

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

disHBSC STUDIE U VYBRANÝCH ADOLESCENTŮ S ONKOLOGICKÝM
ONEMOCNĚNÍM

Diplomová práce

(magisterská)

Autor: Bc. Kristýna Matějčková, Aplikované pohybové aktivity

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Vyhlídal

Olomouc 2015

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Kristýna Matějčíková

Název diplomové práce: disHBSC studie u vybraných adolescentů s onkologickým onemocněním

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Tomáš Vyhlídal

Rok obhajoby diplomové práce: 2015

Abstrakt: Tato diplomová práce se zabývá analýzou vybraných determinant skupiny adolescentů s onkologickým onemocněním ve věku 11–15 let. Cílem práce bylo zjistit, zda spolu vybrané determinanty z bloku pohybová aktivita a determinanty z ostatních vybraných bloků vzájemně souvisí či nikoliv. Výzkum byl realizován prostřednictvím dotazníku disHBSC. K vzájemnému porovnání determinant byla použita Spearmanova korelace v programu IBM SPSS Statistics 22. Výsledky byly pro přehlednost zpracovány do tabulek. Závěry šetření budou poskytnuty projektu KRTEK V SÍTI a budou sloužit pro mé případné budoucí pracovní účely.

Klíčová slova: onkologická onemocnění, podpora zdraví, životní styl, kvalita života, pubescence, aplikované pohybové aktivity



**PROGRAM
CEZHRANIČNEJ
SPOLUPRÁCE**
SLOVENSKÁ REPUBLIKA
ČESKÁ REPUBLIKA



**EURÓPSKA ÚNIA
EURÓPSKY FOND
REGIONÁLNEHO ROZVOJA**
SPOLOČNE BEZ HRANÍC

Tato diplomová práce je součástí projektu KRTEK V SÍTI, 22410220037

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author first name and surname: Bc. Kristýna Matějčková

Title of the thesis: disHBSC study in selected group of adolescents with oncological disease

Department: Department of Adapted Physical Activities

Supervisor: Mgr. Tomáš Vyhlídal

The year of presentation: 2015

Abstract: This master thesis analyzes the determinants of selected group of adolescents with oncological disease at the age of 11-15 years. The aim of the thesis is to determine, if the selected determinants from a block of physical activity and other determinants of selected blocks are connected or not. The research was conducted through a questionnaire disHBSC. For mutual comparison of the determinants was used Spearman correlation in program IBM SPSS Statistics 22. The results were for clarity processed in tables. The findings of the master thesis will be provided to the project KRTEK V SÍTI and will be used for my possible future business purposes.

Keywords: oncological diseases, health promotion, lifestyle, quality of life, adolescence, adapted physical activities



**PROGRAM
CEZHRANIČNEJ
SPOLUPRÁCE**
SLOVENSKÁ REPUBLIKA
ČESKÁ REPUBLIKA



**EURÓPSKA ÚNIA
EURÓPSKY FOND
REGIONÁLNEHO ROZVOJA**
SPOLOČNE BEZ HRANÍC

This master thesis was written with support of project KRTEK V SÍTI, 22410220037.

I agree the master thesis to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí Mgr. Tomáše Vyhlídala, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

V Trutnově dne

.....

Děkuji Mgr. Tomáši Vyhlídalovi, za odbornou pomoc a cenné rady, které mi poskytl při zpracování mé diplomové práce. Děkuji také své rodině a přátelům za vstřícnost a trpělivost, bez které by tato práce nevznikla.

OBSAH

1	ÚVOD	9
2	ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ	11
2.1	Onkologická onemocnění u dětí a mládeže	11
2.1.1	Leukemie.....	13
2.1.2	Příznaky a diagnostika	14
2.2	Léčba a terapie nádorů dětí a mladistvých	16
3	CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ STARŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU.....	20
3.1	Aspekty fyziologické	20
3.2	Aspekty psychologické a socializační	21
4	PODPORA ZDRAVÍ U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH PACIENTŮ	23
4.1	Zdraví.....	23
4.2	Pohybová aktivita	24
4.2.1	PA jako prostředek prevence	25
4.2.2	PA jako součást a podpora léčby	27
4.2.3	PA po ukončení léčby, součást volnočasových aktivit	30
4.3	Životní způsob a životní styl	33
4.3.1	Životní způsob	33
4.3.2	Životní styl	34
4.4	Kvalita života.....	36
4.4.1	Hodnocení kvality života	38
4.4.2	Kvalita života a její měření u onkologicky nemocných dětí.....	38
4.5	Výživa.....	40
4.5.1	Výživová doporučení pro běžnou populaci	40
4.5.2	Výživová doporučení pro pacienty s onkologickým onemocněním	41
5	HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children).....	43
5.1	HBSC v ČR	44

5.2	disHBSC (Disability Health Behaviour in School-Aged Children)	45
6	Projekt KRTEK V SÍTI	47
7	CÍLE PRÁCE.....	49
7.1	Dílčí cíl	49
7.2	Hypotézy.....	49
8	METODIKA	50
8.1	Výzkumný soubor.....	50
8.2	Charakteristika užívané metody	50
8.3	Sběr dat	51
8.4	Statistické zpracování dat	52
9	VÝSLEDKY A DISKUZE	53
9.1	Grafické znázornění výsledků	53
10	ZÁVĚRY	69
	SHRNUTÍ.....	71
	SUMMARY	72
	REFERENČNÍ SEZNAM	73
	SEZNAM TABULEK	80
	PŘÍLOHY	81

„In the middle of difficulties lie opportunities.“

„Uprostřed obtíží nacházíme příležitosti.“

Albert Einstein

1 ÚVOD

Je paradoxní, že v dnešní moderní společnosti, kde jsou fenoménem nové technologie, obrovským tempem se rozvíjí nové lékařské metody a přenos informací s mezilidskou komunikací se nepředstavitelně zrychlily, může stále slovo nádor, tumor či rakovina vyvolat pocity strachu, úzkosti, nejistoty, deprese a nejedné osobě naskočí „husí kůže“ (Rohleder & Štěrba, 2014).

Nádorová onemocnění znamenají obrovský zásah, jak do života pacienta, tak i do života jeho rodiny a okolí. Onemocnění zasáhne jak stránku fyzickou, tak i psychickou a sociální. Celý dosavadní život jedince se znenadání změní. Často se musí vzdát většiny svých činností, aktivit, zájmů a koníčků. S touto chorobou je to mnohdy dlouhý boj. Avšak s dostatečnou podporou okolí, přátel, vůlí v sobě samém a s určitým pozitivním myšlením se dá tento boj vyhrát.

V posledních letech se zjistilo, že pohybové aktivity v průběhu léčby mají pozitivní vliv na pacienta, a mohou vést ke zlepšení fyzické, ale i psychické a sociální úrovně dítěte. Pohybová aktivita nás provází celým životem, je nepostradatelná a to i u onkologicky léčených dětí. Je úzce spjata s životním stylem, zdravím a celkovou spokojeností s vlastní kvalitou života (Vyhlídal, Ješina et al., 2014).

Tuto diplomovou práci jsem si vybrala, protože téma týkající se kvality života, životního stylu, pohybové aktivity, zdraví a vůbec životní spokojenosti dětí s onkologickým onemocněním je mi velmi blízké. Sama jsem si jako dítě onkologickým onemocněním prošla, a proto vím, co pacienti musí vydržet a hlavně, co musí zkusit, a jak musí být silné jejich okolí. V budoucnosti se navíc chci věnovat podpoře pohybových aktivit ve volném čase, přípravě programů a činností pro zdravotně postiženou, ale i běžnou populaci. Proto se domnívám, že toto téma pro mě bude užitečné i v mé profesní budoucnosti.

Tato diplomová práce se skládá z části teoretické a praktické. V teoretické části se zabývá onkologickým onemocněním, přesněji dětskou onkologií, diagnostikou onemocnění, léčbou, příčinami, prevencí a psychosociálními aspekty. Teoretická část se dále týká specifikace věkové skupiny dětí 11 až 15 let, podpory pohybové aktivity u dětí s onkologickým onemocněním, kde se pracuje s pojmy jako zdraví, pohybová aktivita, výživa, životní styl a kvalita života. Další teoretické kapitoly pojednávají o HBSC a disHBSC studii a o projektu Nadačního fondu dětské onkologie KRTEK V SÍTI. V druhé praktické

části je zahrnut hlavní cíl práce, jednotlivé dílčí cíle, výzkumné hypotézy a výzkum realizovaný pomocí dotazníku disHBSC a jeho vyhodnocení prostřednictvím Spearmanovy korelace v programu SPSS Statistics 22. Práce je zakončena souhrnem, závěry, referenčním seznamem a přílohami.

2 ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Onkologická onemocnění označují skupinu chorob, které jsou charakteristické nekontrolovatelným růstem nádorové tkáně. Buňky zdravého člověka se neustále vytváří a znovu zanikají. Je-li tato rovnováha porušena, dochází k nekontrolovatelnému dělení buněk a vzniká tak masa nové tkáně, tedy nádor (Klinika GHC Praha, 2015). Nádor (novotvar) je ložisko tkáně, které se vymklo kontrole regulačních mechanismů, je autonomní a dále se zvětšuje a roste. Je-li nádor neléčený, může postupem času zničit celý organismus. Z toho vyplývá, že nádor není onemocněním lokálním, ale je to onemocnění celého organismu člověka. Existují dva druhy nádorů – benigní a maligní (Koutecký & Cháňová, 2003).

- *Benigní nádory (nezhoubné)* – tyto nádory rostou většinou pomalu, bývají opouzdřené, většinou nevrůstají do okolních tkání a nezakládají druhotná ložiska (metastázy), což je velmi podstatné. Podaří-li se nádor odstranit, většinou znovu nenarůstá.
- *Maligní nádory (zhoubné)* – tento typ nádorů roste rychle, dříve nebo později přestávají být ohraničené, vrůstají do okolních tkání a cév a šíří se cévním řečištěm do ostatních nenapadených částí těla, tzv. metastazují. Představují pro člověka vážné riziko ohrožení života (Klinika GHC Praha, 2015; Koutecký & Cháňová, 2003).

Vznik nádorového onemocnění je složitý proces, který probíhá v několika stupních. Tyto etapy se nazývají iniciace, tedy vyvolání změn v organismu, kdy dojde k mutaci určitého genu, dále promoce, což je fáze, kdy jsou postižené buňky stimulovány rizikovými faktory, což může vést k rozvoji vzniku nádoru. Naopak odstraněním rizikových faktorů se tento proces může zpomalit či úplně zastavit. Dalšími stádii jsou konverze, čili přeměna, kdy postižený začíná pociťovat příznaky, progresu, zhoršování onemocnění a metastazování, rozšíření onemocnění do dalších nenapadených částí těla nemocného. (Klener & Klener jr., 2010; Velký lékařský slovník, 2015). Onkologickým onemocněním, jeho vznikem, diagnostikou, prevencí a léčbou se zabývá lékařský obor Onkologie.

2.1 Onkologická onemocnění u dětí a mládeže

Onemocnění dětí a mládeže patří mezi onemocnění vzácná. Z celkového počtu nádorů tvoří pouze 1 %, kdy ve věku do 15-ti let onemocní zhoubným nádorem jedno dítě z 600 zdravých dětí. Nicméně i přesto jsou to onemocnění, které jsou na druhém místě v žebříčku úmrtí u dětí (Koutecký & Cháňová, 2003). Léčba onkologických onemocnění u dětí je velmi

závažnou problematikou, nicméně se jedná o neustále se zlepšující a vyvíjející oblast, která se snaží o nastavení individualizované péče na základě rozpoznání buněčných procesů v nádorových buňkách, o terapie zacílené speciálně na potřeby jedince a na monitorování individuální odpovědi pacientova organismu. Tato léčba „šitá na míru“ má za cíl minimalizovat nežádoucí vedlejší účinky a případně i trvalé komplikace nastávající po léčbě (Rohleder & Štěrba, 2014).

Onkologická onemocnění u dětí se liší od onkologických onemocnění u dospělých především:

- *výskytem* – u dospělých přibývá nádorů s rostoucím věkem, u dětí je největší výskyt tohoto onemocnění v prvním pětiletí života dítěte. V období adolescence počet výskytu nádorů začíná opět stoupat a přechází v plynule rostoucí křivku výskytu rakoviny u dospělých,
- *příčinami a místem vzniku* - nádory vznikají v jiných tkáních a orgánech, kde u dospělých jsou nejčastěji postiženy plíce, tlusté střevo, mléčná žláza, pohlavní orgány aj., což často vychází především z jejich životního stylu a prostředí, ve kterém žijí; u dětí jsou to převážně nádory nervové, krvetvorné, pojivové tkáně,
- *biologickými vlastnostmi* – nádory u dětí rychleji rostou, bývají více prokrvené a mohou častěji a dříve metastázovat,
- *příznaky*,
- *odlišnými diagnostickými postupy*,
- *odlišnými léčebnými postupy* – větší regenerační schopnost dětských tkání, větší citlivost dětských pacientů na ozařování a na používané léky,
- *odlišnými diagnostickými postupy*,
- *léčebnými komplikacemi* – komplikace při léčbě jsou daleko nebezpečnější právě u dětí a mohou vyústit až do stavu pozdních neléčitelných následků,
- *procentem vyléčených* – současná medicína je schopna vyléčit více dětských pacientů nežli pacientů dospělých,
- *odlišnou psychosociální problematikou* (Koutecký & Cháňová, 2003).

Stejně jako u dospělých onemocní častěji nádorovým onemocněním chlapci nežli dívky. Nejčastějším nádorovým onemocněním u dětí je leukemie.

2.1.1 Leukemie

Leukemie není jen jedním onemocněním, je to skupina chorob s různou prognózou projevující se poruchou funkce krve a kostní dřeně. Leukemie znamená v překladu bílá krev, bělokrevnost, jelikož se projevuje nádorovým zmnožením bílých krvinek v kostní dřeni a často i v krvi. Jde o zhoubné onemocnění, jehož zlověstnost spočívá v tom, že zmnožené bílé krvinky nevykonávají svou obrannou funkci a spíše utlačují zdravé buňky v těle a produkují látky poškozující orgány a tkáně napadeného. Leukemie tvoří v dětském věku asi 30-35 % všech zhoubných onemocnění. V České republice onemocní ročně leukémií přibližně 90 dětí. Existuje více forem leukemie. Obecně se dělí na akutní formy, které probíhají většinou velmi rychle a nemocný jim může podlehnout během několika dnů, týdnů a chronické, jejichž průběh je pomalejší, mohou se vyvíjet měsíce, roky a mnohdy nevyžadují ani žádnou léčbu. Dále se leukemie rozděluje dle typu zmnožených krvinek, na leukemii myeloidní (postihuje tvorbu monocytů a granulocytů) a lymfoblastickou (postihuje tvorbu lymfocytů). Jako nejčastější typ leukemie u dětí se uvádí akutní lymfoblastická leukémie (ALL), která představuje 80 % všech leukémií a poté akutní myeloidní leukémie (AML), která tvoří 15% všech leukémií. Léčba a diagnostika dětské leukémie je možná v osmi centrech v České republice (Praha, Brno, Olomouc, Ostrava, Hradec Králové, Ústí nad Labem, České Budějovice a Plzeň), což je velmi výhodné pro pacienty a jejich rodiny (Koutecký, Kabíčková, & Starý, 2002; Janíková, Doubek et al., 2012).

Projevy leukemie sebou nenesou žádné typické příznaky. Jelikož se rakovinné bílé krvinky množí v různých orgánech, může se leukemie projevit nebolestivým zvětšením mízních uzlin, na krku, v tříslích, v podpaží, zvětšením sleziny či jater. Kvůli úbytku zdravých bílých krvinek se snižuje obranyschopnost jedince a leukemie se tak může projevit i jako infekce připomínající chřipku, zápal plic. U mnoha nemocných leukémií se na chorobu přijde zcela náhodně. Důležité je proto včasná reakce lékaře, ale i pacienta, jestliže „banální příznaky“ jako teplota, bolest v podžebří, zadýchávání, únava neustávají, provést neprodleně vyšetření krve. Z hlediska prevence je leukemie velmi nepředvídatelné onemocnění a moc mu předcházet nelze. Obecně platí vyvarovat se stresu, být dostatečně pohybově aktivní a nekouřit. Jako diagnostické vyšetření se nejčastěji používá krevní obraz a aspirace kostní dřeně, kdy se odebírá vzorek kostní dřeně z lopaty kosti kyčelní. V léčbě se využívají nejrozličnější léky, často je nutná transplantace kostní dřeně a následná kombinovaná chemoterapie. Bohužel náklady na léčbu leukemie jsou obrovské, největší podíl na rostoucí

ceně léčby mají léky. I když je pacient vyléčen, musí být nadále sledován, protože i po úspěšné terapii se bohužel může leukemie vrátit (Janíková, Doubek et al., 2012).

- *Akutní lymfoblastická leukémie (ALL)*

Je nejčastější formou leukemie u dětí. Klasicky se projevuje „leukemickou trias“, což znamená zvětšení mízních uzlin, zvětšením jater a sleziny pod žeberní oblouk a krvácivými projevy na sliznicích a na kůži. Další symptomy jsou nechutenství, únava, horečka, bolest kostí a kloubů. Typické jsou kostní změny na rentgenových snímcích. Nejčastěji se ALL u dětí vyskytuje mezi druhým a pátým rokem života. V tomto období je totiž imunitní systém velmi zranitelný, jelikož je zatěžovaný častými virovými infekcemi, čímž se zvyšuje riziko vzniku leukémie. ALL postihuje častěji chlapce nežli dívky (Koutecký, Kabíčková, & Starý, 2002).

2.1.2 Příznaky a diagnostika

Symptomy nádorů u dětí a mladistvých se mohou projevovat různým způsobem. U někoho nejsou registrovány příznaky žádné a je jen na vnímavých rodičích a lékaři, který může zjistit přítomnost nádoru při preventivním vyšetření. Jiné děti, převážně malé, u kterých se rozvíjí nádorové bujení, mohou mít tzv. celkové příznaky nespecifické (neurčité). Ty dávají jen tušit, že se s dítětem něco děje. Dítě do té doby vyvíjelo zcela normálně a najednou neodůvodnitelně chřadne, bledne a mění se. Jedná o nejasně rozpoznatelné změny v charakteru dítěte (nezájem o kamarády, hry, ztráta zájmů), změny v chování dítěte (mrzutost, pláčivost, záchvaty vzteku), změny tělesných aktivit (únava, úbytek hmotnosti, malátnost, nechutenství, bledost, nápadný počet „modřin“ po těle, poruchy spánku) či nápadné poruchy psychických a motorických schopností (poruchy stability, chůze, pobolívání břicha, pocení, svědění aj.). Ty dávají jen tušit, že se s dítětem něco děje. Příznaky místní - lokální jsou jasné symptomy, které ohlašují přítomnost nádorového onemocnění. Jedná se o příznaky subjektivní i objektivní, které jsou odedávna spojovány s rozvojem tohoto onemocnění. Někdy se však mohou objevit i jako první. Tyto symptomy se vyznačují např. zduřeninami (místních uzlin, na končetinách, v dutině břišní), změnami tvaru určité části těla, zvracením, poruchami vidění a hybnosti či bolestmi břicha, hlavy, končetin. Místní obtíže však mohou být často vzdáleny od hlavního místa výskytu nádoru (Koutecký, Kabíčková, & Starý, 2002; Koutecký & Cháňová, 2003).

Dle Kouteckého & Cháňové (2003) základem vyšetření a diagnostiky pacienta je jednoznačně znalost předchorobí (anamnézy), jak dítěte, tak i rodiny. Důležitá je proto, jak osobní anamnéza týkající se tělesného a psychického vývoje dítěte a vlivů okolí, tak i rodinná anamnéza zjišťující prodělaná onemocnění a jiné významné okolnosti v rodině. Diagnostika nádorů u dětí je obtížnější než diagnostika nádorových onemocnění u dospělé populace, jelikož u dětí se častěji vyskytují nejasné symptomy přítomnosti nádoru. Uvádí se proto tři základní a nejdůležitější principy onkologické diagnostiky, které jsou především u dětí velmi důležité a to rychlost, šetrnost a cílenost. Diagnózu nádoru u dítěte je nutné buď rychle potvrdit, nebo zcela vyvrátit. Diagnóza nádorového onemocnění u dítěte je velmi závažnou situací, která má dopad nejen na samotného pacienta, ale i na jeho nejbližší okolí. Je proto důležité, aby při sebemenším podezření lékaře na nádorové onemocnění byl pacient ihned odeslán na specializované onkologické pracoviště. U tohoto onemocnění totiž jde o čas, je nutné, aby se nemoc podchytila už v jejím počátku. Je tedy nesmírně důležité, aby lékaři pro děti a dorost správně určili diagnózu a rozpoznali, o jaké onemocnění se jedná, jelikož jsou to právě oni, kteří mají prvotní kontakt s pacientem. Důležité rovněž je, aby nepodceňovali fakt, že se o onkologické onemocnění může opravdu jednat (Rohleder & Štěrba, 2014). Diagnóza rakoviny totiž vyvolává v pacientovi zpravidla stále ještě šok (Tschuschke, 2004). Navíc se snižováním věkové hranice výskytu nádorových onemocnění se nemůže spoléhat na to, že s tímto nádorem se v dětství nemůžeme setkat.

Základními cíli diagnostiky je zjistit:

1. místo vzniku nádoru a jeho vztah k okolním orgánům,
2. druh nádorového onemocnění,
3. klinické stádium onemocnění,
4. biologické vlastnosti nádorových buněk, z čehož pak lze předpokládat další chování nádoru a nastavit tak potřebnou intenzitu léčby,
5. celkový zdravotní stav dítěte, aby bylo možné zahájit potřebnou léčbu a vyhnout se tak rizikům, které by při léčbě mohly nastat,
6. zvláštní okolnosti u některých druhů nádorových onemocnění – slouží pro upřesnění vhodnosti postupu a doplnění znalostí (Koutecký & Cháňová, 2003).

2.2 Léčba a terapie nádorů dětí a mladistvých

Léčba onkologických onemocnění u dětí je velmi závažnou a stále diskutovanou problematikou. Nicméně se jedná o jednu z neustále se zlepšujících a vyvíjejících se oblastí, která se snaží o nastavení individualizované péče na základě rozpoznání buněčných procesů v nádorových buňkách, o terapie zacílené speciálně na potřeby jedince a na monitorování individuální odpovědi pacientova organismu. Tato léčba by měla mít za cíl minimalizovat nežádoucí vedlejší účinky a případně i trvalé komplikace nastávající po onkologické léčbě dětí (Vyhlídal, Ješina et al., 2014). Jelikož léčba dětí je velmi individuální, je často nutné léčbu v určitých situacích modifikovat, přizpůsobovat a regulovat, proto léčba dětských nádorových onemocnění musí být svěřena do rukou odborníků. Protinádorová léčba v různé míře poškozuje i zdravé tkáně. Lze konstatovat, že nevýhodami léčby nádorových onemocnění u dětí je rychlejší růst a progresse nádoru, častější vznik metastáz, snadnější poškození zdravých nebo vyvíjejících se orgánů a tkání, což se projevuje častými léčebnými komplikacemi případně až pozdějšími následky. Naopak jako výhody pro léčbu nádorových onemocnění dětí lze vidět celkový zdravotní stav dětí, který není většinou zatížen civilizačními chorobami, tudíž není nutné léčbu nijak omezovat, vyšší chemo a radiosenzitivita, větší schopnost regenerace (Koutecký, Kabíčková, & Starý, 2002). Stanovení rozsahu onemocnění má velký význam na stanovení vhodné léčebné terapie (Kubecová et al., 2011). Péče o pacienta se skládá z komplexní léčby onkologické a léčby podpůrné. Do komplexní onkologické léčby spadají onkochirurgické výkony, radioterapie, chemoterapie a biologická léčba (Rohleder & Štěrba, 2014).

1. Onkochirurgická léčba

Chirurgická léčba je jednou z nejdůležitějších a základních metod na odstraňování ohraničených nádorů a často i metastáz. Působí tedy lokálně. Dnes je díky možnosti použití moderních technologií a poznatkům z mnoha jiných vědních oborů velmi rozsáhlá a přesná s minimálním rizikem. Avšak současná chirurgie se snaží tuto metodu omezit a nahradit ji záchovnými výkony (např. operativní odstranění části orgánu namísto amputace) (Koutecký, Kabíčková, & Starý, 2002; Koutecký & Cháňová, 2003).

Onkologické operace pro dětský věk je dle Kouteckého, Kabíčkové, & Starého (2002) možné dělit dle různých hledisek:

- radikální – úplné odstranění nádoru,
- paliativní – při náhlých, urgentních stavech,
- diagnostické – bioptické excize (odstranění jen malé části nádoru k diagnostickému vyšetření),
- pomocné – umožňují potřebné léčebné postupy (např. zavedení žilního katetru),
- rekonstrukční – operace, kterými je možná úprava léčbou a nádorem vzniklých poškození (např. rekonstrukce patra, zpevnění zhroucené páteře aj.),
- preventivní – slouží k odstranění rizikových struktur vzniku nádorového bujení (např. odstranění mateřského znaménka aj.).

2. Radioterapie (ozařování)

Je lokální léčebná metoda, která využívá biologické účinky ionizujícího záření k zastavení růstu nádorových buněk. Ve většině zákroků se jedná právě o terapii nádorových onemocnění tzv. radiační onkologii. Radioterapie je u každého pacienta zcela individuální a její obecné podmínky jsou vždy upraveny pro konkrétního pacienta (Kubecová et al., 2011). Léčba ozářením je v dětském věku velmi specifickou metodou léčby, jelikož velmi závisí na stupni radiosenzitivity normálních buněk a tkání. Uvádí se, že čím mladší dítě, tím vyšší radiosenzitivita (Koutecký, Kabíčková, & Starý, 2002). Vedlejší účinky a komplikace radioterapie mohou být lokální a systémové. Lokální jsou omezeny pouze na ozařovanou oblast a mají typické lokalizovatelné projevy, které jsou závislé na místě ozáření. Systémové vedlejší účinky bývají nespecifické, uváděná je malátnost, celková únava, nechutenství, zvracení a objevují se převážně u ozařování velkých objemů (např. břicha) (Kubecová et al., 2011).

3. Chemoterapie

Je metodou, která znamenala velmi výrazný pokrok v léčebné strategii mnoha dětských onkologických onemocnění. Je to léčebný postup, kdy se podáváním léků ničí nádorové buňky. Její výhodou je na rozdíl od lokálních metod radioterapie a onkochirurgie její širší záběr. Jelikož zhoubné nádory v dětském věku často metastázuji a rostou, je nutné léčit pacienty nejen lokálně, ale i s ohledem na vzdálené metastázy. Uplatňují se tu léky,

tzv. cytostatika, jejichž funkcí je zastavení růstu nádorových buněk. Účinnost chemoterapie z velké části ovlivňuje velikost nádoru, protože čím je nádor větší, tím menší část nádoru se dávkou cytostatik zničí. Největší šanci na totální zničení nádoru má proto kombinovaná chemoterapie, tzn. podávání cytostatik s rozdílným mechanismem účinku. Největší nevýhodou chemoterapie je toxicita cytostatik, které mohou poškodit i zdravé buňky. Navíc dětské tkáně jsou více náchylné na poškození, a proto se často přidružuje i podpůrná léčba pomocí cytoprotektivních látek, které omezují právě toxické účinky chemoterapie (Koutecký, Kabíčková, & Starý, 2002). Chemoterapie bývá často podávána v určitých časových intervalech, tedy cyklech. Období mezi dvěma cykly, je důležitou dobou, kdy dochází k vyloučení cytostatik z pacientova těla a k regeneraci organismu, tak aby byl pacient schopen podstoupit další fázi léčby (Janíková, Doubek et al., 2012).

K nejčastějším vedlejším nežádoucím účinkům při chemoterapii patří:

- *zvracení, nevolnost, průjemy, nadýmání a jiné zažívací potíže,*
- *vypadávání vlasů a ochlupení těla,*
- *poškození sliznic* – častý značný výskyt aftů, bolesti v ústech, potíží při polykání,
- *infekční komplikace* jsou nejrizikovějším a velmi častým nežádoucím účinkem chemoterapie, je to způsobeno přechodným nedostatkem bílých krvinek a tudíž oslabením funkce imunitního systému v době několika dnů až týdnů po zahájení chemoterapie,
- *poškození krvetvorby* – při chemoterapii dochází k úbytku krevních elementů, tedy červených krvinek, jejichž nedostatek má za následek tzv. anemický syndrom (bušení na hrudi, bledost, únavu, hučení v uších apod.) a krevních destiček, čímž vzrůstá riziko krvácení (Janíková, Doubek et al., 2012).

4. Biologická terapie

Je metodou cílenou, neboli metodou nazývanou „target therapy“. Cílem biologické léčby je snaha o co největší selektivitu onkologické léčby a využití rozdílných pochodů, cílů mezi zdravými a nádorovými buňkami, tak, aby dopad onkologické léčby byl maximálně zaměřen na nemocné buňky a minimálně na buňky zdravé. V biologické léčbě se využívají poznatky o světě buněk, tak aby bylo možné ovlivnit průběh onemocnění už na bázi molekul. Principem biologické léčby je tedy blokáda přenosu informací, která vede ke vzniku

a rozmnožení nádorových buněk (Kubecová et al., 2011). Jednou z metod biologické léčby je Imunoterapie. Je to moderní léčebná metoda, jejímž cílem je ovlivnit vlastní imunitní systém takovým způsobem, aby byl schopný rozpoznat nádorové buňky a nádor sám zlikvidoval. Jedná se o doplňkovou metodu při léčbě dětských onkologických onemocnění. Imunoterapii tedy nejčastěji zařazujeme až po ukončení chemoterapie, v době kdy hlavní nádorové buňky již byly zlikvidovány. Cílená biologická léčba se neustále vyvíjí a v budoucnosti by se měla stát jednou ze stěžejních metod léčby, která bude pacientovi „šitá na míru“ a včas rozpozná a zničí nádorové onemocnění. Léčba se dá úspěšně kombinovat i s ostatními metodami léčby jako je chemoterapie a radioterapie. (Koutecký, Kabíčková, & Starý, 2002; Janíková, Doubek et al., 2012).

5. Podpůrná terapie

Tato léčba sice přímo neovlivňuje přežívání či zánik nádorových buněk, nicméně má v celkové onkologické léčbě své podstatné místo (Kubecová et al., 2011). Podpůrná léčba je důležitou metodou péče o onkologické pacienty, jelikož je provází od začátku stanovení diagnózy až po jejich smrt. Do této skupiny se řadí péče ošetrovatelská, medicínská, psychosociální a rehabilitační (Rohleder & Štěrba, 2014). „Podpůrná léčba má za cíl předcházení, snížení intenzity a co nejrychlejší nápravu vedlejších nežádoucích účinků léčby“ (Kubecová et al., 2011, 48). Nežádoucí vedlejší účinky léčby jsou somatického typu, ale velmi často i psychosociálního. V dětské onkologii je na psychosociální péči kladen velký důraz, jelikož doba počínající od diagnostikování onemocnění, podstoupení terapie, rekonvalescenci a návrat a zařazení pacienta do společnosti má obrovský dopad na pacientovo nejbližší okolí, především na rodiče. Je to právě rodič, který s dítětem absolvuje všechna vyšetření, terapii a právě on, přestože je zdravý, zažívá deprivaci, je zdrcený a pociťuje bezmoc jakkoliv dítěti ulehčit boj s nemocí. Zde se často uplatní péče psychologa jakožto psychosociálního terapeuta (Rohleder & Štěrba, 2014).

3 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ STARŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

Text části této kapitoly vychází z mé bakalářské práce „Analýza trávení volného času dětí staršího školního věku v Trutnově“ (viz Matějčková, 2013).

Období staršího školního věku se označuje jako období dospívání, raná adolescence neboli období pubescence. Pubescencí se označuje věkové rozpětí mezi jedenáctým až patnáctým rokem věku dítěte. Adolescencí poté rozmezí od patnáctého roku do dvaceti (někdy dvaceti dvou) let věku (Macek, 2003). Toto období je první fází dospívání, přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. „Zvláštní postavení období dospívání v cyklu dětského vývoje se odráží v jiných jeho označeních – „přechodné“, „těžké“, „kritické“ období“ (Petrovskij, 1977, 94). Podle Vágnerové (2005, 321) je období staršího školního věku obdobím „...hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity“.

3.1 Aspekty fyziologické

Podle Vágnerové (2005) je tělesná proměna významným signálem dospívání a zároveň jednou z nejnápadnějších změn v tomto období. Předmětem zájmu pubescenta se stává on sám. Projevuje se to „větší zaměřeností na vlastní tělo, jehož viditelná proměna pozornost dopívajícího přitahuje“ (Vágnerová, 2005, 328). Se změnou těla souvisí i další změny např. v oblékání, změny účesů či změny v životním stylu. „Objevují se vzájemné kontakty, touha líbit se a v této souvislosti i péče o vlastní zevnějšek, o přitažlivost“ (Petrovskij, 1977, 120). Těmito změnami se dopívající začínají odlišovat od dětského věku a zároveň také od dospělých. Další fyziologický vliv mají na pubescenta hormony. Objevují se u něj časté výkyvy nálad, „...uráží se, protestuje, když je omezována jeho samostatnost a když se vůbec o někoho pečuje jako „o malého“, když je usměrňován, kontrolován, nucen k poslušnosti, trestán, když se nebere ohled na jeho zájmy, postoje, hodnoty atp.“ (Petrovskij, 1977, 102). Všechny uvedené aspekty „...podtrhují význam biologických faktorů pro adolescentní rozvoj, konkrétně pohlavní dozrávání a nástup sexuality“ (Macek, 2003, 15). Vágnerová tvrdí, že jde o proces, který má svoje psychosociální důsledky, kdy zevnějšek pubescenta se stává podnětem ke změně sebe pojetí i reakci okolí.

3.2 Aspekty psychologické a socializační

„Psychosociální teorie posuzují dospívání z hlediska vztahu mezi psychickým zvládáním, resp. vyrovnáváním se s proměnami danými dozráváním a sociálními podmínkami, které je mohou pozitivně i negativně ovlivnit“ (Vágnerová, 2005, 322). Toto období se často z hlediska psychologického a socializačního označuje jako „bouře a vzdor“ (Macek, 2003). Období dospívání je charakteristické hledáním vlastní identity, což nutně souvisí s emočními změnami v prožívání jedince. „Mnoho času tráví mladiství tzv. denním sněním, k němuž jim napomáhá jednak nový mohutný příliv fantazie, jednak již zmíněný objev vlastního vnitřního světa“ (Matějček, 1999, 84). Pubescentovo chování by se dalo přirovnat k mechanismu kyvadla. Je tu jak velká citová uzavřenost, zároveň ale také častá konfliktnost s okolím. „Pubescent odmítá podřízené postavení, resp. odmítá demonstrovanou formální nadřazenost autorit, jako jsou rodiče nebo učitelé“ (Vágnerová, 2005, 346). Dospívající většinou reagují přehnaně precitlivěle a nepřiměřeně daným podnětům. Jejich citové prožívání je však krátkodobé. Protože nejsou schopni vysvětlit příčiny svého podráždění, reagují i na své vlastní pocity rozmrzele a zmateně. „Mění se sociální chování a hodnotové orientace, objevuje se nová rovina emocionálního života – přátelství“ (Petrovskij, 1977, 7). Dospívání je pro mnoho pubescentů také obdobím velkých lásek a velkých zklamání. Přátelské vztahy dospívajících jsou stále více založeny na vzájemném sdílení prožitků se současnou potřebou určité nezávislosti (Macek, 2003). Matějček (1999, 86) poukazuje na to, že pokud toto přátelství „...vstoupí do vztahů erotických, je velká naděje, že je povznese do vyšších sfér a dodá jim na trvalosti.... S přátelstvím svých dětí v tomto věku proto nakládejme opatrně“. Jakýmsi symbolem dospívání je odpoutání se od rodičů, osamostatnění se a svoboda rozhodování, což však v sobě nese i pocit nejistoty z budoucnosti.

V tomto období dochází také ke změně myšlení. „Pro dospívající je typická potřeba přemýšlet o tom, jaký by tento svět mohl, resp. měl být“ (Vágnerová, 2005, 332). Toto myšlení se označuje jako tzv. hypoteticko-deduktivní myšlení. „Dospívající používají účinnější paměťové strategie, jak v oblasti zapamatování, tak vybavování“ (Vágnerová, 2005, 345). Začínají se formovat nejlepší strategie pro učení. Pubescenti jsou často ve svém myšlení a rozhodování velmi radikální, hodně kritičtí, odmítají jakékoliv výjimky a kompromisy. Kladou velký důraz na spravedlnost. Postupně si ujasňují hierarchii hodnot a postupně reflektují a stabilizují svůj vztah ke světu a životu (Macek, 2003). Podle Vágnerové (2005,

344) „změna uvažování ovlivní i postoj k základním psychickým potřebám a způsob jejich uspokojování“.

4 PODPORA ZDRAVÍ U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH PACIENTŮ

Dle Klenera & Klenera jr. (2010) je nejúčinnější cestou boje proti výskytu nádorových onemocnění samotná prevence vzniku nádoru. Celoživotní riziko vzniku onemocnění se pohybuje okolo 40 %. Předpokládá se, že správná prevence může celkově snížit prevalenci nádorových onemocnění až o 30-40 %. Jako prevence se doporučuje správná výživa (tj. úprava jídelníčku, dodržování denního příjmu ovoce a zeleniny a vhodných výživových doplňků, pitný režim), změna životního stylu (stres, alkohol, kouření), udržování tělesné hmotnosti v mezích normálního body mass indexu a s tím související pravidelná přiměřená pohybová aktivita.

Jasně příčiny nádorového onemocnění nejsou známy (Kubecová et al., 2011), nicméně podle Janíkové, Doubka et al. (2012), mezi nejčastější rizikové faktory vzniku onkologického onemocnění patří:

- Životní a pracovní prostředí - kde se člověk dlouhodobě pohybuje, výskyt zdrojů jedovatých a škodlivých látek (výfukové plyny, výpary apod.).
- Nesprávná výživa, zejména nadvýživa vedoucí k obezitě (tučná strava s nedostatkem vitaminů a vlákniny).
- Nedostatek pravidelné pohybové aktivity, přílišný stres bez dostatečné relaxace a spánku.
- Rizikové chování (zejména alkohol, kouření, užívání drog).

S tím souhlasí i Vyhlídal (2014) který tvrdí, že „pohybová aktivita patří společně s předcházením kouření a správnou životosprávou mezi tři klíčové faktory prevence vzniku rakoviny“. Pojmy pohybová aktivita, zdraví, životní styl a kvalita života spolu vzájemně souvisí a během života jedince se navzájem ve větší či menší míře ovlivňují a prolínají.

4.1 Zdraví

„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO, 1948, 100). Dle Křivohlavého (2003, 40) se za zdraví považuje „celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“. Zdraví je jedním

z hlavních předpokladů pro smysluplný kvalitní život. Je to jeden z hlavních pilířů, který prezentuje hodnotu lidství (Krejčí et al., 2010). Dle WHO (1948) je hodnota zdraví zásadní pro dosažení bezpečnosti, míru a spokojenosti ve společnosti. Tato hodnota je závislá na spolupráci jednotlivců, ale i celých států. Správné informování veřejnosti a její následná aktivní spolupráce má zásadní vliv na celkové zlepšení zdraví. Jeden z nejdůležitějších významů se přikládá zdravému vývoji dětí a tomu, aby byly schopni žít zdravě, aktivně a smysluplně v neustále se měnícím životním prostředí. Dle Kalmana, Vašíčkové et al. (2013) je totiž životní styl a chování dospělých osob výsledkem vývoje člověka v dětství a dospívání. Už v dětském věku se stále ve větší míře začínáme potýkat s hlavními behaviorálními faktory ohrožujícími zdraví. Jsou to pohybová inaktivita, nesprávná výživa, kouření a nadměrná konzumace alkoholu. Sledování výskytu těchto rizikových faktorů ovlivňujících zdraví, správná prevence a případně včasná intervence, jsou tedy u skupiny mladých lidí velmi důležité, jelikož velkou částí zasahují i do jejich zdravotního stavu v dospělosti.

4.2 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících zdraví. „Pod pojmem pohybová aktivita v širším smyslu tohoto slova rozumíme jakoukoliv lidskou činnost, a to uvědomělou či neuvědomělou, která souvisí s pohybem člověka“ (Vyhlídal, Ješina et al., 2014, 49). EU Physical Activity Guidelines (2008, 3) definuje pohybovou aktivitu jako „...jakýkoli tělesný pohyb spojený se svalovou kontrakcí, která zvyšuje energetický výdej nad úroveň odpočinku“. V této definici jsou tedy zahrnuty všechny kontexty pohybových aktivit. Spadají sem pohybové aktivity ve volném čase (tanec, sportovní aktivity aj.), pracovní pohybová aktivita, pohybová aktivita v domě či v okolí domu (práce na zahrádce a pohybová aktivita spojená s přesunem (chůze, cyklistika aj.) (EU Physical Activity Guidelines, 2008).

Pravidelná pohybová aktivita hraje nenahraditelnou roli v celkovém zdraví jedince. Má vliv na rozvoj a zvýšení kardiovaskulární a svalové zdatnosti, zvýšení zdraví a odolnosti kostní tkáně, snižuje riziko vzniku a zároveň slouží jako prevence vzniku všech civilizačních onemocnění (Vyhlídal, Ješina et al., 2014). WHO (2015) uvádí, že zvýšený BMI (body mass index) je v dnešní společnosti hlavním rizikovým faktorem pro vznik civilizačních onemocnění (zejména kardiovaskulárních onemocnění, poruch pohybového aparátu-osteoartritida, diabetes mellitus a některých druhů rakovin). Riziko vzniku těchto nemocí se zvyšuje s nárůstem BMI.

WHO (2015) definuje BMI (body mass index) jako jednoduchý index, který se běžně používá ke klasifikaci nadváhy a obezity u dospělých. Spočítá se jako hmotnost osoby v kilogramech dělená druhou mocninou jeho výšky v metrech (kg / m^2).

- BMI větší než nebo rovno 25 znamená nadváhu.
- BMI větší než nebo rovno 30 znamená obezitu.

Nadváha a obezita bývají definovány jako abnormální či nadměrné ukládání tuku, které může poškodit zdraví jedince. Vznikají v důsledku pohybové nečinnosti a špatné životosprávy již v dětském věku. Dětská obezita je spojována s vyšší pravděpodobností předčasného úmrtí a invalidity v dospělosti. Obézní děti mohou mít v budoucnosti dýchací potíže, zvýšené riziko zlomenin, hypertenze, časné příznaky kardiovaskulárních onemocnění, inzulínovou rezistenci a psychologické problémy (WHO, 2015). „Méně se však ví, že tělesná inaktivita je dnes považována také za rizikový faktor mnoha častých zhoubných nádorů“ (Janíková, Doubek et al., 2012, 80). Proto se v posledních letech začínají země ve svých politikách zabývat také podporou pohybových aktivit. Avšak dosažení cílené pohybové aktivity vyžaduje spolupráci více odvětví mezi sebou. Musí dojít ke spolupráci s resortem dopravy, územním plánováním, s rekreací a sportem a s resortem vzdělávání. Cílem je vytvořit bezpečné prostředí, které je příznivé pro pohybovou aktivitu všech věkových skupin (WHO, 2014). Podporování pohybových aktivit je jedním z nejefektivnějších a nejúčinnějších způsobů, jak předcházet vzniku civilizačních onemocnění. Navíc je daleko efektivnější, ekonomičtější a účinnější než samotná léčba (Vyhlídal, Ješina et al., 2014). „Pravidelná pohybová aktivita vytváří nejen podmínky pro prodloužení života, ale má také vliv na kvalitu života a radosti ze života“ (Labudová & Antala, 2011, 18).

4.2.1 PA jako prostředek prevence

„Pohybová aktivita má z obecného pohledu na osoby všech věkových skupin mnohokrát prokázaný blahodárny vliv“ (Janíková, Doubek et al., 2012, 79). Bezesporu se řadí mezi základní prostředky prevence všech civilizačních onemocnění. Lidé si to však často ani neuvědomují a to i z toho důvodu, že pohybová aktivita není nikde legislativně ukotvena jako nezbytná součást primární prevence (Vyhlídal, Ješina et al., 2014). Je proto nutné, aby na pacienty často zapůsobil lékař, jakožto autorita, která pacienty namotivuje a přesvědčí o pozitivním vlivu cvičení a bude jej v této oblasti vést (Janíková, Doubek et al., 2012). Cílem primární prevence je omezit nebo zlikvidovat známé příčiny vzniku nádorů. Je bohužel

skoro nemožné předejít národům vrozeným, nicméně v průběhu života začínají na dítě působit okolní vlivy prostředí a těm předejít lze. S rostoucím věkem začínají adolescenti kouřit, pít alkohol, případně užívat drogy, jejich stravovací návyky se zhoršují a snižuje se i jejich pohybová aktivita, začíná u nich převažovat sedavý způsob života. Důkazem toho je stále častější výskyt nádorů, které jsou typické pro dospělý věk už u dětí (Koutecký & Cháňová, 2003). Je nesmírně důležité, aby si především dospívající uvědomili, že za své zdraví si neseme odpovědnost každý sám. Prevence tedy začíná už v momentě uvědomění si svého zdraví, dále ve snaze eliminovat rizikové faktory vzniku nemocí a s čímž souvisí i změna v životním stylu. V rámci prevence a udržení si zdravého životního stylu existují doporučení Evropské komise EU Physical Activity Guidelines, týkající se podpory pohybové aktivity u všech věkových skupin populace (Vyhlídal, Ješina et al., 2014).

4.2.1.1 EU Physical Activity Guidelines

Je významný strategický dokument v oblasti podpory pohybových aktivit, který vydala Evropská komise v roce 2008. Studie se zabývá přínosy, které by měla mít pohybová aktivita pro populaci a to v oblastech politiky sportu, vzdělávání, veřejného zdraví a dopravy a životního prostředí. Součástí dokumentu jsou směrnice doporučené pohybové aktivity pro širokou škálu uživatelů zabývajících se pohybovou aktivitou. Tato doporučení se zaměřují na všechny věkové kategorie: na děti adolescenty ve věku 6-17 let, na dospělou populaci ve věku 18-64 let, a starší populaci (seniory) ve věku 65 let a více.

Dle Evropské komise (2008) a Kalmana et al. (2015) se doporučují tyto směrnice pohybové aktivity:

- *Děti a adolescenti (6-17 let)* - doporučuje se minimálně 60 minut denně střední až vysoké intenzity fyzické aktivity. Podstatnou část by měla tvořit aerobní aktivita, přičemž většina vykonávané aktivity by měla být intenzity střední. Minimálně však tři dny v týdnu by měla tato věková kategorie vykonávat pohybovou aktivitu intenzity vysoké. Alespoň třikrát týdně by se dítě mělo věnovat posilovacím cvičením jako například sedům lehům, poskokům, dřepům či jiným základním atletickým a gymnastickým cvičením. 60 minut pohybové aktivity denně lze sestavit z více na sebe navazujících částí nicméně, žádná část by neměla být kratší než 10 minut, jinak se účinnost pohybové aktivity značně snižuje. Činnosti v mladším věkovém období by měly mít spíše charakter herní formy.

- *Dospělí (18-64 let)* – doporučuje se minimálně 30 minut pohybové aktivity střední intenzity 5 dní v týdnu nebo alespoň 20 minut pohybové aktivity vysoké intenzity 3 dny v týdnu. Tato aktivita by měla být 2-3x týdně doplněna posilovacím a protahovacím cvičením zvyšujícím svalovou sílu a vytrvalost. Jako pohybová aktivita střední intenzity je doporučována např. jízda na kolečkových bruslích, rychlá chůze, jízda na kole. Mezi doporučované pohybové aktivity vysoké intenzity patří běh, aerobic, fotbal, turistika.
- *Starší populace (senioři) 65 let a více* – pro seniory v dobré kondici se doporučuje stejně jako u dospělé populace se plnit minimálně 30 minut pohybové aktivity střední intenzity 5 dní v týdnu nebo alespoň 20 minut pohybové aktivity vysoké intenzity 3 dny v týdnu. Doporučuje se rovněž zařadit 2-3x týdně posilovací a protahovací cvičení zaměřená především na hlavní svalové skupiny a balanční a kompenzační cvičení pro zlepšení rovnováhy a eliminaci pádů. U této věkové skupiny je jakákoliv pohybová aktivita vítaná. Doporučuje se věnovat se domácím činnostem, pracovní činnosti na zahrádce a okolo domu a procházkám.

4.2.2 PA jako součást a podpora léčby

Klíčovou roli hrají pohybové aktivity nejen jako prostředek prevence nádorových onemocnění, ale také jako součást a podpora léčby. Neméně důležité jsou rovněž ve volnočasových aktivitách, po ukončení léčby. Pohybové aktivity nás provází celým životem a mají velký vliv, jak na naši fyzickou, tak i psychickou a sociální stránku. Právě ty mohou být u dětí s onkologickým onemocněním více narušené než u intaktní populace a potřebují tedy více stimulovat (Vyhlídal, 2014). „Bylo potvrzeno, že tělesná aktivita, na rozdíl od drtivé většiny léčebných prostředků je bez jakýchkoli nežádoucích účinků“ (Janíková, Doubek et al., 2012, 86).

Intenzivní léčba zahrnuje řadu nežádoucích vedlejších účinků a je proto spojena s hospitalizací a změnou běžného denního režimu. Běžnému člověku by se zdálo logické, že během takovéto léčby není absolutně možné pravidelně provozovat jakékoliv tělesné cvičení. Existují však důkazy, že i pacienti, kteří podstupují jeden z nejintenzivnějších léčebných zásahů (alogenní transplantace kostní dřeně) se mohou účastnit přiměřeně náročného pravidelného intenzivního tréninku bez rizika vzniku nežádoucích účinků. Cvičení pacientům navíc přináší zvýšení aerobní kapacity, svalové síly, snížení únavy a emočního vypětí. Podobné blahodárné účinky pohybové aktivity byly zjištěny i u pacientů s leukémií, kteří se

však vzhledem ke své intenzivnější, toxičtější a delší léčbě účastnili pouze 12-ti minutové chůze 5 dní v týdnu v časovém intervalu 3 týdnů. Nicméně pouhá krátká chůze vedla u pacientů ke zlepšení tolerance zátěže a zmírnění únavy (Janíková, Doubek et al., 2012). S tím souhlasí i výzkum Baumanna, Blocha, & Beulertze (2013), který rovněž prokázal, že pohybové aktivity během léčby mají pozitivní dopad na pacienty a zmírňují vedlejší účinky léčby. Zjistilo se, že pozitivně působí pohybová aktivita především na děti s akutní lymfoblastickou leukémií. Výsledky potvrzují, že přiměřená pohybová aktivita má pozitivní dopad na imunitní systém, složení těla, spánek, ale i na psychosociální faktory (opětovné začlenění dětí do kolektivu, kognitivní funkce jedince).

Dle Janíkové, Doubka et al. (2012) jsou známy studie, které jasně dokazují, že na průběh léčby, výsledek a dobu přežití má zásadní vliv, to jak se lidé ke své nemoci postaví. Základním kamenem dobrého zvládnutí nemoci je postavit se jí čelem, což v sobě nese i schopnost umět přijmout pomoc, protože nemoc postiženého velmi výrazně oslabí. Pacient se musí naučit žít se svou nemocí, přijmout fakt, že má diagnózu onkologického onemocnění a spolupracovat, snášet léčbu a její vedlejší účinky. Vedlejší účinky mají vliv na psychickou stránku jedince, mohou způsobovat stres a emoční rozrušení. Dle US. Department of Health and Human Services (1996) se zjistilo, že pohybová aktivita dokáže zbavit jedince příznaků deprese, úzkosti a zlepšit mu náladu. Zdá se, že pohybová aktivita vede ke zvýšení kvality života ve vztahu s posílením psychické pohody (well-being) a celkové psychiky pacientů se špatným zdravotním stavem.

Přestože jsou známy důkazy o pozitivních účincích pohybové aktivity na celkový průběh onkologického onemocnění, je velmi překvapující, že jako součást podpůrné péče jsou pohybové aktivity zatím tak málo doporučovány a využívány. Zdá se, že existuje několik příčin:

- První příčinou je, že po stanovení diagnózy nádoru se obvykle pacientovo okolí domnívá, že by se měl dotyčný šetřit, odpočívat, což samozřejmě vede ke snížení až eliminování běžné pohybové aktivity.
- Druhou příčinou je, že léčba působí toxicky na metabolismus, kosterní a svalový aparát člověka. Pacient je unavený a na únavu bohužel reaguje pasivním odpočinkem.
- Lékaři, kteří si v této oblasti nejsou úplně jistí, neznají nové výzkumy, často pohybovou aktivitu nedoporučí či dokonce zakáží (Janíková, Doubek et al., 2012).

4.2.2.1 Doporučené pohybové aktivity v průběhu léčby

Dle Valenty (2008) se na fázi hospitalizace dítěte a podporu pohybových aktivit zaměřuje nejvíce pozornosti, jelikož dítě i rodiče jsou v této fázi nejvíce zranitelní a potřebují největší pomoc, jak fyzickou, tak i psychickou. Pohybové programy a herní aktivity tak v nemocničním prostředí hrají nepostradatelnou roli. Během léčby je vhodné zařadit spíše aktivity nižší intenzity. Vše se odvíjí od individuálního stavu pacienta a doporučení lékaře. Pohybové aktivity praktikované v nemocničním prostředí lze rozdělit na více skupin (Vyhlídal, Ješina et al., 2014):

- **dechová gymnastika** (nácvik správného dýchání pomocí různých hraček, pomůcek),
- **cvičení na rehabilitačních míčích** (nácvik správného držení těla, relaxace, protažení)
- **jóga** (nácvik správného dýchání, posilování dýchacích svalů, uklidnění, relaxace a koncentrace). V poslední době se rozvíjí metoda jógy smíchu, jakožto nového terapeutického prostředku. Jóga smíchu spočívá v unikátní myšlence, že každý člověk se může smát bez důvodu. Jóga smíchu využívá toho, že smích působí na celé tělo. Je dokázané, že kladné emoce, které smích vytváří, mají pozitivní vliv na oběhový, dýchací, nervový, trávicí, hormonální a rovněž pohybový systém člověka. Smích totiž stimuluje bránici a dává do pohybu břišní svaly, ovlivňuje krevní oběh, zlepšuje dýchání, uvolňuje stres, svaly a zvyšuje obranyschopnost organismu (Lauermannová, 2012).
- **psychomotorické aktivity** – jsou velmi vhodným prostředkem pohybových aktivit, protože jsou snadno přizpůsobitelné a modifikovatelné, jak pro danou skupinu, tak i pro prostředí, kde se provádí (Trávníková, 2014). „Termínem psychomotorika obecně rozumíme výchovu pohybem. Už při pohledu na tento název je jasné, že se nejedná pouze o cvičení za účelem zlepšení obratnosti, posílení fyzické zdatnosti, ale že jde o cvičení, které napomáhá také rozvoji psychických funkcí” (Blahutková, Klenková, & Zichová, 2007, 23). Psychomotorika je určitá forma pohybové aktivity zaměřená na prožívání pohybu, na poznávání vlastního těla, okolního světa, prostředí, předmětů a osob (Blahutková, 2006). Psychomotorické učení je díky své nesoutěžní povaze vhodné zejména u jedinců, kteří jsou pohybově méně nadaní, mají určité postižení či zdravotní oslabení (Blahutková, Klenková, & Zichová, 2007). Z hlediska pohybových aktivit lze psychomotoriku rozdělit na psychomotorickou terapii a psychomotorické hry. Během psychomotorické terapie si dětské pacienti prochází různými technikami jako hraní rolí, hudba, kreslení, tanec, relaxační techniky a podobně. Pomocí těchto technik se děti s onkologickým onemocněním vyrovnávají s napětím, úzkostí a negativními pocity, které

s sebou léčba přináší (Trávníková, 2014). Hry s dětmi v nemocnicích realizuje herní specialista, který pomocí hry pomáhá dítěti, aby porozumělo své nemoci, nemocničnímu prostředí, získalo kladný vztah k nemocničnímu personálu a optimistický pohled na svou léčbu (Valenta, 2008).

- **herní technologie** – do této kategorie spadají pohybové aktivity realizované prostřednictvím moderních herních technologií. Tyto technologie jsou velmi populární a zaujmou děti především propojením virtuální reality se skutečným pohybem. Vzbuzují u dětí motivaci k provádění pohybových aktivit a stávají se tak součástí mnoha terapií. (Vyhlídal, 2014). Parsons et al. (2009) rovněž potvrzují, že využití virtuální reality v rámci léčby a rehabilitačních programů je jak u dětských onkologických pacientů, tak i u dětí se specifickými poruchami učení velmi přínosné. Popularita této formy pohybových aktivit u léčených dětí prudce roste. Poskytuje jim totiž možnost podílet se alespoň na nějakém pohybovém programu, navíc je to forma zábavná, hravá a zároveň prospěšná. Má vliv na psychickou stránku jedince, kdy se děti začleňují do kolektivu, protože hru často hrají s ostatními pacienty na oddělení. Zařazení těchto virtuálních systémů do rehabilitačních programů dětí, které jsou ve špatném zdravotním stavu, se proto stále více doporučuje (Salem & Elokda, 2014). Mezi nejvíce využívané herní technologie patří v dnešní době Xbox 360 Kinect, Nintendo Wii a Playstation Move“ (Vyhlídal, 2014).
- **drobné pohybové hry** – probíhají organizovanou formou, čili máme větší kontrolu nad intenzitou zátěže účastníků. Důležitá je u těchto her modifikace a přizpůsobení se individuálním stavům dětí např. při volbě prostředí (dětí při onkologické léčbě často nesmí na slunce aj.). Tyto hry je vhodné využít nejen v období intenzivní léčby, ale i pro následující rekonvalescenci a samozřejmě pro zpětnou resocializaci dětí s onkologickým onemocněním mezi své vrstevníky (Ješina, 2014).

4.2.3 PA po ukončení léčby, součást volnočasových aktivit

Děti s onkologickým onemocněním by se po ukončení léčby měly aktivně účastnit všech dostupných a vhodných volnočasových aktivit samozřejmě s ohledem na jejich charakter onemocnění. Časem by se měly v provozování pohybových aktivit vyrovnat svým vrstevníkům. Často jsme však bohužel svědky toho, že úzkostní rodiče se o své děti bojí a brání jim v pohybové aktivitě (Vyhlídal & Ješina, 2010). Bylo zjištěno, že účast ve volnočasových aktivitách má významný vliv na psychické zdraví dospívajících a zvyšuje vědomí vlastní výkonnosti (Vlčková, 2011). Janíková, Doubek et al. (2012) tvrdí, že

v rekonvalescenci, po úspěšné léčbě je potřeba pravidelné cvičení se zvyšující se intenzitou zatížení, zejména pokud se při onemocnění objevila ztráta hmotnosti a pacient má nyní dostatečný přísun kvalitní stravy. Po ukončení léčby navíc doporučují dodržovat tři základní zásady pro pohybovou aktivitu:

- Pohybová aktivita musí pacienta bavit, má to být, odpočinek, setkání s vrstevníky. Nesmí pacienta štvát a ničit.
- Zpočátku je daleko důležitější psychologický efekt, než typ zátěže. Je důležité, aby se pacient cítil při aktivitě dobře, byl obklopen lidmi, kteří mu rozumějí a podporují ho.
- Dodržovat heslo 3P: Postupnost, Přiměřenost, Pravidelnost.

Pro pacienty po ukončení léčby jsou připravovány tzv. resocializační programy. Tyto programy jsou zaměřené nejen na rozvíjení úrovně pohybových aktivit, ale především na posílení sociálních dovedností a psychické odolnosti dítěte i jeho rodiny. Jelikož jsou účastníci bezprostředně po ukončení léčby, je nutné, aby účast na těchto akcích potvrdil a schválil lékař (Ješina, Hamřík et al., 2012).

Podle Vyhlídala (2014) se resocializační programy se zaměřují na tři základní oblasti:

- *Oblast sociální* – ukazuje se, že dlouhodobé vyřazení onkologicky nemocných dětí ze sociálních aktivit má negativní dopady na osobnost dítěte. Dle Vlčkové (2011) děti často po návratu do školy musí často čelit posměškům o jejich odlišnosti a ošklivosti, což je mnohdy daleko bolestivější než fyzická bolest z onemocnění. Proto jsou v rámci upevňování sociálních vazeb na ozdravné pobyty bráni i sourozenci, kamarádi a nejbližší přátelé vyléčených dětí. Tyto programy kladou důraz na vzájemnou komunikaci a interakci mezi vyléčeným a zdravým jedincem. Dětem toto soužití pomáhá zvýšit sebevědomí a usnadňuje začlenění zpět mezi své vrstevníky.
- *Oblast psychickou* – psychika dětí po ukončení léčby je velmi narušena. Děti mohou často pociťovat méněcennost, trpí ztrátou sebevědomí a psychické rovnováhy. Navíc po ukončení léčby často vypadají vyčerpaně, nezdravě, mohou mít i vypadané vlasy, což jim na psychické stránce jednoznačně nepřidává. Dle Vlčkové (2011) psychické následky léčby mohou u vyléčených dětí a jejich rodin přetrvávat ještě dlouhou dobu po ukončení léčby. Schopnost přizpůsobit a vyrovnat se se vším závisí na více faktorech – na věku v období diagnózy, rozumových schopnostech či na kohezi rodiny. Na ozdravných pobytech se kvůli tomu často využívají právě psychomotorické aktivity –

hra s psychomotorickým padákem, žonglování s šátky, masážní míčky, hry s barevnými víčky aj., které dítě s onkologickým onemocněním i jeho blízké hravou a zábavnou formou motivuje a pozitivně působí na jeho psychiku.

- *Oblast zdravotní* – přestože dítě již ukončilo léčbu, mohou u něj přetrvávat zdravotní komplikace. Proto je důležité podporovat u vyléčených dětí přiměřenou pohybovou aktivitu a postupným cvičením kompenzovat úbytky svalové hmoty, případný nárůst hmotnosti.

Mezi konkrétní resocializační programy, které organizuje Klinika dětské onkologie Fakultní nemocnice Brno a Nadační fond KRTEK se řadí pobyty pro rodiny s dětmi během léčby nebo po ukončení léčby a tábory sloužící rovněž jako ozdravné pobyty pro vyléčené děti. Ozdravné pobyty mají z hlediska resocializace pacientů velmi dobré výsledky a doporučují je přední čeští i světoví onkologové (Vyhlídal, 2014). Dle Stěrbové (2012) je pro rodinu velmi důležitým faktorem, jestliže může trávit čas společně se svým dítětem a účastnit se s ním tak přiměřených pohybových aktivit. Pohybové hry, kempy, tábory a jiné aktivity pohybového charakteru jsou proto důležitým prostředkem resocializace jak dětí s onkologickým onemocněním, tak i jejich rodin (Vyhlídal & Ješina, 2010). Na těchto resocializačních programech se mohou účastníci konkrétně setkat s převážně outdoorovými pohybovými aktivitami jako jsou nízké lanové překážky, geocaching, pěší i vodní turistika a aktivity v zimní přírodě (Vyhlídal, 2014).

Časté využívání her, cvičení a aktivit v přírodě jako prostředku resocializace je populární hned z několika důvodů:

- působí na stránku emocionální a psychickou,
- dovedou ovlivnit pocity a postoje účastníků,
- obohacují je o nové zážitky a zkušenosti,
- napomáhají zvyšovat sebehodnocení, sebedůvěru a důvěru v druhé lidi,
- přinášejí nové pohledy na vlastní tělesnost, potěšení z vlastní existence,
- významně napomáhají k rozvoji sociální interakce,
- učí ohleduplnosti a odpovědnosti,
- podporují vzájemnou komunikaci a spolupráci,
- pomáhají rozvíjet psychomotoriku, tělesné schopnosti a zvyšují tělesnou kondici,
- umožňují získat prožitek z přírody (Neuman, 2000).

4.3 Životní způsob a životní styl

Tento text vychází z mé bakalářské práce (viz Matějčková, 2013).

Tyto dva pojmy jsou často zmiňovány v souvislosti s vývojovými trendy současné společnosti, se zvyšující se technologizací volného času, s problematikou zdraví, pohybové aktivity a správné životosprávy. Oba zasahují do celého života člověka. „Termíny životní způsob a životní styl se týkají stejné problematiky, ale každý z pojmů ji „probírá“ z jiného hlediska – obsahově jde o totéž, ale z jiného pohledu, pod jiným zorným úhlem“ (Duffková, Urban, & Dubský, 2008, 114).

4.3.1 Životní způsob

„Životní způsob je možné charakterizovat jako strukturovaný souhrn relativně ustálených způsobů realizace každodenních činností a praktik v různých sférách lidské existence“ (Duffková, Urban, & Dubský, 2008, 113). Pojem životní způsob „postihuje především makrostrukturální stránku sociálních vlivů (ekonomické, ekologické, technické, kulturní, celospolečenské a skupinové procesy) a většinou se vztahuje k větším sociálním celkům“ (Kraus & Poláčková, 2001). „Životní způsob je termín určitým způsobem nadřazený v tom smyslu, že se týká skupiny, třídy, populace. Má tedy skupinový charakter a může představovat určitou úroveň či dokonce normu, která je pro danou skupinu typická“ (Hodaň, 2007, 154). Představuje obecnou kategorii, která zahrnuje spektra možných způsobů realizace každodenních činností a existujících variant životních praktik (Duffková, Urban, & Dubský, 2008).

Můžeme rozlišovat životní způsob podle:

- pohlaví,
- typu bydliště,
- věku a fáze životního cyklu,
- vzdělání,
- sociální struktury (společenská třída),
- zdravotního stavu,
- rodinného stavu,
- profese a povolání,

- zaměstnání (životní způsob lidí pracujících v různých směnách či nestandartních formách – noční, ranní směny, práce na dálku, z domova) (Duffková, Urban, & Dubský, 2008).

Životní způsob je velmi často nesprávně zaměňován s podobným, nicméně odlišným výrazem životní styl.

4.3.2 Životní styl

Dle Duffkové, Urbana, & Dubského (2008) a Hodaně (2007) je životní styl kategorií v rámci životního způsobu. Je mnohem konkrétnější, má vazbu na určitý subjekt, individuum, je proměnlivý, má svoji dynamiku. Každý jedinec si vytváří svůj životní styl dlouhodobě, nevědomky a zcela spontánně. Životní styl je „souhrn životních činností, prostřednictvím kterých lidé reprodukuje svoji existenci, uspokojují své potřeby, vstupují do konkrétních ekonomických a sociálních vztahů, zaměřují se na určité cílové hodnoty, při dodržování základních norem“ (Junger & Kasa, 1996, 76). Je nepochybné, že životní styl jednotlivce souvisí s hodnotami, ideály, mravy, zvyklostmi a životními plány, které si jedinec během svého života vytýčuje, a kterých chce svou činností dosáhnout (Kraus & Poláčková, 2001). Podle Hodaně (2007, 157) je životní styl jedince „především výsledkem realizace převažujících sociálních rolí a prostředí, ve kterém člověk žije“. Životní styl může být nazýván i jako „životní sloh chápaný někdy jako optimální uspořádání forem života v jediný harmonický celek“ (Kraus & Poláčková, 2001, 153). Životní styl vypovídá o kvalitě života člověka.

Životní styl a jeho optimalizace jsou důležitým pojmem v problematice volného času. „Optimalizace životního stylu má vést nejen k relativně optimálnímu stavu, ale i k pocitu optimální „pohody“. Za optimální stav je považován takový stav, který co nejdéle odpovídá objektivním předpokladům a možnostem, je nejpříznivější, udržuje organismus v rovnováze“ (Hodaň, 2007, 158). Neoptimálnější stav nastává, když je volný čas v rovnováze s pracovními povinnostmi jedince.

4.3.2.1 Determinanty zdravého životního stylu

Termín zdravý životní styl je velmi těžké přesně definovat, jelikož se jednotlivé zásady pro dodržování zdravého životního stylu poměrně rychle mění v čase (Duffková, Urban, & Dubský, 2008). Od druhé poloviny dvacátého století roste obrovským tempem technický rozvoj v dopravě, v úrovni bydlení a stavebním průmyslu, v zemědělství a zejména

v oblasti výpočetní techniky, v rychlosti v přenosu informací a v komunikaci. Životní styl mnoha lidí v dnešní společnosti je proto poznamenán nedostatkem pohybu, sedavým způsobem života, nepřiměřeným hlukem, spěchem, roztěkaností, nervozitou a stresem. Náš životní styl je často označován jako konzumní, pro nějž je typická nadměrná konzumace nejrůznějších potravin (často nezdravých) a časté plýtvání s nimi, dále užívání drog (alkohol, tabákové výrobky, narkotika aj.) (Krejčí et al., 2010). Jestliže vyjdeme z definice zdraví Mezinárodní zdravotnické organizace, tak vnímáme tři okruhy, kterých se budou doporučení zdravého životního stylu týkat. První oblastí je tělesná stránka člověka, člověk jako biologický organismus. Sem spadají zásady a doporučení týkající se správné výživy, hygieny, pravidelné pohybové aktivity a návykových látek (Duffková, Urban, & Dubský, 2008). Dle Slepíčky et al. (2009) má největší vliv na životní styl dnešní společnosti právě postupný pokles pohybové aktivity. V tomto směru by mohly problém vyřešit lepší prostorové a materiální podmínky pro realizaci pohybové aktivity. V poslední době se proto stalo trendem, že se města snaží vystavovat nové volnočasové parky, hřiště, venkovní posilovny či do parků přidávat přístroje a pomůcky na zvýšení aktivního životního stylu všech věkových kategorií. Druhou oblastí je psychická stránka člověka. Do této oblasti se řadí upevňování a udržování duševní pohody, rovnováhy, redukce stresu. Třetí oblastí je sociální pohoda člověka. Tato třetí oblast se týká dobré životní úrovně, uspokojivých mezilidských, především rodinných vztahů (Duffková, Urban, & Dubský, 2008).

Tyto tři determinanty zdravého životního stylu ovlivňuje z velké části hodnotová orientace člověka. Ta má zásadní význam pro jeho budoucí směřování. Je jasné, že všechny hodnoty nemají pro jedince stejný význam, váhu, proto je možné je zařadit do určitého žebříčku označovaného jako hodnotová orientace. Hodnotová orientace, je tedy uspořádání hodnot podle toho, čemu dává člověk v životě přednost nebo čemu přikládá větší důležitost. Hodnoty, které jedinec upřednostňuje, mají vliv na činnosti, které provozuje, na jeho postoje, názory a jsou proto základem pro volbu jeho individuálního životního stylu. Hodnotový žebříček se vytváří dlouhodobě na základě vlastních zkušeností, poznatků, prožitků, vlastností a schopností jedince. Velký vliv na formování hodnotové orientace jedince má hodnotová orientace jeho nejbližšího okolí, jeho vzorů, populárních osobností a masmédia, která udávají uznávaný a preferovaný systém hodnot v celé společnosti. Povaha hodnotové orientace však jednoznačně není u jedince stálá, v různých fázích života se proměňuje a s tím se mění i umístění jednotlivých hodnot na žebříčku. Mezi nejčastější změny, které mají vliv na posun hodnot, se řadí: životní etapy člověka, prožití nějakého traumatizujícího zážitku, prožití

nějakého životního zlomu, radikální změna životních podmínek, změna v rodině, změna v profesi apod. (Duffková, Urban, & Dubský, 2008).

Velkou změnou ve vnímání hodnot a především v celkové změně životního stylu může způsobit právě onkologické onemocnění. Dle Janíkové, Doubka et al. (2012) nemoc v dosavadním životě jedince zruší zaběhnutá pravidla, změni od základů životní styl jedince a většinou i životní způsob jeho rodiny. Lidé s onkologickým onemocněním, ale i rodiče dětí, které tímto onemocněním trpí, se často trápí, jsou zoufalí a nemohou se srovnat s tím, že se jejich život změnil, že nemohou dělat to, co dělali dřív. Změni se možnosti a schopnosti provádět činnosti, které předtím lidé považovali za smysluplné, hodnotné. Avšak na nemoc lze pohlížet i jako na cestu k osobnímu zrání. Musí si uvědomit, čím mohou dát svému životu nový smysl. Může to být i impuls k tomu, aby zhodnotili svůj dosavadní život, zvážili, zda byl dostatečně vyrovnaný, pestrý a zda ho žili tak, jak by chtěli. Díky své nemoci si mnohdy uvědomí, že problémy, které se dříve zdály neřešitelné, vyřešit jdou. Často se také změni jejich hodnoty, postoje a priority k vlastnímu životu. Tím vším získávají pozitivnější pohled na svět a sebe, psychickou sílu a pocit, že zase dokážou řídit vlastní život. Samozřejmě existují osudové situace, které změnit nejdou, nicméně i k nim lze zaujmout nový životní postoj.

4.4 Kvalita života

„V posledních několika desetiletích byl zaznamenán rozvoj velkého množství studií zaměřených na kvalitu života především dospělých osob, zejména v oblasti veřejného zdraví a mentálního postižení. Teprve nedávno výzkumy začaly zahrnovat i skupiny dětí a dospívajících“ (Koot & Wallander, 2001, 3). Termín kvalita života je v současnosti často diskutovaným a velmi aktuálním tématem, který zasahuje do mnoha oblastí lidské činnosti a je předmětem zkoumání mnoha vědeckých oborů (Mareš, 2006).

WHO (1997, 3) definuje kvalitu života jako:

„...individuální vnímání svého postavení v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých jedinec žije a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široký koncept, který je komplexním způsobem ovlivněný fyzickým zdravím člověka, psychickým stavem, úrovní nezávislosti, sociálními vztahy, osobním přesvědčením a vztahy ke klíčovým vlastnostem jeho životního prostředí“.

Pojem kvalita života bývá vymezován nesčetnými způsoby od velmi obecných definic jako „seberealizace“, „schopnost vést normální život“, až po souhrnnější definice zaměřující se na jeden konkrétní aspekt kvality života (Vaňurová & Mühlpachr, 2005). Ačkoliv je termín kvalita života velmi diskutovaným a uváděným pojmem, nelze mezi autory najít názorovou shodu. Dle Payne (2005, 207) „je to způsobeno právě tím, že o kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a různých vědních disciplínách.... Často se také setkáváme s pojmy jako „sociální pohoda“ (*well-being*), „sociální blahobyt“ (*social welfare*) a „lidský rozvoj“ (*human development*), které jsou používány jako ekvivalentní či analogické termíny“. S nemožností přesně definovat kvalitu života souhlasí i Veenhoven (2006), která uvádí čtyřnásobnou klasifikaci kvality života. Kvalitu života chápe ve čtyřech stěžejních oblastech:

1. obyvatelnost životního prostředí (*liveability of the environment*) – zahrnuje životní podmínky, životní úroveň,
2. životaschopnost osoby (*life - ability of the person*) – zahrnuje vnitřní životní šance, jak jsme si schopni poradit s problémy života, s postižením apod.,
3. užitečnost (využitelnost) života (*utility of life*) – převažuje názor, že pokud máme být v životě spokojeni, měli bychom žít pro víc než jen sami pro sebe, aby měl život nějaký smysl.
4. ocenění života (*appreciation of life*) – patří sem vnitřní výsledky života, subjektivní pohoda, životní spokojenost, štěstí jedince.

„Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky...“ (Payne, 2005, 207). Tyto podmínky se dle Hnilicové a Bencka (2005) mohou rozdělovat do dvou základních dimenzí kvality života na subjektivní, čímž je míněna jak část kognitivní tj. osobní spokojenost s životem, tak i část emocionální tj. citové prožívání. A na dimenzi objektivní, kam se řadí materiální, ekonomické a sociální požadavky na život, postavení jedince ve společnosti a fyzické zdraví. S tím souhlasí i Jesenský (2000), který rozčleňuje kvalitu života vzhledem k osobám s postižením rovněž do dvou skupin. Na činitele vnitřní a činitele vnější. Mezi vnitřní činitele řadí somatické a psychické vybavení jedince změněné defektem, vadou, poruchou a tudíž i vše, co podmiňuje rozvoj a integritu jeho osobnosti. Mezi vnější činitele zahrnuje přírodně-ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, ekonomické a materiální podmínky a požadavky na život jedince s postižením. Činitele vnitřní tedy odpovídají subjektivní dimenzi kvality života a činitele vnější, objektivnímu vnímání kvality života. Z vymezení týkajících se kvality života jedince hraje

zásadní roli „...osobní spokojenost – spokojenost s těmi oblastmi lidského života, které ve svém životě považuje za podstatné. S jistým zjednodušením lze říci, že kvalitní život má ten, kdo je s ním spokojený“ (Ješina, Hamřík et al., 2012, 31).

4.4.1 Hodnocení kvality života

Jak je možné pozorovat, kvalita života je velmi komplexní pojem. „Je těžko uchopitelný pro svou multidimenzionalitu.... Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebe pochopení“ (Šubrt et al., 2008, 122). Proto ho lze posuzovat z mnoha úhlů pohledu. Dle Gurkové (2011) je hodnocení kvality života založeno na porovnávání naší úrovně života s předpokládanou normou úrovně života populace, nebo se životem druhých lidí. Podle Payne (2005) lidé hodnotí kvalitu svého života v jednotlivých oblastech a suboblastech hlavně na základě dvou podmiňujících faktorů. Jde o faktor důležitosti, jaký má daná oblast pro jedince význam a o faktor využívání, tj. jak často dochází k uplatňování těchto oblastí v životě jedince. Dle Křivohlavého (2004) je možné z hlediska rozsahu rovněž hodnotit kvalitu života jednotlivce (individa), kvalitu života dvojice lidí (v manželství, přátel, ve vztahu nadřízený – podřízený, učitel - žák, trenér – cvičenec) a rovněž kvalitu života skupiny lidí. Jak skupiny malé (rodiny, školní třídy, tělocvičného družstva), tak velké (onkologicky nemocní pacienti, pacienti s diabetes mellitus) či skupiny ve státě, konkrétní národ.

4.4.2 Kvalita života a její měření u onkologicky nemocných dětí

Postupem času docházelo k významným pokrokům v oblasti léčby a péče o pacienty s chronickým onemocněním v dětském věku. Rostl počet zachráněných a řešilo se jejich přizpůsobení a vyrovnání se s často nejistým přežitím. Tyto všechny indikátory vedly ke snaze posoudit dopad nemoci na kvalitu života dospívajícího člověka, jeho fyzickou kondici, psychickou a sociální stránku jedince i jeho rodiny a vlivu na další faktory života jedince s handicapem (Koot & Wallander, 2001).

Dle Ješiny, Hamříka et al. (2012) významným faktorem, který ovlivňuje kvalitu života osob se zdravotním postižením, je hloubka a typ postižení. Gurková (2011) dodává, že kvalita života pacientů je podmíněna i intenzitou a dobou trvání symptomů onemocnění, jakožto i psychickými a sociálními faktory (osobnostní charakteristiky, aktuální psychický stav aj.). Nejružnější důsledky zdravotních postižení mohou mít vliv na účast jedince ve volnočasových aktivitách, především pohybového charakteru. Vše je však ovlivněno hlavně vůlí, postoji

jedinice, dostupností dané aktivity, podporou okolí a samozřejmě reálnými možnostmi participace (Ješina, Hamřík et al., 2012). „Sledování kvality života související se zdravím a nemocí je dnes nejrychleji se rozvíjející oblastí výzkumu kvality života vůbec.... Prodlužující se délka života s sebou nese zvýšený zájem o kvalitu takto získaných roků života“ (Mareš, 2006, 145).

K měření kvality života u dětských onkologických pacientů se využívají speciální výzkumy, které se zajímají o to, jak velký vliv má zdraví a nemoc na kvalitu života těchto lidí. Pro tuto oblast se nejvíce používá termín „Health-Related Quality of Life“ (HR-QoL, tedy kvalita života ovlivněná zdravím). Metody pro měření HR-QoL se zabývají téměř výhradně problémy v oblastech spojených s nemocí a léčbou. Nezabývají se otázkami osobní spokojenosti a celkové kvality života (Blatný et al., 2007).

Dle Gurkové (2011) se dosavadní výzkumy týkající se kvality života pacientů s chronickými chorobami zaměřují na oblasti:

- *subjektivní vnímání dopadu onemocnění* (dopad léčby na jednotlivé oblasti kvality života),
- *vnitřní a vnější determinanty kvality života* pacientů s chronickými onemocněními,
- *hodnocení efektivnosti konkrétní terapeutické léčby*, intervence vzhledem ke zlepšení kvality života jedince.

Výzkumů týkajících se onkologicky nemocných pacientů neustále přibývá, protože zjišťování kvality života v různých fázích nemoci zajímá jak samotné pacienty, tak i rodinné příslušníky, lékaře, zdravotní sestry, psychology a jiné příslušníky pomáhajících profesí (Mareš, 2006). Často nevyjasněnou otázkou i nadále zůstává, jakou váhu hrají v životě člověka právě zdravotní problémy a důsledky léčby.

Z výzkumů Schultz (2007) vyplývá, že dospívající, kteří přežili rakovinu, zejména leukémií a rakovinu centrální nervové soustavy, mají v porovnání se svými zdravými sourozenci zvýšené riziko rozvoje poruch chování, depresí a poruch pozornosti. Nicméně Blatný et al. (2007) podotýkají, že osobní nepohoda v oblasti jedné (zdravotní komplikace) nutně nemusí značit nedostatky v oblastech jiných. To potvrzuje výzkum Veselý, Kanioka, Mareše, & Ježka (2006) kde se zjistilo, že onkologičtí pacienti se necítí svou nemocí znevýhodněni ve volnočasových aktivitách oproti intaktní populaci. Toto zjištění doplňuje

Látka (2006), který poukazuje na závěry některých studií, kde podle důležitých ukazatelů týkajících se kvality života (osobní spokojenost, spokojenost s prací a okolím aj.) nebyl zjištěn žádný rozdíl ve vnímání kvality života mezi onkologickými pacienty a běžnou populací. Výsledky těchto výzkumů jsou velmi důležité, protože mohou „...pomoci lépe pochopit, jak se onemocnění a jeho léčba promítá do každodenního života pacienta, porozumět jeho preferencím, očekáváním, požadavkům.... Tato zjištění mohou být v klinické praxi aplikována s cílem zajištění adekvátní zdravotní a podpůrné péče, zlepšení adherence a sebedpěče pacienta“ (Gurková, 2011, 141).

4.5 Výživa

Správná výživa, tedy vyvážený poměr cukrů, tuků a bílkovin, příjem potravin s obsahem vitamínů, minerálů a energie jsou nezbytným prostředkem pro správné fungování organismu. Během onemocnění je její důležitost ještě více patrná. (Janíková, Doubek et al., 2012). V současné době je na správnou životosprávu kladen velký důraz, protože harmonicky vyvážená strava působí preventivně proti vzniku civilizačních onemocnění. Proto by správné stravování mělo být prioritou každého člověka mnohem dříve, než mu je některá z civilizačních chorob diagnostikována (Vránová, 2013).

4.5.1 Výživová doporučení pro běžnou populaci

Doporučuje se dodržovat tyto zásady zdravého stravování:

- výše optimálního denního energetického příjmu je individuální, nicméně měla by odpovídat udržení ideální tělesné hmotnosti (20 až 25 BMI),
- omezení příjmu tuků z celkového denního příjmu na 30 %,
- snížení příjmu cholesterolu, soli, jednoduchých cukrů,
- zvýšení příjmu složených cukrů, vlákniny, celozrnných výrobků, ovoce, zeleniny, vitamínů a jiných antioxidačních látek,
- dostatek času a koncentrace na jídlo,
- důkladné rozmělnění potravy v ústech
- pravidelnost stravovacího režimu a dodržování správného procentuálního zastoupení dávek jídla v celkovém denním režimu:
 - snídaně 20 %
 - dopolední svačina 5-10 %

- oběd 35 %
- odpolední svačina 5-10 %
- večeře 30 %

- dodržování správných přestávek mezi jídly 2 hodiny – 3 hodiny (Vránová, 2013).

4.5.2 Výživová doporučení pro pacienty s onkologickým onemocněním

Strava hraje důležitou roli v riziku vzniku rakoviny. Dle Holmana & White (2011) jsou aktuální výživová doporučení založena především na posuzování studií, které se týkají faktorů stravy, které zvyšují riziko vývoje rakoviny. Jednotlivé předpisy pro prevenci rakoviny doporučují stravu bohatou na ovoce, zeleninu a celozrnné výrobky, omezit sladké potraviny a nápoje, červené a zpracované maso, sodík, alkohol, vyhnout se potravinám kontaminovaným karcinogeny.

Konkrétní doporučení pro prevenci vzniku nádorového onemocnění:

- jíst denně pět nebo více porcí různých druhů zeleniny a ovoce, omezit příjem džusu, celkové množství ovoce a zeleniny by mělo obsahovat alespoň 400g za den,
- vybírat si přednostně celá nezpracovaná zrna obilovin, luštěnin a jíst je s každým jídlem,
- vyberte si potraviny a nápoje v množství, které pomáhá dosáhnout a udržet si správnou tělesnou hmotnost (Holman & White, 2011).

Výživová doporučení pro intaktní společnost a onkologicky nemocné pacienty se v mnoha případech shodují, avšak pro onkologicky nemocné je dodržování výživových předpisů a doplňků ještě více důležité. Jejich organismus totiž často není schopen přijímat dostatečné množství hodnotné stravy, proto u tohoto onemocnění dochází často ke ztrátě hmotnosti, hubnutí, kdy tělo musí využívat jako zdroj energie vlastní stavební látky. Často je onkologické onemocnění doprovázeno ztrátou svalové hmoty, tělesných bílkovin, které jsou však zásadní pro celkovou obranyschopnost a fungování organismu. Ztráta tělesných bílkovin a hmotnosti se projevuje na celkovém oslabení organismu, především imunitního systému, který je potřebný pro boj s nádorem. Proto je životně důležité udržet pravidelný přísun živin. Nejlepším postupem je proto současná protinádorová léčba společně s včasnou podporou výživy (Janíková, Doubek et al., 2012).

Jednotlivá výživová doporučení pro onkologicky léčené s příznaky nechutenství, nevolností a nízkým příjmem potravy:

- zvýšit příjem kvalitních potravin (vysoký obsah energie a bílkovin),
- zvýšit pestrost stravy,
- jíst menší porce častěji, 5-6 porcí denně, včetně svačin a druhé večeře
- neodkládat snídani,
- nemocný může jíst kdykoliv má chuť k jídlu,
- jíst nejprve tuhou stravu, nepít při jídle, jelikož pití zvyšuje pocit sytosti, aniž bychom získaly potřebné živiny),
- ovoce a zelenina na konci jídla mohou zvýšit chuť k následujícímu jídlu
- zvýšená péče o ústní hygienu
- jíst pomalu, bez stresu, v klidu, nespěchat,
- fyzická a duševní činnost pomáhá zlepšit chuť k jídlu, vhodné jsou proto pravidelné pohybové aktivity a cvičení, které umožní pacientovi udržet si a dokonce i zvýšit svalovou hmotu (Janíková, Doubek et al., 2012, 62).

5 HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children)

HBSC „je mezinárodní výzkumná studie kolaborativního charakteru životního způsobu u dětí. Studie vychází ze stanoviska WHO, že chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání“ (HBSC, 2015).

Dle Kalmana, Sigmunda, Sigmundové, Hamříka, Beneše, & Benešové et al. (2010) se studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků (HBSC) původně zaměřovala hlavně na jednu determinantu ovlivňující zdraví a to na kouření mladých lidí. Postupem času se začaly řešit problémy týkající se nedostatečnosti v počtu mezinárodně porovnatelných dat o kouření mladých lidí. Výsledkem bylo jednání, kde se odsouhlasilo, že tato studie se už nebude nadále týkat pouze kouření, ale i dalších důležitých determinant ovlivňujících zdraví a životní styl mladých lidí. Takto pojatá mezinárodní studie probíhala poprvé v letech 1983/1984 v pěti zemích.

Dnes HBSC není pouze epidemiologickou studií, kde se určité determinanty označí za rizikové, ale je to studie, která vnímá zdraví jako soubor propojených modelů v rámci životního stylu dospívajících. Studie prošla řadou změn a celkově se přeorientovala. Důležitým faktorem je, že se snaží pochopit, jak mladí lidé žijí, co považují za důležité aspekty života a zaměřuje se na souvislosti mezi zdravím a chováním. „Studie mapuje determinanty životního stylu u dětí a poskytuje cenná data z oblasti výživy a dietních zvyklostí, pohybových aktivit a aktivit ve volném čase, rizikového chování - kouření, alkoholu, drog atd.“ (Kalman et al., 2010, 19). Věková skupina, která se v této studii řeší, jsou děti od jedenácti do patnácti let, tedy skupina dospívajících, adolescentů. HBSC spolupracuje i s dalšími organizacemi jako je WHO (Světová zdravotnická organizace), přesněji WHO Europe, která je hlavním partnerem HBSC studie. V poslední době se HBSC spojila i s dalšími mezinárodními studii zaměřujícími se na mladé lidi, což jsou Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) a Globální studie o zdraví dětí školního věku (GSHS) (Kalman et al., 2010).

Hlavním cílem studie je zlepšit porozumění a zvýšit znalosti týkající se zdraví a životního stylu adolescentů. Záměrem studie je také získat důležité údaje, které lze využít při tvorbě opatření, doporučení a politik nejen v oblasti veřejného zdraví. Veřejné zdraví je oblast, do které spadá prevence civilizačních onemocnění, podpora a zlepšování zdraví a s tím související snaha o prodlužování života (Kalman et al., 2010). Více než 30 let již HBSC

usiluje o vybudování výzkumné sítě, pomocí které se získávají stále podrobnější informace o vývojových trendech u dospívajících v mezinárodním měřítku. Právě takto získané informace se snahou o podporu zdraví u tohoto věkového období, mohou narušit negativní jevy ve společnosti, které přispívají ke zhoršování celkové úrovně života. Cílem HBSC je rovněž pomoci v nových politických opatřeních, tak aby podpora zdraví byla cílená, účinná a měla základy v reálné situaci (HBSC, 2015). Podpora veřejného zdraví musí být založena na důkazech. Činy a opatření, musí být realizovány právě na základě aktuálních znalostí (Kalman et al., 2010; Kalman & Vašíčková et al., 2013).

5.1 HBSC v ČR

Česká republika se do HBSC studie zapojuje již od roku 1994. Výzkum HBSC se uskutečňuje ve čtyřletých intervalech. Tudíž je výsledky výzkumu z České republiky možné najít ve čtyřech mezinárodních zprávách: *The Health of Youth* (1996), *Health and Health Behaviour among Young People* (2000), *Young People's Health in Context* (2004), *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey* (2008) (Kalman et al., 2010).

Sběr dat probíhal pomocí dotazníkového formuláře, který vychází z mezinárodní anglické verze dotazníku. Dotazník obsahuje několik oblastí, které mají vliv na tělesné a duševní zdraví dospívajících. Najdeme zde otázky týkající se demografických činitelů, pohybových a volnočasových aktivit, úrazů, výživy a stravovacích návyků, užívání návykových látek a léků, zdravotních a psychosomatických potíží a otázky zaměřující se na rodinu. Sběr dat byl proveden v červnu 2010 v 94 školách ve všech krajích České republiky. Výběrový soubor představovalo 86 základních škol, výzkum proběhl v 5., 7., a 9. třídách, dále na osmi víceletých gymnáziích, kde se výzkum týkal 7. a 9. třídy (sekunda, kvarta). Do tohoto výběru bylo začleněno i sedm „Zdravých škol“. Výběrový soubor, po konečné redukci nepřesných, nevěrohodných či neúplných dotazníků, tvořilo 5686 respondentů (Kalman et al., 2010).

Vyhodnocení výsledků výzkumu z České republiky můžeme nalézt hned v několika publikacích. Jednou z nich je Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků z roku 2010, jejímž cílem je získat nové poznatky o chování a životním stylu dětí, porovnat nová data s výsledky z let 1994 až 2006 a propojit získané informace s již zpracovanými. Další významnou publikací týkající se HBSC v České republice je *Zdraví a životní styl dětí*

a školáků (2013), kde jsou shrnuty současné poznatky z oblasti zdraví a životního stylu dětí a školáků v České republice. Poznatky jsou založeny na získaných datech ze studie z roku 2010 (Kalman et al., 2010; Kalman & Vašíčková et al., 2013). Nejnovější zvláštní mezinárodní zpráva HBSC, která shrnuje údaje o průzkumech zdraví, životního stylu dětí je HBSC Network Publishes: Trends in young people's health and social determinants, publikovaná 24. března 2015. Některé výsledky ukazují nečekané zlepšení a pozitivní pohled adolescentů na to, jak vidí své zdraví a životní pohodu (HBSC, 2015; Kuntsche & Ravens-Sieberer, 2015).

5.2 disHBSC (Disability Health Behaviour in School-Aged Children)

Jedná se o studii, která vychází z původního anglického dotazníku HBSC o zdraví a životním stylu dětí a mládeže. Dle zkušeností z České republiky je kvalita života, životní styl a obecné chápání zdraví velmi ovlivněno vznikem neinfekčních onemocnění, která se často vyskytují především u dětí se speciálními potřebami. Výzkumní pracovníci HBSC studie se shodli na tom, že výzkum v oblasti zdraví a životního stylu adolescentů, by se tedy měl týkat všech dětí bez výjimek. Proto se rozjela studie disHBSC, která má tyto skupiny dětí pokrýt (Ješina, Hamřík et al., 2012; HBSC, 2015).

Cílem disHBSC je více porozumět a rozšířit znalosti týkající se zdraví a životního stylu adolescentů se speciálními potřebami, tzn. osob s mentálním postižením, s tělesným, se sluchovým, se zrakovým postižením, osob se sociálním znevýhodněním a osob se zdravotním znevýhodněním (s dlouhodobým onemocněním). Studie disHBSC u adolescentů s onkologickým onemocněním zkoumá jejich subjektivní vnímání zdraví, životní styl, pohybovou aktivitu, kvalitu života po ukončení léčby, jejich postoj k sociální, psychické a fyzické oblasti. Tyto výsledky by měly sloužit jako důležitý materiál pro podporu pohybových aktivit a zdravého životního stylu těchto skupin osob. Zároveň by měly podpořit účast těchto osob v aktivním pohybovém režimu a pohybových aktivitách ve volném čase (Ješina, Hamřík et al., 2012; Hrstková & Bothová, 2012).

Jednou z prvních známek začleňování těchto skupin dětí do HBSC studie je výzkum z roku 2001/2002, který probíhal za spolupráce Světové zdravotnické organizace (WHO). Z 35 zemí nebo regionů, které se HBSC studie účastnili, byly volitelné otázky týkající se dlouhodobé nemoci nebo invalidity u dospívajících zahrnuty pouze v Kanadě a Finsku Autoři při porovnávání dat zjistili, že přibližně jedna pětina žáků v obou zemích měla dlouhodobé

onemocnění. V obou zemích byli mladší generace více pohybově aktivnější než generace dospívajících. U dospívajících bylo zjištěno, že jedinci s dlouhodobým onemocněním nebo zdravotním postižením byly stejně fyzicky aktivní, jako ti bez postižení. Z těchto výsledků vyplývá, že neexistuje rozdíl v množství pohybové aktivity mezi mladými lidmi s a bez dlouhodobého onemocnění. Nicméně toto zjištění nelze vztáhnout na celosvětovou populaci, jelikož se účastnila pouze Kanada a Finsko (Rintala et al., 2011). Dotazník disHBSC je pozměněn z hlediska toho, na jaké postižení se primárně zaměřuje. Najdeme zde otázky týkající se tělesného postižení nebo pohybového omezení, problémů v komunikaci (řeči), problémů v učení, problémů se zrakem, problémů se sluchem a otázky týkající se jiných dlouhodobých zdravotních problémů.

6 Projekt KRTEK V SÍTI

Projekt KRTEK V SÍTI je projekt, který se zabývá problematikou onkologického onemocnění dětí. Na tomto projektu spolupracuje Česká a Slovenská republika. Nadační fond dětské onkologie KRTEK je hlavním řešitelem celého projektu, spoluřešiteli jsou Univerzita Palackého v Olomouci (Fakulta tělesné kultury, Katedra aplikovaných pohybových aktivit) a Rada mládeže Žilinského kraje. Projekt je realizován v příhraničních regionech. V České republice se jedná o Zlínský, Moravskoslezský, Jihomoravský kraj a na Slovensku se projekt uskutečňuje v Žilinském, Trenčínském a Trnavském kraji (Vyhlídal, 2014).

Projekt poukazuje na fakt, že v regionech, kterých se dotýká, chybí určitá systematická podpora pro znovu začlenění onkologicky vyléčených pacientů do společnosti a do prostředí školy. Rovněž chybí informovanost pedagogických, zdravotnických a jiných pracovníků, kteří v této oblasti působí. Nedostává se propojení teorie s praxí, a chybí síť organizací, které by měli vliv na zvyšování kvality života této cílové skupiny. Projekt Krtek v síti se proto zaměřuje především na aktivity, které mají pozitivní vliv na celkový rozvoj osobnosti dítěte i rodičů a usiluje o zlepšení kvality života této skupiny, jak během léčby, tak i po ní. Nadační fond se svou činností zaměřuje na péči o onkologicky nemocné děti z Kliniky dětské onkologie Fakultní nemocnice Brno. Nadační fond Krtek v síti se problematikou onkologického onemocnění zabývá již 14 let (Vyhlídal, 2014).

Hlavním cílem projektu je vytvořit síť organizací, které se budou zabývat zvyšováním kvality života onkologicky nemocných dětí při léčbě i po ní. Na základě vytvoření této sítě organizací dochází k poskytování celkové péče dětem s onkologickým onemocněním a jejich rodinám, k lepšímu začlenění do společnosti primárně pomocí pohybových aktivit, čímž dochází ke zvýšení kvality jejich života a životní spokojenosti (Vyhlídal, 2014).

Mezi specifické cíle projektu patří:

1. *vytvoření systému základní podpory pro tvorbu partnerské sítě* – dojde k vytvoření partnerské sítě organizací, která umožňuje lepší spolupráci v problematice onkologického onemocnění,
2. *realizace pohybových programů pro děti s onkologickým onemocněním během léčby a po ní* – díky těmto programům a jejich odbornému vedení dochází ke zvyšování kvality života dětí s onkologickým onemocněním, jejich sourozenců a rodičů,
3. *školení pedagogických, zdravotnických a jiných pracovníků,*

4. *monitoring současného stavu v oblasti kvality života dětí s onkologickým onemocněním, jejich rodin a profesionálních pracovníků z této oblasti* – na základě zjištěných informací se bude daná problematika dále vyvíjet a zlepšovat,
5. *tvorba metodických materiálů pro realizaci hlavních cílů projektu* – pro zvýšení odborné orientace v dané problematice,
6. *vytváření podkladů pro tvorbu strategických dokumentů a jejich implementaci na komunální úrovni v cílových regionech* – vede ke zvýšení podpory pro síť pracovišť a jejich udržitelnost v městech a krajích, odborné konference – zajištění informovanosti laické veřejnosti o dané problematice,
7. *odborné konference* – zajištění informovanosti laické i odborné veřejnosti o dané problematice (KRTEK V SÍTI, 2015).

7 CÍLE PRÁCE

Cílem práce je zjistit a porovnat vybrané determinanty ovlivňující životní styl dětí a mládeže s onkologickým onemocněním ve věku 11-15 let.

7.1 Dílčí cíl

- 1) Zjistit, zda vybrané determinanty z bloku pohybová aktivita a determinanty z ostatních vybraných bloků spolu vzájemně souvisí či nikoliv.

7.2 Hypotézy

Výzkumný cíl byl blíže specifikován pomocí těchto hypotéz:

- 1) Důvodem pohybové aktivity mládeže s onkologickým onemocněním ve věku 11-15 let, která vnímá své zdraví negativně, je zlepšit si své zdraví.
- 2) Účast v kolektivních sportech má vliv na trávení volného času s kamarády po škole.
- 3) Účast v pohybových aktivitách s rodinou má pozitivní vliv na trávení volného času obdobným způsobem s kamarády po škole.
- 4) Důvodem pohybové aktivity mládeže s onkologickým onemocněním ve věku 11-15 let, která se cítí být pod tlakem školních povinností, je odpočinek od všedních starostí.

8 METODIKA

V následujících kapitolách popíši, jak se výzkum realizoval, jak se prováděl sběr dat a s jakým výzkumným souborem se pracovalo. Výběr vzorku byl záměrný. Vše záviselo na ochotě respondentů se výzkumu účastnit. Respondenti i jejich zákonní zástupci souhlasili s tímto výzkumným šetřením. Dotazníky byly anonymní, veškeré údaje a data jsou uchována v rámci výzkumné etiky.

8.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor představuje celkem 41 respondentů. Jedná se o mládež ve věku 11-15 let s onkologickým onemocněním léčenou na Klinice dětské onkologie ve Fakultní nemocnici Brno. Výzkumný vzorek tvoří 17 dívek, tedy 41,5 % a 24 chlapců, tj. 58,5 % z celkového počtu respondentů. Výzkumu se účastnily děti, které jsou v intenzivní nebo udržovací fázi léčby.

8.2 Charakteristika užití metody

Na výzkumné šetření byl použit dotazník disHBSC studie zaměřený na děti s onkologickým onemocněním ve věku 11-15 let. Dotazník obsahuje celkem 48 otázek (příloha 1.). Nalezneme v něm více typů otázek. „Základní dělení otázek v dotazníku je podle stupně otevřenosti. Rozlišují se otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené“ (Gavora, 2000, 99). V dotazníku jsou použity také otázky demografické a nejčastěji se vyskytující otázky škálované, které jsou odstupňované dle metodiky HBSC.

Tento dotazník původně vychází z mezinárodní verze dotazníku HBSC studie vypracovaným pracovištěm Světové zdravotnické organizace (WHO) (Kalman, Sigmund, Sigmundová, Hamřík, Beneš, & Benešová, 2010). Tato verze dotazníku disHBSC je doplněna o speciální otázky, vybrané z volitelných otázek, které byly použity v jiných zemích, kde tento výzkum rovněž probíhal. Jsou to otázky č. 18. - č. 23. týkající se specifických potřeb dětí s onkologickým onemocněním (určitá pohybová omezení, problémy se smysly, problémy v komunikaci aj.). Ve své práci pracuji s ověřenou verzí dotazníku, kterou testovala ve své diplomové práci Kateřina Holická (Holická, 2013). Ta ve své práci narazila na některé problematické otázky, které jsou v novém dotazníku použitým v mé práci, již přepracované. Jedná se o otázku č. 11, která je lépe formulovaná z původního: Jakou formou provozuješ

pohybové aktivity, na: Kde se účastníš pohybových aktivit nebo her. Což je pro respondenty srozumitelnější. Rovněž lépe pochopitelná je otázka č. 12, týkající se užívání alkoholu a cigaret. Tato otázka je nově naformulovaná s novými možnostmi odpovědi. Otázka č. 13 již v novém dotazníku zcela chybí, jelikož tato otázka s věkovou hranicí 16 let a více je pro tento vzorek respondentů zbytečná, jak podotýká i autorka ve své práci. Dále chybí i otázky s původním číslováním č. 17, 17b: Kolik vážíš bez oblečení? Kolik měříš bez bot?, protože mladší děti dle autorky nemají představu o své váze a výšce. Dále se jedná o otázku č. 41 (původně 32) Kolik dní v týdnu obvykle trávíš čas hned po škole se svými kamarády/kamarádkami? Tato otázka bohužel není změněna dle připomínek autorky, jelikož pracovní (školní) týden obsahuje pouze pět dní, nicméně odpovědi jsou rozšířené na šest dní (Holická, 2013).

Aktuální verze dotazníku obsahuje 48 otázek rozdělených do jednotlivých tematických celků, oproti 41 otázkám z původní pilotní studie Kateřiny Holické. Tyto tematické okruhy se dělí na sociodemografickou oblast, oblasti chování a návyků, volný čas, pohybovou aktivitu, zdraví, sebehodnocení, násilí, školu, na oblast rodiny a vrstevníků. Z těchto tematických celků jsme následně vybrali určité otázky, které jsme spolu porovnali. Jednalo se o otázky porovnávající pohybovou aktivitu a další vybranou oblast z dotazníku.

8.3 Sběr dat

Sběr dat probíhal elektronickou formou ve spolupráci s Klinikou dětské onkologie Fakultní nemocnice Brno a s Nadačním fondem KRTEK. Byly zřízeny webové stránky <http://dishbsc.upol.cz/>, kde byli rodiče dětí s onkologickým onemocněním seznámeni s výzkumem, s jeho cílem a tím, že se ho mohou zúčastnit právě jejich děti ve věku 11-15 let. Byli informováni, že dotazník je anonymní, otázky se týkají chování souvisejícího se zdravím (tzn. pohybová aktivita, volný čas, výživa, alkohol, kouření), a že účast na výzkumu je zcela dobrovolná. Dále byli obeznámeni s faktem, že dotazník musí vyplňovat dítě samostatně, kdy vyplňování trvá zhruba 40-60 minut. Sběr dat začal v březnu a skončil v listopadu 2014 (disHBSC, 2015). Sběr dat však zároveň probíhal i na letním táboře pořádaném Nadačním fondem dětské onkologie KRTEK. Děti zde dotazníky vyplňovaly rovněž elektronicky na zapůjčených noteboocích. Na táboře měly děti navíc k dispozici nezávislého asistenta, který jim případně pomohl vysvětlit termíny, kterým v dotazníku nerozuměly. Sběrem na táboře byly získány odpovědi od šestnácti respondentů.

8.4 Statistické zpracování dat

Pro statistické zpracování dat jsem využila program Microsoft Excel a program IBM SPSS Statistics 22. Pro porovnání jednotlivých vytyčených otázek z dotazníku jsem použila Spearmanovu korelaci. Korelace vyjadřuje vzájemný lineární vztah mezi dvěma veličinami. Míra korelace je určena korelačním koeficientem. Jestliže korelační koeficient nabývá hodnot od +1 do -1, pak je pravděpodobné, že na sobě obě veličiny závisí (Hendl, 2004). Vybrali jsme celkem čtyři dvojice otázek z bloku pohybová aktivita a z ostatních vybraných bloků, které jsme vzájemně porovnali.

Limity studie: Velikost tohoto výzkumného souboru je hraniční vzhledem k použitému programu, jelikož IBM SPSS Statistics 22 pracuje většinou se vzorky 40 a výš. 41 respondentů je hraniční číslo, proto vzájemná korelace mezi jednotlivými otázkami nemusí být tak velká. Přesto tento počet získaných respondentů je z hlediska výzkumu nadstandartní. Proto se limity studie stahují spíše k vyhodnocování dat v programu IBM SPSS Statistics 22 než k velikosti vzorku respondentů, který je v daných podmínkách ojedinělý.

9 VÝSLEDKY A DISKUZE

9.1 Grafické znázornění výsledků

V této kapitole nalezneme jednotlivé otázky z tematického bloku Pohybové aktivity a další otázky z ostatních tematických bloků, které jsem použila při následném srovnání v programu IBM SPSS Statistics 22. Následně uvedu tabulky výsledků popisující srovnání vybraných otázek pomocí Spearmanovy korelace.

Tematický blok: Sociodemografické ukazatele

Tabulka 1 (otázka č. 1). Charakteristika respondentů

		n	%
Pohlaví	Chlapci	24	58,5 %
	Dívky	17	41,5 %
	Celkem	41	100,0 %

n=počet

Tabulka 2 (otázka č. 2). Do které třídy chodíš?

nD=17 nCH= 24	Dívky		Chlapci	
	n	%	n	%
5. třída	4	23,5 %	6	25,0 %
6. třída	1	5,9 %	3	12,5 %
7. třída	3	17,6 %	4	16,7 %
8. třída	5	29,4 %	8	33,3 %
9. třída	4	23,5 %	3	12,5 %

n=počet

nD=počet dívek

nCH=počet chlapců

Celkový počet respondentů byl 41. Zúčastnilo se 17 dívek, tj. 41,5 % a 24 chlapců, tedy 58,5 % z celkového počtu účastníků výzkumu. Věk respondentů se pohybuje od jedenácti do patnácti let. Respondenti navštěvují pátou až devátou třídu. Jedná se o děti s onkologickým onemocněním léčené na Klinice dětské onkologie ve Fakultní nemocnici Brno.

Tematický blok: Pohybové aktivity a volný čas

Tabulka 3 (otázka č. 8). V kolika dnech z uplynulých 7 dnů ses věnoval pohybové aktivitě celkem alespoň 1 hodinu za celý den?

nD=17 nCH= 24	Dívky		Chlapci	
	n	%	n	%
0 dní	1	5,9 %	1	4,2 %
1 den	2	11,8 %	4	16,7 %
2 dny	3	17,6 %	3	12,5 %
3 dny	1	5,9 %	2	8,3 %
4 dny	2	11,8 %	7	29,2 %
5 dnů	1	5,9 %	3	12,5 %
6 dnů	3	17,6 %	0	0 %
7 dnů	4	23,5 %	4	16,7 %

Tabulka 4 (otázka č. 9). Jaký je důvod pro pohybovou aktivitu ve tvém volném čase?

nD=17 nCH=24		Velmi důležité		Důležité		Nedůležité	
		d	ch	d	ch	d	ch
Pohyb pro zábavu (pro radost)	n	4	5	2	2	11	17
	%	23,5 %	20,8 %	11,8 %	8,3 %	64,7 %	70,8 %
Být dobrý/á ve sportu	n	2	0	7	15	8	9
	%	11,8 %	0 %	41,2 %	62,5 %	47,1 %	37,5 %
Vyhrát	n	3	1	6	8	8	15
	%	17,6 %	4,2 %	35,3 %	33,3 %	47,1 %	62,5 %
Seznámit se s novými kamarády/kamarádkami	n	4	9	11	15	2	0
	%	23,5 %	37,5 %	64,7 %	62,5 %	11,8 %	0 %
Zlepšit si svoje zdraví	n	16	19	1	5	0	0
	%	94,1 %	79,2 %	5,9 %	20,8 %	0 %	0 %
Setkávat se se svými kamarády/kamarádkami	n	8	12	7	12	2	0
	%	47,1 %	50,0 %	41,2 %	50,0 %	11,8 %	0 %
Dostat se do dobré formy	n	6	9	9	13	2	2
	%	35,3 %	37,5 %	52,9 %	54,2 %	11,8 %	8,3 %
Vypadat dobře	n	3	4	11	12	3	8
	%	17,6 %	16,7 %	64,7 %	50,0 %	17,6 %	33,3 %
Protože to ode mě očekává moje okolí	n	1	2	5	12	11	10
	%	5,9 %	8,3 %	29,4 %	50,0 %	64,7 %	41,7 %
Potěšit moje rodiče	n	8	6	6	15	3	3
	%	47,1 %	25,0 %	35,3 %	62,5 %	17,6 %	12,5 %
Být "cool"	n	2	3	6	6	9	15
	%	11,8 %	12,5 %	35,3 %	25,0 %	52,9 %	62,5 %
Udržovat si svoji váhu (hmotnost)	n	4	7	10	11	3	6
	%	23,5 %	29,2 %	58,8 %	45,8 %	17,6 %	25,0 %
Protože je to vzrušující	n	0	2	4	14	13	8
	%	0 %	8,3 %	23,5 %	58,3 %	76,5 %	33,3 %
Dokázat si, že na to mám	n	6	3	7	16	4	5
	%	35,3 %	12,5 %	41,2 %	66,7 %	23,5 %	20,8 %
Protože se mi zvyšuje sebevědomí	n	4	3	6	16	7	5
	%	23,5 %	12,5 %	35,3 %	66,7 %	41,2 %	20,8 %
Protože si odpočinu od všedních starostí	n	3	7	11	15	3	2
	%	17,6 %	29,2 %	64,7 %	62,5 %	17,6 %	8,3 %

Tabulka 5 (otázka č. 10a.). Jak často ve svém volném čase provozuješ každou z níže uvedených skupin aktivit? – Pohybové aktivity.

nD=17 nCH=24		Nevěnuji se této činnosti		Věnuji se nepravidelně (1x – 2x za rok)		2x až 3x měsíčně		Asi tak jednou týdně		2x týdně nebo častěji	
		d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch
Míčové a sportovní hry – fotbal, florbal, basketbal, volejbal, házená, rugby apod.	n	1	5	2	1	1	2	9	6	4	10
	%	5,9 %	20,8 %	11,8 %	4,2 %	5,9 %	8,3 %	52,9 %	25,0 %	23,5 %	41,7 %
Atletiku – atletické běhy, vrhy a hody, skoky	n	6	13	4	6	3	2	4	1	0	2
	%	35,3 %	54,2 %	23,5 %	25,0 %	17,6 %	8,3 %	23,5 %	4,2 %	0 %	8,3 %
Gymnastiku, aerobik, zumbu, jiná skupinová nebo kondiční cvičení	n	9	18	2	2	2	0	4	3	0	1
	%	52,9 %	75,0 %	11,8 %	8,3 %	11,8 %	0 %	23,5 %	12,5 %	0 %	4,2 %
Plavání, cvičení a hry ve vodě	n	4	2	5	7	5	8	2	3	1	4
	%	23,5 %	8,3 %	29,4 %	29,2 %	29,4 %	33,3 %	11,8 %	12,5 %	5,9 %	16,7 %
Běh, jogging	n	8	11	3	3	4	6	1	2	1	2
	%	47,1 %	45,8 %	17,6 %	12,5 %	23,5 %	25,0 %	5,9 %	8,3 %	5,9 %	8,3 %
Upolové sporty a sebeobrana - judo, karate, zápas, kickbox	n	11	20	2	2	1	0	3	1	0	1
	%	64,7 %	83,3 %	11,8 %	8,3 %	5,9 %	0 %	17,6 %	4,2 %	0 %	4,2 %
Tenis, stolní tenis, badminton	n	3	4	8	9	2	6	1	1	3	4
	%	17,6 %	16,7 %	47,1 %	37,5 %	11,8 %	25,0 %	5,9 %	4,2 %	17,6 %	16,7 %

Baseball, softball, kriket	n	10	18	6	5	0	1	1	0	0	0
	%	58,8 %	75,0 %	35,3 %	20,8 %	0 %	4,2 %	5,9 %	0 %	0 %	0 %
Cílové sporty - petangue, závěsný kuželník (ruské kuželky), bowling, kulečnick, šipky	n	8	8	5	9	1	5	3	0	0	2
	%	47,1 %	33,3 %	29,4 %	37,5 %	5,9 %	20,8 %	17,6 %	0 %	0 %	8,3 %
Tanec (disko, techno, lidové tance, společenské tance, balet)	n	8	13	4	5	3	2	2	1	0	3
	%	47,1 %	54,2 %	23,5 %	20,8 %	17,6 %	8,3 %	11,8 %	4,2 %	0 %	12,5 %
Lyžování sjezdové, běžecké, skialpinismus	n	11	10	3	8	1	4	2	2	0	0
	%	64,7 %	41,7 %	17,6 %	33,3 %	5,9 %	16,7 %	11,8 %	8,3 %	0 %	0 %
Cyklistiku (jízda na kole), spinning, cykloturistiku	n	2	2	6	2	0	3	6	7	3	3
	%	11,8 %	8,3 %	35,3 %	8,3 %	0 %	12,5 %	35,3 %	29,2 %	17,6 %	12,5 %
Lezení na umělé stěně, na skále, bouldering	n	16	19	1	4	0	0	0	0	0	0
	%	94,1 %	79,2 %	5,9 %	16,7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Turistiku, výlety, delší procházky než 5km, nordic walking	n	2	5	5	9	3	8	7	2	0	8
	%	11,8 %	20,8 %	29,4 %	37,5 %	17,6 %	33,3 %	41,2 %	8,3 %	0 %	33,3 %
Vodní turistiku (jízda v lodi, raft, kanoe, kajak)	n	13	17	4	6	0	1	0	0	0	1
	%	76,5 %	70,8 %	23,5 %	25,0 %	0 %	4,2 %	0 %	0 %	0 %	4,2 %
Posilování, bodybuilding, fitness	n	10	14	0	2	3	3	2	3	2	3
	%	58,8 %	58,3 %	0 %	8,3 %	17,6 %	12,5 %	11,8 %	12,5 %	11,8 %	12,5 %
Jógu, relaxační cvičení, zdravotní cvičení, tai chi apod.	n	13	15	0	2	1	4	2	1	1	4
	%	76,5 %	62,5 %	0 %	8,3 %	5,9 %	16,7 %	11,8 %	4,2 %	5,9 %	16,7 %

Tabulka 6 (otázka č. 10 b). Další aktivity, bez sportovní činnosti.

nD=17 nCH=24		Nevěnuji se této činnosti		Věnuji se nepravidelně (1x – 2x za rok)		2x až 3x měsíčně		Asi tak jednou týdně		2x týdně nebo častěji	
		d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch
Společné aktivity s kamarády bez sportovní činnosti - procházky, povídání si, pozorování okolí	n	0	1	1	2	6	3	4	6	6	12
	%	0 %	4,2 %	5,9 %	8,3 %	35,3 %	12,5 %	23,5 %	25,0 %	35,3 %	50,0 %
Šachy, karetní hry, stolní a deskové hry	n	2	2	3	3	5	8	4	8	3	3
	%	11,8 %	8,3 %	17,6 %	12,5 %	29,4 %	33,3 %	23,5 %	33,3 %	17,6 %	12,5 %
Počítačové hry, X-box, on-line hry	n	2	0	3	0	4	5	3	1	5	18
	%	11,8 %	0 %	17,6 %	0 %	23,5 %	20,8 %	17,6 %	4,2 %	29,4 %	75,0 %
Hudbu, zpěv, hraní na hudební nástroj	n	2	8	0	4	3	3	6	4	6	5
	%	11,8 %	33,3 %	0 %	16,7 %	17,6 %	12,5 %	35,3 %	16,7 %	35,3 %	20,8 %
Hraní divadla, dramatický kroužek, pantomima	n	9	17	3	7	0	0	4	1	1	0
	%	52,9 %	70,8 %	17,6 %	29,2 %	0 %	0 %	23,5 %	4,2 %	5,9 %	0 %
Výtvarné činnosti, sochařství, malování, keramika	n	4	12	2	4	3	0	5	8	3	0
	%	23,5 %	50,0 %	11,8 %	16,7 %	17,6 %	0 %	29,4 %	33,3 %	17,6 %	0 %
Čtení knih, časopisů, autorské psaní poezie nebo prózy	n	1	4	2	2	3	4	5	8	6	6
	%	5,9 %	16,7 %	11,8 %	8,3 %	17,6 %	16,7 %	29,4 %	33,3 %	35,3 %	25 %
Vaření, domácí práce, práce na zahradě	n	0	3	2	1	1	3	9	11	5	6
	%	0 %	12,5 %	11,8 %	4,2 %	5,9 %	12,5 %	52,9 %	45,8 %	29,4 %	25 %
Péči o zvířata (pes, kočka, rybičky, morčata aj.)	n	2	5	0	2	0	1	1	3	14	13
	%	11,8 %	20,8 %	0 %	8,3 %	0 %	4,2 %	5,9 %	12,5 %	82,4 %	54,2 %
Sbírání různých předmětů (známek,	n	9	13	4	5	1	5	1	1	2	0

letadel, samolepek aj.)	%	52,9 %	54,2 %	23,5 %	20,8 %	5,9 %	20,8 %	5,9 %	4,2 %	11,8 %	0 %
Návštěvu diskoték (reprodukována hudba), koncertů živých kapel	n	8	15	6	7	1	2	2	0	0	0
	%	47,1 %	62,5 %	35,3 %	29,2 %	5,9 %	8,3 %	11,8 %	0 %	0 %	0 %
Návštěvu sportovních utkání, zápasů	n	14	11	2	5	0	5	1	0	0	3
	%	82,4 %	45,8 %	11,8 %	20,8 %	0 %	20,8 %	5,9 %	0 %	0 %	12,5 %
Spravování vlastního blogu, webových stránek	n	13	16	1	3	0	1	0	4	3	0
	%	76,5 %	66,7 %	5,9 %	12,5 %	0 %	4,2 %	0 %	16,7 %	17,6 %	0 %
Návštěvu kina, divadla	n	7	2	3	14	4	7	2	1	1	0
	%	41,2 %	8,3 %	17,6 %	58,3 %	23,5 %	29,2 %	11,8 %	4,2 %	5,9 %	0 %
Návštěvu muzeí, zámků, výstav	n	4	4	8	14	3	6	2	0	0	0
	%	23,5 %	16,7 %	47,1 %	58,3 %	17,6 %	25,0 %	11,8 %	0 %	0 %	0 %

Tabulka 7 (otázka č. 10c.). Jiné aktivity, kroužky, záliby.

nD=17 nCH=24		Nevěnuji se této činnosti		Věnuji se nepravidelně (1x – 2x za rok)		2x až 3x měsíčně		Asi tak jednou týdně		2x týdně nebo častěji	
		d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch
Skaut	n	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Účast na táborech	n	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Návštěva obchodních domů	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Freestyle scootering -freestyle koloběžky	n	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2

n=počet

d=dívky

ch=chlapci

nD=počet dívek

nCH=počet chlapců

Tabulka 8 (otázka č. 11). Kde se účastníš pohybových aktivit nebo her?

nD=17 nCH= 24	Dívky		Chlapci	
	n	%	n	%
Pouze ve škole při tělocviku	2	11,8 %	2	8,3 %
Ve škole se neúčastním, do tělocviku nechodím ze zdravotních důvodů	2	11,8 %	6	25 %
Mimo školu s kamarády	10	58,8 %	18	75 %
Mimo školu s rodinou	6	35,3 %	10	41,7 %
Ve sportovním kroužku při škole	3	17,6 %	4	16,7 %
Ve sportovním kroužku mimo školu	5	29,4 %	6	25 %
Jinde- momentálně necvičím nikde	0	0 %	1	4,2 %

Tabulka 9 (otázka č. 42). Jak často se díváš na televizi, hraješ hry na počítači nebo používáš internet?

nD=17 nCH=24		Televize		Hry na počítači		Internet	
		d	ch	d	ch	d	ch
Vůbec	n	5	2	8	2	3	2
	%	29,4 %	8,3 %	47,1 %	8,3 %	17,6 %	8,3 %
Asi půl hodiny denně	n	5	2	7	2	3	6
	%	29,4 %	8,3 %	41,2 %	8,3 %	17,6 %	25,0 %
Asi hodinu denně	n	0	6	0	9	2	8
	%	0 %	25,0 %	0 %	37,5 %	11,8 %	33,3 %
Asi dvě hodiny denně	n	3	8	0	6	6	6
	%	17,6 %	33,3 %	0 %	25,0 %	35,3 %	25,0 %
Asi tři hodiny denně	n	2	2	0	2	2	1
	%	11,8 %	8,3 %	0 %	8,3 %	11,8 %	4,2 %
Asi čtyři hodiny denně	n	0	1	1	3	0	1
	%	0 %	4,2 %	5,9 %	12,5 %	0 %	4,2 %
Asi pět hodin denně	n	2	1	1	0	1	0
	%	11,8 %	4,2 %	5,9 %	0 %	5,9 %	0 %
Asi šest hodin denně	n	0	1	0	0	0	0
	%	0 %	4,2 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Víc než šest hodin denně	n	0	1	0	0	0	0
	%	0 %	4,2 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Tabulka 10 (otázka č. 43). V této otázce nás zajímají činnosti, které jsou rodiny zvyklé dělat spolu. Jak často děláš společně se svou rodinou následující činnosti?

nD=17 nCH=24		každý den		skoro každý den		asi 1x za týden		méně často		Nikdy	
		d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch
Díváme se spolu na televizi (video, DVD blu-ray).	n	1	7	2	4	6	9	4	3	4	1
	%	5,9 %	29,2 %	11,8 %	16,7 %	35,3 %	37,5 %	23,5 %	12,5 %	23,5 %	4,2 %
Hrajeme spolu společenské hry.	n	0	1	3	5	6	8	7	10	1	0
	%	0 %	4,2 %	17,6 %	20,8 %	35,3 %	33,3 %	41,2 %	41,7 %	5,9 %	0 %
Jíme spolu (snídaně, oběd nebo večeři).	n	3	14	6	9	5	0	0	1	3	0
	%	17,6 %	58,3 %	35,3 %	37,5 %	29,4 %	0 %	0 %	4,2 %	17,6 %	0 %
Chodíme spolu na procházky.	n	0	1	2	1	2	11	8	9	5	2
	%	0 %	4,2 %	11,8 %	4,2 %	11,8 %	45,8 %	47,1 %	37,5 %	29,4 %	8,3 %
Navštěvujeme spolu různá místa.	n	2	0	2	0	4	7	8	17	1	0
	%	11,8 %	0 %	11,8 %	0 %	23,5 %	29,2 %	47,1 %	70,8 %	5,9 %	0 %
Navštěvujeme spolu přátele nebo příbuzné.	n	0	0	0	0	5	13	10	10	2	1
	%	0 %	0 %	0 %	0 %	29,4 %	54,2 %	58,8 %	41,7 %	11,8 %	4,2 %
Sportujeme spolu.	n	2	1	0	1	2	3	6	16	7	3
	%	11,8 %	4,2 %	0 %	4,2 %	11,8 %	12,5 %	35,3 %	66,7 %	41,2 %	12,5 %
Sedíme a povídáme si spolu o různých věcech.	n	1	4	6	8	2	3	5	8	3	1
	%	5,9 %	16,7 %	35,3 %	33,3 %	11,8 %	12,5 %	29,4 %	33,3 %	17,6 %	4,2 %

Tematický blok: Škola

Tabulka 11 (otázka č. 15). Nakolik se cítíš být pod tlakem při řešení školních povinností?

nD=17 nCH= 24	Dívky		Chlapci	
	n	%	n	%
Vůbec	3	17,6 %	3	12,5 %
Trochu, málo	10	58,8 %	16	66,7 %
Celkem dost	2	11,8 %	5	20,8 %
Velmi	2	11,8 %	0	0 %

n=počet

nD=počet dívek

nCH=počet chlapců

Tematický blok: Vrstevníci

Tabulka 12 (otázka č. 41). Kolik dní v týdnu obvykle trávíš čas hned po škole se svými kamarádkami/kamarády?

nD=17 nCH= 24	Dívky		Chlapci	
	n	%	n	%
0 dní	3	17,6 %	2	8,3 %
1 den	0	0 %	6	25,0 %
2 dny	2	11,8 %	2	8,3 %
3 dny	5	29,4 %	4	16,7 %
4 dny	1	5,9 %	4	16,7 %
5 dní	4	23,5 %	4	16,7 %
6 dní	2	11,8 %	2	8,3 %

n=počet

nD=počet dívek

nCH=počet chlapců

Tematický blok: Zdraví mládeže

Tabulka 13 (otázka č. 17). Řekl/la bys, že tvoje zdraví je...?

nD=17 nCH= 24	Dívky		Chlapci	
	n	%	n	%
Vynikající	2	11,8 %	2	8,3 %
Dobré	12	70,6 %	15	62,5 %
Ne moc dobré	3	17,6 %	6	25,0 %
Špatné	0	0 %	1	4,2 %

n=počet

nD=počet dívek

nCH=počet chlapců

Blok: Vzájemné srovnání vybraných otázek pomocí Spearmanovy korelace v IBM SPSS Statistics 22.

Tabulka 14 Důvod pohybové aktivity pro mládež s onkologickým onemocněním vnímající své zdraví negativně.

			Zlepšit si zdraví	Vnímání vlastního zdraví
Spearmanova korelace	Zlepšit si zdraví	Korelační koeficient	1,000	,125
		Sig.		,436
		n	41	41
	Vnímání vlastního zdraví	Korelační koeficient	,125	1,000
		Sig.	,436	
		n	41	41

n=počet

Sig=signifikantní

V tabulce je možné vidět vzájemné porovnání otázky č. 9. (Tabulka 4) Důvod pro pohybovou aktivitu-zlepšit si své zdraví a otázky č. 17. (Tabulka 13) Řekl bys, že tvoje zdraví je...? z dotazníku disHBSC. Předpokládala jsem, že děti s onkologickým onemocněním, které vnímají své zdraví negativně, udají jako důvod pro pohybovou aktivitu zlepšit si své zdraví. Vzájemný vztah mezi těmito otázkami se vyhodnotil pomocí Spearmanovy korelace, která

vzájemnou závislost vyvrátila, jelikož korelační koeficient nedosahoval požadovaných hodnot od -1 do +1.

I přesto, že se vzájemná závislost nepotvrdila, důležitým zjištěním je, že většina z dotazovaných onkologicky léčených pacientů (26 respondentů) chápe své zdraví jako dobré. Velice zajímavé však je, že i přesto, že velká část dětí hodnotí své zdraví kladně, je pro všechny respondenty důvod pro pohybovou aktivitu zlepšit si zdraví, což označuje většina (36 respondentů) jako velmi důležité a 5 respondentů jako důležité. Můžeme si proto povšimnout, že onkologicky nemocné děti hodnotí své zdraví poměrně hodně pozitivně, ale zároveň si uvědomují, co je pohybová aktivita a jaké má benefity právě pro jejich zdraví. To doplňuje i Vyhlídal & Ješina (2010, 84), dle kterých „...dětí s onkologickým onemocněním nejvíce vnímají hodnotu zdraví. Zdraví je pro ně ideálem, přáním, prostředkem k dosažení dětských cílů, plánů a záměrů. Pokud jde o hodnotu pohybových aktivit, ukázalo se, že hrají v jejich životě rovněž roli“. Dle výzkumu z projektu „qolop“ (Prospektivní longitudinální studie kvality života dětí po léčbě nádorového onemocnění) jsou bývalí onkologicky léčeni pacienti spokojenější se svým zdravím než zdravá populace stejně starých dětí (Blatný, Kepák, Vlčková, Jelínek, Navrátilová, & Pilát, 2007). Může to být dáno tím, že si prožily těžkou nemoc, kdy jejich zdravotní stav byl daleko horší, a proto své nynější zdraví, ačkoliv nemusí být úplně výborné, hodnotí pozitivně.

Tabulka 15 Vliv účasti v kolektivních sportech na trávení volného času s kamarády po škole.

			Kolektivní sporty	Volný čas strávený po škole s kamarády
Spearmanova korelace	Kolektivní sporty	Korelační koeficient	1,000	,425**
		Sig.		,006
		n	41	41
	Volný čas strávený po škole s kamarády	Korelační koeficient	,425**	1,000
		Sig.	,006	
		n	41	41
**. Korelace je signifikantní na úrovni 0,01.				

n=počet

Sig=signifikantní

V této tabulce nacházíme vzájemné srovnání otázky č. 10a. (Tabulka 5) Jak často ve svém volném čase provozuješ každou z níže uvedených skupin aktivit? – kolektivní sporty a otázky č. 41. (Tabulka 12) Kolik dní v týdnu obvykle trávíš čas hned po škole se svými kamarádkami/kamarády? Předpokládala jsem, že děti s onkologickým onemocněním, které se budou více účastnit kolektivních sportů ve skupině s kamarády, budou i ve svém volném čase více inklinovat k jeho trávení s přáteli. Vztah mezi otázkami v tabulce je statisticky významný, jelikož korelace je na úrovni 0,01, což může potvrzovat domněnku, že kolektivní sporty rozvíjí u dětí sociální citění, sociální integritu a zapojení do kolektivu, a proto děti i po škole tráví více volného času s kamarády. Kolektivní sporty proto mohou být vhodné právě jako aktivita pro onkologicky nemocné děti, jelikož především ony se potřebují opět začlenit do kolektivu a najít přátele. To doplňuje Vyhliďal & Ješina (2010), podle kterých dlouhodobé vyřazení onkologicky nemocných dětí z pohybových aktivit a jiných aktivit sociálního charakteru, má negativní dopad. Dochází k nežádoucímu přerušování vztahů a kontaktů s vrstevníky a po dobu hospitalizace v nemocnici může dojít až k sociální izolaci. Velmi důležitá je proto účast ve skupině, zapojování v kolektivních hrách a aktivitách. To vše může podporovat a motivovat k tomu, aby děti jednak lépe snášely léčbu, ale i více komunikovaly s okolím, našly si nové přátele, se kterými budou trávit svůj volný čas a došlo tak ke zvýšení jejich sebedůvěry a zlepšení emočního stavu (Tschuschke, 2002).

Tabulka 16 Vliv účasti v pohybových aktivitách a rodinou na trávení volného času s kamarády po škole.

			Volný čas strávený po škole s kamarády	Pohybová aktivita s rodinou
Spearmanova korelace	Volný čas strávený po škole s kamarády	Korelační koeficient	1,000	,400**
		Sig.		,010
		n	41	41
	Pohybová aktivita s rodinou	Korelační koeficient	,400**	1,000
		Sig.	,010	
		n	41	41
**. Korelace je signifikantní na úrovni 0,01.				

n=počet

Sig=signifikanci

Tabulka ukazuje vzájemnou závislost otázky č. 11. (Tabulka 8) Pohybová aktivita s rodinou a otázky č. 41. (Tabulka 12) Kolik dní obvykle trávíš hned po škole se svými kamarády? Předpokládala jsem, že děti, které se budou více účastnit pohybových aktivit ve volném čase s rodinou, budou i svůj volný čas po škole trávit více aktivně, s kamarády. Tato korelace je rovněž statisticky významná na úrovni 0,01. Tato závislost proto může potvrzovat můj předpoklad, že čím více se respondenti ve volném čase věnují pohybovým aktivitám s rodinou, tím více času tráví hned po škole se svými kamarády. Východiskem tohoto zjištění může být úsudek, že aktivní trávení volného času s rodinou, vede k rozvoji rovněž aktivního trávení volného času v sociálním prostředí, s kamarády. Provozování pohybových aktivit s rodinou může vést, jak k poznání nových kamarádů, se kterými poté mohou onkologicky léčené děti trávit volný čas samostatně, bez rodiny. Tak ale i k utužování vazeb v rodině. Jelikož na celou rodinu je hozena obrovská psychická, fyzická a sociální zátěž spojená s nemocí dítěte. Onkologicky nemocné děti z tohoto výzkumu a jejich rodiny pravděpodobně tuto zátěž zvládly a může u nich tudíž tato vzájemná korelace fungovat. Je možné, že k tomu přispěly resocializační programy, které organizuje Klinika dětské onkologie v Brně a Krtek v síti. Dle Vyhlídala (2014) se mezi resocializační programy řadí právě pobyty pro rodiny s dětmi během a po ukončení léčby, tábory a jiné ozdravné pobyty pro vyléčené děti. Na tyto pobyty se s sebou berou i sourozenci a kamarádi onkologicky léčených dětí, aby se napomohlo ještě větší míře resocializace. Tyto programy se těší velké úspěšnosti a doporučují je jak čeští, tak i světoví onkologové. Štěrbová (2012) dodává, že důležitým faktorem je právě

to, že rodina může trávit čas a účastnit se pohybových aktivit společně se svým dítětem. To mezi nimi rozvíjí nesmírně důležité sociální a citové vazby.

Tabulka 17 Důvod pohybové aktivity pro mládež s onkologickým onemocněním, která se cítí být pod tlakem školních povinností.

			Odpočinek od všedních starostí	Být pod tlakem školních povinností
Spearmanova korelace	Odpočinek od všedních starostí	Korelační koeficient	1,000	,036
		Sig.		,822
		n	41	41
	Být pod tlakem školních povinností	Korelační koeficient	,036	1,000
		Sig.	,822	
		n	41	41

n=počet

Sig – signifikantní

V této tabulce můžeme nalézt porovnání otázek č. 9. (Tabulka 4) Důvod pro pohybovou aktivitu-odpočinout si od všedních starostí a č. 15. (Tabulka 11) Nakolik se cítíš být pod tlakem při řešení školních povinností? Předpokládala jsem, že pro mládež s onkologickým onemocněním, která se cítí být pod tlakem školních povinností, bude důvodem pro pohybovou aktivitu odpočinout si od všedních starostí. Vzájemná korelace těchto otázek se však nepotvrdila. Nicméně zajímavým zjištěním je, že děti, které uvádí jako důvod své pohybové aktivity odpočinek od všedních starostí (kdy 26 dětí tuto odpověď chápe jako důležitou a 10 respondentů jako dokonce velmi důležitou) se necítí být pod tlakem školních povinností. Může to být způsobeno tím, že tyto děti chápou všední starosti jinak než děti zdravé. V jejich pojetí se může mezi všední starosti řadit spíše nemoc, sociální deprivace a nemožnost účastnit se určitých volnočasových aktivit, než „jen“ školní povinnosti. Kepák et al. (2007) zjistili, že mezi pacienty, kteří mohou být nejvíce ohroženi problémy s edukací a mohou být pod tlakem školních povinností, se řadí především ti pacienti, kteří jsou léčeni kvůli nádorům centrálního nervového systému a akutní leukemie. Nejčastěji se jedná o děti s nádory zadní jámy lebeční. Většina z nich podstupuje chirurgickou léčbu a léčbu radioterapií. U těchto pacientů je riziko neurokognitivních a psychosociálních problémů větší než v případě jiných onkologicky léčených pacientů. Pozdní následky léčby se mohou projevit v oblasti kognitivních funkcí a to nejen v intelektu, ale i v chování, ve schopnosti dosáhnout požadovaného vzdělání a následně být úspěšný v pracovních úkonech. Z našeho výzkumného

vzorku, osm respondentů, kteří vnímají tlak školních povinností jako velmi či docela dost velký, trpí specifickými poruchami učení (dyslexie, dysortografie aj.). U nikoho z respondentů se však nevyskytují výraznější problémy v komunikaci, řeči či intelektu, je tedy možné, že v našem vzorku se žádný takto léčený pacient nevyskytuje. Zajímavé je také zjištění Burkertové (2006), která popisuje, že rodiče onkologicky léčených dětí, často vnímají a hodnotí vliv léčby v oblastech pohybových aktivit, v oblasti emočních a vztahových otázek a v oblasti školních činností negativněji než samy děti.

10 ZÁVĚRY

Ze zpracovaných výsledků jsem pomocí Spearmanovy korelace v programu IBM SPSS Statistics 22 vzájemně porovnávala vybrané determinanty ovlivňující životní styl dětí a mládeže s onkologickým onemocněním ve věku 11-15 let léčené na Klinice dětské onkologie ve Fakultní nemocnici Brno a zjistila jsem, zda spolu vzájemně souvisí či nikoliv. Na základě porovnání následujících vybraných dvojic otázek jsem došla k těmto závěrům:

- 1) Otázka č. 9. Důvod pro pohybovou aktivitu-zlepšit si své zdraví a otázka č. 17. Řekl bys, že tvoje zdraví je...? (Tabulka 14). Vzhledem k tomuto vzájemnému srovnání otázek mohu vyvrátit hypotézu: Důvodem pohybové aktivity mládeže s onkologickým onemocněním ve věku 11-15 let, která vnímá své zdraví negativně, je zlepšit si své zdraví, jelikož korelace ve Spearmanově testu nevyšla signifikantně. Je však velmi zajímavé, že velká část dětí i přesto, že hodnotí své zdraví pozitivně, udává jako důvod pro pohybovou aktivitu zlepšit si své zdraví.
- 2) Otázka č. 10. Jak často ve svém volném čase provozuješ každou z níže uvedených skupin aktivit? – kolektivní sporty a otázka č. 41. Kolik dní v týdnu obvykle trávíš hned po škole se svými kamarádkami/kamarády? (Tabulka 15). Na základě této korelace mohu potvrdit hypotézu: Účast v kolektivních sportech má vliv na trávení volného času s kamarády po škole, jelikož Spearmanova korelace vyšla na úrovni 0,01, tedy statisticky významně. Je proto možné tento výsledek interpretovat tak, že čím více se respondenti ve volném čase věnují kolektivním sportům, tím více času tráví hned po škole se svými kamarády. Důvodem tohoto zjištění může být domněnka, že kolektivní sporty rozvíjí u dětí sociální citění, integritu a děti se tak více zapojují do kolektivu. Proto děti, které se věnují kolektivním sportům, tráví i po škole více volného času v sociálním prostředí, s kamarády.
- 3) Otázka č. 11. Pohybová aktivita s rodinou a otázky č. 41. Kolik dní obvykle trávíš hned po škole se svými kamarády? (Tabulka 16). Dle vzájemné korelace je možné potvrdit hypotézu: Účast v pohybových aktivitách s rodinou má pozitivní vliv na trávení volného času obdobným způsobem s kamarády po škole. Protože vzájemná korelace mezi otázkami je statisticky významná na úrovni 0,01. Toto zjištění může vést k úsudku, že aktivní trávení volného času s rodinou, vede k rozvoji obdobně aktivního trávení volného času s kamarády po škole. Provozování pohybových aktivit s rodinou

tedy může vést k možnosti poznat nové kamarády, se kterými poté mohou onkologicky léčené děti trávit svůj volný čas samostatně, mimo rodinu.

- 4) Otázka č. 9. Důvod pro pohybovou aktivitu-odpočinout si od všedních starostí a č. 15. Nakolik se cítíš být pod tlakem při řešení školních povinností? (Tabulka 17). Zde jsem na základě vzájemné korelace otázek odmítla hypotézu: Důvodem pohybové aktivity mládeže s onkologickým onemocněním ve věku 11-15 let, která se cítí být pod tlakem školních povinností, je odpočinek od všedních starostí. Vzájemná korelace mezi otázkami nebyla dle Spearmanovy korelace statisticky významná. Avšak zajímavým zjištěním je, že respondenti, kteří uvádí jako důvod své pohybové aktivity odpočinek od všedních starostí, se necítí být pod tlakem školních povinností. To může být způsobeno tím, že tyto děti vnímají všední starosti odlišně než děti zdravé. Podle nich může do všedních starostí spadat spíše nemoc, sociální izolace či nemožnost, neschopnost účastnit se volnočasových aktivit, než „pouze“ školní povinnosti.

Je nesmírně důležité, abychom právě tyto děti motivovali, vedli a nabádali k aktivnímu a kolektivnímu trávení volného času s kamarády. Tento přístup jim totiž pomáhá opět a rychleji se začlenit do společnosti, vede je ke zdravému životnímu stylu, zvyšuje jejich sebevědomí a v optimálním případě může přispívat k dosažení pocitu osobní pohody a zlepšení kvality života. Nesmíme však zapomínat, že většinu návyků, postojů a názorů získávají děti z rodiny. Je proto nezbytné zaměřit se na celou rodinu onkologicky nemocného dítěte a napomoci jim např. prostřednictvím resocializačních programů znovu se začlenit do společnosti, účastnit se nejrůznějších společných aktivit a vést je tak k aktivnímu trávení volného času s jejich dětmi.

SHRNUTÍ

V mé diplomové práci porovnávám vybrané determinanty ovlivňující životní styl dětí a mládeže s onkologickým onemocněním ve věku 11-15 let léčené na Klinice dětské onkologie ve Fakultní nemocnici Brno. Cílem práce je zjistit, zda spolu vzájemně souvisí či nikoliv. Celá práce je rozdělena na dvě části a to na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část se zabývá problematikou onkologického onemocnění, obdobím dospívání a poznatky týkající se podpory zdraví, tedy pohybové aktivity po a během léčby, výživy, životního stylu a kvality života těchto dětí.

V praktické části jsou zahrnuty cíle práce, výzkumné hypotézy a metodika výzkumu. Prostřednictvím dotazníkového šetření disHBSC a použitím Spearmanovy korelace v programu IBM SPSS Statistics 22 mezi vybranými determinantami jsem došla k závěrům, že většina adolescentů s onkologickým onemocněním chápe své zdraví pozitivně, ale přesto všichni uvádí jako důvod pohybové aktivity zlepšit si své zdraví. Zajímavým zjištěním je, že respondenti, kteří uvádí jako důvod své pohybové aktivity odpočinek od všedních starostí, se necítí být pod tlakem školních povinností (všedních starostí). Dalším poznatkem je, že děti s onkologickým onemocněním, které se ve volném čase více věnují kolektivním sportům, tráví rovněž více času hned po škole v sociálním prostředí, se svými kamarády. Rovněž se potvrdilo, že aktivní trávení volného času s rodinou, vede k rozvoji obdobného trávení volného času s kamarády po škole.

Motivující postoj, vedení k pohybové aktivitě, zdravému životnímu stylu, opětovné zapojování do kolektivu a podpora k aktivnímu trávení volného času je u této skupiny dětí a jejich rodin nezbytná a díky projektu KRTEK V SÍTI i realizovatelná.

SUMMARY

In my master thesis I compare determinants influencing the lifestyles of children and young people with oncological disease aged 11-15 years treated at the Clinic of Pediatric Oncology at the Faculty hospital Brno. The aim of the thesis is to determine, if the determinants are connected or not. The work is divided into two parts, the theoretical and practical part.

The theoretical part deals with the issue of cancer, adolescence and knowledge related to health promotion, a physical activity after and during treatment, nutrition, lifestyle and quality of life of these children.

The practical part includes the aims of work, research hypotheses and research methodology. Through a questionnaire survey disHBSC and with using Spearman correlation in program IBM SPSS Statistics 22 between selected determinants, I found conclusion that the majority of adolescents with oncological disease understand their health positively, but all of them state that the reason for physical activity is to improve their health. An interesting finding is that respondents, who stated as the reason for their physical activity respite from everyday worries, do not feel under pressure of school duties (everyday worries). Another finding is that children with oncological disease, who spend their leisure time by participating in team sports, also spend more leisure time right after school in a social environment with their friends. It was also confirmed that active leisure time with family leads to the development of similar spending time with friends after school.

Motivating attitude, leading to physical activity, healthy lifestyle, re-integration into the group, and support for active leisure time is absolutely necessary in this group of children and their families and thanks to the project KRTEK V SÍTI even feasible.

REFERENČNÍ SEZNAM

- Baumann, F. T., Bloch, W., & Beulertz, J. (2013). Clinical exercise interventions in pediatric oncology: a systematic review. *Pediatric research*, 74(4), 366-376.
- Blahutková, M. (2006). *Psychomotorika pre každého*. Prešov: Metodicko-pedagogické centrum.
- Blahutková, M., Klenková, J., & Zichová, D. (2007). *Psychomotorické hry pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
- Blatný, M., Kepák, T., Vlčková, I., Pilát, M., Jelínek, M., & Navrátilová, P., Slezáková, A., Kárová, Š., & Šterba, J. (2007). Kvalita života dětí po léčbě nádorového onemocnění: současné poznatky a směry výzkumu. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 42(4), 291–306.
- Burkertová, H. (2006). Kvalita života dětí s onkologickým onemocněním. In N. Kalužová, N., & Volná, J. (Eds.), *V. mezinárodní symposium ošetrovatelství: sborník* (20-30). Ostrava, Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity a Fakultní nemocnice Ostrava.
- disHBSC. (2015). *Úvod*. Retrieved from the World Wide Web <http://dishbsc.upol.cz/>
- Evropská komise. (2008). *EU Physical Activity Guidelines*. Brusel: Evropská komise.
- Gavora, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada.
- HBSC. (2015). *HBSC Network Publishes: Trends in young people's health and social determinants*. Retrieved from the World Wide Web <http://www.hbsc.org/>
- Hendl, J. (2004). *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál.

- Hnilicová, H., & Bencko, V. (2005). Kvalita života - vymezené pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*, 85(11), 656–660.
- Hodaň, B. (2007). *Sociokulturní kinantropologie II, Systémové pojetí tělesné kultury*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Holická, K. (2012). *Analýza vybraných charakteristik životního stylu mládeže s onkologickým onemocněním*. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Holman, D. M., & White, M. C. (2011). Dietary behaviors related to cancer prevention among pre-adolescents and adolescents: the gap between recommendations and reality. *Nutrition journal*, 10(60).
- Hrstková, H., Bothová, P. (2012). Pohybová aktivita u jedinců po prodělaném nádorovém onemocnění v dětství. *Aplikované pohybové aktivity v teorii a praxi*, 3(1), 54-59.
- Janíková, A., Doubek, M., et al. (2012). *Jak si poradit s nádorovým onemocněním krve? Pomocník pro pacienty nejen s leukémií či lymfomem*. Praha: Mladá Fronta.
- Jesenský, J. (2000). *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum.
- Ješina, O. (2014). Drobné a pohybové hry. In T. Vyhlídal, O. Ješina, et al. *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. (pp. 125-126). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ješina, O., & Hamřík, Z., et al. (2012). *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Junger, J., & Kasa, J. (1996). *Úvod do športovej kinantropológie*. Prešov: Pedagogická fakulta Univerzity P. J. Šafárika.
- Kalman, M., & Vašíčková, J. et al. (2013). *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kalman, M., Sigmund, E., Pavelka, J., Sigmundová, J., Vašíčková, J., Vokáčová, J., Hollein, T., & Hamřík, Z. (2015). *HBSC Studie - Veřejné připomínkování národních doporučení pro pohybovou aktivitu*. Retrieved from the World Wide Web

http://hbse.upol.cz/1-cestina/68-novinky/3-texty/50-verejne_pripominkovani_narodnich_doporuceni_pro_pohybovou_aktivitu/

Kepák, T., Blatný, M., Vlčková, I., Navrátilová, P., Kárová, Š., Pavelková, K., Pilát, M., Jelínek, M., Mazánek, P., Múdry, P., Štěrbá, J., & Hrstková, H. (2007). Následky léčby dětských nádorových onemocnění v oblasti neurokognitivních funkcí a jejich vliv na kvalitu života. *Pediatric pro praxi*, 8(6), 353 – 357.

Klener, P., & Klener, P., jr. (2010). *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. Praha: Grada Publishing

Klinika GHC Praha (2015). *Onkologická onemocnění*. Retrieved from the World Wide Web <http://www.ghc.cz/komplexni-medicina/lecba-zavaznych-onemocneni/onkologicka-onemocneni>

Koot, H., & Wallander, J. (2001). *Quality of Life in Child and Adolescent Illness: Concepts, Methods and Findings*. NY: Routledge.

Koutecký, J., Kabíčková, E., & Starý, J. (2002). *Dětská onkologie pro praxi*. Praha: Triton.

Kraus, B., & Poláčková, V. (2001). *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido.

Krejčí, M. et al. (2010). *Adequate movement regime and bio-psycho-social determinants of active life style*. České Budějovice: University of South Bohemia.

KRTEK V SÍTI. (2015). *Úvod – Krtek v síti*. Retrieved from the World Wide Web <http://www.krtekvsiti.eu/>

Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Křivohlavý, J. (2004). Kvalita života. In Hnilicová, H. (2004). *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.1.2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.

Kubecová, M. et al. (2011). *Onkologie. Učební texty pro studenty 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta.

- Kuntsche, E., & Ravens-Sieberer, U. (2015). Monitoring adolescent health behaviours and social determinants cross-nationally over more than a decade: introducing the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study supplement on trends. *The European Journal of Public Health*, 25(2), 1-3.
- Labudová, J., & Antala, B. (2011). *Healthy active life style and physical education*. Bratislava: END.
- Látka, J. (2006). Hodnocení a výzkum kvality života v ošetrovatelství. In N. Kalutová, & J. Volná, (Eds.), *V. mezinárodní sympozium ošetrovatelství: sborník*. Ostrava: Ostravská univerzita a Fakultní nemocnice Ostrava, Fakulta zdravotně sociální.
- Lauermannová, L. (2012). *Smích jako specifický prostředek tělocvičné rekreace*. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Mareš, J. et al. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD.
- Matějček, Z. (1999). *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál.
- Matějčíčková, K. (2013). *Analýza trávení volného času dětí staršího školního věku v Trutnově*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta tělesné kultury, Olomouc.
- Mendis, S., World health organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: WHO press.
- Neuman, J. (2000). *Dobrodružné hry a cvičení v přírodě*. Praha: Portál.
- Payne, J. et al. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Brno: Triton.
- Petrovskij, A. V. (1977). *Vývojová a pedagogická psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Rintala, P., Välimaa, R., Tynjälä, J., Boyce, W., King, M., Villberg, J., & Kannas, L. (2011). Physical Activity of Children With and Without Long-Term Illness or Disability, *Journal Of Physical Activity & Health*, 8(8), 1066-1073.

- Rohleder, O., & Štěrba, J. (2014). Úvod do dětské onkologie. In T. Vyhlídal, O. Ješina, et al. *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. (pp. 7-22). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Salem, Y., & Elokda, A. (2014). Use of virtual reality gaming systems for children who are critically ill. *Journal of pediatric rehabilitation medicine*, 7(3), 273-276.
- Schultz, K. A. P., Ness, K. K., Whitton, J., Recklitis, Ch., Zebrack, B., & Robinson, L. L., et al. (2007). Behavioral and social outcomes in adolescent survivors of childhood cancer: A report from the childhood cancer survivor study. *Journal of Clinical Oncology*, 25(24), 3649-3656.
- Slepička, P. et al. (2009). *Sport and Lifestyle*. Prague: Charles University in Prague.
- Štěrbová, D. (2012). Volnočasové a pohybové aktivity a rodiny se zdravotně postiženými dětmi. In M. Truksová, & O. Ješina. (2012). *Integrace – jiná cesta VII. Sborník příspěvků ze semináře zaměřeného na význam aplikovaných pohybových aktivit v komplexní rehabilitaci* (pp. 5-10). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Šubrt, J. et al. (2008). *Soudobá sociologie III., Diagnózy soudobých společností*. Praha: Univerzita Karlova.
- Trávníková, D. (2014). Psychomotorické aktivity. In T. Vyhlídal, O. Ješina, et al. *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. (pp. 97-113). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Tschuschke, V. (2004). *Psychoonkologie*. Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Praha: Portál.
- United States. Department of Health and Human Services. (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: GA.
- Vaňurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno: MU, Pedagogická fakulta.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I, Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Valenta, M., et al. (2008). *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: Univerzita Palackého.

- Veenhoven, R. (2006). The four qualities of life ordering concepts and measures of the good life. Mark McGillivray & Mathew Clark (Eds.), *Understanding human well-being*. Tokyo-New York-Paris: United Nations University Press.
- Velký lékařský slovník (2015). Úvod. Retrieved from the World Wide Web <http://lekarske.slovníky.cz/>
- Veselá, P., Kaniok, R., Mareš, J., & Ježek, S. (2006). Sonda do kvality života dětských onkologických pacientů. In J. Mareš et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. (pp.199-208). Brno: MSD.
- Vlčková, I. (2011). *Kvalita života dětí a dospívajících po léčbě nádorového onemocnění*. Disertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Brno.
- Vránová, D. (2013). *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Praha: ANAG.
- Vyhlídal, T. (2014). Pohybová aktivita jako prostředek prevence. In T. Vyhlídal, O. Ješina, et al. *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. (pp. 49-53). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Vyhlídal, T. (2014). Projekt KRTEK V SÍTI. In T. Vyhlídal, O. Ješina, et al. *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. (pp. 155-172). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Vyhlídal, T. (2014). Specifika ve vedení pohybových programů dětí s onkologickým onemocněním. In T. Vyhlídal, O. Ješina, et al. *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. (pp. 91-95). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Vyhlídal, T. (2014). Využití herních technologií v oblasti pohybových aktivit v nemocničním prostředí. In T. Vyhlídal, O. Ješina, et al. *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. (pp. 145-149). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Vyhlídal, T. (2014). Význam pohybových aktivit v průběhu léčby a po léčbě. In T. Vyhlídal, O. Ješina, et al. *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. (pp. 45-47). Olomouc: Univerzita Palackého

- Vyhlídal, T., & Ješina, O. (2010). Hodnotová orientace dětí s onkologickým onemocněním ve vztahu ke kvalitě života a pohybovým aktivitám. *Tělesná kultura*, 33(3), 84–100.
- Vyhlídal, T., Ješina, O., et al. (2014). *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- WHO. (1948). *Official Records of the World Health Organization, No. 2. Proceedings and final acts of the International Health Conference. Summary report on proceeding and final acts of the International Health Conference held in New York 19. -22. June 1946*. New York: WHO press.
- WHO. (1997). *WHOQOL-Measuring quality of life*. Geneva: WHO press.
- WHO. (2001). The World health report - Mental Health: New Understanding, New Hope. In G. Kassing, et al. (2010). *Inclusive recreation: programs and services for diverse populations* (pp. 350). Champaign, IL: Human Kinetics.
- WHO. (2015). *Obesity and overweight*. Retrieved from the World Wide Web <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 (otázka č. 1). Charakteristika respondentů	53
Tabulka 2 (otázka č. 2). Do které třídy chodíš?	53
Tabulka 3 (otázka č. 8). V kolika dnech z uplynulých 7 dnů ses věnoval pohybové aktivitě celkem alespoň 1 hodinu za celý den?	54
Tabulka 4 (otázka č. 9). Jaký je důvod pro pohybovou aktivitu ve tvém volném čase?.....	55
Tabulka 5 (otázka č. 10a.). Jak často ve svém volném čase provozuješ každou z níže uvedených skupin aktivit? – Pohybové aktivity.....	56
Tabulka 6 (otázka č. 10 b). Další aktivity, bez sportovní činnosti.	58
Tabulka 7 (otázka č. 10c.). Jiné aktivity, kroužky, záliby.....	59
Tabulka 8 (otázka č. 11). Kde se účastníš pohybových aktivit nebo her?	60
Tabulka 9 (otázka č. 42). Jak často se díváš na televizi, hraješ hry na počítači nebo používáš internet?	60
Tabulka 10 (otázka č. 43). V této otázce nás zajímají činnosti, které jsou rodiny zvyklé dělat spolu. Jak často děláš společně se svou rodinou následující činnosti?	61
Tabulka 11 (otázka č. 15). Nakolik se cítíš být pod tlakem při řešení školních povinností? ...	62
Tabulka 12 (otázka č. 41). Kolik dní v týdnu obvykle trávíš čas hned po škole se svými kamarádkami/kamarády?	62
Tabulka 13 (otázka č. 17). Řekl/la bys, že tvoje zdraví je...?.....	63
Tabulka 14 Důvod pohybové aktivity pro mládež s onkologickým onemocněním vnímající své zdraví negativně.	63
Tabulka 15 Vliv účasti v kolektivních sportech na trávení volného času s kamarády po škole.	65
Tabulka 16 Vliv účasti v pohybových aktivitách a rodinou na trávení volného času s kamarády po škole.....	66

PŘÍLOHY

Příloha 1. Vzor dotazníkového šetření



**PROGRAM
CEZHRANIČNEJ
SPOLUPRÁCE**
SLOVENSKÁ REPUBLIKA
ČESKÁ REPUBLIKA



**EURÓPSKA ÚNIA
EURÓPSKY FOND
REGIONÁLNEHO ROZVOJA**
SPOLOČNE BEZ HRANÍC

MLÁDEŽ A ZDRAVÍ

FAKULTA TĚLESNÉ KULTURY

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE



Fakulta
tělesné kultury

Milá žákyně, milý žáku,

vyplněním tohoto dotazníku nám pomůžeš získat poznatky o způsobu života mladých lidí. V rámci mezinárodního výzkumu je v tomto roce dotazník se stejnými otázkami předkládán žákům stejného věku ve 30 zemích.

Nikde nemusíš uvádět svoje jméno. Odpovědi budou prohlížet a vyhodnocovat jenom pracovníci výzkumného týmu a nikdo jiný. Nebudou je prohlížet ani Tvoji rodiče a učitelé.

Každou otázku čti pozorně a při vyplňování nevynechej žádnou otázku. Opravdu nás zajímají právě Tvoje názory a zkušenosti, proto odpovídej samostatně a za sebe. Není to test, nejsou zde správné nebo nesprávné odpovědi

1. Jsi chlapec nebo dívka?

☐ Chlapec ☐ Dívka

Je ti 15 let nebo více?

☐ Ano ☐ Ne

2. Do které třídy chodíš?

☐ 5.třída ☐ 6.třída ☐ 7.třída ☐ 8.třída ☐ 9.třída

3. V kterém roce jsi se narodil/a?

1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. V kterém měsíci jsi se narodil/a?

Leden	únor	březen	duben	Květen	červen
☐	☐	☐	☐	☐	☐
červenec	srpen	září	říjen	Listopad	prosinec
☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Jak často obvykle snídáš (něco víc než sklenici čaje, mléka nebo džusu)?

Zaškrtni jen jeden rámeček pro všední dny týdne a jeden pro víkend

A. Ve všední dny snídám...

☐ Nikdy nesnídám v týdnu

☐ Jeden den

☐ Dva dny

☐ Tři dny

☐ Čtyři dny

☐ Pět dní

B. O víkendu snídám...

☐ Nikdy nesnídám o víkendu

☐ O víkendu obvykle snídám jenom jeden den (v sobotu nebo v neděli)

☐ O víkendu obvykle snídám oba dny (v sobotu i v neděli)

6. Jak často za týden jíš nebo piješ uvedené potraviny a nápoje?

	Nikdy	Méně než 1x týdně	Jednou týdně	2-4 dny v týdnu	5-6 dnů v týdnu	Každý den	Častěji než jednou denně
Ovoce	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zeleninu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sladkosti	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kolu nebo jiné sladké nápoje s obsahem cukru	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Jak často si čistíš zuby?

- ☐ Častěji než jednou denně
- ☐ Jednou za den
- ☐ Minimálně jednou týdně, ale ne denně
- ☐ Méně než jednou týdně
- ☐ Nikdy

Pohybové aktivity jsou jakékoliv aktivity, při kterých se Ti po nějakou dobu rozbuší srdce a při kterých se zadýcháš. Pohybové aktivity můžeme provozovat při sportu, tělesné výchově ve škole, při hraní si s kamarády nebo při chůzi pěšky cestou do školy. Některé příklady pohybových aktivity mohou být například: běh, rychlá chůze, jízda na kolečkových bruslích, jízda na kole, tanec, jízda na skateboardu, plavání, fotbal, basketbal a lyžování. V následující otázce započítej všechny čas, který strávíš pohybovou aktivitou každý den.

8. V kolika dnech z uplynulých 7 dnů ses věnoval pohybové aktivitě celkem alespoň 1 hodinu za celý den?

0	1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Zde je seznam příkladů, které děti a mládež udávají jako důvod pro pohybovou aktivitu ve svém volném čase. U každého důvodu, prosím, zaškrtni, jak je to pro Tebe důležité. Zaškrtni, prosím, jedno políčko v každém řádku.

	Velmi důležité	Důležité	Nedůležité
Pohyb pro zábavu (pro radost)	☐	☐	☐
Být dobrý/á ve sportu	☐	☐	☐
Vyhrát	☐	☐	☐
Seznámit se s novými kamarády/kamarádkami	☐	☐	☐
Zlepšit si svoje zdraví	☐	☐	☐
Setkávat se se svými kamarády/kamarádkami	☐	☐	☐
Dostat se do dobré formy	☐	☐	☐
Vypadat dobře	☐	☐	☐
Protože to ode mě očekává moje okolí	☐	☐	☐
Potěšit moje rodiče	☐	☐	☐
Být "cool"	☐	☐	☐
Udržovat si svoji váhu (hmotnost)	☐	☐	☐
Protože je to vzrušující	☐	☐	☐
Dokázat si, že na to mám	☐	☐	☐
Protože se mi zvyšuje sebevědomí	☐	☐	☐
Protože si odpočinu od všedních starostí	☐	☐	☐

Volný čas

Následující otázky jsou o aktivitách ve Tvém volném čase, které děláš z vlastní vůle. Bavi Tě. Některé aktivity můžeš dělat jen v určitou část roku, a proto si uvědom, jak často sezónní aktivity děláš právě v době, kdy se nejčastěji provozují (např. lyžování v zimě, vodní turistika nejčastěji na konci jara a o prázdninách apod.). Jestli některou z aktivit neděláš, zaškrtni prosím první okénko a přesuň se k další aktivitě na seznamu.

10. Jak často ve svém volném čase provozuješ každou z níže uvedených skupin aktivit?

	Nevěnuji se této činnosti	Věnuji se nepravidelně (1x – 2x za rok)	2x až 3x měsíčně	Asi tak jednou týdně	2x týdně nebo častěji
Pohybové aktivity					
Míčové a sportovní hry – fotbal, florbal, basketbal, volejbal, házená, rugby apod.	☐	☐	☐	☐	☐
Atletiku – atletické běhy, vrhy a hody, skoky	☐	☐	☐	☐	☐
Gymnastiku, aerobik, zumbu, jiná skupinová nebo kondiční cvičení	☐	☐	☐	☐	☐
Plavání, cvičení a hry ve vodě	☐	☐	☐	☐	☐
Běh, jogging	☐	☐	☐	☐	☐
Upolové sporty a sebeobrana - judo, karate, zápas, kickbox	☐	☐	☐	☐	☐
Tenis, stolní tenis, badminton	☐	☐	☐	☐	☐
Baseball, softball, kriket	☐	☐	☐	☐	☐
Cílové sporty - petangue, závěsný kuželník (ruské kuželky), bowling, kulečnický, šipky	☐	☐	☐	☐	☐
Tanec (disko, techno, lidové tance, společenské tance, balet)	☐	☐	☐	☐	☐
Lyžování sjezdové, běžecké, skialpinismus	☐	☐	☐	☐	☐
Bruslení, hokej, jízda na kolečkových bruslích	☐	☐	☐	☐	☐
Cyklistiku (jízda na kole), spinning, cykloturistiku	☐	☐	☐	☐	☐
	Nevěnuji se této činnosti	Věnuji se nepravidelně (1x – 2x za rok)	2x až 3x měsíčně	Asi tak jednou týdně	2x týdně nebo častěji
Lezení na umělé stěně, na skále, bouldering	☐	☐	☐	☐	☐
Turistiku, výlety, delší procházky než 5km, nordic walking	☐	☐	☐	☐	☐
Vodní turistiku (jízda v lodi, raft, kanoe, kajak)	☐	☐	☐	☐	☐

Posilování, bodybuilding, fitness	☐	☐	☐	☐	☐
Jógu, relaxační cvičení, zdravotní cvičení, tai chi apod.	☐	☐	☐	☐	☐
Další aktivity					
Společné aktivity s kamarády bez sportovní činnosti – procházky, povídání si, pozorování okolí	☐	☐	☐	☐	☐
Šachy, karetní hry, stolní a deskové hry	☐	☐	☐	☐	☐
Počítačové hry, X-box, on-line hry	☐	☐	☐	☐	☐
Hudbu, zpěv, hraní na hudební nástroj	☐	☐	☐	☐	☐
Hraní divadla, dramatický kroužek, pantomima	☐	☐	☐	☐	☐
Výtvarné činnosti, sochařství, malování, keramika	☐	☐	☐	☐	☐
Čtení knih, časopisů, autorské psaní poezie nebo prózy	☐	☐	☐	☐	☐
Vaření, domácí práce, práce na zahradě	☐	☐	☐	☐	☐
Péči o zvířata (pes, kočka, rybičky, morčata aj.)	☐	☐	☐	☐	☐
Sbírání různých předmětů (známek, letadel, samolepek aj.)	☐	☐	☐	☐	☐
Návštěvu diskoték (reprodukováná hudba), koncertů živých kapel,	☐	☐	☐	☐	☐
Návštěvu sportovních utkání, zápasů	☐	☐	☐	☐	☐
Spravování vlastního blogu, webových stránek	☐	☐	☐	☐	☐
Návštěvu kina, divadla	☐	☐	☐	☐	☐
Návštěvu muzeí, zámků, výstav	☐	☐	☐	☐	☐
	Nevěnuji se této činnosti	Věnuji se nepravidelně (1x – 2x za rok)	2x až 3x měsíčně	Asi tak jednou týdně	2x týdně nebo častěji
Jiné kroužky nebo záliby (rybaření, skaut, účast ve sdružení, účast na táborech, návštěva obchodních domů – „shopování“). Případně doplň.					
.....	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐

11. Kde se účastníš pohybových aktivit nebo her (můžeš označit více možností):

- ☐ Pouze ve škole při tělocviku
- ☐ Ve škole se neúčastním, do tělocviku nechodím ze zdravotních důvodů
- ☐ Mimo školu s kamarády
- ☐ Mimo školu s rodinou
- ☐ Ve sportovním kroužku při škole
- ☐ Ve sportovním kroužku mimo školu
- ☐ Jinde (prosím doplň)

Pokud mluvíme o pití alkoholu, nemáme tím na mysli například to, že jste pivo nebo víno pouze ochutnali. Pitím alkoholu myslíme to, že jste vypili celou sklenici nebo i více sklenic piva nebo vína. Pokud mluvíme o kouření cigaret nebo marihuany, myslíme tím vykouření (nebo téměř vykouření) jedné cigarety nebo jointu.

12. Kolikrát jsi dělal některou z následujících věcí za posledních 30 dní?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pro každý řádek.						
	nikdy	1-2 krát	3-5 krát	6-9 krát	10-19 krát	20 anebo víckrát
Kouřil/a cigarety	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pil/a alkohol	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. Co si myslíš, jaké jsou tvoje výsledky ve škole v porovnání se spolužáky?

- ☐ Velmi dobré
- ☐ Dobré
- ☐ Průměrné
- ☐ Podprůměrné

15. Nakolik se cítíš být pod tlakem při řešení školních povinností?

- ☐ Vůbec
- ☐ Trochu, málo
- ☐ Celkem dost
- ☐ Velmi

16. Toto jsou výroky o spolužácích z tvé třídy.

Označ, prosím, do jaké míry s těmito výroky souhlasíš.

(v každé řádce musí být jen jeden křížek)

	Zcela souhlasím	Souhlasím	Ani nesouhlasím, ani souhlasím	Nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
Žáci v naší třídě jsou rádi spolu.	☐	☐	☐	☐	☐
Většina žáků v naší třídě je milá a ochotna pomoci.	☐	☐	☐	☐	☐
Spolužáci mě berou takového/vou, jaký/á jsem.	☐	☐	☐	☐	☐

17. Řekl/la bys, že tvoje zdraví je.....?

- ☐ Vynikající
- ☐ Dobré
- ☐ Ne moc dobré
- ☐ Špatné

Pokud máš zdravotní problémy nebo dlouhodobě nemocný, zakřížkuj prosím, která kategorie Tvůj stav nejlépe popisuje. Případně kterou kompenzační pomůcku využíváš. Můžeš zakřížkovat i více možností.

18. Pohybové omezení nebo tělesné postižení

- ☐ Ne. Pokračuj otázkou 19.
- ☐ Ano. Zaškrtni všechny hodící se následující možnosti.

Mám:

- ☐ Dětskou mozkovou obrnu
- ☐ Rozštěp páteře
- ☐ Rozštěp patra, rtu
- ☐ Myopatii (např. duchenova svalová dystrofie aj.)
- ☐ Amputaci
- ☐ Nevyvinutí dolní nebo horní končetiny
- ☐ Tělesné postižení od narození
- ☐ Tělesné postižení vzniklé v průběhu života (např. úraz)

Používám:

- ☐ vozík mechanický
- ☐ vozík elektrický
- ☐ berle
- ☐ protézu

19. Problémy v komunikaci (řeči).

- ☐ Ne. Pokračuj otázkou 20.
- ☐ Ano. Zaškrtni všechny hodící se následující možnosti.
 - ☐ Od narození
 - ☐ Vzniklé v průběhu života
 - ☐ Průběžné se zhoršující
 - ☐ Průběžné se zlepšující

20. Problémy v učení (specifické poruchy učení)

- ☐ Ne. Pokračuj otázkou 21.
- ☐ Ano. Zaškrtni všechny hodící se následující možnosti.
 - ☐ Problémy ve čtení (dyslexie)

- ☐ Problémy v psaní (dysgrafie, dysortografie)
- ☐ Problémy v počítání (dyskalkulie)
- ☐ Jiné

21. Jiné dlouhodobé zdravotní problémy, při kterých musíš vyhledávat lékaře.

- ☐ Chronické onemocnění dýchacích cest, astma
- ☐ Těžká alergie
- ☐ Poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)
- ☐ Poruchy pozornosti bez hyperaktivity (ADD)
- ☐ Diabetes
- ☐ Onkologické onemocnění
- ☐ Neurologické onemocnění (např. epilepsie)
- ☐ Psychické problémy (chronické deprese, poruchy příjmu potravin)
- ☐ Nemám dlouhodobé zdravotní problémy
- ☐ Pokud máš jiné zdravotní problémy, napiš

22. Problémy se zrakem (zrakové postižení)

- ☐ Ne. Pokračuj otázkou 23.
- ☐ Ano. Zaškrtni všechny hodící se následující možnosti.
 - ☐ Od narození
 - ☐ Vzniklé v průběhu života
 - ☐ Průběžné se zhoršující
 - ☐ Používám bílou hůl
 - ☐ Nepoužívám bílou hůl

23. Problémy se sluchem (sluchové postižení)

- ☐ Ne. Pokračuj otázkou 24.
- ☐ Ano. Zaškrtni všechny hodící se následující možnosti.
- ☐ Od narození
 - ☐ Vzniklé v průběhu života
 - ☐ Průběžné se zhoršující
 - ☐ Mám kochleární implantát
 - ☐ Jsem uživatelem znakového jazyka
 - ☐ Znakový jazyk běžné nepoužívám

24. Toto je obrázek žebříku. Vrchní část žebříku "10" je Tvůj nejlepší možný život a spodní část žebříku „0“ je Tvůj nejhorší možný život.

Posuď, kde cítíš, že stojíš na tomto žebříku ty v tuto chvíli?

Zaškrtni políčko vedle čísla, které nejlépe popisuje, kde stojíš Ty.

☐	10	Nejlepší možný život
☐	9	
☐	8	
☐	7	
☐	6	
☐	5	
☐	4	
☐	3	
☐	2	
☐	1	
☐	0	Nejhorší možný život

25. Za posledních 6 měsíců: Jak často se Ti stalo, že?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pro každý řádek.

	Asi každý den	Víc než jednou za týden	Asi každý týden	Asi každý měsíc	Málokdy nebo nikdy
1. Tě bolela hlava	☐	☐	☐	☐	☐

2. Tě bolelo břicho	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tě bolela záda	☐	☐	☐	☐	☐
4. jsi byl/a smutný/á, na dně	☐	☐	☐	☐	☐
5. jsi byl podrážděný/á anebo jsi měl/a špatnou náladu	☐	☐	☐	☐	☐
6. jsi měl/a pocit nervozity	☐	☐	☐	☐	☐
7. jsi měl/a problém usnout	☐	☐	☐	☐	☐
8. se Ti točila hlava (závratě)	☐	☐	☐	☐	☐

26. Myslíš si, že vypadáš pro své okolí atraktivně (jsi pěkný/á), máš pěkný vzhled?

Myslím si, že jsem:

- ☐ Určitě atraktivní
- ☐ Docela to ujde
- ☐ Cítím se „nic moc“
- ☐ Ne, nejsem atraktivní
- ☐ Nedokážu určit

Toto jsou některé otázky zaměřené na šikanování. Mluvíme, že spolužák/čka je ŠIKANOVANÝ/Á, když, mu jiný spolužák/čka nebo skupina spolužáků říká/jí nebo dělá/jí protivné a nepříjemné věci. Šikanování je také když se spolužák/čce opakovaně posmívají způsobem, který mu není příjemný, nebo když je spolužák/čka schválně vyloučený/á z kolektivu. ŠIKANOVÁNÍ ALE NENÍ, když se dva spolužáci/čky zhruba stejně silní/é hádají nebo bijí. Šikanování také není, když se spolužák/ačka popichují kamarádkým a hravým způsobem.

27. Jak často Ti ve škole někdo tímto způsobem ubližoval za posledních pár měsíců?

- ☐ Za posledních pár měsíců se mi to ve škole nestalo
- ☐ Stalo se mně to jen jednou nebo dvakrát
- ☐ 2 nebo 3 krát měsíčně
- ☐ Asi jednou týdně
- ☐ Několikrát za týden

28. Jak často ses sám podílel na takovém chování vůči jinému/ým spolužákovi/ům ve škole za posledních pár měsíců?

- ☐ Nepodílel jsem se na takovém chování vůči jinému/ým spolužákovi/ům ve škole za posledních pár měsíců
- ☐ Stalo se to jen jednou nebo dvakrát
- ☐ 2 nebo 3 krát měsíčně
- ☐ Asi jednou za týden
- ☐ Několikrát za týden

29. Označ křížkem, kterou/á z následujících situací ve škole....

	...jsi viděl/a	...se ti stala	... jsi sám dělal/a jiným	... jsem se nesetkal/a
Výsměch, kruté přezdívky	☐	☐	☐	☐
Výhružky, slovní urážky	☐	☐	☐	☐
Pomlouvání, šíření nepravdivých informací	☐	☐	☐	☐
Výsměch pro barvu pleti	☐	☐	☐	☐
Výsměch z postavy, z nadváhy, podvýživy	☐	☐	☐	☐
Výsměch z náboženských důvodů nebo víry	☐	☐	☐	☐
Vtipkování se sexuálním podtextem (slovy nebo gesty)	☐	☐	☐	☐
Ubližování přes počítač, e-mail, facebook	☐	☐	☐	☐
Ubližování přes mobilní telefon	☐	☐	☐	☐
Zastrašování	☐	☐	☐	☐
Fyzické napadení, rvačka	☐	☐	☐	☐
Nedovolené/svévolné půjčování cizích věcí	☐	☐	☐	☐
Vymáhání „potupných“ příkazů	☐	☐	☐	☐

30. O této události jsem informoval/a...

- ☐ Spolužáky
- ☐ Učitele
- ☐ Školního psychologa nebo výchovného poradce
- ☐ Rodiče, příbuzné
- ☐ Neřekl/a jsem to nikomu

31. Kolikrát ses účastnil bitky v průběhu posledních 12-ti měsíců.

- ☐ Neúčastnil jsem se bitky v posledních 12-ti měsících.
- ☐ 1 krát
- ☐ 2 krát
- ☐ 3 krát
- ☐ 4 nebo vícekrát

32. Rodina, v které žiješ je...

- ☐ Na tuto otázku nechci odpovídat
- ☐ Úplná vlastní (oba rodiče jsou vlastní)
- ☐ Úplná, ale jeden z rodičů není vlastní
- ☐ Neúplná (žiju jen s jedním rodičem)

33. Má Tvůj otec práci?

- ☐ Na tuto otázku nechci odpovídat
- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím
- ☐ Nevím, protože se s ním nestýkám

Má Tvá matka práci?

- ☐ Na tuto otázku nechci odpovídat
- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím
- ☐ Nevím, protože se s ní nestýkám

34. Jak snadné je pro Tebe hovořit s uvedenými osobami o věcech, které Tě opravdu trápí?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pro každý řádek.

	Na tuto otázku nechci odpovídat	Velmi snadné	Snadné	Těžké	Velmi těžké	Nemám nebo nepotkávám takovou osobu
Vlastní otec	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vlastní matka	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Partnerka mého otce	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Partner mojí matky	☐	☐	☐	☐	☐	☐

35. Nakolik ví Tvoje matka ve skutečnosti o tom?

	Na tuto ot. nechci odpovídat	Ví hodně	Ví málo	Neví nic	Nemám nebo se s ní nevidám
Kdo jsou Tvoji přátelé	☐	☐	☐	☐	☐
Za co utrácíš svoje peníze	☐	☐	☐	☐	☐
Kde jsi po skončení školy	☐	☐	☐	☐	☐
Kam chodíš večer	☐	☐	☐	☐	☐
Co děláš ve svém volném čase	☐	☐	☐	☐	☐

36. Nakolik ví Tvůj otec ve skutečnosti o tom?

	Na tuto ot. nechci odpovídat	Ví hodně	Ví málo	Neví nic	Nemám nebo se s ním nevidám
Kdo jsou tvoji přátelé	☐	☐	☐	☐	☐
Za co utrácíš svoje peníze	☐	☐	☐	☐	☐
Kde jsi po skončení školy	☐	☐	☐	☐	☐
Kam chodíš večer	☐	☐	☐	☐	☐

Co děláš ve svém
volném čase

☐
☐
☐
☐
☐

37. Moje matka....

	Na tuto ot. nechci odpovídat	Téměř vždy	Někdy	Nikdy	Nemám nebo nevídám svoji matku
mně pomáhá tolik, kolik potřebuji	☐	☐	☐	☐	☐
mně dovolí dělat věci, které dělám rád/a	☐	☐	☐	☐	☐
mě má ráda	☐	☐	☐	☐	☐
rozumí mým problémům a starostem	☐	☐	☐	☐	☐
mně dovolí dělat moje vlastní rozhodnutí	☐	☐	☐	☐	☐
se snaží řídít/organizovat vše co dělám	☐	☐	☐	☐	☐
zachází se mnou jako s malým děčkem	☐	☐	☐	☐	☐
povzbudí mě, když jsem rozrušený/á	☐	☐	☐	☐	☐

38. Můj otec....

	Na tuto ot. nechci odpovídat	Téměř vždy	Někdy	Nikdy	Nemám nebo nevídám svého otce
mně pomáhá tolik, kolik potřebuji	☐	☐	☐	☐	☐
mně dovolí dělat věci, které dělám rád/a	☐	☐	☐	☐	☐
má mě rád	☐	☐	☐	☐	☐
rozumí mým problémům a starostem	☐	☐	☐	☐	☐

mně dovolí dělat moje vlastní rozhodnutí	☐	☐	☐	☐	☐
se snaží řídit/organizovat vše co dělám	☐	☐	☐	☐	☐
zachází se mnou jako s malým děckem	☐	☐	☐	☐	☐
povzbudí mn, když jsem rozrušený/á	☐	☐	☐	☐	☐

39. Jak moc je podle Tebe náboženská víra důležitá pro tvůj život?

Označ jednu z možností, která Tě nejvíc vystihuje od 1 - 7.

- 1 ☐ Vůbec není důležitá
2 ☐
3 ☐
4 ☐ Mám neutrální postoj k víře
5 ☐
6 ☐
7 ☐ Absolutně důležitá

40. Kolik máš v současnosti blízkých kamarádů anebo kamarádek?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pro každý sloupec.

- | Chlapců | Děvčat |
|---|---|
| ☐ Žádného | ☐ Žádnou |
| ☐ Jednoho | ☐ Jednu |
| ☐ Dva | ☐ Dvě |
| ☐ Tři anebo více | ☐ Tři anebo více |

41. Kolik dní v týdnu obvykle trávíš čas hned po škole se svými kamarádkami/kamarády?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 0 dní | 1 den | 2 dny | 3 dny | 4 dny | 5 dní | 6 dní |

42. Jak často se díváš na televizi, hraješ hry na počítači nebo používáš internet (facebook, emaily, ...)

	Televize	Hry na počítači	Internet
Vůbec	☐	☐	☐
Asi půl hodiny denně	☐	☐	☐
Asi hodinu denně	☐	☐	☐
Asi dvě hodiny denně	☐	☐	☐
Asi tři hodiny denně	☐	☐	☐
Asi čtyři hodiny denně	☐	☐	☐
Asi pět hodin denně	☐	☐	☐
Asi šest hodin denně	☐	☐	☐
Více než šest hodin denně	☐	☐	☐

43. V této otázce nás zajímají činnosti, které jsou rodiny zvyklé dělat spolu. Jak často děláš společně se svou rodinou následující činnosti? Zaškrtni, prosím, v každém řádku jednu odpověď.

	každý den	skoro každý den	asi 1x za týden	méně často	nikdy
Díváme se spolu na televizi (video, DVD, blu-ray)	☐	☐	☐	☐	☐
Hrajeme spolu společenské hry.	☐	☐	☐	☐	☐
Jíme spolu (snídaně, oběd nebo večeři).	☐	☐	☐	☐	☐
Chodíme spolu na procházky.	☐	☐	☐	☐	☐
Navštěvujeme spolu různá místa.	☐	☐	☐	☐	☐
Navštěvujeme spolu přátele nebo příbuzné.	☐	☐	☐	☐	☐
Sportujeme spolu.	☐	☐	☐	☐	☐
Sedíme a povídáme si spolu o různých věcech.	☐	☐	☐	☐	☐

44. Tady je seznam tvrzení, které se týkají pravidel v některých rodinách. Zaškrtni, prosím, do jaké míry jednotlivá pravidla platí v Tvoji rodině. Zaškrtni, prosím, v každém řádku jednu odpověď.

	vždy	většinou	čas od času	někdy	nikdy
Moji rodiče mi určují, jak dlouho se můžu dívat na televizi.	☐	☐	☐	☐	☐
Moji rodiče mi kontrolují, jaký program v televizi sleduji.	☐	☐	☐	☐	☐
Moji rodiče mi dovolí sledovat v televizi všechny programy bez ohledu na to, jestli jsou pro mě vhodné.	☐	☐	☐	☐	☐
Moji rodiče mi určují, jak dlouho si můžu hrát na počítači.	☐	☐	☐	☐	☐
Moji rodiče mi určují, jak dlouho můžu být na internetu (kromě přípravy do školy).	☐	☐	☐	☐	☐
Moji rodiče kontrolují, co na počítači dělám.	☐	☐	☐	☐	☐
	vždy	většinou	čas od času	někdy	nikdy
Moji rodiče mi dovolí na internetu sledovat všechno, bez ohledu na to, jestli je to pro mě vhodné.	☐	☐	☐	☐	☐
Moji rodiče mi určují, jak dlouho můžu být po škole venku.	☐	☐	☐	☐	☐
V mojí rodině je snídane povinnou součástí dne.	☐	☐	☐	☐	☐
V mojí rodině je dovolené jíst (obědovat, večeřet) před televizí nebo počítačem.	☐	☐	☐	☐	☐
Moji rodiče mi dovolují jíst sladkosti a pít slazené nápoje (např. kolu, fantu, kofolu).	☐	☐	☐	☐	☐

45. Následující výroky se týkají Tvých vztahů s ostatními. Do jaké míry je v Tvém případě každý z těchto výroků pravdivý nebo nepravdivý?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pro každý řádek.

	Určitě pravdivý	Většinou pravdivý	Ani nesouhlasím, ani souhlasím	Většinou nepravdivý	Určitě nepravdivý
Jsem vždy zdvořilý/á (slušný/á), dokonce i k lidem, kteří jsou protivní.	☐	☐	☐	☐	☐
Už se mi stalo, že jsem někoho využil/a.	☐	☐	☐	☐	☐
Někdy raději než odpustit a zapomenout se pokouším o odplatu. (Když mi někdo ublíží, snažím se mu to vrátit).	☐	☐	☐	☐	☐
Někdy mě štve, když není po mém.	☐	☐	☐	☐	☐
Jsem vždy dobrý/á posluchač/ka, bez ohledu na to, s kým se bavím.	☐	☐	☐	☐	☐

46. Označ jednu z možností, která nejvíc vystihuje Tvoji současnou situaci.

	souhlasím	ne souhlasím
Vidím před sebou jenom špatné věci a žádné dobré.	☐	☐
Opravdu nemá cenu snažit se získat to, co chci, protože to pravděpodobně stejně nedosáhnu.	☐	☐
Rovnou to můžu vzdát, protože i tak nemůžu změnit věci ve svůj prospěch.	☐	☐
Momentálně nemám štěstí a není důvod si myslet, že ho budu mít, až budu starší.	☐	☐
Nikdy nedostanu to, co chci, takže je hloupé cokoliv chtít.	☐	☐

47. Umím něco, pro co mě mohou druzí obdivovat?

- ☐ Určitě ano
- ☐ Je toho dost, co dokážu
- ☐ Něco by se našlo
- ☐ Není toho moc
- ☐ Neumím a nemám nic, co by stálo za obdiv

48. Byly nějaké otázky, na které se Ti těžko odpovědělo, nerozuměl/a jsi jim nebo si na ně nechtěl odpovědět? Prosím napiš důvod/y proč?

.....
.....