



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

INTERVENČNÍ PROSTŘEDÍ PODPORY POHYBOVÉ AKTIVITY

Tento školící materiál bude sloužit studentům na Univerzitě Palackého a Ostravské univerzitě v inovovaných předmětech Rekreatologie II, Teorie rekreace v přírodě a Předpis pohybové aktivity.



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Vydání tohoto školícího materiálu bylo finančně podpořeno z projektu ESF „Vytvoření a implementace edukačního systému podpory pohybové aktivity na českém akademickém poli“ (CZ.1.07/2.2.00/07.0119).

Obsah

<u>1</u>	<u>Intervenční prostředí podpory pohybové aktivity.....</u>	<u>3</u>
1.1	Podpora pohybové aktivity v dopravě.....	3
1.2	Podpora pohybové aktivity ve školách.....	7
1.3	Podpora pohybové aktivity na pracovišti.....	14
1.4	Podpora pohybové aktivity u praktických lékařů.....	19

1 Intervenční prostředí podpory pohybové aktivity

Intervence a programy podpory pohybové aktivity lze charakterizovat dle intervenčních prostředí (oblastí), na které jsou intervence zacíleny. Zásadními prostředími, ve kterých jsou programy a intervence podpory pohybové aktivity nejrůznějšího charakteru v zahraničí realizovány, jsou doprava, škola, pracoviště a ordinace obvodních lékařů

1.1 Podpora pohybové aktivity v dopravě

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

Schéma 1: Vliv dopravy na prostředí



Zdroj: World Health Organization, 2002

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

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



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

stačí být aktivní (chodit, jezdit na kole) – alespoň 30 minut denně“. Základními cíli této intervence jsou:

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

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

Chůze

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

Jízda na kole

Jízda na kole má ve srovnání s chůzí poněkud vyšší zdravotní účinky, protože intenzita úsilí je větší. Rytmicky jsou velké kosterní svaly využívány, střídají se fáze aktivního záberu a odpočinku. Bylo provedeno několik experimentů, které měly otestovat vliv jízdy na kole na zdravotní stav jedince. Největší studie - Copenhagen Heart Study (Jensen, 2001), která zahrnovala 13 375 žen a 17 265 mužů ve věku 20-93 let, zjistila, že jízda na kole má silné preventivní účinky. Na základě sledování krevního tlaku, hladiny cholesterolu a body mas



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

indexu bylo zjištěno, že u lidí, kteří nejezdili na kole, je mortalita o 39% vyšší než u těch, kteří na kole jezdili (Andersen B. , 2000). Jízda na kole navíc představuje z hlediska zatížení pohybového aparátu menší riziko než např. běh (Vondruška & Barták, 1999).

Situace v České republice

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

Tabulka 1: Stupeň automobilizace v ČR (1961 – 2006)

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

Zdroj: (Brůmová-Foltýnová, 2009)

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

Zásadním dokumentem z oblasti rozvoje cyklo dopravy je Národní strategie cyklistické dopravy České republiky (2005), kterou vydalo Centrum dopravního výzkumu ČR pro potřeby Ministerstva dopravy ČR. Cyklistika je zde vnímána jednak jako cyklo doprava a cykloturistika, ale je v tomto dokumentu spojována také s podporou pohybové aktivity u



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

obyvatelstva a podporou ochrany životního prostředí ČR. V Cyklostrategii jsou definovány čtyři základní priority (Ministerstvo dopravy, 2005):

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

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

1.2 Podpora pohybové aktivity ve školách

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

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



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

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

Z hlediska podpory pohybové aktivity je školní prostředí významným faktem, že školou prochází všechny děti, z tohoto důvodu může toto prostředí významným způsobem zredukovat socioekonomické faktory jako determinanty úrovně pohybové aktivity (WHO, 2007).

Podpory pohybové aktivity ve školním prostředí má dále následující specifika:

- Dětství je v současné době charakterizováno obrovskou institucionalizací, jejímž výsledkem je pasivnější (sedavější) způsob života, a proto školy a školky by měly poskytovat dětem a adolescentům více a lepší možnosti k pohybové aktivitě, tak aby ji přijaly jako základní potřebu a lidské právo (WHO, 2007).
- Velké prioritou se přikládá k teoretickým disciplinám jako matematika a jazyky (Bauman, Bellew, Vita, Brown, & Owen, 2002), (World Health Organization, 2007).
- V řadě zemí dochází ke snižování počtu dětí, které chodí do školy pěšky nebo na kole (Department of Transport, 2004). Tento trend se často zdůvodňuje nebezpečím na cestách (World Health Organization, 2007)
- Rostoucí počet kantýn a komunikačně informačních technologií, které se vyskytují ve školách, rovněž přispívá ke snižování úrovně pohybové aktivity.
- Řada empirických výzkumů prokázala, že se nezhoršují výsledky v klasických předmětech při navýšení hodin tělesné výchovy. Existují silné důkazy o signifikantním pozitivním vztahu mezi pohybovou aktivitou a kognitivními funkcemi (California Department of Education Study, 2002) a rovněž mezi zvýšenou úrovní pohybové aktivity a zvýšenou schopností koncentrace (Caterino & Polak, 1999).



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

- Hodiny tělesné výchovy jsou sportovně zaměřené, to znamená důraz je kladen na výkon, soutěživost a soupeřivost. Tento problém vyžaduje lepší zacílení na přijatelnější alternativy pohybové aktivity nevykonostního charakteru s důrazem na alternativy pro neaktivní studenty (Bauman, Bellew, Vita, Brown, & Owen, 2002).
- Nedostatek adekvátně vzdělaných učitelů (ne jen tělesné výchovy), kteří by působili na studenty ve prospěch budování postojů a získání pozitivního přístupu k aktivnímu životnímu stylu

Situace v České republice

Problematika podpory pohybové aktivity ve školském prostředí se potkává ve dvou strategických dokumentech, a to v Dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21 (Zdraví 21) a národním kurikulárním dokumentu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy v Rámcovém vzdělávacím programu (RVP). Hlavními oblastmi, které se dotýkají podpory pohybové aktivity a jsou v souladu s Globální strategií pro výživu, pohybovou aktivitu a zdraví (World Health Organization, 2004), v dokumentu Zdraví 21 jsou Cíl 4 – Zdraví mladých a Cíl 11 – Zdravější životní styl, a v RVP vzdělávací oblast „Člověk a zdraví“, která je rozčleněná do dvou vzdělávacích oborů: Výchova ke zdraví a Tělesná výchova, do níž je zahrnuta i Zdravotní tělesná výchova.

Chyba! Záložka není definována.

Rámcové vzdělávací programy jsou kurikulární dokumenty na státní úrovni, podle nichž budou vytvářeny na školách školní vzdělávací programy. Orientují se především na klíčové kompetence, tj. souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj a uplatnění každého člena společnosti. Klíčové kompetence nestojí vedle sebe izolovaně, různými způsoby se prolínají, jsou multifunkční, mají nadpředmětovou podobu a lze je získat vždy jen jako výsledek celkového procesu vzdělávání. Proto k jejich utváření a



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

rozvíjení musí směřovat a přispívat veškerý vzdělávací obsah i aktivity a činnosti, které ve škole probíhají.

Veškeré kompetence přispívají k zlepšování zdraví člověka, chápaného v pojetí této publikace. Výslovně je podpora zdraví a podpora pohybové aktivity uvedena mezi kompetencemi občanskými, „žák se rozhoduje v zájmu podpory a ochrany zdraví a trvale udržitelného rozvoje společnosti“.

Vzdělávací obsah základního vzdělávání je v RVP ZV orientačně rozdělen do devíti vzdělávacích oblastí¹. Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou tvořeny jedním vzdělávacím oborem nebo více obsahově blízkými vzdělávacími obory.

Jak již bylo řečeno, z pohledu podpory pohybové aktivity je nejdůležitější vzdělávací oblast „Člověk a zdraví“, rozčleněná do dvou vzdělávacích oborů: Výchova ke zdraví a Tělesná výchova. Vzdělávací oblast cílevědomě prohlubuje vztah žáků ke zdraví a ovlivňuje kvalitu jejich budoucího života v dospělosti.

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

¹ 1. Jazyk a jazyková komunikace (Český jazyk a literatura, Cizí jazyk); 2. Matematika a její aplikace (Matematika a její aplikace); 3. Informační a komunikační technologie (Informační a komunikační technologie); 4. Člověk a jeho svět (Člověk a jeho svět); 5. Člověk a společnost (Dějepis, Výchova k občanství); 6. Člověk a příroda (Fyzika, Chemie, Přírodopis, Zeměpis); 7. Umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova); 8. Člověk a zdraví (Výchova ke zdraví, Tělesná výchova); 8. Člověk a svět práce (Člověk a svět práce)



vzdělávací obor Výchova ke zdraví velmi úzce propojen s průřezovým tématem Osobnostní a sociální výchova.

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

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



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Cílové zaměření vzdělávací oblasti „člověk a zdraví“

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

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



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

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

Program Škola podporující zdraví

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

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

Svým zaměřením na podporu zdraví člověka (ve všech jeho aspektech, u všech aktérů a ve všech složkách prostředí), poskytuje program jak eticky tak vědecky zdůvodněný nový



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

rozměr pro plánování, provádění i posuzování činnosti školy, který ve svém důsledku vypovídá o její kvalitě.

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

1.3 Podpora pohybové aktivity na pracovišti

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

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

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



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

V devadesátých letech v USA, Austrálii a dalších zemích nastal posun od fitness programů, které fungovaly izolovaně s převážným zaměřením na jedince, ke komplexním programům podpory zdravého životního stylu na pracovišti. Byly vytvořeny programy, které kombinují socio-behaviorální intervence se strukturo-environmentálními intervencemi (Veitch, Clavisi, & Owen, 1999). V některých zemích byly vyvinuty **národní** strategie podpory zdraví na pracovišti. Příkladem je australský program „Národní zdravotní projekt na pracovišti“ (National Workplace Health Project - NWHP), jejímž hlavním cílem byl výzkum efektivnosti právě zmíněného přístupu. NWHP je zaměřen na podporu pohybové aktivity, zdravou výživu, snížení počtu kuřáků a snížení konzumace alkoholu (Simpson, a další, 2006).

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

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

Průvodce obsahuje následující doporučení pro zaměstnavatele:

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

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

- Edukační semináře o zdravotních efektech pohybové aktivity (pohybová aktivita, zdraví, zdravý životní styl, kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus, apod.)
- Edukační semináře o možnostech zvýšení úrovně pohybové aktivity (jak začít, kde, jak dlouho, jaké intenzity, jaké aktivity)
- Informační materiály (průvodce pohybovou aktivitou)
- Screening rizikových faktorů neinfekčních nemocí
- Submaximální zdatností test
- Předpisy pohybových aktivit
- Organizované on-site programy podpory pohybové aktivity
- Organizované off-site programy podpory pohybové aktivity
- Interaktivní multimediální behaviorální programy podpory pohybové aktivity

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

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



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

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

Velkým problémem podpory pohybové aktivity na pracovišti je, že přestože ve státech jako je Velká Británie, USA, Austrálie, Kanada a Finsko byla provedena řada intervencí a programů podpory pohybové aktivity v tomto intervenčním prostředí, téměř žádná z nich nebyla seriózně evaluována. Existuje tak jen minimální počet empiricky ověřených důkazů, které by



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

potvrdily efektivnost investic vynaložených do PPA na pracovišti, což je v případě financování intervencí soukromými subjekty značný problém. Příkladem může být výstup metaanalýzy 26 australských vědeckých studií, že neexistují jasné empirické důkazy o tom, že by intervence podpory pohybové aktivity na pracovišti vedla ke zvýšení úrovně pohybové aktivity zaměstnanců ve společnosti. Je třeba podotknout, že metaanalýza analyzovala nesourodé vědecké studie, které se lišily ve vědeckém designu, měření, metodologii nebo v reprezentativnosti výběru zkoumaného vzorku.

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

Situace v České republice

Vláda České republiky nestojí stranou současných evropských trendů a přihlásila se k projektu Podnik podporující zdraví například ve svém usnesení č. 1046/2002 k dlouhodobému zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví pro všechny v 21. století, dílčím úkolem 13.6. V tomto dokumentu je deklarován mimo jiné požadavek na zpracování kritérií a indikátorů programu podpory zdraví na pracovišti ve smyslu dokumentů a strategie SZO a EU. V České republice dále vznikla Národní síť podpory zdraví na pracovišti spolupracující s partnerskými organizacemi v rámci ENWHP, která by měla přispívat k propagaci dobré praxe v tomto oboru a k jejímu prosazování na pracovištích v České republice. Národním kontaktním centrem ENWHP v České republice je Centrum pracovního lékařství ve Státním zdravotním ústavu v Praze.



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

ENWHP na léta 2006-2009 vyhlásil již **sedmou² společnou iniciativou**: „Move Europe – Kampaň pro zlepšení evropské podpory zdraví na pracovišti orientované na zdravý životní styl. Tato iniciativa si klade za cíl vytvořit takovou Evropu, kde zdraví zaměstnanci jsou základem zdravého podniku. Vedoucí evropské společnosti se zúčastní objektivního hodnocení svých aktivit podporujících zdraví a svou dobrou praxi poskytnou jako model pro celou Evropu.

Iniciativa Move Europe má čtyři klíčové oblasti:

- Pohybová aktivita
- Zdravá výživa
- Duševní zdraví
- Prevence kouření

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

1.4 Podpora pohybové aktivity u praktických lékařů

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



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

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

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

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

Druhy intervencí u praktických lékařů

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

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



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

- Screening pacienta, jenž identifikuje současnou úroveň pohybové aktivity, motivaci k pohybové aktivitě a celkový zdravotní stav.
- Stručné doporučení nebo konzultaci o pohybové aktivitě.
- Podpora tištěných edukačních a informačních materiálů o pohybové aktivitě a zdravém životním stylu.
- Písemná preskripce pohybové aktivity.

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

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

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

Písemné preskripce pohybové aktivity – jedná se o předpis pohybové aktivity vydaný praktickým lékařem, který byl v této oblasti patřičně vzdělán. Obsahuje informace „šité na míru pacientovi“ o intenzitě, délce, frekvenci a typu pohybové aktivity. Prvním průkopníkem



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

této metody byla novozélandská vláda, která ji ověřovala v projektu „Green Prescription“ (Zelený předpis) (Swinburn, Walter, & Arroll, 1998).

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

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

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

- Přeposílání pacienta ke zdravotnímu specialistovi podpory pohybové aktivity, který na základě lékařské diagnózy vytvoří unikátní preskripci pohybové aktivity (např. v Anglii Exercise Referral Scheme).
- Přeposílání do zdravotních, sportovní či rekreačních zařízení.
- Pedometry zdarma – kanadská vláda vyčlenila část ze státního rozpočtu na nákup 800 000 pedometrů, které byly rozdány pacientům s vysokým krevním tlakem, nebo vysokou hladinou triglyceridů. Některé další země tuto intervenci zahrnuli do své strategie podpory pohybové aktivity.



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

- Využití informačních technologií (speciálních softwaru, webových aplikací) ke sceeringu, motivaci nebo edukaci.

Efektivnost a evaluace intervencí u praktických lékařů

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

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

ministerstvem zdravotnictví, to znamená pohyb 30 minut střední intenzity (ekvivalent energetickou výdeji 800 až 1 000 kcal) ve většině dní v týdnu.

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

Příklady vybraných studií a intervencí PPA u praktických lékařů

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



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

3. Counselling – (n = 289) tato skupina obdržela všechny komponenty jako skupina „advice a assistance“ plus pravidelné telefonické konzultace a behaviorální výuka.

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

- Green Prescription je výzkum realizovaný na Novém Zélandě. Praktičtí lékaři byli požádáni, aby vytipovali pacienty, kteří se zapojí do intervence podpory pohybové aktivity. Pacienti byli náhodně rozděleni do dvou skupin, přičemž jedna skupina byla motivována radou lékaře a specifickou preskripcí pohybové aktivity zvanou „Green Prescription“. Tato skupina měla tendence být více aktivní po šest týdnů, avšak zvýšená úroveň pohybové aktivity mezi skupinami nebyla signifikantní.
- Studie realizovaná v Západní Austrálii (nazvaná Active Practice Perte) byla zaměřená na pacienty se sedavým způsobem života. Cílem studie bylo:
 1. Evaluovat efektivitu krátkých intervencí mající vést ke zvýšení úrovně pohybové aktivity u pacientů se sedavým životním stylem
 2. Porovnat efektivnost dvou druhů intervencí
 - i. rada od praktického lékaře v kombinaci se standardním pamfletem
 - ii. radou od praktického lékaře v kombinaci s počítačově generovaným pamfletem (upraveného na míru)

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



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

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