

# NÁZORY ČESKÉ VEŘEJNOSTI NA VÝCHOVU KE ZDRAVÍ V ZÁKLADNÍM ŠKOLSTVÍ

---

Leona MUŽÍKOVÁ

**Abstrakt:** Příspěvek seznamuje s názory občanů České republiky na výchovu ke zdraví v základním školství. Výsledky byly získány na základě reprezentativního sociologického výzkumu k problematice zdraví a zdravého způsobu života. Výzkum, do něhož se zapojila autorka příspěvku v rámci řešení výzkumného záměru Škola a zdraví pro 21. století, byl realizován ve spolupráci s Lékařským informačním centrem a agenturou INRES. Výzkumu se zúčastnilo 1606 občanů České republiky ve věku nad 15 let. Soubor byl reprezentativní z hlediska věku, pohlaví a regionů České republiky. Výsledky pomohly identifikovat hlavní důvody nespokojenosti české populace s výchovou ke zdraví na základní škole. Dokumentují, že stěžejními důvody pro nespokojenost jsou rozsah výuky, obsah výuky a osobnost učitele. Získané poznatky poskytují řadu konkrétních podnětů pro zkvalitnění práce ve vzdělávací oblasti Člověk a zdraví. Ukazují, na kterou oblast tělesné výchovy a výchovy ke zdraví je třeba zaměřit hlavní pozornost.

**Klíčová slova:** tělesná výchova, výchova ke zdraví, základní škola, výuka

## Úvod

Současné české školství se nachází v procesu kurikulární reformy, jejíž součástí je prohlubování a zavádění nově pojaté *výchovy ke zdraví* do škol všech stupňů. Tento inovovaný vzdělávací obor je začleněn do systému výchovy a vzdělávání a je definován vzdělávacími dokumenty.

Výchova ke zdraví by měla vést k růstu zdravotního vědomí a chování občanů. Často se v této souvislosti používá termín *zdravotní gramotnost* (HOLČÍK, 2004: 120) označující „kognitivní a sociální dovednost determinující motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využít je k rozvoji a udržení dobrého zdraví.“

Zdravotní gramotnost by měla být předpokladem pro *zdravý životní styl* populace (případně zdravý způsob života). Podle LIBY (2005: 5) „jde o vyváženost psychické a fyzické zátěže, o cílevědomou pohybovou aktivitu, racionální výživu, harmonické vztahy mezi lidmi, zodpovědný pohlavní život, odmítání návykových látek, zodpovědnost v oblasti práce a života, osobní a pracovní hygienu atd.“ Zdravý životní styl se

promítá do *kvality života*, která vyjadřuje celkovou spokojenost se životem a všeobecný pocit osobní pohody, duševní harmonie a životní spokojenosti.

Výchozím vzdělávacím dokumentem *základního školství* (na něž se v tomto příspěvku zaměřujeme) je *Standard základního vzdělávání* (1995), který vymezuje vzdělávací obor *výchova ke zdraví* v základním vzdělávání a zařazuje tento obor spolu s oborem *tělesná výchova a sport* do vzdělávací oblasti *Zdravý životní styl*.

Z výše uvedeného standardu vycházejí dosud platné *vzdělávací programy pro základní vzdělávání* (2006) s názvem *Základní škola* (1996), *Obecná škola* (1997) a *Národní škola* (1997). Nejrozšířenějším programem, který realizuje většina českých škol, je vzdělávací program *Základní škola*.

Uvedené vzdělávací programy postupně nahrazuje nový *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání – RVP ZV* (2005, resp. 2007<sup>1</sup>), který je kurikulárním dokumentem státní úrovně a normativně stanovuje obecný rámec pro jednotlivé etapy vzdělávání. Je závazný pro tvorbu *školních vzdělávacích programů – ŠVP*, které jsou kurikulárním dokumentem školní úrovně a vytváří si je každá škola podle svých konkrétních podmínek.

Pojem *kurikulum* vnímáme jako základní pedagogickou kategorii. V širším slova smyslu je kurikulum vymezeno jako „komplex problémů vztahujících se k řešení otázek: proč, koho, v čem, jak, kdy, za jakých podmínek a jakými očekávanými efekty vzdělávat“, v užším pojetí je kurikulum pojímáno jako kurikulární dokument či jako obsah vzdělání (MAŇÁK, JANÍK, ŠVEC, 2008). Pojem *kurikulum výchovy ke zdraví* proto chápeme jako obsah vzdělání ve vzdělávacím oboru *výchova ke zdraví*.

Teorie kurikula rozlišuje různé linie, koncepce či formy kurikula. V tomto příspěvku se zaměřujeme na *projektovou formu kurikula*, kterou představují dle PRŮCHY (2002) vzdělávací programy, učební plány, osnovy, standardy vzdělávání aj., a na *realizační formu kurikula*, kterou charakterizuje učivo skutečně předávané žákům konkrétními učiteli v konkrétních školách a třídách.

Již zmíněný *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* zavádí devět vzdělávacích oblastí a mezi nimi i oblast *Člověk a zdraví*. Do vzdělávací oblasti *Člověk a zdraví* patří vzdělávací obory *výchova ke zdraví* a *tělesná výchova* (do níž je zahrnuta *zdravotní tělesná výchova*).

Vzdělávací obor *výchova ke zdraví* je v RVP ZV vymezen následovně: „Výchova ke zdraví přináší základní poznání o člověku v souvislosti s preventivní ochranou jeho zdraví. Učí žáky aktivně rozvíjet a chránit zdraví v propojení všech jeho složek (sociální, psychické a fyzické) a být za ně odpovědný. Svým vzdělávacím obsahem bezprostředně navazuje na vzdělávací oblast *Člověk a jeho svět*. Žáci si upevňují hygienické, stravovací, pracovní i jiné zdravotně preventivní návyky, rozvíjejí dovednosti odmítat škodlivé látky, předcházet úrazům a čelit vlastnímu ohrožení v každodenních i mimořádných situacích. Rozšiřují a prohlubují si poznatky o rodině, škole a společenství vrstevníků, o přírodě, člověku, vztazích mezi lidmi a učí se dívat na vlastní činnosti z hlediska zdravotních potřeb a životních perspektiv dospívajícího jedince a rozhodovat se ve prospěch zdraví. Vzhledem k individuálnímu a sociálnímu rozměru zdraví je vzdělávací obor *Výchova ke zdraví* velmi úzce propojen s průřezovým tématem *Osobnostní a sociální výchova*.“ (RVP ZV, 2005: 72)

---

<sup>1</sup> aktualizovaná verze RVP ZV

## K výzkumu realizační formy kurikula výchovy ke zdraví

Ve výzkumu realizační formy kurikula se uplatňuje široké spektrum výzkumných přístupů a metod. Za adekvátní metodu pro výzkum realizovaného kurikula bývá považováno *pozorování*. To může být přímé nebo zprostředkované (např. videozáznamem vyučovací hodiny – tzv. videostudie). Vzhledem k tomu, že pozorování je časově i finančně náročné, bývá často nahrazováno metodou *dotazování*, a to spíše písemného než ústního.

Výzkumů realizované formy kurikula v rovině výuky, které by se s ohledem na téma příspěvku jevily jako relevantní, není v naší zemi mnoho. Dlouhodoběji se tomuto problému věnuje zejména MARÁDOVÁ (2007), která prováděla v letech 2004–2006 dotazníkové šetření doplněné rozhovory, jejichž cílem bylo získat informace o výuce zaměřené na výchovu ke zdraví v současném základním vzdělávání, a to z pozice učitelů 1. i 2. stupně základní školy (dále ZŠ). Z výpovědí respondentů (380 vyučujících 1. stupně ZŠ; 417 vyučujících rodinné výchovy) je patrné, že „...na otázku, který tematický okruh z oblasti výchovy ke zdraví žáky nejvíce zajímá, převážná většina učitelů (76 % dotázaných) uvedla téma *rodinné a sexuální výchovy*. ... *Sami učitelé však toto téma do výuky zařazují s určitými zábránami a v celkovém vyhodnocení výzkumu se dostalo na pozici tématu nejméně oblíbeného*“ (s. 240).

Výzkumy pod vedením Mužíkové (MUŽÍKOVÁ, 2006a, 2006b, 2007, BĚLIČKOVÁ, 2008, HLOUCALOVÁ, 2008) analyzovaly otevřené názory ředitelů škol na způsoby realizace výchovy ke zdraví na školách. Poznatky získané od 536 ředitelů plně organizovaných a 148 ředitelů neúplně organizovaných ZŠ potvrdily, že status výchovy ke zdraví jako samostatného vzdělávacího oboru je na mnoha školách velmi nízký a projektované kurikulum výchovy ke zdraví není realizováno očekávaným a odpovídajícím způsobem.

Další poznatky o výchově ke zdraví přináší výzkumy ŽALOUĐÍKOVÉ (2003, 2004). Autorka v nich sice zaměřuje pozornost převážně na výsledkovou formu kurikula<sup>2</sup>, avšak některá její zjištění se vztahují také ke kurikulu realizovanému. Poukazuje např. na skutečnost, že respondenti (žáci, studenti učitelství, učitelé) pocítují, že ve škole není poskytováno dostatečné množství informací o tom, co nejvíce ohrožuje zdraví a jak předcházet vážným chorobám. Autorka se zabývá i zkoumáním dětských pojetí zdraví a nemocí, avšak publikované výsledky dosud nemáme k dispozici.

Dílčí poznatky z oblasti výchovy ke zdraví najdeme např. ve studii HAJEROVÉ-MÜLLEROVÉ, DOULÍKA a ŠKODY (2005), v jejímž rámci autoři vyhodnocovali změny dětského pojetí *drogy*. Podobně se i řada dalších autorů orientuje na dílčí témata výchovy ke zdraví, ale komplexnější výzkumy kurikula výchovy ke zdraví dosud scházejí.

## Výzkumný problém

*Podnětem k výzkumu prezentovanému v tomto příspěvku byly výsledky získané analýzou odpovědí na uzavřené nebo polouzavřené otázky dotazníkového šetření, které se uskutečnilo v roce 2005–2006 a týkalo se dosavadní realizace výchovy ke zdraví dle Standardu základního vzdělávání (1995). Výzkumným souborem byl soubor ředitelů ZŠ. Výsledky tohoto šetření již byly zveřejněny (MUŽÍKOVÁ, 2006a, 2006b, 2007), proto uvádíme jen shrnující poznatky:*

<sup>2</sup> V oblasti znalostí/informovanosti žáků, studentů a učitelů o zdravotních rizicích.

- Ředitelé ZŠ nebyli v době šetření dostatečně seznámeni s aktuálními požadavky na výchovu ke zdraví dle *Standardu základního vzdělávání*. Většina škol neměla propracované tematické plány pro výchovu ke zdraví, většina ředitelů uvedla, že „výchova ke zdraví prolíná celým procesem školy“.
- Jen pětina škol byla dobře vybavena didaktickými pomůckami pro výchovu ke zdraví. Hlavní příčinou neuspokojivého stavu byl dle ředitelů ZŠ nedostatek finančních prostředků.
- Přestože vzdělávací program *Základní škola* uplatňovaný na 96 % škol výzkumného souboru spojuje výchovu ke zdraví na 2. stupni ZŠ zejména s obsahem oboru rodinná výchova (a s výukou předmětu rodinná výchova), téměř dvě třetiny zkoumaných škol tyto obory v praxi nepropojovaly.
- Pouze na 13 % zkoumaných škol působil a probíral učitel pro rodinnou výchovu, na ostatních sledovaných školách byla rodinná výchova vyučována neaprobovaně.
- Naprostá většina ředitelů považovala za přínosné výsledky realizace *Minimálního preventivního programu*. V rámci výchovy ke zdraví byly na školách organizovány výchovné a vzdělávací akce, ale většinou šlo o jednorázové besedy, soutěže aj.
- S programem *Zdraví 21* (schváleným usnesením vlády ČR č. 1046 z roku 2002) nebyla v době šetření seznámena téměř jedna třetina ředitelů, další třetina přiznala, že jen částečně.
- Většina ředitelů uvedla, že výchovu ke zdraví považují za důležitou a umožnila by další vzdělávání učitelů v této oblasti.

Tyto výsledky, které dokumentují, že se výchova ke zdraví na mnohých ZŠ dosud nerealizuje v souladu s projektovou formou kurikula předloženou ve *Standardu základního vzdělávání* (1995), nás vedly k doplňujícímu výzkumnému šetření. **Cílem výzkumu** bylo zjištění názorů české populace na aktuální úroveň realizace výchovy ke zdraví na ZŠ a identifikace hlavních důvodů spokojenosti či nespokojenosti s výchovou ke zdraví na školách.

Tento výzkum byl realizován ve spolupráci s *Institutem pro studium zdraví a životního stylu a agenturou INRES*.

## Výzkumný soubor

Názory populace ČR byly získány od souboru respondentů o velikosti 1606 jedinců vybraných náhodným výběrem pomocí kvót. Soubor byl *reprezentativním* vzorkem populace ČR ve věku nad 15 let. Reprezentativnost byla odvozena od základního souboru obyvatelstva ČR ve věku 15 let a více.<sup>3</sup> Lze konstatovat, že níže uvedené výsledky výzkumu jsou *reprezentativní pro populaci ČR nad 15 let z hlediska pohlaví, věku a regionu*.

Z dalších znaků, u kterých sice nebyla reprezentativnost sledována, ale které byly v rámci výzkumu zjišťovány, lze uvést vzdělání, rodinný stav, počet dětí, velikost místa bydliště, povolání, výše čistého měsíčního příjmu rodiny, stanovisko k náboženské víře a způsob bydlení. Tam, kde se ukázala statisticky významná souvislost, je na tuto skuteč-

<sup>3</sup> Viz Věkové složení obyvatelstva České republiky v roce 2006. Stav k 31.12.2006. Praha: Český statistický úřad, 2007.

nost upozorněno. Nicméně v důsledku toho, že data této skupiny nejsou reprezentativní, lze zjištěné statisticky významné souvislosti interpretovat pouze jako tendence.

## Výzkumná metoda

Výzkum byl koncipován jako sociologický s využitím otázek předložených zadavatelkou (autorkou příspěvku) a připomínkových kompetentními pracovníky organizátora výzkumu. Terénní šetření bylo provedeno *metodou standardizovaného řízeného rozhovoru* tazatele s respondentem.

Sběr dat byl proveden aktivem tazatelů agentury INRES. Byl zabezpečován 350 profesionálními tazateli v celé ČR. Optickou a logickou kontrolu, kódování a vkládání dat do počítače prováděli pracovníci agentury INRES, tabelování výsledků pracovníci Institutu pro studium zdraví a životního stylu, interpretaci výsledků autorka otázek (a tohoto příspěvku).

Statistické zpracování dat bylo provedeno programem SASD 1.3.0 (statistická analýza sociálních dat). Zpracován byl 1. stupeň třídění a kontingenční tabulky vybraných ukazatelů 2. stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě metody  $\chi^2$  a dalších testovacích kritérií, aplikovaných dle charakteru znaků. Na základě této analýzy byla provedena interpretace dat.

Odpovědi respondentů byly zachyceny písemnou formou. Odpovědní archy byly ověřeny v předvýzkumu. Každý arch vyplněný respondentem prošel důkladnou logickou a optickou kontrolou. Kontrolovány byly logické vazby a úplnost i věrohodnost vyplnění. Vyřazeny byly archy s nefunkčními logickými vazbami a neúplně vyplněné (zpravidla ty, u kterých respondent odmítl odpovídat na otázky a rozhodl se předčasně ukončit rozhovor a část archu tak zůstala nevyplněná). Tyto archy byly zahrnuty do kategorie „non-response“.

Mezi hodnocenými položkami byly časté spojité odpovědi. Ty bylo potřeba transformovat tak, aby bylo možné hlavní výsledky přehledně shrnout. Spojité odpovědi respondentů byly transformovány na dílčí výroky a tím se změnil charakter znaků u transformovaných proměnných ze spojitých na kategoriální.

## Harmonogram výzkumu

Projekt výzkumu byl zpracován v průběhu září – října 2007. Jeho oponování proběhlo počátkem listopadu 2007. Předvýzkum sloužící k ověření výzkumných technik a znění položených otázek byl realizován na výběrovém souboru 240 respondentů (občanů) v listopadu 2007. V tomto období proběhly rovněž instruktáže všech tazatelů.

Vlastní terénní šetření bylo uskutečněno v celé ČR na přelomu listopadu a prosince 2007. Shromáždění odpovědních archů, jejich optická a logická kontrola a vkládání dat do počítače proběhlo v prosinci 2007. Poté bylo uskutečněno vyvážení dat, jejich základní matematicko-statistická analýza, zpracování frekvenčních a vybraných kontingenčních tabulek a byla provedena základní interpretace dat včetně oponování signální zprávy zadavatelkou.

Výsledky byly zadavatelkou interpretovány na počátku roku 2008.

## Výsledky

Názory reprezentativního souboru občanů na úroveň výchovy ke zdraví na ZŠ byly zjišťovány pomocí otevřených otázek. Výzkum se uskutečnil v roce 2007 a na položené otázky odpovídalo **1606 respondentů** ve věku nad 15 let.

Odpovědi na otázku „**V čem podle Vašeho názoru spočívají hlavní klady v současné úrovni výchovy ke zdraví na základních školách?**“ nelze kategorizovat a statisticky zpracovat. Naprostá většina respondentů odpověděla „nevím“, „vůbec netuším, že se výchova ke zdraví na školách vyučuje“, „nemám dostatek informací“, anebo na otázku neodpověděla vůbec. Pouze 29 respondentů (tj. 1,8 %) uvedlo, že byli ve škole vedeni ke zdravému způsobu života, že škola dbala na čistotu, přezouvání, umývání rukou nebo že „vše je v pořádku“.

Na otázku „**V čem podle Vašeho názoru spočívají hlavní nedostatky v současné úrovni výchovy ke zdraví na základních školách?**“ konkrétně odpovědělo 689 respondentů (42,9 %), 917 respondentů (57,1 %) uvedlo, že neví, nemá dostatek informací, neumí na otázku odpovědět apod., anebo na otázku neodpovědělo vůbec.

Konkrétních **689 odpovědí** bylo podrobena obsahové analýze a na jejím základě byly stanoveny následující *kategorie*, do nichž byly odpovědi začleněny. Podařilo se tak identifikovat hlavní *důvody nespokojenosti* populace s úrovní výchovy ke zdraví:

- a) **Rozsah výuky** – odpovědi typu: málo hodin, malý rozsah, málo odborných přednášek, málo pobytů v přírodě apod.
- b) **Obsah výuky** – odpovědi typu: výchova ke zdraví je nezajímavá, příliš teoretická, není dostatek pomůcek, chybí koncepce, je málo zaměřená na prevenci apod.
- c) **Úroveň učitelů** – odpovědi typu: učitelé nejsou dostatečně kvalifikovaní, mají k výuce špatný přístup, učitelé nejdou příkladem apod.
- d) **Přístup žáků** – odpovědi typu: děti o tento předmět nemají zájem, neberou ho vážně, berou ho jen jako hru, v praxi však poznatky nevyužívají apod.
- e) **Podpora rodiny** – odpovědi typu: co škola naučí, to rodina nerespektuje, špatný přístup rodičů, nedodržování zdravotních návyků v rodině apod.
- f) **Finanční náročnost** – odpovědi typu: není dost peněz na výuku, špatné pomůcky, drahé kurzy apod.
- g) **Ostatní důvody** – odpovědi typu: upravit návyky dětí, pitný režim, špatné stravování ve školní jídelně apod.

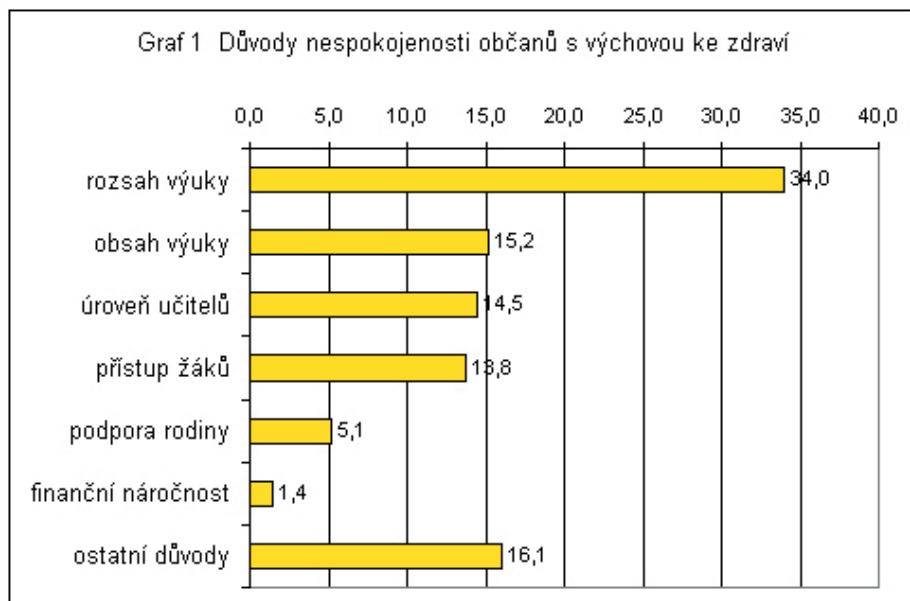
Nejčtenějším uvedeným důvodem nespokojenosti s výchovou ke zdraví (34,0 % odpovědí) byl **nedostatečný rozsah výuky** (viz tab. 1, graf 1). Poměrně vyrovnané bylo zastoupení odpovědí týkajících se **obsahu výuky** (15,2 %) a **úrovně učitele** (14,5 %). Sečteme-li počet výroků v těchto dvou kategoriích, pak s **úrovní výuky** je nespokojeno 29,7 % respondentů. **Přístup žáků** k této problematice kritizuje 13,8 % respondentů, podporu rodiny 5,1 % respondentů a finanční náročnost výuky 1,4 % respondentů. Další důvody nejsou z hlediska realizační formy kurikula věcně významné.

Analýza souvislostí v četnosti odpovědí mezi jednotlivými skupinami populace ( $p < 0,05$ ), uskutečněná na základě druhého stupně třídění, přinesla tyto statisticky významné výsledky:

Na malý rozsah výchovy ke zdraví poukazují více ženy, studující a svobodní, ale především **mladí lidé ve věku do 24 let**. Muži oproti ženám volí častěji odpověď „nevím“. Tuto odpověď uvádějí statisticky významně častěji také respondenti ve věku nad 55 let.

Kategorie	Absolutní četnost odpovědí	Relativní četnost odpovědí (%)
rozsah výuky	234	34,0
obsah výuky	104	15,2
úroveň učitelů	100	14,5
přístup žáků	95	13,8
podpora rodiny	35	5,1
finanční náročnost	10	1,4
ostatní důvody	111	16,1
celkem	689	100,0

Tab. 1: Důvody nespokojenosti občanů ČR s úrovní výchovy ke zdraví



Protože se četnost odpovědí u mladé populace ve věku 15–24 let statisticky významně liší od odpovědí starších věkových skupin ( $p < 0,05$ ), byly tyto odpovědi vyloučeny a interpretovány samostatně. Druhým důležitým momentem je, že odpovědi mladé populace mají pro posouzení aktuální realizace výchovy ke zdraví silnější vypovídací hodnotu. Většina těchto respondentů zažila během své povinné školní docházky výchovu ke zdraví, která měla být realizována dle *Standardu základního vzdělávání* (1995).

Odpovědi respondentů byly kategorizovány a kvantifikovány zvlášť pro skupinu populace ve věku 15–19 let a pro skupinu 20–24 let. Získané hodnoty byly pro názornost porovnány s četností výroků celého souboru respondentů ve věku nad 15 let (tab. 2, graf 2). Statistická významnost rozdílů v četnosti odpovědí ( $p < 0,05$ ) mezi oběma sledovanými skupinami mladé populace byla v rámci jednotlivých kategorií prokázána ve dvou případech: rozsah výuky a úroveň učitelů.

Mladí respondenti poukazují nejčastěji na **malý rozsah výuky** výchovy ke zdraví (44,5 % a 37,5 % odpovědí). Tato výuka měla probíhat zejména v rámci předmětu rodinná výchova v 6.–9. ročníku ZŠ v rozsahu 1 vyučovací hodiny týdně (na 1. stupni ZŠ jsou témata výchovy ke zdraví rozptýlena do více předmětů, především do prvouky a přírodovědy). Názor mladé populace potvrzuje výše prezentovaný poznatek z předcházejícího výzkumu (MUŽÍKOVÁ, 2006a), že dvě třetiny sledovaných škol nepropojovaly dostatečně rodinnou výchovu s výchovou ke zdraví.

Relativně častým důvodem nespokojenosti s výchovou ke zdraví je **obsah výuky** (14,9 % a 14,4 % respondentů). Statisticky významný rozdíl ( $p < 0,01$ ) vykazuje četnost výroků v kategorii **úroveň učitelů** – jejich kvalifikace či přístup k výchově ke zdraví (7,4 % a 17,7 % výroků). Tento výsledek opět koresponduje se zjištěním z předchozího výzkumu, že učitelé a probovaní pro rodinnou výchovu (tj. i pro výchovu ke zdraví) působili v době výzkumu pouze na 13 % škol. Na druhé straně rozdíl v nespokojenosti nejmladších občanů (7,4 % výroků) a starší populace ve věku 20–24 let (17,7 % výroků) signalizuje zlepšující se úroveň učitelů věnujících se výchově ke zdraví. Tento výsledek může být důsledkem zvyšující se kvalifikace učitelů v oblasti výchovy ke zdraví, a to především při vzdělávání školních metodiků prevence nebo jiných způsobů dalšího vzdělávání učitelů.

Četnost odpovědí v dalších kategoriích není věcně významná pro posuzování realizace výchovy ke zdraví.

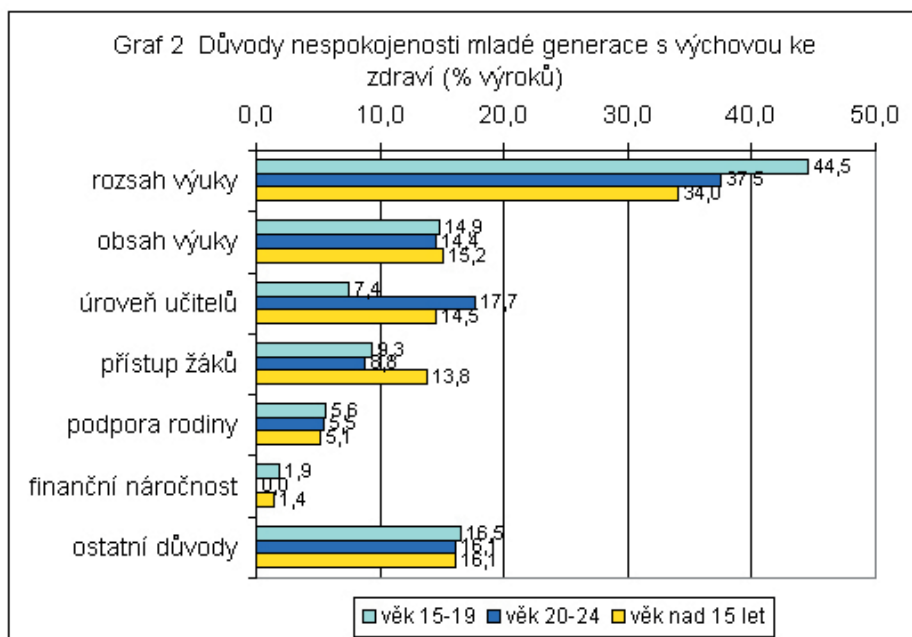
V porovnání s celou populací je mladá generace méně kritická k přístupu žáků k výchově ke zdraví (9,3 a 8,8 % výroků). Vyrovnaná je kritika přístupu rodiny (ve všech sledovaných skupinách okolo 5 % výroků).

Ostatní kritické výroky se nejvíce týkají podmínek vzdělávání a korespondují s výsledky prezentovanými v předchozí kapitole.

Kategorie	věk 15-19 let	věk 20-24 let	populace nad 15 let
rozsah výuky	44,5	37,5	34,0
obsah výuky	14,9	14,4	15,2
úroveň učitelů	7,4	17,7	14,5
přístup žáků	9,3	8,8	13,8
podpora rodiny	5,6	5,5	5,1
finanční náročnost	1,9	0,0	1,4
ostatní důvody	16,5	16,1	16,1
celkem	100,0	100,0	100,0

Tab. 2: Důvody nespokojenosti mladé populace ČR s úrovní výchovy ke zdraví (% výroků)





## Získané poznatky a závěry

Výzkum přinesl 1606 odpovědi reprezentativního souboru respondentů. *Nepodařilo se však identifikovat důvody spokojenosti* respondentů s úrovní výchovy ke zdraví. Zřejmou příčinou je velmi malé povědomí veřejnosti o vzdělávacím obsahu výchovy ke zdraví.

*Hlavním důvodem nespokojenosti* s úrovní výchovy ke zdraví na ZŠ je nedostatečný rozsah výuky a způsob, jakým je obor vyučován (tj. obsah výuky a úroveň učitelů). Tyto výsledky potvrzují poznatek získaný analýzou názorů ředitelů (MUŽÍKOVÁ 2006a, 2006b, 2007). Uvedený poznatek by měl být zohledněn především v přípravě učitelů.

Sledované sociodemografické znaky respondentů – pohlaví, vzdělání, místo bydliště aj., nemají na spokojenost či nespokojenost s úrovní výchovy ke zdraví významnější vliv. Výjimkou je věk respondentů, kde byly v porovnání s celou populací zjištěny statisticky významné rozdíly v názorech na úroveň výchovy ke zdraví zejména u populace ve věku od 15 do 24 let. Tento výsledek potvrzuje, že v posledních letech je výchově ke zdraví věnována na školách zvýšená pozornost, avšak úroveň vzdělávání v tomto oboru je respondenty hodnocena spíše negativně.

Získané poznatky nás podněcují k provedení komparace projektové a realizační formy kurikula výchovy ke zdraví. Uvědomujeme si však, že taková komparace může přinést opět pouze deskriptivní výsledky. Proto se pokusíme v následujícím období formulovat konkrétní východiska pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů.

## **THE CZECH PUBLIC OPINIONS ON HEALTH EDUCATION IN PRIMARY SCHOOL**

**Abstract:** The contribution acquaints us with the Czech public opinions on health education in primary school. The results were obtained on the basis of representative sociological research related to problems of health and healthy lifestyle. The author of the contribution participate in the research under the terms of the research plan School and Health for 21st Century. The research was carried out in cooperation with Medical Information Centre and INRES agency. The number of 1606 citizens of the Czech Republic over 15 years took part in the research. From the point of view of age, gender and the Czech Republic regions, this group was a representative one. The results helped to identify the main reasons for dissatisfaction of the Czech public with health education in primary school. The crucial reasons for dissatisfaction are extent of teaching, lesson content, and teacher personality. The obtained information gives a number of concrete motivations for improving the quality of educational course of study Man and Health. It shows the part of health education realm to which should we aim our attention.

**Keywords:** physical education, health education, primary school, schooling