



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Vliv životního stylu rodiny na zdraví dítěte předškolního věku

Výpracovala: Eva Petrušková
Vedoucí práce: PhDr. Olga Vaněčková
České Budějovice 2014

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním svého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu své kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Dne 20. 3. 2014

Eva Petrušková

Poděkování

Velké díky patří paní PhDr. Olze Vaněčkové, která mne přijala s touto prací pod svou ochranu. Dodávala mi vždy nejen cenné metodické a technické rady, ale především svým optimismem a vlídným přístupem mě neustále motivovala. Za to vše ji velice děkuji.

Eva Petrušková

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou životního stylu rodiny a jeho vlivem na zdraví dětí předškolního věku. Vychází z předpokladu, že rodiče volící alternativní vzdělávání svých dětí budou pravděpodobně také upřednostňovat jiný životní styl. Teoretická část se věnuje definování pojmů: zdraví, nemoc, životní styl, rodina, antroposofie, waldorfská pedagogika. Praktická část zobrazí výsledky kvantitativního šetření, jehož nástrojem je dotazník. Šetření bylo prováděno v Jihočeském a Středočeském kraji, vždy ve waldorfské mateřské škole a v mateřské škole klasické. Jeho výsledky odpovídají na otázku, zda existuje odlišný přístup ke zdraví v rodinách dětí a jak se odlišný životní způsob promítá do subjektivních i objektivních projevů zdraví.

Klíčová slova: zdraví, nemoc, životní styl, rodina, antroposofie, waldorfská pedagogika

Abstract

The bachelor's thesis deals with the issues of a family life style and its impact to the preschooler's health. It comes out of an assumption that parents choose an alternative education for their children and they will probably also have a preference to a different lifestyle. The theoretic part of the thesis looks into the terms definition like: health, sickness, lifestyle, family, anthroposophy, waldorf pedagogy. The practical part will display the results of quantity research where the questionnaire is the tool. The research was executed in the South and Central of the Czech Republic. Always in Waldorf maternity school or the classical one. Its results answer to the question, whether the different approach to the health within the purview of the family exists and how the different lifestyle is reflected into the subjective and objective health demonstrations.

Key words: health, sickness, lifestyle, family, antroposofi, waldorf pedagogy

Obsah

ÚVOD.....	- 8 -
1 ZDRAVÍ A NEMOC	- 10 -
1.1 Zdraví.....	- 10 -
1.1.1 Salutogeneze	- 11 -
1.1.2 Well-being.....	- 12 -
1.2 Nemoc.....	- 12 -
1.3 Prevence	- 13 -
2 ŽIVOTNÍ STYL.....	- 15 -
2.1 Oblasti zdravého života	- 15 -
2.2 Kvalita života.....	- 16 -
3 RODINA A ŽIVOTNÍ STYL	- 17 -
3.1 Rodina jako domov	- 18 -
4 ČLOVĚK A SVĚT V ANTROPOSOFICKÉM POJETÍ.....	- 19 -
4.1 Co je antroposofie	- 19 -
4.2 Nauka o člověku	- 19 -
4.2.1 Osobnost z hlediska trojčlennosti	- 19 -
4.2.2 Vývoj člověka z hlediska čtyřčlennosti	- 20 -
4.3 Praktické působení antroposofie	- 21 -
4.3.1 Waldorfská pedagogika.....	- 21 -
4.3.2 Biologicko-dynamické zemědělství.....	- 21 -
4.3.3 Antroposofická medicína	- 22 -
4.4 Výchova dítěte v antroposofickém pojetí.....	- 23 -

5	PRAKTICKÁ ČÁST	- 25 -
5.1	Východiska šetření.....	- 25 -
5.2	Cíle šetření.....	- 25 -
5.3	Výzkumná strategie a použité metody	- 26 -
5.3.1	Charakteristika výzkumného souboru	- 27 -
5.3.2	Způsob zpracování dat	- 28 -
6	VYHODNOCENÍ ODPOVĚDÍ A PREZENTACE DAT	- 29 -
6.1	Vyhodnocení položek dotazníku	- 29 -
6.2	Odpověď na výzkumné otázky a interpretace zjištění.....	- 42 -
	ZÁVĚR	- 48 -
	SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY.....	- 50 -
	PŘÍLOHY	- 52 -

ÚVOD

Dnes, více než kdy jindy, se setkáváme s termínem životní styl. Nejčastěji se hovoří o zdravém a alternativním životním stylu. Životní postoje orientované na udržení zdraví a jeho celkovou hodnotu v životě, mě zaujaly natolik, že jsem se rozhodla se jimi zabývat podrobněji. Ráda bych našla souvislosti, vazby mezi alternativním životním stylem a zdravím člověka. Jistě se zde nedotknu člověka pouze jako fyzické bytosti, ale zejména jako bytosti duševní a duchovní. Velkou roli pravděpodobně bude hrát i míra iniciativy a angažovanosti osob k vlastnímu životu a dění v něm. V dnešní době např. často bezradně přihlížíme pochodům v našem těle a především v situaci nemoci již málo spoléháme na své vrozené instinkty a plně se oddáváme péči lékařů v domněnku, že vše za nás vyřeší a téměř bez našeho přičinění nás uzdraví. Jako ukázka nám může posloužit horečka. Ta je fyziologickým projevem a přesto je brána jako sama nemoc, nebo její velká část a především rodiče dětí se snaží tuto horečku velmi rychle snížit, neuváženě potlačit. Často si v rozrušení ani neuvědomíme, že horečka je pouze příznakem nemoci, obranou proti ní. Nezobrazuje se v ní náhodou síla a odolnost našeho organismu? Není to jedna ze zbraní našeho organismu, kterou člověk dostal do výbavy a měl by ji rozumně využívat?

Věříme a doufáme, že názory na témata a otázky tohoto typu se různí. Vždyť právě různorodost názorů tvoří náš svět pestrým a zajímavým. I když tato různost a svoboda pohledů může být někdy velmi okleštěna legislativou země. Jistou svázanost můžeme pozorovat i v naší zemi například právě v oblasti zdraví a nemoci, očkování, alternativní medicíny i školství.

Naším záměrem je sledovat v této práci právě tu skupinu lidí, která se rozhodla ve svém životě pro alternativy. Výchozím kritériem našeho sledování je mateřská škola, neboť právě ta je středem našeho profesního zájmu.

Předpokládáme, že lidé, kteří vyhledávají odlišný typ vzdělávání, budou také preferovat odlišný životní styl a pravděpodobně tedy i přístup k nemoci a zdraví bude jiný, než u většiny lidí. Všechna tato hlediska se mohou projevit, a pravděpodobně projeví, v celkovém zdraví dětí těchto rodičů. K tématu životního stylu a zdraví dětí nás přivedl nejen zájem o naše děti a jejich zdraví a zdravý vývoj, ale i článek, který hovoří o výzkumech, které byly provedeny v pěti západoevropských zemích. Tyto výzkumy se

týkaly dětí vychovávaných v antroposofickém kulturním prostředí či na waldorfských školách a dětí, jimž se dostávalo běžné výchovy. Jeden z těchto výzkumů sleduje přímo téma souvislosti prostředí a okolí dítěte na jeho zdraví. (The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2006)

Výsledky hovoří ve prospěch dětí z waldorfských škol. Je tomu ale tak i v prostředí České republiky?

Cílem práce je vysledovat, zda jsou rozdíly v životním stylu rodin, které pro své děti zvolily klasickou MŠ, nebo školu alternativní, waldorfskou. V souvislosti s volbou MŠ očekáváme rozdílný životní styl. Práce si dává za cíl zjistit, do jaké míry má životní styl rodiny vliv na zdraví dítěte. Je zvolen kvantitativní výzkumný přístup a veškerá data budou získána pomocí dotazování rodičů formou dotazníku vlastní konstrukce.

V první části práce se budeme zabývat pojmy zdraví a nemoc, jak jsou definovány a jak na ně lze nahlížet. Následně pozornost zaměříme na životní styl v rodině. Jak může rodina vybavit dítě pro život, jaké hodnoty a postoje si v ní osvojí, jaké návyky si jednou ponese do své vlastní rodiny. Poslední úsek teoretické oblasti bude věnován antroposofii a jejímu pohledu nejen na člověka, jeho výchovu, ale i přístup k životu a celkový pohled na svět.

1 ZDRAVÍ A NEMOC

Anthony Giddens (1999) se o zdraví a nemoci zmiňuje jako o termínech, které jsou definovány kulturně i sociálně. Vnímání toho, co je zdravé a normální, se může tedy velmi lišit podle kultury, či subkultury, ve které se nalézáme. Dříve se s nemocí nebo postižením musela vypořádat především sama rodina, přestože se v každé společnosti objevují postavy, které zastávají roli léčitele. Mnohé ze starých tradičních přístupů k léčení přetrvávají dodnes (a některé jejich poznatky znovuobjevuje i současné novodobé lékařství). Např. dva tisíce let úspěšně praktikovaná tradiční ajurvédská medicína vychází z teorie harmonie těla – fyzických aspektů člověka a aspektů psychologických. Cílem léčení je obnovení rovnováhy mezi těmito články člověka.

Poznatky, že mezi stavem naší psychiky a fyzickým stavem těla je velmi úzká vazba, nejsou tedy ničím novým. Psychika je ovlivněna nekonečnou řadou našich zážitků a prožitků. Ty v nás zanechávají negativní nebo pozitivní stopy a dojmy a ještě velmi dlouho v nás působí. (Kukačka, 2010)

Mein (1993) na toto téma zvažuje, zda vůbec někdy můžeme být zcela zdraví. Dochází k závěru, že bez ohledu na současný zdravotní stav, se každý může začít přibližovat lepšímu zdraví a šťastnějšímu životu. Základním předpokladem je svobodné rozhodnutí každého člověka k osobnímu růstu a práci na sobě samém.

1.1 Zdraví

Přestože je pojem zdraví používán veřejnou i laickou veřejností, je značně obtížné ho výstižně definovat. Důkaz o jeho nesnadném definování je i to, že zatím nemáme definici zdraví, která by byla všeobecně uznávaná. Setkáme se i s autory, kteří se domnívají, že zdraví definovat nelze.

Nejvíce rozšířené pojetí zdraví pochází z definice z roku 1948, kterou nalezneme v ústavě Světové zdravotnické organizace¹: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being), a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO,

¹ Světová zdravotnická organizace založena roku 1948 – WHO- World Health Organisation

1948:I) Zde můžeme vnímat, že se jedná o velice složitý pojem, v němž celý dynamický celek je tvořen fyzickými, psychickými a sociálními aspekty současně. Se svým okolím jsou existenčně spjaty. Tímto pojetím se pojem zdraví vymaňuje z tradičního biologizujícího chápání. (Bártlová, Matulay, 2009)

To, že je vymezení zdraví vícerozměrné, vede k závěrům, že se jedná o jev, který se netýká pouze samostatně existujícího individua, ale jedná se o neoddělitelné spojení tohoto individua se sociálním prostředím. Nenacházíme se tedy v kategorii výlučně medicínské, ale široce humánní. Lidské zdraví je podmíněno tím, do jaké míry každý sám přispívá k jeho ochraně, udržení a rozvoji. Podstatná je však i míra opory, kterou jedinec nalezne u druhých a u celé společnosti. Celkové zdraví je vedle fyzické kondice tvořeno subjektivním pocitem pohody, spokojenosti a zakotvenosti v životě.

1.1.1 Salutogeneze

Se zcela ojedinělým pohledem na zdraví přišel izraelský Američan A. Antonowsky². Ten jako první položil otázku, proč člověk neonemocní, a to ani tehdy, jsou-li zcela evidentně přítomny patogenní faktory. Hledá tedy činitele, které podporují směr ke zdraví, nikoli k nemoci, jak to činí právě patogeneze. (Bártlová, Matulay, 2009)

Kromě biologické odolnosti organismu, návyků v hygieně a celkového stavu těla, hrají velice důležitou úlohu i psychologické faktory. Jedná se o postoje k sobě samému a ke světu. Tuto sociální určenost člověk prožívá a osvojuje si zejména v rodině. (Vymětal, 2003)

Antonowsky za významné faktory považuje osobní autonomii, důvěru ve svět a lidi v něm. Dále klade důraz na víru člověka ve smysluplnost života a schopnost rozumět světu a ovládat situace, které jsou člověku životem přinášeny. Předchozím pojmům je však zcela nadřazena tzv. **zakotvenost v životě**. Ta zpravidla vychází z jistého, pevného místa v rodině, majícího znaky domova. (Bártlová, Matulay, 2009)

Salutogenezi Antonowsky rozumí podporu těch zdrojů, které posilují odolnost člověka i v prostředí, které je potenciálně patogenní. I vzhledem k této souvislosti doporučila Světová zdravotnická organizace jiný, nový přístup ke zdraví. Posilování zdraví. To spočívá především v aktivním posilování obranných schopností organismu, psychiky

² Podle Bártlová, Matulay, 2009 je Antonowsky izraelský sociolog s ruským původem

i chování člověka jako jednotlivce i jako člena populační skupiny. S pojmy, se kterými pracuje A. Antonowsky se setkáváme i v pozitivní psychologii v pojetí J. Křivohlavého.

1.1.2 Well-being

Životní pohoda neboli well-being, je definována jako „*kognitivní a emocionální vyhodnocení vlastního života*“ (Křivohlavý, 2004, s. 118) V širokém pojetí je pohoda právě souhrn toho, co je pro člověka důležité. Jedná se zde o kladné i negativní emoce, nálady, vlastní plány, pohled na svá očekávání a realizaci plánů.

Na otázku, co je podstatné pro pocit pohody odpověděl již Aristotelés svým výrokem: „*Jediným rozumným cílem člověka v jeho životě je být šťastný*“. (Křivohlavý, 2004, s. 181) V řeči filozofů i teologů nalezneme různá doporučení na téma, kdy je člověku dobře. Křesťanství mluví o prožití života v lásce, antická filozofie učí „*být moudrým a zvažovat to, jak se věci mají*“ a Buddha říká: „*nepřipouštět si bolest a nedat se ničím vyvést z klidu*“. (Křivohlavý, 2004)

Sám J. Křivohlavý (2004, s. 185) o pohodě člověka mluví následovně: „Když člověk jde za tím, co si stanovil jako cíl svého snažení a je vše v pořádku, je i daný člověk v pohodě.“

1.2 Nemoc

Na nemoc je možno dívat se z několika hledisek. Především z toho důvodu, že jako jinými fenomény i nemocí se zabývají různá odvětví vědy. Stejně tak nalezneme i vícero doporučení, jak co nejefektivněji onemocněním předcházet.

Parson ze sociologického hlediska definuje nemoc jako: „*poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role*“ (Bártová, Matulay 2009, s. 93) Parson ve svém pojetí chápe nemoc jako formu deviace. Tato deviace má však od deviací jiného typu ten rozdíl, že není následována negativními sankcemi. Nemoc se totiž jako odchylka často objevuje bez volního přičinění člověka, na rozdíl od ostatních deviací chybí tedy kritérium osobní zodpovědnosti a je předpokládána její nemotivovanost. (Bártlová, Matulay, 2009).

Vokurka, Hugo a kol. ve Velkém lékařském slovníku (2006) mluví o nemoci jako o poruše zdraví. „Obvykle je zjištělná objektivně, bývá vnímána nemocnou osobou a stává se předmětem zdravotnických služeb.“ Dále ji dělí podle časového průběhu na období počáteční prepatogeneze, částečné patogeneze, rozvinuté patogeneze a ukončení nemoci. Z medicínského hlediska ukončení nemoci je možné jejím vyléčením, přechodem do chronické fáze nebo smrtí.

Ve Velkém psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2010, s. 337) je nemoc pojímána jako: „...souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi organismem a prostředím, narušení rovnováhy biologických a psychologických faktorů a jejich vzájemného působení ve fyzikálním a sociálním prostředí,...“ Kukačka (2010) vidí jako závažný problém dnešní populace nekončící boj s nemocemi. Většina onemocnění i chronických nemocí je sice lékaři léčena, ale často jen s částečnými úspěchy. Vlivem chemických léčiv může docházet nejen ke zhoršení stavu, ale i ke vzniku závislosti na lécích. Častým úskalím dnešní doby je také to, že nemoc je třeba léčit jako projev celého organismu. Moderní medicína však většinou k léčení přistupuje pouze z pohledu odborníků na jednotlivé tělesné systémy a léčí tak často pouze vedlejší příznaky nemoci, nikoli nemoc v jejím základu.

Nemoc je bezesporu pro každého nepříjemná, zdá se však, že je nezbytnou součástí našich životů. Lidem je, na rozdíl od zvířat, umožněno skrze nemoci a utrpení sbírat zkušenosti, které je obohacují a jakoby určují další směr jejich vývoje. Utrpení a bolest jsou tedy stálými průvodci člověka. Můžeme na tyto životní průvodce pohlížet i z té strany, že právě skrze ně, máme možnost se stávat lepšími lidmi a tedy i lidmi silnějšími a v plném slova smyslu zdravějšími. (Goebel, Glöckler, 2012)

1.3 Prevence

Východiskem prevence je předpoklad, že předcházení úrazům, nemocem, poruchám je obecně více žádoucí a výhodnější, než zákroky proti již vzniklým defektům. A to výhodnější jak po stránce psychologické, sociální, etické i ekonomické. Optimální strategií prevence je posila zdraví a podpora pozitivních podmínek pro jeho udržení. (Kebza, 2005; Craig, Weiss, 1990; Holland et al., 1991)

V rámci prevence jsou rozlišovány různé druhy i úrovně prevence. Vzhledem k charakteristice této práce se zaměříme za dělení primární, sekundární a terciální prevence tak, jak o nich pojednává Kebza (2005).

Primární prevence v sobě nese nejdůležitější postupy, které mají vést k zamezení vzniku nemoci. Probíhá tedy ještě před vznikem nemoci. Dělí se na obecnou, nespecifickou prevenci a prevenci specifickou, která je zaměřená proti vzniku konkrétní choroby. Hlavní aktivity primární prevence je ovlivňování vlivů prostředí, výchova ke zdraví, osvěta. Sekundární prevence se zaměřuje na včasné zjištění latentních stádií choroby a to nejlépe ještě v době, kdy je možný návrat k normě. Mezi hlavní aktivity sekundární prevence nalezneme primární postupy lékařské péče, screeningové programy, které slouží ke zjišťování dosud neznámých variant průběhů nemoci. Ty jsou realizovány vyšetřením pacienta, laboratorními i jinými metodami. Terciální prevence se zaměřuje na zmírnění důsledků nemoci. Zahrnuje léčbu, rehabilitaci, rekonvalescenci. Jejím cílem je obnovení funkcí člověka na úrovni fyzické, psychické i sociální a zlepšení, nebo alespoň udržení kvality jeho života.

2 ŽIVOTNÍ STYL

V současnosti je zdůrazňováno, že jediným rizikovým faktorem pro vážná onemocnění není genetická výbava, ale jde z velké části o kombinaci životního stylu a vlivu prostředí. Vliv prostředí můžeme zmírnit pouze omezeně, zatímco životní styl je především naší volbou. Proto se stává právě životní styl výrazným determinantem zdraví. Životní styl je charakteristický dobrovolným chováním v určitých životních situacích, kdy výběr z daných možností je na každém člověku. Se změnou životního stylu je možné začít téměř kdykoli. Ať již zvýšením pohybové aktivity, snížením času před obrazovkou počítače či televize, nebo pouhým zařazením většího množství ovoce a zeleniny do jídelníčku. Člověk však volí v souladu s rodinnými zvyklostmi, společenskými tradicemi a je také limitováno ekonomickou situací a sociální pozicí. Ohrožením délky a kvality života aktuálně nejsou infekční nemoci, hlad, ale tzv. civilizační choroby (metabolické nemoci, nádorová onemocnění, kardiovaskulární onemocnění). Za těmito problémy stojí stále více sedavý způsob života, nadměrné množství konzumovaných potravin, a v neposlední řadě zhoršující se mezilidské vztahy. S ohledem na zásadní vliv životního stylu na zdraví je nutné, aby rozvíjení dovedností, návyků a formování postojů, bylo součástí výchovy, která povede k odpovědnosti za vlastní zdraví. (Čeledová, Čevela, 2010)

2.1 Oblasti zdravého života

Podle Kukačky (2010) má zdravý životní styl pět oblastí. Ty mohou být různou měrou naplňovány. V prvních letech života je v těchto oblastech vzorem především rodina a mateřská škola. Obě tyto instituce nesou velkou zodpovědnost za vývoj dítěte a jeho vztah k okolí i k sobě samému. Vše, co je dítěti v tuto dobu prezentováno, hraje později nezpochybnitelnou roli v jeho životě.

- Fyzická oblast obsahuje zdravou výživu, péči o tělo a jeho regeneraci, imunitu a její udržování a další fyzické podoby zdraví.
- Psychická oblast představuje pozitivní myšlení, práci s emocemi, stresem, volní

vlastnosti a v neposlední řadě relaxaci a odpočinek.

- V oblasti kulturně pracovní se jedná o aktivní vztah a přístup k práci, zájem o umění a kulturu.
- Sociálně-ekologická oblast je oblastí velice důležitou protože v ní se utvářejí a udržují pozitivní mezilidské vztahy, včetně vztahů rodinných. Tato oblast obnáší empatické vnímání druhých lidí, živých bytostí i pozitivní vztah k životnímu prostředí, přírodě a její ochraně.
- Eticko-duchovní oblast v sobě zobrazuje člověka jako duchovní bytost. Podporuje a vychovává v nás morální a etické hodnoty.

2.2 Kvalita života

Lidské potřeby je možné rozčlenit do čtyř základních oblastí. Míra naplnění těchto oblastí také určuje kvalitu života. Pomyslný čtyřlístek tvoří fyzické a finanční potřeby, emocionální potřeby, psychické–mentální potřeby a potřeby duchovně spirituální.

Kvalita života je souhrnem toho, jak se odráží úsilí jedince i společnosti, a jak je naplňována představa o životní pohodě (well-being). Velmi podstatnou roli ve vnímání kvality života hraje subjektivní hodnocení samotného jedince. Zde se odráží vnímání sebe sama, životní hodnoty, priority a jejich dosahování. Dobré podmínky nemusí automaticky vést k dobré kvalitě života, stejně tak jako těžká životní situace může kvalitu života zvýšit. Kvalita života je relativní a je určována především srovnáváním lidí mezi sebou. Shodná životní situace může být hodnocena tedy zcela odlišně. Vnímání kvality života je založeno na subjektivním pocitu každého člověka. Pocitu spojeného s prožitkem štěstí, spokojenosti, naplněním životního smyslu. Výsledek mezi očekávaným a skutečností je vnímán jako kvalita života. (Čeledová, Čevela, 2010)

V kvalitě života se tedy výrazně promítá úroveň osobní pohody, míra schopnosti postarat se o sebe, úroveň mobility a možnosti ovlivňovat vývoj vlastního života. Někteří autoři se také domnívají, že v utváření kvality života hraje významnou roli míra sebeuplatnění člověka (self-efficacy A. Bandury). Víra ve vlastní schopnosti a vnímání této úrovně může ovlivňovat míru vytrvalosti a úsilí, jež lidé vynakládají do překonávání nesnází a překážek. (Kebza, 2005)

3 RODINA A ŽIVOTNÍ STYL

Rodina je prvotní sociální skupina, do které se jedinec dostává. Tato skupina ve vztahu ke svým členům plní mnoho funkcí – biologické, ekonomické, sociální i psychologické. Rodina zprostředkovává zkušenosti, které nelze získat jinde. Každý jedinec, včetně malého dítěte, zde má určité role, které se stávají součástí jeho identity. Mezi členy rodiny vznikají rozmanité vztahy, které jsou závislé i na jednotlivých rolích, které jedinci reprezentují. V těchto vztazích nalezneme specifické chování i styly komunikace. V každé rodině funguje vlastní hodnotový systém, jenž ovlivňuje chování členů. Na základě hodnotového systému je např. přednostně volena i strategie zvládání stresu a problémů aj. Naruší-li se některá z funkcí rodiny, může se rodina v této oblasti stát pro členy naopak zatěžující. V takovéto, v některé oblasti nefunkční, rodině je především ohroženo dítě, jehož osobnost není ještě plně vyvinuta. Jeho další vývoj může být tedy deformován různými negativními vlivy a může postrádat významné zkušenosti z části rodinného života, která nebyla orientační rodinou zdravě plněna. (Vágnerová, 2004) Orientační rodina interpretuje dítěti svět jako celek, jehož je součástí. V rodině se dítě učí posuzovat, zda svět je spíše dobrým nebo špatným a má možnost zde získat pocit tolik potřebné základní důvěry. V rodině, jako zjednodušeném modelu světa, má možnost získávat prvotní zkušenosti a zároveň si ověřit reakce okolí na své chování. Rodiče fungují jako modely, které jsou napodobovány a to jak v dobrých zvyklostech a modelech chování, tak i v těch negativních. (Vágnerová, 2005)

Vágnerová, stejně jako mnoho dalších autorů, poukazuje na to, že zkušenosti z orientační rodiny, do které se děti rodí, si přenášejí i do rodiny, kterou v dospělosti samy zakládají. Máme tedy tendenci v dospělosti opakovat to, co dělali naši rodiče a to včetně výchovných i jiných chyb. V druhé variantě se snažíme o přesný opak toho, co jsme doma jako malí zažívali. I v tomto případě je však opět základem našeho konání zkušenost získaná v dětství. Je nezpochybnitelné, že děti si z rodiny nesou obraz životního stylu, a to ve všech jeho oblastech, viz předchozí kapitola (oblast fyzická, oblast kulturně-pracovní, sociálně-ekologická oblast, psychická oblast a eticko-duchovní oblast).

V rodině se mimo jiné učíme pracovat s agresí, kultivovat ji, učíme se jednat s druhými lidmi. Ale také, a pro nás především, se v rodině formuje základní povědomí o zdraví

a hygienických návyků. (J. Vymětal, 2003) Jan Vymětal o vztahu rodiny a zdraví jejích členů říká: „Kvalita rodiny se promítá do zdravotního stavu jejích členů v oblasti prevence, etiopatogeneze, léčby a rehabilitace.“ (Vymětal, 2003, s. 97)

3.1 Rodina jako domov

Rodina, ať úplná nebo neúplná, poskytuje svým členům tolik potřebný domov. Děti se zde učí sociálním vzorcům, způsobům reagování v určitých situacích. Učí se rozpoznávat co je špatné a dobré, co se smí a nesmí. Rodina dětem dává osobnostní základ pro celý další život. Domov je bezpečným místem, výchozím bodem pro veškeré aktivity mimo něj. Stabilita rodiny a domova je pro každého jedince nesmírně důležitá a to v každém okamžiku jeho života. Zvláště zvýšená potřeba jistoty rodiny však nastává a době, kdy jedinec, člen rodiny, prochází závažným a kritickým obdobím. Rodina a rodiče dítěti otevírají vstup do celého dalšího života. Ukazují mu a učí ho možnostem, které svět a život v něm nabízí. Pomáhají dítěti na začátku jeho samostatné životní dráhy. (Vymětal, 2003)

Příznačné pro rodinu je, že nad výchovnou technologii, tedy především užívání odměn a trestů, je povýšen princip soužití. Profesionální vychovatel musí dbát na patřičný odstup a nadhled aby mohl na děti programově výchovně působit. Má jednat bez větších emočních výkyvů, přestože ke svým jedincům chová velmi pozitivní vztah. Při skutečném soužití, a ne pouze žití vedle sebe, není v rodině tato citová neutralita možná. Angažovanost a osobní vztah nutně převyšují veškeré ostatní roviny. V dětské zkušenosti tvoří velmi důležitou složku hodnocení rodičů. Zda v rodičovských očích jsou posuzovány převážně pozitivně, nebo negativně, je rozhodující. Zde se vytváří základ pro budoucí sebepojetí dítěte i jeho sebepřijetí, a z toho ústící směřování, které může být v pozdějších letech i problematické. Sebedůvěra a sebeúcta, jako součásti dětské identity, vznikají na základě emoční akceptace, která je tolik vlastní zdravé rodině. (Matějček, 1992)

4 ČLOVĚK A SVĚT V ANTROPOSOFICKÉM POJETÍ

Pro porovnání různých přístupů k životu, tedy životních stylů, je potřeba, abychom alespoň nahlédli do základů těchto směrů. V tomto případě se zaměříme na myšlenky Rudolfa Steinera, jakožto zakladatele waldorfské pedagogiky. Prostředí waldorfského vzdělávání bude právě jedním kritériem pro výběr vzorku respondentů pro praktickou část šetření.

4.1 Co je antroposofie

Podle jejího zakladatele Rudolfa Steinera ji lze pokládat za dobou potřebnou, moderní **duchovní vědu**. Stejně jako přírodní věda zkoumá smyslově postřehnutelné jevy přírody, tak duchovní věda chce svým objektem činit to, co smyslům není přístupné, to co je nadsmyslové, duchovní ve světě. (Bühler, 2004)

Antroposofie je světonázorem, a jako každý světonázor je i ona založena na určitých východiscích. Každá věda se opírá o filosofii, teorii poznání. Právě toto platí i o myšlení Rudolfa Steinera a jeho antroposofii. V antroposofii je velmi zřejmý odkaz na nahlížení světa Johannem Wolfgangem Goethem. Ten Rudolfa Steinera inspiroval nejen jako básník a prozaik, ale velmi silně i jako přírodovědec a filosof. (Ronovský, 2011)

4.2 Nauka o člověku

4.2.1 Osobnost z hlediska trojčlennosti

V nauce o člověku navazuje Steiner na dřívější pojetí představ o člověku. Na pojetí, které bylo před rokem 867, kdy na koncilu v Konstantinopoli byla negována trichotomie člověka tím, že byl „odstraněn“ duch. (Bühler, 2004) Dřívější učení Steiner však pouze nepřijímá, ale dochází k podobnému názoru na základě vlastních poznatků. Dělí lidskou bytost na tři části a to tělo, duši a duch. Tělem míní to, čím se zjevují člověku skutečnosti, věci okolního světa. Duší spojuje člověk věci se svou vlastní existencí

a pociťuje libost a nelibost, radost a bolest, chuť a nechut'. A duchem se člověku vyjevuje podstata věcí samotných. (Ronovský, 2011) V své *Theosofii* tuto trojčlennost Steiner vysvětluje následovně: „*Svým tělem se člověk může na chvíli s jevy spojovat. Svou duší uchovává v sobě dojmy, jimiž jevy na něj působí; a jeho duchem se mu projevuje to, co jevy chovají samy v sobě.*“ (Steiner, 2010, s. 28.) Tyto tři články člověka tedy poukazují, že je každý člověk se světem spjat, spřízněn trojím způsobem. Pouze však v *duchu* člověk poznává skutečnosti přesahující jeho bytost.

I v době antického Řecka v Aristotelově pojmu entelechia lze vypořádat opsání něčeho, o čem dnes opět mluvíme jako o duchu. Entelechia (en-ve, uvnitř, telos-cíl, účel, smysl a echein-míti) se dá vyložit jako princip, který v sobě nese smysl svého bytí, nebo svůj cíl sám určuje, a není utvářen ani ovlivňován zvenku. (Bühler, 2004)

4.2.2 Vývoj člověka z hlediska čtyřčlennosti

V teorii vývoje člověka Steiner hovoří o čtyřčlenné struktuře bytosti, kde jednotlivé články se „uvolňují“, „probouzejí“ v sedmiletých periodách. Duchovní věda je nazývá tělem fyzickým, étherným (životním) a astrálním (pocitovým), kdy všechna tato těla by měla být, při zdravém vývoji, probuzena do 21. roku života. Od třetího sedmiletí procitá článek čtvrtý, jehož přítomností se člověk pozvedá nad ostatní říše. Rodí se Já. Teprve zrodem Já se člověk stává bytostí, která vědomě utváří sebe sama. (Ronovský, 2011) Fyzické tělo je tělo, které vidíme zrakem. Další články již okem viditelné nejsou. První neviditelné tělo - étherné, neboli životní tělo, prostupuje tělo fyzické a dávám mu život. Druhým neviditelným tělem je tělo astrální, které nám umožňuje cítit, pociťovat. Je s ním spojeno vše s pocitovostí. (Steiner, 2011) Posledním článkem bytosti je *Já*. „*Já*“ je pro každého člověka zcela ojedinělé a nikdy toto označení nemůžeme použít pro kohokoli jiného než sebe. Pro kohokoli dalšího je to „ty“. Díky tomuto poslednímu článku lidské bytosti si člověk např. uvědomuje, že jeho myšlenky a vnitřní prožitky patří pouze jemu samému. *Já* tedy člověku dopomáhá k nezávislosti. (Steiner, 2010)

4.3 Praktické působení antroposofie

Je velmi těžké s jistotou říci, do kterých oblastí Rudolf Steiner svými myšlenkami a učením zasáhl, respektive do kterých nezasáhl. Zmíníme pouze tři, pravděpodobně největší oblasti, které vznikly na základě jeho filosofie a iniciativ, a s jejichž praktickým působením se můžeme setkávat v každodenním životě. Jedná se o waldorfskou pedagogiku, antroposofickou medicínu a biologicko-dynamické zemědělství.

4.3.1 Waldorfská pedagogika

Nejčastějším, ale především obecně nejznámějším zařízením, kde je prakticky uplatňována antroposofie, je **waldorfská škola**. Pojetí života, které pramení z výchovných principů waldorfské pedagogiky a které se zakládá na antroposofické duchovní vědě, vychází z ideje trojčlennosti člověka. Waldorfská pedagogika se ve své podstatě staví na přesvědčení, že: *„opravdové poznání člověka musí zkoumat člověka podle těla, duše a ducha“* (Steiner, 1993, s. 113). Waldorfská výchova a vzdělávání důsledně vychází z vývojových potřeb dítěte a zaměřuje se na pěstování lidskosti, humanity, tolerance a porozumění druhým. Veškerá práce s dětmi se zaměřuje na probouzení vlastního aktivního myšlení, soucitu a vůle, která vede k zodpovědnosti a tvůrčí seberealizaci. Pedagogika R. Steinera charakterizuje období předškolního věku jako dobu, kdy se rodí tzv. „éterné tělo“ člověka. Jedná se o životní sílu a odolnost každého jedince. (Smolková, 2007) Zdravý, nenarušený vývoj zrodu životní síly a odolnosti je podstatným základem pro celý další život člověka.

4.3.2 Biologicko-dynamické zemědělství

Biologicko-dynamické zemědělství je pozdější označení pro nový směr zemědělství, o kterém R. Steiner přednášel roku 1924 v osmi svých přednáškách. Jedná se o zemědělství z pohledu duchovní vědy, o druh kontrolovaného ekologického zemědělství, které vychází z poznatků antroposofie. Nový pohled na zemědělství přišel ještě dříve, než svět začal být znepokojován negativními vlivy agrochemikálií na životní prostředí, a také dlouho předtím, než se tzv. ekologické, biologické zemědělství dostalo do povědomí lidí, a do určité míry se stalo i jistou módní záležitostí. Již v první

polovině 20. stol. si zemědělci začali uvědomovat zhoršující se úrodnost půdy, sníženou vitalitu rostlin i výživnost samotných potravin. Velmi brzy po Steinerových seminářích začaly vznikat první biologicko-dynamické statky, které pro posílení půdy a podporu růstu a vývoje rostlin začali používat speciální preparáty. Ty jsou tvořeny pouze přírodními substancemi a jejich dynamizováním a potencováním. Pracuje se zde s rozemletým křemenem, kravskou mrvou, řebříčkem, heřmánkem, a dalším. Proti škůdcům, selžou-li všechna preventivní opatření, se zasahuje homeopaticky. Z celého zemědělského procesu jsou vyloučeny jakékoli agrochemikálie, pesticidy apod. Postupem času se biodynamické statky staly nejen místem „zdravého a přirozeného“ zemědělství, ale i silně sociálním místem, kde se zemědělství stalo prostředkem pro léčebně pedagogické působení.³ Na biodynamické statky často přijíždějí také děti a studenti z waldorfských škol a absolvují zde svá zemědělská praktika. Spolupráce statků a waldorfských škol bývá většinou pevná a velice přínosná pro obě strany. Pro okolí se farma často stává integrujícím místem celé lokality⁴. (R. Steiner, Zemědělský kurz)

4.3.3 Antroposofická medicína

Antroposofická medicína, léčebné vědění a umění⁵, není, jak se někteří domnívají, v protikladu k běžné medicíně, která je všeobecně vyučována a praktikována. Antroposofická medicína navazuje na klasickou medicínu a rozšiřuje ji o antroposofické poznatky o člověku a přírodě. „*Léčení ve smyslu antroposofie neznamena techniku ošetřování, ale fyzickou, duševní a duchovní tvořivou spoluúčasť na uzdravení pacienta.*“ (Antroposofická medicína: Léčebné umění. *Antroposofická společnost* [online]. 2009 [cit. 2013-01-04]).

Antroposofický lékař se snaží především rozpoznat neharmonické fungování čtyř článků člověka (fyzické tělo, étherné tělo, astrální tělo a já) a působení tří systému lidské bytosti (tělo, duše, duch), stejně tak, jako se zaměřuje na abnormality ve funkci orgánů člověka – právě totiž tyto disharmonie jsou příčinami nemocí. Úkolem lékaře je tedy podpořit slabé funkce, umírnit příliš silné a vše uvést zpět co harmonického

³ Hnutí Camphillových vesniček vzniklé zásluhou Karla Königa. Různé statky mají různá zaměření- duševně nemocní, socializace drogově závislých apod.

⁴ Probíhají zde oslavy křesťanských svátků, představení ochotnických divadel, semináře.

⁵ Léčebná eurytmie, léčebná pedagogika, léčba barvami, aj.

fungování. Antroposofický lékař se postará o řadu onemocnění a zranění stejně, jako je ošetří lékař klasické medicíny. Také se nemusí zříci léků, které jsou běžné používány a předepisovány. Velmi důležitý, až rozhodující, je však jeho lékařský náhled na člověka a lékařské svědomí. Steiner resolutně neodmítal alopatické zdolávání projevů nemoci a také léky jím vyvinuté ve spolupráci s lékařkou Dr. Itou Wegmanovou nejsou výhradně léky homeopatické. Jde především o to, že se jedná o léky člověku přiměřené, tzn. pocházející z jedné z přírodních říší – říše nerostů a kovů, z rostlinné říše a z živočišné říše. Při výrobě antroposofických léčiv jsou vyloučeny chemické postupy zpracování substancí, umělá syntéza látek, nebo výroba léků přírodě zcela cizích.

4.4 Výchova dítěte v antroposofickém pojetí

Chceme-li zkoumat živoucí organismus, musíme se zajímat o vztah částí k celku, stejně tak jako o zjevení působení celku na jednotlivé části. Na základně tohoto nelze rozumět jevům dětského věku, jestliže v nich nevnímáme vlastnosti člověka dospělého. V první části života se dítě učí úctě k dospělému, vzhlíží k němu. Tato úcta se do bytosti člověka vrývá velice hluboko. Jako život je proměnou, tak i úcta vryta do člověka se průběhem života proměňuje. V pozdějším věku můžeme tuto úctu nalézt v proměněné podobě, kdy jejím prostřednictvím můžeme druhého člověka utěšit, jinému pomoci radou... Kdo v dětství plaše nevzhlížel k dospělým lidem a neměl možnost správným způsobem někoho uctívat, těžko sám v dospělém věku může nesobecky poradit, či soucitně utěšit.

Tak to je v průběhu celého lidského života a to v povaze tělesné, duševní i duchovní. Není možné správně sledovat tělesnost, pokud nechápeme její části jako projevy duchovna a správný vhled do duchovní sféry získáme pouze tehdy, jsme-li schopni sledovat jeho projevy v tělesné podobě. Život člověka je celek a až obsáhlé pozorování člověka jako celku vede k chápání dětského života. Není tedy možné, aby dětský věk projevil svou podstatu pouze ze sledování jej samotného. Antroposofie na tomto základně usiluje o rozvinutí životního umění, konkrétní životní nauky, kterou je třeba vyvinout v umění výchovy a vyučování. V takové umění, které za svěřeného, vyvíjejícího se člověka a celý lidský život, cítí zodpovědnost. (Steiner, 2010)

R. Steiner nabízí velmi celostní a do detailu propracovaný pohled na výchovu a její působení na jedince a to až do jeho fyzické stránky. V prenatálním období je lidské tělo

chráněno tělem matky a působení okolního světa k němu přichází pouze zprostředkovaně. Toto se mění fyzickým zrozením, kdy na lidské tělo začíná svět působit přímo. Až do výměny zubů, tedy zhruba do 7 let, je toto období zcela specifické a tělo zde plní úkoly zcela odlišné od těch, které budou přicházet v jiných etapách života. V této době musí fyzické orgány získat svůj tvar a jejich struktura musí získat správné směry a tendence. Později na základě těchto forem, které musí být utvořeny ve své době, se může uskutečňovat celý další růst. V případě, že se vytvořily formy zdravé, správné, i tvary rostoucí na základě těchto forem jsou zdravé. Jestliže se však zformovaly znetvořeniny, pak znetvořeniny i rostou. Co se proměškalo při výchově do sedmého roku věku již nelze nikdy zpětně napravit. Stejně jako před porodem vytvořila příroda správné prostředí pro fyzické tělo, tak v době po narození má toto správné prostředí zajistit vychovatel. Správné fyzické okolí působí na dítě natolik, že je jeho tělesným orgánů vtisknuta správná forma. (Steiner, 1993)

Pro žádný jiný věk neplatí Aristotelův výrok, že člověk je nejnapodobivějším zvířetem, více než pro věk předškolní. Dítě jako by do sebe vsávalo vše, co se děje v jeho okolí. Přijímá vjemy nejen materiální, ale veškeré, které k němu proudí skrze jeho smysly. Morální, nemorální, pošetilé i rozumné chování, to vše k tomu patří. Vše co takto přijme, působí natolik silně, že odraz se vtiskuje i do jeho fyzického těla do forem jeho orgánů. Stejně jako svaly na ruku sílí při přiměřené práci, tak mozek i orgány těla, jsou správnými dojmy ze svého okolí posilovány a formovány.

(Steiner, 1993)

5 PRAKTICKÁ ČÁST

5.1 Východiska šetření

Praktická část se opírá o část teoretickou. Ta přibližuje šetřenou problematiku a pojmy s ní spojené. Každá rodina je jako primární sociální skupina jedinečná, můžeme však nalézat určité společné rysy. Spojujícím bodem u výběru rodin pro praktickou část této práce se stal typ mateřské školy, kterou děti předškolního věku navštěvují. V minulosti již byly vedeny výzkumy, které poukazují na rozdílnost zdraví dětí, které vyrůstají a jsou vychovávány v duchu antroposofie a waldorfské pedagogiky a dětí z klasického prostředí. Teoretický základ našeho šetření je přiblížen v první části práce, kde jsou objasněny pojmy a především se snažíme o seznámení čtenáře se základními principy antroposofie jako východiska waldorfské pedagogiky.

5.2 Cíle šetření

Cílem praktické části je popsat a srovnat, jaké jsou charakteristiky životního stylu rodin, které své děti umísťují do tříd waldorfských mateřských škol, a do mateřských škol klasických. Snažíme se nahlédnout do spojitostí mezi volbou mateřské školy, životním stylem rodiny a zdravím dětí předškolního věku. Jelikož rozsáhlejší výzkumy na toto téma nebyly doposud v České republice prováděny, klade si tato práce za cíl být pilotáží v této oblasti. Ta by ráda podala základní informace a inspiraci k dalšímu, pokročilejšímu průzkumu.

Vzhledem ke stanoveným cílům byl výzkumný problém formulován deskriptivně. Budeme snažit zachytit životní styl (a případně určit rozdíly) v rodinách, které se rozhodly své dítě umístit do klasické mateřské školy, a do školky waldorfské. Součástí životního stylu je i pohled rodičů na zdraví jejich dětí, na stravování i trávení volného času. Neformulujeme hypotézy, ale pokládáme výzkumné otázky.

Otázky, na které hledáme odpovědi:

- Jaký je přístup k nemoci a léčbě u rodin, které své děti zapsali do klasické MŠ a do waldorfské MŠ?
- Kolik času tráví pohybem a hrou děti z klasické MŠ a děti z waldorfské MŠ?
- Jaké potraviny upřednostňují rodiče dětí z klasických MŠ a dětí z waldorfských MŠ?
- Jaká je délka a náplň času, který tráví rodiče s dětmi, které navštěvují klasickou MŠ a waldorfskou MŠ?

5.3 Výzkumná strategie a použité metody

Vzhledem k charakteru a cílům této práce byl zvolen kvantitativní výzkumný přístup. Skutil (2011) pojednává o kvantitativním přístupu jako o reduktivním zkoumání. Výzkumník se zde ocitá před mnohorozměrností objektu zkoumání, který nemá možnost plně zachytit ve všech jeho podobách. Je tedy nucen vybrat pouze některé z nich a ty podrobněji studovat. Kvantitativní výzkum se zaměřuje na objektivní zkoumání, jehož specifikem jsou numericky měřitelné proměnné. Jedná se o systematický typ výzkumu, kde jsou empirickými metodami zkoumány (ověřovány, verifikovány) předpoklady a hypotézy o vztazích mezi jevy.

Nástrojem tohoto šetření je dotazník vlastní konstrukce, který byl vyhotoven ke specifickým potřebám této práce. Dotazník obsahuje 18 položek. Je anonymní. Jednotlivé otázky jsou výsledkem předem připravených okruhů dotazování. Jedná se o oblasti:

- 1) zdraví a nemoc (léčebný přístup, očkování, antibiotika)
- 2) volný čas (dětí i společně celé rodiny)
- 3) potraviny, strava
- 4) faktografické otázky

Dotazník obsahuje otázky uzavřené, některé s možností vícero odpovědí.

Celý dotazník je podle Gavory (2000) strukturován do tří částí. V úvodu se nalézá oslovení respondenta a uvedení významu vyplnění dotazníku. Je zde informace o době a

metodě vyplňování i anonymitě. Druhá, hlavní část obsahuje samotné otázky. Otázky z jednotlivých okruhů jsou střídány, což přispívá k udržení pozornosti a aktivity respondenta. Stejně tak jsou na začátku této části otázky lehčí, přitažlivější, aby byl respondent pozitivně naladěný a motivován k dalšímu vyplňování. Ve středu se nalézají otázky těžší, méně zajímavé. Konec střední části je věnován otázkám faktografickým. Celý dotazník uzavírá poděkování.

5.3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Průzkum byl realizován ve Středočeském a Jihočeském kraji. Konkrétně v Příbrami a Českých Budějovicích. Kritériem pro výběr respondentů byl typ mateřské školy. V obou městech byly vybrány dvě třídy dvou MŠ – jedna waldorfského typu a druhá klasická mateřská škola. Požadavkem bylo, aby se školy nalézaly v co nejbližším sousedství nebo jejich umístění ve vztahu k městské infrastruktuře bylo co nejshodnější. Tento požadavek byl kladen proto, aby byla minimalizována možnost, že dítě MŠ navštěvuje pouze z toho důvodu, že není dostupná jiná alternativa. Dotazníky byly administrovány v listinné podobě učitelkami jednotlivých tříd a to přímo do rukou rodičů. Listinná forma byla zvolna jako vhodnější, jelikož umožňuje vyplnění přímo v MŠ a je spojena s osobním kontaktem.

Z celkového počtu 100 zadaných dotazníků se navrátilo dotazníků 81. Jde tedy o 81% návratnost. Návratnost dotazníku z klasické MŠ a waldorfské MŠ však bohužel není zcela srovnatelná.

Klasická MŠ – návratnost 86%

Waldorfská MŠ -návratnost 76%

Nepoměr v navracených dotaznících může být způsobem ne zcela vhodnou dobou administrace. Příbramská waldorfská MŠ dotazníky obdržela týden před jarními prázdninami. Dalším důvodem je bezesporu to, že WMŠ v Českých Budějovicích je velmi malá. Při počtu dvou tříd je zde kapacita 30 dětí. Mezi těmito dětmi velmi často nalezneme sourozence, což snižuje počet možných vyplněných dotazníků.

5.3.2 Způsob zpracování dat

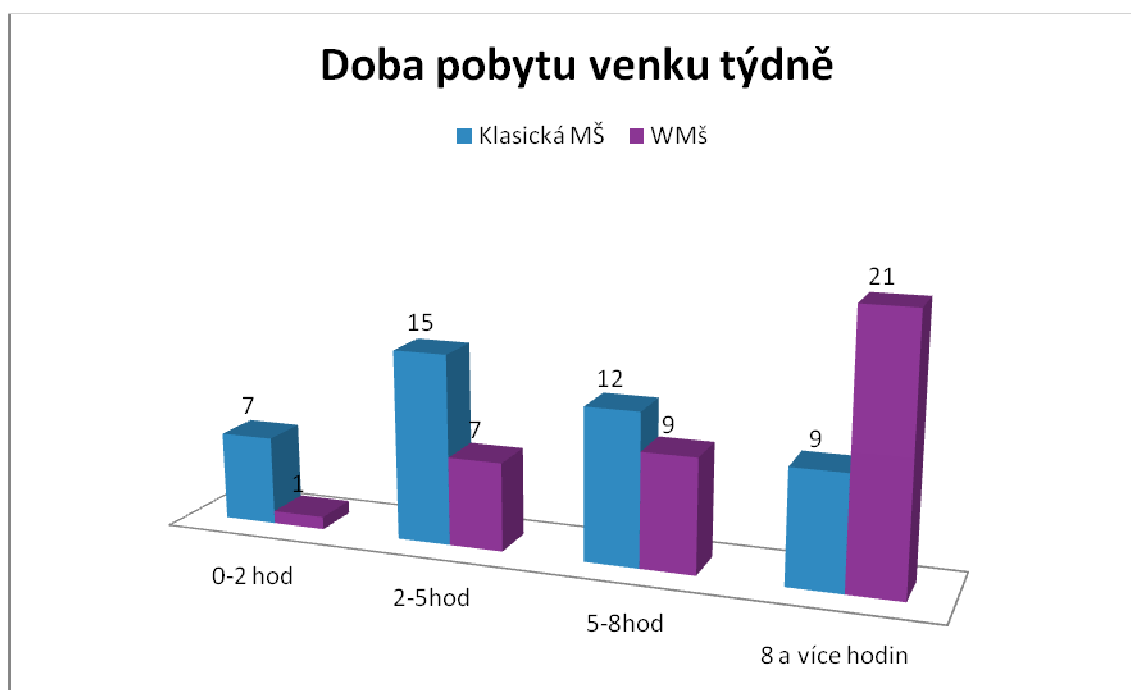
Data z celkem 81 navracených dotazníků budou zpracovány v programu Microsoft Office Excel. Zjištěné informace budou prezentovány pomocí matematicko-statistických hodnot a grafů s komentáři. Nejčastěji bude použit prostorový sloupcový graf s číselným znázorněním četnosti odpovědí. V komentářích v těchto případech bude často zmíněná i procentuální hodnota pro ucelenost představy čtenáře. Vyžaduje-li to otázka, bude použit graf výsečový, u kterého četnost odpovědí je vyjádřena procenty. U položek číslo 7, 8 a 9 byla možnost kombinování odpovědí. Výsledky těchto otázek budou označeny číselně na dvě desetinná místa. Součet těchto čísel odpovídá počtu navracených dotazníků za daný výběrový soubor. Některé položky dotazníků vyhodnocovány nebudou. Buď z důvodů, že nezobrazují výrazné výsledky, nebo se jedná pouze o orientační a zpřesňující data.

6 VYHODNOCENÍ ODPOVĚDÍ A PREZENTACE DAT

6.1 Vyhodnocení položek dotazníku

Položka č. 4 - Délka pobytu venku

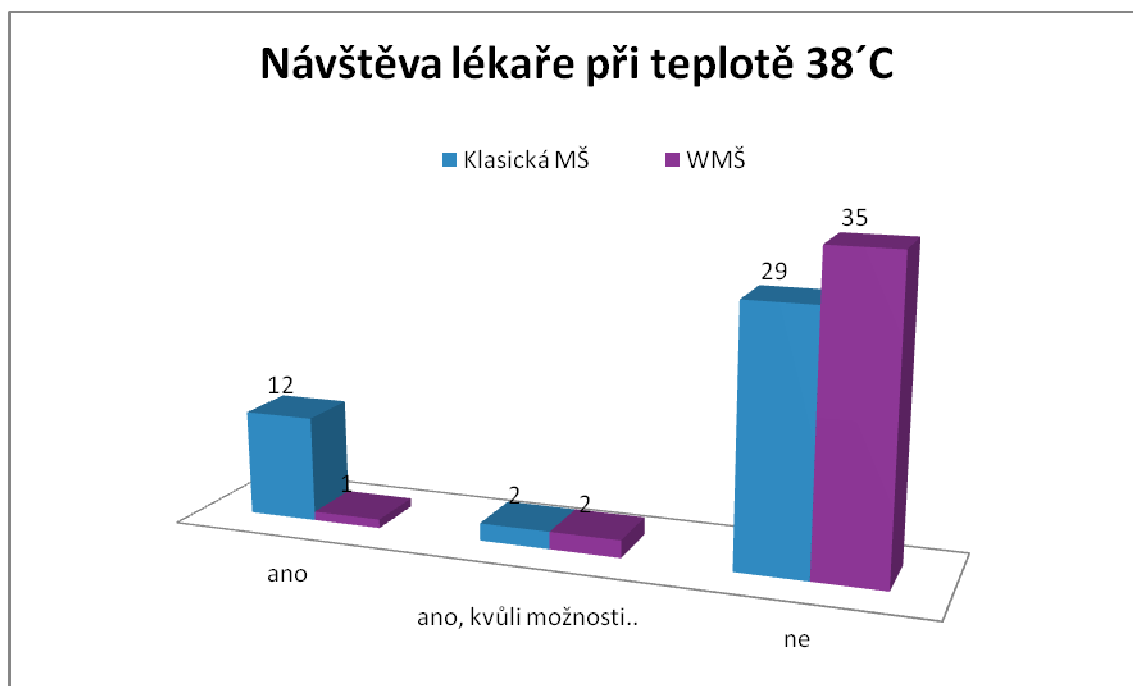
S tím, jak se život směřuje k městům, klesá i doba, kterou děti mají možnosti trávit venku, ať hrou nebo pohybem. Jak je to s vašimi dětmi, podaří se vám přes veškeré překážky vytvořit podmínky k jejich pohybu venku? V jakém časovém horizontu se tyto snahy týdně podaří naplnit?



Děti z běžné MŠ v zastoupení 35% tráví venku 2-5 hodin, 28% až hodin 8. 0-2 hodiny tráví venku pouze 16% dětí. Nadpoloviční část rodičů, 55%, z WMŠ odpověděla, že jejich děti venku týdně stráví až 8 hodin. Pouhé 3% procenta, tedy jedna rodina může poskytnout dítěti 0-2 hodiny pohybu venku. (Tyto výsledky mohou být lehce zkreslené faktem, že část respondentů z Příbramské waldorfské školky se vzdělává na základě programu inspirovaného Lesním klubem.)

Položka č. 5 – Návštěva lékaře při teplotě

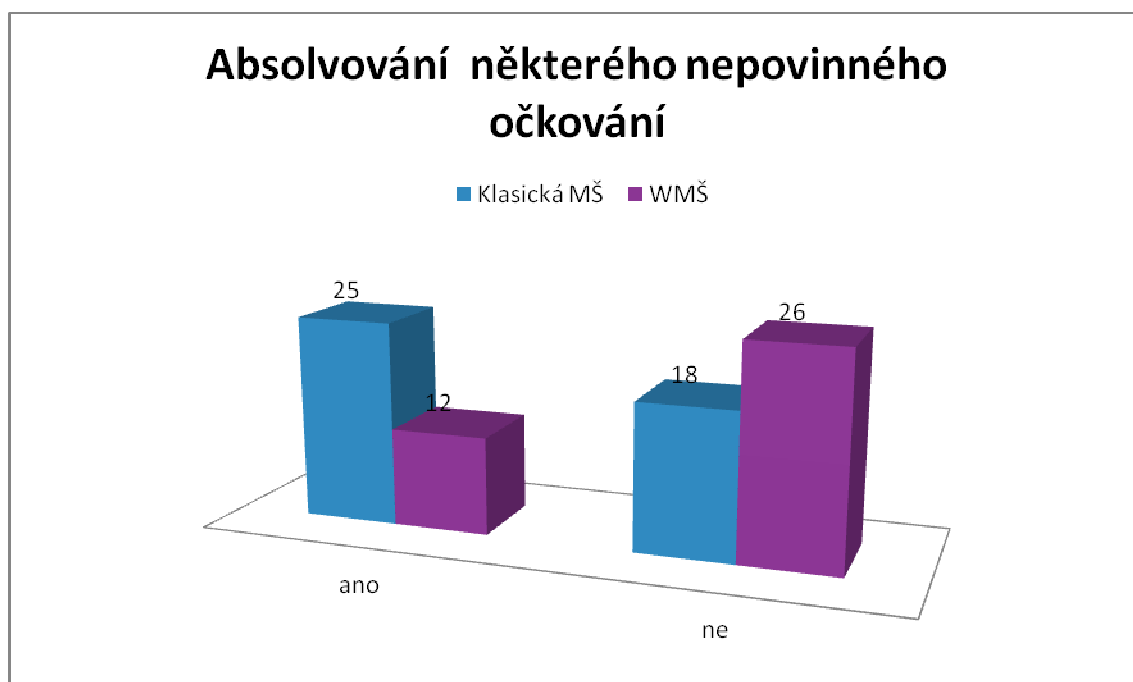
Navštívíte lékaře při zvýšené teplotě svého dítěte (do 38°C)?



V obou vzorcích, v 5% zastoupení, navštíví rodiče s dítětem lékaře a to kvůli uvolnění ze zaměstnání, aby mohli o nemocné dítě doma pečovat. Dvanáct rodin z běžné školky lékaře navštíví, ze školky Waldorfské takto odpověděla pouze jedna rodina.

Položka č. 6 – Nepovinné očkování

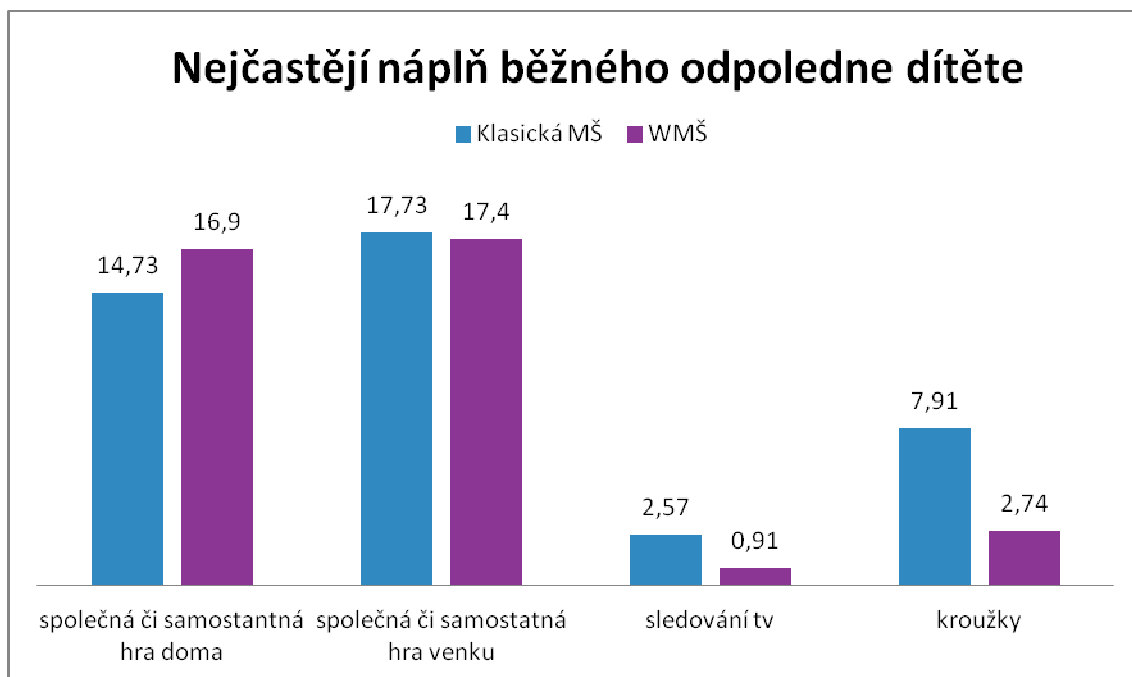
Absolvovalo vaše dítě některá z nepovinných očkování?



Skupina dětí z klasické MŠ v nadpoloviční většině některá z nepovinných očkování absolvovala a u skupiny z Waldorfské školky tomu bylo právě naopak.

Položka č. 7 – Náplň běžného odpoledne dítěte

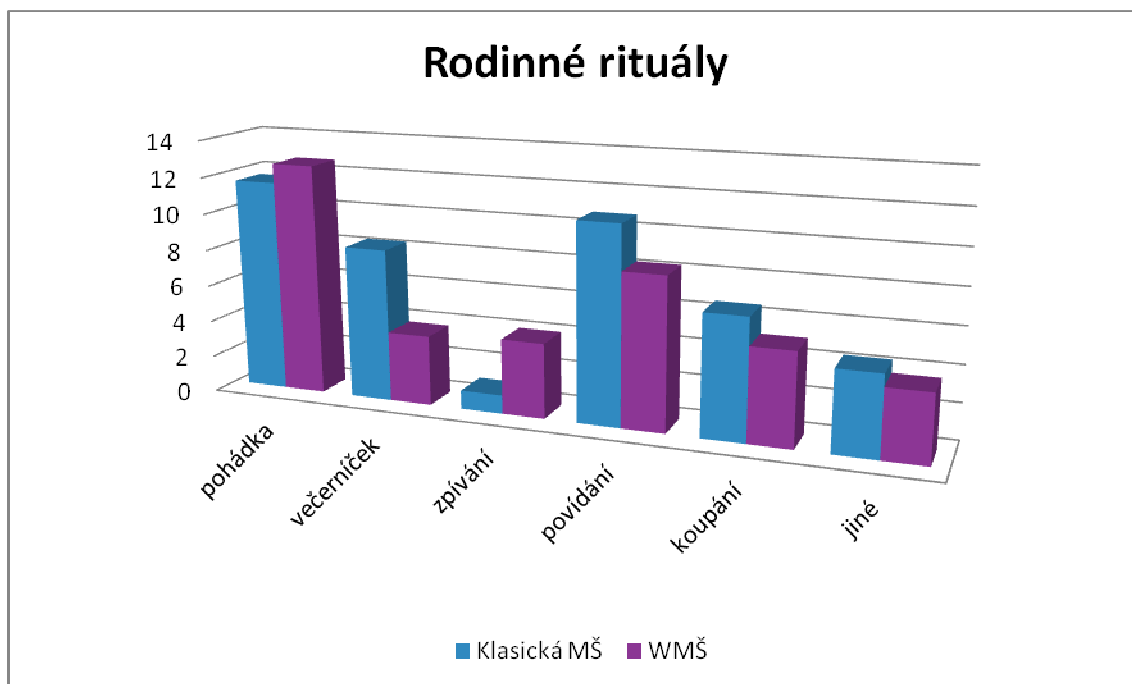
Zvýšená zaměstnanost rodičů a současný životní styl společnosti, limitují možnost volby odpoledních aktivit pro děti. Co je nejčastější náplní odpoledne vašeho dítěte?



U oboru výběrových souborů děti nečastěji odpoledne tráví hrou venku. Za hrou venku těsně následuje hra doma. Sledování televize je ve velmi malém zastoupení, u skupiny z WMŠ v procentech téměř mizivých.

Položka č. 8 – Rodinné rituály

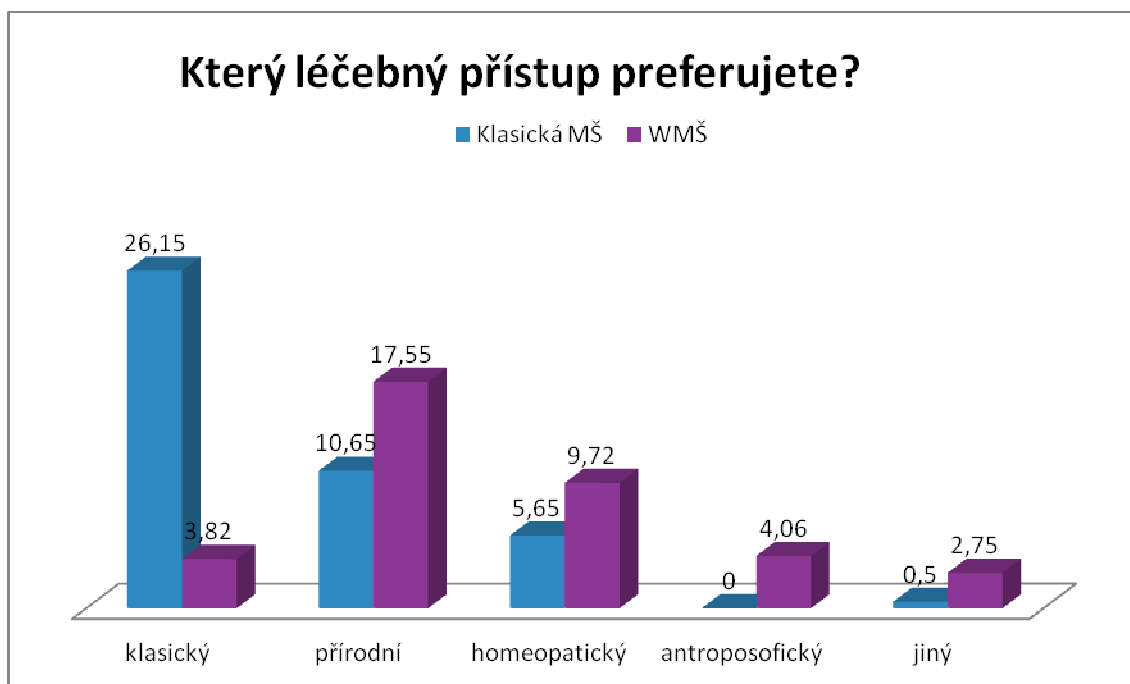
Každá rodina si časem vytvoří své vlastní rituály s dětmi. Našly si některé drobné společné činnosti místo i ve vaší domácnosti?



Skupiny z obou typů mateřských školy se velmi shodují. Nejčastější společnou činností v rodinách s dětmi je čtení pohádky. Hned za čtením je povídání si. V rodinách, jejichž děti navštěvují WMŠ je poloviční sledovanost večerníčku oproti rodinám, které děti dávají do běžné MŠ. Přestože náš výběrový soubor je malý, ukazuje se, že se v rodinách velmi málo zpívá.

Položka č. 9 – Léčebný přístup

Který léčebný přístup preferujete?

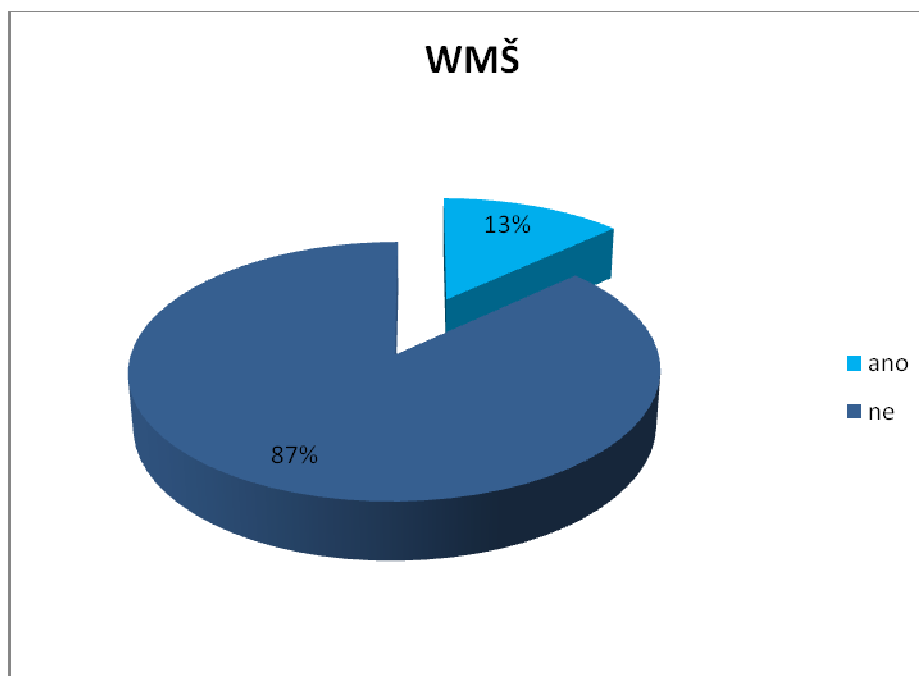
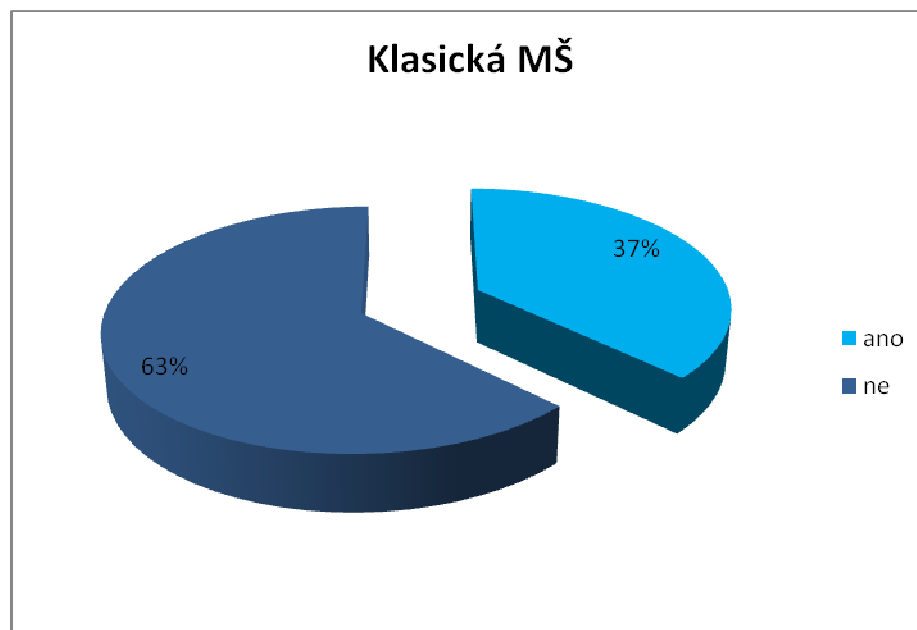


Výběrový soubor z klasické MŠ ve značné většině volí běžný medicínský přístup. Jako druhou a možnost volí přírodní léčbu. Tato otázka povolovala vícero odpovědí. Respondenti tak často volili kombinaci léčebných přístupů.

Druhá polovina souboru upřednostňuje léčbu přírodní v časté kombinaci s homeopatickou. Antroposofickou medicínu pak volí 11% dotázaných z této skupiny.

Položka č. 10 - Četnost onemocnění

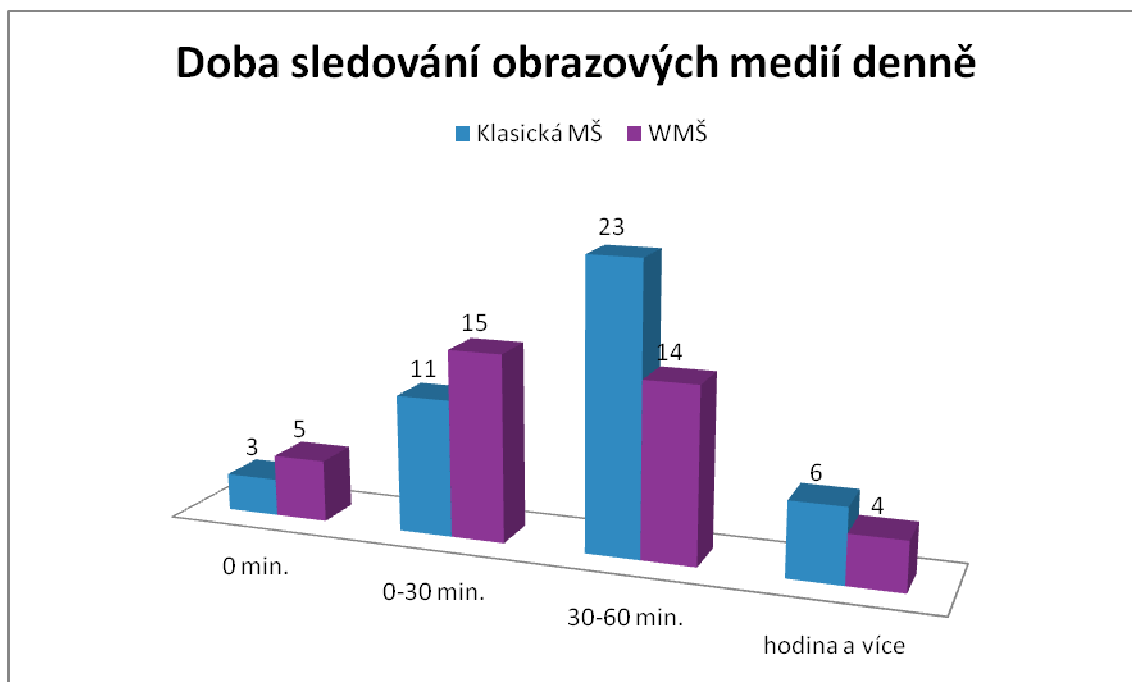
V kolektivu dětí je velká pravděpodobnost častějšího onemocnění. Jak je to u vašeho dítěte, musí pro nemoc či nachlazení zůstat doma alespoň 3 dny v každém měsíci?



Na otázku, zda děti zůstávají každý měsíc několik dní doma, odpovědělo kladně 13%, tedy 5 rodin z Waldorfské MŠ. Z klasické MŠ to bylo rodin 16.

Položka č. 11 - Čas u obrazových medií

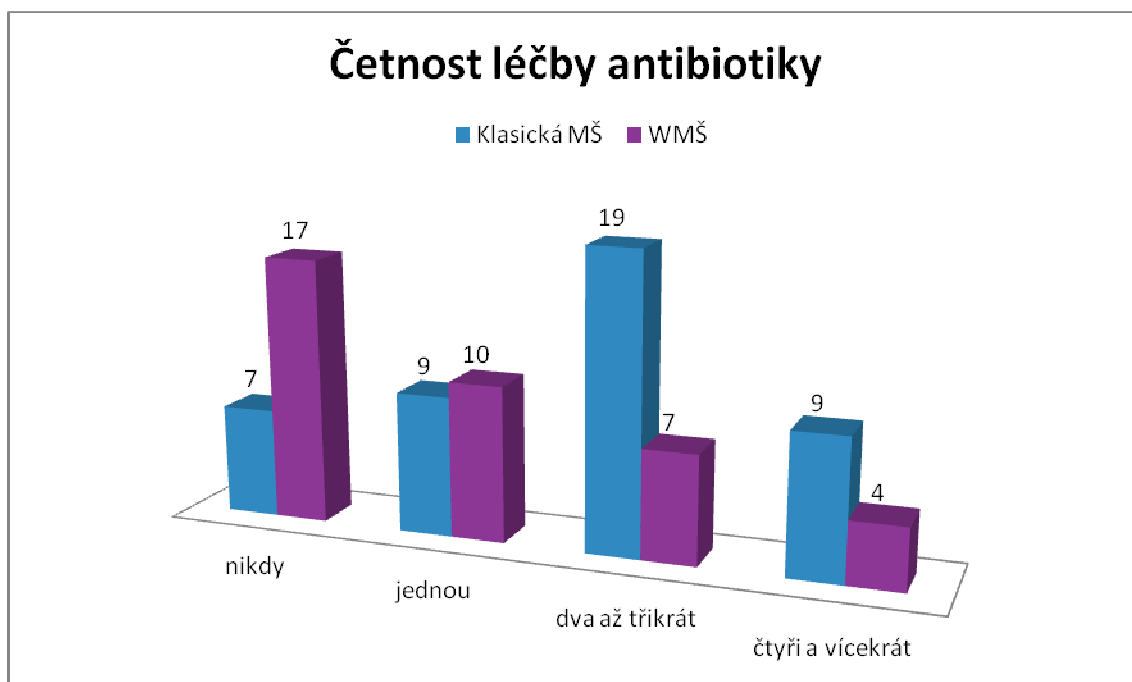
Všechny děti jsou fascinovány televizí a počítačem. Kolik minut sledování těchto médií umožníte svým dětem denně vy?



Krajní hodnota, kdy děti sledují televizi či počítač hodinu a víc denně, jsou u obou skupin téměř stejné. Rodiče dětí z běžných MŠ nejčastěji odpověděli, že jejich děti sledují média 30-60 minut denně. U dětí z Waldorfské školky je nejčastější odpověď 0-30 minut a to v počtu 39%, odpovědělo tak tedy 15 rodin. 5 rodin z této skupiny nesleduje s dětmi televizi a počítač vůbec. Z běžné školky jsou to rodiny 3.

Položka č. 12 - Léčba antibiotiky

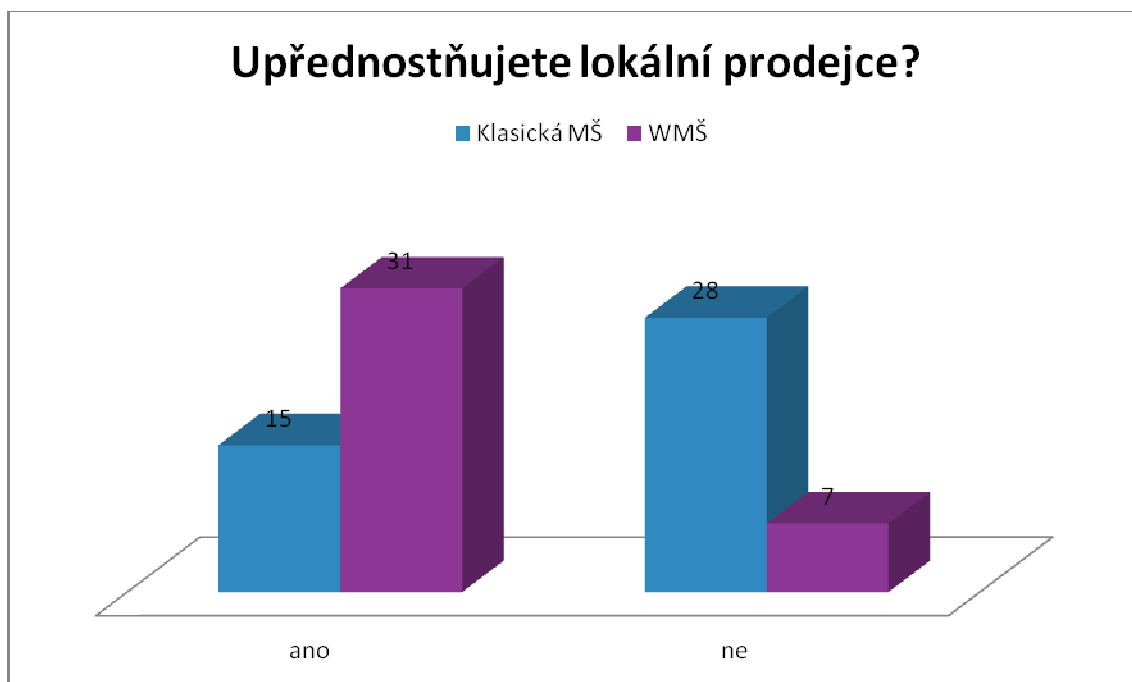
I při sebelepší životosprávě a podmínkách se někdy neubráníme nemoci, která vyžaduje léčbu antibiotiky. Kolikrát vašemu dítěti byla doposud naordinována antibiotika?



Téměř polovina dětí (45%) z WMŠ doposud neužívala antibiotika. Ve skupině dětí z klasické MŠ 43% podíl připadl odpovědí, že dětí užily antibiotika doposud 2-3x.

Položka č. 15 - Lokální prodejci

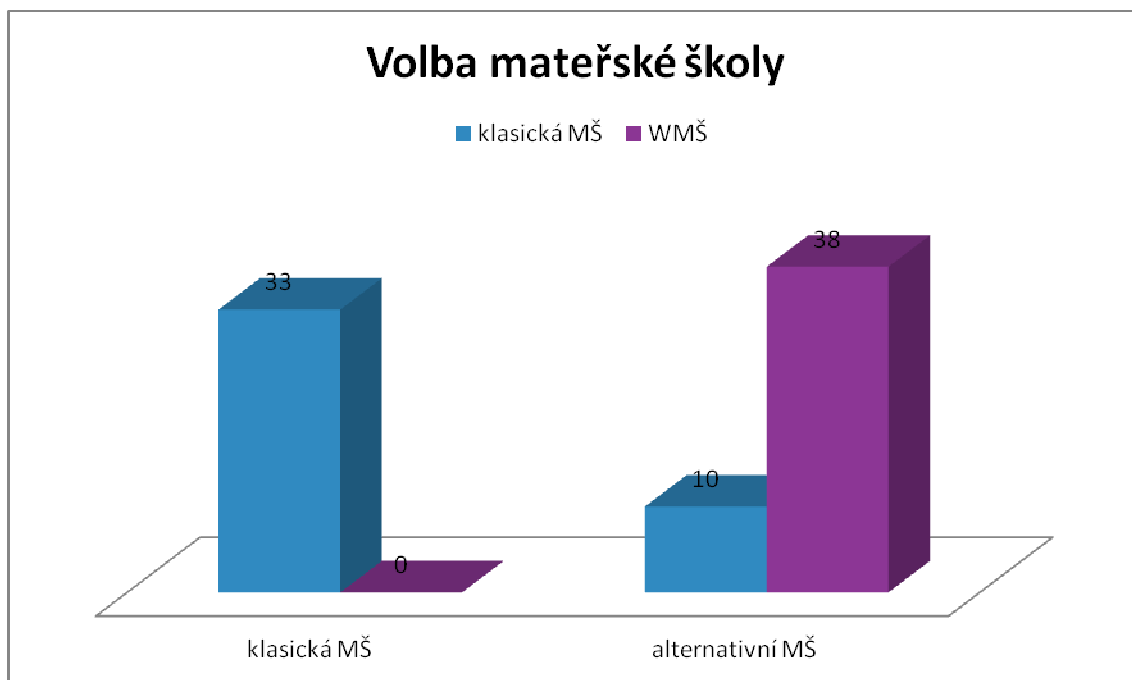
Upřednostňujete lokální prodejce a dodavatele oproti velkým prodejním řetězcům?



V této otázce, která se zabývá zájmem respondentů o lokální dodavatele a prodejce se obě dotázané skupiny značně rozcházejí. Zatímco rodiče dětí z WMŠ z 82% odpověděli, že upřednostňují místní zboží, u skupiny z klasické MŠ takto odpovědělo pouze 18% ze vzorku dotázaných.

Položka č. 16 - Volba mateřské školy

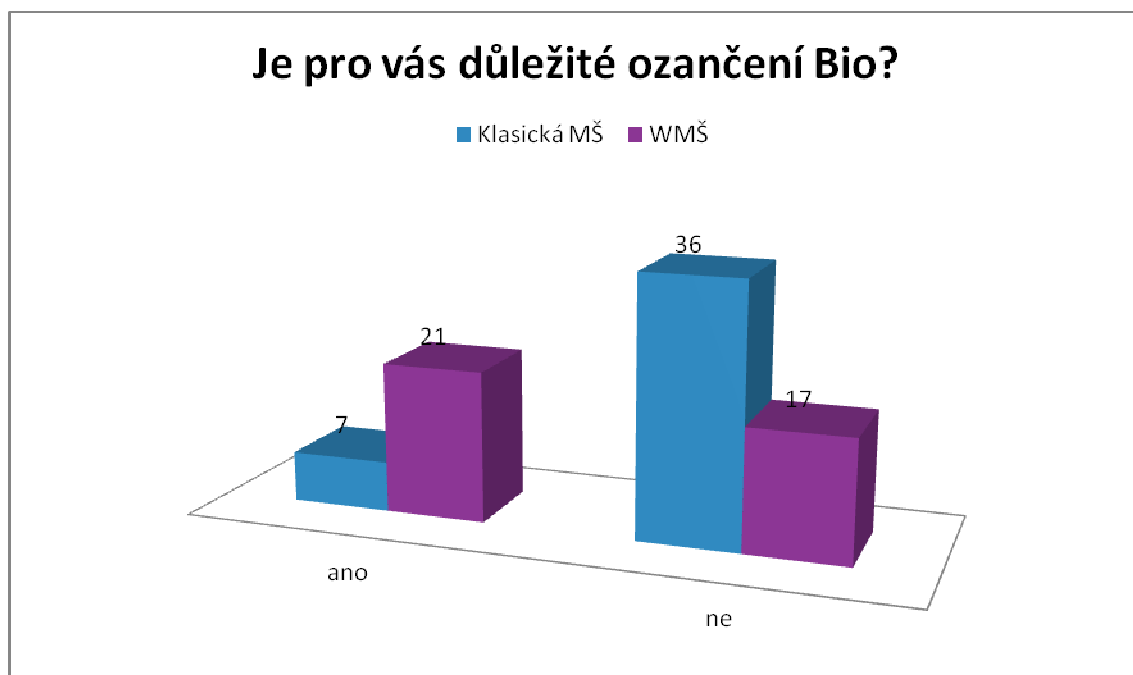
Jaký typ školky, by vám, v případě dostupnosti nejvíce vyhovoval pro vaše dítě?



Rodiče, kteří již své děti do alternativní, v našem případě Waldorfské školky dávají, by své rozhodnutí opakovali. Rodiče, jejichž děti navštěvují klasickou mateřskou školu, by v 23%, tedy v počtu 10 rodin, v případě možnosti volili raději školku alternativního typu.

Položka č. 17 - Certifikát Bio

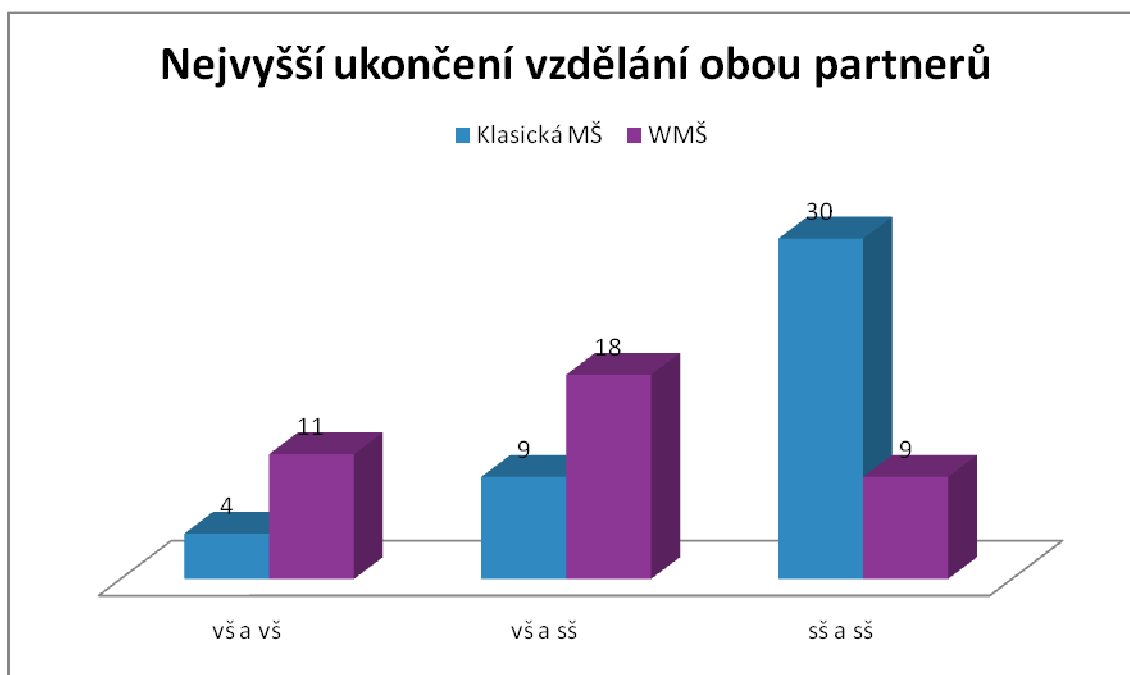
Je pro vás důležité, zda je potravina, kterou nakupujete certifikována jako Bio produkt?



Zda při nákupu potravin rodiny přihlížejí na certifikaci Bio, odpovědělo 55 % rodin z prostředí Waldorfské školky kladně. Ze vzorku respondentů z klasické školky na toto označení bere zřetel 18%, tedy 7 rodin z 38 dotázaných.

Položka č. 18 - Dosažené vzdělání

Jaké je vaše a partnerovo nejvyšší ukončení vzdělání?



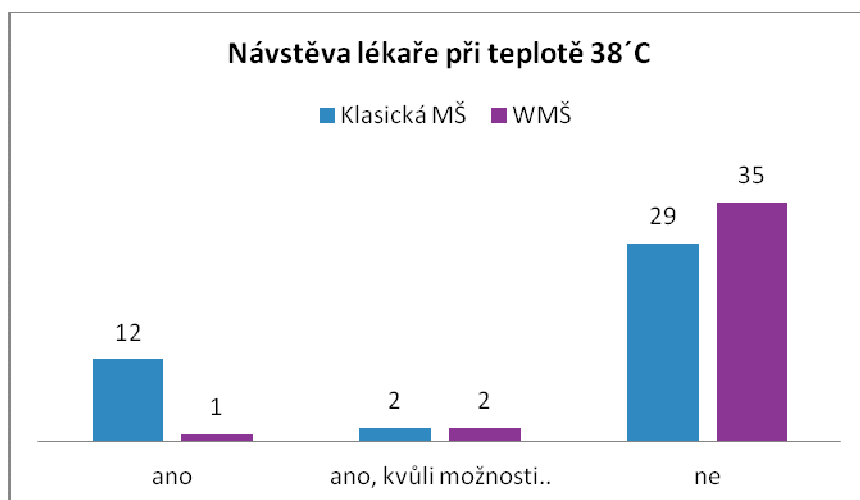
Poslední položka dotazníku se zajímala o nejvyšší dosažené vzdělání obou partnerů. Výsledky ukazují značný rozdíl v odpovědích obou skupinami respondentů. Oba rodiče dětí navštěvujících běžnou MŠ mají nejčastěji středoškolské vzdělání, v našem vzorku je to 30 rodin ze 43 navracených dotazníků. Se značným rozdílem je druhou nejčastější odpovědí kombinace vzdělání vysokoškolského a středoškolského. Varianta, kdy oba rodiče mají vzdělání vysokoškolské je zde zastoupena 9%, jedná se tedy o 4 rodiny. V rodinách jejichž děti navštěvují Waldorfskou MŠ je nejčastější kombinace vzdělání, kdy jeden z partnerů má vysokoškolské a druhý středoškolské vzdělání. Tuto kombinaci v našem vzorku reprezentuje 18 rodin z 38 navracených dotazníků. Druhou nejčastější odpovědí je vysokoškolské vzdělání obou partnerů.

6.2 Odpověď na výzkumné otázky a interpretace zjištění

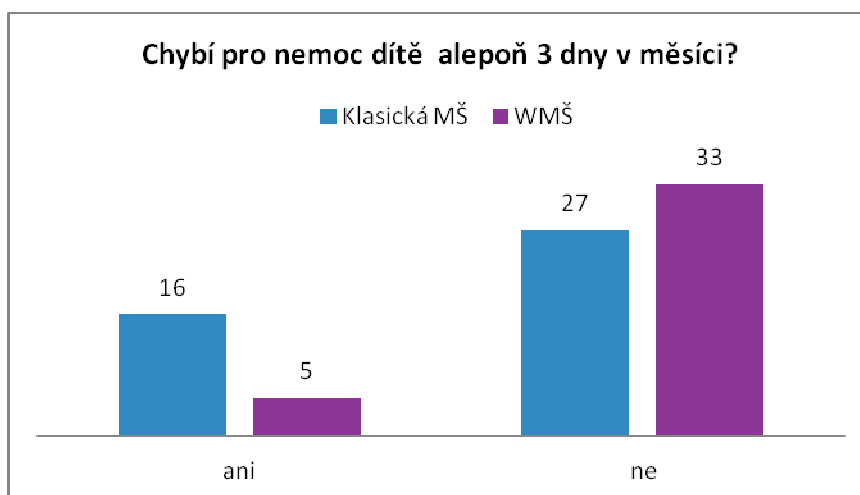
První otázka, na kterou hledáme odpověď, zní: Jaký je přístup k nemoci a léčbě u rodin, které své děti zapsali do klasické MŠ a do waldorfské MŠ?

Na oblast zdraví a nemoci se v dotazování zaměřují položky:

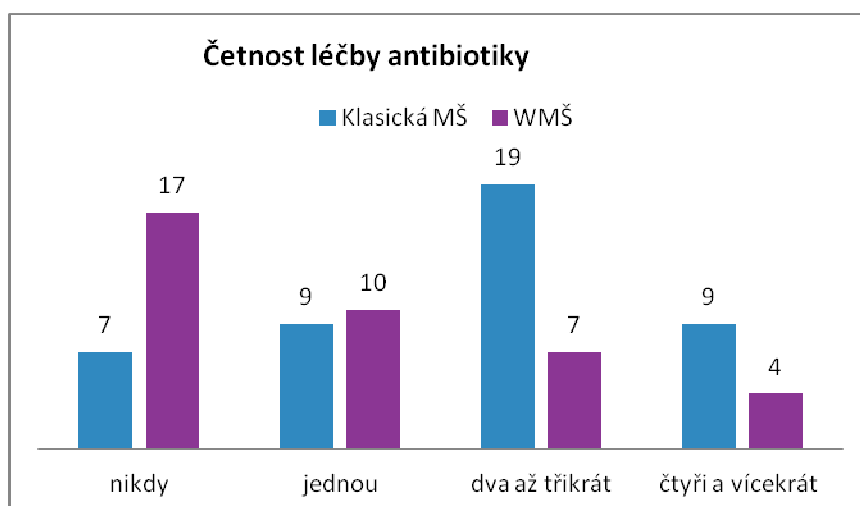
č. 5



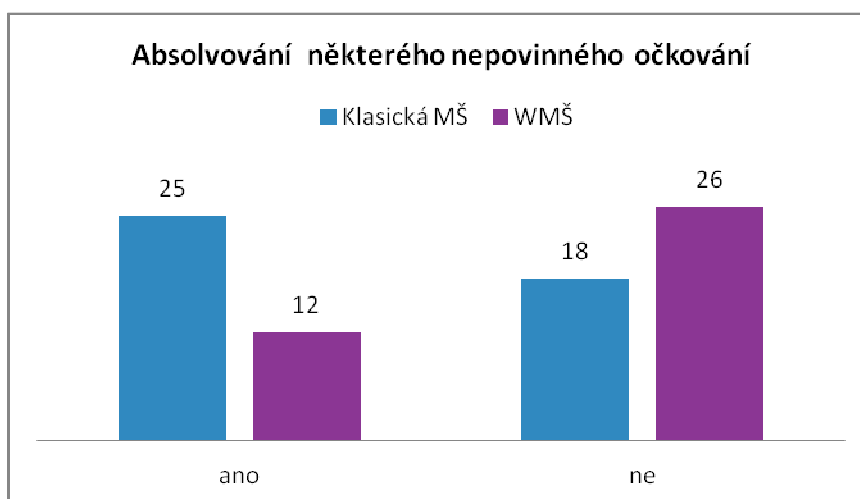
č. 10



č. 12



č. 6

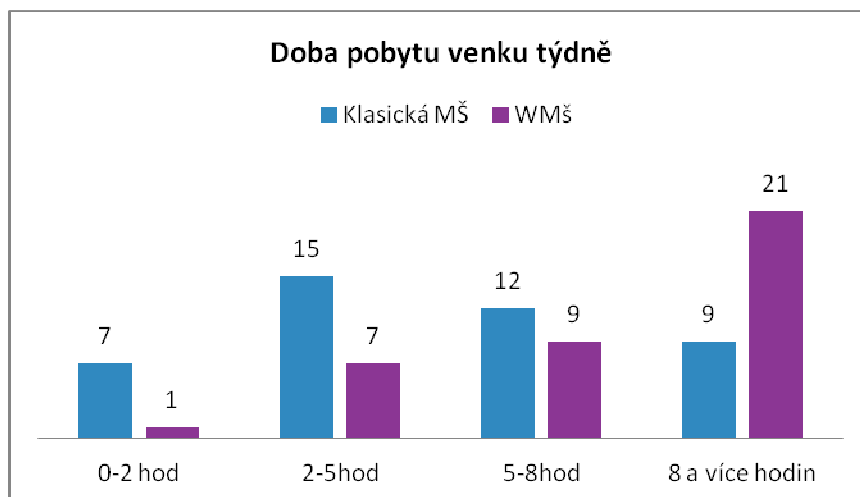


Shrneme-li tuto oblast, můžeme vidět, že děti z waldorfského prostředí nepovinné očkování absolvovaly pouze z poloviny tak často, jako děti z klasických školek. Dále je patrné, že děti z WMŠ byly výrazně méně léčeny antibiotiky. Opět lze mluvit o dosahování polovičních hodnot v porovnání se skupinou z klasické MŠ. Pravidelná absence v každém měsíci je u dětí z WMŠ nižší než u druhého výzkumného souboru. S dětmi při teplotě jde minimum rodičů se souboru WMŠ k lékaři, u druhého souboru je podíl rodičů vyšší.

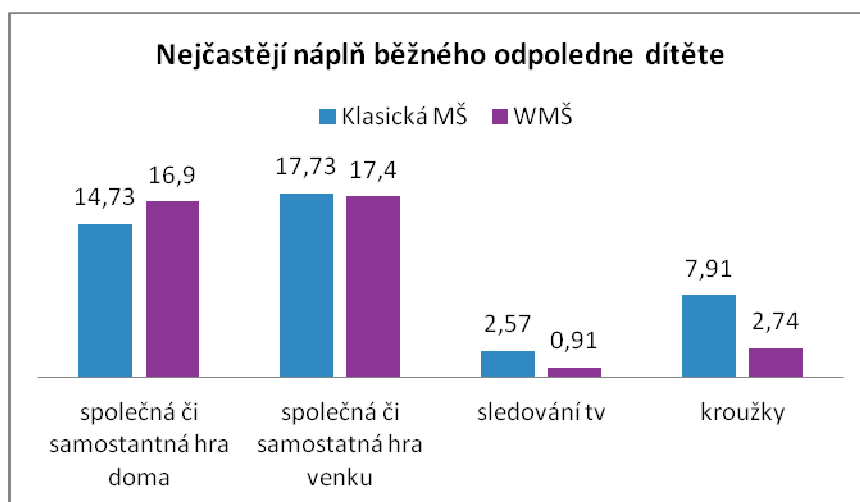
Lze tedy říci, že děti z rodin, které zvolily WMŠ jsou méně nemocné, přestože z letmého pohledu jsou méně chráněny a preventivně opatřovány.

Druhá výzkumná otázka se zajímá o volný čas dětí. Kolik času tráví pohybem a hrou děti z klasické MŠ a děti z waldorfské MŠ?

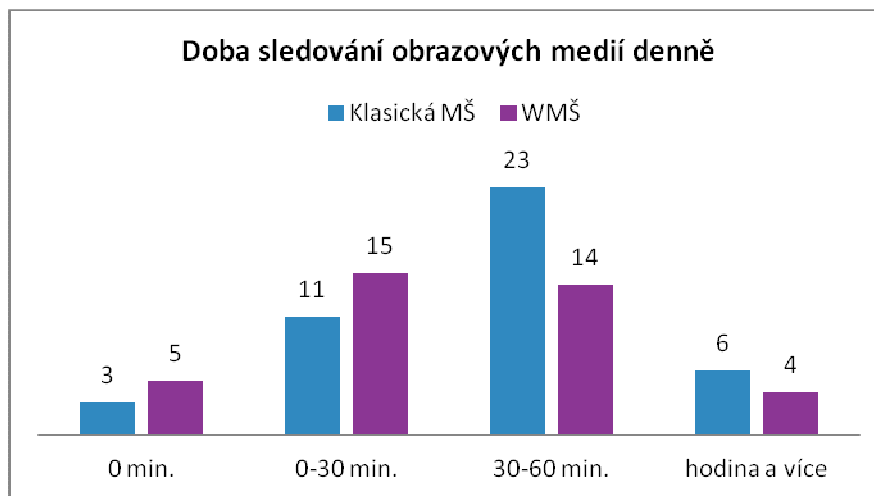
č. 4



č. 7



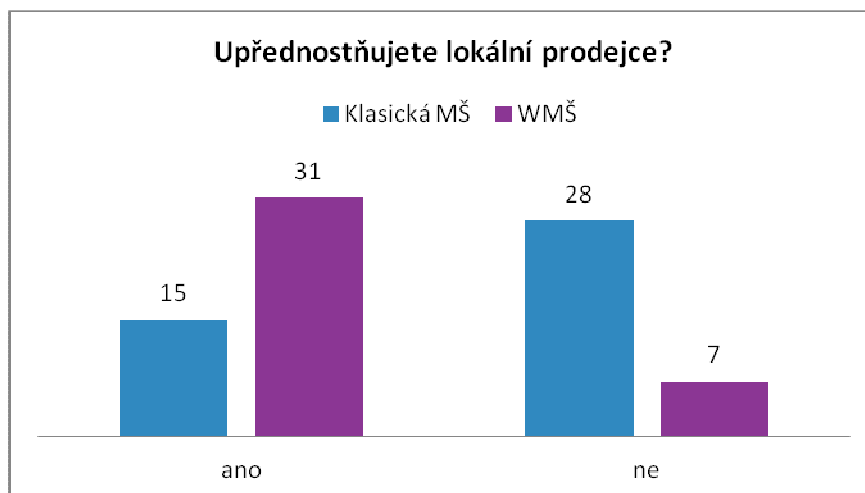
č. 11



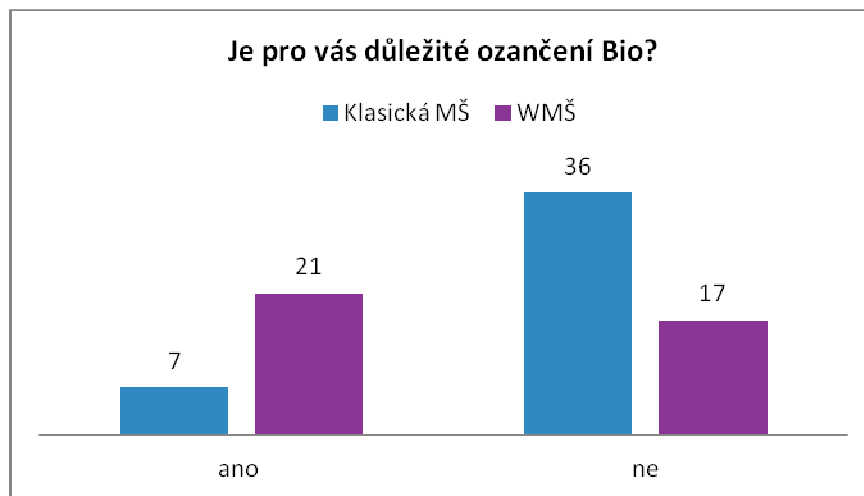
Otázka zabývající se okruhem pohybu a aktivit dětí předškolního věku nezobrazuje tak výrazné rozdíly jako otázka předešlá. Největší rozdíl sledujeme v čase, který děti týdně tráví venku. Zde 21 rodin z WMŠ zvolilo nejvyšší možný počet hodin, a to 8 hodin a více času týdně tráveného venku. Děti z klasické MŠ se pohybují nejčastěji ve středových hodnotách, 2-5 hodin a 5-8 hodin týdně. Druhým rozdílem je doba sledování médií, kdy děti z klasických MŠ před obrazovkami stráví času více než děti ze skupiny druhé.

Otázka třetí klade důraz na volbu potravin: Jaké potraviny upřednostňují rodiče dětí z klasických MŠ a dětí z waldorfských MŠ?

č. 15



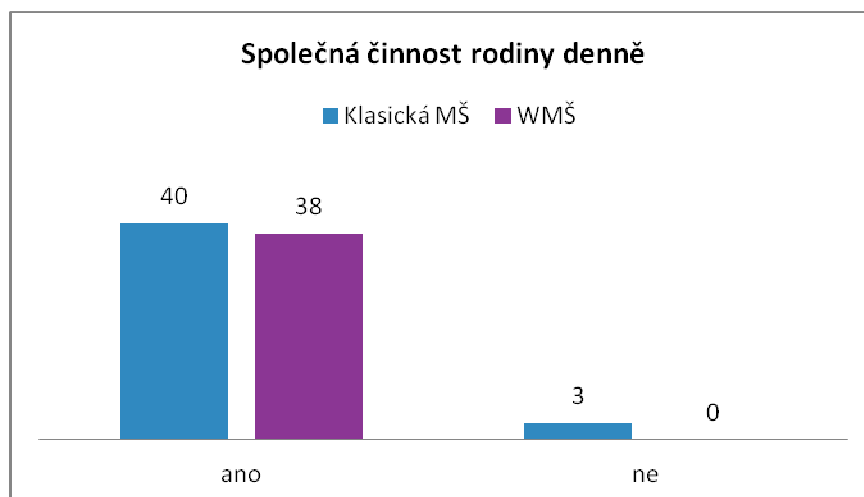
č. 17



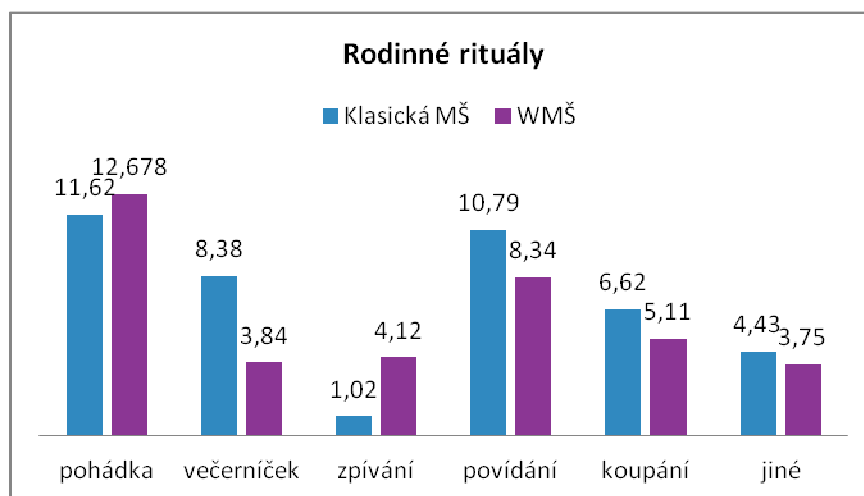
Přestože usuzujeme na základně výsledků z velmi malého souboru, lze zaznamenat rozdíly. Můžeme říci, že rodiny z waldorfských MŠ častěji nakupují u lokálních prodejců a dodavatelů a i označení Bio je pro ně častějším kritériem výběru potravin, než je pro rodiny, které své děti přihlásili do školek běžného typu.

Poslední otázka se zabývá časem a náplní času, který rodiny tráví společně: Jaká je délka a náplň času, který tráví rodiče s dětmi, které navštěvují klasickou MŠ a waldorfskou MŠ?

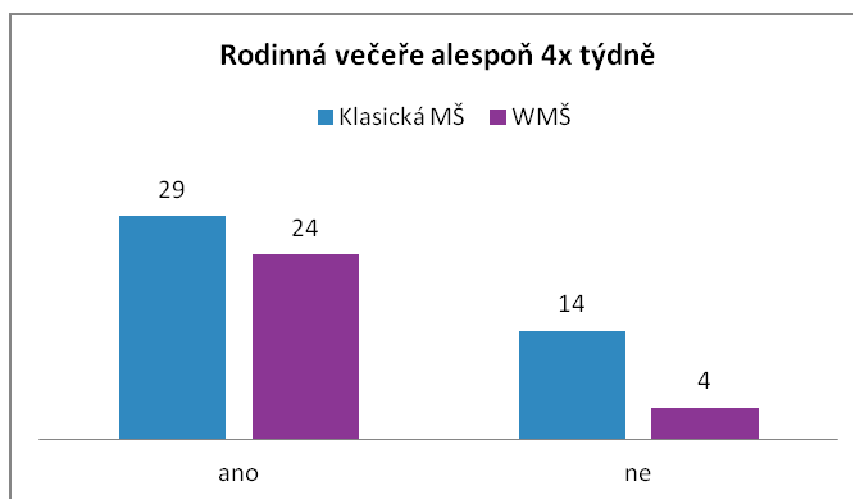
č. 3



č. 8



č. 14



S povděkem můžeme konstatovat, že v této otázce jsme neshledali značné rozdíly. Většině rodin z obou souborů se povede nalézt čas, který mohou strávit společně, ať již při večeři, či jiné aktivitě. Za povšimnutí stojí, že ve většině rodin se velmi málo zpívá.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo vysledovat a následně popsat, zda jsou rozdíly v životním stylu rodin, které se rozhodly své děti přihlásit do klasických tříd mateřských škol a rodin, které pro své děti zvolily třídy waldorfské mateřské školy. Předpokládali jsme, že s volbou mateřské školy bude i rozdílný životní styl rodin. V práci si dáváme za cíl zjistit, do jaké míry ovlivňuje životní styl rodiny zdraví dítěte předškolního věku.

Veškerým snahám koncipovat bakalářskou práci a utvořit kapitoly, podkapitoly, které se týkají životního stylu rodin, zdraví dětí a volbě mateřské školy, předcházela inspirace v podobě periodika věnujícího se waldorfské pedagogice „*Člověk a výchova*“. Zde tedy naše cesta započala, drobným článkem hovořícím o zdraví dětí z klasických a waldorfských mateřských škol. V počáteční části této práce jsme se věnovali obecně zdraví, nemoci, podpoře udržení zdraví. Nezastupitelné místo v této práci mají pojmy rodina, domov, mateřská škola, zvyklosti. Právě pro předškolní věk, kterému věnujeme svou pozornost, je rodina a mateřská škola tou hlavní formující silou. Jsme si vědomi, že ne instituce jako takové, ale především lidé v nich jsou nositeli kvality, jistoty, ale i možným ohrožením. V prvním sedmiletí, tedy v době docházky do mateřské školy, se utváří základ pro vše budoucí. V tomto věku jsou to zvyklosti, rituály, pravidelnost, co velmi silně utváří dítě. Opakování, rytmus i to je výrazným prvkem ve waldorfské pedagogice. Myšlenkovými východisky Rudolfa Steinera a na nich založení pedagogice se věnují poslední kapitoly teoretické části.

Část praktická svou pozornost obrací na samotné rodiče. Zvolili jsme dva výzkumné soubory. Jeden z klasické mateřské školy a druhý z waldorfské školky. Celkem se jednalo o čtyři mateřské školy, jednu klasickou a jednu waldorfskou z Českých Budějovic, tedy Jihočeského kraje a ve stejném zastoupení z kraje středočeského, konkrétně Příbrami. Vzhledem k rozsahu bakalářské práce bylo administrováno pouze 100 dotazníků, z nichž se navrátilo celkem 81. Můžeme tedy s potěšením konstatovat, že návratnost byla vysoká. Podíl na vysoké návratnosti přičítáme formě administrace, kdy se nejednalo o online vyplňování prostřednictvím počítače, ale šlo o přímý kontakt s respondentem. Předmětem většiny položek dotazníku, byly děti, tedy to nejcitlivější téma snad každého rodiče. Bylo tedy velice důležité, aby jednotlivé položky byly precizně a citlivě formulovány a rodiče neměli nutkání své výpovědi výrazněji

přibarvovat, či odpovídat přímo nepravdivě. Věříme, že se nám tohoto povedlo dosáhnout a při shrnování dat jsme nezaznamenali žádné nápadné nesrovnalosti. Zobrazené výsledky jsou dle našeho mínění pozoruhodné a dávají nám nahlédnout do rozmanitostí, rozdílností, které můžeme u dvou skupin, rozdělených „pouze“ dle výběru mateřské školy, vnímat. Za velice vhodné, až žádoucí pokládáme, aby na zjištěních, ke kterým jsme došli, bylo stavěno dále. Zjištění přímo vybízejí k tomu, aby na jejich základě byly formulovány hypotézy. Ty by byly následně ověřovány na větším, důkladně vybraném výzkumném souboru. Navýšením počtu dotazovaných rodin by značně stoupla výpovědní hodnota celého průzkumu. Námi formulované cíle a předpoklady pro tuto práci se naplnit podařilo. Ve výsledných grafických znázorněních jsou patrné rozdíly mezi oběma skupinami rodičů. Otázky, které jsme v šetření položili, byly plně zodpovězeny. Jejich výpovědní hodnota je úměrná velikosti zvoleného vzorku, který odpovídá rozsahu bakalářské práce.

Vzhledem k mému vlastnímu absolvování všech, v České republice dostupných, úrovní waldorfského vzdělání, je pro mě toto prostředí zkoumání velice blízké. Nikdy jsem nezapochybovala, že právě waldorfská pedagogika je ten správný směr pro mě a v budoucnu i pro výchovu a vzdělávání mých dětí. Skrze tuto práci jsem do oblasti waldorfského vzdělávání a jeho širšího působení nahlédla hlouběji, ale především ze značně rozdílného úhlu pohledu. Po mnoho let jsem byla objektem působení snah svým rodičů a waldorfských pedagogů a nyní jsem se ocitla v roli vnějšího nezúčastněného pozorovatele. Zpětně je to velice zajímavé uvědomit si tak výraznou proměnu svých vlastních rolí. Zprvu nevědomě hlavním aktérem, a nyní, s vynaložením mnoha sil, nezaujatým pozorovatelem.

SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY

Allergic disease and sensitization in Steiner school children. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2005, č. 117, s. 7. DOI: 10.1016/j.jaci.2005.09.039.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin, SR: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-306-6.

BOM, Paulien a Machteld HUBER. *Průvodce péčí o děti: od 1 do 4 let*. vyd. 1. Hranice: Fabula, 2005. ISBN 80-86600-25-4.

BÜHLER, Walther. *Anthroposofie jako požadavek naší doby*. Překlad Rudolf Prix. Hranice: Fabula, 2004, 203 s. ISBN 80-866-0015-7.

CARLGREN, Frans. *Výchova ke svobodě: Pedagogika Rudolfa Steinera*. Vyd. 1. Praha: Baltazar, 1991. ISBN 80-900307-2-6.

ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ. *Psychologie pro učitele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. vyd. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. *Rodinná terapie: systematické a narativní přístupy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0415-3.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HRADIL, Radomil. *Výchova a zdraví našich dětí*. vyd. 1. Hranice: Fabula, 2007. ISBN 978-80-86600-39-0.

JARO KŘIVOHLAVÝ. *Psychologie zdraví*. vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005, 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.

KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví*. 2010. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. ISBN 978-80-7394-217-5.

MEIN, E. A. *Klíče ke zdraví*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-85619-73-3.

STEINER, Rudolf. *Anthroposofie a pedagogika*. vyd. 1. Frýdek-Místek: Asociace waldorfských škola ČR, 2010.

STEINER, Rudolf. *Příroda a člověk: Z pohledu duchovní vědy*. Hranice: Fabula, 2011. ISBN 978-80-86600-40-6.

STEINER, Rudolf. *Theosofie: Úvod do nadmyslového poznání světa a určení člověka*. Hranice: Fabula, 2010. ISBN 978-80-86600-68-0.

STEINER, Rudolf. *Výchova dítěte z hlediska duchovní vědy: Metodika vyučování a životní podmínky výchovy*. 2. vyd. V Praze: Baltazar, 1993. ISBN 80-900-3079-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. vyd. 3. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

Internetové zdroje

Antroposofická medicína: Léčebné umění. *Antroposofická společnost* [online]. 2009 [cit. 2013-01-04]. Dostupné z: <http://www.anthroposof.cz/co-je-anthroposofie/anthroposofie/anthroposicka-medicina/lecebne-umeni/>

Weleda [online]. 2012 [cit. 2013-01-04]. Dostupné z: <http://www.weleda.cz/content/8-uvodni-stranka>

PŘÍLOHY

Vážení rodiče,

dovoluji si Vás oslovit s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Jmenuji se Eva Petrušková a jsem studentkou Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích, obor Učitelství pro mateřské školy. Průzkum, který provádím se zabývá životním stylem současné mladé rodiny, ve které jsou děti předškolního věku.

Prosím odpovězte na všechny otázky. Vyplnění Vám zabere max. **10 minut**. Každý kompletně vyplněný dotazník má velký význam pro celkové výsledky šetření. **Dotazník je anonymní.**

Vyhovující odpověď označte. V případě potřeby označte odpovědi více. U otázek bez výběru možností prosím napište.

1. **Kolik máte dětí ?**

2. **Jaký je věk vašeho předškolního dítěte/děti?**

3. **Podarí se vám, i přes velkou vytíženost v dnešní době, se jako rodina denně setkat u společné činnosti? (např. večere, procházka, hra, povídání, drobné rodinné rituály aj.)**

AnoNe

4. **S tím, jak se život směřuje k městům, klesá i doba, kterou děti mají možnost trávit venku, ať hrou nebo pohybem. Jak je to s vašimi dětmi, podaří se vám přes veškeré překážky vytvořit podmínky k jejich pohybu venku? V jakém časovém horizontu se tyto snahy týdně podaří naplnit?**

a) 0-2 hod

b) 2-5 hod

c) 5-8 hod

d) 8 hodin a více

5. **Navštívíte lékaře při zvýšené teplotě svého dítěte (do 38°C) ?**

- a) Ano
- b) Ano, kvůli možnosti uvolnění ze zaměstnání z důvodu péče o nemocné dítě
- c) Ne

6. **Absolvovalo vaše dítě některá z nepovinných očkování?**

Ano Ne

Pokud ano, která? (doporučená očkování pro dítě předškolního věku)

- a) plané neštovice
- b) meningitida
- c) meningokok
- d) chřipka

7. **Zvýšená zaměstnanost rodičů a současný životní styl společnosti, limitují možnost volby odpoledních aktivit pro děti. Co je nejčastější náplní odpoledne vašeho dítěte?**

- a) společná či samostatná hra doma
- b) společná či samostatná hra venku
- c) sledování TV
- d) kroužky

8. **Každá rodina si časem vytvoří své vlastní rituály s dětmi. Našly si některé drobné společné činnosti místo i ve vaší domácnosti?**

- a) čtení pohádky
- b) sledování večerníčku/pohádky
- c) zpívání před spaním
- d) společné povídání

e) večerní koupání

f) jiné

9. Který léčebný přístup preferujete? (v případě potřeby vyznačte více odpovědí)

a) klasický

b) přírodní

c) homeopatický

d) antroposofický

e) jiný

10. V kolektivu dětí je velká pravděpodobnost častějšího onemocnění. Jak je to u vašeho dítěte, musí pro nemoc či nachlazení zůstat doma alespoň 3 dny v každém měsíci?

Ano

Ne

11. Všechny děti jsou fascinovány televizí a počítačem. Kolik minut sledování těchto médií umožníte svým dětem denně vy?

a) 0 min

b) 0-30 min

c) 30-60 min

d) hodinu a více

12. I při sebelepší životosprávě a podmínkách se někdy neubráníme nemoci, která vyžaduje léčbu antibiotiky. Kolikrát vašemu dítěti byla doposud naordinována antibiotika?

a) doposud nikdy

b) 1x

c) 2-3x

d) 4 a vícekrát

13. Trpí vaše dítě alergií?

Ano

Ne

14. Podaří se vám v dnešní hektické době se jako rodina sejít ke společné večeři alespoň 4x týdně?

Ano

Ne

15. Upřednostňujete lokální prodejce a dodavatele oproti velkým prodejním řetězcům?

Ano

Ne

16. Jaký typ školky, by vám v případě dostupnosti nejvíce vyhovoval pro vaše dítě?

a) klasická

b) alternativní

17. Je pro vás důležité, zda je potravina, kterou nakupujete certifikována jako Bio produkt?

Ano

Ne

18. Jaké je vaše a partnerovo nejvyšší ukončené vzdělání?

a) VŠ a VŠ

b) VŠ a SŠ

c) SŠ a SŠ

Děkuji za vyplnění.