodin v tělesné výchově, nakoupilo se nové vybavení v tělocvičnách, všichni učitelé (nejen učitelé TV) jsou školeni, jak vést žáky k aktivnímu životnímu stylu.





- Byl vydán dokument o pohybové aktivitě a zdraví pro obvodní lékaře.
- Pohybová aktivita na předpis – v regionu je minimálně 5 lékařů, kteří mohou předepsat pohybovou aktivitu pacientům s metabolickými poruchami.

## 6.7 USA

### Klíčové body

- Existuje mnoho vysoce kvalitních výzkumů.
- Neustále se snižují úrovně pohybové aktivity.

### Úroveň pohybové aktivity populace

Většina Američanů není natolik aktivních, aby dosáhla pozitivních zdravotních efektů. V roce 2000 naplňovalo 26,2 % dospělé populace Národní pohybové doporučení. V posledních letech bylo zaznamenáno mírné zvýšení úrovně pohybové aktivity, jehož příčinou ale pravděpodobně budou změny otázek v dotazníku při výzkumu (Cavill, 2004).

### Národní strategie

V USA neexistuje jednotná strategie. Jsou však místem působiště mnoha mezinárodně uznávaných institucí a některé z nich vytvořily dokumenty o pohybové aktivitě a zdraví. Například Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (Centers for Diseases Control and Prevention – CDC) a Americká vysoká škola sportovní medicíny vydaly několik významných dokumentů pro podporu zdraví. Jejich hlavní cíl je „*být aktivní půl hodiny denně*“.

Americké ministerstvo zdravotnictví v roce 1996 vydalo asi nejvýznamnější ucelený dokument o pohybové aktivitě a zdraví na světě zvaný *US Surgeon General Report on Health and Physical Activity*.

*Healthy People 2010* je vládní dokument, jehož úkolem je zlepšit kvalitu života. Dvacátá druhá kapitola pojednává o důležitosti pohybové aktivity v životě člověka. V USA nikdy nebyla ve větší míře použita masmédiá k podpoře pohybové aktivity.

### Národní pohybové doporučení

„*Dospělí: minimálně 30 minut pohybové aktivity střední intenzity ve většině dní v týdnu.*“  
 „*Děti a mládež: 60 minut pohybové aktivity střední nebo vysoké intenzity denně.*“  
 „*Pohybová aktivita může být nakumulovaná z deseti a více minutových činností.*“

## 6.8 Velká Británie

Jednotlivé země ve Velké Británii (tzn. Skotsko, Severní Irsko, Wales a Anglie) vytvářely strategie pro podporu pohybové aktivity samostatně. Všechny čtyři země



řeší podobné problémy. Postupy řešení podpory pohybové aktivity jsou také docela shodné. Žádná z britských zemí však zatím nevyřešila problém s pohybovou inaktivitou úspěšně. Pohybová aktivita je vysoko v politických agendách všech vlád, z čehož lze usoudit, že všechny země si jsou vědomy důležitosti pohybové aktivity jako součásti zdravého životního stylu (Strategy Unit, 2002).

### Klíčové body

- Úroveň pohybové aktivity mírně klesá a stabilizuje se.
- Vytváří se komplexní přístup k podpoře pohybové aktivity.
- Existuje silná mediální podpora pohybové aktivity.

### Úroveň pohybové aktivity populace

The Health Survey for England, probíhající v roce 1997, zjistil, že 37 % mužů a 25 % žen naplňuje národní pohybové doporučení (Point Health Survey Unit, 2000). Je obtížné přesně určit vývojovou křivku úrovně pohybové aktivity, protože při předchozích výzkumech byly používány různé typy dotazníku.

### Přehled hlavních intervencí

Ve Velké Británii je spleť různých intervencí – sportovní programy, komunální akce, pohybová aktivita jako předpis od lékaře, programy v tělesné výchově, aktivní pracoviště, plavání zdarma, propagace chůze a jízdy na kole, aktivní školy aj. Neexistuje však žádná jednotná národní strategie.

### Národní pohybové doporučení

Všechny země mají jednotné doporučení:

*„Dospělí by měli nakumulovat půl hodiny pohybové aktivity střední intenzity denně.“  
„Děti by měly nakumulovat minimálně hodinu pohybové aktivity střední intenzity denně.“*

### Národní intervence

- *Game Plan* je vládní dokument, který naznačuje kroky vedoucí k podpoře pohybové aktivity do roku 2020 a zároveň říká, že v tomto roce bude 70 % populace pravidelně aktivních.
- *Národní strategie podpory jízdy na kole* je intervence financovaná Ministerstvem kultury, médií a sportu. Cílem je zvýšit podíl lidí využívajících jízdní kolo jako každodenní dopravní prostředek.
- Ve zdravotnictví je velmi populární tzv. *exercise referral scheme* (EXS). Zjednodušeně by se dalo říci, že se jedná o předpis pohybové aktivity obvodním lékařem. V zemi je evidováno okolo 400 EXS projektů, a ačkoliv zatím nebyla provedena evaluace, výsledky ukazují, že tato intervence je společensky,



zdravotně i ekonomicky efektivní.

- Celonárodně funguje projekt *Walking the Way to Health Scheme*, do něhož jsou posíláni pacienti obvodních lékařů. Je to obdoba EXS, avšak pohybová aktivita zde není striktně předepsaná.
- V letech 1996 - 2000 probíhala reklamní kampaň *Active for Life*. Cílem bylo zvýšit povědomí o *Národním pohybovém doporučení* a o důležitosti pohybu v životě obecně. Bylo využito principů sociálního marketingu (reklama v televizi, tisku, rádiu, public relations aj.).

## 6.9 Souhrn hlavních poznatků ze zahraničních strategií

Na světě je jen málo zemí, které úspěšně řeší problémy s nedostatečnou úrovní pohybové aktivity. Mnoho států si uvědomuje tuto situaci a vytváří nejrůznější strategie. Jen Kanada a Finsko však dokázaly úspěšně tomuto problému čelit a v posledních letech se jim podařilo zvýšit úroveň pohybové aktivity u svých občanů (Cavill, 2004). Další stát, který zaznamenává úspěchy, je Nový Zéland. V ostatních uvedených státech se situace neustále zhoršuje.





### 6.9.1 Úspěšné faktory strategií

Kanada, Finsko a Nový Zéland (Top 3 země) mají mnoho společných faktorů, které se podílejí na jejich úspěchu ve zvyšování úrovně pohybové aktivity:

- **Kultura**, která podporuje pohybovou aktivitu. Toto je velice těžko vystižitelná záležitost, která hraje obrovskou roli v lidských postojích a ve změně chování. V Top 3 zemích *být aktivní* je důležitá a prestižní věc. *Být aktivní* znamená být Kanadčan, Fin nebo Kiwi. Zejména u Finů lze vidět lásku k přírodě a aktivitě, která je důležitější než samotné zázemí pro pohybovou aktivitu. Fini jsou aktivní i v mrazivých a temných zimních měsících. Replikovat nebo pokusit se o transfer této pohybově aktivní kultury z jedné země na druhou je zcela nemožný úkol. V takové kultuře se člověk musí narodit a být v ní vychován. Tento fakt by se při plánování strategie podpory pohybové aktivity měl zohlednit.
- Kombinace **bottom up** akcí s národním politickým programem. Kanada i Finsko zdůrazňují důležitost rozvoje programu podpory pohybové aktivity na komunální úrovni. Jsou preferovány aktivity a inovace na lokální (komunální) úrovni, než *top down* aktivity na úrovni národní. Lokální akce jsou podporovány dlouhodobými vládními opatřeními. Veškerá pravomoc a zodpovědnost však nebyla delegována na komunální úroveň. Část zůstala ponechán ministerským pracovníkům. Zdá se, že tento přístup zaručuje dlouhodobou udržitelnost programu.
- Dobře financované a trvalé **využití masmédií**. Všechny z Top 3 zemí financovaly dlouhodobé masmediální kampaně. Nejpozoruhodnější je kanadský příklad. Masmediální kampaň *Particip Action*, která trvala tři dekády, zanechala ve veřejnosti silné povědomí o důležitosti pohybové aktivity.
- Využití **strategie střední intenzity**. Pohybová aktivita střední intenzity je ze zdravotního hlediska neefektivnější a ze strany občanů nejpříjemnější.
- **Stanovení realistických cílů**. Ve strategiích na podporu pohybové aktivity by měly být navrženy realistické cíle. Top 3 země se snaží dosáhnout každým rokem zvýšení úrovně pohybové aktivity o jedno procento. Avšak jsou země, které si myslí, že změna v životním stylu společnosti může nastat mnohem rychleji. Například cíl anglické vlády je zvýšit participaci v pohybové aktivitě z nynějších 30 % na 70 % do roku 2020 (Strategy Unit, 2002).
- **Strategie mezisektorové spolupráce**. Nutnost spolupráce mezi různými sektory ať jde o vládní, nevládní, soukromé či dobrovolné organizace. Z jiného úhlu pohledu to jsou zdravotní, sportovní, volnočasové, dopravní a jiné sektory.
- **Angažovanost v mezinárodních konferencích** o pohybové aktivitě a zdraví. Kanada, Finsko i Nový Zéland pořádaly v posledních letech mnoho významných mezinárodních konferencí o pohybové aktivitě.



## Nadnárodní organizace podpora pohybové aktivity

Kapitola uvádí přehled vybraných nadnárodních organizací působících v oblasti podpory pohybové aktivity. V kapitole po souhrnu základních údajů uvádíme stručnou charakteristiku každé organizace jejich základní cíle, popis činnosti, realizované projekty, publikační činnost, organizované konference a další. Součástí popisu organizací je rovněž přehled českého zastoupení v každé z nich.



## 7. Nadnárodní organizace podpory pohybové aktivity

Zřejmé dopady nedostatečné úrovně PA u valné části obyvatelstva i důvody, které tento nedostatek způsobují, se stávají středem zájmu mnohých odborníků. Důsledkem je mimo jiné utváření profesionálních subjektů, které se soustavně věnují nápravě současné situace, a protože problematika PPA přesahuje hranice jednotlivých států i kontinentů, pracují i na nadnárodní úrovni.

Kapitola se snaží podat přehled vybraných základních organizací, které v oblasti podpory pohybové aktivity na mezinárodní úrovni působí. Jednotlivé organizace jsou po uvedení základních údajů v tabulkách a stručné charakteristice dále popsány z hlediska cílů a hlavní činnosti.

Přehled uvedených organizací, rok založení, zaměření, druh, působnost, činnost a členství zástupců z České republiky v organizaci shrnuje rovněž následující tabulka 15.

Tabulka 1: Shrnutí údajů o jednotlivých subjektech

Subjekt	Rok	Zaměření	Druh	Působnost	Konference	Projekty	Publikování	Členství ČR
<b>Agita Mundo</b>	2002	síťování	NGO	celosvětově	ano	ano	ne	ne
<b>APPAN</b>	2006	síťování	NGO	Asie + Pacifik	ano	ano	ano	ne
<b>CDC*</b>	1946	výzkumné i síťování	vládní	celosvětově	ano	ano	ano	ne
<b>ECSS</b>	1995	výzkumné i síťování	N/A	Evropa	ano	ano	ano	ne
<b>EHN**</b>	1992	síťování	NGO	Evropa	ano	ano	ano	ne
<b>ESFAN</b>	2006	síťování	N/A	Evropa	ano	ano	ano	ne
<b>GAPA</b>	2006	síťování	NGO	celosvětově	ano	ano	ano	ne



Subjekt	Rok	Zaměření	Druh	Působnost	Konference	Projekty	Publikování	Členství ČR
HEPA Europe	2005	sítěování	NGO	Evropa	ano	ano	ano	ano
ICSSPE	1958	sítěování	N/A	celosvětově	ano	ano	ano	ano
IIHP	1996	výzkumné i sítěování	NGO	celosvětově	ano	N/A	ano	ano
IPEN	2004	výzkumné i sítěování	NGO	celosvětově	ne	ano	ne	ano
ISBNPA	2000	výzkumné	NGO	celosvětově	ano	N/A	ano	ano
RAFA-PANA	2000	sítěování	NGO	Amerika	ano	ano	ano	ne
IFAPA	1973	sítěování	NGO	celosvětově	ano	ano	ano	ano
EUFAPA	2006	sítěování	NGO	Evropa	ano	ano	ano	ano

Zdroj: vlastní zdroj

*Pozn. \* CDC – uvedené údaje (s výjimkou roku založení) reprezentují konkrétně DNPAO, ne CDC jako celek; \*\* EHN – uvedené údaje reprezentují EHN jako celek, nikoliv pouze expertní skupinu na PA; N/A – nezjištěno, ano – subjekt se dané aktivitě věnuje x ne – subjekt se dané aktivitě nevěnuje*

## 7.1 Agita Mundo

### Charakteristika organizace:

Úplný název organizace	Agita Mundo	Druh	NGO
Web	www.agitamundo.org	Působnost	celosvětově
Rok a místo založení	2002, São Paulo, Brazílie	Zaměření	sítěování
Spolupráce	RAFA-PANA, HEPA Europe, APPAN, APAN (AFPAN)		

### Charakteristika organizace:

Agita Mundo (Hýbající se svět) patří mezi nejvýznamnější nadnárodní organizace, která se snaží svými aktivitami oslovit obyvatele na celém světě a to především v oblasti podpory pohybové aktivity a zdravého životního stylu. Podněcuje činnosti



vedoucí k rozvoji nových intervencí a iniciativ PPA, rozšiřuje informace o zdravotních přínosech pohybové aktivity a efektivních strategiích, podporuje rozvoj národních a místních programů a sítí PPA.

#### Hlavní cíle:

Hlavním cílem je propagovat pohybovou aktivitu a její zdravotní efekty prostřednictvím pořádání každoročního dne Zdraví (Move for Health Day) a dalších veřejných akcí. Dalším hlavním cílem je informovat zákonodárce, politiky a aktéry o důležitosti podpory pohybové aktivity zejména při tvorbě zákonů a legislativy. Agita Mundo se snaží šířit jasné, jednoduché a jednotné zprávy o zdravotních a společenských přínosech pravidelné PA, přičemž informační sdělení zní „být aktivní minimálně 30 minut každý den“. Podporuje vznik regionálních i mezinárodních sítí PPA a šíří informace o inovačních přístupech za účelem vytváření celosvětových aliancí PPA. Významným cílem organizace je také propagace a šíření zkušeností a efektivních strategií a programů pomocí internetových stránek, workshopů a publikací.

#### Hlavní činnost:

Hlavní činnost spočívá v organizování Světového dne pro pohybovou aktivitu (World Day for Physical Activity). Tato propagační akce probíhá od roku 2002. Doposud bylo zorganizováno 2 504 akcí, do nichž se zapojily 4 kontinenty, 22 zemí a necelých 5,5 milionu účastníků.

## 7.2 Asia Pacific Physical Activity Network

<b>Úplný název organizace</b>	Asia Pacific Physical Activity Network - APPAN	<b>Druh</b>	NGO
<b>Web</b>	www.appan.org	<b>Působnost</b>	Asie, Pacifik
<b>Rok a místo založení</b>	2006, Sydney, Austrálie	<b>Zaměření</b>	sítování
<b>Spolupráce</b>	CDC, IUHPE, WHO, HEPA, RAFA PANA		

#### Charakteristika organizace:

Činnost APPAN je koordinována dvěma institucemi (Cluster for Physical Activity and Health a University of Sydney). Oblast působení je asijsko-pacifický region, hlavní náplní této organizace je realizace informačních kampaní za účelem zvýšení informovanosti laické veřejnosti o zdravotním významu pohybové aktivity. Organizace rovněž klade důraz na dlouhodobý monitoring úrovně pohybové aktivity.

#### Hlavní cíle:

Hlavním cílem je podporovat komunikaci a sdílení informací mezi členy sítě, poskytovat jim aktualizované informace o úrovni pohybové aktivity populace, programech, směrnicích a politikách.



### Hlavní činnost:

V průběhu činnosti organizace se podařilo získat informace o úrovni pohybové aktivity z 29 zemí v regionu. V současné době se všechna zjištění zpracovávají do samostatné publikace. Nyní je organizace ve fázi sběru dat o národních politikách podpory pohybové aktivity a vyvíjeny jsou mezinárodní on-line kurzy vzdělávání o problematice podpory PA. Určitá část projektů je financována ze zdrojů WHO.

### 7.3 Centers for Disease Control and Prevention

<b>Úplný název organizace</b>	Centers for Disease Control and Prevention – CDC	<b>Druh</b>	vládní
<b>Web</b>	www.cdc.gov	<b>Působnost</b>	celosvětově
<b>Rok a místo založení</b>	1946, Atlanta, Georgia, USA	<b>Zaměření</b>	výzkumná i síťování
<b>Spolupráce</b>	WHO, RAFA-PANA, GAPA, APPAN		

### Charakteristika organizace:

CDC je příspěvková organizace amerického ministerstva zdravotnictví, společně se Světovou zdravotnickou organizací je vůdčím subjektem v oblasti prevence a kontroly obezity, hromadných chronických onemocnění a jiných zdravotních problémů způsobených nízkou úrovní pohybové aktivity a nevhodnou stravou. Hlavním mottem je, aby pravidelná pohybová aktivita a zdravá strava byly součástí života každého člověka. CDC je jedna z nejvýznamnějších výzkumných organizací podpory pohybové aktivity na světě.

### Hlavní cíle:

Hlavním cílem je propagovat myšlenky podpory pohybové aktivity a zdravého životního stylu, přizpůsobovat intervence PPA na základě analýzy potřeb populace, zlepšit aspekty kvality stravování, které jsou nejvíce spjaty s nebezpečím rozvoje chronických onemocnění a nezdravého vývoje dětí.

### Hlavní činnost:

CDC společně s WHO spolupracují na projektu, který je zaměřený na vzdělání, výchovu, rozvoj dovedností a kompetencí, a rozvoj vědy a výzkum v oblasti podpory pohybové aktivity a podpory zdraví. Projekt nese název CDC/WHO Collaborating Center for Physical Activity and Health Promotion.

Další významná aktivita je publikační činnost, své úsilí CDC zaměřuje na tvorbu příruček a průvodců pohybovou aktivitou. Nejaktuálnějšími jsou - Promoting Physical Activity: A Guide for Community Action; Physical Activity Evaluation Handbook; KidsWalk-to-school; Physical Activity and Health: Report of the Surgeon General.



## 7.4 European College of Sport Science

<b>Úplný název organizace</b>	European College of Sport Science - ECSS	<b>Druh</b>	N/A
<b>Web</b>	www.ecss.de	<b>Působnost</b>	Evropa
<b>Rok a místo založení</b>	1995, Köln, SRN	<b>Zaměření</b>	výzkumné i síťování
<b>Spolupráce</b>	ECSS, členskou organizací ICSSPE		

### Charakteristika organizace:

Dominantní oblastí této organizace je systematický přístup k výchově mladých vědců v oblasti sportovních věd. V této souvislosti každý rok vyhláší cenu o nejlepšího mladého vědce (Young Investigator Awards).

### Hlavní cíle:

Mezi hlavní cíle organizace patří podpora sportovních věd na evropské úrovni, vytváření a šíření vědeckých poznatků zabývajících se motivací, přístupy, hodnotami, reakcemi, adaptací, výkony a zdravotními aspekty lidí provozujících sport. Působí také jako poradce evropských institucí jako je EU nebo Rada Evropy.

### Hlavní činnost:

Hlavní činností je udělování cen Young Investigator Award, je udělována každoročně v rámci kongresu pořádaného ECSS již od roku 1996 a to ve dvou kategoriích - ústní prezentace a posterová prezentace. Mezi významné publikační aktivity patří - European Journal of Sport Science a Informační bulletin.

## 7.5 European Heart Network

<b>Úplný název organizace</b>	European Heart Network – EHN	<b>Druh</b>	NGO
<b>Web</b>	www.ehnheart.org	<b>Působnost</b>	Evropa
<b>Rok a místo založení</b>	1992, Brusel, Belgie	<b>Zaměření</b>	síťování
<b>Spolupráce</b>	spolupráce s EU a WHO, členskou organizací World Heart Federation (WHF)		

### Charakteristika organizace:

Hlavním záměrem této organizace je redukce rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění a to zejména prostřednictvím finanční i nefinanční podpory iniciativ PPA, tvorbou sítí a vzdělávacími akcemi.



### Hlavní cíle:

Hlavním cílem organizace je ovlivňování zákonodárců a politických aktérů EU ve prospěch zdravého životního stylu, dalším cílem je zesílení vazeb a spolupráce mezi organizacemi, které se zabývají prevencí kardiovaskulárních nemocí, dále monitorování politiky EU a podporování komplexního výzkum v oblasti kardiovaskulárních onemocnění.

V rámci EHN funguje pět expertních skupin zaměřených na následující oblasti – zdravá výživa, prevence kouření, podpora pohybové aktivity, psychosociální a pracovní faktory, a společná komise evropských vědeckých společenství zabývajících se prevencí kardiovaskulárních onemocnění.

### Hlavní činnost:

Hlavní projekt realizovaný EHN je Children and Young People – the Importance of Physical Activity.

### Publikace

Mezi tři nejvýznamnější publikace organizace patří - Green Paper Towards a New Culture on Urban Mobility, stanovisko EHN k dokumentu vydanému Evropskou komisí – snaha podpořit chůzi a cyklistiku jakožto prostředky přepravy; Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in the EU, pohybová aktivita a prevence kardiovaskulárních onemocnění v EU, z tohoto dokumentu vyplynula doporučení pro EU na podporu PA; Children and Young People – the Importance of Physical Activity.

## 7.6 European Sport for All Network

<b>Úplný název organizace</b>	European Sport for All Network - ESFAN	<b>Druh</b>	N/A
<b>Web</b>	www.esfan.net	<b>Působnost</b>	Evropa
<b>Rok a místo založení</b>	2006, Bordeaux, Francie	<b>Zaměření</b>	síťování
<b>Spolupráce</b>	ESFAN je evropskou „regionální pobočkou“ TAFISA (The Worldwide Family of Sports for All), spolupracuje s ENGSO (European Non-governmental sports organization), Evropskou komisí, WHO, HEPA Europe		

### Charakteristika organizace:

ESFAN se snaží o evropskou podporu a propagaci sportu a pohybové aktivity pro všechny pomocí vytvoření sítě, prostřednictvím které se budou vyměňovat informace, sdílet zkušenosti a zveřejňovat příklady nejefektivnějších praxí.



### Hlavní cíle:

ESFAN chce vytvořit síť k podpoře systematického transferu a sdílení zkušeností, příkladů nejlepší praxe, „know how“ v oblasti sportu a PA.

### Hlavní činnost:

Hlavní činnost je v tuto chvíli zaměřena na projekt Marketplace, jedná se o informační platformu pro výměnu nejúspěšnějších modelů a projektů, které již byly úspěšně realizovány v členských státech ESFAN (Best practices exchange). Dalším významným projektem je Library, jedná se o internetovou knihovnu s publikacemi o podpoře pohybové aktivity, která je rozdělena na 3 sekce – výzkumné zprávy a přednášky; deklarace a rezoluce; knihy a dokumenty.

## 7.7 European Federation of Adapted Physical Acitivity - EUFAPA

<b>Úplný název organizace</b>	Evropská federace aplikovaných pohybových aktivit o.s.
<b>Web</b>	<a href="http://www.eufapa.upol.cz">www.eufapa.upol.cz</a>
<b>Rok a místo založení</b>	2006, Olomouc, Česká republika
<b>Spolupráce</b>	IFAPA, národní sdružení v oblasti APA většiny členských států EU, otevřena i dalším státům Evropy

### Charakteristika organizace:

EUFAPA je nejvýznamnější organizací v oblasti aplikovaných pohybových aktivit s mezinárodní účastí v Evropě. Je členem IFAPA, kde má i svého zástupce ve výkonném výboru.

### Hlavní cíle:

Hlavními cíli jsou podporovat evropskou spolupráci v oblasti pohybových aktivit pro osoby s postižením, propagovat, podporovat a koordinovat vědecký výzkum, zprostředkovávat zkušenosti z oblasti aplikovaných pohybových aktivit (APA) v Evropě a podporovat aplikace výzkumů v různých praktických oblastech: výchova a vzdělání, inkluze, trénink, rekreace, volný čas a rehabilitace a zpřístupňovat výsledky výzkumu v oblasti APA a praktické zkušenosti všem zainteresovaným jednotlivcům, organizacím či zařízením.

### Hlavní činnost:

Propagace aplikovaných pohybových aktivit a činnosti občanského sdružení EUFAPA prostřednictvím webových stránek [www.eufapa.eu](http://www.eufapa.eu). Vydávání recenzovaného vědeckého časopisu v angličtině EUROPEAN JOURNAL OF ADAPTED PHYSICAL ACTIVITY (EUJAPA) dostupného on-line. Podpora a iniciace projektů v oblasti APA: například projekt EUSAPA.



Koordinace a organizace mezinárodních konferencí EUCAPA (European Congress of Adapted Physical Activity).

## 7.8 Global Alliance for Physical Activity

<b>Úplný název organizace</b>	Global Alliance for Physical Activity - GAPA	<b>Druh</b>	NGO
<b>Web</b>	www.globalpa.org.uk	<b>Působnost</b>	celosvětově
<b>Rok a místo založení</b>	2006	<b>Zaměření</b>	sítěování
<b>Spolupráce</b>	WHO, IUHPE (International Union for Health Promotion and Education) a CDC		

### Charakteristika organizace:

Organizace se skládá z Řídící komise (členové CDC, IUHPE a akademických a výzkumných pracovníků zabývajících se problematikou podpory pohybové aktivity) a několika pracovních skupin a poradců zvaných ke specifickým setkáním či pracím na projektech, a to z důvodu, aby poskytovali spojení s externě prováděnými aktivitami v oblasti podpory PA a sjednocovali informace o PA v globálním měřítku. Pracovní skupiny zahrnují širokou škálu členů z NGO, občanských společností, akademické oblasti, výzkumných jednotek a potenciálně i ze soukromého sektoru.

### Hlavní cíle:

Organizace se snaží poskytovat nezávislý a sjednocený názor na problematiku podpory pohybové aktivity v globálním měřítku, koordinovat a zprostředkovávat strategickou orientaci v aktivitách a akcích mezinárodních a národních NGO a občanských společností. Dále pak napomáhá zemím začít, pokračovat anebo zvýšit jejich snahy o implementaci PA do politické agendy podpory veřejného zdraví.

### Díličí cíle:

Globálně podporovat pohybovou aktivitu a její vývoj, hodnotit národní programy, akční plány a programy týkajících se podpory PA, spolupracovat v partnerstvích a podněcovat společníky k podpoře PA.

### Hlavní činnost:

Hlavní činnost organizace spočívá v koordinaci a tvorbě Torontské charty a vydávání informačního bulletinu (GAPA newsletter).

Svou činnost dále dělí na tři oblasti – obhajoba PA (Advocacy); partnerství (Partnerships); získávání finančních prostředků (Fundraising).



## 7.9 HEPA Europe

<b>Úplný název organizace</b>	European Network for the Promotion of Health-enhancing Physical Activity – HEPA Europe	<b>Druh</b>	NGO
<b>Web</b>	www.euro.who.int/hepa	<b>Působnost</b>	Evropa
<b>Rok a místo založení</b>	2005, Gerlev, Dánsko	<b>Zaměření</b>	síťování
<b>Spolupráce</b>	úzká spolupráce s WHO/Europe, dále s GAPA, ESFAN, Agita Mundo		

### Charakteristika organizace:

Veškeré aktivity HEPA Europe jsou založeny na programových prohlášeních WHO jako je např. Globální strategie pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví, Evropská charta boje proti obezitě a relevantní prohlášení Evropské komise.

### Hlavní cíle:

Hlavním cílem je zesílit ap odporovat úsilí a akce, které zlepšují podmínky přízniví pro zdravý životní styl, a to zejména oblasti podpory pohybové aktivity. Dalšími cíly jsou – přispět k rozvoji a realizaci záměru a strategií podpory pohybové aktivity v evropských zemích; usnadnit rozvoj multisektorového přístupu podpory pohybové aktivity.

### Hlavní činnost:

Mezi její nejvýznamnější projekty patří - Kvantifikování zdravotních efektů cyklistiky a chůze, projekt je součástí Pan-European Programme on Transport, Health and Environment (THE PEP); Boj s obezitou pomocí PA - Národní přístupy a sítě na podporu PA (National approaches and network for PA promotion) - cílem projektu je distribuce informací o postupech podpory PA v jednotlivých evropských zemích, primárně se zaměřuje na spolupráci mezi jednotlivými ministerstvy a multisektorovou kooperaci; Mezinárodní inventář dokumentů o PPA, pomocí tohoto inventáře poskytuje HEPA Europe informace o již existujících národních postupech a strategiích podpory PA; Spolupráce mezi PA a transportním sektorem, soubor 48 případových studií z jedenácti zemí převážně západní Evropy; Podpora pohybové aktivity a sportu dětí: výměna poznatků a zkušeností - tento projekt je spojen s aktivitami programu WHO/Europe, který je zaměřen na zdraví dětí a prostředí, v kterém žijí.

### Publikační činnost:

- Informační bulletin (Newsletter) – 6 vydání,
- Promoting physical activity and active living in urban environments,
- A healthy city is an active city: a physical activity planning guide,
- Steps to health: A European framework to promote physical activity for health.



### 7.10 IFAPA (International Federation of Adapted Physical Activity)

<b>Úplný název organizace</b>	International Federation of Adapted Physical Activity
<b>Web</b>	www.ifapa.biz
<b>Rok a místo založení</b>	1973, Quebec, Kanada
<b>Spolupráce</b>	Human Kinetics, ICSSPE, EUFAPA, ASAPE, APAID, NAFAPA

#### Charakteristika organizace:

IFAPA je nejuznávanější mezinárodní organizací zabývající se oblastí aplikovaných pohybových aktivit s celosvětovou působností. Organizace se geograficky dělí na oblast Evropa, Severní Amerika, Jižní Amerika, Střední východ, Asie, Oceánie, Afrika. Každá oblast má svého zástupce ve výkonném výboru (některé regiony jako např. Evropa má zástupce 2).

#### Hlavní cíle:

Mezi hlavní cíle organizace patří podporovat mezinárodní spolupráci v oblasti pohybových aktivit pro osoby s postižením; propagovat, podporovat a koordinovat vědecký výzkum a zkušenosti z oblasti aplikovaných pohybových aktivit (APA) ve světě a podporovat aplikace výzkumů do různých praktických oblastí: výchova a vzdělání, inkluze, trénink, rekreace, volný čas a rehabilitace; zpřístupňovat výsledky výzkumu v oblasti APA a praktické zkušenosti všem zainteresovaným jednotlivcům, organizacím či zařízením.

#### Hlavní činnost:

Propagace aplikovaných pohybových aktivit prostřednictvím webových stránek www.ifapa.biz., vydávání a garance recenzovaného vědeckého časopisu (impact faktor) ADAPTED PHYSICAL ACTIVITY QUARTERLY (vydavatel HUMAN KINETICS, USA). Koordinace a organizace mezinárodních konferencí ISAPA (International Symposium of Adapted Physical Activity).

### 7.11 International Council for Sport Science and Physical Education

<b>Úplný název organizace</b>	International Council for Sport Science and Physical Education – ICSSPE	<b>Druh</b>	N/A
<b>Web</b>	www.icsspe.org	<b>Působnost</b>	celosvětově
<b>Rok a místo založení</b>	1958, Paříž, Francie	<b>Zaměření</b>	sítování



<b>Spolupráce</b>	Mezinárodní partnerství s UNESCO, kde ICSSPE slouží jakožto poradní orgán <ul style="list-style-type: none"><li>• ICSSPE je organizací uznávanou MOV</li><li>• v oblasti podpory zdraví a PA spolupracuje s WHO</li><li>• FIMS (International Federation of Sports Medicine)</li><li>• GAISF (General Association of International Sport Federations) a WFSGI (World Federation of the Sporting Goods Industry)</li></ul>
-------------------	---

### **Charakteristika organizace:**

ICSSPE se snaží vytvořit „deštník“ nad mezinárodními organizacemi zabývajícími se podporou a šířením informací o výsledcích, vědomostech a znalostech v oblasti sportovních věd a jejich praktické aplikace do kulturních a edukačních kontextů.

### **Hlavní cíle:**

Hlavní cíle směřují k lepšímu uvědomění si lidských hodnot ve vazbě na sport a pohybovou aktivitu, dále ke zlepšení zdraví a tělesného pocitu blaha, rozvoji pohybové aktivity, tělesné výchovy a sportu ve všech zemích na nejvyšší úrovni.

### **Další cíle:**

Mezi další cíle organizace patří podporovat mezinárodní spolupráci v oblasti sportovních věd; podporovat, stimulovat a koordinovat vědecký výzkum v oboru PA, tělesné výchovy a sportu na celém světě a podporovat výsledky těchto výzkumů v rozličných praktických oblastech sportu; zpřístupnit vědecké poznatky o sportu a praktické zkušenosti všem zainteresovaným organizacím a institucím na národní i nadnárodní úrovni, převážně v rozvojových státech; podporovat diferenciaci sportovních věd a zároveň pomoci integraci jednotlivých odvětví; podporovat a implementovat iniciativy utvářené relevantními subjekty působícími v této oblasti, jež mají cíle podobné s ICSSPE.

### **Hlavní činnost:**

Hlavní činností je tzv. sdílení poznatků (Share the Knowledge), jedná se o iniciativu ICSSPE společně s Human Kinetics Publishers, jejímž hlavním cílem je poskytovat bezúplatně knihy a časopisy institucím a organizacím, které nemají dostatečné finanční zázemí pro jejich pořízení, tj. především rozvojovým zemím. Další významnou činností je tzv. sdílení praktických postupů a metod (Sharing your Practice), jedná se internetový portál ([www.icsspe.org/sgp/seite.php?catid=1](http://www.icsspe.org/sgp/seite.php?catid=1)), který nabízí možnost podělit se o zkušenosti z oblasti podpory pohybové aktivity, přičemž portál je kontrolován a evaluován editory.



### Publikační činnost:

Organizace má rozsáhlou publikační činnost - Athlete First, časopis zabývající se vytvářením prostředí pro sport handicapovaných a paralympijským hnutím; Triennial – bulletin vycházející třikrát ročně, tvoří fórum a prostor pro profesionály ke sdílení nových poznatků, praktických zkušeností; Congress Proceedings - sborníky z kongresů; Directory of Sport Science - sborník sportovních věd, 5. vydání; Perspectives (již 9. vydání) - multidisciplinární, tematicky orientovaná monografická série, zabývá se sportovními vědami a pohybovou aktivitou; Sharing Good Practice – publikace vycházející v rámci stejnojmenného projektu; Sport in Post-Disaster Intervention - v rámci stejnojmenného semináře, obsahuje témata probíraná na tomto semináři; Sport Science Studies - sportovně-vědní studie, jedná se o monografické série vědeckých zpráv, poznatků a výzkumů; Survey of School Physical Education - průzkum školní tělesné výchovy – předkládá výsledky druhého celosvětového průzkumu školní tělesné výchovy, rozdíly mezi nařízeními a praxí, kurikula tělesné výchovy a jejich nedostatečná hodinová dotace.

### 7.12 International Institute for Health Promotion

<b>Úplný název organizace</b>	International Institute for Health Promotion – IIHP	<b>Druh</b>	NGO
<b>Web</b>	<a href="http://www1.american.edu/academic.depts/cas/health/iihp/">www1.american.edu/academic.depts/cas/health/iihp/</a>	<b>Působnost</b>	celosvětově
<b>Rok a místo založení</b>	1996, Washington DC, USA	<b>Zaměření</b>	výzkumné i síťování
<b>Spolupráce</b>	N/A		

### Charakteristika organizace:

IIHP se snaží strategicky propojovat a efektivně využít intelektuální zdroje vybraných akademických institucí, organizací soukromého sektoru i jednotlivců, a tím podporovat edukační připravenost a vzdělání profesionálů v oboru podpory zdraví. IIHP se daného zaměření snaží dosáhnout prostřednictvím podpory a vývoje edukačních strategií, výzkumem a konkrétními iniciativami, partnerstvími v rámci veřejného i soukromého sektoru.

### Hlavní cíle:

Hlavními cíli jsou vyvinout a doporučit hlavní kurikula a obsahy vzdělávacích programů pro přípravu současných a budoucích odborníků v oblasti podpory zdraví; vytvářet výzkumnou agendu spolu s příslušnými metodikami k podpoře kvalitních programů podpory zdraví na základě empirických podkladů; vytvářet a koordinovat příležitosti k mezinárodním výměnným pobytům pro studenty, fakulty a odborníky v oblasti podpory zdraví; a napomáhat státům a organizacím veřejného a soukromého sektoru při vývoji a implementaci programů a koncepcí podpory zdraví.



### Hlavní činnost:

Mezi současné hlavní činnosti organizace patří příprava a tisk informačního bulletinu, který je vydáván v rámci vědeckého časopisu American Journal of Health Promotion.

### 7.13 International Physical Activity & Environment Network

<b>Úplný název organizace</b>	International Physical Activity & Environment Network - IPEN	<b>Druh</b>	NGO
<b>Web</b>	www.ipenproject.org	<b>Působnost</b>	celosvětově
<b>Rok a místo založení</b>	2004, Mohuč, Německo	<b>Zaměření</b>	výzkumné i síťování
<b>Spolupráce</b>	WHO, HEPA		

### Charakteristika organizace:

Posláním této organizace je dlouhodobě zlepšovat komunikaci a spolupráci mezi vědeckými a výzkumnými pracovníky zabývajícími se korelací prostředí a pohybové aktivity.

### Hlavní cíle:

Jedním z hlavních cílů organizace je stimulovat vědu a výzkum v oblasti podpory pohybové aktivity a životního prostředí, doporučovat společné metody, měřítka a opatření, a podporovat výzkumné pracoviště prostřednictvím sdílení informací a dobrých praxí. Podílí se také na shromažďování dat z různých zemí pro potřeby provádění komplexních analýz, které jsou nadále šířeny prostřednictvím publikování odborných dokumentů, guidelineů, doporučení, vydávání vědeckých žurnálů a organizování symposií a workshopů.

### Hlavní činnost:

Současnou hlavní činností je realizace čtyřletého mezinárodního projektu zaměřeného na sledování vztahu zastavěného prostředí na pohybovou aktivitu a obezitu a nadváhu, přičemž hlavní metodologickou oporou je standardizovaný dotazník IPAQ. Do projektu je zapojeno 14 zemí včetně České republiky.

### 7.14 International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity

<b>Úplný název organizace</b>	International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity – ISBNPA	<b>Druh</b>	NGO
<b>Web</b>	www.isbnpa.org	<b>Působnost</b>	celosvětově
<b>Rok a místo založení</b>	2000, N/A	<b>Zaměření</b>	výzkumné
<b>Spolupráce</b>	N/A		



### Charakteristika organizace:

ISBNPA má 400 členů z 29 států světa. Usiluje o zlepšení komunikace a šíření poznatků o tématech týkajících se výživy a podpory pohybové aktivity mezi odbornou veřejností, činí tak prostřednictvím odborných vědeckých setkání, kongresů a symposií.

### Hlavní cíle:

Šíření informací o nejnovějších poznatcích ve výzkumu a vývoji týkajícího se výživy a PA, zejména prostřednictvím elektronických databází, publikací a dalších komunikačních prostředků, pomocí kterých poskytuje informace a podporuje jejich transfer směrem k veřejným i soukromým orgánům působících v oblasti problematiky výživy a podpory pohybové aktivity.

### Hlavní činnost:

Hlavní činnost spočívá ve vydávání výročních bulletinů, ve kterých se publikují nejaktuálnější vědecké poznatky z primárních i sekundárních výzkumů o výživě a pohybové aktivitě. Další velmi významnou činností je publikování vědeckého časopisu, který nese název The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity (IJBNPA). Jedná se o tištěnou platformu, která poskytuje prostor k prezentaci inovačních, aplikačních i primárních vědeckých objevů týkajících se následujících oblastí: individuální behaviorální intervence (převážně klinického zaměření); populačně-behaviorální intervence, včetně měření převažujících trendů a etiologie; analýzy predikátorů chování; novátorské behaviorální teorie; problematika měření úrovně pohybové aktivity; politické programy, postupy a veřejné zdraví.

## 7.15 Physical Activity Network of the Americas

<b>Úplný název organizace</b>	Physical Activity Network of the Americas – RAFA-PANA	<b>Druh</b>	NGO
<b>Web</b>	www.rafapana.org	<b>Působnost</b>	Amerika
<b>Rok a místo založení</b>	2000, São Paulo, Brazílie	<b>Zaměření</b>	síťování
<b>Spolupráce</b>	ACSM, Agita Mundo, CDC, CELASFICS, IUHPE, WHO/PAHO (WHO/Pan American Health Organization)		

### Charakteristika organizace:

RAFA-PANA je síť sdružující národní síť amerického kontinentu. Snaží se v rámci své činnosti podporovat PA k posílení zdraví veškeré populace v Severní i Jižní Americe, dále posílit snahy o podporu zdravého životního stylu prostřednictvím participace na pravidelné PA a to pomocí integrace a rozšíření postupů, programů, strategií a zkušeností místních a národních sítí a institucí.



**Hlavní cíle:**

Snaha o posílení zdraví veškeré populace v Severní a Jižní Americe a podpora zdravějšího životního stylu. Integrace a rozšíření postupů, programů a strategií podpory PA, které by měly přispět k udržení a zlepšení zdraví a kvality života obyvatel Jižní a Severní Ameriky.

**Hlavní činnost:**

K hlavním činnostem organizace patří rozvoj sítí na podporu PA a vydávání elektronického informačního bulletinu (electronic-newsletter).



## Strategie podpory pohybové aktivity v ČR

Kapitola apeluje na nutnost systémového přístupu k řešení problematiky podpory pohybové aktivity u obyvatel ČR a vytvoření národní strategie podpory pohybové aktivity, která doposud v ČR nebyla zpracována. V kapitole uvádíme základní principy, které je nutné při tvorbě strategie PPA v ČR uplatnit, zdůrazňujeme nutnost meziresortního přístupu k této problematice a popisujeme možné role jednotlivých sektorů při tvorbě politiky podpory pohybové aktivity.



## 8. Strategie podpory pohybové aktivity v ČR

V předcházejících kapitolách popisujeme, že pohybová aktivita je pro jedince mocným prostředkem prevence nejrůznějších onemocnění, pro společnost (národ) je navíc ekonomicky a společensky výhodná. V České republice prozatím nebyla, i přes existenci řady dílčích aktivit podpory pohybové aktivity, žádná celonárodní strategie podpory pohybové aktivity vytvořena. Je tomu tak i přes to, že situace v oblasti prevalence obezity, kardiovaskulárních onemocnění a diabetu 2. typu v populaci stoupá a předpokládáme, přestože pro toto tvrzení zatím nemáme oporu v domácích longitudinálních studiích zaměřených na monitoring pohybových aktivit, že situace se bude zhoršovat rovněž při participaci obyvatel na pohybové aktivitě.

Světová zdravotnická organizace (2004, 2007) i Evropská komise (2007) apeluje na členské státy, tudíž i na Českou republiku, aby vytvořily a implementovaly národní strategie podpory pohybové aktivity. Světová zdravotnická organizace, která si je nejvíce vědoma důsledků nedostatečné úrovně pohybové aktivity, vyvinula sedm klíčových principů, které by měly být zahrnuty do úspěšné strategie PPA a mohou být použity jak na národní, tak regionální i komunitní úrovni.

- **Veřejné zdraví:** Národní strategie podpory pohybové aktivity jsou více zaměřené na celou populaci, popřípadě na subpopulační skupiny než na jednotlivce. Mají převážně preventivní charakter zaměřený na zdraví v širším smyslu, respektive dle definice zdraví dle WHO.
- **Komplexnost:** Úspěšná strategie podpory pohybové aktivity musí být mnohostranná a komplexní. Měla by zahrnovat veřejné povědomí, rozmanité intervence a programy, návrh a rozvoj řídicí struktury, aktivní infrastrukturu, politickou angažovanost a partnerství zainteresovaných aktérů. Strategie by měla postihnout školy a školská zařízení, rodiny, pracoviště, zdravotní systém a další referenční skupiny (domovy důchodců aj.). Strategie by se měla zaměřit na ty cílové skupiny, které nejvíce tendují k pasivitě, ale současně nezapomínat na celkovou populaci a podpořit lidi, kteří již aktivní jsou.
- **Integrace:** Mnoho strategií je implementováno izolovaně a výrazně se snižuje možnost úspěšné realizace. Integrovaný přístup je zde chápán jak z pohledu vertikálního, tak z pohledu horizontálního, přičemž vertikální integrace je charakterizována tokem informací mezi národními, regionálními a místními úrovněmi. Horizontální integrace znamená prostor, který zahrnuje oblast zdravotnictví, vzdělávání, dopravy, urbanistického plánování, rekreace, sociální a sportovní.
- **Komplementarita a spolupráce:** Pohybová aktivita je dominantní zdravotní determinant zdravého životního stylu a je velmi podstatnou komponentou prevence obezity. Pro lepší zacílení a ovlivnění všech komponent a determinant zdravého životního stylu by strategie podpory pohybové aktivity měla jít ruku v ruce se strategií zaměřenou na výživu, proti kuřáctví a na jiné rizikové faktory.



Avšak je třeba pečlivě zvážit, zejména při samotné realizaci komunikačních kampaní, do jaké míry kombinovat v jednom marketingovém sdělení více komunikačních prvků (pohybová aktivita, kouření, výživa apod.)

- **Udržitelnost:** Silná politická odhodlanost a podpora na všech úrovních jsou nezbytnými předpoklady pro rozvoj a následné udržení strategie podpory pohybové aktivity. Místní a komunální strategie by měly být podporovány z národní úrovně, ale být finančně na ní nezávislé. Nejeefektivnější národní podpora zahrnuje veřejnoprávní nástroje, výzkum a evaluaci, dále se spolupodílí na aktivní infrastruktuře a na masmediální komunikační kampani.
- **Postup založený na důkazech a efektivita:** Postup tvorby národní strategie by měl být založený na důkazech (evidence-based approach) a na osvědčených příkladech (good practise). Je potřeba, aby národní strategie přesně identifikovaly jasné výstupy postavené na měřitelných jednotkách (např. procento zvýšení úrovně pohybové aktivity nebo snížení počtu lidí s obezitou). Stanovení termínu a velikosti výstupů strategie musí být realistické a splnitelné. Národní strategie by měla integrovat do svého akčního plánu monitoring a evaluaci.
- **Komunikace:** Národní strategie podpory pohybové aktivity musí vycházet z kvalitně zpracované a systémově pojaté celonárodní komunikační kampaně, jejímž úkolem je zvýšení povědomí o důležitosti pohybové aktivity a motivace ke změně postojů a chování ve prospěch aktivního životního stylu. Sdělení by mělo být stručné a jasné, avšak rozdílné pro různé cílové skupiny. Hlavním cílem komunikační kampaně je podporovat programy a intervence na místní a komunální úrovni, současně musí být snadno přenositelné mezi komunikačními kanály (tisková, rozhlasová a televizní média apod.).

Důkazy o potenciálu, který má pohybová aktivita na životní styl, jsou zřejmé. Jestliže chceme využít tohoto potenciálu a dosáhnout úspěchu, pak ve společnosti musí nastat značný posun. Je třeba, aby lidé o aktivním životním stylu nejen mluvili, ale také, a to především, aby začali aktivně žít. Vyvolat takovou změnu ve společnosti je náročné, ale ne nereálné. Lidé musí znát výhody, proč být aktivní. Pohybová aktivita nesmí být brána jako nepříjemná nutnost, ale jako příležitost. Utváření životního stylu v jeho základní podobě je dlouhodobé, spontánní, neuvědomělé a je především výsledkem realizace převažujících sociálních rolí a prostředí, ve kterém člověk žije (Hodaň, 2000). Proto národní strategie podpory pohybové aktivity nesmí mít krátkodobý charakter, musí to být dlouhodobý kontinuální proces (WHO, 2007).

Pro její úspěšnost je také nutné, aby v sobě integrovala nejrůznější biomedicínské, ekonomické, psychologické, sociologické a další aspekty. K tomu je zapotřebí (jak můžeme pozorovat u zahraničních institucí, které úspěšné strategie už vytvořily) spolupráce se specialisty z každého výše zmíněného oboru.



Domníváme se, že pro vytvoření strategie podpory pohybové aktivity už není zapotřebí dalších poznatků z biomedicínské oblasti. Ve světě již převládá konsenzus s tím, že pohybová aktivita je základním činitelem ovlivňujícím zdraví. V této chvíli je třeba provést neméně důležitou fázi – fázi implementace těchto poznatků do praxe se zaměřením na aktivní celoživotní využívání všech forem pohybové aktivity co největším počtem občanů.

Strategie, má-li být úspěšná, by neměla lidi do pohybové aktivity nutit (push strategy). Měla by jim pomoci najít smysl a usnadnit jim její realizaci (pull strategy, viz Model strategie aktivního životního stylu). Přijetí takové strategie však vyžaduje velké úsilí, protože z krátkodobého hlediska směřuje proti zájmům komerčního sektoru. Ekonomické vyčíslení škod způsobené pohybovou inaktivitou (které v jiných zemích přimělo vládu, aby strategii podpory pohybové aktivity vytvořila) v České republice dodnes chybí.

### 8.1 Meziresortní přístup k problematice podpory pohybové aktivity

Při tvorbě a implementaci úspěšné strategie podpory pohybové aktivity se jako klíčový ukazuje meziresortní přístup k dané problematice.

Silná politická odhodlanost a podpora na všech úrovních jsou nezbytnými předpoklady pro rozvoj a následné udržení strategie podpory pohybové aktivity. Jsou zapotřebí relevantní meziresortní politické iniciativy, aby bylo možno motivovat k činnosti lidi v příslušných odvětvích (zdravotnictví, školství, doprava, sport atd.), a zajistit tak trvalou udržitelnost projektu. Strategie by se měla speciálně zaměřit na tu část populace, která není dostatečně fyzicky aktivní zejména v urbanistických oblastech. Vysoká priorita by měla být kladena na děti a mládež ve školách i mimo ně. V takovém případě se dá předpokládat, že aktivní životní styl bude součástí celého života.

„Zdraví je celospolečenský problém,“ zdůraznil Michael Vít, náměstek ministra zdravotnictví ČR na tiskové konferenci v rámci 13. Evropské konference o obezitě, „proto musejí spolupracovat všechna ministerstva – nejen zdravotnictví, ale i školství, zemědělství a další.“

Následná doporučení jsou příklady možných postupů nejvíce zainteresovaných sektorů pro podporu pohybové aktivity. Čerpáno bylo z dokumentů WHO (World Health Organization, 2003), OSN (United Nation, 2005) a americké CDC (Centres for Disease Control and Prevention, 1997).

### Úloha vlády

- Vláda by měla zastávat klíčovou roli při vytváření a udržení politického a společenského klimatu, ve kterém příležitosti *být aktivní* jsou dostupné všem. Pohybová aktivita je totiž veřejné zboží, které přináší velký užitek nejen jednotlivci, ale celé společnosti. Úloha vlády je uvědomit si tento užitek, který je významný ve sféře ekonomické, sociální i zdravotní.



### Zdravotnický sektor

- Celonárodně propagovat zdravotní, sociální a ekonomický význam pohybové aktivity.
- Vytvořit multi-sektorovou pracovní síť zaměřenou na podporu pohybové aktivity.
- Připravit zdravotní profesionály se zaměřením na pohybovou aktivitu.
- Organizovat pohybové programy ve zdravotních službách.
- Podporovat pohybovou aktivitu v komunitě a v rodině.
- Zajistit investice a mobilizaci zdrojů pro pohybovou aktivitu.
- Účastnit se světových akcí na podporu pohybové aktivity.

### Sportovní sektor

- Zesílit programy na podporu pohybové aktivity a sportu pro všechny a prosazovat myšlenku, že sport je lidské právo všech, neohledně na rasu, sociální třídu a pohlaví.
- Dohlédnout, aby komunita využívala lokální sportovní zařízení.
- Alokovat část sportovních prostředků a financí na podporu pohybové aktivity.
- Učit o významu pohybové aktivity v tréninkových programech.
- Prosazovat pohybovou aktivitu u všech profesionálů, amatérů a na všech sportovních událostech.
- Organizovat pohybové programy v komunitě.
- Využít pohybovou aktivitu k podpoře zdravého životního stylu, sociální integrace, rozvoji a míru.



## Školství a kultura

- Zesílit politický program podpory tělesné výchovy, pohybové aktivity a sportu pro všechny.
- Zajistit ve školních osnovách kvalitní tělesnou výchovu vedenou kvalifikovanými učiteli.
- Vybavit školy dostatečným množstvím hřišť a sportovních zařízení.
- Nechat školní sportovní zařízení otevřeno i po vyučování, a tím umožnit přístup veřejnosti.
- Zvýšit využití pohybové aktivity v kultuře, volnočasových programech a společenských událostech.

## Role médií

- Rozšiřovat informace o významu pohybové aktivity.
- Organizovat pravidelné pořady o pohybové aktivitě.
- Připravit reportéry zabývající se pohybovou aktivitou.

## Urbanistické plánování

- Navrhnout co nejvíce chodníků a cyklistických stezek.
- Vytvořit otevřené prostory, parky a zařízení pro pohybovou aktivitu.
- Podpořit městské úřady, aby tyto návrhy realizovaly.

## Dopravní sektor

- Zvýšit úsilí ke snížení rychlosti ve městech.
- Podpořit akce pro ekologické pohony (hybridní motory, elektromotory apod.)
- Podporovat formy aktivního transportu (chůze, jízda na kole aj.).

## Finanční a ekonomický sektor

- Vážněji nahlížet na zdravotní, sociální a ekonomický prospěch pohybové aktivity.
- Vést veřejný i soukromý sektor k tomu, aby investoval do pohybové aktivity.
- Podporovat programy podpory pohybové aktivity.
- Zvyšovat dotace na pohybovou aktivitu vybíráním určitých daní (např. tabáková, alkoholová daň, daň na cukrovinky).

## Na co by se měly koncentrovat akce městských zastupitelství

- Rozvoj legislativy podporující pohybovou aktivitu občanů.
- Financování vnitřních a vnějších prostor pro pohybovou aktivitu, hru a sport.
- Organizování pohybových komunálních programů.
- Podpora národní politiky pro pohybové aktivity prostřednictvím lokálních akcí.



## Závěr

Publikace představuje problematiku podpory pohybové aktivity jako společenskou disciplínu, která se při využití nejrůznějších nástrojů, intervencí a politik snaží řešit problém nedostatečné úrovně pohybové aktivity v populaci a vysoký výskyt hromadných neinfekčních onemocnění, která se stávají obrovským břemenem a zátěží pro zdravotnický a sociální systém i celou společnost.

Autoři jsou si dobře vědomi faktu, že změna těchto negativních celospolečenských trendů bude vyžadovat enormní úsilí a zapojení všech klíčových aktérů podpory pohybové aktivity i širších vrstev veřejnosti. Snahou autorů je však zároveň prosadit myšlenky, které jednoznačně a neoddiskutovatelně míří proti ekonomickým zájmům podstatné části z těchto klíčových aktérů.

Nezdravý životní styl spojený s nízkou úrovní pohybové aktivity je totiž z krátkodobého hlediska ekonomicky výhodný. Obézní člověk má vyšší spotřebu potravin, dominantním způsobem dopravy jsou cesty autem, utrácí tedy za pohonné hmoty. Konzumuje zvýšené množství alkoholu a cigaret, které podléhají jednomu z nejvyšších zdanění. Jeho spotřeba léků a nejrůznějších doplňků stravy v pozdějším věku je enormní. Zdravotnický „průmysl“ je vysoce ziskové odvětví a obrovský byznys, který v posledních letech zaznamenal nebývalý nárůst. Pokud zajdeme ještě dále, není takový člověk obvykle v důsledku předčasného úmrtí finanční zátěží pro stát, který mu nemusí vyplácet sociální dávky.

Autoři publikace tento způsob uvažování důrazně odmítají, poukazují na jeho krátkozrakost a snaží se podat čtenáři přehled základních poznatků nezbytných pro nastartování celospolečenských změn směrem k „uměřenosti“ a zdravému životnímu stylu. Přijetí adekvátní míry pohybové aktivity jdoucí ruku v ruce se zdravou výživou vyžaduje minimální investice a míří přímo proti výše uvedeným tendencím.

Publikace se snaží být základním příspěvkem k problematice podpory pohybové aktivity v České republice a po širší veřejné debatě a připomínkování jednotlivými aktéry PPA je plánováno její doplnění a reedice. Autoři velmi vítají připomínky a kritiku publikace a přístupů a myšlenek, které jsou v ní uvedeny. Příspěvky a náměty k publikaci lze zasílat prostřednictvím webových stránek, na kterých je publikace prezentována [www.podporapa.cz](http://www.podporapa.cz).

## 10 Executive Summary

The English translation of the publication would be “Physical Activity Promotion for Professionals”. It was prepared with the kind support of Ministry of Health of the Czech Republic and it is in agreement with WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.

Physical activity is one of the major lifestyle-related health determinants that has major beneficial effects on most chronic diseases (cardiovascular disease, stroke, obesity, type 2 Diabetes Mellitus, and colon cancer), as well as having the positive effect on health in terms of improving musculoskeletal health, reducing risk of falls in older people, reducing risk of depression, and improving psychological well-being. Encouraging people to be physically active has numerous benefits to society that go beyond personal health, which include the economy and development.

The aim of this publication is to initiate qualified discussions on a national and regional level about physical activity issues and to launch debate about developing a strategy on the promotion of physical activity in the Czech Republic.

After the short introduction we define physical activity, sport, health, lifestyle, health promotion and finally physical activity promotion. For a better understanding of the health benefits of physical activity we describe in the first part the relationship between physical activity levels and non-communicable disease, as well as such health benefits from a social and macroeconomic perspective. Following this, we define physical inactivity as a political problem and subsequently we introduce key international supranational documents and strategies on promoting physical activity. This part describes the physical activity policy for the UN, WHO and EU. The World Health Organization is most aware of the importance of physical activity in life and has adopted The Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. The European Union is also actively developing and supporting initiatives and framework for promotion of physical activity. The third part concerns the contemporary situation in The Czech Republic. The number of regularly active people is very low and the average level of participation in various physical activities is on the decline. This poses a significant risk for non-communicable diseases which are increasing in incidence. The fourth part is about physical activity settings (e.g. active transport, school, workplace and health care providers). The fifth part focuses on target groups, with an emphasis on senior citizens, children and the youth, women and people with social and health disabilities.

The sixth part analyses strategies on the promotion of physical activity in certain countries (Finland, Canada, New Zealand, USA, Denmark, Great Britain, Holland and Australia). We focus on strategies from Finland, Canada and New Zealand, because only these countries are currently successful in their goals such that increasing levels of physical activity are apparent in their societies. The seventh part sees an analysis of the international institutions that are focusing on physical activity promotion.



We describe in the last part of this publication the main outcomes of strategies and initiatives that could be used for developing a Czech strategy on the promotion of physical activity. The most efficient method used is the social marketing approach and a multi-sector approach, which means cooperation between the health, sport, social and transportation sectors. Such a strategy should be evidence-based, comprehensive and sustainable.

**Citovaná literatura**

- Ades, P., & Coello, C. (2000). Effects of exercise and cardiac rehabilitation on cardiovascular outcomes. *Medical Clinics of North America* 84 , stránky 251-265.
- Alcalay, R., & Bell, R. (2000). *Promoting Nutrition and Physical Activity through Social Marketing: Current Practices and Recommendation*. Cadramento, Kalifornie: University of California.
- Andersen, B. (2000). All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sport and cycling to work. *Archives of internal medicine* 160 , stránky 1621-1628.
- Anderson, R., & Kickbusch, I. (1990). *Health Promotion. A resource book*. Copenhagen: World Health Organization.
- Ashenden, R., Silagy, C., & Weller, D. (1997). A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family Practice* 14 , stránky 160-75.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New Jersey: Englewood cliffs.
- Bardach, E. (2000). *A Practical Guide for Policy Analysis. The Eightfold Path to More Effective Problem Solving*. New York: Chatham House Publishers.
- Bardach, E. (1981). Problems of Problem Definition in Policy Analysis. (stránky 161-171). Greenwich: JAI Press.
- Bauman, A., Bellew, B., Vita, P., Brown, W., & Owen, N. (2002). *Getting Australia Active: towards better practice for the promotion of physical activity*. Melbourne: National Public Health Partnership.
- Bauman, A., Bull, F., Chey, T., Craig, C., Ainsworth, B., Sallis, J., a další. (2009). The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6 , str. 21.
- Bauman, A., Mant, A., & Middleton, L. (1989). Do general practitioners promote health? A needs assessment. *Medical Journal of Australia* 151 , stránky 262-69.
- Bauman, A., McLean, G., Hurdle, D., Walker, S., Boyd, J., Aalst, I., a další. (2003). Evaluation of the national 'Push Play' campaign in New Zealand — creating population awareness of physical activity. *New Zealand Medical Journal* 116 , str. 535.
- Blaxter, M. (1993). *Health and Lifestyle*. London: Routledge.
- Boháčková, L. (2001). Optimalizace pohybového režimu perimenopauzálních žen. *Sborník příspěvků národní konference „Sport v České republice na začátku nového tisíciletí“*. Praha: Universita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu.
- Booth, F., Gordon, S., & Carlsen, C. (2000). Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *Journal of Applied Physiology* 88(2) , stránky 774-787.

Booth, M., Mant, A., & Owen, N. (1997). Physical activity preferences and sources of assistance, and perceived barriers to increase activity among physically inactive Australians. *Preventive Medicine*, stránky 131-7.

Brettschneider, W., & Naul, R. (2004). *Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance*. Germany: Paderborn.

Broulík, P. (2004). *Osteoporóza*. Maxdorf Jessenius.

Brownson, R. C., Baker, E. A., Housemann, R. A., Brennan, L. K., & Bacak, S. J. (2001). Environmental and policy determinants of physical activity in the United States. *American Journal of Public Health* .

Břuhová-Foltýnová, H. (2009). *Doprava a společnost; Ekonomické aspekty udržitelné dopravy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolnum.

Bull, F., & Jamrozik, K. (1999). Advice on exercise from a family physician can help sedentary patients. *American Journal of Preventive Medicine* 15 (2) , stránky 85-94.

Bull, F., Schipper, E., & Jamrozik, K. (1995). Beliefs and behaviours of general practitioners regarding promotion of physical activity. *Australian Journal of Public Health* 19 (3) , stránky 300-4.

Calfas, K., Long, B., & Sallis, J. (1996). A controlled trail of physician counselling to promote the adoption of physical activity. *Preventive Medicine* 25 , stránky 225-33. California Department of Education Study. (10. December 2002). Newsletter of the US National Association for Sport and Physical Education.

Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. (2001). *2001 Physical Activity Monitor*. Toronto: Autor.

Carr, H. (2001). *Physical Activity and Health: The benefits of physical activity on minimising risk of disease and reducing disease morbidity and mortality*. Wellington: Hillary Commission.

Caterino, M., & Polak, E. (1999). Effects of two types of activity on the performance of second-, third-, and fourthgrade students on a test of concentration. *Perceptual and Motor Skills*, 89 , stránky 245–248.

Cavill, N. (2004). *Promoting physical activity: International and UK Experiences*. London: Cavill Associates.

Centers for Disease Control and Prevention. (1997). Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people. *Mortality and Morbidity Weekly Report* 46 .

Centrum kinantropologického výzkumu. (2009). <http://www.indares.com/>. Získáno 10. listopad 2009, z <http://www.indares.com/public/what-is-indares.com.asp>

- Centrum kinantropologického výzkumu. (2009). <http://www.projektempala.cz/>. Získáno 11. listopad 2009, z <http://www.projektempala.cz/souhrn/>
- Centrum kinantropologického výzkumu. (2009). <http://www.projektpaseo.cz/>. Získáno 11. listopad 2009, z <http://www.projektpaseo.cz/o-projektu/>
- Clapp, J., Kim, H., & Burciu, B. (2000). Beginning regular exercise in early pregnancy: effecton fetoplacental growth. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 183(6), stránky 1484-1488.
- Craig, C. (2003). International physical activity questionnaire: 12 – Country reliability and validity. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 35(8) , stránky 1381-1395.
- Craig, C., Marshall, A., Sjörström, M., Bauman, A. B., Ainsworth, B., Pratt, M., a další. (2003). *International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity*. Ottawa: Canadian Fitness and Lifestyle Research Instit.
- Csémy, L., Krch, F., Provazníková, H., Rážová, J., & Sovinová, J. (2005). *Životní styl a zdraví českých školáků*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). Health and health behaviour among young people. WHO Policy for children and adolescents. *Intenational port. WHO Europe*.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., a další. (2004). *Young peoples health in kontext. Health policy for children and adolescents, No. 4*. World Health Organization.
- Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit. (2009). <http://www.apa.upol.cz/>. Získáno 10. listopad 2009, z <http://www.apa.upol.cz/web/index.php/apa-v-r/aapa.html>
- Česká diabetologická společnost. (2009). <http://www.diab.cz/>. Získáno 10. listopad 2009, z <http://www.diab.cz/modules.php?name=Historie>
- Česká kardiologická společnost. (2000). *Národní kardiovaskulární program*. Praha: Autor.
- Česká kardiologická společnost. (2000). *Návrh koncepce péče o nemocné s kardiovaskulárními chorobami v České republice [online]*. Získáno 09. 10 2009, z <http://www.kardio-cz.cz/index.php?desktop=clanky&action=view&id=65>
- Česká obec sokolská. (2009). <http://www.sokol-cos.cz/>. Získáno 10. listopad 2009, z <http://www.sokol-cos.cz/COS/sokol.nsf/pages/idea-a-program-310A>
- Česká obezitologická společnost. (2009). <http://www.obesitas.cz/index.php>. Získáno 10. listopad 2009, z <http://www.obesitas.cz/index.php?pg=poslani>
- Český institut metabolického syndromu. (2009). <http://institut.metabolickysyndrom-klub.cz>. Získáno 10. listopad 2009, z <http://institut.metabolickysyndrom-klub.cz/cz/uvod>
- Český svaz tělesné výchovy. (2009). <http://www.cstv.cz/>. Získáno 10. listopad 2009, z [http://www.cstv.cz/poznejte\\_nas.htm](http://www.cstv.cz/poznejte_nas.htm)

- Diabetická asociace ČR. (2009). <http://www.diabetickaasociace.cz/cs/>. Získáno 10. listopad 2009, z <http://www.diabetickaasociace.cz/cs/diabeticka-asociace-cr/>
- Department of Health. (2002). *DHB Toolkit: Physical Activity – To increase physical activity*. Wellington: Autor.
- Department of Health. (2004). *Choosing Health: a booklet about plans for improving people's health*. London: COI Communications.
- Department of Transport. (2004). *National Travel Survey*. London: Autor.
- Dombois, O., Kahlmeier, S., Martin-Diener, E., Martin, B., Racioppi, F., & Braun-Fahrlander, C. (2002). *A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Basel: World Health Organization.
- Donát, J. (2005). *Klimakterická medicína*. Hradec Králové: Doc. MUDr. Josef Donát, DrSc.
- Duncker, K. (1945). On problem solving. *Psychological Monographs* 58.
- Dunn, N. (1988). Methods of the Second Type: Coping with the Wilderness of Conventional Policy Analysis. *Policy Studies Journal*, 7 (4) , stránky 720-737.
- Dunn, N. (2004). *Public Policy Analysis: An Introduction (3rd ed.)*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Edwards, P., & Tsouros, A. (2006). *Promoting physical activity and active living in urban environments: The role of local government*. Copenhagen: World Health Organization.
- European Network for the Promotion of the Health-Enhancing Physical Activity. (2001). *Final Report*. Tampere, Finland: Autor.
- Fakulta sportovních studií na Masarykově univerzitě v Brně. (2009). <http://www.fsp.muni.cz/>. Získáno 10. listopad 2009, z <http://fsp.muni.cz/pages/onas.php>
- Ferrucci, L., Izmirlian, G., & Leveille, S. (1999). Smoking, physical activity, active life expectancy. *American Journal of Epidemiology* 149(7) , stránky 645-653.
- Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. (2009). <http://www.upol.cz/fakulty/ftk/>. Získáno 10. listopad 2009, z <http://www.upol.cz/fakulty/ftk/>
- Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze. (2009). <http://www.ftvs.cuni.cz/>. Získáno 10. listopad 2009, z <http://www.ftvs.cuni.cz/fakulta.php>
- Forwood, R., & Larsen, A. (2000). Exercise recommendations for osteoporosis: a position statement of the Australian and New Zealand Bone and Mineral Society. *Australian Family Physician* 29(8).
- Frič, P., & Šilhánová, H. (1997). *Rozhovory o neziskovém sektoru*. Praha: NROS.
- Frömel, K., Bauman, A., a další. (2006). Intenzita a objem pohybové aktivity 15 až 69 leté populace České republiky. *Česká kinantropologie* , stránky 13 - 29.
- Giardina, M. D. (2005). The Popular Racial Order of Urban America: Sport, Identity, and the Politics of Culture; Cultural Studies. *Critical Methodologies* , stránky 145-173.

- Giddens, A. (2005). *Sociologie*. Praha: Argo.
- Griffiths, J., Maggs, H., & George, E. (2007). 'Stakeholder Involvement' Background paper prepared for the WHO/WEF Joint Event on Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace . Dalian, Čína: World Health Organisation.
- Hagberg, J., Park, J., & Brown, M. (2000). The role of exercise training in the treatment of hypertension: an update. *Sports Medicine* 30(3) , stránky 193-206.
- Halbert, J., Silagy, C., & Finucane, P. (2000). Physical activity and cardiovascular risk factors: effect of advice from an exercise specialist in Australian general practice. *Medical Journal of Australia*, stránky 84-7.
- Hamřík, Z. (2006). *Analýza teoretických východisek pro pozusování účinnosti komunální rekreace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Haskell, W., Lee, Pate, R., Powell, K., Blair, N., Franclin, B., a další. (2007). Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), stránky 1423–1434.
- Havlík, R., & Kořa, J. (2007). *Sociologie výchovy a školy*. Praha: Portál.
- Havlíková, M., Kopřiva, P., Mayer, I., & Vildová, Z. a. (2006). *Program podpory zdraví ve škole*. Praha: Portál.
- Havlíková, M., Vencálková, E., Havlová, J., Lacinová, I., Petrasová, N., Sedláčková, H., a další. (2006). *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole*. Praha: Portál.
- Helakorpi, S., Patja, K., Prättälä, R., Aro, A., & Uutela, A. (2002). *Health Behaviour and Health among Finnish Adult Population, Spring 2002*. Finland: Publications of the National Public Health Institute.
- Hendl, J. (1999). Studium významu projektivních funkcí pohybových aktivit – úvod do problému. In Hošek, V., Tilinger, P.(Eds.), *Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života dospělých* (stránky 58-80). Praha: UK FTVS.
- Hendl, J., & Dobrý, L. (2008). *Teorie a modely intervenčních programů pro zvýšení pohybové aktivity*. Česká kinantropologie, stránky 26-33.
- Hobza, V., & Rektorič, J. (2006). *Základy ekonomie sportu*. Praha: Ekopress.
- Hodaň, B. (1997). *Úvod do teorie tělesné kultury*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
- Hošek, V. (2000). Kinezioprotekce kvality života. *Studia Kinanthropologica I* , stránky 11-15.
- Hu, F., Stampfer, M., & Colditz, G. (2000). Physical activity and risk of stroke in women. *Journal of the American Medical Association* 283(22) , stránky 2961-2967.
- Humpel, N., Owen, N., & Leslie, E. (2002). Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American Journal of Preventive Medicine* , stránky 188-199.

- Huston, S. L., Evenson, K. R., Bors, P., & Gizlice, Z. (2003). Neighborhood environment, access to places for activity, and leisure-time physical activity in a diverse North Carolina population. *American Journal of Health Promotion*, stránky 58-69.
- Irwin, L. (2003). *The Policy Analysts Handbook: Rational Problem Solving in a Political World*. New York: Sharpe.
- IZPE. (2003). Podpora zdraví a intervenční aktivity v primární prevenci. in Kernová. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P., Boyce, W., Vereecken, C., Mulvihill, C., Roberts, C., a další. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, stránky 123–132.
- Jensen, G. (2001). *The Copenhagen City Heart Study*. Copenhagen: Department of Cardiology, Hvidovre University Hospital.
- Ješina, O., & Kudláček, M. (In press). Aplikovaná tělesná výchova. Olomouc: UP v Olomouci.
- Ješina, O. (2007). Sportovní preference u žáků romského etnika. *Obhajoba vnitřního grantu*. Olomouc: UP Olomouc.
- Ješina, O. (2009). *Vztah žáků romského etnika k tělocvičným aktivitám*. Olomouc: UP v Olomouci, in press.
- Ješina, O., & Kudláček, M. *Aplikované pohybové aktivity*. Olomouc: UP Olomouc, In press.
- Jones, G., Nguyen, T., & Sambrook, P. (1994). Symptomatic fracture incidence in elderly men and women: the Dubbo Osteoporosis Epidemiology Study (DOES). *Osteoporos Int*.4(5), stránky 277–82.
- Jones, T., & Eaton, C. (1994). Cost-benefit analysis of walking to prevent coronary heart disease. *Archives of family medicine* 3(8), stránky 703–710.
- Kalman, M. (2005). *Analýza zahraničních strategií podpory pohybové aktivity*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kalman, M., Hamřík, Z., Pavelka, J., & Dohnal, T. (2008). Promotion of Physical Activity in the Czech Republic; Poster. International Congress – Physical Activity and Public Health. Amsterdam.
- Kanters, M. (2008). Supported or Pressured? An Examination of Agreement Among Parent's and Children on Parent's Tole in Youth Sports. *Journal of Sport Behavior*, stránky 64-80.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Akademia.
- Kepner, H., & Tregoe, B. (1981). *The Rational Manager*. New York: McGraw-Hill.

- Kernová, V. (2006). *Podpora zdraví a intervenční aktivity v primární prevenci*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Killoran, A., & Cavill, N. (1994). *The North American Experience in Promoting Physical Activity*. London: Health Education Authority.
- King, A. C., Castro, C., Wilcox, S., Eyster, A. A., Sallis, J. F., & Brownson, R. C. (2000). Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different race/ethnic groups of US middle-aged and older-aged women. *Health Psychology*, stránky 354-364.
- King, A., Would, B., Tudor-Smith, C., Harel, Y., & eds. (1996). The health of youth: A cross-national survey. *WHO Regional Publication, European Series No. 69*.
- Komise Evropských Společenství. (2007). *Bílá kniha o sportu*. Brusel: Autor.
- Komise Evropských Společenství. (2007). *Bílá kniha: Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou*. Brusel: Autor.
- Komise evropských společenství. (2007). Pracovní dokument útvarů komise - posouzení dopadů. *Strategie pro Evropu týkající se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou*. Geneva: Autor.
- Komise Evropských společenství. (2005). *Zelená kniha: Prosazování zdravé stravy a pohybové aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob*. Brusel: Autor.
- Kremer-Sadlik, T., & Kim, J. L. (2007). Lessons from sports: children's socialization to values through family interaction during sports activities. *Discourse & Society*, stránky 35-52.
- Kudláček, M., & Ješina, O. (2008). *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy*. Olomouc: UP Olomouc.
- Kunešová, M. (2006). Obezita v České republice Životní styl a obezita v České republice – hlavní zjištění studie. *Tisková konference*. Praha.
- Leonard, D. (2004). The Next M. J. or the Next O. J.? Kobe Bryant, Race, and the Absurdity of Colorblind Rhetoric. *Journal of Sport & Social Issues*, 28(3), stránky 284-313.
- Lewis, B., & Lynch, W. (1993). The effect of physician advice on exercise behavior. *Preventive Medicine* 22, stránky 110-21.
- Lipšová, V., Šamánek, J., & Vavřinová, J. (2004). *Podpora zdraví na pracovišti, kritéria kvality podpory zdraví na pracovišti s komentářem*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- MacCrimmon, K., & Taylor, R. (1976). Decision Making and Problem Solving. (In Dunnette, M (ed.)), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand-McNally.
- Máchová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Malý, I. (1998). *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*. Brno: Masarykova univerzita.

- Marcus, B., Albrecht, & King, T. (1999). The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomised controlled trial. *Archives of Internal Medicine* 159(11) , stránky 1229-1234.
- Marcus, B., Goldstein, M., & Jette, A. (1997). Training physician to conduct physical activity counseling. *Preventive Medicine* 26 , stránky 382-8.
- Marrett, D., Theis, B., & Ashbury, D. (2000). Workshop Report: Physical Activity and Cancer Prevention. *Chronic Diseases in Canada* 21(4), stránky 143 - 149.
- Matouš, M., Matoušová, M., Kalvach, Z., & Radvanský, J. (2002). *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha: Grada.
- Ministerstvo dopravy. (2005). *Dopravní politika České republiky pro léta 2005 – 2013*. Praha: Autor.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2001). *Bílá kniha: Národní program rozvoje vzdělávání v České republice*. Praha: Autor.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (1994). *Evropská charta sportu*. Praha: Autor.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2001). *Zákon o podpoře sportu*. Praha, Česká republika.
- Ministerstvo zdravotnictví. (2000). *Zákon o ochraně veřejného zdraví*. Praha, Česká republika.
- Ministerstvo zdravotnictví. (2002). *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR: Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha: Autor.
- Mitáš, J., & Frömmel, K. (2007). Vliv faktorů prostředí a socioekonomického statutu na životní styl obyvatel České republiky. *Tělesná kultura* 30(1) , stránky 66 – 77.
- Moore, L. L., Lombardi, D. A., & al., W. M. (1991). Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. *Journal of Pediatrics* , stránky 215-9.
- Morgan, K., & Bath, A. (1998). Customary physical activity and psychological well-being: a longitudinal study. *Age and Ageing* 27 , stránky 35-40.
- Morris, N. (1994). Exercise in the prevention of coronary heart disease: today's best buy in public health. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 26(7) , stránky 807 - 814.
- Neuls, F. (2007). *Pohybová aktivita a inaktivita adolescentek ve věku 15 – 18 let. Disertační práce, školitel: Karel Frömmel*. Olomouc: Fakulta tělesné kultury UP v Olomouci.
- Notes, K., & Tilford, S. (2001). *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency, and Equity*. New York: Nelson Thornes.
- NSW Health Department. (1999). *The active practice project: a controlled trial of physical activity promotion through general practice*. Sydney: Author.
- Orel. (2009). <http://www.orel.cz/>. Získáno 10. listopad 2009, z <http://www.orel.cz/profil/profil.html>

- ParticipAction. (2004). The Mouse That Roared: A Marketing and Health Communications Success Story. *Canadian Journal of Public Health* , str. 95.
- Patton, C., & Sawicki, C. (1993). *Basic Method of Policy Analysis and Planning (second ed.)*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Peters, B. (2005). The Problem of Policy Problem. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 7 (4) , stránky 349-370.
- Point Health Survey Unit. (2000). *Health Survey for England. London*. London: TSO.
- Porter, S., & Eccleston, P. (1998). The general practice physical activity project implementation and evaluation. Sydney: South Eastern Sydney Area Health Service Health Promotion Unit.
- Potuček, M. a kol. (2005). *Veřejná politika*. Praha: Slon.
- Prochaska, J., Sallis, J., & Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 155 , stránky 554–559.
- Rabuši, L., Vidovičová, L., & Mrázková, M. (2004). *Active Ageing in Europe: Methods, Policies, and Institutions*. Brno: Masaryková Univerzita.
- Rada pro výzkum, vývoj a inovace. (2009). [www.vyzkum.cz](http://www.vyzkum.cz). Získáno 11. listopadu 2009, z Informační systém výzkumu, vývoje a inovací: <http://aplikace.isvav.cvut.cz/researchPlanDetail.do?rowId=MSM0021620864>
- Rada pro výzkum, vývoj a inovace. (2009). [www.vyzkum.cz](http://www.vyzkum.cz). Získáno 11. listopad 2009, z Informační systém výzkumu, vývoje a inovací: <http://aplikace.isvav.cvut.cz/researchPlanDetail.do?rowId=MSM6198959221>
- Rothbard, M. (2002). *Ekonomie státních zásahů*. Praha: Liberální institut.
- Rowe, D. (2007). Sports Journalism. *Journalism* , stránky 385-405.
- Rybka, J. (2005). *Ambulantní léče o diabetiky*. Praha: Medicína po promoci.
- Sherrill, C. (2004). *Adapted physical activity, recreation and sport: Crossdisciplinary and lifespan (6th ed.)*. Boston: WCB/McGraw-Hill.
- Schneider, M., & Koudelka, F. (1993). *Úvod do základů sociologických výzkumů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Schultz, S. (1993). Education and behavioral strategies related to knowledge of and participation in an exercise program after cardiac positron emission tomography. *Patient Education and Counseling* 22 , stránky 47-57.
- Simons-Morton, D., Calfas, K., & Oldenburg, B. (1998). Effects of intervention in health care setting on physical activity or cardiorespiratory fitness. *American Journal of Preventive Medicine* 34 , stránky 413-30.
- Simpson, J., Oldenburg, B., Owen, N., Harris, D., Dobbins, T., Salmon, A., a další. (2006). *The Australian National Workplace Health Project: design and baseline findings*. Sydney: Department of Public Health and Community Medicine.

- Slepička, P., & Slepičková, I. (2002). *Sport z pohledu české společnosti II*. Česká kinantropologická společnost 6, 2.
- Slepička, P., & Slepičková, I. (2002). *Sport z pohledu české společnosti I*. Praha: Česká kinantropologická společnost 6, 1.
- Smith, B., Bauman, A., & Bull, F. (2000). Promoting physical activity in general practice: a controlled trial of written advice and information materials. *British Journal of Sport Medicine* 34 , stránky 262-67.
- Stahl, T. A., Rutten, D. N., Nutbeam, A., a další (2001). The importance of the social environment for physically active lifestyle-results from an international study. *Social Science Medicine* , stránky 1 -10.
- Státní zdravotní ústav. (2009). [www.szu.cz](http://www.szu.cz). Získáno 8. listopad 2009, z <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi>
- Státní zdravotní ústav. (2009). [www.szu.cz](http://www.szu.cz). Získáno 10. listopad 2009, z <http://www.szu.cz/poslani-ustavu>
- Státní zdravotní ústav. (2009). Získáno 1. listopad 2009, z <http://www.szu.cz/tema/prevence/nadorova-onemocneni>
- Státní zdravotní ústav. (30. 10 2009). *Nádorová onemocnění*. Načteno z <http://www.szu.cz/tema/prevence/nadorova-onemocneni>
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se správně hýbat*. Břeclav: Presstempus.
- Stephenson, J., Bauman, A., & Armstrong, T. (2000). *The costs of illness attributable to physical inactivity*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Stevens, W., Hillsdon, M., & Thorogood, M. (1998). Cost effectiveness of a primary care based intervention in 45 -74 years old men and women: a randomised trial. *British Journal of Sport Medicine* 32 , stránky 236-41.
- Strategic Inter-Governmental forum on Physical Activity and Health. (2004). *Be Active Australia: A Health Sector Agenda for Action on Physical Activity 2004–2008*. Sydney: National Public Health Partnership.
- Strategy Unit. (2002). *Game Plan: a strategy for delivering Government's sport and physical activity objectives*. London: Autor.
- STOB. (2009). <http://www.stob.cz/>. Získáno 10. listopad 2009, z [http://www.stob.cz/index.php?option=com\\_contact&Itemid=202](http://www.stob.cz/index.php?option=com_contact&Itemid=202)
- Sutherland Division of General Practice Inc. (2009). *GP Exercise Referral Scheme*. Autor.
- Svačina, Š. (2003). *Nízka porodní hmotnost a pozdější riziko diabetu 2. typu a metabolického syndromu*. Praha: Vnitřní lékařství.
- Světová zdravotnická organizace, Regionální úřadovna pro Evropu . (2000). *Zdraví 21: Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Kodaň: Autor.

- Swinburn, B., Walter, L., & Arroll, B. (1998). The gree prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioner. *American Journal of Public Health* , stránky 288-91.
- Škrha, J. (2005). *Diabetes mellitus 2002 v České republice - epidemiologická studie*. Praha: DMEV.
- Taylor, W. C., Baranowski, T., & Sallis, J. F. (1994). Family determinants of childhood physical activity: a social-cognitive model. V R. K. Dishman, *Advances in exercise adherence*. Champaign: Human Kinetics.
- The National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). New NICE public health guidance on promoting physical activity in the workplace. *Tisková práva* .
- The Writing Group for the Activity Counseling Trial Research Group. (2001). Effect of physical counseling in primary care. The activity counseling trial: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 286(6) , stránky 677-87.
- U.S. Department of Commerce. (1998). *World Population at a Glance: 1998 and beyond. Official StatisticsTM*. Census Bureau.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans: Be Active, Healthy, and Happy!* WASHINGTON, D.C.: Autor.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Promoting Physical Activity: A Guide for Community Action*. Atlanta: Human Kinetics.
- U.S. Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention. (1996). *Surgeon General's Report on Physical Activity and Health*. Washington: Autor.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2006). *Novotvary v ČR*. Praha: Autor.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2006). *Zdravotnická ročenka České republiky*. Praha: Autor.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2007). *Zdravotnická ročenka České republiky*. Praha: Autor.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2003). *Ženy a muži v číslech*. Praha: Autor.
- Veitch, J., Clavisi, O., & Owen, N. (1999). Physical activity initiatives for male factory workers; gatekeepers perception of potential motivators and barriers. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 23 , stránky 505-10.
- Veselý, A., & Nekola, M. (2007). *Analýza a tvorba veřejných politik; přístupy, metody a praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Vondruška, V., & Barták, K. (1999). *Pohybová aktivita ve zdraví a v nemoci*. Hradec Králové: Klinika tilovýchovného lékařství FN a LFUK .
- Výzkumný ústav pedagogický v Praze. (2009). <http://rvp.cz/>. Získáno 11. listopad 2009, z <http://rvp.cz/filtr-Z-DC-1>

- Weber, P. (2003). *Diabetes mellitus - etiopatogeneza a klinika ve stáří*. Praha: Geriatria.
- Weber, P. (2004). *Současné možnosti terapie starších diabetiků II. typu*. Praha: Geriatria.
- Welk, G. J. (1999). The youth physical activity promotion model: a conceptual bridge between theory and practice. *Quest* , stránky 5-23.
- Wilson, T. (2002). The Paradox of Social Class and Sports Involvement. *International Review for the Sociology of Sport*, 37(1) , stránky 5-16.
- Wing, R. (1999). Physical activity in the treatment of the adulthood overweight and obesity: current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 31 , stránky 547-52.
- World Bank. (2007). *Public Policy and the Challenge of Chronic Noncommunicable Diseases*. Washington, D.C.: Autor.
- World Health Organization. (2007). *Steps to Health: A European Framework to Promote Physical Activity for Health*. Copenhagen: Autor.
- World Health Organization. (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen: Autor.
- World Health Organization. (2007). *Global Physical Activity Questionnaire*. Geneva: Department of Chronic Diseases and Health Promotion Surveillance and Population-Based Prevention.
- World Health Organization. (2002). *A physically Active Life through Everyday transport: with special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Copenhagen: Autor.
- World Health Organization. (2003). *European Regional Consultation Meeting Report*. Geneva: Autor.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of the WHO Consultation of Obesity* . Geneva: Autor.
- World Health Organization. (1997). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of the WHO Consultation of Obesity*. Geneva: Autor.
- World Health Organization. (2006). *Promoting Physical Activity and Active Living in Urban Environments*. Copenhagen: Autor.
- World Health Organization. (2007). *Steps to health; A EUROPEAN FRAMEWORK TO PROMOTE PHYSICAL ACTIVITY FOR HEALTH*. Copenhagen: Autor.
- World Health Organization. (1986). *WHO - Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: Autor.
- World Health Organization. (2003). *WHO Global strategy on diet, physical activity and health: European regional consultation meeting report*. Copenhagen: Autor.

World Health Organization. (2003). *WHO Process for a Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: Autor.

World Health Organization. (2008). *World Health Report: Primary Health Care, Now More than Ever*. Geneva: Autor.

World Health Organization, Regionální úřadovna pro Evropu. (2000). *Zdraví 21: Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Kodaň: Autor.

Wörsching, M. (2007). Race to the top. *Men and Masculinities*, stránky 197-221.

**Seznam tabulek**

Tabulka 1	Vybrané standardy, organizace, studijní programy, odborné konference a časopisy vztahující se k podpoře pohybové aktivity jako společenské disciplíně.	24
Tabulka 2:	Efekt pohybové aktivity na specifické zdravotní problémy	31
Tabulka 3:	Vliv pohybové aktivity na výskyt rakoviny	33
Tabulka 4:	Přehled událostí vedoucích ke vzniku Strategie pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví	46
Tabulka 5:	Počet osob léčených na diabetes mellitus v ČR	71
Tabulka 6:	Počet nově zjištěných diabetiků na 100 000 obyvatel ČR v období 200 - 2007	72
Tabulka 7:	Incidence a úmrtnost na ZN u mužů a žen v roce 2005 a 2006	73
Tabulka 8:	Standardizovaná úmrtnost (SDR) na vybrané skupiny příčin smrti 2007	74
Tabulka 9:	Prevalence úrovně pohybové aktivity u lidí od 18 – 65 let	77
Tabulka 10:	Pohybová aktivita v posledních 7 dnech podle pohlaví a věku (%)	79
Tabulka 11:	Sport a pohybová aktivita v ČR	80
Tabulka 12:	Příčiny neúčasti v pohybové aktivitě	80
Tabulka 13:	Stupeň automobilizace v ČR (1961 – 2006)	84
Tabulka 14:	Funkční kapacita a věk	104
Tabulka 15:	Shrnutí údajů o jednotlivých subjektech	126

**Seznam schémat**

Schéma 1:	Struktura pohybové aktivity dle SIGPAH (2004)	21
Schéma 2:	Aplikační pojetí podpory pohybové aktivity	23
Schéma 3:	Podpora zdraví a její členění	27
Schéma 4:	Socializační proces v průběhu ontogeneze člověka	28
Schéma 5:	Dávkování (angl. dose response) pohybové aktivity	30
Schéma 6:	Model investic do sportu v interdisciplinárním pohledu	36
Schéma 7:	Schéma jednotlivých úrovní rozhodování z pohledu podpory pohybové aktivity	42
Schéma 8:	Strukturace podpory pohybové aktivity	44
Schéma 9:	Vliv dopravy na prostředí	82
Schéma 10:	Průnik Zdraví 21 a RVP	86
Schéma 11:	Funkční kapacita a věk	104
Schéma 12:	Model PAPTECA	107

## Užitečné odkazy

- Cavill Associates  
<http://www.cavill.net>
- The Public Health Agency of Canada, Physical Activity Promotion  
<http://www.phac-aspc.gc.ca/>
- Centers for Disease Control and Prevention , Physical Activity Promotion  
<http://www.cdc.gov/physicalactivity/>
- International Physical Activity and the Environment network (IPEN), Ghent University  
<http://www.ipenproject.be>
- Gerlev Physical Education and Sports Academy  
<http://www.gerlev.dk>
- National Centre for Health Promotion and Disease Prevention,  
National Board of Health Sundhedsstyrelsen  
<http://www.sst.dk>
- Finnish Centre for Health Promotion  
<http://www.health.fi>
- Fit for Life Program/LIKES Research Center for Sport and Health Sciences  
<http://www.kki.likes.fi>
- Heath and Functional Capacity Age Institute  
<http://www.ikainst.fi>
- UKK Institute for Health Promotion Research  
<http://www.ukkinstituutti.fi>
- WHO Collaborating Centre for Healthy Cities and Urban Health in the,  
Baltic Region Healthy Cities Association Vanha Suutori 7  
<http://www.marebalticum.org>
- Faculty of Sport, Nancy University  
<http://www.steps.uhp-nancy.fr>
- Centre of Health of the German Sport University of Cologne  
<http://www.zfg-koeln.de>
- Institute for Sport Science and Sport, University of Erlangen  
<http://www.sport.uni-erlangen.de/>
- International Health Consulting  
<http://www.wolfkirsten.com>
- Physical Activity, Public Health Institute of Iceland  
<http://www.publichealth.is>



- Department of Health Sport and Exercise Science, School of Health Sciences Waterford Institute of Technology  
<http://www.wit.ie>
- Department of Internal Medicine, Center for the Study and Therapy of Obesity Catholic University Faculty of Medicine  
<http://www.rm.unicatt.it>
- Federation for Aerobics & Fitness - FIAeF  
<http://www.fiaef.it>
- Department of Public and Occupational Health, VU University Medical Center  
<http://www.emgo.nl/>
- Omron Healthcare Europe B.V.  
<http://www.omron-healthcare.com>
- The Netherlands Institute for Sport and Physical Activity (NISB)  
<http://www.nisb.nl>
- TNO Quality of Life, Department Physical Activity and Health  
<http://www.tno.nl>
- Department for Physical Activity Norwegian Directorate of Health  
<http://www.helsedirektoratet.no>
- Research Centre in Physical Activity, Health and Leisure, Faculty of Sports at Porto University  
<http://www.fade.up.pt/ciafel>
- Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) programme Community Health Centre Ljubljana  
<http://www.cindi-slovenija.net>
- Institute of Science, movement and sport Faculty of Medicine, University of Geneva  
<http://www.medicine.unige.ch>
- Physical Activity and Health Branch Swiss Federal Inst of Sport Magglingen Swiss Federal Office of Sport FOSPO  
<http://www.hepa.ch/gf>
- HEPA MACEDONIA, National Organization for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity  
<http://www.cindi.makedonija.com>
- Centre for Sport & Exercise Research  
<http://www.staffs.ac.uk/schools/health/ihr/cser/>
- Centre for Transport Studies, University College London  
<http://www2.cege.ucl.ac.uk/cts/>

- National Obesity Observatory  
<http://www.noo.org.uk>
- NHS Health Scotland  
<http://www.healthscotland.com>
- School of Sport and Exercise Sciences, University of Birmingham  
<http://www.sportex.bham.ac.uk>
- Scottish Physical Activity Research Collaboration (SPARColl),  
University of Strathclyde  
<http://www.sparcoll.org.uk>
- Teenactive Research Group, Heriot Watt University  
<http://www.teenactive.org.uk>
- The British Heart Foundation's National Centre for Physical Activity and Health  
School of Sport and Exercise Science, Loughborough University  
<http://www.bhfactive.org.uk>
- Physical Activity Network for Wales  
<http://www.wch.wales.nhs.uk>

**Rejstřík****A**

Active Practice, 98

**B**

BMI, 70

**C**Centrum kinantropologického  
výzkumu, 50

cílové skupiny

– děti a mládež, 100

– osoby se sociálním

znevýhodněním, 109

– podpory pohybové aktivity, 100

– senioři, 102

– ženy, 101

cyklostezky, 22, 84

**Č**Česká asociace aplikovaných  
pohybových aktivit, 52

Česká diabetologická společnost, 51

Česká kinantropologická společnost, 51

Česká obezitologická společnost, 51

Český institut metabolického  
syndromu, 52

ČSTV, 53

**D**

definice

– podpora pohybové aktivity, 22

– podpora zdraví, 26

– pohybová aktivita, 21

– sport, 22

– zdraví, 25

– zdraví zlepšující pohybová aktivita  
(HEPA), 21

– životní styl, 21

Diabetická asociace ČR, 52

**E**

edukační materiály, 95

ekologický přístup, 23

Exercise Referral Scheme, 96

**F**

Fakulta sportovních studií, 54

Fakulta tělesné kultury, 53

Fakulta tělesné výchovy a sportu, 54

**G**

Green Prescription, 95, 97

**H**

HEPA, 83

**Ch**

chůze, 83

**I**

IMPALA, 58

implementace

– strategie, 144

Informační materiály, 95

intervenční prostředí

– doprava, 82

– pracoviště, 90

– praktický lékař, 94

– školy, 85

IPEN, 57

**J**

jízda na kole, 83

**K**

kinezioprotekce, 21

knihy

– akční plán, 59

– bílá, 59

– zelená, 59

konference PPA, 124

konsensus

– pohybová aktivita, 20

kraj, 56

kultura, 124

– firemní, 92

**M**

masmédiá, 124

Ministerstvo zdravotnictví ČR, 50

monetarizace, 43

monitoring

- pohybové aktivity, 75
- Move Europe, 93

## N

nadnárodní politická úroveň

- Evropská komise, 48
- Evropská platforma pro akce týkající se stravy, pohybové aktivity a zdraví, 49
- Evropská síť pro výživu a pohybovou aktivitu, 49
- Evropská unie, 48
- Světová zdravotnická organizace, 46
- NICE, 91

## O

obec, 54

Odbor strategie a řízení ochrany a podpory veřejného zdraví, 50

Orel, 53

organizace

- Agita Mundo, 127
  - Asia Pacific Physical Activity Network, 128
  - Centers for Disease Control and Prevention, 129
  - European College of Sport Science, 130
  - European Heart Network, 130
  - International Council for Sport Science and Physical Education, 135
  - International Institute for International Institute for Health Promotion, 137
  - International Physical Activity & Environment Network, 138
  - International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity, 138
  - Physical Activity Network of the Americas, 139
- organizace PPA v ČR
- Centrum kinantropologického výzkumu, 50
  - Česká asociace aplikovaných pohybových aktivit, 52
  - Česká diabetologická společnost, 51
  - Česká kinantropologická organizace, 51

- Česká obezitologická společnost, 51
- Český institut metabolického syndromu, 52
- ČSTV, 53
- Diabetická asociace ČR, 52
- Ministerstvo zdravotnictví, 50
- Orel, 53
- Platforma pro aplikace, výzkum a inovace, 51
- Sokol, 52
- Státní zdravotní ústav, 50
- STOB, 53

## P

PACE, 97

parky, 22

ParticipAction, 115

PASEO, 57

pedometry, 96

Platforma pro aplikace, výzkum a inovace, 51

podnik podporující zdraví, 93

podpora pohybové aktivity

- definice, 22
  - impaktované časopisy, 25
  - konference, 25
  - mezinárodní organizace, 24
  - standardy, 24
  - veřejnoprávní problém, 40
  - zahraniční studijní programy, 24
- podpora zdraví, 25
- pohybová aktivita
- aplikační pojetí, 23
  - dávkování (dose-response), 30
  - ekonomické přínosy, 33
  - léčba, 31
  - prevence, 29
  - rizika, 33
  - zdraví, 29
- politika
- evropská, 48
  - implementace, 144
  - komunální, 54

- národní, 49
  - veřejnoprávní, 43, 45
  - zdravotní, 49
  - prevalence
    - diabetes mellitus, 71
    - hromadných neinfekčních onemocnění, 70
    - kardiovaskulární onemocnění, 70
    - nádorová onemocnění, 72
    - nadváhy, 70
    - obezity, 70
    - osteoporózy, 73
    - pohybové aktivity, 76
  - primární prevence, 22
  - problém
    - strukturace PPA, 44
    - veřejnoprávní, 40, 42
  - projekty PPA
    - Aktivní životní styl v biosociálním kontextu, 56
    - Centra podpory integrace, 58
    - IMPALA, 58
    - INDARES.COM, 59
    - IPEN, 57
    - PASEO, 57
    - Pohybová aktivita a inaktivita obyvatel České republiky v kontextu behaviorálních změn, 56
    - VIPPA, 57
    - Vzdělávání a publikace v oblasti podpory pohybové aktivity pro odbornou veřejnost, 59
  - průvodce pohybovou aktivitou, 95
  - příčiny smrti, 74
  - přístup
    - bottom up, 124
    - intergace, 142
    - komplementarita, 142
    - komplexnost, 142
    - meziresortní, 144
    - mezisektorový, 124
    - spolupráce, 142
    - udržitelnost, 143
  - založený na důkazech (evidence-based), 143
- ## S
- screening, 95
  - sektor
    - dopravní, 145
    - ekonomický, 145
    - finanční, 145
    - kulturní, 145
    - mediální, 145
    - městský, 146
    - sportovní, 144
    - školský, 145
    - urbanistický, 145
    - vládní, 144
    - zdravotní, 144
  - socializace
    - primární, 27
    - sekundární, 27
    - terciální, 27
  - sociálně kognitivní teorie, 23
  - sociální marketing, 23, 115
  - Sokol, 52
  - Státní zdravotní ústav, 50
  - STOB, 53
  - strategické dokumenty
    - Dopravní politika ČR, 68
    - Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže, 68
    - Národní akční plán zdraví a životního prostředí, 67
    - Národní cyklostrategie, 68
    - Národní kardiovaskulární program, 68
    - Národní program přípravy na stárnutí, 68
    - Národní program rozvoje sportu pro všechny, 66
    - Zdraví 21, 65
  - strategie, 60
    - implementace, 144
    - střední intenzity, 124
    - úspěšné faktory, 124

strategie podpory pohybové aktivity, 121

- Dánsko, 120
- Finsko, 112
- Holandsko, 119
- Kanada, 114
- Nový Zéland, 117
- USA, 121
- Austrálie, 118

## **Š**

škola podporující zdraví, 89  
školní vzdělávací program, 86

## **T**

tělesná výchova, 87  
teorie plánovaného chování, 23  
transteoretický model, 23

## **V**

VIPPA, 57  
výchova ke zdraví, 87

## **Z**

zákon  
– o podpoře veřejného zdraví, 65  
– o sociálních službách, 105  
– o sportu, 64  
zdraví, 144  
Zdraví 21, 86



### Mgr. Michal Kalman (1980)

Absolvoval obor rekreologie na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Svá studia obohatil o stáže v Jihoafrické republice (10 měsíců), Holandsku (8 měsíců), Velké Británii (6 měsíců), USA (4 měsíce) a další (Singapure, Malajsie, Kambodža, Dánsko aj.). Dlouhodobě se zabývá podporou pohybové aktivity, spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací, inicioval vstup FTK UP v Olomouci do Evropské sítě HEPA, aktivně se účastní odborných zahraničních konferencí a workshopů, zpracovává Zelenou

knihu podpory pohybové aktivity pro Českou republiku jako svou dizertační práci. Je spoluzakladatel Platformy pro aplikace, výzkum a inovace, s.r.o., výzkumné organizace, která je zaměřena na přípravu a realizaci výzkumných a rozvojových projektů v oblasti podpory pohybové aktivity a zdravého životního stylu. Je hlavní řešitel projektu „Vytvoření a implementace edukačního systému podpory pohybové aktivity na českém akademickém poli“ na Univerzitě Palackého v Olomouci (CZ.1.07/2.2.00/07.0119). Dále je řešitel projektů z Fondu rozvoje vysokých škol, projektu podpory zdraví Ministerstva zdravotnictví. Je metodikem projektů pro Ministerstvo pro místní rozvoj.

Mezi jeho záliby patří především cestování, realizace expedičních akcí a plavby na historických plachticích. V této souvislosti založil společnost NaPlachtnici, s.r.o. Je členem Společnosti přátel Afriky.



### Mgr. Zdeněk Hamřík (1982)

Absolvoval obor rekreologie na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Ve své disertační práci se zabývá tvorbou politik a strategií podpory pohybové aktivity na komunální úrovni. Na Univerzitě Palackého v Olomouci je dále řešitelem projektů „Vytvoření a implementace edukačního systému podpory pohybové aktivity na českém akademickém poli“ (CZ.1.07/2.2.00/07.0119). Je řešitel projektů z Fondu rozvoje vysokých škol, projektu podpory zdraví Ministerstva zdravotnictví ČR a rozvojových projektů

pro města Kroměříž a Luhačovice. Je dále lektorem a metodikem projektů pro Ministerstvo místního rozvoje ČR. Je spoluzakladatelem výzkumné organizace Platforma pro aplikace, výzkum a inovace, s.r.o., která je zaměřena na přípravu a realizaci výzkumných a rozvojových projektů v oblasti podpory pohybové aktivity a zdravého životního stylu.

Ve svém volném čase se věnuje hudbě, působí jako písničkář (vítěz Porty 2009), je zakladatelem olomouckého mezinárodního hudebního festivalu Píšu písničky.



**Mgr. Jan Pavelka (1982)**

Absolvoval obor rekreologie na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Během studia se podílel na vytváření koncepcí a legislativních rámců rozvoje cestovního ruchu v několika krajích a městech ČR. V současné době je studentem doktorského studijního programu oboru kinantropologie. Ve své disertační práci se zabývá problematikou cestovního ruchu, lázeňství a podpory pohybové aktivity. Na FTK UP působí zároveň v pozici projektové manažera ESF jako řešitel projektu „Vytvoření a implementace edukačního systému podpory pohybové aktivity na českém akademickém poli“ (CZ.1.07/2.2

.00/07.0119), ale i v dalších projektech, které se zabývají problematikou podpory pohybové aktivity, lázeňství a cestovního ruchu. Dále je lektorem v oblasti cestovního ruchu, podílel na projektu Event marketing v cestovním ruchu a Smart Administration v cestovním ruchu.

Ve volném čase se věnuje především sportu. Několik let závodně běhal na lyžích na republikové úrovni, se svým otcem se také věnuje objevování nových přístupů v rehabilitačních metodách.





# Podpora pohybové aktivity

*pro odbornou veřejnost*

Michal Kalman, Zdeněk Hamřík, Jan Pavelka

**Odborná spolupráce:** Platforma pro aplikace, výzkum a inovace, s.r.o. výzkumná organizace dle článku 30 Nařízení Komise (ES) č. 800/2008 ze dne 6. srpna 2008

**Na textu spolupracovali:** Mgr. Ondřej Ješina (autor kapitoly 5.4), Bc. Petr Baďura (spoluautor kapitoly 7)

**Jazyková korektura:** Mgr. Jana Vařeková

**Sazba a grafická úprava:** Mgr. Petra Bílková

**Webové stránky publikace:** [www.podporapa.cz](http://www.podporapa.cz)

ORE-institut, obecně prospěšná společnost

Olomouc, 2009

Neprodejné

**ISBN** 978-80-254-5965-2





*„V současné době jsou vyspělé, ale i rozvojové státy světa včetně ČR postaveny před problémem signifikantního nárůstu břemene neinfekčních onemocnění, jako jsou kardi-ovaskulární onemocnění, rakovina, diabetes mellitus 2. typu, chronické respirační nemoci a další. Tato globální epidemie úzce koreluje se změnou životního stylu v posledních letech, a to zejména s nízkou úrovní pohybové aktivity, nezdravou výživou, nadměrným energetickým příjmem a zvýšeným užíváním tabákových výrobků. Světová zdravotnická organizace (2002) odhaduje, že hromadná neinfekční onemocnění mají na svědomí více než 60 % úmrtí na světě.“*

*„Pohybová aktivita je nezbytná pro naše zdraví. Mnoho experimentů a vědeckých důkazů potvrzuje, že adekvátní pravidelná pohybová aktivita přináší lidem – mužům a ženám všech věkových skupin, v různých zdravotních stavech, včetně lidí s psychickým či fyzickým postižením – širokou škálu fyzického, sociálního a mentálního užítku (World Health Organization, 2003). Být aktivní není jen názor či rozhodnutí, je to nutnost k žití, tedy pokud chceme žít zdravý, plnohodnotný život.“*

ISBN 978-80-254-5965-2