



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 výchovy ke zdraví

Bakalářská práce

**Výchova ke zdraví v rodinné výchově
na základní škole**

Vypracovala: Tereza Chocholová

Vedoucí práce: PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph.D., DiS.

České Budějovice, 2022



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

Bachelor thesis

**Health education in family education
in elementary school**

Author: Tereza Chocholová

Supervisor: PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph.D., DiS.

České Budějovice, 2022

Bibliografická identifikace

Název bakalářské práce: Výchova ke zdraví v rodinné výchově na základní škole

Jméno a příjmení autora: Tereza Chocholová

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví PF JU

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph.D., DiS.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2022

Abstrakt:

Cílem bakalářské práce je zmapování výchovy ke zdraví v rodinné výchově na základní škole v České republice a zahraničí. Rodinná výchova je důležitou součástí výchovy ke zdraví v rámci vzdělávacího systému a obecného života. V historii byly pokusy o zavedení rodinné výchovy jako výukového předmětu, které byly kvůli nedostatku akreditovaných učitelů zrušeny. Místo rodinné výchovy začala výuka výchovy ke zdraví. Výuka je uskutečněna pomocí kurikula Školního vzdělávacího programu a Rámcového vzdělávacího programu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Vysoká úroveň výuky výchovy ke zdraví je ovlivněna nízkým počtem odborníků a vyspělostí států. Podle většiny autorů je největším problémem výchovy ke zdraví nedostatek veřejných informací a nezájem občanů o vedení zdravého způsobu života. Tuto skutečnost mají změnit programy pod záštitou Světové zdravotnické organizace.

Klíčová slova: rodina, rodinná výchova, výchova, zdraví, výchova ke zdraví

Bibliographical identification**Title of the bachelor thesis:** Health education in family education in elementary school**Author's first name and surname:** Tereza Chocholová**Field of study:** Health education**Department:** Department of Health Education**Supervisor:** PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph.D., DiS.**The year of presentation:** 2022**Abstract:**

The aim of the bachelor thesis is mapping of health education in family education at primary school in the Czech Republic and abroad. Family education is an important part of health education within the education system and general life. In history, there have been attempts to introduce family education as a subject, which has been canceled due to a lack of accredited teachers. Instead of family upbringing, health education began. Teaching is carried out using the curriculum of the School Educational Program and the Framework Educational Program of the Ministry of Education, Youth and Sports. The high level of health education teaching is influenced by the low number of professionals and the maturity of the states. According to most authors, the biggest problem of health education is the lack of public information and the lack of interest of citizens in leading a healthy lifestyle. Programs under the auspices of the World Health Organization are set to change this.

Keywords: family, family education, upbringing, health, health education

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu uvedené literatury

Prohlašuji, že v souladu § 47b zákona č. 111/1998 SB. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě archivované Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím také 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 výsledků obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátu.

Datum

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji mé vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Zuzaně Kornatovské, Ph.D., DiS. za cenné rady, připomínky, odbornou pomoc při konzultacích, její čas a ochotu.

Obsah

1 Úvod	8
2 Teoretická část	9
2.1 Sociologie rodiny.....	9
2.1.1 Charakteristika rodiny	9
2.1.2 Typy rodin	10
2.1.3 Rodičovství a role v rodině.....	11
2.1.4 Funkce rodiny	13
2.1.5 Rodina jako primární sociální skupina	16
2.2 Výchova ke zdraví jako vzdělávací obor.....	17
2.2.1 Výchova.....	17
2.2.2 Zdraví.....	19
2.2.3 Výchova ke zdraví jako výukový předmět	23
2.3 Rodinná výchova.....	28
2.3.1 Cíle rodinné výchovy.....	28
2.3.2 Rodina jako významný výchovný činitel	29
2.3.3 Rodinná výchova jako výukový předmět	31
2.4 Propojení výchovy ke zdraví s rodinnou výchovou	32
2.4.1 Historický kontext	32
2.4.2 Současný kontext.....	34
3 Analytická část	37
3.1 Cíl práce.....	37
3.2 Úkoly práce	37
3.3 Výzkumný problém	37
3.4 Metodologie.....	37
3.4.1 Použité metody	37
3.4.2 Rešerše literatury	37
3.5 Diskuze	39
3.6 Závěr.....	42
Seznam zdrojů	44
Seznam internetových zdrojů	48
Seznam obrázků	49
Seznam grafů	50

1 Úvod

„Výchova dětí je činnost, při níž musíme obětovat čas, abychom ho získali.“

- Jean Jacques Rousseau

Tento citát jsem si dovolila uvést na úvod, jelikož jasně, stručně a přehledně charakterizuje výchovu dětí. Výchova dětí je důležitou součástí jednotlivých životů a každý se s ní v jisté době setká, ať už jako dítě, nebo jako samotný rodič, a ať už v pozitivním slova smyslu, nebo negativním. Téma rodinné výchovy a výchovy ke zdraví mě zaujalo především z důvodu dlouhodobé praxe a práce s dětmi v mateřské školce, kde hraje rodinná výchova zásadní roli.

Správně nastavená a fungující rodinná výchova zpravidla vede k lepšímu zdraví jedince. Cílem naší bakalářské práce je popsat úkoly a principy, která má rodinná výchova při realizaci výchovy ke zdraví, porovnání názorů českých a zahraničních odborníků ohledně realizace výuky výchovy ke zdraví a komparace stylů výuky jednotlivých států. V naší bakalářské práci se zaměříme na široký pojem rodiny a její charakteristiku a typy, konkrétní role v rodině, funkce a její poruchy a pohled na rodinu jakožto primární sociální skupinu. Dále rozebíráme výchovu ke zdraví jako vzdělávací obor za pomoci definice výchovy a jejích typů, složek, podmínek a prostředků, společně s charakteristikou zdraví a jeho determinantů.

Rodinná výchova není pouze pojem značící výchovu ze strany rodičů, ale z historického hlediska se jednalo výukový předmět. Proto se snažíme nastínit obě charakteristiky a rysy z obou perspektiv. Rodinná výchova s výchovou ke zdraví je úzce spojená. V poslední kapitole toto propojení rozebíráme z hlediska školního, a to z historického a současného kontextu.

2 Teoretická část

2.1 Sociologie rodiny

S pojmem rodina se již setkáváme od útlého věku. Každý jí máme, ale podrobnější informace o rodině nám tak jasné nejsou. Tato kapitola tyto podrobnější informace obsahuje a pojednává o nich, přičemž se snaží tento pojem a její náležitosti přiblížit každému jedinci.

2.1.1 Charakteristika rodiny

Dle Dunovského (1999) je rodina nejdůležitější ze tří primárních společenských skupin, kam taktéž řadíme skupinu předškolní/školní/pracovní a skupinu vrstevníků, jelikož je to nejdůležitější součástí společenské mikrostruktury, kterou je doprovázen po zbytek svého života a ve všech fázích se ho dotýká. Dále říká následující: *„Z tohoto hlediska je možno chápat rodinu jako malou primární společenskou skupinu – jednotku založenou na svazku muže a ženy, ať už se jedná o manželstvím vázaný svazek nebo partnerské soužití, na pokrevním vztahu rodičů a dětí či vztahu jej substituujícím (osvojení), na společné domácnosti, jejíž členové plní společensky určené a uznané role vyplývající ze soužití a souhrnu funkcí, jež podmiňují existenci tohoto společenství a dávají mu vlastní význam ve vztahu k jedincům i k celé společnosti.“*

Dříve Dunovský (1986) charakterizoval rodinu jako biosociální systém nacházející své místo ve společnosti, přičemž společnost je ovlivňován a formulován.

Plaňava (2002) pojímá rodinu jako strukturovaný celek nebo systém, jehož účelem, náplní a smyslem je vytvářet relativně stabilní a bezpečný prostor a prostředí pro sdílení, produkci a reprodukci lidského života.

Rodinu charakterizujeme jako soubor lidí spojených krví, manželstvím či adoptí, kteří sdílejí základní zodpovědnost za sdílení zodpovědnosti za reprodukci a péči o členy společnosti. Jejich úkolem je zabezpečení biologického přežívání, citového a rozumového vývoje a místa společenské kontroly v procesu socializace (Sekot, 2006).

Kraus (2014) konstatuje, že jako rodinu lze považovat i kolektiv jedinců založen bez splněného manželství, kteří však splní ostatní znaky rodiny, např. společné bydlení či dělba práce. Chápe také rodinu jako prostředí, do něhož se člověk narodí bez možnosti výběru, a přejímá zkušenosti, které mu byly připraveny rodiči.

2.1.2 Typy rodin

V současné době existuje mnoho pojetí dělení typu rodin. Níže vypsány druhy rodin jsou ty nejčastější, se kterými se setkáme:

- podle úplnosti – zde řadíme rodinu úplnou, což znamená přítomnost matky, otce a dítěte/děti, a rodinou neúplnou, kde je absence jednoho z rodičů či dětí (rozvod, úmrtí apod.);
- podle původu – zde patří rodina orientační/primární, což je rodina, do které se jedinec narodí. Jako další je reprodukční/sekundární, což značí vytváření vlastní nové rodiny. Poslední zařazujeme druhotně vzniklou, která reprezentuje novou rodinu, kde si partneři přivádí děti z minulých svazků;
- podle velikosti – dělíme na nukleární, což je základní generace rodinných členů (tzv. rodiče a děti), a rozšířenou, do které spadá příbuzenstvo ze strany rodičů (prarodiče, strýce, tety atd.);
- podle funkčnosti – rodina podle funkčnosti může být buď funkční, kde dochází ke správnému zajištění potřeb všech členů rodiny, disfunkční, kde se neplní některá ze základních funkcí, a afunkční, kde se neplní žádná základní funkce a zároveň je ohrožen život dítěte. Později se sem začala zařazovat také rodina problémová, která je podobná té disfunkční, s tím rozdílem, že problémy se zvládají řešit interně v rodině či externě za užití odborné pomoci. Ve funkční rodině se nachází 85 % populace, v problémové 12–13 %, v disfunkční kolem 2 % a v afunkční okolo 0,5 % (Fischer & Škoda, 2014);
- podle historického pojetí – v dnešní době méně užívané. Do tohoto dělení řadíme rodinu tradiční a moderní. Tradiční rodina byla odlišná podle místa – severozápadní měla menší počet členů a relativně vyšší věk vstupu do manželství, u jihovýchodní to bylo přesně naopak. Dalším znakem je především záruka přežití a role otce jako „pracující autorita“, kdežto žena měla za úkol spíše výchovu dětí a starání se o domácnost. Moderní rodina je charakteristická tím, že žena a muž jsou si rovni a oba zastávají stejné funkce (Možný, 2008).

2.1.3 Rodičovství a role v rodině

Možný (2002) uvádí, že rodičovství je jednou z nejdůležitějších změn v životě. Jedná se o rozhodnutí, které je nerevokovatelné – jinými slovy to znamená, že nelze vzít zpět a rodiči budeme do konce našich životů. Matka i otec by měli svému dítěti poskytnout potřebnou výživu a zdravotní péči společně s potřebným oblečením, ubytováním a vzděláním.

Lacinová a Škrdlíková (2008) zmiňují, že rodiče by neměli od svých dětí očekávat vděčnost za lásku, péči a celkově život, jelikož přijít na tento svět nebylo rozhodnutí dětí. Rodiče nesou zodpovědnost za rozvoj a vývoj jedince po všech individuálních stránkách, za přijetí svého dítěte takového, jaké je, a zahrnování ho bezpodmínečnou láskou.

Dle Lacinové a Škrdlíkové (2008) si rodičovství prošlo za posledních desítek let velkou proměnou. Rodičovské role nejsou již striktně dané, jak tomu bylo v předešlých letech, ale čím dále více se projevuje snaha o rovnováhu. V nedávné minulosti se za správně vychované dítě požadovalo takové, které je poslušné a vyhoví každému požadavku ze strany rodiče, ačkoli dnešní doba klade důraz spíše na otevřenost ve vztahu dítěte s rodičem a prosazování vlastního názoru. Vliv na rodičovství mají do jisté míry také technologické vymoženosti a materiální zabezpečení.

Rodičovství se uplatňuje jinak podle pohlaví. Karsten (2006) říká, že v útlém věku rodiče dívky stimulují spíše na dálku, např. zpěvem, slovy či úsměvem, načež u chlapců se jedná spíše o dotyky, hlazení nebo kolébání. Na mrzuté či vzteklé chování se bere větší zřetel u dívek než u chlapců. Janošová (2008) míní, že rodiče podle pohlaví dítěte uzpůsobují prostředí, ve kterém vyrůstá, či další faktory, jako jsou barva oblečení, styl hraček, rozdílná forma her atd.

Rodiče se v průběhu celého dětství setkávají s vývojem sexuality svých dětí. Dítě začíná objevovat své vlastní tělo a rozdíly tělesné stavby opačného pohlaví. Výchovný přístup ovlivňuje utváření pozitivního postoje k vlastní sexualitě. Příslušné partie by měly být kromě zdobnělin označovány odbornými pojmy, aby to nevyvolávalo pocit něčeho zakázaného, zatímco pouze zdobněliny mohou vést k budoucím poruchám sexuální funkce (Janošová, 2008).

Helus (2009) popisuje, že role matky je v životě dítěte nesmírně důležitá, a to především v brzkém stádiu života, kdy děti s absencí matky mohou výrazně psychicky a motoricky zaostávat.

Matka se bere jako průvodkyně života dítěte, a je zároveň nejbližší osobou. Matka pomáhá dítěti vnímat prostředí a řešit jeho základní potřeby. Ideální matka by měla být vnitřně vyrovnaná, jelikož vyvíjí pozitivní vztah dítěte k sobě samému, na jehož základě roste dítěti sebedůvěra (Šulová, 2004).

Rizikové období pro matky je dospívání. Dětem se začínají vytvářet sklony k afektivnímu jednání, více žádají a více vymáhají. Vztah matky a dcery se v tomto období komplikuje, u matky a syna je to tolerantnější (Vágnerová, 2007).

Při roli otce často dochází k myšlence, že s jedná o pouhého náhradníka matky, jelikož jeho péče bývá méně dokonalá a spíše druhořadá. Otec však nemá nahrazovat roli matky, spíše jí doplňovat (Šulová, 2004).

Dle Dudové (2008) jsou otcové pro své děti modelem, vzorem či idolem mužského chování. Míni ale také fakt, že otcové jsou často dáni jako třetí element ve vztahu dítě – matka – otec, a kvůli potenciální méněcennosti a menší důležitosti neplní svojí roli tak, jak by měli.

Zoja (2005) charakterizuje otcovství jako psychologický, sociální a kulturní výtvar. Popisuje, že zatímco role matky je i dána biologicky, otcové musí své role pochopit rozumem. Musí se otcovství učit, jelikož se neobjevuje přímo po narození, ale postupně se vyvíjí.

V batolecím a předškolním věku jsou to spíše otcové, kteří při výchově preferují genderová hlediska a role. U chlapců se snaží utvářet a podporovat statečnost, soutěživost a houževnatost, zatímco u dívek atraktivitu, citlivost a oblíbenost. Jednoduše řečeno, po chlapcích vyžadují mužnost, po dívkách ženskost (Janošová, 2008).

Tyto role nastávají, mají-li rodiče alespoň dva potomky. Role jsou dané podle pohlaví, přičemž mužské pohlaví značí bratra a ženské sestru. V sourozenecké dyádě mohou nastat celkem 4 případy.

- bratr – bratr – v tomto případě funguje vztah obou jedinců jako vzájemní konkurenti. Starší bratr má proti mladšímu převahu z hlediska zkušeností, chytrosti a síly. Mladší bratr se snaží svého bratra dohnat, vyrovnat se mu a oponovat mu. Tato skutečnost se děje uvnitř rodinného prostředí, mimo domov naopak vidí mladší bratr v tom starším oporu a ochranu. Kvůli bratrovi nemá problém s kontaktem s ostatními chlapci vrstevníky, kontakt s dívkami může být složitý (Toman 1993);
- sestra – sestra – i v tomto případě nastává konkurence, která je však o poznání menší oproti konkurenci bratrské. U mladší sestry se také projevuje větší míra závislosti na sestře. Starší sestra má větší sklony o tu mladší pečovat, zatímco mladší sestra se řídí názory té starší (Toman, 1993);
- mladší bratr – starší sestra – v tomto případě chybí sklony k soupeření kvůli jedinečnosti obou rolí. Starší sestra může být brána jako „druhá matka“ a taktéž ochránkyně či průvodkyně bratra. Může nastat riziko sebestřednosti mladšího bratra kvůli přílišnému zahrnování láskou (Toman, 1993). Tato dyáda má pozitivnější a vřelejší vztahy než ostatní (Fortuna, Roisman, Haydon, Groh & Holland, 2011);
- mladší sestra – starší bratr – zde hraje důležitou roli věkový rozdíl obou jedinců. Pokud je věkový rozdíl malý, soupeřivost a nevraživost je silná. I zde se snaží mladší sestra svého staršího bratra dohnat a konkurovat mu, což se díky rychlejšímu tělesnému a psychickému vývoji dívek v porovnání s chlapci daří (Vágnerová, 2012). Při větším věkovém rozdílu vzniká silné citové pouto (Novák, 2007).

2.1.4 Funkce rodiny

Každá rodina by měla zpravidla zastávat určité funkce, které je zapotřebí k úspěšnému fungování rodiny plnit. Jednotlivé názvy funkcí se liší podle osobních preferencí jednotlivých autorů, nicméně obsah funkcí je více méně stejný – např. Dunovský (1986) vymezuje 4 funkce, kam patří funkce biologicko-reprodukční, ekonomicko-zabezpečovací, emocionální a socializačně–výchovná. Výrost a Slaměník

(1998) tyto funkce pojmenovali jako funkci reprodukční, materiální, výchovnou a emocionální.

- biologicko-reprodukční funkce – touto funkcí se rozumí plnění biologických povinností. Řadíme sem například plození potomků a rozšiřování rodiny, dále také uspokojování sexuálních potřeb. Střelec, Marádová, Marhounová a Řehulka (1992) vnímají manželství jako prostředí pro společensky uznávaný pohlavní styk;
- ekonomicko-zabezpečovací funkce – často bývá taktéž označována jako materiální či ochranná funkce. Podle Mühlpachra (2008) se dříve pojednávalo o pojmu „rodina“ jako o výrobní jednotce, dnes jde spíše o společné hospodaření. Kraus a Poláčková (2001) zmiňuje, že členové rodiny se zapojují do výrobní a nevýrobní sféry v rámci svého povolání, přičemž současný trh je na rodině závislý a v rodině, která funguje jako autonomní systém, se uskutečňuje mnoho rozhodnutí týkajících se materiálních a finančních prostředků, investic a výdajů;
- emocionální funkce – jedná se o velmi důležitou funkci, která je v postmoderní době nezastupitelná. Rodina je pro jedince důležitým mezičlánkem mezi nimi samotnými a společnostmi. Tato funkce zahrnuje mimo jiné vzájemné sdílení, bezvýhradné přijetí, podporu, pomoc, jistotu bez ohledu na rozdíl v oblasti věku či pohlaví;
- socializačně-výchovná funkce – Dunovský (1986) klade velký důraz na tuto funkci. Rodiče jsou prvním a zároveň nejdůležitějším činitelem, který ovlivňuje výchovu svých potomků. Dítě si prochází socializačním procesem, kdy se seznamuje se svými vrstevníky již od útlého věku, přičemž rodiče by měli pro dítě být vzorem, podporou a jistotou, jít svému dítěti příkladem, ochraňovat ho, pečovat o něj, připravovat ho do praktického života a vštěpovat mu morální zásady. Matějček a Dytrych (1994) uvádí ochranu dětí a jejich práva jako primární úkol rodiny, jak je zároveň obsaženo v Úmluvě o právech dítěte.

Kraus (2008) k těmto funkcím ještě přidal funkci rekreační, relaxační a zábavnou, která není zbylými autory nijak zvlášť popisována. Řadíme sem společné rodinné aktivity, které mají velký význam především pro děti. Hodnotí se zde míra společně stráveného času a také jeho efektivita.

Podle Dunovského (1986) vzniká porucha funkcí v rodině, jakmile alespoň jeden z rodičů není schopen zcela či částečně zabezpečit základní rodinné funkce. Hlavní příčiny dělí na:

- objektivní – jsou nezávislé na vůli rodičů, tj. se jedná o nezaměstnanost, válku, nemoc, úmrtí atd.;
- subjektivní – jsou závislé na vůli rodičů, tj. neochota starat se o dítě a podílet se na jeho výchově, nezralost rodičů atd.;
- smíšené – kombinace objektivních a subjektivních příčin.

Matoušek (2010) charakterizuje poruchy rodičovství jako zanedbávání péče o dítě, kdy rodič nebere dostatečné ohledy na potřeby svého dítěte. Zanedbávání péče může vyústit v hypoaktivitu či hyperaktivitu či až do extrému, kterému rozumíme násilí na dětech.

Poruchu biologicko-reprodukční funkce chápe Dunovský (1986) jako situaci, kdy se děti do rodin nerodí či rodí, ale jsou určitým způsobem poškozeny. Často dochází k rození dětí do nepříznivých podmínek, kdy jsou rodiče příliš mladí nebo příliš staří, a nejsou na výchovu dítěte připraveni. Dále také musíme rozlišovat fakt, že někteří potenciální rodiče nemohou mít dítě, a někteří nechtějí. Rozhodnutí nemít děti často souvisí s nebiologickými aspekty, jako je povaha, ekonomická situace atd. Matějček (1992) míní, že někteří rodiče přijmou fakt, že nejsou biologicky způsobilý mít dítě, a rozhodnou se pro alternativní cestu, kterou je například adopce nebo pěstounská péče.

Porucha ekonomicko-zabezpečovací funkce znamená, že rodiče nejsou schopni zapojení se do pracovního procesu, jehož následek ne neschopnost zabezpečení této rodinné funkce. Rodina bývá závislá na státní podpoře. Co se týká státní podpory České republiky, je na takové úrovni, že nedochází k ohrožení života jedince. Porucha této funkce je spíše ojedinělá a vyskytuje se především u rodičů s patologickými jevy, jako je mentální retardace, psychické poruchy, závislosti (alkoholismus, gamblerství) atd. (Dunovský, 1986).

Porucha emocionální funkce je velmi krizová především díky tomu, že neexistuje instituce, která by tuto funkci dokázala nahradit. Dle Dunovského (1986) nastává porucha této funkce v momentě, je-li ohrožena vyrovnaná a klidná atmosféra v rodině. Ohrožení rodinné atmosféry nastává při rozvratu rodiny, rozchodu rodičů nebo dojde-li k zanedbávání či týrání dítěte.

Při poruše sociálně–výchovné funkce rodiče nejeví o své dítě zájem a neposkytují jim dostatečnou péči. V určitých situacích může dojít k opuštění dítěte. Rodiče mají v tomto případě nastaveny jiné životní priority, které řadí před svého potomka. Nastane-li tato porucha, bývá zasažena sociální, psychická a somatická stránka dítěte. Negativní vliv na dítě může mít také nadměrná péče, které za zapříčiněna velkou ambicí rodičů – v tomto případě má dítě problém se sociální adaptací (Dunovský, 1986).

Porucha rekreační, relaxační a zábavné funkce nastává, když rodiče nevěnují dostatek pozornosti svým dětem během svého volného času. Pávková (1999) zmiňuje, že děti mají dostatek volného času, přičemž záleží na rodičích, jak s ním naloží. Dále také zmiňuje, že tato porucha nevzniká pouze u rodičů, jelikož ti nemají dostatek volného času, odbornou kvalifikaci či materiální vybavení – záleží také na přístupu např. jednotlivých škol či kroužků.

2.1.5 Rodina jako primární sociální skupina

Černoch a Kliment (2018) definují pojem „skupina“ jako seskupení dvou a více lidí, kde dochází k pocitu sounáležitosti a jedinec má v dané skupině určitý status.

Skupinu lze dělit podle několika způsobů. V naší práci není důležité rozebírat teorii sociálních skupin, nicméně je vhodné si je alespoň zmínit. Níže můžeme vidět typologii sociálních skupin podle Urbana (2006):

- malé / velké;
- formální / neformální;
- vlastní (vnitřní) / cizí (vnější);
- dobrovolné / nedobrovolné;
- dočasné / trvalé;
- otevřené / uzavřené / výběrové;
- integrační / dezintegrační;
- spontánní / umělé (cílené);
- primární / sekundární;
- liberalistické / demokratické / totalitní.

Vznik primární sociální skupiny spočívá v emocionálním základu, přičemž příčinou vzniku jsou intimní a pozitivní vazby. Důležitým článkem primární skupiny je také emoční a sociální opora – pokud se opora zmenšuje či dokonce zaniká, velice často zaniká samotné seskupení. Jako typický příklad primární sociální skupiny je právě rodina (Černoch, & Kliment, 2018).

Šimíčková-Čížková (2008) říká, že rodina jakožto primární sociální skupina se vyznačuje intimitou, citovou vazbou mezi členy a soudružností plynoucí z citových fixací a úzkým sepětí rolí. Primární skupiny jsou charakteristické přímé a důvěrné vztahy. Zároveň míní, že z hlediska kritéria intimity jsou ostatní skupiny brány jako sekundární.

2.2 Výchova ke zdraví jako vzdělávací obor

2.2.1 Výchova

Skarupská (2016) pojímá výchovu ze dvou úhlů pohledu – z širšího a užšího hlediska. V širším slova smyslu výchova zahrnuje celý výchovně vzdělávací proces, v užším slova smyslu je nejčastěji definována jako proces směřující k rozvoji jedincových potřeb, zájmů, postojů a chování. Zároveň zmiňuje, že v širším slova smyslu je synonymem ke slovu výchova slovo edukace. V zahraničí se využívá tohoto slova, přičemž u nás toho slovo může znamenat jak výchovu, tak vzdělávání.

Paloušova (1991) definice výchovy zní následovně: *„Výchova je záměrné a soustavné působení lidského jedince (vychovatele) na druhého jedince (chovance), které vede ke vzniku relativně trvalých změn v chování a prožívání toho druhého jedince.“*

Pelikán (1995) vnímá výchovu trochu jiným pohledem. Říká, že *výchova je cílevědomým a záměrným vytvářením a ovlivňováním podmínek umožňujících optimální rozvoj každého jedince v souladu s individuálními dispozicemi a stimulačích jeho vlastní snahu stát se autentickou, vnitřně integrovanou a socializovanou osobností.*

Výchova a její definice se taktéž liší z pohledu různých věd – pedagogického, antropologického, sociologického a psychologického.

Z pedagogického hlediska definuje Průcha, Mareš a Walterová (2013) výchovu jako proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji.

Antropologický pohled vypadá následovně (Ransaw, 2014): *„Společnost se snaží, aby oddělila lidstvo od nepředvídatelnosti přírody, proto předává informace ostatním a naše děti vede k tomuto cíli jak přímo, tak nepřímo. Edukace může být považována za prostředek, jímž se ze zvířete stává člověk lidskou bytostí přes záměrné a formální i neúmyslné a neformální metody.“*

Sociologický pohled na výchovu je podobný. Vodáková, Petrušek a Maříková (1996) na ní nahlíží jako na *proces, v němž společnost (jednotlivci, skupiny a instituce) v souladu se svými reprodukčními potřebami, zájmy a cíli působí na jednotlivce a utváří*

tak individuální předpoklady k zastávání společenských pozic a rolí u další generace a její předpoklady k využití a rozvoji hodnot dané kultury.

Hartl (1993) vnímá výchovu z psychologického hlediska takto: „*Výchova, záměrné, více či méně systematické rozvíjení citových a rozumových schopností člověka, utváření jeho postojů, způsobů chování, v souladu s cíli dané skupiny, kultury apod.*“

Podle Hájka, Hofbauera a Pávkové (2008) se veřejnost shodla na třech základních typech výchovy. K těmto typům patří:

- formální výchova – zahrnuje působení institucí jako jsou školy či další vzdělávací instituce, kde za dokončené vzdělání je udělována určitá forma dokladu (vysvědčení, diplom apod.);
- neformální výchova – cílené a strukturované aktivity, které se dějí mimoškolně, tzv. ve volný čas. Mohou být oceňovány dokladem, ale ve většině případech tomu tak není;
- informální výchova – tato výchova obsahuje cílené a záměrné učení, ale také nahodilé, vyskytující se v běžných životních situacích. Koresponduje s nejširším výkladem pojmu výchova.

O prvních dvou typech pojednává pedagogika, na informální výchovu je zaměřena antropologie a sociologie.

Složkami výchovy se zabýval v dávné historii Aristoteles, který určil tři základní – rozumovou, mravní a tělesnou. Skarupská (2016) a obecně česká pedagogická literatura vymezuje obecně pět složek výchovy:

- rozumová a názoru na svět – zaměřuje se na rozvoj poznávacích procesů, logických postupů či myšlenkových operací. Díky ní lze pochopit podstatu světa, člověka a fungování systémů. V poslední době se k této složce řadí další složky, jako je vědecká, jazyková/komunikační, ekologická atd.;
- mravní a citová – klíčovou roli má pochopení vztahů k sobě samému, lidem a okolní realitě. Důraz se klade na rozvoj emocí a emočních reakcí. Na citovou složku výchovy je důležité dbát především v raném dětství. Cílem mravní výchovy je vychovat osobnost, která jedná v souladu s přijatými mravními normami na základě svého vnitřního přesvědčení;
- pracovní a technická – cílem této složky je obeznámení se s principy soudobé techniky či ekonomiky. Měly by být rozvíjeny jedincovy

pracovní dovednosti a návyky, což by mělo vyústit ekonomickému a racionálnímu myšlení a adekvátní organizaci;

- estetická – zde se budují pozitivní vztahy k přírodě, lidem a věcem. Důležitá je vlastní umělecká tvorba a prožívání uměleckého ztvárnění skutečnosti;
- tělesná, zdravotní a ke zdravému životnímu stylu – záměrem této složky je kultivace fyzické a psychické stránky člověka.

K těmto základním složkám se v poslední době přidali další složky, které mají velký vliv na výchovu. První přidanou složkou je globální výchova, kde je primárním cílem utvářet osobnost člověka. Další přidanou složkou je mediální výchova, kde se jedinci učí základní mediální gramotnosti, a zároveň je jednou ze šesti průřezových témat v Rámcovém vzdělávacím programu od MŠMT. Poslední přidanou složkou, lépe přístupem, je zážitková pedagogika, kde se jedinci učí novým schopnostem pomocí zážitků (Skarupská, 2016).

Podmínky, nebo také determinanty, jsou faktory, které ovlivňují výchovu. Nejčastěji se rozdělují na biologické, psychické a sociální. Biologické podmínky se týkají vychovávaného jedince, kam řadíme vnitřní faktory (dědičné faktory, zdravotní stav, biorytmus, ...), vnější vlivy životního prostředí a zpětný vliv na člověka a předpoklady vývoje jedince dané genetikou. Podmínky psychické povahy se zabývají psychickými procesy a vlastnostmi vychovávaného – tam patří úroveň poznávacích procesů, vlohy, schopnosti, nadání, a talent, emoční inteligence či charakterové vlastnosti. Do sociálních podmínek spadá společenské prostředí, které obklopuje vychovávaného – konkrétně sociální struktura spolčenosti, kultura společnosti či sociální skupiny (Skarupská, 2016).

Prostředky výchovy jsou pomůcky a nástroje, které napomáhají k dosažení předem stanovených výchovných cílů. Tyto prostředky mohou být materiální, tedy prostředky, které jsou hmotné (budovy, učebny, nářadí atd.), a nemateriální, kde jsou obsaženy metody práce, umění, sport, masmédiá, kolektiv atd. (Skarupská, 2016).

2.2.2 Zdraví

Podle Světové zdravotnické organizace (anglicky World Health Organization, zkráceně WHO) je zdraví definováno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady (WHO, 1948). Tato definice je nejčastěji využívána, jelikož byla celosvětově přijata. Setkat se ale můžeme s několika odlišnými názory na tuto definici. Například Kebza (2005) podotýká, že žádná definice není zcela

přesná a nevystihuje celý rámec tohoto pojmu. Bártlová a Matulay (2009) na tento pojem reaguje pozitivně, kde vyzdvihuje, že je nutné vnímat zdraví z pohledu tří složek – tělesné, duchovní a sociální, které mají velkou roli v pochopení zdraví člověka nejen z biologizujícího pojetí.

Dle Kukačky (2010) si lidé pojem zdraví často spojují se složkou tělesnou, míněno tak, že člověk, který momentálně neprožívá žádnou bolest, a jeho tělo správně pracuje, bere své zdraví jako dobré. Nicméně stejný pocit může mít i člověk, kterému byla diagnostikována určitá nemoc bez subjektivních problémů.

Pojem „zdraví“ je obecně velice složité pojmut, tudíž je definice tohoto pojmu postupně doplňována, upravována či odlišně interpretována. Zdraví je v mnoha případech bráno jako důležitá hodnota. Podle Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR, 2014) je zdraví základní společenskou a ekonomickou hodnotou a má zásadní význam pro každého jedince.

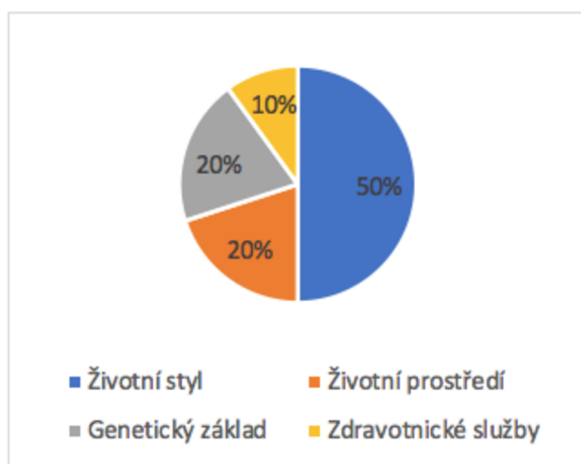
Kotulán (2005) uvádí o zdraví následující: *„Zdraví patří k nejcennějším hodnotám, které je podmínkou pro nerušené rozvíjení tělesných a duševních schopností a pro dosahování životních cílů, podmínkou pracovního i životního uspokojení a tím i pocitů pohody a štěstí.“*

Machová a Kubátová (2009) se ke zdraví staví takto: *„Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám života každého člověka. Je tomu tak proto, že jsme-li zdraví, můžeme pracovat, můžeme uskutečňovat svá přání a realizovat své životní plány.“*

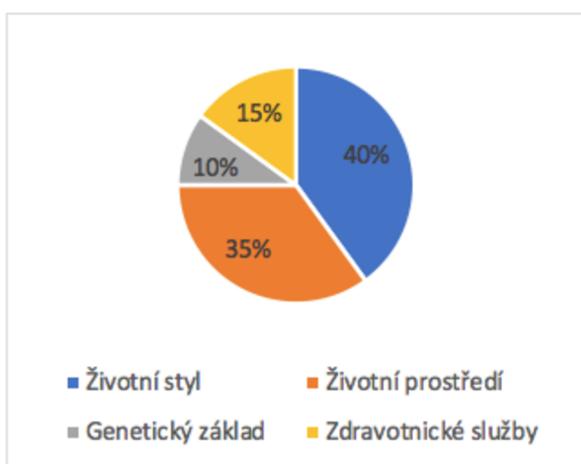
Zdraví je proces, během kterého mohou na jedince působit různé faktory určité míry a intenzity, kde zároveň záleží, jak se dokáže organismus přizpůsobit zevnímu prostředí (Holčík, 2010).

Faktory se jinými slovy popisují jako determinanty. Ty se dělí na vnitřní a zevní. Vnitřními chápeme dědičný základ neboli genetická výbava a vrozené predispozice. Do vnitřních determinantů se promítají zevní faktory, kterými jsou životný styl, kvalita životního a pracovního prostředí a zdravotnické služby (Machová, & Kubátová, 2009).

Na grafech níže lze vidět porovnání relativních vlivů determinantů na zdraví podle Holčíka (2010) oproti Machové a Kubátové (2009).



Graf č. 1: Vliv determinantů na zdraví podle Holčíka (2010)



Graf č. 2: Vliv determinantů na zdraví podle Machové a Kubátové (2009)

Podle materiálu Evropské unie z roku 2007 jsou uvedeny tyto konkrétní determinanty zdraví (Holčík, 2010):

- aktivní tělesný pohyb – v moderní době hodně spojeno s absencí pohybu kvůli technologickým vymoženostem (herní konzole, počítače atd.);
- psychické potíže;
- stav životního prostředí – životní prostředí způsobuje okolo 2–6 % zdravotních obtíží (kvalita ovzduší, vody atd.);
- obezita – dle EU je 30 % dětí v EU obézních či mají nadváhu, obezita může způsobovat řadu nemocí, jako např. cukrovku, onemocnění cév, neplodnost či rakovinu;
- výživa – strava by měla být jak kvantitativní, tak kvalitativní. Jednoduše řečeno by měla být vyvážená, tudíž příjem by měl odpovídat našemu výdeji. Při nadměrném příjmu může dojít k přibírání a následné obezitě,

při absenci rozmanitosti jídel může dojít nízkému podílu živin a vitamínů v těle;

- alkohol – vlivy alkoholu mohou být přímé a nepřímé. Jako přímé se uvádí cirhóza jater či těžká porucha paměti, jako nepřímé vlivy se uvádí kardiovaskulární onemocnění, hypertenze či nádorová onemocnění (Křivohlavý, 2001). Z výzkumu Kalmana, Sigmunda, Sigmundové, Hamřika, Beneše et al. (2011) se ukázalo, že 38,5 % patnáctiletých konzumuje alkohol alespoň jednou týdně, u třináctiletých je to 19 % a u jedenáctiletých 7,5 %, zatímco zkušenosti s opilostí ve věku 13 a méně potvrdilo 59 % chlapců a 49 % dívek;
- kouření – je bráno jako nejrizikovější determinant faktorů ze všech. Při nadměrném kouření narůstá riziko kardiovaskulárních onemocnění, vyskytují se poruchy spánku (Machová, & Kubátová, 2009);
- drogy – na drogách často vzniká závislost, kterou dělíme na substanční a procesuální. Substanční indikuje závislost na přijímaných látkách, procesuální na činnosti (např. gamblerství). Jako droga může být taktéž označován alkohol či nikotin. Po těchto ne je nejčastěji využívanou marihuana (Křivohlavý, 2001).

Marmot a Wilkinson (2005) zmiňují důležitost stresu na zdraví jedince. Podle nich může mít stres pozitivní efekt, přijde-li ve vhodný čas, avšak následky jsou převážně negativní. Často dochází k chronické úzkosti, pocitu potenciálního nebezpečí, sociální izolace a nedostatku kontroly. Zároveň varují, že pokud je stres déletrvajícím rázu, může dojít k vážnějším následkům jako depresi, diabetu či mrtvici.

Kukačka (2010) zmiňuje, že jsou jisté faktory, které ovlivňují fyzické a psychické zdraví pozitivně a negativně. Pozitivní vliv na fyzické a psychické zdraví má například přiměřený pohyb, racionální a zdravá výživa, optimální tělesná hmotnost, relaxace a regenerace, odstraňování psychického napětí a stresu, spánek a sex. Negativní dopad na naše tělesné a duševní zdraví může mít nedostatek pohybu, nepřiměřená a nezdravá výživa, stres, nedostatek spánku a jeho poruchy, nedostatek sexu a jeho snížená kvalita a negativní působení vnějšího prostředí.

V druhé polovině 20. století vlivem růstu nákladů na zdravotnictví a přirozeného vývoje začaly formovat programy, které měly či stále mají za úkol podpořit zdraví jedinců. Jako první organizace zabývající se touto problematikou ubyla Světová

zdravotnická organizace. K nejznámějším dokumentům patří programy Zdraví 2020 a Zdraví 21, k momentálně aktivním lze zařadit například Globální akční plán podpory fyzické aktivity 2018–2030 či Akční plán pro prevenci a kontrolu neinfekčních nemocí v Evropském regionu WHO 2016–2025 (Bašková, 2009).

Inspiraci z těchto dokumentů čerpala Evropská unie, která si stanovila tři hlavní cíle k podpoře veřejného zdraví:

- podpora dobrého zdravotního stavu ve stárnoucí Evropě – do roku 2050 by se měl zvýšit počet obyvatel starších 65 let o 70 %, starších 80 let dokonce o 170 %, proto je třeba nastolit zdravé stárnutí a podporovat zdraví od útlého věku, zaobírat se výživou, tělesnou činností, a naopak se vyhýbat zdraví škodlivým látkám jako jsou tabákové výrobky či alkohol;
- ochrana občanů před zdravotními hrozbami – rozvoj obchodu a cestování přinesl nová rizika, to samé platí pro změnu klimatu, která je stále častějším tématem, EU se snaží individuálně a rychle reagovat na jednotlivá ohrožení zdraví;
- podpora dynamických zdravotních systémů a nových technologií – EU investuje do nových technologií, které mají potenciál zlepšit prevenci nemocí, poskytovat léčbu a podpořit posun od nemocniční péče k prevenci a primární péči (Hamplová, 2019).

V České republice byl přijat zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, stanovující povinnosti krajských hygienických stanic, zdravotních ústavů či Státního zdravotnického ústavu. V roce 2002 se vládou přijal dokument Zdraví pro všechny v 21. století (zkráceně Zdraví 21), kde bylo stanoveno 21 cílů k zlepšení úrovně zdraví. Mezi největší úspěch patří výrazní snížení úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění u mužů a žen. Na tento program navazuje dokument 2020, který byl přijat vládou v roce 2014 a do 6 let mělo dojít zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Výsledky každoročně zpracovávají zainteresované resorty, které podávají informace vládě České republiky. Součástí programu Zdraví 2020 je dílčích 12 akčních plánů (Hamplová, 2019).

2.2.3 Výchova ke zdraví jako výukový předmět

Rámcový vzdělávací program (dále RVP) vytváří obecně závazný rámec pro tvorbu školních vzdělávacích programů škol všech oborů vzdělání předškolním, základním, základním uměleckém, jazykovém a středním vzdělávání. V České republice byly zavedeny do vzdělávání, a to konkrétně zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním,

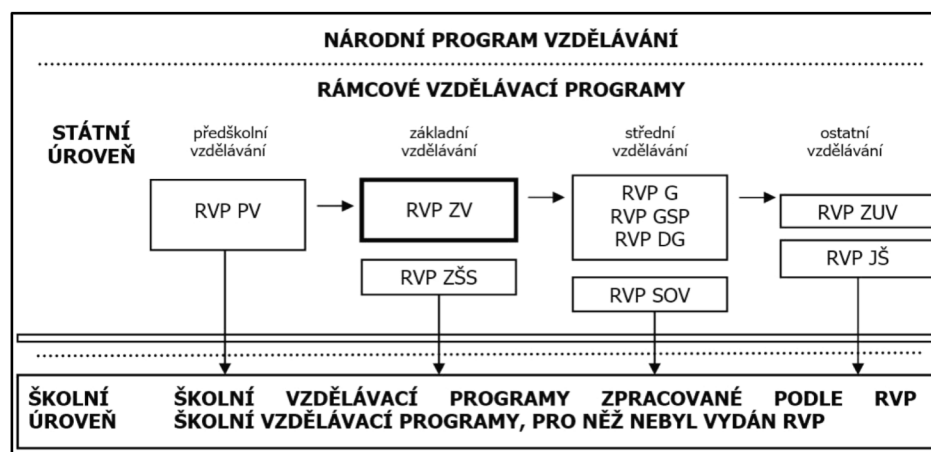
základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) (NÚV, 2022).

RVP stanoví zejména konkrétní cíle, formy, délku a povinný obsah vzdělávání. Tyto zmíněné podmínky se liší podle všeobecného a odborného zaměření daného oboru. Zároveň se zde určuje vzdělávání žáků se speciálními potřebami a nezbytné materiální, personální a organizační podmínky (MŠMT, 2021)

V novém systému kurikulárních dokumentů rozlišujeme tyto RVP:

- RVP PV – RVP pro předškolní vzdělávání;
- RVP ZV–LMP – RVP pro základní vzdělávání a příloha RVP pro základní vzdělávání upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením;
- RVP G – RVP pro gymnázia – zde počítáme také gymnázium se sportovní přípravou (RVP GSP) a dvojjazyčná gymnázia (RVP DG);
- RVP SOV – RVP pro střední odborné vzdělání.

Nadále se ještě rozlišují další 2 RVP – RVP ZUV, což značí RVP po umělecké obory základního uměleckého vzdělávání, a RVP JŠ, kde zkratka reprezentuje RVP pro jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky (MŠMT, 2001).



Obrázek č. 1: Systém kurikulárních systémů (RVP ZV, 2021, s. 5)

Výchova ke zdraví je vyučována především při základním vzdělání, a to konkrétně na druhém stupni, kde je součástí jedné z 9 vzdělávacích oblastí, která se nazývá Člověk a zdraví. Oblasti jsou následující:

- jazyk a jazyková komunikace – český jazyk a literatura, cizí jazyk, další jazyk;
- matematika a její aplikace;
- informatika;

- člověk a společnost – dějepis, výchova k občanství;
- člověk a příroda – fyzika, chemie, přírodopis, zeměpis (geografie);
- člověk a svět práce;
- člověk a technika;
- umění a kultura – výtvarná výchova, hudební výchova;
- člověk a zdraví – výchova ke zdraví, tělesná výchova;
- doplňující vzdělávací obory – dramatická výchova, etická výchova, filmová/audiovizuální výchova, taneční a pohybová výchova (MŠMT, 2021).

V MŠMT (2021) je výchova ke zdraví charakterizována následovně: „*Vzdělávací obor Výchova ke zdraví vede žáky k aktivnímu rozvoji a ochraně zdraví v propojení všech jeho složek (sociální, psychické a fyzické) a učí je být za ně odpovědný. Svým vzdělávacím obsahem navazuje na obsah vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět a prolíná do ostatních vzdělávacích oblastí. Žáci si osvojují zásady zdravého životního stylu a jsou vedeni k jejich uplatňování ve svém životě i k osvojování účelného chování při ohrožení v každodenních rizikových situacích i při mimořádných událostech. Vzhledem k individuálnímu i sociálnímu rozměru zdraví obsahuje vzdělávací obor Výchova ke zdraví výchovu k mezilidským vztahům a je velmi úzce propojen s průřezovým tématem Osobnostní a sociální výchova. Žáci si rozšiřují a prohlubují poznatky o sobě i vztazích mezi lidmi, partnerských vztazích, manželství a rodině, škole a společenství vrstevníků.*“

Učivo se skládá z následujících okruhů (MŠMT, 2021):

1. vztahy mezi lidmi a formy soužití

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

2. změny v životě člověka a jejich reflexe

- dětství, puberta, dospívání – tělesné, duševní a společenské změny;
- sexuální dospívání a reprodukční zdraví – zdraví reprodukční soustavy, sexualita jako součást formování osobnosti, zdrženlivost, předčasná sexuální zkušenost, promiskuita; problémy těhotenství a rodičovství mladistvých; poruchy pohlavní identity;

3. zdravý způsob života a péče o zdraví

- výživa a zdraví – zásady zdravého stravování, pitný režim, vliv životních podmínek a způsobu stravování na zdraví; poruchy příjmu potravy;
- vlivy vnějšího a vnitřního prostředí na zdraví – kvalita ovzduší a vody, hluk, osvětlení, teplota;
- tělesná a duševní hygiena, denní režim – zásady osobní, intimní a duševní hygieny, otužování, denní režim, vyváženost pracovních a odpočinkových aktivit, význam pohybu pro zdraví, pohybový režim;
- ochrana před přenosnými chorobami – základní cesty přenosu nákaz a jejich prevence, nákazy respirační, přenosné potravou, získané v přírodě, přenosné krví a sexuálním kontaktem, přenosné bodnutím hmyzu a stykem se zvířaty;
- ochrana před chronickými nepřenositelnými chorobami a před úrazy – prevence kardiovaskulárních a metabolických onemocnění; preventivní a léčebná péče; odpovědné chování v situacích úrazu a život ohrožujících stavů (úrazy v domácnosti, při sportu, na pracovišti, v dopravě), základy první pomoci;

4. rizika ohrožující zdraví a jejich prevence

- stres a jeho vztah ke zdraví – kompenzační, relaxační a regenerační techniky překonávání únavy, stresových reakcí a posilování duševní odolnosti;
- autodestruktivní závislosti – psychická onemocnění, násilí namířené proti sobě samému, rizikové chování (alkohol, aktivní a pasivní kouření, zbraně, nebezpečné látky a předměty, nebezpečný internet), násilné chování, těžké životní situace a jejich zvládnutí, trestná činnost, dopink ve sportu;
- skryté formy a stupně individuálního násilí a zneužívání, sexuální kriminalita – šikana a jiné projevy násilí; formy sexuálního zneužívání dětí; kriminalita mládeže; komunikace se službami odborné pomoci;
- bezpečné chování a komunikace – komunikace s vrstevníky a neznámými lidmi, bezpečný pohyb v rizikovém prostředí, nebezpečí komunikace prostřednictvím elektronických médií, sebeochrana a vzájemná pomoc v rizikových situacích a v situacích ohrožení;

- dodržování pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví – bezpečné prostředí ve škole, ochrana zdraví při různých činnostech, bezpečnost v dopravě, rizika silniční a železniční dopravy, vztahy mezi účastníky silničního provozu včetně zvládnání agresivity, postup v případě dopravní nehody (tísňové volání, zajištění bezpečnosti);
- manipulativní reklama a informace – reklamní vlivy, působení sekt;
- ochrana člověka za mimořádných událostí – klasifikace mimořádných událostí, varovný signál a jiné způsoby varování, základní úkoly ochrany obyvatelstva, evakuace, činnost po mimořádné události, prevence vzniku mimořádných událostí;

5. hodnota a podpora zdraví

- celostní pojetí člověka ve zdraví a nemoci – složky zdraví a jejich interakce, základní lidské potřeby a jejich hierarchie;
- podpora zdraví a její formy – prevence a intervence, působení na změnu kvality prostředí a chování jedince, odpovědnost jedince za zdraví, podpora zdravého životního stylu, programy podpory zdraví;

6. osobnostní a sociální rozvoj

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

Od žáka se vyžadují určité výstupy, které by měl splňovat. V RVP ZV je také zmíněna minimální doporučená úroveň pro úpravy očekávaných výstupů v rámci podpůrných opatření. (MŠMT, 2021).

V RVP pro gymnázia dochází k výuce obdobných témat, nicméně výuka probíhá více do hloubky a podrobněji. Učivo se skládá okruhu zdravý způsob života a péče o zdraví, vztahy mezi lidmi a formy soužití, změny v životě člověka a jejich reflexe, riziko ohrožující zdraví a jejich prevence a ochrana člověka za mimořádných událostí, které je zároveň přidaným tématem. Oproti RVP ZV chybí témata jako hodnota a podpora zdraví a osobnostní a sociální rozvoj (MŠMT, 2007).

2.3 Rodinná výchova

Střelec (2011) říká, že rodinná výchova je srovnání s výchovou školní velice individuální. Ačkoli rodiče často nejsou odborně kvalifikováni v této oblasti a nemají k dispozici speciální programy či organizované edukační procesy, mají odlišné přednosti, které mají nesporně dominantní vliv na výchovu dítěte.

2.3.1 Cíle rodinné výchovy

Podle Čápa (1998) patří k cílům rodinné výchovy následující aspekty:

- utváření mravních rysů – sem spadá např. pravdomluvnost, čestnost, úcta, zásadovost, kázeň, statečnost a skromnost. Mohou na ně navazovat další vlastnosti, jako cílevědomost či sebeovládání;
- rozumová výchova dětí – největší význam má rodina po narození po nástup dítěte na školu, přičemž i při školní docházce má rodina důležitou roli. Rozvíjet se mají především kognitivní funkce dítěte a motivace pro učení, a vytvářet podmínky pro vzdělávací aktivity, které vedou k rozvoji v cizích jazycích a přírodních či společenských vědách;
- utváření vztahů dětí k lidem – dítě se seznamuje s názory a postoji k různým otázkám života společnosti (např. ekonomické, politické, ekologické atd.);
- tvorba vztahu k práci a při volbě povolání dítěte – tento vztah je utvářen poskytováním přiměřených činností (např. vynášení odpadků v rámci domácích prací). Výchova dítěte k pracovitosti je brána společností jako uznávaná záruka jak individuální, tak skupinové prosperity;

- tvorba vztahu dítěte ke kráse – krása je v tomto případě myšlena jako krása umění, přírodního a společenského umění. Rodina se snaží na dítě přenášet podstatu a význam kultury, a pokud-li žijí bohatým kulturním životem a vidí v umění životní hodnotu, má to pozitivní dopad na budoucnost dítěte;
- zdravotní, tělesná a sportovní výchova – zde patří nauka osobní hygieny (koupání, čištění zubů), sportovní aktivity, cvičení atd. Důležitou součástí je také dodržování životosprávy, načež by rodiče měli jít příkladem.

2.3.2 Rodina jako významný výchovný činitel

Rodina nese hlavní zodpovědnost za výchovu dětí ve společnosti, která vychází z historických a kulturních tradic života společnosti, a je zakotvena v právních a mravních normách. Rodiče zůstávají nejdůležitějším výchovným činitelem, ačkoli komplexní a multikulturní rozvoj mají na starosti také další elementy, kde musí probíhat spolupráce se specializovanými institucemi, jako jsou školy, speciální, státní a nadační instituce či hromadné sdělovací prostředky, kterými jsou film, rádio, rozhlas, televize atd. Zodpovědnost za výchovu rodiče nenesou pouze v rodinném prostředí, ale v kterémkoli, přičemž ostatní elementy korigující výchovu slouží jako doplňující. Důležitým předpokladem pro úspěšnou výchovu dítěte optimální společný život rodičů a dětí (Střelec, 1998).

V každé rodině se objevují určité výchovné styly, jejichž výskyt není náhodný, ale ovlivněn zásadními faktory. Výchova dětí ze strany rodičů vychází ze zkušeností z dětství – podle chování matky a otce, počtu sourozenců, prostředí, rodinné atmosféry atd. Daný výchovný styl se taktéž odráží podle inteligence rodičů, přičemž rodiče s vyšší inteligencí budou více ambiciózní. V neposlední řadě záleží na ekonomické situaci, vztahu rodičů k dětem, vztahu rodičů mezi sebou, pohlaví dítěte či na chtěnosti dítěte (Binarová, 2000).

Čáp a Mareš (2001) zmiňují tři základní výchovné styly z psychologického hlediska, které jsou:

- autokratický (autoritativní, dominantní) – při tomto stylu vychovatel klade velký důraz na rozkazy a tresty. Respekt vůči přáním a potřebám dítěte je minimální a zároveň pro ně nemá pochopení. Vychovatel poskytuje málo samostatnosti a iniciativy;

- liberální (slabé) – řízení dětí ze strany vychovatele je v tomto stylu malá, pomalu až žádná. Nekladou se přímé požadavky, a pokud ano, nehledí se na důslednost jejich plnění;
- sociálně integrační (sociálně integrativní, demokratický) – vychovatel uděluje méně příkazů, přičemž podporuje iniciativu. Jeho působení je příkladné nepreferuje hojné tresty a zákazy.

Kohoutek (1998) má podobnou typologii výchovných stylů, kde taktéž vyznačuje tři druhy. Ty jsou:

- autoritativní – tento styl je vyvážený a zaměřený na děti. Rodiče kladou důraz na chování odpovídající jejich věku. Vzájemná komunikace je zde klíčová, když rodiče po svých dětech žádají vyjádření vlastních pocitů a názorů;
- autoritářský – obdobný styl jako autokratickému podle typologie Čápa a Mareše (2001). Hlavními znaky je dominance rodičů s tvrdým a přísným přístupem. Tento styl může vést k potenciálním konfliktům vedoucím v krajních případech až ke vzpourám a neurózám dětí;
- volná výchova – ta je založená na velké povolnosti vůči dětem, přičemž snahou je zabránit frustraci dítěte. Přílišná volnost může mít však negativní vliv na dětský vývoj, která může vést k povahové nezralosti.

Binarová (2000) kromě výchovných stylů zmiňuje důležitost výchovných zvyků, které se mohou objevovat v jednotlivých stylech. Řadí sem následujících 5 zvyků:

- výchova rozmazlující – tento zvyk není příliš pozitivní. Rodiče jsou až v přílišném citovém sepětím s dítětem, snaží se neustálé nastolení veselé nálady a každý projev dítěte je pochválen. Překážky jsou rodiči odstraněny, což má za následek neosamostatnění dítěte;
- výchova podceňující – více méně opak předchozího typu. Rodiče vyzdvihují nedostatky dítěte. Úspěch není chválen, nýbrž je brán jako samozřejmost. Obvyklé je využívání trestů. S tímto přístupem trpí sebedůvěra dítěte a chuť začít nové věci;
- výchova autoritářská – styl je založen na tradicích. Rodiče stanovují pravidla a po dětech se očekává jejich plnění bez diskuzí a argumentů. Za porušení pravidel následuje trest. U těchto dětí může být riziko závislosti názoru na druhých, lehkému podléhání tlaku či nepřátelské povahy;

- výchova protektivní – rodiče jsou ochranáři a svému dítěti brání v činnostech, aby si neublížilo. Omezují jeho volnost. Toto může vyústit buďto k podřízení se ze strany dítěte či k agresivitě;
- výchova protekční – rodiče jsou v tomto případě velmi ambiciózní, a snaží se u svého dítěte o dosažení co nejvyšších cílů a hodnot za jakoukoli cenu. Dítěti je pomáháno a od druhých se vyžaduje ohleduplnost a spolupráce. U těchto dětí vedou tyto zvyky k podvádění či vylouvání, zároveň je tento zvyk typický u dětí provozující sport (fotbal, hokej atd.).

2.3.3 Rodinná výchova jako výukový předmět

Střelec (1997) ve své publikaci zmiňuje, že měl možnost setkání s několika učitelkami na základní škole, které vyučoval. Ze zrealizovaných seminářů a besed plynou negativní informace, které se týkají vyučování rodinné výchovy na základních školách.

Z dat, které získal od studentů 3. ročníku Pedagogické fakulty MU v Brně vyplývá, že mezi nejčastější důvody nekvalitní výuky rodinné výchovy patří následující:

- výuka rodinné výchovy probíhá neaprobovaně;
- učitelé a učitelky nemají dostatečnou kvalifikaci a jsou často bezradní nad univerzální podobou standardu tohoto vyučovacího předmětu;
- témata se často překrývají s tematikou občanské výchovy;
- nedostatečné zkušenosti učitelů, nevhodné učebnice či nedostatek metodických materiálů;
- časová omezenost vyučujících hodin (pouze 1 týdně) a nemožnost rozdělení třídy na menší skupiny kvůli zaměření na osvojování praktických dovedností žáků pro rodinný život;
- zřídka se objevují souvislosti s rodinnou výchovou, konflikty učitelů s rodiči atd. (Střelec, 1997).

Z historického hlediska nemá rodinná výchova v českém vzdělávacím systému tradici. Střelec (1997) popisuje, že základní či střední školy věnovaly výchově svých žáků pro rodinný až poslední roky, a to pouze okrajově. Příprava na rodinný život se uskutečňovala v rámci besed, seminářů, přednášek či témat v občanské nauce nebo biologii. V případě biologie se jednalo nejčastěji pouze o biologicko-sexuální stránku předmanželského vztahu. Výjimku tvoří prakticky orientované předměty.

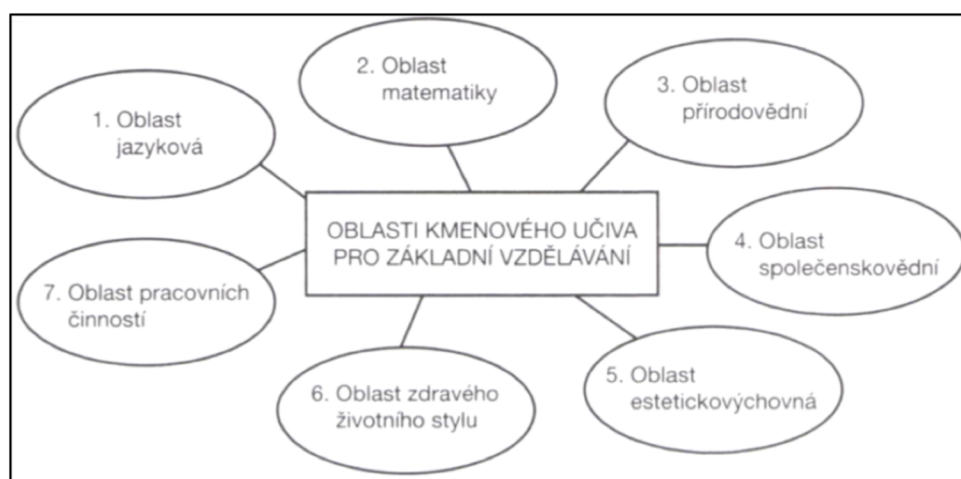
Střelec (1997) vyzdvihuje fakt, že rodinná výchova může být plnohodnotným výchovným předmětem na základních školách pouze tehdy, bude-li zahrnovat do svého pojetí přirozenou podobu rodinného života, včetně jeho praktických dimenzí.

Jak uvádí Marádová (2006), v současnosti se místo rodinné výchovy vyučuje předmět výchova ke zdraví, které pojímá o rodinné výchově a dalších výchovách z širšího spektra. V současné době je tedy rodinná výchova součástí výchovy ke zdraví.

2.4 Propojení výchovy ke zdraví s rodinnou výchovou

2.4.1 Historický kontext

Poprvé se Výchova ke zdraví objevila v českém školském systému v rámci Standardu základního vzdělávání v roce 1995. Standard základního vzdělávání je znám jako nejvýznamnější kurikulární dokument pro základní školství vzniklý v 90. letech. Zpracován byl za pomoci kolektivu Výzkumného ústavu pedagogického, přičemž tvořil základ pro tři schválených vzdělávacích programů základního školství v ČR. Standard nesloužil pouze pro učitele, ředitele, inspekci či orgánům školní zprávy, ale také jako kritérium pro posuzování cílů a obsahu vzdělávání či tvorbu učebnic. Podle Standardu základního vzdělávání patří výchova ke zdraví do kmenového učiva pro 1. a 2. stupeň základních škol (Průcha, Walterová, & Mareš, 2013).



Obrázek č. 2 Standard základního vzdělávání (Průcha, 2017, s. 126)

Dále se výchova ke zdraví nastínila ve vzdělávacím programu Základní škola (1996), který usiloval o základy moderního všeobecného vzdělávání. Program obsahoval vlastnosti, kterými by žáci měli disponovat v hlavních oblastech lidské kultury a jakými dovednostmi by měli být vybaveny, aby se mohli uplatnit v pozdějších fázích svých životů. V tomto programu byla výchova ke zdraví zařazena již od prvního ročníku základní školy. Od 1. do 3. ročníku byla témata vyučována v předmětu prvouka, ve 4. a

5. se poznatky z výchovy ke zdraví dostávaly žákům prostřednictvím přírodověda a vlastivěda. V tomto programu se taktéž vyučovala na druhém stupni rodinná výchova, která navazovala na poznatky osvojené z 4. a 5. ročníku (Průcha, 2017).

Mužiková (2010) popisuje program Základní škola takto: „*Vzdělávací program Základní škola chápe rodinnou výchovu téměř ve shodě s výchovou ke zdraví vymezenou ve Standardu základního vzdělávání. Tematické okruhy jsou následující: rodina a širší sociální prostředí; rozvoj osobnosti; péče o zdraví, osobní hygiena, režim dne; zdravá výživa; pohybová aktivita a zdraví; sexuální výchova; prevence zneužívání návykových látek; osobní bezpečí.*“

Další program přišel o rok později, když byla založena Obecná škola (1997). Ta byla rozdělena na dvě části – Obecná škola pro 1. – 5. ročník základní školy a Obecná škola pro 6. – 9. ročník základní školy.

V obecné škole pro 1. – 5. ročník ZŠ patří mezi cíle převést dítě od těkavé hravosti k práci, pomoci dětem vybudovat ucelený pohled na svět rozpoznat vztahy v něm. Jako hlavní cíl se zmiňuje najít ve víru informací podstatné jádro vědomostí a toto jádro stabilizovat.

Druhá část se snaží prohloubit získaný pohled na svět interpretovat jej podle vědního přístupu jednotlivých disciplín. I v tomto případě jsou témata z výchovy ke zdraví zahrnuty v rodinné výchově. Definice rodinné výchově je ale v tomto programu odlišná. Rodinná výchova je zde pojata jako praktická aplikace poznatků, kde jsou informace získávány na hodinách občanské výchovy. Pro výuku je charakteristická činnost, zároveň je hlavním cílem žáky vybavit praktickými dovednostmi v rodině a ve společnosti, pro zdraví životní styl a odpovědné jednání. Dle Mužikové (2010) jsou tematické okruhy odlišné pro dívky a chlapce, přičemž u programu Standard základního vzdělávání tomu tak nebylo.

Vzdělávací program Národní škola vyšel ve stejném roce jako Obecná škola. Oproti Obecné škole ale měla být pokroková především faktem, že se na tomto programu podíleli učitelé a pedagogové z Asociace pedagogů základního školství ČR, kteří mohli reflektovat zkušenosti ze své pedagogické praxe.

Mužiková (2010) zmiňuje, že výchova ke zdraví je v programu Národní škola zrealizována na 1. stupni ZŠ v učebních osnovách předmětu prvouka a přírodověda, na 2. stupni se vyučuje pomocí předmětů občanská a rodinná výchova.

Výše zmíněné programy jsou dobře tematicky uchopeny, přičemž jsou jednoduché a přehledné, jelikož jsou témata jasně daná. V RVP jsou témata obtížněji uchopitelná, to samé platí pro okruhy.

2.4.2 Současný kontext

V současnosti výuka Výchovy ke zdraví se uskutečňuje podle RVP. Na jejich osnovy navazuje Školní vzdělávací program (dále ŠVP), který je individuálně zaveden podle školy. Jak miní Hajerová Müllerová a Slavík (2020), „*vzdělávání na jednotlivé škole a školském zařízení se uskutečňuje podle školních vzdělávacích programů.*“

V České republice se čím dál tím více popularizuje program Skutečně zdravá škola. Jedná se o program kvalitního a udržitelného školního stravování a vzdělávání o jídle. Snahou a cílem tohoto programu je, aby si děti daného jídla vážily, dokázaly si jej vychutnat a aby se obeznámily s původem místa a jeho výrobou. Program pomáhá dětem v rozvoji dovedností a návyků, které budou potřebovat k úspěšnému, zdravému a udržitelnému životu.

Tento program byl nejdříve veden jako občanská iniciativa, která vznikla roku 2014, kde základním cílem bylo zlepšení školního stravování a obecně stravování dětí (Základní škola Horní Jelení, 2022). Tato iniciativa byla inspirována programem Food For Life Partnership (zkráceně FFLP), který vznikl ve Velké Británii v roce 2005. Do tehdejšího programu se zapojilo okolo 6 500 škol a zprávy prokazují, že žáci, které byli zahrnuti v tomto programu, prokazovaly nejen lepší zdravotní stav, ale taktéž zlepšení výsledků či lepší přístup ke škole. Program mimo jiné pomáhal místním podnikatelům a obecně má pozitivní dopad na životní prostředí. Pozitivní aspekty tohoto programu vyzdvihnul také Zvláštní zpravodaj OSN (Orme et al., 2011).

Pro to, aby se škola mohla stát takzvaně „zdravou“, potřebuje se přihlásit do programu a získat příslušný certifikát. Úrovně certifikátů jsou tři, a to bronzový, stříbrný a zlatý. Každý tento certifikát má odlišná kritéria. Kritéria se taktéž liší podle typu škol, tudíž nalezneme rozdíly mezi podmínkami mateřských, základních a středních škol. Kritéria se týkají následujících témat:

- angažovanost a kultura stravování;
- kvalita jídla a místo jeho původu;
- vzdělávání o jídle a stravování;
- místní společenství a spolupráce.

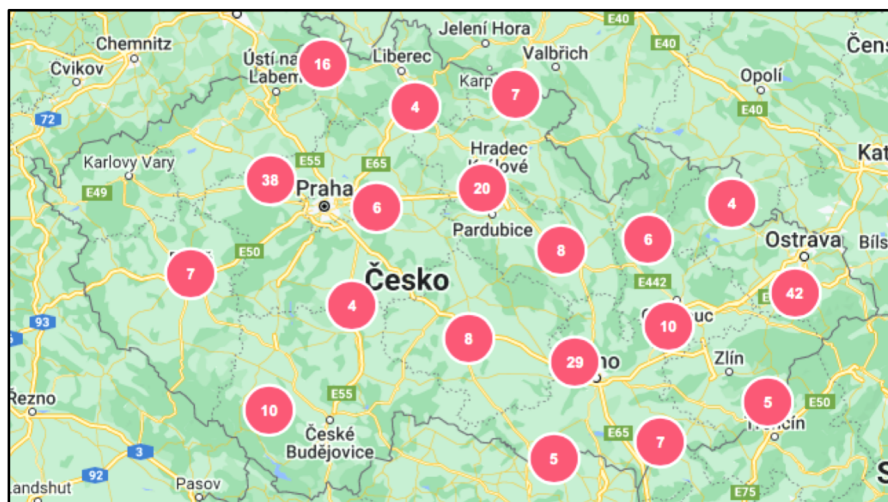
Podle Skutečně zdravé školy (2018) jsou kritéria pro získání bronzového certifikátu následující: „*Skutečně zdravá škola s bronzovým oceněním nabízí ve školní jídelně sezónní pokrmy vyrobené minimálně ze 75 % z čerstvých surovin. Zapojuje rodiče a žáky do zlepšování školního stravování a prožitku v jídelně prostřednictvím Akční skupiny pro zdravé stravování. Poskytuje žákům možnost vzdělávacích aktivit v oblasti přípravy pokrmů, zahájila kroky k vytvoření školní zeleninové zahrady a organizuje pro žáky návštěvu farmy v okolí. Respektuje potřeby strávníků se specifickou dietou tím, že jim umožní ohřátí z domu doneseného dietního pokrmu ve školní jídelně.*“

Stříbrná kritéria jsou popsána následovně (Skutečně zdravá škola, 2018): „*Stříbrné školy mají rozpracovaný Plán podpory zdravého stravování. Školní jídelna nabízí zdravé pokrmy připravené z čerstvých, sezónních surovin od místních farmářů a řezníků. Část surovin pochází z ekologických farem. Škola nabízí v rámci školního programu hodiny vaření, ve kterých žáci využívají ovoce a zeleninu vypěstovanou na školní zeleninové zahradě. Každý žák má na dobu docházky možnost alespoň jednou navštívit farmu v regionu. Rodiče a veřejnost se podílejí na vzdělávání o zdravém jídelním prostřednictvím akcí a aktivit s tematikou jídla.*“

Posledně popsaná zlatá kritéria zní takto (Skutečně zdravá škola, 2018): *Zlaté školy jsou centry dobré a zdravé kultury stravování ve svém okolí a aktivně zapojují rodiče a veřejnost do aktivit v oblasti zdravého stravování, pěstování a vaření. Ve školní jídelně nabízí zdravé pokrmy, připravené z 80 % z čerstvých místních surovin, z 10 % ze surovin z ekologických farem. Každý žák se naučí základy zdravého vaření a má příležitost vyzkoušet si pěstování na školní zahradě. Skupiny žáků jsou aktivně zapojeny do života místní farmy.*“

Pro mateřské školy existuje odnož programu s názvem Skutečně zdravá školka, spíše se ale mateřské školy započítávají do výše zmíněného programu. Její kritéria jsou velice obdobná výše zmíněným a odlišné jsou pouze nepatrné informace, proto není podstatné je opět zmiňovat.

Do programu Skutečně zdravá škola se doposud zapojilo 492 mateřských, základních a středních škol. a přes 76 000 dětí, žáků a studentů. Momentálně je program zaveden na 236 školách po celé ČR. Moravskoslezský kraj má nejpočetnější zastoupení – nachází se zde 43 škol s tímto programem. Co se do počtu týče, nejméně se nachází v Plzeňském kraji, a to 3. V Karlovarském kraji se nenachází žádná škola s tímto programem (Skutečně zdravá škola, 2022).



Obrázek č. 3: Rozložení škol s programem Skutečně zdravá škola po ČR (Skutečně zdravá škola, 2022)

V Jihočeském kraji využívá tohoto programu celkem 12 škol. Jmenovitě se jedná o tyto školy: ZŠ a Montessori MŠ Prachatice, MŠ Plav, příspěvková organizace, Základní škola a Mateřská škola Cehnice, okres Strakonice, Základní škola a Mateřská škola Svätý Jan nad Malší, Základní škola Trhové Sviny, MŠ Čeprovice, Mateřská škola Strmilov, 2. Mateřská škola Protivín se sídlem Protivín, 13. Mateřská škola, ZŠ a MŠ Malšice, MŠ Strakonice, Lidická 625 - odloučené pracoviště MŠ Holečkova 413, Mateřská škola Úsilné (Skutečně zdravá škola, 2022).

3 Analytická část

3.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zmapování výchovy ke zdraví v rodinné výchově na základní škole v České republice a zahraničí.

3.2 Úkoly práce

K naplnění předem vytyčeného cíle bylo potřeba splnit následující úkoly:

- literární rešerše a vymezení teoretických východisek pro tuto práci;
- komparace odborných publikací zabývajících se tematikou výchovy ke zdraví v rodinné výchově v České republice a zahraničí;
- diskuzi;
- stanovení závěrů.

3.3 Výzkumný problém

V práci byly stanoven následující výzkumný problém, které zní následovně:

Výzkumný problém: Rodinná výchova bude podle více autorů důležitou součástí výchovy ke zdraví.

3.4 Metodologie

3.4.1 Použité metody

V naší práci jsme využili tyto metody: obsahovou analýzu a komparativní metodu

Obsahová analýza byla v bakalářské práci využita v teoretické části k získání informací týkajících se našeho tématu, které jsme zmínili v přehledu poznatků. Veškerou odbornou literaturu a veškeré články a internetové zdroje jsme uvedli v seznamu literatury.

Komparativní metoda byla využita v diskuzi k porovnání názorů a myšlenek odborníků mezi sebou. Z výsledných informací došlo k potvrzení a vyvrácení výše stanoveného výzkumného předpokladu.

3.4.2 Rešerše literatury

Použitá literatura vychází ze seznamu doporučené literatury, uvedené v zadání bakalářské práce, a zároveň je rozšířena o další publikace. Určité publikace byly pro psaní této práce velice důležité, přičemž některé byly použity pouze okrajově. Hlavním

zdrojem pro vyhledávání byla Akademická knihovna Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a internetový prohlížeč Google Scholar.

Cummiskey, M., & Donnelly, F. C. (2022). *Elementary School Wellness Education with HKPropel Access: An Integrated Approach to Teaching the Whole Child*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Díky této publikaci jsme mohli čerpat informace a poznatky z tematiky výchovy ke zdraví na základních školách. Seznámíme se zde s přístupem škol k dosahování zdravého bytí a plánů od školy po pátou třídu.

Doyle, E. I., Ward, S. E., & Early, J. (2018). *The process of community health education and promotion*. Long Grove, IL: Waveland Press.

Tato kniha byla důležitá pro analýzu výchovy ke zdraví v zahraničí. Taktéž pojednává o procesu vývoje výchovy ke zdraví.

Dunovský, J. (1986). *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum.

Kniha byla velice důležitá a nápomocná v kapitolách zabývajících se rodinou. Ačkoli se jedná o starší publikaci, informace v ní obsažené lze stále považovat za aktuální a vzhledem k zabývání se problematikou také unikátní.

Hajerová Müllerová, L., & Slavík, J. (2020). *Modelování kurikula*. Plzeň: Západočeská univerzita.

Výše uvedená publikace pro nás byla užitečná kvůli současnému pohledu a kontextu výchovy ke zdraví. Obsažené informace pojednávaly o aktuálním zavedeném výukovém procesu výchovy ke zdraví.

Hamplová, L. (2019). *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing

Přínos výše uvedené literatury spočíval v poskytnutí informací zabývajících se programy, které v historii měly podporovat a některé stále v současnosti podporují veřejné zdraví. Obsahuje podstatné poznatky týkajících se důležitosti zlepšení zdravotní úrovně.

Kukačka, V. (2010). *Udržitelnost zdraví*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.

Tato publikace pro nás byla důležitá při objasnění informací týkajících se zdraví a zdravého životního stylu. Nadále obsahovala faktory, které pozitivně a negativně ovlivňují fyzické a psychické zdraví, což pro naši práci považujeme za velmi důležité.

Pühse, U., & Gerber, M. (2005). *International Comparison of Physical Education: Concepts, Problems, Prospects*. Oxford: Meyer & Meyer Sport

Díky této knize, pojednávající o procesu výuky výchovy ke zdraví v několika zemích světa, jsme mohli upozornit na podobnosti a odlišnosti daného oboru a na základě informací vypracovat komparativní analýzu.

Sharma, M. (2021). *Theoretical foundations of health education and health promotion*. Jones & Bartlett Learning.

Tato zahraniční literatura pojednávala o teoretických poznatcích výchovy ke zdraví a podpory zdraví. Zároveň zdůrazňovala důležitost rodinné výchovy a pojednávala o propojenosti výchovy ke zdraví a rodinné výchovy.

Skarupská, H. (2016). *Filozofie a teorie výchovy*. Praha: Hnutí R

Výše zmíněná publikace byla přínosná svými poznatky z tématu výchovy. Za její pomoci jsme dokázali definovat výchovu a sepsat podstatné informace jako složky, determinanty a prostředky výchovy.

Střelec, S. (1997). Rodinná výchova jako vyučovací předmět na základní škole. *Pedagogika*, 46-53.

Tento odborný článek byl jedním z nejdůležitějších zdrojů naší práce – zabýval se totiž tematikou rodinné výchovy jako vyučovacího předmětu na základní škole, které se jmenovalo malé množství odborníků.

3.5 Diskuze

Práce pojednává o roli rodinné výchovy při výchově ke zdraví a zaměřuje se na vliv rodiny a jejím působení na výchovu z hlediska zdraví. Při výchově ke zdraví zaobírá velkou část také školství, které společně s rodinnou výchovou pomáhají formovat individuální názory jedinců a snaží se o správné nasměrování pohledu jedince na péči o své fyzické, psychické, potažmo emocionální zdraví.

Výchova ke zdraví v rámci školství se ve velké většině případů řídí podle stanovených kurikul či předpisů tamních orgánů. V České republice se výuka uskutečňuje podle ŠVP, které se odvíjejí od RVP, ustanovené podle Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Na výzkumný problém odpovídají odborníci pozitivně – Cumiskey a Donnelly (2022) ve své publikaci zmiňují, že v útlém věku má rodinná výchova důležitou roli při výchově ke zdraví. Dodávají, že pokud dítě nebude dostatečně informováno svou rodinou o důležitých základech z této tematiky, může to mít následky do budoucna např. na kvalitu hygieny či životního stylu. Doyle, Ward, a Early (2018) mají obdobný pohled na věc. Podle nich je rodinná výchova důležitým předpokladem pro budoucnost potomků

nejen z hlediska výchovy ke zdraví, ale také sociologického. Kladou především důraz na úplnost rodiny – podle nich je při neúplné rodině velké riziko zanedbávání rodinné výchovy. Sharma (2021) ve své publikaci taktéž popisuje důležitost kooperace mezi rodinnou výchovou a výchovou ke zdraví. Podle něj by mělo být školství více v kontaktu s rodiči a diskutovat o zdraví svých žáků. Sděljuje, že každý jedinec potřebuje odlišný styl výuky a školy nejsou schopny a zároveň nemohou být schopny zjistit, který výchovný styl jednotlivým žákům vyhovuje, jelikož nikdo nezná dítě lépe než rodiče.

Střelec (1997) vyzdvihuje fakt, že ačkoli rodinná výchova je důležitou součástí výchovy ke zdraví a zdravého životního stylu, tak chybí dostatečný počet akreditovaných učitelů zabývajících se touto tematikou, kdy ve většině případů rodinnou výuku vyučují učitelé bez dostatečných zkušeností. Na tuto myšlenku navazuje Marádová (2006), která zmiňuje, že tyto důvody zapříčiňují absenci rodinné výchovy ve ŠVP a výuku předmětu výchova ke zdraví. S informacemi Střelce (1997) částečně souhlasí také čeští občané – roku 2011 byl proveden průzkum o názorech jednotlivých občanů na výchovu ke zdraví a zdravému životnímu stylu a jejich souvislost s povoláním učitele. Průzkumu se zúčastnilo 1 795 osob starších 15 let a z výsledků vychází následující podstatné informace – nejdůležitějším zdrojem informací o zdraví jsou rodiče, na dalších místech je škola a zdravotnická zařízení. Podle občanů jsou učitelé připraveni vychovávat své žáky ke zdraví „tak na půl“, u zdravého životního stylu jsou výsledky poměrně negativní, jelikož názor většiny obyvatel se shoduje s faktem, že učitelé nejsou pro své žáky vzorem zdravého životního stylu a zájem učitelů vůči žákům je nedostačující (Řehulka, 2011).

Náplň a styl výuky výchovy ke zdraví se liší podle států a jejich individuálních nastavení. Vyspělý způsob výuky tohoto předmětu je veden na západní polokouli, konkrétně v Kanadě a Spojených státech amerických (Bartošová, 2021).

Pühse a Gruber (2005) provedli komparativní studii, kde analyzovali a porovnávali tělesnou výchovu a výchovu ke zdraví ve 35 zemích. Ve stručnosti uvedli 5 možných variant, které nastaly. První variantou je výuka výchovy ke zdraví jako samostatného vzdělávacího oboru a vyučuje se jako samostatný předmět. Mimo ČR se tento koncept využívá ve Finsku a USA. Další variantou je propojení výchovy ke zdraví společně s tělesnou výchovou, přičemž výchovy ke zdraví je uvedena v názvu předmětu, a dochází k týdenní rotaci – to využívá Švédsko, Japonsko, Austrálie, Čína či Jižní Korea. Třetí varianta je následující – výchova ke zdraví se prolíná s více předměty, jako např. přírodopis, občanská výchova atd. Využití nalezneme např. v Irsku, Polsku, Slovensku a více méně také u nás. Výchova ke zdraví jako součást tělesné výchovy s absencí

vymezení látky v kurikulu je čtvrtou variantou využívanou např. v Rakousku, Anglii, Belgii, Maďarsku či Španělsku, mimo EU např. v Brazílii či Kanadě. Poslední varianta je velice obdobné té předchozí, taktéž není obsažena v kurikulu, ale s rozdílem, že v tomto případě se k výchově ke zdraví přistupuje jako k obecnému cíli tělesné výchovy. Tento systém lze nalézt v Nizozemsku, Francii či Nigérii.

Podle Veugelerse a Schwartze (2010) je kanadský školský systém považován za jeden z nejvyspělejších na světě. Vzhledem k obrovské problematice veřejného zdraví spojené se špatnou výživou a absencí dostatečného pohybu začalo docházet k zakládání takzvaných Comprehensive School Health, zkráceně CSH, které slouží jako nadějný způsob a přístup propagaci zdravého životního stylu a aktivního vedení života. Školy jsou určeny pro žáky ve věku od 11–18 let bez přijímacích zkoušek. Také Sultz a Young (2006) popisují, že systém výchovy ke zdraví je v USA na vysoké úrovni. Spojené státy americké pohlížejí na výchovu ke zdraví jako na samostatnou disciplínu. Tu řídí Americká asociace výchovy ke zdraví, původně American Association for Health Education – ta zahrnuje více organizací a má samostatné legislativní normy a osnovy. Hlavními tématy, kterým se výchova ke zdraví v USA zabývá, je výživa, prevence nemocí, environmentální zdraví a redukce stresu. Zajímavým faktem je, že sexuální výchova je vyučována podle aktuální vlády u moci. Zároveň je značný rozdíl mezi „sex education“ a „sexuality education“, přičemž první zmínka se zabývá konkrétními sexuálními problémy bez komplexního pohledu, zatímco v druhém případě se pojednává o celku. Taktéž se snaží o rovnováhu mezi fyzickým, psychickým, emocionálním a duchovním zdravím. Výzkumný předpoklad taktéž koresponduje s publikací Oha (2021), který míní, že vysokou úroveň procesu výuky výchovy ke zdraví nalezneme v Japonsku. Ta je spojená s tělesnou výchovou do jednoho předmětu, kde jsou obě položky rovnoměrně zastoupeny. Oproti výše uvedeným státům klade japonský vzdělávací systém důraz na duševní a duchovní vývoj jedince – rozvíjí se sociální dovednosti jako humánnost, sebekázeň, zájem o druhé, spolupráce či nadšení pro zdravý a lepší způsob života. Zařazeny jsou zde také cvičení na uvolnění těla a mysli, avšak chybí zde učivo sexuální výuky, které chybí ve školním kurikulu a učivo by mělo být řešeno v okruhu rodiny.

Názory odborníků se ve velkém množství případů shodují – podle nich je brán na výchovu ke zdraví malý zřetel, který do jisté míry zapříčiňuje nezdravý způsob života jedince, který se může rozšířit až v nezdravý národ. Podle Golda a Atkinsona (2001) je zapotřebí sdílet poznatky z vědeckých článků a výzkumů zabývajících se touto

problematikou mezi prostý lid. Tento cíl se dá dosáhnout organizací myšlenek odborníků a předání poznatků jednoduchou a pochopitelnou formou a zpřístupněním odborných článků pro každého. Na tuto myšlenku navazuje také Glanz, Rimer, & Viswanath (2008), podle kterých nejsou občané v tomto oboru dostatečně vzdělání. Každopádně, na rozdíl od Golda a Atkinsona (2001), viní také samotné občany – podle nich nejeví dostatečný zájem o výchovu ke zdraví a jejich zdravé chování je na nízké úrovni. Jsou si vědomi toho, že určité faktory jsou neovlivnitelné (např. omezený přístup pitné vody, chudoba atd.), avšak u ovlivnitelných faktorů nemají dostatečnou motivaci něco změnit (např. návštěvy fast-foodů místo zdravé kuchyně, nechráněný sex místo využití antikoncepce, využívání tabákových výrobků apod.). Hlavním problémem je skutečnost, že změnit chování jedince není snadné, a odvíjí se podle výchovy, zároveň změnit pohled na zdravé chování záleží především na myšlení a vůli individualit. Také Řehulka (2009) konstatuje, že výchova rodičů ovlivňuje chování dětí. Podle něj má spousta dětí špatné stravovací návyky, kdy nedostávají dostatečný denní příjem živin. Mezi největší problém řadí nadbytečný příjem sacharidů a nedostatečný pohyb. Samotná Světová zdravotnická organizace připouští, že je důležité zachovat spojitost mezi výchovou ke zdraví, její propagací a zdravotní gramotností – míní, že lidi s nízkou zdravotní gramotností mají celkově horší zdraví a zároveň čekají déle, než se rozhodnou vyhledat odbornou pomoc (WHO, 2012).

Holčík (2010) uvádí, že pojem zdravotní gramotnost je poměrně nový a lidé a základní metody jejího rozvoje se dosud u nás v plném rozsahu nevžily. Ve své publikaci porovnával zdravotní stav České republiky a Švédska, které je bráno jako jedno z nejzdravějších států na světě s propracovanou zdravotnickou politikou – z výsledků je zřejmé, že Česká republika zaostává, ale v jistých aspektech dochází k progresivitě (např. vývoj střední délky života při narození). Podle statistik nedošlo k výraznému poklesu prodeje čistého lihu na osobu mezi oběma státy, avšak Švédsku se výrazně podařilo snížit prodej cigaret na osobu, přičemž u České republiky došlo v částečném nárůstu. Lze vidět, že švédský zdravotní politika je na vysoké úrovni, podle které by se mohla Česká republika inspirovat.

3.6 Závěr

Cílem bakalářské práce je zmapování výchovy ke zdraví v rodinné výchově na základní škole v České republice a zahraničí.

Výchovou ke zdraví se zabírá veliké množství autorů a odborníků, a informace jsou sepsány v několika publikacích. To samé lze říct o rodinné výchově, přičemž informace o této tematice lze najít v mnoha publikovaných literaturách a článcích. Tematika rodinné výchovy a výchovy ke zdraví je často zpracovávána mnoha studenty vysokých škol, ze kterých lze vyčíst mnoho informací získaných pomocí různé metodologie.

V práci bylo zjištěno, že rodina a rodinná výchova je jednou z nejdůležitějších aspektů lidského života, jelikož se jedná o skutečnost, kterou nelze nijak ovlivnit, je dána od narození a nelze jí žádným způsobem nahradit. Další skutečnost, která byla zjištěna, je to, že rodinná výchova byla součástí vzdělávacích programů a v určité době byla zavedena jako výukový předmět, kde se děti učily základní poznatky. K tomuto faktu je důležité zmínit, že rodinná výchova nedosahovala potenciálních kvalit a výsledná forma výuky byla spíše negativní kvůli nedostatku proškolených pedagogů a vyučování pouze okrajově.

Na výzkumný problém odpovídali odborníci pozitivně – dle vícero autorů je rodinná výchova důležitou součástí výchovy ke zdraví.

Co se týče českých občanů a jejich spokojeností s výchovou ke zdraví a přístupem učitelů, občané jsou spokojeni „tak na půl“ a staví se negativně ke skutečnosti, že učitelé nejsou vzorem pro své žáky, co se týče zdravého životního stylu.

Z publikací odborníků bylo zjištěno, že občané nejsou dostatečně ohledně výchovy ke zdraví informováni skrze těžce dostupné zdroje, a pokud jsou zdroje dostupné, nejeví zájem a snahu o zdravý životní styl a zdravý způsob vedení života.

Mezi limity práce lze zařadit absenci praktické části, kvůli které nebyla možnost porovnání publikovaných informací s našimi výsledky. Dále také fakt, že určitý počet zdrojů byl publikován před několika lety, avšak snažili jsme se o zachování co největší aktuálnosti.

Práce může být nápomocná pro další studenty z oboru výchovy ke zdraví a obdobných oborů ke zjištění spojitostí a odlišností výchovy ke zdraví a rodinné výchovy, dále také odlišnosti průběhu výuky výchovy ke zdraví mezi jednotlivými státy a pohledu odborníků na problematiku nedostatečné informovanosti v tomto oboru.

Seznam zdrojů

- Bártlová, S., & Matulay, S. (2009). *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta
- Bartošová, M. (2021). Výchova ke zdraví ve vzdělávání ve vybraných zemích světa. *Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae Universitas Catholica Ružomberok*, 20(5), 169–177.
- Bašková, M. (2009). *Výchova k zdraví*. Martin: Osveta.
- Binarová, I. (2000). *Partnerství, sexualita a rodina*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Cummiskey, M., & Donnelly, F. C. (2022). *Elementary School Wellness Education with HKPropel Access: An Integrated Approach to Teaching the Whole Child*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Čáp, J. (1996). *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: Institut sociálních vztahů
- Čáp, J., & Mareš, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál
- Černoch, P., & Kliment, P. (2018). *Základy psychologie a sociologie*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc.
- Doyle, E. I., Ward, S. E., & Early, J. (2018). *The process of community health education and promotion*. Long Grove, IL: Waveland Press.
- Dudová, R. (2008). *Otcovství po rozchodu rodičovského páru*. Praha: Sociologický ústav AV ČR
- Dunovský, J. (1986). *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum.
- Dunovský, J. (1999). *Sociální pediatrie*. Praha: Grada.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada.
- Fortuna, K., Roisman, G. I., Haydon, K. C., Groh, A. M., & Holland, A. S. (2011). Attachment states of mind and the quality of young adults' sibling relationships. *Developmental Psychology*, 47(5), 1366–1373.
- Gold, R. S., & Atkinson, N. L. (2001). Importance of health education research to health education. *American Journal of Health Behavior*, 25(3), 301–310.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Hájek, B., Hofbauer, B., & Pávková, J. (2008). *Pedagogické ovlivňování volného času*. Praha, Portál.
- Hajerová Müllerová, L., & Slavík, J. (2020). *Modelování kurikula*. Plzeň: Západočeská univerzita.

- Hamplová, L. (2019). *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing
- Hartl, P (1993). *Psychologický slovník*. Praha: Budka.
- Helus, Z. (2009). *Dítě v osobnostním pojetí. Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele a rodiče*. Praha: Portál.
- Holčík, J. (2010). *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita.
- Janošová, P. (2008). *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Praha: Grada.
- Kalman, M., Sigmund, E., Sigmundová, D., Hamřík, Z., Beneš, L., Benešová, D., & Csémy, L. (2011). *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu „Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)“*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Karsten, H. (2006). *Ženy, muži – generové role, jejich původ a vývoj*. Praha: Portál.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia
- Kohoutek, R. (1998). *Vývoj a výchova dítěte v rodině*. Brno: Akademické nakladatelství CERM.
- Kotulán, J. (2005). *Zdravotní nauky pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita
- Kraus, B., & Poláčková, V. (2001). *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Kraus, B. (2008). *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál.
- Kraus, B. (2014). *Společnost, rodina a sociální deviace*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kukačka, V. (2010). *Udržitelnost zdraví*. České Budějovice: Jihočeská univerzita.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. České Budějovice: Grada Publishing.
- Marádová, E. (2006). *Metodická příručka: Výchova ke zdraví*. Praha: Fortuna.
- Matějček, Z. (1992). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN.
- Matějček, Z., & Dytrych, Z. (1994). *Děti, rodina a stres*. Praha: Galén.
- Matoušek, O. (2010). *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha: Portál.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2005). *Social determinants of health*. Oxford: University Press
- Možný, I. (2008). *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- MŠMT (2001). *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice*. Praha: Tauris

- MŠMT (2007). *Rámcový vzdělávací program pro gymnázia*. Praha: Tauris
- MŠMT (2021). *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: Tauris
- MZČR (2014). *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: MZČR a SZÚ.
- Mužiková, L. (2010). *Škola a zdraví pro 21. století. Podněty pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů*. Brno: Masarykova univerzita.
- Novák, T. (2007). *Sourozenecké vztahy*. Praha: Grada.
- Oh, E. H. (2021). A study on school health education curriculum in Japan. *The Journal of Korean Society for School & Community Health Education*, 22(2), 65–73.
- Orme, J., Jones, M., Kimberlee, R., Salmon, D., Weitkamp, E., Dailami, N., Morgan, K. & Morley, A. (2011). *Food for Life Partnership Evaluation*. Bristol: University of the West of England.
- Palouš, R. (1991). *Čas výchovy*. Praha: SPN.
- Pávková, J. (1999). *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy mimoškolní výchovy a zařízení volného času*. Praha: Portál.
- Pelikán, J. (1995). *Výchova jako teoretický problém*. Ostrava: Amosium Servis.
- Plaňava, I. (2002). Rodina a/nebo profese: Role ženy z pohledu mužů a žen více generací. Brno: Barrister & Principal
- Průcha, J., Walterová, E., & Mareš, J. (2008). *Pedagogický slovník*. Praha, Portál.
- Průcha, J. (2017). *Moderní pedagogika*. Praha: Portál.
- Pühse, U., & Gerber, M. (2005). *International Comparison of Physical Education: Concepts, Problems, Prospects*. Oxford: Meyer & Meyer Sport
- Ransaw, T. (2014). The good father: African American father who positively influence the educational out come softheir children. *A Journal on Black men*, 3(1).
- Řehulka, E. (2009). *Škola a zdraví pro 21. století, 2009: obecné otázky výchovy ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita.
- Řehulka, E. (2011). Názory občanů ČR na výchovu ke zdraví a zdravému životnímu stylu v souvislosti s povoláním učitele. *Výchova a péče o zdraví*, 103.
- Sekot, A. (2006). *Sociologie v kostce*. Brno: Paido.
- Sharma, M. (2021). *Theoretical foundations of health education and health promotion*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Skarupská, H. (2016). *Filozofie a teorie výchovy*. Praha: Hnutí R
- Střelec, S. (1997). Rodinná výchova jako vyučovací předmět na základní škole. *Pedagogika*, 46–53.

- Štřelec, S. (1998). *Kapitoly z teorie a metodiky výchovy*. Brno: Paido.
- Štřelec, S. (2011). *Studie z teorie a metodiky výchovy*. Brno: Masarykova univerzita
- Štřelec, S., Marádová, E., Marhounová, E., Řehulka, J. (1992). *Kapitoly z rodinné výchovy*. Praha: Fortuna.
- Sultz, H. A., & Young, K. M. (2006). *Health care, USA: understanding its organization and delivery*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Šimíčková-Čížková, J. (2008). *Přehled sociální psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Šulová, L. (2004). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum
- Toman, W. (1993). *Family constellation*. New York, NY: Springer.
- Urban, L. (2006). *Sociologie*. Praha: Eurolex Bohemia, a.s.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie – dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Veugelers, P. J., & Schwartz, M. E. (2010). Comprehensive school health in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 101(2), 5–8.
- Vodáková, A., Petrušek, M., & Maříková, H. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Výrost, J., & Slaměnik, I. (1998). *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Vzdělávací program Základní škola*. (1996). Praha: Fortuna.
- Vzdělávací program Národní škola*. (1997). Praha: SPN.
- World Health Organization. (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators*.
- Zoja, L. (2005). *Soumrak otců, archetyp otce a dějiny otcovství*. Praha: Prostor.

Seznam internetových zdrojů

NÚV (2022). *Rámcové vzdělávací programy*. Přístup dne 6.4.2022, z:

<https://www.nuv.cz/t/rvp>

Skutečně zdravá škola (2018). *Kritéria programu Skutečně zdravá škola*. Přístup dne 10.4.2022, z

https://www.skutecnezdravaskola.cz/user_uploads/Proc_se_zapojit/Kriteria/Kriteria_Skutecne%20zdrava%20skola_1.10.2018.pdf

Skutečně zdravá škola (2022). *Najděte Skutečně zdravou školu ve vašem regionu*. Přístup dne 10.4.2022, z <https://www.skutecnezdravaskola.cz/skoly-v-programu?title=®ion=&town=&type=&certificate=>

WHO (2022). *Official definition of Health*. Přístup dne 5.4.2022, z

<http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

Základní škola Horní Jelení (2022). *Projekt Skutečně zdravá škola*. Přístup dne

10.4.2022, z <https://www.zshj.cz/projekt-skutecne-zdrava-skola>

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Systém kurikulárních systémů (RVP ZV, 2021, s. 5).....	24
Obrázek č. 2 Standard základního vzdělávání (Průcha, 2017, s. 126)	32
Obrázek č. 3: Rozložení škol s programem Skutečně zdravá škola po ČR (Skutečně zdravá škola, 2022)	36

Seznam grafů

Graf č. 1: Vliv determinantů na zdraví podle Holčíka (2010).....	21
Graf č. 2: Vliv determinantů na zdraví podle Machové a Kubátové (2009)	21