

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy



Diplomová práce

Jarmila Slámová

Učitelství přírodopisu a učitelství Výchovy ke zdraví

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

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité literární i odborné zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 17.dubna 2018

.....
Jarmila Slámová

PODĚKOVÁNÍ

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

V Olomouci 17. dubna 2018

.....
Jarmila Slámová

Obsah

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 6 |
| 1. CÍLE PRÁCE..... | 7 |
| 2. TEORETICKÉ POZNATKY | 9 |
| 2.1 Kurikulum | 9 |
| 2.1.1 Národní kurikulum..... | 10 |
| 2.1.2 Rámcový vzdělávací program | 10 |
| 2.1.3 Zařazení výchovy ke zdraví do RVP | 11 |
| 2.1.4 Školní vzdělávací programy | 13 |
| 2.2 Školní preventivní strategie..... | 13 |
| 2.2.1 Principy strategie | 14 |
| 2.2.2 Základní cíle | 14 |
| 2.2.3 Cílové skupiny..... | 15 |
| 2.3 Podpora zdraví..... | 15 |
| 2.3.1 Definice zdraví..... | 16 |
| 2.3.2 Determinanty zdraví..... | 16 |
| 2.3.3 Rizika ohrožující zdraví ve škole..... | 17 |
| 2.3.4 Program Škola podporující zdraví | 18 |
| 2.3.4.1 Pilíře a zásady programu Škola podporující zdraví | 20 |
| 2.4 Koncepce výuky výchovy ke zdraví na základních školách..... | 22 |
| 2.4.1 Geneze kurikula v oboru výchova ke zdraví | 23 |
| 2.5 Rizikové chování | 25 |
| 2.5.1 Prevence rizikového chování..... | 26 |
| 2.5.2 Primární prevence rizikového chování..... | 27 |
| 2.5.3 Minimální preventivní program..... | 28 |
| 2.5.3.1 Zpracování minimálního preventivního programu | 29 |
| 2.5.4 Užívání návykových látek v česku a Evropě..... | 32 |

| | |
|---|----|
| 3. METODOLOGIE | 34 |
| 3.1 Charakteristika výzkumného souboru | 35 |
| 3.2 Výzkumné otázky, předpoklady | 36 |
| 3.3 Stanovení proměnných, operační definice | 36 |
| 4. VÝSLEDKY PRÁCE | 38 |
| DISKUZE | 56 |
| ZÁVĚR | 58 |
| SOUHRN | 61 |
| SUMMARY | 62 |
| REFERENČNÍ SEZNAM | 63 |
| SEZNAM ZKRATEK | 61 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK | 62 |
| SEZNAM GRAFŮ | 63 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 64 |
| PŘÍLOHA I. – KÓDOVACÍ KNIHA | 65 |
| ANOTACE | 70 |

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. Tato práce se snaží určit, zdali se školy skutečně zaměřují na výuku stěžejních témat výchovy ke zdraví. Zaměří se na průzkum ŠVP 40 základních škol, u nichž bude zjišťováno, jakým způsobem zařazují konkrétní témata výchovy ke zdraví do vyučování.

Problematika podpory zdraví a prevence rizikového chování je nejčastěji vyučována v předmětu výchova ke zdraví (VÚP, 2007). Tento vyučovací předmět je relativně nový, ačkoliv některé školy jej začaly vyučovat již v roce 2004. Na všech školách se pak vyučuje od 1. 9. 2007, kdy základním školám vzešla povinnost ze strany státu začít vyučovat témata tohoto předmětu. Některé základní školy se rozhodly tato témata zařadit do samostatného předmětu. Jiné školy je integrovaly do ostatních vyučovacích předmětů. Nejčastěji to bývá přírodopis nebo občanská nauka. Před rokem 2007 byla tato témata zařazována do předmětu Rodinná výchova.

Výuka předmětu výchova ke zdraví podporuje v žácích pozitivní vztah ke svému zdraví, smysluplného využití volného času a prevenci před rizikovým chováním. Žáci, kteří jsou vzděláváni 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, zdravá

škola). 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.

Teoretická část má za úkol vytvořit teoretickou platformu, z níž budou vycházet souvislosti mezi rámcovým a školním vzdělávacím programem z hlediska vyučovacího předmětu výchova ke zdraví. Bude nastíněno, jaké požadavky klade RVP na předmět výchova ke zdraví. Práce bude dále pojednávat o jednotlivých způsobech zařazení péče o zdraví a prevence patologického chování do kurikulárních dokumentů. Budou nastíněny různé programy podpory zdraví a zmíněny budou i takové dokumenty snažící se předcházet rizikovému chování a podporovat péči o zdraví, jako je například minimální preventivní program a jiné. Cílem praktické části bude provedení obsahové analýzy 40 ŠVP různých základních škol a zjištění existenci a případné časovou dotaci daných subtémat v těchto ŠVP.

1. CÍLE PRÁCE

Tato práce si klade za cíl detekovat, jakým způsobem je provedena implementace obsahové a časové stránky předmětu výchova ke zdraví z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (RVP) do jednotlivých školních vzdělávacích programů (ŠVP).

U tematických podoblastí výchovy ke zdraví bude pomocí obsahové analýzy zjišťováno, zda jsou do ŠVP zařazena tato témata:

- problematika podpory zdraví,
- problematika prevence před návykovými látkami,
- problematika pohlavně přenosných chorob,
- problematika šikany,
- problematika prevence před alkoholem.

2. TEORETICKÉ POZNATKY

Začátek teoretické části této práce bude věnován legislativě, která řídí vzdělávání v České republice a která vyčleňuje výchově ke zdraví v teoretickém rámci nezastupitelné místo. Bude zde nastíněna problematika kurikulárních dokumentů počínaje kurikulem na úrovni státní, přes tzv. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP) až po různé školní vzdělávací programy a jednotlivé preventivní strategie v nich zahrnuté. Následně je třeba shrnout několik pohledů na zdraví a také, jakým způsobem je péče o zdraví zahrnuta do výuky a jaké programy a projekty byly zavedeny k její podpoře. Kromě zdraví se práce zaměří také na rizikové chování žáků českých základních škol ve srovnání se školami světovými, dále na druhy prevence takového chování a na zakotvení prevence ve školských předpisech a na tvorbu tzv. minimálního preventivního programu.

2.1 Kurikulum

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

Kurikulum obsahuje velkou rozdílnost definic. Tabulka 1. ukazuje příklady různých dokumentů kurikula na jednotlivých úrovních.

Tabulka 1. Úrovně existence kurikula (Dvořák, 2012)

| Označení | Úroveň | Příklad |
|----------|----------------------|---|
| Supra | Nadnárodní | SERR ¹ |
| Makro | Systém, národní stát | Hlavní cíle popsané v rámcovém dokumentu národní evaluační/testové programy |
| Mezo | Škola | Školní vzdělávací program |
| Mikro | Třída, učitel | Tematické plány, přípravy, moduly, kurzy, projekty, učebnice |
| Nano | Žák, jedinec | Individuální učební plán osobní vzdělávací biografie |

¹ Společný evropský referenční rámec

2.1.1 Národní kurikulum

Národní kurikulum představuje normu platnou pro celý národ. Chápeme ho jako souhrnný systém, který nejenže popisuje cíle a obsah vzdělávání, ale zahrnuje i evaluační nástroje a 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). V tabulce 2 jsou uvedeny formy kurikula.

Tabulka 2. Formy existence kurikula (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 ... |

2.1.2 Rámcový vzdělávací program

Ke dni 1. 1. 2005 nabył 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.

(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.

(3) Rámcové vzdělávací programy je možné v závažných případech měnit, a to s účinností nejdříve od začátku následujícího školního roku, pokud nejde o změny vyplývající z platných právních předpisů. V takovém případě ministerstvo, které rámcový vzdělávací program vydalo, zveřejní změnu s dostatečným časovým předstihem.“ (Zákon č. 561/2004 Sb.)

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 poskytnout žákům co nejkvalitnější 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. Kromě základního vzdělávání jim poskytuje i další poznávání a rozvíjení potencialit jednotlivých žáků (Kotásek et al., 2001).

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 nejen vytvořit, ale i realizovat a evaluovat (Prášilová, Šmelová, 2010).

2.1.3 Zařazení výchovy ke zdraví do RVP

Výchova ke zdraví na II. stupni je v RVP z roku 2004 zařazena do vzdělávací oblasti „Člověk a zdraví“ a do tematického okruhu „Člověk a zdraví“. Zaměřuje se na 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. Důraz je kladen především na praktické dovednosti a jejich propojení s praxí (VÚP, 2007). Vzdělávací obsah výchovy ke zdraví prostupuje napříč i jinými vyučovacími předměty v nezanedbatelné míře (přírodopis, výchova k občanství, tělesná výchova).

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání z roku 2004 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 individuální úrovni. 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 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 (Mikesková, 2012).

Učivo oboru výchova ke zdraví dle RVP z 2017 je strukturováno do šesti tematických okruhů:

- vztahy mezi lidmi a formy soužití,
- změny v životě člověka a jejich reflexe,
- zdravý 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 (VÚP, 2007).

2.1.4 Školní vzdělávací programy

Zákon 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání stanovuje povinnost každé základní školy vytvořit školní vzdělávací program, který vychází z rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Ředitel školy zodpovídá za jeho tvorbu a realizaci. Z pohledu pedagogického tvorba školních vzdělávacích programů dává základním školám větší možnost svobodněji stanovit představy o nejvhodnější podobě vzdělání na konkrétní škole. Učitelé mají možnost propojit své úsilí a zkušenosti k vytvoření společných postupů a strategií k realizaci požadavků rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, dále mají možnost vytvoření vzdělávacího obsahu a vhodně jej přizpůsobit potřebám žáků a podmínkám školy (Zákon č. 561/2004 Sb.)

2.2 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. Má 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).

2.2.1 Principy strategie

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

- partnerství a společný postup,
- komplexní řešení problematiky primární prevence rizikového chování,
- kontinuita působení a systematičnost 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 (MŠMT, 2013).

2.2.2 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 zvládání zátěžových situací. Dalším cílem je také motivovat k opuštění rizikového chování, pokud již nastalo, a ve výrazné formě i ochrana před jeho dopady. Výchovně-vzdělávací proces je zabezpečován kvalifikovanými a kompetentními osobami a institucemi.

Specifické cíle ve strategii představují koordinaci na úrovni horizontální i vertikální. Koordinační mechanismy, role, kompetence jednotlivých orgánů a institucí i se způsobem komunikace mezi nimi jsou jasně formulovány. Na úrovni horizontální i

vertikální funguje systém primární prevence. Dalším specifickým cílem je nastavit do efektivního systému vzdělávání v oblasti primární prevence rizikového chování. Všechny subjekty, které se spoluúčastní na primární prevenci, využívají, ověřují a realizují výstupy projektu VYNSPI²:

- 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 (MŠMT, 2013).

2.2.3 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 skupinami dětí a mladistvých se zabývají programy všeobecné primární prevence. Jsou jimi:

- 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, jednotlivce s rysy rizikového chování, ale řadí se sem také rodiče s rizikovými faktory nebo veřejnost a pracovníci v primární prevenci rizikového chování. Děti, které vyrůstají v prostředí s výskytem rizikových faktorů, jsou více ohroženy.

2.3 Podpora zdraví

Důležitým prvkem v péči o zdraví je podpora zdraví. Mluvíme-li o zdraví a nemoci člověka, musíme vzít v úvahu nároky na konkrétní prostředí. Stejný organismus reaguje v rozdílných podmínkách odlišně. Koncepce podpory zdraví vychází z činností

² VYNSPI – projekt s názvem „Implementace a evaluace minimálního preventivního programu, systémových nástrojů ve vzdělávání a vytvoření sběrného systému v oblasti prevence rizikového chování pro pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni“

podporující zdraví, upevňování a posilování zdraví, rozvoje a ochrany zdraví (Čeledová, Čevela, 2010).

2.3.1 Definice zdraví

Všechny definice zdraví jsou ovlivněny sociálním i kulturním prostředím, ve kterém vznikly. Ke zdraví můžeme přistupovat jako ke schopnosti adaptace, k ideálu, k metafyzické síle nebo jako ke zboží. Společným znakem většiny přístupů ke zdraví je chápání zdraví v širším smyslu. Zdraví není pouze normální fungování těla. Především je to mimořádná hodnota (Zvírotsky, 2014). Odborná literatura zabývající se zdravím a jejich definicemi však není vůbec jednotná.

Nejnámější a nejčastěji používanou definici zdraví definovala Světová zdravotnická organizace (WHO). Součástí Ústavy je klasická definice zdraví WHO, přijatá v roce 1946 na konferenci v New Yorku: „*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 situaci, kdy jedince netrápí žádné příznaky nemoci. Zdraví, které je takto chápáno, vede jedince k pasivitě, takový člověk na svém zdraví málo 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).

2.3.2 Determinanty zdraví

Dle světové zdravotní organizace 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%) – sem 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, podporu ze strany rodiny a přátel, kulturu (tradice a zvyky).
- Zdravotní péče (10%), tj. úroveň a dostupnost zdravotnictví, preventivní a léčebné služby a schopnost je využívat (Komárek, a kol. 2011).

Čeledová a Čevela (2010) rozlišili dále dva faktory podle možnosti ovlivnění zdravotního stavu. První skupinou jsou individuální faktory. Zahrnujeme sem životní styl, způsob života a osobní chování. Ty, které ovlivňují zdraví bez toho, aby do nich zasáhl sám jedinec, jsou faktory prostředí. Sem řadíme socioekonomické prostředí, životní prostředí a zdravotní péči. Životní prostředí a člověk jsou velice těsně spjaty. Můžeme rozlišit čtyři základní sféry životního prostředí z hlediska charakteristiky a jeho ovlivnitelnosti: regionální, lokální, pracovní a individuální (Čevela, Čeledová, 2010).

2.3.3 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, především velký počet nezletilých jedinců. Vzájemné působení 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 individuálním předpokladům (jedinec není připravený nebo zralý), 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 naopak na vyšší úrovni, nerozvíjí se jeho schopnosti a dovednosti, neboť není stimulována fyzická, psychická či sociální odolnost. To může vést ke frustraci či nudě.

Reakce na nepřiměřenou zátěž bývají velmi rozmanité, avšak vždy mají individuální charakter. Záleží na tom, jakými určitými předpoklady je jedinec vybaven. To, co je pro jednoho jedince optimální, může být pro druhého zátěží. Reakce jedince na zátěž je výběrově strukturovaná a může se projevit následnými typy interakcí:

- 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, tj. 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 (Strnadlová, 2011).

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.

2.3.4 Program Škola podporující zdraví

Podle WHO 1998 je podpora zdraví proces, který pomáhá jedincům zvýšit kontrolu nad determinanty svého zdraví a tím zlepšit svůj zdravotní stav (Nedbalová, 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 (WHO, 2018).

Dle Machové (in Kubátová a kol., 2015) byl projekt podpory zdraví ve školním prostředí úspěšný v celosvětovém měřítku. Jeho název zní „Škola podporující zdraví“. Skotská Jednotka zdravotní výchovy spolupracovala se Světovou zdravotnickou organizací a publikovala myšlenky tzv. „zdravé školy“. První publikace vyšla v roce 1989 pod názvem „Zdravá škola“. Základem projektu je holistický model zdraví, který se opírá o definici světové zdravotnické organizace. Snaží se o systematické začlenění podpory zdraví do veškerých aktivit školy.

Ozdravné programy na základních školách v České republice mají dlouhou historii. Začátek těchto programů se datuje již do 80. let a lze je rozdělit do tří etap. V první etapě (1986-1990) provedl Státní zdravotnický ústav v Praze výzkum na základních školách a ze získaných výsledků byl vytvořen projekt s názvem „Ozdravný program na ZŠ“, zaměřený na ochranu před stresem a napětím na základních školách. Všechny školy byly s projektem seznámeny a okolo 100 škol program i zrealizovalo.

Během druhé etapě (1991-1995) Českou republiku navštívili experti WHO, kteří nabídli a představili projekt „Program podpory zdraví na ZŠ“. Národní centrum podpory zdraví se stalo garantem programu v České republice.

Ve třetí etapě (od roku 1996 do současnosti) se široká laická i odborná veřejnost seznamuje s cíli a principy programů. Byl vytvořen manuál, který seznamuje s principy projektu a obsahuje i metodiku pro tvorbu těchto projektů (Havelková, Ferbarová, 2005).

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 postupu 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, průniku 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 fázi se říká „úroveň B“. Týká se postupů a činností, 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).

2.3.4.1 Pilíře a zásady programu Škola podporující zdraví

Program Škola podporující zdraví je vymezen třemi pilíři, z nichž každý se řídí několika zásadami.

První pilíř – pohoda prostředí – se řídí těmito zásadami:

- 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 a v rámci těchto zásad směřovat k optimálnímu stavu (Nejedlá a kol., 2015).

Druhý pilíř – zdravé učení – vyžaduje následující zásady:

- 4. zásada: smysluplnost,
- 5. zásada: možnost výběru a přiměřenost,
- 6. zásada: spoluúčast a spolupráce,
- 7. zásada: motivující hodnocení.

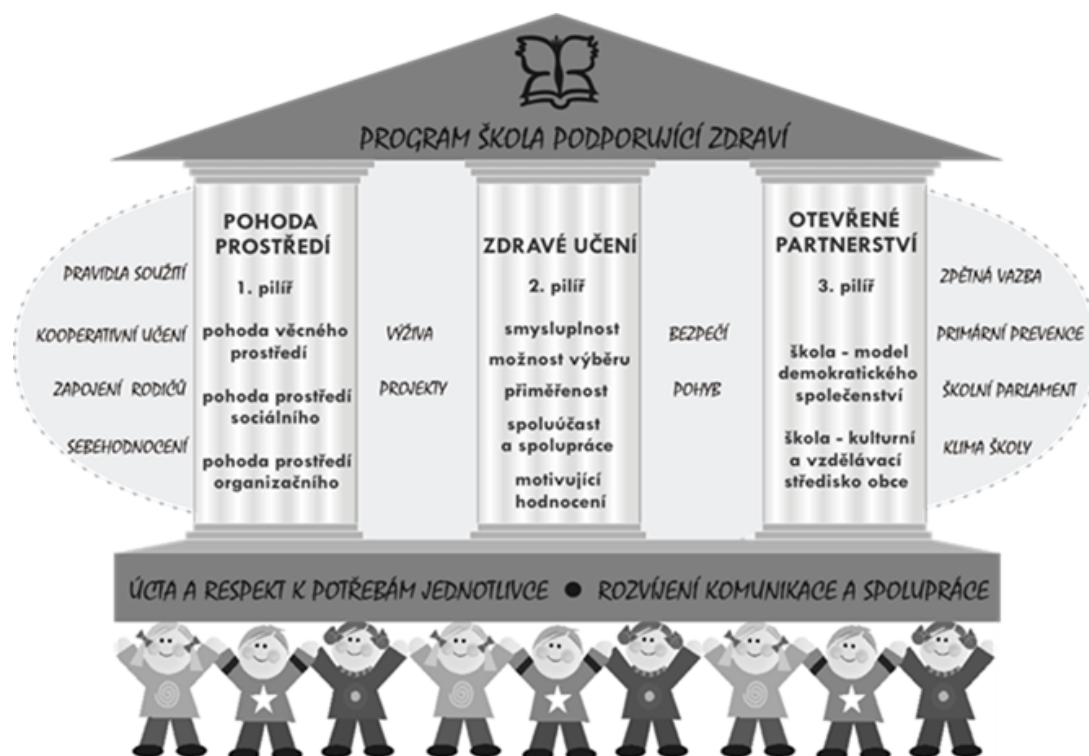
Druhý pilíř (zdravé učení) vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Jeden z cílů zní: „**Učit žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a být za ně zodpovědný.**“ Samozřejmě i většina ostatních cílů má přímý vztah k učení. Škola těchto cílů dosahuje 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 dokážou pojmenovat, co má žák umět, volba vhodné metody motivace žáků a hodnocení (Nejedlá a kol. 2015).

Třetí pilíř – otevřené partnerství – se řídí těmito zásadami:

- 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, které má velmi významný podíl na kvalitě procesů učení. 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 názorně zobrazuje všechny tři pilíře programu Škola podporující zdraví i se svými zásadami. Obrázek 3 zobrazuje logo programu.



Obrázek 1. Zásady programu Škola podporující zdraví (SZU, 2017)



Obrázek 2. Logo programu škola podporující zdraví (SZU, 2017)

2.4 Koncepce výuky výchovy ke zdraví na základních školách

Hřivnová (in Kopecký a kol., 2013) popsala výzkum z října 2011, který si kladi za cíl zjistit, jak probíhá realizace výchovy ke zdraví na základních školách v České republice. Celkem bylo osloveno 490 základních škol, z nichž se jich účastnilo 165. Celý výzkum byl rozdělen do tří etap. Jako výzkumná metoda byl zvolen dotazník,

který byl určen ředitelům základních škol. Celý dotazník obsahuje 22 položek. V této práci jsou pro ilustraci vybrány pouze některé.

Úvodní otázka zjišťovala, zda základní škola je zařazena do programu Škola podporující zdraví. 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 každý ročník II. stupně se zdá 60,6 % dotazovaných škol jako dostačující. Dotazník také zjišťoval, kolik vyučovacích hodin je reálně věnováno výuce výchovy ke zdraví. 37,6 % dotazovaných škol uvedlo, že časová dotace pro tento předmět je 2 hodiny týdně v každém ročníku II. stupně, a 52,1 % škol věnuje výuce výchovy ke zdraví větší časový prostor než 2 hodiny týdně. Z výzkumu dále vyplývá, že pouze v 6,7 % škol vyučuje výchovu ke zdraví aprobovaný učitel. Nejčastěji (36,4 %) je to neaprobovaný učitel nebo učitel s aprobační rodinná výchova (27,3 %). Další otázkou bylo, jakým tématům se ve výchově ke zdraví konkrétní škola věnuje. Nejpočetnější odpovědí bylo vyváženost témat, a to v 52,9 % případech. Pokud byly vybrány jednotlivé oblasti, dominovala 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 v 70 % škol byl realizován nejméně jeden projekt zaměřující se na oblast výchovy ke zdraví. Celospolečenský dopad vnímá 69,1 % ředitelů škol. Můžeme jej sledovat například u snížení infekčních nákaz (HIV), morbidity a mortality na tzv. civilizační choroby a incidence závislostního chování a posílení prevence úrazů (Kopecký a kol., 2013).

2.4.1 Geneze kurikula v oboru výchova ke zdraví

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 tím, že se zacílily 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 byly formulovány a realizovány cíle směřované k podpoře zdraví v základním vzdělávání, dále jakým způsobem jsou tyto cíle organizovány a do kterého

vyučovacího předmětu a v jakém rozsahu bylo zařazeno učivo vztahující se k problematice zdraví.

Podstatná je průběžná aktualizace vzdělávacího obsahu v závislosti na vývoj vědeckého poznání. Je důležité, aby se do výuky předmětu zaměřeného na podporu zdraví promítaly výsledky vědeckých bádání, které jsou poznatkovým základem jejich vzdělávacích obsahů. Dále je to postoj společnosti k životním hodnotám a také přebírání odpovědnosti za zdraví a rodinu jednotlivcem. Změna přístupu celé společnosti k významu zdravotní gramotnosti v životě jedince po roce 1989 otevřela cestu k hlavní přeměně školy. Nastartovala aktivity motivující žáky ke zdravému způsobu života. 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 (Fialová, 2014).

Upravená pedagogická dokumentace 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. Hlavním cílem bylo podle požadavků WHO podporovat a rozvíjet zdraví ve všech komponentách (fyzické, psychické, 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 Průvodce 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 byl inspirací pro rozvržení vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví. Při prosazování výchovy ke zdraví do kurikula lze považovat za 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 i ze zkušeností s 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. Prvním důležitým požadavkem je, aby podpora zdraví žáků ze strany školy, především proces edukace orientovaný na výchovu ke zdraví provázela žáka po celou dobu školní docházky s ohledem na individuální a věkové zvláštnosti jedince. Dále je podstatné, 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 a 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 ke zdraví prospěšné činnosti a plnění přijatých pravidel chování ku prospěchu zdraví. Prostředí školy i jeho okolí a školní režim mají vliv na nabízení činnosti a akcí 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 tematické okruhy by se měly opakovat, avšak jejich obsahová náplň je vždy hlubší a širší, přizpůsobená potřebám a věku žáků. Obsah učiva výchovy ke zdraví respektuje přirozené etapy dozrávání žáků (fyzické, psychické a sociální). Důležité je citlivě přistupovat k žákům v období dospívání (Fialová, 2014).

2.5 Rizikové chování

Rizikové chování je takové chování, v důsledku něhož dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a mnoha 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 CAN³ (Klinika adiktologie, 2011).

2.5.1 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, kterými může být škola, rodina či zařízení pro mladistvé (Kocourková, Šafářová, 2014).

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.

Sekundární prevence se již zaměřuje na skupinu nebo jedince, u nichž 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 a jedince s vysokou mírou ohrožení, aby se zabránilo jejich dalšímu chybnému patologickému vývoji. Naopak podporuje vytvoření činnorodého způsobu života. Organizacemi zaměřujícími se na sekundární

³ Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) - syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

prevenci jsou například nízkoprahová zařízení, pedagogicko-psychologická poradna, psychologická ambulance nebo také streetwork.

Terciální prevence pracuje 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. Aktivity zaměřené na terciární prevenci jsou například výměna použitých jehel za nové u osob závislých na návykových látkách (streetwork) či doléčovací programy (Kocourková, Šafránková, 2014).

2.5.2 Primární prevence rizikového chování

Obecně platí, že bychom měli špatným věcem a nesprávnému chování raději předcházet, než později vzniklé problémy s velkým úsilím a vyčerpáním řešit. Platí to jak pro prostředí školy, tak pro mezilidské vztahy i pro 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 (Ciklová, 2016).

Prevence představuje nestejnorodý soubor různých postojů a intervencí, které se dotýkají několika různých koncepcí oboru působnosti (Čech, Zvoníčková, 2017). Prevence je zahrnuta i ve školském zákoně. § 29 školského zákona nám říká, že školy a všechna školská zařízení, která přímo souvisejí se vzděláním, jsou povinny respektovat základní fyziologické potřeby dětí a vytvářet podmínky pro zdravý vývoj dětí a předcházet vzniku sociálně patologických jevů (Ciklová, 2014). 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.

Prvním typem je nespecifická prevence. Je souhrnem všech volnočasových aktivit. Podle Národní strategie primární prevence rizikových projevů chování 2013-2018 nespecifická prevence zahrnuje: „...*veškeré aktivity podporující zdravý 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.“ (Cíková, 2016, s.7)

Druhým preventivním typem je všeobecná specifická primární prevence. Tento druh prevence je zaměřen na všechny žáky ve školských zařízeních bez ohledu na znalost možných projevů rizikového chování ve skupině. Jde o aktivity, jejichž cílem je předcházet výskytu jednotlivých rizikových projevů chování nebo je omezovat.

Třetím typem je selektivní prevence, která se zaměřuje na užší výběr žáků a mladistvých. Selektivní prevence oproti prevenci všeobecně specifické pracuje s nižším počtem žáků a mladistvých. Jedná se o jedince, u kterých se předpokládá zvýšený výskyt rizikového chování nebo jsou u nich přítomny rizikové faktory pro jeho vznik.

Posledním typem prevencí je prevence indikovaná. Zaměřuje se na jedince nebo na malé skupiny jedinců, u kterých je identifikováno rizikové chování (Cíková, 2016).

2.5.3 Minimální preventivní program

Minimální preventivní program představuje poměrně 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 nebo 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 zdrojů. V programu jsou cíle krátkodobé i dlouhodobé jasně definovány. Program je naplánován tak, aby mohly 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. Měl by napomáhat

zdravému životnímu stylu, rovnováze tělesných a duševních funkcí s pocitem spokojenosti, chutí do života, blahu 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 programu 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.

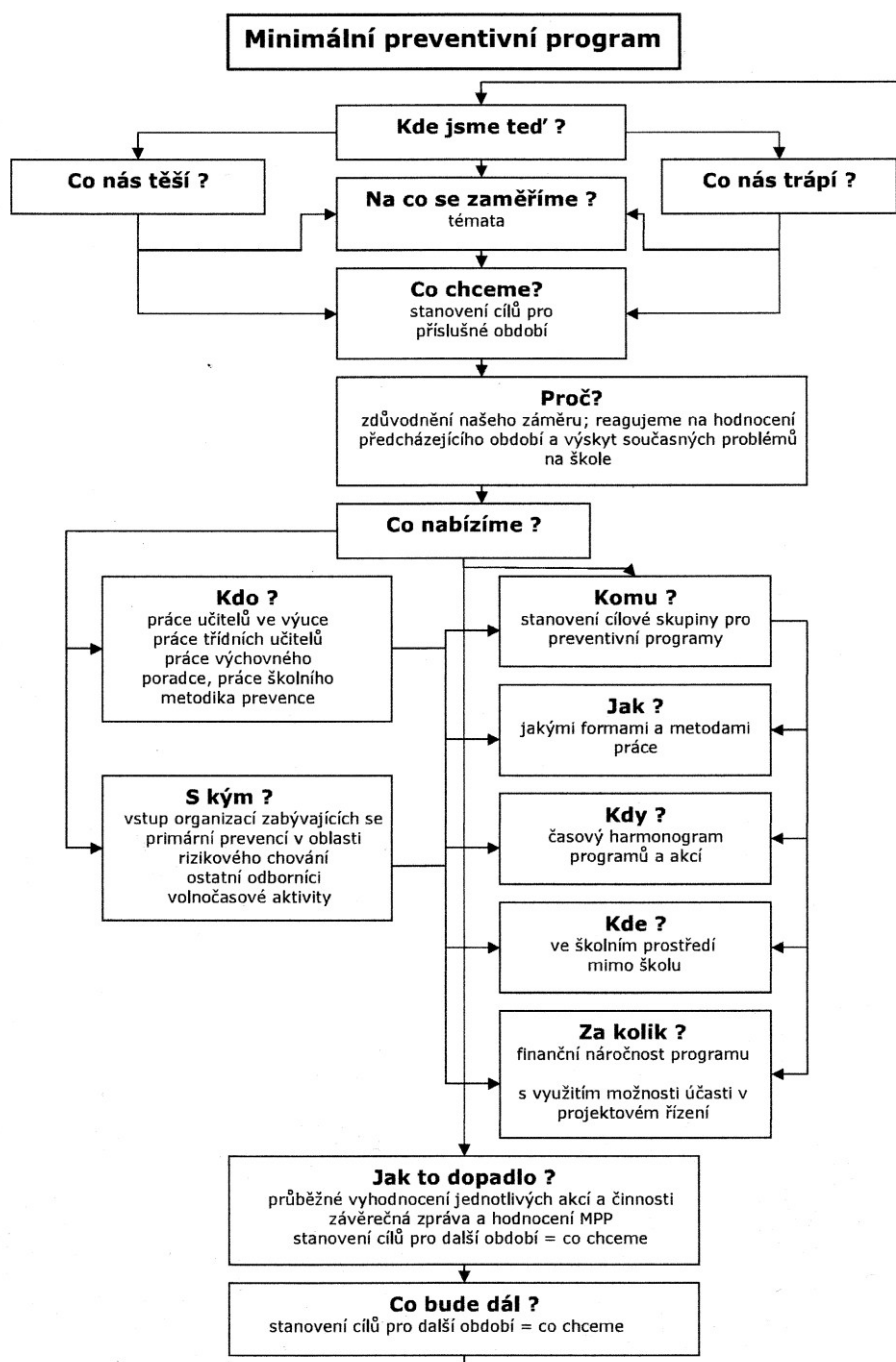
Činností školního metodika prevence je koordinace tvorby a kontrola realizace. Školní metodik prevence při tvorbě a vyhodnocování spolupracuje dle potřeby s metodikem prevence příslušné pedagogicko-psychologické poradny.

Materiály školy z oblasti primární prevence vycházejí z aktuální platné školské legislativy (Miovský a kol. 2012-2015).

2.5.3.1 Zpracování minimálního preventivního programu

Zpracování minimálního preventivního programu vychází z dostupných vnitřních a vnějších zdrojů školy a školských zařízení. Tyto zdroje využíváme v oblastech, které popisuje obrázek č. 4. Na obrázku jsou zachyceny postupy a dílčí otázky, na které musí být škola schopna odpovědět v jednotlivých fázích tvorby (Miovský a kol. 2015).

Proces tvorby MPP



Obrázek 3. Proces tvorby minimálního preventivního programu (Miovský a kol. 2015)

Stanovení cílů

Základní otázkou pro tvorbu cílů minimálního preventivního programu by mělo být: co hlavního od programu očekáváme? Cíle naprogramujeme 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, čímž 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 měly splňovat pravidlo SMART (Miovský a kol. 2015).

Realizace minimálního preventivního programu

Podle Řehulky a dalších (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,
- zahrnutí problematiky 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 prevenci před látkami jak legálními, tak nelegálními. Jsou pro to různé důvody, například ten, že u dospívající mládeže je vyšší míra rychlosti vzniku závislosti na návykových látkách než v pozdějších letech života. Dalším důvodem je fakt, že prevence úzce zaměřená na ilegální návykové látky je dospívajícími vnímána jako jednostranná. Kombinace alkoholu a ostatních návykových látek je navíc velmi častá. Kromě toho jsou více ohroženy děti z rodin, kde se vyskytuje závislost na nějaké návykové látce, než děti z rodin kde se tyto problémy nevyskytují. V neposlední řadě mohou drogy legální 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 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 Koncepci 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.

2.5.4 Užívání návykových látek v Česku a Evropě

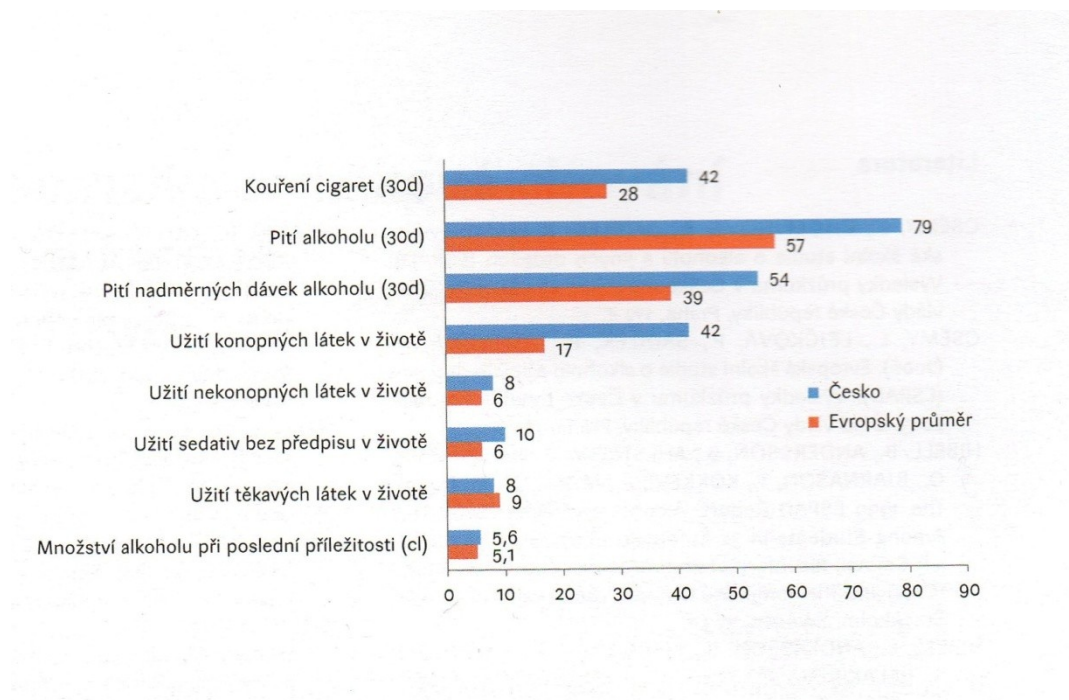
Mezinárodní studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) je zaměřena na vývoj a hodnocení situace v oblasti kouření, konzumace alkoholu a užívání nelegálních drog mezi studenty v evropských zemích. Realizace projektu je vždy jednou za čtyři roky (NMS pro drogy a závislosti, 2015).

Rizikové chování má souvislost s preferovaným způsobem trávení volného času. Drúzová a Spilková (2015) se v projektu ESPAD zaměřily na 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 rizikovým chováním definovaly tři skupiny studentů s 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 častěji než jejich vrstevníci v ostatních zemích Evropy. Nejvýraznější rozdíl je u užití konopných látek, které v roce 2011 uvedlo 42 % studentů v České republice oproti 17 % studentů ze všech států Evropy. U ostatních indikátorů (užití nekonopných látek, užití sedativ bez lékařského předpisu či užití těkavých látek) není zásadní rozdíl mezi průměrem českých a evropských studentů (Drúzová et al, 2015). Pro větší přehlednost je uveden graf na obrázku č. 5, který zobrazuje rozsah užívání návykových látek u českých studentů ve srovnání s evropským průměrem. Číselné hodnoty jsou uvedeny v procentech.



Obrázek 4. Rozsah užívání návykových látek u českých studentů ve srovnání s evropským průměrem (Hibell et al., 2012)

3. METODOLOGIE

Hlavním cílem práce je zjistit míru a způsob implementace předmětu výchovy ke zdraví z Rámcového vzdělávacího programu do školních vzdělávacích programů. Dílčími cíli je poté zjistit míru zařazení obsahových částí výchovy ke zdraví pedagogů v oblastech, které byly vybrány jako důležitá témata, jejichž zařazení do ŠVP předepisuje Rámcový vzdělávací plán. Oblastmi, které budou zkoumány, jsou:

- problematika podpory zdraví,
- problematika prevence před návykovými látkami,
- problematika pohlavně přenosných chorob,
- problematika šikany,
- problematika prevence před alkoholem.

Výzkum bude proveden metodou obsahové analýzy, jejímž objektem bude 40 školních vzdělávacích programů na II. stupni různých základních škol, u nichž bude zkoumáno, jakým způsobem řadí vyučovací předmět výchova ke zdraví do vyučovacích plánů a jakými tématy této oblasti se zabývají.

Obsahová analýza slouží jako výzkumná metoda, díky které se dá zkoumat text z hlediska výskytu předem stanovených znaků. „*V obsahové analýze dochází ke zkoumání textů (obrazů) s ohledem na několik vybraných znaků, jejichž výskyt je zachycován. Pro autory zastávající užší vymezení a užití obsahové analýzy jsou těmito zaznamenávanými znaky koncepty, nejčastěji slova a fráze a to, co je zaznamenáváno, je existence a frekvence výskytu. Konceptuální analýza, jak lze toto užší pojetí označit, slouží tedy ke kvantifikaci přítomnosti určitého znaku a je vhodná zejména pro komparaci jevů (např. výskytu více znaků, výskytu téhož znaku v rámci více datových souborů*“ (Dvořáková, 2010).

Průběh obsahové analýzy lze rozdělit do pěti fází (Scherer, 2004). V první fázi dochází k rozvržení tzv. designu výzkumu. Jde o rozvržení celé metodiky práce. V rámci rozvržení designu dochází k operacionalizaci (vytvoření konkrétních znaků pro jednotlivé obecné jevy), vymezení výběrového souboru dat (typ textů, které budou zkoumány) a určení úrovně analýzy (definování kategorií). Nakonec dojde ke kódování (uvedení jednotek v kategorie). Druhou fází je organizace výzkumu, tedy vytvoření záznamového archu pro zanášení dílčích výsledků obsahové analýzy. Ve třetí fázi

dochází k ověřování vhodně nastavených pravidel analýzy. Samotná data jsou získávána ve fázi čtvrté. Na konci celého procesu jsou data vyhodnocována (Dvořáková, 2010).

V této práci bude nejprve objasněn plán analýzy, v jehož rámci stanovíme výzkumný vzorek, u kterého výzkum provedeme. Následně budou stanoveny výzkumné otázky. Na jejich základě stanovíme proměnné a operační definice. Bude uvedena kódovací kniha. Následně bude provedena samotná analýza. Po analyzování vzorků budou data vyhodnocena.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Texty, které budou podrobeny obsahové analýze v této práci, budou jednotlivé Školní vzdělávací programy 40 vybraných škol. Vzorky byly vybrány s ohledem na jejich dostupnost tam, kde škola své ŠVP nabízela k nahlédnutí na webových stránkách. Celkem bylo vybráno 9 vesnických škol, 3 školy v městysech, 24 škol z měst, jejichž počet obyvatel byl nižší než 100 000, a 4 školy z měst s počtem obyvatel převyšujícím 100 000. Školy reprezentují různé kraje České republiky. Vzhledem k tomu, že se výzkum týká II. stupně ZŠ, jsou všechny uvedené školy plně organizované, tedy s I. i II. stupněm. Jednotlivé informace o vybraných školách zobrazují tabulky 3. a 4.

Tabulka 3. Školy dle typu obce

| | |
|------------------------------|----|
| Vesnice | 9 |
| Městys | 3 |
| Město (pod 100 000 obyvatel) | 24 |
| Město (nad 100 000 obyvatel) | 4 |
| Celkem | 40 |

Tabulka 4. Školy dle kraje

| | |
|-----------------|----|
| Olomoucký | 15 |
| Jihomoravský | 7 |
| Moravskoslezský | 5 |
| Vysočina | 4 |
| Středočeský | 2 |
| Jihočeský | 2 |
| Zlínský | 2 |
| Liberecký | 2 |
| Pardubický | 1 |
| Celkem | 40 |

3.2 Výzkumné otázky, předpoklady

Pro výzkum byly vytyčeny tyto výzkumné otázky:

1. Vyskytují se v ŠVP témata předmětu výchova ke zdraví?
2. Jsou tato témata v ŠVP zařazena do samostatného předmětu výchova ke zdraví, nebo se vyskytují integrovaně v rámci jiného předmětu?
3. Jak často se v ŠVP objevují témata předmětu výchova ke zdraví?
4. Do jakých ročníků jsou témata předmětu výchova ke zdraví zařazena?

Na základě výše uvedených výzkumných otázek byly stanoveny tyto předpoklady:

- **P1: Ve více než 80 % škol je výchova ke zdraví vyučována jako samostatný předmět.**
- **P2: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma programy podpory zdraví.**
- **P3: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma šikany.**
- **P4: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma pohlavně přenosných nemocí.**
- **P5: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma návykové látky.**
- **P6: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma zneužívání alkoholu.**

3.3 Stanovení proměnných, operační definice

Na základě předpokladů byly formulovány proměnné, které budou předmětem zkoumání. V příloze práce je uvedena kódovací kniha. Zkoumanými proměnnými jsou:

1. integrace VZ do ŠVP,
2. četnost témat VZ,
3. ročníky s tématy VZ,
4. zařazení tématu programy podpory zdraví,
5. četnost tématu programy podpory zdraví,
6. ročníky s tématem programy podpory zdraví,
7. zařazení tématu šikana,
8. četnost tématu šikana,
9. ročníky s tématem šikana,
10. zařazení tématu pohlavně přenosných nemocí,
11. četnost tématu pohlavně přenosných nemocí,
12. ročníky s tématem pohlavně přenosných nemocí,

13. zařazení tématu návykové látky,
14. četnost tématu návykové látky,
15. ročníky s tématem návykové látky,
16. zařazení tématu zneužívání alkoholu,
17. četnost tématu zneužívání alkoholu,
18. ročníky s tématem zneužívání alkoholu.

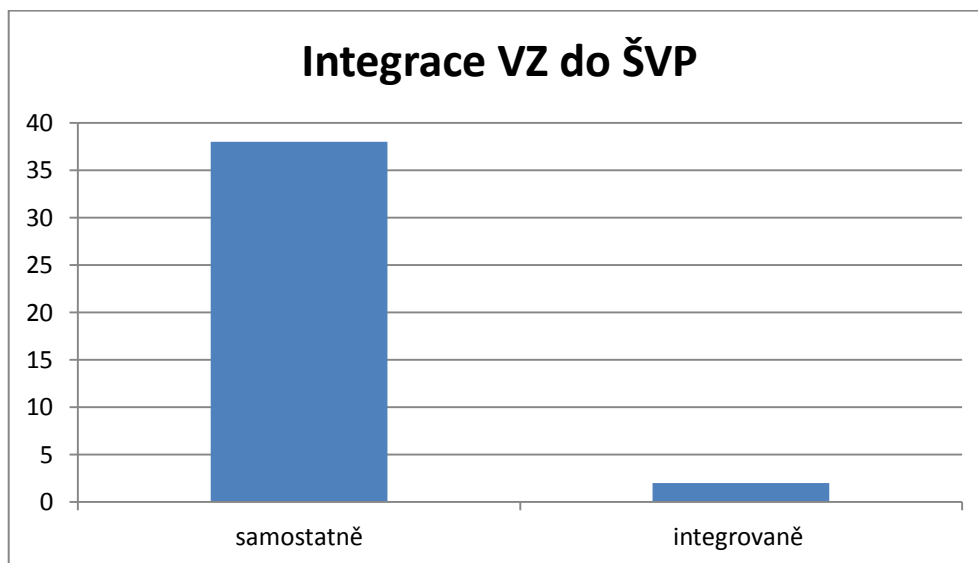
4. VÝSLEDKY PRÁCE

Předmětem výzkumu byl obsah školních vzdělávacích programů na 40 různých školách. Výzkum probíhal tím způsobem, že ke každé proměnné, která byla pro výzkum určující, byly hledány výsledky ve všech zúčastněných školních vzdělávacích programech. Pro přehlednost jsou data zpracována graficky.

1. Integrace VZ do ŠVP

Tabulka 5. Integrace VZ do ŠVP

| | Počet škol | |
|-------------|------------|-----|
| | N | % |
| Samostatně | 38 | 95 |
| Integrovaně | 2 | 5 |
| Celkem | 40 | 100 |



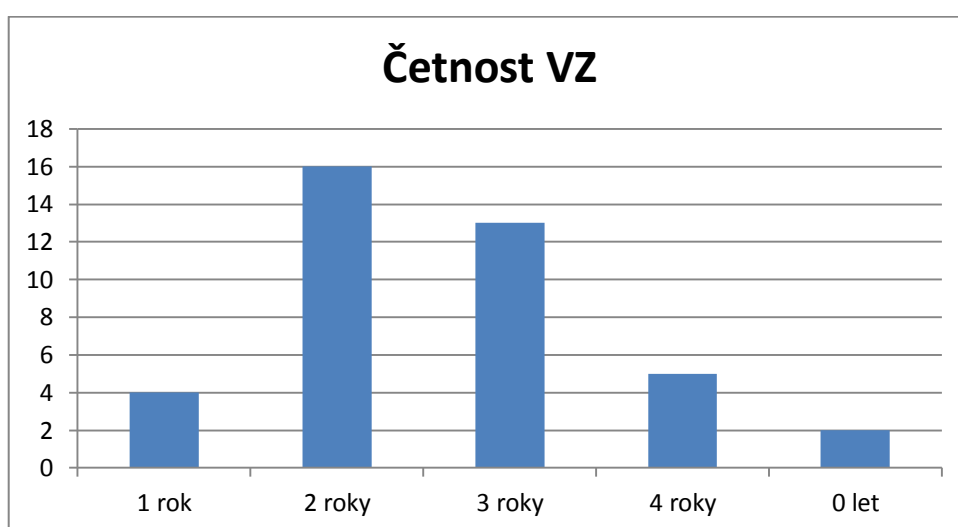
Graf 1. Integrace VZ do ŠVP

Z grafu 3 je zřejmé, že 38 základních škol vyučuje předmět výchova ke zdraví samostatně. Pouze u dvou ŠVP bylo nalezeno, že výchova ke zdraví není ve škole samostatným předmětem, ale je vyučována v rámci jiných vyučovacích předmětů.

2. Četnost VZ

Tabulka 6. Četnost VZ

| | Počet ŠVP | |
|--------|-----------|------|
| | N | % |
| 1 rok | 4 | 10 |
| 2 roky | 16 | 40 |
| 3 roky | 13 | 32,5 |
| 4 roky | 5 | 12,5 |
| 0 let | 2 | 5 |
| Celkem | 40 | 100 |



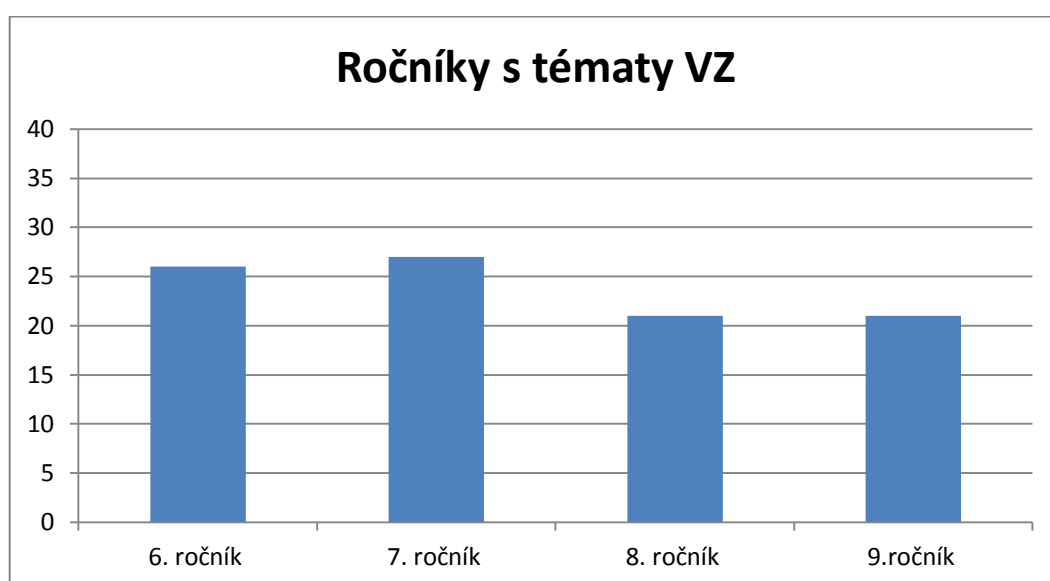
Graf 2. Četnost VZ

V každém z analyzovaných ŠVP byl předmět výchova ke zdraví zařazen s časovou dotací 1 hodina týdně. Školy se lišily pouze v tom, do kolika ročníků tento předmět zařadily. Z tabulky 4 a grafu 2 je patrné, že nejčastějším trendem je zařazovat předmět výchova ke zdraví do dvou ročníků na II. stupni základních škol. Děje se tak ve 40 % případů. Jiné školy vyučují výchovu ke zdraví 3 roky (ve 32,5 % případů). 5 škol se zabývá výchovou ke zdraví po všechny ročníky II. stupně (12,5 %), avšak 4 školy vyučují výchovu ke zdraví pouze v jednom ročníku (10 %) a dvě školy nevyučují výchovu ke zdraví jako samostatný předmět vůbec (5 %). Jde o školy, které mají některá témata spojená se zdravím a rizikovým chováním zařazená do jiných předmětů.

3. Ročníky s tématy VZ

Tabulka 7. Ročníky s tématy VZ

| | Počet škol | |
|-----------|------------|------|
| | N | % |
| 6. ročník | 26 | 27,4 |
| 7. ročník | 27 | 30,0 |
| 8. ročník | 21 | 23,3 |
| 9. ročník | 21 | 23,3 |



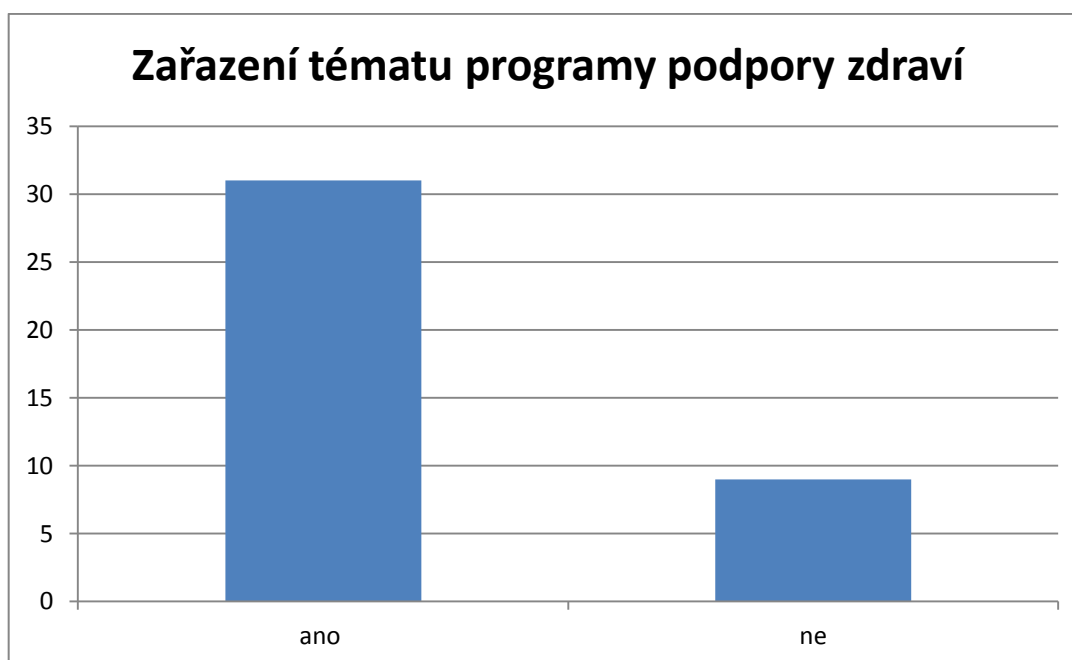
Graf 3. Ročníky s tématy VZ

Graf 3 zobrazuje, v jakých ročnících jsou zadána témata týkající se výchovy ke zdraví vyučována. Je vidět, že výuka výchovy ke zdraví probíhá ve všech ročnících II. stupně a její výskyt je v jednotlivých ročnících vyrovnaný. Nejčastěji je vyučována v 7. ročníku (30 %), nejméně často v 8. a v 9. ročníku (23,3 % u každého).

4. Zařazení tématu programy podpory zdraví

Tabulka 8. Zařazení tématu programy podpory zdraví

| | Počet ŠVP | |
|--------|-----------|------|
| | N | % |
| Ano | 31 | 77,5 |
| Ne | 9 | 22,5 |
| Celkem | 40 | 100 |



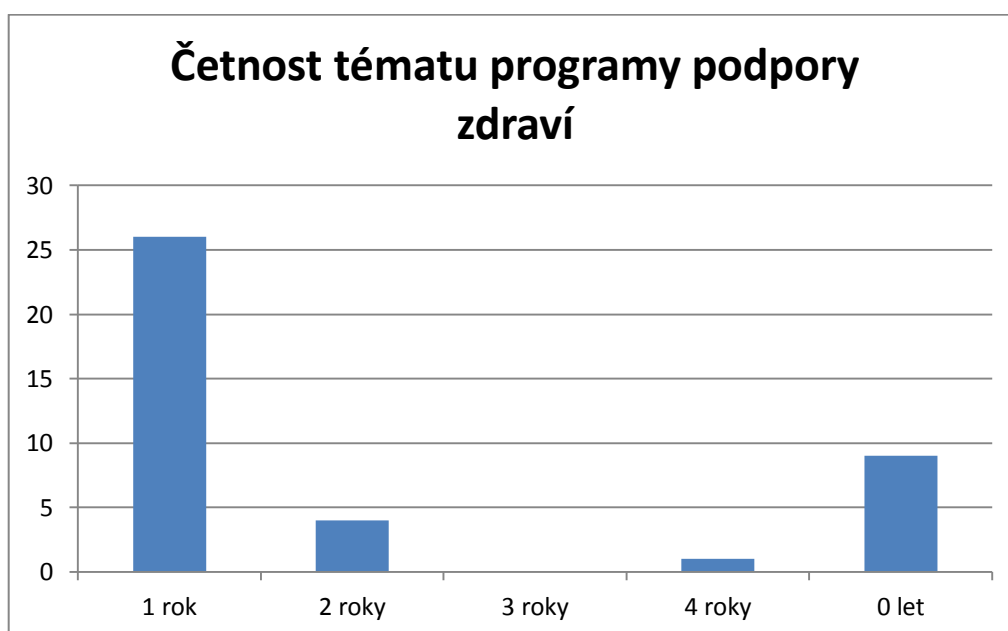
Graf 4. Zařazení tématu podpora zdraví

Graf 4. znázorňuje zařazení tématu programy podpory zdraví do ŠVP. Programy podpory zdraví se zabývá většina škol (77,5 %). 9 škol (22,5 %) ze všech 40 zkoumaných nemá toto téma zařazené ve svém ŠVP.

5. Četnost tématu programy podpory zdraví

Tabulka 9. Četnost tématu programy podpory zdraví

| | Počet ŠVP | |
|--------|-----------|------|
| | N | % |
| 1 rok | 26 | 65 |
| 2 roky | 4 | 10 |
| 3 roky | 0 | 0 |
| 4 roky | 1 | 2,5 |
| 0 let | 9 | 22,5 |
| Celkem | 40 | 100 |



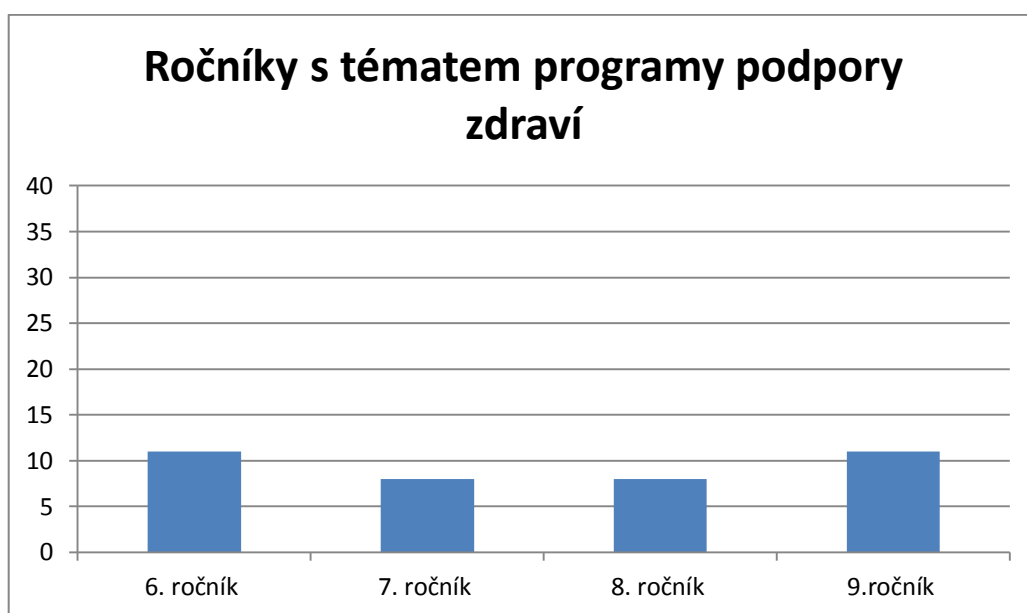
Graf 5. Četnost tématu programy podpory zdraví

Graf 5 ukazuje, jak často se v jednotlivých školách zabývají tématem programy podpory zdraví. Většina škol (65 %) vyučuje toto téma pouze jeden rok. Kromě škol, které se tématem nezabývají vůbec (22,5 %), se v minimálních případech zařazuje téma do výuky po dobu dvou let (10 %) a čtyř let (2,5 %).

6. Ročníky s tématem programy podpory zdraví

Tabulka 10. Ročníky s tématem programy podpory zdraví

| | Počet škol | |
|-----------|------------|------|
| | N | % |
| 6. ročník | 11 | 28,9 |
| 7. ročník | 8 | 21,1 |
| 8. ročník | 8 | 21,1 |
| 9 ročník | 11 | 28,9 |



Graf 6. Ročníky s tématem programy podpory zdraví

Graf 6 ukazuje, v jakých ročnících je vyučováno téma programy podpory zdraví. S nevelkým 7% rozdílem se téma vyučuje nejvíce v 6. a v 9. ročníku (28,9 %) a nejméně v 7. a v 8. ročníku (21,1 %).

7. Zařazení tématu šikana

Tabulka 11. Zařazení tématu šikana

| | Počet ŠVP | |
|--------|-----------|------|
| | N | % |
| Ano | 29 | 72,5 |
| Ne | 11 | 27,5 |
| Celkem | 40 | 100 |



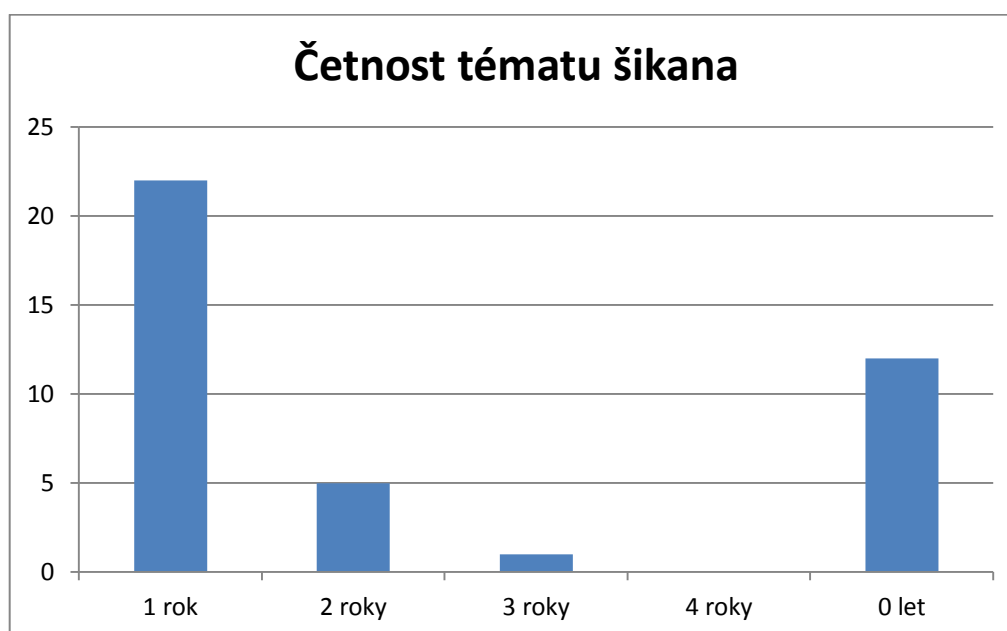
Graf 7. Zařazení tématu šikana

Graf 7 znázorňuje, na kolika základních školách je vyučováno téma šikana a jiné projevy násilí. Z vybraných škol je toto téma zařazeno na 29 základních školách.

8. Četnost tématu šikana

Tabulka 12. Četnost tématu šikana

| | Počet ŠVP | |
|--------|-----------|------|
| | N | % |
| 1 rok | 22 | 55 |
| 2 roky | 5 | 12,5 |
| 3 roky | 1 | 2,5 |
| 4 roky | 0 | 0 |
| 0 let | 12 | 30 |
| Celkem | 40 | 100 |



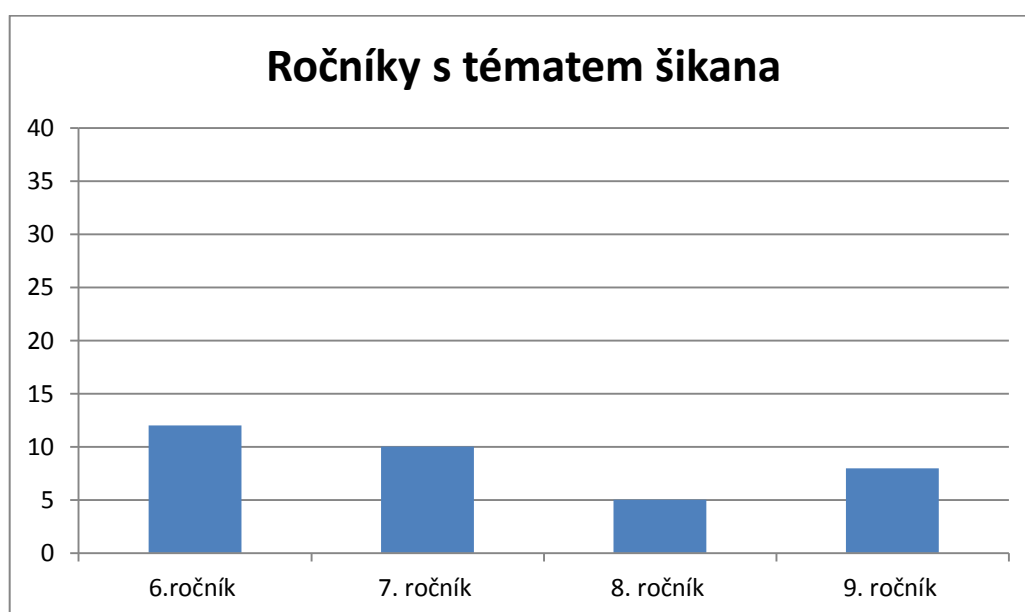
Graf 8. Četnost tématu šikana

Graf 8 zobrazuje, v kolika ročnících je vyučováno téma šikana. Nejčastěji je zařazeno do ŠVP pouze v jednom ročníku (55 %). Ve 12,5 % případů je dokonce vyučováno 2 roky a v jedné škole (2,5 %) se tématem zabývají tři roky. Je zajímavé, že takto zásadní téma neprobírají na 12 školách, což tvoří celých 30 %, vůbec,

9. Ročníky s tématem šikana

Tabulka 13. Ročníky s tématem šikana

| | Počet škol | |
|-----------|------------|------|
| | N | % |
| 6. ročník | 12 | 34,3 |
| 7. ročník | 10 | 28,6 |
| 8. ročník | 5 | 14,3 |
| 9. ročník | 8 | 22,9 |



Graf 9. Ročníky s tématem šikana

Graf 9 ukazuje, do jakých ročníků je téma šikany zahrnuto. Nejčastěji se vyučuje v 6. (34,3 %) ročníku, dále pak v 7. ročníku (28,6 %), v 9. ročníku (22,9 %) a nejméně často je téma zařazeno do 8. ročníku (14,3 %).

10. Zařazení tématu pohlavně přenosných nemocí

Tabulka 14. Zařazení tématu pohlavně přenosných nemocí

| | Počet ŠVP | |
|--------|-----------|------|
| | N | % |
| Ano | 35 | 87,5 |
| Ne | 5 | 12,5 |
| Celkem | 40 | 100 |



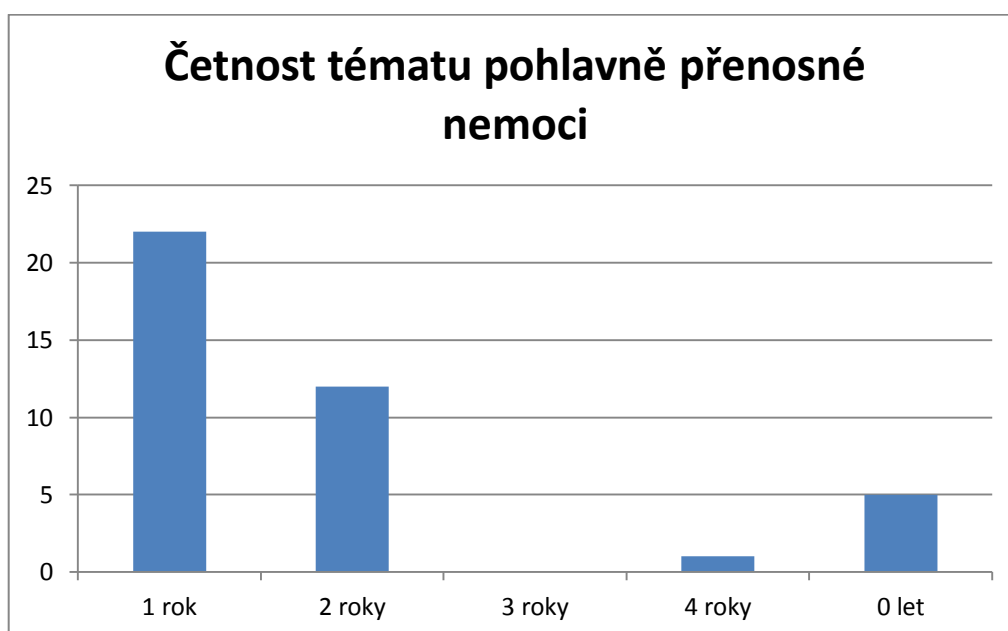
Graf 10. Zařazení tématu pohlavně přenosné nemoci

Dle grafu 10 je na 35 základních školách (87,5 %) téma pohlavně přenosné nemoci zařazeno do ŠVP.

11. Četnost tématu pohlavně přenosné nemoci

Tabulka 15. Četnost tématu pohlavně přenosné nemoci

| | Počet ŠVP | |
|--------|-----------|------|
| | N | % |
| 1 rok | 22 | 55 |
| 2 roky | 12 | 30 |
| 3 roky | 0 | 0 |
| 4 roky | 1 | 2,5 |
| 0 let | 5 | 12,5 |
| Celkem | 40 | 100 |



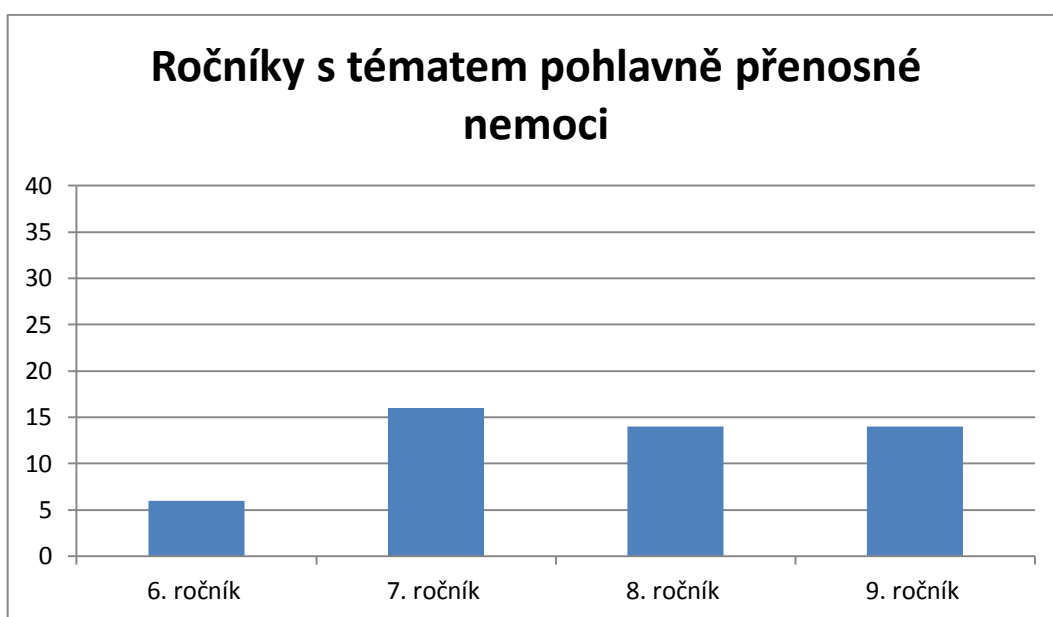
Graf 11. Četnost tématu pohlavně přenosné nemoci

Jak je vidět v grafu 10, téma pohlavně přenosných nemocí se nejčastěji učí jeden rok (55 %). V poměrně hodně případech se však vyučuje také po dobu dvou ročníků (30 %) a na jedné škole je dokonce toto téma zmíněno ve všech čtyřech ročnících (2,5 %). Na pěti školách (12,5 %) toto téma vyučováno není. Zdá se, že téma pohlavně přenosných nemocí považují školy za důležité.

12. Ročníky s tématem pohlavně přenosné nemoci

Tabulka 16. Ročníky s tématem pohlavně přenosné nemoci

| | Počet škol | |
|-----------|------------|----|
| | N | % |
| 6. ročník | 6 | 12 |
| 7. ročník | 16 | 32 |
| 8. ročník | 14 | 28 |
| 9. ročník | 14 | 28 |



Graf 12. Ročníky s tématem pohlavně přenosné nemoci

Graf 12 ukazuje, v jakých ročnících je vyučováno téma pohlavně přenosných nemocí. Je vidět, že se toto téma řadí spíše do vyšších ročníků než do šesté třídy, což napovídá jeho závažnost. Nejčastěji se téma vyskytuje v 7. ročníku (32 %) a v 8. a 9. ročníku (28 % u každého). V 6. ročníku se téma vyskytuje pouze ve 12 % případů.

13. Zařazení tématu návykové látky

Tabulka 17. Zařazení tématu návykové látky

| | Počet ŠVP | |
|--------|-----------|------|
| | N | % |
| Ano | 39 | 97,5 |
| Ne | 1 | 2,5 |
| Celkem | 40 | 100 |



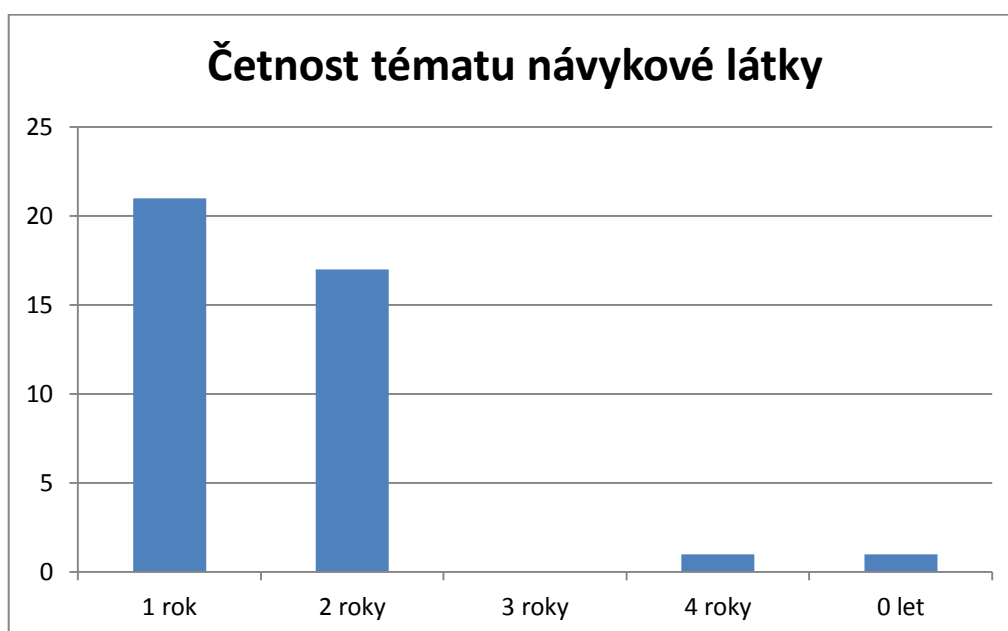
Graf 13. Zařazení tématu návykové látky

Z grafu 13 je patrné, že pouze jedna z vybraných škol nemá do svého ŠVP zařazeno téma návykové látky (tvrdé drogy). To napovídá, jak je téma pro školy důležité.

14. Četnost tématu návykové látky

Tabulka 18. Četnost tématu návykové látky

| | Počet ŠVP | |
|--------|-----------|------|
| | N | % |
| 1 rok | 21 | 52,5 |
| 2 roky | 17 | 42,5 |
| 3 roky | 0 | 0 |
| 4 roky | 1 | 2,5 |
| 0 let | 1 | 2,5 |
| Celkem | 40 | 100 |



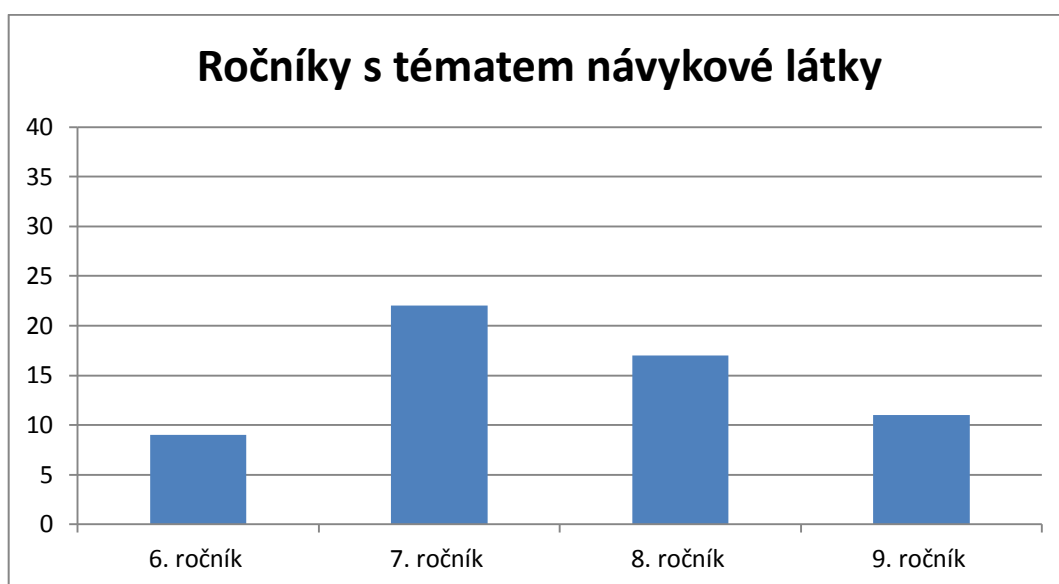
Graf 14. Četnost tématu návykové látky

Za důležité téma školy považují také tvrdé drogy a jiné návykové látky. Jeho důležitost dokazuje fakt, že téma bylo odhaleno v 42,5 % případů ve dvou různých ročnících. V zanedbatelném množství (2,5 %) se téma vyskytuje dokonce ve čtyřech ročnících, v jednom případě se téma nevyskytuje. Ve zbytku případů, který tvoří většinu celku (52,5 %) se téma vyskytuje pouze jednou.

15. Ročníky s tématem návykové látky

Tabulka 19. Ročníky s tématem návykové látky

| | Počet škol | |
|-----------|------------|------|
| | N | % |
| 6. ročník | 9 | 15,3 |
| 7. ročník | 22 | 37,3 |
| 8. ročník | 17 | 28,8 |
| 9. ročník | 11 | 18,6 |



Graf 15. Ročníky s tématem návykové látky

Graf 15 ukazuje, že téma návykové látky je nejčastěji vyučováno v 7. ročníku (37,3 %), dále v 8. ročníku (28,8 %), v 9. ročníku (18,6 %) a nejméně často se vyskytuje v 6. ročníku (15,3 %).

16. Zařazení tématu zneužívání alkoholu

Tabulka 20. Zařazení tématu zneužívání alkoholu

| | Počet ŠVP | |
|--------|-----------|-----|
| | N | % |
| Ano | 30 | 75 |
| Ne | 10 | 25 |
| Celkem | 40 | 100 |



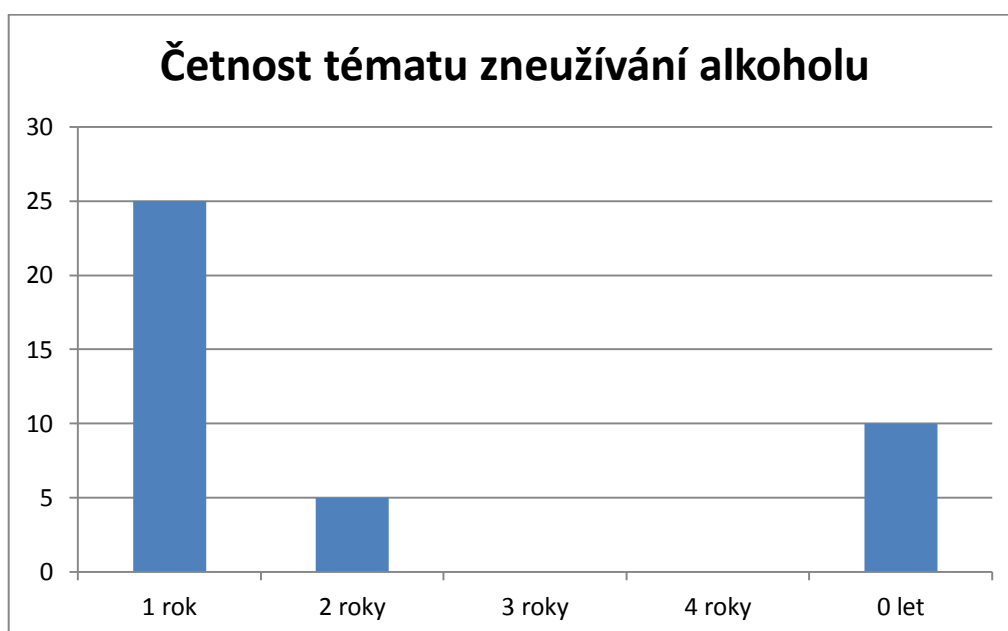
Graf 16. Zařazení tématu zneužívání alkoholu

Graf 16 znázorňuje počet škol, které mají do ŠVP zařazeno téma zneužívání alkoholu. Z grafu je patrné, že do 30 ŠVP (75 %) je toto téma zařazeno.

17. Četnost tématu zneužívání alkoholu

Tabulka 21. Četnost tématu zneužívání alkoholu

| | Počet ŠVP | |
|--------|-----------|------|
| | N | % |
| 1 rok | 25 | 62,5 |
| 2 roky | 5 | 12,5 |
| 3 roky | 0 | 0 |
| 4 roky | 0 | 0 |
| 0 let | 10 | 25 |
| Celkem | 40 | 100 |



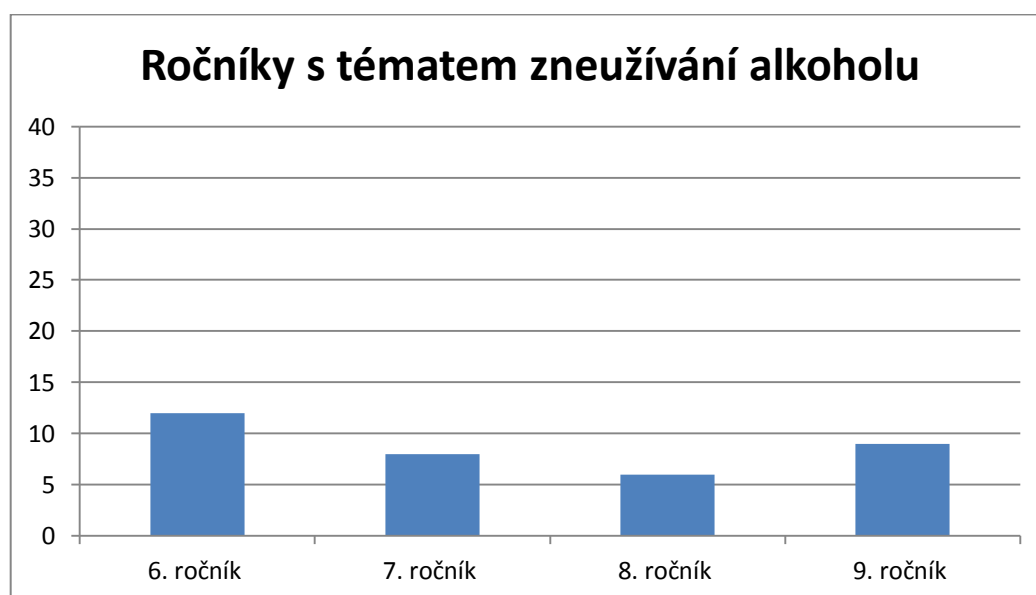
Graf 17. Četnost tématu zneužívání alkoholu

Graf 17 zobrazuje, do kolika ročníků je téma zneužívání alkoholu zařazeno. Vyplyvá z něj, že ve většině případů (62,5 %) se toto téma vyskytuje v jednom ročníku a v 12,5 % případů je zařazeno do dvou ročníků. Zde je třeba upozornit na vysoký počet škol, které téma zneužívání alkoholu vůbec do svého ŠVP neřadí (25 %). Může se ovšem jednat o školy, které toto téma řadí pod jiné, širší téma.

18. Ročníky s tématem zneužívání alkoholu

Tabulka 22. Ročníky s tématem zneužívání alkoholu

| | Počet škol | |
|-----------|------------|------|
| | N | % |
| 6. ročník | 12 | 34,3 |
| 7. ročník | 8 | 22,9 |
| 8. ročník | 6 | 17,1 |
| 9. ročník | 9 | 25,7 |



Graf 18. Ročníky s tématem zneužívání alkoholu

Z grafu 18 vyplývá, že téma zneužívání alkoholu je nejčastěji zařazeno do 6. ročníku (34,3 %), dále do 9. ročníku (28,7 %), do 7. ročníku (22,9 %) a nejméně se téma vyučuje v 8. ročníku (17,1 %).

DISKUZE

Z výše uvedených výsledků šetření vyplývá jednoznačné potvrzení či naopak vyvrácení následujících předpokladů výzkumu:

P1: Ve více než 80 % škol je výchova ke zdraví vyučována jako samostatný předmět. Předpoklad byl potvrzen. Výchova ke zdraví je jako samostatný předmět vyučována na 38 školách, tj. v 95 % případů. I na zbylých dvou školách jsou nicméně témata výchovy ke zdraví vyučována. Jsou pouze začleněna do vyučovacího předmětu rodinná výchova. V současné době, kdy je výchova ke zdraví do ŠVP implementována již řadu let, je tento předmět již přirozenou součástí výukových plánů. Tento převládající trend je pravděpodobně výsledkem postupného působení změn Školského zákona z roku 2004, kdy s novinkou Rámcového vzdělávacího programu vznikl také nový obor Výchova ke zdraví, který měly od té doby školy za úkol realizovat. Ještě v roce 2006 však školy pořádně nevěděly, jakým způsobem by se obor měl zařadit do výuky. V té době řadilo témata VZ do svých ŠVP pouze kolem 50 % škol (Hildebrandová, 2015). Postupnou implementaci výchovy ke zdraví do ŠVP zaznamenala v okrese Blansko Schinkeová (2013), která zde provedla výzkum na 19 školách a došla k závěru, že výchova ke zdraví jako samostatný předmět je vyučována na 16 z nich. Nelze však tvrdit, že by v dnešní době byl předmět výchova ke zdraví vyučován všude. Například Hildebrandová (2015) provedla výzkum, jehož se účastnilo 54 pražských škol, z nichž pouze 10 uvedlo, že zařazují výchovu ke zdraví jako zcela samostatný předmět. Ačkoli v dnešní době pravděpodobně převládá trend, kdy výchova ke zdraví existuje na školách jako samostatný předmět, zůstávají na některých školách témata VZ zařazena do jiných vyučovacích předmětů.

Časová dotace na předmět výchova ke zdraví vyšla v této práci nejčastěji na 1 hodinu týdně ve dvou ročnících. Děje se tomu tak ve 40 % případů. Výsledky lze porovnat s výzkumem Schinkeové (2013), která v již výše uvedeném výzkumu zjistila, že stejnou časovou dotaci má 56 % z 19 zkoumaných škol v okrese Blansko.

P2: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma programy podpory zdraví. Předpoklad nebyl naplněn. Pouze 31 škol (77,5 % případů) zařazuje téma programy podpory zdraví do svého ŠVP. Téma programy podpory zdraví zkoumala ve své diplomové práci Floriánová (2011). Diplomantka provedla výzkum na 40 školách v Brně a došla k závěru, že programy podpory zdraví jsou realizovány na všech zkoumaných školách. Je tedy zajímavé, že právě zařazení programů podpory zdraví do

ŠVP nebylo v této práci v hypotézách potvrzeno. Zařazení tohoto tématu do ŠVP potvrdilo v této práci pouze 77,5 % škol, přestože je jedním z témat, jež doporučuje RVP zařadit do výuky. K podobným výsledkům však dospěla i Schinkeová (2013), která uvádí zapojení škol do programů podpory zdraví pouze v 68 % případů.

P3: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma šikany. Předpoklad nebyl naplněn. 29 škol (72,5 % případů) má téma šikany uvedeno ve svém ŠVP. Ostatní školy vůbec téma šikany nezmiňují ve svém ŠVP.

P4: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma pohlavně přenosných nemocí. Předpoklad byl potvrzen. Vysoký podíl škol (35 ze 40, tj. 87,5 %) řadí pohlavně přenosné nemoci do svého ŠVP a mnohé z nich jej dokonce vyučují ve dvou ročnících.

P5: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma návykové látky. Předpoklad byl potvrzen. Také toto téma se zdá být pro školy velice důležité. Kromě jedné školy ho ve svém ŠVP zmiňují naprosto všechny zkoumané školy (97,5 %). Co se zdá v souvislosti s výzkumem zajímavé, je vysoký zájem škol vyučovat témata pohlavně přenosných nemocí a návykových látek. V obou těchto případech se četnost jejich zařazení do ŠVP významně přehoupla přes očekávanou hranici 80 %, již stanovil předpoklad. Kromě toho, že jsou obě témata vyučována na drtivé většině škol, bylo zjištěno, že je školy zařazují dokonce víckrát než do jednoho ročníku. Téma pohlavně přenosných nemocí se ve 30 % případů vyučuje po dobu dvou ročníků a na jedné škole je dokonce toto téma zmíněno ve všech čtyřech ročnících. Za důležité téma školy považují také tvrdé drogy a jiné návykové látky. Jeho důležitost dokazuje fakt, že téma bylo odhaleno v 42,5 % případů ve dvou různých ročnících. Opět v jednom případě se téma vyskytuje dokonce ve čtyřech ročnících. Tyto výsledky se dají vysvětlit tím, že školy v současné době mají celkově silnou tendenci zahrnovat primárně preventivní opatření i do vyučování, což po nich vyžadují u mládeže neustále se objevující sociálně patologické jevy.

P6: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma zneužívání alkoholu. Předpoklad nebyl naplněn. Alkohol jako samostatné téma řadí do svého ŠVP 30 škol (75 %). Nízkou míru zařazení témat alkoholu a šikany si vysvětlujeme tím, že tato témata nejsou do ŠVP implementována samostatně, ale pravděpodobně jsou probírána v rámci jiných učebních celků.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo odhalit, jakým způsobem jsou témata výchovy ke zdraví z RVP integrována do různých ŠVP. RVP a ŠVP jsou termíny, se kterými pracuje současné kurikulum. Národní kurikulum je platným souhrnem cílů a obsahu vzdělávání, evaluačních nástrojů a infrastruktury pro implementaci a hodnocení kurikula i výsledků žáků. Funguje na národní úrovni, tudíž mu podléhá veškeré státní školství v České republice. Kurikulum funguje na dvou úrovních; každý vzdělávací stupeň má své předpokládané cíle a obsahy vzdělávání popsány v tzv. Rámcovém vzdělávacím programu, který funguje na úrovni státní, a tzv. Školním vzdělávacím programy (který funguje na úrovni jednotlivých škol).

Výchova ke zdraví, která je hlavním předmětem výzkumu v této práci, má v RVP své nezastupitelné místo. 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. RVP vymezuje vzdělávací obsah zahrnující očekávané výstupy i učivo. Každá škola si poté tvoří své vlastní ŠVP, vycházejíc z těchto předpisů. Učitelé mají tedy možnost sami si vytvořit vzdělávací program výchovy ke zdraví, který vhodně přizpůsobí potřebám svých žáků a podmínkám školy. Kromě vyučovacího předmětu se témata výchovy ke zdraví objevují i v jiných vyučovacích předmětech, ale také ve zvláštních předpisech, kterými je například školní preventivní strategie. Jejím hlavním cílem je snížit míru a minimalizovat vznik rizikového chování u dětí a mládeže a obecně je vést ke zdravému životnímu stylu.

Definici zdraví předepsala Světová zdravotnická organizace. Determinantami určujícími jeho kvalitu jsou životní styl, genetický profil, životní a pracovní prostředí a zdravotní péče. Významnou část životního a pracovního prostředí dětí a mladistvých tvoří škola. Zde se může na zdraví žáka negativně projevit zejména nepoměr mezi nepřiměřeně vysokými nároky a jeho momentálními věkovými, vývojovými a individuálními předpoklady. O posílení podpory zdraví, mobilizaci vzdělávací činnosti na úrovni místní, národní, regionální i globální usiluje program Škola podporující zdraví. Jedná se o program, který se snaží systematicky začlenit podporu zdraví do veškerých aktivit školy. Tento program je vystavěn na třech základních pilířích (pohoda prostředí, zdravé učení a otevřené partnerství).

Okrajovým, ale velmi důležitým tématem, jehož se také dotýká výchova ke zdraví, je rizikové chování. Vyučovací předmět výchova ke zdraví a další programy zaměřené na podporu zdraví by se měly podílet na osvětě a prevenci takového rizikového chování, jakým je například záškoláctví, rizikové sporty, rasismus, sektářství, sexuální rizikové chování, závislosti, poruchy příjmu potravin nebo syndrom CAN. Pravidla prevence a intervence zajišťuje na školách tzv. Minimální preventivní program, dokument, který sepisuje a za nějž odpovídá metodik prevence.

Součástí předkládané práce byl také vlastní výzkum, cílený na implementaci témat výchovy ke zdraví do jednotlivých školních vzdělávacích programů na různých školách. Do výzkumu bylo vybráno celkem 40 ŠVP, u nichž byla provedena obsahová analýza zjišťující četnost VZ v jednotlivých ročnících na II. stupni ZŠ a také přítomnost a četnost jednotlivých témat VZ, předepsaných Rámcovým vzdělávacím programem. Těmito tématy byly jednotlivé problematiky podpory zdraví, prevence před návykovými látkami, pohlavně přenosných chorob šikany a prevence před alkoholem.

Pro výzkum byly stanoveny následující předpoklady:

- P1: Ve více než 80 % škol je výchova ke zdraví vyučována jako samostatný předmět.
- P2: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma programy podpory zdraví.
- P3: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma šikany.
- P4: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma pohlavně přenosných nemocí.
- P5: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma návykové látky.
- P6: Do více než 80 % ŠVP je zařazeno téma zneužívání alkoholu.

Výzkum došel k následujícím výsledkům:

- P1 byl potvrzen. Jako samostatný předmět vyučuje výchovu ke zdraví 95 % zkoumaných škol.
- P2 nebyl naplněn. Téma programy podpory zdraví zařazuje do svého ŠVP pouze 77,5 % zkoumaných škol.
- P3 nebyl naplněn. Téma šikany zařazuje do svého ŠVP pouze 72,5 % zkoumaných škol.
- P4 byl potvrzen. Téma pohlavně přenosných nemocí zařazuje do svého ŠVP 87,5 % zkoumaných škol, některé dokonce ve dvou ročnících.
- P5 byl potvrzen. Téma návykové látky zařazuje do svého ŠVP 97,5 % zkoumaných škol, některé ve dvou ročnících.

- P6 nebyl naplněn. Téma zneužívání alkoholu zařazuje do svého ŠVP 75 % zkoumaných škol.

Výzkum poukázal na zajímavou skutečnost, že školy, u nichž byl výzkum prováděn, ve velkém počtu zahrnují do svého ŠVP témata pohlavně přenosných nemocí a návykových látek, což se projevuje nejenom vysokou relativní četností zařazení těchto témat do výuky, ale také tím, že je učitelé zařazují vícekrát do opakujících se ročníků a žáci se s nimi tedy setkají během II. stupně více než jednou. Výsledek považujeme za optimistický, neboť je vidět, že si školy vážně uvědomují závažnost rizikového chování mladé generace a velmi se snaží o jeho prevenci.

SOUHRN

Tato práce se zabývala tématy vyučovacího předmětu výchova ke zdraví na II. stupni základních škol a jejich začleněním do školních vzdělávacích programů. V teoretické části objasnila pojmy kurikulum, Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, školní vzdělávací programy. Zabývala se také tím, jakým způsobem je výchova ke zdraví prezentována v RVP. Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem a s jakou četností zahrnují učitelé jednotlivých škol témata výchovy ke zdraví do svých školních vzdělávacích programů. Metodou výzkumu byla zvolena obsahová analýza 40 školních vzdělávacích programů různých základních škol. Pomocí této metody bylo zkoumáno, zda jednotlivé školní vzdělávací programy zahrnují klíčová témata výchovy ke zdraví a s jakou četností. Za klíčová témata bylo považováno zařazení výchovy ke zdraví do samostatného vyučovacího předmětu, dále výskyt témat programy podpory zdraví, šikany, pohlavně přenosných nemocí, návykových látek a zneužívání alkoholu. Na základě stanovených předpokladů bylo zjištěno, že školy zařazují témata prevence rizikového chování ve velké míře, nejčastěji se zabývají tématy pohlavně přenosných nemocí a návykových látek.

Klíčová slova: Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, školní vzdělávací programy, výchova ke zdraví, rizikové chování, prevence, programy podpory zdraví, šikana, pohlavně přenosné choroby, návykové látky, alkohol.

SUMMARY

This diploma thesis deals with Health Education at the secondary school and its integration into school educational programmes. The theoretical part of the thesis illustrates terms like curriculum, The Framework Educational Programme for Basic Education, school educational programmes. It consists of the way how the Health Education is presented in the Framework Educational Programme. The aim of this thesis was to find out how and how often the teachers integrate the Health Education topics into their school educational programmes. The research method was the content analysis of 40 school educational programmes. Using this method it was studied whether the particular school educational programme integrates the key Health Educational topics or not. These key topics are Health Education as the separate subject, then health supporting programmes, bullying, sexually transmitted diseases, drugs and alcohol. Due to given hypotheses was found out that schools integrate high-risk behavior prevention into their educational programmes in a considerable extent. They consider sexually transmitted diseases and drugs to be the most important.

Key words: The Framework Educational Programme for Basic Education, school educational programmes, Health Education, risk behavior, prevention, health supporting programmes, bullying, sexually transmitted diseases, drugs, alcohol.

REFERENČNÍ SEZNAM

Knihy

1. BOUDOVÁ, J. a kol. 2015. *Program Škola podporující zdraví*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 104 s. ISBN 978-80-7422-406-5.
2. CIKLOVÁ, K. 2014. *Rizikové chování ve škole s vazbou na legislativní úpravu: rádce školního metodika prevence*. Ostrava: Econom Press. 160 s. ISBN 978-80-905065-6-5.
3. CIKLOVÁ, K. 2016. *Rizikové chování ve škole s vazbou na legislativní úpravu: rádce školního metodika prevence*. 2. vydání. Ostrava: Econom Press. 207 s. ISBN 978-80-905065-9-6.
4. ČECH, O. a N. ZVONÍČKOVÁ. 2017 *Možnosti prevence rizikového chování dětí*. České Budějovice: Theia - krizové centrum o.p.s. 72 stran. ISBN 978-80-904854-5-7.
5. ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
6. DVOŘÁK, D. 2012. *Od osnov ke standardům: proměny kurikulární teorie a praxe*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. 134 s. ISBN 978-80-7290-601-7.
7. DZÚROVÁ, D. a kol. 2015. *Zdravotně rizikové chování mládeže v Česku*. Praha: Státní zdravotní ústav. 133 s. ISBN 978-80-7071-343-3.
8. HAVELKOVÁ, M. a R. FERBOVÁ. 2005. *Výchova ke zdraví: I. sborník prací učitelů a studentů katedry rodinné výchovy a výchovy ke zdraví PdF MU v Brně*. Brno: Masarykova univerzita. 125s. ISBN 80-210-3918-3.
9. HIBELL, B. a kol. 2012. *The 2011 ESPAD resort: substance use among students in 16 European countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group of the Council of Europe. 390s. Bez ISBN.
10. KOCOURKOVÁ, V. a A. ŠAFRÁNKOVÁ. 2014. *Úvod k primární prevenci rizikového chování*. Olomouc: Agentura Gevak. 55 s. ISBN 978-80-86768-85-4.
11. KOMÁREK, L. a kol. *Ochrana a podpora zdraví*. 2011. Praha: Nadace CINDI ve spolupráci s 3. LF UK Praha. 99 s. ISBN 978-80-260-1159-0.

12. KOPECKÝ, M., K. KIKALOVÁ a J. TOMANOVÁ. 2013. *Antropologicko-psychologicko-sociální aspekty podpory zdraví a výchovy ke zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého. 517 s. ISBN 978-80-244-3472-8.
13. KOTÁSEK, J. et al. 2001. *Národní program rozvoje vzdělávání v České republice: bílá kniha*. Praha: Tauris. 98 s. ISBN 80-211-0372-8.
14. MIOVSKÝ, M. a kol. 2015. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Dotisk 1. vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 96 s. ISBN 978-80-7422-397-6.
15. MIOVSKÝ, M. a kol. 2015. *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. 405 s. ISBN 978-80-7422-391-4.
16. PRÁŠILOVÁ, M. a E. ŠMELOVÁ. 2010. *Kurikulum a jeho tvorba II: studijní texty pro distanční vzdělávání*. Olomouc: Univerzita Palackého. 75 s. ISBN 978-80-244-2607-5.
17. ŘEHULKA, E. a kol. 2009. *Škola a zdraví pro 21. století, 2009: aktuální otázky výchovy ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita. 347 s. ISBN 978-80-210-5071-6.
18. ŘEHULKA, E. 2016. *Zdraví - učitelé - škola*. Brno: Masarykova univerzita. 211 s. ISBN 978-80-210-8254-0.
19. SCHERER, H. 2004. *Analýza obsahu mediálních sdělení: Úvod do metody obsahové analýzy*. 2. vyd. Praha: Karolinum 2004. 29 s. Bez ISBN.
20. STRNADLOVÁ, A. 2011. *Tvorba a metodika projektů k podpoře zdraví: studijní text*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. 74 s. ISBN: 978-80-7368-978-0.
21. ZVÍROTSKÝ, M. 2014. *Zdravý životní styl*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. 52 s. ISBN 978-80-7290-661-1.

Internetové zdroje

22. DVOŘÁKOVÁ, I.: *Obsahová analýza* [online]. 2010 [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: <http://www.antropoweb.cz/cs/obsahova-analyza-formalni-obsahova-analyza-kvantitativni-obsahova-analyza>

23. KLINIKA ADIKTOLOGIE. *Vymezení rizikového chování* [online]. 2011 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3074/Vymezeni-rizikoveho-chovan>
24. MIKESKOVÁ, Š. *Metodický portál RVP: Kurikulum – základní pilíř vzdělávání* [online]. 2018 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/Sk/15567/KURIKULUM---ZAKLADNI-PILIR-VZDELAVANI.html/>
25. NEDBALOVÁ, J. *Výchova ke zdraví: Umíme porozumět pojmům o zdraví a prevenci?* [online]. 2009 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/pojmy.html>
26. NMS PRO DROGY A ZÁVISLOSTI. *Užívání drog ve školní populaci* [online]. 2015 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/drogovalituace/uzivani-drog-v-populaci/uzivani-drog-ve-skolni-populaci/>
27. SZÚ. *Škola podporující zdraví* [online]. 2009 [cit. 2017-01-20]. <http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi>
28. WHO. *Global school health initiative* [online]. 2017 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/

Elektronické dokumenty

29. MŠMT. *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže* [online]. 2016 [cit. 2016-12-13]. Dostupné z: www.msmt.cz/file/28077_1_1/
30. SLAVÍKOVÁ, H. *Manuál pro tvorbu minimálně preventivního programu* [online]. 2013 [cit. 2017-10-05]. Dostupné z: http://ppp-olomouc.cz/wp-content/uploads/2013/11/manual_pro_tvorbu_minimalniho_preventivniho_programu.pdf
31. VÚP. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* [online]. 2007 [cit. 2007-10-01]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-zakladni-vzdelavani>

Legislativní normy

32. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)* [online]. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-1-9-2017-do-31-8-2018>

Závěrečné práce:

33. HILDEBRANDOVÁ, P. *Implementace výuky výchovy ke zdraví do školního kurikula a realizace tématu výživa v praxi druhého stupně základních škol* [online]. 2015 [cit. 2018-03-02] Dostupné z:
<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120180457>
34. SCHINKEOVÁ, M. *Výuka Výchovy ke zdraví na okrese Blansko* [online]. 2013 [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: https://theses.cz/id/3arvk2/DP_Schinkeov.pdf
35. FLORIÁNOVÁ, J. *Programy podpory zdraví na základních školách v Brně a jejich stav a vývoj* [online]. 2011 [cit. 2018-03-02]. Dostupné z:
https://is.muni.cz/th/322008/pedf_b/Bakalarska_prace.pdf

SEZNAM ZKRATEK

RVP Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

ŠVP Školní vzdělávací programy

SZÚ Státní zdravotní ústav

ESPAD Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

NMS Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

SERR Společný evropský referenční rámec

VÚP Výzkumný ústav pedagogický

MŠMT Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

WHO Světová zdravotnická organizace

CAN Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

VZ Výchova ke zdraví

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

| | |
|--|---------|
| Obrázek 1. Zásady programu Škola podporující zdraví (SZU, 2017) | str. 21 |
| Obrázek 2. Logo programu škola podporující zdraví (SZU, 2017) | str. 22 |
| Obrázek 3. Proces tvorby minimálního preventivního programu (Miovský a kol. 2015) | str. 29 |
| Obrázek 4. Rozsah užívání návykových látek u českých studentů ve srovnání s evropským průměrem (Hibell et al., 2012) | str. 32 |
| | |
| Tabulka 1. Úrovně existence kurikula (Dvořák, 2012) | str. 9 |
| Tabulka 2. Formy existence kurikula (Dvořák, 2012) | str. 10 |
| Tabulka 3. Školy dle typu obce | str. 34 |
| Tabulka 4. Školy dle kraje | str. 34 |
| Tabulka 5. Integrace VZ do ŠVP | str. 37 |
| Tabulka 6. Četnost VZ | str. 38 |
| Tabulka 7. Ročníky s tématy VZ | str. 39 |
| Tabulka 8. Zařazení tématu programy podpory zdraví | str. 40 |
| Tabulka 9. Četnost tématu programy podpory zdraví | str. 41 |
| Tabulka 10. Ročníky s tématem programy podpory zdraví | str. 42 |
| Tabulka 11. Zařazení tématu šikana | str. 43 |
| Tabulka 12. Četnost tématu šikana | str. 44 |
| Tabulka 13. Ročníky s tématem šikana | str. 45 |
| Tabulka 14. Zařazení tématu pohlavně přenosných nemocí | str. 46 |
| Tabulka 15. Četnost tématu pohlavně přenosné nemoci | str. 47 |
| Tabulka 16. Ročníky s tématem pohlavně přenosné nemoci | str. 48 |
| Tabulka 17. Zařazení tématu návykové látky | str. 49 |
| Tabulka 18. Četnost tématu návykové látky | str. 50 |
| Tabulka 19. Ročníky s tématem návykové látky | str. 51 |
| Tabulka 20. Zařazení tématu zneužívání alkoholu | str. 52 |
| Tabulka 21. Četnost tématu zneužívání alkoholu | str. 53 |
| Tabulka 22. Ročníky s tématem zneužívání alkoholu | str. 54 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|---------|
| Graf 1. Integrace VZ do ŠVP | str. 37 |
| Graf 2. Četnost VZ | str. 38 |
| Graf 3. Ročníky s tématy VZ | str. 39 |
| Graf 4. Zařazení tématu podpora zdraví | str. 40 |
| Graf 5. Četnost tématu programy podpory zdraví | str. 41 |
| Graf 6. Ročníky s tématem programy podpory zdraví | str. 42 |
| Graf 7. Zařazení tématu šikana | str. 43 |
| Graf 8. Četnost tématu šikana | str. 44 |
| Graf 9. Ročníky s tématem šikana | str. 45 |
| Graf 10. Zařazení tématu pohlavně přenosné nemoci | str. 46 |
| Graf 11. Četnost tématu pohlavně přenosné nemoci | str. 47 |
| Graf 12. Ročníky s tématem pohlavně přenosné nemoci | str. 48 |
| Graf 13. Zařazení tématu návykové látky | str. 49 |
| Graf 14. Četnost tématu návykové látky | str. 50 |
| Graf 15. Ročníky s tématem návykové látky | str. 51 |
| Graf 16. Zařazení tématu zneužívání alkoholu | str. 52 |
| Graf 17. Četnost tématu zneužívání alkoholu | str. 53 |
| Graf 18. Ročníky s tématem zneužívání alkoholu | str. 54 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I. Kódovací kniha

PŘÍLOHA I. – KÓDOVACÍ KNIHA

1. Integrace VZ do ŠVP
 - samostatně
 - integrovaně
2. Četnost VZ – příklad:
 - 2 ročníky
 - 3 ročníky
3. Ročníky s VZ:
 - 6. ročník
 - 7. ročník
 - 8. ročník
 - 9. ročník
4. Zařazení tématu programy podpory zdraví
 - ANO
 - NE
5. Četnost tématu programy podpory zdraví – příklad:
 - 1 ročník
 - 2 ročníky
6. Ročníky s tématem programy podpory zdraví:
 - 6. ročník
 - 7. ročník
 - 8. ročník
 - 9. ročník
7. Zařazení tématu šikana
 - ANO
 - NE
8. Četnost tématu šikana – příklad:
 - 1 ročník
 - 2 ročníky
9. Ročníky s tématem šikana:
 - 6. ročník
 - 7. ročník

- 8. ročník
- 9. ročník

10. Zařazení tématu pohlavně přenosných nemocí

- ANO
- NE

11. Četnost tématu pohlavně přenosných nemocí – příklad:

- 1 ročník
- 2 ročníky

12. Ročníky s tématem pohlavně přenosných nemocí:

- 6. ročník
- 7. ročník
- 8. ročník
- 9. ročník

13. Zařazení tématu návykové látky

- ANO
- NE

14. Četnost tématu návykové látky – příklad:

- 1 ročník
- 2 ročníky

15. Ročníky s tématem návykové látky:

- 6. ročník
- 7. ročník
- 8. ročník
- 9. ročník

16. Zařazení tématu zneužívání alkoholu

- ANO
- NE

17. Četnost tématu zneužívání alkoholu – příklad:

- 1 ročník
- 2 ročníky

18. Ročníky s tématem zneužívání alkoholu:

- 6. ročník
- 7. ročník

- 8. ročník
- 9. ročník

Operacionalizace:

1. Integrace VZ do ŠVP

Tato proměnná zkoumá, jsou-li (a jakým způsobem) zařazena témata předmětu výchova ke zdraví do daného ŠVP. Za témata podstatná pro náš výzkum považujeme texty dotýkající se programů podpory zdraví, šikany a jiného násilí, pohlavně přenosných nemocí, návykových látek a zneužívání alkoholu. V ŠVP jsou dvě možnosti zařazení: do samostatného předmětu nebo integrovaně do jiného předmětu.

2. Četnost VZ

Tato proměnná hodnotí, v kolika ročnících se vyučuje samostatný předmět výchova ke zdraví. Číslo udává počet ročníků, v nichž se tento předmět vyučuje.

3. Ročníky s VZ

Proměnná ukazuje, v jakých ročnících je výchova ke zdraví vyučována. Číslo u každého ročníku zobrazuje, kolikrát byl (po prozkoumání všech ŠVP) předmět VZ zařazen do jednotlivých ročníků.

4. Zařazení tématu programy podpory zdraví

Proměnná je zaměřena na výskyt tématu programy podpory zdraví v jednotlivých ŠVP. Odpověď ANO značí, že se téma vyskytuje, ať už samostatně či integrovaně, NE znamená, že téma není do ŠVP zahrnuto vůbec.

5. Četnost tématu programy podpory zdraví

Díky této proměnné zjišťujeme, v kolika ročnících se vyučuje téma programy podpory zdraví. Číslo udává počet ročníků (jednotlivé v každém ŠVP), v nichž se toto téma objevuje.

6. Ročníky s tématem programy podpory zdraví

Proměnná ukazuje, kolikrát bylo téma programy podpory zdraví ve všech ŠVP dohromady zařazeno do jednotlivých ročníků.

7. Zařazení tématu šikana

Proměnná ukazuje výskyt tématu šikany v jednotlivých ŠVP. Odpověď ANO značí, že se téma vyskytuje, ať už samostatně či integrovaně, NE znamená, že téma není do ŠVP zahrnuto vůbec.

8. Četnost tématu šikana

Díky této proměnné zjišťujeme, v kolika ročnících se vyučuje téma šikana. Číslo udává počet ročníků, v nichž se toto téma objevuje.

9. Ročníky s tématem šikana

Proměnná ukazuje, kolikrát bylo téma šikana ve všech ŠVP dohromady zařazeno do jednotlivých ročníků.

10. Zařazení tématu pohlavně přenosných nemocí

Na této proměnné závisí výskyt tématu pohlavně přenosných nemocí v ŠVP. Odpověď ANO značí, že se téma vyskytuje, ať už samostatně či integrovaně, NE znamená, že téma není do ŠVP zahrnuto vůbec.

11. Četnost tématu pohlavně přenosných nemocí

Tato proměnná ukazuje, v kolika ročnících se vyučuje téma pohlavně přenosné nemoci. Číslo udává počet ročníků, v nichž se toto téma objevuje.

12. Ročníky s tématem pohlavně přenosných nemocí

Proměnná ukazuje, kolikrát bylo téma pohlavně přenosných nemocí ve všech ŠVP dohromady zařazeno do jednotlivých ročníků.

13. Zařazení tématu návykové látky

Na této proměnné závisí výskyt tématu návykové látky v ŠVP. Odpověď ANO značí, že se téma vyskytuje, ať už samostatně či integrovaně, NE znamená, že téma není do ŠVP zahrnuto vůbec.

14. Četnost tématu návykové látky

Tato proměnná ukazuje, v kolika ročnících se vyučuje téma návykové látky. Číslo udává počet ročníků, v nichž se toto téma objevuje.

15. Ročníky s tématem návykové látky

Proměnná ukazuje, kolikrát bylo téma šikana ve všech ŠVP dohromady zařazeno do jednotlivých ročníků.

16. Zařazení tématu zneužívání alkoholu

Proměnná značí výskyt tématu zneužívání alkoholu v ŠVP. Odpověď ANO značí, že se téma vyskytuje, ať už samostatně či integrovaně, NE znamená, že téma není do ŠVP zahrnuto vůbec.

17. Četnost tématu zneužívání alkoholu

Díky této proměnné zjistíme, v kolika ročnících se vyučuje téma zneužívání alkoholu. Číslo udává počet ročníků, v nichž se toto téma objevuje.

18. Ročníky s tématem zneužívání alkoholu

Proměnná ukazuje, kolikrát bylo téma zneužívání alkoholu ve všech ŠVP dohromady zařazeno do jednotlivých ročníků.

ANOTACE

| | |
|--------------------------|-------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Jarmila Slámová |
| Katedra: | Antropologie a zdravotní vědy |
| Vedoucí práce: | Mgr. Michaela Hřivnová Ph.D. |
| Rok obhajoby: | 2018 |

| | |
|------------------------------|--|
| Název práce: | Podpora zdraví a prevence rizikového chování v kurikulárních dokumentech na II. Stupni základních škol |
| Název v angličtině: | Health promotion and risk prevention in curriculum documents on II. elementary schools |
| Anotace práce: | Teoretická část popisuje rámcové vzdělávací programy a školní vzdělávací programy zejména předmět výchovy ke zdraví. Zabývá se problematikou podpory zdraví a problematiku rizikového chování. Metodologie práce se zaměřuje na začlenění témat předmětu výchova ke zdraví do vyučovacích hodin. |
| Klíčová slova: | Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, školní vzdělávací programy, výchova ke zdraví, rizikové chování, prevence, programy podpory zdraví, šikana, pohlavně přenosné choroby, návykové látky, alkohol |
| Anotace v angličtině: | The theoretical part describes the framework educational programs and school educational programs especially the subject of health education. It deals with the issue of health promotion and the issue of risk behavior. The methodology of work focuses on the inclusion of subjects |

| | |
|--|---|
| | of health education in lessons |
| Klíčová slova v angličtině: | Framework education program for primary education, school education programs, health education, risk behavior, prevention, health promotion programs, bullying, sexually transmitted diseases, addictive substances, alcohol. |
| Přílohy vázané v práci: | Kódovací kniha |
| Rozsah práce: | 66 stran |
| Jazyk práce: | Čeština |