

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy



Diplomová práce
Jarmila Slámová

Učitelství přírodopisu a učitelství Výchovy ke zdraví

**Podpora zdraví a prevence rizikového chování v kurikulárních dokumentech II. Stupně
základního vzdělávání**

Olomouc 2017

Vedoucí práce Mgr. Michaela Hřivnová Ph.D.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Michaely Hřivnové Ph.D. a všechny použité literární i odborné zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 19. dubna 2017

.....

Jarmila Slámová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Michaele Hřivnové Ph.D. za všechny cenné rady a odborné vedení při zpracování mé diplomové práce.

V Olomouci 19. dubna 2017

.....

Jarmila Slámová

Obsah

1	CÍLE PRÁCE.....	6
2	TEORETICKÉ POZNATKY.....	7
2.1	Kurikulum a kurikulární dokumenty.....	7
	Národní kurikulum.....	7
	Základní vzdělávání.....	8
	Rámcový vzdělávací program.....	9
	RVP ZV výchova ke zdraví.....	10
2.2	Výzkum kurikula v oboru výchova ke zdraví.....	11
2.3	Školní preventivní strategie.....	14
2.3.1	Východisko strategie.....	15
2.3.2	Principy strategie.....	15
2.3.3	Základní cíle.....	16
2.3.4	Cílové skupiny.....	17
2.3.5	Funkce strategie.....	17
2.4	Minimální preventivní program.....	18
2.4.1	Zpracování minimálního preventivního programu.....	19
2.4.2	Stanovení cílů minimálního preventivního programu.....	20
2.4.3	Realizace minimálního preventivního programu.....	20
2.5	Rizikové chování.....	21
2.5.1	Primární prevence rizikového chování.....	22
2.6	Prevence rizikového chování.....	23
2.6.1	Primární prevence.....	23
2.6.2	Sekundární prevence.....	24
2.6.3	Terciární prevence.....	24
2.7	Evropská školní studie o alkoholu a drogách.....	25
2.7.1	Užívání návykových látek v česku a Evropě.....	25
2.8	Podpora zdraví.....	26
2.8.1	Definice zdraví.....	27
2.8.2	Determinanty zdraví.....	27
2.8.3	Rizika ohrožující zdraví ve škole.....	28
2.9	Program škola podporující zdraví.....	30
2.9.1	Pilíře a zásady programu škola podporující zdraví.....	30
2.10	Koncepce výuky výchovy ke zdraví na základních školách.....	32

ÚVOD

„Devět desetin našeho štěstí spočívá výlučně ve zdraví. S ním se stává všechno zdrojem požitku. Naproti tomu bez něho není žádný vnější statek, ať je jakéhokoliv druhu, uchopitelný.“ Arthur Schopenhauer

Vzdělávání žáků v oblasti podpory zdraví a prevence před rizikovým chováním vnímám jako velice důležité. S výchovou k podpoře zdraví a prevence rizikového chování by se mělo začít už od raného dětství. Tato výchova by měla být zajišťována nejen školou, ale především v rodině dítěte. Rodiče by měli být svým dětem ve všem příkladem, zejména v péči o své zdraví. Je prokázáno, že děti vyrůstající v rodinách se špatnými stravovacími návyky nebo v rodinách kde se vyskytuje rizikové chování snadněji podléhají vlivům svého okolí.

Problematika podpory zdraví a prevence rizikového chování je nejčastěji vyučována v předmětu výchova ke zdraví. Tento vyučovací předmět je relativně nový, ačkoliv většina škol tento předmět začala vyučovat už od roku 2007, kdy základním školám vzešla povinnost ze strany státu začít vyučovat témata tohoto předmětu. Některé základní školy si zvolily tyto témata zařadit do samostatného předmětu. Jiné školy tyto témata integrovala do jiných vyučovacích předmětů. Nejčastěji to bývá přírodopis nebo občanská nauka. Před rokem 2007 byla tato témata zařazována do předmětu rodinná výchova (Nejedlá a kol. 2015).

Výuka výchovy ke zdraví podporuje v žácích pozitivní vztah ke svému zdraví, smysluplného využití volného času, prevenci před rizikovým chováním. Žáci, kteří jsou vzdělávání k podpoře zdraví, většinou začnou zaujímat ke svému zdraví jiný postoj. Předmět výchova ke zdraví učí žáky nejen vědomostem a znalostem, ale i přijímání nových postojů k daným tématům. Žáci se učí vážit si hodnoty zdraví, kterou si každý z nás začne uvědomovat až když o ni přijde. Právě proto je důležité vychovávat budoucí generace, které se budou aktivně podílet a podporovat své zdraví. Obecně platí, že zdraví jedinci mohou pracovat, uskutečňovat své cíle a realizovat své sny.

Školy se snaží vytvářet projektové vyučování zaměřené na podporu zdraví nebo se do podobných projektů zapojují (jako je například Škola podporující zdraví). Smyslem těchto projektů je podporovat v žácích pozitivní a odpovědný přístup ke svému zdraví a zdravému životnímu stylu. Tyto programy jsou tvořeny aktivní formou. Žáci se mohou podílet na chodu těchto programů a především se podílí na plnění jejich cílů.

1 CÍLE PRÁCE

HLAVNÍ CÍL:

Zjistit jak pedagogové realizují obsahovou a časovou část školního vzdělávacího programu ve výchově ke zdraví.

DÍLČÍ CÍLE:

Zjistit míru realizace obsahové a časové části výchovy ke zdraví pedagogy v oblastech:

- Problematika podpory zdraví
- Problematika prevence před návykovými látkami
- Problematika pohlavně přenosných chorob
- Problematika šikany
- Problematika agrese a násilí

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Kurikulum a kurikulární dokumenty

Termín kurikulum se v oboru pedagogiky objevil ve 20. Století v Anglii. Až v 60. letech se stal zcela běžným. Termín kurikulum pokrývá velmi široké pole významů. Podle Walterové 1994 můžeme považovat za podstatné tyto významy termínu kurikulum.

- **Vzdělávací program, projekt, plán** – je to plán všech aktivit ve škole – program jednotlivých kurzů, vyučovací předmět i souhrnný program vzdělávací instituce
- **Průběh studia a jeho obsah** – obsah zkušeností a charakteristika vzdělávací dráhy, kterou žáci získávají v době studia

(Kurikulum: základní pilíř vzdělávání. *Www.rvp.cz: základní pilíř vzdělávání* [online]. 2012 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.rvp.cz). Kurikulum obsahuje velkou rozdílnost definic (Dvořák, 2012).

Označení	Úroveň	Příklad
Supra	Nadnárodní	SERR
Makro	System, národní stát	Hlavní cíle popsané v rámcovém dokumentu národní evaluační/testové programy
Mezo	Škola	Školní vzdělávací program
Mikro	Třída, učitel	Tématické plány, přípravy, moduly, kurzy, projekty, učebnice
Nano	Žák, jedinec	Individuální učební plán osobní vzdělávací biografie

Tabulka 1 úrovně existence kurikula (Dvořák, 2012)

Národní kurikulum

Národní kurikulum představuje normu platnou pro celý národ. Chápeme ho jako souhrnný systém, který nejenže popisuje cíle a obsah vzdělávání, zahrnuje i evaluační nástroje institucionalizovanou infrastrukturu pro implementaci a hodnocení jak kurikula, tak výsledků žáků. Poukazuje i na vztah s veřejností, aby bylo chápáno jako věc veřejného zájmu (Dvořák, 2012).

Zamýšlené	Ideální – vize (zdůvodnění, základní filozofie tvořící východisko kurikula)	Koncepční forma- koncepce, vize, plány obsahující formulaci národních priorit vzdělávání, koncepce různých zájmových skupin
	Formální/psané – konkretizace záměrů v kurikulárních dokumentech a materiálech	Projektová forma – vzdělávací programy, učební plány a osnovy, standardy vzdělávání, učebnice
Realizované/implementované	Vnímané – interpretace kurikula uživateli (zejména učiteli)	Realizační forma- obsah vzdělávání v jednotlivých situacích prezentovaný učiteli či výukovými médii žákům
	Operační – skutečné procesy vyučování a učení (kurikulum v akci)	
Dosažené	Prožívané- učební zkušenosti, jak je vnímají žáci	Rezultátová forma – obsah vzdělávání vnímaný žáky, vzdělávací výsledky – osvojené učivo
	Osvojené – výsledky/efekty učení u žáků	Efektová forma – efekty obsahu vzdělávání v profesní kariéře lidí, jejich politických aj. postojích ...

Tabulka 2. Formy existence kurikula (Dvořák, 2012)

Základní vzdělávání

V České republice je základní vzdělávání jedinou vzdělávací etapou povinnou pro každé dítě. Vytváří u celé populace základ pro celoživotní učení. Z tohoto důvodu velice záleží na nabízených vzdělávacích příležitostech, jaké vytváří prostředí pro vzdělání, motivaci k učení, jakým způsobem ovlivňuje rozvoj osobnosti žáka, přípravu a spolupráci na soužití s druhými dále jakým způsobem je vybaven pro zaměstnání a osobní život A v neposlední řadě i pro adaptaci v dnešním dynamickém světě.

Obdobím povinné školní docházky je pro děti ze všech vrstev obyvatelstva, všech úrovní schopností. Ve škole získávají zkušenosti ze sociálních vztahu v přirozených

heterogenních kolektivech svých vrstevníků. Děti se mezi sebou navzájem ovlivňují a budují si nenahraditelný sociální kapitál, který je předpokladem k dosažení shody ve společenských, politických a pracovních záležitostech.

V České republice je základní vzdělávání rozděleno na I. a II. stupeň. Každý stupeň základního vzdělávání má své specifické cíle, odlišuje se i v metodách a formách práce a v odlišnosti řešených problémů.

II. stupeň základního vzdělávání

Ukončuje základní povinnou docházku. Je realizován na II. stupni základních škol, v nižších ročnících víceletých gymnázií a konzervatoří.

Cílem je žákům poskytnout co nejvíce kvalitní základ všeobecného vzdělávání. Žáci jsou vybaveni všeobecnými vědomostmi, praktickými dovednostmi a jasnými vztahy k základním lidským hodnotám, které žákům umožní pokračovat v dalším specializovanějším vzdělávání i nejrůznějších zájmových aktivitách.

Základem kromě základního vzdělávání je i další poznávání a rozvíjení potencialit jednotlivých žáků (Kotásek et. Al, 2001).

Státní úroveň (RVP) → školní úroveň (ŠVP)

Státní úroveň zastupuje rámcový vzdělávací program (RVP). Obsahuje požadavky státu na podobu a kvalitu kurikulárních dokumentů na úrovni školy. Zabezpečuje tak jistou standardizaci a možnost kontroly školního kurikula ze strany státu. Školy mají možnost tvořit vlastní školní vzdělávací program, který musí vycházet z RVP. Škola je povinna takovýto program vytvořit ale i realizovat a evaluovat (Prášilová, Šmelová, 2010).

Funkce RVP

- Regulační
- Stimulační
- Vzdělávací

Rámcový vzdělávací program

Ke dni 1.1.2005 nabyt účinnosti nový školský zákon č. 561/2004 sb., který zavedl dvojúrovňový systém kurikulárních dokumentů.

§ 4

Rámcové vzdělávací programy

(1) „Rámcové vzdělávací programy stanoví zejména konkrétní cíle, formy, délku a povinný obsah vzdělávání, a to všeobecného a odborného podle zaměření daného oboru vzdělání, jeho organizační uspořádání, profesní profil, podmínky průběhu a ukončování

vzdělávání a zásady pro tvorbu školních vzdělávacích programů, jakož i podmínky pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a nezbytné materiální, personální a organizační podmínky a podmínky bezpečnosti a ochrany zdraví. Podmínky ochrany zdraví pro uskutečňování vzdělávání stanoví ministerstvo v dohodě s Ministerstvem zdravotnictví. Nejenže jsou všechny tyto podmínky zakomponovány v rámcovém vzdělávacím programu, ale základní školy tyto podmínky zakomponovaly do školního vzdělávacího programu.

(2) *Rámcové vzdělávací programy musí odpovídat nejnovějším poznatkům:*

- a) *vědních disciplín, jejichž základy a praktické využití má vzdělávání zprostředkovat, a*
- b) *pedagogiky a psychologie o účinných metodách a organizačním uspořádání vzdělávání přiměřeně věku a rozvoji vzdělávaného.*

Podle těchto hledisek budou rámcové vzdělávací programy také upravovány. Tvorbu a oponenturu rámcových vzdělávacích programů zajišťují příslušná ministerstva prostřednictvím odborníků vědy a praxe, včetně pedagogiky a psychologie.

Rámcový vzdělávací program je možné v průběhu času možno upravovat nebo měnit. Avšak pouze v závažných případech. Účinnost takovéto změny je možná nejdříve od začátku dalšího školního roku. Změny, které nastanou, jsou vždy zveřejněny s časovým předstihem. Rámcové vzdělávací programy zveřejňují ministerstva, která je vydala. A to způsobem umožňující dálkový přístup (školský zákon. *W*www.msmt.cz: školský zákon [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.msmt.cz).

RVP ZV výchova ke zdraví

Výchova ke zdraví je zařazena do vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět. Tematický okruh člověk a jeho zdraví. Zaměřuje se na rozvoj a prohloubení osvojených poznatků a dovedností. V oblasti podpory a ochrany zdraví pomáhá utvářet hodnoty a formovat životní postoje, uvědomování a přebírání odpovědnosti za rozhodování o ochraně svého zdraví i zdraví ostatních. Ve výchově ke zdraví jsou uplatňovány aktivizující metody a formy práce ve výuce (Vzdělávací obsah oboru výchova ke zdraví: články. *W*www.rvp.cz: články [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.rvp.cz).

Pedagogové ve výuce kladou důraz na praktické dovednosti, a aplikaci na modelové situace v běžném životě ve škole i mimo ni. Důležitá je motivace a činnosti učení, osobní příklad učitele (Havelková, 2005).

Vzdělávací obsah výchovy ke zdraví prostupuje napříč jinými vyučovacími předměty v nezanedbatelné míře (přírodopis, výchova k občanství, tělesná výchova).

RVP ZV vymezuje vzdělávací obsah oboru výchova ke zdraví:

- Očekávané výstupy – jsou vyjádřeny úrovní vědomostí, dovedností, hodnotami a postoji, kterých mají všichni žáci dosáhnout na konci povinné školní docházky prostřednictvím učiva. Jsou ověřitelné, prakticky zaměřené a využitelné v běžném životě. Očekávané výstupy jsou závazné pro žáky i učitele. V průměru školního roku k nim učitel postupně a cílevědomě směřuje. Žák je plní na úrovni individuální. Očekávané výstupy jsou formulovány pomocí aktivních sloves. Na rozdíl od ostatních vzdělávacích oborů výchova ke zdraví staví záměrně očekávané výstupy před učivo. Tímto zvoleným přístupem je zdůrazněna jejich „univerzálnost a návaznost“ na učivo více tematických okruhů.
- Učivo – to je prostředek k utváření klíčových kompetencí a očekávaných výstupů. Učivo v RPV ZV je vymezeno rámcově, z důvodu rozpracování pro konkrétní potřeby žáků, podmínek školy, zaměření učitelů. Učivo je poskládáno do jednotlivých tematických okruhů. K dalšímu rozpracování okruhů dochází na úrovni školy. Doporučuje se rozpracování do jednotlivých ročníků nebo do delších časových úseků. Rozpracované učivo na školní úrovni se poté stává závazné pro učitele i žáky. Učivo oboru výchova ke zdraví je strukturováno do šesti tematických okruhů.
 - Vztahy mezi lidmi a formy soužití
 - Změny v životě člověka a jejich reflexe
 - Zdraví způsob života a péče o zdraví
 - Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence
 - Hodnota a podpora zdraví
 - Osobnostní a sociální rozvoj

Výše zmíněné tematické okruhy vedle sebe nestojí pouze izolovaně, vzdělávací obsahy se ve výuce na základě jejich funkčních přesahů propojují (Vzdělávací obsah oboru výchova ke zdraví: články. *Www.rvp.cz: články* [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.rvp.cz).

2.2 Výzkum kurikula v oboru výchova ke zdraví

V letech 1974 až 1978 vzešly, v platnost učební osnovy, které charakterizovaly výuku spojenou s problematikou výchovy ke zdraví. Výuka se také vztahovala k přípravě na rodinný život, praktické činnosti k vedení domácnosti a péče o děti. Byla určena pouze dívkám do 7 ročníku byla zařazena 1 hodina týdně základů šití a odívání, 8 ročník 1 hodina týdně základy a v 9 ročníku 1 hodina týdně základy péče o dítě. Dívkám byly poskytnuty

praktické rady k péči o novorozence a batolata, prakticky si osvojily postupy přípravy pokrmů (Slavík, 2005)

Od roku 1989 proběhlo několik významných změn v základním vzdělávání ve vztahu k výchově ke zdraví. V posledních letech se daří odborně rozvíjet otázky projektování obsahu vzdělávání v oboru výchova ke zdraví. Kurikulární reformy v letech 1990-2004 změnilly vzdělávací obsah zacílený na podporu zdraví. U výchovy ke zdraví se nelze zaměřit pouze na jeden vyučovací předmět z důvodu jejich mezipředmětových vztahů. Předmětem kurikulárního výzkumu bylo najít jakým způsobem a obsahovými souvislostmi ve sledovaném období v základním vzdělávání byly cíle směřované k podpoře zdraví formulovány a realizovány. Dále organizace a zařazení do, kterého vyučovacího předmětu a v jakém rozsahu bylo zařazeno učivo vztahující se k problematice zdraví v základním vzdělávání.

Důležitá je průběžná aktualizace vzdělávacího obsahu v závislosti na vývoj vědeckého poznání. Je důležité, aby výuka předmětu zaměřená na podporu zdraví promítaly výsledky vědeckých bádání, které jsou poznatkovým základem jejich vzdělávacích obsahů. Dále je to postoj společnosti k životním hodnotám, přebírání odpovědnosti za zdraví a rodinu jednotlivcem. Změnou přístupu celé společnosti k významu zdravotní gramotnosti v životě jedince po roku 1989 otevřelo cestu k hlavní přeměně školy. Nastartovalo aktivity motivující žáky ke zdravému způsobu života (Fialová a kol., 2014).

Dalo by se očekávat, že na základě těchto skutečností vstoupí do popředí trend zdravého životního stylu, situace se však ubírala jinou cestou. Oblast podpora zdraví ve školním vzdělávání se reformovala postupně. Základem této oblasti tvořila část pracovního vyučování určená dívkám (Fialová a kol., 2014).

K organizačním změnám na základních školách došlo v roce 1991, znovu byla zavedena devítiletá školní docházka. Vyučování pracovních oblastí tvořily tři samostatně stojící předměty technická výchova, pěstitelství a rodinná výchova. Osnovy tohoto předmětu byly vypracovány pro dívky ale i pro chlapce (Slavík, 2005).

Upravená pedagogická dokumentace (učební osnovy ZŠ, 1991) byla školám předložena v 90. letech. Obsahovala i témata a okruhy zaměřené na výchovu ke zdraví, výchovu k rodičovství. Díky tomu se ve školách objevil nový povinný vyučovací předmět rodinná výchova (učební osnovy ZŠ 1993) (Fialová a kol., 2014). V tomto roce se již stala rodinná výchova plnohodnotným povinným předmětem s časovou dotací 2 hodiny týdně.

Témata tohoto předmětu tvořily okruhy zabývající se problematikou partnerství, rodinného soužití a péče o dítě (Slavík, 2005).

Hlavním cílem bylo podle požadavků WHO podporovat a rozvíjet zdraví ve všech komponentách (fyzická, psychická, sociální a duchovní). V roce 1995 byly schváleny standardy základního vzdělávání jako koncepční dokument základního školství v přístupu k podpoře zdraví. Standardy vymezily vzdělávací obor výchova ke zdraví a společně s tělesnou výchovou a sportem byly zařazeny do vzdělávací oblasti zdraví životní styl.

V letech 1994-1995 byla sestavena komise odborníků, kteří pracovali při MŠMT a zabývali se aktuálními problémy spojenými se zaváděním výchovy ke zdravému životnímu stylu do škol. Základem pro tvorbu kurikula v oboru výchova ke zdraví se stal „*přůvodce výchovou ke zdravému životnímu stylu*“, který byl zpracován s využitím dosavadních zkušeností a dostupných zahraničních materiálů. Tento koncepční materiál byl zaveden na 50 základních školách a v pilotní verzi ověřován jeden rok.

Vstup České republiky do Evropského projektu školy podporující zdraví, bylo inspirací pro rozvržení vzdělávacího oboru výchova ke zdraví. Při prosazování výchovy ke zdraví do kurikula lze považovat jako důležité výsledky výzkumného záměru Učitelé a zdraví. Na tento výzkum navazoval širě orientovaný výzkumný záměr škola a zdraví pro 21. Století.

Z výsledků proměn vzdělávacího obsahu zaměřeného na podporu zdraví v kurikulárních dokumentech a i ze zkušeností z realizací vymezených cílů základního vzdělávání lze formulovat specifické požadavky, které jsou stále aktuální i při současném projektování kurikula v oboru výchova ke zdraví v základním vzdělávání:

- Podpora zdraví žáků ze strany školy, především proces edukace orientovaný na výchovu ke zdraví. Provází žáka po celou dobu školní docházky s ohledem na individuální a věkové zvláštnosti jedince.
- Výchova ke zdraví byla, je a bude determinována aktuální společenskou potřebou. Odráží individuální potřeby žáků. Přispívá k řešení celospolečenských problémů, které jsou spojené s nedostatečnou odpovědností za zdraví své i ostatních. Spojené s výskytem rizikového chování dětí a mládeže.
- Výchova ke zdraví podporuje a respektuje holistický přístup ke zdraví. Ovlivňuje a propojuje determinanty zdraví v rovině fyzické, psychické a sociální.

- Zejména pedagogové ale i všichni zaměstnanci školy by měli u žáků prosazovat podporu zdraví osobním příkladem. Důležitá je motivace žáků pro zdraví prospěšné činnosti, důležitost při plnění přijatých pravidel chování ku prospěchu zdraví.
- Prostředí školy i jeho okolí, školní režim, má vliv na nabízení činnosti a akce školy. Je nutné přemýšlet při plánování, přípravě i realizaci vyučování, při organizaci všech činností žáků a akcí školy o všech možnostech, souvislostech a zvažovat jak můžeme podpořit nebo ohrozit zdraví žáků včetně názorů na zdraví.
- Projektované kurikulum je sestaveno tak aby žáci mohli být rozvíjeni. Základní tématické okruhy by se měli opakovat avšak jejich obsahová náplň je vždy hlubší a širší přizpůsobena potřebám a věku žáků. Obsah učiva výchovy ke zdraví respektuje přirozené etapy dozrání žáků (fyzické, psychické a sociální). Důležité je citlivě přistupovat k žákům v období dospívání (Fialová a kol., 2014).

2.3 Školní preventivní strategie

Školní preventivní strategie je programem dlouhodobějším trvajícím 3-5 let. Školní preventivní strategie je popsána jako: „*součást školního vzdělávacího programu, který vychází z příslušného rámcového vzdělávacího programu, popř: přílohu dosud platných osnov a učebních plánů. Vychází z omezených časových, personálních a finančních investic se zaměřením na nejvyšší efektivitu, jasně definuje dlouhodobé a krátkodobé cíle, je naplánovaná tak, aby mohla být řádně uskutečňována. Přizpůsobuje se kulturním, sociálním či politickým okolnostem i struktuře školy či specifické populaci jak v rámci školy, tak v jejím okolí, respektuje rozdíly ve školním prostředí. Oddaluje, brání nebo snižuje výskyt rizikových forem chování, zvyšuje schopnost žáků a studentů činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí. Z aktuálních poznatků, které jsou zveřejňované, v aktuální školní preventivní strategii vycházejí i školní metodici prevence na konkrétních školách. Školní metodik prevence je zodpovědný za tvorbu a kontrolu realizace preventivního programu. Koordinuje spolupráci mezi školou a orgány státní správy a samosprávy, které jsou zodpovědné za problematiku prevence rizikového chování. Jejich aktivity mají: dlouhotrvající výsledky, pojmenovává problémy z oblasti rizikových forem chování. Pomáhá zejména těm jedincům, kteří pocházejí z nejvíce ohrožených skupin (minoritám, cizincům, pacientům či dětem) při zajištění jejich lidských práv a povinností. Podporuje zdraví životní styl, tj. harmonickou rovnováhu tělesných a duševních funkcí s pocitem spokojenosti, chuti do života, tělesného i duševního blaha (výchova ke zdraví,*

osobní a duševní hygiena, výživa, a pohybové aktivity). Poskytuje podněty ke zpracování Minimálního preventivního programu“ (Ciklová, 2014, s.20-21).

Školní preventivní strategie i minimální preventivní program nacházíme v praxi v odlišných podobách a s nejrůznějším obsahem. Jejich podoba a oficiální struktura není jasně dána. Při tvorbě těchto dokumentů můžeme vycházet z šablon pedagogicko-psychologických poraden (Ciklová, 2014).

2.3.1 Východisko strategie

V České republice koordinuje aktivity v oblasti primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. Tyto aktivity zabezpečuje a koordinuje ve spolupráci s krajskou institucionální úrovní (krajskými školskými koordinátory prevence, pedagogicko-psychologické poradny metodiků prevence na úrovni dřívějších okresů. Školní metodici prevence ve vazbě na primární uživatele a realizátory programu primární prevence rizikového chování škol a školských zařízení. Vedení ministerstva školství mládeže a tělovýchovy má vytvořený systému koordinace a řízení od státní úrovně přes samosprávnou po místní úroveň.

Jejich činnost vychází z dokumentů národní povahy (platná legislativa, národní strategie protidrogové politiky, strategie prevence kriminality na příslušná období)

Spolupráce v oblasti primární prevence je rozvíjena na meziresortní úrovni (horizontálně). Poradním orgánem je Výbor pro koordinaci primární prevence. Na úrovni vertikální je to Výbor krajských, školských koordinátorů prevence. Spolupráce je vedena i s neresortními orgány a to s Úřadem vlády Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Republikovým výborem pro prevenci kriminality Ministerstva vnitra.

Důležité je při realizaci opatření k minimalizaci či zabránění výskytu rizikového chování u dětí a mládeže, vycházet z aktuálních dat a výzkumů, realizovanými věhlasnými institucemi. Dalším zdrojem dat jsou zdroje získané přímo z terénu prostřednictvím koordinátorů a metodiků prevence. Významným zdrojem dat jsou i výstupy České školní inspekce. (www.msmt.cz, 13.12.2016)

2.3.2 Principy strategie

Strategie na období 2013-2018 vycházejí ze zkušeností z minulých období, vychází ze současných trendů primární prevence. Principy vycházejí z výzkumných šetření a praktických zkušeností, které můžeme označit jako zásady efektivní primární prevence.

- Partnerství a společný postup
- Komplexní řešení problematiky primární prevence rizikového chování

- Kontinuita působení a systematicčnost plánování
- Uplatňování otevřených dat a hodnocení efektivity
- Racionální financování a garance kvality služeb
- Cílenost a adekvátnost informací i forem působení
- Včasný začátek preventivních aktivit, ideálně již v předškolním věku
- Pozitivní orientace primární prevence
- Orientace na kvalitu postojů a změnu chování

2.3.3 Základní cíle

Hlavním cílem je s pomocí efektivního systému prevence, jenž funguje na základě souhrnného působení všech složek, které na sebe vzájemně navazují. Snížit míru a minimalizovat vznik rizikového chování u dětí a mládeže.

Obecnými cíli jsou minimalizace, předcházení nebo oddálení projevů rizikového chování. Výchova ke zdravému životnímu stylu, rozvíjení sociálního chování, psychosociálních dovedností a zvládnání zátěžových situací. Motivovanost k opuštění rizikového chování pokud již nastalo, pokud rizikové chování již nastalo ve výrazné formě i ochrana před jeho dopady. Výchovně vzdělávací proces je zabezpečován kvalifikovanými a kompetentními osobami a institucemi.

Specifické cíle ve strategii představují:

- Koordinace na úrovni horizontální i vertikální, zde jsou zřetelně dány koordinační mechanismy, role, kompetence jednotlivých orgánů a institucí i se způsobem komunikace mezi nimi
- Na úrovni horizontální i vertikální fungující systém primární prevence. Kde jsou zřejmě legislativně vymezeny koordinační mechanismy, role, kompetence jednotlivých orgánů a institucí a jejich činnost
- Vzdělávání v oblasti primární prevence rizikového chování nastavit do efektivního systému. Všechny subjekty, které se spoluúčastní na primární prevenci, využívají, ověřují a realizují výstupy projektu VYNSPI
- Zajistit oblast primární prevence finančně, udržet stabilní dotační systém
- Hodnocení programu primární prevence pro všechny typy rizikového chování na národní úrovni. Všichni poskytovatelé těchto programů zajišťují stejnou úroveň po celém území České republiky (www.msmt.cz, 13.12.2016).

2.3.4 Cílové skupiny

Prioritní skupinou je obecná populace dětí a mládeže. Tato skupina není nikterak identifikována podle individuálních rizikových faktorů. Věkové kritérium je rozděleno do pěti cílových skupin. Těmito skupina dětí a mladistvých se zabývají programy všeobecné primární prevence.

- Předškolní věk (3-6 let)
- Mladší školní věk (6-12 let)
- Starší školní věk (12-15 let)
- Mládež (15-18 let)
- Mladí dospělí (18-26 let)

Mezi další cílové skupiny můžeme zařadit děti a mladistvé z rodin se zvýšeným rizikem problémů v chování, jednotlivci s rysy rizikového chování, ale můžeme zde i zařadit rodiče jedná se zejména o rodiče s rizikovými faktory. Děti, které vyrůstají v prostředí s výskytem rizikových faktorů, jsou více ohroženy. Dále veřejnost i pracovníci v primární prevenci rizikového chování.

2.3.5 Funkce strategie

V primární prevenci rizikového chování dětí a mládeže je strategie na období 2013-2018 základním koncepčním dokumentem ministerstva školství mládeže a tělovýchovy. Obsahuje základní východiska a cíle. Tyto cíle vycházejí a jsou v souladu s aktuální úrovní vědeckého poznání a praxí v oblasti primární prevence. Na strategii bude pokračovat akční plán realizace strategie. V němž budou obsaženy priority, hlavní cíle, úkoly, odpovědnosti a termíny plnění úkolů a v neposlední řadě opatření které by měli přispět k naplnění cílů strategie (www.msmt.cz, 13.12.2016).

Hlavními funkcí strategie jsou:

- Určit hlavní cíle primární prevence rizikového chování pro klíčové subjekty primární prevence
- Rozvíjení uspořádání koordinace, včetně srozumitelného vymezení organizačního rámce, odpovědnost a kompetence jednotlivých subjektů
- Terminologii v oblasti primární prevence sjednotit, s ohledem na mezioborový a meziresortní charakter prevence rizikového chování
- O problematice primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže informovat odbornou i laickou veřejnost

2.4 Minimální preventivní program

Minimální preventivní program představuje poměrně velmi složitou a všestrannou intervenci. Program začíná vstupem dítěte do školy a končí splněním povinné školní docházky. Jeho obsahem jsou nespecifické části (bezpečnostní standardy) i specifické části. Minimální preventivní program se zpracovává pro konkrétní školu, školské zařízení. Vychází z příslušného RVP a je součástí školního vzdělávacího programu. Vše musí být v souladu se školním řádem a celkovými podmínkami školy.

Při realizaci minimálního preventivního programu musíme vycházet z omezených časových, personálních a finančních možností školy. Proto školy a školská zařízení kladou důraz na co největší efektivitu již existujících zdrojích. V programu jsou cíle krátkodobé i dlouhodobé jasně definovány. Program je naplánován tak aby mohli být naplněny jeho cíle. Je přizpůsoben kulturním, sociálním i politickým okolnostem a organizaci školy nebo specifické populaci v jejím okolí nebo v rámci školy. Program je důsledný v respektování rozdílů ve školním prostředí. Oddaluje, brání a snaží se snižovat výskyt rizikového chování a naopak zvyšuje dovednosti žáků činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí.

Program by měl pomáhat hlavně jedincům, kteří pocházejí z nejvíce ohrožených skupin (děti, cizinci, minority) při ochraně jejich lidských práv. Program by měl napomáhat zdravému životnímu stylu, rovnováze tělesných a duševních funkcí s pocitem spokojenosti, chutí do života, blaho po stránce fyzické i duševní (výchova ke zdraví, psychohygiena, osobní hygiena, výživa a fyzická aktivita) a zároveň obsahovat specifické složky zaměřené na konkrétní oblasti rizikového chování.

Program je založen na preventivní práci se žáky, pestrosti forem a podpoře vlastní aktivity žáků. Na minimálním preventivním programu školy se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy i zákonní zástupci žáků. Za minimální preventivní program zodpovídá školní metodik prevence, délka trvání projektu je jeden školní rok. Program podléhá kontrole České školní inspekci. Musí být pravidelně vyhodnocován, jeho písemné vyhodnocení účinnosti realizace je součástí výroční zprávy o činnosti školy.

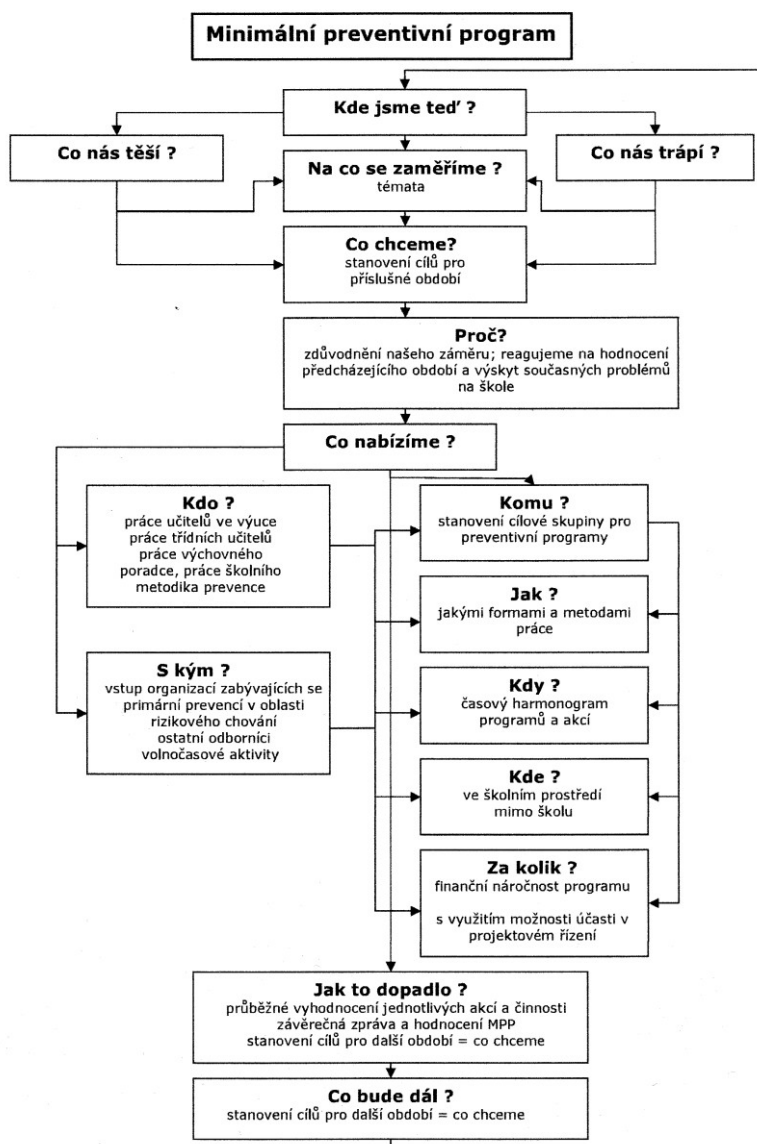
Činností školního metodika prevence je koordinace tvorby a kontrola realizace. Školní metodik prevence při tvorbě a vyhodnocování spolupracuje dle potřeby s metodikem prevence příslušné pedagogicko-psychologické poradny.

Materiály školy z oblasti primární prevence vycházejí z aktuální platné školské legislativy (Miovský a kol. 2015).

2.4.1 Zpracování minimálního preventivního programu

Zpracování minimálního preventivního programu vychází z dostupných vnitřních a vnějších zdrojů školy a školských zařízení. Tyto zdroje využíváme v následujících oblastech.

Proces tvorby MPP



Obrázek 1. Schéma jak vytvořit minimální preventivní program *Manual pro tvorbu minimálního preventivního programu* [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.ppolomouc.cz

Na obrázku jsou zachyceny postupy a dílčí otázky na, které musí být škola schopna odpovědět v jednotlivých fázích tvorby (Miovský a kol. 2015).

2.4.2 Stanovení cílů minimálního preventivního programu

Základní otázkou pro tvorbu cílů minimálního preventivního programu by mělo být „co hlavního od programu očekáváme“. Cíle naprogramuje konkrétně a na příslušný školní rok. Cíle mohou být krátkodobého i dlouhodobého charakteru. Pro kontrolu zda naprogramovaný cíl splňuje požadavky školy, musí škola najít měřitelné indikátory plnění cílů, tedy určité ukazatele, které můžeme měřit a tím bude zřejmé jak je daný cíl naplněn. U každého cíle bychom si nejdříve měli popsat a určit který ukazatel bude mít patřičnou výpovědní hodnotu pro kontrolu míry naplnění konkrétního cíle. Díky dobře zvoleným indikátorům úspěšnosti můžeme sledovat jestli jsou cíle naplňovány. Cíle by měli splňovat pravidlo SMART (Miovský a kol. 2015).

2.4.3 Realizace minimálního preventivního programu

Podle Řehulka et al. 2009 základní zásady všeobecné prevence jsou:

- *Pokud možno brzký začátek a věková přiměřenost*
- *Rozumný rozsah a interaktivita*
- *Zahrnutí podstatné části žáků*
- *Získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život*
- *Respektování regionálních specifik*
- *Využívání pozitivních modelů*
- *Zahrnutí problematiky legálních i nelegálních návykových látek*
- *A sociálně patologického chování*
- *Soustavnost a dlouhodobost*
- *Kvalifikovaná a důvěryhodná prezentace*
- *Komplexnost, využití více strategií*
- *Připravenost na výskyt komplikací, nabídka možností jejich zvládnutí.*

(Řehulka et. Al. 2009, s. 208)

Všeobecné preventivní programy v zahraničí obsahují jak látky legální tak i látky nelegální. Z důvodu:

- U dospívající mládeže je vyšší míra rychlosti vzniku závislosti na návykových látkách než v pozdějších letech života
- Prevence úzce zaměřená na ilegální návykové látky je dospívajícími vnímána jako jednostranná
- Kombinace alkoholu a ostatních návykových látek je velmi častá

- Více jsou ohroženy děti z rodin, kde se vyskytuje závislost na nějaké návykové látce, než děti z rodin kde se tyto problémy nevyskytují
- Drogy legální mohou zvyšovat míru rizikových faktorů a možnost přechodu na nelegální drogy

Různé formy prevence existují i v České republice. Bohužel ne všechny z nich mají stejnou preventivní efektivitu. Pokud chceme v boji proti drogám být úspěšní, musíme postupovat jednotně a všestranně. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT) garantuje působení na největší část ohrožené populace a to děti a mládež. MŠMT přišlo s celkovým protidrogovým programem, který svou koncepcí prevence oslovuje všechny věkové skupiny dětí a mládeže. Resort MŠMT vypracoval „koncepti prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže“. Reaguje tak na aktuální stav drogové scény v ČR na strukturu a dynamiku a předpokládaný vývoj kriminality a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. Součástí této Koncepce je minimální preventivní program „Škola bez drog“ který je určen pro školy a školská zařízení.

2.5 Rizikové chování

Rizikové chování je takové chování, v důsledku něhož dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a mnoho dalších rizik pro konkrétního jedince nebo celou společnost. Dříve byl pojem rizikové chování, označován jako sociálně patologický jev. Vzorce rizikového chování můžeme chápat jako souhrn fenoménů, jejichž existenci a důsledky lze podrobit vědeckému zkoumání. Toto chování je možné ovlivnit preventivními a léčebnými intervencemi.

V současné době rozlišujeme tyto oblasti rizikového chování:

- Záškoláctví
- Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě
- Rasismus, xenofobie
- Negativní působení sekt
- Sexuální rizikové chování
- Prevence v adiktologii
- Spektrum poruch příjmu potravin
- Okruh poruch a problémů spojených se syndromem CAN

(Prevence: Vymezení rizikového chování. *W*ww.adiktologie.cz: *www.adiktologie.cz* [online]. 2011 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: *www.adiktologie.cz*).

Projevy rizikového chování

Ministerstvo mládeže a tělovýchovy v působnosti na národní strategii primární prevence rizikového chování u žáků v období 2013-2018 zacílila na rizikové projevy v tomto chování:

- Agresivní chování interpersonální
- Antiseminismus, extremismus, rasismus, xenofobie, homofobie
- Vandalismus, krádeže, sprejerství a jiné trestné přečiny a činy
- Neplnění školních povinností a záškoláctví
- Užívání návykových látek, gambling
- Rizikové sportovní aktivity, chování v dopravě a prevence úrazů
- Poruchy příjmu potravy
- Působení sekt
- Rizikové sexuální chování

(Blašítková a kol., 2015).

2.5.1 Primární prevence rizikového chování

Obecně platí, že by jsme, raději měli špatným věcem a nesprávnému chování raději předcházet. Než později vzniklé problémy s velkým úsilím a vyčerpáním řešit. Platí to jak pro prostředí školy, mezilidské vztahy i naše zdraví.

Termín prevence je spojen s chováním a aktivitami, které vedou k předcházení rizikovému chování, špatným vztahům a některým onemocněním. Prevence tedy podporuje pozitivní chování.

Prevence ve školských zařízeních a školách nespočívá pouze v předcházení rizikovému chování. Mezi základní principy patří výchova ke zdravému životnímu stylu, zdravému sebevědomí a rozvoj sociálních kompetencí a dovedností. Žáci se pomocí preventivních aktivit učí jak zvládat zátěžové situace a jak řešit efektivně konflikty.

Ve školství hovoříme o čtyřech typech prevence. Každá z nich má daný jasný cíl.

2.5.1.1 Nespecifická prevence

Je souhrnem všech volnočasových aktivit. Podle Národní strategie primární prevence rizikových projevů chování 2013-2018 obsahuje: „*veškeré aktivity podporující zdraví*

životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání a organizace volného času, například zájmové, sportovní a volnočasové aktivity a jiné programy, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání. Tento typ prevence je významný v kontextu aplikace různých efektivních a vyhodnotitelných specifických programů“ (Ciklová, 2016 s.7).

2.5.1.2 Všeobecná specifická primární prevence

Tento druh prevence je zaměřen na všechny žáky ve školských zařízeních. Bez ohledu na znalost jejich možných projevů rizikového chování ve skupině. Jde o aktivity, jejichž cílem je předcházet nebo omezovat výskytu jednotlivých rizikových projevů chování.

2.5.1.3 Selektivní prevence

Zaměřuje se na užší výběr žáků a mladistvých. Selektivní prevence oproti selekci všeobecně specifické pracuje s nižším počtem žáků a mladistvých. Jedná se o jedince, u kterých se předpokládá zvýšený výskyt rizikového chování, nebo jsou přítomny rizikové faktory pro jeho vznik.

2.5.1.4 Indikovaná prevence

Zaměřuje se na jedince nebo na malé skupiny jedinců u kterých je identifikováno rizikové chování.

2.6 Prevence rizikového chování

Pojem prevence označuje všechny myslitelné zásahy, kdy se snažíme o zabránění něčemu přes brzkou intervenci k terapeutické intervenci až po prevenci recidivy. V současnosti rozlišujeme prevenci, primární, sekundární a terciární. Prevence zahrnuje vždy intervenční pole, označení cílových skupin a rizikových faktorů a institucí (škola, rodina, zařízení pro mladistvé (Kocourková, Šafářová, 2014).

2.6.1 Primární prevence

Cílovou skupinou primární prevence je celá populace, skupiny nebo i individuální jedinci (děti, mladiství ale i dospělí) všichni, u nichž se daný problém zatím nevyskytl. Důležité faktory jsou i vliv organizací a systém okolního prostředí, který by mohl způsobit narušení chování a jiné porušení nebo narušení obvyklého – nepatologického stavu. Jedná se o dlouhodobý účinek na případné rizikové skupiny, u nichž se doposud problém

neprojevil. Příkladem primární prevence jsou preventivní programy prováděné ve školách a školských zařízeních. Jejich orientace je zaměřena na celou populaci (Kocourková, Šafářová, 2014).

Koordinace primární prevence

V České republice patří systém koordinace primární prevence mezi klíčové faktory určující efektivní preventivní aktivity. Základní orientace v systému koordinace primární prevence je pro pedagogy nezbytná. Orientace, který resort má jakou kompetenci pro danou oblast prevence. S kterými institucemi můžeme v rámci primární prevence spolupracovat (Polínek, 2015).

Koordinace primární prevence funguje na dvou úrovních:

- Horizontální – hlavní roli hraje ministerstvo mládeže a tělovýchovy ve spolupráci s příslušnými resorty. V oblasti primární prevence iniciuje a podporuje optimální spolupráci při plnění úkolů. Ministerstvo mládeže a tělovýchovy ve spolupráci s dalšími orgány státní správy a samosprávy nese zodpovědnost za realizaci strategie. Jde o meziresortní spolupráci.
- Vertikální – koordinuje aktivity na úrovni kraje a obcí. Všechny aktivity reflektují specifické potřeby konkrétního regionu, a být v souladu se strategiemi národní prevence (Polínek, 2015).

2.6.2 Sekundární prevence

Zaměřuje se již na skupinu nebo jedince, u něhož se daný problém vyskytl (i ve fázi experimentování). Úkolem sekundární prevence je včasné zachycení již existujících příznaků, problémů a stavů napětí, které mohou vyústit k poruchám či onemocněním. Využívá se v případech, kdy se snažíme odvrátit případné nebezpečí, v situacích ohrožujících zdraví ale i sociálně ohrožujících situacích. Sekundární prevence je orientovaná na skupiny ale i jedince s vysokou mírou ohrožení, aby se zabránilo jejich dalšímu chybnému patologickému vývoji. Naopak podporuje vytvoření činnorodého způsobu života. Organizacemi zaměřujícími se na sekundární prevenci jsou například nízkoprahová zařízení, pedagogicko-psychologická poradna, psychologická ambulance. Ale i streetwork.

2.6.3 Terciární prevence

Zabývá se prací s populací kde již problém vznikl a je natolik závažný, že je potřeba minimalizovat důsledky působení tohoto jevu. Někdy je chápána i jako prevence

recidivy. Zaměřuje se na postupující problémy a poruchy a snaží se předejít recidivě. K tomu neodmyslitelně patří i rehabilitační opatření a resocializace. Aktivita zaměřená na terciární prevenci jsou například výměna použitých jehel za nové (streetwork) u osob závislých na návykových látkách, doléčovací programy (Kocourková, Šafránková, 2014).

2.7 Evropská školní studie o alkoholu a drogách

Mezinárodní studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) je zaměřena na vývoj a hodnocení situace v oblasti kouření, konzumace alkoholu a užívání nelegálních drog mezi studenty v evropských zemích. Realizace projektu je vždy jednou za čtyři roky (Užívání drog ve školní populaci: drogová situace. *Www.drogy-info.cz: drogová situace* [online]. 2015 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.drogy-info.cz).

2.7.1 Užívání návykových látek v Česku a Evropě

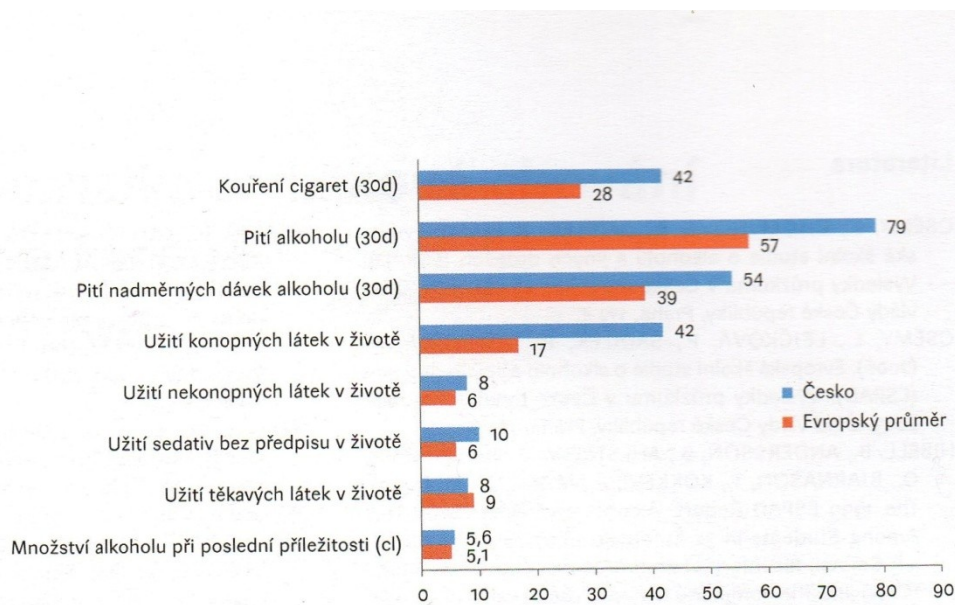
Rizikové chování má souvislost s preferovaným způsobem trávení volného času. Drúzová a Spilková se v projektu ESPAD zaměřily za země visegrádské čtyřky (Česko, Slovensko, Polsko, Maďarsko) tyto země vykazují vyšší výskyt rizikového chování mládeže (kouření cigaret, pití alkoholu a užívání marihuany) než země západní Evropy nebo země postkomunistické. Pro analýzu asociací trávení volného času a rizikových chování definovaly třemi skupinami studentů charakteristickými společnými znaky.

- První typ byl charakteristický trávením volného času po nákupních centrech, hraním automatů a chozením s partou po večerech ven
- Druhý typ byl charakteristický zálibou v četbě a kvalitní zájmové činnosti
- Třetí typ studentů jevil zájem o sport, internet a počítačové hry

Výrazně vyšší vztah k rizikovému chování měli studenti zařazení do prvního typu. Častější trávení volného času s partou bez uspořádané náplně volného času je spojené se zvýšením pravděpodobnosti pravidelné a nadměrné konzumace alkoholu, kouření cigaret a užívání marihuany. Data ukazují, že při zohlednění pohlaví je u dívek vyšší pravděpodobnost výskytu rizikového chování než u chlapců. Z výzkumu tedy vyplývá, že by měla být věnována vyšší pozornost tomu, kde mladí lidé tráví volný čas. Ve veřejných prostorech by proto měla být důsledně regulovaná dostupnost alkoholu a jiných návykových látek (Drúzová et al, 2015).

V porovnání s průměrem všech států, které se do studie ESPAD v roce 2011 zapojily, se ukázalo, že studenti v České republice ve vyšší míře konzumují alkohol i co se týče konzumace alkoholu v nadměrných dávkách a kouří cigarety než jejich vrstevníci

v ostatních zemích Evropy. Nejvýraznější rozdíl je u užití konopných látek v životě, které v roce 2011 uvedlo 42% studentů v České republice oproti 17% studentů, ze všech států Evropy. U ostatních indikátorů (užití nekonopných látek v životě, užití sedativ bez lékařského předpisu či užití těkavých látek v životě) není zásadní rozdíl mezi průměrem českých a evropských studentů (Drúzová et al, 2015).



Graf 1. Znázorňující rozsah užívání návykových látek mezi českými studenty ve srovnání s evropským průměrem v % (Hibell et al., 2012)

2.8 Podpora zdraví

Spojuje všechny snahy o zvýšení zdraví, posilováním plně tělesné, duševní, sociální pohody tak zvýšení odolnosti vůči nemocem. Moderní péče o zdraví zahrnuje podporu zdraví a prevence nemocí. V péči o zdraví jsou hlavními zdroji finanční prostředky, materiální a technické vybavení zdravotnických služeb. Spolu s lidmi jako činiteli, důležité je jak žijí, zda-li jsou ochotni sami se aktivně a účinně podílet na péči o zdraví své ale i celé společnosti (Machová a kol., 2009).

V roce 1995 zahájila světová zdravotnická organizace projekt global school health initiative, který usiluje o posílení podpory zdraví, mobilizaci vzdělávací činnosti na úrovni místní, národní, regionální i globální. Cílem projektu je navýšit počet škol, které skutečně můžeme nazývat školy podporující zdraví

(School and youth health: Global school health initiative. Www.who.int: Global school health initiative [online]. 2017 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.who.int).

Podle WHO 1998 je podpora zdraví proces, který pomáhá jedincům zvýšit kontrolu nad determinanty svého zdraví a tím zlepšit svůj zdravotní stav (Pojmy: Základní pojmy, vysvětlivky, definice. Www.vychovakezdravi.cz: Základní pojmy, vysvětlivky, defin [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/>).

2.8.1 Definice zdraví

Všechny definice zdraví jsou ovlivněny sociálním i kulturním prostředím kde vznikly. Ke zdraví můžeme přistupovat jako ke schopnosti adaptace, k ideálu, k metafyzické síle, nebo jako ke zboží. Většina přístupů ke zdraví má společný znak chápat zdraví v širším úhlu. Zdraví není pouze normální fungování těla především je to mimořádná hodnota za kterou zdraví můžeme rozhodně považovat (Zvírotsky, 2014).

Odborná literatura zabývající se zdravím a jejich definicemi však není vůbec jednotná nejznámější a nejčastěji používanou definici zdraví definovala světová zdravotnická organizace.

Klasická definice zdraví světové zdravotnické organizace (WHO), která je součástí ústavy, přijatá v roce 1946 na konferenci v New Yorku zní „*zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ (Řehulka, 2016, s.7) V současnosti jsou snahy o doplnění této klasické definice ještě o rovinu duchovní. Před rokem 1948 bylo zdraví vymezeno jako „*stav nepřítomnosti nemoci nebo tělesných defektů*“ a v další z roku 1977 je zase zdraví chápáno jako „*schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život*“ (Řehulka, 2016, s.7).

Díky těmto definicím můžeme zdraví rozlišit na pozitivní a negativní. Negativní zdraví lze chápat jako nepřítomnost nemoci, tedy když jedince netrápí žádné příznaky nemoci. Zdraví, které je takto chápáno vede jedince k pasivitě a málo na svém zdraví pracuje. Opakem je stav kdy zdraví chápeme pozitivně. Umožňuje nám rozvinout pojetí aktivního zdraví. Přistupovat aktivně ke zdraví znamená vědomě usilovat o ochranu zdraví, udržení a zlepšování zdravotního potenciálu. Patří i k určité životní filozofii, kdy člověk cítí odpovědnost za své zdraví (Řehulka, 2016, s.7).

2.8.2 Determinanty zdraví

Dle světové zdravotní organizace (WHO) se na zdraví podílejí tyto determinanty.

Životní styl 50%

- Do této skupiny řadíme způsob života, životní styl, systém práce a odpočinku, pohybová aktivita, škodlivé návyky, výživa ale i vzdělání, schopnost zvládat problémové a stresové situace.

Genetický profil 20%

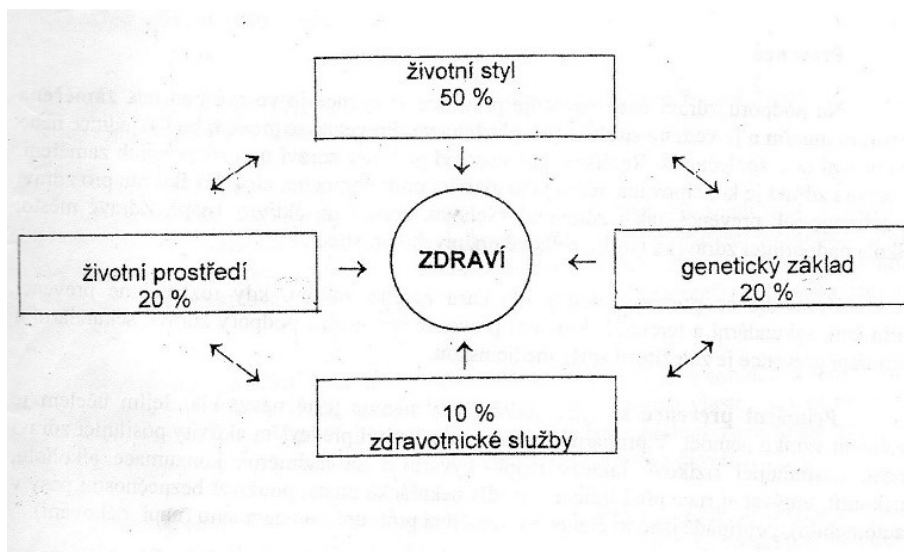
- Do této skupiny řadíme genetiku, pevnost zdraví, vrozené vlastnosti ale i pohlaví a věk. Různé druhy onemocnění postihují muže a ženy v různých věkových obdobích.

Životní a pracovní prostředí 20%

- Do této skupiny řadíme prostředí fyzické (ovzduší, voda, potraviny domy, komunikace) pracovní podmínky a zaměstnání, podpora ze strany rodiny a přátel, kultura (tradice a zvyky).

Zdravotní péče 10%

- Úroveň a dostupnost zdravotnictví. Preventivní a léčebné služby a schopnost je využívat (Komárek, a kol. 2011).



(Machová a kol., 2006).

Obrázek 2. Vzájemné vztahy mezi determinanty zdraví a zdravím

2.8.3 Rizika ohrožující zdraví ve škole

Škola je institucí, která je uspořádaná podle určitého hierarchického principu. Její společenské postavení podléhá vnějším tlakům, a kritériím. Školu sdružuje velké množství lidí, rozdílných individualit. Školu navštěvuje především velký počet nezletilých jedinců. Vzájemné působení vně takového zařízení může produkovat rizika nejrůznějšího charakteru např. mezilidská, adaptační, výkonová, sociální, zdravotní atd.

Optimální zátěž je podmínkou celkového zdravého vývoje a rozvoje jedince. Pokud však nastane nepoměr mezi požadavky a vlastnostmi jedince dochází k nepřiměřené zátěži. Pokud jsou na jedince kladeny nepřiměřeně vysoké nároky k jeho momentálním věkovým, vývojovým a individuálních předpokladů, nejsou doposud připravené nebo zralé, narušují rovnovážný stav jedince a prostředí. Mohou vést ke vzniku poruch chování, forem nepřizpůsobení a ke stresu. Obdobně nepříznivá je i nepřiměřeně nízká nebo nevhodná zátěž na jedince. Pokud jsou schopnosti jedince na vyšší úrovni nebo jiné, nerozvíjí schopnosti a dovednosti jedince, nestimuluje fyzickou, psychickou a sociální odolnost. Může vést ke frustraci či nudě.

Reakce na nepřiměřenou zátěž bývají velmi rozmanité. Avšak vždy má individuální charakter záleží jakými určitými předpoklady je jedinec vybaven. To co je pro jednoho jedince optimální může být pro druhého zátěž.

Reakce jedince na zátěž je výběrově strukturovaná tzn. že se může projevit v jakémkoli uspořádání interakci (biologické, psychické, interpersonální, sociokulturní).

Zátěžové reakce projevující se na jednotlivých úrovních:

- Biologická interakce – projevuje se v poruchách fyziologických funkcí (neuropsychické reakce, problémy spojené s trávením a vyměšováním, změny krevního tlaku a tepu)
- Psychické interakce – projevují se poruchami poznávacích funkcí (problémy spojené s pozorností, myšlením a prožitkovou oblastí (emocionální problémy jako například strach, úzkost)
- Interpersonální interakce – projevuje se ve změnách postojů a vztahů k lidem, sociální přizpůsobivost je snížena
- Sociálně- kulturní interakce – projevuje se změnami hodnotového systému a sociálně patologickými změnami

Zdrojem zátěže se může stát vše co se školou jakkoli souvisí. Zátěži jsou vystaveni všichni zúčastnění jedinci ve škole (zaměstnanci školy, žák i rodič). Učební činnost žáka a výuková činnost pedagoga je však hlavním zdrojem.

Podle Provazníka 1985 jsou to tyto vzájemně se ovlivňující školní interakce:

- Pracovní proces
- Sociální role
- Mezilidské vztahy
- Životní cíle a rozvoj

- Rodina
- Škola jako společenská instituce

(Strnadlová, 2011)

2.9 Program škola podporující zdraví

V roce 1997 se v Řecku konala konference na téma škola podporující zdraví – investice do školství, zdravotnictví a demokracie. Účastníci byli zástupci ministerství zdravotnictví a školství. Na konferenci bylo prohlášeno, že v Evropě má každé dítě a mladý člověk právo na vzdělání a měl by mít příležitost, aby se mu takovému to vzdělání dostalo ve škole, která podporuje zdraví. Školy podporující zdraví se snaží snižování zdraví ve společnosti a přispět ke zdraví a bohatství celé populace (Havlíková et. al, 2006)

V roce 1991 byl v České republice zahájen program škola podporující zdraví. V roce 2015 bylo registrováno v programu skoro 300 škol mateřských základních a středních. Poskytuje ucelenou strukturu jak použít zásady podpory zdraví. Program tvoří osnovu do níž se vkládají určité výchovně vzdělávací procesy, všeobecné a specifické preventivní programy a projekty. Program se může zpočátku zdát náročný z důvodu jeho šíře, průnikem do každodenních činností a zejména při nastavování žádoucích postupů. Realizace jednotlivých zásad programu jsou rozčleněny do dvou fází. Zároveň jsou tyto zásady i obecnými základními kritérii programu.

Počáteční fáze se nazývá úroveň B, zabývá se blíže postupy a činnostmi, kterými by se měla škola podporující zdraví zabývat. Má-li škola zájem a možnost postupy a aktivity dále rozšiřovat a prohlubovat posouvá se do pokročilé fáze tedy úrovně A (Nejedlá a kol., 2015).

2.9.1 Pilíře a zásady programu škola podporující zdraví

První pilíř: Pohoda prostředí

1. Zásada: Pohoda věcného prostředí
2. Zásada: Pohoda sociálního prostředí
3. Zásada Pohoda organizačního prostředí

První pilíř programu se zaobírá pohodou prostředí, to jsou podmínky, které si škola sama vytváří svojí výchovnou a vzdělávací činností. V rámcovém vzdělávacím programu jsou uvedeny podmínky prostorové, materiální a psychohygienické (objevují se v nich heslovitě pilíře a zásady programu škola podporující zdraví), personální, organizační, podmínky pro hygienické a bezpečné vzdělávání a podmínky spolupráce školy a rodičů

žáků. Všechny tyto podmínky představují optimální stav. !!!! Rámcový vzdělávací program vymezuje podmínky, které jsou nezbytné. Vymezeny jsou pouze podmínky materiální a prostorové protože další podmínky (organizační, personální a bezpečnostní) nepotřebují většinou specifické nároky na finanční zabezpečení.

Školy zapojené do programu škola podporující zdraví se snaží v rámci prvního pilíře systematicky a sofistikovaně tvořit příznivé podmínky vzdělávání. V rámci těchto zásad směřovat k optimálnímu stavu (Nejedlá a kol., 2015).

Druhý pilíř: Zdravé učení

4. Zásada: smysluplnost
5. Zásada: Možnost výběru a přiměřenost
6. Zásada: spoluúčast a spolupráce
7. Zásada: motivující hodnocení

Druhý pilíř zdravé učení vychází z rámcového vzdělávacího programu základního vzdělávání. Kdy jeden z cílů říká: „**Učit žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a být za ně zodpovědný.**“ Samozřejmě i většina ostatních cílů má přímý vztah k učení. Škola těchto cílů dosahuje organizací výuky a životem školy, efektivními způsoby výuky a hodnocení. Působení na žáky je ucelené a promyšlené. Způsob výuky je popsán ve školním vzdělávacím programu. A v něm má každý vyučovací předmět formulované očekávané výstupy, kterých dosahují žáci pomocí učiva. Učitelé mají významnou úlohu. Právě na nich záleží jak doráží pojmenovat, co má žák umět, volba vhodné metody motivace žáků a hodnocení (Nejedlá a kol. 2015).

Třetí pilíř: otevřené partnerství

8. Zásada: škola jako model demokratického společenství
9. Zásada: škola jako kulturní a vzdělávací středisko obce

Škola sdružuje různorodé společenství lidí. Střetávají se zde učitelé, žáci a rodiče ale i nepedagogičtí pracovníci školy, partneři školy, hosté a návštěvníci. Všichni jsou propojeni sociálními vztahy a vazbami. Kvalita a úroveň těchto vztahů ovlivňuje nebo vytváří klima školy. Velmi významný podíl na kvalitě procesů učení je klima školy. V posledních letech došlo k reformě českého školství. Spouštěčem byla nová povinnost pro všechny základní školy v České republice. Od 1.9.2007 musely vytvořit vlastní školní vzdělávací program a začít podle něj vyučovat. Cílem reformy bylo jednotlivým školám umožnit vytvořit si program pro vzdělávání svých žáků „šitý na míru“. Jednotlivé školy zohlednily své podmínky a možnosti (organizační, materiální, personální) a ustoupily od vzdělávání zaměřené pouze na znalosti. Nové tisíciletí se soustředilo na strategie

vzdělávání tzv. klíčové kompetence. Ty umožňují vybavit žáky dovednostmi důležitými pro život (Nejedlá a kol., 2015).



Obrázek 2. pilíře a zásady programu škola podporující zdraví

Obrázek 3. Logo programu pro základní a střední školy



(Škola podporující zdraví. *Státní zdravotní ústav* [online]. 2009 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.szu.cz).

2.10 Koncepce výuky výchovy ke zdraví na základních školách

Hlavním cílem projektu bylo zjistit, jak probíhá realizace výchovy ke zdraví na základních školách v České republice. Výzkum byl zahájen v říjnu 2011. Celkem se bylo osloveno 490 základních škol, z nichž se účastnilo 165 základních škol. Celý výzkum byl rozdělen do III. Etap. Jako výzkumná metoda byl zvolen dotazník, který byl určen ředitelům základních škol (Kopecký a kol. 2013).

Celý dotazník obsahuje 22 položek. Zde jsou vybrány pouze některé. Úvodní otázka se dotazovala, zda základní škola je zařazena do programu škola podporující zdraví. Z důvodu, že základní školy podílející na programu zdravá škola mají do svého kurikula zakomponovanou oblast podpory zdraví a výchovu ke zdraví a promítá se do všech oblastí

výchovy a výuky. Zařazení do tohoto projektu potvrdilo 5,5% dotazovaných škol. Z výzkumu dále vyplývá, že 80,6% škol vyučuje předmět výchova ke zdraví samostatně, doporučená hodinová dotace 2 hodiny týdně pro 4 ročníky (6, 7, 8, 9) se zdá 60,6% dotazovaných škol jako dostačující. Avšak jednou z otázek v dotazníku bylo kolik vyučovacích hodin je reálně věnováno výuce výchovy ke zdraví 37,6% dotazovaných škol odpovědělo že 2 hodiny/týden/4 ročníky ale 52,1% škol věnuje výuce výchovy ke zdraví větší časový prostor než 2 hodiny týdně. Z výzkumu dále vychází, že pouze na 6,7% škol vyučuje výchovu ke zdraví aprobovaný učitel. Z výzkumu vyplývá, že je to nejčastěji neaprobovaný učitel a to z 36,4% nebo učitel s aprobační rodinná výchova a to z 27,3%. Další otázkou bylo jakým tématům se ve výuce ke zdraví konkrétní škola věnuje. Nejpočetnější odpovědí bylo vyváženost témat a to v 52,9% případech. Pokud byly vybrány jednotlivé oblasti, dominovaly témata výživy a stravovacích zvyklostí a prevence závislostí. Otázka týkající se významu vzdělávání žáků v oblasti výchovy ke zdraví, byla vyhodnocena velmi kladně 95,2% ředitelů vidí smysl ve vzdělávání žáků v této oblasti. A téměř na 70% škol byl realizován nejméně jeden projekt zaměřující se na oblast výchovy ke zdraví. Celospolečenský dopad vnímá 69,1% ředitelů škol. Jeho projev můžeme sledovat například na snížení infekčních nákaz (HIV) nebo snížení morbidit a mortality na tzv. Civilizační choroby, posílení prevence úrazů a snížení incidence závislostního chování.

Závěrem lze říci, že většina škol realizuje předmět výchova ke zdraví. Více než 50% škol uvádí vyšší hodinovou dotaci předmětu než je doporučená 2 hodiny/týden. Předmět výchova ke zdraví vyučují ve 34% případech aprobovaní pedagogové výchovy ke zdraví nebo rodinné výchovy. O významu vzdělávat další generace v oblasti výchovy ke zdraví je přesvědčeno téměř 96% ředitelů škol, a to dokazují i realizací projektů na toto téma (Kopecký a kol., 2013).

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BOUDOVÁ, Jaroslava a kol. Program Škola podporující zdraví. Vydání první. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze v NLN s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny, 2015. 104 stran. Učební texty. ISBN 978-80-7422-406-5.
2. BLAŠTÍKOVÁ, Lucie a kol. *Klima školy a jeho ovlivnění školním metodikem prevence a sociálním pedagogem v základní škole*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 103 stran. Monografie. ISBN 978-80-244-4894-7.
3. CIKLOVÁ, Kateřina. Rizikové chování ve škole s vazbou na legislativní úpravu: rádce školního metodika prevence. 2. vydání. [Ostrava]: EconomPress, 2016. 207 stran. ISBN 978-80-905065-9-6.
4. CIKLOVÁ, Kateřina. Rizikové chování ve škole s vazbou na legislativní úpravu: rádce školního metodika prevence. 1. vyd. [Ostrava]: EconomPress, 2014. 160 s. ISBN 978-80-905065-6-5.
5. DVOŘÁK, Dominik. Od osnov ke standardům: proměny kurikulární teorie a praxe. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2012. 134 s. ISBN 978-80-7290-601-7.
6. DZÚROVÁ, Dagmar, ed. et al. Zdravotně rizikové chování mládeže v Česku. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2015. 133 stran. ISBN 978-80-7071-343-3.
7. FIALOVÁ, Ludmila et al. Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2014. 234 s. ISBN 978-80-246-2885-1.
8. HIBELL, B., GUTTORMSSON, U., AHLSTROM, S., BALAKIREVA, O., BJARNASON, T., KOKKEVI, A., KRAUS, L., (2012): The 2011 ESPAD report: substance use among students in 16 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group of the Council of Europe, Stockholm, Sweden, 390s.
9. http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/
10. HAVELKOVÁ, Marie, Ferbarová Romana. *Výchova ke zdraví sborník prací učitelů a studentů katedry rodinné výchovy a výchovy ke zdraví Pdf MU v Brně*. Brno: Univerzita Masarykova v Brně, 2005. 125stran. ISBN 80-210-3918-3.
11. HAVLÍNOVÁ, Miluše et al. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2006. 311 s. ISBN 80-7367-059-3.

12. KOCOURKOVÁ, Vladimíra a ŠAFRÁNKOVÁ, Anna. Úvod k primární prevenci rizikového chování. 1. vyd. Olomouc: Agentura Gevak, 2014. 55 s. ISBN 978-80-86768-85-4.
13. KOMÁREK, Lumír a kol. Ochrana a podpora zdraví. 1. vyd. Praha: Nadace CINDI ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK Praha, 2011. 99 s. ISBN 978-80-260-1159-0.
14. KOPECKÝ, Miroslav, ed., KIKALOVÁ, Kateřina, ed. a TOMANOVÁ, Jitka, ed. Antropologicko-psychologicko-sociální aspekty podpory zdraví a výchovy ke zdraví. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 517 s. Sborník. ISBN 978-80-244-3472-8.
15. KOTÁSEK, Jiří, ed. et al. Národní program rozvoje vzdělávání v České republice: bílá kniha. [Praha]: Tauris, 2001. 98 s. ISBN 80-211-0372-8.
16. Kurikulum: základní pilíř vzdělávání. Www.rvp.cz: základní pilíř vzdělávání [online]. 2012 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.rvp.cz
17. MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 291 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2715-8.
18. MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví pro učitele*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta, 2006. 250 s. ISBN 80-7044-768-0.
19. Manual pro tvorbu minimálního preventivního programu [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.pppolomouc.cz
20. MIOVSKÝ, Michal a kol. Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. 405 stran. Monografie. ISBN 978-80-7422-391-4.
21. MIOVSKÝ, Michal et al. Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy. Dotisk 1. vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze v NLN s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny, 2015. 96 stran. Monografie. ISBN 978-80-7422-397-6.
22. Pojmy: Základní pojmy, vysvětlivky, definice. Www.vychovakezdravi.cz: Základní pojmy, vysvětlivky, defin [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/>

23. POLÍNEK, Martin Dominik. *Tvořivost (nejen) jako prevence rizikového chování: expresivně-formativní potenciál základního uměleckého vzdělávání*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 164 stran. ISBN 978-80-244-4842-
24. PRÁŠILOVÁ, Michaela a ŠMELOVÁ, Eva. *Kurikulum a jeho tvorba II: studijní texty pro distanční vzdělávání*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 75 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-2607-5.
25. Prevence: Vymezení rizikového chování. Www.adiktologie.cz: www.adiktologie.cz [online]. 2011 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.adiktologie.cz
26. ŘEHULKA, Evžen et al. *Škola a zdraví pro 21. století, 2009: aktuální otázky výchovy ke zdraví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 347 s. ISBN 978-80-210-5071-6.
27. ŘEHULKA, Evžen. *Zdraví - učitelé - škola*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2016. 211 stran. ISBN 978-80-210-8254-0.
28. School and youth health: Global school health initiative. Www.who.int: Global school health initiative [online]. 2017 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.who.int
29. STRNADLOVÁ, Alice. *Tvorba a metodika projektů k podpoře zdraví: studijní text*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2011. 74 s. ISBN 978-80-7368-978-0.
30. Škola podporující zdraví. Státní zdravotní ústav [online]. 2009 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.szu.cz
31. školský zákon. Www.msmt.cz: školská zákon [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.msmt.cz
32. Užívání drog ve školní populaci: drogová situace. Www.drogy-info.cz: drogová situace [online]. 2015 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.drogy-info.cz
33. Vzdělávací obsah oboru výchova ke zdraví: články. Www.rvp.cz: články [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: www.rvp.cz
34. ZVÍROTSKÝ, Michal. *Zdravý životní styl*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. 52 s. ISBN 978-80-7290-661-1.
35. SLAVÍK, Jan, ed. *Obory ve škole: metaanalýza empirických poznatků oborových didaktik matematiky, chemie, výtvarné výchovy, hudební výchovy a výchovy ke zdraví z let 1990-2004*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2005. 158 s. Studia paedagogica; 26. ISBN 80-7290-225-3.