

ŠKOLA A ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ, 2010

**PODNĚTY PRO IMPLEMENTACI
VÝCHOVY KE ZDRAVÍ DO ŠKOLNÍCH
VZDĚLÁVACÍCH PROGRAMŮ**

Leona Mužíková



Brno 2010

ŠKOLA A ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ, 2010

Publikace je příspěvkem k řešení výzkumného záměru MŠMT ČR

Škola a zdraví pro 21. století

(identifikační kód záměru: MSM002162242, řešitel: doc. PhDr. Evžen Řehulka, CSc.)

Vědecká redakční rada:

ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Masarykovy
univerzity v rámci výzkumného záměru
„Škola a zdraví pro 21. století“.

prof. RNDr. Vratislav Kapička, DrSc.

Přírodovědecká fakulta,

Masarykova univerzita, Brno, CZ

prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.

Pedagogická fakulta, Univerzita Hradec Králové, CZ

prof. PhDr. Josef Maňák, CSc.

Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita, Brno, CZ

prof. PhDr. Vladimír Směkal, CSc.

Fakulta sociálních studií,

Masarykova univerzita, Brno, CZ

prof. PhDr. Eva Šollárová, CSc.

Fakulta sociálních věd a zdravotnictví,

Univerzita Konštantína Filozofa, Nitra, SK

prof. PhDr. Ing. Josef Šmajš, CSc.

Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, Brno, CZ

prof. PhDr. Hana Váľková, CSc.

Fakulta tělesné kultury,

Univerzita Palackého, Olomouc, CZ

prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.

Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno, CZ

Vědecká redakce MU:

prof. RNDr. Jana Musilová, CSc.

Mgr. Iva Zlatušková

prof. RNDr. Zuzana Došlá, DSc.

Mgr. Michaela Hanousková

prof. PhDr. Mgr. Tomáš Knoz, Ph.D.

doc. JUDr. Josef Kotásek, Ph.D.

Mgr. et Mgr. Oldřich Krpec, Ph.D.

prof. PhDr. Petr Macek, CSc.

Mgr. Josef Menšík, Ph.D.

Mgr. Petra Polčáková

doc. RNDr. Lubomír Popelínský, Ph.D.

prof. MUDr. Anna Vašků, CSc.

prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

Mgr. Martin Zvonář, Ph.D.

PhDr. Alena Mizerová

recenzenti:

prof. PaedDr. Jozef Liba, Ph.D.

prof. PhDr. Josef Maňák, CSc.

© 2010 Masarykova univerzita

© 2010 Leona Mužíková

© 2010 MSD

ISBN 978-80-210-5328-1 (Masarykova univerzita, Brno)

ISBN 978-80-7392-143-9 (MSD, Brno)

PŘEDMLUVA	5
ÚVOD	7
1 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ JAKO SOUČÁST KURIKULA	9
1.1 Pojem výchova ke zdraví	9
1.2 Pojem kurikulum výchovy ke zdraví	11
1.2.1 Vzdělávací dokumenty pro výchovu ke zdraví	15
1.2.2 Programy a projekty podpory zdraví	28
1.3 Vybrané související pojmy	31
1.4 Shrnutí a diskuse	34
2 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ JAKO PŘEDMĚT KURIKULÁRNÍHO VÝZKUMU	39
2.1 Výzkumy zaměřené na projektovou formu kurikula	39
2.2 Výzkumy zaměřené na realizační formu kurikula	40
2.3 Výzkumy zaměřené na vztah mezi projektovou a realizační formou kurikula	42
2.4 Shrnutí a diskuse	43
3 NÁZORY ŘEDITELŮ ZÁKLADNÍCH ŠKOL NA REALIZACI KURIKULA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ	45
3.1 Výzkumný problém	45
3.2 Metodika výzkumu	46
3.3 Výsledky	48
3.3.1 Náhledy ředitelů na stav podmínek pro vzdělávání v oboru výchova ke zdraví	49
3.3.2 Náhledy ředitelů na význam a efektivnost dílčích součástí procesu vzdělávání v oboru výchova ke zdraví	54
3.3.3 Náhledy ředitelů na formy vzdělávání a uspořádání učiva v oboru výchova ke zdraví	60
3.4 Shrnutí a diskuse	66
4 NÁZORY ČESKÉ VEŘEJNOSTI NA REALIZACI KURIKULA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ	69
4.1 Výzkumný problém	69
4.2 Metodika výzkumu	69
4.3 Výsledky	71
4.3.1 Náhledy české veřejnosti na celkovou úroveň výchovy ke zdraví	71
4.3.2 Náhledy české veřejnosti na obsah výchovy ke zdraví	74
4.4 Shrnutí a diskuse	77

5	MODELOVÁNÍ KURIKULA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ NA ÚROVNI ŠKOLNÍCH VZDĚLÁVACÍCH PROGRAMŮ	79
5.1	Podmínky limitující modelování kurikula výchovy ke zdraví.	84
5.2	Náměty na organizační formy vzdělávání v oboru výchova ke zdraví	90
5.3	Shrnutí a diskuse	90
6	VÝCHOVA KE ZDRAVÍ V ZAHRANIČNÍM ŠKOLSTVÍ	93
6.1	Základní charakteristika výchovy ke zdraví v zahraničí	93
6.2	Inspirativní podněty ze zahraničí.	104
6.3	Shrnutí a diskuse	107
	ZÁVĚR	109
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	113
	SUMMARY	125
	JMENNÝ REJSTŘÍK	127
	VĚCNÝ REJSTŘÍK	131
	PŘEHLED ZKRATEK	141

„Napřed péče – potom lék.“

Japonské přísloví

Zdraví je jedním z nejdůležitějších předpokladů kvalitního lidského života. Čím hlouběji je studováno, tím výrazněji vystupuje do popředí jeho celostní a hodnotový charakter. Vyjdeme-li z předpokladu, že zdraví lze ovlivnit především zdravějším chováním lidí a zlepšováním životního prostředí, pak je zřejmé, že péči o zdraví, výchově ke zdraví a úrovni zdravotní gramotnosti je třeba věnovat náležitou pozornost.

Současné české školství se nachází v procesu kurikulární reformy, jejíž součástí je prohlubování a zavádění nově pojaté výchovy ke zdraví do škol všech stupňů. Výzkum zaměřený na výchovu ke zdraví v základním vzdělávání je proto zcela aktuální.

Tato publikace shrnuje výsledky mé pětileté práce v rámci řešení výzkumného záměru **Škola a zdraví pro 21. století**, jehož nositelem je Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity. Opírám se přitom zejména o výsledky kvalifikačních prací (Mužíková, 2006a, 2008) a další doprovodné studie. Proto bych touto cestou ráda poděkovala zejména doc. PhDr. Evženu Řehulkovi, CSc., řešiteli výše zmíněného výzkumného záměru, mé školitelce doc. MUDr. Marii Havelkové, CSc., a oponentům obou prací: prof. PhDr. Josefu Maňákovi, CSc., doc. PhDr. Heleně Musilové, CSc., a prof. PaedDr. Jozefu Libovi, Ph.D. Upřímně děkuji těmto odborníkům za všechny připomínky a podněty, které jsem se snažila uplatnit v této publikaci.

Je zcela na místě poděkovat také všem dalším kolegyním a kolegům, bez nichž by výzkum nebyl možný. Především jsou to mnozí, často anonymní učitelé nebo ředitelé základních škol, kteří v diskusích nebo v odpovědích na otázky dotazníkového šetření poskytli své názory a konkrétní údaje o své škole nebo výuce. Mezi školami považuji za vhodné uvést alespoň Základní školu v Brně, Bakalovo nábřeží 8, kde jsem měla možnost vyučovat předmět rodinná výchova na 2. stupni ZŠ souběžně s profesí akademické pracovnice na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity. Tuto osobní zkušenost považuji za velmi cennou a nezastupitelnou.

Velké poděkování náleží mým kolegyním a kolegům na katedře pedagogiky, kde probíhalo mé doktorské studium, na katedře rodinné výchovy a výchovy ke zdraví a na katedře psychologie, které jsou mými současnými pracovišti. Za nezištnou a všestrannou pomoc děkuji zejména doc. PhDr. Tomáši Janíkoví, Ph.D., a za dlouhodobou spolupráci MUDr. Petru Kachlíkovi, Ph.D.

Empirická část práce by nevznikla bez vstřícné pomoci České školní inspekce, která zajistila náhodný výběr ředitelů základních škol pro dotazníkové šetření i distribuci dotazníků. Za celou instituci si dovoluji jmenovat alespoň PhDr. Hanu Žufanovou, dřívější ředitelku odboru metodiky České školní inspekce. Poděkování za spolupráci při výzkumu patří rovněž pracovníkům Institutu pro studium zdraví a životního stylu a pracovníkům agentury Inres – Sones, v. o. s.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem dalším kolegyním a kolegům, kteří mně umožnili konfrontovat osobní názory či místní zkušenosti s přístupy

mimobrněnských pracovišť. Za všechny si dovolím jmenovat alespoň PaedDr. Evu Marádovou, CSc., z Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze, PaedDr. Jana Tupého z Výzkumného ústavu pedagogického v Praze a PaedDr. Lenku Kubrichtovou, organizátorku pravidelných odborných seminářů s názvem *Kalokagáthie – Fórum výchovy ke zdraví*.

Dovoluji si touto cestou poděkovat také mému manželovi, s nímž dlouhodobě odborně a publikačně spolupracuji.

Autorka

V souvislosti s kurikulární reformou a zaváděním rámcových vzdělávacích programů vrůstá v České republice zájem o výzkum kurikulární problematiky. Začínají se realizovat výzkumy kurikula v různých vzdělávacích oblastech, vzdělávacích oborech, vyučovacích předmětech apod.

Ani nově se formující vzdělávací obor *výchova ke zdraví* nezůstává v kurikulárním výzkumu stranou pozornosti. Je třeba připustit, že fundamentální studie, které by v patřičné filozofické hloubce zdůvodňovaly a vymezovaly místo výchovy ke zdraví v kurikulu všeobecného vzdělání, v České republice dosud chybějí¹. Zařazení výchovy ke zdraví do všeobecného vzdělávání se u nás obvykle zdůvodňuje pragmatickými argumenty s výraznou oporou o strategicko-politické dokumenty typu *Zdraví pro všechny v 21. století (Zdraví 21)*.

Podněty pro výzkum v oblasti výchovy ke zdraví však můžeme považovat za alarmující. Opírají se o poznatky autorky této publikace (Mužíková, 2006a, 2008), o aktuální údaje zveřejněné Českou školní inspekci (2010) nebo o informace Výzkumného ústavu pedagogického v Praze (např. Tupý, 2008).

Poznatky a podněty je možné shrnout následovně:

- Výchova ke zdraví jako samostatný vzdělávací obor existuje teprve od roku 1995. Samostatný vyučovací předmět výchova ke zdraví však nebyl po roce 1995 na školách organizován. Témata výchovy ke zdraví byla začleněna nejvíce do vyučovacího předmětu rodinná výchova.
- Učitelství rodinné výchovy bylo možné studovat na pedagogických fakultách od roku 1996. Absolventů tohoto oboru je však v základním školství velmi málo: v roce 2006 působili jen asi na 13 % škol.
- Výchova ke zdraví byla následně začleněna do nově koncipovaných rámcových vzdělávacích programů pro předškolní, základní i střední vzdělávání. Rámcové vzdělávací programy však nevidí těžiště v organizační struktuře vzdělávacího systému, ale v obsahové stránce vzdělávání. Opouštějí proto členění na tradiční vyučovací předměty, které je možné na školách různě integrovat v souladu s požadavky jednotlivých vzdělávacích oborů.
- Realizace této koncepce je ale velmi obtížná. Učitelé, kteří nejsou aprobováni pro rodinnou výchovu nebo výchovu ke zdraví, nemají odpovídající vzdělání pro celý projektovaný rozsah výchovy ke zdraví.
- Od roku 2004 je možné na několika pedagogických fakultách České republiky studovat obor *Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň ZŠ* v kombinaci s dalšími obory.
- Předpokládaný počet budoucích absolventů je relativně velmi nízký a pohybuje se v celé republice pouze v desítkách za jeden akademický rok. Základní školy ještě řadu let nebudou mít dostatek kvalifikovaných učitelů pro obor výchova ke zdraví.

1 Např. na Slovensku takové studie najdeme zejména u Liby (2005, 2007, 2010) nebo Wiegerové (2005).

- Aktuálně závažným problémem je nízká minimální časová dotace pro výuku výchovy ke zdraví na 2. stupni ZŠ (celkem jen 2 hodiny v 6. až 9. ročníku ZŠ). Je zřejmé, že ředitelé menších škol nebudou mít zájem přijímat absolventy oboru výchova ke zdraví (resp. oboru rodinná výchova) pro obtížnost naplnění jejich úvazku. Dle našich zjištění by aprobovaného učitele pro výchovu ke zdraví zaměstnala jen asi čtvrtina ředitelů ZŠ.
- Případná organizace samostatného vyučovacího předmětu přináší i další obtíže. Při výše uvedené nízké časové dotaci není ujasněno (a rámcový vzdělávací program to neuvádí), v kterých ročnících 2. stupně ZŠ se má předmět výchova ke zdraví otevřít.

S ohledem na tyto údaje je potěšitelné, že podle průzkumu VÚP v Praze (Tupý, 2008) byl obor výchova ke zdraví vyučován ve školním roce 2007/2008 ve 36 % škol jako samostatný vyučovací předmět a ve 34 % škol jako samostatný vyučovací předmět s integrací části vzdělávacího obsahu do jiného vyučovacího předmětu. Ve 30 % základních škol byl obsah výchovy ke zdraví integrován do jiných vyučovacích předmětů, nejčastěji do přírodopisu.

Je však patrné, že jakémukoli způsobu integrace výchovy ke zdraví do jiných vyučovacích předmětů musí předcházet důkladná analýza mezipředmětových vztahů a návaznosti učiva jiných oborů, a to s uplatněním metody modelování, jak je naznačeno v této publikaci. Proto je stěžejním cílem publikace posoudit kurikulární rámec výchovy ke zdraví v České republice, seznámit odbornou veřejnost s postoji ředitelů škol i české veřejnosti k nově koncipovanému oboru výchova ke zdraví a nastínit možnosti projektování kurikula výchovy ke zdraví s uplatněním výzkumné metody modelování.

1 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ JAKO SOUČÁST KURIKULA

Kurikulární reformy po roce 1989 nastolily v České republice diskusi o globální podobě českého školství i o dílčích aspektech výchovy a vzdělávání. Procesem legitimizace prošla i *výchova ke zdraví*, která se postupně profilovala jako samostatný vzdělávací obor. Tento vývoj po roce 1989, s akcentem na základní vzdělávání, se pokusíme doložit souběžně s výkladem základních pojmů.

1.1 Pojem výchova ke zdraví

Výrazem *zdraví* se označuje široce pojímaný zdravotní stav lidí a současně se berou v úvahu i všechny jevy a události, které zdraví ovlivňují a provázejí. *Basic Documents* Světové zdravotnické organizace (WHO, 1974) uvádí, že zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady. Nejedná se však o definici zdraví, ale spíše o záměr formulovaný v jednom z odstavců *Ústavy WHO* (1948), která vytyčuje orientaci této organizace. Nedostatkem uvedené formulace je, že není specifikováno, co se myslí označením *pohoda* (well-being). Navození pohody např. drogou neodpovídá představě o lidském zdraví.

Holčík (2004) zdůrazňuje, že zdraví není protipólem nemoci a že je ve své podstatě jinou kategorií než nemoc. Zdraví je dle autora spíše pojmem obecně humánním a sociálním než jednostranně medicínským. Je jedním z důležitých předpokladů plného, plodného a kvalitního lidského života, ale i nezbytnou podmínkou ekonomického a sociálního rozvoje. Je tedy významnou humánní hodnotou, a to jak individuální, tak sociální. Je provázáno mnohými společenskými, právními, politickými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty. Některé definice proto mají dle autora obecnější platnost.

Osnovu pro přípravu, realizaci i hodnocení zdravotní politiky představuje program WHO *Zdraví 21 – zdraví pro všechny v 21. století* (1999). Tento program byl akceptován i Českou republikou a aplikován v *Dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století* (2002). V tomto dokumentu, který je běžně označován zkráceným názvem *Zdraví 21*, je užíván také pojem *zdravotní potenciál*. Označuje nejvyšší úroveň zdraví, jakého může konkrétní jedinec žijící v dané společnosti dosáhnout. Tato úroveň je podmíněna možnostmi, schopnostmi a aktivitami jedince, i podmínkami, které vytváří společnost.

Zdraví jako bio-psycho-sociální kategorii (někteří autoři vymezují i duchovninu) lze tedy jen obtížně vyjádřit stručnou definicí. V literatuře se proto často poukazuje na možnost vymezovat zdraví jako určitý „model“, který je blíže charakterizován v návaznosti na předmět a okolnosti výkladu, studia, výzkumu nebo praxe. Základní modely zdraví představuje ve svém výkladu základních pojmů Holčík (2004).

Péče o zdraví je široce pojatý systém, na němž se podílí mnoho organizačních komponent a resortů (včetně školství). Usměrnovat a koordinovat tento systém má za úkol *zdravotnictví*. Historická zkušenost však dokládá, že resortní systém zdravotnictví přes jeho přínos při zvládání zdravotních problémů nedokáže sám o sobě

zajistit zdraví občanů. Dokument *Zdraví 21* upozorňuje, že pouhým zvýšením počtu zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků se zdravotní problémy zvládnout nedají. Proto se zdůrazňuje nezbytnost výchovy ke zdraví, zdravotní výchovy, prevence, meziresortní spolupráce a širokého zapojení občanů do péče o zdraví.

Tento trend se začal uplatňovat v oblasti nazvané *Health Promotion*, která je v České republice označována jako *podpora zdraví*. Uvedený pojem podle Holčíka (2004) představuje neustále doplňovaný souhrn myšlenek, prostředků a metod, který je možné nazvat: posilování, upevňování, podpora, ochrana a rozvoj zdraví za aktivní účasti jednotlivých občanů, skupin, organizací i společnosti jako celku. Nejde tedy o resortní záležitost zdravotnictví, ale také o aktivity jedinců, skupin, organizací, resortů i společnosti jako celku.

Součástí podpory zdraví je *výchova ke zdraví*. Tento pojem chápeme širěji jako součást systému výchovy a vzdělávání a úžeji jako konkrétně vymezený ***vzdělávací obor definovaný vzdělávacími dokumenty***. Vzdělávací obor výchova ke zdraví je v *Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání* (RVP ZV), který bude charakterizován později, 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, 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, s. 72).

Výchova ke zdraví by měla vést k růstu zdravotního vědomí a chování občanů. Často se v této souvislosti používá termín *zdravotní gramotnost* (Holčík, 2004, s. 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* (případně zdravý způsob života). Podle Liby (2005, s. 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.

Vedle pojmu *výchova ke zdraví* se v České republice užívá i pojem *zdravotní výchova*. Tento termín označuje v naší zemi speciální obor lékařských věd a zdravotnictví, jehož cílem je utvářet vědomosti a rozvíjet jednání zaměřené na zachování zdraví jednotlivců a populačních skupin společnosti (Provazník, Komárek, 2005). Podle Holčíka (2009, s. 146) je zdravotní výchova „souhrnem zdravotně-vzdělávacích aktivit zaměřených na duševní, tělesný a sociální rozvoj lidí se záměrem přispět ke zlepšení

zdraví jedinců, skupin i celé společnosti. Zdravotní výchova se obvykle dělí na edukaci pacientů, varování před zdravotními riziky a na výchovu ke zdraví.“

Toto vymezení akceptujeme a pojem *výchova ke zdraví* budeme v souladu s RVP ZV (2005) užívat jako oficiální označení jednoho z oborů české *Soustavy oborů vzdělávání*, které stanovila vláda pro realizaci základního vzdělávání v souladu se *školským zákonem* (2004, 2007). V obecnějším smyslu budeme výchovu ke zdraví pojímat jako „součást úsilí o podporu zdraví a zlepšení zdravotního stavu současné populace“ (Průcha, Walterová, Mareš, 1995, s. 283). Anglický termín *Health Education* budeme pro oblast školství překládat rovněž jako *výchova ke zdraví*.

Protože podrobný výklad pojmů vztahujících se ke zdraví a výchově ke zdraví publikovalo více autorů (např. Holčík, 2004, 2009, Liba, 2005, 2010, Wiegerová, 2005, a další), zaměříme hlubší pozornost na výchovu ke zdraví jako součást kurikula.

1.2 Pojem kurikulum výchovy ke zdraví

Problémy spojené s otázkami, čemu vyučovat, jak učivo uspořádat a jak vzdělávací proces organizovat, se týkají všech vzdělávacích oborů, tedy i výchovy ke zdraví. Řešení celého komplexu problémů vztahujících se k uvedeným otázkám je v zahraničí často zahrnováno pod pojem *kurikulum*. Ačkoli se v posledních letech s výrazem kurikulum operuje také u nás (a to i v dokumentech určených veřejnosti), význam tohoto pojmu není zcela zřejmý, ale pro tuto publikaci je stěžejní.

Skalková (2007) uvádí, že termín kurikulum byl v Evropě znám již v době J. A. Komenského, avšak později vymizel z jazykového povědomí. Ve 20. století znovu pronikl z angloamerického prostředí do pedagogické terminologie ostatních jazykových oblastí. Pojem kurikulum však není jednoznačně definován. Rozumí se jím většinou celek učebního plánu a sled předmětů, souhrn zkušeností, které získávají žáci, vyučovací metody, prostředky a pomůcky, které odpovídají daným obsahům, adekvátní příprava učitelů aj. Teorie kurikula, jejíž jádro představuje problematika vzdělávacích obsahů, není také jednotnou pedagogickou koncepcí. Je to spíše shrnující rámec, v němž se uplatňují různé koncepce a teorie.

Průcha (2002) poukazuje na to, že v teorii kurikula existuje několik linií. Jednou z nich je linie, kterou nazývá „filozofická“. Zabývá se tím, co vložit do rámce zkušeností, které má mladý člověk získávat ve škole. Snaží se najít odpovědi na odvěké otázky filozofie výchovy – k čemu vlastně má školní vzdělávání sloužit, k jakým ideálům vychovávaného jedince má směřovat apod.

Vymezením výrazu kurikulum se zabývá také řada institucí. Např. mezinárodní organizace UNESCO vymezuje kurikulum jako „vzdělávací projekt určující 1) záměry, cíle a konkrétní úkoly vzdělávacího působení; 2) metody, prostředky a aktivity k dosažení těchto cílů; 3) způsoby a nástroje požadované ke zhodnocení úspěšnosti vzdělávacího působení.“ (Seguin, 1991, s. 9).

Podrobně se pojmem kurikulum zabývá Walterová (1994). Na základě mnohých definic dochází k závěru, že kurikulum je komplexní jev, který existuje v různých podobách, přinejmenším ve třech rovinách: zamýšlené, plánované; realizované ve školním prostředí; osvojené žáky. Terminologicky dále autorka rozlišuje tyto podoby kurikula:

Formální kurikulum je komplexní projekt cílů, obsahu, prostředků a organizace vzdělávání, realizace projektovaného kurikula ve vzdělávacím procesu (ve výuce) a způsob kontroly a hodnocení výsledků vzdělávacího procesu (výuky).

Neformální kurikulum zahrnuje aktivity a zkušenosti vztahující se ke škole (mimoškolní a mimoškolní aktivity organizované školou, např. exkurze, výlety, soutěže, zájmové činnosti) i domácí studium, úkoly a přípravu žáků na výuku.

Skryté kurikulum postihuje další souvislosti života školy, které nejsou obvykle explicitně vyjádřeny v programech a jsou obtížně postižitelné: étos a klima školy, vzdělávací hodnoty, vztahy mezi učiteli a žáky, vztahy mezi školou a rodiči žáků i dalšími zdroji vzdělávání, způsoby diferenciací žáků, pravidla chování ve třídě, sociální struktura třídy, charakter školního prostředí, implicitní obsah učebnic a učitelova výkladu.

Podle Veverkové (2002) existuje také *nulové*, tj. „*chybějící*“ *kurikulum*, kterému se ve výuce nevěnuje pozornost a které jakoby pro školu (a společnost, kterou zastupuje) neexistovalo nebo „nestálo za řeč“. Příkladem „nulového kurikula“ je cenzura učebnic v naší nedávné minulosti.

Metakurikulum označuje jev, kdy jsou do kurikula určitého vyučovacího předmětu zařazovány informace, jak se tomuto předmětu učit a řídit své učení, čili metakognitivní témata – učení o učení. (Mareš, 1998)

Dvojúrovňová koncepce kurikula znamená, že národní kurikulum nebo rámcový vzdělávací program jsou východiskem, na jehož základě si jednotlivé školy tvoří školní kurikula (školní vzdělávací programy).

Zavedení pojmu kurikulum do pedagogiky považuje Walterová (1994, s. 52) za velmi perspektivní. Dle autorky „...implikuje skutečnost, že škola a její obsah jsou součástí života člověka a společnosti a že vzdělání je celoživotní záležitostí. V pojmu kurikulum je obsaženo, že se jedná o tvorbu životopisu každého žáka ve vzdělávací instituci – ve škole. Skutečná podoba, vlastnosti a hodnoty kurikula reflektují nejen záměry a aktivity účastníků vzdělávacího procesu, ale také spoluúčast celé společnosti, která má své vize, cíle, potřeby a požadavky na vzdělání dalších generací.“

Otázky	Zdroje	Komponenty
proč	vize, smysl, očekávání, hodnoty, perspektivy společenské, skupinové a individuální...	funkce a cíle
koho	zvláštnosti sociální, věkové, generační, etnické...	charakteristiky učících se
co	poznání, praktické zkušenosti z běžného života, zkušenosti z pracovních činností...	obsah
kdy	v kterém věku, v jaké posloupnosti, časovém rozsahu, v kterém ročníku...	čas
jak	strategie učení, učební situace, způsoby interakce a komunikace, organizace života ve třídě a ve škole...	metody a postupy
za jakých podmínek	legislativní rámec, řízení, financování, vybavení, spolupráce školy a komunity, podpůrné struktury a materiály...	organizace
s jakými očekávanými efekty	funkce a kritéria hodnocení, metody a nástroje hodnocení, způsoby sdělování výsledků hodnocení...	kontrola a hodnocení

Tab. 1: Kurikulum: otázky – zdroje – komponenty (podle Walterové, 1994, s. 53)

Dále autorka vymezuje sedm základních otázek vztahujících se ke vzdělávání a přehledně je vyjadřuje tabulkou (tab. 1), kterou si dovoluujeme převzít pro její názor-nost a uplatnění pojmů v dalších částech publikace.

Průcha (2002, s. 244) chápe *kurikulum jako obsah vzdělávání* s odůvodněním: „Vyplyvá to ze samé podstaty edukačních procesů: každý edukační proces (tedy i v ji-ném než školním prostředí) má své subjekty a svou obsahovou náplň, tedy to, co je předmětem učení a (ve školním prostředí) vyučování.“

Autor si dále klade otázku, zda je kurikulum totéž co učivo (či jak se neodborně nazývá látka), a na tuto otázku odpovídá záporně. Zdůrazňuje, že termín obsah vzdě-lávání vyjadřuje nejen témata či informace (poznatky), jež jsou plánovány pro školní výuku, aby se staly znalostmi žáků, ale také plánované dovednosti, hodnoty, postoje, zájmy, jež se rovněž mají vytvářet v žácích. Do obsahu vzdělávání se řadí nadto také formy a prostředky výuky, plánované cíle, standardy vzdělávání aj.

V souladu s tímto pojetím chápeme pojem *kurikulum výchovy ke zdraví* jako **obsah vzdělávání ve vzdělávacím oboru výchova ke zdraví**, který je součástí široce pojaté podpory zdraví.

Autor však dále uvádí, že problematika kurikula je daleko složitější a její pod-statou je, že obsah vzdělávání (kurikulum) má několik odlišných forem své existence, z nichž jen jedna je ta, která se tradičně nazývá *učivo* (*subject matter*). K tomuto tvrzení pak připojuje obšírnější výklad, který ústí do schématu *forem existence kurikula* (viz tab. 2).

Formy	Produkty
<i>konceptní forma</i> - koncepce, vize, plány aj. toho, co má být ve školách obsahem vzdělávání	dokumenty školské politiky, formulace národních priorit vzdělávání, koncepce různých zájmových skupin
<i>projektová forma</i> - konkrétně plánované projekty obsahu vzdělávání	vzdělávací programy, učební plány a osnovy (škol, předmětů), standardy vzdělávání aj.
<i>realizační forma</i> - obsah vzdělávání prezentovaný subjektům edukace	konkrétní akty prezentace učiva realizované učiteli či výukovými médii
<i>rezultátová forma</i> - obsah vzdělávání percipovaný subjekty edukace	vzdělávací výsledky („osvojené učivo“)
<i>efektová forma</i> - obsah vzdělávání fungující na straně subjektů edukace	efekty obsahu vzdělávání v profesní kariéře lidí, jejich politických aj. postojích apod.

Tab. 2: *Formy existence kurikula (obsahu vzdělávání) podle Průchy (2002, s. 246)*

Autor dále připomíná, že alternativní přístup ke kurikulu byl uplatněn v rozsáh-
lých výzkumech IEA².

² The International Association for the Evaluation of Educational Achievement

Ve výzkumu označovaném zkratkou TIMSS³ jsou rozlišovány tři roviny, v nichž se kurikulum analyzuje (viz Straková, Tomášek, Palečková, 1996):

- 1) *zamýšlené kurikulum* označuje to, co je ve vzdělávací soustavě příslušné země plánováno jako cíle a obsah vzdělávání;
- 2) *realizované kurikulum* je vymezováno jako učivo skutečně předané žákům konkrétními učiteli v konkrétních školách a třídách;
- 3) *dosažené kurikulum* označuje učivo, které si žáci skutečně osvojili.

V obou přístupech ke kurikulu se předpokládá, že každá vyšší rovina je ovlivňována nižšími rovinami. Konkrétní mechanismy, jimiž kurikulum přechází z jedné roviny (formy existence) do druhé, jsou zčásti popsány a zčásti zůstávají nepoznány. Nejméně jsou přitom prozkoumány, jak upozorňuje Průcha, způsoby transformace projektové formy kurikula do realizační formy kurikula. Autor k tomuto tvrzení připojuje podnětné otázky: „Co a jak se mění, když se plánované obsahy vzdělávání (ztvárněné např. v učebnicích) dostávají k žákům v konkrétních hodinách školního vyučování? Jakou roli v těchto přeměnách mají učitelé, tj. jaké je jejich chování ve vztahu ke kurikulu?“ (Průcha, 2002, s. 248). Také tyto myšlenky jsou směrodatné pro obsah této publikace.

To, co je obsahem vzdělávání ve školách, je obvykle vymezováno v *kurikulárních dokumentech*. Každý z těchto dokumentů má vlastní účel a podle něho je obsah vzdělávání uzpůsoben.

V posledních letech se ve světě začal vytvářet nový typ dokumentu nazývaný *vzdělávací program*. Ten má v řadě zemí podobu tzv. *národního kurikula* (*national curriculum*), což je dokument státní úrovně, který vymezuje, jakého vzdělání má populace určité země či národa dosáhnout. Národní kurikulum může mít podobu tzv. *kurikulárního rámce* (*curriculum framework*), resp. *rámcového kurikula* (*framework curriculum*), které vymezuje obecný rámec pro jednotlivé etapy vzdělávání (zejména v rovině cílů a obsahů). Rámcové kurikulum je východiskem k tvorbě tzv. *školního kurikula* (*school-based curriculum*), které je vytvářeno na úrovni konkrétní školy. Problematika konstruování vzdělávacích programů (kurikula) spadá do oblastí vývoje či tvorby kurikula, které jsou v zahraničí označovány termínem *curriculum development* (srov. např. Walterová, 1994, Průcha, 2002). Neustálenost terminologie svědčí o tom, že jde o nový způsob vymezování kurikula.

Vzdělávací program má komplexní náplň. Vymezuje obvykle tyto složky kurikula (v jednotlivých zemích jde o odlišný počet a rozsah složek):

- koncepci vzdělávání pro vzdělávací soustavu celé země nebo pro určitý druh školy;
- cíle vzdělávání;
- učební plán, tj. seznam vyučovacích předmětů;
- učivo, resp. učební témata v jednotlivých předmětech (nebo v integrovaných předmětech);
- cílové standardy formulované obvykle jako požadavky na to, co se mají žáci naučit v určitém ročníku či stupni školy (popř. přímo jako evaluační nástroje);
- implementační plán, tj. seznam kroků, jimiž bude program uváděn do praxe aj.

1.2.1 Vzdělávací dokumenty pro výchovu ke zdraví

Stěžejním koncepčním dokumentem, který zakotvil *výchovu ke zdraví* v systému základního školství, byl *Standard základního vzdělávání* (1995). Pro ředitele a učitele základních škol standard formuluje v souhrnné podobě podstatné vzdělávací cíle i soubory závazných vzdělávacích obsahů, k jejichž naplnění pedagogická činnost škol směřuje. Kmenové učivo je uspořádáno podle vzdělávacích oblastí a ve svém celku vyznačuje obsah a rozsah základní vzdělanosti, kterou by žáci měli získat v průběhu povinné školní docházky. Uvnitř jednotlivých oblastí jsou vyčleněny vzdělávací obory tvořící rámec pro výběr kmenového učiva a východiska pro jeho didaktické zpracování ve vzdělávacích programech. Ve své 3. části zvané *Kmenové učivo základního vzdělávání na 1. stupni základní školy* standard specifikuje, které vzdělávací cíle mají být splněny a která část učiva uplatněna do konce 5. ročníku ZŠ. Ve 2. části s názvem *Kmenové učivo pro základní vzdělávání* standard formuluje učivo, které ve svém celku vyznačuje obsah a rozsah základní vzdělanosti vymezené pro povinnou školní docházku⁴.

Standard základního vzdělávání slouží i jako nástroj sebeevaluační školy. Je zaměřený jak na zjišťování efektivnosti vzdělávacích činností, tak na hodnocení výsledků dosažených žáky. Tím, že standard formuluje obecně platný rámec základního vzdělávání, je vhodným východiskem pro tvorbu kritérií uplatňovaných v kontrolní a hodnotící činnosti ČŠI.

Vzdělávací obor *výchova ke zdraví* patří ve Standardu základního vzdělávání do kmenového učiva na 1. i 2. stupni ZŠ a je zařazen spolu s oborem *tělesná výchova a sport (pohybové a sportovní aktivity)* do vzdělávací oblasti *zdravý životní styl*. Jde o poznání nejdůležitějších příznivých a nepříznivých vlivů, které mohou působit na vývoj člověka v průběhu jeho života i na jeho aktuální tělesný a duševní stav.

Podstatou vzdělávání v této oblasti jsou poznatky vedoucí k orientaci v otázkách zdraví, k pozitivnímu způsobu myšlení i k volbě správných rozhodnutí ve prospěch zdraví, dále dovednosti umožňující aktivní ovlivňování tělesného i psychického stavu žáka, stejně jako zkušenosti a návyky získávané a ověřované v praktických situacích jejich každodenního režimu. V zásadě jde o poznávání preventivních potřeb lidského organismu a jeho možností zachovávat si co nejdéle stav aktivního zdraví. To je dáno především správnými režimovými a hygienickými návyky, vztahem ke způsobu stravování a využívání aktivního pohybu, postojem ke škodlivinám, zdravému pohlavnímu životu a k předcházení úrazům, tělesným poškozením a nemocem.

Kmenové učivo oboru výchova ke zdraví je zařazeno do následujících okruhů, které jsou ve standardu dále rozpracovány a vymezeny zvlášť pro 1. a 2. stupeň ZŠ:

- rodina, domov a rozvoj osobnosti;
- základy duševní a tělesné hygieny, režim dne;
- zdravá výživa;
- prevence zneužívání návykových látek;
- základy sexuální výchovy;
- osobní bezpečí;
- pohybová aktivita a zdraví.

⁴ Pro ředitele středních škol definuje standard obsah základního vzdělávání, který je třeba respektovat při tvorbě kritérií přijímacího řízení žáků na střední školy

Druhým oborem vzdělávací oblasti *zdravý životní styl* je *tělesná výchova a sport*. Vzdělávání v tomto oboru směřuje k tomu, aby si žáci osvojili pohybové dovednosti, kultivovali svůj pohybový projev i správné držení těla, usilovali o optimální rozvoj zdravotně orientované zdatnosti aj.

Mezi *specifické cíle výchovy ke zdraví* na 1. stupni ZŠ patří:

- chápat zdraví ve všech jeho aspektech (složka fyzická, psychická, sociální, pocity zdravého člověka);
- osvojit si základní praktické dovednosti a způsoby chování související s péčí o zdraví, celkový vzhled a kondici;
- dokázat rozpoznávat nebezpečí ohrožující zdraví a osvojit si způsoby bezpečného chování v různých (i krizových) situacích a při komunikaci s neznámými lidmi;
- uvědomovat si odpovědnost za své chování (svým chováním neohrožovat zdraví své a druhých);
- chápat význam zásad tělesné a duševní hygieny pro zdraví a získat dovednosti potřebné pro jejich naplňování (dodržování);
- osvojit si potřebné vědomosti o návykových látkách a jejich účincích na zdraví, získávat schopnost odolávat tlaku rizikových vrstevníků a osob nabízejících drogu a v případě ohrožení umět vyhledat pomoc;
- získat základní poznatky o jednotlivých částech lidského těla, včetně reprodukčních orgánů, o anatomicko-fyziologických a psychosociálních aspektech lidské sexuality;
- vytvářet si etické postoje k sexualitě a dokázat se vyvarovat rizikovým formám sexuálního chování;
- orientovat se v problematice zdravé výživy a získat vědomosti pro vytváření správných stravovacích návyků;
- osvojit si základní pravidla společenského chování při stolování;
- chápat význam rodiny a domova jako prvních horizontů života, které mají své specifické uspořádání, své obyvatele a které určují životní styl rodiny;
- získávat schopnosti komunikace, sebeuvědomování a sebepoznávání, které budou přispívat k jejich osobnímu rozvoji, k naplňování jejich role v rodině a upevňování rodinného soužití.

Na 1. stupni ZŠ najdeme tematiku postihující výchovu ke zdraví také v *oblasti společenskovední a přírodovědní*. Příkladem je jeden ze specifických cílů – získat vědomosti potřebné pro vytváření hygienických, zdravotních a společenských návyků a osvojit si základní úkony předlékařské první pomoci a výběr z následujících okruhů učiva: mezilidské vztahy, láska, přátelství, rodina, vzájemná úcta a pomoc, respektování názoru druhých; potravní řetězce, rovnováha v přírodě; životní podmínky a jejich ochrana; lidské tělo, základní stavba a funkce; etapy lidského života, režim dne; péče o zdraví, nemoc, úraz a jeho ošetření, dopravní nehoda.

Mezi *specifické cíle výchovy ke zdraví* na 2. stupni ZŠ patří:

- získat všestrannou orientaci v problematice aktivního zdraví a osvojit si základní praktické dovednosti a nejdůležitější způsoby chování související s péčí o zdraví, umět poskytnout první pomoc při ohrožení zdraví a života;

- pochopit význam zásad tělesné a duševní hygieny pro zdraví a získat dovednosti potřebné pro jejich naplňování;
- pochopit význam zdravé výživy a znát způsoby, jak pozitivně měnit stravovací zvyklosti;
- vědět, jak odolávat různým tlakům vedoucím k protispoločenskému jednání a poškozování sebe sama (kriminálnost, drogy ap.);
- pochopit význam domova, rodiny a svou měnící se roli v rodině v souladu s vlastním dospíváním;
- získat dovednosti verbální a neverbální komunikace, sebeuvědomování a sebe-poznávání, které budou přispívat k jejich dalšímu osobnímu rozvoji;
- poznat způsoby, jak pochopit a zvládat období svého dospívání;
- pochopit význam odpovědného přístupu k navazování partnerských vztahů a k převzetí rodičovské role;
- získat základní poznatky v oblasti lidské sexuality, dokázat se vyvarovat rizikovým formám sexuálního chování a odpovědně se rozhodovat v oblasti sexuálního zdraví (pochopit důvody pro odklad startu do pohlavního života);
- získat schopnost orientace v informacích vztahujících se k problematice zdravého způsobu života;
- pochopit, že zdravý životní styl je důležitou součástí systému vlastních životních hodnot a upřednostňovat aktivní a zdraví prospěšné formy využívání volného času.

Na 2. stupni ZŠ souvisí s výchovou ke zdraví některé specifické cíle a učivo i v *oblasti přírodovědní* (v oborech chemie, biologie a geologie), v *oblasti společensko-vědní* (v oborech historie, člověk a společnost) a v *oblasti pracovních činností a technologií*.

V *chemii* je mezi specifické cíle mimo jiné řazeno: pochopit podstatu chemického pokusu a jeho provedení, na základě toho dokázat najít vysvětlení chemických jevů a přeměn látek, zdůvodňovat vyvozené závěry a uvádět je do širších souvislostí, zvláště se zaměřením na praktické aplikace; poznávat zásady bezpečné práce s chemikáliemi včetně běžně prodávaných hořavin, žiravin, škodlivých a jedovatých látek a naučit se poskytnout první pomoc při úrazu způsobeném těmito látkami; získat představu o mnohostranném využití chemie a chemických technologií v nejrůznějších oblastech lidské praxe a o jejich důsledcích ve způsobu života člověka a společnosti (využití chemie ve zdravotnictví, potravinářství a výživě člověka); pochopit perspektivy uplatnění chemie v budoucnosti a zároveň si uvědomit potřebu vyrovnávat se i s některými negativními důsledky chemické výroby na životní prostředí, člověka a tím i na lidské zdraví. Příkladem kmenového učiva je: látky ovlivňující život člověka a životní prostředí (např. potraviny, léčiva, jedy, drogy, pesticidy, průmyslová hnojiva, čisticí a prací prostředky).

V *biologii a geologii* je mezi specifické cíle mimo jiné řazeno: získat pozitivní vztah k přírodě, ke svému zdraví, zdravému životnímu stylu a k ochraně životního prostředí jako celku; dokázat hodnotit kriticky jednání své i druhých lidí ve vztahu k životnímu prostředí jako celku i k druhým lidem a naučit se odstraňovat co nejvíce negativní vlivy ohrožující zdravý tělesný i duševní vývoj lidí. Příkladem kmenového učiva je člověk, zdraví člověka; stavba a funkce jednotlivých částí lidského těla; rozmnožování

člověka; vývin jedince; podmínky zdravého života (hygiena, škodlivé vlivy, příčiny nemocí a jejich prevence); zásady první pomoci při poranění a poškození těla (praktické znalosti a dovednosti).

Z *historie* lze vybrat tento okruh učiva: globální problémy současného lidstva (lidská práva, světový mír, soužití národů a kultur, rasismus, xenofobie, ekologické problémy, výživa lidstva, civilizační choroby a zdraví).

Ve vzdělávacím oboru *člověk a společnost* nacházíme okruhy učiva: člověk jako individuum, tělesný a duchovní život; člověk v mezilidských vztazích, dialog, komunikace; národnostní a rasové problémy, schopnost soužití; muž a žena – láska, manželství, rodina, sexualita; nadosobní hodnoty, mravní rozhodování, svědomí; smysl lidského života, dobro, zlo, pravda, tolerance.

Oblast *pracovních činností a technologií* obsahuje tematický celek domov s učivem výživa, zásady zdravé výživy, příprava pokrmů, kultura stolování.

Standard základního vzdělávání byl závazný pro tvorbu vzdělávacích programů *Základní škola*, *Obecná škola* nebo *Národní škola*, v nichž je standard rozpracován do konkrétních plánů.

Vzdělávací program Základní škola (1996) byl postaven na požadavku, aby žáci v průběhu devítileté školní docházky získali kvalitní základy moderního všeobecného vzdělání. Vzdělávací perspektiva programu směřuje k osobnosti postupně vyzrávajícím mladého člověka, který je schopen samostatně myslet, svobodně se rozhodovat, projevit se jako demokratický občan a jednat v souladu s obecně uznávanými životními a mravními hodnotami. Program zahrnuje v přiměřené rovnováze poznatky a činnosti vztahující se ke všem vzdělávacím oblastem a oborům Standardu základního vzdělávání.

Program zdůrazňuje pevné osvojení podstatných poznatků v jejich těsném spojení s funkčními dovednostmi a se schopností aplikovat je při řešení úkolů, učebních i běžných životních situací. Směřuje k tomu, aby si žáci osvojili hlavní zásady a normy lidského jednání a naučili se odpovědně se rozhodovat a jednat.

V programu je kladen důraz na činnostní pojetí vyučování, v němž by měli mít žáci dostatek příležitostí aktivně se podílet na vlastním vzdělávání, samostatně se projevovat, získávat nové vědomosti vlastní činností, řešit úkoly a navozené i přirozené situace ze života mimo školu. Program předpokládá, že si školy budou dále dotvářet jeho podobu dle svých záměrů a podmínek.

Hlavní záměry vzdělávacího programu určují vzdělávací cíle programu, které představují určitý ideální stav, o jehož dosažení učitelé společně se žáky usilují. Tyto cíle jsou v programu rozčleněny na:

- cíle poznávací a s nimi spjaté dovednosti a kompetence žáků;
- cíle hodnotové, orientované k formování osobnostních rysů a mravních vlastností žáků.

Výchova ke zdraví je v programu *Základní škola* začleněna již od zahájení školní docházky. V 1. až 3. ročníku ZŠ jsou témata zařazována do předmětu *prvouka*. Na ně navazuje výchova ke zdraví realizovaná ve 4. a 5. ročníku v rámci předmětů *přírodověda* a *vlastivěda* s celkovou časovou dotací 40 hodin rovnoměrně rozložených do obou

ročníků. Cíle výchovy ke zdraví přímo korespondují s cíli formulovanými ve Standardu základního vzdělání. Také obsahová část je plně v souladu se standardem.

Na 2. stupni ZŠ je výchova ke zdraví především součástí předmětu *rodinná výchova*. Nejdůležitějšími obsahovými prvky rodinné výchovy jsou zdraví a rodina jako základní předpoklad utváření aktivního zdraví každého jedince a jeho sociálních vztahů. Komplexní charakter předmětu dává možnost zabývat se jednotlivými tématy z různých pohledů a naplňovat je učivem podle vyspělosti a zájmu žáků. Předmět rodinná výchova (v návaznosti na výchovu ke zdraví ve 4. a 5. ročníku) rozvíjí a prohlubuje daná témata o další specifické poznatky a dovednosti, které žákům umožňují lépe porozumět různým životním situacím a správně se rozhodovat v otázkách zdraví, partnerských vztahů, rodinného života, rodičovství a osobního bezpečí.

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

Témata výchovy ke zdraví můžeme v programu *Základní škola* (stejně jako ve Standardu základního vzdělávání) najít také v jiných předmětech: v *chemii*, *přírodopisu*, *občanské výchově*, *tělesné výchově* a *praktických činnostech*. Z volitelných předmětů jsou to např. *domácnost*, *seminář* a *praktika z přírodovědných předmětů*.

Vzdělávací program *Obecná škola* (1997) je rozdělen na dvě samostatné části, a to na vzdělávací program *Obecná škola* pro 1.–5. ročník ZŠ a na vzdělávací program *Občanská škola* pro 6.–9. ročník ZŠ.

Dílčí vzdělávací program *Obecná škola* si klade za cíl převést dítě pomocí hry od téžavé hravosti k práci. Dalším úkolem je pomoci dětem vybudovat primární ucelený obraz světa a vyznačit základní vztahy v něm. Dále pak najít ve víru informací podstatné jádro vědomostí a toto jádro stabilizovat.

Obsahová náplň 1. stupně ZŠ by neměla být zatěžována vědeckými termíny, které svou abstraktní povahou neodpovídají mentalitě dětí obecné školy. Cílem této fáze vzdělání je rozvinout pozorovací schopnosti dětí a co nejvíce uvést děti do zájmu o poznávání.

Dílčí vzdělávací program *Občanská škola* svým obsahem navazuje na *Obecnou školu*. Jeho úkolem je získaný obraz o světě prohloubit a také ho interpretovat pomocí vědního přístupu jednotlivých disciplín, které jsou zastoupeny v podobě oddělených školních předmětů.

Hlavním pilířem *Občanské školy* je výuka *občanské výchovy*. Je zdůrazněno, že škola patří k obci a je její vizitkou. Rodiče by měli mít možnost vidět do dění ve škole a také chod školy ovlivňovat.

Významné je tematické využití času v prodloužených přestávkách. Některé z nich jsou z části využity pro cílený a vědomý rekreační a relaxační pohyb, uvolnění při zpěvu, apod.

Témata vztahující se k *výchově ke zdraví*, resp. ke *zdravému životnímu stylu* jsou v *Obecné škole* cyklicky rozvíjena v průběhu všech pěti let, vždy s ohledem k věkovým zvláštnostem dítěte. Nosnými předměty v této oblasti jsou *prvouka*, *přírodověda* a *vlastivěda*. Dítě je vedeno k zamýšlení nad tím, co znamená být zdravý. Učí se vnímat

hodnotu zdraví v životě člověka a osvojuje si způsoby chování, jimiž může zdraví ve všech jeho aspektech upevňovat. Důraz je kladen na rozvoj pozitivního myšlení dítěte. Výuka se zaměřuje také na prevenci patologických jevů ve společnosti. Najdeme zde témata: rodina a domov; zdravý způsob života; první pomoc; nemoc, zdraví; výživa; prevence zneužívání návykových látek; hry a sport.

Stejně jako u vzdělávacího programu *Základní škola*, jsou i v dílčím programu *Občanská škola* témata výchovy ke zdraví obsažena v předmětu *rodinná výchova*. Občanská škola ale definuje *rodinnou výchovu* velmi odlišně⁵. Rodinná výchova je spolu s občanskou výchovou profilujícím předmětem tohoto programu a rodinná výchova je pojata jako praktická aplikace poznatků, které žáci získávají v hodinách občanské výchovy, popř. v jiných předmětech. Výuka má často činnostní charakter. Jejím hlavním cílem je vybavit žáky praktickými dovednostmi pro život v rodině a ve společnosti, pro zdravý životní styl a odpovědné jednání. Na rozdíl od *Standardu základního vzdělávání* i vzdělávacího programu *Základní škola* jsou tematické okruhy diskutabilně odlišné pro dívky a chlapce a učivo je přesně rozvrženo do jednotlivých ročníků.

Tematické okruhy předmětu *rodinná výchova* obsahují: obraz života rodiny v průběhu roku; zdraví člověka a péče o ně; bytové doplňky; společenské chování; výživa a stravování v rodině; kultura odívání; dívky – kultura odívání, chlapci – technické práce v domácnosti; zdravý životní styl; pohled do zrcadla; jsme občany; tvoříme svůj domov; budeme rodiči. Praktické činnosti: např. aranžování živých květů, obsluha základních technických prostředků v domácnosti, zdobení cvičného bytu a školy, rychlení cibulovin, příprava pokrmů, technologie praní, čištění skvrn, žehlení, obvazová technika, volba účesu vzhledem k tvaru obličeje, otevření účtu, založení vkladní knížky, kreditní karty, výroba makety bytu, příprava kojenecké dětské stravy, jen pro dívky – vyšívání, háčkování, drhání, paličkování, tkání, zhotovení oděvní součástí. Jen pro chlapce – paspartování, rámování, drobné stavební a údržbářské práce, údržba jízdního kola, tapetování, vrtání, pájení, řezání, hoblování, broušení, zapojení zásuvky, vypínače, prodlužovací šňůry, obsluha fotoaparátu.

Z uvedeného pojetí učiva je zřejmé, že ve vzdělávacím programu *Občanská škola* předmět *rodinná výchova* jen částečně koresponduje s cíli a obsahem oboru *výchova ke zdraví*, jak je vymezen ve *Standardu základního vzdělávání*.

Učivo rodinné výchovy využívá poznatků z *občanské výchovy*, *přírodopisu*, *chemie* atd. Dá se říci, že zde najdeme podobné *mezipředmětové souvislosti* jako ve vzdělávacím programu *Základní škola*. Témata výchovy ke zdraví, i když jen omezeně, najdeme také v *tělesné výchově*. Z volitelných předmětů jmenujme například *zdravotní tělesnou výchovu*, *vedení domácnosti a přípravu pokrmů*, *dramatickou výchovu*.

Vzdělávací program Národní škola (1997), který byl uplatňován pouze na několika školách, vychází z národní filozofie výchovy a pokrokových tradic českého školství dvacátého století. Neodmítá však využívání zkušeností školství jiných zemí. Vychází z multikulturní výchovy, která v dětech kultivuje hrdost na příslušnost k vlastnímu národu a současně pěstuje schopnost respektovat příslušníky jiných ras, národů a etnik. Vnímání a poznávání těchto odlišností je dobrým východiskem pro vzájemnou toleranci a soužití.

⁵ Na obtíže související s nejasností tohoto pojmu upozorňuje např. Střelec (2004).

Program *Národní škola* si klade za cíl být školou pro děti, školou zaměřenou na vlastní úspěch dítěte, školou, která zahájí vzdělávací dráhu dítěte a položí základy pro život svobodného člověka.

Neurčuje pro výuku závaznou metodu nebo učebnici. Umožňuje vyučování v blocích a diferenciaci podle zájmu dětí a možností školy. Projekt považuje za závazné kmenové učivo v základní části učebního plánu ve všech ročnících a předmětech. Závazný je i celkový týdenní počet hodin včetně nadstavbové části. Nadstavbová část umožňuje diferenciaci podle zájmů, speciální kurzy (třeba i krátkodobé), rozšiřování vědomostí, individuální péči. Obsahovou náplň nadstavbové části stanoví škola na základě popisů obsahových celků.

Národní škola chápe jako hlavní měřítko úspěch a vlastní pokrok dítěte. Upřednostňuje kladnou motivaci pod heslem: „Národní škola musí být školou pro děti, školou, která respektuje dětství jako plnohodnotné období života, nikoliv jen jako období přípravy pro život“ (MŠMT ČR, 1997, s. 3).

Výchova ke zdraví ve vzdělávacím programu *Národní škola* je konkretizována v učebních osnovách předmětů na 1. stupni *prvouka a přírodověda*, na 2. stupni pak v předmětu *občanská a rodinná výchova*. Tematické okruhy učiva zaměřené na výchovu ke zdraví jsou obdobné jako u předcházejících programů. V předmětu *občanská a rodinná výchova* jsou to konkrétně tyto tematické celky: rodinná výchova; člověk a životní prostředí; zdravý životní styl; zdravotní výchova; výchova k partnerství a rodičovství; příprava jídel.

Některá témata výchovy ke zdraví najdeme v předmětech *poznávání přírody, tělesná výchova, pracovní a technická výchova*. V nadstavbové části učebního plánu jsou to např. *zdravotní tělesná výchova, výživa a příprava pokrmu, biologie, dramatická výchova, bydlení a domácnost*.

Výjimečnou součástí vzdělávacího programu *Národní škola* je projekt *výchova ke zdravému životnímu stylu v Národní škole*, který je povinnou součástí programu od 1. do 9. ročníku. Tématům výchovy ke zdravému životnímu stylu musí škola věnovat v povinných činnostech nejméně 33 hodin za každý školní rok. Cíle výchovy ke zdravému životnímu stylu jsou definovány v oblasti postojů, schopností a dovedností. Konkrétní vzdělávací obsah je stanoven v těchto oblastech: tělesná výchova; výživa; zdraví a hygiena; sexuální výchova; protidrogová prevence; osobní bezpečí.

K úplnému výčtu současných vzdělávacích programů patří také poznámka o ***alternativních vzdělávacích programech*** v alternativních školách. Programy těchto škol podléhají schvalovacímu řízení na MŠMT ČR a stejně jako popsané vzdělávací programy by měly korespondovat se *Standardem základního vzdělávání*.

V souladu s novými principy kurikulární politiky zformulovanými v *Bílé knize – národním programu rozvoje vzdělávání v ČR* (2001) a zakotvenými ve *školském zákoně* (2004, 2007), se do vzdělávací soustavy zavádí nový *systém kurikulárních dokumentů* pro vzdělávání žáků od 3 do 19 let. Státní úroveň představují dokumenty *Bílá kniha a rámcové vzdělávací programy* (RVP). Rámcové programy stanovují závazný rámec vzdělávání a standardizují vzdělávací obsah pro předškolní, základní i střední vzdělávání. Školní úroveň je dána *školními vzdělávacími programy* (ŠVP), podle nichž se uskutečňuje vzdělávání na jednotlivých školách. ŠVP si vytváří každá škola podle

zásad stanovených v příslušném RVP. Při tvorbě vlastních ŠVP mohou školy zohlednit specifika žáků, záměry a podmínky školy i regionu.

Rámcové vzdělávací programy představují centrální úroveň projektové formy kurikula. Definují cíle vzdělávání, klíčové kompetence i vzdělávací obsahy nezbytné pro jejich dosažení. Určují rámec pro návrh učebních plánů a formulují pravidla pro tvorbu školních vzdělávacích programů. Tyto programy vymezují hodnotné a adekvátní vzdělávání pro jednotlivé stupně a obory vzdělání. Charakterizují humanistické a demokratické hodnoty, které jsou základem vzdělávání žáků i života školy.

Předmětem našeho zájmu je zejména RVP pro základní vzdělávání (RVP ZV). Ten však navazuje na RVP pro předškolní vzdělávání (RVP PV), proto uvádíme několik poznámek i k tomuto programu.

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (2004) vymezuje hlavní požadavky, podmínky a pravidla pro institucionální vzdělávání dětí předškolního věku. Tato pravidla se vztahují na pedagogické činnosti probíhající ve vzdělávacích institucích zařazených do sítě škol a školských zařízení. RVP PV stanovuje elementární vzdělanostní základ, na který může navazovat základní vzdělávání.

K naplňování vzdělávacích záměrů a dosahování vzdělávacích cílů slouží vzdělávací obsah RVP PV. Je sice formulován v podobě „učiva“ a „očekávaných výstupů“, ale pouze obecně, rámcově. Vzdělávací obsah se stanovuje pro celou věkovou skupinu společně, tj. pro děti ve věku od 3 do 6 (7) let.

Vzdělávací obsah představuje kompaktní, vnitřně propojený celek, jehož členění do oblastí je třeba vnímat pouze jako pomocné. „Učivo“ je vyjádřeno v podobě činností. Pojem „učivo“ je nahrazen pojmem „vzdělávací nabídka“, vyjadřujícím žádoucí formu prezentace „učiva“ dítěti. Očekávané výstupy mají, stejně jako vzdělávací nabídka, činnostní povahu.

Vzdělávací obsah v RVP PV je uspořádán do pěti vzdělávacích oblastí: biologické, psychologické, interpersonální, sociálně kulturní a environmentální. Tyto oblasti jsou nazvány *dítě a jeho tělo*, *dítě a jeho psychika*, *dítě a ten druhý*, *dítě a společnost*, *dítě a svět*.

Problematika *výchovy ke zdraví* je v RVP PV především součástí vzdělávací oblasti *dítě a jeho tělo*. Záměrem vzdělávacího úsilí pedagoga v této oblasti je stimulovat a podporovat růst a nervosvalový vývoj dítěte, podporovat jeho fyzickou pohodu, zlepšovat jeho tělesnou zdatnost i pohybovou a zdravotní kulturu, podporovat rozvoj jeho pohybových i manipulačních dovedností, učit je sebeobslužným dovednostem a vést je k zdravým životním návykům a postojům.

Vzdělávací nabídka:

- lokomoční, nelokomoční a jiné pohybové činnosti;
- zdravotně zaměřené činnosti (vyrovnávací, protahovací, uvolňovací, dechová, relaxační cvičení);
- smyslové a psychomotorické hry;
- hudební a hudebně pohybové hry a činnosti;
- jednoduché pracovní a sebeobslužné činnosti v oblasti osobní hygieny, stolování, oblékání, úklidu, úpravy prostředí apod.;
- činnosti zaměřené k poznávání lidského těla a jeho částí;

- příležitosti a činnosti směřující k ochraně zdraví, osobního bezpečí a vytváření zdravých životních návyků;
- činnosti relaxační a odpočinkové, zajišťující zdravou atmosféru a pohodu prostředí;
- příležitosti a činnosti směřující k prevenci úrazů, nemoci, nezdravých návyků a závislostí.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (2005) je průběžně aktualizován⁶ a plošně je zaváděn do základních škol od 1. září 2007.

RVP ZV zdůrazňuje zejména ty aspekty vzdělávání, které jsou určující pro život v moderní multikulturní společnosti. Jedná se zejména o porozumění hodnotám, dovednost komunikace a kooperace, chápání globálních problémů, aktivní ovlivňování a ochrana zdraví, praktické činnosti denního života, výchovu k samostatnému myšlení, jednání a vzdělávání. Mezi devíti obecnými vzdělávacími cíli RVP ZV zdůrazňujeme následující cíl: učit žáky aktivně rozvíjet a chránit fyzické, duševní a sociální zdraví a být za ně odpovědný.

Vzdělávací obsah je v RVP ZV orientačně rozdělen do devíti *vzdělávacích oblastí*. Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou tvořeny obsahově blízkými *vzdělávacími oborů*.

Vzdělávací oblasti jsou v úvodu vymezeny charakteristikou každé vzdělávací oblasti: postavením a významem vzdělávací oblasti, charakteristikou vzdělávacího obsahu jednotlivých vzdělávacích oborů, návazností 1. a 2. stupně ZŠ. Na charakteristiku navazuje cílové zaměření vzdělávací oblasti: k čemu je žák veden, aby dosahoval klíčových kompetencí. Obsah vzdělávacích oborů je tvořen očekávanými výstupy a učivem.

Výchova ke zdraví je v RVP ZV začleněna do vzdělávacích oblastí *Člověk a jeho svět* a *Člověk a zdraví*.

Vzdělávací oblast *Člověk a jeho svět* je koncipována pro 1. stupeň ZŠ. Vymezuje vzdělávací obsah týkající se člověka, rodiny, společnosti, vlasti, přírody, kultury, techniky, zdraví a dalších témat. Uplatňuje pohled do historie i současnosti a směřuje k dovednostem pro praktický život. Svým široce pojatým integrovaným obsahem spoluvytváří povinné základní vzdělání na 1. stupni ZŠ.

Vzdělávání v této oblasti rozvíjí poznatky, dovednosti a prvotní zkušenosti žáků získané ve výchově v rodině a v předškolním vzdělávání. Utváří se zde prvotní ucelený obraz světa. Za podmínku úspěšného vzdělávání v této oblasti je považován vlastní prožitek žáků. Oblast *Člověk a jeho svět* pokládá základy pro výuku ve specializovaných oblastech *Člověk a společnost*, *Člověk a příroda* a ve vzdělávacím oboru *výchova ke zdraví*.

Vzdělávací oblast *Člověk a jeho svět* je složena z pěti tematických okruhů, z nichž se výchovou ke zdraví zabývá tematický okruh *člověk a jeho zdraví*. V tomto tematickém okruhu žáci poznávají především sebe na základě poznávání člověka jako živé bytosti, která má své biologické a fyziologické funkce a potřeby. Poznávají, jak se člověk vyvíjí a mění od narození do dospělosti, co je pro člověka vhodné a nevhodné z hlediska denního režimu, hygieny, výživy, mezilidských vztahů atd. Získávají základní poučení o zdraví a nemocech, o zdravotní prevenci, o první pomoci, o bezpečném

⁶ např. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* (se změnami provedenými k 1. 9. 2007). Praha : VÚP, 2007.

chování v různých životních situacích, včetně mimořádných událostí, které ohrožují zdraví jedinců i celých skupin obyvatel. Žáci si postupně uvědomují, jakou odpovědnost má každý člověk za své zdraví a bezpečnost i za zdraví jiných lidí. Žáci by měli dojít k poznání, že zdraví je nejcennější hodnotou v životě člověka. Potřebné vědomosti a dovednosti získávají tím, že pozorují názorné pomůcky, sledují konkrétní situace, hrají určené role a řeší modelové situace.

Učivo je uspořádáno do tematických celků:

- *lidské tělo*: životní potřeby a projevy, základní stavba a funkce, pohlavní rozdíly mezi mužem a ženou, základy lidské reprodukce, vývoj jedince;
- *partnerství, rodičovství, základy sexuální výchovy*: rodina a partnerství, biologické a psychické změny v dospívání, etická stránka sexuality, HIV/AIDS;
- *péče o zdraví, zdravá výživa*: denní režim, pitný režim, pohybový režim, zdravá strava, nemoc, drobné úrazy a poranění, první pomoc, úrazová zábrana, osobní, intimní a duševní hygiena – stres a jeho rizika, reklamní vlivy;
- *návykové látky a zdraví*: odmítání návykových látek, hrací automaty a počítače;
- *osobní bezpečí*: bezpečné chování v rizikovém prostředí, bezpečné chování v silničním provozu v roli chodce a cyklisty, krizové situace (šikana, týrání, sexuální zneužívání atd.), brutalita a jiné formy násilí v médiích, služby odborné pomoci;
- *situace hromadného ohrožení*.

Vzdělávací oblast *Člověk a zdraví* je koncipována pro 1. i 2. stupeň ZŠ. Přináší základní podněty pro ovlivňování zdraví, s nimiž se žáci seznamují, učí se je aplikovat a využívat ve svém životě. Vzdelávání v této oblasti směřuje k tomu, aby žáci poznávali sami sebe jako živé bytosti, pochopili hodnotu zdraví, smysl zdravotní prevence i hloubku problémů spojených s nemocí či jiným poškozením zdraví. Důraz je kladen na praktické dovednosti a jejich aplikace v modelových situacích i v každodenním životě školy. Vzdelávací oblast *Člověk a zdraví* je vymezena a realizována v souladu s většinou žáků ve vzdělávacích oborech *výchova ke zdraví* a *tělesná výchova*, k níž patří také *zdravotní tělesná výchova*. (Vzdělávací obsah vzdělávacího oboru *výchova ke zdraví* je realizována pouze na 2. stupni základního vzdělávání. Vzdělávací obsah výchovy ke zdraví na 1. stupni ZŠ je zařazen do vzdělávací oblasti *Člověk a jeho svět* – viz výše.) Vzdělávací oblast *Člověk a zdraví* má přispívat k utváření a rozvíjení klíčových kompetencí tím, že vede žáka:

- k poznávání zdraví jako nejdůležitější životní hodnoty;
- k poznávání člověka jako biologického jedince závislého v jednotlivých etapách života na způsobu vlastního jednání a rozhodování, na úrovni mezilidských vztahů i na kvalitě prostředí;
- k pochopení zdraví jako vyváženého stavu tělesné, duševní i sociální pohody a k vnímání radostných prožitků z činností podpořených pohybem a vitalitou zdravého člověka, příjemným prostředím a atmosférou příznivých vztahů;
- k získávání orientace v základních názorech na zdraví, na to, co je a není zdravé, co může zdraví prospět a co ho poškozuje, k rozpoznávání základních situací ohrožujících zdraví a k upevňování způsobů rozhodování a jednání, které neohrožují zdraví vlastní ani zdraví jiných lidí;

- k využívání osvojených preventivních postupů pro ovlivňování zdraví v denním režimu, k uvažování a jednání v souladu s preventivní ochranou zdraví v každé životní situaci, k poznávání a využívání míst souvisejících s preventivní ochranou zdraví;
- k propojování činností a jednání souvisejících se zdravím a zdravými mezilidskými vztahy se základními etickými a morálními postoji, s volným úsilím atd.;
- k chápání zdraví, zdatnosti a výkonnosti jako významného předpokladu pro dobrý fyzický vzhled i duševní pohodu a následně pro ovlivnění výběru profesní dráhy, partnerů, vlastních zájmů atd.;
- k poznávání zdrojů informací o zdraví, k získávání informací, jejich hodnocení a využívání a ke schopnosti diskutovat o problémech souvisejících se zdravím, vyjádřit svůj názor i světit se se zdravotním problémem;
- k aktivnímu zapojování do činností a aktivit školy podporujících zdraví a do propagace zdravotně prospěšných činností.

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

Učivo v tomto vzdělávacím oboru je zařazeno do následujících tematických celků, které jsou v RVP ZV podrobněji rozpracovány:

- vztahy mezi lidmi a formy soužití: vztahy ve dvojici, vztahy a pravidla soužití v prostředí komunity;
- změny v životě člověka a jejich reflexe: dětství, puberta, dospívání, sexuální dospívání a reprodukční zdraví;
- zdravý způsob života a péče o zdraví: výživa a zdraví, tělesná a duševní hygiena, režim dne, ochrana před přenosnými i nepřenositelnými chorobami, chronickým onemocněním a úrazy;
- rizika ohrožující zdraví a jejich prevence: stres a jeho vztah ke zdraví, civilizační choroby, auto-destruktivní závislosti, skryté formy a stupně individuálního násilí a zneužívání, sexuální kriminalita, bezpečné chování, dodržování pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví, manipulativní reklama a informace, ochrana člověka za mimořádných událostí;
- hodnota a podpora zdraví: celostní pojetí člověka ve zdraví a nemoci, podpora zdraví a její formy, podpora zdraví v komunitě;
- osobnostní a sociální rozvoj: sebepoznání a sebepojetí, seberegulace a sebeorganizace činností a chování, psychohygiena, mezilidské vztahy, komunikace a kooperace, morální rozvoj.

Jako značný organizační problém se jeví časová dotace pro *výchovu ke zdraví* na 2. stupni ZŠ. V pilotní verzi RVP ZV (2002) byla pro *výchovu ke zdraví* vyčleněna minimální časová dotace 4 hodiny (tj. 1 hodina týdně v každém ročníku 2. stupně ZŠ). V základní verzi RVP ZV (2005) byla minimální časová dotace snížena na 3 hodiny a v poslední verzi RVP ZV (2007) jen na 2 hodiny. Přitom poznámky k rámcovému učebnímu plánu ani ke vzdělávacím oblastem v RVP ZV (kap. 7.1 a 7.2) nijak neupřesňují, jakým způsobem a v kterých ročnících se má *výchova ke zdraví* při této snížené hodinové dotaci realizovat.⁷ Pouze v pilotní verzi RVP ZV (2002) byla v poznámkách k učebnímu plánu informace, že *výchova ke zdraví* se realizuje zpravidla v samostatném vyučovacím předmětu, případně ve funkční integraci s obsahem jiné vzdělávací oblasti nebo oboru vzdělávací oblasti. V následujících verzích se již žádné organizační doporučení neobjevuje.

Ve vzdělávacím oboru *tělesná výchova* jsou žáci vedeni jednak k poznávání vlastních pohybových možností a zájmů, ale také k poznávání účinků konkrétních pohybových činností na tělesnou zdatnost, duševní a sociální pohodu. Pohybové vzdělávání postupuje od spontánní pohybové činnosti k činnosti řízené a výběrové. Žáci se učí samostatně ohodnotit úroveň své zdatnosti a řadit do denního režimu pohybové činnosti pro uspokojování vlastních pohybových potřeb i zájmů, pro optimální rozvoj zdatnosti a výkonnosti, pro regeneraci sil a kompenzaci různého zatížení, pro podporu zdraví a ochranu života.

Charakteristické pro pohybové vzdělávání je rozpoznávání a rozvíjení pohybového nadání žáků. Nedílnou součástí tělesné výchovy jsou také korektivní a speciální kompenzační cvičení, která mohou být preventivně využívána pro všechny žáky nebo zadávána žákům se zdravotním oslabením místo činností, které nejsou pro jejich oslabení vhodné.

Je zřejmé, že RVP ZV propojuje tělesnou výchovu s *výchovou ke zdraví* ve společné oblasti *Člověk a zdraví* mnohem více, než je tomu v jiných vzdělávacích dokumentech.

Explicitně *výchovu ke zdraví* najdeme také ve vzdělávací oblasti *Člověk a příroda*. V cílovém zaměření oblasti je zdraví a *výchova ke zdraví* zřetelně deklarována. Vzdělávací obor *přírodopis* obsahuje tematický celek biologie člověk s vymezeným učivem fylogeneze a ontogeneze, anatomie a fyziologie, nemoci, úrazy, prevence, životní styl. Tento tematický celek nejenže přímo koresponduje s oborem *výchova ke zdraví*, ale také některé učivo částečně dubluje (např. životní styl). Téma z oblasti *výchovy ke zdraví* najdeme i v oboru *chemie*: jedná se například o témata bezpečnost práce, mimořádné události, přírodní látky a jejich význam v lidském těle, léčiva, nebezpečné a návykové látky. Ze vzdělávací oblasti *Člověk a svět práce* uvádíme jako příklad tematický celek příprava pokrmů.

Výchova ke zdraví je implicitně obsažena také v dalších vzdělávacích oblastech a oborech, např. ve vzdělávací oblasti *Člověk a společnost* nebo v doplňujícím vzdělávacím oboru *dramatická výchova*.

⁷ Srov. pokyn pro tělesnou výchovu: „Vzdělávací obsah vzdělávacího oboru tělesná výchova je realizován ve všech ročnících základního vzdělávání; časová dotace pro tělesnou výchovu nesmí ze zdravotních a hygienických důvodů klesnout pod 2 hodiny týdně.“ (RVP ZV, s. 106)

Významnou a nedílnou součástí RVP ZV jsou *průřezová témata*, která se snaží postihovat okruhy aktuálních problémů současného světa a vytvářet příležitosti pro individuální uplatnění žáků i pro jejich vzájemnou spolupráci a pomáhat rozvíjet osobnost žáka zejména v oblasti postojů a hodnot. Protože průřezová témata procházejí napříč vzdělávacími oblastmi a mají jasný integrační charakter, je jejich význam v rámci podpory a výchovy ke zdraví značný. Zejména jde o *Osobnostní a sociální výchovu* a *Environmentální výchovu*.

Materiální, personální, hygienické, organizační a jiné podmínky pro uskutečňování RVP ZV jsou stanoveny v samostatné 10. kapitole RVP ZV. I zde je patrný důraz na podporu zdraví ve škole. Těmto podmínkám se budeme blíže věnovat v kapitole 3.

Rámcové vzdělávací programy pro gymnaziální nebo odborné vzdělávání nejsou směrodatné pro tuto publikaci, proto jejich podrobnější charakteristiku neuvádíme. I tyto dokumenty obsahují vzdělávací oblast *Člověk a zdraví* se vzdělávacími obory *výchova ke zdraví* a *tělesná výchova* nebo v případě odborného vzdělávání vzdělávací oblast *Vzdělávání pro zdraví*, ve které je integrována výchova ke zdraví s tělesnou výchovou.

Ve výčtu dokumentů zasahujících v posledních letech do kurikula výchovy ke zdraví musíme uvést také dokumenty týkající se **prevence sociálně patologických jevů**:

Prvním z dokumentů je ***Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001–2004*** (2001). Základním principem této strategie je výchova dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a rozvoji osobnosti. Zmíněná strategie nově zavedla do škol funkci **školního metodika prevence** a realizaci **Minimálních preventivních programů** (závazně k 1. lednu 2001). Školní metodik prevence koordinuje realizaci Minimálního preventivního programu ve škole, podílí se na soustavném vzdělávání pracovníků školy v oblasti prevence, zajišťuje autoevaluaci procesu a výsledků Minimálního preventivního programu, spolupracuje s okresním metodikem preventivních aktivit a podílí se na opatřeních při výskytu sociálně patologických jevů ve škole nebo školském zařízení. Minimální preventivní program musí být vytvořen pro podmínky konkrétní školy. Je v něm zakotvena zejména odpovědnost za systematické vzdělávání pedagogických pracovníků, za výchovu ke zdravému životnímu stylu, rozvoj osobnosti dětí a mládeže a vytváření podmínek pro využití volného času.

Na výše uvedený dokument navazuje ***Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství na období 2005–2008*** uveřejněná v květnu 2005. Koncipuje tyto základní cíle: výchova ke zdravému životnímu stylu, rozvoj a podpora sociálních kompetencí, zkvalitnění koordinace a kontroly specifické primární prevence napříč resorty dosáhnout vyšší kvality a efektivity prováděných programů. Minimální preventivní program se v tomto dokumentu změnil na **školní preventivní strategii**, která by měla být povinnou součástí ŠVP dle RVP ZV.

Dokument ***Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství na období 2009–2012*** zveřejněný v dubnu 2009 hodnotí realizaci strategie v letech 2005 až 2008, vymezuje primární a sekundární prevenci v uvedené oblasti a stanovuje cíle pro období 2009 až 2012.

Tyto dokumenty jsou doplňovány metodickými pokyny, např. *Metodickým pokynem k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* (2007). Uvedený dokument vymezuje terminologii a začlenění prevence do ŠVP, popisuje jednotlivé instituce v systému prevence a úlohu pedagogického pracovníka, definuje Minimální preventivní program (v rozporu se Strategií z května 2005), doporučuje postupy škol a školských zařízení při výskytu vybraných rizikových forem chování dětí a mládeže. Metodický pokyn upřesňuje začlenění primární prevence sociálně patologických jevů u žáků do ŠVP.

1.2.2 Programy a projekty podpory zdraví

Vhodnou součástí výchovy ke zdraví na základních školách jsou programy a projekty podpory zdraví, které doplňují vzdělávací nabídku a obohacují realizaci kurikula výchovy ke zdraví. Přinášíme proto základní přehled také o této oblasti.

Členské státy WHO, jak již bylo uvedeno, přijaly na svém zasedání v roce 1998 program *Zdraví pro všechny v 21. století* (1999). Jde o komplexní dokument, podle něhož se má dosáhnout v prvních dvou desetiletích 21. století podstatného zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva evropských států. Připomínáme, že na tento program reagovala vláda České republiky v roce 2002 schválením národního *Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století* (program *Zdraví 21*).

Konkrétní úkoly programu *Zdraví 21* týkající se základního vzdělávání mají charakter projektové formy kurikula a doplňují tak vzdělávací dokumenty. Konkrétní úkoly znějí následovně:

- Děti a dospívající mládež by měly být způsobilější ke zdravému životu a měly by získat schopnost dělat zdravější rozhodnutí (dílčí úkol č. 4. 1.).
- Podstatně snížit podíl mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování, ke kterým patří konzumace drog, tabáku a alkoholu (dílčí úkol č. 4. 3.).
- Zajistit trvalé a pokračující snižování výskytu, úmrtnosti a negativních dopadů infekce HIV/AIDS, dalších pohlavně přenosných chorob (dílčí úkol č. 7. 5.) – zintenzivněním zdravotně výchovných programů v oblasti pohlavně přenosných nemocí, především HIV/AIDS, zavedením výchovy k reprodukčnímu zdraví do výuky posledních tříd základních a všech tříd středních škol.
- Snížit nemocnost a výskyt trvalých postižení na nemoci svalové a kosterní soustavy a na další časté chronické nemoci (dílčí úkol č. 8. 5.) – zapojit školy do programu aktivní prevence trvalých poškození páteře a kloubů školské mládeže, zvýšit úroveň všestranné pohybové aktivity obyvatelstva.
- Počty smrtelných a vážných zranění v důsledku dopravních nehod snížit alespoň o 30 % (dílčí úkol č. 9. 1.) – do celostátního programu školní dopravní výchovy zavést individuální a skupinový přístup s větším důrazem na výcvik v reálné situaci, vybudovat systém výchovy dětí, mládeže a dospělých k poskytování první pomoci.

- Počty úmrtí a vážných úrazů na pracovišti, doma a při rekreaci snížit nejméně o 50 % (dílčí úkol č. 9. 2.) – zvýšit úroveň preventivních a výchovných aktivit v oblasti prevence úrazů.
- Do roku 2015 by si lidé v celé společnosti měli osvojit zdravější životní styl (úkol č. 11), rozšířit zdravé chování ve výživě a zvýšit tělesnou aktivitu (dílčí úkol č. 11. 1.) – zlepšovat přísun vápníku podporou spotřeby mléka a mléčných výrobků, podporou spotřeby mléka ve školách; prostřednictvím školy zlepšit stav pohybového aparátu dětí a za tím účelem: v základních a středních školách zavést nové vzdělávací standardy Člověk a zdraví orientované na školní tělesnou výchovu, zvýšit úroveň informovanosti učitelů, propagovat a zavádět školní tělesnou výchovu zaměřenou především na všestranný a zdravý tělesný rozvoj a vychovávat příslušně vzdělané učitele zavést osnovy, které by umožnily zapojení všech žáků do aktivního pohybu v průběhu celé vyučovací hodiny tělesné výchovy, zlepšovat ergonomickou situaci ve školách, zavádět cílené preventivní programy včetně možností psychické relaxace.
- Mezi osobami staršími než 15 let by mělo být 80 procent nekuřáků a mezi osobami mladšími než 15 let by nekuřáci měli představovat téměř 100 procent (dílčí úkol č. 12. 1.) – účinná ochrana nekuřáků, především dětí, před pasivním kouřením, podpora účinných preventivních programů a podpora osvětových kampaní zaměřených na zvýšení informovanosti o rizicích kouření pro zdraví, na změnu postojů a chování ve prospěch zdravého způsobu života.
- Spotřeba alkoholu na osobu by neměla přesáhnout 6 litrů za rok a u osob mladších 15 let by měla být nulová (dílčí úkol č. 12. 2.) – snížit poptávku po alkoholu a jiných návykových látkách u dětí a dospívajících realizací cílených programů ve školách.
- Snížit rozšiřování drog alespoň o 25 % a úmrtnost v důsledku jejich užívání alespoň o 50 % (dílčí úkol č. 12. 3.) – snížit poptávku po návykových látkách u dětí a dospívajících zavedením preventivních programů do škol.
- Zajistit, aby nejméně 50 % dětí mělo příležitost zařadit se do MŠ a ZŠ podporujících zdraví a 95 % do základních škol podporujících zdraví (dílčí úkol č. 13. 4.)
- Pokračovat v koordinaci a obnovování sítě certifikovaných Škol podporujících zdraví (dílčí úkol č. 13. 4. 1.).
- Připravit a realizovat začlenění státní správy a samosprávy na úrovni krajů do odpovědnosti při koordinaci aktivit ve prospěch rozšiřování počtu MŠ a ZŠ, které se na jejich území budou programově orientovat na podporu zdraví (dílčí úkol č. 13. 4. 2.).
- Implementovat podporu zdraví do škol pomocí státních rámcových vzdělávacích programů – RPPV (MŠ) a RVP (ZŠ), v nichž jsou filozofie a principy programu Škola podporující zdraví (ŠPZ) a témata podpory zdraví zahrnuty (dílčí úkol č. 13. 4. 3.).
- Zavést tematiku podpory zdraví a metodiku tvorby školního vzdělávacího programu do programů dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků (DVPP) v pedagogických centrech (dílčí úkol č. 13. 4. 4.).
- Vytvořit podmínky pro zavedení výchovy k podpoře zdraví do studijního programu středních pedagogických škol a do pregraduální přípravy učitelů (pro

společný základ i pro nové aprobace spojené s novými vzdělávacími obsahy RVP a RPPV) (dílčí úkol č. 13. 4. 5.).

- Připravit školní inspektory MŠ a ZŠ v celé síti ČŠI na evaluaci programu ŠPZ ve všech třech etapách procesu nárůstu počtu škol podporujících zdraví (ŠPZ v síti, ŠPZ v hnutí, podpora zdraví prostřednictvím RVP/RPPV) (dílčí úkol č. 13. 4. 6.).
- Rozvíjet poznatky v oblasti podpory zdraví ve škole jako součást mezioborové vědecké disciplíny, zabývat se evaluací efektivity programu podpory zdraví ve školách a výzkumným řešením problémů teoretických i z praxe škol, zvláště ŠPZ (dílčí úkol č. 13. 4. 7.).
- Pokračovat ve sbližování programů pro školy, které se týkají otázek trvale udržitelné kvality života a snaží se pro to vytvářet podmínky (program MŠMT pro prevenci sociálně patologických jevů, environmentální program MŽP aj.) (dílčí úkol č. 13. 4. 8.).
- Rozšiřovat pravidelně informace o programu podpory zdraví do sítě škol prostřednictvím zavedených periodik a webových stránek (dílčí úkol č. 13. 4. 9.).

Vedle úkolů programu *Zdraví 21* a vzdělávacích cílů deklarovaných ve vzdělávacích dokumentech jsou postaveny cíle *Národního programu zdraví ČR*, k nimž každoročně přispívá dotační program ***Projekty podpory zdraví***. Jsou to vesměs intervenční projekty s cílem příznivě ovlivňovat zdravotní stav, životní podmínky a výchovu ke zdravému způsobu života v rodinách, školách, podnicích, obcích a jiných společenstvích na regionální či celostátní úrovni. V průběhu let 1993 až 2005 byly asi dvě třetiny realizovaných projektů podpory zdraví cíleny na dětskou populaci, mohly být proto uplatňovány i na základních školách. Některé projekty jsou pro základní školy určeny přímo: např. *Škola podporující zdraví*, *Zdravé zuby*, *Školní mléko*, *Normální je nekouřit*, *Kouření a já*, *Hejbej se! Nedej se!* a jiné.

Projekty podpory zdraví jsou tematicky zaměřeny na ovlivňování rizikových faktorů závažných civilizačních onemocnění (ozdravení výživy, omezování kuřáctví, omezování spotřeby alkoholu, omezování a zvládání stresu, optimalizace pohybové aktivity), na prevenci nemocí, na prevenci úrazů a na prevenci škodlivého užívání drog. V rámci komunitních projektů je jedno z prioritních témat *podpora zdraví ve školách*.

Mezi projekty podpory zdraví má patrně nejlépe propracovanou koncepci projekt *Škola podporující zdraví* (Havlíková, 1998) s často užívaným pracovním názvem *Zdravá škola*. Projekt staví na třech pilířích – pohoda prostředí, zdravé učení a otevřené partnerství. Do projektu jsou zařazeny vybrané základní a mateřské školy, které aktivně vytvářejí prostředí, jež umožňuje soulad psychického, fyzického i sociálního zdraví žáků a pedagogů. Garantem projektu je Státní zdravotní ústav (SZÚ).

Hlavní a základní podmínkou pro přijetí školy do programu je vypracování písemné koncepce neboli tříletého plánu. Nejde jen o formální dokument. Všichni pedagogové školy se musí s programem ztotožnit, musí chtít a být schopni jej dodržovat a podle potřeby rozvíjet. Po třech až čtyřech letech provádí škola autoevaluaci své dosavadní činnosti a inovuje svůj projekt na další období, což je následně završeno i po formální stránce certifikátem SZÚ a uzavřením dohody o vzájemné spolupráci.

Cílem projektu je přispět ke zdravému způsobu života dětí, posilovat vztahy mezi zdravím tělesným, duševním a sociálním. Osou veškerých snah o podporu zdraví jsou dva obecné principy:

- respekt k přirozeným potřebám jednotlivce v celku společnosti a světa;
- rozvíjení komunikace a spolupráce.

Česká republika patří do Evropské sítě škol podporujících zdraví (ENHPS). Vznik tohoto projektu měl a má prokázat význam podpory zdraví ve škole. Na jeho rozvoji se podílí Světová zdravotnická organizace, Rada Evropy a Komise Evropské Unie. Pilotní testy proběhly v roce 1991 v Maďarsku, České republice, na Slovensku a v Polsku. V současné době je do projektu zapojeno více než 40 evropských zemí a v ČR několik desítek mateřských, základních, speciálních i středních škol. Konkrétní informace o realizaci projektu je možné nalézt na webových stránkách⁸ nebo např. v publikacích Reissmannové (2004, 2005).

V současnosti je také hojně realizován projekt *Zdravé zuby* – komplexní výukový program péče o zubní zdraví (Lekešová a kol., 2000 – 2003). Je primárně určen pro prevenci zubního kazu u dětí na 1. stupni ZŠ a má celorepublikovou působnost.

Příkladem dalších projektů realizovaných na základních školách je např. projekt *Pětkrát denně ovoce a zeleninu* (Brázdová a kol., 1995), zaměřený na změnu výživových návyků dětské populace. Projekt propaguje hlavní zásady zdravé výživy, pestrost a vyváženost stravy.

Mnoho škol se zapojuje do projektů nebo programů podpory zdraví nabízených různými institucemi (MŠMT, Státní zdravotní ústav, Policie ČR, pedagogické fakulty aj.), organizacemi nebo firmami. Tyto projekty se zabývají výživou, prevencí kuřáctví, protidrogovou prevencí, zlepšením reprodukčního zdraví, optimalizací pohybové aktivity, prevencí nemocí, úrazů, otrav, násilí, anebo jde o tzv. komplexní projekty podporující zdraví. Programy a projekty podporující zdraví, mohou výrazně přispět nejen ke zpeřtení běžné výuky na základních školách, ale také zlepšit celkové školní prostředí.

Jako výzkumný projekt MŠMT ČR vznikl *Program proti šikanování a násilí ve školách a školských zařízeních* (KOLÁŘ, 2003). Tato odborná studie byla zaměřena na „zastavení“ epidemického výskytu šikanování na českých základních školách. Dále je možné uvést projekt *Týdny zdraví* (např. Mužík a kol., 2001). Koncepce tohoto projektu vznikla v Německu a východiskem byly výzkumné práce orientované na zvýšení účinnosti tradiční výchovy ke zdraví. Rozšířenější než tento projekt jsou *Dny zdraví*, které si obvykle projektuje každá škola samostatně.

Tyto i další programy nebo projekty jsou dostupné z webových stránek MŠMT ČR, MZ ČR, SZÚ aj. Jejich popis a rozbor uvádějí mj. Bočková (2005) a Brázdová (2008).

1.3 Vybrané související pojmy

Následující pojmy a jejich definice jsou převzaty z RVP ZV (2005, 2007). Tyto pojmy jsou v rámcovém programu uvedeny především pro potřeby škol, které budou vytvářet školní vzdělávací programy. Protože se tyto pojmy vyskytují i této publikaci, uvádíme jejich abecedně řazený výběr:

⁸ <http://www.program-spz.cz/cs>

Autoevaluace školy slouží k systematickému posuzování činnosti školy plánované ve školním vzdělávacím programu; výsledky autoevaluace slouží jako zpětná vazba ke korekci vlastní činnosti a jako východisko pro další práci školy; autoevaluaci provádějí účastníci vzdělávacího procesu – vedení školy, učitelé, žáci; kapitola Autoevaluace školy – součást školního vzdělávacího programu, ve které školy vymezují cíle, nástroje a kritéria autoevaluace a časové rozvržení evaluačních činností.

Cíle základního vzdělávání označují zaměření základního vzdělávání; v RVP ZV je vymezeno celkem devět cílů, jejichž postupné naplňování směřuje k utváření a rozvíjení klíčových kompetencí žáků a vzdělavatel poskytující základní vzdělávání má k jejich dosahování vytvářet podmínky.

Cílové zaměření vzdělávací oblasti je součástí vzdělávacích oblastí, která propojuje vzdělávací obsah s klíčovými kompetencemi; je východiskem pro výchovné a vzdělávací strategie na úrovni vyučovacího předmětu, kterými škola směřuje k utváření a rozvíjení klíčových kompetencí žáků.

Doplňující vzdělávací obor je vzdělávací obor, který doplňuje a rozšiřuje vzdělávací obsah základního vzdělávání.

Etapy vzdělávání označují legislativně vymezené, obsahově stanovené a časově ohraničené úseky vzdělávání, které odpovídají vzdělávání podle daného RVP.

Evaluační činnosti jsou veškeré plánované a cílené aktivity školy směřující k ověřování, měření, posuzování a hodnocení výsledků a změn dosažených ve všech činnostech školy vymezených ve školním vzdělávacím programu.

Integrace vzdělávacího obsahu znamená propojení vzdělávacího obsahu na úrovni témat, tematických okruhů, případně vzdělávacích oborů oblastí, které umožňuje RVP ZV.

Integrace žáků označuje zařazení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami i žáků mimořádně nadaných do běžných tříd a jejich vzdělávání v souladu s individuálními vzdělávacími potřebami.

Klíčové kompetence označují souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj a uplatnění každého člena společnosti; v RVP ZV jsou klíčové kompetence vymezeny na úrovni, které mají dosáhnout všichni žáci na konci základního vzdělávání; v etapě základního vzdělávání jsou za klíčové považovány: kompetence k učení, kompetence k řešení problémů, kompetence komunikativní, kompetence sociální a personální, kompetence občanské, kompetence pracovní.

Kognitivní procesy jsou poznávací procesy tvořící podstatu učení; jsou součástí intelektuálního vývoje člověka, zahrnují smyslové poznávání, představy a obrazotvornost, myšlení, paměť, učení, někdy je k nim řazena i řeč a pozornost.

Kurikulární dokumenty jsou pedagogické dokumenty, které vymezují legislativně a obsahový rámec potřebný pro tvorbu ŠVP; systém kurikulárních dokumentů je vytvářen a uplatňován na dvojí úrovni; státní úroveň tvoří RVP, školní úroveň tvoří ŠVP.

Manuál pro tvorbu školních vzdělávacích programů v základním vzdělávání je metodický dokument, který je doporučen pro tvorbu ŠVP v etapě základního vzdělávání; uvádí konkrétní postupy při tvorbě jednotlivých částí ŠVP o příklady ze školní praxe.

Národní program rozvoje vzdělávání v České republice je koncepční dokument české vzdělávací politiky označovaný jako Bílá kniha; obsahuje záměry rozvoje vzdělávání žáků od 3 do 19 let a návrhy i doporučení ekonomického, politického a pedagogického charakteru, které jsou postupně realizovány.

Očekávané výstupy jsou stěžejní část vzdělávacího obsahu jednotlivých vzdělávacích oborů; jsou ověřitelné, prakticky zaměřené, mají činnostní povahu a jsou využitelné v běžném životě; vymezují úroveň, které mají všichni žáci prostřednictvím učiva dosáhnout; jsou stanoveny orientačně (nezávazně) na konci 3. ročníku (1. období) a závazně na konci 5. ročníku (2. období) a 9. ročníku.

Průřezová témata reprezentují v RVP ZV aktuální okruhy problémů současného i budoucího světa a stávají se povinnou součástí základního vzdělávání; jsou důležitým formativním prvkem základního vzdělávání a pomáhají rozvíjet osobnost žáka především v oblasti postojů a hodnot; stávají se příležitostí pro individuální uplatnění žáků i pro jejich vzájemnou spolupráci.

Rámcový učební plán pro základní vzdělávání je učební plán RVP ZV, který vymezuje základní parametry organizace základního vzdělávání; závazně vymezuje: začlenění vzdělávacích oblastí a vzdělávacích oborů do základního vzdělávání na 1. a 2. stupni ZŠ, minimální časové dotace pro jejich realizaci, disponibilní časovou dotaci, celkovou povinnou časovou dotaci a poznámky k rámcovému učebnímu plánu.

Školská rada je orgán školy umožňující zákonným zástupcům nezletilých žáků a zletilým žákům, pedagogickým pracovníkům školy, zřizovateli a dalším osobám podílet se na správě školy; projednává návrh ŠVP.

Školní vzdělávací programy (ŠVP) jsou kurikulární dokumenty školní úrovně; ŠVP pro základní vzdělávání zpracovává podle RVP ZV každý vzdělávatel poskytující základní vzdělávání.

Školský zákon je zkrácený název pro zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a o změnách některých zákonů.

Učební osnovy označují část ŠVP, ve které je vzdělávací obsah jednotlivých vzdělávacích oborů členěn do vyučovacích předmětů v jednotlivých ročnících 1. a 2. stupně základního vzdělávání.

Učební plán je část ŠVP vymezující na základě rámcového učební plánu organizaci výuky na konkrétní škole; obsahuje tabulaci s výčtem povinných a volitelných vyučovacích předmětů a poznámky k organizaci a realizaci jednotlivých vyučovacích předmětů.

Učivo je část vzdělávacího obsahu jednotlivých vzdělávacích oborů, které je strukturováno do jednotlivých tematických okruhů (témat, činností); je chápáno jako prostředek pro dosažení očekávaných výstupů, tvoří nezbytnou součást vzdělávacího obsahu; na úrovni RVP ZV je učivo doporučeno k distribuci do ŠVP; na úrovni ŠVP je závazné.

Vyučovací předmět je forma didaktického uspořádání vzdělávacího obsahu a jeho organizačního zpracování ve školním vzdělávacím programu; z jednoho vzdělávacího oboru může být vytvořen jeden vyučovací předmět nebo více vyučovacích předmětů, případně může vyučovací předmět vzniknout integrací vzdělávacího obsahu více vzdělávacích oborů (integrovaný vyučovací předmět).

Vzdělávací oblasti jsou orientačně vymezené celky vzdělávacího obsahu základního vzdělávání; RVP ZV obsahuje devět vzdělávacích oblastí, které jsou tvořeny jedním vzdělávacím oborem nebo více obsahově blízkými vzdělávacími obory.

Vzdělávací obory jsou samostatné části vzdělávacích oblastí v RVP ZV; vymezují vzdělávací obsah (očekávané výstupy a učivo).

Vzdělávací obsah vymezuje očekávané výstupy a učivo na úrovni vzdělávacích oborů, který je dále rozpracováván na úrovni ŠVP.

Vzdělávací obsah základního vzdělávání je souhrn lidského poznání didakticky zpracovaný pro úroveň základního vzdělávání, poskytující žákům spolehlivý základ všeobecného vzdělání orientovaného zejména na situace blízké životu a na praktické jednání.

Výchovné a vzdělávací strategie jsou promyšleně volené a řazené postupy, kterými chce škola cíleně směřovat k naplňování klíčových kompetencí.

RVP ZV neobsahuje časově uspořádané *tematické plány*. Přestože nejsou legislativně vyžadovány, neměly by být opomenuty v koncepční ani projektové etapě učitelovy práce. Tyto plány jsou výsledkem více či méně tvořivé práce učitele, který v nich konkretizuje nejen své představy o vyučovacím předmětu, ale také o žákovi, jeho možnostech a schopnostech, o výsledcích procesu výuky a o škole vůbec⁹. Tematické plány úzce souvisejí s uplatňováním metody modelování (viz kap. 5).

Důležitým pojmem publikace je rovněž *implementace*. Elektronická encyklopedie Wikipedia definuje implementaci jako uvedení teoreticky stanovené myšlenky do praxe za účelem jejího dalšího použití. Implementaci předchází analýza řešeného problému, jejímž výstupem je dekompozice problému na dílčí celky, které lze snadněji implementovat. Filosofický příklad: čin je implementovaná myšlenka (Wikipedia, 2007). Toto vymezení termínu implementace přijímáme i pro naši práci.

1.4 Shrnutí a diskuse

Pokusili jsme se podat stručný výklad složité a rozsáhlé teorie kurikula v souvislosti s pojmem *výchova ke zdraví*. V rámci výkladu jsme uvedli různé významy výrazu *kurikulum* s cílem ukázat, že tento pojem vyjadřuje důležitý princip: obsah vzdělání má být formulován jako sekvence požadavků na žákovo učení, na zkušenosti, které má ve škole získat, na kompetence, které má učením nabýt. Kurikulum je tedy orientováno spíše na žáka – jako systém jeho znalostí, zkušeností, výstupních dovedností a výnamů. V tom se liší od osnov, které se obracejí spíše na učitele – zejména na to, co a jak mají vyučovat.

Dobíhající vzdělávací programy *Základní škola*, *Obecná škola* a *Národní škola* i nově zaváděný *RVP ZV* ponechávají škole a učiteli dostatečný prostor pro výběr učiva, pro jeho uspořádání i pro další dotváření kurikula. Současně s tím vzrůstá potřeba porozumět principům tvorby kurikula a přijmout dostatečnou odpovědnost za výsledky učení žáků i jejich uplatnění v životě. Pochopení dalších pojmů souvisejících s kurikulem by mělo upozornit učitele, že obsah vzdělání se projevuje v různých rovinách a formách. Výslednou podobu kurikula však utváří učitel v interakci se svými žáky i žáci mezi sebou navzájem.

V této publikaci chápeme pojem *kurikulum výchovy ke zdraví* jako *obsah vzdělání ve vzdělávacím oboru výchova ke zdraví*. Vnímáme přitom nezbytnost bližšího určení pojmu kurikulum, zejména prostřednictvím forem existence kurikula. Následující kapitoly se budou orientovat především na *projektovou formu kurikula výchovy ke zdraví* a na *realizační formu kurikula výchovy ke zdraví*.

⁹ více viz např. Kalhous, Obst a kol. (2002).

Je zřejmé, že v současné době se nacházíme v období probíhající reformy kurikula. Zkušenost říká, že takové reformy obvykle nesplňují očekávání, protože jsou ztožňovány pouze s vydáním nových kurikulárních dokumentů. Reformy proto zůstávají nepochopeny těmi, kteří mají nově projektované kurikulum realizovat.

Reformy často ignorují jak učitelé, tak i rodiče žáků. Případně se proti nim stavějí, anebo je realizují ve zkreslené podobě. Implementace, tj. uvedení teoreticky stanovené myšlenky do praxe, se pak děje bez zajištění potřebného vzdělání učitelů, bez učebnic a velmi často též bez monitorování a evaluace, které by poskytly nezbytnou zpětnou vazbu pro korekce v projektované formě kurikula.

To je i případ nově se etablujícího vzdělávacího oboru *výchova ke zdraví*, jak bude dokumentováno v další části publikace. Věříme, že v tomto smyslu bude publikace příspěvkem k odpovídající implementaci projektové formy kurikula výchovy ke zdraví státní úrovně (tj. RVP ZV) do projektové formy kurikula výchovy ke zdraví školní úrovně (tj. do ŠVP). Úkolem školní praxe bude zajištění účinné realizace výchovy ke zdraví v konkrétních podmínkách škol a tříd.

Doložili jsme, že témata z oblasti podpory zdraví jsou podchycena současnými vzdělávacími dokumenty a zahrnuta do vzdělávacího obsahu výchovy ke zdraví. V praxi jsou však aktuálně rozptýlena do mnoha vyučovacích předmětů a jejich komplexnější efekt je sporný.

Na ZŠ se otázkami zdraví dosud nejvíce zabýval předmět rodinná výchova, avšak většinou jen tam, kde byl vyučován absolventem oboru učitelství rodinné výchovy. Těchto absolventů je ale v základním školství velmi málo (srov. Mužíková, 2006a) a zaměření předmětu je proto často velmi odlišné od jeho vymezených cílů a obsahu. Toto tvrzení však nemůžeme výzkumně podložit a uvádíme je pouze na základě vlastních zkušeností a rozhovorů s učiteli ZŠ.

Vzdělávací cíle a obsah výchovy ke zdraví jsou blízké záměrům programu *Zdraví 21*. Realizace výchovy ke zdraví na školách ale není komplexní (jak doložíme v kap. 3). Učitelé v praxi si zpravidla vybírají jen témata, která umějí žákům podat, a tzv. „problémovým“ tématům se vyhýbají (srov. např. Čsípáková, 2005). Četná výzkumná zjištění naznačují mnohé další potíže při přímé práci s žáky (srov. např. Čech, 2005). Tento aspekt má podle Wiegerové (2005), která prováděla výzkum na českých a slovenských školách, několik příčin:

- učitelé mají pocit, že tématům z oblasti zdraví nerozumějí;
- učitelé nejsou pro práci se zdravotními tématy připravováni;
- chybí důsledná struktura pregraduálního a postgraduálního vzdělávání;
- není důsledně propracovaný systém dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků;
- problematická se jeví realizace spirálovitého osnování výchovy ke zdraví.

Výhodu vidí autorka v tom, že RVP ZV v České republice neklade těžiště na organizační strukturu vzdělávacího systému, ale spatřuje hodnotu v obsahové stránce vzdělávání. Překračuje tradiční členění na vyučovací předměty (které je možné integrovat) a zavádí do terminologie jednotlivé *vzdělávací oblasti*.

Studium učitelství v České republice se snažilo reflektovat potřeby škol a realizovat studijní obory v souladu se *školským zákonem* (2004, 2007) a *zákonem o pedagogických*

pracovnících (2004). Proto již dříve (1996) vznikl studijní obor *Učitelství rodinné výchovy pro ZŠ*, který vycházel vstříc zejména vzdělávacím programům *Základní škola a Obecná škola*. Tento obor bylo možné studovat v prezenčním studiu na třech pedagogických fakultách: v Praze, Brně a Olomouci. V Hradci Králové šlo o třetí rozšiřující předmět studovaný kombinovanou formou studia.

Po schválení první verze RVP ZV (2002) byl na brněnské fakultě vypracován a předložen k akreditaci studijní obor *Učitelství rodinné výchovy a výchovy ke zdraví pro ZŠ*¹⁰, který byl schválen v roce 2004. Tento obor obohatil původní obsah rodinné výchovy o další témata z oblasti výchovy ke zdraví. Umožní tak absolventům studia kvalifikovaně vyučovat výchovu ke zdraví na základních školách. Obdobné tendence lze sledovat i na dalších pedagogických fakultách – zejména v Českých Budějovicích, Olomouci, Ostravě, Plzni a Praze.

Do přípravy učitelů všech oborů 1. a 2. stupně ZŠ byly na většině pedagogických fakult zařazeny předměty cíleně se zabývající výchovou ke zdraví. Na brněnské fakultě jsou to např. ve studiu učitelství pro 1. stupeň ZŠ *základy biologie člověka a zdravotvědy, zdravotní tělesná výchova, psychohygiena, teorie a didaktika výchovy ke zdraví*; v tzv. společném základu studia učitelství pro 2. stupeň ZŠ *základy zdravotních nauk a základy výchovy ke zdraví*.

O těchto koncepčních opatřeních přináší podrobnější informace řada publikací (např. Havelková a kol., 2004, 2005, Marádová, 2005, Mužík, Mužíková, 2004a, 2004b, Mužíková, 2004). Dovolíme si proto pouze uvést, že se studium učitelství snaží reflektovat aktuální potřebu vzdělávání učitelů v oblasti výchovy ke zdraví, i když tento trend není v České republice společný všem fakultám připravujícím učitele.

Další vzdělávání učitelů v oblasti výchovy ke zdraví se orientuje zejména na vzdělávání *školních metodiků prevence*. Ti byli dříve připravováni v kurzech dle *Národních osnov pro vzdělávání metodiků prevence škol a školských zařízení*. Tyto kurzy zajišťovaly většinou pedagogické fakulty pod supervizí MŠMT ČR. Současné vzdělávání školních metodiků prevence je organizováno jako dvouleté specializační studium ve smyslu vyhlášky o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků a je nabízeno různými organizacemi (např. Vzdělávacím zařízením Středočeského kraje). Školní metodici prevence specializačním studiem nezískávají kvalifikaci pro výchovu ke zdraví, přesto mohou realizaci výchovy ke zdraví na škole výrazně ovlivnit.

Ve výčtu vzdělávání učitelů v oblasti výchovy ke zdraví můžeme ještě zmínit různé kurzy a semináře pořádané v rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků pedagogickými centry nebo dalšími institucemi. Tyto formy dalšího vzdělávání učitelů většinou nepostihují celou problematiku výchovy ke zdraví, protože jsou monotematicky orientované a časově limitované (např. semináře k sexuální výchově), a nemohou nahradit vysokoškolské studium. O tento typ dalšího vzdělávání učitelů je ale na školách velký zájem (viz kap. 3).

Přesto můžeme konstatovat, že příprava učitelů pro obor *výchova ke zdraví* byla započata. Žádný absolvent tohoto nového oboru však neměl ukončené studium k datu zahájení výuky výchovy ke zdraví dle RVP ZV (tj. k 1. 9. 2007). Předpokládaný počet budoucích absolventů, který je relativně velmi nízký a pohybuje se pouze v desítkách za jeden akademický rok, nezajistí v dohledné budoucnosti plně kvalifikovanou výuku

¹⁰ od roku 2009 jen Učitelství výchovy ke zdraví pro ZŠ.

předmětu výchova ke zdraví na základních školách. Uplatnění v této oblasti mohou prozatím nalézt absolventi učitelského studijního oboru *rodinná výchova*. Bude tedy nezbytné připravit a nabídnout učitelům základních škol výchovu ke zdraví v kombinované formě studia nebo v rámci programů celoživotního vzdělávání. Rovněž bude nezbytné zajistit vzdělávání školních metodiků prevence a upozornit nadřízené orgány na úskalí nově zvolené formy studia.

Posuzujeme-li cíle a vzdělávací obsah oboru výchova ke zdraví dle RVP ZV, je výchova ke zdraví propojena s tělesnou výchovou ve společné oblasti *Člověk a zdraví* mnohem více, než je tomu v jiných vzdělávacích dokumentech. Naplnění tohoto požadavku proto vyžaduje komplexní a integrované pojetí obou vzdělávacích oborů, jak je to naznačeno např. v publikaci *Tělesná výchova a zdraví* (Mužík, Krejčí, 1997) nebo ve slovenských publikacích *Výchova k zdraví a pohyb* (Liba, 2000), *Výchova k zdraví a škola* (Liba, 2005) i *Výchova k zdraví* (Liba, 2010). Vychází otázka, proč se ve studiu učitelství aktuálně téměř nevyskytuje studijní kombinace oborů výchova ke zdraví – tělesná výchova. Tuto kombinaci lze jednoznačně doporučit.

Dovolíme si zopakovat, že základní školy ještě řadu let nebudou mít dostatek kvalifikovaných učitelů pro obor výchova ke zdraví. Tuto situaci budou školy dle našich zjištění (viz kap. 3) nejčastěji řešit začleněním učiva výchovy ke zdraví do dalších vyučovacích předmětů. Je proto žádoucí, aby všichni učitelé, jichž se integrace učiva výchovy ke zdraví do „jejich“ předmětu bude týkat, byli vzděláni v příslušném tematickém celku učiva výchovy ke zdraví. Toto vzdělání by se mělo promítnout jak do pregraduální přípravy učitelů, tak i do dalšího vzdělávání učitelů.

Souvisejícím závažným problémem je již zmíněná nízká minimální časová dotace pro výuku výchovy ke zdraví na 2. stupni ZŠ. Je zřejmé, že ředitelé menších škol nebudou mít zájem přijímat absolventy oboru výchova ke zdraví (i oboru rodinná výchova) pro obtížnost naplnění jejich úvazku. Situaci hodlají školy řešit spíše integrováním výchovy ke zdraví s jinými předměty.

Organizace samostatného vyučovacího předmětu přináší mnohé obtíže. RVP ZV sice připouští realizaci výchovy ke zdraví touto formou, není ale ujasněno, v kterých ročníchích se má tento předmět otevřít. Takovému řešení musí předcházet důkladná analýza mezipředmětových vztahů a návaznosti učiva jiných předmětů (viz kap. 5).

2 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ JAKO PŘEDMĚT KURIKULÁRNÍHO VÝZKUMU

Kurikulum se ve svých různých podobách či formách existence stává předmětem výzkumu především v souvislosti se zaváděním kurikulárních reforem. Tyto reformy pojmávané jako součást vzdělávacích reforem byly např. ve Spojených státech amerických zaváděny v 60. letech 20. století, v německé oblasti přibližně o deset let později (srov. Walterová, 1994, Janík, 2009). V období vzdělávacích reforem můžeme zpravidla registrovat zvýšený zájem o výzkum toho, jak se kurikulum daří do praxe zavádět (implementovat) a jak se tato kurikula v praxi osvědčují.

Podobně je tomu v současné době v České republice. V souvislosti se zaváděním rámcových vzdělávacích programů je u nás patrný obnovený¹¹ zájem o výzkum kurikulární problematiky. Začínají se realizovat výzkumy kurikula v různých vzdělávacích oblastech, oborech nebo vyučovacích předmětech.

Ani oblast výchovy ke zdraví nezůstává stranou pozornosti. Klíčovými pojmy kurikulárního výzkumu jsou např. *vzdělávací oblast*, *vzdělávací obor*, *vyučovací předmět*, *průřezové téma*, *očekávané výstupy*, *klíčové kompetence*, *formy existence kurikula* a mnohé další (viz Walterová, 1994, Průcha, 2002, 2005, Maňák, Janík, Švec, 2009, aj.).

2.1 Výzkumy zaměřené na projektovou formu kurikula

Projektová forma kurikula se týká nejvíce vzdělávacích programů, učebních plánů, standardů vzdělávání apod. Kurikulum ve své projektové formě je relativně dobře výzkumně uchopitelné. Zpravidla totiž vystupuje v podobě konkrétního *kurikulárního dokumentu* (např. vzdělávacího či studijního programu, učebního plánu, sylabu, osnov, učebnic).

Jak je uváděno v literatuře (např. Dvořák, 2007, Janík, 2008), patrně nejčastěji používanou metodou výzkumu *projektovaného kurikula* je *obsahová analýza kurikulárních dokumentů*. Kurikulum je předmětem analýzy, při níž se zpravidla využívá určitého kategoriálního systému umožňujícího postihnout strukturu kurikula a další charakteristiky. Při zkoumání kurikulárního výzkumu se často uplatňuje historicko-srovnávací přístup, pro nějž je charakteristická snaha zachytit vývoj kurikula na pozadí srovnání – např. mezinárodního.

Jako slibná oblast výzkumu projektové formy kurikula se ukazuje *analýza školních vzdělávacích programů*. První analýzy tohoto druhu se však teprve začínají realizovat.

Do výzkumů projektové formy kurikula lze zařadit i *výzkumy učebnic* založené např. na obsahových analýzách. Učebnice výchovy ke zdraví pro ZŠ se teprve tvoří, dílčí témata výchovy ke zdraví ale najdeme v učebnicích prvouky, přírodovědy, příro-

11 Výraz „obnovený“ je v těchto souvislostech výstižnější, než výraz „nový“. Z pohledu na to, jak se kurikulární výzkum vyvíjel (viz Janík, 2008), je patrné, že i v našich podmínkách má staletou tradici. Dříve se rozvíjel pod označením „výzkum učebního plánu“.

dopisu, občanské výchovy, rodinné výchovy aj. Přestože výzkum učebnic se v poslední době začíná rozvíjet jako reprezentativní oblast kurikulárního výzkumu (viz např. Průcha, 1998, Maňák, Klapko a kol., 2006, Maňák, Knecht a kol., 2007, Knecht, Janík a kol., 2008), nebyl nalezen výzkum vztahující se specificky k problematice výchovy ke zdraví, resp. k jejímu zpracování v učebnicích.

Ve výzkumu a projektování kurikula má významné uplatnění *metoda modelování* (viz Maňák, 2007). Citovaný autor na str. 41 uvádí: „Modelování je postup, který vede k vytvoření modelu, umožňuje zkoumat složité jevy jako systémy.“ Funkcí modelu je „...vyjádřit důležité vazby a souvislosti vedoucí k pochopení předpokládané koncepce.“ (s. 43) Autor rozlišuje fundamentální, konstitutivní a realizovaný model kurikula a tyto podsystémy komponuje do modelu syntetizujícího. Význam této metody bude blíže objasněn v kap. 5.

Výzkumy projektové formy kurikula jsou v zahraničí i u nás realizovány buď v rámci širšího mezipředmětového přístupu (např. Pühse, Gerber, 2005), nebo specificky v rámci vybrané vzdělávací oblasti, oboru či vyučovacího předmětu. Příkladem může být rozsáhlý výzkum založený na obsahových analýzách reprezentativního souboru učebních plánů z různých zemí světa (Kamens, Meyer, Benavot, 1996).

Co se českých výzkumů týče, k dispozici jsou více či méně rozsáhlé obsahové analýzy kurikula různých vyučovacích předmětů na úrovni základního vzdělávání: chemie (Banýr, 2005), dějepisu (Beneš, 2005, Hudecová, 2006), společenskovědních předmětů (Dvořák, 2007), výtvarné výchovy (Slavík, 2005). Souhrnem lze konstatovat, že tyto výzkumy dokumentují implementaci jednotlivých vyučovacích předmětů do kurikula školního vzdělávání a jejich status i pozici v něm.

Je třeba připustit, že interdisciplinárně založený výzkum, jehož cílem by bylo vyjasnit pozici výchovy ke zdraví ve vztahu k ostatním předmětům školního vzdělávání, je u nás teprve v počátcích. Od 90. let minulého století se začíná vymezovat a zkoumat vztah výchovy ke zdraví k tělesné výchově (např. Mužík, Krejčí, 1995, Mužík, Mužíková, 2007) a k rodinné výchově (např. Marádová, 2005). V rovině projektování vzdělávacího obsahu se ale spíše začíná uvažovat o tom, jaké místo by měla v kurikulu výchovy ke zdraví zaujímat jednotlivá témata: např. problematika životního stylu a kvality života (Csémy a kol., 2005, Havelková, Kachlík, Raus, 2006, Lukášová, 2006, Pokorná, 2006, a další), výživy (např. Rouhová, Pillerová, Havelková, 2001, Procházková, 2006), prožitku (Krejčí, 2004), tělesného sebepojetí (např. Fialová, 2005), sociálního chování (např. Prokopová, 2006), prevence sociálně patologických jevů (např. Kachlík, 2005, Čech, Hanáková, 2008), zdravotních rizik a primární prevence (Žaloudíková, 2004, 2009) aj. Zaměření dalších tematicky zaměřených výzkumů u nás i v zahraničí přibližuje sborník z mezinárodní konference *Health Education and Quality of Life II* (2009). O specificky orientované výzkumné poznatky se opírají publikace Havelkové, Reissmannové a kol. (2009), Machové, Kubátové a kol. (2009) nebo Liby (2010).

2.2 Výzkumy zaměřené na realizační formu kurikula

Realizační forma kurikula se vztahuje ke konkrétním aktům prezentace učiva realizovaným učiteli či výukovými médii. V návaznosti na výzkumy prováděné v oblasti matematického a přírodovědného vzdělávání (TIMSS) je *realizované kurikulum*

(*implemented curriculum*) chápáno jako „...učivo skutečně předávané žákům konkrétními učiteli v konkrétních školách a třídách“ (Palečková, Tomášek, Straková, 1997, s. 6). Ve výzkumech realizovaného kurikula se zpravidla sleduje mikroúroveň vzdělávacího systému, tj. např. výuka, kde dochází k realizaci kurikula ve výše uvedeném smyslu. V širším pojetí lze mezi výzkumy realizovaného kurikula zahrnout i studie, v nichž se sleduje meziúroveň vzdělávacího systému, tj. např. škola jako instituce, do níž se kurikulum zavádí nebo se v ní vytváří. V těchto výzkumech jsou sledovány, dokumentovány a vyhodnocovány podmínky či okolnosti zavádění kurikula do škol. Tyto studie bývají někdy označovány jako *implementační* či *implementaci doprovázející*, popř. jako *evaluační*.

Ve výzkumu realizovaného kurikula se uplatňuje široké spektrum výzkumných přístupů a metod. Za adekvátní metodu výzkumu realizovaného kurikula bývá považováno *pozorování*. To může být přímé nebo zprostředkované (např. videozáznamem výuky – tzv. videostudie). Vzhledem k tomu, že pozorování (přímé či zprostředkované) je časově i finančně náročné, bývá často nahrazováno metodou *dotazování*, a to spíše písemného než ústního. V poslední době se ve zkoumání kurikula objevuje i tzv. *akční výzkum* (Altrichter, Posch, 1994).

Rozsáhlé výzkumy realizovaného kurikula ve výuce různých vyučovacích předmětů základní školy prováděl v průběhu 80. let 20. století Průcha (1989). Jeho výzkum byl založen na pozorování a analyzování 110 hodin výuky. Sledovalo se trvání výuky, zapojení žáků do výuky, využití didaktických prostředků atp.

V současné době jsou podobné výzkumy prováděny Institutem výzkumu školního vzdělávání PdF MU¹². S využitím pozorování výuky na základě videozáznamu (tzv. videostudie) se zkoumají podmínky realizace vzdělávacích obsahů ve výuce fyziky, geografie, anglického jazyka a tělesné výchovy na 2. stupni české základní školy (Janík, Miková, 2006, Novák, Trna, 2007, Janík, Najvar, 2008, Janíková, Janík, Mužík, Kundera, 2008).

Důležité poznatky o realizovaném kurikulu s ohledem na různé vyučovací předměty přináší také *dotazování* učitelů a ředitelů škol. Názory učitelů na obsah a metody výuky předmětu občanská nauka resp. základy společenských věd se zjišťovaly ve výzkumu Rubánkové (2002). Jak se jeví předměty občanská výchova, občanská nauka a základy společenských věd učitelům, zjišťovali Skopalová s Dopitou (2004). Názory učitelů a studentů oborů připravujících učitele mateřských a primárních škol na studijní disciplínu „Základy rodinné a sexuální výchovy“ zkoumala Rašková (2006).

V řadě výzkumů je věnována pozornost okolnostem, které se zaváděním kurikula do škol (resp. s jeho vytvářením na školách) úzce souvisejí. Na obtíže s projektováním kurikula, s kterými se setkávají budoucí učitelé 1. stupně ZŠ, se zaměřoval výzkum Kratochvílové a Lukášové-Kantorkové (2002). Problémy spojené s vytvářením školních vzdělávacích programů na školách jsou dokumentovány ve výzkumech a výzkumných sondách Kratochvílové (2006), Doležalové (2007), Strakové (2007) a dalších. Na obsahovou dimenzi kurikula se zaměřují výzkumy prezentované v publikacích Maňáka, Janíka a kol. (2006) nebo Janíka, Knechta, Najvarové a kol. (2007).

Realizační forma kurikula výchovy ke zdraví je předmětem pozornosti výzkumů Marádové (2007). Autorka prováděla v letech 2004–2006 dotazníkové šetření doplněné

12 dřívější název Centrem pedagogického výzkumu PdF MU (CPV PdF MU).

rozhovory, jehož cílem bylo získat informace o výuce zaměřené na výchovu ke zdraví v současném základním vzdělávání, a to z pozice učitelů 1. i 2. stupně 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 zábranami a v celkovém vyhodnocení výzkumu se dostalo na pozici tématu nejméně oblíbeného“ (s. 240).

Výzkumy organizované autorkou této publikace (Sedlářová, 2005, Mužíková, 2006a, Běličková, 2008, Hloucalová, 2008) analyzovaly názory téměř 700 ředitelů ZŠ na způsoby realizace výchovy ke zdraví na školách. Získané poznatky potvrdily, že status výchovy ke zdraví jako samostatného vzdělávacího oboru je na mnoha školách velmi nízký a projektované kurikulum výchovy ke zdraví není odpovídajícím způsobem realizováno (viz kap. 3 a 4).

Některé poznatky o realizovaném kurikulu výchovy ke zdraví přinášejí výzkumy Žaloudíkové (2003, 2004, 2009). Autorka v nich sice zaměřuje pozornost převážně na výsledkovou formu kurikula¹³, 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.

Výzkumů realizovaného kurikula v rovině výuky, které by se s ohledem na téma publikace jevily jako relevantní, není mnoho. Hajerová-Müllerová, Doulik a Škoda (2005) publikovali studii, v jejímž rámci vyhodnocovali změny dětského pojetí *drogy*.

2.3 Výzkumy zaměřené na vztah mezi projektovou a realizační formou kurikula

Ani takto orientované výzkumy nejsou četné. V zahraničí provedli Egger a kol. (2002) výzkum v oblasti výuky tělesné výchovy, kde byl tematizován vztah mezi projektovaným a realizovaným kurikulem, přičemž se zohledňovaly kategorie předpokladů, cílů a procesů výuky.

U nás se v návaznosti na předchozí studie (Mužík, Trávníček, 2006) zaměřil tým PdF MU mj. na zkoumání vztahu mezi projektovaným a realizovaným kurikulem tělesné výchovy (Mužík, Janík, 2007). Cílem uvedené studie bylo porovnat kurikulární záměry tělesné výchovy s praktickou realizací tělesné výchovy na školách z pohledu absolventů základních škol. Ve výzkumu byla použita metoda obsahové analýzy projektovaného kurikula a dále dotazníkové šetření provedené na výběrovém souboru studentů 1. ročníku středních škol, tj. čerstvých absolventů základní školy. Výsledky naznačují, že existuje nesoulad mezi kurikulárními požadavky a pedagogickou praxí.

Další výzkumné sondy, jejichž cílem bylo objasnit vztah (interakci) mezi projektovou a realizační formou kurikula, jsou publikovány ve studii Mužíka a kol. (2008). Tyto sondy ale mají charakter předvýzkumu a jejich výsledky nelze zobecnit. Přesto naznačují rozpor mezi projektovou a realizační formou kurikula, v tomto případě v oboru tělesná výchova.

¹³ v oblasti znalostí/informovanosti žáků, studentů a učitelů o zdravotních rizicích.

Výzkum vztahů mezi projektovou a realizační formou kurikula výchovy ke zdraví je teprve v počátcích. Příspěvkem k tomuto výzkumu jsou kap. 3 a 4 této publikace.

2.4 Shrnutí a diskuse

Výchova ke zdraví patří mezi nově se konstituující obory – to je zřejmě důvodem, proč je výzkumů v této oblasti relativně málo. V dané situaci je žádoucí sledovat i výzkumy prováděné v oborech, které jsou výchově ke zdraví tematicky blízké (např. přírodověda, přírodopis, občanská výchova, rodinná výchova, tělesná výchova aj.).

Výchova ke zdraví je jednou z oblastí, pro níž je velmi důležité tzv. působení skrytého (implicitního) kurikula, tj. souhrnu všech procesů, obsahů aj., které nejsou plánovány a postíženy v kurikulu formálním (explicitním). Patří sem např. působení klimatu školy a školní třídy, stylu školní práce, časového režimu školního života, interakce mezi učiteli a žáky aj. (srov. Mareš, Rybářová, 2003, Maňák, Janík, Švec, 2009). Bohužel vliv těchto faktorů není v oblasti výchovy ke zdraví výzkumně sledován (patrně proto, že dosud neexistují vhodné metody pro jeho zkoumání).

V této kapitole jsme se pokusili naznačit i některé metodologické problémy související s projektováním kurikula výchovy ke zdraví. Studie Maňáka (2007) je přitom jedním ze stěžejních podnětů pro stanovení východisek pro implementaci projektové formy kurikula výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů (viz kap. 5).

3 NÁZORY ŘEDITELŮ ZÁKLADNÍCH ŠKOL NA REALIZACI KURIKULA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

3.1 Výzkumný problém

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, výchova ke zdraví je nově se rozvíjejícím vzdělávacím oborem. Nově je koncipována projektová forma kurikula výchovy ke zdraví v RVP ZV a nově se má přistupovat k realizaci kurikula výchovy ke zdraví na školách. Očekává se, že se nová kvalita vzdělávání ve výchově ke zdraví následně projeví v lepší zdravotní gramotnosti žáků i v jejich zdravotním stavu.

Tyto kurikulární záměry kladou značné nároky na školní praxi. Naskytá se proto otázka, zda je naše základní školství na tyto požadavky připraveno a zda jsou zvýšené nároky pro výchovu ke zdraví přiměřené – např. při srovnání se zahraničím.

Výzkumů orientovaných na kurikulum výchovy ke zdraví není v porovnání s výzkumy kurikula v dalších vzdělávacích oborech mnoho (jak ukázala jejich rešerše v předchozí kapitole). Proto se pokusíme výzkum kurikula obohatit o další poznatky. Navazujeme přitom na dílčí výsledky výzkumu předložené v rigorózní práci (Mužiková, 2006a), která naznačila nedostatečnou úroveň dosavadní realizace výchovy ke zdraví na ZŠ i nepřipravenost škol implementovat nově koncipovanou projektovou formu kurikula výchovy ke zdraví dle RVP ZV do školní praxe. Zobecnit lze především tyto poznatky předchozího výzkumu, získané kvantitativní analýzou odpovědí ředitelů ZŠ na uzavřené nebo polouzavřené otázky vztahující se k realizaci výchovy ke zdraví:

- ředitelé škol jsou přetíženi administrativní prací a z tohoto důvodu nemají dostatek času studovat strategické a další kurikulární dokumenty závazné pro blízkou budoucnost;
- většina ředitelů chápe důležitost výchovy ke zdraví, není však v dostatečné míře seznámena s jejím obsahem a požadavky na realizaci (důvodem je výše uvedený argument);
- menšina ředitelů nedoceňuje výchovu ke zdraví a nehodlá ji na škole v požadované podobě realizovat, dosavadní stav je považován za postačující (důvodem je neznalost projektové formy kurikula výchovy ke zdraví).

Výše uvedené poznatky jsme hodlali dále rozpracovat. Cílem bylo hlubší poznání realizace výchovy ke zdraví i důkladnější pochopení problémů, s nimiž se současně školství a výchova ke zdraví potýká. Navázali proto na předchozí výzkum (dále předvýzkum) vymezením výzkumného cíle a jeho zdůvodněním.

Cílem výzkumu je analyzovat názory ředitelů ZŠ na realizaci kurikula výchovy ke zdraví dle RVP ZV, zejména na stav podmínek pro vzdělávání, na preferenci jednotlivých součástí, způsobů a forem vzdělávání či uspořádání učiva při realizaci oboru výchova ke zdraví. Na základě poznání projektové formy kurikula výchovy ke zdraví

se pokusíme posoudit realizační formu kurikula výchovy ke zdraví v českém základním školství. Východiskem budou kvantitativní výsledky získané v předchozím výzkumu doplněné o jejich kvantitativně-kvalitativní rozbor.

3.2 Metodika výzkumu

Za vhodnou metodu pro výzkum *realizační formy kurikula* lze považovat pozorování. Vzhledem k nárokům, s nimiž je užití této metody ve výzkumu spojeno (viz např. Dobrý a kol., 1997, Průcha, 2006), se ale uplatňují také rozhovory či dotazníky. Prostřednictvím těchto výzkumných nástrojů se výzkumník obrací na aktéry kurikula (ředitelé škol, učitele, žáky) a zjišťuje podmínky či okolnosti, za nichž bude, je nebo bylo kurikulum realizováno. Přitom se zpravidla využívá kategoriálního systému, který umožní postihnout strukturu kurikula a případně jeho další charakteristiky.

Výzkumnou metodou v této části výzkumu bylo **písemné dotazování**. Dotazník obsahoval čtyři části:

- 1) otázky k charakteristice výzkumného souboru, resp. příslušných škol – uzavřené nebo polouzavřené otázky;
- 2) otázky k realizaci výchovy ke zdraví dle Standardu základního vzdělávání (1995) – uzavřené nebo polouzavřené otázky;
- 3) kvantitativně zaměřené otázky k realizaci výchovy ke zdraví dle RVP ZV – uzavřené nebo polouzavřené otázky;
- 4) kvalitativně zaměřené otázky k realizaci výchovy ke zdraví dle RVP ZV – otevřené otázky.

Část 1 až 3 tohoto dotazníku byla zpracována a vyhodnocena v předvýzkumu (Mužiková, 2006a, 2006b). Část 4 byla vyhodnocena v disertační práci (Mužiková, 2008) a zkráceně je prezentována v této kapitole.

Pilotní verze dotazníku byla sestavena autorkou práce, připomínkována a doplněna byla odborem metodiky ČŠI, ověřena byla na 20 brněnských ZŠ, které spolupracují s PdF MU.

Veškeré získané údaje byly přepsány, resp. vloženy do osobního počítače a dále zpracovávány prostřednictvím statistických metod a programů. Ke zjištění popisných statistických charakteristik k jednotlivým uzavřeným otázkám byl využit software programu Statistica. Ke zjištění významnosti rozdílů v četnosti sledovaných dat byla využita metoda chí-kvadrát.

U odpovědí na otevřené otázky byla uplatněna obsahová analýza na pomezí přístupu otevřeného kódování (Strauss, Corbinová, 1999, Janík, 2005). Odpovědi respondentů byly transformovány do dílčích výroků a zpracovány pomocí programu MAX QDA, který umožnil jejich kategorizaci i kvantifikaci. Naší snahou bylo uspořádat výroky ředitelů ZŠ tak, aby na jedné straně vyjadřovaly četnost výskytu prezentovaných názorů (kvantitativní pohled) a na druhé straně vysvětlovaly jejich smysl (kvalitativní pohled). Z tohoto uspořádání byl následně odvozován obsah, rozsah i povaha zkoumaných jevů.

Při vytváření kategorií jsme se pokusili dostat kritériím, která jsou na tento postup kladena. Usilovali jsme o to, aby vytvořené kategorie byly *disjunktní*, což

vzhledem k tomu, že se pracuje se „slovy“ (resp. výroky), není vždy možné naplnit. Dále jsme usilovali o to, aby systém kategorií byl *vyčerpávající* a jednotlivé kategorie systému byly dostatečně *saturovány*, tj. nasyceny. Protože cílem našeho výzkumného šetření je analyzovat obsah odpovědí ředitelů na otevřené otázky, které by doplnily četnost odpovědí uzavřených nebo polootevřených otázek, snažíme se o obsahově strukturovanou analýzu odpovědí.

Výzkumným souborem byli ředitelé běžných základních škol. Naším záměrem bylo oslovit 1000 ředitelů ZŠ (tj. asi 25 % všech ředitelů ZŠ). Výběr ředitelů byl proveden ve spolupráci s Českou školní inspekcí (ČŠI) pomocí počítačového programu metodou náhodného výběru z adresáře základních škol v databázi ČŠI. Náhodný výběr zajišťovala a garantovala ČŠI.

Distribuci dotazníků prováděla ČŠI. Dotazníky byly rozeslány na adresy 1000 ZŠ s průvodním dopisem ústřední školní inspektorky. Vyplněné dotazníky, bez bližších identifikačních znaků (jména respondenta, adresy školy apod.), byly vráceny zpět na adresu ČŠI a poté byly hromadně předány ke zpracování autorce této práce. Dotazníky byly jednotlivými řediteli vyplněny anonymně.

Dotazník vyplnilo a vrátilo 712 ředitelů ZŠ (tj. 71,2 % oslovených ředitelů). Z tohoto počtu bylo při zpracování vyřazeno 32 dotazníků pro neúplnost stěžejních údajů a 148 dotazníků bylo vyčleněno zvlášť, protože se týkaly tzv. neúplných škol, tj. škol pouze s 1. stupněm ZŠ nebo škol málotřídních¹⁴.

Výzkumný soubor v této kapitole tvoří **532 ředitelů plně organizovaných ZŠ**, tj. škol s 1.–9. postupným ročníkem. Charakteristika škol je následující:

Téměř shodné bylo zastoupení škol městských (52,6 %) a venkovských (47,4 %). Řediteli tzv. malých škol s jednou třídou v každém ročníku bylo 40,2 % respondentů, řediteli škol se dvěma nebo více paralelními třídami v ročníku bylo 58,2 % respondentů.

Naprostá většina škol řízených respondenty realizovala v době šetření vzdělávací program *Základní škola* (95,9 % škol). Podle vzdělávacího programu *Obecná škola* pracovalo 2,2 % škol a na třech školách (tj. 0,6 % škol) se vyučovalo podle vzdělávacího programu *Národní škola*. Zbýlé 1,3 % ZŠ řízených respondenty ověřovalo pilotní verzi RVP ZV.

Regionální umístění škol řízených respondenty bylo nerovnoměrné. I když byly zastoupeny všechny kraje České republiky, výzkumný soubor nesplňuje kriteria pro označení reprezentativní. Přesto se domníváme, že jsou splněny podmínky pro stanovený výzkumný cíl.

Harmonogram výzkumu: Dotazník byl vytvořen a ověřen v průběhu školního roku 2005/2006. Na školy byl distribuován v 2. pololetí školního roku 2005/2006, tj. v období, kdy školy dostaly pokyn k přípravě ŠVP. První tři části dotazníku byly zpracovány v rámci rigorózní práce v roce 2006, následně byla provedena obsahová analýza odpovědí na otevřené otázky ve 4. části dotazníku (rok 2007/2008).

¹⁴ Tyto dotazníky byly pod vedením autorky této práce zpracovány zvlášť formou diplomových prací (Běličková, 2008, Hloucalová, 2008).

3.3 Výsledky

Výzkum navázal na výsledky zveřejněné v rigorózní práci (Mužíková, 2006a), v nichž byla analyzována část odpovědí na otázky položené ředitelům ZŠ. Z výsledků rigorózní práce vyjímáme:

- Více než polovina sledovaného souboru ředitelů (56%) považovala za přínosné zavedení výchovy ke zdraví jako samostatného vzdělávacího oboru. Většina ředitelů ale neměla ujasněno, kdo bude výchovu ke zdraví na škole garantovat a vyučovat.
- Mnozí ředitelé nevěděli, že výchova ke zdraví je definována *Standardem základního vzdělávání* (1995) jako samostatný vzdělávací obor již více než 10 let a že současná kurikulární reforma umožní realizovat výchovu ke zdraví jako samostatný vyučovací předmět nebo v integraci s jiným předmětem.
- Pouze 11 % ředitelů uvažovalo o výchově ke zdraví jako o samostatném vyučovacím předmětu, naopak 44 % ředitelů ZŠ realizaci výchovy ke zdraví v rámci výuky v době dotazníkového šetření konkrétněji neplánovalo. Největší část ředitelů (45 %) hodlala výchovu ke zdraví integrovat s jiným vyučovacím předmětem. (Poznámka: rozborů jednotlivých odpovědí ukázaly, že značná část ředitelů nebyla v době šetření, tj. v roce 2006, podrobněji seznámena s obsahem RVP ZV. Tuto domněnku však nemůžeme výzkumně prokázat.)
- Ředitelé vesměs uvažovali o integraci výchovy ke zdraví s tradičními předměty – např. s tělesnou výchovou nebo rodinnou výchovou.
- Mnozí ředitelé nedokázali vnímat nové mezioborové souvislosti a využít možnosti integrace vzdělávacího obsahu.
- Jen jedna čtvrtina ředitelů hodlala v budoucnu zaměstnat aprobovaného učitele pro výchovu ke zdraví a jedna třetina ředitelů uvedla, že by škola měla zájem o rozšiřující studium aprobačního oboru výchova ke zdraví (kombinovanou formou jako studium třetího oboru). Větší zájem byl o krátkodobé kurzy, např. o vzdělávání školních metodiků prevence nebo o kurzy první pomoci.
- Většina ředitelů se zaměřila spíše na určitou specifickou prevenci (kouření, drogy apod.) a nedocenila komplexní myšlenku „Zdravé školy“ (Havlíková, 1998). Žádný z respondentů neprezentoval v rámci své školy představu o komplexním modelu výchovy ke zdraví.
- Většina ředitelů se domnívala, že v blízké době nezajistí didaktické pomůcky pro výchovu ke zdraví a nezabezpečí materiální, personální, hygienické, organizační a jiné podmínky pro uskutečňování výchovy ke zdraví dle RVP ZV, kap. 10. Nejčastějším důvodem byl nedostatek finančních prostředků.

Výše uvedené poznatky jsou doplněny následujícími podrobnějšími výsledky. Cílem doplňujícího výzkumu bylo zjištění názorů ředitelů ZŠ na realizaci výchovy ke zdraví dle RVP ZV (1995). Zkoumány byly *názory ředitelů*:

- na realizační stav podmínek pro vzdělávání v oboru výchova ke zdraví;
- na preferenci jednotlivých součástí procesu vzdělávání při realizaci výchovy ke zdraví;
- na efektivní způsoby vzdělávání při realizaci výchovy ke zdraví;

- na preferenci jednotlivých forem vzdělávání a uspořádání učiva při realizaci oboru výchova ke zdraví.

Názory ředitelů byly zjišťovány pomocí otevřených otázek v rámci dotazníkového šetření provedeného v roce 2006. Výhodou otevřených otázek je, že respondenta v odpovědích nijak neusměrňují a neomezuji, nevýhodou je naopak velká rozmanitost odpovědí a jejich obtížná zpracovatelnost. Z tohoto důvodu byly všechny odpovědi podrobeny obsahové analýze a poté bylo provedeno jejich kódování a kategorizace.

Kódování odpovědí prováděla autorka publikace, neboť v řadě případů bylo nutno rozhodnout nejen logicky, ale také intuitivně o smyslu a zařazení jednotlivých výroků. V případě angažování více odborníků hrozilo nebezpečí rozdílného přístupu k chápání významu odpovědí a tím i rozdílných přiřazování stejného typu odpovědí do různých kategorií.

3.3.1 Názory ředitelů na stav podmínek pro vzdělávání v oboru výchova ke zdraví

Názory ředitelů na plnění či neplnění podmínek pro výchovu ke zdraví byly zjišťovány prostřednictvím těchto *otevřených otázek*:

- *Které hlavní materiální, personální, hygienické, organizační a jiné podmínky pro uskutečňování výchovy ke zdraví dle RVP ZV (viz kap. 10) vaše škola splňuje?*
- *Které hlavní materiální, personální, hygienické, organizační a jiné podmínky pro uskutečňování výchovy ke zdraví dle RVP ZV (viz kap. 10) vaše škola nesplňuje?*

Kategorie pro třídění odpovědí byly vymezeny v souladu s podmínkami stanovenými pro podporu vzdělávání v RVP ZV (2005). Tyto podmínky, které jsou obdobně definovány i v následujících verzích RVP ZV, představují optimální stav, k němuž by se měly školy postupně blížit a s nimiž by se měly porovnávat. Kategorie, resp. obecné podmínky vztahující se k výchově ke zdraví, lze vymezit následovně:

- 1) **Prostorové a materiální podmínky**, které považujeme v souladu s RVP ZV za nezbytné, zahrnují kmenovou učebnu pro každou třídu vybavenou funkčním zařízením, speciální učebny a prostory nebo kmenové učebny upravené pro speciální výuku výchovy ke zdraví a pro zajištění povinné TV, prostory pro uložení pomůcek a přípravnou práci učitele, prostory pro nenáročné pohybové aktivity v průběhu vyučování a pro zájmovou pohybovou činnost po vyučování, prostory pro hromadné setkávání žáků celé školy (vlastní či pronajaté), prostory pro odkládání oděvu a obuvi (šatny) včetně prostor pro převlékání žáků před tělesnou výchovou a po ní v odpovídajícím počtu, prostory pro osobní hygienu žáků a učitelů (WC a umývárny vybavené dostatečným počtem hygienických zařízení dle příslušných norem), prostory pro společné stravování (ve vlastní nebo jiné blízké škole), prostory určené k ošetření úrazu a ke krátkodobému pobytu zraněného (popřípadě k poskytnutí další pomoci při zdravotních problémech); dále učebnice nebo učební texty, didaktické pomůcky,

informační a komunikační technika a další potřeby a pomůcky umožňující efektivní vyučování a podporující aktivitu a tvořivost žáků.

- 2) ***Podmínky pro hygienické a bezpečné vzdělávání a život školy*** obsahují vhodnou strukturu pracovního a odpočinkového režimu žáků a učitelů s dostatkem relaxace a aktivního pohybu, vhodný režim vyučování s ohledem na hygienu učení a věk žáků, vhodný stravovací a pitný režim (podle věkových a individuálních potřeb žáků), zdravé prostředí učeben a ostatních prostorů školy podle platných norem (odpovídající světlo, teplo, bezhlučnost, čistota, větrání, velikost sedacího a pracovního nábytku, hygienické vybavení prostorů), dodržování zákazu kouření, pití alkoholu a požívání jiných škodlivin ve škole a okolí, ochranu žáků před úrazy, výrazné označení všech nebezpečných předmětů a částí využívaných prostorů; pravidelnou kontrolu zařízení z hlediska jejich bezpečnosti, dostupnost prostředků první pomoci, kontaktů na lékaře či jiné speciální služby, praktickou dovednost učitelů poskytovat první pomoc.
- 3) ***Psychosociální podmínky*** upozorňují na vytváření pohody prostředí, zdravého učení a otevřeného partnerství jak mezi žáky a učiteli, tak mezi učiteli a vedením školy, vzdělávání propojené se skutečným životem, věkovou přiměřenost a motivující hodnocení v souladu s individuálními možnostmi a pokrokem, dostatek zpětné vazby, tolerantnost k chybám a omylům, naplňování potřeb žáků, příznivé sociální klima – otevřenost a partnerství v komunikaci, úctu, toleranci, uznání, empatii, spolupráci a pomoc druhému, sounáležitost se třídou a školou, ochranu žáků před násilím, šikanou a dalšími patologickými jevy, spoluúčast žáků na vzdělávání a životě školy, která přechází do modelu demokratického společenství, včasnou informovanost o věcech uvnitř školy i mimo ni, respekt k potřebám jedince a jeho osobním problémům.
- 4) ***Personální podmínky*** ukládají: pedagogičtí pracovníci splňující předpoklady dané zákonem o pedagogických pracovnících (zákon č. 563/2004 Sb.), jsou vybaveni potřebnými profesními dovednostmi – komunikativní ve směru k žákům, jejich rodičům, ostatním pedagogům a odborníkům zajišťujícím pro školu speciální služby, schopní diagnostikovat žáky a motivovat je k další činnosti, udržet neformální kázeň, průběžně se vzdělávat, hodnotit a modifikovat svou činnost, nabízejí odbornou pomoc žákům a jejich rodičům (speciální pedagog, psycholog, asistent atd.); pedagogický sbor je schopný týmové práce, vzájemně vstřícné komunikace a spolupráce; řídicí pracovníci se vyznačují výraznými manažerskými, organizačními i pedagogickými schopnostmi, jsou způsobilí vytvářet motivující a zároveň náročné profesní klima, usilují o neustálý odborný a profesní růst svůj i svých podřízených.
- 5) ***Organizační podmínky*** zdůrazňují účast všech učitelů na přípravě a realizaci ŠVP ZV, vymezují základní pravidla života školy (pro žáky, učitele, jiné uživatele školy), způsoby projednávání problémů se žáky a jejich rodiči, optimální režim výuky v souladu s věkovými možnostmi a potřebami žáků a ve shodě s obsahem vzdělávání a vhodnými způsoby učení, v návaznosti na povinné a nepovinné vzdělávání, optimální režim života školy v souladu s věkovými potřebami žáků a jejich bezpečností (režim odpočinku, pohybový režim,

stravovací a pitný režim, dodržování hygieny, zájmová činnost, chování za mimořádných situací).¹⁵

- 6) **Podmínky spolupráce školy a rodičů žáků** požadují zajištění funkčního a neustále aktualizovaného systému informací směrem k žákům, k učitelům, k vedení školy, k rodičům, partnerům školy a mezi jednotlivými aktéry vzdělávání navzájem, styk s rodiči žáků a jinou veřejností (např. školskou radou), vzdělávací strategie otevřené vůči rodičům, prostor pro vznik a fungování samosprávného orgánu rodičů, prostor pro setkávání učitelů s rodiči, poradní servis pro rodiče ve výchovných otázkách, informace o jednotlivých žácích potřebné pro individuální formy vzdělávání, možnost účasti rodičů ve výuce a na výchovných a vzdělávacích činnostech organizovaných školou, vytváření společenských vztahů školy a veřejnosti.

Tyto skupiny podmínek byly přijaty jako kategorie, k nimž byly na základě kódování přiřazovány a následně kvantifikovány odpovědi respondentů na výše uvedené otázky. Většina odpovědí potvrzuje vědomí ředitelů, že podpůrné podmínky pro výchovu ke zdraví mají obecnější povahu a přesahují podporu vzdělávání v oboru výchova ke zdraví. Ředitelé jsou si vědomi, že výchovu ke zdraví není možné účinně realizovat bez odpovídajícího zázemí, tj. bez podpůrných podmínek, které se vztahují jak k výchově ke zdraví, tak i k veškerému dění ve škole.

Na otázku „**Které hlavní materiální, personální, hygienické, organizační a jiné podmínky pro uskutečňování výchovy ke zdraví dle RVP ZV (viz kap. 10) vaše škola splňuje?**“ odpovědělo 498 ředitelů ZŠ, tj. 93,6 % respondentů. Na otázku neodpovědělo 34 ředitelů ZŠ, tj. 6,4 % respondentů. Většina ředitelů odpověděla na otázku několika různými výroky. Celkem bylo zaznamenáno 2180 výroků týkajících se podmínek, které školy dle názorů ředitelů splňují. Tyto výroky byly kvantifikovány ve vztahu k výše vymezeným podmínkám.

Ředitelé se nejvíce vyslovovali k **prostorovým a materiálním podmínkám** (46,1 % všech výroků). Nejčastější odpovědí bylo, že škola má kmenové a specializované učebny, avšak z výroků neuplynulo, zda se jedná také o specializovanou učebnu pro výchovu ke zdraví. Dále byly jmenovány vlastní tělovýchovné prostory, sociální zařízení, šatny, školní jídelny a další prostory uvedené v definici této kategorie. Zřídka se vyskytly výroky vztahující se k učebním materiálům a didaktickým pomůckám pro výchovu ke zdraví.

Jen 16,9 % výroků se týkalo splněných **podmínek pro hygienické a bezpečné vzdělávání a život školy**. V této skupině odpovědí se nejčastěji vyskytovaly výroky o pitném a stravovacím režimu žáků, zdravém prostředí učeben a ochraně žáků před úrazy. Výjimečně byly zaznamenány výroky o dovednosti učitelů poskytnout první pomoc.

Splněné **psychosociální podmínky** dokumentuje pouze 7,5 % výroků ředitelů. Nejčastěji je jmenováno zdravé učební prostředí a příznivé sociální klima. Nejmenší počet výroků se týká ochrany žáků před násilím, šikanou a dalšími sociálně patologickými jevy.

Pouze 9,0 % výroků se vztahuje ke splněným **personálním podmínkám**. Většinou se jedná o aprobovanost učitelů pro rodinnou výchovu nebo schopnost týmové

15 Poznámka autorky: organizační podmínky se v RVP ZV překrývají s podmínkami hygienickými.

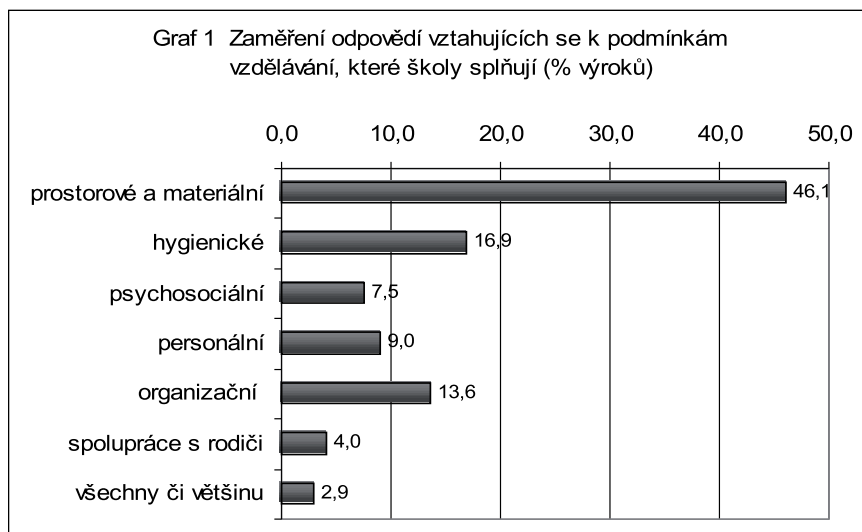
práce pedagogického sboru. Logicky se ve výrocích ředitelů (s jedinou výjimkou) neobjevuje hodnocení řídicích pracovníků.

Splnění **organizačních podmínek** je doloženo 13,6 % výroků. Ředitelé zdůrazňují účast všech učitelů na přípravě ŠVP ZV, vymezení základních pravidel života školy, optimální režim výuky v souladu s věkovými možnostmi a potřebami žáků a optimální režim života školy v souladu s věkovými potřebami žáků a jejich bezpečností, tj. režim odpočinku, pohybový režim, stravovací a pitný režim, dodržování hygieny aj.

Podmínkám spolupráce školy a rodičů žáků jsou věnována 4,0 % výroků. Ředitelé zmiňují zajištění funkčního systému informací, soustavný styk s rodiči žáků a jinou veřejností, prostor pro vznik a fungování samosprávného orgánu rodičů, prostor pro setkávání učitelů s rodiči, poradní servis pro rodiče ve výchovných otázkách, informovanost o jednotlivých žácích, možnost účasti rodičů ve výuce a na výchovných a vzdělávacích činnostech organizovaných školou, vytváření společenských vztahů školy a veřejnosti.

Jen 2,9 % výroků sděluje, že škola naplňuje **většinu či všechny deklarované podmínky** pro uskutečňování výchovy ke zdraví dle RVP ZV.

Relativní četnosti odpovědí vztahující se ke splněným podpůrným podmínkám výchovy ke zdraví jsou uvedeny v grafu 1.



Na otázku „**Které hlavní materiální, personální, hygienické, organizační a jiné podmínky pro uskutečňování výchovy ke zdraví dle RVP ZV (viz kap. 10) vaše škola nesplňuje?**“ odpovědělo **488 ředitelů ZŠ**, tj. 91,7 % respondentů. Na otázku neodpovědělo 44 ředitelů, tj. 8,3 % respondentů. Většina ředitelů odpověděla na otázku několika různými výroky. Celkem bylo zaznamenáno **1460 výroků** týkajících se podmínek pro vzdělávání, které školy dle názorů ředitelů nesplňují. Tyto výroky byly opět kvantifikovány ve vztahu k výše vymezeným podmínkám.

Ředitelé se opět nejvíce vyslovovali k **prostorovým a materiálním podmínkám** (70,7% všech výroků). Nejčastější odpovědí bylo, že škole chybějí specializované učebny, tělovýchovné prostory, vhodné šatny, vyhovující sociální zařízení, odpovídající vybavení školní jídelny, prostory pro společné setkávání žáků i další prostory uvedené v definici této kategorie. Často se rovněž vyskytly výroky vztahující se k učebním materiálům a didaktickým pomůckám pro výchovu ke zdraví. Nejčtenější připomínkou bylo, že scházejí pro tento vzdělávací obor učebnice, pracovní listy pro žáky, pomůcky pro nácvik první pomoci aj.

Jen 4,4% výroků se týkalo nesplněných **podmínek pro hygienické a bezpečné vzdělávání a život školy**. V této skupině odpovědí se nejčastěji vyskytovaly výroky o nedostatečném prostoru pro pohybovou aktivitu žáků, stížnosti na nevyhovující osvětlení, topení, bezhlučnost, větrání a velikost sedacího nebo pracovního nábytku.

K nesplněným **psychosociálním podmínkám** se vztahuje pouze 1,4% výroků ředitelů. Jmenováno je především problematické sociální klima ve škole, nezdravé vztahy mezi zaměstnanci nebo sounáležitost žáků se školou.

Nesplněných **personálních podmínek** se týká 15,4% výroků. Většinou se jedná o chybějící kvalifikované učitele a speciální pedagogy. Ředitelé postrádají také spolupráci se školním psychologem. Některé výroky dokládají neschopnost školy zajistit odbornou výuku výchovy ke zdraví.

Neplnění **organizačních podmínek** dokládá 4,0% výroků. Ředitelé zejména upozorňují, že režim výuky i celé školy je potřeba přizpůsobovat dopravním možnostem žáků, ale poměrně často si stěžují na neochotu učitelů spolupracovat na přípravě ŠVP.

Nesplněným **podmínkám spolupráce školy a rodičů žáků** je věnováno 2,7% výroků. Ředitelé si stěžují zejména na malý zájem o spolupráci ze strany rodičů a na nezájem rodičů podílet se na výchově ke zdraví v rodině.

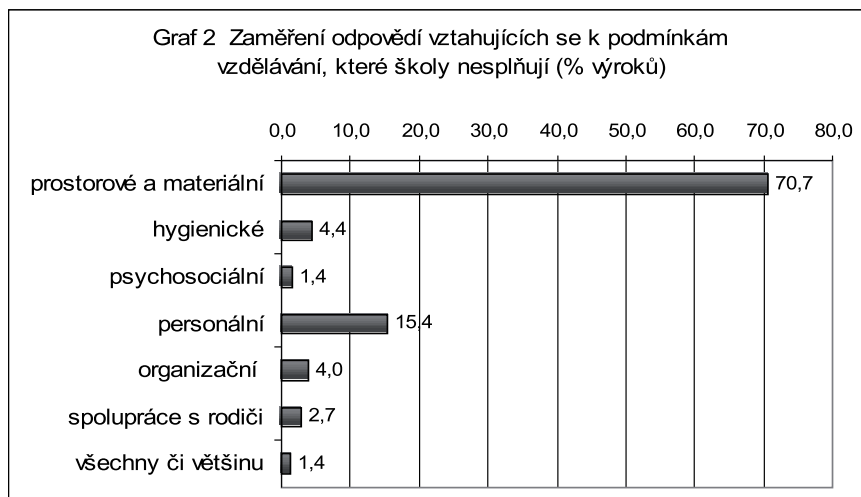
Nesplnění **většiny či všech deklarovaných podmínek** pro uskutečňování výchovy ke zdraví dle RVP ZV vyjadřuje 1,4% výroků. Tuto informaci považujeme za nekonkrétní a málo věrohodnou, neboť spíše vyjadřuje skepsi a celkovou nespokojenost ředitelů s podpůrnými podmínkami vzdělávání.

Relativní četnosti odpovědí vztahujících se k nesplněným podpůrným podmínkám výchovy ke zdraví jsou uvedeny v grafu 2.

Porovnáme-li počty výroků, které se vztahují ke splněným a nesplněným podmínkám vzdělávání v oboru výchova ke zdraví, můžeme výsledky vnímat i jako míru spokojenosti a nespokojenosti ředitelů s obecně podpůrnými podmínkami vzdělávání, neboť svým charakterem přesahují výchovu ke zdraví.

Jak plyne ze statistických dat v grafu 2, největší pozornost ředitelů škol je věnována prostorovým a materiálním podmínkám. K jejich neplnění se vztahuje přes 70 % výroků, většina z nich se týká prostorových problémů. Odpovídající prostory jsou na jedné straně nezbytné, jejich roli ve vzdělávacím procesu však nelze přecenit (jak dokládají i odpovědi ředitelů na otázku týkající se efektivnosti procesu vzdělávání).

Daleko menší míra nespokojenosti ředitelů se vztahuje k personálním podmínkám (asi 15% výroků), přestože podle dříve zveřejněných výsledků (Mužíková, 2006a) působí učitelé kvalifikovaní pro obor rodinná výchova (tj. i pro obor výchova ke zdraví) pouze na malém počtu škol. Nespokojenost ředitelů s personálními podmínkami přitom



zahrnuje i absenci dalších odborných pracovníků, jako jsou speciální pedagogové, školní psychologové, asistenti pedagoga nebo kvalifikovaní školní metodici prevence.

V ostatních případech převažuje spokojenost ředitelů s podmínkami vzdělávání nad nespokojeností.

3.3.2 Názory ředitelů na význam a efektivnost dílčích součástí procesu vzdělávání v oboru výchova ke zdraví

Názory ředitelů na výchovu ke zdraví byly zkoumány i z jiného úhlu pohledu. Bylo zjišťováno, které součásti procesu vzdělávání ředitelé preferují a které považují za efektivní. Aby bylo možné mínění ředitelů postihnout, byly pro vyjádření názorů ředitelů zvoleny otevřené otázky.

Všechny odpovědi ředitelů byly podrobeny obsahové analýze a poté bylo provedeno jejich *třídění prvního stupně* a *kategorizace* do následujících skupin a podskupin:

- 1) **Zaměření odpovědí na vzdělávací obsah**, tj. na učivo a na očekávané výstupy v rámci vzdělávacího oboru:
 - a) *zaměření na učivo*, tj. odpovědi týkající se učiva, tématických celků, témat pro 1. i 2. stupeň ZŠ:
 - *zdraví (obecně)*, tj. odpovědi typu ¹⁶: ve smyslu prevence, zdravý způsob života, zdravý životní styl, hygiena, péče o zdraví, výchova ke zdraví, zásady zdravého životního stylu, problematika zdraví a péče o něj, péče o osobní zdraví a osobní hygienu, seznamovat žáky se zdravým životním stylem aj.
 - *výživa*, tj. odpovědi typu: zdravá výživa, upevňování zdravých stravovacích návyků aj.
 - *pohyb*, tj. odpovědi typu: pohyb, sport, sportování, potřeba pohybového rozvoje a jeho vliv na zdraví aj.

¹⁶ Veškeré příklady odpovědí včetně použitých zkratk jsou citace z dotazníků.

- *sexuální a rodinná výchova (výchova k rodičovství a partnerství)*, tj. odpovědi typu: výchova k partnerství a rodičovství, nebezpečí pohlavně přenosných nemocí, AIDS, HIV aj.
 - *ekologie (životní prostředí)*, tj. odpovědi typu: životní prostředí, podpora k aktivnímu vztahu k přírodě aj.
 - *psychosociální oblast (osobnostní a sociální rozvoj)*, tj. odpovědi typu: osobnostní a sociální rozvoj, poznávání sebe sama aj.
 - *osobní bezpečí*, tj. odpovědi typu: bezpečnost dětí, osobní bezpečnost žáků, skryté formy a stupně individuálního násilí a zneužívání, upevňování poznatků o bezpečí aj.
 - *první pomoc (péče o nemocné, zdravotně, zdravotní výchova)*, tj. odpovědi typu: teorie a praktický nácvik první pomoci, zdravotně, výchova první pomoci aj.
 - *kouření*, tj. odpovědi typu: upozorňovat na nebezpečí kouření, program k problematice kouření aj.
 - *alkohol*, tj. odpovědi typu: program k problematice alkoholu aj.
 - *drogy (návykové látky, závislosti¹⁷)*, tj. odpovědi typu: upozorňovat na nebezpečí drog, program k problematice drog, autodestruktivní závislosti, primární drogová prevence aj.
 - *mimořádné události*, tj. odpovědi typu: ochrana zdraví za mimořádných situací, ochrana člověka za mimořádných událostí, výchova k ochraně člověka za mimořádných událostí aj.
 - *úrazy a dopravní výchova*, tj. odpovědi typu: dopravní výchova, předcházení úrazům aj.
- b) *zaměření na očekávané výstupy¹⁸*, tj. odpovědi týkající se vědomostí, dovedností a hodnot:
- *vědomosti*, tj. odpovědi typu: výchova ke zdraví povede k upevňování vědomostí, soustavné působení na žáky, aby docházelo k upevňování vědomostí, teoretické znalosti, orientace v názorech co je zdravé, získat základní vědomosti aj.
 - *dovednosti*, tj. odpovědi typu: při realizaci této vzdělávací oblasti je třeba klást důraz především na praktické dovednosti, umět sestavit jídelníček pro obézního člověka, dovednost efektivně a zdravě trávit volný čas, soustavné působení na žáky, aby docházelo k upevňování dovedností, upřednostňovat praktické dovednosti aj.
 - *hodnoty (postoje, chování, návyky)*, tj. odpovědi typu: vytváření osobních postojů a kladných životních hodnot, uplatnění zdravého životního stylu v osobním životě žáka, důležité je naučit děti zaujímat žádoucí postoje, správné stravovací návyky, aby žák sám převzal zodpovědnost za své zdraví, soustavné působení na žáky, aby docházelo k upevňování postojů aj.

17 Kouření a alkohol patří také mezi závislosti, ale pro jejich závažnost byla tato témata vyčleněna jako samostatné kategorie.

18 V RVP ZV jsou očekávané výstupy koncipovány prakticky a ne vždy dokáží pokrýt celou vzdělávací oblast nebo obor. Proto jsme při kategorizaci vycházeli z dokumentu *Klíčové kompetence v základním vzdělávání* (VÚP, 2007)).

- 2) **Zaměření odpovědí na vzdělávací a výchovné strategie**, tj. na promyšlené postupy, kterými chce škola cíleně směřovat k naplňování klíčových kompetencí:
 - a) *pedagogicko-psychologická diagnostika a evaluace (hodnocení žáků)*, tj. odpovědi typu: budou sledovány návyky žáků, ověřování praktických dovedností žáků, neklasifikovat TV příp. jiné výchovy z důvodu stresu, teorii doplňovat praktickým ověřováním, činnosti, při kterých si žáci sami ověří své znalosti a dovednosti, hodnocení a sebehodnocení žáků, podíl žákovské samosprávy na hodnocení výsledků v této oblasti aj.
 - b) *komunikace a interakce*, tj. odpovědi typu: probíhá komunikace mezi žákem a učitelem, případně rodiči, spoluúčast žáků na výuce, interaktivní pojetí oboru, používání metod interaktivní výuky, komunikace aj.
 - c) *didaktické zásady*, tj. odpovědi typu: názorná, praktická, zábavná, spojení teorie s praxí, motivace žáků; velká převaha výroků typu spojení teorie s praxí aj.
 - d) *cíle výuky*, tj. odpovědi typu: jasně dané cíle, prolínání praktických a teoretických cílů zdravotní výchovy, důraz na praktické cíle, smysluplné stanovení výchovně vzdělávacích cílů aj.
 - e) *didaktické metody*, tj. odpovědi typu: hry, stimulační hry, řešení modelových situací, prožitkové učení, zážitkové programy, metody, dobře rozpracovaná metodika, činnostní učení aj.
 - f) *didaktické formy*, tj. odpovědi typu: projekty, projektová výuka, projektové dny, skupinové až individuální formy vzdělávání, skupinová práce, individuální až skupinová práce, Peer programy, pestré formy práce aj.
 - g) *učební úlohy*, tj. odpovědi typu: pouze praktické úlohy, praktická cvičení aj.
 - h) *integrace vzdělávacího obsahu, mezipředmětové vztahy*, tj. odpovědi typu: důsledně rozpracovat témata do jednotlivých předmětů, využití mezipředmětových vztahů, propojení předmětů výchovného charakteru, zapojení do vhodných předmětů, integrace výchovy ke zdraví do všech předmětů aj.
- 3) **Zaměření odpovědí na podmínky vzdělávání** – v souladu s vymezením v kap. 3.3.1:
 - a) *prostorové*, tj. odpovědi typu: prostory pro pohybovou aktivitu žáků, vybudovat specializovanou učebnu aj.
 - b) *materiální*, tj. odpovědi typu: zajistit dostatek pomůcek a metodického materiálu aj.
 - c) *hygienické*, tj. odpovědi typu: pitný a stravovací režim žáků aj.
 - d) *psychosociální*, tj. odpovědi typu: zdravé a příznivé sociální klima ve škole aj.
 - e) *personální*, tj. odpovědi typu: proškolení učitelé, kvalifikovaný učitel aj.
 - f) *organizační*, tj. odpovědi typu: účast všech učitelů na přípravě a realizaci ŠVP ZV, optimální režim výuky v souladu s věkovými možnostmi a potřebami žáků aj.
 - g) *spolupráce školy a rodičů*, tj. odpovědi typu: získání rodičů pro zdravý životní styl, spolupráce školy a rodiny aj.
 - h) *nespecifikované*, tj. odpovědi typu: zlepšení učebních podmínek aj.
- 4) **Odpovědi komplexně pojaté**, tj. zahrnující více výše uvedených kategorií:
 - a) *specifikované*, tj. odpovědi typu: projekt Zdravá škola.
 - b) *nespecifikované*, tj. odpovědi typu: komplexní programy podpory zdraví aj.

Na otázku „*Která součást procesu vzdělávání v oboru výchova ke zdraví má podle Vašeho mínění největší význam a zasluhuje nejvíce pozornosti?*“ odpovědělo **482 ředitelů ZŠ**, tj. 90,6% respondentů. Na otázku neodpovědělo 50 ředitelů ZŠ, tj. 9,4% respondentů. Většina ředitelů odpověděla na otázku několika různými výroky. Celkem bylo zaznamenáno **1310 výroků** týkajících se významu jednotlivých součástí procesu vzdělávání v oboru výchova ke zdraví. Tyto výroky byly kvantifikovány na základě **třídění prvního stupně** dle výše vymezených kategorií.

U mnohých odpovědí bylo poměrně obtížné rozlišit, zda se výrok týká učiva, očekávaného výstupu, cíle, podmínek nebo vzdělávací strategie. Např. častý výrok „zdravý životní styl“ může být jak učivem, tak očekávaným výstupem (hodnotou). Začleňování jednotlivých výroků do vymezených kategorií se proto v některých případech provádělo intuitivně v kontextu s dalšími výroky ředitele. Kvantifikace odpovědí je proto orientační, větší význam přikládáme kvalitativnímu přístupu k interpretaci výsledků.

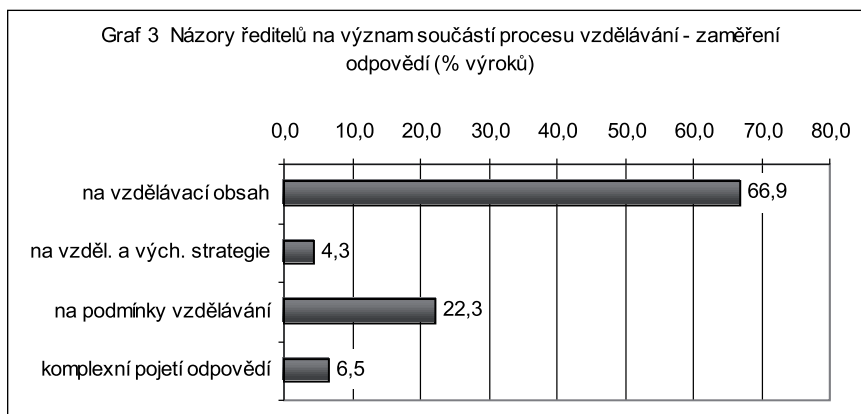
Jak plyne z kvantitativních výsledků uvedených v grafu 3, ředitelé přikládají největší význam **vzdělávacímu obsahu** výchovy ke zdraví (66,9% výroků). Přitom se více výroků týká učiva (44,4 % výroků), méně očekávaných výstupů (22,6% výroků). Avšak největší četnost ze všech odpovědí na výše položenou otázku mají výroky obsahující očekávané výstupy v podobě hodnot – postojů, chování, návyků (19,8% výroků). Z kontextu odpovědí vyplývá, že ředitelé si uvědomují význam utváření hodnot (zejména zdravého životního stylu) a hodlají k těmto životním hodnotám vést své žáky. Výroky preferující význam hodnot se vyskytly téměř u 50% respondentů.

Téměř zanedbatelnou četnost vykazují u této otázky odpovědi zaměřené na **vzdělávací a výchovné strategie** (4,3% výroků). Toto zjištění se může zdát překvapivé, ale z kontextu odpovědí jednotlivých respondentů, resp. z hlubšího rozboru jednotlivých dotazníků plyne, že vzdělávací a výchovné strategie ředitelé považují za samozřejmou součást procesu vzdělávání a patrně nepovažují za nutné věnovat jim mimořádnou pozornost.

Téměř čtvrtina odpovědí obsahuje podporu **podmínek vzdělávání** (22,3% výroků). Převládá zdůraznění významu psychosociálních (8% výroků) a organizačních podmínek (6,2% výroků), což koresponduje se zaměřením odpovědí na utváření hodnot. Poměrně častým typem odpovědí ředitelů jsou výroky spojující hodnoty a výše uvedené podmínky – např. „vést žáky ke zdravému životnímu stylu, zajistit zdravé psychosociální prostředí ve výuce, dbát na správný režim výuky a odpočinku“ (dotazník č. 201).

Malá část odpovědí (6,5% výroků) zdůrazňuje **komplexní pojetí** výchovy ke zdraví. Odpovědi jsou však vesměs obecně formulované, nekonkrétní (např. „komplexní programy podpory zdraví“ nebo „musí se prolínat celým procesem školy“). Žádný z respondentů neuvedl u této otázky konkrétní (specifikovaný) příklad komplexního pojetí vzdělávání v oboru výchova ke zdraví.

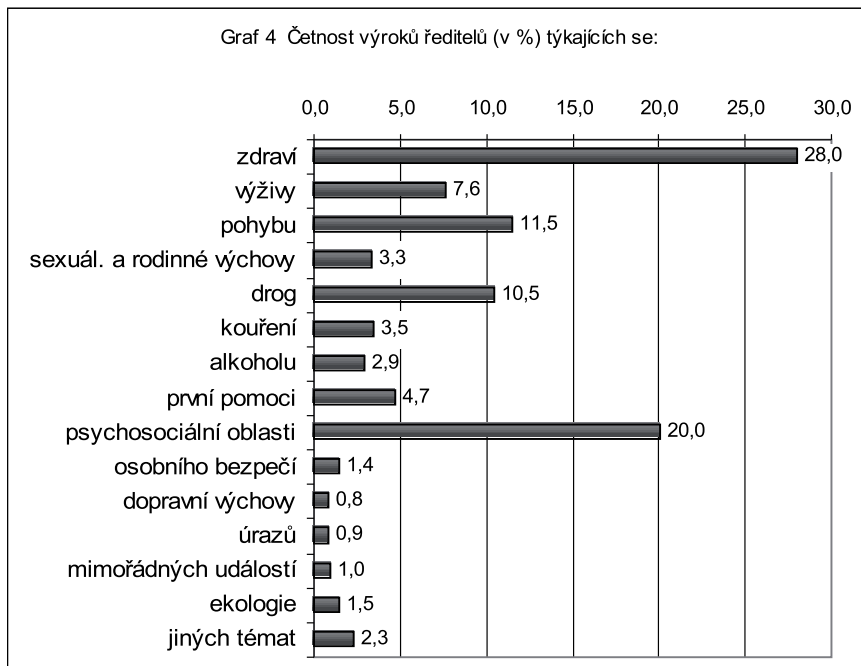
Výše uvedené výsledky byly získány tříděním prvního stupně, jímž jsme se snažili postihnout hlavní smysl odpovědí ředitelů. Např. výrok „prostory pro pohybovou aktivitu žáků“ byl zařazen do kategorie prostorové podmínky. Vytratil se tím jeho druhý důležitý význam – věnovat dostatečnou pozornost pohybové aktivitě žáků. Přistoupili jsme proto k druhému stupni třídění odpovědí.



Na základě *třídění druhého stupně* bylo kategorizováno **1258 výroků**, které byly členěny do skupin podle toho, zda obsahovaly učební téma nebo konkrétní učivo.

Jak plyne z kvantitativních údajů (graf 4), nejčetnější výroky se týkaly zdraví a zdravého životního stylu (28 % výroků typu zdravý způsob života, zdravý životní styl, péče o zdraví, výchova ke zdraví, zásady zdravého životního stylu aj.), dále psychosociální oblasti (20% výroků typu osobnostní a sociální rozvoj, poznávání sebe sama aj.), problematiky pohybu (11,5 % výroků), drog (10,5 % výroků) a výživy (7,6 % výroků).

Ostatní témata se vyskytovala v méně než 5 % odpovědí. V tomto smyslu vykazují překvapivě nízkou četnost odpovědí obsahující sdělení, že nejvíce pozornosti si



zaslouží problematika první pomoci (4,7 % výroků), kouření (3,5 % výroků), alkoholu (2,9 % výroků) nebo dopravní výchovy (0,8 % výroků).

Provedená kvantifikace odpovědí dokládá, jakou problematiku považují ředitelé za nejdůležitější. Je patrné, že převládají výroky zahrnující komplexní pojmy (zdraví, zdravý životní styl, péče o zdraví, prevence apod.). Dovolujeme si proto vyslovit pochybnost, zda jsou si ředitelé vědomi celé tematické šíře oboru výchova ke zdraví.

Na otázku „*Které součásti procesu vzdělávání v oboru výchova ke zdraví považujete za neefektivnější?*“ odpovědělo jen 449 ředitelů ZŠ, tj. 84,4 % respondentů. Na otázku neodpovědělo 83 ředitelů ZŠ, tj. 15,6 % respondentů. Většina ředitelů odpověděla na otázku několika různými výroky. Celkem bylo v odpovědích na tuto otázku zaznamenáno 1088 výroků. Tyto výroky byly kvantifikovány dle kategorií vymezených pro předchozí otázku.

Kvantifikace výroků přináší zdánlivě překvapivé výsledky (graf 5):

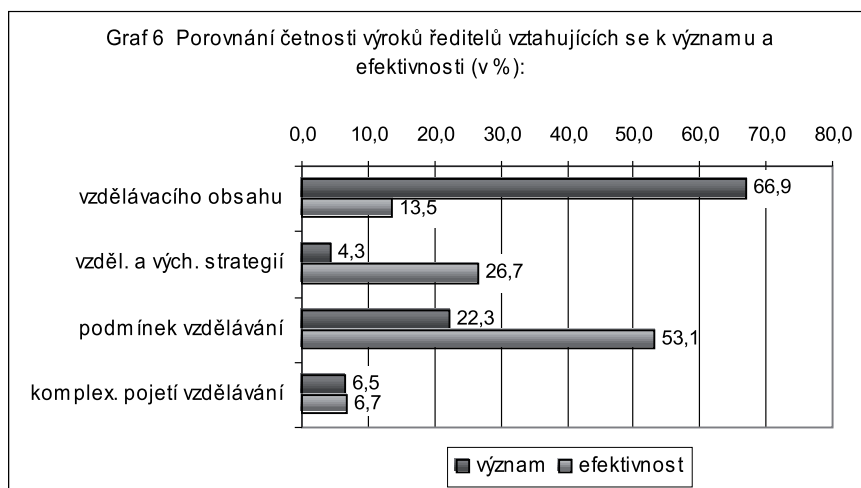
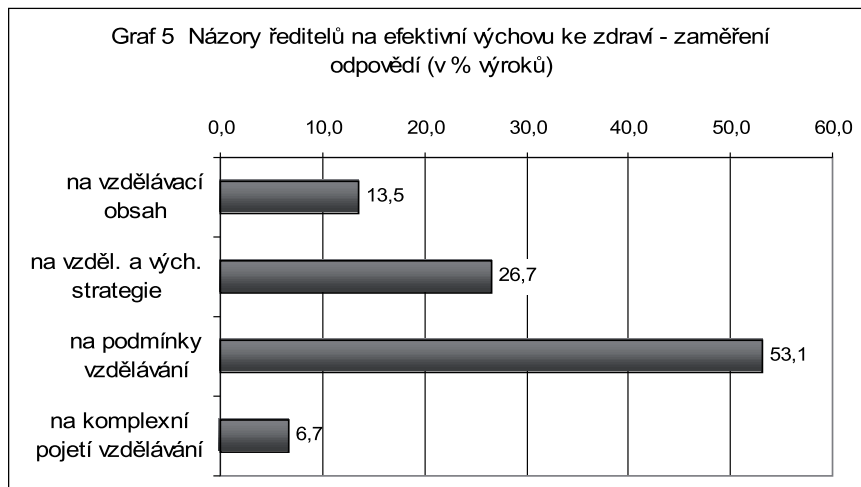
Jen 13,5 % výroků dokumentuje, že ředitelé považují za neefektivnější součást vzdělávacího procesu *obsah vzdělávání*. Častěji jsou respondenty jmenovány *vzdělávací a výchovné strategie* (26,7 % výroků), ale zejména podpůrné *podmínky vzdělávání* (53,1 % výroků). Na rozdíl od předchozích odpovědí ředitelů, které se týkaly splněných a nesplněných podpůrných podmínek vzdělávání, v tomto případě nedominují prostorové podmínky (uvádí je jen 22 respondentů). Značná část ředitelů považuje za efektivní plnění organizačních podmínek (14,1 % výroků) a podmínek spolupráce školy s rodiči (15,2 % výroků). Tyto podpůrné podmínky přitom ředitelé propojují s očekávanými výstupy (hodnotami). Řečeno jinými slovy, řada respondentů považuje za neefektivnější zaměřit proces vzdělávání na utváření celoživotních hodnot (zdravého životního stylu), a to při vytváření podpůrných podmínek, mezi něž patří zejména účinná spolupráce s rodiči a optimální uspořádání režimu školy. Tento poznatek dokumentuje uvědomění a kvalitu řídicí práce řady respondentů a je kvantitativně doložen statisticky významným rozdílem v četnosti výroků ($p < 0,01$) vztahujících se k významu a efektivnosti součástí procesu vzdělávání – viz graf 6 (s výjimkou kategorie odpovědi komplexně pojaté).

Na druhé straně řada ředitelů věnuje pozornost jen dílčím složkám výchovy ke zdraví, např. pohybové aktivitě žáků, nebo přistupuje k dotazníkovému šetření zcela formálně – opisováním názvů tematických celků učiva z RVP ZV, uchylováním se k frázím typu „spojení teorie s praxí“, „zdraví musí prolínat celým procesem vzdělávání“, „důležitá je prevence“ apod. Na tyto negativní poznatky však není zaměřen cíl práce (identifikovat inspirativní podněty pro komplexní výchovu ke zdraví na ZŠ), proto nebudeme odpovědi „nespolupracujících respondentů“ hlouběji analyzovat. Jsme si vědomi, že dotazníkové šetření nemůže objektivně zdokumentovat skutečný proces vzdělávání na jednotlivých školách, může však přinést množství inspirativních poznatků a podnětů.

V odpovědích *komplexně pojatých* (6,7 % výroků) převažují stejně jako u předchozí otázky nekonkrétní výroky typu „komplexní programy podpory zdraví“. Na rozdíl od předchozí otázky však 10 ředitelů jmenuje konkrétní projekt „Zdravá škola“. V něm tyto respondenti spatřují efektivní způsob komplexního vzdělávání i dalšího výchovného působení na žáky v rámci výchovy ke zdraví.

Přestože je výše uvedeno, že nebudeme věnovat zvýšenou pozornost negativním poznatkům, je třeba konstatovat, že ani jeden z ředitelů nezahrnul mezi efektivní

součástí procesu vzdělávání samostatný vyučovací předmět výchova ke zdraví, jehož realizaci připouští či doporučuje RVP ZV. Příčinou může být zejména nedostatek kvalifikovaných učitelů.



3.3.3 Názory ředitelů na formy vzdělávání a uspořádání učiva v oboru výchova ke zdraví

Předchozí výroky ředitelů byly doplněny o jejich názory na preferenci jednotlivých forem vzdělávání a uspořádání učiva při realizaci oboru výchova ke zdraví. Aby názory ředitelů nebyly ovlivněny, odpovídali opět na otevřenou otázku.

Všechny odpovědi ředitelů byly podrobeny obsahové analýze a poté bylo provedeno jejich *kódování* a *kategorizace* do následujících skupin a podskupin:

1) Zaměření odpovědí na základní formy vzdělávání a uspořádání učiva:

- a) *samostatný povinný vyučovací předmět*, tj. odpovědi typu: třetí hodina povinné tělesné výchovy (dále TV), samostatný předmět výchova ke zdraví na 2. stupni, rodinná výchova na 2. stupni, zavedení nového předmětu výchova ke zdraví aj.
- b) *integrace vzdělávacího obsahu do jiného povinného předmětu (předmětů)*, tj. odpovědi typu: výuka zdravotní výchovy v předmětech prvouka, přírodověda, přírodopis, rodinná výchova; zdravotní TV jako součást povinné TV aj.
- c) *volitelný vyučovací předmět*, tj. odpovědi typu: zdravotní TV, zvláštní TV, nápravná TV, znovuzavedení ZTV, tělových. volit. předměty, volit. předměty zaměřené na sport, volitelný předmět zdravý životní styl, zdravá výživa, domácnost, výchova ke zdraví, volit. předměty zaměřené na podporu zdraví aj.
- d) *nepovinný vyučovací předmět*, tj. odpovědi typu: zájmová TV, nepovinný předmět vaření, biolog. praktikum, zdravý životní styl, ŠVP rozšířit o nepovinné předměty aj.

2) Zaměření odpovědí na doplňující vzdělávací formy:

- a) *besedy (přednášky)*, tj. odpovědi typu: besedy, přednášky, přednášky s následnou besedou s odborníky, lékaři, zdravotníky, pracovníky hygienické stanice, ČČK, psychologem, se členy integrovaného záchranného systému, policií, s pracovníky ped. psych. poradny aj.
- b) *exkurze*, tj. odpovědi typu: zájezdy, tematické zájezdy, protidrogová exkurze, exkurze do protidrogových center, přítomnost u soudu – mladiství delikventi, návštěva zdravotních zařízení aj.
- c) *projekty (celoškolní, třídní, Peer programy)*, tj. odpovědi typu: projektové dny, týdny, tematické projekty, projektové vyučování, školní projekty, dlouhodobé třídní projekty, Týdny zdraví, Dny zdraví, Týdny pohody, pohybu, Týdny zdravé výživy, Zdravé zuby, Kouření a já, Helpík, Čas proměn, Den bez úrazů, Malá policejní akademie aj.
- d) *kurzy a semináře*, tj. odpovědi typu: plavecký výcvik, lyžařský kurz, zimní výcvikový kurz, kurzy první pomoci, dopravní výchovy, sportovní kurzy, turistické, branně turistické, kurz CO, ekologické, zátěžové a zážitkové, semináře, odborné a vzdělávací semináře, semináře preventivní výchovy, prožitkové a zážitkové semináře, praktické semináře, semináře o zdravém životním stylu, k utváření vztahů, k bezpečí, ke stmelování kolektivů, semináře s protidrog. tematikou aj.
- e) *školní výlety*, tj. odpovědi typu: výlety, školní výlety, výlety s přesně stanoveným obsahem, výlety do přírody aj.
- f) *cvičení v přírodě*, tj. odpovědi typu: cvičení v přírodě, branné dny, cvičení v přírodě brannou formou, vycházky do přírody, aktivity v přírodě, výuka v přírodě, praktická cvičení v přírodě, dny v přírodě aj.
- g) *školy v přírodě, ozdravné pobyty v přírodě*, tj. odpovědi typu: školy v přírodě, ozdravné pobyty, pobyty v přírodě, ozdravné pobyty u moře, společné pobyty, seznamovací, adaptační pobyty, ekologické pobyty, zimní pobyty v přírodě aj.
- h) *externí výukový program (K-centra apod.)*, tj. odpovědi typu: programy centra volného času, semináře v K-centru, výukové programy K-centra, domu ekologické výchovy, pedagogicko-psychologické poradny, ekocentra, zdravotního

ústavu, praktické semináře v protidrogových centrech, odborné semináře vedené externisty, akce ČČK, policie aj.

- i) *další vzdělávací akce (soutěže, sportovní akce, vystoupení)*, tj. odpovědi typu: soutěže, soutěže teoretické, praktické, vědomostní, pohybové, soutěže celoroční, třídních kolektivů, soutěže dopravní, první pomoci, zdravotní, sportovní, praktická cvičení a činnosti k tématům mimořádné události, první pomoc, zdravý životní styl, k dopravní výchově, interaktivní hry, workshopy pro žáky zaměřené na zdravý životní styl, dílny pro žáky aj.
- j) *jiné formy (názorná propagace, videoprogramy, internet, literatura, web)*, tj. odpovědi typu: využití literatury a internetu, internetové stránky školy o škodlivosti kouření a alkoholu, internetová drogová poradna, web školy s protidrog. tématy, informační centrum, videoprogramy, výukové a výchovné pořady, nástěnky s propagace zdravého životního stylu, výstavky prací žáků na téma boj proti drogám, rozhlasové relace aj.

3) Zaměření odpovědí na volnočasové formy (aktivity):

- a) *zájmový kroužek, školní klub*, tj. odpovědi typu: zájmové kroužky první pomoci, školní kroužky, školní kluby, zájmová činnost v rámci školního klubu aj.
- b) *jednorázové akce typu soutěž*, tj. soutěže, závody, turnaje, vystoupení, které se konají v rámci zájmové činnosti žáků, soutěže zdravotních hlídek, soutěž mladý zdravotník, běh proti drogám, sportovní závody, sport. turnaje, vystoupení žáků aj.
- c) *akce rodičů s dětmi*, tj. odpovědi typu: prožitkové vzdělávání rodičů s dětmi, společné akce rodičů a dětí, společný pobyt žáků a rodičů v přírodě, mimoškolní akce s rodiči a dětmi, společné akce učitelů, rodičů a žáků aj.
- d) *ozdravné pobyty a letní tábory*, tj. odpovědi typu: tábory, letní tábory, letní tábor školní družiny, školního klubu aj.
- e) *výlety*, tj. odpovědi typu: víkendové výlety, víkendové pobyty, jarní prošlapy aj.
- f) *školní družina*, tj. odpovědi typu: sportovní aktivity ve školní družině, akce ekologického zaměření ve školní družině aj.
- g) *nespecifikované*, tj. odpovědi typu: podporovat rozvoj volnočasových aktivit žáků, rozvoj, nabídka mimoškolních aktivit, činností, nabídka volnočasových aktivit, podpora aktivního využití volného času, akce zaměřené na využití volného času aj.

4) Zaměření odpovědí na preventivně hygienický, pohybový a stravovací režim žáků ve škole:

- a) *pohybové aktivity*, tj. odpovědi typu: sportovní akce, podpora pohybu, sportovně relaxační aktivity, aktivní pohyb a relaxace žáků, nácvik relaxačních metod, zdravotní cvičení, pohybové aktivity o přestávkách, velké přestávky ve sportovním areálu, tělovýchovné chvilky, relaxace během vyučování, zdravotní chvilky, chvilky pro zdravé držení těla aj.
- b) *přesnídávky*, tj. odpovědi typu: školní mléko, akce školní mléko, mléčné svačiny, mléko do škol – dotováno státem, svačiny zajišťované školní jídelnou aj.
- c) *školní jídelna*, tj. odpovědi typu: zdravé stravování ve školní jídelně (dále ŠJ), zdravá výživa ve ŠJ, stravování ve ŠJ dle zásad zdravé výživy, zdravý jídelníček ve ŠJ, zeleninové saláty ve ŠJ, možnost výběru jídel, zlepšení prostředí ve ŠJ, Týden zdravé výživy ve ŠJ, Týden evropských kuchyní ve ŠJ aj.

- d) *stravovací režim*, tj. odpovědi typu: zdravé stravování, akce ke zdravé výživě, vhodný stravovací režim, týden zdravé výživy, den zdravé výživy, správná výživa, racionální výživa, zlepšení stravovacích návyků dětí, propagace zdravé výživy, hodnocení vlastních jídelníčků dětmi, zdravá výživa ve spojení s praktickou přípravou pokrmů dětmi aj.
 - e) *pitný režim*, tj. odpovědi typu: pitný režim, vhodný pitný režim, zdravý pitný režim, zajištění pitného režimu, zajištění vhodnějšího automatu na pitný režim, organizování pitného režimu aj.
 - f) *preventivně hygienický režim*, tj. odpovědi typu: ozdravný režim – pobyt žáků v prostorách atria, přestávky venku, na školní zahradě, zlepšení režimu dne žáků, změny v délce a rozložení přestávek, otužování dětí, psychohygiena aj.
- 5) Zaměření odpovědí na komplexní programy a projekty:**
- a) *Minimální preventivní program*
 - b) *Škola podporující zdraví*
 - c) *program specifikovaný školou* tj. odpovědi typu: realizovat plně preventivní a environmentální program, uvažujeme o projektech „Žijeme zdravě“ pro 1. stupeň a „Jaký může být život“ pro 2. stupeň – propojení podpory zdraví s životem celé školy aj.
- 6) Zaměření odpovědí na nespécifikované formy vzdělávání**
- a) *zaměření na žáky*, tj. odpovědi typu: drogová prevence, mimořádné události, správné návyky, dovednosti, dopravní výchova aj.
 - b) *zaměření na učitele (DVU)*, tj. odpovědi typu: DVU, DVPP, vzdělávání učitelů, školení učitelů, semináře a dílny pro učitele, zlepšit vzdělávání učitelů, kurzy, školení první pomoci pro učitele, kurz osobnostně sociálního rozvoje, program pro psych. relaxaci a fyzickou kondici učitelů, DVPP zaměřit na týmovou spolupráci a komunikaci, zapojit všechny pedagogy do tvorby ŠVP, nabídka pohybových aktivit pro učitele aj.
 - c) *zaměření na rodiče*, tj. odpovědi typu: besedy a přednášky pro rodiče, akce vedoucí ke spolupráci rodiny a školy v oblasti zdravého životního stylu, informace o zdraví (zdravé výživě, drogách) pro rodiče, užší spolupráce s rodiči, účast rodičů, zapojení rodičů do výchovy ke zdraví aj.
 - d) *zaměření na instituce*, tj. odpovědi typu: spolupráce s lékařem, PPP, K-centrem, zdravotním ústavem, KHS, policií aj.

Na otázku „*Kterými formami vzdělávání hodláte obor výchova ke zdraví ve Vaší škole realizovat?*“ odpovědělo **474 ředitelů ZŠ**, tj. 89,1 % respondentů. Na otázku neodpovědělo 58 ředitelů ZŠ, tj. 10,9 % respondentů. Většina ředitelů opět odpověděla na otázku několika různými výroky. Celkem bylo v odpovědích na tuto otázku zaznamenáno **1526 výroků**. Tyto výroky byly začleněny do kategorií vymezených na základě obsahové analýzy odpovědí a kvantifikovány (viz graf 7).

Mnohé výroky respondentů neodpovídají na položenou otázku týkající se forem vzdělávání, ale vztahují se spíše k hygienickým nebo organizačním podmínkám (školní jídelna, režim žáků), k personálním podmínkám (další vzdělávání učitelů) nebo k obsahu vzdělávání (správné návyky, dopravní výchova) aj. Pro jejich četnost však byly

ponechány v souboru výroků, kategorizovány a kvantifikovány. I tyto výroky považujeme za cenný a podnětný materiál s ohledem na cíl práce.

Velmi nízkou četnost vykazují výroky ředitelů zaměřené na **základní formy vzdělávání a uspořádání učiva**. Jen 6 ředitelů uvedlo, že výchova ke zdraví bude realizována prostřednictvím **samostatného vyučovacího předmětu** rodinná výchova nebo výchova ke zdraví (0,4 % výroků). To ale koresponduje s personálním stavem základních škol: podle předchozího výzkumu (Mužíková, 2006a) jen na 13 % ZŠ působili učitelé aprobovaní pro rodinnou výchovu (v ČR prozatím není žádný absolvent nově akreditovaných programů učitelství výchovy ke zdraví). S **integrací vzdělávacího obsahu výchovy ke zdraví do jiného vyučovacího předmětu** počítají jen 3 ředitelé a 32 respondentů hodlá vzdělávat žáky prostřednictvím volitelného vyučovacího předmětu (1,8 % výroků) nebo nepovinného vyučovacího předmětu (0,3 % výroků). Volitelný vyučovací předmět se však týká nejčastěji zdravotní tělesné výchovy, které se zaměřuje na praktická vyrovnávací cvičení a plní kompenzační roli při oslabení podpůrně pohybového aparátu žáků. Nejde tedy o volitelný předmět se vzdělávacím obsahem výchovy ke zdraví.

Téměř 50 % všech výroků se týká **doplňujících forem vzdělávání**. Především jde o **školní projekty** podpory zdraví (14,1 % výroků) s tematikou zdraví, zdravého životního stylu, pohybu, výživy, sexuální výchovy a dospívání, prevence AIDS, kouření, alkoholu, drog, závislostí, dále sociálních vztahů, šikany, zdravotvědy, mimořádných událostí, ekologie aj. Některé projekty ale nejsou blíže konkretizovány (je uvedeno jen projekty, tematické projekty, školní a třídní projekty). Pokud jsou konkrétně pojmenovány, nejčastěji je uváděn projekt Zdravé zuby (celoplošný projekt pro 1. stupeň, dostupný pro všechny školy), dále projekty vytvořené institucemi pro potřeby škol (Kouření a já, Malá policejní akademie, Čas proměn, Helpík aj.). Školy tyto projekty přebírají již vytvořené, případně se školí učitelé, kteří s projekty pracují, nebo jsou projekty realizovány ve spolupráci s autorskými institucemi. Velmi cenné jsou projekty vytvořené školou pro potřeby celé školy, případně konkrétní třídy. Tyto projekty mohou být inspirované např. literaturou (Týdny zdraví), ale jsou vždy upravované pro konkrétní podmínky školy. Výzkumně cenná je také informace, že se na některých školách sami žáci podílejí na tvorbě a realizaci projektů pro školu nebo třídu. V této souvislosti se v odpovědích vyskytuje také vrstevnické učení (tzv. Peer programy), kdy se žáci podílejí na výuce svých vrstevníků nebo mladších žáků školy.

Druhou nejčastější doplňující formou jsou **besedy s odborníky** (12,5 % výroků), a to nejčastěji s lékaři o problematice zdraví, zdravého životního stylu, sexuální výchovy, dospívání, návykových látek, drog, kouření, alkoholu, poruch příjmu potravy aj., nebo krátkodobé **kurzy a semináře** (7,9 % výroků), jako jsou tradiční lyžařský a plavecký výcvik, kurzy první pomoci apod. Některé jmenované semináře nejsou přesněji definované a není vždy jasné, zda se jedná o pobyt žáků ve škole nebo výjezdní semináře. Některé semináře hodlají školy pořádat ve spolupráci s externími lektory apod.

Další výroky týkající se doplňujících forem vzdělávání jsou rozptýleny do dalších kategorií s relativně nízkou četností (3,0–0,2 % výroků). Nejčastější jsou jednorázové soutěže.

Na **volnočasové formy vzdělávání** se orientuje 11,3 % výroků respondentů. Nejvyšší zastoupení (5,2 % výroků) mají školní kluby (obvykle sportovní) a zájmové

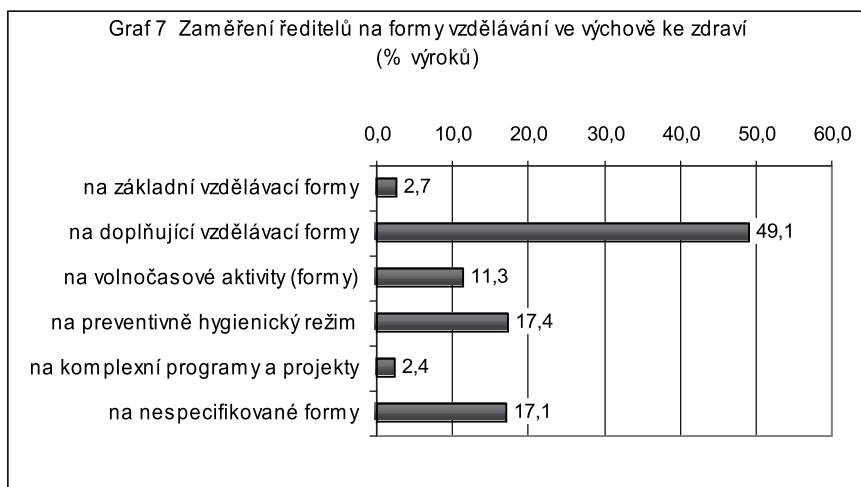
kroužky (např. zdravotní, zdravotnický, první pomoci apod.). Tyto kroužky však obvykle navštěvuje nízké procento žáků.

Poměrně vysoké zastoupení (17,4 % výroků) mají odpovědi ředitelů zaměřené na **preventivně hygienický režim žáků ve škole**. Nejčtenější výroky (12,4 %) se týkají pohybových aktivit během pobytu ve škole, tj. rekreačních přestávek, tělovýchovných chviliek, relaxačních chviliek aj. Tyto formy však považujeme za nedílnou součást běžného režimu školy a patří do základních hygienických a organizačních podmínek vzdělávání.

Velmi nízká je četnost výroků týkajících se komplexních programů a projektů (2,4 % výroků): pro školy povinného *Minimálního preventivního programu* (1,0 % výroků) a projektu *Škola podporující zdraví (Zdravá škola)* (0,9 % výroků). Zejména u Zdravé školy je výsledek překvapující, a to s ohledem na vládou schválený program Zdraví 21, který počítá s hromadným zapojením škol do tohoto projektu.

Poměrně vysoké zastoupení (17,1 %) mají výroky, které necharakterizují žádnou vzdělávací formu. I mezi těmito výroky najdeme inspirativní podněty pro naši práci a školní praxi. Jde zejména o další vzdělávání učitelů v oblasti výchovy ke zdraví, ale velmi často se jedná jen o kurzy první pomoci učitele (v souladu s podmínkami pro hygienické a bezpečné vzdělávání a život školy dle RVP ZV). Nejvíce výroků v této kategorii se orientuje na žáky (9,7 %), resp. na učební téma.

Zhodnotíme-li výše komentované výsledky, vyvstává otázka, jakými formami vzdělávání a uspořádání učiva školy realizují či hodlají realizovat vzdělávací obsah oboru výchova ke zdraví, který byl legislativně vymezen Standardem základního vzdělávání již v roce 1995 a významově potvrzen rámcovým vzdělávacím programem (2005). Domníváme se, že výchovu ke zdraví nelze v jejím vymezeném vzdělávacím rozsahu realizovat především prostřednictvím doplňujících vzdělávacích forem (projektů a besed), preventivně hygienickým režimem školy a nabídkou volnočasových aktivit žáků (kroužků nebo školních klubů). K základnímu uspořádání učiva výchovy ke zdraví např. integrací s jinými předměty, se drtivá většina respondentů nevyjadřuje.



3.4 Shrnutí a diskuse

Výzkum provedený na souboru ředitelů škol, který by se týkal jejich pohledu na výchovu ke zdraví, dosud zřejmě nebyl proveden. Množství výzkumů je orientováno spíše na učitele, žáky nebo studenty (např. Čech, 2005, Kachlík, 2005, Marádová, 2006, 2007, Řehulka, Řehulková, 2004, Wiegerová, 2005 aj.). Proto nemůžeme získané výsledky porovnat s jinými a tím je více objektivizovat. Pokusíme se však provést diskusi k metodice i k realizaci našeho výzkumného šetření.

Provedené písemné dotazování umožnilo shromáždit odpovědi na otevřené otázky týkající se realizační formy kurikula výchovy ke zdraví v základním školství. Získané odpovědi obsahovaly **7564 dílčích výroků ředitelů ZŠ**. Tyto výroky byly podrobeny kvalitativní obsahové analýze i kvantitativnímu vyhodnocení. Výsledný materiál přinesl množství nových poznatků o realizaci výchovy ke zdraví na ZŠ a doplnil předchozí poznatky představené v rigorózní práci i v dalších publikacích (Mužíková, 2006a, 2006b, 2007 aj.).

Komentáře k výsledkům prezentovaným v této kapitole jsou ale zobecněné a nepostihují rozborů jednotlivých dotazníků, zaměřené na porozumění vzájemným souvislostem mezi jednotlivými výroky každého respondenta. Na základě kvalitativní analýzy jednotlivých dotazníků, kterou jsme provedli a hodláme dopracovat, si dovoluujeme konstatovat, že s výjimkou ředitelů, kteří jmenovali projekt *Škola podporující zdraví* (Zdravá škola) jako nejefektivnější součást procesu vzdělávání a současně jako realizační formu vzdělávání na své škole (jen 10 respondentů!), žádný jiný ředitel nepředstavil promyšlený a komplexní způsob realizace vzdělávacího obsahu výchovy ke zdraví. Tento poznatek potvrzuje naše dřívější zjištění, že mnozí ředitelé neznají dobře vzdělávací obsah výchovy ke zdraví, anebo v době šetření nebyli připraveni složitou situaci týkající se výchovy ke zdraví promyšleně řešit.

Lze namítnout, že přesnější výsledky by přineslo šetření provedené na souboru učitelů, kteří výchovu ke zdraví na školách garantují a vyučují (takový výzkum na 1. stupni ZŠ provedla např. Wiegerová, 2005). Toho jsme si vědomi, ale současně se domníváme, že za chod školy je odpovědný ředitel a právě on určuje, jakým způsobem se bude vzdělávací obsah jednotlivých oborů realizovat (srov. Pol, 2007a, 2007b). Z mnohých dotazníků rovněž vyplynulo, že byly vyplňovány ve spolupráci s příslušným učitelem nebo celým pedagogickým sborem. Proto považujeme výsledky za věrohodné.

Protože dotazníkové šetření bylo anonymní, není možné odpovědi jednotlivých ředitelů dodatečně konfrontovat se skutečnou situací na příslušných školách a s příslušnými školními vzdělávacími programy (ŠVP). Není ani možné odpovědi a poznatky doplnit např. rozhovory s učiteli nebo žáky (či jiným způsobem). Na druhé straně lze u anonymního šetření předpokládat značnou otevřenost a upřímnost odpovědí.

Přestože odpovědi většiny ředitelů neposkytly komplexní a konkrétní obraz realizace výchovy ke zdraví na jednotlivých školách, více než 7500 výroků respondentů o výchově ke zdraví představuje bohatý a podnětný materiál, z něhož je možné čerpat při sestavování školních vzdělávacích programů. Tyto podněty budou využity v kap. 5.

Zpracování výsledků nám umožnilo získat cenné zkušenosti i pro další obdobná šetření. Ukázalo se, že příprava dotazníků musí být důkladnější a preciznější. Přestože

jsme pilotní verzi dotazníku ověřovali na souboru 20 brněnských fakultních škol, byly některé otázky pro řadu respondentů málo srozumitelné nebo příliš otevřené.

Stěžejním nedostatkem konstrukce dotazníku byl předpoklad, že všichni dotázaní ředitelé přistoupí k dotazníku distribuovaného ústředím ČŠI zodpovědně a vyplní všechny jeho položky.

Druhým chybným předpokladem bylo, že ředitelé škol budou znát základní vzdělávací dokumenty i terminologii a obsah RVP ZV, z něhož dotazník vycházel. Z rozborů odpovědí však vyplynulo (dovolíme si to tvrdit), že v době vyplňování dotazníků, tj. na počátku roku 2006, nejméně jedna třetina respondentů nebyla s obsahem již schváleného kurikulárního dokumentu seznámena. V tomto smyslu lze přijmout vysvětlení ředitelů, že jsou příliš přetížení aktuální administrativní prací a nemají dost času věnovat se budoucím dokumentům, ale ani své vlastní výchovně vzdělávací práci na škole.

Třetím mylným předpokladem bylo, že respondenti jako vrcholní představitelé základní školy projeví vstřícnost k šetření, které se vztahuje k obecně prospěšnému a nezbytnému tématu – ke zdraví. Řadu ředitelů však téma výchovy ke zdraví evidentně nezajímalo (někteří výslovně uvedli, že považují výchovu ke zdraví za zbytečnou a nechtějí se jí důkladněji zabývat). Mnozí vyplnili dotazník jen z nutnosti, dalších 288 ředitelů, tj. více než jedna čtvrtina dotázaných, vyplněný dotazník nevrátilo vůbec, což je v rozporu s výše vyjádřeným očekáváním.

Pročítání odpovědí oslovených ředitelů nám zpočátku přineslo rozpačitý pocit. Z mnohých odpovědí je totiž patrné, že se ředitelé stavějí ke své práci skepticky a že současný stav základního školství je podle nich nevyhovující. Z odpovědí rovněž plynulo, že dotazník některé respondenty obtěžoval a šetření považovali za zbytečné. Z tohoto poznatku plyne potvrzení obecně známého faktu, že stav určitého jevu nelze posuzovat jen podle jediného šetření, ale i podle řady jiných ukazatelů, které dotazník nemůže postihnout. Přesto považujeme shromážděná data a názory značné části ředitelů našich základních škol za přínosná a inspirující. Objektivnější pro splnění cílů výzkumu by nepochybně byly přímé rozhovory a přímá pozorování provedená na českých školách, taková metoda by však v našich podmínkách podstatně zúžila soubor zkoumaných škol a jejich ředitelů.

Z provedené diskuse plyne především poznatek, že u získaných výsledků nelze přecenit jejich věcnou ani statistickou významnost a že je třeba u obdobného výzkumu věnovat větší pozornost při konstrukci a standardizaci dotazníku. Rovněž není vhodné předpokládat pozitivní přístup respondentů ke zkoumané problematice či jejich spolupráci.

4 NÁZORY ČESKÉ VEŘEJNOSTI NA REALIZACI KURIKULA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

4.1 Výzkumný problém

Podnětem k výzkumu názorů občanů na úroveň výchovy ke zdraví byly výsledky získané analýzou názorů ředitelů, prezentované v předchozí kapitole. Tyto výsledky dokumentovaly, že se výchova ke zdraví do roku 2006 na mnohých ZŠ nerealizovala v souladu s projektovou formou kurikula dle *Standardu základního vzdělávání* (1995). Cílem navazujícího výzkumu proto bylo zdokumentovat názory české veřejnosti a **identifikovat hlavní důvody spokojenosti či nespokojenosti občanů ČR s celkovou úrovní výchovy ke zdraví na školách**. Pokusili jsme se rovněž ověřit, zda se názory populace na výchovu ke zdraví mění s věkem, pohlavím nebo jinými sociodemografickými znaky populace.

4.2 Metodika výzkumu

a) Výzkum názorů české veřejnosti na celkovou úroveň výchovy ke zdraví

Výzkum byl proveden ve spolupráci s Institutem pro studium zdraví a životního stylu a agenturou Inres. 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 více¹⁹. Lze konstatovat, že získané výsledky byly reprezentativní pro populaci ČR nad 15 let z hlediska pohlaví, věku a regionu.

Z dalších znaků, u kterých nebyla reprezentativnost sledována, které však byly v rámci výzkumu zjišťovány, můžeme 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 skutečnost upozorněno. Nicméně v důsledku toho, že data této skupiny nejsou reprezentativní, lze zjištěné statisticky významné souvislosti interpretovat pouze jako tendence.

Výzkum byl koncipován jako sociologický s využitím otázek předložených zadavatelkou (autorkou publikace) 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 zabezpečen 350 profesionálními tazateli v celé ČR. Optickou a logickou kontrolu, kódování a vkládání dat

¹⁹ Viz *Věkové složení obyvatelstva České republiky v roce 2006. Stav k 31. 12. 2006*. Praha: Český statistický úřad, 2007.

do počítače prováděli pracovníci agentury Inres, tabelování výsledků pracovníci Institutu pro studium zdraví a životního stylu, interpretaci výsledků autorka otázek.

Statistické zpracování dat bylo provedeno programem SASD 1.3.0 (statistická analýza sociálních dat). Proveden byl 1. stupeň třídění a sestaveny kontingenční tabulky vybraných ukazatelů 2. stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě metody chí-kvadrát 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 archy vyplněné neúplně (zpravidla ty, u kterých respondent odmítl odpovídat na otázky a rozhodl se předčasně ukončit rozhovor). Tyto archy byly zahrnuty do kategorie „non-response“.

Mezi hodnocenými položkami byly časté spojitě 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.

Projekt výzkumu byl zpracován v průběhu září a 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 provedena základní interpretace dat včetně oponování signální zprávy zadavatelkou.

Výsledky byly zadavatelkou interpretovány na počátku roku 2008.

b) Výzkum názorů české veřejnosti na obsah výchovy ke zdraví

Tento výzkum byl proveden v návaznosti na předchozí šetření. Názory občanů ČR byly získány od souboru respondentů o velikosti **1796 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 více²⁰. Lze konstatovat, že i tyto výzkumné výsledky byly reprezentativní pro populaci ČR nad 15 let z hlediska pohlaví, věku a regionální příslušnosti.

Obdobně jako u předchozího výzkumu byly sledovány další znaky: 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 skutečnost upozorněno. Data těchto skupin obyvatel však nejsou reprezentativní, proto zjištěné statisticky významné souvislosti interpretovat pouze jako tendence.

²⁰ Viz *Věkové složení obyvatelstva České republiky v roce 2007. Stav k 31. 12. 2007*. Praha : Český statistický úřad, 2008.

Výzkum byl koncipován jako sociologický s využitím otázek předložených zadavatelkou (autorkou publikace). Terénní šetření bylo provedeno *metodou standardizovaného řízeného rozhovoru* tazatele s respondentem.

Sběr dat byl uskutečněn aktivem tazatelů agentury Inres – Sones. Byl zabezpečen 360 profesionálními tazateli v celé ČR. Optickou a logickou kontrolu, kódování výroků, vkládání dat do počítače a tabelování výsledků prováděli pracovníci agentury Inres – Sones. Interpretaci získaných výsledků provedla autorka otázek.

Statistické zpracování dat bylo provedeno programem SASD 1.3.4 (statistická analýza sociálních dat) ve shodě s předchozím výzkumem.

Projekt výzkumu byl zpracován v průběhu září a října 2008. Jeho oponování proběhlo počátkem listopadu 2008. Předvýzkum sloužící k ověření výzkumných technik a znění položených otázek byl realizován na výběrovém souboru 286 respondentů v listopadu 2008. V tomto období proběhly rovněž instruktáže všech tazatelů.

Vlastní terénní šetření bylo uskutečněno v celé ČR na přelomu listopadu a prosince 2008. Shromáždění vyplněných archů, jejich optická a logická kontrola a vkládání dat do počítače proběhlo v prosinci 2008. Poté bylo uskutečněno vyvážení dat, jejich základní matematicko-statistická analýza, zpracování frekvenčních a kontingenčních tabulek a provedena základní interpretace dat.

Výsledky byly zadavatelkou souhrnně interpretovány na počátku roku 2009.

4.3 Výsledky

4.3.1 Názory české veřejnosti na celkovou úroveň výchovy ke zdraví

Názory reprezentativního souboru občanů na úroveň výchovy ke zdraví na ZŠ byly zjišťovány pomocí otevřených otázek. 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?*“ nebylo možné 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, anebo že „vše je v pořádku“.

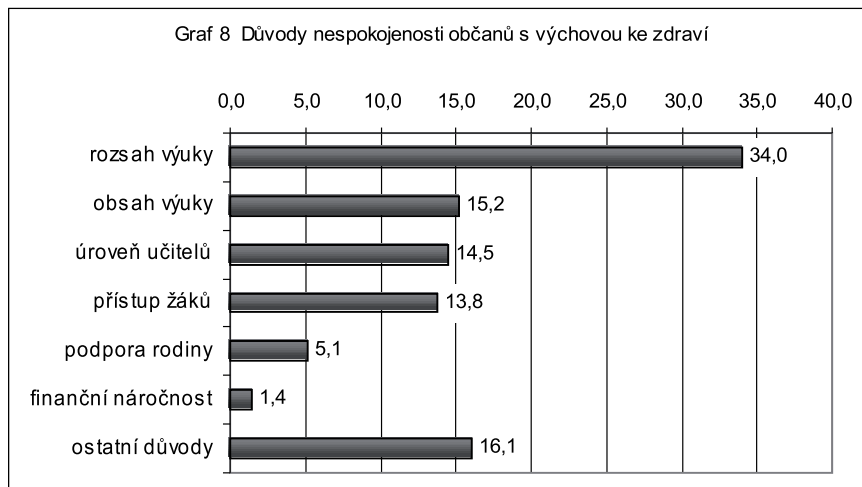
Na otázku „*V čem podle Vašeho názoru spočívají hlavní nedostatky v současné úrovni výchovy ke zdraví na základních školách?*“ konkrétně odpovědělo 689 respondentů (42,9 %), 917 respondentů (57,1 %) uvedlo, že neví, nemá dostatek informací, neumí na otázku odpovědět apod., anebo na otázku neodpovědělo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

- 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, 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 graf 8). Poměrně vyrovnané bylo zastoupení odpovědí týkajících se **obsahu výuky** (15,2 %) a **úrovně učitelů** (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, finanční náročnost výuky 1,4 % respondentů. Další důvody nejsou z hlediska realizační formy kurikula věcně významné.

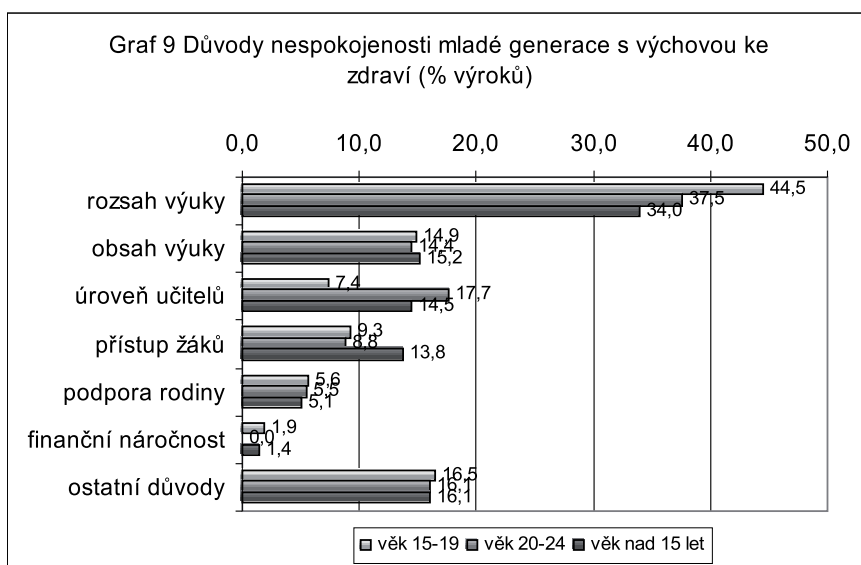


Analýza souvislostí v četnosti odpovědí mezi jednotlivými skupinami populace ($p < 0,05$), uskutečněná na základě druhého stupně třídění, přinesla tyto statisticky významné výsledky:

Na malý rozsah výchovy ke zdraví poukazují více ženy, studující a svobodní respondenti, 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.

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 vyčleněny 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 (graf 9). 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 poznatek z předcházejícího výzkumu, 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 v předchozím výzkumu, že učitelé aprobovaní 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.

Získané poznatky nás podnítily k navazujícímu výzkumu názorů české veřejnosti na vzdělávací obsah výchovy ke zdraví.

4.3.2 Názory české veřejnosti na obsah výchovy ke zdraví

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaký mají občané ČR názor na začlenění témat z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu do výuky na ZŠ. Tento cíl byl operationalizován do otázky „*Myslíte si, že výuka na základní škole resp. základní vzdělávání by mělo obsahovat i témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu?*“

Otázka byla položena jako uzavřená a dichotomická s možnostmi odpovědi „ano“ a „ne“.

Naprostá většina občanů ČR (88,6 %) byla toho názoru, že témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu by měla být obsažena ve výuce na ZŠ. Pouze asi jedna desetina občanů (11,4 %) se domnívá, že tato oblast by v rámci základního vzdělávání zastoupena být neměla.

Analýza realizovaná na základě druhého stupně třídění signalizuje souvislost názoru na tuto otázku s pohlavím. Ženy významně častěji souhlasí s tím, aby výuka na ZŠ obsahovala i témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu (platí pro hladinu významnosti $p = 0,01$), zatímco muži významně častěji s tímto názorem nesouhlasí ($p = 0,01$). Charakteristika testu nezávislosti chí-kvadrát má v případě pohlaví hodnotu 6,772 při počtu stupňů volnosti 1.

Souvislost názorů na tuto otázku s věkem občanů je slabší. Testování dle jednotlivých věkových skupin ukázalo, že jen nejmladší věková skupina (15–19 let) se zařazením těchto témat významně častěji nesouhlasí ($p = 0,01$). V ostatních věkových skupinách statisticky významné odlišnosti identifikovány nebyly. Chí-kvadrát má v případě věku hodnotu 8,958 při počtu stupňů volnosti 6.

Identifikována byla rovněž souvislost názorů na tuto otázku se vzděláním občanů. Platí, že respondenti s základním vzděláním významně častěji se zařazením témat z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu do výuky na ZŠ nesouhlasí ($p = 0,01$), respondenti s maturitou naopak toto stanovisko významně více podporují ($p = 0,05$). Chí-kvadrát má v případě vzdělání hodnotu 10,788 při počtu stupňů volnosti 3. V tomto případě však může prostřednictvím vzdělání částečně působit věk, neboť respondenti ve věkové skupině 15–19 let, kteří s tímto názorem častěji nesouhlasili, uváděli většinou základní vzdělání. Totéž platí o zjištěné souvislosti s počtem dětí, kdy

většími odpůrci zařazení těchto témat do výuky na ZŠ jsou bezdětní občané ($p = 0,01$). Jiné statisticky významné souvislosti identifikovány nebyly.

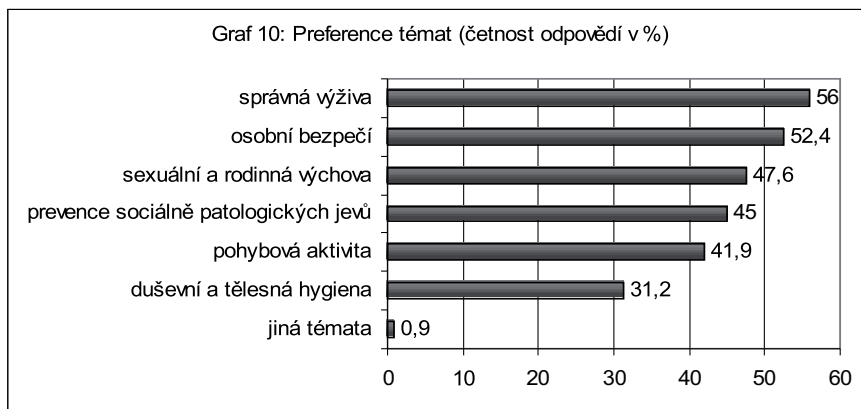
Otázka, která zjišťovala názor občanů na případné zařazení témat podpory zdraví a zdravého životního stylu do výuky na ZŠ, měla filtrační charakter. Respondenti, kteří zařazení těchto témat do výuky na ZŠ podpořili (1590), byli dále vyzváni: „***Uveďte, která témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu by dle Vašeho názoru měla výuka na základní škole především obsahovat.***“

Otázka byla položena jako polootevřená s tím, že respondenti mohli z nabízené škály vybrat až tři témata, která pokládají za nejdůležitější. V případě, že by jim nabídka nevyhovovala, mohli uvést vlastními slovy jiné téma. Škála odpovědí, ze kterých respondenti vybírali nejvíce tři témata, byla následující:

- témata z oblasti správné výživy (základní složky potravy aj.),
- témata z oblasti pohybové aktivity (kondiční programy pro zdravé aj.),
- témata z oblasti duševní a tělesné hygieny (režim dne, prevence nemocí aj.),
- témata z oblasti osobního bezpečí (první pomoc, krizové situace aj.),
- témata z oblasti prevence sociálně patologických jevů (problematika drog aj.),
- témata z oblasti sexuální a rodinné výchovy (antikoncepce, pohlavní nemoci, partnerské a rodinné soužití aj.),
- jiná témata (uveďte).

Z výše vymezených témat podporují občané ČR nejvíce témata z oblasti správné výživy (56,0 %) a témata z oblasti osobního bezpečí (52,4 %). Tato témata preferuje více než polovina z respondentů, kteří uvedli, že chtějí, aby výuka na ZŠ obsahovala i témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu (viz graf 10).

Do druhé skupiny témat, jejichž začlenění podporují více než dvě pětiny dotázaných, patří témata z oblasti sexuální a rodinné výchovy (47,6 %), témata z oblasti sociálně patologických jevů (45,0 %) a témata z oblasti pohybové aktivity (41,9 %). Nejméně žádaná jsou témata z oblasti duševní a tělesné hygieny, která preferuje necelá jedna třetina dotázaných (31,2 %).



Celkově však můžeme konstatovat, že témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu, požadovaná občany k začlenění do výuky na ZŠ, jsou variabilní a vyvážená. S výjimkou oblasti duševní a tělesné hygieny preferuje všechna ostatní témata okolo poloviny respondentů, kteří uvedli, že tato témata by měla být ve výuce na ZŠ obsažena.

Z vyjádření uvedených v jiných odpovědích je nejvíce zastoupeno tvrzení, že všechna témata jsou důležitá a nelze vybrat pouze tři. V „jiných tématech“ občané často navrhovali péči o seniory a obranu před šikanou. Další témata byla uváděna jen ojediněle.

Muži významně více než ženy preferují pohybové aktivity ($p = 0,01$), jinak jsou stanoviska dle pohlaví vyvážená (chí-kvadrát má v případě pohlaví hodnotu 13,928 při počtu stupňů volnosti 6). Jiné statisticky významné souvislosti nebyly zjištěny. Znamená to, že se statisticky významně neliší stanoviska jednotlivých věkových, vzdělanostních nebo dalších skupin respondentů, členěných dle sociodemografických znaků.

Menšina respondentů (11,4 %), která uvedla, že výuka na ZŠ by neměla obsahovat témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu, byla dotázána, z jakého důvodu by tato témata neměla být zařazena do výuky. Otázka byla tedy filtrovaná a byla formulována jako otevřená. Znamená to, že respondentům nebyla nabídnuta škála možných odpovědí a občané se vyjadřovali vlastními slovy. Jejich názor je proto spontánní a není ovlivněn nabídkou odpovědí. Přesné znění otázky bylo následující: **„Z jakého důvodu by podle Vašeho názoru neměla výuka na základní škole obsahovat témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu? Vyjádřete se stručně vlastními slovy.“**

Na základě obsahové analýzy vyjádření respondentů k této otázce byla vytvořena tato **kategorizace odpovědí**:

- a) **Záležitost rodiny** – odpovědi typu: „ať to zařídí rodina, důležitější je vliv rodičů, je to na rodičích, jde o starost rodičů, má se to řešit v rodině“ apod.
- b) **Nezajímavé, zbytečné** – odpovědi typu: „raději věnovat pozornost jiným předmětům, je to nezajímavé, je to nuda, je to zbytečné, není to důležité, ať se děti raději pohybují, ať se raději pořádně učí“ apod.
- c) **Pro žáky nesrozumitelné** – odpovědi typu: „děti tomu nebudou rozumět, nejsou na to připraveny, jsou příliš malé, neumí to ještě vstřebat, nic si z toho nevezmou, stačí vyučovat až na střední škole“ apod.
- d) **Informací je dostatek** – odpovědi typu: „informací je všude dost, ať si je každý najde, všude v médiích je plno informací, je už to zahrnuto v jiných předmětech“ apod.
- e) **Každého osobní věc** – odpovědi typu: „každý ať si dělá co chce, každý je jiný, každý má jiný genetický základ, každý má svůj životní styl, každý ať se rozhodne sám“ apod.
- f) **Jiné stanovisko** – odpovědi typu: „učitelé nejsou vyškolení, ať informuje lékař, děti by se mohly dozvědět nevhodné informace, děti by se chovaly příliš zdravě – to podle mne škodí, mohlo by to vést k anorexii“ apod.
- g) **Neví, neumí se vyjádřit.**

Mezi nejdůležitější důvody, pro které by témata z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu neměla být zařazena do výuky na ZŠ, patří dle 11,4 % respondentů

především skutečnost, že je to pro děti nezajímavé či zbytečné (28,9 % odpovědí) nebo že jde především o záležitost rodiny (27,8 % odpovědí). Méně odpovědí (9,3 %) uvádí jako důvod fakt, že informací na toto téma je dostatek v médiích, v jiných předmětech apod., případně že je to pro žáky na ZŠ nesrozumitelné téma (7,2 % odpovědí). Více než jedna pětina respondentů, kteří nesouhlasili se zařazením výchovy ke zdraví do výuky na ZŠ, neuměla své důvody vyjádřit a zvolila odpověď „nevím“.

Aplikovaná testovací kritéria nesignalizovala statisticky významné vazby mezi tímto názorem a sledovanými sociodemografickými znaky. Nutno však uvést, že pro malý počet případů byla možnost jejich aplikace velmi omezená.

4.4 Shrnutí a diskuse

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 námi zjištěný poznatek získaný analýzou názorů ředitelů. 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.

Hlavní důvody spokojenosti nebyly zjištěny, protože většina reprezentativního souboru české populace nevěděla, že výchova ke zdraví na ZŠ existuje. Důvody spokojenosti proto respondenti nedokázali vyjádřit.

Navazující výzkum potvrdil, že **naprostá většina občanů ČR (88,6 %) akceptuje zařazení témat z oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu do výuky na ZŠ**. Jen asi desetina občanů s tímto zařazením nesouhlasí. Nesouhlasné stanovisko vyjadřují častěji muži, občané z nejmladší věkové skupiny (15–19 let), osoby se základním vzděláním a bezdětní občané. Pro tyto občany je hlavním důvodem názor, že témata z oblasti zdravého životního stylu jsou pro děti nezajímavá či zbytečná a že jde především o záležitost rodiny, která by měla v tomto směru děti vychovávat sama.

Česká veřejnost podporující výchovu ke zdraví ve výuce ZŠ nejvíce preferuje témata týkající se správné výživy a osobního bezpečí. Velký důraz klade rovněž na sexuální a rodinnou výchovu, prevenci sociálně patologických jevů a témata z oblasti pohybové aktivity. Nejméně preferovaná jsou témata z oblasti duševní a tělesné hygieny. Názor veřejnosti na tuto otázku je poměrně homogenní a názory jednotlivých skupin členěných dle sociodemografických znaků se s výjimkou pohlaví statisticky významně neliší.

Z uvedených poznatků plynou doporučení nejen pro pedagogickou praxi v základním školství, ale i pro přípravu učitelů. Lze doporučit, aby se ve výuce na ZŠ realizovaly kurikulární záměry vzdělávacího oboru *výchova ke zdraví*. Těmto záměrům ale musí odpovídat adekvátní pregraduální i postgraduální příprava učitelů základních škol. Výzkum mj. potvrdil důležitost a oprávněnost realizace studijního oboru *Učitelství*

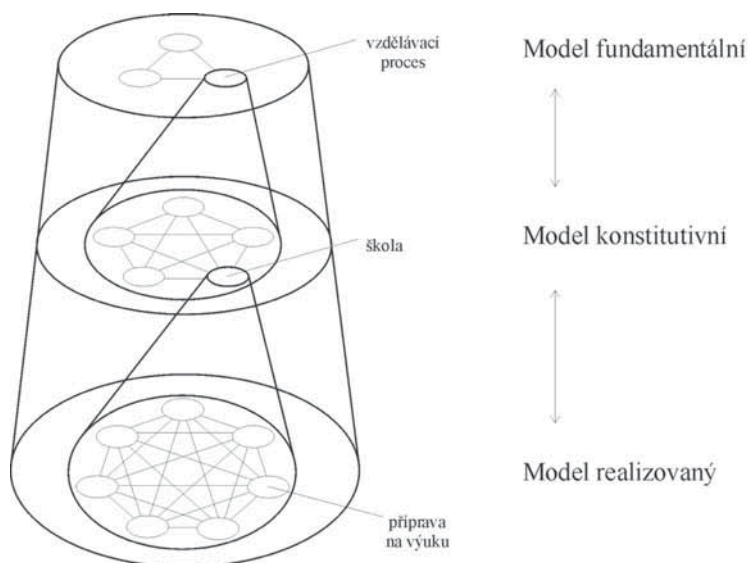
výchovy ke zdraví pro základní školy, který se nově rozvíjí na českých pedagogických fakultách.

Uvědomujeme si, že výzkumy prezentované na předchozích stránkách přinesly pouze popisné výsledky charakterizující stav výchovy ke zdraví na ZŠ. Proto se pokusíme v následujících kapitolách formulovat konkrétní podněty pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů.

5 MODELOVÁNÍ KURIKULA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ NA ÚROVNI ŠKOLNÍCH VZDĚLÁVACÍCH PROGRAMŮ

Stimulem pro následující text jsou poznatky shromážděné při studiu materiálů vztahujících se k problematice výchovy ke zdraví, dále všechny poznatky prezentované v předchozích kapitolách a závažné podněty uveřejněné ve studii Maňáka (2007), v níž autor ve vztahu k modelování kurikula uvádí: „Na základě všech okolností učitel promítá do svých představ, do přípravy (modelu) plán postupu vedoucí k realizaci edukačních cílů, který metodicky promýšlí. To znamená, že obsah výuky transformuje do přiměřených dávek, kvant učiva ve svém vyučovacím předmětu, zajišťuje jejich osvojení žáky vhodnými metodami a ubezpečuje se o zvládnutí učiva účinnými formami zpětných vazeb. Učitel však často ani nevnímá všechny souvislosti, které realizaci daných edukačních úkolů podmiňují, vidí je už v obecné poloze, jak mu je prezentují učební osnovy. Tyto vazby, které jsou i v učebních osnovách ukryty a jejich prameny jsou zohledněny vlastně už ve fundamentálním modelu vzdělání, se dnes zdůrazňují jako tzv. mezipředmětové vazby (interdisciplinární souvislosti) nebo též v tzv. průřezových tématech. Učitelé jsou někdy bezradní, nevědí, jak průřezová témata realizovat, poněvadž jejich metodika není ani v Rámcovém vzdělávacím programu dostatečně ujasněna. Uvedený příklad ukazuje, jak kusá je znalost kurikulární problematiky a že podrobnější poznání její geneze (např. v podobě modelů) by její pochopení usnadnilo.“ (Maňák, 2007, s. 49).

Dílečí modely kurikula autor spojuje do *syntetizujícího modelu kurikula*, jak je znázorněno v následujícím obrázku.



Obr. 1: Syntetizující model kurikula (Maňák, 2007, s. 50)

Pro účely publikace je relevantní zejména konstitutivní model kurikula a realizovaný model kurikula.

Konstitutivní model kurikula vymezuje Maňák (2007, s. 48) následovně: „Subjektem konstitutivního modelu je tvůrce kurikula (většinou státní, profesní nebo odborný orgán, komise apod.), který zvažuje všechny okolnosti, podmínky, vlivy, společenské zájmy apod. a stanoví jednoznačné postuláty, zacílené na určitý typ, druh, zaměření a stupně vzdělávací instituce. Výsledkem je model kurikula vyjádřený v učebních plánech, učebních osnovách, v metodických směrnících a jiných dokumentech. ... Konstitutivní model vzniká vždy na základě společenské objednávky pro daný typ, druh a stupeň vzdělávacích institucí. Vzniká tak určitá diverzifikace modelů, avšak jejich společnou základnou je obecnější představa cílů vzdělání (fundamentální model), odrážející celkové směřování společnosti a respektující její kulturní a ekonomickou úroveň. Ani konstitutivní model nemůže postihnout veškerou spleť faktorů, které utvářejí jeho podobu, poněvadž jak existující podmínky života společnosti, tak ani rozvoj poznání nejsou neměnné, nýbrž naopak jsou v neustálém rozvoji. Proto se kurikulární model (učební osnovy) stále obměňuje a upravuje, aby se dosáhlo co největší shody s cíli a potřebami. Tyto změny jsou postupné a funkčně vyvážené, avšak jestliže se rozpor mezi cíli společnosti a stavem vzdělávání stane neúnosným, dochází k prudké změně, k školské reformě.“

Realizovaný model kurikula je autorem charakterizován takto: „Subjektem v tomto modelu je učitel, který si pro výkon profese vytváří plán, postup, strategii, provádí výběr informací, zvažuje nácvik dovedností, orientuje se na dosažení žádaných kompetencí atd. a dbá na to, aby edukační výsledek byl v souladu s vytyčenými cíli. Objektem modelu jsou oba předchozí modely, ale navíc se působícím činitelem víc stává silně se uplatňující celková společenská kultura a zejména edukační situace, v níž vzdělávací proces probíhá. Rozhodujícím činitelem v tomto modelu se stává živý žák a vyučovací předmět. Jako souhrn, syntéza všech těchto činitelů se projevuje jako příprava na edukační činnost, která se na základě všech uvedených vlivů a podnětů stává modelem výukového procesu.“ (Maňák, 2007, s. 49).

V závěru studie autor zdůrazňuje: „Výchozím podnětem pro modelování kurikula byla skutečnost, že kurikulum není stabilní, statický konstrukt, jak se někdy jeví ve své výsledné, uživatelské podobě, ale že prochází vývojem, a to nejen v souvislosti s dobovými názory a vědeckými teoriemi, ale přímo ve své genezi, poněvadž nejprve vzniká jako ideální konstrukt, poté se specifikuje pro určité typy škol a je vtělen do školních dokumentů, které v podobě norem, osnov apod. usměřňují vzdělávací proces. Vyvrcholením tohoto postupného zrání a realizování kurikula (zejména jeho obsahové dimenze) je vzdělávací proces, konkrétní výuka, která probíhá jako pedagogická interakce mezi učitelem a žáky.“ (Maňák, 2007, s. 51).

Aplikujeme-li myšlenky autora na vzdělávací obor výchova ke zdraví, je školní realita umocněna rozporuplným statutem uvedeného vzdělávacího oboru jak na úrovni projektované formy kurikula v RVP ZV, tak i na úrovni realizované formy kurikula ve školní praxi.

V projektové formě kurikula (tj. v RVP ZV) je výchova ke zdraví na jedné straně zakotvena jako samostatný vzdělávací obor, na druhé straně tento obor nemá dostatečně definované realizační opory. RVP ZV nestanovuje minimální týdenní časovou dotaci

pro výchovu ke zdraví, jako je tomu např. pro tělesnou výchovu. Není doporučeno, jakou vzdělávací formou či jakým uspořádáním učiva se má vzdělávací obsah výchovy ke zdraví realizovat (např. do kterých předmětů a ročníků se má vzdělávací obsah integrovat), není zabezpečena odborná kvalifikace učitelů pro tento obor aj. Vymezení oboru výchova ke zdraví v RVP ZV se jeví spíše jako průřezové téma.

Na úrovni školní praxe je realizace výchovy ke zdraví obvykle podceňována jak vedením základních škol, tak učiteli a žáky (ale i rodiči). Jak dokládají výzkumné výsledky (viz předchozí kapitola), větší část české populace si vůbec není vědoma, že by obor výchova ke zdraví v základním vzdělávání existoval. Na školách nejsou vytvořeny dostatečné podpůrné podmínky pro výchovu ke zdraví. Na rozdíl od tradičních vzdělávacích oborů a vyučovacích předmětů je problém umocněn i tím, že pro výchovu ke zdraví je třeba v rámci ŠVP zcela nově vymezit jak učební plán, tak i učební osnovy. Pro takové projektování, jak již bylo zmíněno, však není na školách dostatek kvalifikovaných učitelů, ani dostatek zkušeností.

Jednou z možností, jak tuto situaci řešit, je nabídnout školní praxi výzkumně podložené a systémově uspořádané podněty pro implementaci projektové formy kurikula výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů. Tyto podněty by měly usnadnit konfrontaci požadavků kladených na obsah vzdělávání v RVP ZV s realizací možností konkrétní školy a být východiskem pro konstitutivní model kurikula výchovy ke zdraví v rámci ŠVP²¹.

V této souvislosti se vracíme k výše citované studii Maňáka (2007). Domníváme se, že *proces implementace projektové formy kurikula státní úrovně (RVP ZV) do projektové formy kurikula školní úrovně (ŠVP) je systémově možný jen při uplatnění metody modelování, jejímž výsledkem je konstitutivní model kurikula školní úrovně (tj. ŠVP). Subjektem (tvůrcem) takového modelu je pedagogický sbor školy, objektem je obsah vzdělání vycházející ze vzdělávacích podmínek školy. Úkolem učitele (učitelů) je tento konstitutivní model kurikula následně implementovat do realizovaného modelu kurikula, a to při uplatnění všech kurikulárních požadavků. Také tento proces může být smysluplný a účinný jen při uplatnění metody modelování kurikula.*

Modelování kurikula výchovy ke zdraví v rámci ŠVP je nepochybně spojeno s mnohými problémovými otázkami, kterými se aktuálně zabývají tvůrci ŠVP, resp. tvůrci konstitutivního modelu výchovy ke zdraví. Systémově je možné uspořádat **problémové otázky** následovně:

a) *Jakým způsobem bude vzdělávací obsah výchovy ke zdraví realizován a kdo bude realizací (výukou) pověřen?*

- *Bude zaveden samostatný vyučovací předmět výchova ke zdraví?*
- *Budou se předepsaná témata vyučovat v integraci s jiným předmětem nebo s více předměty?*
- *Budou se předepsaná témata vyučovat ve formě projektů či blokové výuky?*
- *Bude výuka probíhat v kombinaci výše uvedeného?*
- *Jakou mají příslušní učitelé kvalifikaci, případně jakým způsobem budou vzděláni či doškoleni?*

21 Domníváme se, že dosavadní sporá metodická podpora výchovy ke zdraví byla vydána buď před aktualizací RVP ZV (Marádová, 2006), nebo dostatečně nerespektuje metodu modelování kurikula (Pernicová, 2008).

- b) Čím bude povinný obsah vzdělání výchovy ke zdraví doplněn?
- Bude se výchova ke zdraví prolínat celým školním procesem?
 - Jaká bude nabídka volitelných předmětů, nepovinných předmětů, zájmových forem?
 - Jak bude orientována tělesná výchova?
 - Podle jakých parametrů budou evaluovány předměty obsahující učivo výchovy ke zdraví?
 - Podle jakých parametrů bude evaluována tělesná výchova?
 - Jak budou hodnoceni a klasifikováni žáci v těchto předmětech?
 - Které další vzdělávací formy budou organizovány (kurzy, exkurze, besedy, programy, projekty apod.)?
 - Jak bude zajištěna kooperace mezi jednotlivými učiteli, učiteli a žáky, mezi žáky navzájem?
- c) Jakým způsobem bude vzdělávací proces výchovy ke zdraví na škole podporován?
- Půjdou učitelé a zaměstnanci žákům příkladem?
 - Vytvoří se odpovídající sociální atmosféra a klima školy?
 - Jak bude probíhat osobnostní a sociální výchova žáků?
 - Jakým způsobem se výchova ke zdraví propojí s environmentální složkou?
 - Jakou podobu bude mít spolupráce s rodiči, obcí, institucemi aj.?
 - Jak bude usměrňována výživa žáků (strava ve školní jídelně i mimo školu, pitný a stravovací režim žáků)?
 - Jak bude ovlivňován volný čas žáků?
- d) Jaké další problémy spojené s realizací výchovy ke zdraví se ve škole vyskytují?
- e) K jakým změnám může dojít v průběhu realizace modelu výchovy ke zdraví v rámci ŠVP?

Odpovědi na problémové otázky mohou být následující:

- a) Stanovení základních vzdělávacích forem výchovy ke zdraví
- Pokud bude výchova ke zdraví vyučována v samostatném vyučovacím předmětu (zejména na 2. stupni ZŠ), měla by být zabezpečena aprobovaným učitelem.
 - Bude-li výchova ke zdraví realizována formou *předmětové integrace*, je třeba daná témata rozpracovat do příslušných vyučovacích předmětů. Podílející se učitelé by měli být dostatečně vzděláni v dané problematice.
 - Jestliže bude preferována *projektová výuka v blocích* (zejména na 1. stupni ZŠ), je vhodné využít a vymezit mezipředmětové vztahy.
 - Bude-li povinná výuka doplněna *volitelným předmětem*, je nutné specifikovat povinná a volitelná témata.
 - Pokud by se výchova ke zdraví integrovala s *tělesnou výchovou* (jak na základě našeho výzkumu plánují ředitelé ZŠ), byla by nezbytná změna zaměření tělesné výchovy (z orientace na pohybový výkon na „zdraví podporující“ orientaci).
- b) Stanovení doplňujících forem výchovy ke zdraví
- Součástí výchovy ke zdraví by měla být kvalitní příprava a realizace *preventivních programů* – zvláště u prevence sociálně patologických jevů (např. dle metodického pokynu MŠMT ČR pro školu povinný Minimální preventivní program).
 - Vhodná je realizace *projektů z oblasti podpory zdraví* (např. Škola podporující zdraví, Týdny zdraví, Dny zdraví, Zdravé zuby aj.).

- Lze doporučit zavedení *dalších forem tělesné výchovy* se zdravotně kompenzačním obsahem (nepovinný předmět zdravotní tělesná výchova, pravidelné tělovýchovné chvilky, pohybově rekreační přestávky, tělovýchovné kroužky, kurzy nebo pobyty v přírodě aj.).
 - Výuka výchovy ke zdraví může být doplněna jednorázovými vzdělávacími formami, např. *externími výukovými programy* odborných pracovišť (center volného času, domů ekologické výchovy, K-centra aj.), besedami s odborníky (lékaři, zdravotníky, psychology, policisty, sociálními pracovníky aj.) apod.
 - Doporučit lze pořádání *projektových nebo tematických dnů* (např. na téma „ochrana člověka za mimořádných událostí“) a modelové návčky krizových situací.
 - Potřebné se jeví zapojení žáků do *ekologických akcí*.
 - Rozšířit se může nabídka volnočasových aktivit ve škole (např. školních klubů nebo zájmových kroužků s tematikou zdraví: např. zdravé výživy, první pomoci, zdravého životního stylu, zdravovědy apod.).
- c) *Vymezení forem výchovy ke zdraví přesahující prostředí školy*
- Vzdělávací proces ve škole může rozšířit nabídka volnočasových aktivit mimo školu (výlety, pobyty v přírodě apod.).
 - Nepostradatelné bude prohloubení *spolupráce s rodiči* (podpora a ocenění zdravého životního stylu rodiny, omezení kouření a konzumace alkoholu, nabídka volnočasových aktivit společně pro rodiče a děti: např. společné zážitkové akce, cvičení rodičů a dětí, pořádání přednášek a kurzů pro rodiče s cílem podpořit výchovu ke zdraví ve škole i v rodině aj.).
 - Vhodné by bylo zřízení *poradenského centra* pro rodiče a děti.
 - Konkretizována by měla být *spolupráce s veřejností*, městem či obcí nebo specializovanými pracovišti jiných institucí a s dětskými lékaři.
- d) *Zaměření na oblast psychosociální*
- Nezbytná bude *kooperace* jednotlivých učitelů a zaměstnanců školy, neboť výchova ke zdraví by se měla promítnout do celého výchovně vzdělávacího procesu na škole.
 - Zvýšenou pozornost je třeba věnovat *komunikaci mezi učitelem a žákem* s cílem vytvořit příznivé *psycho-sociální klima školy* (velmi často schází důvěra a žáková ochota svěřit se učitelům se svými problémy).
 - Zvláštní pozornost si zaslouží *děti se speciálními vzdělávacími potřebami a integrate handicapovaných dětí*.
- e) *Konkretizace materiálních podmínek*
- Bude třeba zajistit *odborné a metodické materiály* pro učitele.
 - Zabezpečit je třeba *učební materiály a pomůcky* pro žáky.
 - Jako vhodné se jeví případné zřízení specializované pracovny či učebny, event. *úprava prostor školy* (např. pro pohybově rekreační přestávky).
 - Výše uvedené materiální potřeby vyžadují vyčlenění dostatečných finančních prostředků.
- f) *Ovlivnění výživy a pohybové aktivity žáků*
- Odpovídající pozornost je třeba věnovat *stravování, pitnému režimu a pohybové aktivitě* žáků během výuky a pobytu ve škole.

- Soustavná musí být výchova žáků ke *správným stravovacím návykům a pohybové aktivitě* v jejich celodenním režimu (včetně účinné *spolupráce s rodiči*).
- vhodná by byla *úprava jídelníčku ve školní jídelně*²² (stravování ve školní jídelně je vhodné přizpůsobit obézním nebo jinak zdravotně oslabeným žákům).
- Zvážit je třeba pořádání *kurzů zdravé výživy a pohybové aktivity podporující zdraví* pro zájemce i ve spolupráci s externími lektory.

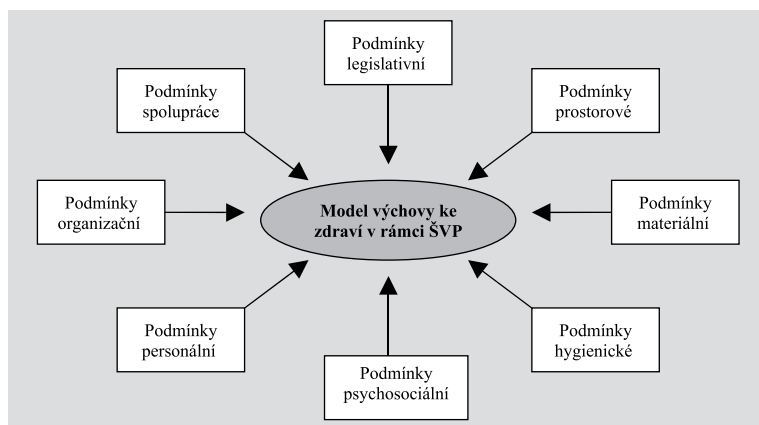
5.1 Podmínky limitující modelování kurikula výchovy ke zdraví

Plnění vzdělávacích cílů a utváření klíčových kompetencí žáků dle RVP ZV by mělo být podpořeno vytvářením odpovídajících **vzdělávacích podmínek** – to se nepochybně týká i vzdělávacího oboru výchova ke zdraví. Vzdělávací potřeby žáků, potřeby pro pedagogickou činnost učitelů, obecně platné předpisy nebo normy a další potřeby či požadavky můžeme považovat za **podmínky limitující modelování výchovy ke zdraví na úrovni ŠVP** (viz obr. 2). Do těchto podmínek se promítají i výše formulované problémové otázky a náměty na jejich řešení.

Při modelování výchovy ke zdraví by měli tvůrci modelu výchovy ke zdraví v rámci ŠVP (tj. pedagogický sbor školy, předmětová komise, učitelé výchovy ke zdraví) konfrontovat konkrétní podmínky školy s nezbytnými i optimálními podmínkami vymezenými v legislativních a vzdělávacích dokumentech. Tyto nezbytné a optimální podmínky se pokusíme níže charakterizovat, neboť je považujeme za systémová východiska k modelování výchovy ke zdraví v rámci ŠVP.

Níže uvedené schéma (obr. 2) zahrnuje jak *obecné podmínky*, tak i *specifické podmínky* pro realizaci vzdělávacího obsahu výchovy ke zdraví. Pokusíme se tyto podmínky systémově rozpracovat s využitím RVP ZV (2007).

Obr. 2: Schéma východisek pro modelování výchovy ke zdraví v rámci ŠVP



²² Strava ve školní jídelně však podléhá Vyhlášce o školním stravování (č. 107/2005 Sb.).

Je zřejmé, že účinná a **komplexně pojatá výchova ke zdraví** se nemůže týkat jen vzdělávacího obsahu vymezeného pro vzdělávací obor výchova ke zdraví. Jak již bylo uvedeno, komplexně pojatá výchova ke zdraví má spíše charakter průřezového tématu a zasahuje veškerý proces života školy včetně obecných podmínek pro vzdělávání. Toho by si tvůrci školního modelu výchovy ke zdraví měli být vědomi a zohlednit tyto aspekty při modelování výchovy ke zdraví.

Za **obecné podmínky** pro komplexní pojetí výchovy ke zdraví považujeme takové, které se týkají celého procesu vzdělávání i dalších aspektů běžného života školy, ale svým charakterem spadají do komplexního pojetí výchovy ke zdraví.

a) *Podmínky legislativní* jsou definovány vzdělávacími a právními dokumenty. Za stěžejní dokumenty považujeme:

- Bílá kniha - národní program rozvoje vzdělávání v ČR (2001);
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (se změnami provedenými k 1. 9. 2007);
- Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (2002);
- Zákon č. 561/2004 Sb., tzv. školský zákon (a jeho novely);
- Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů;
- Metodický pokyn k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních MŠMT, č.j.: 37 014/2005-25;
- Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, č.j.: 20 006/2007-51;
- Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (č. 72/2005 Sb.);
- Vyhláška o školním stravování (č. 107/2005 Sb.);
- Vyhláška o hygienických požadavcích na prostory a provoz zařízení a provozoven pro výchovu a vzdělávání dětí a mladistvých (č. 410/2005 Sb.);
- Vyhláška o zájmovém vzdělávání (č. 74/2005 Sb.);
- Vyhláška o školských výchovných a ubytovacích zařízeních a školských účelových zařízeních (č. 108/2005 Sb.);
- Vyhláška o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků (č. 317/ 2005 Sb.).

b) *Podmínky prostorové*, přestože mají obecnější povahu, lze považovat za nezbytné pro realizaci komplexně pojaté výchovy ke zdraví. Řadíme sem:

- kmenové (univerzální) učebny pro každou třídu s víceúčelovým a funkčním zařízením;
- tělovýchovné prostory (i přírodní a pronajaté) vybavené bezpečným povrchem, náradím a náčiním;
- prostory pro uložení pomůcek a přípravnou práci učitele (kabinety), vybavené odpovídajícím úložným nábytkem a pomůckami pro výuku výchovy ke zdraví;
- studijní zóny pro aktivní využití volného času (knihovny a studovny, informační a komunikační centra);

- prostory pro odkládání oděvu a obuvi (šatny), včetně prostor pro převlékání žáků před tělesnou výchovou a po ní v počtu, který odpovídá počtu cvičišť, návaznému střídání žáků, oddělené činnosti chlapců a děvčat;
- prostory pro osobní hygienu žáků a učitelů – WC a umývárny, vybavené dostatečným počtem hygienických zařízení odpovídajících fyziologickým potřebám daného věku a příslušným normám;
- prostory určené k ošetření úrazu a ke krátkodobému pobytu zraněného, popřípadě k poskytnutí další pomoci při zdravotních problémech;
- další pomocné prostory pro zajištění chodu školy (sklady, prostory pro třídění odpadu aj.).

c) *Podmínky materiální* se týkají zejména učebních materiálů a pomůcek. Jejich naplnění vytváří předpoklady pro tzv. „zdravé učení“:

- učebnice a učební materiály pro všechny žáky;
- metodické materiály pro učitele;
- vhodné didaktické pomůcky pro žáky;
- informační a komunikační technika;
- další náčiní, nářadí a pomůcky pro efektivní vzdělávání.

d) *Podmínky hygienické* zahrnují vedle obecných hygienických požadavků také podmínky pro bezpečné vzdělávání a život školy:

- vhodná struktura pracovního a odpočinkového režimu žáků a učitelů s dostatkem relaxace a aktivního pohybu;
- vhodný režim vyučování s ohledem na hygienu učení a věk žáků;
- vhodný stravovací a pitný režim (podle věkových a individuálních potřeb žáků);
- zdravé prostředí učeben a ostatních prostorů školy (tj. podle platných norem odpovídající světlo, teplo, bezhlučnost, čistota, větrání, velikost sedacího a pracovního nábytku, hygienické vybavení prostorů – viz podmínky legislativní);
- dodržování zákazu kouření, pití alkoholu a požívání jiných škodlivin ve škole a okolí;
- ochrana žáků před úrazy;
- výrazné označení všech nebezpečných předmětů a částí využívaných prostorů;
- pravidelná kontrola zařízení z hlediska jejich bezpečnosti;
- dostupnost prostředků první pomoci, kontaktů na lékaře či jiné speciální služby;
- praktická dovednost učitelů poskytovat první pomoc.

e) *Podmínky psychosociální* mají rovněž obecnější povahu, ale patří mezi stěžejní předpoklady komplexní výchovy ke zdraví:

- vytváření pohody prostředí, zdravého učení a otevřeného partnerství jak mezi žáky a učiteli, tak mezi učiteli a vedením školy;
- vzdělávání propojené se skutečným životem – osvojování si toho, co má pro žáky praktický smysl, co je vede k praktické zkušenosti;
- věková přiměřenost a motivující hodnocení – respekt k individualitě žáků, hodnocení v souladu s individuálními možnostmi žáků, dostatek zpětné vazby, tolerantnost k chybám a omylům;
- naplnění potřeb žáků (všestranný prospěch žáka je hlavním momentem v přípravě a realizaci vzdělávání);

- příznivé sociální klima (otevřenost a partnerství v komunikaci, úcta, tolerance, uznání, empatie, spolupráce a pomoc druhému, sounáležitost se třídou, školou);
 - ochrana žáků před násilím, šikanou a dalšími sociálně patologickými jevy;
 - spoluúčast žáků na vzdělávání a životě školy;
 - včasná informovanost žáků o věcech uvnitř školy i mimo ni;
 - respekt k potřebám jedince a jeho osobním problémům.
- f) *Podmínky personální* limitují celkovou kvalitu vzdělávání i zdravé učební prostředí v celkovém režimu školy. Nezbytné jsou tyto:
- pedagogičtí pracovníci splňující podmínky stanovené zákonem č. 563/2004 Sb., jsou schopni podílet se i na dalších činnostech ve škole;
 - pedagogičtí pracovníci disponují potřebnými profesními dovednostmi (tj. jsou komunikativní ve směru k žákům, jejich rodičům, ostatním pedagogům a odborníkům zajišťujícím pro školu speciální služby, schopní diagnostikovat žáky a motivovat je k další činnosti, udržet neformální kázeň, průběžně se vzdělávat, hodnotit a modifikovat svou činnost);
 - škola může nabídnout odbornou pomoc žákům a jejich rodičům (tj. pomoc speciálního pedagoga, školního psychologa, pedagogického asistenta apod.);
 - pedagogický sbor je schopný týmové práce, vzájemně vstřícné komunikace a spolupráce;
 - řídicí pracovníci respektující vzdělávací obsah výchovy ke zdraví, disponují výraznými manažerskými, organizačními i pedagogickými schopnostmi, jsou schopni vytvářet motivující a zároveň náročné profesionální klima, usilují o neustálý odborný a profesní růst svůj i svých podřízených, vyznačují se koncepčním myšlením a stylem práce, jsou ochotní poradit, ale i zaštitit učitele vůči negativním vnějším vlivům.
- g) *Podmínky organizační* ohraničují vzdělávací možnosti školy. Obecné podmínky pro komplexní výchovu ke zdraví jsou následující:
- spoluúčast všech učitelů na realizaci ŠVP včetně výchovy ke zdraví;
 - optimální režim výuky v souladu s věkovými možnostmi a potřebami žáků, ve shodě s obsahem vzdělávání a vhodnými způsoby učení, s návazností povinného a nepovinného vzdělávání;
 - optimální režim života školy v souladu s věkovými potřebami žáků a jejich bezpečností (režim odpočinku, pohybový režim, stravovací a pitný režim, dodržování hygieny, zájmová činnost, mimořádné situace).
- h) *Podmínky spolupráce* školy s rodiči žáků, institucemi a veřejností vytvářejí předpoklad pro přesah výchovy ke zdraví mimo školu i do životního stylu žáků. Za potřebné považujeme:
- funkční a neustále aktualizovaný systém informací směrem k žákům, k učitelům, k vedení školy, k rodičům, partnerům školy a mezi jednotlivými aktéry vzdělávání navzájem;
 - styk s rodiči žáků a jinou veřejností (např. školskou radou) – seznamování se záměry školy, s cíli, způsoby výuky, hodnocením žáků, s pravidly života školy, vzájemné hledání při řešení problémů žáků;
 - vzdělávací strategie otevřené vůči rodičům;
 - prostor pro vznik a fungování samosprávného orgánu rodičů;

- prostor pro setkávání učitelů s rodiči;
- poradní servis pro rodiče ve výchovných otázkách;
- informace o jednotlivých žácích potřebné pro individuální formy vzdělávání;
- možnost účasti rodičů ve výuce a na výchovných a vzdělávacích činnostech organizovaných školou;
- vytváření společenských vztahů školy a veřejnosti.

Za **specifické podmínky** limitující realizaci vzdělávacího obsahu výchovy ke zdraví je možné považovat následující:

a) Podmínky prostorové:

- speciální učebna pro výchovu ke zdraví vybavená mobilním nábytkem, laboratorními přístroji (mikroskop), obrazovým a didaktickým materiálem a pomůckami, audiovizuální technikou;
- pracovní prostory (cvičná kuchyně, učebna pro poskytování první pomoci apod.) vybavené vhodnými přístroji, učebními pomůckami apod.;
- relaxační prostory a prostory pro nenáročné pohybové aktivity – pro společné a individuální činnosti i pro společnou či individuální relaxaci žáků a učitelů;
- prostory pro zájmovou činnost po vyučování (kroužky, kluby), vybavené pracovním a odpočinkovým nábytkem, pomůckami pro aktivní i pasivní relaxaci a pro učení;
- prostory pro společné stravování k tomuto účelu náležitě vybavené a respektující hygienické normy a věkové zvláštnosti žáků.

b) Podmínky materiální týkající se učebních materiálů a pomůcek pro obor výchova ke zdraví:

- učebnice pro výchovu ke zdraví (které dosud nejsou k dispozici) nebo učebnice s integrovaným obsahem a rozpracovanou výchovou ke zdraví (pro 1. i 2. stupeň ZŠ);
- metodické materiály a metodická podpora pro učitele (např. webový portál RVP ZV pro výchovu ke zdraví);
- didaktické pomůcky pro žáky (např. resuscitační torzo, model kostry, tonometr, obvazový a další zdravotnický materiál);
- informační a komunikační technika včetně multimediálních programů s tematikou výchovy ke zdraví;
- náčiní, nářadí a pomůcky pro tělesnou výchovu a rekreační pohybovou aktivitu.

c) Podmínky hygienické a psychosociální jsou totožné s podmínkami obecnými.

d) Podmínky personální zásadně limitují kvalitu vzdělávání v oboru výchova ke zdraví a jsou podmíněny zájmem učitelů o výchovu ke zdraví a osobní životní styl i životní styl žáků. Personální podmínky následně ovlivňují tvorbu učebního plánu i učebních osnov (viz následující organizační podmínky).

Na školách mohou aktuálně působit tyto učitelé:

- učitelé 1. stupně ZŠ bez odpovídajícího vzdělání v oboru výchova ke zdraví (vyučující bez vysokoškolského vzdělání, absolventi studijního programu učitelství pro 1. stupeň ZŠ bez odpovídajících studijních předmětů apod.);
- učitelé 1. stupně ZŠ s odpovídajícím vzděláním v oboru výchova ke zdraví;
- učitelé 2. stupně ZŠ bez odpovídajícího vzdělání v oboru výchova ke zdraví;

- učitelé 2. stupně ZŠ s odpovídajícím vzděláním v oboru výchova ke zdraví (absolventi oboru rodinná výchova, resp. oboru rodinná výchova a výchova ke zdraví, v budoucnu oboru výchova ke zdraví);
- absolventi kurzů (seminářů) z oblasti výchovy ke zdraví;
- kvalifikovaní či nekvalifikovaní školní metodici prevence
- externí učitelé zajišťující výchovu ke zdraví (např. s medicínským nebo zdravotnickým a pedagogickým vzděláním).

e) *Podmínky organizační* se promítají především do *učebního plánu školy*, do *učebních osnov* v rámci ŠVP i do *hodnocení žáků* a *autoevaluace školy*:

Do *učebního plánu* se musí promítnout:

- výrazné členění plánu pro 1. a 2. stupeň ZŠ a jednoznačné rozhodnutí, zda vzdělávací obor výchova ke zdraví na 2. stupni ZŠ bude realizován prostřednictvím povinného vyučovacího předmětu včetně časové dotace pro konkrétní ročníky, anebo bude obor výchova ke zdraví integrován do jiných vyučovacích předmětů;
- konkretizace případných volitelných předmětů se vzdělávacím obsahem výchovy ke zdraví a jejich časovou dotací v jednotlivých ročnících;

Poznámky k učebnímu plánu musí zahrnovat:

- obsahové vymezení, organizační podmínky a jiná specifika realizace povinného a volitelného předmětu/volitelných předmětů (tj. pokud nemá předmět identický vzdělávací obsah i název jako vzdělávací obor výchova ke zdraví, z jakého oboru/oborů, případně průřezových témat, byl tento vyučovací předmět vytvořen);
- uplatnění jiných organizačních forem výchovy ke zdraví, než je vyučovací hodina.

Učební osnovy obsahují:

- název vyučovacího předmětu a jeho charakteristiku (tj. obsahové, časové a organizační vymezení vyučovacího předmětu)
- v případě integrace vzdělávacího obsahu výchovy ke zdraví do jiného či jiných vyučovacích předmětů je třeba v učebních osnovách uvést, z jakých vzdělávacích oborů, jejich částí a průřezových témat je vzdělávací obsah předmětu(ů) vytvořen;
- výchovné a vzdělávací strategie, tj. společné postupy uplatňované na úrovni vyučovacího předmětu(ů), jimiž učitelé cíleně utvářejí a rozvíjejí klíčové kompetence žáků;
- vzdělávací obsah vyučovacího předmětu, tj. distribuci a rozpracování očekávaných výstupů do ročníků, případně do delších časových úseků, výběr a rozpracování učiva do jednotlivých ročníků nebo do delších časových úseků ve vazbě na očekávané výstupy, průřezová témata – výběr tematických okruhů s konkretizací námětů a činností v jednotlivých ročnících;
- další doporučené údaje, tj. mezipředmětové souvislosti a další poznámky upřesňující realizaci vzdělávacího obsahu;

Hodnocení žáků a *autoevaluace školy* obsahuje:

- pravidla pro hodnocení žáků;
- způsoby hodnocení žáků (klasifikací, slovně, kombinací obou způsobů);
- kritéria hodnocení žáků v rámci vzdělávacího oboru výchova ke zdraví;
- oblasti autoevaluace, cíle a kritéria autoevaluace, nástroje autoevaluace v rámci oboru výchova ke zdraví.

5.2 Náměty na organizační formy vzdělávání v oboru výchova ke zdraví

Jak plyne z *učebního plánu školy*, vzdělávací obsah jednotlivých oborů se realizuje prostřednictvím různých organizačních forem vzdělávání. Výběr forem usměrňuje konkrétní podmínky školy. Tyto formy mohou být pro obor výchova ke zdraví následující:

a) Základní organizační formy vzdělávání pro povinný vzdělávací obsah:

- samostatný povinný vyučovací předmět s názvem výchova ke zdraví (nebo s obdobným názvem)
- integrace vzdělávacího obsahu do jiného povinného vyučovacího předmětu
- integrace vzdělávacího obsahu do více povinných vyučovacích předmětů
- výuka v blocích, resp. projektová výuka přesahující rámec jednoho předmětu (zejména na 1. stupni ZŠ)

b) Doplnující organizační formy vzdělávání:

- volitelný vyučovací předmět
- nepovinný vyučovací předmět
- projekty (školní, třídní, vrstevnické – Peer programy, plošné, regionální)
- externí výukové programy (K-centra apod.)
- přednášky a besedy s odborníky
- exkurze do mimoškolních zařízení a institucí
- kurzy a semináře
- cvičení v přírodě
- školy v přírodě, ozdravné pobyty v přírodě
- školní výlety
- další školní vzdělávací akce (soutěže, sportovní akce, vystoupení)
- jiné formy (názorná propagace, videoprogramy, počítačové programy, literatura, web)

c) Volnočasové formy vzdělávání a další aktivity:

- zájmové kroužky, školní kluby
- jednorázové akce typu soutěž
- akce rodičů s dětmi
- ozdravné pobyty a letní tábory
- výlety
- školní družina

d) Komplexní programy a projekty:

- Minimální preventivní program
- projekt Škola podporující zdraví
- program specifikovaný školou

5.3 Shrnutí a diskuse

Upozornili jsme na význam systémového přístupu k tvorbě projektové formy kurikula s uplatněním metody modelování v rámci ŠVP. Výsledkem je *konstitutivní model kurikula školní úrovně*, který je limitován vzdělávacími podmínkami školy.

Výše koncipované náměty navrhujeme jako *východiska pro modelování výchovy ke zdraví v rámci ŠVP*. Návrhy na uspořádání učiva i výčet dalších námětů však považujeme za otevřený systém, který by měl být doplněn a upraven na základě skutečného modelování výchovy ke zdraví na konkrétní škole. Otevírá se zde prostor pro tvořivost učitelů, kteří vstupují do role *tvůrců kurikula školní úrovně*.

6 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ V ZAHRANIČNÍM ŠKOLSTVÍ

Níže prezentované informace vycházejí z rámcového přehledu o výchově ke zdraví v zahraničním školství, který byl zpracován v rigorózní práci (Mužiková, 2006a). Tento přehled vznikl na základě obsahové analýzy jednotlivých příspěvků rozsáhlé komparativní studie, porovnávající tělesnou výchovu (physical education) a výchovu ke zdraví (health education) ve více než 30 zemích celého světa (Pühse, Gerber, 2005). Cílem obsahové analýzy textu bylo vyhledat a shromáždit informace o výchově ke zdraví v příslušných zemích.

Následující stručný přehled neobsahuje údaje o výchově ke zdraví v zemích, které jsou prezentovány v publikacích Řehulky a kol. (2006, 2007, 2008a,b,c, 2009a,b, 2010a,b) nebo Liby (2005, 2007, 2010) a Wiegerové (2005). Přehled ale uvádí některé podrobnější údaje o tělesné výchově. Ta byla dříve téměř na celém světě orientována především na sportovní a pohybovou výkonnost. Současná koncepce tělesné výchovy se mění, obor se více zaměřuje na problematiku zdraví. Zařazujeme proto obsáhlejší informace o tematickém propojení tělesné výchovy s výchovou ke zdraví.

6.1 Základní charakteristika výchovy ke zdraví v zahraničí

Projektové kurikulum v *Anglii* zdůrazňuje především aktivní a zdravý životní styl s pohybovou aktivitou dětí. V tělesné výchově se žáci seznamují s důležitostí zdravého způsobu života, učí se, jak různé typy pohybových aktivit ovlivňují jejich zdatnost, jaká jsou pozitiva pravidelného cvičení a jaké aktivity mohou vést k větší duševní pohodě a posílit jejich zdraví. Žáci jsou vedeni k tomu, aby za své zdraví převzali osobní zodpovědnost.

Výchova ke zdraví v Anglii je dosud propojena s výukou tělesné výchovy, která obsahuje všechny tematické celky učiva tělesné výchovy (obdobně jako v ČR) a učivo výchovy ke zdraví vztahující se k pohybu. Ostatní témata výchovy ke zdraví týkající se duševní pohody a podpory zdraví jsou rozptýlena do dalších předmětů. Probíhají diskuse, zda má být vytvořen samostatný obor, resp. vyučovací předmět výchova ke zdraví. Školy nabízejí také programy na podporu zdravého životního stylu žáků a zvyšuje se nabídka mimoškolních tělovýchovných programů. (Fisher, 2005)

Kurikulum tělesné výchovy a výchovy ke zdraví v *Austrálii* má klíčovou roli v prevenci některých civilizačních chorob, např. kardiovaskulárních onemocnění, užívání drog či v prevenci obezity. Ačkoli výchova k aktivnímu sportu zůstává stále jedním z hlavních cílů tělesné výchovy, je v současné době na předmět propojený s výchovou ke zdraví nahlíženo spíše z hlediska jeho přínosu pro přeměnu společnosti, která by se měla starat o podporu zdraví, zamezovat zdravotním rizikům, přijmout za své zdravý životní styl a tím se stát společností „zdravých občanů“. Výuka tělesné výchovy se zabývá i vývojem člověka, teoretickým základem pohybové aktivity, zdatností, bezpečností či významem zdravého stravování. Předmět je zaměřen zejména na podporu a zvýšení zdraví jedinců i celé společnosti.

V roce 1991 byly v Austrálii vytvořeny celostátní rámcové programy, v nichž byla tělesná výchova spojena s výchovou ke zdraví. V současné době se předmět nazývá „tělesná výchova a výchova ke zdraví“ a vyučuje ve všech státech Austrálie. Učitelé by se neměli považovat pouze za učitele tělesné výchovy, ale za učitele obou oborů. Počet vyučovacích hodin se však nezvýšil, takže se učitelé tělesné výchovy musejí vyrovnávat s nárůstem učiva. Nemohou se nyní zaměřovat pouze na fyzickou stránku žáků, ale musí se zabývat rovněž odpovědností za zdraví a osobnostním rozvojem žáků. (Tinning, 2005).

Kurikulum v **Belgii** obsahuje všechny základní tematické celky tělesné výchovy. Z učiva výchovy ke zdraví se přidávají zejména další základní či doplňující informace o zdravém způsobu života. Cílem je vyvolat v žácích kladný vztah k pohybu v každodenním životě a naučit je hlavním principům zdravého životního stylu. Učivo výchovy ke zdraví je realizováno v rámci předmětu tělesná výchova, který však dle autorů nemá k dispozici dostatečný počet vyučovacích hodin (2 hodiny týdně). Na školách proto dochází k zavádění doplňujících programů na podporu zdravého životního stylu. Důležitá je také komunikace s rodiči, kteří mohou děti zapojovat do různých programů podporujících zdraví. Informovanost rodičů o důležitosti fyzicky aktivního způsobu života je jedním z hlavních úkolů školy. (Knop, Theeboom, 2005)

V současné době dochází v **Brazílii** k přehodnocení koncepce tělesné výchovy. Na centrální úrovni, na základě směrnice federální rady (tj. ministerstva), se základní prvky tělesné výchovy zaměřují na výchovu ke zdraví, aby přispívaly k tělesné zdatnosti a zlepšení kvality života, prevenci onemocnění a vad držení těla. Zahrnují se poznatky z psychologie, sociologie, filozofie, antropologie, čímž se tělesná výchova sblíží s humanitními vědami. Zaměřuje se těsněji na psychomotoriku, překonávání překážek, rozvíjí se poradenství. Učivo výchovy ke zdraví je začleněno do vyučovacích předmětů tělesná výchova. (Costa, Tubino, 2005)

Motto „zdraví na prvním místě“ je v **Číně** výchovný ideál, jehož primárním cílem je zlepšit tělesné a duševní zdraví žáků. Pojem zdraví v názvu předmětu „sporty a zdraví“ (Sports and Health) zdůrazňuje posun v orientaci tělesné výchovy od zaměření na tělesný rozvoj a rozvoj sportovních dovedností k rozvoji tělesného a duševního zdraví a sociálních dovedností.

Důležitým cílem je, aby žáci lépe pochopili spojitost mezi zdravím osobním a celkovým zdravím populace. Toto napomáhá vštěpovat smysl odpovědnosti vůči sobě, spoluobčanům i celé společnosti. Tělesná výchova jako celek dále rozvíjí uvědomování si nezbytnosti spolupráce, ale také konkurence v současné společnosti. Napomáhá vytvářet úctu a ohleduplnost k druhým, rozvíjet čestnou sportovní morálku, kolektivismus, socialismus a ducha vlastenectví. Tělesná výchova musí klást stále větší důraz na zdraví, celoživotní pohybovou aktivitu a podstatu vzdělávání. Měla by naučit žáky, jak zvládat každodenní život, jak se vypořádat s celou škálou nezdravých stravovacích návyků, sedavým životním stylem atd. Předmět rovněž učí, jak zlepšit kvalitu života pomocí trvalých sportovních aktivit. Tělesná výchova zdůrazňuje úctu k osobnosti žáka, rozvíjí jeho osobnost i uspokojování jeho sportovních zájmů.

Obsah výchovy ke zdraví v rámci předmětu „sporty a zdraví“ zahrnuje tělesné zdraví, tělesnou kondici, poznatky z osobní hygieny a osobní návyky, zdravé životní prostředí, výživu, prevenci všeobecných nemocí, základní poznatky o roli sportu pro duševní zdraví. Dalšími tématy jsou bezpečnost při sportu a základní dovednosti

pro přežití v přírodě. V předmětu „sporty a zdraví“ si žáci upevňují schopnost zmírnit frustraci, ovládat se, rozvíjet silnou vůli v procesu překonávání překážek. Posilují smysl pro svoji sebeúctu, zvyšují si sebedůvěru při nepřetržitém prožívání procesu úspěchu a zlepšování se. Učivo výchovy ke zdraví zaujímá zhruba jednu třetinu přidělené časové dotace tohoto předmětu. (Lei, Jichun, 2005)

V kurikulu **Dánska** je podporován zdravý životní styl za účelem omezení civilizačních chorob, např. cukrovky, obezity, kardiovaskulárních onemocnění aj. Zdůrazňují se přitom zejména zdravotní aspekty pohybové aktivity a tělesné zdatnosti. Ostatní témata výchovy ke zdraví nejsou v učivu obsažena. Výchova ke zdraví je realizována v rámci předmětu tělesná výchova, školní výuku doplňují projekty aktivního trávení volného času dětí. (Ronholt, 2005)

Ve **Finsku** je na výchovu ke zdraví kladen stále větší důraz v souvislosti se vzrůstajícími problémy v životním stylu mládeže (alkohol, kouření, drogy). Výchova ke zdraví má úzce propojené cíle s tělesnou výchovou. Jde o podporu zdravého a pohybově aktivního způsobu života žáků a rovněž o porozumění důležitosti a principům udržování fyzické kondice na zdraví prospěšné úrovni. Na nižších stupních středních škol zahrnuje výchova ke zdraví např. témata, jako je význam pohybové aktivity, spánku a výživy. Na vyšších stupních zahrnuje i duševní zdraví, sexuální chování, postoj k intoxikaci, nejrozšířenější nemoci a jejich prevenci. Žáci zkoumají faktory ovlivňující zdraví z hlediska jednotlivce, prostředí i společnosti včetně mezilidských vztahů a forem soužití. Získávají vědomosti o vlivu životního stylu na zdraví a o vztahu mezi pohybovou aktivitou a zdravím. Učí se, jak své zdraví aktivně chránit.

Od roku 2001 jsou tělesná výchova a výchova ke zdraví samostatnými vyučovacími předměty. Předmět výchova ke zdraví vyučují většinou učitelé tělesné výchovy, podmínkou je ale odpovídající vzdělání. Od roku 2009 by měl být předmět výchova ke zdraví součástí maturitních zkoušek. (Heikinaro-Johansson, Telama, 2005)

Výchova ke zdraví ve **Francii** je obecným cílem a součástí tělesné výchovy. Žáci během hodin tělesné výchovy získávají informace o zdraví, aniž by se je nějak systematicky učili. Žádné speciální hodiny zaměřené na výchovu ke zdraví neexistují. Při tělesné výchově se žáci mají učit také o prevenci úrazů během sportování ve volném čase, o základních pravidlech zdravé výživy a pitném režimu, o hospodaření s energií v různých obdobích života a základech první pomoci.

Učivo výchovy ke zdraví je začleněno do vyučovacího předmětu tělesná výchova. Učitelé se ale v rozporu s projektovanými cíli a obsahem vzdělávání zaměřují zejména na efektivní fyzickou přípravu žáků. (Wallian, Gréhaigine, 2005)

K hlavní principům školství v **Ghaně** patří důraz na rozvoj vůdčích schopností žáků (leadership), jejich samostatnosti (self-reliance) a tvořivosti (creativity), a to podporováním tělesné výchovy, sportu, her a kulturních programů pro mladou generaci. V tělesné výchově by se žáci měli dovědět o tématech spojených s výchovou ke zdraví. Měli by si vážit tělesné zdatnosti a rozvíjení vlastního těla. Měli by se snažit podporovat myšlenky správného sportovního chování a fair-play, chovat se k ostatním s úctou a zapojit se do zdravé soutěže se svými protihráči. Dle autorů to ale není vždy jednoduché na pozadí hesla „Vyhráj za každou cenu!“.

Učivo výchovy ke zdraví je začleněno do vyučovacího předmětu tělesná výchova. Učitelé by měli zabezpečit, aby žáci měli do výuky tělesné výchovy vhodné

oblečení, trvat na tom, aby se žáci po cvičení osprchovali a převlékali do svých školních uniforem, aby se postarali o své sportovní úbory, udržovali v čistotě učební prostředí a jeho vybavení, ohlásili případné zranění a přivolali pomoc a posupně si rozvíjeli správné zdravotní návyky a postoje.

Na některých školách jsou hodiny tělesné výchovy považovány za volné hodiny a většina základních škol nevyučuje tělesnou výchovu vůbec. (Ammah, Kwaw, 2005)

V **Hong Kongu** je od 60. let minulého století v kurikulu tělesné výchovy kladen velký důraz na zdraví. Vychovávat fyzicky zdravé děti je jedním z hlavních cílů tělesné výchovy v Hong Kongu. V čínské kultuře existuje pět „kruhů ctnosti“ a jedním z nich je fyzické zdraví. Díky této klíčové úloze nemůže být tělesná výchova ignorována nebo dokonce vyřazena z výuky. Fyzická aktivita na školách nemůže být oddělována od ostatních aspektů zdravého životního stylu. V kurikulu tělesné výchovy jsou zdůrazněny čtyři základní dovednosti – spolupráce, komunikace, kritické myšlení a kreativita. Nicméně se zdá, že ve skutečnosti má sportovní aktivita významnější roli než zdraví.

Učivo výchovy ke zdraví je začleněno do vyučovacího předmětu tělesná výchova. Jsou podporovány i projekty zabývající se zdravím. (Liu, 2005)

Učivo v **Irsku** se zaměřuje na vytváření kladných postojů ke zdravému životnímu stylu a na seznamování mládeže se vztahem mezi pohybovou aktivitou a zdravím. Škola má žákům poskytovat příležitost rozvíjet jejich dovednosti a naučit se vědět více o sobě. Žáci se mají starat o sebe i o jiné a činit kvalifikovaná rozhodnutí ohledně svého zdraví, osobního života a sociálního rozvoje.

Učivo výchovy ke zdraví je začleněno do tělesné výchovy a do vyučovacího předmětu občanská výchova a výchova ke zdraví. (Halbert, McPhail, 2005)

Kurikulum v **Israelu** neobsahuje předmět výchova ke zdraví, proto jsou otázky psychického a sociálního zdraví začleněny do tělesné výchovy. Cílem je vštípit vědomosti a principy zdravého životního stylu žákům a tím předmět legitimizovat i po stránce psychosociální.

Učivo výchovy ke zdraví je začleněno do vyučovacího předmětu tělesná výchova. Učitelé tělesné výchovy mají široké vědomosti o lidském těle a jeho funkcích, pohybu a jeho důležitosti, principech zdravého stravování, o rizikových faktorech, např. obezitě, konzumaci alkoholu a užívání drog. (Harari, 2005)

Tělesná výchova v **Japonsku** má za cíl podporovat pozitivní přístup k celoživotnímu sportování. Po 2. světové válce se stala výrazným faktorem pro legitimizaci postavení tělesné výchovy na školách výchova ke zdraví. Ve výchově ke zdraví na nižších stupních středních škol nestačí pouze mít představu o tom, jak zdravý životní styl zavést do výuky, je třeba rovněž objevovat a řešit problémy, které s tím souvisejí. Tento požadavek je aktuální v důsledku vážných problémů se zdravím, fyzickou kondicí a duševní pohodou školních dětí.

Sociální oblast je jednou z hlavních domén, proto se nyní zavádějí jako povinná součást výuky na základních školách cvičení pro uvolnění těla a mysli, zvýšená pozornost je věnována sociálním dovednostem. V mnoha případech je výuka tělesné výchovy zaměřena i na vytváření nových sportovních pravidel. Směřuje k tvorbě takových pravidel, aby byl sport pro každého potěšením. Při tvorbě pravidel je potřeba akceptovat potřeby všech zúčastněných.

Veškerá výuka včetně tělesné výchovy je zaměřena na čtyři oblasti: zájem – motivace – postoj, myšlení – úsudek, dovednosti – vyjadřování, vědomosti – porozumění. Rozvíjeny mají být zejména: schopnost učit se, samostatné myšlení a řešení problémů; humánnost, sebekázeň, spolupráce a zájem o druhé, nadšení pro lepší a zdravý způsob života, zlepšení fyzické kondice. Z důvodu dosažení tohoto cíle bývá v tělesné výchově často aplikována výuka v malých skupinách.

Předmět zahrnující tělesnou výchovu se na základních školách (6–12 let) nazývá „tělesná výchova“ a na nižších a vyšších stupních středních škol „tělesná výchova a výchova ke zdraví“. Na základních školách se od 3. ročníku jako jeden z tematických okruhů tělesné výchovy zavádí výchova ke zdraví. (Okade, 2005)

Role výchovy ke zdraví v *Jižní Koreji* spočívá v prevenci nakažlivých chorob, užívání drog, seznámení se s problematikou znečištěného ovzduší a obzvláště se zaměřuje na zdravou výživu, sexuální výchovu a zdravý životní styl. Ve vyšších ročnících je postupně zdůrazněno fyzické cvičení.

Od 1. do 10. ročníku je výchova ke zdraví součástí tělesné výchovy. Na důležitosti nabývá v 11. a 12. ročníku, kdy se předmět nazývá „tělesná výchova a zdraví“. Na školách působí i zdravotní sestry, které dohlížejí na zdraví žáků. Občas tyto sestry vyučují zdravotnědná témata v rámci tělesné výchovy. Výchova ke zdraví tak může být zajišťována učiteli tělesné výchovy, zdravotními sestrami nebo oběma odborníky. (Kang, You, 2005)

V souvislosti s reformou školství v *Kanadě* byl předmět výchova ke zdraví celostátně zařazen do nových vzdělávacích programů, nicméně rozsah a hloubka zařazení se v jednotlivých provinciích liší. Např. v Quebecu je výchova ke zdraví součástí předmětu tělesná výchova v rámci obecného tematického okruhu Zdraví a pohoda (Health and Well-Being). Vědomosti, které žák získá ve škole, včetně dovedností z tělesné výchovy, by měly následně ovlivnit i jeho mimoškolní život, jeho další celkový rozvoj, zejména tělesný, zdraví, interakci s ostatními, způsob řešení problémů aj. Žák si má osvojit zdravé přístupy, hodnoty a chování spojené se zdravým, aktivním životním stylem. Úkolem pro učitele tělesné výchovy je vypracovat strategii začlenění pohybových aktivit do každodenního života žáků.

Klíčovou roli ve vzdělávání v oboru výchova ke zdraví hraje projekt Zdravá škola (Healthy School), který se zaměřuje nejenom na žáky, ale i na jejich rodiny, na učitelský i neučitelský personál, zdravotnické a administrativní pracovníky i různé úrovně státní správy. (Rivard, Beaudoin, 2005)

Rámcové vzdělávací programy v *Litvě* zdůrazňují potřebu vědomostí o zdravém životním stylu, které by měli žáci získávat zejména během tělesné výchovy. Žáci by měli být vedeni zejména k pohybové aktivitě. Výchova ke zdraví v rámci tělesné výchovy je dále pojímána jako schopnost převzít odpovědnost za své vlastní zdraví i za zdraví svého okolí. Zahrnuje porozumění zdraví, schopnost starat se o zdraví a fyzický stav, překonávání stresu a přijetí zdravého životního stylu jako neododdělitelné součásti života. Důraz je kladen i na posílení vědomostí o omezení rizikových faktorů.

Implementace výše uvedených cílů je podle názoru autora nedostačující. Učitelé zaměřují hodiny tělesné výchovy stále spíše na pohybovou stránku a získávání motorických dovedností, než na podporu zdravotně orientované tělesné zdatnosti a každodenní pohybovou aktivitu. (Cikotiene, 2005)

Hledisko zdravého životního stylu má v *Maďarsku* významnou úlohu zejména ve formování obsahu tělesné výchovy. Maďarské národní kurikulum pro základní vzdělání to dle autora zdůrazňuje následovně: Tělesná výchova formuje vědomosti, přesvědčení a hodnocení biologické a psychické povahy lidí v různých sociálních prostředích. Poskytnutím vzdělání v oblasti hygieny mohou učitelé zdůraznit důležitost udržení zdraví. Mezi duševním zdravím a fyzickou aktivitou existuje zjevný vztah. Fyzická aktivita redukuje neurotické jevy a duševní neurózu a rovněž zmírňuje deprese. Také snižuje efektivnost jiných ukazatelů stresu a zvyšuje sebevědomí, zejména u dětí. S rostoucí fyzickou aktivitou klesá pravděpodobnost výskytu škodlivých faktorů. Mládež by měla být vystavena intelektuální, emocionální a fyzické stimulaci, neboť tyto tři faktory mohou společně ovlivnit obecný postoj žáků ke zdraví a k efektivnímu využívání jejich schopností. (Vass, 2005)

Učivo výchovy ke zdraví je v *Německu* začleněno do vyučovacího předmětu tělesná výchova. Učební osnovy jsou ale v jednotlivých spolkových zemích rozdílné. Společným cílem těchto osnov je podpora zdraví a zdravého vědomí. Kromě informací o zdraví škodlivém jednání obsahují osnovy rovněž informace o psychické a sociální pohodě. Proto nesmí být posláním tělesné výchovy újma na zdraví žáka, ale podpora zdraví žáka. Nově uváděná doporučení na podporu zdraví v rámci tělesné výchovy jsou založena na obecném porozumění hodnotám zdraví a jsou spojena s koncepcí salutogeneze. Skutečnost, že podpora zdraví žáků je považována za důležitý, zásadní a kvalitativně vyšší cíl sportovní činnosti na školách, nachází své vyjádření ve školních osnovách tělesné výchovy. Tyto zásady zdůrazňují funkci tělesné výchovy při rozvoji uvědomování si důležitosti zdravých sportovních aktivit a zdravého životního stylu. Například v osnovách Bavorska nebo Severního Porýní-Vestfálska je jeden ze čtyř základních vzdělávacích okruhů tělesné výchovy nazván Zdraví. (Balz, Neumann, 2005)

V *Nigérii* jsou dle autora tělesná výchova a výchova ke zdraví dvěma stranami jedné mince. Výchovou ke zdraví se například podporuje její praktické využití a povědomí o zdraví, pohybové dovednosti lze následně využít ve volnočasových aktivitách a pro rozvoj elánu a vitality. Výchova ke zdraví může pro dosažení svých cílů zahrnovat i pohybové aktivity, v praktické činnosti při výchově ke zdraví ve škole a při vytváření zdravých životních návyků. Výchova ke zdraví a tělesná výchova se vzájemně doplňují. Tělesná výchova je chápána jako výchova disponující dvěma důležitými parametry: tělesnou zdatností a motorickou výkonností. Fyzická zdatnost a zdraví vytvářejí základ pro rozvoj potenciálu člověka. Na středních školách se vyučuje tělesná výchova pouze v nižších ročnících.

Obsah vzdělání zahrnuje základní principy tělesné výchovy, atletiku, hry a sport, anatomii a fyziologii, problematiku zdraví člověka včetně sexuální výchovy, poznatky o duševních nemocech, drogách, stravování a nutričních deficitech, ale i o dalších nemocech a preventivních opatřeních. Otázkou podle autora zůstává, nakolik efektivně a v jakém rozsahu jsou tato témata skutečně vyučována. Učitelé kladou důraz spíše na výchovu sportovců pro národní a mezinárodní soutěže. A tak jsou přímo od základních škol v hodinách tělesné výchovy zdůrazňovanými prvky zejména soutěživosti a snaha o dosažení vítězství. Idea zúčastnit se, spojená se snahou získat nová přátelství či rozvíjet sportovního ducha a čestné morální vlastností, je v praxi dosti vzdálená.

Naopak, nigerijské školní i mimoškolní sportovní programy přímo zamořilo heslo „Vyhraj za každou cenu!“ (Salokun, 2005)

V *Nizozemí* nemá škola za úkol zajišťovat kondici nebo zdraví žáků. V rámci tělesné výchovy má poskytovat především pohybovou rekreaci. Okrajově se žáci dovídají o vztahu mezi pohybem, zdatností a zdravím, obsah tělesné výchovy se ale orientuje především na různorodé pohybové aktivity žáků. Učivo výchovy ke zdraví není v kurikulu explicitně vymezeno. (Crum, Stegman, 2005)

V *Norsku* se výchova ke zdraví v rámci tělesné výchovy se jeví jako nezbytná v souvislosti s rostoucím pasivním životním stylem mládeže, ale i zároveň jako podpora vzdělávacích procesů a kompenzace jednostranných kognitivních výukových aktivit ve škole. Jedním z cílů vzdělávání je napomáhat žákům chránit si a posilovat své osobní zdraví. Zdůrazňuje se důležitost pohybových aktivit pro radost z pohybu, k vytváření důležité základny pro rozvoj pozitivního přístupu k životu, zdravému životnímu stylu i pro zdraví vlastního organismu. Předpokládá se, že k rozvoji sebedůvěry, schopnosti soustředit se a tím zlepšovat výsledky žáka i v dalších předmětech, může významně přispět tělesná výchova.

V současné době se norská tělesná výchova zaměřuje na dvě hlavní oblasti: na zdraví, tj. na zdravý vývoj jedinců, duševní pohodu, prevenci nadváhy, nemocí apod., a na vzdělávání podporující přípravu na učení, prevenci dyslexie, zlepšení pozornosti a koncentrace, zlepšení sociálních kompetencí žáků atd. K tomuto účelu se využívají speciální pohybová cvičení a programy.

Učební osnovy tělesné výchovy přímo definují čtyři hlavní cíle tělesné výchovy:

- zažít radost z pohybu pomocí objevných, záživných a tvořivých aktivit, naučit se zvládat širokou škálu těchto aktivit;
- získat vjemovou i praktickou zkušenost z přírodního mimoškolního prostředí, rozvíjet znalosti a porozumět postavení člověka v přírodě (osnovy pro 1. stupeň základní školy požadují jeden den v týdnu výuku v přírodě!);
- získat pozitivní zkušenosti a dovednosti jako základ pro pohybově aktivní životní styl;
- získat znalosti o lidském těle s cílem porozumět a respektovat odlišné schopnosti jedinců, být schopen chránit si a posilovat své zdraví.

Aktivity spojené s pobytem v přírodě, ve vodě a se záchranou lidského života mají prioritní postavení v rámci učiva tělesné výchovy i v rámci učebních osnov obecně. V kurikulu je mj. také explicitně vyjádřen požadavek zdůrazňující důležitost spolupráce rodičů a školy. (Moser, Jacobsen, 2005)

V roce 1999 bylo na *Novém Zélandu* zavedeno nové kurikulum pro „tělesnou výchovu a výchovu ke zdraví“. Novinkou je zvýšený důraz na tzv. *hauroa* (duševní pohodu) jako na základní koncept pohledu na lidské zdraví v sociálním a environmentálním kontextu. Výchova ke zdraví pro žáky 1.–10. ročníku obsahuje následující klíčová témata: duševní zdraví, mezilidské vztahy, drogy, alkohol, sexuální výchova, výživa, péče o tělo, tělesná aktivita, sportovní výchova a sporty v přírodě.

Na Novém Zélandu je integrace předmětů tradicí. Hranice mezi předměty nejsou striktní a informace z některých oblastí mohou žáci získávat ve výuce jiných předmětů.

Tento přístup podporuje snahu o propojení tělesné výchovy a výchovy ke zdraví s dotací 2 až 4 hodiny týdně.

Některých cílů nového kurikula nemůže být dosaženo samostatně v rámci jednoho či druhého předmětu. Některé otázky zdraví (např. sexualita) jsou však natolik specifické, že na některých školách učitelé výchovy ke zdraví neučí tělesnou výchovu, anebo naopak. Pro každou oblast jsou potřeba specializovaní odborníci. Jednotlivé školy mohou považovat různé části kurikula za různě důležité, proto by měly mít možnost samy si určit priority. Tato otázka je v současnosti předmětem mnoha diskusí mezi odborníky a poukazuje se na potřebu integrovaného přístupu. (Thomson, Emerson, 2005)

Kurikulum výchovy ke zdraví je v **Polsku** velmi blízké tělesné výchově. Společná oblast zahrnuje: rozvoj schopností starat se o své zdraví, podněcování harmonického rozvoje osobnosti (fyzického, duševního a sociálního), podporu zdravého životního stylu, prevenci rizikových faktorů (alkohol, cigarety, drogy) a zvýšení potřeby vytvoření zdravého životního prostředí. Tyto cíle jsou naplňovány v různých fázích vzdělávacího procesu a jsou optimalizovány pro určitý věk. Totožný obsah učiva pro všechny oblasti je zpracován podle vývojových fází žáků a zahrnuje: tělesnou hygienu, oblékání, obuv, místa pro práci a odpočinek, životní prostředí (hluk, znečištění, vystavování se slunci a alergenům), správné držení těla, péči o tělo (rozvoj svalové hmoty, kondice, výkonnost) a bezpečnost při hrách a soutěžích. Dalším tématem je zhodnocení a rozpoznání rizik během různých situací, zodpovědnost za riziko, chování v případech nebezpečí, první pomoc, fyzická aktivita v různých obdobích života a při různém zdravotním stavu, aktivní a pasivní odpočinek, sebeúcta, poskytování a přijímání podpory a asertivita.

Učivo výchovy ke zdraví je realizováno v rámci různých předmětů a formou doplňujících, periodicky se opakujících aktivit a programů (setkávání, přednášky, prázdninové výjezdy). Jedním z hlavních nositelů učiva výchovy ke zdraví je tělesná výchova. (Dobosz, Wit, 2005)

Sedavý způsob života v **Portugalsku** musí být kompenzován větší fyzickou aktivitou. V podpoře aktivního a zdravého způsobu života mládeže má hlavní roli tělesná výchova. Kurikulum tělesné výchovy obsahuje i oblast výchovy ke zdraví a sociálního vzdělávání. Učitelé mají za povinnost používat tzv. Fitnessgram (testy pro stanovení fyzické kondice žáků), ale především mají seznamovat žáky s koncepcí zdravotních aspektů fyzické zdatnosti. (Careiro da Costa, 2005)

Výchova ke zdraví v **Rakousku** zaujímá velmi významné místo v rámci tělesné výchovy a není chápána pouze v zúženém biologickém nebo medicínském kontextu. Širší pojetí zdraví předpokládá vícerozměrný pohled, čímž se pojem zdraví neomezuje pouze na tělesné a psychologické faktory, ale zahrnuje i sociologické, kulturní a ekologické aspekty. Obsahuje rovněž přípravu dlouhodobých zdravotních přístupů, postojů a chování. V centru pozornosti je snaha vést dospívající pokolení k smysluplnému životu a zároveň rozvíjet u této mladé generace dovednosti úspěšně se vypořádat s nejrůznějšími výzvami současnosti.

Zdravotně orientovaná tělesná výchova musí přesahovat rámec krátkodobé propagace zdraví, musí vytvořit základ pro zdravé chování až do pokročilého věku a zároveň hrát významnou roli při kompenzaci psychosociálních stresů v životě žáků. Základním obsahem předmětu tělesná výchova jsou spíše než jednotlivé konkrétní sporty především tematicky zaměřené pohybové aktivity. V učivu tělesné výchovy jsou

tyto tematické aktivity dále rozděleny na základy pohybové výchovy, aktivity zaměřené na dovednosti a výkon, hry a zábavné pohybové aktivity, aktivity zaměřené na získání zkušeností, aktivity orientované na rozvoj zdraví a kompenzační aktivity. (Grössing, Recla, Recla, 2005)

Výchova ke zdraví v **Řecku** je volitelným předmětem a obsahuje učivo o zdravé výživě, drogách či prevenci nemocí. V rámci povinné tělesné výchovy je věnována pozornost spíše praktickému zlepšování zdraví žáků jejich zapojováním do sportovních aktivit. Vliv fyzické aktivity na zdraví žáků je obvykle trojí: udržet zdraví, zlepšit zdraví a vyhnout se nemocem a úrazům. Proto je třeba získat jak teoretické vědomosti o zdravém životním stylu, prevenci nemocí a výživě, tak soustavně zvyšovat tělesnou kondici. Učivo výchovy je začleněno do vyučovacího předmětu tělesná výchova a do volitelného předmětu výchova ke zdraví. (Kellis, Mountakis, 2005)

Ve **Spojených státech amerických** hraje výchova ke zdraví významnou vzdělávací úlohu a zaměřuje se zejména na sexuální výchovu, výživu, drogovou prevenci, nemoci, redukci stresu, environmentální zdraví a další otázky spojené se zdravím. V minulosti se žáci ve výchově ke zdraví neučili o fyzické aktivitě, cvičení a fyzické zdatnosti v domnění, že tyto otázky jsou probírány v tělesné výchově. Nicméně novou náplní tělesné výchovy je rovněž rozvoj životních dovedností a aktivního a zdravého životního stylu během dospělosti. Protože vzrůstá podpora fyzických aktivit působících nejen na fyzické, ale i na duševní a sociální zdraví, dochází k vzrůstajícímu překrývání se mezi těmito dvěma obory.

Pokud zvážíme nové směřování tělesné výchovy, zejména její zdravotně preventivní funkci a rozvoj osobních životních dovedností, je výchova ke zdraví jejím přirozeným partnerem. Oba programy vyjadřují touhu po propojení fyzického zdraví se zdravím mentálním, emocionálním a duchovním.

Vzhledem k tomu, že jeden ze dvou hlavních cílů tělesné výchovy tkví v rozvoji životních dovedností, stalo se sociální učení a fair-play nevyhnutelným pro budoucí tělovýchovné programy. Skrze propojení se společenskými hodnotami (spolupráce, vůdčí dovednosti, sportovní chování, respekt k druhým bez ohledu na dovednosti, pohlaví nebo barvu kůže apod.) má tělesná výchova jedinečnou příležitost ovlivňovat děti z mnoha hledisek.

Výchova ke zdraví se zavádí na nižších stupních středních škol jako samostatný předmět, zatímco na základních školách (tj. na 1. stupni ZŠ) dosud chybí. Obor výchova ke zdraví je však v USA brán jako samostatná disciplína se samostatnými státními institucemi (Americká asociace výchovy ke zdraví – AAHE) a samostatnými legislativními normami a učebními osnovami.

Předmět tělesná výchova vchází do jednoho z nejdůležitějších období v historii vzdělávání, neboť se stává z periferního, méně důležitého předmětu jedním z hlavních v oblasti vzdělávání a života dětí. K tomu je zapotřebí poskytnout informace o zdraví a fyzické aktivitě a rovněž informace, jak zvýšit „životní dovednosti“. Nyní hodiny tělesné výchovy nesměřují k nejvyššímu výkonu, ale zdůrazňuje se v nich pozitivní dlouhodobý vliv aktivního chování v dětském věku na zvyklosti v dospělosti. Pojetí tělocvičny a hřiště jako „laboratoře životních dovedností“ povzbuzuje děti k aktivitě, zdravému životu, fair play a respektu ke všem lidem bez ohledu na jejich schopnosti, pohlaví nebo etnickou příslušnost. Tento nový směr je velmi důležitým ve světle dnešní

pozornosti, věnované sportu z důvodů zkoumání nevhodného chování profesionálních atletů a sportovních fanoušků. (Feingold, Holland-Fiorentino, 2005)

Stále větší množství transversálních obsahů nachází své místo v obsahu vzdělávání *Španělska*. Jejich cílem je explicitní či implicitní vytváření pozitivních hodnotových orientací u žáků. Jedním z nich je i výchova ke zdraví. Tento cíl vnímají autoři jako jeden ze základních cílů, ke kterému má směřovat i tělesná výchova.

Španělská tělesná výchova spočívá především v provozování sportovních aktivit a v rozvíjení základních pohybových dovedností. Ostatní složky se realizují pouze nepatrně, zejména prostřednictvím sportovních her. Hlavní obsah tělesné výchovy ve španělských školách vychází z legislativních nařízení vlády a je zaměřen mj. na poznávání vlastního těla a tělesnou zdatnost.

Výchova ke zdraví v rámci tělesné výchovy je založena:

- na obsahových konceptech (poznání svého těla, jeho potřeb, nezdravých praktik, vytváření pozitivních návyků ke zlepšení zdraví a životního stylu);
- na postojových konceptech (uznávání důležitosti nepřijímání určitých nezdravých návyků, preferenci pozitivních návyků, vytváření návyků k potřebě pohybových a sportovních aktivit, kritickém postoji k tabáku, alkoholu, k reklamě a propagaci sportovního oblečení);
- na procedurálních konceptech (postupech zaměřených na poznání svého vlastního těla, zlepšení fyzické kondice a sportovní formy, na sebehodnocení). (Gonzales Valerio, Toja, Contreras, 2005)

Hledisko perspektivy výchovy ke zdraví ve *Švédsku* se zaměřuje na širší chápání pojmu zdraví ve spojení s koncepcí salutogeneze. V současné době se i význam tělesné výchovy přesunul na osobní postoje a hlediska ve spojení s pohybovými aktivitami, životním stylem a zdravím. Žáci si mají osvojit převzetí odpovědnosti za své vlastní zdraví a duševní pohodu. Dalšími cíli jsou schopnost reflexe a vyjádření se k otázkám spojeným se zdravím a sportovními aktivitami, s mimoškolní výchovou, diskuse o vztahu mezi životním prostředím a zdravím, o plánování a účasti na pohybových aktivitách a jejich vyhodnocení. Předpokládá se, že učivo propojující pohyb a zdraví napomůže vzniku pohybově aktivních žáků, kteří převzou odpovědnost za své vlastní zdraví a dokážou reagovat a vyhodnocovat faktory, které na jejich zdraví mají vliv.

Aktivity uváděné v obsahu školního předmětu tělesná výchova a zdraví mají rovněž rozvíjet nebo být nástrojem pro vytváření spolupráce, přátelských vztahů, porozumění a úcty k ostatním. U žáků mají rovněž rozvíjet schopnosti nezbytné pro vyjadřování pocitů a postojů jako jsou přátelství, fantazie a kreativita. Toto veškeré snažení povede k pochopení významu pohybových aktivit spolu s vytvářením možností provádět sportovní aktivity jednak samostatně, ale i společně s ostatními. Tyto osnovy nepovažují zdravotní a pohybové aktivity za dvě oddělené jednotky. Podpora zdraví pomocí pohybových aktivit povede k vytvoření lepších motorických dovedností, pozitivnějšímu sebehodnocení (self-image) a zlepšení kvality života.

Od roku 1994 učební osnovy předmětu „tělesná výchova a zdraví“ obsahují dva hlavní prvky: pohybové aktivity a zdraví. Cílem předmětu je rozvíjet vědomosti z oblasti zdraví a podporovat zdraví v širších souvislostech. Toto zahrnuje tělesnou, duševní a sociální pohodu a zároveň i pozitivní sebehodnocení (self-image). Podle nových osnov

již není zdraví záležitostí pouze a výhradně jednotlivce, jak tomu bylo v dřívějších dobách, ale zdraví je rovněž ovlivňováno nejrůznějšími faktory ve společnosti. Vzdělávací obsah předmětu považuje za samozřejmá některá spojení mezi stravovacími návyky, pohybovými aktivitami a zdravím a mezi pohybovými aktivitami a zdravím a životním stylem. Třetí propojení je předpokládáno mezi životním stylem, životním prostředím, zdravím a kvalitou života. Čtvrtým je předpoklad, že zdraví se dá zlepšit pravidelnými pohybovými aktivitami a pohybovými aktivitami mimo školu (outdoor life).

Podle učebních osnov je zřejmé, že k dobrému zdraví lze dospět pravidelným aktivním tělesným pohybem a zvládnutím celé škály pohybových aktivit. Jedním z cílů předmětu tělesná výchova a zdraví je snížení budoucích nákladů na zdravotní péči, a to zaměřením se na prevenci obezity u dětí a prevenci s tím spojených onemocnění v dospělosti. Učivo je obsahem předmětu „Idrott och hälsa“, což můžeme přeložit jako „tělesná výchova²³ a zdraví“ (Annerstedt, 2005)

Výchova ke zdraví ve *Švýcarsku* je společně se sociálním učením součástí tělesné výchovy, která se snaží vypěstovat v žácích pozitivní přístup k fyzické aktivitě, vychutnat si radost ze hry a pohybu, naučit je relaxovat a zvýšit jejich zdatnost, pocit duševní pohody a harmonie, a kompenzovat tím sedavý způsob života. Sport není určen jen velmi nadaným žákům, měl by každému umožnit akceptovat fyzickou aktivitu jako pozitivní prvek a využívat smysluplně volný čas. Pohyb, hry a sport vůbec jsou důležitými stimuly pro fyziologický a psychologický rozvoj.

Tělesná výchova je považována za nedílnou součást osobního rozvoje. Zdůrazňuje se jednota těla a mysli, které jsou na rovnocenné úrovni. Předmět má klíčovou úlohu v prevenci a kompenzaci negativních vlivů prostředí. Pohyb má rovněž preventivní účinky v mnoha oblastech zdraví (osteoporóza, kardiovaskulární nemoci, duševní pohoda atd.). Předmět si klade za cíl umožnit žákům účastnit se pohybových aktivit s ohledem na zdravotní stránku sportu po celý jejich život a začít žít aktivním životním stylem. „Nový“ učitel by neměl mít na zřeteli pouze rozvoj pohybových dovedností a sportovní taktiky, ale měl by být expertem na otázky souvislosti pohybu a zdraví. Úkolem učitele je posílit zdraví a osobnostní rozvoj žáků a vést je k aktivnímu způsobu života. (Pühse, Gerber, Mengisen, Repond, 2005)

Mezi hlavní cíle tělesné výchovy na *Taiwanu* patří výchova ke zdraví – snaha vést děti k aktivnímu trávení volného času a celoživotní pohybové aktivitě. Před několika lety bylo vytvořeno nové kurikulum pro 1. – 9. ročník, které jednotlivé předměty rozčleňuje do tzv. výukových oblastí. Nové kurikulum pro výukovou oblast tělesné výchovy a výchovy ke zdraví spojuje klíčová témata obou samostatných předmětů. Tělesná výchova a sport jsou prostředky, zdraví je výsledek. Obsah předmětů se vzájemně doplňuje ve snaze o zvýšení kvality života žáků podle zásady „ve zdravém těle zdravý duch“. V kurikulu pro 1.–9. ročník jsou zahrnuta společná témata, jako je např. zdraví prospěšná zdatnost, zdravý životní styl, kontrola nadváhy apod.

Předměty tělesná výchova a výchova ke zdraví jsou oddělené. Nové kurikulum řeší problém překrývajících se témat a cílů obou předmětů. Díky zavedení výchovy ke zdraví se snížil počet hodin věnovaný tělesné výchově a podle posledních průzkumů

23 Sport se ve Švédsku nazývá „idrott“ a má širší význam než anglické slovo „sport“. Idrott ve Skandinávii zahrnuje sporty i další formy pohybových aktivit a je tedy blíže českému pojmu tělesná výchova.

více než 75 % škol v Taipei věnuje více času výchově ke zdraví než tělesné výchově. (Keh, 2005)

Od roku 1990 patří v **Tunisku** mezi hlavní cíle tělesné výchovy oblast hygieny a zdraví. Cíle tělesné výchovy rovněž zdůrazňují, aby předmět pomáhal naplňovat úkoly školy organizováním zábavných volnočasových aktivit a zlepšováním zdraví. Tím se ještě vyvyšuje snaha o posílení role tělesné výchovy ve všeobecném vzdělávání. Tělesná výchova tak není považována pouze za nedílnou součást vzdělávání dětí, ale rovněž za cestu k odlehčení školního stresu. Oblast tělesné výchovy zahrnuje rozvoj fyzické zdatnosti za účelem získání odolnosti vůči stresu a únavě.

Neexistuje však žádná kontrola, zda učitelé v hodinách tělesné výchovy tato témata respektují, je to na jejich vlastním rozhodnutí. Hlavní důraz je proto v hodinách tělesné výchovy stále kladen na rozvoj sportovních dovedností. (Zouabi, 2005)

Ministerstvo školství v **Turecku** shrnuje cíle tělesné výchovy do čtyř skupin – jednou z nich je i zdravotní stránka tělesné výchovy. Žáci jsou vzděláváni v oblasti první pomoci, učí se o přínosu pohybu pro jejich zdraví i volný čas, důraz je kladen na správné držení těla.

Spojení tělesné výchovy a výchovy ke zdraví je logické vzhledem k tomu, že obě témata spolu úzce souvisejí. V Turecku však výchova ke zdraví v rámci tělesné výchovy nemá v současnosti odpovídající postavení i přesto, že od učitelů jsou vyžadovány rovněž znalosti této oblasti. Záleží na každém učiteli, zda výchovu ke zdraví do výuky začlení či ne, proto se někteří žáci s tématy výchovy ke zdraví nesetkávají.

V poslední době se však často diskutuje o tom, zda by neměla být výchova ke zdraví do hodin tělesné výchovy začleněna povinně, obzvláště z důvodů vzrůstajícího počtu obézních žáků. Preventivní úloha výchovy ke zdraví je naprosto zřejmá. Zdá se pravděpodobné, že v nejbližší době se stane výchova ke zdraví nedílnou součástí tělesné výchovy. (Hasirci, 2005)

6.2 Inspirativní podněty ze zahraničí

Obsahovou analýzou citovaných zdrojů byly shromážděny informace o vybraných aspektech kurikula výchovy ke zdraví v zahraničním školství. Kvalitativní posouzení získaných poznatků nám dovoluje sestavit přehled inspirativních podnětů pro českou výchovu ke zdraví.

Podněty k cílům a obsahu vzdělávání:

- Na předmět tělesná výchova propojený s výchovou ke zdraví je nahlíženo především z hlediska jeho přínosu pro přeměnu společnosti, která by se měla starat o podporu zdraví, zamezovat zdravotním rizikům, přijmout za své zdravý životní styl a tím se stát společností „zdravých občanů“. (Austrálie)
- Vzdělávací obsah výchovy ke zdraví je považován za tak závažný, že od roku 2009 by měla být výchova ke zdraví součástí maturitních zkoušek. (Finsko)
- Sociální oblast je jednou z hlavních domén výchovy ke zdraví, proto se zavádějí jako povinná součást výuky na základních školách cvičení pro uvolnění těla a mysli. Zvýšená pozornost je věnována sociálním dovednostem. (Japonsko)

- Veškerá výuka včetně tělesné výchovy je zaměřena na čtyři oblasti: zájem – motivace – postoj; myšlení – úsudek; dovednosti – vyjadřování; vědomosti – porozumění. (Japonsko)
- Výuka tělesné výchovy je zaměřena i na vytváření takových sportovních pravidel, aby byl sport pro každého potěšením. Při tvorbě pravidel je potřeba akceptovat potřeby a možnosti všech zúčastněných. (Japonsko)
- Mládež by měla být vystavena intelektuální, emocionální a fyzické stimulaci, neboť tyto tři faktory mohou společně ovlivnit obecný postoj žáků ke zdraví a k efektivnímu využívání jejich schopností. (Maďarsko)
- Zvýšený důraz je kladen na tzv. *hauroa* (duševní pohodu) jako na základní koncept pohledu na lidské zdraví v sociálním a environmentálním kontextu. (Nový Zéland)
- Tělesná výchova se zaměřuje na dvě hlavní oblasti: 1) na zdravý vývoj jedinců (duševní pohodu, prevenci nadváhy, nemocí apod.), 2) na vzdělávání podporující přípravu na učení (prevenci dyslexie, zlepšení pozornosti a koncentrace, zlepšení sociálních kompetencí žáků atd.). K tomuto účelu se využívají speciální pohybová cvičení a programy. (Norsko)
- Hledisko perspektivy výchovy ke zdraví se orientuje na širší chápání pojmu zdraví ve spojení s koncepcí salutogeneze. Aktuální význam tělesné výchovy se přesunul na osobní postoje a hlediska ve spojení s pohybovými aktivitami, životním stylem a zdravím. Žáci si mají osvojit převzetí odpovědnosti za své vlastní zdraví a duševní pohodu. (Švédsko)
- Aktivitu uváděné v obsahu školního předmětu tělesná výchova a zdraví mají rozvíjet nebo být nástrojem pro vytváření spolupráce, přátelských vztahů, porozumění a úcty k ostatním. Učební osnovy nepovažují zdravotní a pohybové aktivity za dvě oddělené jednotky. Podpora zdraví pomocí pohybových aktivit má vést nejen k vytvoření lepších pohybových dovedností, ale i k pozitivnějšímu sebehodnocení (self-image) a zlepšení kvality života. (Švédsko)
- Předmět tělesná výchova a zdraví má snížit budoucí náklady na zdravotní péči, a to orientací na prevenci obezity u dětí a prevenci s tím spojených onemocnění v dospělosti. (Švédsko)

Podněty k formám didaktického uspořádání učiva:

Formy didaktického uspořádání učiva výchovy ke zdraví v zahraničí jsou uvedeny v tabulce 3.

Uspořádání učiva výchovy ke zdraví:	Země
- do vyučovacího předmětu tělesná výchova	Belgie, Brazílie, Dánsko, Francie, Ghana, Hong Kong, Izrael, Jižní Korea, Kanada, Litva, Maďarsko, Německo, Nigérie, Norsko, Portugalsko, Rakousko, Španělsko, Švýcarsko, Tunisko, Turecko, Belgie
- do vyučovacího předmětu tělesná výchova a do dalších vyučovacích předmětů	Anglie, Irsko, Nový Zéland, Polsko

Uspořádání učiva výchovy ke zdraví:	Země
- do vyučovacího předmětu tělesná výchova a zdraví (případně tělesná výchova a výchova ke zdraví nebo sport a zdraví)	Austrálie, Čína, Japonsko, Švédsko
- do vyučovacího předmětu tělesná výchova a samostatného předmětu výchova ke zdraví	Finsko, USA, Taiwan
- do vyučovacího předmětu tělesná výchova a do volitelného předmětu výchova ke zdraví	Řecko
- není v kurikulu explicitně vymezeno	Nizozemí

Tab. 3: *Formy uspořádání učiva výchovy ke zdraví v zahraničním školství*

Poznámka: Český RVP ZV připouští uspořádání učiva podle všech výše uvedených modelů s výjimkou modelu F. Konkrétní podobu uspořádání učiva určí ŠVP.

Z přehledové tabulky 3 plyne:

- Ve více zemích celého světa je kladen důraz na propojení učiva výchovy ke zdraví a tělesné výchovy (společný předmět, prolínání témat tělesné výchovy a výchovy ke zdraví, pohyb jako prostředek podpory zdraví aj.).
- Učivo výchovy ke zdraví je začleněno do tělesné výchovy a do vyučovacího předmětu „občanská výchova a výchova ke zdraví“. (Irsko)
- Některých vzdělávacích cílů nemůže být dosaženo samostatně v rámci jednoho předmětu. Hranice mezi předměty proto nejsou striktní a informace z některých oblastí mohou žáci získávat ve výuce různých předmětů. Tento přístup podporuje snahu o propojení tělesné výchovy a výchovy ke zdraví s dotací 2–4 hodiny týdně. (Nový Zéland)
- Učivo výchovy ke zdraví je realizováno v rámci různých předmětů a formou doplňujících, periodicky se opakujících aktivit a programů (setkávání, přednášky, prázdninové výjezdy aj.). (Polsko)
- Výchova ke zdraví je brána jako samostatná disciplína se samostatnými státními institucemi (Americká asociace výchovy ke zdraví) a samostatnými legislativními normami a učebními osnovami. (USA)

Podněty k podmínkám vzdělávání:

- Kromě standardního učiva nabízejí školy programy na podporu zdravého životního stylu žáků a zvyšuje se nabídka mimoškolních tělovýchovných programů. (Anglie, Belgie)
- Učitelé by se neměli považovat pouze za učitele tělesné výchovy, ale i za učitele výchovy ke zdraví. (Austrálie)
- Velký význam je přikládán komunikaci s rodiči, kteří mohou děti zapojovat do různých programů podporujících zdraví i mimo školu. Informovanost rodičů o důležitosti fyzicky aktivního způsobu života je jedním z hlavních úkolů školy. (Belgie)
- Školní výuku doplňují projekty aktivního trávení volného času dětí. (Dánsko)

- Předmět výchova ke zdraví vyučují učitelé tělesné výchovy, pokud mají odpovídající vzdělání. (Finsko)
- Učitelé tělesné výchovy mají široké vědomosti o lidském těle a jeho funkcích, pohybu a jeho důležitosti, principech zdravého stravování, o rizikových faktorech, např. obezitě, konzumaci alkoholu a užívání drog. (Izrael)
- Na školách působí i zdravotní sestry, které dohlížejí na zdraví žáků. Občas tyto sestry vyučují zdravotněná témata v rámci tělesné výchovy. Výchova ke zdraví tak může být zajišťována učiteli tělesné výchovy, zdravotními sestrami nebo oběma odborníky. (J. Korea)
- Úkolem pro učitele tělesné výchovy je vypracovat strategii začlenění pohybových aktivit do každodenního života žáků. (Kanada)
- Klíčovou roli ve výchově ke zdraví hraje výchovně vzdělávací projekt Zdravá škola (Healthy School), který se zaměřuje nejenom na žáky, ale i na jejich rodiny, na učitelský a neučitelský personál, zdravotnické a administrativní pracovníky i různé úrovně státní správy. (Kanada)
- Některé otázky zdraví (např. sexualita) jsou však natolik specifické, že na některých školách učitelé výchovy ke zdraví neučí tělesnou výchovu, anebo naopak. Pro každou oblast jsou potřeba specializovaní odborníci. (Nový Zéland)

6.3 Shrnutí a diskuse

Rozbor jednotlivých příspěvků účastníků mezinárodní komparace i dalších literárních pramenů umožnil shromáždit strukturované informace o výchově ke zdraví v řadě zemí celého světa (Pühse, Gerber, 2005). Získali jsme základní údaje či názory odborníků z 35 zemí všech kontinentů. Přestože rozsah jednotlivých sdělení není stejnoměrný, považujeme poznatky za přínosné a inspirativní pro naši práci i pro pedagogickou praxi.

Připouštíme však, že výchova ke zdraví v jednotlivých zemích je popisována odborníky na tělesnou výchovu, a proto výše uvedená charakteristika může postrádat pohled z jiných zorných úhlů. Jsme si vědomi, že objektivnější informace by přinesla obsahová analýza zahraničních kurikulárních dokumentů, ta by však překročila rozsah i cíle této práce. S uvedenou analýzou u vybraných zemí (na základě výše prezentovaných poznatků) však počítáme v navazujících pracích.

Je známo, že bylo provedeno a publikováno množství komparativních studií zabývajících se různými vzdělávacími obory a formami kurikula v zahraničí. Nepodařilo se nám však najít žádné výsledky mezinárodní komparace týkající se vzdělávacího oboru výchova ke zdraví²⁴.

Získané poznatky o výchově ke zdraví ve vyspělých zemích s projektovou formou kurikula v ČR, docházíme k následujícím zjištěním:

- MŠMT ČR snížilo v posledních letech minimální časovou dotaci pro výchovu ke zdraví na 2. stupni ZŠ ze 4 na 2 hodiny (jak již bylo konstatováno). Výchova ke zdraví tedy není prioritou českého vzdělávání, jako je tomu např. ve Finsku,

²⁴ s výjimkou výše citovaného pramene švýcarské dvojice autorů Pühse a Gerber (2005) a studie Wiegerové (2005).

Švédsku, USA i v dalších zemích. Toto snížení minimální časové dotace je v rozporu s dílčími úkoly dokumentu *Zdraví 21*, přijatými vládou ČR v roce 2002.

- Pro výchovu ke zdraví je v řadě zemí požadována odpovídající kvalifikace učitelů (srov. např. Finsko, Izrael, Nový Zéland). Tento požadavek není pro výchovu ke zdraví v české legislativě zakotven.
- RVP ZV připouští integraci vzdělávacího obsahu výchovy ke zdraví do dalších vzdělávacích oborů, resp. vyučovacích předmětů. V personálních podmínkách RVP ZV však není s výjimkou první pomoci uveden žádný požadavek na kvalifikaci všech učitelů v příslušných tématech výchovy ke zdraví (srov. se zahraničím).
- V zahraničí je časté, že se výchova ke zdraví propojuje s tělesnou výchovou a tento integrovaný předmět vyučují učitelé tělesné výchovy s odpovídající kvalifikací. Podle našich zjištění se v ČR kombinace učitelství tělesné výchovy a výchovy ke zdraví (příp. rodinné výchovy) nestuduje. Učitelé tělesné výchovy nejsou připravováni ani na dílčí témata výchovy ke zdraví (např. výživu člověka, sociálně patologické jevy aj.).
- Informovanost rodičů o důležitosti zdravého a fyzicky aktivního způsobu života je jedním z hlavních úkolů výchovy ke zdraví v mnoha zemích světa. Tento požadavek však není v podmínkách spolupráce s rodiči v českém RVP ZV uveden.
- V zahraničí je často povinná výuka doplňována programy nebo projekty podporujícími zdraví (Anglie, Belgie, Dánsko aj.). Tyto programy jsou u nás školám nabízeny dobrovolně a mnohé nemají odpovídající kvalitu (jsou zaměřeny komerčně). Obvykle nepodléhají ani některé z forem akreditace nebo odborné či pedagogicky orientované recenze. Školy přistupují k těmto programům často intuitivně. Na mnohých školách se programy podpory zdraví nerealizují vůbec.

Nabízí se řešení – dílčí témata výchovy ke zdraví důsledně rozpracovat a začlenit do všech vhodných předmětů. Toto opatření je třeba propojit s pregraduálním i postgraduálním vzděláváním učitelů.

Poznatky shromážděné v této publikaci je možné shrnout následovně:

V úvodních kapitolách byly vymezeny stěžejní pojmy týkající se kurikula výchovy ke zdraví. Charakteristika českých kurikulárních dokumentů pomohla identifikovat legislativní a obsahový rámec projektové formy kurikula výchovy ke zdraví v českém základním školství. Případnou komparací projektové formy kurikula státní úrovně (RVP ZV) a projektové formy kurikula školní úrovně (ŠVP konkrétních škol) by však bylo možné posoudit skutečnou implementaci projektovaných cílů a vzdělávacího obsahu do vzdělávací reality.

Přehled výzkumů kurikula ukázal, že pozornost věnovaná kurikulu výchovy ke zdraví je v naší zemi velmi nízká, resp. že je teprve v počátcích. Údaje o výzkumu kurikula výchovy ke zdraví v zahraničí se nám s výjimkou slovenských pramenů nepodařilo najít. Množství výzkumů se sice orientuje na témata z oblasti výchovy ke zdraví, resp. z oblasti podpory zdraví (např. správná výživa, pohybová aktivita, zdravý životní styl, výskyt sociálně patologických jevů apod.), ale přímé zaměření na některou z forem kurikula výchovy ke zdraví je sporadické.

Analýza názorů ředitelů ZŠ na vybrané aspekty realizace kurikula výchovy ke zdraví usnadnila poznání a posouzení realizační formy kurikula výchovy ke zdraví v českém základním školství. Shromáždili jsme informace o výchově ke zdraví na 532 českých plně organizovaných základních školách. Analyzovali jsme 7564 výroků ředitelů ZŠ. Získané výsledky jsou inspirativní a mohou být rovněž východiskem pro naši další odbornou práci, pro empirický výzkum i pro pedagogickou praxi. Zobecnit lze především tyto získané poznatky:

- Ředitelé škol jsou přetíženi administrativní prací a z tohoto důvodu nemají dostatek času studovat strategické ani další kurikulární dokumenty závazné pro blízkou budoucnost.
- Většina ředitelů ZŠ chápe důležitost výchovy ke zdraví, není však v dostatečné míře seznámena s jejím vzdělávacím obsahem a požadavky na odpovídající realizaci.
- Menšina ředitelů nedoceňuje význam výchovy ke zdraví, nerespektuje výchovu ke zdraví jako vzdělávací obor a nehdlá ji na škole v požadované šíři realizovat.

Zpracováním velkého množství kvantitativních dat a zobecněním výsledků však unikají cenné informace o aktuální situaci v jednotlivých školách. Pro dílčí cíl naší práce by bylo přijatelné zúžit výběr ředitelů na „spolupracující respondenty“ a metodou případových studií analyzovat situaci na vybraných školách. Takový rozbor by pomohl odhalit důležité problémy, které se skrývají v kvantitativním přístupu ke zkoumané problematice.

Objektivizovat údaje o dosavadní úrovni realizace výchovy ke zdraví na českých základních školách pomohla analýza názorů občanů ČR na realizaci výchovy ke zdraví. Podařilo se identifikovat hlavní důvody spokojenosti a nespokojenosti občanů s výchovou ke zdraví na ZŠ. Ukázalo se, že většina občanů ČR neví, že v rámci základního

vzdělávání existuje výchova ke zdraví jako samostatný vzdělávací obor. To svědčí o nespokojivé situaci ve zkoumané problematice.

Získané informace byly podnětem pro sestavení rámcových námětů na modelování kurikula výchovy ke zdraví v rámci ŠVP. Pátá kapitola může být využita jako šablona pro vytvoření modelu výchovy ke zdraví ve školním vzdělávacím programu konkrétní školy.

Obsahová analýza dostupných zahraničních pramenů dovolila vyhledat stěžejní informace o výchově ke zdraví v zahraničním školství. Získané poznatky umožnily stanovit inspirativní podněty pro výchovu ke zdraví v naší zemi a srovnat kurikulární záměry českého školství se zahraničím. Je patrné, že objektivnější informace by bylo možné získat obsahovou analýzou oficiálních kurikulárních dokumentů. V navazující práci se proto na tento úkol zaměříme zejména u zemí s inspirativním vzdělávacím obsahem.

Závěrem si dovoluji formulovat několik podnětů a doporučení:

Doporučení pro školní praxi:

- Je třeba najít vhodnou formu, jak upozornit ředitele škol na úkoly plynoucí pro výchovu ke zdraví nejen z rámcových vzdělávacích programů, ale i z dalších legislativních dokumentů včetně programu *Zdraví 21*.
- Je potřebné zdůraznit nezbytnost realizace vzdělávacího obsahu výchovy ke zdraví prostřednictvím samostatného nebo integrovaného vyučovacího předmětu; ten by měl vést žáky k získání příslušných kompetencí definovaných v RVP ZV.
- Důležitým požadavkem je odpovídající kvalifikace učitelů pro vzdělávací obor výchova ke zdraví. Ve spolupráci s řediteli škol a MŠMT ČR doporučujeme zřetelněji deklarovat zájem o studium výchovy ke zdraví v rámci jednotlivých forem studia na fakultách připravujících učitele ZŠ.
- Lze doporučit časovou otevřenost vznikajících ŠVP. V současné době může výchovu ke zdraví kvalifikovaně garantovat jen malá část učitelů základních škol, proto při pozitivní změně personálních podmínek (tj. získání příslušné kvalifikace) by mělo postupně docházet i ke změnám v obsahu ŠVP ve prospěch výchovy ke zdraví.

Tato doporučení i zkušenosti získané při plnění cílů výzkumného záměru nás vedou k přesvědčení, že proces výchovy ke zdraví na školách je třeba dále a přesněji zkoumat. Nemělo by zůstat jen u deskripce výsledků a konstatování, v jakém stavu se současné školy a jejich vzdělávací programy nacházejí. Východiskem pro zlepšení práce není kritika, ale konstruktivní spolupráce. Proto by bylo vhodné tuto publikaci chápat jako odrazový můstek k dalšímu výzkumnému a didaktickému snažení.

Na základě provedené deskripce by měla být ověřena a nabídnuta školám také účinná intervence do vzdělávacího procesu na školách. Proto jsme se pokusili, jak již bylo uvedeno, objasnit problematiku *modelování kurikula výchovy ke zdraví na úrovni ŠVP*.

Téma publikace je vhodné zasadit také do širšího kontextu pedagogiky, školství a dalších vzdělávacích oborů. Přinášíme proto další podněty plynoucí z výsledků práce.

Podněty pro teorii:

Práce shrnuje teoretická východiska pro vymezení kurikula výchovy ke zdraví v základním školství. Teoretickým přínosem je poznání o vhodnosti propojení tvorby kurikula s teorií modelování. Přijmeme-li terminologii Průchy (2002) a Maňáka (2007), pak proces proměny koncepční formy kurikula do projektové formy kurikula a dále do realizační formy kurikula by měl probíhat metodou modelování, tj. na základě systematického, vědeckého přístupu.

Dále si dovoluujeme rozšířit Maňákův syntetizující model kurikula o *konstitutivní model kurikula druhé úrovně*, jímž je školní vzdělávací program.

Podněty pro empirii:

Publikace přináší výzkumně podložené poznatky o dosavadní úrovni realizace výchovy ke zdraví v základním školství a o aktuálním procesu implementace výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů. Jako účelné se jeví navazující výzkumné zaměření na komparaci mezi jednotlivými úrovněmi a formami kurikula výchovy ke zdraví (tj. mezi RVP a ŠVP, mezi projektovou a realizační formou kurikula, mezi realizační a výsledkovou formou kurikula apod.). Pro hlubší poznání realizační formy kurikula výchovy ke zdraví lze doporučit důkladné analýzy ŠVP. Výzkumné ověření by zasluhovalo uplatnění metody modelování při tvorbě konstitutivního modelu kurikula (model výchovy ke zdraví v rámci ŠVP) a realizovaného modelu kurikula (příprava na výuku výchovy ke zdraví).

Podněty pro tvůrce kurikulárních dokumentů:

Publikace poukazuje na obtížnost realizace všech deklarovaných kurikulárních záměrů. Na základě získaných poznatků lze konstatovat, že pro implementaci projektové formy kurikula výchovy ke zdraví do školní praxe nejsou připraveny odpovídající podmínky. Zejména nejsou vytvořeny materiální podmínky (učebnice, učební pomůcky, metodické materiály pro výchovu ke zdraví), personální podmínky (dostatek kvalifikovaných učitelů), organizační podmínky (vhodné uspořádání učiva v rámci vyučovacích předmětů), podmínky spolupráce s rodiči (implementace teorie výchovy ke zdraví do životního stylu v rodině), psychosociální podmínky (soulad mezi teorií výchovy ke zdraví a režimem školy) aj.

Podněty pro nadřízené orgány škol:

Získané poznatky mohou být východiskem pro metodickou i kontrolní činnost školských orgánů. Na jedné straně je třeba kriticky vnímat aktuálně nízký status výchovy ke zdraví na mnoha školách (promítající se do nepromyšleného modelu výchovy ke zdraví v rámci ŠVP), na druhé straně je třeba zohlednit konkrétní podmínky škol (viz výše) a poskytnout školám všestrannou institucionální i metodickou pomoc.

Podněty pro fakulty připravující učitele:

Publikace přináší mj. konkrétní podněty pro aktualizaci studijních programů učitelství i pro nabídku programů celoživotního vzdělávání. Jako účelné se jeví studium nově akreditovaného oboru učitelství výchovy ke zdraví. Tento aprobační obor by ale měl být doplněn implementací příslušných témat do dalších studijních oborů učitelství

tak, aby školy, které nemají nebo nebudou mít v pedagogickém sboru kvalifikovaného učitele pro výchovu ke zdraví, mohly efektivně integrovat vzdělávací obsah oboru výchova ke zdraví do dalších vyučovacích předmětů. Pro zajištění tohoto modelu uspořádání učiva je nezbytné připravit a otevřít kurzy dalšího vzdělávání učitelů různých vzdělávacích oborů s cílem rozšířit jejich kvalifikaci o příslušná témata výchovy ke zdraví.

Podněty pro společnost:

Výsledky práce podtrhují význam výchovy ke zdraví v součinnosti školy, rodiny, obce, institucí aj. Je zřejmé, že škola v oboru výchova ke zdraví nenaplní svou vzdělávací funkci, pokud společnost nepochopí význam výchovy ke zdraví pro utváření zdravého životního stylu jako předpokladu pro udržení zdraví člověka. Holistické pojetí zdraví je přitom nezbytné chápat jako nejvyšší hodnotu lidského bytí. Příkladem k tomu mohou být země, jako je Finsko, Švédsko a další (viz kap. 6).

Věříme, že výše shromážděné poznatky a podněty budou přínosem jak pro obor výchova ke zdraví, tak i pro řešení výzkumného záměru MŠMT ČR s názvem *Škola a zdraví pro 21. století*, jehož nositelem je Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ALTRICHTER, H., POSCH, P. *Lehrer erforschen ihren Unterricht. Eine Einführung in die Methoden der Aktionsforschung für Lehrer*. Bad Heilbrunn : Klinkhardt, 1994.
- AMMAH, J. O. A., KWAW, N. P. Physical education in Ghana. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 310–327. ISBN 1-84126-161-0.
- ANNERSTEDT, C. Physical education in Sweden. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 604–629. ISBN 1-84126-161-0.
- BALZ, E., NEUMANN P. Physical education in Germany. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 292–309. ISBN 1-84126-161-0.
- BANÝR, J. Jak se měnila výuka chemie na základní škole v posledních deseti letech. In Slavík, J. (ed.) *Obory ve škole. Metaanalýza empirických poznatků oborových didaktik matematiky, chemie, výtvarné výchovy, hudební výchovy a výchovy ke zdraví z let 1990–2004*. Praha : PedF UK, 2005, s. 89–110.
- Basic Documents. Twenty-fourth Edition*. WHO. Geneva : WHO, 1974. 164 s. ISBN nepřiděleno.
- BĚLIČKOVÁ, E. *Realizace výchovy ke zdraví na 1. stupni ZŠ : diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2008.
- BENEŠ, Z. Výzva, nebo destrukce? Česká kurikulární reforma a dějepis. *Pedagogika*, 2005, roč. 55, č. 1, s. 37–47.
- BOČKOVÁ, L. *Výchova ke zdraví (metodické listy pro učitele 1. stupně ZŠ) : rigorózní práce*. Brno : Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2005. 261 l.
- BRÁZDOVÁ, Z. a kol. *Pětkrát denně ovoce a zeleninu : osnovy pro učitele*. Brno : Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 1995.
- BRÁZDOVÁ, Z. *Projekty podporující zdraví pro základní školy : diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2008.
- CAREIRO da COSTA, F. Physical education in Portugal. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 554–571. ISBN 1-84126-161-0.
- CIKOTIENE, I. Physical education in Lithuania. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 440–459. ISBN 1-84126-161-0.
- Cílové standardy a kmenové učivo pro základní vzdělávání. *Učiteléské noviny*, 1994, č. 31, s. 11–22.
- Constitution of the World Health Organization*. WHO. Geneva : WHO Basic, 1948.
- COSTA, V., TUBINO, M. Physical education in Brazil. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 132–149. ISBN 1-84126-161-0.

- CRUM, B., STEGMAN, H. Physical education in Netherlands. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 460–471. ISBN 1-84126-161-0.
- CSIPÁKOVÁ, A. *Analýza projektu školy podporujúce zdravie : rigorózní práce*. Bratislava : Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta, 2005.108l.
- ČECH, T. Postoje učitelů 1. stupně základních škol k problematice drog a zdraví jako východisko k profilování protidrogové výchovy. *Mládež a společnost*, roč. XI, 2005, č. 1, s. 39–47. ISSN 1335-1109.
- ČECH, T., HANÁKOVÁ, I. Zkušenosti ze zavádění Rámcového vzdělávacího programu do škol ve vztahu k prevenci rizikového chování. In Wiegerová, A. (ed.). *Fórum o premenách školy a učiteľskej profesie*. Bratislava : Pedagogická fakulta UK, 2008.
- DOBOSZ, J., WIT, A. Physical education in Poland. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 534–553. ISBN 1-84126-161-0.
- DOLEŽALOVÁ, J. K vybraným podmínkám kurikulární reformy v ČR. In Wiegerová, A. (ed.). *Fórum o premenách školy v 21. storočí*. Bratislava : Katedra predškolnej a elementárnej pedagogiky PdF UK v Bratislavě, 2007, s. 188–195.
- Dotační program Národní program zdraví – projekty podpory zdraví pro rok 2006. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. c1996–2006 [cit. 1. 8. 2006]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.mzcr.cz/index.php?clanek=1700>>
- DVOŘÁK, D. Obsahová analýza vzdělávacích programů. In *Sborník z konference ČAPV [CD-ROM]*. České Budějovice : Pedagogická fakulta JČU, 2007.
- DVOŘÁK, D. Pojmová analýza jednoho společenskovedního tématu v RVP. In Janík, T., Knecht, P., Najvarová, V. (eds). *Příspěvky k výzkumu a tvorbě kurikula*. Brno : Paido, 2007, s. 123–132.
- EGGER, K. et al. *Qualität des Sportunterrichts*. Bern : Schriftenreihe des Instituts für Sport und Sportwissenschaft der Universitäts Bern, 2002.
- FEINGOLD, R. S., HOLLAND-FIORENTINO, L. Physical education in USA. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 698–716. ISBN 1-84126-161-0.
- FIALOVÁ, L. Tělesné sebezpojení a jeho místo ve vzdělávacím oboru výchova ke zdraví. *Pedagogika*, 2005, roč. 55, č. 4, s. 382–390.
- FISHER, R. Physical education in England. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 228–249. ISBN 1-84126-161-0.
- GONZALES VALERIO, M., TOJA, B., CONTRERAS, O. Physical education in Spain. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 588–603. ISBN 1-84126-161-0.
- GRÖSSING, S., RECLA, W., RECLA, H. Physical education in Austria. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 66–82. ISBN 1-84126-161-0.

- HAJEROVÁ-MÜLLEROVÁ, L., DOULÍK, P., ŠKODA, J. Vyhodnocení změn dětského pojetí drogy. In Doulík, P. *Geneze dětských pojetí vybraných fenoménů*. Ústí nad Labem : UJEP, 2005, s. 46–54.
- HALBERT, J., McPHAIL, A. Physical education in Ireland. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 380–399. ISBN 1-84126-161-0.
- HARARI, I. Physical education in Israel. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 400–416. ISBN 1-84126-161-0.
- HASIRCI, S. Physical education in Turkey. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 686–697. ISBN 1-84126-161-0.
- HAVELKOVÁ, M., KACHLÍK, P., MUŽÍKOVÁ, L. aj. Geneze oboru Rodinná výchova a výchova ke zdraví na Pedagogické fakultě MU v Brně. In *Kalokagathie : Fórum výchovy ke zdraví VIII*. 1. vyd., Brno : Pedagogická fakulta MU, 2005, s. 1–20.
- HAVELKOVÁ, M., KACHLÍK, P., RAUS, M. Problematika vybraných segmentů způsobu života u žáků na druhém stupni základní školy. In *Výchova ke zdraví II*. Brno : Masarykova univerzita, 2006, s. 61–73.
- HAVELKOVÁ, M., REISSMANNOVÁ, J. (eds.) *Výchova ke zdraví*. Brno : Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5050-1.
- HAVLÍNOVÁ, M. (ed.). *Program podpory zdraví ve škole : rukověť projektu Zdravá škola*. Praha : Portál, 1998. 275 s. ISBN 80-7178-263-7.
- Health 21 – Health for all in the 21st Century. The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. *European Health for All Series No 6*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1999, 224 s.
- Health Education and Quality of Life II*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, 2009. 978-80-7394-180-2.
- HEIKINARO-JOHANSSON P., TELAMA, R. Physical education in Finland. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 250–271. ISBN 1-84126-161-0.
- HLOUCALOVÁ, H. *Názory ředitelů škol na výchovu ke zdraví na 1. stupni ZŠ : diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2008.
- HOLČÍK, J. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004, 160 s. ISBN 80-85047-33-0.
- HOLČÍK, J. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno : MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-089-0.
- HUDECOVÁ, D. *Analýza dějepisných vzdělávacích programů ve vybraných státech Evropy a její výsledky*. Praha : PdF UK, 2006.
- JANÍK, T. Výzkum kurikula. In Maňák, J., Janík, T., Švec, V. *Kurikulum v současné škole*. Brno : Paido, 2009. 80-7315-175-1.
- JANÍK, T. *Znalost jako klíčová kategorie učitelského vzdělávání*. Brno : Paido, 2005. 171 s. ISBN 80-7315-080-8.

- JANÍK, T., MIKOVÁ, M. *Videostudie: výzkum výuky založený na analýze videozáznamu*. Brno : Paido, 2006. ISBN 80-7315-127-8.
- JANÍK, T., NÁJVAR, P. (eds). *Videovýzkum výuky – monotematické číslo časopisu Orbis scholae*. *Orbis scholae*, 2008, roč. 2, č. 1.
- JANÍK, T., KNECHT, P., NÁJVAROVÁ, V. et al. *Příspěvky k tvorbě a výzkumu kurikula*. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-153-9.
- JANÍKOVÁ, M., JANÍK, T., MUŽÍK, V., KUNDERA, V. CPV videostudie tělesné výchovy: sběr dat a zamýšlené analýzy. *Orbis scholae*, 2008, roč. 3, č. 1, s. 93–114.
- KACHLÍK, P. aj. Aktuální stav výchovy ke zdraví v přípravě učitelů. In *XXXIII. Ostravské dny dětí a dorostu : sborník z celostátní konference s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Ostrava : Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2005, s. 13–20. ISBN 80-7329-107-X.
- KACHLÍK, P. Deskripce drogové scény a prevence závislosti na 6 fakultách MU v Brně. In *XXXIII. Ostravské dny dětí a dorostu : sborník z celostátní konference s mezinárodní účastí*. Vyd. 1. Ostrava : ČLS JEP, 2005, s. 272–288. ISBN 80-7329-107-X.
- KALHOUS, Z., OBST, O. a kol. *Školní didaktika*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-253-X.
- KAMENS, D. H.; MEYER, J. W.; BENAVIDES, A. Worldwide Patterns in Academic Secondary Education Curricula. *Comparative Education Review*, 1996, č. 2, s. 116–138.
- KANG, S., YOU, J. Physical education in South Korea. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 572–587. ISBN 1-84126-161-0.
- KEH, N. C. Physical education in Taiwan. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 659–671. ISBN 1-84126-161-0.
- KELLIS, S., MOUNTAKIS, K. Physical education in Greece. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 328–344. ISBN 1-84126-161-0.
- KNECHT, P., JANÍK, T. a kol. *Učebnice z pohledu pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2008.
- KNOP D. P., THEEBOOM, M. Physical education in Belgium. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 104–131. ISBN 1-84126-161-0.
- KOLÁŘ, M. *Program proti šikanování a násilí ve školách a školských zařízeních*. Praha : MŠMT ČR, 2003. ISBN nepřiděleno.
- Kompletní pedagogická dokumentace vzdělávacího programu Národní škola, čj. 15724/97-20. (1997) *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]*. 2006-04-11 [cit. 1. srpna. 2006]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.msmt.cz/>>
- Kompletní pedagogická dokumentace vzdělávacího programu Obecná škola, čj. 12035/97-20. (1997) *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]*. 2006-04-11 [cit. 1. srpna. 2006]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.msmt.cz/>>
- Kompletní pedagogická dokumentace vzdělávacího programu Základní škola, čj. 16847/96-2. (1996) *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]*. 2006-04-11 [cit. 1. srpna. 2006]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.msmt.cz/>>

- KRATOCHVÍLOVÁ, J. Učitelé škol v nové roli „tvůrců“ školního kurikula. *Orbis scholae*, 2007, roč. 2, č. 1, s. 101–110.
- KRATOCHVÍLOVÁ, J., LUKÁŠOVÁ-KANTORKOVÁ, H. Výzkum obtíží s pedagogickým projektováním v přípravě učitelů primárního vzdělávání. In *Výzkum školy a učitele. 10. výroční konference ČAPV s mezinárodní účastí* [CD-ROM]. Praha : PedF UK, 2002.
- LEI, Y., JICHUN, J. Physical education in China. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 174–189. ISBN 1-84126-161-0.
- LEKEŠOVÁ, I. aj. *Zdravé zuby* [online]. c2000–2003 [cit. 8. srpna 2006]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.zdravezuby.cz/projekt/>>
- LIBA, J. *Výchova k zdraví a pohyb*. Prešov : FHPV PU, 2000. 120 s. ISBN 80-88885-89-2.
- LIBA, J. *Výchova k zdraví a škola*. Prešov : Pedagogická fakulta PU, 2005. 184 s. ISBN 80-8068-336-0.
- LIBA, J. *Výchova k zdraví v kurikule základnej školy*. In Wiegerová, A. (ed.). *Cesty demokracie vo výchove a vzdelávaní VIII*. Bratislava : Katedra predškolnej a elementárnej pedagogiky PdF UK v Bratislavě, 2004, s. 16–22.
- LIBA, J. *Výchova k zdraví*. Prešov : Prešovská univerzita, 2010. 260 s. ISBN 978-80-555-0070-6.
- LIBA, J. *Zdravie v kontexte edukácie*. Prešov: Pedagogická fakulta PU, 2007. ISBN 978-80-8068-539-3
- LIU, Y. K. Physical education in Hong Kong. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, s. 345–360. ISBN 1-84126-161-0.
- LUKÁŠOVÁ, H. Pojetí kvality života dětí a učitelské znalosti. In Mareš, J. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno : MSD, 2006, s. 69–82. ISBN 80-86633-65-9.
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MAŇÁK, J. Determinanty kurikula. In Maňák, J., Janík, T. (eds.). *Problémy kurikula základní školy*. Brno : MU, 2006, s. 23–28.
- MAŇÁK, J. Modelování kurikula. *Orbis scholae*, 2007, roč. 1, č. 1, s. 40–53.
- MAŇÁK, J., JANÍK, T., ŠVEC, V. *Kurikulum v současné škole*. Brno : Paido, 2008.
- MAŇÁK, J., KLAPKO, D. a kol. *Učebnice pod lupou*. Brno : Paido, 2006.
- MAŇÁK, J., KNECHT, P. a kol. *Hodnocení učebnic*. Brno : Paido, 2007.
- MAŇÁK, J., ŠVEC, Š., ŠVEC, V. (ed.) *Slovník pedagogické metodologie*. Brno : Paido, 2005. 134 s. ISBN 80-210-3802-0. ISBN 80-7315-102-2.
- MARÁDOVÁ, E. Education Towards Healthy Eating Habits in School Curriculum and in Teacher Training. In *Health Education and Quality of Live* [CD-ROM]. České Budějovice : Jihočeská univerzita, 2007.
- MARÁDOVÁ, E. *Metodická příručka – Výchova ke zdraví – školní vzdělávací program*. Praha : Fortuna, 2006. 45 s. ISBN 80-7168-973-4.
- MARÁDOVÁ, E. Na cestě od „rodinné výchovy“ k „výchově ke zdraví“. In Slavík, J. (ed.) *Obory ve škole : Metaanalýza empirických poznatků oborových didaktik*. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2005, s. 134–158. ISBN 80-7290-225-3.

- MARÁDOVÁ, E. Perspektivy výchovy ke zdraví v transformované škole. WIEGEROVÁ, A. (ed.). *Fórum o premenách školy v 21. storočí*. Bratislava : Katedra predškolnej a elementárnej pedagogiky PdF UK v Bratislavě, 2007, s. 234–243.
- MARÁDOVÁ, E. Rámcové vzdělávací programy jako výzva pro nové pojetí výchovy ke zdraví v české škole a v přípravě učitelů. In Řehulka, E. (ed.) *School and Health 21 (1) – Škola a zdraví 21 (1)*. Brno : Paido a Vydavatelství MU, 2006, s. 133–170. ISBN 80-7315-119-7. ISBN 80-210-4071-8.
- MAREŠ, J. *Styly učení žáků a studentů*. Praha : Portál, 1998.
- MAREŠ, J., RYBÁŘOVÁ, M. Skryté kurikulum málo známý parametr klimatu vysoké školy. In Ježek, S. (ed.). *Psychosociální klima školy I*. Brno : MSD, 2003, s. 99–122.
- Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* (Č. j.: 2006/2007-51). Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2007.
- MOSER, T., JACOBSEN, E. B. Physical education in Norway. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 512–533. ISBN 1-84126-161-0.
- MUŽÍK, V., MUŽÍKOVÁ, L. aj. Aktivita pedagogických fakult v oblasti podpory zdraví. In XXXII. *Ostravské dny dětí a dorostu : sborník z konference s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Ostrava : Repronis, 2004a, s. 53–72. ISBN 80-7329-072-3.
- MUŽÍK, V., JANÍK, T. Tělesná výchova z pohledu absolventa základní školy. In Maňák, J., Janík, T. (eds). *Absolvent základní školy*. Brno: MU, 2007, s. 197–214.
- MUŽÍK, V., JONÁŠOVÁ, D., NOVÁČEK, V., PLECOVÁ, I., ŠERÁKOVÁ, H., ŠVEHLÍKOVÁ, B., TRVÁNÍČEK, M., VRBAS, J. Výzkumné sondy do kurikula tělesné výchovy na základní škole. In Mužík, V., Dobrý, L., Süß, V. (eds). *Tělesná výchova a sport mládeže v biologickém, psychologickém, sociálním a didaktickém kontextu*. Brno : MU, 2008, s. 80–92.
- MUŽÍK, V., KREJČÍ, M. *Tělesná výchova a zdraví*. Olomouc : Hanex, 1995. ISBN 80-85783-17-7.
- MUŽÍK, V., MUŽÍKOVÁ, L. Aktuální stav výchovy ke zdraví v přípravě učitelů. In *Fórum výchovy ke zdraví : Příručka pro učitele : Soubor vybraných příspěvků ze semináře Fórum výchovy ke zdraví VII*. Praha : MŠMT ve spolupráci s VÚP v Praze a Kalokagathie, s. r. o., 2004b, s. 21–23. ISBN 80-903439-3-7.
- MUŽÍK, V., MUŽÍKOVÁ, L. Physical Education and Health Education – International Comparison. In *Health Education and Quality of Live* [CD-ROM]. České Budějovice : Jihočeská univerzita, 2007.
- MUŽÍK, V., MUŽÍKOVÁ, L. Teachers and health education. In Řehulka, E. *Teachers and Health*. Brno : Pavel Křepela, 2003. s. 23–29. ISBN 80-8669-02-5.
- MUŽÍK, V., STOJANÍKOVÁ, H., PILLEROVÁ, L. aj. Erfahrungen mit den Gesundheitswochen in der tschechischen Grundschule. Ed. Ilg, H., Mengisen, W., Mahlitz, D.-C. In *Schul- und Unterrichtsbelastungen bei SchuelerInnen und Lehrpersonen - Moeglichkeiten der Bewaeltigung durch bewegungsbetonte Gesundheitsfoerderung*. Magglingen : BASPO, 2001. s. 135–142.
- MUŽÍK, V., STOJANÍKOVÁ, H., PILLEROVÁ, L. Týden zdraví v podmínkách české školy. In *Pedagogická kinantropologie 2001*. Praha : Karolinum, 2001, s. 109–114. ISBN 80-246-0322-5.

- MUŽÍK, V., STOJANÍKOVÁ, H., SEDLÁČKOVÁ, J. Physical Education in Czech Republic. In Pühse, Uwe - Gerber, Markus (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 188–205. ISBN 1-84126-161-0.
- MUŽÍK, V., TRÁVNÍČEK, M. Koncepce a realizace tělesné výchovy na české základní škole. *Pedagogická revue*, 2006, roč. 58, č. 4, s. 386–398.
- MUŽÍKOVÁ, L. Health Education from the Primary School Head Teachers' Perspective. In Řehulka, Evžen et al. *School and Health 21 (2)*. Vyd. 1. Brno : Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4374-9, s. 103–110. 2006c, Brno.
- MUŽÍKOVÁ, L. K realizaci výchovy ke zdraví na základní škole. In Knecht, P. (ed.) *Výzkum aktuálních problémů pedagogiky a oborových didaktik*. Brno : Masarykova univerzita, 2006b, s. 88–101.
- MUŽÍKOVÁ, L. Otazníky kolem oboru rodinná výchova. In Svatoš, T. *Rodinná a sexuální výchova : dnešní reflexe a citlivá místa*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2004, s. 55–57. ISBN 80-7041-078-7.
- MUŽÍKOVÁ, L. *Východiska k implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů pro základní vzdělávání : disertační práce*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2008.
- MUŽÍKOVÁ, L. *Výchova ke zdraví v současném základním školství : rigorózní práce*. Brno : Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta MU, 2006a. 104 l.
- MUŽÍKOVÁ, L., MUŽÍK, V., KACHLÍK, P. Výchova ke zdraví v záměru Škola a zdraví 21. In Řehulka, E. (ed.) *School and Health 21 (1) – Škola a zdraví 21 (1)*. Brno : Paido a Vydavatelství MU, 2006, s. 133–170. ISBN 80-7315-119-7. ISBN 80-210-4071-8.
- MUŽÍKOVÁ, L. The Czech Public's Opinions on Health Education in Primary Schools. In Řehulka, E. et al. *School and Health 21 Topical Issues in Health Education*. Vyd. 1. Brno : Masarykova univerzita, 2009, s. 9–18.
- Národní program rozvoje vzdělávání v České republice – Bílá kniha*. Praha : Ústav pro informace ve vzdělávání – nakladatelství Tauris, 2001. 98 s. ISBN 80-211-0372-8.
- NOVÁK, P., TRNA, J. Metoda videostudie jako diagnostický nástroj při realizaci RVP. In *Moderní trendy v přípravě učitelů fyziky 3. Rámcové vzdělávací programy*. Plzeň : Západočeská univerzita, 2007, s. 195–198. ISBN 978-80-7043-603-5.
- OKADE, Y. Physical education in Japan. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 417–439. ISBN 1-84126-161-0.
- PALEČKOVÁ, J., TOMÁŠEK, V., STRAKOVÁ, J. *Třetí mezinárodní výzkum matematického a přírodovědného vzdělávání. Výsledky žáků 7. a 8. ročníků. Přírodovědné předměty*. Praha : ÚIV, 1997.
- PERNICOVÁ, H. Rozpracování vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví do ŠVP. *Metodický portál [online]*. c 2008-01-29 [cit. 16. srpna 2008]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.rvp.cz/clanek/250/1934>>
- PILLEROVÁ, L. Pamatují české vzdělávací programy na výchovu k racionální výživě? In Liba, J., Dargová, J., Ferencová J. (eds.) *Pedagogická profesia v kontexte aktuálnych spoločenských zmien*. Prešov : Prešovská univerzita, 2001, s. 407–410. ISBN 80-8068-037-X..

- POKORNÁ, M. Analýza životních zvyklostí u dospívajících. In *Výchova ke zdraví II*. Brno : Masarykova univerzita, 2006, s. 78–80.
- POL, M. *Škola v proměnách*. Brno : Masarykova univerzita, 2007a. 196 s. ISBN 978-80-210-4499-9.
- POL, M. Škola vedená, řízená a spravovaná. *Pedagogika*, 57, 2007b, č. 3, s. 213–226. ISSN 0031-3815.
- Programy podpory zdraví. *Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]*. 2005-10-20 [cit. 1. 8. 2006]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.mzcr.cz/index.php?clanek=1700>>
- PROCHÁZKOVÁ, L. Informovanost žáků druhého stupně základní školy o poruchách příjmu potravy. In *Výchova ke zdraví II*. Brno : Masarykova univerzita, 2006, s. 39–50.
- PROKOPOVÁ, A. Čtvrtý rozměr zdraví (psychologické souvislosti vývoje morálky a prosociálního chování. In *Výchova ke zdraví II*. Brno : Masarykova univerzita, 2006, s. 81–91.
- PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L. *Manuál prevence v lékařské praxi : Souborné vydání*. Praha : Univerzita Karlova – 3. lékařská fakulta, SZÚ Praha, 2005. 736 s. ISBN 80-7168-942-4.
- PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-631-4.
- PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha : Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-503-5.
- PRŮCHA, J. Některé podmínky realizace obsahu vzdělávání ve výuce. *Pedagogika*, 1989, č. 2, s. 121–136.
- PRŮCHA, J. *Pedagogická evaluace*. Brno : Masarykova univerzita, 1996.
- PRŮCHA, J. *Učebnice: teorie a analýzy edukačního média*. Brno : Paido, 1998.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vydání. Praha : Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 1995. 292 s. ISBN 80-7178-579-2.
- Přehled informačních zdrojů k RVP PV a RVP ZV a tvorbě školních vzdělávacích programů. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]*. 2006-04-11 [cit. 1. srpna 2006]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.msmt.cz/_DOMEK/default.asp?CAI=2701>.
- PÜHSE, U., GERBER, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005. 719 s. ISBN-10: 1-84126-161-0. ISBN-13: 978-1-84126-161-4.
- PÜHSE, U., GERBER, M., MENGESEN, W., REPOND, R.-M. Physical education in Switzerland. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 630–658. ISBN 1-84126-161-0.
- Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. *Výzkumný ústav pedagogický v Praze [online]*. c2005 [cit. 8. srpna 2006]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.vuppraha.cz/index.php?op=sections&sid=278>>
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (se změnami provedenými k 1. 9. 2005). *Výzkumný ústav pedagogický v Praze [online]*. c2004–2005 [cit. 8. srpna 2006]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.vuppraha.cz/index.php?op=sections&sid=367>>

- RAŠKOVÁ, M. Názory učitelů a studentů oborů připravujících učitele mateřských a primárních škol na studijní disciplinu „Základy rodinné a sexuální výchovy“. In *Současné metodologické přístupy a strategie pedagogického výzkumu*. Sborník příspěvků 14. konference ČAPV [CD-ROM]. Plzeň : PedF ZČU 2006.
- REISSMANNOVÁ, J. Základní škola Jihomoravské náměstí – 4 roky v projektu Zdravá škola. In Řehulka, E., Řehulková, O. *Učitelé a zdraví* 6. Brno : Pavel Křepela, 2004. s. 335–342.
- REISSMANNOVÁ, J. *Zdravá škola – teorie a praxe (historie a současnost) : rigorózní práce*. Brno : Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta MU, 2005. 98l.
- RIVARD, M.-C., BEAUDOIN, CH. Physical education in Canada. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 150–173. ISBN 1-84126-161-0.
- RONHOLT, H. Physical education in Denmark. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 206–227. ISBN 1-84126-161-0.
- ROUHOVÁ, M., PILLEROVÁ, L., HAVELKOVÁ, M. Poruchy příjmu potravy u žáků základních škol. In XXIX. *Ostravské dny dětí a dorostu : konference s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, ČS. Lékařská společnost J. E. Purkyně, KHS Ostrava, Repronis., 2001, s. 181–189. ISBN 80-86122-85-9.
- RUBÁNKOVÁ, P. Názory učitelů na obsah a metody výuky předmětu občanská nauka resp. základy společenských věd. In *Výzkum školy a učitele. 10. výroční konference ČAPV s mezinárodní účastí* [CD-ROM]. Praha : PedF UK, 2002.
- ŘEHULKA, E. (ed.) *School and Health 21 (1)*. Brno : Paido, 2006. ISBN 80-7315-119-7.
- ŘEHULKA, E. et al. *School and Health 21 (2)*. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-138-6.
- ŘEHULKA, E. et al. *School and health 21, 3/2008: Social and Health Aspects of Health Education*. Brno : MSD, s. r. o., 2008a. ISBN 978-80-7392-043-2
- ŘEHULKA, E. et al. *School and Health 21, 3/2008: Contemporary Discourse on School and Health Investigation*. Brno : MSD, s. r. o., 2008b. ISBN 978-80-7392-041-8.
- ŘEHULKA, E. et al. *School and Health 21, 3/2008: Contemporary School Practice and Health Education*. Brno : MSD, s. r. o., 2008c. ISBN 978-80-7392-042-5.
- ŘEHULKA, E. et al. *School and Health 21: Topical issues in Health Education*. Brno : Masarykova univerzita, 2009a. ISBN 978-80-210-4930-7.
- ŘEHULKA, E. et al. *School and Health 21. General Issues in Health Education*. Brno : Masarykova univerzita, 2009b. ISBN 978-80-210-4929-1.
- ŘEHULKA, E. (ed.) *School and Health: Contexts and Inspiration*. Brno : Masarykova univerzita, 2010a. ISBN 978-80-210-5259-8.
- ŘEHULKA, E. (ed.) *School and Health 21: Papers on Health Education*. Brno : Masarykova univerzita, 2010b. ISBN 978-80-210-5260-4.
- SALOKUN, S. O. Physical education in Nigeria. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 497–511. ISBN 1-84126-161-0.

- Sdělení MŠMT k učebním plánům vzdělávacích programů ZÁKLADNÍ ŠKOLA, OBECNÁ ŠKOLA a NÁRODNÍ ŠKOLA (od 1. 9. 2006). *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]*. 2006-04-18 [cit. 1. srpna 2006]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.msmt.cz/_DOMEK/default.asp?ARI=104043&CAI=2701>
- SEDLÁŘOVÁ, I. *Výchova ke zdraví na základních školách : diplomová práce*. Brno : Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2005. 67l. Vedoucí diplomové práce Leona Mužíková.
- SEGUIN, R. *Curriculum Development and Implementation of Teaching Programmes*. UNESCO rep. ED-91/WS-17, 1991.
- SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1821-7.
- SKOPALOVÁ, J.; DOPITA, M. Předmět občanská výchova, občanská nauka a základy společenských věd: pohled vyučujících. *Sborník příspěvků z 12. konference ČAPV [CD-ROM]*. Ústí nad Labem : UJEP, 2004.
- SLAVÍK, J. Mezi osobitostí a normou: proměny české výtvarné výchovy na přelomu tisíciletí. In Slavík, J. (ed.) *Obory ve škole. Metaanalýza empirických poznatků oborových didaktik matematiky, chemie, výtvarné výchovy, hudební výchovy a výchovy ke zdraví z let 1990–2004*. Praha : PedF UK, 2005, s. 11–49.
- Souhrnné poznatky z inspekce bezpečnosti a ochrany zdraví ve školním roce 2008/2009. *Česká školní inspekce [online]*. 2010-07-02 [cit. 1. července 2010]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.csicr.cz/cz/85281-souhrnne-poznatky-z-inspekce-bezpecnosti-a-ochrany-zdravi-ve-skolnim-roce-20082009>
- Standard základního vzdělávání, čj. 20819/95-26, ze dne 22. 8. 1995. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]*. 1995-08-22 [cit. 6. října 2005]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.msmt.cz/Files/HTM/Standard_ZV.htm>
- Statistica for Windows, version 7. Tulsa: StatSoft, Inc, 2000–2005. *StatSoft [online]*. c1984–2006 [cit. 1. 8. 2006]. Dostupný z Word Wide Web: <<http://www.statsoft.com>>
- STOJANÍKOVÁ, H., PILLEROVÁ, L., MUŽÍK, V. Některé efekty výchovy ke zdraví na 1. stupni základní školy. In Sebera (ed.). *Role tělesné výchovy a sportu v transformujících se zemích středoevropského regionu*. Brno : Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2001, s. 79–83. ISBN 80-210-2712-6.
- STRAKOVÁ, J. Kurikulární reforma z pohledu šetření Kalibro. *Pedagogika*, 2007, roč. 57, č. 1, s. 21–36.
- STRAKOVÁ, J., TOMÁŠEK, V., PALEČKOVÁ, J. *Třetí mezinárodní výzkum matematického a přírodovědného vzdělávání. Podmínky a průběh výuky v 8. ročníku*. Praha : VÚP, 1996.
- Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005–2008 (Č.j.: 10844/2005-24). *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]*. 2005-05-03 [cit. 1. 9. 2006]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.msmt.cz/_DOMEK/default.asp?CAI=2945>
- Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001–2004. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]*. 2004-04-23 [cit. 1. 9. 2006]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.msmt.cz/_DOMEK/default.asp?CAI=2945>

- Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství na období 2009–2012. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]*. 2009-04-07 [cit. 1. 8. 2010]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.msmt.cz/socialni-programy/strategie-prevence-socialne-patologickych-jevu-u-deti-a?highlightWords=Strategie+prevence>
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Boskovice : Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
- STŘELEČEK, S. Některé obtíže související s nejasností pojmu rodinná výchova. In Wiegerová, A. (ed.). *Cesty demokracie vo výchove a vzdelávaní VIII. Ways of democracy in education VIII*. Bratislava : Univerzita Komenského, 2004. s. 51–53. ISBN 80-969146-0-X.
- THOMSON, R. W., EMERSON, S. Physical education in New Zealand. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 472–496. ISBN 1-84126-161-0.
- TINNING, R. Physical education in Australia. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 50–65. ISBN 1-84126-161-0.
- TUPÝ, J. Výchova ke zdraví v dosavadních RVP a ŠVP na základních a středních školách. In *Program Zdraví 21 a výchova ke zdraví 2008*. Brno : Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4677-1.
- Usnesení vlády ČR č. 1046 ze dne 30. října 2002 k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století. *Vláda České republiky [online]*. c2005 [cit. 8. 9. 2006]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.vlada.cz/>>
- VASS, M. Physical education in Hungary. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 361–379. ISBN 1-84126-161-0.
- VEVERKOVÁ, H. Učivo. In Kalhous, Z., Obst, O. a kol. *Školní didaktika*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-253-X.
- Vyhláška č. 410/2005 Sb., o hygienických požadavcích na prostory a provoz zařízení a provozoven pro výchovu a vzdělávání dětí a mladistvých. *Legislativa školy [online]*. c1998–2006 [cit. 1. 8. 2006]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.legislativaskoly.cz/>>
- WALLIAN, N., GRÉHAIGNE, J.-F. Physical education in France. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 272–291. ISBN 1-84126-161-0.
- WALTEROVÁ, E. *Kurikulum – proměny a trendy v mezinárodní perspektivě*. Brno : Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-0846-6.
- WALTEROVÁ, E. *Kurikulum. Proměny a trendy v mezinárodní perspektivě*. Brno : CDVU, 1994.
- WIEGEROVÁ, A. *Učitel – škola – zdravie*. 1. vyd. Bratislava : Regent, 2005. 163 s. ISBN 80-88904-37-4.
- WIEGEROVÁ, A. *Zdravie, podpora zdravia, zdravotná výchova*. Bratislava : OZ V4 a Europrint, 2004. ISBN 80-969146-4-2.

- Zákon č. 217/2007, kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]*. 2007-09-17 [cit. 14. 8. 2008]. Dostupný z World Wide Web: <http://www.msmt.cz/uploads/soubory/zakony/sb069_07.pdf>
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]*. 2004-11-19 [cit. 14. 8. 2008]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/skolsky-zakon>>
- Zákon č. 563/2004, o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]*. 2004-11-19 [cit. 14. srpna 2008]. Dostupný z World Wide Web: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-o-pedagogickych-pracovnicich>>
- ZOUABI, M. Physical education in Tunisia. In Pühse, U., Gerber, M. (eds.). *International Comparison of Physical Education : Concepts, Problems, Prospects*. Oxford : Meyer & Meyer Sport, 2005, p. 672–685. ISBN 1-84126-161-0.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Analýza stavu informovanosti a postojů žáků, studentů a učitelů k hlavním zdravotním rizikům se zvláštním zřetelem k onkologické problematice – pilotní studie. In *Sociální a kulturní souvislosti výchovy. 11. výroční konference ČAPV s mezinárodní účastí*. [CD-ROM]. Brno : Paido, 2003.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Informovanost žáků, studentů a učitelů o hlavních zdravotních rizicích jako součást výchovy ke zdraví na ZŠ. *Pedagogická orientace*, 2004, roč. 14, č. 2, s. 50–57.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I. *Podpora zdraví a zdravého životního stylu s důrazem na onkologickou prevenci ve škole : disertační práce*. Brno : Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta MU, 2009.

Suggestions for Health Education Implementation in School Educational Programmes for Primary and Lower Secondary School

This publication is a contribution to *School and Health for 21st Century* research plan solution. It is based on author's previous research in the health education curriculum field and produces concrete suggestions that can be used in pedagogical training.

Introductory chapters define the aim of the publication, specify basic terminology and summarize information about research into health education curriculum. The publication focuses on research results of Czech primary school headmasters and the representative group of Czech citizens opinions of health education implementation in primary and lower secondary school. Chapters related to developing of health education curriculum model in school educational programmes and knowledge on health education in foreign countries could be considered as a significant suggestion for pedagogical training.

In conclusion chapter, various inspirations for theory, research, school training as well as for Czech society are formulated.

Keywords: *health education, curriculum, intended curriculum, implemented curriculum, health education curriculum, curriculum research, curriculum model, developing curriculum model, curriculum development, primary and lower secondary school, school educational programmes*

A

Altrichter, H. 41
Ammah, J. O. A. 96
Annerstedt, C. 103

B

Balz, E. 98
Banyr, J. 40
Beaudoin, CH. 97
Běličková, E. 42, 47
Benavot, A. 40
Beneš, Z. 40
Bočková, L. 31
Brázdová, Z. 31

C

Careiro da Costa, F. 100
Cikotiene, I. 97
Contreras, O. 102
Corbinová, J. 46
Costa, V. 94
Crum, B. 99
Csipáková, A. 35

Č

Čech, T. 35, 40, 66

D

Dobosz, J. 100
Doležalová, J. 41
Dopita, M. 41
Doulík, P. 42
Dvořák, D. 39, 40

E

Egger, K. 42
Emerson, S. 100

F

Feingold, R. S. 102
Fialová, L. 40
Fisher, R. 93

G

Gerber, M. 40, 93, 103, 107
Gonzales Valerio, M. 102
Gréhaigne, J.-F. 95
Grössing, S. 101

H

Hajerová-Müllerová, L. 42
Halbert, J. 96
Hanáková, I. 40
Harari, I. 96
Hasirci, S. 104
Havelková, M. 5, 36, 40
Havlíková, M. 30, 48
Heikinaro-Johansson, P. 95
Hloucalová, H. 42, 47
Holčík, J. 9–11
Holland-Fiorentino, L. 102
Hudecová, D. 40

J

Jacobsen, E. B. 99
Janík, T. 5, 39–43, 46
Janíková, M. 41
Jichun, J. 95

K

Kachlík, P. 5, 40, 66
Kalhous, Z. 34
Kamens, D. H. 40
Kang, S. 97
Keh, N. C. 104
Kellis, S. 101
Klapko, D. 40
Knecht, P. 40, 41
Knop, D. P. 94
Kolář, M. 31
Komárek, L. 10
Kratochvílová, J. 41
Krejčí, M. 37, 40
Kubátová, D. 40

Kundera, V. 41
Kwaw, N. P. 96

L

Lei, Y. 95
Lekešová, I. 31
Liba, J. 5, 7, 10, 11, 37, 40, 93
Liu, Y. K. 96
Lukášová, H. 40
Lukášová-Kantorková, H. 41

M

Machová, J. 40
Maňák, J. 5, 39–41, 43, 79–81, 111
Marádová, E. 6, 36, 40, 41, 66, 81
Mareš, J. 11, 12, 43
McPhail, A. 96
Mengisen, W. 103
Meyer, J. W. 40
Miková, M. 41
Moser, T. 99
Mountakis, K. 101
Mužík, V. 31, 36, 37, 40–42
Mužíková, L. 5, 7, 35, 36, 40, 42, 45,
46, 48, 53, 64, 66, 93

N

Najvar, P. 41
Najvarová, V. 41
Neumann, P. 98
Novák, P. 41

O

Obst, O. 34
Okade, Y. 97

P

Palečková, J. 14, 41
Pernicová, H. 81
Pillerová, L. 40
Pokorná, M. 40
Pol, M. 66
Posch, P. 41
Procházková, L. 40
Prokopová, A. 40

Provazník, K. 10
Průcha, J. 11, 13, 14, 39–41, 46, 111
Pühse, U. 40, 93, 103, 107

R

Rašková, M. 41
Raus, M. 40
Recla, H. 101
Recla, W. 101
Reissmannová, J. 31, 40,
Repond, R.-M. 103
Rivard, M.-C. 97
Ronholt, H. 95
Rouhová, M. 40
Rubánková, P. 41
Rybářová, M. 43

Ř

Řehulka, E. 5, 66, 93

S

Salokun, S. O. 99
Sedlářová, I. 42
Seguin, R. 11
Skalková, J. 11
Skopalová, J. 41
Slavík, J. 40
Stegman, H. 99
Straková, J. 14, 41
Strauss, A. 46
Střelec, S. 20

Š

Škoda, J. 42
Švec, V. 39, 43

T

Telama, R. 95
Theeboom, M. 94
Thomson, R. W. 100
Tinning, R. 94
Toja, B. 102
Tomášek, V. 14, 41
Trávníček, M. 42
Trna, J. 41

Tubino, M. 94

Tupý, J. 6–8

V

Vass, M. 98

Veverková, H. 12

W

Wallian, N. 95

Walterová, E. 11, 12, 14, 39

Wiegerová, A. 7, 11, 35, 66, 93, 107

Wit, A. 100

Y

You, J. 97

Z

Zouabi, M. 104

Ž

Žaloudíková, I. 40, 42

A

autoevaluace školy 32, 89

B

beseda 61, 63–64, 82–83, 90

Bílá kniha 21, 32, 85

C

cíle

– autoevaluace 15, 27, 30, 32, 89

– edukační 79

– specifické 16–17

– vzdělávací 11–15, 18–23, 30, 35, 37, 80, 84, 104, 106, 109

– výuky 56, 87

– výzkumu 40, 42, 45, 48, 67, 69, 74, 93, 110

– základního vzdělávání 32

cvičení v přírodě 61, 90

D

dokument

– koncepční 15, 32

– kurikulární 14, 21, 27, 32–33, 35, 39, 45, 109–111

– metodický 32

– právní (legislativní) 85, 110

– státní úrovně 14

– strategicko-politický 7

– školní úrovně 33

– školské politiky 13

– vzdělávací 10, 15, 26, 35, 85

dvojúrovňová koncepce kurikula 12

– státní úrovně 14, 21, 32–33, 35, 81, 109

– školní úrovně 14, 21, 32–33, 35, 81, 84, 90–91, 109–111

E

etapy vzdělávání 14, 32

evaluace 14, 30, 35, 41, 56

evaluační činnosti 32

exkurze 12, 61, 82, 90

externí výukový program 61

F

- financování 12
 - náročnost 41, 72,
 - prostředky 48, 83
- formy existence kurikula 13–14, 39
 - efektová 13
 - koncepční 13, 111
 - projektová 12–15, 28, 34–35, 39–40, 42–43, 45, 69, 80–81, 90, 107, 109, 111
 - realizační 13–14, 34, 40–43, 46, 66, 72, 109, 111
 - výsledková 13, 42, 111

H

- hodnocení žáků 56, 89
- hygiena 21, 54
 - duševní 24, 25
 - osobní 19
 - psychohygiena 25, 36, 63
 - tělesná 25

I

- implementace 14, 29, 34–35, 39–41, 43, 45, 78, 81, 97, 109, 111
- integrace
 - handicapovaných dětí 83
 - předmětová 8, 56, 82, 99
 - učiva 37
 - vzdělávacího obsahu 32, 48, 56, 61, 89–90
 - žáků 32

K

- kategorizace 46, 49, 54–55, 58, 60, 64, 71, 73, 76
- kognitivní procesy 32
- kompetence 18, 34
 - klíčové 22, 32, 39, 55, 89
- kooperace 23, 25, 82–83
- kurikulum 11–13, 34, 39
 - dosažené 14
 - formální 12
 - metakurikulum 12
 - národní 12, 14
 - neformální 12
 - nulové 12
 - projektované 35, 42,
 - rámcové 14
 - realizované 14, 40
 - skryté 12

- státní úrovně 35, 81, 109
 - školní úrovně 35, 81, 90–91, 109
 - výchovy ke zdraví 11, 13, 34, 45
 - zamýšlené 14
- kurz 21, 36, 48, 61, 63–65, 72, 82–84, 90, 112

M

- manuál
- pro tvorbu školních vzdělávacích programů 32
- materiály 12
- metodické (didaktické) 56, 83, 86, 88, 111
 - učební 53, 83, 86, 88
- metoda vyučovací 11
- metoda výzkumná
- dotazování (dotazník) 5, 41–42, 46–47, 49, 54, 57, 59, 66–67
 - modelování 8, 34, 40, 81, 84, 90, 111
 - modelování kurikula 79–81, 84, 91, 110
 - obsahové analýzy 39–40, 46–47, 107, 110
 - pozorování 41, 46, 67
 - standardizovaného řízeného rozhovoru 69, 71
- metoda statistická
- chí–kvadrát 46, 70, 74, 76
- model kurikula 40, 79–82, 84, 90, 110–111
- konstitutivní 40, 80–81, 90, 111
 - realizovaný 40, 80–81
 - syntetizující 40, 79–80

N

- Národní program rozvoje vzdělávání 21, 32, 85
- Národní program zdraví 30
- nemoc (onemocnění) 9, 15–16, 18, 20, 23–26, 28, 30–31, 55, 75, 93–95, 98–99, 101, 103, 105

O

- obsah vzdělání (vzdělávání) 13–14, 23–26, 34, 59, 81–82, 98
- očekávané výstupy 22–23, 33–34, 39, 54–55, 57, 59, 89
- osobní bezpečí 15, 19, 21, 23–24, 55, 75, 77

P

- partnerství (partnerské vztahy) 17, 19, 21, 24–25, 30, 50, 55, 75, 86–87
- péče o zdraví 9–10, 16, 19, 24–25, 54, 58–59
- pedagogický sbor 50, 81, 84, 87
- podmínky vzdělávání 22, 27, 45, 48–49, 51, 52, 56, 80, 84, 90, 111
- deklarované 52
 - hygienické 18, 27, 48–49, 51–52, 85, 88

- jiné 27, 48–49, 51–52
- legislativní (právní) 85
- limitující 84
- materiální 27, 48–49, 51–52, 86, 88, 111
- obecné 84–85, 87
- optimální 84
- organizační 27, 48–52, 87, 89, 111
- personální 27, 48–52, 87–88, 111
- podpůrné 51, 59, 81
- pro bezpečné vzdělávání a život školy 50
- prostorové 57, 59, 85, 88
- psychosociální 50–51, 86, 88, 111
- realizační 41
- specifické 84, 88
- spolupráce 51, 87, 111
- podpora rodiny 72
- podpora zdraví 10, 25, 30, 98, 102, 105
- pohyb, pohybová aktivita 10, 15, 19, 22, 24, 28–31, 49–50, 53–54, 56, 57, 58–59, 61–65, 75–77, 82–84, 86, 88, 93–107, 109
- prevence 10, 26–28, 54, 59
 - HIV/AIDS 24, 28, 55, 64
 - nemoci 18, 75
 - primární 27, 28, 40
 - užívání drog 21, 55, 63
 - rizik ohrožujících zdraví 25
 - sociálně patologických jevů 27, 40, 75, 82
 - úrazů 29
 - zneužívání návykových látek 15, 19–20
- projektování kurikula 8, 40–41, 43, 81
- program
 - minimální preventivní 27–28, 63, 82, 90
 - podpory zdraví 28, 30–31, 56–57, 59, 108
 - proti šikanování a násilí 31
 - studijní 29, 39, 88, 111
 - vzdělávací 7–10, 12–15, 18–23, 27, 29
- projekty podpory zdraví 28, 30, 64
 - Dny zdraví 31, 61, 83
 - Hejbej se! Nedej se! 30
 - komplexní 28, 31, 48, 56–57, 59, 63, 65, 90
 - Kouření a já 30, 61, 64
 - Normální je nekouřit 30
 - Pětkrát denně ovoce a zeleninu 31
 - Škola podporující zdraví (Zdravá škola) 29–30, 56, 59, 63, 65–66, 83, 90, 97, 107
 - Školní mléko 30, 62
 - Týdny zdraví 31, 61, 64, 83

- Zdravé zuby 30–31, 61, 64, 83
- projektová výuka 56, 82, 90
- průřezové téma 27, 33, 39, 79, 81, 85, 89
- environmentální výchova 27
- osobnostní a sociální výchova 10, 27
- první pomoc 16–18, 20, 23–24, 28, 48, 50–51, 53, 55, 59–65, 75, 83, 86, 88, 95, 100, 104, 108
- přednáška 61, 63, 71, 83, 90, 106
- přístup rodičů, rodiny 72, 74
- přístup žáků 72, 74, 97, 103
- psycho–sociální klima školy 83
- psychosociální prostředí 57

R

- rámcový vzdělávací program 7–8, 12, 21–22, 29, 39, 79, 97, 110
- pro gymnaziální vzdělávání 27
- pro odborné vzdělávání 27
- pro předškolní vzdělávání (RVP PV) 22
- pro základní vzdělávání (RVP ZV) 10–11, 22–23, 25–27, 31–37, 45–49, 51–53, 55, 59–60, 65, 67, 80–81, 84–85, 88, 106, 108–110
- reforma
- kurikulární 5, 7, 9, 35, 39, 48
- školská 80, 97
- režim žáků 15
- dne 15–16, 19, 24,
- pitný 24, 51–52, 63, 72, 87
- pohybový 24, 50, 52, 87
- preventivně hygienický 63
- stravovací 63
- rodiče, rodičovství 12, 17, 19–21, 24, 35, 50–53, 55–56, 59, 62–63, 72, 76, 81–84, 87–88, 90, 94, 99, 106, 108, 111
- rodina 10, 15–20, 23–25, 30, 53, 56, 63, 69–70, 72, 74–77, 83, 97, 107, 111–112
- rozvoj osobnosti 15, 19, 27

Ř

- ředitel 5, 8, 15, 37, 41–42, 45–49, 51–97, 69, 77, 82, 109–110

S

- seminář 19, 36, 61–64, 89–90
- sexuální výchova 15–19, 21, 24–25, 36, 41–42, 55, 64, 75, 77, 97–99, 101, 107
- sociální prostředí 19
- soubor
- reprezentativní 40, 69, 71, 77
- výběrový 42, 70–71

- výzkumný 46–47, 66–67, 73
- základní 70
- speciální vzdělávací potřeby 32, 83
- spolupráce
 - s odborníkem 53, 63–64, 84
 - s rodiči 51–53, 56, 59, 63, 82–84, 87, 99, 108, 111
 - s veřejností 12, 83, 94
 - učitelů 63, 66–67, 110
 - žáků 27, 31, 33, 50, 87, 96–97, 101–102, 105
- sport 15–16, 20, 54, 61–62, 64, 90, 93–106
- správná výživa 15, 18–21, 24–25, 54, 61–63, 82, 99, 109
- Standard základního vzdělávání 15, 18–21, 46, 48, 69, 73
- strategie prevence sociálně patologických jevů 27
- strategie prevence rizikových projevů chování 27
- stravování 15, 20, 49, 62–63, 72, 84–85, 88, 93, 96, 98, 107

Š

- školní metodik prevence 27, 36–37, 48, 54, 74, 89
- školní vzdělávací program (ŠVP) 12, 21–22, 27–28, 31–35, 47, 50, 52–53, 56, 61, 63, 66, 81–82, 84, 87, 89–91, 106, 109–111
- školní rada 33
- školní zákon 11, 21, 33, 35, 85
- školy v přírodě 61, 90

T

- tematický plán 34

U

- učební osnovy 13, 33, 79–81, 89, 98–99, 102, 105
- učební plán 13, 14, 33, 81
 - rámcový učební plán pro základní vzdělávání 33
- učební (didaktické) pomůcky 11, 24, 48–51, 53, 72, 83, 85–86, 88, 111
- učebny 88, 49, 51, 53, 83, 85
- učitel 5, 7–8, 11–15, 18, 29, 32, 34–37, 40–43, 46, 48–56, 60, 62–66, 72–74, 76–77, 79–89, 91, 106–108, 110–112
- učitelství 35–36, 37, 42, 111
 - pro 1. stupeň ZŠ 36, 88
 - rodinné výchovy 7, 35–36
 - tělesné výchovy 108
 - výchovy ke zdraví 7, 35–36, 64, 77, 108, 111
- učivo 8, 11, 13–20, 22–26, 33–34, 40–41, 45, 49, 54, 57–61, 65, 79, 81–82, 89, 91, 101, 102–103, 111–112
 - kmenové 15, 17, 21
 - rodinné výchovy 20
 - tělesné výchovy 93–106

- výchovy ke zdraví 21, 25–26, 37, 82, 93–106
- úroveň
- pohybové aktivity 28
- učitelů 72–74
- výchovy ke zdraví 69, 71, 77, 109, 111
- výuky 72
- zdatnosti 26
- zdraví 9
- žáků 33
- uspořádání
- učiva 34, 45, 49, 60–61, 64–65, 81, 91, 105–106, 111–112
- vzdělávacího obsahu 33

V

- výchovné a vzdělávací strategie 32, 34, 51, 56–57, 59, 87, 89
- výlety 12, 61–62, 83, 90
- vyučovací předmět
- bydlení a domácnost 21
- dramatická výchova 20–21
- chemie 19, 40
- nepovinný 61, 64, 82–83, 90
- občanská a rodinná výchova 21
- občanská výchova (nauka) 19–20, 41, 96, 106
- poznávání přírody 21
- pracovní a technická výchova 21
- prvouka 18–19, 21, 61, 73
- přírodopis 8, 19–20, 61
- přírodověda 18–19, 21, 61, 73
- rodinná výchova 5, 7, 19–21, 35, 48, 61, 64, 73
- samostatný 7–8, 26, 37, 48, 60–61, 64, 81–82, 90, 95, 101, 103, 106, 110
- tělesná výchova 19–21, 48, 61, 82, 93–108
- vedení domácnosti a příprava pokrmů 20
- vlastivěda 18–19
- volitelný 19–20, 33, 61, 64, 82, 89–90, 101, 106
- výživa a příprava pokrmů 21
- zdravotní tělesná výchova 20–21, 64, 83
- výuka 12–13, 20–21, 23, 28, 31, 34, 40–42, 48–53, 56–57, 74–77, 79–84, 87, 90, 95, 104–106, 108
- rozsah 71–73
- obsah 72–73
- organizace 33
- tělesné výchovy 93, 97, 105
- výchovy ke zdraví 8, 36–37, 83, 85, 111

výzkum 5, 9, 13–14, 30, 31, 35, 39–43, 45–48, 64, 66–67, 69–74, 77–78, 81–82, 109–111
 – akční 41
 – kurikula 7, 39–43, 45–48, 66–67, 69, 109–111
 – tělesné výchovy 42
 – výchovy ke zdraví 5, 7, 40, 66–67, 69, 109
 – sociologický 69, 71
 – učebnic 39–40
 – učebních plánů 40
 výživa 10, 15–21, 23–25, 29–31, 40, 54, 58, 61–64, 75, 77, 82–84, 94–95, 97, 99, 101, 108–109
 vzdělávací oblast 15, 18, 27, 33, 35, 39, 55
 – cílové zaměření 32
 – člověk a jeho svět 10, 23–25
 – člověk a zdraví 23–24, 27
 – člověk a společnost 26
 – člověk a příroda 26
 – člověk a jeho zdraví 23
 – člověk a svět práce 26
 – dítě a jeho tělo 22
 – dítě a jeho psychika 22
 – dítě a ten druhý 22
 – dítě a společnost 22
 – dítě a svět 22
 – tělesná výchova a sport 16
 – vzdělávání pro zdraví 27
 – zdravý životní styl 15–16
 vzdělávací obor 7, 15, 22–23, 33–34, 37, 39, 43, 107–108, 110
 – biologie 17
 – člověk a společnost 17–18
 – doplňující 32
 – dramatická výchova 26
 – chemie 17, 26
 – geologie 17
 – historie 17
 – přírodopis 26
 – rodinná výchova 8, 36–37, 40, 43, 51, 53, 64, 73, 82, 89
 – samostatný 9, 48, 93, 110
 – tělesná výchova 15, 16, 26–27, 42, 94, 101
 – tělesná výchova a sport 16
 – výchova ke zdraví 7–8, 10, 13, 15, 20, 23–27, 35, 45, 48–49, 51, 53–54, 57, 59–60, 63, 65, 77, 80–81, 84–85, 88–90, 94, 97, 101, 107–110, 112

- vzdělávací obsah 8, 11, 12–15, 19, 21–23, 30, 32–34, 40–41, 48, 50, 66–67, 81, 90, 104, 109–110
 - rodinné výchovy 36
 - tělesné výchovy 26, 98–103
 - výchovy ke zdraví 8, 10, 13, 20, 24–25, 34–37, 54, 56–57, 59–61, 64, 66, 70, 74, 81–82, 84–85, 87–90, 94–95, 104, 108, 110, 112
 - základního vzdělávání 34
- vzdělávací program
 - alternativní 21
 - Národní škola 18, 20–21, 34, 47
 - Občanská škola 19–20
 - Obecná škola 18–19, 34, 36, 47
 - Základní škola 18–20, 34, 36, 47
- vzdělávání
 - celoživotní 37, 111
 - cíle 22, 32 104
 - formy 45, 48, 56, 60–66, 90
 - gymnaziální 27
 - komplexní 59
 - odborné 27
 - pedagogických pracovníků 27, 29, 35–36
 - pohybové 26
 - postgraduální 35
 - pregraduální 35
 - proces 54, 57, 59, 60, 66
 - předškolní 22
 - standardy 13, 39
 - střední 7, 21
 - školní 11, 40
 - školních metodiků prevence 36–37, 48, 74
 - učitelů 36–37, 63, 65, 74, 108, 112
 - všeobecné 7
 - základní 10–11, 15, 22–23, 28, 32–33, 40, 42, 74

Z

- zákon o pedagogických pracovnících 50, 85, 87
- zdraví (pojem) 5, 9
- Zdraví pro všechny v 21. století (Zdraví 21) 7, 9–10, 28, 30, 35, 65, 85, 108, 110
- zdravotní gramotnost 5, 10, 45
- zdravotní potenciál 9
- zdravotní výchova 10, 21, 55, 56
- zdravotnictví 9–10, 17
- zdravý způsob života 10, 20, 25, 54, 58, 97
- zdravý životní styl 10, 15–16, 17, 19, 20–21, 26–27, 29, 54–59, 61–64, 74–77, 83, 87, 93–106, 109, 112

PŘEHLED ZKRATEK

V této publikaci jsou použity následující zkratky:

ČR	Česká republika
ČŠI	Česká školní inspekce
DVPP	další vzdělávání pedagogických pracovníků
MPP	minimální preventivní program
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
PdF MU	Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity
RVP PV	Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
RVP ZV	Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ŠMP	školní metodik prevence
ŠVP	školní vzdělávací program
TV	tělesná výchova (použito jen ve schématech)
VkZ	výchova ke zdraví (použito jen ve schématech)
VÚP	Výzkumný ústav pedagogický v Praze
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZŠ	základní škola jako vzdělávací instituce ČR

ŠKOLA A ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ, 2010

**PODNĚTY PRO IMPLEMENTACI VÝCHOVY KE ZDRAVÍ
DO ŠKOLNÍCH VZDĚLÁVACÍCH PROGRAMŮ**

PhDr. Mgr. Leona Mužíková, Ph.D.

Vydala Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD.

1. vydání, 2010

Náklad 200 výtisků

Tisk: MSD, spol. s r. o., Lidická 23, 602 00 Brno, www.msdbрно.cz

ISBN 978-80-210-5328-1 (Masarykova univerzita. Brno)

ISBN 978-80-7392-143-9 (MSD. Brno)