

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FAKULTA  
TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

Vztah mezi projektovaným a osvojeným kurikulem  
vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví u absolventů  
základního vzdělávání

Disertační práce

Vedoucí disertační práce:

Prof. PaedDr. Ludmila Fialová, Ph.D.

Autor:

Mgr. Tomáš Polívka

Praha, březen 2022

Prohlašuji, že jsem předloženou disertační práci zpracoval samostatně, a že jsou uvedeny všechny použité informační zdroje a literatura. Tato práce nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 20.března 2022

Mgr. Tomáš Polívka

## **Evidenční list**

Souhlasím se zapůjčením své disertační práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto disertační práci použil ke studiu a že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:      Fakulta/katedra:      Datum vypůjčení:      Podpis:

---

## **Poděkování**

Děkuji za podporu, trpělivost, čas a cenné rady při zpracování disertační práce své školitelce prof. PaedDr. Ludmile Fialové, Ph.D.

## **ABSTRAKT**

**Název práce:** Vztah mezi projektovaným a osvojeným kurikulem vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví u absolventů základního vzdělávání

**Problém:** V rámci kurikulární reformy, která začala v roce 2004, se proměňuje vzdělávání. Školy získávají určitou autonomii ke své profilaci podle materiálních a personálních podmínek, zároveň jsou zaváděny do škol nové obory, jedním z těchto oborů je Výchova ke zdraví. Tento vzdělávací obor by měl předat vědomosti a vytvářet dovednosti, které pomohou žákům v budoucnu udržovat úroveň jejich zdraví na vysoké úrovni. Problém vidíme v tom, že Výchova ke zdraví není v systému kurikulárních dokumentů jednoznačně vymezena a školy v její realizaci mají poměrně velkou autonomii. Navíc není přinášena systematická zpětná vazba. Není tedy jasné, jak je výuka Výchovy ke zdraví efektivní, kolik času je jí věnováno, jak jsou vzdělávání pedagogové a jaký je vůbec o studium Výchovy ke zdraví na pedagogických fakultách zájem, také neexistují standardizované evaluační nástroje.

**Cíl práce:** Cílem práce je zhodnotit úroveň osvojeného kurikula vzdělávacího oboru Výchova ke Zdraví s ohledem na hlavní organizační formu realizace projektovaného kurikula a zjistit, jaká forma je nejefektivnější pro plnění výstupů stanovených v RVP. Zároveň budeme hledat další proměnné ovlivňující osvojené kurikulum u absolventů ZŠ.

**Metody:** Pro náš výzkum jsme zvolili smíšený design. Pro sběr a analýzu dat jsme použili z kvalitativních metod obsahovou analýzu dokumentů a z metod kvantitativních jsme použili dotazování a didaktický test. Po vytvoření vztahového schématu jsme v rámci analýzy dat použili deskriptivní statistiku, posoudili jsme normalitu dat pomocí Q-Q plotu a Shapiro- Wilkova testu a na základě výsledků jsme pracovali s Man-Whitney U testem pro proměnné s dvěma kategoriemi a s Kruskal- Wallis testem u proměnných s více než dvěma kategoriemi. U statisticky významné distribuční funkce, která vyšla u Kruskal- Wallisova testu, jsme provedli post- hoc analýzu, abychom zjistili, mezi kterými kategoriemi je statistická významnost.

**Výsledky a závěry:** Po statistickém zpracování dat jsme došli k následujícím výsledkům. Kvalita zpracování Školního vzdělávacího programu má pozitivní vliv na osvojené kurikulum u žáků na dané škole. Aprobovaní učitelé jsou vybaveni dovednostmi pro kvalitní zpracování Školního vzdělávacího programu, avšak neprokázali jsme pozitivní vliv aprobace pedagoga na osvojené kurikulum u žáků. Nejzajímavější zjištění se týká hlavní organizační formy realizace vzdělávacího oboru

Výchova ke zdraví. Jako nejefektivnější hlavní organizační je v našem výzkumu bloková a projektová výuka a ne samostatný vzdělávací obor s vlastní hodinovou dotací, jak jsme předpokládali.

**Klíčová slova:** Rámcový vzdělávací program, Školní vzdělávací program, Výchova ke zdraví, Životní styl, Kurikulum

## **ABSTRACT**

**Title:** Relationship between projected and adopted curriculum Health Education for primary education graduates

**Problem:** Curricular reform begins in 2004, and education is transformed into this reform. Schools are gaining more autonomy, so that they can use their conditions more effectively. The educational field of Health Education is newly being introduced in schools. This field of education should pass on knowledge and skills, that will help students maintain a higher level of health in the future. We see the problem in the fact that Health Education is not clearly defined in the system of curricular documents and schools have a relatively large degree of autonomy in its implementation. In addition, no systematic feedback is provided yet. Thus, it is not clear how effective is the teaching of Health Education, how much time is devoted to it, how teachers are educated and what is the interest in studying Health Education at pedagogical faculties, there are also no standardized evaluation tools.

**Aim of the thesis:** The aim of the thesis is to analyse the level of the acquired curriculum of the educational field of Health Education with regard to the model implementation of the designed curriculum and to find out which main organizational form is most effective for meeting the outputs set in the school education programmes and to assess other variables affecting the acquired curriculum.

**Methods:** We chose a mixed design for our research. For data collection and analysis, we used content analysis of qualitative methods. The quantitative methods were a questionnaire and a didactic test. After creating the relational scheme, we used descriptive statistics in the data analysis, assessed the normality of the data using the QQ fence and the Shapiro-Wilk test, and based on the results we worked with the Mann-Whitney U test for two-category variables and the Kruskal-Wallis test for variables with more than two categories. For a statistically significant distribution function, that emerged from the Kruskal-Wallis test, we performed a post-hoc analysis to determine which categories were statistically significant.

**Results and conclusions:** After statistical data processing, we came to the following results. The quality of the elaboration of the school educational program has a positive effect on the acquired curriculum for pupils. Approved teachers are equipped with skills for quality processing of the school educational program, but we have not demonstrated a positive effect of teacher approval on the acquired curriculum in pupils. The most interesting finding concerns the main organizational form of implementation of the

educational field of Health Education. The most effective main organizational form seems to be block and project teaching and not sufficient and successful organizational is integration of Health Education topics into other school subject.

**Keywords:** Curricular documents, School educational program, Health education, Lifestyle, Curriculum



<b>ÚVOD .....</b>	<b>14</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>	
I.1 Vymezení pojmu zdraví a jeho složek.....	16
I.1.1 Životní styl, pohybová aktivita a trávení volného času.....	18
I.1.3 Ochrana a podpora zdraví.....	22
I.2 Gramotnost.....	23
I.2.1 Pohybová gramotnost.....	24
I.2.2 Zdravotní gramotnost.....	24
I.3 Kurikulární dokumenty v české vzdělávací soustavě .....	26
I.3.1 Vývoj kurikulárních dokumentů v českém školství.....	26
I.3.2 Rámcový vzdělávací program.....	30
I.3.3 Vzdělávací oblast Člověk a zdraví.....	31
I.3.4 Standard základního vzdělávání.....	33
I.3.5 Hlavní směry vzdělávací politiky 2030+.....	34
I.4. Výchova ke zdraví v České Republice.....	35
I.4.1 Historické zakotvení Výchovy ke zdraví .....	35
I.4.2 Kurikulum Výchovy ke zdraví .....	36
I.4.3 Kurikulum Výchovy ke zdraví jako předmět výzkumu.....	37
I.4.4 Aktuální revize kurikula Výchovy ke zdraví.....	38
I.4.5 Organizace výuky Výchovy ke zdraví.....	39
I.4.6 Personální zabezpečení a systém vzdělávání pedagogů v ČR.....	41
I.5 Výchova ke zdraví v zahraničním školství.....	42
I.6 Projekty a programy podporující zdraví.....	45
<b>II. METODOLOGICKÁ ČÁST</b>	
II.1 Cíle, úkoly, hypotézy.....	48
II.2 Design výzkumu.....	49
II.3 Metody sběru dat.....	51
II.3.1 Obsahová analýza dokumentů.....	51
II.3.2 Nástroje pro ověřování standardu základního vzdělávání v oboru VKZ..	52
II.4 Analýza dat.....	55
II.5 Charakteristika souboru .....	56
II.6 Pilotní studie.....	60
II.7 Organizace výzkumu.....	68

### **III. VÝSLEDKOVÁ ČÁST**

III.1 Výsledky analýzy dokumentů.....	69
III.2 Výsledky osvojeného kurikula u celého souboru a posouzení normality dat.....	76
III.2.1 Vliv vzdělání rodičů na osvojené kurikulum.....	80
III.2.2 Vliv podmínek školy na osvojené kurikulum.....	85
III.2.3 Vliv životního stylu na osvojené kurikulum.....	91
<b>IV. DISKUZE.....</b>	<b>97</b>
<b>V. ZÁVĚR.....</b>	<b>100</b>
<b>V.1 Doporučení do praxe.....</b>	<b>102</b>
<b>Použité prameny.....</b>	<b>103</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>112</b>

Příloha č. 1	Kurikulum VKZ v RVP ZV
Příloha č. 2	Didaktický test Výchovy ke zdraví pro pilotní šetření
Příloha č. 3	Upravený didaktický test po pilotním šetření
Příloha č. 4	Specifikační tabulka
Příloha č. 5	Manuál vyhodnocení testu
Příloha č. 6	Dotazník pro pedagogy
Příloha č. 7	Informovaný souhlas - žák
Příloha č. 8	Informovaný souhlas - pedagog
Příloha č. 9	Souhlas Etické komise
Příloha č 10	Deskriptivní statistika souboru děleného dle vzdělání rodičů
Příloha č 11	Deskriptivní statistika souboru děleného dle aprobace učitele
Příloha č 12	Deskriptivní statistika souboru děleného dle organizační formy
Příloha č 13	Deskriptivní statistika souboru děleného dle kvality ŠVP
Příloha č 14	Deskriptivní statistika souboru děleného dle BMI
Příloha č 15	Deskriptivní statistika souboru děleného dle úrovně PA
Příloha č 16	Deskriptivní statistika souboru děleného dle intenzity PA
Příloha č 17	Testová kritéria jednotlivě testovaných souborů
Příloha č 18	Post- hoc analýza u Kruskal- Wallisova testu

## **Seznam použitých zkratek a symbolů**

BMI - Body mass index

ČŠI - Česká školní inspekce

ČR - Česká Republika

FTK UP - Fakulta tělesné kultury univerzity Palackého

IRT - Item response theory

JČU - Jihočeská Univerzita

M - Maturita

MŠMT - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MUNI - Masarykova Univerzita

NAÚ - Národní akreditační úřad

NÚOV - Národní ústav odborného vzdělávání

NÚV - Národní ústav vzdělávání

NPI - Národní pedagogický institut

P.A. - Pohybová aktivita

PaV - Program Pohyb a Výživa

RVP PV - Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

RVP ZV - Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

SD 1 - skóre domény 1 (Zdravý životní styl a péče o zdraví)

SD 2 - skóre domény 2 (Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence)

SPV - Státní program vzdělávání

SZÚ - Státní zdravotní úřad

ŠVP - Školní vzdělávací program

TV - Tělesná výchova

UK - Univerzita Karlova

UP - Univerzita Palackého

USA - Spojené státy americké

VKZ - Výchova ke zdraví

VL - Výuční list

VŠ - Vysoká škola

VÚP - Výzkumný ústav pedagogický

WHO - Světová zdravotnická organizace

ZČU - Západočeská Univerzita

ZŠ - Základní škola

## **Seznam obrázků**

Obrázek číslo 1. Systém kurikulárních dokumentů

Obrázek číslo 2. Sídla škol zapojených do výzkumu

Obrázek číslo 3. Vztahové schéma sledovaných proměnných

Obrázek číslo 4. Základní druhy testových úloh

Obrázek číslo 5. Posouzení normality dat pomocí Q-Q plotu

Obrázek číslo 6. Celkové skóre souboru děleného dle vzdělání rodičů

Obrázek číslo 7. Skóre SD 1 souboru děleného dle vzdělání rodičů

Obrázek číslo 8. Skóre SD 2 souboru děleného dle vzdělání rodičů

Obrázek číslo 9. Celkové skóre souboru děleného dle aprobace učitele

Obrázek číslo 10. Skóre SD 1 a SD 2 souboru děleného dle aprobace učitele

Obrázek číslo 11. Celkové skóre souboru děleného dle hlavní organizační formy

Obrázek číslo 12. Skóre SD 1 a SD 2 souboru děleného dle hlavní organizační formy

Obrázek číslo 13. Celkové skóre souboru děleného dle kvality ŠVP

Obrázek číslo 14. Skóre SD 1 a SD 2 souboru děleného dle kvality ŠVP

Obrázek číslo 15. Celkové skóre souboru děleného dle hodnoty BMI

Obrázek číslo 16. Skóre SD 1 a SD 2 souboru děleného dle hodnoty BMI

Obrázek číslo 17. Celkové skóre souboru děleného dle úrovně vykonávání P.A.

Obrázek číslo 18. Skóre SD 1 a SD 2 souboru děleného dle úrovně vykonávání P. A.

Obrázek číslo 19. Celkové skóre souboru děleného dle intenzity P.A.

Obrázek číslo 20. Skóre SD 1 a SD 2 souboru děleného dle intenzity P.A.

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 Organizační formy VKZ

Tabulka č. 2 Charakteristika VKZ v zahraničních vzdělávacích systémech

Tabulka č. 3 Sledované proměnné a jejich specifikace

Tabulka č. 4 Klasifikace didaktických testů dle Byčkovského

Tabulka č. 5 Základní informace o souboru škol

Tabulka č. 6 Složení výzkumného souboru dle školních podmínek

Tabulka č. 7 Četnost souborů dělených dle proměnných ve vztahovém schématu

Tabulka č. 8 Sledované očekávané výstupy

Tabulka č. 9 Protokol obsahové analýzy

Tabulka č. 10 Kurikulum vynechané v jednotlivých ŠVP

Tabulka č. 11 Implementace očekávaných výstupů na konci základního vzdělávání do jednotlivých ŠVP škol zapojených do výzkumu

Tabulka č. 12 Vliv jednotlivých faktorů na kvalitu ŠVP

Tabulka č. 13 Četnost správně a špatně zodpovězených položek

Tabulka č. 14 Deskriptivní statistika výsledků testu u celého souboru

Tabulka č. 15 Výsledky post- hoc analýzy souboru děleného dle vzdělání rodičů

## ÚVOD

Jedním z diskutovaných témat dnešní doby je životní styl dětí a mládeže. Touto problematikou se zabývá mnoho výzkumných šetření, která přinášejí podobné informace. Vysoké procento dětí trpí obezitou, tráví mnoho času u počítače nebo u televize, jsou závislé na různých hrách, složení jídelníčku není dobré a pitný režim tvoří z velké části slazené limonády a energetické nápoje. Všechny tyto nešvary ovlivňují jejich zdravotní i psychickou stránku. Mladá generace je důležitá, protože se časem stane produktivní součástí společnosti, a je tedy na místě, aby v produktivním věku byli všichni vybaveni náležitými vědomostmi a kompetencemi, kterými budou moc ovlivňovat úroveň jejich zdraví. Tyto faktory povedou ke zlepšení společenské situace. Jakým způsobem můžeme ovlivnit myšlení společnosti, aby se tato situace změnila k lepšímu. Od dětství má nejvíce nástrojů na ovlivnění životního stylu dětí rodina a hned po ní následuje škola.

Současná situace ve společnosti si žádá proměny způsobu vzdělávání, často opakované fráze typu „*musíme od učení vědomostí ustoupit a začít u žáků rozvíjet kompetence*” jsou slyšet čím dál častěji. V současnosti narůstá počet informací rychlým tempem a pokud by měly školy reagovat na všechny nové informace, musel by se objem kurikula mnohonásobně zvýšit, stejně s tím i čas strávený ve škole, popřípadě domácí přípravou. Jsou tendence opouštět učení faktů a více rozvíjet dovednosti, bez kterých se žáci v životě neobejdou.

V rámci kurikulární reformy, která začala v roce 2004, je vidět snaha v průběhu vzdělávání u žáků rozvíjet kompetence. Otázkou však je, jak se k této problematice staví jednotliví pedagogové, protože tato změna směru vzdělávání není zcela jednoduchá a pro některé ze starší generace učitelů jsou tyto změny velmi náročné, protože je třeba výuku z velké části upravit. Pedagog musí rozvíjet své kompetence a získávat nové dovednosti, které mu pomohou zlepšit kvalitu výuky.

Ve školství tedy najdeme snahu, která by měla vést k radikální proměně vzdělávání. V nových kurikulárních dokumentech jsou výstupy a klíčové kompetence, které by měly být v rámci vzdělávání naplněny, popřípadě rozvíjeny. Nová generace kurikulárních dokumentů poskytuje jednotlivým základním školám určitou míru autonomie, ta umožňuje profilaci školám podle jejich materiálních, personálních a dalších podmínek.

Autonomie škol zasahuje i do jednotlivých vzdělávacích oblastí. Nás zajímá vzdělávací oblast Člověk a zdraví, která obsahuje vzdělávací obory Tělesná výchova a

Výchova ke zdraví. Tyto dva vzdělávací obory by měly u žáků vybudovat vztah k pohybu a vytvořit návyky související se zdravým životním stylem. Tělesná výchova má minimální dotaci dvě hodiny za týden, takže realizace kurikula je jasně daná. Otázkou však je, jakým způsobem se realizuje výuka Výchovy ke zdraví. V kurikulárních dokumentech je spojeno s tímto vzdělávacím oborem mnoho autonomie a s ní tedy mnoho způsobů, které lze využít k realizaci tohoto vzdělávacího oboru. Od začátku reformy nikdo neprovádí systematickou a komplexní zpětnou vazbu, jak tvrdí Hřivnová (2017). Také není k dispozici dostatek kvalitních a prověřených nástrojů pro evaluaci výsledků vzdělávání. Zpětná vazba z tohoto vzdělávacího oboru, který by měl dostat do budoucna mnohem více prostoru, je pro nás stěžejní. Zajímá nás, jakým způsobem jsou u žáků budovány příslušné kompetence, jaké faktory ovlivňují vzdělávání v tomto vzdělávacím oboru a jak jsou efektivní jednotlivé organizační formy výuky. V naší práci budeme posuzovat osvojené kurikulum žáků devátých ročníků základních škol a analyzovat faktory, které úroveň osvojeného kurikula ovlivňují.

## I. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

### I.1 Vymezení pojmu zdraví a jeho složek

Zdraví je mnohorozměrný pojem, jehož definice není ve společnosti jednoznačně ustálená. Nejvíce se rozšířila definice světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) z roku 1948, ta byla zakotvena v ústavě WHO následovně: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*” (Zacharová, 2013, s. 11). Bureš (1960) definuje zdraví jako potenciál schopností organismu přizpůsobit se měnícím se nárokům prostředí. Podle Křivohlavého je zdraví z s ohledem na spokojenost člověka vymezeno takto: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou podobnému snažení druhých lidí*” (Křivohlavý, 2001, s. 40). V roce 1984 WHO upravuje definici z roku 1948 následovně: „*Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti*” (Zacharová, 2013, s. 12).

Z těchto definic lze tedy pohlížet na zdraví jako na dynamickou rovnováhu organismu, která se nachází ve vztahu k vnitřním a vnějším podmínkám a zajišťuje jeho fungování. Pokud se zamyslíme nad Burešovým pohledem jako potenciál organismu, můžeme konstatovat, že tento potenciál se mění spontánně ale i vědomě, například výchovou, životním stylem nebo očkovaním. Tímto způsobem se vytváří takzvané pozitivní zdraví (Bureš, 1960).

Pohled na koncept zdraví není jednotný. Odborná literatura nejčastěji pracuje s následujícími čtyřmi modely: Biomedicínský model; Bio-psycho-sociální model; Ekologicko-sociální model a Holistický model. Biomedicínský model chápe zdraví jako samozřejmost, onemocnění lze odhalit a organismus je vyléčen pomocí medicínských metod. V tomto modelu je zřejmá analogie organismu s vyspělým strojem (Holčík 2014). Bio-psycho-sociální model je posunem kupředu, protože je uznávám vyspělou medicínou. V tomto modelu není zdraví samozřejmostí, klasifikováno je spíše jako výsada. Hlavní tezí tohoto přístupu je snaha jedince aktivně udržovat a posilovat dobrou úroveň svého zdraví, tento proces je celoživotní. Tento model je svým pojetím nejbliže námi uvedeným definicím, protože zdraví chápe komplexně a chápe ho jako stav tělesné, duševní a sociální pohody (Křivohlavý, 2001; Kebza, 2005, Fischerová, 2013).



Ekologicko-sociální model je podobný modelu předchozímu, navíc do něj přidává roli osobnosti a společnosti. Je zde kladen větší důraz na subjektivní prožívání zdraví a nemoci jedincem (Kebza, 2005; Fischerová, 2013). Nejkomplexnějším modelem je model holistický. Podle holistického modelu je zdraví stav úplného psychosociálního blaha. Jsou zde obsaženy tyto složky: fyzická, duševní, sociální, dále zdraví osobní, citové a duchovní. Tento model je hojně využíván ve východní medicíně (Bedrnová, 2015).

Každý z konceptů vymezujících zdraví dělí zdraví do složek. Kachlík dělí složky zdraví na dvě skupiny podle toho jak k nim přistupuje medicína. První skupinu složek zdraví uznává západní i východní medicína (fyzická, duševní a sociální) druhá skupina je chápána západní medicínou jako alternativa, východní medicína s nimi však běžně pracuje (duchovní, emocionální a osobní). Zdraví fyzické je anatomie a fyziologie našeho těla. Nic není poškozeno, vše funguje. Duševní zdraví je reprezentováno funkcemi centrální nervové soustavy a orientací jedince. Funkcemi centrální nervové soustavy rozumíme smyslové vnímání, motoriku, paměť, řeč, emoce. Orientace se váže na prostor, čas a situaci ve které se jedinec nachází. Sociální složka je nejmladší v této skupině. Sociálně zdravý člověk má pořádek v mezilidských vztazích a umí o ně pečovat (Kachlík, 2016; Křivohlavý, 2001; Kebza, 2005; Fischerová 2013).

Mezi složky druhé skupiny řadíme duchovní zdraví. To lze vyložit jako víru v cokoli. Člověk může věřit v určité náboženství, filozofii nebo jen v nějaký hodnotový žebříček. Duchovní zdraví je tedy velmi subjektivní záležitost. Emocionální zdraví je představeno osobním prostorem, ve kterém se jedinec cítí bezpečně a dokáže naslouchat svému tělu, mysli a okolí. Emocionální zdraví si lze vizualizovat jako bublinu, ve které se cítíme bezpečně. Poslední složkou zdraví je složka osobní. Tato složka se týká seberealizace, plnění snů, plánů a cílů (Benatar, 2011; Fischerová, 2013).

V současnosti je tedy cílem nejen vyléčit člověka z nemoci, ale také soustavně rozvíjet všechny složky zdraví. Nebudeme tedy chápat zdraví jako něco konečného, ale jako proces v němž rozvíjíme potenciál organismu. Toto zjištění je důvod pochopení zdraví jako dynamického jevu (Zacharová, 2013).

Zdraví je ovlivňováno mnoha faktory, ty lze rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní faktory jsou především genetické dispozice, stárnutí organismu a imunita. U vnějších faktorů se názory autorů poměrně liší Kachlík (2016) dělí vnější faktory na biologické, chemické, fyzikální a sociální. Čevela (2009) dělí faktory ovlivňující zdraví do tří základních skupin - životní styl, úroveň zdravotnických služeb a kvalita životního a

pracovního prostředí. Při studiu literatury jsme shledali, že oba autoři přistupují k taxonomii z jiného úhlu pohledu, avšak faktory ovlivňující zdraví jsou obsaženy v obou taxonomiích. Pro potřeby naší práce volíme Čevelovu taxonomii. K tomuto dělení přidáme ještě dodatek v podobě pozitivních faktorů ovlivňující zdraví. Jako pozitivní faktory ovlivňující zdraví je uváděna prevence a také health promotion, který můžeme volně přeložit jako ochrana a podpora zdraví. Tímto tématem se budeme zabývat v samostatné kapitole.

### **I.1.1 Životní styl, pohybová aktivita a trávení volného času**

Podle výzkumů je to životní styl, který nejvíce ovlivňuje úroveň zdraví. *„Zdravý životní styl jako dynamický jev s vysokou a vhodnou životní hodnotou saturuje všechny dimenze zdraví a prostřednictvím osobní zodpovědnosti je předpokladem harmonického života a uskutečňování životních cílů”* (Liba, 2013, s. 16).

Podle Jandourka je životní styl *„komplex psaných a nepsaných norem a identifikačních vzorců, souhrn životních podmínek, na které lidé berou ohled ve vzájemných vztazích a chování. Jeho podoba je ovlivněna životním cyklem, společenskými rolami, tradicí apod. Výrazný životní styl může přejít v subkulturu“* (Jandourek, 2001, s. 243).

Dufková (2005) charakterizuje životní styl jako systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí, které jsou charakteristické pro určitý subjekt.

Stebins (2009) popisuje životní styl jako reprezentaci způsobu života jednotlivce nebo skupiny osob v určitém místě a období historického vývoje společnosti. Je charakterizován každodenním chováním jedince či skupiny osob, v němž se výrazně projevuje hodnotová orientace, akceptovaný souhrn norem, zájmy, postoje, potřeby či způsob využívání a ovlivňování materiálních i sociálních životních podmínek prostředí.

Základní faktory zdravého životního stylu můžeme vymezit následovně: životní rytmus, pohybový režim, duševní aktivita, zvládání náročných životních situací, životospráva, racionální výživa a péče o tělesné, psychické a duchovní stránku jedince (Kraus, 2008).

V rámci tělesného zdraví považujeme jako důležitý faktor pravidelnou pohybovou aktivitu. Podle výzkumu Vařkové (2004) má pravidelná pohybová aktivita pozitivní vliv na kognitivní funkce organismu, pomocí kterých člověk poznává svět a sebe sama. Pokles úrovně kognitivních funkcí má neblahý vliv na nezávislost jedince. Donnelly (2016) a Farooq (2018) potvrzují tvrzení Vařkové a prokazují přínos pohybové aktivity

pro kognitivní funkce. Cvičení má potenciál změnit synaptický přenos způsobu měnícími myšlení, rozhodování a chování.

Angevaren (2008) přichází se zjištěním, že osoby nad 55 let, které byly podrobeny pravidelnému aerobnímu tréninku, rozvinuly kromě kardiorespirační zdatnosti kognitivní funkce, konkrétně tyto oblasti: řízení motoriky, paměťové funkce a sluchovou pozornost. Souvislosti mezi pohybovou aktivitou a kognitivními funkcemi sledoval také Lopez (2003), který na vzorku 690 probandů, prokázal vztah a konstatuje, že s věkem je tento vztah markantnější.

Pohybová aktivita také působí preventivně proti vzniku civilizačních onemocnění. Máček (2004) se zabývá ve své studii vlivem pohybové aktivity na vznik rakoviny a dochází k závěru, že u některých druhů rakoviny se snižuje riziko onemocnění díky pohybové aktivitě, nejvyšší průkaznost se objevuje u rakoviny prsu a rakoviny tlustého střeva. Szabo (2009) doporučuje pohybovou aktivitu jako základní prostředek při léčbě pacientů s diabetem druhého typu. Většina pacientů s diabetem druhého typu mají zároveň přidružené choroby hypertenzi a obezitu. Pohybová aktivita snižuje hladinu glykémie a prokoagulantů. Pozitivně ovlivňuje sérové lipidy, snižuje abdominální obezitu a arteriální hypertenzi. Pohybová aktivita dále snižuje hypertenzi a spolu s látkovou výměnou zlepšuje prokrvení všech částí těla omezuje vznik srdečně cévních onemocnění a ve stáří hraje důležitou roli při snižování rizika vzniku osteoporózy. Miles (2007) k výše zmíněným faktorům přidávají také nezastupitelnou funkci pohybové aktivity a tou je společenská konektivita, která je důležitá pro duševní zdraví.

Pohybová aktivita a zdravý životní styl jsou publikačně nefrekventovanější termíny v kinantropologii, preventivním i veřejném lékařství. Fylogenetický pohled dokazuje, že lidské tělo je k pohybové aktivitě uzpůsobeno, protože k naplňování potřeb byl vždy potřeba pohyb. Pravidelná aktivita v dětství a dospívání je nezbytná pro zdravý vývoj kostí, svalového aparátu a udržení optimální hmotnosti (Hardman, 2009).

V následujících kapitolách uvádíme přehled aktuální problematiky týkající se pohybové aktivity s trávením volného času. Problematikou týkající se kvality života a úrovně zdraví se zabývalo mnoho výzkumných šetření. Témata související s naším výzkumem jsou obsáhlá, proto volíme pro větší přehlednost, členění do následujících kapitol.

Tupý (2015) publikoval závěrečnou zprávu programu Pohyb a výživa (dále jen PaV), která přinesla několik zajímavých informací. První zjištění se týká pohybové

aktivity žáků. Při pokusném ověřování bylo zjištěno, že při uplatnění pohybového režimu dle PaV lze zvýšit objem pohybové aktivity během pobytu ve škole na 1 hodinu denně. V oblasti výživy se dařilo začlenit učivo o výživě do výuky všech ročníků 1. stupně základních škol (dále jen ZŠ). V oblasti výživy byl viděn větší přínos programu než v oblasti pohybu. Ohlasy na program PaV jsou pozitivní ze strany žáků a také jejich rodičů.

V roce 2014 vychází zpráva o zdraví obyvatel České republiky, podle níž je nadváha a obezita problémem značné části populace (57%). Hlavními příčinami je nevhodná skladba stravy, nadměrný energetický příjem, vysoká konzumace soli, nepravidelné stravování a to vše společně s nedostatkem pohybové aktivity. Kalman připomíná, že výskyt nadváhy a obezity v dětském věku má vážné zdravotní důsledky v oblasti fyzické, psychické i sociální. V České republice trpí nadváhou nebo obezitou přibližně 20% chlapců a 10% dívek. Zatímco dle studie OECD z roku 2010 trpí v evropských zemích nadváhou a obezitou 13% dětí ve věku 11-15 let, v České republice je to dokonce 15% v souvislosti s nezdravou výživou a nedostatečnou pohybovou aktivitou (Antošová, 2014; Jandourek, 2001; Kalman, 2011; OECD, 2010).

Greplová (2013) uvádí výsledky několika mezinárodních studií, které poukazují na kouření mezi nezletilými. Podle výsledků studií je počet pravidelných kuřáků ve věkové kategorii 13-16 let kolem 20%, ve skupině 16 letých je to dokonce 25% kuřáků. Dále je uvedeno, že adolescenti jsou ovlivněni nejen kouřením rodičů, ale také tabákovou reklamou. I přes zákaz prodeje, 68% adolescentů tvrdí, že cigarety kupují v obchodech. Hnilicová (2018) připomíná dopad alkoholu na zdraví a kvalitu života. Alkoholické nápoje jsou v České republice volně dostupné a to má dopad na jeho spotřebu. Ve srovnání s jinými zeměmi je u nás velmi vysoká spotřeba alkoholu. Longitudiální studie ESPAD (2015) věnující se problematice návykových látek přináší znepokojivá data ze stran životního stylu 16 letých adolescentů. Je zde konstatováno, že i přes poměrně vysoké číslo, je kuřáků v roce 2015 méně než v minulých letech. Křivka vystihující trend konzumace alkoholu se od roku 1995 zvyšovala až do roku 2011, v posledním měření se růst zastavil a mírně opadl a je zde tedy vidět pokles. I přes to alkohol v posledních 30 dnech konzumovalo přes 68% respondentů a 41% respondentů pije nadměrné dávky. Podobný trend je i v otázce nelegálních látek, konkrétně konopných. Přes úbytek, má s konopnými látkami zkušenost přes 36% respondentů. Pozitivní je zjištění, že je v datech vidět pokles pravidelného užívání konopných látek. Ve studii ESPAD jsou trendy v pití alkoholických nápojů a kouření podobné jako ve

studii HBSC z roku 2011, podle které spolu kouření, nadměrné pití alkoholu a užívání marihuany pozitivně koreluje.

Podle Kalmana (2011) procento dětí, kteří pravidelně snídají klesá. V 11 letech pravidelně snídá 68% respondentů, v patnácti je to něco okolo 40%. Ovoce je oblíbenější než zelenina. Ovoce nebo zeleninu jedí častěji dívky. Sladkosti denně jí 25% dětí. Slazené nápoje pije každý den přes 25% chlapců a 20% dívek. Téměř 75% adolescentů nedosahuje na 60 minut pohybové aktivity každý den (Kalman, 2011).

Přibližně dvě třetiny chlapců a tři čtvrtiny dívek uvedlo, že si čistí zuby alespoň dvakrát denně. U chlapců však s narůstajícím věkem míra čištění zubů klesá, neuspokojivá je u 34% jedenáctiletých chlapců, v patnácti je to již 41% chlapců. Rozdíly v dentální hygieně jsou výraznější ve prospěch dívek. Zkušenosti s kouřením tabáku uvádí více než polovina třináctiletých a tři čtvrtiny patnáctiletých. Frekvence pravidelné pohybové aktivity je nižší u dívek. Nedostatečná pohybová aktivita a obezita spolu pozitivně koreluje. V roce 2011 trávila většina dětí více než 2 hodiny před televizí a více než 70% tráví více než 2 hodiny u počítače. Čas u počítače je problém, protože v předchozím měření strávilo touto aktivitou více než 2 hodiny denně více než 30% dětí (Kalman, 2011).

Evropská komise (2008) uvádí, že přes 60% respondentů nemá pravidelnou pohybovou aktivitu (dále jen P.A.) a 40% má mírnou P.A. Situace se podle průzkumu z roku 2010 nezlepšují, data jsou podobná. Nejvíce se pravidelné P.A. věnují v severovýchodních státech (Finsko, Švédsko a Dánsko).

Podle Currie (2008) by přijatelná denní doba sledování televize neměla přesahovat 2 hodiny denně, sledování televize pozitivně koreluje s bulimií, konzumací slazených nápojů a tučných jídel a nižší konzumací ovoce a zeleniny. Podle Vanderwatera (2006) je běžné, že lidé tráví sledování televize a hraním počítačových her 4-6 hodin denně.

Nuviala (2011) se zabýval trávením volného času ve Španělsku. Pozitivní je zjištění, že třetina dotazovaných se rekreačně věnuje pohybovým aktivitám, ačkoli to není vysoké číslo, je to větší procento než u výzkumů Morena (2004), Garicii (2006) a Nuvialy (2009). Autor tedy pozoruje zvyšující se tendence k pohybové aktivitě.

Výsledky studie Telami (2005) hovoří o důležitosti individuálního přístupu v rámci výuky, protože mladí lidé nejsou homogenní skupinou. Důležité je, aby si pedagog uvědomoval individuální odlišnosti svých žáků a vhodně na ně reagoval. Další výzkum Telami (2002) poukazuje aktivitu mladých lidí v Belgii a ve Finsku. Rozdíl je v

tom, že mladí Belgičané se účastní organizovaných aktivit, zatímco mladí Finové se účastní spíše neorganizované pohybové aktivity. Bidle (2003) tvrdí, že hraní počítačových her a sledování televize jsou hlavními příčinami sedavého životního stylu a absence P.A. U Finského souboru toto tvrzení můžeme podpořit, avšak u belgického souboru tento předpoklad nelze aplikovat, tamní mládež je aktivní v hraní her i pohybové aktivitě.

Vlivem P.A. na duševní zdraví se zabývá ve své studii Kliziene (2021), jeho studie prokazuje na pozitivní vliv osmi měsíčního programu Tělesné výchovy na fyzickou i emoční pohodu dětí na základních školách (6-7; 8-9). Je tedy důležité, aby škola vytvářela zdravé a pozitivní prostředí, jehož součástí bude pravidelná pohybová aktivita. Řada studií zabývajících se pohybovou aktivitou dětí poukazují na skutečnost, že většina dětí v mezinárodním měřítku nespĺňuje doporučenou úroveň pohybové aktivity, tato míra klesá již od prvních ročníků základních škol (Donnelly, 2009). Andermo (2020) poukazuje na souvislosti mezi pohybovou aktivitou a snížením úzkosti a zlepšením duševního zdraví u dospívajících. Toto zjištění potvrzuje ve svém výzkumu McMahan (2017). Podle něj je mezi P.A. a duševní pohodou pozitivní korelace, naopak negativní nízká úroveň koreluje s úzkostí a depresivními stavy.

Nuviala (2009) poukazuje na důležitost znalosti životního stylu a budování návyků s ním spojených již od dětství, mimo jiné protože na základě tohoto budování vznikají automatické odpovědi na jednotlivé situace. Ve fázi dospívání se tyto návyky formují a upevňují.

Torre (1997) v jednom starším výzkumu zdůrazňuje vztah mezi mírou zájmu o P.A. a hodnocením studentů na toto téma. Pozitivní hodnocení Tělesné výchovy (dále jen TV) má příznivý vliv na potřebu P.A.

Jiménez (2007) na základě svého výzkumu tvrdí, že skupina s pozitivnějším vnímáním TV se staví proti užívání škodlivých látek a lépe si osvojují návyky zdravého životního stylu.

### **I.1.2 Ochrana a podpora zdraví**

Anglický pojem Health promotion jako jeden z vnějších faktorů ovlivňujících zdraví byl již zmíněn. Volně můžeme tuto frázi do českého jazyk přeložit jako Ochrana a podpora zdraví. V této kapitole se pokusíme tento pojem zařadit do problematiky související se zdravím. Na základě rešerše můžeme tvrdit, že Ochrana a podpora zdraví je program vytvořený za účelem zlepšení životních návyků v rodině a společnosti.

Faktory ovlivňující kvalitu zdraví vymezuje Yang (2014) následovně: pohlaví, věk, vzdělání, zaměstnání, ekonomický status, úroveň nezávislosti, přístup ke zdravotnickým službám, životní styl a nemoci. Kickbusch (2003) tvrdí, že podpora zdraví je obecným procesem rozvoje společnosti k udržení a zlepšování zdraví. Aby si společnost uvědomila optimální úroveň všech složek zdraví musí znát své potřeby. Podle Bandury (2004) je k provádění podpory zdraví třeba plnit potřeby komunity a ovládat prostředí, Smith (2006) upozorňuje na potřebu komplexních zdrojů informací o daných tématech. Podle Li (2004) je Ochrana a podpora zdraví důležitým prvkem pro zlepšování zdravého životního stylu a zlepšení kvality života. Murwani (2012) nachází vzájemný vztah mezi Ochranou a podporou zdraví a VKZ.

Webster (2002) považuje za důležité, aby se občané nebáli převzít kontrolu nad svým zdravím. Dříve bylo veřejné zdraví konkurenčním pojmem k podpoře zdraví, ale v současnosti je veřejné zdraví vnímáno jako podskupina podpory zdraví. Whitehead (2004) k tomu dodává, že již není možné oddělit disciplíny podpory zdraví a veřejného zdraví. Zajímavé je také jeho tvrzení, že zdraví obyvatelstva vyplývá z účinků sociální, ekonomické a kulturní činnosti a z investic souvisejících se zdravím. Podpora zdraví je zastoupena aktivitami budujícími veřejnou politiku a posilující komunitu za účelem dosažení především sociální soudržnosti.

## **I.2 Gramotnost**

Gramotnost je podle Průchy (2012) založena na intelektuálních schopnostech, jež jsou determinovány vnějším, především sociálně- kulturním prostředím, výchovou a vzděláváním a je rozdělena na základní, funkční a obecnou gramotnost. Základní gramotností Průcha rozumí znalosti, vědomosti, dovednosti a schopnosti otevírající dveře k dalšímu vzdělávání. Funkční gramotnost je definována pochopením souvislostí v daných oblastech a schopností prakticky využít poznatků z dané oblasti.

Zatímco výraz spojený s obecnou gramotností je užíván již celá desetiletí (pojem býval se znalostí čtení a psaní), v posledních letech se stále více setkáváme s užíváním tohoto termínu v jednotlivých vzdělávacích oborech. Odborná veřejnost se stále ještě neshodla na nutnosti využití dílčích gramotností typu pohybová nebo zdravotní gramotnost. Přesto tuto kapitolu do práce na základě teoretických východisek (Whitehead, 2001) začleňujeme.

### **I.2.1 Pohybová gramotnost**

Pojmem pohybová gramotnost ve světě vzniká počátkem 90. let minulého století. V České republice se s pojmem začíná pracovat až po roce 2010 na FTK UP. *Pohybová gramotnost je koncept popisující celoživotní kvalitativní úroveň člověka. Snaha o uplatnění pohybových dovedností, schopností a vědomostí prostřednictvím tělesné zdatnosti jedince. To vyústí v pohybové chování přispívající ke zdravému životnímu stylu a aplikování v každodenním životě* (Vašíčková, 2016, s 37).

Základními atributy jsou motivace účastnit se pohybových aktivit. Pohybově gramotný jedinec má pozitivní vztah k pohybové aktivitě, věří ve své fyzické schopnosti a předpokládá, že účast na pohybové aktivitě mu přinese pozitivní zkušenost. Z hlediska sebevědomí a sebepojetí na něj působí pohybová aktivita pozitivně. Pohybově gramotní jedinci také dokáží lépe interagovat s prostředím a zároveň volí ekonomický pohyb (Vašíčková, 2016).

Od roku 2014 se diskutuje o problematice pohybové gramotnosti. Nedostatek pohybové aktivity je v ČR naléhavý problém související se zhoršením pohybové gramotnosti a tělesné zdatnosti. Pravidelná pohybová aktivita přispívá ke zdravému životnímu stylu a sociální soudržnosti. Z diskuzí vyplývá, že pohybová gramotnost tvoří základ pro zdravý způsob života a pro jeho harmonický rozvoj, je tedy důležitá jako ostatní gramotnosti. V programech státní podpory chybí systém, který by podpořil projekty na podporu pohybové gramotnosti populace a také chybí program pro zapojení nesportující a netaletované mládeže. V rámci doporučení je třeba zvýšit motivaci a zájem občanů všeho věku o pravidelnou pohybovou aktivitu a zařadit problematiku zdravého životního stylu a pohybové gramotnosti do systému vzdělávání ředitelů škol (Tupý, 2018).

### **I.2.2 Zdravotní gramotnost**

Podle WHO představuje zdravotní gramotnost rozvinutí kognitivních a sociálních dovedností, pomocí kterých dokáže jedinec získat přístup k informacím týkajících se zdraví, porozumět jim a využít je způsobem, který rozvíjí a udržuje zdraví. Je součástí základní výbavy pro život a zvyšuje celkovou úroveň zdravotního stavu populace. Nízká zdravotní gramotnost je zdrojem rozdílu v úrovni zdraví mezi skupinami obyvatel. Zdravotní gramotnost dělíme na funkční, interaktivní a kritickou. Funkční složka zdravotní gramotnosti zahrnuje poskytování informací o zdravotních rizicích a o zdravotnickém systému. Interaktivní složka rozvíjí schopnosti jedince jednat



samostatně a zvyšuje odpovědnost k respektování pokynů, které vedou k ochraně zdraví. Kritická složka rozvíjí schopnosti týkající se individuálního chování, cílem této složky je tvorba zdravotně příznivého sociálního prostředí (WHO, 2006).

V zahraničí je problematice zdraví věnováno mnohem více prostoru. Mnoho publikací propojuje problematiku veřejného zdraví, výchovy ke zdraví a globálního zdraví. Koshiba (2019) ve svém výzkumu nachází vztah mezi kategoriemi přispívající ke zdraví (pozitivní duševní přístup, správné stravovací návyky, preventivní chování a zdravotní postupy), zdravotními praktikami a interakcemi prospěšnými pro duševní zdraví (pozitivní myšlení, sociální vztahy, vyhýbání se silným emocím a napětí). Studenti TV byli oproti ostatním lépe hodnoceni v oblasti pozitivního duševního přístupu.

Koshiba předpokládá, že studenti s vyšší úrovní znalostí problematiky zdraví a vysokou úrovní pro zdravotního chování budou pozitivně ovlivňovat své žáky. Tuto myšlenku podporuje Findholt (2016) ve svém výzkumu realizovaném v Oregonu v USA. Findholt dále zdůrazňuje, že osobnost učitele pozitivně ovlivňuje budování stravovacích návyků u žáků ve spojených státech. Rossiter (2007) to vidí stejně. Předpokladem je, že vyšší úroveň znalostí o problematice zdraví, v budoucnu ovlivní životní styl jedince. Tuto tezi potvrzují ve svých studiích Gacek (2007) u polských studentů Tělesné výchovy, Askarian (2013) u Íránských studentů a Ahmadi (2015) u žen do 30 let. Proti této tezi je však Wrona-Wolny (2006) u polských studentů, Sajwani (2009) u studentů v Pákistánu a Alissa (2015) v Saudské Arábii, tito autoři ve svých výzkumech poukazují na fakt, že vyšší úroveň vědomostí nemusí vždy znamenat kvalitní životní styl.

Dále byla prokázána vyšší životní spokojenost u polských studentů s nižšími hodnotami BMI, to v tomto výzkumu souvisí s zdravými stravovacími návyky. Dalšími autory potvrzující tuto myšlenku jsou: Laudańska-Krzemińska (2015), Gacek (2015), Gacek, (2017) a Schnettler (2015).

Vzdělávání na vysokých školách v oblasti zdravotních témat je často diskutované. Témata globálního zdraví se začala vyučovat na lékařských fakultách, školách ošetrovatelských a školách věnujících se veřejnému zdraví. Je tedy vhodné se ptát na jakých dalších školách, by se měla tato témata objevit. Peluso (2013) poukazuje na příležitost mezioborového vzdělávání a rozvoje kompetencí u dalších profesí. Podobně smýšlí i García (2006), ten považuje za nutnost začlenění Výchovy ke zdraví v

různých formách do vzdělávacího systému lékařských fakult ve Španělsku a také do osnov každého oboru v sociálních vědách.

Von Wagner (2007) zkoumá vztah mezi zdravotní gramotností a chováním pro zdraví u britské populace a přináší tato zjištění: vysoká úroveň zdravotní gramotnosti je spojena s nekuřáky, zdravým stravováním a lepším sebehodnocením. Podobně se to jeví i u dalších autorů jako jsou Ishikawa (2008) a Osborn (2011). Taggart (2012) poukazuje na účinnost intervence ke zlepšení zdravotní gramotnosti v primární zdravotní péči. Tyto intervence mohou vést ke změně pro zdravého chování.

Suka (2015) zkoumá vztah mezi zdravotní gramotností, pro zdravým chováním a zdravotním stavem u dospělých Japonců. Podle jeho studie je zdravotní gramotnost významně spojena s přístupem k informacím o zdraví a pro zdravým chováním Japonců. Zdravotní gramotnost hraje významnou roli v podpoře zdraví i ve vysoce vzdělaných zemích jako je Japonsko.

Ve Švédsku se často diskutuje o kompetencích týkajících se globální zdravotní výchovy. Výzkum na tamních lékařských fakultách prokázal, že studenti medicíny postrádají tyto kompetence. Ehn (2015) poukazuje na poptávku po vzdělání v této problematice, podle něj velké procento studentů je proto, aby se vzdělání v této oblasti stalo součástí jejich studia. Podle Rowsona (2012) může globální zdravotní výchova zlepšit znalosti a dovednosti v oblastech, jako jsou socioekonomické determinanty zdraví, nerovnosti v oblasti zdraví, zdravotní systémy a kulturní chápání zdraví aj. Rowson si myslí, že globální výchova ke zdraví, by se měla učit multidisciplinárně.

### **I.3 Kurikulární dokumenty v české vzdělávací soustavě**

#### **I.3.1 Vývoj kurikulárních dokumentů v českém školství**

Pedagogické dokumenty jsou materiály, které vymezují a určují práci výchovně vzdělávacích institucí, ředitelů, učitelů i žáků. Vztahují se k pedagogickému dění a mají tyto základní funkce: projektovou, organizační, koncepční, realizační, hodnotící a zpětnovazebnou. Pedagogické dokumenty lze rozdělit do skupin dle jejich základních funkcí. První skupinou jsou teoreticko- pedagogické dokumenty, v této skupině převládá funkce realizační, koncepční, hodnotící a zpětnovazebná. Mezi tyto dokumenty řadíme Školský zákon, standardy vzdělávání, vzdělávací programy, učební programy a osnovy, časově tematické plány a metodické příručky. Druhou skupinou dokumentů jsou praktické dokumenty, ty můžeme také označit jako školní dokumentace

(vnitřní řád školy, třídní kniha, katalogové listy, žákovské knížky a vysvědčení) (Průcha, 2003; Maňák, 2008).

Po roce 1989 se začala Česká republika transformovat ve většině odvětví včetně školství. Byly hledány nové způsoby organizace a řízení vzdělávání, aby mohla být reforma úspěšná. Tato doba je charakteristická vznikem mnoha dokumentů transformujících jednotlivé složky školství.

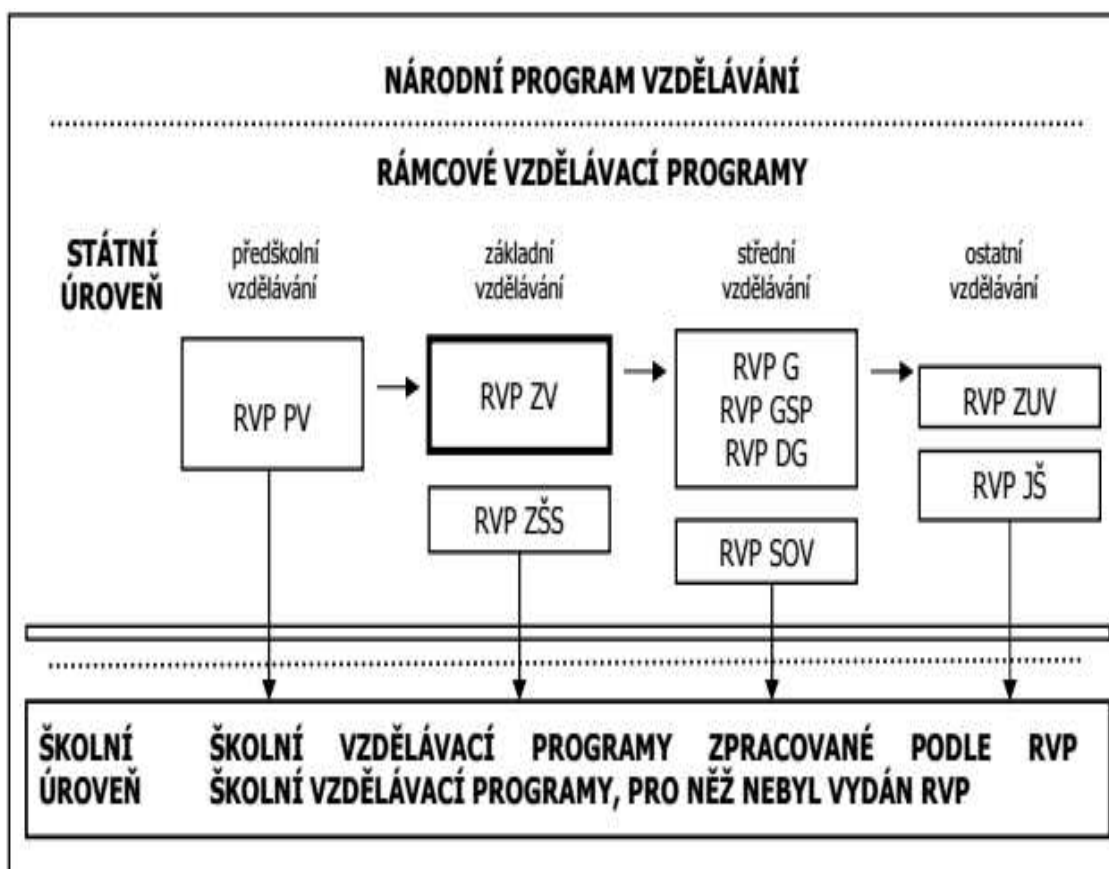
Reforma byla řízena Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT). Na ministerstvu se řešily otázky týkající se kurikulárních dokumentů, poté byla pověřována jednotlivá pracoviště tvorbou daných dokumentů. Dříve to býval Výzkumný ústav pedagogický (VÚP) a Národní ústav odborného vzdělávání (NÚOV), tyto dva ústavy byly v roce 2011 sloučeny a vznikl Národní ústav pro vzdělávání (dále jen NÚV). Je to právě NÚV, který se v dnešní době zabývá tvorbou kurikulárních dokumentů (Fialová et al, 2014). V roce 2020 vznikl sloučením Národního ústavu pro vzdělávání a Národního institutu pro další vzdělávání vznikl 2020 Národní pedagogický institut České republiky (NPI).

Tvorba kurikulárních dokumentů prošla v České republice svým vývojem. Podle Tupého (2018) rozlišujeme 4 období, ve kterých se kurikulární dokumenty utvářely (1989-1993; 1993-1998; 1999-2007; 2008-2013). V pořadí třetí období vývoje kurikulárních dokumentů je pro české školství přelomové, protože v té době vychází koncepční dokument „*Národní program rozvoje vzdělávání - Bílá kniha*“, tento dokument určuje hlavní strategické linie dalšího směřování českého školství. Jsou jimi realizace celoživotního učení pro všechny, přizpůsobení programu vzdělávání potřebám společnosti, dalšími liniemi je monitoring kvality a efektivity vzdělávání, přeměna role pedagoga a základní linie pro budoucí kurikulární reformu je odpovědné spolurozhodování, díky kterému se odstupuje od centralizace vzdělávacího systému k určité autonomii škol (Tupý, 2014).

„*Národní program rozvoje vzdělávání*“ je zaměřen na rovinu osobního rozvoje, začleňování do života společnosti, formování občana a přípravu na pracovní život. Snaží se vzdělávání pojmout více komplexně a vybavit žáky do života nejen vědomostmi, ale také praktickými dovednostmi. Program je rozčleněn do čtyř kapitol. První kapitola obsahuje východiska a předpoklady rozvoje vzdělávací soustavy, druhá kapitola se zabývá problematikou předškolního, základního a středního vzdělávání, třetí kapitola je věnována terciálnímu vzdělávání a čtvrtá pojednává o vzdělávání dospělých. Pro naši práci je stěžejní druhá kapitola (Bílá kniha, 2001).

Nový Školský zákon zavedl systém více úrovní vzdělávacích programů, díky tomu je jasné vymezené nezbytné jádro, naproti tomu umožňuje určitou autonomii škol při tvorbě školních vzdělávacích programů. Nové pojetí kurikula se týká rozvoje klíčových kompetencí, aplikace forem mezipředmětové integrace a začlenění projektové výuky (Bílá kniha, 2001; Fialová, 2014).

Na státní úrovni se rozhoduje o zásadách kurikulární politiky, za to zodpovídá státní program vzdělávání (dále jen SPV), z tohoto programu se na úrovni Rámcových vzdělávacích programů (dále jen RVP), specifikují jednotlivé obecně závazné požadavky vzdělávání. Poslední úroveň již konkretizuje podmínky pro záměr a plán. Dlouhodobý záměr vycházející z Bílé knihy stanovuje návod na tvorbu RVP pro všechny stupně vzdělávání, dále stanovuje specifický obsah, výstupy a podmínky pro vzdělávání, také je zde obsažen manuál pro tvorbu Školních vzdělávacích programů (dále jen ŠVP). Systém kurikulárních dokumentů je zobrazen na Obrázku č. 1 (RVP,2017; Bílá kniha, 2001).



Obrázek č 1 Systém kurikulárních dokumentů před revizí v roce 2021 (RVP ZV, 2017)

Základním kurikulárním dokumentem pro toto období je tedy RVP, to udává směr a vytyčuje trendy ve vzdělávání a je platný pro všechny vzdělávací instituce.

Za důležité body v doporučeních pro základní vzdělávání na 2. stupni považujeme především obsahovou bohatost a vnitřní diferenciaci základního vzdělávání. Obsahová bohatost je podpořena doporučením, ze kterého vychází školy zavedením většího podílu volitelných předmětů. Na realizaci obsahu vzdělávání se také velkou měrou podílí integrace předmětů a výuka předmětu v blocích a projektech. V návaznosti na tato doporučení týkající se přímé praxe by měly navazovat volnočasové aktivity v rámci školy. Tato doporučení by měla umožnit školám realizovat v rozmanitých způsobech zamýšlené kurikulum, které je obsahově velmi bohaté (Bílá kniha, 2001; RVP, 2017).

Aktuální systém kurikulárních dokumentů se odlišuje od zkonstatěného pojetí před pádem komunistického režimu. Otázkou, kterou si můžeme položit je, jaká jsou negativa a pozitiva tohoto vývoje. Hlavní změnou je snaha o určitou autonomii, její výhodou je, že školy nemají tak svázané ruce a mají možnost se profilovat podle materiálních, personálních a dalších podmínek. Je zde tedy možnost specializovat se v oblastech, ve kterých se škola cítí dobře zabezpečená a může nabídnout přidanou hodnotu oproti školám jiným. Tato autonomie je mimo jiné součástí vyspělých vzdělávacích soustav na severu Evropy, které se uvádí jako vzor pro ostatní národy. Rozdílem mezi vyspělými severskými systémy a naším systémem je inspekční činnost. Ve vyspělých systémech jsou školy autonomní ve všech složkách, to o našem školství konstatovat nelze. Autonomie při tvorbě kurikulárních dokumentů je jedna z mála výsad škol jednat autonomně, navíc ne vždy se školy při inspekční činnosti setkají s pozitivním přijetím jejich kurikulárních dokumentů (Tupý, 2014).

S autonomií těsně souvisí osnování učiva. Učivo uvedené v RVP ZV se projektuje do jednotlivých školních vzdělávacích programů. V RVP není dáno, kdy se má učivo probrat, to je výsada škol. Podle nás je to výhodné, protože uvolňuje ruce při tvorbě ŠVP výběrovým školám a gymnáziím, ale i školám, ve kterých je mnoho žáků se specifickými vzdělávacími potřebami. Problémem může být, že se učivo nestihne během školní docházky probrat. Dalším faktorem, který je třeba zohledňovat, je osnování učiva z hlediska návaznosti tematických celků.

V souvislosti s kurikulární reformou se ustupuje od klasického učení vědomostí a do popředí vstupují klíčové kompetence. Při dynamickém působení společnosti, je to účinný nástroj jak, žáky vybavit dovednostmi pro praktický život. V rámci kompetencí se žák učí přizpůsobovat dění a změnám ve společnosti. Někteří vyučující však na základě výuky kompetencí přestávají vyžadovat vědomosti a s nimi spojenou taxonomii

kognitivních cílů. S tím však nelze souhlasit, protože pro kvalitní rozvoj kompetencí je třeba mít dobře rozvinuté kognitivní operace vyššího řádu a pro kvalitní rozvoj operací vyššího řádu, musí být kvalitně rozvinuty kognitivní operace nižšího řádu (Tupý, 2014).

### **I.3.2 Rámcový vzdělávací program**

Rámcový vzdělávací program (dále jen RVP), byl připravován souběžně s tvorbou „*Národního programu rozvoje vzdělávání*“, jeho první verzi připravil VÚP a první verze byla předložena na konci roku 2000, další verze průběžně vznikaly až do roku 2005. Jelikož se školský zákon dotvářel v době, kdy bylo RVP ZV hotové, byl problém v určitých pasážích, ve kterých docházelo ke kolizi obou textů. Při tvorbě RVP se řeší hlavně otázky obsahu, členění vzdělávání, organizaci evaluace a přípravu učitelů. První verze obsahuje čtyři části (úvod, obsah vzdělávání, učební plán a další). Po posouzení školami a experty jsou vidět pozitiva ve vzniku RVP jako kurikulárního dokumentu, pozitivně je hodnocena snaha o komplexnost a návaznost na evropské tendence. Mezi negativa patřila nejednoznačnost učiva a očekávaných kompetencí, a také příliš svazující dotace učebního plánu (Tupý, 2014).

RVP ZV z roku 2017 je rozděleno do čtyř částí označených písmeny A-D. Část A se věnuje vymezení dokumentu v systému kurikulárních dokumentů a principy programu pro základní vzdělávání. Část B obsahuje charakteristiku základního vzdělávání, vymezuje povinnosti školní docházky, organizaci vzdělávání, povinnosti školní docházky, organizaci vzdělávání, hodnocení výsledků vzdělávání a ukončení vzdělávání. Část C vymezuje klíčové kompetence, průřezová témata, obsah vzdělávacích oblastí a jednotlivých vzdělávacích oborů. Část D je zaměřena na vzdělávání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami a také žáků mimořádně nadaných. Jsou zde vymezeny podmínky pro uskutečnění RVP, především zde najdeme zásady pro vypracování a vyhodnocení ŠVP (RVP ZV, 2017).

V části C najdeme rámcový učební plán, který stanovuje minimální časovou dotaci jednotlivých vzdělávacích oborů v průběhu studia. Vedení školy má k dispozici takzvanou disponibilní časovou dotaci. To jsou hodiny, které nepatří žádnému vzdělávacímu oboru a škola je může přiřadit jakémukoli oboru. Těchto hodin je na 2. stupni osmnáct, ale málokdy se stává, že tyto hodiny jdou do vzdělávací oblasti Člověk a zdraví, ačkoli by to bylo záhodno (RVP ZV, 2017).

Zatímco státní program vzdělávání a RVP jsou vytvářeny na úrovni státní, ŠVP jsou vytvářeny na úrovni školy. Při konstrukci ŠVP je škole přiznána určitá autonomie.

Sama škola podle svých podmínek upraví obsah vzdělávání, tak aby byla co nejeфекtivnější. Způsobů konstrukce ŠVP je více a škola má volné ruce při jeho tvorbě, mnoho škol však tvorbu ŠVP bere jako administrativní zátěž. ŠVP je však povinná dokumentace školy. Prezentuje profil školy podle jejich podmínek a možností (Fialová, 2010).

Poslední období se týká revizí a úprav RVP. Revize vycházejí z koncepčního dokumentu „*Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy 2011-2015*“, který byl schválen v roce 2011. V dlouhodobém záměru jsou vytyčeny jasné cíle pro následující období. Je zde požadováno zavádění evaluačních standardů do RVP, příprava nástrojů pro ověřování cílů vzdělávání podle RVP, podpora škol při dopracování ŠVP a podpora inovací vzdělávacích programů (Tupý 2018).

V roce 2010 po dohodě VÚP, NÚOV a MŠMT vychází materiál „*Organizace cyklických revizí*“, který měl sloužit jako základní model budoucích revizí. Komplexní cyklické revize by měly trvat 12 let a skládají se z tříletých dílčích cyklů. Materiál však byl nástupem nového vedení MŠMT odložen a zatím nevyužit (Tupý, 2018).

V současné době probíhají malé revize a úpravy, které jsou podmíněny společenskými změnami, potřebami žáků plynoucích z různých výzkumů a také legislativními změnami. Na portálu NÚV, mají současné revize samostatnou sekci. V této sekci lze najít většinu dokumentů potřebných k prostudování revizí jednotlivých stupňů vzdělávání a vzdělávacích oborů. Koncem roku 2018 byla zahájena strategie vzdělávací politiky 2030+, hlavním úkolem této strategie bylo připravit dokument „*Hlavní směry vzdělávací politiky ČR 2030*“. Tento dokument by měl vytyčit hlavní cíle, vize a priority a prostředky, kterými se bude výsledků dosahovat. V současnosti se ukončují analytické podkladové studie k jednotlivým vzdělávacím oblastem podle RVP. V sekci lze najít i dokumenty věnující se společnému vzdělávání a skutečností, které měly vliv na přijetí víceúrovňového kurikula a jejich ovlivňování vztahu ke kurikulu po zahájení výuky podle ŠVP (Veselý, 2019).

### **I.3.3 Vzdělávací oblast Člověk a zdraví**

Vzdělávací oblast Člověk a zdraví je v RVP ZV oblastí, která by měla předat žákům základní podněty pro pozitivní ovlivňování zdraví. Cílem vzdělávání v této oblasti je sebepoznání žáků a pochopení hodnoty zdraví. V rámci vzdělávání jsou žákům předávány vědomosti, dovednosti a způsoby chování, které by měly vést k udržení jejich zdraví. Důležité je, aby život školy byl v souladu s tím, co se žáci o

zdraví učí. Vzdělávací oblast Člověk a zdraví je realizována pomocí vzdělávacích oborů Výchova ke zdraví a Tělesná výchova. Jako doplňující podobor je zde zakotvena Zdravotní Tělesná výchova. „*Prvky Zdravotní Tělesné výchovy jsou využívány v povinné Tělesné výchově. Zdravotní Tělesná výchova jako ucelený systém je nabízena žákům III. (II.) zdravotní skupiny v samostatných vyučovacích hodinách*” (RVP ZV, 2017, s 100).

V následujícím výčtu uvádíme cílové směřování oblasti Člověk a zdraví, které je důležité pro rozvoj klíčových kompetencí žáků: (zpracováno dle RVP ZV, 2017)

- poznávání zdraví jako důležité hodnoty v kontextu dalších životních hodnot
- pochopení zdraví jako vyváženého stavu tělesné, duševní i sociální pohody a k vnímání radostných prožitků z činností podpořených pohybem, příjemným prostředím a atmosférou příznivých vztahů
- poznávání člověka jako jedince závislého v jednotlivých etapách života na způsobu vlastního jednání a rozhodování, na úrovni mezilidských vztahů i na kvalitě prostředí
- získávání základní orientace v názorech na to, co je zdravé a co může zdraví prospět, i na to, co zdraví ohrožuje a poškozuje
- využívání osvojených preventivních postupů pro ovlivňování zdraví v denním režimu, k upevnování způsobů rozhodování a jednání v souladu s aktivní podporou zdraví v každé životní situaci i k poznávání a využívání míst souvisejících s preventivní ochranou zdraví
- propojování činností a jednání souvisejících se zdravím a zdravými mezilidskými vztahy se základními etickými a morálními postoji, s volným úsilím atd.
- chápání zdatnosti, dobrého fyzického vzhledu i duševní pohody jako významného předpokladu výběru profesní dráhy, partnerů, společenských činností atd.
- ochraně zdraví a životů při každodenních rizikových situacích i mimořádných událostech a k využívání osvojených postupů spojených s řešením jednotlivých mimořádných událostí
- aktivní zapojování do činností podporujících zdraví a do propagace zdravotně prospěšných činností ve škole i v obci



### I.3.4 Standardy základního vzdělávání

Standard základního vzdělávání je teoreticko pedagogický dokument, který je s účinností od 1. září 2012 přílohou RVP ZV. Toto opatření bylo vydáno ministrem školství, mládeže a tělovýchovy dne 18. ledna 2012. Standard byl zpracován pro popis konkrétních výstupů jako pomoc pedagogům, rodičům a žákům v rámci plnění cílů základního vzdělávání (MŠMT, 2013).

Cílem standardů vzdělávání je konkretizace výstupů vzdělávání v RVP ZV na konci vzdělávacího období (v 5. a 9. třídě) ve všech vzdělávacích oborech. Standardy vzdělávání jsou třeba pro ověřování výsledků vzdělávání. Slouží tedy jako podklad pro tvorbu testů, které jsou distribuovány žákům napříč ročníky. Na mysl se dostává otázka, proč je třeba plošně testovat žáky v průběhu základního vzdělávání. Plošné testování žáků je důležité z několika důvodů. Jako první můžeme jmenovat liberální směřování školství. Dříve jsme popisovali liberálnější přístup kurikulární reformy k tvorbě ŠVP, školy se tak mohou do určité míry profilovat. avšak výstupy v RVP jsou platné a je tedy potřeba zjišťovat, zda školy cíle plní. Druhým důvodem je zhoršení výsledků žáků českých škol v průzkumech TIMSS a PISA z roku 2009. Třetím důvodem je testování žáků téměř po celé Evropě.

Kolem zavedení Standardů vzdělávání probíhala diskuze na portálu rvp.cz. Hlavním přínosem by mělo být zkvalitnění vzdělávání a upřesnění výstupů RVP ZV, ve standardech je stanovena tzv. minimální úroveň, kterou by měl každý absolvent daného období ovládat. Data získaná z testování žáků budou sloužit jako zpětná vazba pro školu i pro rodiče (MŠMT, 2013).

Geneze Standardu pro VKZ probíhala od roku 2012 do roku 2015. Původní návrh z roku 2012 byl odmítnut. Od roku 2013 pracovala na Standardech jiná pracovní skupina a v roce 2015 probíhá konečná revize jinou skupinou. Standardy VKZ obsahují 77 indikátorů, 23 ilustrativních úloh, 16 očekávaných výstupů a 1-2 ilustrativní úlohy ke každému výstupu. Indikátory jsou dány nutností pokrýt celou složitost očekávaných výstupů a cílů (kognitivní, afektivní, psychomotorické). Ilustrativní úlohy by měly zjistit, zda došlo k naplnění indikátorů. Bezchybné zvládnutí úlohy poukazuje na minimální úroveň osvojeného kurikula (Tupý, 2016).

Ke Standardům vzdělávání v jednotlivých vzdělávacích oborech vychází i metodické komentáře, které problematiku Standardů rozvíjejí do hloubky. V metodických komentářích ke Standardům vzdělávání Výchovy ke zdraví autoři rozlišují

tři úrovně obtížnosti (minimální, optimální a excelentní). Jednotlivé úrovně lze charakterizovat následovně:

- a) Minimální úroveň - mělo by ji zvládnout 90% žáků, je založena na základních znalostech a dovednostech. Žák by měl opakovaně rozhodnout, co je pro zdraví správné.
- b) Optimální úroveň - mělo by zvládnout 60-70% žáků. Předpokládá zvládnutí kognitivních operací vyššího řádu. Na optimální úrovni žák řeší problémové situace na škole i mimo ni.
- c) Excelentní úroveň - by mělo zvládnout 40-50% žáků. Jedná se o hluboké porozumění poznatkům v širších souvislostech, řešení problémových situací, kritické myšlení a posuzování dění kolem sebe.

Výchova ke zdraví je specifická náplní, jejím cílem není pouze předání poznatků, ale také dovedností a návyků. Při vymezení úrovně tedy autoři vychází z vědomostí, dovedností, postojů, hodnot a norem, avšak posuzování žáků skrze ilustrativní úlohy hodnotí především úroveň vědomostí. Sledování úrovně hodnot a postojů je těžko proveditelné. Vědomosti slouží jako základ, na kterém se pak pěstují dovednosti, postoje hodnoty a normy (Tupý, 2016).

V metodických komentářích jsou také doporučení ke Standardům. Jako nejdůležitější považujeme doporučení nesnižovat cílové požadavky VKZ na státní úrovni, protože hodnota zdraví je velmi důležitá a uvědomění si hodnoty zdraví má význam pro celý život. Dále je třeba minimalizovat rozdíly mezi jednotlivými školami a také opakovaně hodnotit úroveň osvojeného kurikula i žáků 9. ročníků základních škol (Tupý, 2016).

### **I.3.5 Hlavní směry vzdělávací politiky 2030+**

V současné době se připravují Hlavní směry vzdělávací politiky ČR do 2030+. Strategie 2030+ přináší podněty pro tvorbu hlavních směrů vzdělávací politiky a vychází z podnětů, podkladů, dat a informací z analýz vzdělávací politiky (např. *Analýza naplňování strategie vzdělávací politiky do roku 2020*, Výroční zprávy ČŠI a další dokumenty). Strategie 2030+ vymezuje strategické cíle a strategické linie. Strategické cíle představují cíle vzdělávání a strategické linie jsou pak prostředky a cesty k dosažení cílů. Strategickým cílem číslo jedna je zaměření vzdělávání více na získání kompetencí potřebných pro aktivní občanský, profesní i osobní život. Ve výsledku se bude jednat o přenesení hodnocení cílů vzdělávání z poznatků na

dovednosti a kompetence. Strategickým cílem číslo dvě je snížit vzdělanostní nerovnosti a zvýšit spravedlnost v přístupu ke vzdělávání. Ke splnění cílů jsou vytyčeny následující linie: proměna obsahu a způsobu vzdělávání; podpora učitelů, ředitelů a dalších pracovníků ve vzdělání; zvýšení odborných kapacit, důvěry a vzájemné spolupráce; zvýšení financování a zajištění jeho stability (Veselý, 2019).

## **I.4 Výchova ke zdraví v České republice**

### **I.4.1 Historické zakotvení Výchovy ke zdraví**

Zařazení Výchovy ke zdraví do kurikula se u nás zdůvodňuje pragmatickými argumenty s oporou o strategicko politické dokumenty typu „*Zdraví 21*“. Často je její vznik spojován s počátkem školní reformy, avšak Výchova ke zdraví existuje od roku 1995. V tomto roce je zapsána v kurikulárních dokumentech jako samostatný obor, ten však nebyl na školách samostatně organizován. Témata byla nejčastěji zařazována do předmětu Rodinná výchova, popřípadě Občanská výchova (Tupý, 2018).

Stěžejním koncepčním dokumentem důležitým pro Výchovu ke zdraví je Standard vzdělávání z roku 1995, který formuluje souhrnné vzdělávací cíle a obsah vzdělávání. V dokumentu je zachyceno kmenové učivo vymezující obsah a rozsah základního vzdělání v průběhu školní docházky. Standard vzdělání slouží i jako předmět sebeedukace. Ve standardu je Tělesná výchova a Výchova ke zdraví zakotvena jako Zdravý životní styl. Kmenové učivo obsahovalo následující tematické celky:

(Standard vzdělávání, 1995)

- rodina, domov a rozvoj osobnosti
- základy duševní a tělesné hygieny, režim dne
- zdravá výživa; prevence užívání návykových látek
- základy sexuální výchovy
- osobní bezpečí
- pohybové aktivity a zdraví

Ve vzdělávacím programu Základní škola z roku 1996, byla témata Výchovy ke zdraví ukotvena v předmětech Prvouka, Přírodověda a Vlastivěda na prvním stupni. Na druhém stupni je Výchova ke zdraví chápána ve shodě s Rodinnou výchovou, okruhy jsou obdobné jako ve Standardu vzdělávání. Vzdělávací program Obecná škola pojímala témata Výchovy ke zdraví komplexněji a cyklicky je rozvíjela od první třídy, nosnými předměty byla Prvouka, Přírodověda a Vlastivěda. Na druhém stupni byla většina témat zařazena do Rodinné výchovy, která byla praktickým předmětem

aplikující poznatky z Občanské výchovy (Obecná škola, 1996; Základní škola, 1996; Národní škola, 1997).

Je tedy vidět, že si tvůrci kurikulárních dokumentů plně uvědomují důležitost zdraví a témata se zdravím související byla do kurikulárních dokumentů implementována v různých formách již od roku 1995. Před kurikulární reformou z roku 2007 bylo více prostoru věnováno realizaci kurikula v předmětech Rodinná a Občanská výchova. Obsah vzdělávání se proměňuje s potřebami doby, avšak změny v oblasti kurikula se v době před reformou a po reformě nijak zásadně neliší.

Zajímavá jsou však zjištění Mužíkové, která se zabývá Výchovou ke zdraví ve své rigorózní práci. Formuluje v ní následující závěry. Ředitelé jsou s problematikou Výchovy ke zdraví obeznámeni jen z části, navíc většina ředitelů neví, jak je ukotvena Výchova ke zdraví v kurikulárních dokumentech. Minimum škol splňuje všechny podmínky k realizaci oboru. Bude zajímavé pozorovat jak se tyto závěry v průběhu let proměnily (Mužíková, 2006).

#### **I.4.2 Kurikulum Výchovy ke zdraví**

V průběhu kurikulární reformy z roku 2007 prochází Výchova ke zdraví obměnou, principy této obměny jsou zachyceny v Bílé knize z roku 2001. V systému kurikulárních dokumentů v rámci předškolního vzdělávání je problematika zachycena v následujících tematických celcích:

- lokomoční, nelokomoční a jiné činnosti
- zdravotně orientované činnosti
- smyslové a psychomotorické hry
- hudební a hudebně – pohybové činnosti
- činnosti k poznávání lidského těla
- činnosti relaxační a odpočinkové
- činnosti směřující k ochraně zdraví a osobního bezpečí
- jednoduché pracovní a sebeobslužné činnosti v oblasti hygieny

V RVP ZV, který je plošně od roku 2007 zaváděn do škol, problematika Výchovy ke zdraví zachycena na obou stupních. Na 1. stupni jsou témata Výchovy ke zdraví zohledněna ve vzdělávací oblasti „*Člověk a jeho tělo*” a navazují na RVP PV. Záměrem pedagoga by mělo být v tomto období stimulovat a podporovat nervosvalový růst dítěte a podporovat fyziologickou pohodu, zlepšovat zdatnost a zdravotní kulturu. Učivo je zde uspořádáno do následujících tematických celků:

- lidské tělo, partnerství, rodičovství a sexuální výchova
- péče o zdraví, zdravá výživa
- návykové látky a zdraví, osobní bezpečí
- situace hromadného ohrožení

Na druhém stupni základního vzdělávání je Výchova ke zdraví součástí vzdělávací oblasti Člověk a zdraví společně s Tělesnou výchovou. Tato oblast navazuje na 1. stupeň a vzdělávací oblast Člověk a jeho svět. Výchova ke zdraví přináší základní podněty pro ovlivnění zdraví, s nímž se žáci seznamují. Důraz je kladen na praktické dovednosti a jejich aplikování v modelových situacích, které mohou v životě nastat. Výchova ke zdraví přináší základní poznání o člověku v souvislosti s preventivní ochranou zdraví, učí chránit a aktivně rozvíjet své zdraví v propojení všech jeho složek a být za ně zodpovědný. V poslední řadě by měla Výchova ke zdraví upevnit hygienické, stravovací, pracovní a jiné návyky (Bílá kniha, 2001; RVP PV, 2018; RVP ZV, 2017).

Učivo Výchovy ke zdraví je rozděleno do šesti tematických celků, ve kterých se poté rozděluje na jednotlivá témata:

- vztahy mezi lidmi a formy soužití
- změny v životě člověka a jejich reflexe
- zdravý způsob života a péče o zdraví
- rizika ohrožující zdraví a jejich prevence
- hodnota a podpora zdraví
- osobnostní a sociální rozvoj

Kompletní přehled kurikula VKZ uvádíme v příloze č.1.

### **I.4.3 Kurikulum Výchovy ke zdraví jako předmět výzkumu**

Od počátku kurikulární reformy chybí systematická zpětná vazba, pomocí které bychom mohli zhodnotit, zda směr nastavený v reformě a vytyčené cíle v českém školství dochází svého naplnění. Zpětnou vazbu ze vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví se v ČR snaží přinést především Vladislav Mužík, Leona Mužíková Michaela Hřivnová ve svých výzkumných šetřeních.

Podle Hřivnové (2017) je výzkumů mapujících osvojené kurikulum Výchovy ke zdraví velmi málo, spíše se objevují výzkumy zabývající se projektovou formou kurikula. Projektované kurikulum se nejčastěji hodnotí pomocí obsahové analýzy v

uplatnění historicko srovnávacího přístupu analýzou ŠVP. Pro výzkum, který mapuje projektované kurikulum, má velký význam metoda modelování.

Výzkumná šetření mapující realizované kurikulum, sledují konkrétní akty prezentace učiva. Jako adekvátní metoda se jeví metoda pozorování, to je ovšem časově náročné, proto bývá nahrazeno dotazováním. Důležité poznatky o realizovaném kurikulu můžeme získat pomocí dotazování ředitelů jednotlivých školských zařízení, tyto výzkumy realizuje Mužíková (2006) a Marádová (2007). Ze vzorku Mužíkové jen 3% ředitelů sdělují, že škola plní všechny podmínky deklarované pro realizaci Výchovy ke zdraví dle RVP ZV. To je mizivé procento, je tedy k zamyšlení, co mohou školy udělat více pro kvalitnější realizaci vzdělávacího oboru, nebo zda již mají vše a chybí jim podpora ze strany zřizovatelů, ať finanční, materiální nebo jiná. Ve druhé části výzkumu jsou zobecněny následující poznatky. 56% ředitelů je pro realizaci vzdělávacího oboru, avšak ředitelé si nevědí rady s personálním obsazením. 11% ředitelů by rádo realizovalo Výchovu ke zdraví jako samostatný obor, 45% dotazovaných integruje Výchovu ke zdraví s Tělesnou výchovou. Mnoho ředitelů zároveň neví, jak je Výchova ke zdraví definována ve standardu vzdělávání.

Výzkumy zabývající se osvojenou formou kurikula provádí v dnešní době především Hřivnová (2017) a Fialová (2017). Hřivnová uvádí, že v oboru VKZ absentují nástroje pro hodnocení výsledků vzdělávání a také není povědomí o tom jakou úroveň má dosažené kurikulum u žáků. Velkou disproporcí shledává mezi projektovaným a osvojeným kurikulem. Optimálních výsledků v jejím výzkumu dosahuje 39% probandů, při použití váženého skóre 70% probandů. Fialová se zabývala tématy pro vzdělávací oblast Člověk a zdraví, prováděla komparaci znalostí 53 žáků experimentální skupiny a 54 žáků skupiny kontrolní. Experimentální proměnnou byla organizační forma výuky. Výzkum prokázal signifikantně lepší výsledky u skupiny mající pravidelnou výuku. Z tohoto výzkumu je pro nás stěžejní, že faktor organizační formy výuky je důležitý.

#### **I.4.4 Aktuální revize kurikula Výchovy ke zdraví**

Z pohledu aktuálního stavu kurikula je třeba zmínit problematiku aktuálních revizí kurikula. V roce 2016 vychází text „*Návrh pojetí revizí kurikulárních dokumentů pro všeobecné vzdělávání a střední odborné vzdělávání v letech 2016-2020*“. Tento materiál konkretizuje revize pro následující období s stává se základem pro odstartování revizí v roce 2017. Koncepční oddělení NÚV připravilo základní koncepci úprav na

přelomu let 2017/2018 včetně předpokládané struktury revidovaných RVP. Dále byla připravena analytická studie k jednotlivým oborům. Na webu NÚV byly vystaveny vstupní články, avšak ty byly později staženy v souvislosti s přípravou Strategie 2030+.

V souvislosti s touto strategií zastavuje ministr školství práce na revizích RVP. Na podzim roku 2019 skupina zajišťující Strategii 2030+ diskutuje pracovní text „*Hlavní směry vzdělávací politiky 2030+*“. V tomto textu jsou body, které navrhuji možné zadání pro revize RVP, avšak tyto body se v určité podobě liší od koncepce NÚV.

Mezi hlavní cíle směřování vzdělávací politiky 2030+ patří:

- vytvoření kurikula odpovídajícího aktuálním trendům vývoje společnosti
- podpora škol a učitelů.
- zkvalitnění a konsolidace předmětového kurikula
- snížení objemu vzdělávacího obsahu

Tyto cíle jsou vytyčeny na základě směřování společnosti. Kulturní, sociální a environmentální změny přicházejí rychle a pravděpodobně nebudou pomalejší, je tedy třeba na tyto změny pružně reagovat. Hlavní změnu vidíme ve zvyšování gramotností a kompetencí na úkor poznatků. Klíčové kompetence jsou deklarovány jako výstup avšak nejsou pevnou součástí průběhu vzdělávání. Ve výuce jsou klíčové kompetence opomíjeny nebo jsou rozvíjeny nezáměrně či intuitivně. „*Mít kompetenci znamená, že člověk (žák) je vybaven celým složitým souborem vědomostí, dovedností a postojů, ve kterém je vše propojeno tak výhodně, že díky tomu člověk může úspěšně zvládnout úkoly a situace, do kterých se dostává ve studiu, v práci, v osobním životě*“ (VÚP, 2007, s 7)

Revidovaný RVP ZV by měl vypadat následovně. Zůstane zachována dvoustupňová úroveň kurikula. Struktura RVP zůstane stejná, avšak budou konkretizovány výstupy. Více se tvůrci zaměří na zkvalitnění klíčových kompetencí a podporu školám při tvorbě ŠVP. Podklady pro připravované revize jsou zatím v jednotlivých oborech nezveřejněné, avšak z materiálu z NÚV jsme si všimli, že oblast Člověk a zdraví bude přejmenována na oblast Člověk, jeho osobnost a zdraví (Veselý, 2019).

#### **I.4.5 Organizace výuky Výchovy ke zdraví**

Z hlediska organizace výuky předmětu je problémem hodinová dotace a liberální přístup RVP. V pilotní verzi z roku 2002 byla hodinová dotace VKZ pro druhý stupeň čtyři hodiny. V praxi to znamenalo, že škola by měla realizovat VKZ jako

samostatný vzdělávací obor s hodinovou dotací hodina na týden v každém ročníku na druhém stupni. Tento prostor byl velmi slušný pro realizaci kurikula. V základní verzi RVP ZV z roku 2005 byla tato dotace snížena na tři hodiny. Aktuálně to jsou 2 hodiny na druhý stupeň, navíc není jasně stanovená hlavní organizační forma. Z hlediska organizace situace vypadá následovně: vzdělávací oblast Člověk a zdraví má hodinovou dotaci 10 hodin, z toho 8 hodin je pro Tělesnou výchovu a zbývají dvě hodiny, se kterými školy nakládají různě, nejčastěji se rozšíří výuka Tělesné výchovy a v rámci integrace se realizuje výuka Výchovy ke zdraví. V souvislosti s touto informací je třeba zmínit organizační formy výuky Výchovy ke zdraví. Pilotní verze RVP ZV uváděla, že obor se realizuje samostatně nebo v integraci s jinou oblastí. V dalších RVP doporučení uvedeno není. Organizační formy jsou velmi diskutovaným tématem. Školy mají mnoho možností realizace kurikula. Příkladujeme se k dělení organizačních forem výuky podle Mužíkové (2010), které přinášíme v tabulce č. 1

Tabulka č. 1 Organizační formy VKZ (Mužíková, 2010)

<p><b><i>Základní organizační formy pro povinný obsah samostatný</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Povinný vzdělávací obor Výchova ke zdraví</li> <li>- Integrace vzdělávacího obsahu do jiného povinného - vzdělávacího oboru</li> <li>- Integrace vzdělávacího obsahu do více povinných vzdělávacích oborů</li> <li>- Výuka v blocích nebo projektová výuka</li> </ul>
<p><b><i>Doplňující organizační formy vzdělávání</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Volitelný vzdělávací obor</li> <li>- Nepovinný vzdělávací obor</li> <li>- Projekty (školní, třídní... )</li> <li>- Externí výukové programy</li> <li>- Přednášky a besedy s odborníky</li> <li>- Kurzy a semináře</li> <li>- Ozdravné pobyty v přírodě, školní výlety</li> </ul>
<p><b><i>Volnočasové formy vzdělávání a další aktivity</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zájmové kroužka, školní kluby</li> <li>- Jednorázové akce dětí s rodiči</li> <li>- Ozdravné pobyty a letní tábory</li> </ul>
<p><b><i>Komplexní programy a projekty</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimální preventivní program</li> <li>- Škola podporující zdraví</li> <li>- Program specifikovaný školou</li> </ul>



V roce 2007 byl vykonán průzkum Výzkumným ústavem pedagogickým, který zjistil, že 36% škol zavádí Výchovu ke zdraví jako samostatný obor, 34% škol vyučuje Výchovu ke zdraví v rámci Tělesné výchovy a 30% dotazovaných pouze integruje do jiných předmětů (Fialová, 2014).

V reakci na tuto kapitolu je třeba dodat, že úroveň osvojeného kurikula (vědomosti, dovednosti a postoje) bude ovlivněna rodinou, pedagogem a organizační formou výuky. Právě nejednotnost při realizaci kurikula je podle nás nešťastná proměnná, která měla být ošetřena v RVP ZV, avšak tato proměnná není jediná, která ovlivňuje osvojené kurikulum, druhou zásadní proměnnou je personální zabezpečení oboru.

#### **I.4.6 Personální zabezpečení a systém vzdělávání pedagogů v ČR**

Marádová zjišťuje ve studii z roku 2005 jak je školství připravené na zavedení nového oboru. Na prvním stupni ZŠ 56% pedagogů neabsolvovalo žádnou formu vzdělávání Výchovy ke zdraví, 72% respondentů hodnotí své vědomosti za dostatečné a 13% dotazovaných tvrdí, že Výchova ke zdraví není důležitý předmět. Na druhém stupni Výchova ke zdraví není personálně zajištěna. Učitelé nemají dostatečné vzdělání a 21% Výchovu ke zdraví vyučuje nedobrovolně. Tyto faktory se negativně podílejí na výuce (Fialová, 2014; Marádová, 2005).

Pokorná a Jansa zjišťovali mimo jiné personální zajištění výuky Výchovy ke zdraví. Z výsledků vychází, že na školách se samostatným oborem Výchova ke zdraví, vyučuje Výchovu ke zdraví učitel TV, avšak na tvorbě vzdělávacího programu se podílela asi jen třetina učitelů TV. Uvádí se zde také nepřítomnost témat, která mají ovlivňovat zdravý životní styl (Pokorná a Jansa, 2012).

Fialová a Feltová (2008) rozebírají oblast Člověk a zdraví a dochází k názoru, že v jednotlivých školách není tato problematika dostatečně zohledněna. Výchova ke zdraví je nový obor a s tím, že téma zdraví nebylo ve velkém procentu škol systematicky zahrnuto v osnovách, bude realizace vyžadovat zvýšené nároky na personální zajištění i organizaci. *„Způsob realizace nové výuky bude vyžadovat výrazně zvýšené nároky nejen na stávající učitelský sbor základních škol, ale též (spíše především) na vysokoškolské učitele na pedagogických fakultách. Bohužel, na většině pedagogických fakult není v současnosti v pregraduálním studiu studijní obor Výchova ke zdraví akreditován“* (Fialová a Feltová, 2008, str. 43). Data z roku 2008 již neplatí a studium Výchovy ke zdraví se realizuje na několika vysokých školách v celé ČR.

Vzdělávání v oboru Výchova ke zdraví se datuje od roku 2004, v tomto roce po schválení RVP akreditovala Masarykova univerzita v rámci učitelství aprobaci Rodinná výchova- Výchova ke zdraví. Tato akreditace byla schválena v roce 2004. Obdobné tendence se objevily na Jihočeské univerzitě i na univerzitě Palackého. Na základě studia pramenů Národního akreditačního ústavu (dále jen NAÚ) jsou akreditované obory v různých podobách vyučovány na UK, JČU, MUNI, ZČU, UP a na Ostravské univerzitě. Studium lze absolvovat v bakalářských i navazujících magisterských programech, avšak ne všechny instituce přistupují stejně k realizaci studijního oboru. UP a MUNI dělí vzdělávací obory na maior a minor. Na základě preferencí se uchazeč rozhodne pro libovolnou kombinaci. UK, ZČU, JČU a univerzita v Ostravě mají mnoho možných kombinací. Většina vzdělávacích institucí má na stránkách doplňující informace týkající se popisu, profilu absolventa, uplatnitelnosti aj., často jsou i snadno dohledatelné studijní plány absolvovány v průběhu studia. Na základě studia studijních plánů můžeme konstatovat, že všechny studijní obory mají tři části, které je třeba splnit (povinné, volitelné a předměty společného základu). Nejpestřejší a z pohledu profilace nejkreativnější je ZČU. Nedostatky vidíme ve zpracování tematického celku Ochrana člověka za mimořádných událostí, protože především v dnešní době je toto téma velmi diskutované (NAÚ, 2020).

### **I.5 Výchova ke zdraví v zahraničním školství**

VKZ v systému českého vzdělávání budeme podrobněji rozebírat v samostatných kapitolách. Je však třeba uvést aktuální stav realizace VKZ v zahraničí. Jako hlavní zdroje k nahlédnutí do této problematiky nám poslouží komparativní studie Phuse a Gerber. V této studii je porovnávána TV a VKZ, další nosné zdroje byly studie Nobilinga, Birche, Miyake. Phuse definuje hlavní modely realizace projektovaného kurikula, synonymem jsou v ČR organizační formy. Organizační formy VKZ lze podle této studie rozdělit na pět hlavních forem. První varianta vymezuje VKZ jako samostatný vzdělávací obor a vyučuje se samostatně. Hlavním cílem VKZ je výchova k pohybové aktivitě v rámci zdravého životního stylu. Mezi státy aplikující následující model patří např. Finsko a USA. Druhou formou organizace VKZ je propojení s různými vzdělávacími obory a nejen s TV. Tato forma se objevuje v Irsku, Polsku, Řecku, Slovensku. Třetí formou organizace VKZ je přímá obsahová propojenost s TV a je to uvedeno také v názvu oboru (např. Tělesná výchova a Výchova ke zdraví). Takto se výuka realizuje ve Švédsku, Austrálii, Číně, Japonsku a na Novém Zélandu. Další

alternativou je propojení VKZ s TV. V této variantě není obsah VKZ explicitně vymezen v kurikulu (Rakousko, Anglie, Belgie, Švýcarsko, Brazílie, Hong Kong, Izrael Kanada). V poslední variantě není explicitně obsaženo kurikulum VKZ v kurikulárních dokumentech, VKZ je pouze obecným cílem TV. TV v těchto státech se zaměřuje především na fyzickou zdatnost a sportovní výkonnost. VKZ zde neplní komplexnější funkci (Francie, Nizozemí, Bělorusko, Dánsko, Nigérie) (Mužík, 2005).

V roce 2015 se vyjádřil Nobiling o výsledku koncepčního přístupu k výuce VKZ. Projekt School Health Education Study bere jako průlom, protože tento model školního zdravotního vzdělávání má podle něj perspektivu. Ta je podle něj dána adaptabilním a flexibilním přístupem, tento přístup dokáže pružně reagovat na nové trendy a informace. Vzdělávací program navržený dle tohoto přístupu má tři základní vlastnosti: přizpůsobivost, flexibilitu a trvalost. Přizpůsobivost souvisí s použitím na všech úrovních vzdělávání, flexibilita zohledňuje individuální rozdíly a trvalost souvisí s objevováním nových trendů, to by mělo být implementováno, avšak měla by být minimalizována nutnost změny prvků (Nobiling, 2015).

V Japonsku se zabýval přínosem Výchovy ke zdraví Miyake (2021), z jeho studie vychází sedm bodů, které by měly posílit postavení VKZ ve školách:

- Objasnění úlohy VKZ na školách
- Poskytnutí vhodného obsahu a časové dotace
- Komplexní školní zdravotní rámec
- vytvoření systému, sledujícího zdravotní stav dětí - výsledky z tohoto sledování by se měly začlenit do systému vzdělávání
- Identifikace osoby odpovědné za VKZ na škole
- Příručka pro učitele a učební materiály
- Spolupráce s rodinou (komunitou)

Výzvy pro VKZ v Japonsku shrnuje do tří bodů. Školství by mělo reflektovat řešení problémů dětí a změn v sociálním prostředí. Dalším důležitým bodem je spolupráce se souvisejícími předměty a systematika výuky a také vhodné školení pro učitele a výzkumné pracovníky (Miyake, 2021).

Birch (2019) hodnotí vztah mezi zdravotnictvím a vzdělávacím systémem a dochází k závěru, že mezi těmito oblastmi je propast. Dále podporuje tezi, že zdraví je hlavním předpokladem k tomu, aby se jedinec stal plnohodnotným členem společnosti (Birch, 2019).

Cíle a charakteristika VKZ v kurikulárních dokumentech se v jednotlivých státech liší. Pro větší přehlednost uvádíme stručnou charakteristiku VKZ v různých státech v tabulce č. 2

Tabulka č. 2 Charakteristika VKZ v zahraničním školství (Phüse a Gerber, 2005)

Stát	Cíl a charakteristika TV a VKZ
Anglie	Klade důraz na aktivní a zdravý životní styl s pohybovou aktivitou dětí. Vede žáky k převzetí osobní odpovědnosti za své zdraví.
Austrálie	Klíčová role je v prevenci civilizačních onemocnění. Jeden ze dvou hlavních cílů se vymezuje na přínos VKZ pro přeměnu společnosti, která by se měla starat o podporu zdraví, zamezovat zdravotním rizikům a vést ke zdravému životnímu stylu.
Brazílie	V této jihoamerické zemi je cílem zlepšení tělesné zdatnosti, zlepšení kvality života, prevence onemocnění a vad držení těla.
Čína	Zdraví na prvním místě (cílem je zlepšit tělesné a duševní zdraví žáků). Název vzdělávacího oboru - Sporty a zdraví. Tento systém směřuje k rozvoji sportovních dovedností, tělesného a duševního zdraví.
Finsko	VKZ má úzce propojené cíle s TV. Podpora zdravého a pohybově aktivního způsobu života a porozumění a aktivní ochrana zdraví.
Francie	VKZ je obecný cíl TV. Žák získá informace bez systematického učení.
Hong Kong	Cílem TV je výchova zdravých dětí. V čínské kultuře je fyzické zdraví jedním z důležitých aspektů. Fyzická aktivita není oddělena od ostatních aspektů zdravého životního stylu.
Kanada	Vědomosti a dovednosti získané v rámci TV a VKZ by měly ovlivnit mimoškolní život a další rozvoj jedince. Obsah se liší podle jednotlivých provincií. Klíčovou roli hraje projekt Zdravá škola.
Maďarsko	Tělesná výchova formuje vědomosti, přesvědčení a hodnocení biologické a psychické povahy lidí v různých sociálních prostředích.
Německo	Kurikulum je začleněno do TV, avšak jednotlivé osnovy se liší podle spolkových zemí. Cílem je podpora zdraví a zdravého chování. Je kladen důraz na uvědomění si důležitosti pohybových aktivit a zdravého životního stylu.

Nigérie	Výchovou ke zdraví se podporuje její praktické využití a povědomí o zdraví. Pro dosažení cílů může VKZ zahrnovat i pohybové aktivity a praktické činnosti při vytváření zdravých návyků. TV a VKZ se vzájemně doplňují.
Norsko	Hlavním cílem je napomáhat žákům chránit či posilovat své osobní zdraví. Důraz je kladen na pohybovou aktivitu, radost z pohybu, k vytvoření důležité základny pro rozvoj pozitivního přístupu k životu, zdravému životnímu stylu. Norská TV se zaměřuje na zdraví a zdravý vývoj jedinců.
Nový Zéland	V roce 1999 je zavedeno nové kurikulum pro TV a VKZ. Důraz je kladen na Hauroa (duševní pohodu), duševní pohoda je základní koncept pohledu na lidské zdraví. Tradičně jsou zde integrovány předměty. Je zde snaha o propojení TV a VKZ s dotací 2-4 hodiny týdně.
Rakousko	TV je zde zdravotně orientovaná a přesahuje rámec krátkodobé propagace zdraví. Tvoří základ pro zdravé chování až do pokročilého věku a zároveň hraje roli při kompenzaci psychosociálních stresů v životě žáka.
USA	VKZ zde hraje významnou vzdělávací roli, zavádí se na nižších stupních středních škol jako samostatný vzdělávací obor, na základních školách zatím chybí. Obor VKZ je brán jako samostatná disciplína se samostatnými státními institucemi (například American Association of Health Education).
Švédsko	Širší chápání pojmu zdraví. Odpovědnost za své vlastní zdraví a duševní pohodu. Komplexní pojetí (pohybová aktivita společně se všemi složkami zdraví a osobnostně sociální výchovy).

## I.6 Projekty a programy podporující zdraví

MŠMT má v gesci projekty, které se zabývají podporou zdraví, důležitým zdrojem pro realizaci projektů jsou inspekční zprávy ČŠI publikované Tupým v jeho podkladové studii. V České republice se zaměřuje inspekční činnost na podporu VKZ od roku 2012/2013. V rámci předškolního vzdělávání bylo zjištěno, že tématům VKZ je věnována dlouhodobě velká pozornost, až 63% vzdělávacích zařízení se profiluje na podporu zdraví. V rámci podpory zdraví bylo realizováno mnoho akcí pro zvýšení gramotnosti. Z negativních zjištění lze jmenovat dodržování spánkového režimu a pohybu venku. V základním vzdělávání je pozitivní zjištění, že více než 50% škol se zapojuje do preventivních programů. Celkově se také zlepšily výživové normy ve

školním stravování a jako správné rozhodnutí se ukazuje pozice školního metodika prevence (Tupý, 2018).

Vzdělávání v bezpečnostních tématech je důležitou složkou VKZ. Smyslem vzdělávání v této oblasti je osvojení souboru znalostí a dovedností potřebných k minimalizaci negativních důsledků mnoha každodenních rizik a krizových situací. V předškolním vzdělávání jsou v bezpečnostní témata nabízena formou blokové výuky a jako metody a formy se užívají hry, soutěže a projektové dny. V základním vzdělávání jsou nejčastěji témata v integraci s jinými vzdělávacími obory a častými metodami a formami jsou praktická cvičení a projektové dny. Školy problematice věnují pozornost, avšak v určitých tématech nejsou pedagogové dostatečně proškoleni a také je otázkou do budoucna, zda je časová dotace věnovaná těmto tématům dostatečná, ve zprávě je doporučena podpora doplňkového vzdělávání pedagogických pracovníků a také začlenění bezpečnostních témat do pregraduální přípravy učitelů (Tupý, 2018).

Síť škol podporujících zdraví má za cíl sdružovat zařízení, pro které je zdraví významným konceptem faktorů biologických, psychických a sociálních. „*Školy podporující zdraví*” jsou pro tato zařízení komplexním pojmem. Tento program rozvíjí faktory pomocí komunikace, spolupráce a odpovědnosti. Koordinátorem a garantem tohoto programu je Státní zdravotní úřad. Podle informací na webu SZÚ se síť škol podporujících zdraví skládá z 43 členů evropské sítě škol Schools for Health in Europe, tato síť vznikla roku 1992. Avšak když jsme se snažili zjistit, které školy jsou do programu zapojeny, nikdo z odpovědných osob s námi nekomunikoval (SZÚ, 2015).

„*Sportuj ve škole*” navazuje na původní projekt pro základní školy Hodina pohybu navíc, která byla realizována od roku 2018 pod záštitou MŠMT. Projektu se účastní přes 950 škol z celé České republiky. Sportuj ve škole je realizováno jednu až tři hodiny týdně pro děti na prvním stupni v rámci školní družiny. Lektory jsou tělocvikáři a trenéři. Pohybové aktivity probíhají jednou týdně po dobu 45 minut na jednu skupinu a každá škola může vytvořit maximálně tři skupiny. V roce 2021 zatím tento program nebyl vyhlášen (Sportuj ve škole, 2021).

Zadavatel programu „*Pohyb a výživa*” bylo MŠMT a garantem byl NÚV. Cílem projektu byla tvorba podnětného školského prostředí pro pohybový a výživový režim a také ověření reálných možností pro edukační program v různých podmínkách. Data byla sbírána pomocí dotazníků pro ředitele, rozhovorů, protokolů a kvalitativního deníku učitele. Doporučená byla implementace obsahu „*Pohybu a zdraví*” do RVP. Jednotlivá témata by bylo vhodné zpracovat přímo do učebnic a rozšířit doplňkové vzdělávání

pedagogických pracovníků. Posledním doporučením bylo zvážení rozšíření časové dotace pro začlenění nového učiva. (Tupý, 2015).

Studie zdraví dětí z roku 2016 přináší přehled nejaktuálnějších údajů o onemocnění dětí a adolescentů. Do výzkumu bylo zařazeno přes pět tisíc dětí ve věku 5, 9, 13 a 15 let. Prevalence celkové alergie mírně, ale statisticky významně klesá. Astma naopak statisticky významně narůstá. Nadváhou a obezitou trpí necelých 18% probandů. 42% trpí vadným držením těla. Držení těla souvisí pozitivně s pohybovou aktivitou a negativně s nadváhou a obezitou (Zdraví dětí, 2016).

## **II. METODOLOGICKÁ ČÁST**

### **II. 1 Cíl, úkoly, hypotézy**

#### **Cíl práce**

Zhodnotit úroveň osvojeného kurikula vzdělávacího oboru Výchova ke Zdraví s ohledem na model realizace projektovaného kurikula a zjistit, jaká hlavní organizační forma je nejefektivnější pro plnění výstupů stanovených v RVP.

#### **Hypotézy**

H<sub>1</sub>) Předpokládáme, že vyšší úroveň osvojeného kurikula budou mít žáci škol s kvalitněji zpracovanými ŠVP.

H<sub>2</sub>) Předpokládáme, že úroveň osvojeného kurikula u žáků, které učí pedagog s aprobací VKZ, bude vyšší než u žáků, které učí pedagog bez aproby VKZ.

H<sub>3</sub>) Předpokládáme, že nejefektivnější pro osvojení kurikula, bude model ve školách se samostatným vzdělávacím oborem Výchova ke zdraví, který má určenou vlastní hodinovou dotaci.

#### **Úkoly práce:**

1. Rešerše literatury
2. Obsahová analýza Výchovy ke zdraví ve školních vzdělávacích programech
3. Tvorba dotazníku pro pedagogy (základ podle Mužíkové) a didaktického testu
4. Expertní oponentury (minimálně 2 experti)
5. Pilotáž na základních školách. Respondenty budou žáci, kteří odpovídají cílové skupině
6. Posouzení vnitřní konzistence námi vytvořených nástrojů
7. Realizace šetření u výběrového souboru
8. Vyhodnocení a analýza výsledků včetně statistického zpracování dat
9. Návrh doporučení pro školní praxi.
10. Presentace výsledků



## II.2 Design výzkumu

Pro tento projekt jsme zvolili smíšený model výzkumu. Pro splnění úkolů naší práce jsme zvolili z kvalitativních metod analýzu dokumentů a z metod kvantitativních byla použita metoda dotazování pedagogů a didaktický test.

Realizaci výzkumu jsme rozdělili na čtyři fáze. První fáze byla zaměřena na studium literatury a vymezení teoretických východisek. V druhé fázi jsme se zabývali analýzou systému kurikulárních dokumentů české vzdělávací soustavy. Poté jsme se zaměřili na přípravu výzkumných nástrojů a analýzu RVP ZV. Z této analýzy vzešly proměnné a vazby mezi nimi (viz obr. č 3). Jako poslední krok v druhé fázi výzkumu proběhlo pilotní šetření. Třetí fáze výzkumu byla věnována úpravě výzkumného nástroje pro sběr dat a publikace prvního výstupu souvisejícího s naší prací. Dále jsme realizovali šetření v terénu pomocí vytvořených nástrojů a sesbírali data. Čtvrtá fáze patřila především zpracování výsledků a statistickému zpracování dat pomocí metod popisné a inferenční statistiky. Z metod inferenční statistiky jsme použili Q-Q plot a Shapiro-Wilkův test pro posouzení normality dat, na jehož základě jsme určili Kruskal-Wallis test a Man Whitney U test jako nejvhodnější testy k posouzení statistické významnosti.

Podle Hendla (2012) jsme stanovili sledované proměnné důležité pro naše šetření (viz. Tabulka č. 3).

Tabulka č. 3 Sledované proměnné a jejich specifikace

Kategorie	Název	Druh	Kódy, jednotky
Osobní údaje o žákovi a jeho rodině	Pohlaví	nominální	1- dívka 2- chlapec
	Frekvence P.A.	ordinální	0-7 x za týden
	Úroveň provádění P.A.	ordinální	1- Nevěnuji se P.A. 2- Věnuji se rekreačně P.A. 3- P.A se věnuji na závodní úrovni
	Hmotnost	metrická	kg
	Výška	metrická	cm
	BMI	metrická	kg.m2
	Norma BMI	ordinální	1- podváha 2- normální hmotnost 3- nadváha

			4- obezita
	Úroveň vzdělání otce	ordinální	1- výuční list 2- maturita 3- vysokoškolské vzdělání
	Úroveň vzdělání matky	ordinální	1- výuční list 2- maturita 3- vysokoškolské vzdělání
Údaje o učitelích	Aprobace pedagoga zajišťujícího organizaci VKZ	nominální	Aprobovaný Neaprobovaný
	Aprobace dalších vyučujících	nominální	
	Problematika VKZ volná odpověď	nominální	
Osvojené kurikulum	Hrubé skóre testu	metrická	počet
	Normované skóre	metrická	počet
Podmínky realizace VKZ	Organizační forma výuky	ordinální	1- samostatný vzdělávací obor 2- integrace s TV 3- integrace s jinými předměty 4- výuka v bloku, projektové dny aj.
	Doplňkové formy	ordinální	1- kroužky 2- povinně volitelné předměty 3- volitelné předměty 4- besedy, přednášky 5- jiné
	Vzdělávací program	nominální	
	Velikost školy	ordinální	1- malá 2- střední 3- velká
	Materiální podmínky	ordinální	1- výborné 2- velmi dobré 3- dobré 4- dostatečné 5- nedostatečné
	Metodická podpora, vzdělávání	ordinální	1- výborné 2- velmi dobré 3- dobré 4- dostatečné 5- nedostatečné
	Personální zajištění	ordinální	1- výborné 2- velmi dobré 3- dobré 4- dostatečné 5- nedostatečné

## **II.3 Metody sběru dat**

Pro sběr dat jsme na základě designu výzkumu zvolili:

- 1) Obsahovou analýzu dokumentů, která slouží k rozboru realizovaného kurikula ve školních vzdělávacích programech pomocí protokolu vytvořeného na základě studia literatury. Protokol obsahové analýzy ŠVP.
- 2) Didaktický test pro zhodnocení osvojeného kurikula. Konstrukce vlastního výzkumného nástroje s jeho následným ověřením v pilotní studii a úpravě dle připomínek uvádíme v kapitole Posouzení vlastností výzkumného nástroje hodnotícího úroveň kurikula vzdělávacího oboru. Pilotní verze testu i jeho modifikaci lze najít v přílohách viz. přílohy 2 a 3.
- 3) Dotazník pro pedagogy. Abychom analyzovali podmínky pro realizaci kurikula, byla použita metoda dotazování pedagogů. Pro tuto část, jsme použili modifikaci dotazníku Mužíkové z roku 2006 viz. příloha 6.

### **II.3.1 Obsahová analýza dokumentů**

Obsahová analýza je technika, která slouží k objektivnímu systematickému kvantitativnímu popisu obsahu komunikace. Kvantitativní obsahová analýza zjišťuje četnost a frekvenci užívání jednotlivých figur. Miovský (2006) rozlišuje kromě kvantitativní obsahové analýzy i kvalitativně interpretativní analýzu zahrnující text a předmětné svědectví, která slouží jako pramen vysvětlení lidského jednání. Podle Silvermana (2005) se kvalitativní výzkum zaměřuje na to, jak text popisuje realitu.

Jednotku analýzy volí výzkumník podle záměru výzkumu a zkoumaného jevu. Jednotkami mohou být slovo, symbol, věta, téma a další prostředky komunikace. Určité výzkumy se zaměřují na formu užití jednotky, jiné na obsah v textu (Hendl, 2005).

Hendl (2005) dále definuje podmínky, které by měl dokument splňovat, aby mohl být zařazen do výzkumu. Nalézáme čtyři podmínky pro zařazení dokumentů do našeho souboru k analýze. První podmínkou jsou vnější znaky, dokument je formálně zpracován na určité úrovni. Další podmínkou jsou vnitřní znaky, obsah dokumentu souvisí s naším výzkumným záměrem. Třetí podmínkou je původ dokumentu, měli bychom znát odkud dokument pochází. Čtvrtou podmínkou je intencionalita, v rámci níž jsou účastníci informováni o zaměření dokumentu.

Miovský (2006) a Gavora (2000) doporučují kroky pro realizaci obsahové analýzy a výběr pramenů. Po posouzení obou přístupů jsme došli k závěru, že jsou si podobné a přeneseně jsme je realizovali v následujících krocích:

- Určení výzkumného záměru: Záměrem je posouzení kvality ŠVP jednotlivých škol na základě obsahu výstupů vzdělávání a kurikula projektovaného v RVP.
- Způsob výběru textů: Do výzkumu budou zařazeny texty škol zapojených do výzkumu.
- Definice jednotek: Hlavní jednotky jsou dvě, první jednotkou je kurikulum v ŠVP a druhou jednotkou jsou výstupy uvedené v RVP.
- Konstrukce systému: Na základě zkoumaných jednotek vytvoříme protokol, do kterého bude zaznamenáno, zda se v textu vyskytují či nikoli.
- Testování: Realizujeme rozbor jednotlivých ŠVP a výsledky zaneseme do protokolu.
- Analýza: Proběhne analýza protokolů a hodnocení kvality ŠVP.

### **II.3.2 Nástroje pro ověřování standardu základního vzdělávání v oboru VKZ**

V dnešní době mají pedagogové k dispozici prostředky, které pomáhají výsledky vzdělávání hodnotit. Často využívanou formou je internet, který nabízí mnoho programů, pomocí kterých lze výsledky vzdělávání zhodnotit. Mezi nejčastěji využívané programy řadíme moodle, google forms a nástroje ČŠI na jejím portálu InspIS.

Každý vzdělávací obor má své specifické metody pro zjišťování výsledků vzdělávání. K základním metodám hodnocení výsledků vzdělávání vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví patří tyto metody: pozorování, rozhovor, didaktický test. Pro naši práci jsme zvolili jako nástroj hodnotící úroveň osvojeného kurikula didaktický test Výchovy ke zdraví, jehož pomocí posoudíme úroveň znalostí témat z Výchovy ke zdraví. Na připomínku, proč hodnotíme vědomosti a ne dovednosti, přinášíme argument, že bez vědomostí by nebyly dovednosti. Navíc u této metody můžeme dobře posoudit její základní vlastnosti (Byčkovský, 1982; Skutil, 2011).

Didaktické testy mají dvě základní funkce, funkci diagnostickou a funkci kontrolní. Diagnostická funkce má za úkol rozpoznat schopnosti jednotlivých žáků. Na základě diagnostické funkce může pedagog přizpůsobit výuku skupiny. Kontrolní funkce slouží ke kontrole dosažených cílů, které jsou stanoveny na začátku pedagogického procesu. Kontrola výsledků vzdělávání je důležitá pro učitele i pro žáky.

Didaktické testy lze klasifikovat dle různých kritérií. Těmito kritérii jsou specifické vlastnosti, které charakterizují jednotlivé testy. V naší práci se budeme řídit klasifikací Byčkovského z roku 1982. Podrobnější popis našeho nástroje přinášíme v

metodologické části práce. Dělení didaktických testů dle Byčkovského uvádíme v tabulce č.4.

Tabulka č. 4 Klasifikace didaktických testů (Byčkovský, 1982)

Klasifikační hledisko	Druhy testů		
Měřená charakteristika výkonu	Rychlosti	Úrovně	
Dokonalost přípravy testu a jeho příslušenství	Standardizované	Kvazistandardizované	Nestandardizované
Povaha činnosti testovaného	Kognitivní	Psychomotorické	
Míra specifčnosti učení zjišťovaného testem	Výsledků výuky	Studijních předpokladů	
Interpretace výkonu	Rozlišující (relativní výkon)	Ověřující (absolutní výkon)	
Časové zařazení do výuky	Vstupní	Průběžné (formativní)	Výstupní (sumativní)
Tematický rozsah	Monotematické	Polytematické (souhrnné)	
Míra objektivity skórování	Objektivně skórovatelné	Kvaziobjektivně skórovatelné	Subjektivně skórovatelné

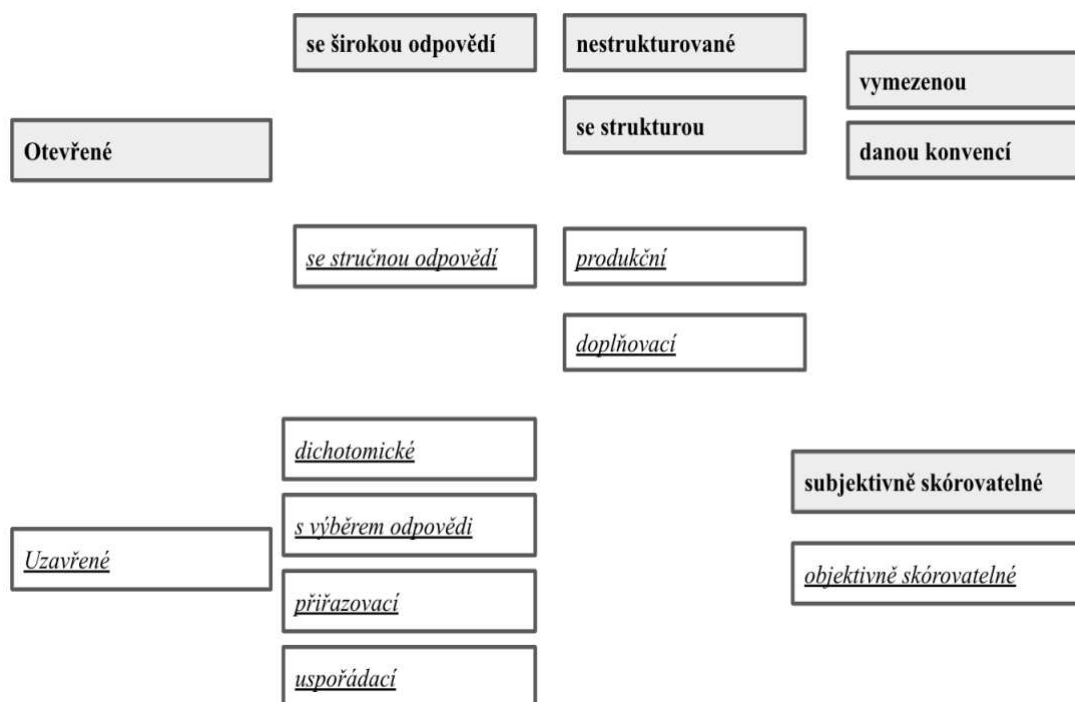
Zpracováno dle Chráska, 2007; Byčkovského 1982; Chráska, 1999; Skutila, 2011; Hendla, 2012 a Jeřábka, 2010

S tvorbou testu nám pomohla Bloomova taxonomie kognitivních operací. Při tvorbě testu jsme pracovali se Standardy základního vzdělávání Výchovy ke zdraví. Ve Standardu jsou ukázkové úlohy na třech úrovních podle toho, jaké operace hodnotí. Úlohy na minimální úrovni odpovídají operacím nižšího řádu (zapamatování, pochopení, aplikace), optimální úroveň osvojení kutikula předpokládá operace vyššího řádu (analýza, syntéza), excelentní úroveň předpokládá přítomnost nejkompexnější operace vyššího řádu a to hodnocení. Typ úlohy se projeví i na jejím bodovém ohodnocení (Tupý, 2016; Chráska, 2007; Skutil, 2011).

Pro upřesnění obsahu testu lze použít specifikační tabulku. To je jedna z metod používaných při konstrukci testů. Jako další krok při konstrukci testu jsme posuzovali obsahovou validitu odborníky z oboru. Na základě vlastního posouzení a připomínek

odborníků byla provedena závěrečná úprava prototypu testu. Při závěrečné úpravě jsme modifikovali problémové úlohy nebo jsme je z testu vyřadili (viz pilotní šetření).

Didaktický test je sestaven z jednotlivých dílčích položek. Na kvalitě položek závisí kvalita celého testu. Podle způsobu řešení rozdělujeme položky na otevřené a uzavřené. Podrobné dělení testových úloh uvádíme na obrázku č.2.



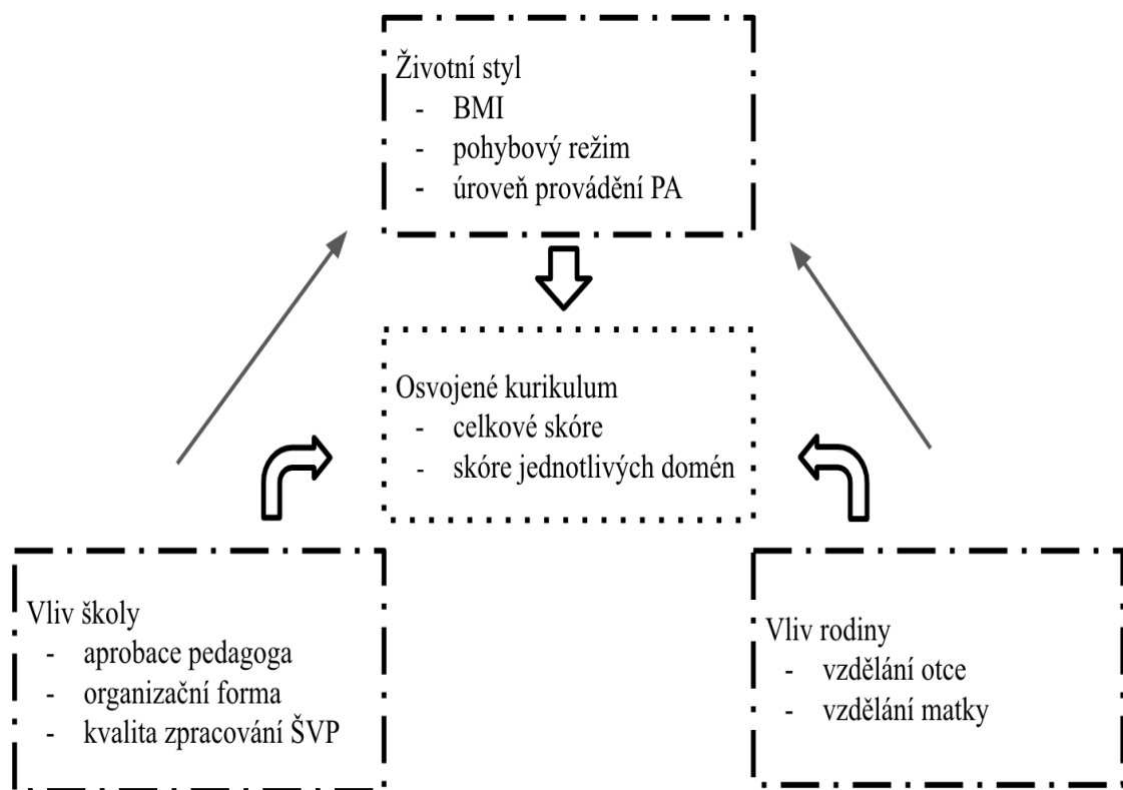
Obrázek č. 2 Základní druhy testových úloh (Převzato od Kalhous a Obst, 2002)

U didaktických testů, které jsou distribuovány v rámci pedagogického výzkumu, je třeba mít povědomí o jejich vlastnostech. Rozlišujeme vlastnosti jednotlivých položek a vlastnosti celého testu. Vlastnosti testu počítáme na základě vypracování testu určitým vzorkem probandů. Při posuzování vlastností jednotlivých položek testu určíme jejich obtížnost, citlivost a analýzu nesprávných odpovědí. Analýza nesprávných nebo nenormovaných odpovědí se provádí u položek vynechávaných nebo položek často chybně řešených. Mezi nejčastější důvody chybných nebo vynechaných položek patří neznalost učiva, nedostatek času nebo nepochopení zadání úlohy. Obtížnost položky se hodnotí pomocí indexu obtížnosti Q nebo indexu obtížnosti P. Citlivost úlohy se posuzuje podle některého z následujících koeficientů: koeficient ULI, tetrachorický koeficient, koeficient RIT nebo bodově biserální koeficient citlivosti (Jeřábek, 2010; Skutil, 2011).

Při posuzování vlastností testu jako celku pracujeme s objektivitou, validitou a reliabilitou. Objektivitu zajistíme manuálem na vyhodnocení testu, kdokoli bude s pomocí manuálu hodnotit test a výsledky se nebudou lišit. Obsahovou validitu posoudíme pomocí diskuze s odborníky. Pro posouzení konstruktové validity lze využít metodu IRT. V rámci reliability také posuzujeme vnitřní konzistenci pomocí koeficientu Cranbachovo alfa. Gurková označuje za optimální hodnoty u obsáhlých hodnotících nástrojů 0,8 a vyšší, u kratších nástrojů v rozmezí 0,7-0,8 (Hendl, 2012; Chráska, 2007; Gurková, 2011).

## II.4 Analýza dat

Pro analýzu dat jsme na základě sledovaných proměnných vytvořili vztahové schéma, ve kterém jsme určili vztahy mezi stanovenými faktory. Jelikož kombinací faktorů by vzniklo velké množství vazeb, bylo třeba redukovat faktory a zabývat se pouze vybranými vazbami (viz obrázek č.3). Sledované proměnné jsme rozdělili do tří skupin.



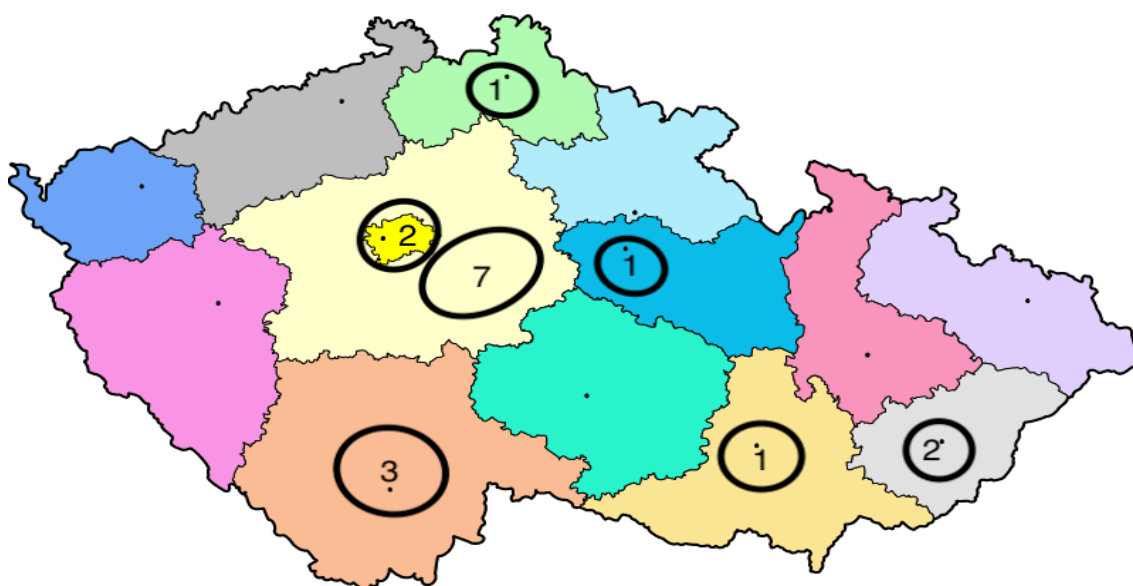
Obrázek č. 3 Vztahové schéma sledovaných proměnných

Ve výzkumu byly použity mimo údajů z deskriptivní statistiky také metody inferenční statistiky, které slouží k testování statistických hypotéz. Normalitu dat jsme testovali pomocí grafické metody Q-Q plot a Shapiro- Wilkova testu. Na základě výsledků jsme určili povahu dat a zvolili vhodné statistické metody a postupy. Jako hlavní metody pro sběr dat jsme použili obsahovou analýzu dokumentů a didaktický test VKZ.

## II.5 Charakteristika souboru

Soubor je tvořen žáky 9. tříd základních škol. Výběrový soubor byl vybrán záměrně tak, aby v něm byly zastoupeny školy z obcí s různým statutem (město, vesnice, městys), dále jsme chtěli, aby byla zastoupená města s různou velikostí a také hlavní město Praha. Chtěli jsme poměrnou část škol i z jiných krajů než z jednoho. Kromě střeďočekého kraje, jsme ostatní kraje vybrali na základě losování. Mapu krajů a počet zapojených škol uvádíme na obrázku č. 4. Dále jsme záměrně zařadili do výzkumu různě velké školy (malé, střední, velké). Soubor nakonec tvořilo 403 probandů (221 dívek a 182 chlapců) ze 17 škol z ČR. V rámci zajištění anonymity jsme jednotlivým školám i probandům přidělili kódy.

Požádali jsme vedení škol, aby distribuovalo výzkumný nástroj minimálně 20- ti a více náhodně vybraným studentům a také jsme nechali vyplnit dotazník pro učitele pedagoga, který zajišťuje organizaci VKZ na dané škole. V rámci našeho designu jsme také pracovali s ŠVP jednotlivých základních škol.



Obrázek č. 4 Sídla škol zapojených do výzkumu (četnost)



Tabulka č. 5 přináší základní informace o sídlech, ve kterých proběhl výzkum, tedy kraj, počet obyvatel sídla a četnost žáků v souboru. Školy jsme kódovali podle času realizace výzkumu. Nejpočetnější je zastoupení škol ve středočeském kraji. Každá škola zapojená do výzkumu obohatila soubor o 20 a více probandů.

Tabulka č. 5 Základní informace o souboru škol

Kód školy	Kraj	Velikost školy	Počet obyvatel	Četnost žáků v souboru	Četnost žáků %
Z1	Středočeský	Malá	1-2 tisíce	25	6,20%
Z2	Středočeský	Střední	2- 10 tisíc	24	5,96%
Z3	Zlínský	Velká	50+ tisíc	27	6,70%
Z4	Středočeský	Velká	10-50 tisíc	22	5,46%
Z5	Středočeský	Velká	10-50 tisíc	20	4,96%
Z6	Středočeský	Velká	10-50 tisíc	21	5,21%
Z7	Jihočeský	Velká	50+ tisíc	28	6,95%
Z8	Středočeský	Malá	2-10 tisíc	22	5,46%
Z9	Jihomoravský	Velká	2- 10 tisíc	24	5,96%
Z10	Zlínský	Velká	2-10 tisíc	23	5,71%
Z11	Liberecký	Střední	2- 10 tisíc	24	5,96%
Z12	Jihočeský	Malá	do 1 tisíce	22	5,46%
Z13	Středočeský	Velká	10-50 tisíc	24	5,96%
Z14	Pardubický	Malá	do 1 tisíce	22	5,46%
Z15	Praha	Velká	1+ milion	26	6,45%
Z16	Praha	Velká	1+ milion	25	6,20%
Z17	Jihočeský	Malá	10-50 tisíc	24	5,96%

Na tabulce č. 6 jsou vidět další kritéria, která jsme zohlednili při tvorbě souboru. Asi nejdůležitějším kritériem, které jsme zkoumali, byla realizace vzdělávacího oboru. Jak je vidět, celkem sedm škol zapojených do výzkumu realizuje VKZ jako samostatný vzdělávací obor. Blokovou a projektovou výuku jako hlavní formu realizace využívají čtyři školy a zbylých šest škol integruje VKZ do dalších vzdělávacích oborů. Důležitým

kritériem je i vzdělání pedagoga zajišťujícího realizaci VKZ na škole. V souboru jsou čtyři učitelé, kteří vystudovali VKZ v abrogaci s jiným vzdělávacím oborem, zbytek souboru VKZ vystudovanou nemá.

Tabulka č. 6 Složení výzkumného souboru dle školních podmínek

Kritérium		
Velikost školy	Četnost	%
Malá škola	5	11,76%
Střední škola	2	29,4%
Velká škola	10	58,8%
Celkem	17	100%
Realizace vzdělávacího oboru	Četnost	%
Samostatný vzdělávací obor	7	41,18%
Integrace do Tělesné výchovy	3	17,65%
Integrace do ostatních vzdělávacích oborů	3	17,65%
Bloková nebo projektová výuka	4	23,5%
Celkem	17	100%
Aprobace učitele	Četnost	%
Aprobovaný učitel	4	23,5%
Neaprobovaný učitel	13	76,5%
Celkem	17	100%

Při analýze dat jsme celý soubor probandů rozčlenili na jednotlivé soubory podle vztahového schématu (viz analýza dat). Četnosti jednotlivých souborů uvádíme v tabulce č. 7. Jak je vidět soubor je rovnoměrně zastoupen chlapci (n= 182) i dívkami (n= 221), jednotlivá pohlaví jsou zastoupena v souborech rovnoměrně, kromě vzdělání rodičů v kombinaci vzdělání maturita s vysokou školou a maturita s výučním listem. V kategorii BMI je nerovnoměrně zastoupená podváha. Znatelné rozdíly nacházíme v souboru děleného dle aprobace pedagoga, v této kategorii je poměr v neprospěch aprobovaných pedagogů. Méně je také zastoupen soubor tvořen žáky rodičů, jejichž vzdělání je kombinace výuční list a výuční list.

Tabulka č. 7 Četnost souborů dělených dle proměnných ve vztahovém schématu

		Dívky	Chlapci	Celkem
Celkem		221	182	403
Organizační forma	samostatný vzdělávací obor	95	76	171
	integrace do jiných vzdělávacích oborů	78	59	137
	bloková a projektová výuka	48	47	95
Aprobace učitele	aprobovaný	49	44	93
	neaprobovaný	172	138	310
Kvalita ŠVP	kvalitní ŠVP	38	32	70
	nekvalitní ŠVP	33	36	69
Vzdělání rodičů	VŠVŠ	54	46	100
	VLVL	23	21	44
	MM	59	65	124
	MVŠ	40	22	62
	MVL	45	28	73
BMI	podváha	45	28	73
	normální hmotnost	107	72	179
	obezita	69	82	151
Intenzita PA	nízká	34	36	70
	střední	140	97	237
	vysoká	47	49	96
Úroveň PA	žádná	19	14	33
	rekreační	148	96	244
	sportovní	54	72	126

Vzdělání rodičů: MM (kombinace maturita a maturita); MVL (kombinace maturita a výuční list); MVŠ (kombinace maturita a vysoká škola); VLVL (kombinace výuční list a výuční list); VŠVŠ (kombinace vysoká škola a vysoká škola)

## II.6 Pilotní studie

Pilotní studie byla realizována pro potřeby zajištění základních vlastností našeho výzkumného nástroje. Tato studie se stala základem článku, který vyšel v září 2021 v recenzovaném časopise *Studia Kinantropologica*. Článek s podrobnostmi o výzkumném nástroji je součástí kapitoly v plném znění.

Na základě studia literatury jsme stanovili hlavní tematické celky a výstupy, které byly sledovány. Objektivní posouzení všech výstupů uvedených v kurikulárních dokumentech by bylo poměrně náročné pro studenty i hodnotitele především z důvodů časové náročnosti. Pro komplexní zhodnocení jednotlivých výstupů bychom museli ke každému výstupu stanovit minimálně tři položky s různou náročností. Měli jsme v podstatě dvě možnosti. První z nich byla zhodnotit minimální výstupy uvedené v RVP, nad touto variantou jsme přemýšleli, protože minimálních výstupů je méně a na jejich posouzení by stačily úlohy minimální úrovně. Tuto variantu jsme nakonec nerealizovali, protože bychom zjistili pouze zda jsou v rámci školní docházky plněny minimální výstupy či nikoliv. Druhá varianta byla pouze vybrání určitého kurikula a výstupů a ty zhodnotit komplexněji než jen jednou otázkou. Rozhodli jsme se pro druhou variantu.

Specifikační tabulku s typem položek, bodovým ohodnocením a příslušností k tématu uvádíme v přílohách 4 a 5.

Na základě studia literatury jsme stanovili dva tematické celky, které jsme pomocí didaktického testu hodnotili společně s celkovým skóre. Hlavními sledovanými tématy byly „*Zdravý způsob života a péče o zdraví*” (dále jen SD 1) a „*Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence*” (dále jen SD 2). Z těchto velkých tematických celků jsou tvořeny subdomény testu. Obě subdomény se skládají z šesti položek. Zbylé položky hodnotí tematické celky „*Vztahy mezi lidmi a formy soužití*” a „*Hodnota a podpora zdraví*” témata. Tematické celky „*Změny v životě člověka a jejich reflexe*” a „*Osobnostní a sociální rozvoj*” jsme v rámci našeho výzkumu neposuzovali.

U jednotlivých tematických celků jsme vybrali následující výstupy, jejichž kvalitu jsme posuzovali. Seznam posuzovaných výstupů uvádíme v tab. č 8.

Tabulka č. 8 Sledované očekávané výstupy

Výstup	Znění
VZ-01	Respektuje přijatá pravidla soužití mezi spolužáky i jinými vrstevníky a přispívá k utváření dobrých mezilidských vztahů v komunitě.
VZ-03	Vysvětlí na příkladech přímé souvislosti mezi tělesným, duševním a sociálním zdravím; vysvětlí vztah mezi uspokojováním základních lidských potřeb a hodnotou zdraví.
VZ-05	Usiluje v rámci svých možností a zkušeností o aktivní podporu zdraví.
VZ-07	Dává do souvislosti složení stravy a způsob stravování s rozvojem civilizačních nemocí a v rámci svých možností uplatňuje zdravé stravovací návyky.
VZ-08	Uplatňuje osvojené preventivní způsoby rozhodování, chování a jednání v souvislosti s běžnými, přenosnými, civilizačními a jinými chorobami; svěří se se zdravotním problémem a v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc.
VZ-10	Samostatně využívá osvojené kompenzační a relaxační techniky a sociální dovednosti k regeneraci organismu, překonávání únavy a předcházení stresovým situacím.
VZ-13	Uvádí do souvislosti zdravotní a psychosociální rizika spojená se zneužíváním návykových látek a životní perspektivu mladého člověka; uplatňuje osvojené sociální dovednosti a modely chování při kontaktu se sociálně patologickými jevy ve škole i mimo ni; v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc sobě nebo druhým.
VZ-14	Vyhodnotí na základě svých znalostí a zkušeností možný manipulativní vliv vrstevníků, médií, sekt; uplatňuje osvojené dovednosti komunikační obrany proti manipulaci a agresi.

Původní nástroj obsahoval 17 položek, avšak po pilotní studii jsme jednu položku vyškrtli a některé upravili viz příloha č 3.

---

### **Posouzení vlastností výzkumného nástroje hodnotícího úroveň kurikula vzdělávacího oboru**

T. Polívka, L. Fialová

Univerzita Karlova Praha, Fakulta tělesné výchovy a sportu, Katedra pedagogiky,  
psychologie a didaktiky TV a sportu

## Abstrakt

V rámci kurikulární reformy byly zavedeny nové vzdělávací obory, avšak od počátku reformy uplynulo již 15 let a stále chybí zpětná vazba, která by zhodnotila úroveň osvojeného kurikula vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví a s tím spojenou efektivitu výuky na základních školách. S cílem sběru dat z terénu, byl vytvořen nástroj hodnotící úroveň osvojeného kurikula vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví. Článek pojednává o zajištění základních vlastností tohoto nástroje. Nástroj byl testován na 37 absolventech základních škol. Hlavním výstupem jsou data o vnitřní konzistenci, validitě a objektivitě didaktického testu. Pro výpočet vnitřní konzistence jsme použili koeficient Cronbachovo alfa. Pro zajištění validity jsme použili Raschův model pro dichotomické položky a položkovou analýzu. Položková analýza hodnotila obtížnost a citlivost jednotlivých testových položek.

**Klíčová slova:** Výchova ke zdraví; didaktické testy; vlastnosti testových položek; validita; reliabilita

## Basic Properties of a Tool Assessing the Level of Acquired Curriculum of the Education for Health Programme

### Abstract

As a part of the curriculum reform, new educational programmes were introduced. However, it has been fifteen years since the beginning of the reform and there is still lacking a feedback that would assess the level of the acquired curriculum of the Education for Health programme. The article thus concerns basic properties of such a tool. The tool was tested on 37 primary school graduates. The main output will consist in data on internal consistency, validity and objectivity of a didactic test. To calculate the internal consistency the Cronbach alpha coefficient was used. To ensure validity Rasch's model for dichotomic items and item analysis was used. In the analysis, difficulty and sensitivity levels of individual test items were ascertained.

**Key words:** Education for Health; didactic test; properties of test items; validity; reliability

## Úvod

V rámci kurikulární reformy z roku 2005 byly do škol zavedeny nové vzdělávací obory. Jedním z nich je Výchova ke zdraví, která je společně s Tělesnou výchovou součástí vzdělávací oblasti Člověk a zdraví. Výchova ke zdraví by měla předat žákům základní vědomosti a návyky související se zdravím a s racionálním životním stylem. Diskuze o návykových látkách, nezdravé stravě, ochraně obyvatel za mimořádných událostí a civilizačních onemocněních jsou na denním pořádku. Jelikož jsou však kurikulární dokumenty velmi liberální, existuje mnoho možností, jak obsah Výchovy ke zdraví začlenit do výuky. Forma výuky bez ohledu na to, jak je projektované kurikulum začleněno do výuky, je jedním z hlavních proměnných ovlivňující výsledek vzdělávání a tím i kurikulum osvojené. Tímto problémem se zabývala Fialová v roce 2017 a výsledky naší domněnku potvrzují. Kromě modelu výuky však vnímáme dvě další významné proměnné. První významnou proměnnou je vzdělání a vliv rodičů. Předpokládáme, že vzdělání rodiče vedou své děti ke zdravějšímu životnímu stylu, to se promítne i v chování a v tom, jak tyto děti mají některé vědomosti osvojené a jaké jsou jejich základní návyky. Druhou významnou proměnnou je osoba pedagoga vyučujícího obor na jednotlivých školách (přístup a vzdělání). V tomto článku budeme posuzovat základní vlastnosti didaktického testu Výchovy ke zdraví, pro jehož konstrukci byly

použity ukázkové úlohy ze Standardu vzdělávání - Výchova ke zdraví. Pomocí tohoto kroku chceme přinést zpětnou vazbu týkající se úrovně osvojeného kurikula tohoto vzdělávacího oboru. Pilotní verzi námi zkonstruovaného didaktického testu přikládáme do příloh v podobě odkazu.

Školy mají k dispozici pestrou nabídku organizačních forem, pomocí kterých lze Výchovu ke zdraví začlenit do vzdělávacích programů. Prvním způsobem, jak začlenit kurikulum do procesu vzdělávání, je organizace samostatného vzdělávacího oboru se samostatnou hodinovou dotací. Druhou použitelnou organizační formou je implementace kurikula do Tělesné výchovy. Třetí varianta je implementace kurikula do více jiných vzdělávacích oborů. Poslední možností je projektová a bloková výuka témat obsažených v kurikulu Výchovy ke zdraví (RVP ZV, 2017).

## **Metodika**

### **Soubor**

Ačkoli se projekt zabývá osvojeným kurikulem žáků devátých ročníků, soubor pro pilotní šetření tvoří žáci prvních ročníků středních škol, protože pro potřeby výzkumu to bylo vhodnější z hlediska časového i motivace žáků. Soubor tvoří čerství absolventi základních škol ( $n = 37$ ).

Průzkum byl realizován v měsíci září, aby nedošlo k velké prodlevě mezi tím, kdy se kurikulum učilo a samotným sběrem dat. Předvýzkum probíhal na dvou středních školách, z toho bylo jedno gymnázium a jedna střední škola s maturitními obory a s obory zakončenými výučním listem. Do výzkumu byli zařazeni studenti prvních ročníků vybraných škol, soubor se skládal z 37 probandů (11 studentů gymnázia a 26 studentů běžné střední školy). Školy jsou vybrané záměrně a poměr studentů tak abychom do souboru zahrnuli studenty všech úrovní. Školy mezi sebou nebudeme porovnávat, protože chceme zajistit základní vlastnosti didaktického testu a nechceme porovnávat úspěšnost jednotlivých škol.

### **Testy**

S cílem posoudit základní vlastnosti didaktického testu Výchovy ke zdraví bylo provedeno několik úkonů. Reliabilita byla testována pomocí koeficientu Cronbachova alfa, který posuzuje vnitřní konzistenci testu (Chrásková, 2007). Gurková označuje za optimální hodnoty u obsáhlých hodnotících nástrojů 0,8 a vyšší, u kratších nástrojů v rozmezí 0,7-0,8 (Gurková, 2011). Náš nástroj patří mezi kratší, platí tedy, že hodnoty vyšší než 0,7 budou dostačující.

V rámci deskriptivní statistiky budou spočítány základní polohy centrální tendence a variability jednotlivých testových položek (Hendl, 2009).

Pro zjištění normality dat použijeme Kolmogorovův-Smirnovův test (K-S test). K-S test je obecnější než známější Shapiro-Wilkův test, ale umožňuje porovnávat výběrový soubor s libovolným rozdělením. K-S test také dokáže porovnat, zda dva konkrétní výběrové soubory pocházejí ze stejného rozdělení (Ferjenčík, 2010).

Obsahová validita byla před pilotním šetřením zajištěna konzultací s odborníky, kteří se podílí na tvorbě standardů ke vzdělávání.

K posouzení konstruktové validity jsme použili metodu teorie odpovědi na položku (IRT). Na základě studia literatury jsme usoudili, že nejvhodnější metoda výpočtu pro naši práci bude partial credit model, který umožňuje zařadit položky s různým počtem odpovědí, také umožňuje rozdílnou obtížnost hodnocení a platí pro různé položky (Van

der Linden, 2016). Tuto problematiku jsme konzultovali s odborníky, ti nám však vytkli jednu zásadní věc, tou je velikost vzorku. Pro partial credit model by bylo třeba mít okolo sta respondentů. Náš soubor je pro tento model malý.

Na doporučení jsme však použili Raschův model pro dichotomické položky. Jelikož se každá z našich položek skládá z dílčích podpoložek, bylo možné rozebrat jednotlivé otázky a kódovat je podle toho, zdali byla zodpovězena dobře nebo špatně. Tento model není tak náročný na počet dat a také umožní zjistit více věcí, dozvíme se, zdali žák odpověděl správně, nebo špatně jednotlivé části položek. Nevýhodou však je, že položky na sobě nejsou nezávislé, avšak pro potřeby naší práce a z pohledu okolností, je toto řešení nejvhodnějším (Van der Linden, 2017).

Dále jsme provedli položkovou analýzu jednotlivých testových úloh. Analýza jednotlivých položek zjišťovala obtížnost a citlivost. Obtížnost úlohy značí, jak moc je položka obtížná nebo snadná. Index obtížnosti nabývá hodnoty 0-1. Existuje několik možností výpočtu, pro testové položky námi použité je nejvhodnější výpočet, kdy dělíme průměrný bodový zisk z úlohy maximálním možným počtem bodů, které za položku lze udělit. Hodnoty v intervalu 0,2-0,8, jsou žádoucí, nižší než 0,2 jsou náročné, nad 0,8 jsou jednoduché.

Citlivost umožňuje rozlišit mezi lepšími a horšími studenty. Pro výpočet citlivosti použijeme index RIT, který je vhodnější než index ULI nebo tetrachorický koeficient citlivosti. Index RIT (R – Pearsonův korelační koeficient, I – item, T – počet bodů v celém testu), se používá jako zobecnění na bodované položky. Pokud se index blíží jedné, tak položka dobře rozlišuje mezi slabými a silnějšími studenty, pokud se blíží nule, tak je její rozlišovací schopnost nižší (Hendl, 2009).

Objektivita je zajištěna manuálem k hodnocení a skórování jednotlivých položek. Bude tedy jedno, kdo bude test vyhodnocovat, pokud se bude držet manuálu, výsledky jednotlivých probandů budou mezi sebou srovnatelné (Chráska, 2007).

## Výsledky

### Konstrukce testu

Didaktický test obsahuje 17 otázek. Otázky v didaktickém testu mohou být různé. Náš test obsahuje 8 otázek přiřazovacích, 4 otázky dichotomické, 4 otázky s výběrem odpovědi a 1 otázku doplňovací.

### Reliabilita didaktického testu Výchovy ke zdraví

Formální stránka testu byla upravena tak, aby byla přehledná a snadná na orientaci v textu. Test obsahuje 17 položek rozdělených do čtyř tematických celků (domén). Výsledné hrubé skóre je dáno součtem všech testových položek. Respondent může získat od 0 do 60 bodů. Čím je skóre vyšší, tím lepší je úroveň osvojeného kurikula. Vnitřní konzistenci jsme vypočítali pomocí Cronbachova alfa, vyšlo nám 0,72. Tato hodnota je podle Gurkové (2011) pro náš nástroj dostačující.

### Deskriptivní statistika

V tabulce 1 uvádíme popisnou statistiku jednotlivých testových položek.



Tabulka 1./ Table 1.

*Popisná statistika jednotlivých testových položek/Descriptive statistics of individual items*

	n	Body min.	Body max.	Průměr	Modus	Medián	Směrodatná odchylka	Rozptyl
Otázka 1	37	0	2	1,432	2	2	0,647	0,408
Otázka 2	37	0	3	2,811	3	3	0,455	0,207
Otázka 3	37	0	3	2,081	2	2	0,587	0,345
Otázka 4	37	0	1	0,811	1	1	0,392	0,153
Otázka 5	37	0	3	2,622	3	3	0,672	0,451
Otázka 6	37	0	5	<b>1,919</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	1,73	2,993
Otázka 7	37	0	3	1,541	2	2	1,08	1,167
Otázka 8	37	0	3	2,351	3	3	0,965	0,931
Otázka 9	37	0	4	2,595	4	3	1,325	1,755
Otázka 10	37	0	4	3,189	3	3	0,896	0,802
Otázka 11	37	0	4	2	2	2	0,9	0,811
Otázka 12	37	0	2	<b>0,676</b>	1	1	0,468	0,219
Otázka 13	37	0	4	2,757	3	3	0,851	0,725
Otázka 14	37	0	4	2,973	3	3	0,885	0,783
Otázka 15	37	0	5	<b>2,162</b>	3	<b>2</b>	1,103	1,217
Otázka 16	37	0	5	4,459	5	5	1,153	1,329
Otázka 17	37	0	5	4,767	5	5	1,253	1,432

Z aritmetického průměru jednotlivých položek vzhledem k maximálnímu počtu získaných bodů, se většina položek blíží vrchní hranici maxima bodů, které lze získat. Průměr položek č. 6, 12 a 15 je níže, než je polovina možných bodů. U položek 6 a 15 je pod polovinou maximálního možného zisku bodu jejich modus i medián. To značí vyšší náročnost položek.

#### Normalita dat

Normalitu dat jsme počítali pomocí K- S testu. Koeficient vyšel 0,119, což je nižší než tabulkové hodnoty na 95% (0,22119) i 99% (0,26532), test tedy nezamítá nulovou hypotézu.

#### Konstruktová validita

K posouzení konstruktové validity jsme použili metodu teorie odpovědi na položku (IRT), konkrétně pak Raschův model pro dichotomické položky. Jednotlivé položky jsme rozebrali na podpoložky a u nich jsme uvedli, zdali je žáci odpověděli správně či nikoliv.

Data jsme importovali do programu R a pomocí funkce RM z balíčku eRm, byly vygenerovány hodnoty pro jednotlivé položky. Analýza v R ukázala, že některé položky jsou jednoduché pro použití v testu, konkrétně se jedná o položky v otázce č. 2, č. 5 a č.16. Naopak výpovědní hodnoty a poměrně vysoká obtížnost se ukázala v položce č. 11. Položka č. 2 se jeví jako velmi jednoduchá, volíme tedy její vypuštění z testu, naopak u ostatních položek budeme volit modifikaci po konzultaci s odborníkem. V analýze se neprokázala nevhodnost položek 6, 12 a 15, u kterých deskriptivní statistika ukázala nízké hodnoty.

#### Položková analýza

V tabulce 2 uvádíme obtížnost a citlivost jednotlivých testových položek.

Tabulka 2./ Table 2.

*Obtížnost a citlivost jednotlivých položek/Difficulty and sensitivity of individual items*

Položka	obt. P	obt. Q	Index citlivosti RIT
Otázka 1	0,716	0,284	<b>0,063</b>
<i>Otázka 2</i>	<b>0,937</b>	<i>0,063</i>	<i>0,226</i>
Otázka 3	0,694	0,306	<b>0,063</b>
Otázka 4	0,811	0,189	0,147
<i>Otázka 5</i>	<b>0,874</b>	<i>0,126</i>	<i>0,615</i>
Otázka 6	0,384	0,616	0,271
Otázka 7	0,514	0,486	0,24
Otázka 8	0,784	0,216	0,7
Otázka 9	0,649	0,351	0,47
Otázka 10	0,797	0,203	0,606
Otázka 11	0,5	0,5	0,541
Otázka 12	0,338	0,662	<b>0,036</b>
Otázka 13	0,689	0,311	0,307
Otázka 14	0,743	0,257	0,569
Otázka 15	0,432	0,568	0,517
<i>Otázka 16</i>	<b>0,892</b>	<i>0,108</i>	<i>0,652</i>
Otázka 17	0,816	0,184	0,72

V rámci položkové analýzy jsme vypočítali obtížnost a citlivost jednotlivých úloh. Přesné výpočty jsou uvedeny v tabulce 2. Jak je vidět u obtížnosti stejně jako u posuzování konstruktivní validity se jeví položky 2, 5 a 16 jako velmi jednoduché. Citlivost položek se pohybuje okolo průměru. Jako nejméně citlivé položky se jeví 1,3 a 12. Z toho vyplývá, že tyto položky ne zcela dobře rozlišují mezi kvalitními a

nekvalitními studenty. Tyto úlohy také podrobíme modifikaci po konzultaci s odborníkem.

## Diskuze

Na základě provedených testů jsme vyvodili tyto závěry. Vnitřní konzistence didaktického testu je dostačující, reliabilita je tedy zajištěna. Validita byla zajišťována pomocí výpočtu Raschova modelu pro dichotomické položky a také položkovou analýzou. Na základě položkové analýzy a z výpočtů konstruktové validity, jsme identifikovali tři položky, kterými je třeba se dále zabývat. Jsou to položky 2, 5 a 16. Položku číslo 2 z testu vypustíme a zbylé dvě modifikujeme po konzultacích s odborníky. V položkové analýze nadále vychází tři položky jako velmi málo citlivé. Jsou to položky 1,3 a 12 možnou modifikaci těchto položek budeme konzultovat s odborníky. Tyto kroky by měly zajistit dostatečnou validitu výzkumného nástroje pro výzkumné šetření.

## Literatura

- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál. ISBN 9788073678159.
- Fialová, L. (2017). Procházková, L. Vliv formy výuky na znalosti žáků základní školy. In Procházková. *Život ve zdraví* (pp. 7-17). Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8875-7.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál. ISBN 9788073674823.
- Chráška, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 8024713691.
- Kolektiv autorů. (2017). *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha: MŠMT.
- Van Der Linden, W. J. (2016). *Handbook of Item Response Theory: Volume 1: Models*. New York: Chapman and Hall. ISBN 9781315374512.
- Van Der Linden, W. J. (2017). *Handbook of Item Response Theory: Volume 3: Applications*. New York: Chapman and Hall. ISBN 9781315117430.
- „Příspěvek ani jeho souvisejší pasáže nebyly publikovány a nebyly odevzdány k publikování v jiném časopisu, sborníku nebo monografii.
- Empirická data byla získána v rámci řešení grantového projektu PROGRES Q 19 a SVV 260599
-

## **II.7 Organizace výzkumu**

Testování a dotazování probíhalo v průběhu června roku 2021 na vybraných školách v ČR. Účastníci šetření byli seznámeni s etikou výzkumu. Účast na šetření byla dobrovolná. Školám i jednotlivým respondentům byla zajištěna anonymita pomocí kódování. Účastníci šetření podepsali informovaný souhlas umístěný na webovém rozhraní. Příloha č. 7 je informovaný souhlas pro žáky a v příloze č. 8 uvádíme informovaný souhlas pro pedagogy. Respondent, který nesouhlasil s podmínkami výzkumu, byl přeměřován rovnou na závěr šetření. Před vlastním testováním byly všichni náležitě seznámeni s výzkumným nástrojem. Při realizaci výzkumu s námi spolupracovali učitelé zajišťující realizaci VKZ na vybraných školách. Vlastní sběr dat probíhal v rámci hodin VKZ, TV popřípadě Informatiky. Dotazování učitelů probíhalo vždy po sběru dat u žáků. Po sběru dat jsme na základě dodaných ŠVP analyzovali vztahy mezi projektovaným a realizovaným kurikulem. Vztah mezi realizovaným a osvojeným kurikulem jsme zjišťovali pomocí metod statistického zpracování dat.

### III. VÝSLEDKOVÁ ČÁST

#### III.1 Výsledky analýzy dokumentů

V následující kapitole přinášíme výsledky obsahové analýzy kurikulárních dokumentů provedené podle postupu Gavory a Miovskeho. Porovnávali jsme RVP ZV s jednotlivými ŠVP škol zapojených do výzkumu. Na základě jejich postupu jsme vytvořili protokol, do kterého jsme kódovali sledované proměnné. Protokol uvádíme v tabulce č. 9. Vynechané kurikulum jsme kódovali následovně. Pokud se v ŠVP objevilo téma, v protokolu jsme dané téma označili, na konci tak zůstala neoznačená témata. U výstupů základního vzdělávání jsme do tabulky označili, zda se v ŠVP objevuje či nikoli. Výsledky byly zaneseny do protokolu a následně vyhodnoceny.

Tabulka č. 9 Protokol obsahové analýzy

Identifikační kód školy:
--------------------------

#### Kurikulum VKZ

<i>VZTAHY MEZI LIDMI A FORMY SOUŽITÍ</i> <b>vztahy ve dvojici</b> – kamarádství, přátelství, láska, partnerské vztahy, manželství a rodičovství <b>vztahy a pravidla soužití v prostředí komunity</b> – rodina, škola, vrstevnická skupina, obec, spolek
<i>ZMĚNY V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA A JEJICH REFLEXE</i> <b>dětství, puberta, dospívání</b> – tělesné, duševní a společenské změny <b>sexuální dospívání a reprodukční zdraví</b> – zdraví reprodukční soustavy, sexualita jako součást formování osobnosti, zdrženlivost, předčasná sexuální zkušenost, promiskuita; problémy těhotenství a rodičovství mladistvých; poruchy pohlavní identity
<i>ZDRAVÝ ZPŮSOB ŽIVOTA A PÉČE O ZDRAVÍ</i> <b>výživa a zdraví</b> – zásady zdravého stravování, pitný režim, vliv životních podmínek a způsobu stravování na zdraví; poruchy příjmu potravy <b>vlivy vnějšího a vnitřního prostředí na zdraví</b> – kvalita ovzduší a vody, hluk, osvětlení, teplota <b>tělesná a duševní hygiena, denní režim</b> – zásady osobní, intimní a duševní hygieny, otužování, denní režim, vyváženost pracovních a odpočinkových aktivit, význam pohybu pro zdraví, pohybový režim <b>ochrana před přenosnými chorobami</b> – základní cesty přenosu nákaz a jejich prevence, nákazy respirační, přenosné potravou, získané v přírodě, přenosné krví a sexuálním kontaktem, přenosné bodnutím hmyzu a stykem se zvířaty <b>ochrana před chronickými nepřenosiými chorobami a před úrazy</b> – prevence kardiovaskulárních a metabolických onemocnění; preventivní a léčebná péče; odpovědné chování v situacích úrazu a život ohrožujících stavů (úrazy v domácnosti, při sportu, na pracovišti, v dopravě), základy první pomoci

### *RIZIKA OHROŽUJÍCÍ ZDRAVÍ A JEJICH PREVENCE*

**stres a jeho vztah ke zdraví** – kompenzační, relaxační a regenerační techniky překonávání únavy, stresových reakcí a posilování duševní odolnosti-  
**autodestruktivní závislosti** – psychická onemocnění, násilí namířené proti sobě samému, rizikové chování (alkohol, aktivní a pasivní kouření, zbraně, nebezpečné látky a předměty, nebezpečný internet), násilné chování, těžké životní situace a jejich zvládnání, trestná činnost, doping ve sportu

**skryté formy a stupně individuálního násilí a zneužívání, sexuální kriminalita** – šikana a jiné projevy násilí; formy sexuálního zneužívání dětí; kriminalita mládeže; komunikace se službami odborné pomoci

**bezpečné chování a komunikace** – komunikace s vrstevníky a neznámými lidmi, bezpečný pohyb v rizikovém prostředí, nebezpečí komunikace prostřednictvím elektronických médií, sebeochrana a vzájemná pomoc v rizikových situacích a v situacích ohrožení

**dodržování pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví** – bezpečné prostředí ve škole, ochrana zdraví při různých činnostech, bezpečnost v dopravě, rizika silniční a železniční dopravy, vztahy mezi účastníky silničního provozu včetně zvládnání agresivity, postup v případě dopravní nehody (tísňové volání, zajištění bezpečnosti)

**manipulativní reklama a informace** – reklamní vlivy, působení sekt

**ochrana člověka za mimořádných událostí** – klasifikace mimořádných událostí, varovný signál a jiné způsoby varování, základní úkoly ochrany obyvatelstva, evakuace, činnost po mimořádné události, prevence vzniku mimořádných událostí

### *HODNOTA A PODPORA ZDRAVÍ*

**celostní pojetí člověka ve zdraví a nemoci** – složky zdraví a jejich interakce, základní lidské potřeby a jejich hierarchie

**podpora zdraví a její formy** – prevence a intervence, působení na změnu kvality prostředí a chování jedince, odpovědnost jedince za zdraví, podpora zdravého životního stylu, programy podpory zdraví

### *OSOBNOSTNÍ A SOCIÁLNÍ ROZVOJ*

**sebepoznání a sebepojetí** – vztah k sobě samému, vztah k druhým lidem; zdravé a vyrovnané sebepojetí, utváření vědomí vlastní identity

**seberegulace a sebeorganizace činností a chování** – cvičení sebereflexe, sebekontroly, sebeovládání a zvládnání problémových situací; stanovení osobních cílů a postupných kroků k jejich dosažení; zaujímání hodnotových postojů a rozhodovacích dovedností pro řešení problémů v mezilidských vztazích; pomáhající a prosociální chování

**psychohygienu** v sociální dovednosti pro předcházení a zvládnání stresu, hledání pomoci při problémech

**mezilidské vztahy, komunikace a kooperace** – respektování sebe sama i druhých, přijímání názoru druhého, empatie; chování podporující dobré vztahy, aktivní naslouchání, dialog, efektivní a asertivní komunikace a kooperace v různých situacích, dopad vlastního jednání a chování

### Očekávané výstupy

Očekávaný výstup (zkratka)	Je v ŠVP ?	poznámka
VZ-01		
VZ-02		
VZ-03		
VZ-04		
VZ-05		
VZ-06		
VZ-07		
VZ-08		
VZ-09		
VZ-10		
VZ-11		
VZ-12		
VZ-13		
VZ-14		
VZ-15		
VZ-16		

Kurikulum bylo kompletní v šesti ŠVP, v ostatních jedenácti vždy některé téma chybělo. Chybějící témata a jejich výčet uvádíme v tabulce č. 10. V této tabulce můžeme pozorovat, že nejčastěji vynechanými tematickými celky jsou Psychohygiena, Stres a jeho vztah ke zdraví, dále Ochrana před přenosnými chorobami a Ochrana před chronickými nepřenosiými chorobami a úrazy. Tematické celky Psychohygiena a Stres a jeho vztah ke zdraví mají významný vliv na duševní zdraví a to je důležité vzhledem k okolnostem, které jsou v současné společnosti. Vliv vynechání těchto celků na osvojené kurikulum budeme zjišťovat ve statistické analýze jednotlivých domén didaktického testu v následujících kapitolách.

Tabulka č. 10 Kurikulum vynechané v jednotlivých ŠVP (n= 17)

Vynechané kurikulum	Četnost	Četnost v %
Vztahy ve dvojici	1	5,88%
Vztahy a pravidla soužití v prostředí komunity	3	17,64%
Dětství, puberta a dospívání	2	11,76%
Sexuální dospívání a reprodukční zdraví	1	5,88%
Tělesná a duševní hygiena, denní režim	2	11,76%
<b><u>Ochrana před přenosnými chorobami</u></b>	<b><u>5</u></b>	<b><u>29,4%</u></b>
<b><u>Ochrana před chronickými nepřenosiými chorobami a před úrazy</u></b>	<b><u>5</u></b>	<b><u>29,4%</u></b>
<b><u>Stres a jeho vztah ke zdraví</u></b>	<b><u>7</u></b>	<b><u>41,16%</u></b>
Bezpečné chování a komunikace	3	17,64%
Manipulativní reklama a informace	2	11,76%
Ochrana člověka za mimořádných okolností	4	23,52%
Celostní pojetí člověka ve zdraví a nemoci	3	17,64%
<b><u>Psychohygiena</u></b>	<b><u>8</u></b>	<b><u>47,04%</u></b>

Podobně jsme postupovali i u výstupů uvedených v RVP. Tabulka č. 11 znázorňuje implementaci výstupů do ŠVP v procentech. Jak je vidět, nejčastěji chybí v ŠVP následující výstupy VZ-03, VZ-05, VZ-10 a VZ-16. Poslední psaný výstup VZ-16 hodnotící ochranu člověka za mimořádných okolností není součástí didaktického testu, nemůžeme tedy posoudit, zda má vynechání kurikula vliv na tento výstup. Naopak výstupy VZ-01, VZ-02 a VZ-07 byly obsaženy ve všech ŠVP. Na základě jednotlivých výstupů jsou konstruovány úlohy v metodických komentářích, takže analýza, zdali má nezařazení těchto výstupů do ŠVP vliv na osvojené kurikulum v dané položce, bude uvedena u rozboru jednotlivých testových položek.



Tabulka č. 11 Implementace očekávaných výstupů na konci základního vzdělávání do jednotlivých ŠVP zapojených do výzkumu (n= 17)

Výstup	Znění	Četnost v %
VZ-01	Respektuje přijatá pravidla soužití mezi spolužáky i jinými vrstevníky a přispívá k utváření dobrých mezilidských vztahů v komunitě.	100%
VZ-02	Vysvětlí role členů komunity (rodiny, třídy, spolku) a uvede příklady pozitivního a negativního vlivu na kvalitu sociálního klimatu (vrstevnická komunita, rodinné prostředí) z hlediska prospěšnosti zdraví.	100%
<b>VZ-03</b>	<b><i>Vysvětlí na příkladech přímé souvislosti mezi tělesným, duševním a sociálním zdravím; vysvětlí vztah mezi uspokojováním základních lidských potřeb a hodnotou zdraví.</i></b>	<b><u>70,6%</u></b>
VZ-04	Posoudí různé způsoby chování lidí z hlediska odpovědnosti za vlastní zdraví i zdraví druhých a vyvozuje z nich osobní odpovědnost ve prospěch aktivní podpory zdraví.	88,24%
<b>VZ-05</b>	<b><i>Usiluje v rámci svých možností a zkušeností o aktivní podporu zdraví.</i></b>	76,48%
VZ-06	Vyjádří vlastní názor k problematice zdraví a diskutuje o něm v kruhu vrstevníků, rodiny i v nejbližším okolí.	82,36%
VZ-07	Dává do souvislosti složení stravy a způsob stravování s rozvojem civilizačních nemocí a v rámci svých možností uplatňuje zdravé stravovací návyky.	100%
VZ-08	Uplatňuje osvojené preventivní způsoby rozhodování, chování a jednání v souvislosti s běžnými, přenosnými, civilizačními a jinými chorobami; svěřil se se zdravotním problémem a v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc.	88,24%
VZ-09	Projevuje odpovědný vztah k sobě samému, k vlastnímu dospívání a pravidlům zdravého životního stylu. Dobrovolně se podílí na programech podpory zdraví ve škole a obci.	88,24%
<b>VZ-10</b>	<b><i>Samostatně využívá osvojené kompenzační a relaxační techniky a sociální dovednosti k regeneraci organismu, překonávání únavy a předcházení stresovým situacím.</i></b>	<b><u>70,6%</u></b>
VZ-11	Respektuje změny v období dospívání, vhodně na ně reaguje; kultivovaně se chová k opačnému pohlaví.	82,36%
VZ-12	Respektuje význam sexuality v souvislosti se zdravím, etikou, morálkou a pozitivními životními cíli; chápe význam zdrženlivosti v dospívání a odpovědného sexuálního chování.	82,36%
VZ-13	Uvádí do souvislostí zdravotní a psychosociální rizika spojená se zneužíváním návykových látek a životní perspektivu mladého člověka; uplatňuje osvojené sociální dovednosti a modely chování při kontaktu se sociálně patologickými jevy ve škole i mimo ni; v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc sobě nebo druhým.	82,36%
VZ-14	Vyhodnotí na základě svých znalostí a zkušeností možný manipulativní vliv vrstevníků, médií, sekt; uplatňuje osvojené dovednosti komunikační obrany proti manipulaci a agresi.	82,36%
VZ-15	Projevuje odpovědné chování v rizikových situacích silniční a železniční dopravy; aktivně předchází situacím ohrožení zdraví a osobního bezpečí; v případě potřeby poskytne adekvátní první pomoc.	94,12%
<b>VZ-16</b>	<b><i>Uplatňuje adekvátní způsoby chování a ochrany v modelových situacích ohrožení, nebezpečí i mimořádných událostí.</i></b>	<b><u>70,6%</u></b>

Na základě vyhodnocení protokolů obsahové analýzy jsme za každé chybějící téma nebo výstup jsme přičetli ŠVP záporný bod. Po obsahové analýze jsme sečetli záporné body a podle výsledků přiřadili jednotlivým ŠVP následné hodnocení na škále 1-3:

- 1 (velmi kvalitní) do 5 záporných bodů.
- 2 (drobné nedostatky) 6 až 11 záporných bodů
- 3 (větší nedostatky) více než 12 záporných bodů

V rámci obsahové analýzy jsme kromě posuzování kurikula a výstupů v jednotlivých ŠVP, také posuzovali kvalitu jednotlivých ŠVP. V závislosti na kvalitě ŠVP jsme se snažili postihnout proměnné, které tvorbu ŠVP ovlivňují. V tabulce č. 12 uvádíme školní podmínky, aprobaci učitele, organizaci výuky VKZ a jejich vztah ke kvalitě ŠVP. Po zpracování dat jsou vidět následující tendence. Nejčastěji se vyskytla kombinace neaprobovaného pedagoga a integrace témat VKZ do jiných předmětů (6x). Školy s tímto modelem byly hodnoceny nejhůře (průměrně 2,5). Hodnocení dalších modelů výuky škol, na kterých učí neaprobovaný pedagog, se neliší. Samostatný vzdělávací obor i bloková výuka jsou v průměru hodnoceny jako ŠVP s drobnými nedostatky (2). Školy s aprobovaným učitelem byly hodnoceny lépe.

Tabulka č. 12 Vliv jednotlivých faktorů na kvalitu ŠVP

Učitel + forma výuky	Hodnocení (škála 1-3)						Celkem	Průměrné hodnocení
	1	2	3	4	5	6		
Aprobovaný učitel + samostatný obor	2	1	1				3	1,3
Aprobovaný učitel + bloková výuka	1						1	1
Neaprobovaný učitel – samostatný obor	2	2	2	2			4	2
Neaprobovaný obor + bloková výuka	2	2	2				3	2
Neaprobovaný učitel + integrace do jiných oborů	3	3	3	2	2	2	6	2,5

Souhrn: Obsahovou analýzou ŠVP byly zjištěny následující nedostatky. Téměř třetina škol vynechává předepsaná témata z RVP. Jde o *psychohygienu, význam stresu pro zdraví, ochranu před přenosnými chorobami, a ochranu před nepřenosiými neinfekčními chorobami*. Podobné procento škol neplní očekávané výstupy, zejména VZ-03, VZ-05, VZ-10, VZ-16. Aprobovanost učitelů představuje známku vyšší kvality výuky. Integrace témat VKZ do jiných vzdělávacích oborů může způsobit nižší kvalitu vzdělání.

### III.2 Výsledky osvojeného kurikula u celého souboru a posouzení normality dat

Následující kapitola slouží jako představení námi použitého výzkumného nástroje, jeho položek, výsledků u souboru a posouzení normality dat k určení dalšího postupu v rámci inferenční statistiky.

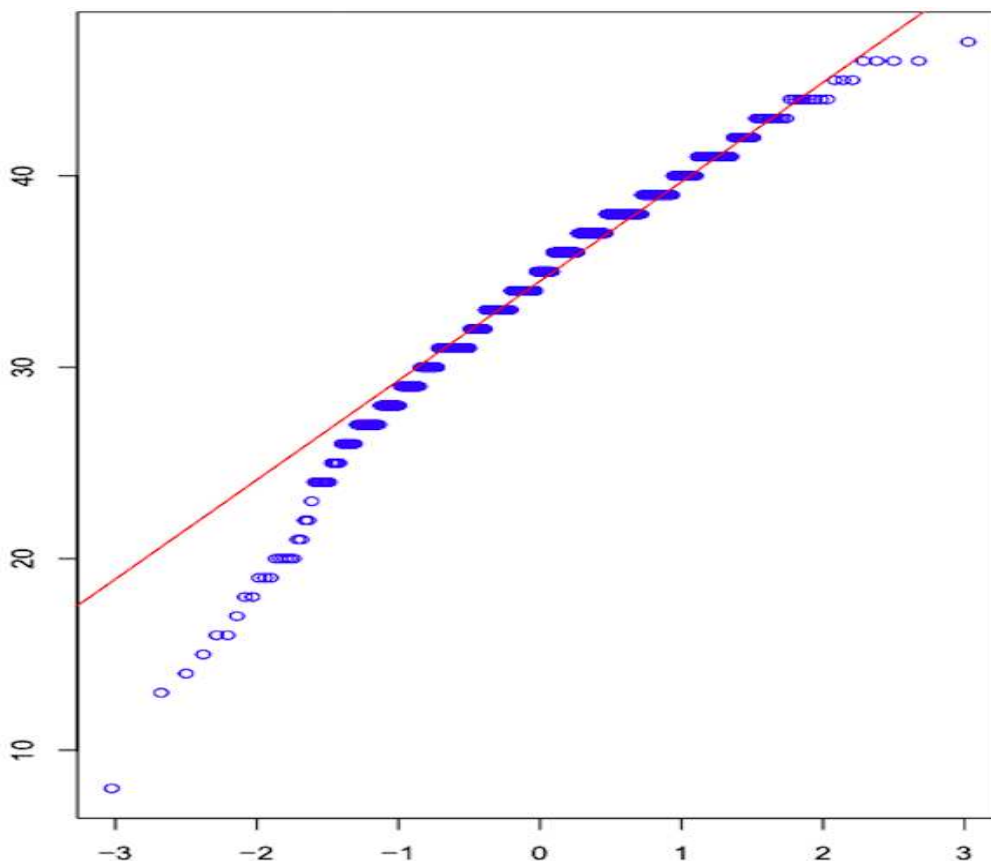
Tabulka č. 13 uvádí témata jednotlivých položek testu, úspěšnost jejich zodpovězení (správné a špatné), bodové rozpětí, kterého mohli probandi dosáhnout, a hodnocený výstup. Celé znění položky a její forma je k vidění v přílohách 2 a 3. Kurzívou jsme označili položky, které mají variační šíři 0-1 bod. V těchto položkách nebylo jiných možností než správná nebo špatná odpověď. Tučně jsou zvýrazněny tři nejúspěšněji zodpovězené položky. Všechny tyto položky měly variační šíři 0-5 bodů a správně na ně odpověděla značná část souboru. Položku č. 4 vyřešilo správně přes 40% probandů, i přes skutečnost, že tato položka hodnotí výstup, který často chyběl v ŠVP. Položku č. 15 dokonce zodpovědělo správně přes 68% probandů a položku č. 16 přes 50% probandů. U výstupu VZ-05, který hodnotí položky č. 5, 6 a 7 je vyšší procento zcela správných odpovědí a malé procento zcela špatných odpovědí. Výstup VZ-10, jehož součástí jsou položky č. 13 a 14 má rozdílné tendence. Zatímco položka 13 má vyšší procento zcela správných odpovědí a minimum zcela špatných, položka č. 14 má naopak malé procento zcela správně zodpovězených a vyšší procento zcela špatně zodpovězených. Na základě položkové analýzy tedy vidíme tendenci, z které vyplývá, že absence výstupu ŠVP nemusí mít vliv na úroveň osvojeného kurikula.

Tabulka č. 13 Četnosti správně a špatně zodpovězených položek (n=403)

Položka	Správné odpovědi		Špatné odpovědi		Variační šíře	Hodnocený výstup
	Maximum bodů		0 bodů			
	Četnost	%	Četnost	%		
<i>1- Definice pojmů</i>	<u>109</u>	<u>27,05%</u>	<u>72</u>	<u>17,86%</u>	<u>0-2</u>	VZ-1
<i>2- Pojem zdraví</i>	271	67,24%	132	32,76%	0-1	VZ-3
3- Zdravý životní styl	148	36,72%	4	0,99%	0-3	VZ-3
<b>4- Hierarchie potřeb</b>	<b>164</b>	<b>40,69%</b>	<b>50</b>	<b>12,41%</b>	<b>0-5</b>	VZ-3
<i>5- Primární prevence – definice</i>	253	62,78%	150	37,22%	0-1	VZ-5

6- Primární prevence - složky	91	22,58%	12	2,98%	0-4	VZ-5
7- Porovnání činností u zdravotních problémů	115	28,54%	19	4,71%	0-3	VZ-5
<u>8- Význam živin pro organismus</u>	<u>20</u>	<u>4,96%</u>	<u>125</u>	<u>31,02%</u>	<u>0-3</u>	VZ-7
9- Kvalita stravy	3	0,74%	25	6,20%	0-5	VZ-7
10- Kvalita pitného režimu	4	0,99%	30	7,44%	0-4	VZ-7
11- Chronické neinfekční nemoci	21	5,21%	47	11,66%	0-4	VZ-8
<u>12- Pravdivost tvrzení</u>	<u>22</u>	<u>5,46%</u>	<u>173</u>	<u>42,92%</u>	<u>0-2</u>	VZ-8
13- Správné držení těla	48	11,91%	1	0,25%	0-4	VZ-10
14- Posturální a fázické skupiny svalů	10	2,48%	49	12,16%	0-4	VZ-10
<b>15- Návykové látky</b>	<b>275</b>	<b>68,24%</b>	<b>3</b>	<b>0,74%</b>	<b>0-5</b>	VZ-13
<b>16- Desatero bezpečného internetu.</b>	<b>216</b>	<b>53,60%</b>	<b>5</b>	<b>1,24%</b>	<b>0-5</b>	VZ-14

Dalším krokem bylo posouzení normality dat. Pro tento úkon jsme vybrali jednu grafickou a jednu početní metodu. Jako grafickou metodu jsme zvolili Q-Q plot (viz obr. č. 5). Na grafu je vidět, že data mají tendenci normálního rozložení, avšak normálně rozložená nejsou, to nám potvrdil i Shapiro-Wilkův test s hodnotou  $p=1.099e-08$ . Na základě těchto informací volíme k výpočtu neparametrické testy, konkrétně Man -Whitney U test pro soubory rozdělené na 2 kategorie a Kruskal- Wallis test pro soubory o více jak dvou kategoriích. K následné post- hoc analýze, kterou jsme prováděli u Kruskal- Wallisova testu, jsme použili Dunn test. Tabulka s výsledky post hoc analýzy je uvedena v přílohách u jednotlivých tabulek s deskriptivní statistikou.



Obrázek č. 5 Posouzení normality dat pomocí Q-Q plotu.

Pokračujeme deskriptivní statistikou výsledků testu u celého souboru. Jak je vidět v tabulce č. 14, statistiku jsme počítali u skóre celého testu i u jednotlivých domén. Jako základní míra polohy byl stanoven aritmetický průměr, modus a medián. Základními mírami variability byla směrodatná odchylka, rozptyl a variační rozpětí. V celém testu mohl proband získat až 55 bodů, u SD 1 (Zdravý způsob života a péče o zdraví) je variační rozpětí 0-22 bodů a u SD 2 (Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence) má rozpětí 0-19 bodů.

Tabulka č. 14 Deskriptivní statistika výsledků testu u celého souboru

Míry polohy a variability	CS	SD 1	SD 2
Průměr	34,0	14,8	10,2
Modus	38	15,0	11,0
Medián	35	15,0	11,0
Směrodatná odchylka	6,2	2,6	2,9
Rozptyl	38,2	6,9	8,2
Variační šíře	0-55	0-22	0-19

Souhrn: Porovnání správných a špatných odpovědí je u našeho souboru trochu složitější, protože se liší variační šíře bodů u jednotlivých položek, položka č. 2 a 5 mají šíři 0-1 bod, takže není jiná možnost než správná a špatná odpověď. Obě tyto položky byly zodpovězeny správně více jak 60% žáků. U položek s větší variační šíří byly nejčastěji správně zodpovězeny položky č.4, 15 a 16. Na druhé straně škály se nachází, kromě položek 2 a 5, položky č. 12 a 8. Průměrné výsledky celkového skóre u souboru bylo 34 bodů, avšak vzhledem k faktu, že posouzení normality dat prokázalo, že se jedná o neparametrická data, je stěžejní hodnotou medián, ten byl u celkového skóre souboru 35. U domény hodnotící tematický celek Zdravý způsob života a péče o zdraví (SD 1) je medián 15 a u domény hodnotící tematický celek Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence (SD 2) je medián 11.

### III.2.1 Vliv vzdělání rodičů na osvojené kurikulum

V interpretaci výsledků našeho výzkumu se dostáváme ke vztahovému schématu mezi proměnnými, na jehož základě jsme začali soubor dělit dle námi vybraných kritérií na dílčí soubory a pomocí neparametrických testů jsme tyto soubory testovali. Pro lepší představu jsme pro znázornění výsledků použili grafické metody. U popisku grafického znázornění je uvedeno testové kritérium. Kompletní tabulky s deskriptivní statistikou uvádíme v přílohách.

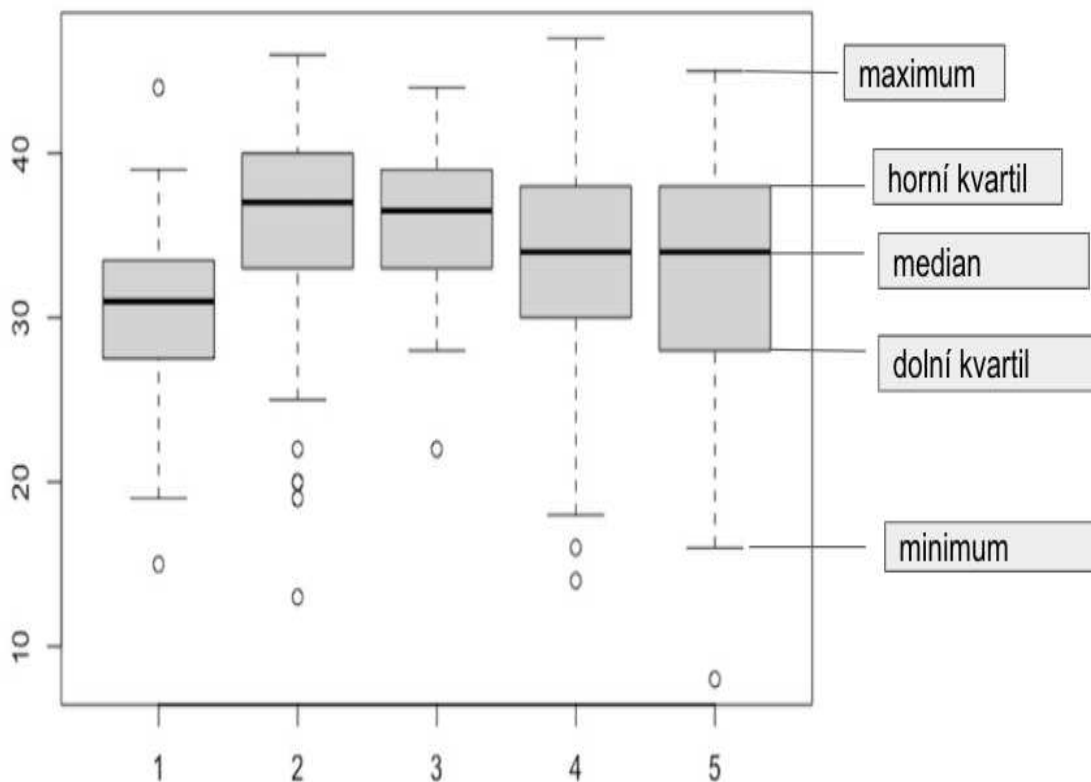
První proměnnou, kterou analyzujeme, je vliv rodiny na osvojené kurikulum, konkrétně vzdělání rodičů. Při hodnocení dat jsme určili jednotlivé možné kombinace, které se při výzkumu objevily:

- Vysoká škola a vysoká škola (dále jen VŠVŠ)
- Maturita a maturita (dále jen MM)
- Výuční list a výuční list (dále jen VLVL)
- Vysoká škola a maturita (dále jen MVŠ)
- Maturita a výuční list (dále jen MVL)

V našem souboru se neobjevila kombinace vysoká škola a výuční list a ani nikdo se základním vzděláním.

Obrázek č. 6 znázorňuje výsledky celkového skóre testu. Jednotlivé části grafu znázorňují kombinace vzdělání rodičů. Legenda vztahující se k souboru je vždy uvedena kurzívou pod názvem obrázku. Na prvním obrázku uvádíme popis jednotlivých hodnot, kterými jsou medián, horní a dolní kvartil, maximum a minimum.

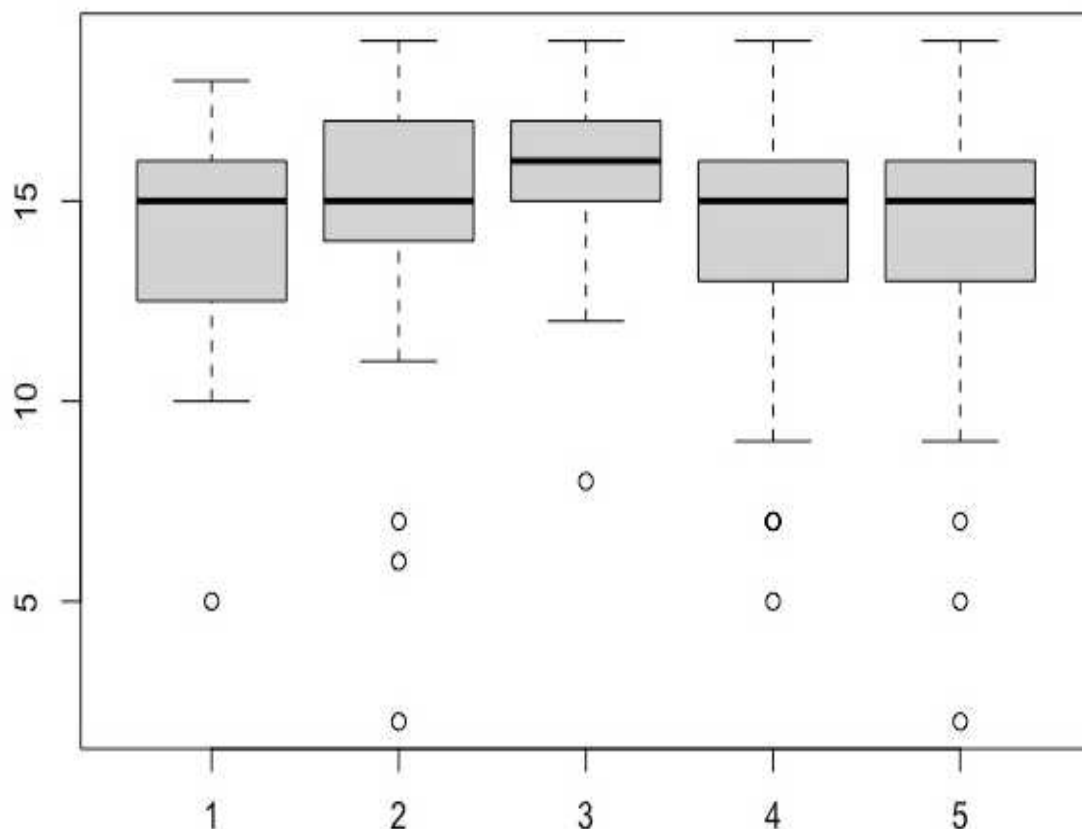




Obrázek č. 6 Celkové skóre souboru děleného dle vzdělání rodičů (p-value = 2.081e-06)  
*Legenda: 1 Výuční list a výuční list; 2 Vysoká škola a vysoká škola*  
*3 Vysoká škola a maturita; 4 Maturita a maturita; 5 Maturita a výuční list*

Jak je vidět nejnižší hodnota mediánu je u kombinace výuční list a výuční list, Nejvyšší u kombinace vysoká škola a vysoká škola. Mohli bychom tedy usuzovat na významnost mezi soubory. Dle výpočtu Kruskal- Wallis testu můžeme konstatovat, že je statisticky významný rozdíl mezi mediány jednotlivých kombinací vzdělání rodičů u celkového skóre. Vzdělání rodičů má tedy statisticky významný vliv na výsledky jednotlivých probandů v testu. Následná post- hoc analýza byla provedena pomocí Dunn testu s korekcí Benjamin- Hochbergovy metody. Díky této analýze jsme zjistili, které kategorie se statisticky významně liší. U celkového skóre byl statisticky významný rozdíl nalezen v následujících kombinacích VLVL s VŠVŠ a MVŠ s VLVL. Tabulka se všemi hodnotami je umístěna jako příloha č. 18.

Obrázek č. 7 uvádí výsledky testů v doméně SD 1, zde jsou hodnoty mediánů jednotlivých souborů vyrovnanější. Nejlepší výsledky měl soubor se vzděláním rodičů v kombinaci VŠM. Mediány ostatních souborů byly vyrovnané. Na možnost statistické významnosti poukazuje rozložení kvartilů. Kruskal- Wallis test poukazuje na statistickou významnost. Post- hoc analýza ukazuje, že významnost je mezi soubory s kombinací vzdělání VLVL s VŠVŠ a VLVL s MVŠ.

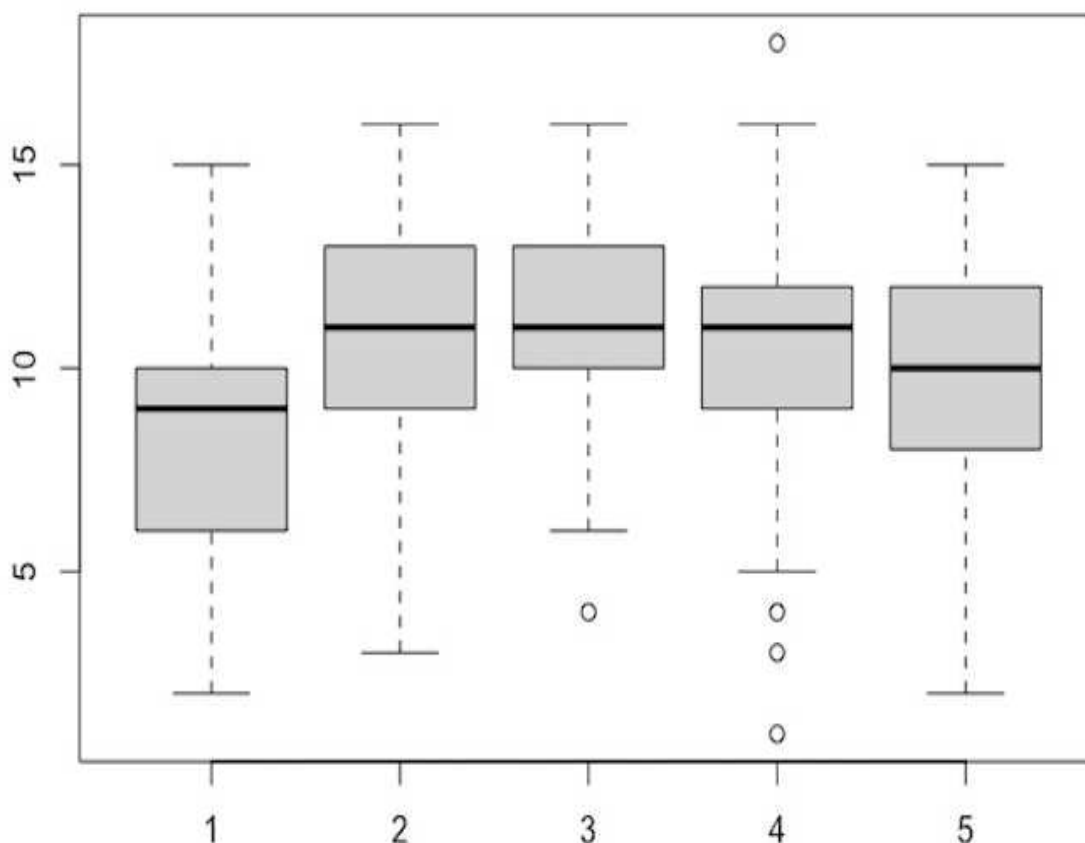


Obrázek č. 7 Skóre SD 1 souboru děleného dle vzdělání rodičů (p-value= 0.00129)

*Legenda: 1 Výuční list a výuční list; 2 Vysoká škola a vysoká škola*

*3 Vysoká škola a maturita; 4 Maturita a maturita; 5 Maturita a výuční list*

Obrázek č. 8 zobrazuje výsledky souboru dosažené v SD 2. Zde je nejnižší hodnota mediánu opět u kombinace VLVL a MVL. Mediány dalších tří souborů jsou vyrovnané. Kruskal- Wallis test opět poukazuje na statistickou významnost. V SD 2 je statistická významnost v mnoha kombinacích. Podrobnější analýzu uvedeme v tabulce č. 15 na závěr kapitoly.



Obrázek č. 8 Skóre SD 2 souboru děleného dle vzdělání rodičů (p-value= 5.373e-05)  
 Legenda: 1 Výuční list a výuční list; 2 Vysoká škola a vysoká škola  
 3 Vysoká škola a maturita; 4 Maturita a maturita; 5 Maturita a výuční list

Tabulka č. 15 je část přílohy č. 18 a poukazuje pouze na kombinace souborů dle vzdělání rodičů, u kterých byla prokázána statistická významnost.

Tabulka č. 15 Výsledky post- hoc analýzy souboru děleného dle vzdělání rodičů

Kombinace vzdělání	p- hodnota		
MVL x MVŠ	0.2687308	0.0821518	<b><u>0.0315467</u></b>
MM x VLVL	0.8405211	0.1030098	<b><u>0.0004337</u></b>
MVŠ x VLVL	<b><u>0.0461339</u></b>	<b><u>0.0150726</u></b>	<b><u>0.0001966</u></b>
VLVL x VŠVŠ	<b><u>0.0057545</u></b>	<b><u>0.0099064</u></b>	<b><u>0.0001819</u></b>

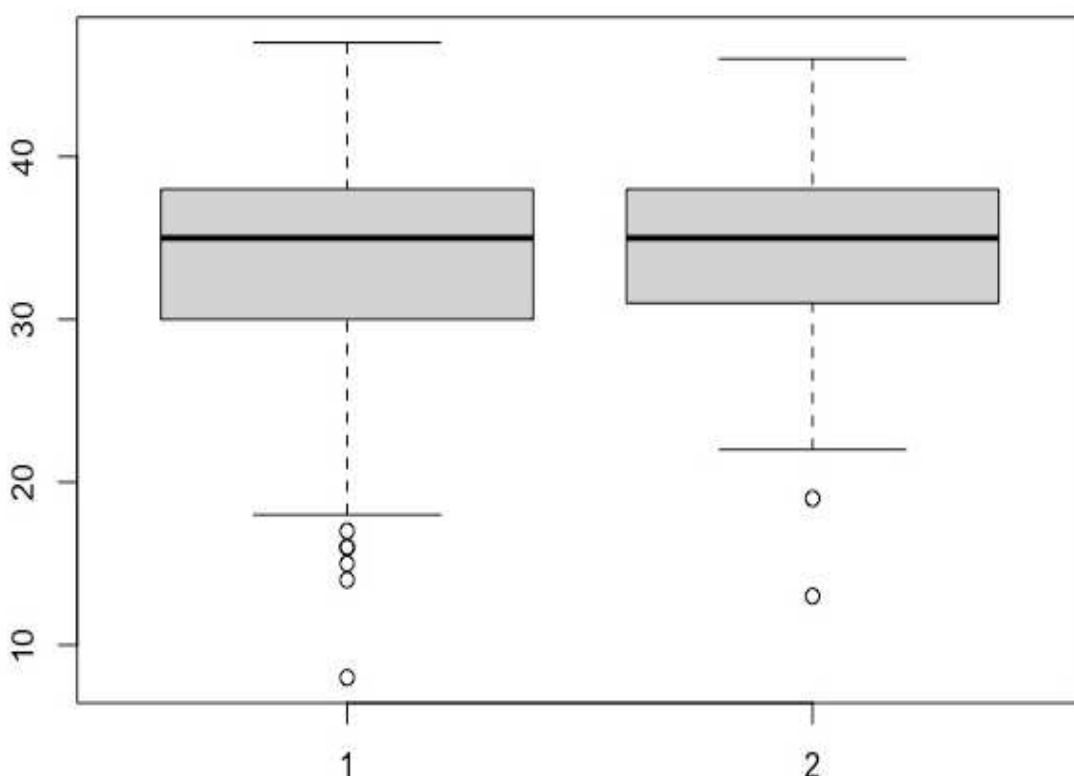
Jak je vidět statisticky významný rozdíl je u kombinací MVŠ a VLVL u celkového skóre i u skóre jednotlivých domén. To samé platí i pro soubory s kombinací VŠVŠ a VLVL. V SD 2 jsou to kombinace MVL s MVŠ a MM s VLVL.

Souhrn: Podle výpočtů testových kritérií jsme našli vztahy mezi vzděláním rodičů a úrovní osvojeného kurikula. U celkového skóre i u jednotlivých domén je vidět, že vliv rodičů na celkové znalosti v tématech VKZ je prokázán. Následná post hoc analýza prokázala významnost mezi soubory VŠVŠ x VLVL ve všech měřených doménách a také mezi skupinami MVŠ x VLVL u celkového skóre. U domény SD 1 kromě již zmíněných, nebyla prokázána další statistická významnost. U domény SD 2 je však podle post- hoc analýzy statisticky významný rozdíl navíc mezi kombinacemi MVL s MVŠ a MM s VLVL.

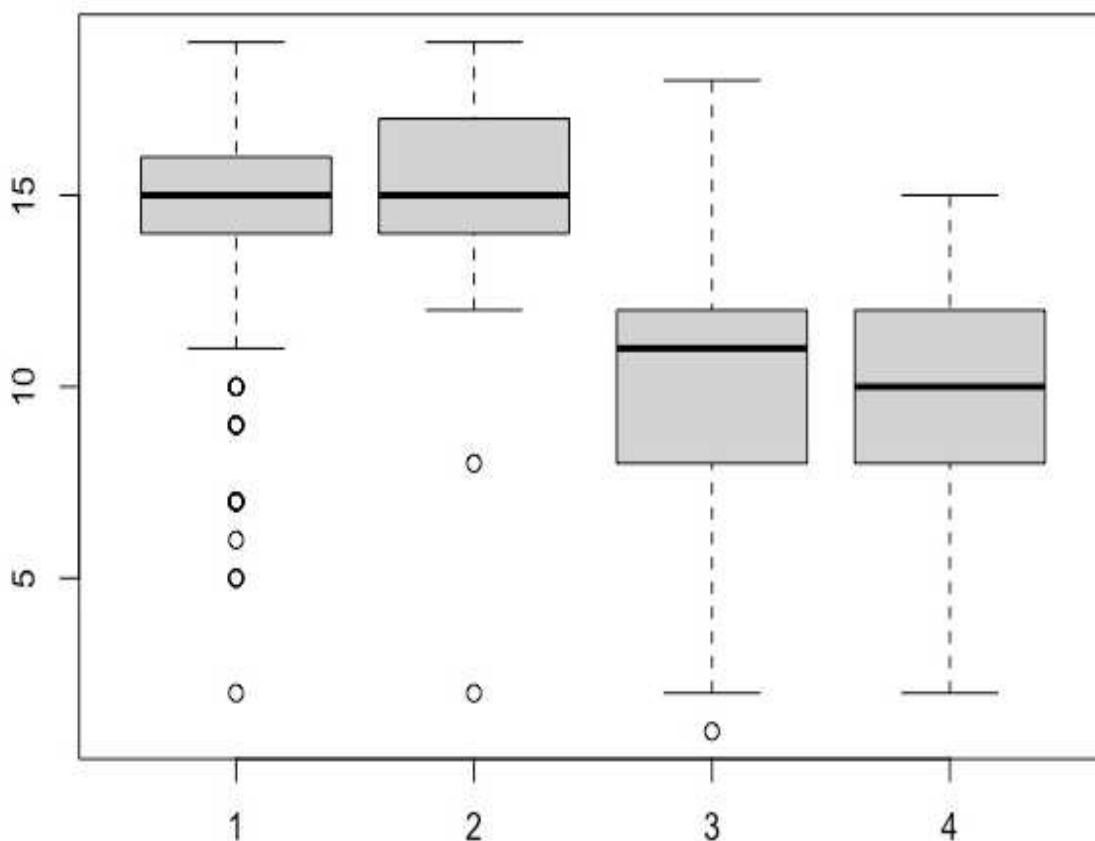
### III.2.2 Vliv podmínek školy na osvojené kurikulum

V následující kapitole budeme posuzovat vztahy mezi osvojeným kurikulem a podmínkami jednotlivých školských zařízení. Ve vztahovém schématu jsme zaznamenali následující proměnné, které by podle nás mají vliv na osvojené kurikulum. Jsou jimi vzdělání učitele zastřešujícího VKZ, hlavní organizační forma a kvalita ŠVP. K těmto proměnným se vztahují námi definované hypotézy.  $H_1$  předpokládá, že úroveň osvojeného kurikula u žáků, které učí pedagog s aprobací VKZ, bude vyšší než u žáků, které učí pedagog bez aprobace VKZ.

Na obrázku č. 9 je zobrazeno celkové skóre. V této proměnné jsou si mediány rovny, avšak u neaprobovaných učitelů je více probandů mimo kvartilové rozpětí. Stejné tendence vidíme i u SD 1. U SD 2 dosahuje soubor, který vyučují neaprobovaní učitelé dokonce lepších výsledků, než soubor s aprobovanými učiteli. Po výpočtu Man-Whitney U testu můžeme konstatovat, že není rozdíl mezi mediány jednotlivých dílčích souborů a vzdělání učitele tedy u našeho souboru nemá vliv na osvojené kurikulum.



Obrázek č. 9 Celkové skóre souboru děleného dle aprobace učitele (p-value= 0.8404)  
Legenda: 1 Neaprobovaný učitel; 2 Aprobovaný učitel



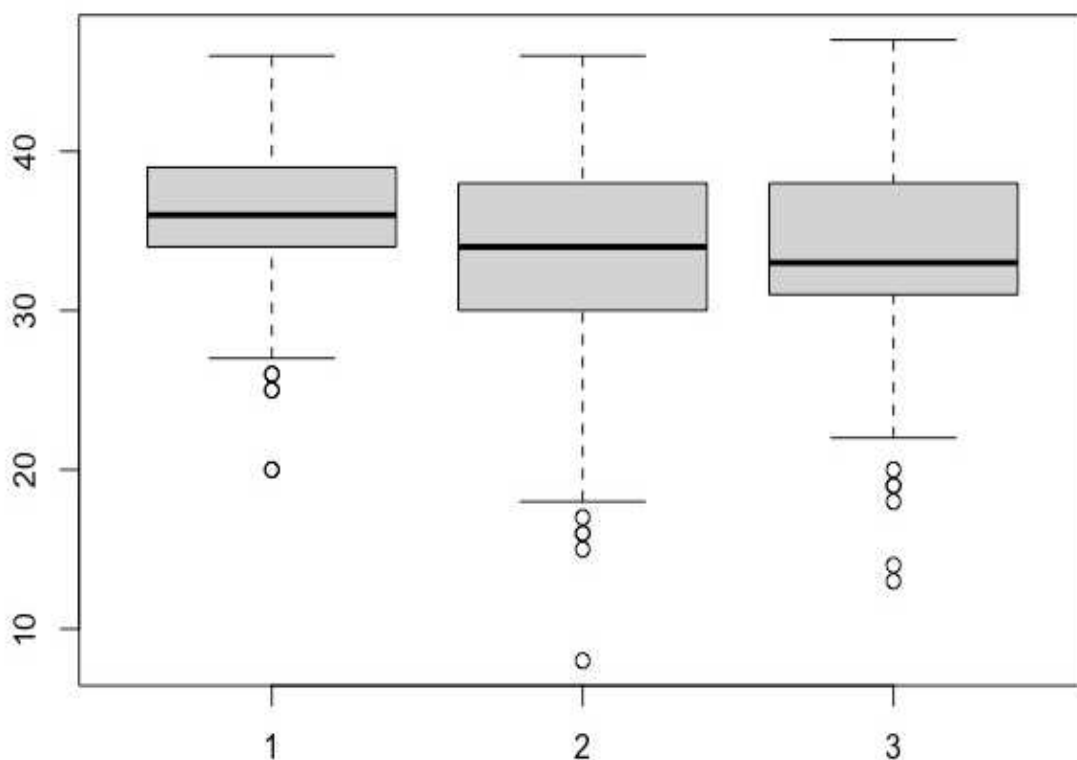
Obrázek č. 10 Skóre SD 1 a SD 2 souboru děleného dle aproby učitele  
(p-value SD 1= 0.5265; SD 2= 0.1028)  
*Legenda: 1 SD 1 - Neaprobovaný učitel; 2 SD 2 - Aprobovaný učitel;  
3 SD 1 - Neaprobovaný učitel; 4 SD 2 - Aprobovaný učitel*

Druhou sledovanou proměnnou byla hlavní organizační forma výuky VKZ na jednotlivých školách. Na základě studia literatury jsme stanovili hypotézu, podle které je organizační forma vzdělávání jednou z hlavních proměnných ovlivňujících osvojené kurikulum. Soubor jsem rozdělili podle tří základních organizačních forem na Samostatný vzdělávací obor, Integrace do jiných vzdělávacích oborů a Výuka pomocí bloků a projektů. Součástí současného školství je výuka v blocích i projektová výuka napříč všemi vzdělávacími obory, avšak v našem pojetí je bloková a projektová výuka hlavní organizační formou VKZ, protože školy to mají uvedeno ve svých ŠVP.

Předpokládali jsme, že nejefektivnější pro osvojení kurikula, bude model ve školách se samostatným vzdělávacím oborem Výchova ke zdraví, který má určenou vlastní hodinovou dotaci.

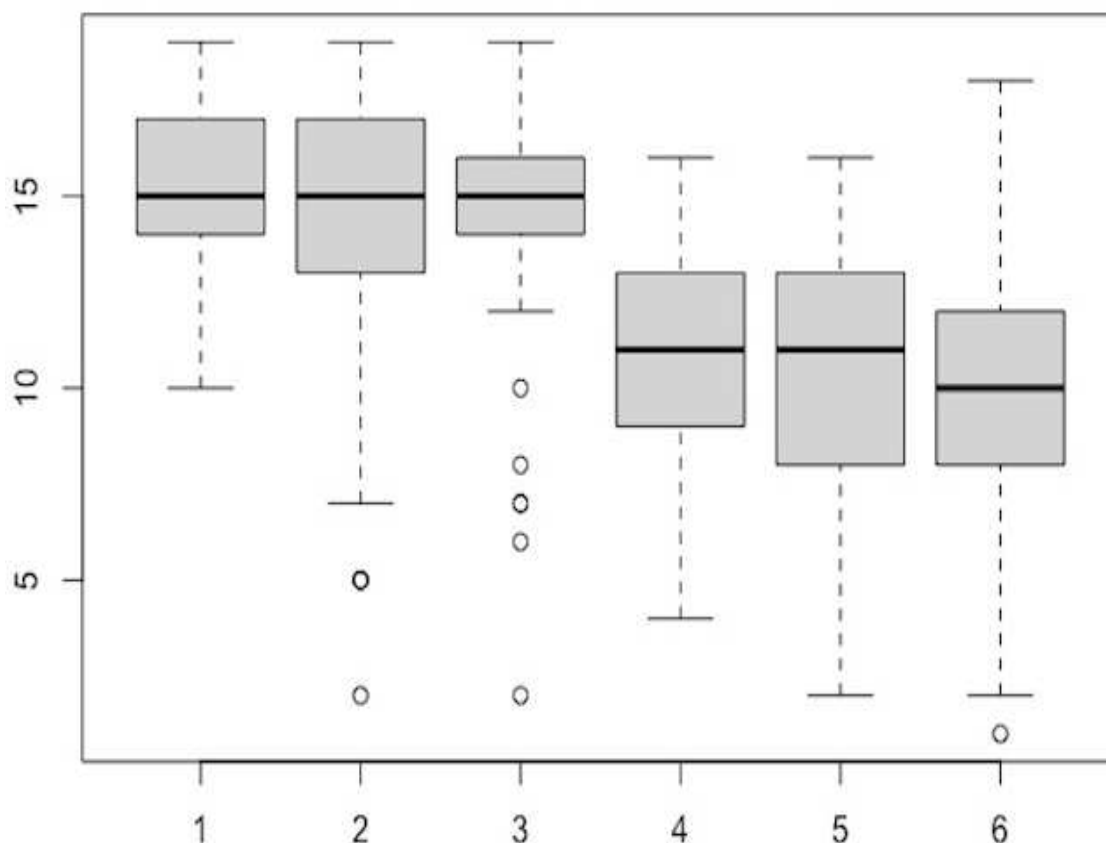
Grafika ukazuje (obrázek č. 11), že v celkovém skóre testu dosahují nejlepších výsledků žáci vzdělávání pomocí bloků a projektů, to je informace, kterou jsme úplně neočekávali. Obrázek č. 12 naznačuje hodnoty SD 1 i SD 2. U SD 1 jsou hodnoty

vyrovnané, avšak ve skóre SD 2 dosahují nejhorších výsledků žáci vzdělávání v samostatných vzdělávacích oborech. I výpočet Kruskal- Wallisova testu podporuje výsledky a na základě vypočtených hodnot můžeme konstatovat, že je statisticky významný rozdíl mezi výsledky jednotlivých dílčích souborů dělených dle hlavní organizační formy vzdělávání u všech sledovaných skóre. Nejlepších výsledků však dosahují žáci s blokovou a projektovou výukou. Námi definovanou hypotézu tedy zamítáme. Post- hoc analýza ukazuje, že statisticky významný rozdíl je u celkového skóre mezi blokovou výukou a integrací do dalších vzdělávacích oborů a také mezi blokovou výukou a samostatným vzdělávacím oborem. V SD 1 a SD 2 je pak rozdíl mezi blokovou výukou a samostatným vzdělávacím oborem.



Obrázek č. 11 Celkové skóre souboru děleného dle hlavní organizační formy (p-value= 2.011e-07)

*Legenda: 1 Bloková a projektová výuka; 2 Integrace do jiných vzdělávacích oborů; 3 Samostatný vzdělávací obor*



Obrázek č. 12 Skóre SD 1 a SD 2 souboru děleného dle hlavní organizační formy (p-value SD 1=0.03197; SD 2= 0.009125)

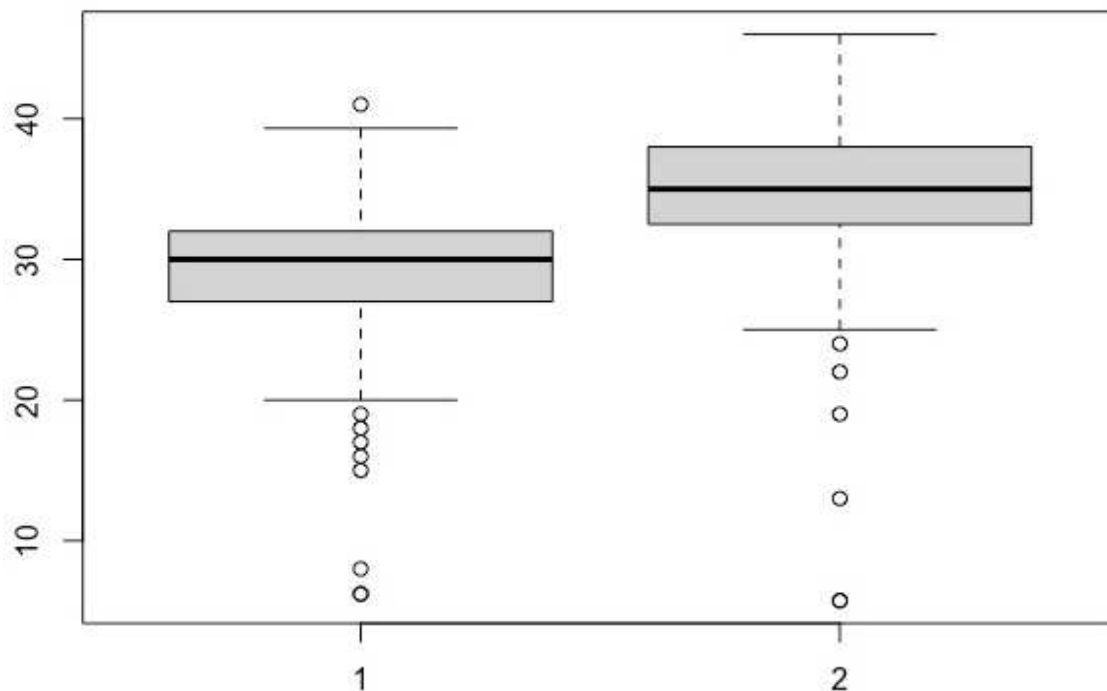
*Legenda: 1 SD 1 - bloková a projektová výuka; 2 SD 1 - integrace do dalších vzdělávacích oborů; 3 SD 1 - samostatný vzdělávací obor; 4 SD 2 - bloková a projektová výuka; 5 SD 2 - integrace do dalších vzdělávacích oborů; 6 SD 2 - samostatný vzdělávací obor*

Třetí sledovanou proměnnou byla kvalita zpracování ŠVP. Tuto proměnnou jsme posuzovali podle hodnocení námi posouzených ŠVP, na které jsme použili protokol obsahové analýzy dokumentů vytvořený dle literatury (viz kapitola Výsledky obsahové analýzy). Protokol měl za úkol zhodnotit formální i obsahovou stránku ŠVP. Porovnávali jsme programy hodnocené známkou výborně a špatně. Vzdělávací programy hodnocené známkou 1 tvořily jeden soubor a ŠVP hodnocené známkou 3 tvořily druhý soubor. Předpokládali jsme, že vyšší úroveň osvojeného kurikula budou mít žáci škol s kvalitněji zpracovanými ŠVP.

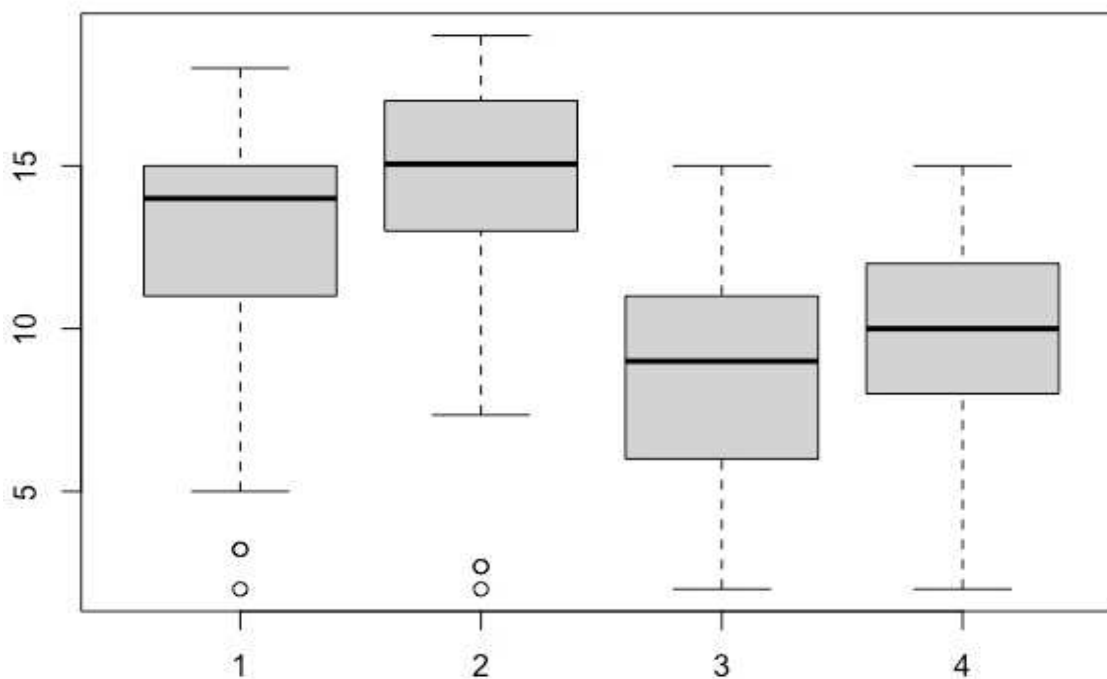
Na obrázku č. 13 pozorujeme, že celkové skóre bylo lepší u souboru s kvalitněji zpracovanými ŠVP, to samé lze tvrdit i u výsledků SD 1 a SD 2 (obrázek č. 14). Grafické znázornění dat je potvrzeno i výpočtem Man-Whitney U testu. Ve všech sledovaných skóre je statisticky významný rozdíl a žáci škol s kvalitněji zpracovanými



ŠVP dosahují lepších výsledků než žáci škol s ŠVP, které nejsou dostatečně kvalitně zpracované.



Obrázek č. 13 Celkové skóre souboru děleného dle kvality ŠVP (p-value= 9.081e-09)  
 Legenda: 1 Méně kvalitně zpracované ŠVP; 2 Kvalitně zpracované ŠVP



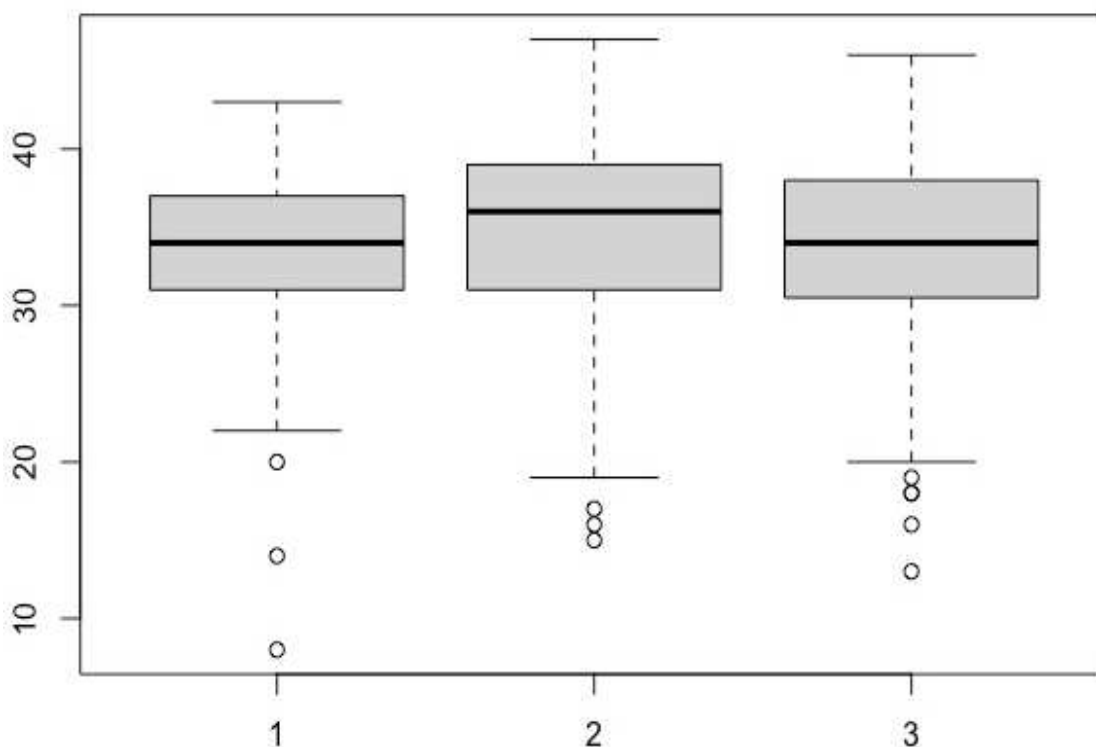
Obrázek č. 14 Skóre SD 1 a SD 2 souboru děleného dle kvality ŠVP  
 (p-value= SD1= 7.766e-05; SD2= 0.001274)  
 Legenda: 1 SD 1- méně kvalitní ŠVP; 2 SD 1 - kvalitní ŠVP;  
 3 SD 2 méně kvalitní ŠVP; 4 SD 2 - kvalitní ŠVP

Souhrn: V našem souboru aprobace učitele není statisticky významnou proměnnou, která by ovlivňovala znalosti žáků. Ukázalo se, že hlavní organizační forma hraje roli v osvojených znalostech žáků. Zatím můžeme pouze usuzovat na důvod, proč je bloková výuka efektivnější než forma samostatného vzdělávacího oboru. U celého souboru i obou testových domén bylo zjištěno, že lepší znalosti mají žáci škol, které mají lepší kvalitu ŠVP. Kvalitně zpracované ŠVP hraje významnou roli v podpoře znalostí žáků.

### III.2.3 Vliv životního stylu na osvojené kurikulum

V poslední kapitole věnované výsledkům jsme posuzovali vliv aktivního životního stylu na osvojené kurikulum. Ten jsme sledovali pomocí BMI, úrovně vykonávání pohybové aktivity a intenzity vykonávání pohybové aktivity. Jsme si vědomi, že tyto proměnné jsou ovlivněny rodinným prostředím, školním prostředím a sociálním prostředím, ve kterém se žáci pohybují (viz. vztahové schéma). Vliv Životního stylu zařazujeme, protože je důležité hledat vazby, které nám odpoví na otázky stanovené na začátku výzkumu a podnítit odborníky k další práci v rámci této problematiky.

Soubor jsme rozdělili, podle percentilových grafů WHO na tři dílčí soubory. První dílčí soubor byl tvořen probandy, kteří měli BMI pod optimální hranicí (hodnota 0- 18) druhý dílčí soubor tvořili probandi s optimální hodnotou BMI (hodnota 18,1- 22) a třetí dílčí soubor byl tvořen probandy s nadváhou nebo obezitou (hodnota 22,1- více). Na obrázku č. 15 jsou vidět výsledky celkového skóre souboru děleného dle BMI.

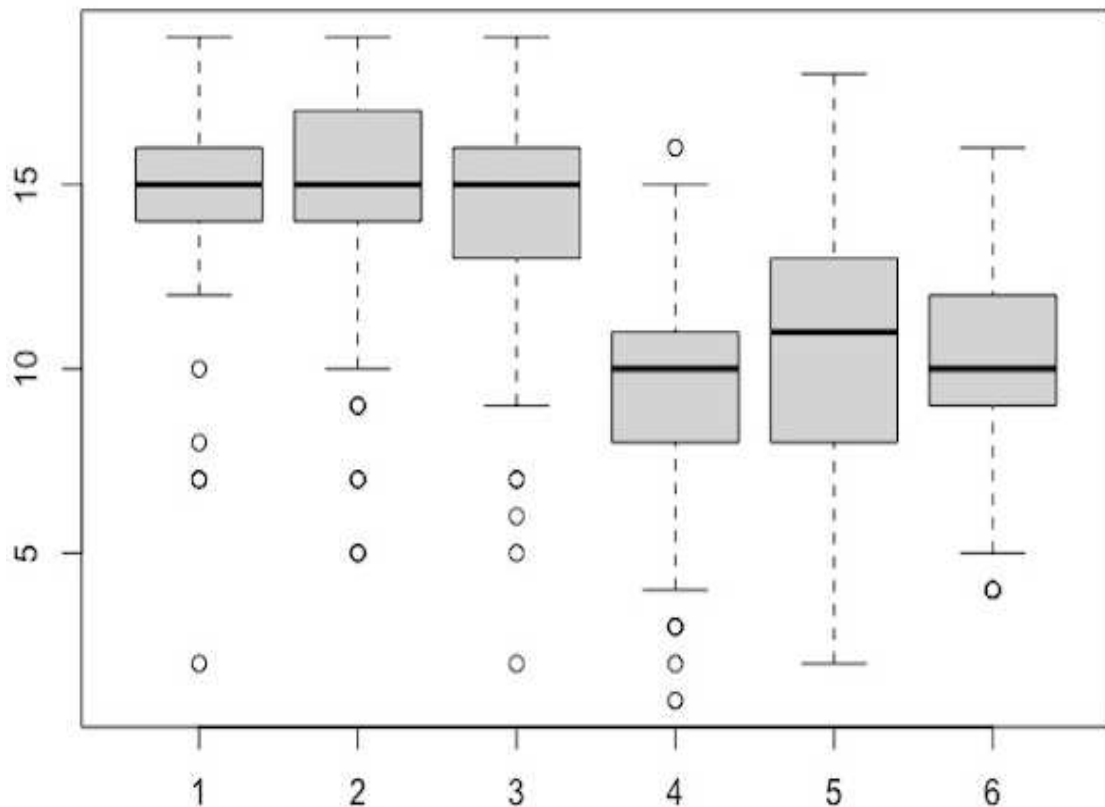


Obrázek č. 15 Celkové skóre souboru děleného dle hodnoty BMI

(p-value= 0.2566)

Legenda: 1- BMI nižší než optimální; 2- BMI optimální; 3- BMI vyšší než optimální

Na obrázku č. 16 můžeme pozorovat, že soubor s optimálním BMI dosahuje nejlepších výsledků a stejně je tomu u SD 2, v SD 1 jsou si mediány rovny. BMI může mít vliv na osvojené kurikulum, avšak výpočet Kruskal- Wallisova testu nezamítá nulovou hypotézu a konstatujeme tedy, že mediány souboru jsou si rovny. Vliv BMI na osvojené kurikulum není statisticky významný.

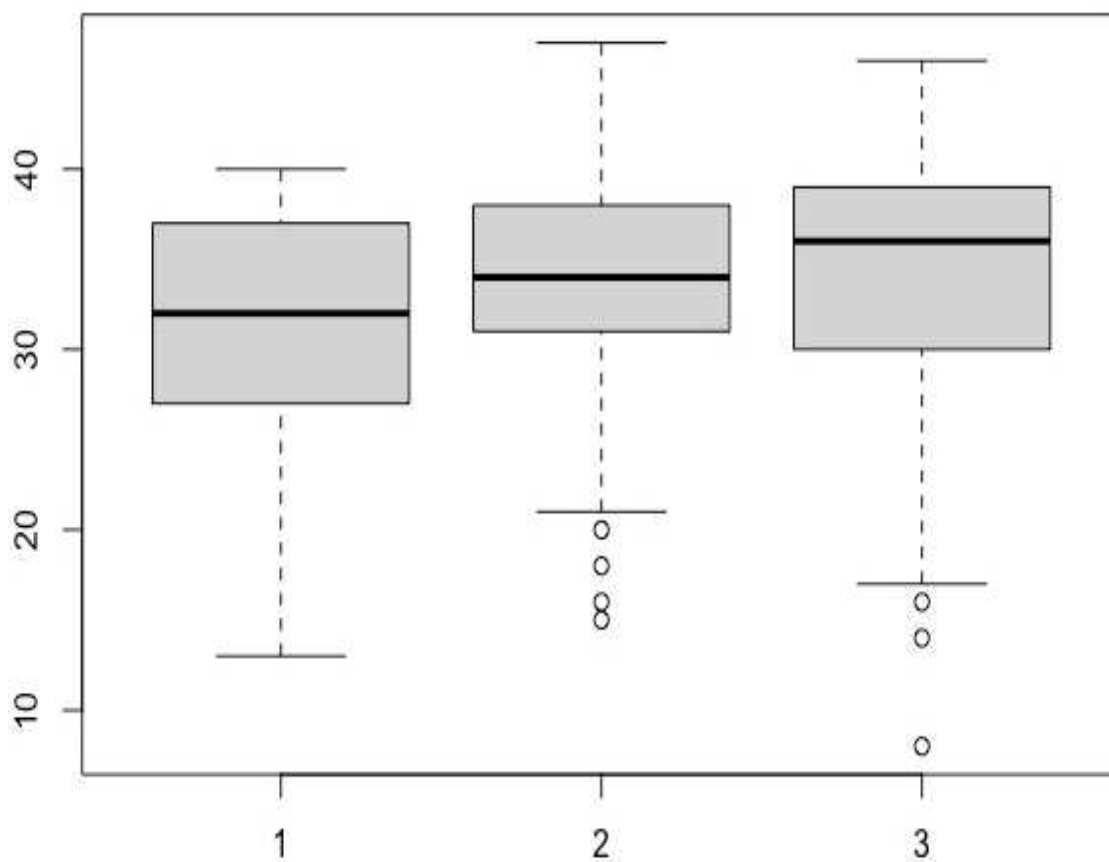


Obrázek č. 16 Skóre SD 1 a SD 2 souboru děleného dle hodnoty BMI  
(p-value= SD 1= 0.4127; SD 2= 0.07313)

*Legenda: 1 SD 1 - nižší než optimální BMI; 2 SD 1 - optimální BMI;  
3 SD 1- vyšší než optimální BMI; 4 SD 2 - nižší než optimální BMI;  
5 SD 2 - optimální BMI; 6 SD 2 - vyšší než optimální BMI*

Další sledovanou proměnnou byla úroveň vykonávání pohybové aktivity. Soubor jsme rozdělili na probandy, kteří se nevěnují pohybové aktivitě ani okrajově, druhý dílčí soubor se skládá z rekreačních sportovců a třetí dílčí soubor jsou sportovci, kteří se věnují určitému odvětví soutěžně. Rozdíl mezi rekreačními sportovci a sportovci je tedy aktivní účast na soutěžích, které jsou organizovány jednotlivými sportovními svazy nebo asociacemi.

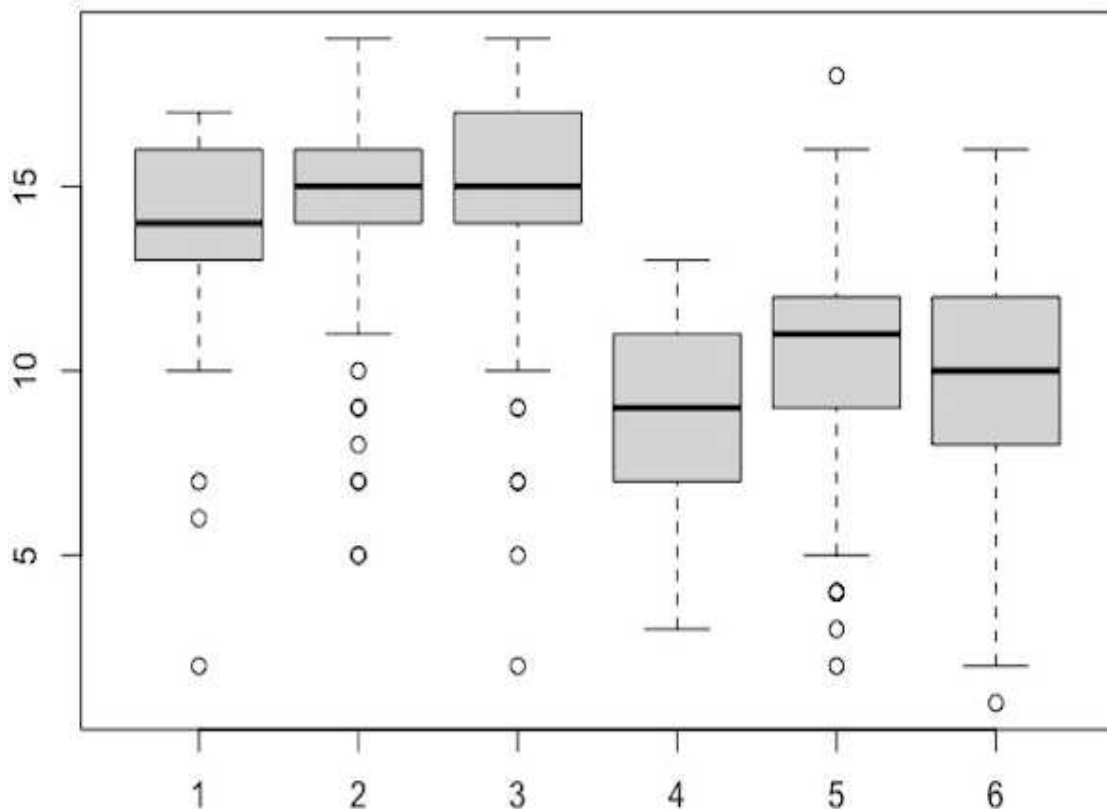
Obrázek č. 17 znázorňuje výsledky v celkovém skóre probandů. Je vidět, že v celkovém skóre je na tom nejlépe dílčí soubor soutěžních sportovců a nejhorších výsledků dosahují pohybově neaktivní probandi.



Obrázek č. 17 Celkové skóre souboru děleného dle úrovně vykonávání P.A. (p-value= 0.0409)

Legenda: 1 Pohybově neaktivní žáci; 2 Rekreační sportovci; 3 Soutěžní sportovci

Dílčí soubor neaktivních dosahoval nejhorších výsledků i v SD 1 i SD 2 (viz. Obrázek č. 18). V SD 1 jsou výsledky stejné a v SD 2 nejlepších výsledků dosáhl soubor rekreačních sportovců. Tyto tendence potvrzuje i výpočet Kruskal- Wallisova testu, podle něhož můžeme zamítnout nulovou hypotézu a konstatovat, že mediány jednotlivých dílčích souborů se statisticky liší. Osvojené kurikulum pohybově neaktivních žáků je na nižší úrovni než u žáků pohybově aktivních. V následné post-hoc analýze jsme došli k závěru, že u celkového skóre je statisticky významný rozdíl mezi nesportovci a rekreačními sportovci a také mezi nesportovci a sportovci. U SD 2 jsou výsledky stejné a u SD 1 je rozdíl pouze mezi sportovci a nesportovci.

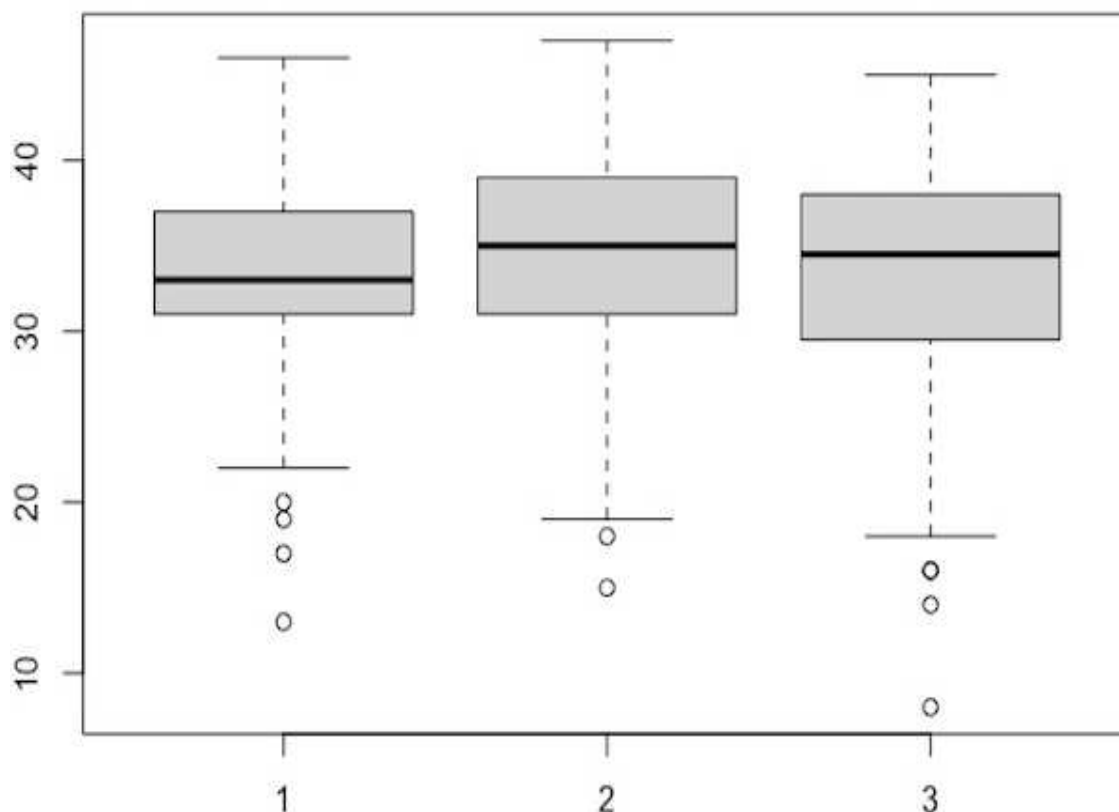


Obrázek č. 18 Skóre SD 1 a SD 2 souboru děleného dle úrovně vykonávání P. A. (p-value= SD1= 0.03396; SD2= 0.02947)

*Legenda: 1 SD 1 pohybově neaktivní žáci; 2 SD 1 rekreační sportovci  
3 SD 1 soutěžní sportovci; 4 SD 2 pohybově neaktivní žáci  
5 SD 2 rekreační sportovci; 6 SD 2 soutěžní sportovci*

Posledním sledovaným kritériem je intenzita vykonávání pohybové aktivity. Probandů jsme se dotazovali na intenzitu pohybové aktivity na škále 0- 7x za týden. Tuto škálu jsme rozdělili do tří dílčích souborů následovně: Pokud se proband věnuje pohybové aktivitě 0- 2x, je ve skupině s nízkou intenzitou pohybové aktivity. Probandi, kteří se věnují pohybové aktivitě 3- 5x za týden, jsou ve druhé skupině a probandi věnující se pohybové aktivitě každý den jsou třetí skupinou.

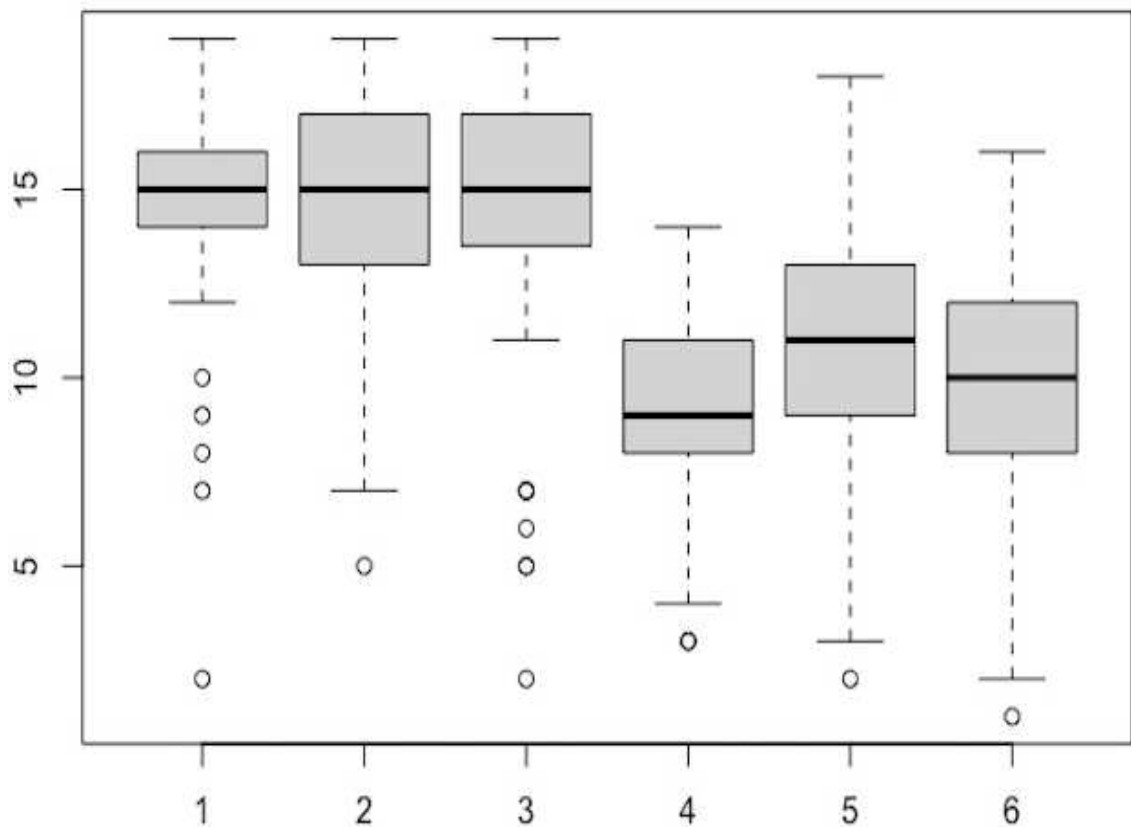
Celkové skóre je nejlepší u dílčího souboru, který se věnuje pohybovým aktivitám 3- 5x týdně, naopak nejhorších výsledků dosahují žáci s nízkou intenzitou pohybové aktivity, jak je vidět na obrázku č. 19



Obrázek č. 19 Celkové skóre souboru děleného dle intenzity P.A. (p-value= 0.1368)

*Legenda: 1 Nízká intenzita pohybové aktivity; 2 Střední intenzita pohybové aktivity; 3 Vysoká úroveň pohybové aktivity*

Stejné rozložení je i u výsledků SD 1 a SD 2. Výsledky u SD 1 jsou u dílčích souborů stejné (obrázek č. 20). Výpočet Kruskal- Wallisova testu neprokazuje statistickou významnost u hodnoty celkového skóre ani u SD 1. U SD 2 však statisticky významný rozdíl distribuční funkce mezi kategoriemi pozorujeme, v post- hoc analýze jsme zjistili, že se jedná o rozdíl mezi skupinou, která nemá P.A. a skupinou, která má střední intenzitu PA. Konstatujeme tedy, že Intenzita P.A. má vliv na osvojené kurikulum v doméně SD 2.



Obrázek č. 20 Skóre SD 1 a SD 2 souboru děleného dle intenzity P.A.  
(p-value= SD1= 0.8964; SD2= 0.005229)

*Legenda: 1 SD 1 - nízká pohybová aktivita; 2 SD 1 - střední pohybová aktivita  
3 SD 1 - vysoká pohybová aktivita; 4 SD 2 - nízká pohybová aktivita  
5 SD 1 - střední pohybová aktivita; 6 SD 2 - vysoká pohybová aktivita*

Souhrn: Výsledky prokazují souvislosti znalostí orientovaných na zdravý životní styl školní mládeže. Zjistili jsme, že BMI nemá statisticky významný vliv na znalosti témat VKZ. Vliv aktivního životního stylu má vliv na vědomosti o zdraví. U pohybově neaktivních žáků byly prokázány horší znalosti než u pohybově aktivních.



#### IV. DISKUZE

Hlavním cílem naší práce bylo zhodnotit úroveň osvojeného kurikula vzdělávacího oboru VKZ. Jelikož podobné šetření zatím nebylo realizováno nemáme mnoho výzkumů k porovnání. Pomocí Q-Q plotu, jsme zjistili, že pracujeme s neparametrickými daty, v deskriptivní statistice jsou tedy stěžejními hodnotami mediány, protože aritmetický průměr může být zkreslující. Medián souboru u celkového skóru je 35 bodů z 55 možných. Medián celkového skóru tedy vypovídá o tom, že polovina souboru má výsledek testu vyšší než 35 bodů.

První skupinu námi sledovaných proměnných tvořily školní podmínky. Mezi tyto proměnné jsme zařadili kvalitu ŠVP, aprobaci pedagoga a hlavní organizační formu vzdělávání oboru VKZ. Na základě obsahové analýzy kurikulárních dokumentů můžeme konstatovat, že pozorujeme následující tendence: Aprobovaní učitelé mají vědomosti a kompetence ke kvalitnímu zpracování ŠVP. Naopak neaprobovaní učitelé mají s tvorbou ŠVP problémy. Toto tvrzení můžeme podpořit i výsledkem Mann – Whitney U testu u námi stanovené hypotézy  $H_1$ , která tvrdila, že kvalita ŠVP má vliv na osvojené kurikulum, v tomto případě je statisticky významný rozdíl potvrzen výpočty. Zajímavé je, že aprobace učitele na osvojené kurikulum VKZ nemá vliv, v našem souboru byli aprobovaní učitelé celkem 4, to je méně než 25% v našem souboru. Předpokládali jsme, že učitel s aprobací VKZ bude mít významný vliv na výsledky vzdělávání, protože tento vzdělávací obor má svá specifika (stejně jako každý jiný vzdělávací obor), na základě výpočtů statistickou významnost neprokazujeme. U našeho souboru nemá aprobace učitele vliv na osvojené kurikulum, nutno podotknout, že poměr žáků vzdělávaných neaprobovaným a aprobovaným učitelem byl více než tři ku jedné. Hypotézu  $H_2$ ) tedy zamítáme.

Naopak hypotézu  $H_3$ ) vztahující se k organizační formě výuky, kterou jsme viděli jako jednu z hlavních proměnných ovlivňujících úroveň osvojeného kurikula, můžeme potvrdit. Předpokládali jsme, že nejefektivnější bude forma samostatného vzdělávacího oboru, výsledky však hovoří jinak. Naše hypotéza byla podpořena výzkumem Fialové z roku 2017. Přes naše přesvědčení o důležitosti samostatného předmětu jako hlavní organizační formy výuky musíme na základě výpočtu Kruskal-Wallisova testu konstatovat, že se jako nejefektivnější jeví bloková a projektová výuka. V následné post-hoc analýze se ukázalo, že je statisticky významný rozdíl distribuční funkce mezi kategoriemi bloková výuka a integrace, i u blokové výuky a samostatného

vzdělávacího oboru u celkového skóre testu. U SD 1 i u SD 2 je rozdíl mezi blokovou výukou a samostatným vzdělávacím oborem. Usuzujeme, že efektivita blokové a projektové výuky je vyšší, protože společně se současnou proměnnou školství se právě bloky a projekty zařazují do výuky všech předmětů častěji, takže žáci jsou na tuto formu výuky zvyklí a také je jim bližší, protože zpracovávají témata jim bližší a používají k tomu často formu, která jim vyhovuje. Integrace témat VKZ do jiných oborů bylo hodnoceno jako nejméně efektivní.

Vliv rodiny je významným faktorem, hlavní sledovanou proměnnou je vzdělání rodičů, které má významný vliv na výsledky žáků v didaktickém testu. Tuto proměnnou jsme zahrnuli do vztahového schématu, protože to na základě studia literatury byla jedna ze zásadních proměnných ovlivňujících výsledky vzdělávání. U celkového skóre jsme pomocí post- hoc analýzy prokázali rozdíl mezi skupinami s výučními listy a s vysokoškolským vzděláním (celkové skóre, SD 1 i SD 2) a také mezi kategoriemi maturita s vysokou školou a výuční list s výučním listem. V jednotlivých doménách se poté lišilo více kategorií, jak v SD 1 i v SD 2 byl statisticky významný rozdíl mezi skupinami maturitou s výučním listem a maturita s vysokou školou.

Na závěr jsme posuzovali vliv životního stylu na osvojené kurikulum. Přesto, že ve vztahovém schématu je vidět, že životní styl je ovlivněn rodinou i školním prostředím, pracovali jsme s těmito proměnnými, abychom zjistili, do jaké míry jsou jednotlivé proměnné ovlivněny školou a rodinou. Do této kategorie byly zařazeny následující proměnné: BMI, pohybový režim a úroveň vykonávání PA. Úroveň vykonávání PA ovlivňuje pozitivně osvojené kurikulum u celkového skóre i u SD 1 a SD 2. Post- hoc analýza ukázala, že u celkového skóre je statisticky významný rozdíl mezi nesportovci a rekreačními sportovci a také mezi nesportovci a sportovci. U SD 2 jsou výsledky stejné jako u SD 1. Předpokládali jsme nižší úroveň osvojeného kurikula u žáků s ne zcela vhodným životním stylem. Naopak BMI nemá v žádné kategorii vliv na osvojené kurikulum. Intenzita P.A. je významná v SD 2 mezi kategoriemi nízká P.A. a průměrná P.A. Vzdělání rodičů ovlivňuje výsledky v didaktickém testu a školní podmínky také.

Předpokládali jsme, že soubor bude mít nedostatečné vědomosti z druhé domény posuzující osvojené kurikulum tematického celku „*Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence*” (v textu SD 2). Toto můžeme potvrdit. Nejvíce statisticky významných rozdílů mezi jednotlivými soubory je právě v této doméně viz. Příloha č. 19. Naše

tvrzení podporuje i dělení souboru podle intenzity P.A., ve které byla statisticky významná distribuční funkce mezi kategoriemi „nízká P.A.“ a „průměrná P.A.“.

Tematický celek „Zdravý způsob života a péče o zdraví“ (v textu SD 1) je druhou posuzovanou doménou. V tomto celku jsme zjistili vynechání kurikula „Ochrana před infekčními chorobami“ a „ochrana před nepřenosnými neinfekčními chorobami a před úrazy“. Tento tematický celek je spojen s životním stylem a souvisí s pohybovým režimem jídelníčkem a dalšími návyky. Zprávy Evropské komise (2003 a 2010) přináší nelichotivá data o nedostatku pohybové aktivity. Studie OECD tvrdí, že česká mládež má nevhodné stravovací návyky, málo pohybové aktivity, a s tím souvisí problém obezity, tato studie uvádí zhruba 12% obézních dětí v Evropě, v ČR je to dokonce 15%. V našem souboru tvořili žáci s nadváhou téměř 37,5%. Kalman (2011) uvádí ve svém výzkumu, že je mezi českými mladistvými vysoké procento dětí, které vůbec nesnídají. Na základě těchto informací jsme se mohli domnívat, že témata kurikula tohoto tematického celku nebudou zcela osvojená. Výsledky však ukazují, že znalosti z této domény jsou lepší, než z domény posuzující osvojené kurikulum tematického celku „*Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence*“.

Limity této práce, zejména s ohledem na použité metody a sledovaný soubor nejsou výsledky celostátně platné. Rozdělení souboru na dílčí skupiny (především aprobační učitele) není z pohledu statistiky ideální. I přes tyto limity se domníváme, že námi prezentovaný výzkum je potřebný a kvalitní. Hlavní předností našeho výzkumu je obohacení poznání o vzdělávacím oboru VKZ.

## V. ZÁVĚR

Cílem naší práce bylo analyzovat osvojené kurikulum absolventů základních škol a hledat proměnné, které úroveň osvojeného kurikula ovlivňují. Pro naši práci byl zvolen smíšený design. Pro zpracování dat jsme použili kvalitativní i kvantitativní metody. Z kvalitativních metod jsme použili obsahovou analýzu ŠVP jednotlivých škol zapojených do výzkumu. Z metod kvantitativních jsme použili metodu dotazování pedagogů a didaktického testu pro žáky.

Při pozorování proměnných vstupujících do našeho výzkumného problému, jsme vytvořili vztahové schéma, ve kterém jsme definovali tři hlavní kategorie proměnných, které mohou ovlivňovat osvojené kurikulum, jsou jimi rodina, škola a životní styl. V těchto skupinách jsme určili konkrétní faktory, které podle nás ovlivňovaly osvojené kurikulum. Na základě studia literatury a vztahového schématu jsme stanovili 3 výzkumné hypotézy.

H<sub>1</sub>) Předpokládáme, že vyšší úroveň osvojeného kurikula budou mít žáci škol s kvalitněji zpracovaným ŠVP.

H<sub>2</sub>) Předpokládáme, že úroveň osvojeného kurikula u žáků, které učí pedagog s aprobační VKZ, bude vyšší než u žáků, které učí pedagog bez aprobační VKZ.

H<sub>3</sub>) Předpokládáme, že nejefektivnější pro osvojení kurikula, je model ve školách se samostatným vzdělávacím oborem Výchova ke zdraví, který má určenou vlastní hodinovou dotaci.

V rámci námi stanovených úkolů jsme připravili harmonogram a metodologii výzkumu. Výzkum jsme rozdělili na čtyři fáze, ve kterých jsme postupně provedli rešerši české i zahraniční literatury, připravili nástroj pro hodnocení osvojeného kurikula, připravili a realizovali pilotní šetření, provedli sběr dat a zpracovali jsme je. Na základě studia literatury jsme usoudili, že pro náš výzkum bude nejvhodnější smíšený design, v rámci kterého jsme provedli obsahovou analýzu kurikulárních dokumentů a na její základě jsme připravili nástroj pro kvantitativní část výzkumu. Ke zpracování dat jsme použili ukazatele deskriptivní statistiky. Posouzení normality prokázalo, že data jsou neparametrická, takže jsme pro výpočet inference použili Mann – Whitney U test pro soubory s dvěma kategoriemi a Kruskal- Wallis testu pro soubory s více než dvěma kategoriemi. Při prokázání statisticky významné distribuční funkce mezi kategoriemi u Kruskal- Wallisova testu jsme provedli post- hoc analýzu, abychom určili mezi kterými kategoriemi existuje statisticky významný rozdíl.

Statistická analýza prokázala významnost kvalitně zpracovaného ŠVP. Školy s kvalitněji zpracovaným ŠVP dosahují lepších výsledků. Hypotézu H<sub>1</sub>) můžeme tedy potvrdit. Aprobace učitele naopak v našem souboru nebyla statisticky významným faktorem ovlivňujícím osvojené kurikulum, avšak poměr aprobovaných a neaprobovaných učitelů byl velký. Hypotézu H<sub>2</sub>) tedy zamítáme. Nejzajímavějším zjištěním je podle nás hlavní vzdělávací forma. Nepotvrdila se naše hypotéza, že samostatný vzdělávací obor bude nejefektivnější pro vzdělávání žáků. Testy prokázaly, že statisticky významně je efektivnější bloková a projektová výuka, než další dvě formy (integrace do vzdělávacích oborů a samostatný vzdělávací obor). Hypotézu H<sub>3</sub>) proto zamítáme. U této hypotézy se můžeme zamyslet, proč tomu tak je. V současnosti je trendem vzdělávání pomocí výuky v bloku, popřípadě projektového vyučování, žákům tedy pravděpodobně tyto organizační formy připadají aktivní. Žáci navíc mají často určitou autonomii při zpracování kurikula a zpracovávají ho tedy s větším emočním zaujetím a to je pro učení důležité. Nejde jen o teorii, ale i o postup při získávání nových vědomostí. Integrace témat VKZ do jiných vzdělávacích oborů je nejméně efektivní.

Na základě výsledků bychom se rádi zamysleli nad dalšími otázkami, kterými by bylo dobré se do budoucna zabývat. Určitě by stálo za pokus standardizovat nástroj hodnotící úroveň osvojeného kurikula, pro získání zpětné vazby pro pedagogy, v tomto souhlasíme s Hřivnovou, která ve svém výzkumu také doporučuje systematickou zpětnou vazbu. Bylo by vhodné začít provádět hodnocení osvojeného kurikula, abychom mohli vztahy mezi proměnnými, které jsme definovali v naší práci vyvracet nebo potvrdit. Zajímavé informace by mohla přinést analýza kurikulárních dokumentů sportovně zaměřených škol, hudebně zaměřených škol a gymnázií, abychom mohli postihnout tendence, které se vyskytují. Na základě vyčerpávajícího splnění úkolů práce můžeme konstatovat, že cíl práce jsme splnili.

### **Doporučení do praxe:**

Náš výzkum jsme připravovali na základě neexistence zpětné vazby, která by hodnotila výsledky školské reformy z roku 2004. Tento problém souvisí s absencí koncepce systematického hodnocení výsledků vzdělávání a také s absencí nástrojů, které by tyto výsledky hodnotily. Od počátku reformy zatím nejsou ve vzdělávacím oboru VKZ zodpovězeny otázky, jakým způsobem přistupují jednotlivé školy k realizaci kurikula ve svých vzdělávacích programech, do jaké míry opravdu kvalita zpracování ŠVP určuje kvalitu vzdělávání na dané škole, a jak do toho zapadá vzdělání pedagogů.

V návaznosti na tento problém poukazujeme na profesní vzdělávání stávajících pedagogů a na pregraduální vzdělávání pedagogů budoucích. Jak moc se toto vzdělávání proměnilo od roku 2004, popřípadě jaká je nabídka DVPP pro pedagogy s praxí v problematice zdraví. Ptáme se dále jaké má toto vzdělávání dopad na kvalitu výuky a s ní spojeným plněním výstupů stanovených v RVP. V poslední řadě je třeba zodpovědět otázku úrovně zdravotní gramotnosti absolventů základního vzdělávání, v návaznosti na budoucí směřování naší společnosti, protože si stále myslíme, že v ní je mnoho nešvarů, které ji negativně ovlivňují.

Doporučujeme začít se systematickou zpětnou vazbou, která by pomohla zhodnotit výsledky vzdělávání. Nejprve je třeba zajistit výzkumný nástroj, jeho částí by mohl být námi vytvořený výzkumný nástroj, posoudili bychom u něj základní vlastnosti na větším souboru. V návaznosti na tento proces bychom dále chtěli vytvořit domény, které budou hodnotit osvojené kurikulum ostatních tematických celků. U těchto domén bychom také posoudili základní vlastnosti. Tento krok by měl zajistit, že nástroj k hodnocení výsledků vzdělávání vzdělávacího oboru VKZ bude komplexní a použitelný pro praktické hodnocení plnění výstupů stanovených v RVP ZV. Posledním krokem by byla realizace šetření v terénu a komplexní hodnocení problémů, které jsme definovali dříve.

### **Použité prameny:**

- Ahmadi, A. (2015). Social Support and Women's Health. *Women's Health Bulletin*, 3(1), 1-6. doi: 10.17795/whb-31083
- Alissa, E., Alsawadi, H., Zedan, A., Alqarni, D., Bakry, M. Knowledge. (2015). Attitude and Practice of Dietary and Lifestyle Habits Among Medical Students in King Abdulaziz University, Saudi Arabia. *International Journal of Nutrition and Food Sciences*, 4(6), 650-655. doi: 10.11648/j.ijnfs.20150406.18
- Andermo, S., Hallgren, M., Nguyen, TTD. a kol. (2020). School-related physical activity interventions and mental health among children: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine - Open*. 2020, 6 (1). doi: 10.1186/s40798-020-00254-x
- Angevaren, M., Aufdemkampe, G., Verhaar, H., Aleman, A., & Vanhees, L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in order people without know cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-104.
- Askarian, M., Kouchak, F., Youssef, M. (2013). Comparing tobacco use knowledge, attitudes and practices between engineering students at a public and Islamic Azad University in Shiraz. *International Journal Preventive Medicine*, 4 (11), 54-61.
- Bandura A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behaviour*, 31(2), 143-64. doi: 10.1177/1090198104263660.
- Bedrnová, E., Pauknerová, D. (2015). *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení, efektivní životní styl*. Praha: Management Press.
- Benatar, S.R., Brock, G. (2011). *Global health and global health ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Biddle, S. (2003). Social Psychology and Sedentary Behaviour in Young People, *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 3(2), 15-17.
- Birch, D., Goekler, S., Auld, M., Lohrmann, D. & Lyde, A. (2019). Quality Assurance in Teaching K–12 Health Education: Paving a New Path Forward. *Health Promotion Practice*, 20(6), 845-857. doi: 10.1177/1524839919868167
- Bureš, R. (1960). *Úvod do teorie zdravotnictví*. Praha.
- Byčkovský, P. (1982). *Základy měření výsledků výuky: Tvorba didaktického testu*. Praha: ČVUT.
- Currie, C., Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, Ch., Smith, R., Currie, D., Picket, W., Richter, M., Morgan, A., & Barnekow, V. (2008). *Inequalities in Young People's Health: HBSC International Report from the 2005/2006 Survey*.

- Čevela, R., Čeledová, L. & Dolanský, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada.
- Donnelly, J., Greene, J., Gibson, Ch. et al. (2009). Physical Activity Across the Curriculum (PAAC): A randomized controlled trial to promote physical activity and diminish overweight and obesity in elementary school children. *Preventive Medicine*, 49(4), 336-341. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.07.022
- Duffková, J. (2005). *Životní způsob/životní styl a jeho variantnost*. Praha
- Ehn, S., Agardh, A., Holmer, H., Krantz, G., Hagander, L. (2015). Global health education in Swedish medical schools. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(7), 687-693. doi:10.1177/1403494815591720.
- European Union. (2008). *EU Physical Activity Guidelines – Recommended policy actions in support of health-enhancing physical activity*. Brussels: EU Working Group “Sport & Health”
- Farooq, A., Gibson, A., Reilly, J. & Gaoua, N. (2018). The Association between Obesity and Cognitive Function in Otherwise Healthy Premenopausal Arab Women. *Journal of Obesity*. 1(7). doi:10.1155/2018/1741962
- Fialová, D. & Feltová, D. (2008). Vzdělávací oblast člověk a zdraví. in: *School and health 21*. Brno: MSD.
- Fialová, L. (2010). *Aktuální témata didaktiky: školní tělesná výchova*. Praha: Karolinum.
- Fialová, L., Flemr, L., Marádová, E. & Mužík, V. (2014). *Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole*. Praha: Karolinum.
- Fialová, L. (2017). Vliv formy výuky výchovy ke zdraví na znalosti žáků základní školy. in: *Život ve zdraví 2017*. Brno: Masarykova Univerzita. doi: 10.5817/CZ.MUNI.P210-8875-2017.
- Findholt, E., Izumi, T., Shannon, J., Nguyen, T., Shannon, J. & Nguyen, T. (2016). Food-related practices and beliefs of rural US elementary and middle school teachers. *Rural and Remote Health*, 16.
- Fischerová, S. (2013). *Medicína mezi jedinečným a univerzálním*. Červený Kostelec: Nakladatelství Pavel Mervart.
- Gacek, M. (2015). Association between self-efficacy and dietary behaviors of American football players in the Polish clubs in the light of dietary recommendations for athletes. *Roczniki PZH*, 66(4), 361–366.



- Gacek, M. (2017). The sense of life satisfaction versus dietary choices of young women doing fitness for recreational purposes. *Roczniki PZH*, 68(1), 77–81.
- García, M. (2006). *Postmodernity and sport: between individualisation and massification. Survey of Spanish sports habits 2005*. Centre for Sociological Research, Madrid.
- Gavora, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno, Paido.
- Greplová, J. (2013). Prevalence kouření a postoje k užívání tabáku mezi nezletilými v České republice. *Adiktologie*, 13(3–4), 240–247.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada.
- Hardman, E., & Stensel, D. (2009). *Physical Activity and Health: The Evidence Explained*. Routledge. doi.org/10.4324/9780203890714.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2012). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
- Hnilicová, H., Nomek, S., Dobiášová, K., Zvolský, M., Henriksen, R. & Kmencová, Z. (2017). Comparison of Alcohol Consumption and Alcohol Policies in the Czech Republic and Norway. *Central European Journal of Public Health*, 25(2), 145-15. doi:10.21101/cejph.a4918
- Holčík, J., Zástěra, K. (2014). *Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky a Státní zdravotní ústav.
- Hřivnová, M. (2017). Evaluace vybraných výsledků dosaženého kurikula vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví u žáků 9. ročníků základních škol. in: *Život ve zdraví 2017*. Brno: Masarykova Univerzita. doi: 10.5817/CZ.MUNI.P210-8875-2017.
- Chomynová, P., Csémy, L. (2019). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. Národní ústav duševního zdraví.
- Chráška, M. (1999). *Didaktické testy: příručka pro učitele a studenty učitelství*. Brno: Paido.
- Chráška, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Ishikawa, H., Nomura, K., Sato, M. & Yano, E. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 23(3), 269-274. ISSN 0957-4824. doi: 10.1093/heapro/dan017
- Jandourek, J. (2001). *Sociologický slovník*, Praha, Portál.

- Jeřábek, O. & Bílek, M. (2010). *Teorie a praxe tvorby didaktických testů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Jiménez, R., Cervelló, E., García, T., Santos, F. J. & Iglesias, D. (2007). Study of the relationship between motivation and sporting practice. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 385-401.
- Kachlík, P. (2016). Lidské zdraví, jeho determinanty a možnosti jeho ovlivňování. in *Sborník abstraktů 37. konference Člověk ve svém pozemském a kosmickém prostředí*.
- Kalhous, Z., Obst, O. (2002). *Školní didaktika*. Praha, Portál.
- Kalman, M. (2011). *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků: na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu "Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC": HBSC, Česká republika, 2010*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kebza, V. (2001). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kickbush, I. (2003). The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *American Journal of Public Health*, 93(3), 383-388. doi: 10.2105/AJPH.93.3.383
- Kliziene, I., Cizauskas, G., Sipaviciene, S., Aleksandraviciene, R. & Zaicenkoviene, K. (2021). Effects of a Physical Education Program on Physical Activity and Emotional Well-Being among Primary School Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14). doi: 10.3390/ijerph18147536
- Kosiba, G., Gacek, M., Wojtowicz, A. (2019). Readiness to Change and Pro-Health Behaviours among Students of Physical Education and Other Teaching Specialisations. *Central European Journal of Sport Sciences and Medicine*, 4(28), 53–65. doi: 10.18276/cej.2019.4-05.
- Kraus, B. (2008) *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Praha: Grada.
- Laudanska-Krzeminska, I. (2015). Health Behaviours and Their Determinants among Physical Education and Pedagogy Students as well as School Teachers – a Comparison Study. *Auc Kinantropologica*, 50(2), 69-78. doi: 10.14712/23366052.2015.17
- Liba, J. (2013). *Výchova k zdraví v primárnej edukácii*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta.

- Lopez, L., DeKosky, J. et al. (2003). Prevalence and Classification of Mild Cognitive Impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study: Part 1. *Archives of Neurology*, 60(10), 1385–1389. doi: 10.1001/archneur.60.10.1385
- Máček, M., Máčková, J. (2004). Pohybová aktivita jako prevence vzniku rakoviny. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca*, 13(3), 145-152.
- Marádová, E. (2005). Na cestě od „rodinné výchovy“ k „výchově ke zdraví“. in: *Obory ve škole: Metaanalýza empirických poznatků oborových didaktik*. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakult.
- Marádová, E. (2007) Perspektivy výchovy ke zdraví v transformované škole. in: *Fórum o premenách školy v 21. storočí*. Bratislava: Katedra predškolnej a elementárnej pedagogiky PdF UK v Bratislavě
- Maňák, J., Janík, T. & Švec, V. (2008). *Kurikulum v současné škole*. Brno: Paido.
- McMahon, E., Corcoran, P., O'regan, G., et al. (2017). Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(1), 111-122. doi: 10.1007/s00787-016-0875-9
- Metodický portál RVP. *Pohyb a výživa*. (2013). Praha. <https://pav.rvp.cz/>.
- Miles, L. (2007). Physical activity and health. *Nutrition Bulletin*, 32, 314-363. doi: 10.1111/j.1467-3010.2007.00668.x
- Miyake, K., Tomokawa, S. & Asakura, T. (2021). Lessons on health promotion from Japanese early childhood development. *Pediatrics International*, 63(1), 22-36. doi: 10.1111/ped.14400
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Moreno, M., Munoz-Tinoco, V., Pérez, P. & Sánchez-Queija, I. (2004). Spanish teenagers and their health. Madrid.
- Müllerová, D. (2014). *Hygienu, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum.
- Murwani, A., Santoso S., Lestari, E., & Sulaeman, S. (2019). The Health Promotion Model of Public Health Program for Elderly. *Global Journal of Health Science*, 11(7). doi: 10.5539/gjhs.v11n7p119
- Mužík, V. (2005). Physical Education in Czech Republic. in Pühse, U. & Gerber, M. *International Comparison of Physical Education: Concepts, Problems, Prospects*. Oxford: Meyer & Meyer Sport. s. 88-205.

- Mužíková, L. (2006). *Výchova ke zdraví v současném základním školství : rigorózní práce*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
- Mužíková, L., Mužík, V. & Kachlík, P. (2006). Health Education in the School and Health 21 Layout. in *School and Health 21 (1) - Volume 1*, Brno: Paido.
- Mužíková, L. (2010). Podněty pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů. in: *Škola a zdraví pro 21. století*, Brno: Masarykova univerzita.
- Nuviala, A., Gómez-López, M., Turpin, J., & Nuviala, R. (2011). Lifestyle And Physical Education. *Journal of Human Kinetics*, 27, 147-160. doi: 10.2478/v10078-011-0012-2
- Národní program rozvoje vzdělávání v České republice: bílá kniha*. Praha: Tauris, 2001. NÚV, 2019.
- Nobiling, D. & Lyde, A. (2015). From the School Health Education Study to the National Health Education Standards: Concepts Endure. *Journal of School Health*, 85(5), 309-317. doi: 10.1111/josh.12258-119-5.
- Nuviala, A., Munguía, D., Fernández, A., García, M. E. & Ruiz, F. (2009). Typologies of occupation of leisure- time of Spanish adolescents. The case of the participants in physical activities organized. *Journal of human sports and exercise*, 4(1), 29-39
- OECD. (2010). *Education at a Glance 2010*. doi: 10.1787/eag-2010-en
- Osborn, Ch. (2011). The Mechanisms Linking Health Literacy to Behavior and Health Status. *American Journal of Health Behavior*, 35(1). doi: 10.5993/AJHB.35.1.11
- Pokorná, J. & Jansa, P. (2012). Učitelé tělesné výchovy a realizace školních vzdělávacích programů na základních školách. *Studia Kinanthropologica*, 13(3), 280–287.
- Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. (2003). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
- Pühse, U., Gerber, M. (2005). *International Comparison of Physical Education: Concepts, Problems, Prospects*. Oxford: Meyer & Meyer Sport.
- Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. (2018). Praha: VÚP.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Dokument MŠMT. Praha: VÚP, 2002.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. (2005). Dokument MŠMT. Praha: VÚP.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. (2017). Dokument MŠMT. Praha: VÚP.

- Rossiter, M., Glanville, T. Taylor, J., & Blum, I. (2007). School Food Practices of Prospective Teachers. *Journal of School Health*, 77(10), 694-700. doi: 10.1111/j.1746-1561.2007.00253.x
- Rowson, M., Smith, A., Hughes, R. et al. (2012). The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula. *Global Health* 8(35) doi: 10.1186/1744-8603-8-35
- Sajwani, A., Shoukat, S., Raza, R., Shiekh, M., Rashid, Q., Siddique, S., Panju, S., Raza, H., Chaudhry, S., Kadirm, M. (2009). Knowledge and practice of healthy lifestyle and dietary habits in medical and non-medical students of Karachi, Pakistan. *Journal Pak Med Assoc*, 59(9), 650-5. PMID: 19750870.
- Schnettler, B., Lobos, G., Orellana, L., Grunert K., Sepúvela, J., Mora, M., Denegri M., Miranda, H., 2015a, Analyzing food-related life satisfaction and other predictors of life satisfaction in central chile. *Spanish Journal of Psychology*, 18. doi. 10.1017/sjp.2015.32.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting Qualitative Data*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Skutil, M. (2011). *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál.
- Smith, B., Kwok, T., & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms, *Health Promotion International*, 21(4), 340–345. doi: 10.1093/heapro/dal033
- Sportuj ve škole. *Sportuj ve škole*. (2021). Praha, 2021.
- Standard základního vzdělávání*. (1995). Dokument MŠMT ČR, schválený 22. 8. čj. 20819/95-26.
- Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M. et al (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 660-668. doi: 10.1016/j.pec.2015.02.013
- Szabó, M. (2009). Effect of physical activity for management of diabetes mellitus. *Interní Medicína*, 11(2), 63-65
- SZÚ. (2015): *Hodnocení zdravotního stavu*. Studie HELEN. Praha: SZÚ (odborná zpráva za rok 2014).
- Taggart, J., Williams, A., Dennis, S. et al. (2012). A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Practice*, 13, 49. doi: 10.1186/1471-2296-13-49

- Telama, R., Naul, R., Nupponen, H., Rychtecky, A. & Vuolle, P. (2002). Physical Fitness, Sporting Lifestyles and Olympic Ideals: Cross-cultural Studies on Youth Sport in Europe, *ICSSPE Sport Science Studies vol. 11*. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- Telama, R., Nupponen, H., & Piéron, M. (2005). Physical activity among young people in the context of lifestyle. *European Physical Education Review*, 11, 115- 135.
- Torre, E., Cárdenas, D. & Girela, M.J. (1997). Out-of-school sports habits and their interrelationship with the area of physical education in the Bachelor's school. *Mobility*, 3, 109-129.
- Tupý, J. (2018). *Podkladová studie: Člověk a zdraví*. Praha: NÚV
- Tupý, J., Mužík, V., Miklánková, L., Mužíková, L., Havel, J., Janíková, M. et al. (2015). *Výsledky ověření edukačního programu Pohyb a výživa (PaV) na 1. stupni ZŠ*. Praha: NÚV.
- Tupý, J. et al. (2015a). *Standardy pro základní vzdělávání – Tělesná výchova (Zdravotní tělesná výchova)*. Praha: NÚV.
- Tupý, J. et al. (2015b). *Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví*. Praha: NÚV.
- Tupý, J. (2014). *Tvorba kurikulárních dokumentů v České republice: historicko-analytický pohled na přípravu kurikulárních dokumentů pro základní vzdělávání v letech 1989-2013*. Brno: Masarykova univerzita.
- Tupý, J., Hřivnová, M. & Marádová, E. (2016). *Metodické komentáře a úlohy ke Standardům pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví*. Praha: NÚV.
- Tupý, J., (2018). *Tvorba kurikulárních dokumentů v České republice: historicko-analytický pohled na přípravu kurikulárních dokumentů pro základní vzdělávání v letech 1989-2017*. Brno: Masarykova univerzita.
- Tupý, J. (2019). *Vznik RVP a ŠVP a skutečnosti, které měly vliv na přijetí víceúrovňového kurikula a ovlivňovaly vztah ke kurikulu v letech po zahájení výuky podle ŠVP: podkladová studie pro přípravu Strategie 2030+*. Praha: NÚV.
- Van Der Linden, W. J. (2016). *Handbook of Item Response Theory: Volume 1: Models*. New York: Chapman and Hall.
- Van Der Linden, W. J. (2017). *Handbook of Item Response Theory: Volume 3: Applications*. New York: Chapman and Hall.
- Vandewater, E. & Huang, X. (2006). Parental weight status as a moderator of the relationship between television viewing and childhood overweight. *Archives in Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, 425- 431

- Vašíčková, J., (2016). *Pohybová gramotnost v České republice*. Křížkovského 8, 771 47 Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. doi: 10.5507/ftk.16.24448831
- Veselý, A. (2019). *Příprava hlavních směrů vzdělávací politiky ČR 2030: shrnutí dosavadní práce*. in: Řízení školy online. Praha: Wolters Kluwer.
- Vzdělávací program Obecná škola: pojetí obecné školy: učební osnovy obecné školy*. (1996). Praha: Portál.
- Vzdělávací program Národní škola: vzdělávací program pro 1.-9. ročník základního vzdělávání*. (1997). Praha: SPN.
- Vzdělávací program Základní škola*. (1996). Praha: Fortuna.
- Wagner, V., Knight, K., Steptoe, A. et al. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61, 1086-1090.
- Webster A. (2002). Innovative Health Technologies and the Social: Redefining Health, Medicine and the Body. *Current Sociology*, 50(3), 443-457. doi: 10.1177/0011392102050003009
- Whitehead, M. E. (2001). The concept of physical literacy. *European Journal of Physical Education*, 6(2), 127-138. doi: 10.1080/1740898010060205
- Whitehead, D. ((2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311-320. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x
- WHO. (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*.
- WHO. (2021). *Zdraví 21: osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Praha.
- Yang, H., Yong, D., & Hyong, S. (2014). Comparison between a Pediatric Health Promotion Center and a Pediatric Obesity Clinic in Detecting Metabolic Syndrome and Non-Alcoholic Fatty Liver Disease in Children. *Journal of Korean Medical Science*, 29(12) doi: 10.3346/jkms.2014.29.12.1672
- Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada.

## Přílohy

### Příloha č. 1 Kurikulum VKZ v RVP ZV (2017)

<p><i>VZTAHY MEZI LIDMI A FORMY SOUŽITÍ</i> <b>vztahy ve dvojici</b> – kamarádství, přátelství, láska, partnerské vztahy, manželství a rodičovství <b>vztahy a pravidla soužití v prostředí komunity</b> – rodina, škola, vrstevnická skupina, obec, spolek</p>
<p><i>ZMĚNY V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA A JEJICH REFLEXE</i> <b>dětství, puberta, dospívání</b> – tělesné, duševní a společenské změny <b>sexuální dospívání a reprodukční zdraví</b> – zdraví reprodukční soustavy, sexualita jako součást formování osobnosti, zdrženlivost, předčasná sexuální zkušenost, promiskuita; problémy těhotenství a rodičovství mladistvých; poruchy pohlavní identity</p>
<p><i>ZDRAVÝ ZPŮSOB ŽIVOTA A PÉČE O ZDRAVÍ</i> <b>výživa a zdraví</b> – zásady zdravého stravování, pitný režim, vliv životních podmínek a způsobu stravování na zdraví; poruchy příjmu potravy <b>vlivy vnějšího a vnitřního prostředí na zdraví</b> – kvalita ovzduší a vody, hluk, osvětlení, teplota <b>tělesná a duševní hygiena, denní režim</b> – zásady osobní, intimní a duševní hygieny, otužování, denní režim, vyváženost pracovních a odpočinkových aktivit, význam pohybu pro zdraví, pohybový režim <b>ochrana před přenosnými chorobami</b> – základní cesty přenosu nákaz a jejich prevence, nákazy respirační, přenosné potravou, získané v přírodě, přenosné krví a sexuálním kontaktem, přenosné bodnutím hmyzu a stykem se zvířaty <b>ochrana před chronickými nepřenosiými chorobami a před úrazy</b> – prevence kardiovaskulárních a metabolických onemocnění; preventivní a léčebná péče; odpovědné chování v situacích úrazu a život ohrožujících stavů (úrazy v domácnosti, při sportu, na pracovišti, v dopravě), základy první pomoci</p>
<p><i>RIZIKA OHROŽUJÍCÍ ZDRAVÍ A JEJICH PREVENCE</i> <b>stres a jeho vztah ke zdraví</b> – kompenzační, relaxační a regenerační techniky překonávání únavy, stresových reakcí a posilování duševní odolnosti <b>autodestruktivní závislosti</b> – psychická onemocnění, násilí namířené proti sobě samému, rizikové chování (alkohol, aktivní a pasivní kouření, zbraně, nebezpečné látky a předměty, nebezpečný internet), násilné chování, těžké životní situace a jejich zvládnání, trestná činnost, doping ve sportu <b>skryté formy a stupně individuálního násilí a zneužívání, sexuální kriminalita</b> – šikana a jiné projevy násilí; formy sexuálního zneužívání dětí; kriminalita mládeže; komunikace se službami odborné pomoci <b>bezpečné chování a komunikace</b> – komunikace s vrstevníky a neznámými lidmi, bezpečný pohyb v rizikovém prostředí, nebezpečí komunikace prostřednictvím elektronických médií, sebeochrana a vzájemná pomoc v rizikových situacích a v situacích ohrožení <b>dodržování pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví</b> – bezpečné prostředí ve škole, ochrana zdraví při různých činnostech, bezpečnost v dopravě, rizika silniční a železniční dopravy, vztahy mezi účastníky silničního provozu včetně zvládnání agresivity, postup v případě dopravní nehody (tísňové volání, zajištění bezpečnosti) <b>manipulativní reklama a informace</b> – reklamní vlivy, působení sekt <b>ochrana člověka za mimořádných událostí</b> – klasifikace mimořádných událostí, varovný signál a jiné způsoby varování, základní úkoly ochrany obyvatelstva, evakuace, činnost po mimořádné události, prevence vzniku mimořádných událostí</p>



#### *HODNOTA A PODPORA ZDRAVÍ*

**celostní pojetí člověka ve zdraví a nemoci** – složky zdraví a jejich interakce, základní lidské potřeby a jejich hierarchie

**podpora zdraví a její formy** – prevence a intervence, působení na změnu kvality prostředí a chování jedince, odpovědnost jedince za zdraví, podpora zdravého životního stylu, programy podpory zdraví

#### *OSOBNOSTNÍ A SOCIÁLNÍ ROZVOJ*

**sebepoznání a sebepojetí** – vztah k sobě samému, vztah k druhým lidem; zdravé a vyrovnané sebepojetí, utváření vědomí vlastní identity

**seberegulace a sebeorganizace činností a chování** – cvičení sebereflexe, sebekontroly, sebeovládání a zvládání problémových situací; stanovení osobních cílů a postupných kroků k jejich dosažení; zaujímání hodnotových postojů a rozhodovacích dovedností pro řešení problémů v mezilidských vztazích; pomáhající a prosociální chování

**psychohygiena** v sociální dovednosti pro předcházení a zvládání stresu, hledání pomoci při problémech

**mezilidské vztahy, komunikace a kooperace** – respektování sebe sama i druhých, přijímání názoru druhého, empatie; chování podporující dobré vztahy, aktivní naslouchání, dialog, efektivní a asertivní komunikace a kooperace v různých situacích, dopad vlastního jednání a chování

Příloha č.2 Didaktický test Výchovy ke zdraví pro pilotní šetření

Vážení žáci,

prosíme vás o vyplnění vypracování testu z Výchovy ke zdraví. Cílem je zhodnotit splnění očekávaných výstupů tohoto vzdělávacího oboru podle základního vzdělávacího dokumentu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání z roku 2013.

Veškeré zpracování Vašich odpovědí je anonymní

Na test máte limit 60 minut.

Na jednotlivá zadání odpovídejte následujícím způsobem:

- U položek vyžadující zvolení správné odpovědi označte odpověď křížkem x
- U položek vyžadujících odpověď ANO-NE označte v dané tabulce souhlasnou odpověď (x)
- u položek vyžadujících jednoduché slovní spojení vepište odpověď do označeného prostoru

Děkujeme za ochotu a Váš čas.

Za řešitelský tým

Mgr. Tomáš Polívka  
katedra pedagogiky, psychologie a  
didaktiky TV a sportu FTVS UK

Pohlaví: dívka - chlapec

Vzdělání otce: Výuční list Maturita Vysokoškolské

Vzdělání matky: Výuční list Maturita Vysokoškolské

Ve volném čase se věnuji pohybové aktivitě a sportu:

Nevěnuji Věnuji se rekreačně Věnuji se na úrovni soutěží

Pohybové aktivitě se věnuji 0-2x 3-5x 6-7x týdně

Má hmotnost je \_\_\_\_\_ kg Má výška je \_\_\_\_\_ cm

### 1- Přiřad' k pojmu správnou definici

a) jedinec	b) skupina	c) komunita	d) společnost
------------	------------	-------------	---------------

1-	Útvar vytvořená dvěma nebo více osobami, které spojují společně vykonávané činnosti, vzájemná komunikace, společná očekávání i společná pravidla.
2-	Souhrn osob, které mají společné ekonomické a politické zájmy, mohou mít i svou vlastní kulturu a instituce. Dané osoby mohou pocházet z různých etnických skupin, mohou mít různý věk, pohlaví, náboženské vyznání aj.
3-	Každý člověk jednající samostatně.
4-	Souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru (obec, firma aj.), kde se setkávají a vykonávají každodenní aktivity.

### 2- Zamysli se nad tvrzeními a rozhodni, zda se jedná o právní normu nebo etické pravidlo, písmenem A označ právní normu a písmenem B etické pravidlo. - vypuštěná

A) Právní norma	B) Etické pravidlo
-----------------	--------------------

	Žádný zaměstnanec se nebude obohacovat na úkor firmy.
	Řidič nesmí užít alkoholický nápoj nebo návykovou látku před jízdou nebo během jízdy.
	Žáci a studenti jsou povinni řádně docházet do školy nebo školského zařízení a řádně se vzdělávat.
	Člověk nebude o jiném člověku šířit neověřené informace nebo důvěrné informace.
	Člověk nebude záměrně znečišťovat přírodu odhazováním odpadků.
	Auto na světelné křižovatce nevjede do křižovatky na červenou.

### 3- Zakroužkuj definici, která nejlépe vystihuje pojem zdraví.

- Zdraví je opak nemoci.
- Zdraví je stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody.
- Zdraví znamená být tělesně (fyzicky) bez jakýchkoliv problémů.
- Zdraví jsme, pokud jsme psychicky v pohodě.
- Být zdravý znamená moci bez problémů sportovat.

4- **Zakroužkuj faktor, který má největší vliv na lidské zdraví a podtrhni faktory, které jsou součástí zdravého životního stylu.**

- a) Zdravotnická péče
- b) Životní styl
- c) Genetické faktory
- d) Prostředí

zdravé stravování                      sledování televize                      sezení u počítače  
 pohybová aktivita                      dostatek spánku                      pití alkoholických nápojů  
 jídlo z fastfoodů dobrá nálada                      odmítání návykových látek

5- **Rozhodni, zda uvedené pojmy v nabídce označují základní, či vyšší lidské potřeby, a zapiš je správně do tabulky.**

*Dýchání, sebedůvěra, pohyb, naplňování zájmů, jistota, příjem potravy, přátelství, pochvala, spánek*

Základní lidské potřeby:
Vyšší lidské potřeby:

6- **Vyber definici charakterizující primární prevenci a v nabídce podtrhni činnosti patřící do primární prevence.**

- a) Primární prevence zabraňuje návratu nemoci.
- b) Primární prevence zmírňuje následky nemoci či jiného poškození zdravotního stavu.
- c) Primární prevence je předcházení nemoci či poškození zdraví.
- d) Díky primární prevenci nás nemůže stejná choroba postihnout opakovaně.
- e) Primární prevence nemá co dočinění s problematikou zdraví.

Nekuřáctví                      nikotinová náplast                      pohybová aktivita                      očkování  
 vrtání zubů terapie na nápravu špatného držení těla                      užívání antibiotik                      pravidelná strava

7- **Přiřaď ke zdravotním problémům činnosti, kterými můžeme těmto onemocněním předcházet. Odpovídající problém a prevenci jeho vzniku zapiš do tabulky.**

1-	2-	3-	4-	5-
----	----	----	----	----

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Obezita                  | A. očkování                 |
| 2. Závislost na nikotinu    | B. pravidelná strava        |
| 3. Nákaza infekční chorobou | C. pravidelné cvičení       |
| 4. Zubní kaz                | D. odmítnout kouření        |
| 5. Špatné držení těla       | E. pravidelná zubní hygiena |

**8- Přiřaď k sobě uvedené živiny a jejich možný význam pro organismus. Jednotlivé živiny vepiš k jejich charakteristice.**

*Bílkoviny, tuky, vápník, železo, sacharidy, voda, vitamin C*

	zásobní zdroj energie pro organismus.
	rovnováha vnitřního prostředí
	stavební jednotka organismu
	rychlý zdroj energie
	stavba kostí
	podpora imunitního systému
	tvorba červených krvinek

**9- Z následujících dvojic potravin zvol a podtrhni vhodnější alternativu.**

Čokoláda obsahující 70% kakaa	Čokoládová tyčinka
Jahodový džem	Čerstvé jahody
Celozrnný rohlík	Rohlík z bílé mouky
Špekáček	Šunka
Bílý jogurt	Light jogurt
Vařené brambory	Bramborové lupínky
Svíčková na smetaně s knedlíkem	Kuřecí plátek s rýží
Okurkový salát	Bramborový salát

**10- Přiřaď k druhům pití kolik jich lze vypít za den.**

A- mohu pít bez obav celý den

B- nápoje vhodné k časté každodenní konzumaci

C- nápoje, které lze pít denně v omezeném množství (sklenice 0,5l),

D- nápoje, které si lze dopřát výjimečně (sklenička)

E- nápoje, které by v pitném režimu neměly co dělat.

Pitná voda z kohoutku \_\_\_

Černý čaj \_\_\_

Kolové nápoje \_\_\_

Kalená neperlivá voda pramenitá \_\_\_

Ovocný džus \_\_\_

Energetické nápoje \_\_\_

Pivo a jiné alkoholické nápoje \_\_\_

Slazené limonády \_\_\_

**11- Vyber, které z nabízených nemocí řadíme mezi chronické neinfekční nemoci (tzv. civilizační nemoci):**

Nemoc	Chronická neinfekční nemoc
Chřipka	
Cukrovka 2. typu	
Rakovina tlustého střeva a konečníku	
Zlomenina	
Vysoký krevní tlak	
Salmonelóza	
AIDS	
Obezita	

**12- Rozhodni, zda jsou následující tvrzení pravdivá (P) nebo nepravdivá (N)**

Sřevní infekci může způsobit požití málo tepelně upraveného masa.	
Infekce virem HIV se přenáší pouze pohlavním stykem.	
Infekce HIV, způsobující nemoc AIDS, je vyléčitelné onemocnění.	
Existuje očkování proti viru, který způsobuje rakovinu děložního čípku.	
Před pohlavně přenosnými chorobami se lze chránit.	
V ČR jsou nejčastější příčinou nemoci a úmrtnosti nemoci srdce a cév.	
Očkování proti rakovině děložního čípku nás chrání i před ostatními pohlavními chorobami.	
Mezi chronická infekční onemocnění řadíme také zubní kaz a obezitu.	

**13- Z níže uvedeného seznamu přiřaď charakteristiky odpovídající správnému a nesprávnému držení těla.**

1. Hlava vzpřímená, brada zatažená
2. Zakřivení páteře zvětšené nebo zploštělé
3. Břicho zatažené
4. Ramena ve stejné výši
5. Hlava zakloněná dozadu
6. Hrudník plochý
7. Břicho ochablé
8. Lopatky neodstávají

Správné držení těla	Nesprávné držení těla

**14- Urči, které svalové skupiny jsou náchylné ke zkracování a ochabování.**

1. Šíjové svaly
2. prsní svaly
3. (hluboké) ohýbače krku a hlavy
4. Vzpřimovače páteře
5. Břišní svaly
6. Hýžd'ové svaly
7. Vzpřimovače (flexory) kyčelního kloubu
8. Přitahovače (adduktory) kyčelního kloubu
9. Hluboké zádové svaly
10. Zadní svaly stehenní

Svaly s tendencí ke zkracování	Svaly s tendencí k ochabování

**15- U návykových látek uveď písmeno L (legální, zákonem tolerovaná) nebo N (nelegální, zákonem zakázaná).**

Alkohol		Marihuana		Heroin		Káva		Pervitin	
Extáze		Tabák		Kokain		LSD			



**16- Doplň text z nabídky slov tak, aby ti vyšlo „Desatero bezpečného internetu“.  
Slova z nabídky použij v jejich správném tvaru.**

- a) Nedávej nikomu \_\_\_\_\_ . Nevíš, kdo se skrývá za monitorem.
- b) Nepošílej nikomu, koho neznáš, svou \_\_\_\_\_, a už vůbec ne intimní.
- c) Udržuj \_\_\_\_\_ k emailu i jinam v tajnosti, nesděluj je ani blízkému kamarádovi.
- d) Nikdy neodpovídej na neslušné, hrubé nebo vulgární \_\_\_\_\_.
- e) Nedomlouvej si \_\_\_\_\_ na internetu, aniž bys o tom řekl někomu jinému.
- f) Pokud narazíš na \_\_\_\_\_, který tě šokuje, opusť webovou stránku.
- g) Svěř se \_\_\_\_\_, pokud tě stránky uvedou do rozpaků nebo vyděsí.
- h) Nedej šanci \_\_\_\_\_. Neotvírej přílohu zprávy, která ti přišla z neznámé adresy.
- i) Nevěř každé \_\_\_\_\_, kterou získáš na internetu.
- j) Když se s někým nechceš \_\_\_\_\_, nebav se.

Heslo	Fotografie	Adresa ani telefon	Obrázek, video nebo email	Informaci
e-maily a vzkazy	Schůzka	Bavit	Vir	dospělý

**Vypuštěná - 2- Zamysli se nad tvrzeními a rozhodni, zda se jedná o právní normu nebo etické pravidlo, písmenem A označ právní normu a písmenem B etické pravidlo. - vypuštěná**

A) Právní norma	B) Etické pravidlo
-----------------	--------------------

	Žádný zaměstnanec se nebude obohacovat na úkor firmy.
	Řidič nesmí užít alkoholický nápoj nebo návykovou látku před jízdou nebo během jízdy.
	Žáci a studenti jsou povinni řádně docházet do školy nebo školského zařízení a řádně se vzdělávat.
	Člověk nebude o jiném člověku šířit neověřené informace nebo důvěrné informace.
	Člověk nebude záměrně znečišťovat přírodu odhazováním odpadků.
	Auto na světelné křižovatce nevjede do křižovatky na červenou.

**5- Rozhodni, jestli potřeby uvedené v nabídce, jsou v Maslowově pyramidě potřeb zařazeny mezi nižší nebo vyšší lidské potřeby**

*Dýchání, sebedůvěra, pohyb, naplňování zájmů, jistota, příjem potravy, přátelství, pochvala, spánek*

Základní lidské potřeby:
Vyšší lidské potřeby:

**16- Z nabídky slov vyber do textu slova tak, aby ti vyšlo „Desatero bezpečného internetu“. Slova z nabídky použij v jejich správném tvaru.**

- Nedávej nikomu \_\_\_\_\_ . Nevíš, kdo se skrývá za monitorem.
- Neposílej nikomu, koho neznáš, svou \_\_\_\_\_ , a už vůbec ne intimní.
- Udržuj \_\_\_\_\_ k emailu i jinam v tajnosti, nesděluj je ani blízkému kamarádovi.
- Nikdy neodpovídej na neslušné, hrubé nebo vulgární \_\_\_\_\_ .
- Nedomlouvej si \_\_\_\_\_ na internetu, aniž bys o tom řekl někomu jinému.
- Pokud narazíš na \_\_\_\_\_ , který tě šokuje, opusť webovou stránku.
- Svěř se \_\_\_\_\_ , pokud tě stránky uvedou do rozpaků nebo vyděsí.
- Nedej šanci \_\_\_\_\_ . Neotvírej přílohu zprávy, která ti přišla z neznámé adresy.
- Nevěř každé \_\_\_\_\_ , kterou získáš na internetu.
- Když se s někým nechceš \_\_\_\_\_ , nebav se.

Heslo	Fotografie	Adresa ani telefon	Obrázek, video nebo email	Informaci
e-maily a vzkazy	Schůzka	Bavit	Vir	dospělý

Příloha č.4 Specifikační tabulka

Specifikační tabulka didaktického testu Výchova ke zdraví									
Téma	Počet úloh	Úroveň obtížnosti dle standardů			Typ úlohy (čísla v testu)				
		Minimální	Optimální	Excelentní	Přiřazovací		Dichotomické	S výběrem odpovědi	Doplňovací
Vztahy mezi lidmi a formy soužití	1	1	0	0	1.	10.	2.	3.	16.
Zdravý způsob života a péče o zdraví	6	2	3	1	4.	11.	9.	5.	
Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence	6	3	2	1	7.	13.	15.	6.	
Hodnota a podpora zdraví	3	2	1	0	8.	14.		12.	
	16	8 (50%)	6 (37,5%%)	2 (12,5%)	8 (50%)		3 (18,75%)	4 (25%)	1 (6,25%)

Příloha č. 5 Manuál vyhodnocení testu (převod hrubého skóre)

Položka číslo	Rozsah bodů	Hodnocení	poznámka
2,5	1-0	Správná odpověď = 1b Špatná odpověď = 0b	
1, 12	2-0	Správná odpověď = 2b Částečně správná = 1b Špatná = 0b	0 chyb 1-2 chyby 3+ chyb
3,7,8	3-0	Správná odpověď = 3b Částečně správná = 2b Částečně špatná = 1b Špatná odpověď = 0b	0 chyb 1-2 chyby 3-4 chyby 5+ chyb
6,10,11,13,14	4-0	Správná odpověď = 4b Téměř správná = 3b Částečně správná = 2b Částečně špatná = 1b Špatná odpověď = 0b	0 chyb 1-2 chyby 2-3 chyby 4-5 chyb 6+ chyb
4,9,15,16	5-0	Správná odpověď = 5b Téměř správná = 4b Částečně správná = 3b Částečně špatná = 2b Téměř špatná = 1b Špatná odpověď = 0b	0 chyb 1-2 chyby 3-4 chyby 5-6 chyb 7-8 chyb 9+ chyb

Příloha č.6 Dotazník pro pedagogy

Organizace Výchovy ke zdraví na školách

Název základní školy. \*

Vaše odpověď

Statut obce, ve které se škola nachází \*

- Ves
- Městys
- Město

Zde prosím vyplňte název kraje, ve kterém se škola nachází. \*

Vyberte

Označte prosím velikost školy podle počtu žáků. \*

Vyberte

Hlavní organizační forma Výchovy ke zdraví \*

Vyberte

Jaké doplňkové formy Výchovy ke zdraví jsou realizovány na vaší škole ? \*

- Kroužky
- Povinně volitelné předměty
- Volitelné předměty
- Besedy, přednášky
- Jiné

Jste součástí sítě „Školy podporující zdraví?“ \*

Vyberte

Pokud je to možné prosíme o nahrání školního vzdělávacího programu VKZ (1)

[Přidat soubor](#)

Školní vzdělávací program VKZ - pokud nelze nahrát prosíme o odkaz, na kterém lze Školní vzdělávací program najít. (1)

Vaše odpověď

Aprobace učitele, který zajišťuje organizaci VKZ \*

Vaše odpověď

Aprobace učitele VKZ (pokud je jich na škole více).

Vaše odpověď

Oznámujte podmínky pro VKZ na vaši škole (materiální podmínky). \*

	1	2	3	4	5	
Výborné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nedostatečné

Oznámujte podmínky pro VKZ na vaši škole (metodická podpora, vzdělávání). \*

	1	2	3	4	5	
Výborné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nedostatečné

Oznámujte podmínky pro VKZ na vaši škole (personální zajištění, vzdělání pedagogů, aprobace). \*

	1	2	3	4	5	
Výborné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nedostatečné

Následující položku berte jako možnost se vyjádřit k problematice výuky Výchovy ke zdraví na vaší základní škole.

Vaše odpověď

Zpět

Odeslat

Vymazat formulář

## Výchova ke zdraví - souhlas se zapojením do výzkumu

Vážený žáci, v souladu s Všeobecnou deklarací lidských práv, zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jakož jsou zejména Helsinská deklarace, přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013); Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zejména ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.) a Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001, jsou-li aplikovatelné), Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci disertační práce na UK FTVS s názvem Vztah mezi projektovaným a osvojeným kurikulem vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví u žáků 9.ročníků. Šetření se zúčastní školy, které jsou v rejstříku České školní inspekce pro účely sběru dat. Cílem disertační práce je zhodnotit stav výuky Výchovy ke zdraví na českých školách. Metoda výzkumu bude neinvazivní. K výzkumu bude použit dotazník, který bude věnován problematice Výchovy ke zdraví. Vyplnění zabere 60 minut. Vyplnění dotazníku bude anonymní. Vaše účast v projektu je dobrovolná a nebude finančně ohodnocená. Disertační práce bude uveřejněna na webu a ve studentském informačním systému (SIS), v případě zájmu budou data zpřístupněna na webu: [https://sites.google.com/d/19LsSRcCWIBzHyOQ\\_V2AHF6B9N\\_LFAch6/p/1rqpYQsHaTMniGSz6t6cjcDzDG5nn60po/edit](https://sites.google.com/d/19LsSRcCWIBzHyOQ_V2AHF6B9N_LFAch6/p/1rqpYQsHaTMniGSz6t6cjcDzDG5nn60po/edit). Získaná data budou zpracovávána a bezpečně uchována v anonymní podobě a publikována v doktorské práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS. Po anonymizaci budou osobní data smazána.

...

Prohlašuji a potvrzuji, že dobrovolně souhlasím se svojí účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl(a) možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se mé účasti ve výzkumu a že jsem dostal(a) jasné a stozumitelné odpovědi na své dotazy. \*

1. Souhlasím
2. Nesouhlasím



## Výchova ke zdraví (dotazník pro učitele)

Vážení pedagogové, prosíme vás o vyplnění, krátkého dotazníku, který se věnuje problematice výuky Výchovy ke zdraví na základních školách. Vyplnění je důležité, protože data z něj jsou důležitá pro vyhodnocování testů studentů.

Vážený vyučující, v souladu s Všeobecnou deklarací lidských práv, zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jakož jsou zejména Helsinská deklarace, přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013); Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zejména ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.) a Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001, jsou-li aplikovatelné), Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci disertační práce na UK FTVS s názvem Vztah mezi projektovaným a osvojeným kurikulem vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví u žáků 9.ročníků. Šetření se zúčastní školy, které jsou v rejstříku České školní inspekce pro účely sběru dat. Cílem disertační práce je zhodnotit stav výuky Výchovy ke zdraví na českých školách. Metoda výzkumu bude neinvazivní. K výzkumu bude použit dotazník, který bude věnován problematice Výchovy ke zdraví. Vyplnění zabere 60 minut. Vyplnění dotazníku bude anonymní. Vaše účast v projektu je dobrovolná a nebude finančně ohodnocená. Disertační práce bude uveřejněna na webu a ve studentském informačním systému (SIS), v případě zájmu budou data zpřístupněna na webu: [https://sites.google.com/d/19LsSRcCWIBzHyOQ\\_V2AHF6B9N\\_LFAch6/p/1rqpYQsHaTMniGSz6t6cjcdzDG5nn6Opo/edit](https://sites.google.com/d/19LsSRcCWIBzHyOQ_V2AHF6B9N_LFAch6/p/1rqpYQsHaTMniGSz6t6cjcdzDG5nn6Opo/edit). Získaná data budou zpracovávána a bezpečně uchována v anonymní podobě a publikována v doktorské práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS. Po anonymizaci budou osobní data smazána.

1. Souhlasím

2. Nesouhlasím

UNIVERZITA KARLOVA  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU  
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín

### Žádost o vyjádření Etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, kvalifikační či seminární práce zahrnující lidské účastníky

**Název projektu:** Zakotvení Výchovy ke zdraví v současném českém školství

**Forma projektu:** výzkumná práce - doktorská práce

**Období realizace:** pilotní průzkum květen, červen 2020; ostrá verze květen, červen 2021

**Předkladatel:** Tomáš Polívka, Mgr., UK FTVS, katedra pedagogiky, psychologie a didaktiky TV a sportu

**Hlavní řešitel:** Tomáš Polívka, Mgr., UK FTVS, katedra pedagogiky, psychologie a didaktiky TV a sportu

**Místo výzkumu (pracoviště):** UK FTVS, katedra pedagogiky, psychologie a didaktiky TV a sportu  
Dotazníky budeme rozdávat na školách, které jsou v rejstříku České školní inspekce pro účely sběru dat - 2-3 školy z každého kraje

**Vedoucí práce (v případě studentské práce):** prof. PaedDr. Ludmila Fialová, Ph.D.

**Finanční podpora:** bude podán grant na GAUK

**Popis projektu:** Projekt se bude věnovat vzdělávacímu oboru Výchova ke zdraví. Tento obor byl nově zaveden v průběhu kurikulární reformy z roku 2007. Tento předmět by měl žákům předat znalosti a návyky z oblasti zdravého životního stylu. Zajímá nás, jakým způsobem je výuka zabezpečena ze strany státu, který by měl zajišťovat fundovaný personál, a škol, ty by měly zajistit materiální vybavení, kvalitu výuku a kvalitní vzdělávací program. Cílem projektu je analyzovat podmínky vytvořené státem a školami pro výuku Výchovy ke zdraví a provést komparaci modelů, podle kterých je realizována výuka vzdělávacího oboru na českých školách.  
Hlavní metodou sběru dat bude dotazníkové šetření. V rámci výzkumu budeme pracovat s dotazníkem Mužikové z roku 2006, který bude modifikován pro potřeby dnešní doby. Soubor bude tvořen učiteli Výchovy ke zdraví a žáky 9. tříd. V rámci práce změníme vnitřní konzistenci a validitu pomocí vhodného IRT modelu. Další metodou bude obsahová analýza kurikulárních dokumentů.  
**Charakteristika účastníků výzkumu:** Do projektu chceme zapojit 2-3 školy z každého kraje. Soubor se bude skládat z vyučujících Výchovy ke zdraví a žáků 9. ročníků. Výběr bude proveden záměrně, podle rejstříku České školní inspekce.  
**Zajištění bezpečnosti:** Hlavní metodou sběru dat bude dotazníkové šetření, respondenti budou odpovídat na dotazník ve třídě. Rizika prováděného výzkumu nebudou vyšší než běžně očekávaná rizika v rámci tohoto typu výzkumu.  
**Etické aspekty výzkumu:** Výzkumu se zúčastní jak zletilí, tak nezletilí respondenti. Získaná data budou zpracovávána a bezpečně uchována v anonymní podobě a publikována v doktorské práci, případně v odborných časopisech, monografiích a prezentována na konferencích, případně budou využita při další výzkumné práci na UK FTVS. Po anonymizaci budou osobní data smazána.  
Během výzkumu nebudou pořizovány žádné fotografie ani videozáznam. V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

#### Text informovaného souhlasu: přiložen

Povinností všech účastníků výzkumu na straně řešitele je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, právo na sebeurčení, soukromí a osobní data zkoumaných subjektů, a podniknout k tomu veškerá preventivní opatření. Odpovědnost za ochranu zkoumaných subjektů leží vždy na účastnících výzkumu na straně řešitele, nikdy na zkoumaných, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu. Všichni účastníci výzkumu na straně řešitele musí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských subjektech, které platí v České republice, stejně jako ty, jež platí mezinárodně.

Potvrzuji, že tento popis projektu odpovídá návrhu realizace projektu a že při jakémkoli změně projektu, zejména použitých metod, zašlu Etické komisi UK FTVS revidovanou žádost.

V Praze dne: 4. 11. 2018

Podpis předkladatele: 

### Vyjádření Etické komise UK FTVS

**Složení komise:** **Předsedkyně:** doc. PhDr. Irena Parry Martinková, Ph.D.

**Členové:** prof. PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc.

doc. MUDr. Jan Heller, CSc.

PhDr. Pavel Hráský, Ph.D.

Mgr. Eva Prokešová, Ph.D.

MUDr. Simona Majorová


Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: 206/2018

dne: 5. 11. 2018

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními normami** pro provádění výzkumu zahrnujícího lidské účastníky.

**Fakulta tělesné výchovy a sportu**  
Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu Etické komise.

- 20 -  
razítko UK FTVS

  
podpis předsedkyně EK UK FTVS

Příloha č. 10 Deskriptivní statistika souboru děleného dle vzdělání rodičů

Kombinace vzdělání rodičů	Míry polohy a variability	Celkové skóre	SD 2	SD 1
Vysokoškolské a vysokoškolské	Průměr	35,61	14	8,41
	Směrodatná odchylka	6,03	2,47	2,93
Rozsah souboru	Rozptyl	36,73	6,23	8,76
n=100	Modus	27	16	9
	Median	37	15	9
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
Výuční list a výuční list	Průměr	30,7	14	8,41
	Směrodatná odchylka	5,6	2,47	2,93
Rozsah souboru	Rozptyl	32,07	6,23	8,76
n=44	Modus	31	16	9
	Median	31	15	9
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
Maturita a maturita	Průměr	33,81	14,72	10,45
	Směrodatná odchylka	6,02	2,65	2,87
Rozsah souboru	Rozptyl	36,51	7,09	8,33
n= 124	Modus	31	15	11
	Median	34	15	11
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
Vysokoškolské a maturita	Průměr	35,76	15,55	10,92
	Směrodatná odchylka	4,14	1,86	2,41
Rozsah souboru	Rozptyl	17,39	3,53	5,94
n= 62	Modus	38	15	11
	Median	36,5	16	11
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
Maturita a výuční list	Průměr	32,84	14,23	9,66
	Směrodatná odchylka	7,16	3,01	2,77
Rozsah souboru	Rozptyl	52,03	9,24	7,78
n= 73	Modus	39	13	11
	Median	34	15	10
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19

Příloha č 11 Deskriptivní statistika souboru děleného dle aprobační učitele

Vzdělání učitele	Míry polohy a variability	Celkové skóre	SD 2	SD 1
Aprobovaný učitel	Průměr	33,9	14,72	10,29
	Směrodatná odchylka	6,36	2,66	2,91
Rozsah souboru	Rozptyl	40,54	7,09	8,48
n= 93	Modus	39	15	11
	Median	35	15	11
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
Neaprobovaný učitel	Průměr	33,9	14,72	10,29
	Směrodatná odchylka	6,36	2,66	2,91
Rozsah souboru	Rozptyl	40,54	7,09	8,48
n= 310	Modus	39	15	11
	Median	35	15	11
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19

Příloha č 12 Deskriptivní statistika souboru děleného dle organizační formy

Hlavní forma výuky	Míry polohy a variability	Celkové skóre	SD 2	SD 1
Bloková a projektová výuka	Průměr	35,72	10,77	15,11
	Směrodatná odchylka	5,2	2,38	2,08
Rozsah souboru	Rozptyl	27,29	5,74	4,33
n= 95	Modus	39	11	16
	Median	36	11	15
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
Integrace do vzdělávacích oborů	Průměr	33,41	14,96	10,27
	Směrodatná odchylka	6,96	3,16	3,11
Rozsah souboru	Rozptyl	48,83	10,09	9,71
n= 137	Modus	33	16	11
	Median	34	15	11
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
Samostatný vzdělávací obor	Průměr	33,61	14,9	9,81
	Směrodatná odchylka	5,81	2,39	2,86
Rozsah souboru	Rozptyl	34,04	5,73	8,2
n= 171	Modus	31	15	11
	Median	33	15	10
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19

Příloha č 13 Deskriptivní statistika souboru děleného dle kvality ŠVP

Kvalita ŠVP		Celkové skóre	SD 1	SD 2
Méně kvalitní	Průměr	28,98	13,07	8,47
	Směrodatná odchylka	6,22	3,22	2,74
Rozsah souboru	Rozptyl	39,31	10,55	7,64
n= 69	Modus	31	15	11
	Median	30	14	9
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
Kvalitní	Průměr	34,75	15,11	10
	Směrodatná odchylka	5,74	2,69	2,76
Rozsah souboru	Rozptyl	33,43	7,35	7,74
n= 70	Modus	38	16	10
	Median	35	15	10
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19

Příloha č 14 Deskriptivní statistika souboru děleného dle BMI

Kategorie	Míry polohy a variability	Celkové skóre	SD 1	SD 2
Podváha a nízká hmotnost	Průměr	33,32	14,78	9,52
Rozsah souboru	Směrodatná odchylka	5,98	2,73	2,89
n= 73	Rozptyl	36,37	7,56	8,48
	Modus	36	15	9
	Median	34	15	10
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
Optimální hmotnost	Průměr	34,49	14,96	10,44
Rozsah souboru	Směrodatná odchylka	6,33	2,52	2,89
n=180	Rozptyl	40,28	6,4	8,37
	Modus	38	16	11
	Median	36	15	11
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
Nadváha a obezita	Průměr	33,85	14,64	10,21
Rozsah souboru	Směrodatná odchylka	6,03	2,68	2,78
n= 180	Rozptyl	36,55	7,24	7,78
	Modus	31	15	11
	Median	34	15	10
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19

Příloha č 15 Deskriptivní statistika souboru děleného dle úrovně P.A.

Úroveň pohybové aktivity	Míry polohy a variability	Celkové skóre	SD 1	SD 2
Necvičím	Průměr	30,87	13,58	8,78
	Směrodatná odchylka	7,16	3,27	2,86
Rozsah souboru	Rozptyl	52,92	11,06	8,42
n= 33	Modus	38	16	11
	Median	32	14	9
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
Rekreačně	Průměr	34,17	14,89	10,4
	Směrodatná odchylka	5,3	2,89	2,69
Rozsah souboru	Rozptyl	28,22	5,26	7,27
n= 245	Modus	31	15	11
	Median	34	15	11
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
Sport	Průměr	34,14	14,98	10,15
	Směrodatná odchylka	7,16	2,95	3,09
Rozsah souboru	Rozptyl	51,61	8,76	9,65
n= 125	Modus	36	15	11
	Median	36	15	10
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19



Příloha č 16 Deskriptivní statistika souboru děleného dle intenzity P.A.

Intenzita P.A. za týden	Míry polohy a variability	Celkové skóre	SD 1	SD 2
0,-2x týden	Průměr	33,09	14,7	9,39
	Směrodatná odchylka	5,97	2,69	2,64
Rozsah souboru	Rozptyl	36,16	7,37	7,06
n= 70	Modus	31	15	9
	Median	33	15	9
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
3-5x týden	Průměr	34,67	14,96	10,55
	Směrodatná odchylka	5,61	2,28	2,78
Rozsah souboru	Rozptyl	31,62	5,21	7,75
n=237	Modus	37	15	11
	Median	35	15	11
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19
6-7x týden	Průměr	33,17	14,52	9,89
	Směrodatná odchylka	7,32	3,27	3,09
Rozsah souboru	Rozptyl	54,25	10,79	9,61
n= 96	Modus	38	15	11
	Median	34	15	10
	Variační šíře	0-55	0-22	0-19

Příloha č 17 Testová kritéria jednotlivě testovaných souborů

Proměnná (použitý test)	Skóre	p- hodnota
Vzdělání rodičů	celkové skóre	<b>2.081e-06</b>
(Kruskal- Wallis)	první doména	<b>0.001291</b>
	druhá doména	<b>5.373e-05</b>
Organizační forma	celkové skóre	<b>2.011e-07</b>
(Kruskal- Wallis)	první doména	<b>0.03197</b>
	druhá doména	<b>0.009125</b>
BMI	celkové skóre	0.2566
(Kruskal- Wallis)	první doména	0.4127
	druhá doména	0.07313
Úroveň vykonávání PA	celkové skóre	<b>0.0409</b>
(Kruskal- Wallis)	první doména	<b>0.03396</b>
	druhá doména	<b>0.02947</b>
Intenzita vykonávání PA	celkové skóre	0.1368
(Kruskal- Wallis)	první doména	0.8964
	druhá doména	<b>0.005229</b>
Aprobace pedagoga	celkové skóre	0.8404
(Man- Whitney U test)	první doména	0.5265
	druhá doména	0.1028
Kvalita ŠVP	celkové skóre	<b>9.081e-09</b>
(Man- Whitney U test)	první doména	<b>7.766e-05</b>
	druhá doména	<b>0.001274</b>

Příloha č 18 Post- hoc analýza u Kruskal- Wallisova testu

Proměnná	Kombinace	p- hodnota		
Vzdělání rodičů		celkové skóre	SD 1	SD 2
	MM x MVL	0.6977851	0.2853279	0.1101743
	MM x MVŠ	0.3370318	0.0926110	0.3429349
	MVL x MVŠ	0.2687308	0.0821518	<b><u>0.0315467</u></b>
	MM x VLVL	0.8405211	0.1030098	<b><u>0.0004337</u></b>
	MVL x VLVL	0.2324328	0.5223977	0.0523842
	MVŠ x VLVL	<b><u>0.0461339</u></b>	<b><u>0.0150726</u></b>	<b><u>0.0001966</u></b>
	MM x VŠVŠ	0.1070061	0.1158317	0.5737977
	MVL x VŠVŠ	0.0944967	0.1258012	0.0577789
	MVŠ x VŠVŠ	0.8514732	0.6831940	0.6212360
	VLVL x VŠVŠ	<b><u>0.0057545</u></b>	<b><u>0.0099064</u></b>	<b><u>0.0001819</u></b>
Organizační forma	BL x INT	<b><u>0.0119389</u></b>	1.0000000	0.3257767
	BL x SA	<b><u>0.0065924</u></b>	<b><u>0.0481358</u></b>	<b><u>0.0348126</u></b>
	INT x SA	0.7434635	0.8721635	0.1416319
Úroveň PA	NE x RE	<b><u>0.0375416</u></b>	0.0579984	<b><u>0.0238052</u></b>
	NE x S	<b><u>0.0356545</u></b>	<b><u>0.0283974</u></b>	<b><u>0.0412076</u></b>
	RE x S	0.4848724	0.2577204	0.5802174
Intenzita PA	K x N			0.2123651
	K x P			0.1031700
	N x P			<b><u>0.0066550</u></b>

*Legenda:*

*Vzdělání rodičů: MM (kombinace maturita a maturita); MVL (kombinace maturita a výuční list); MVŠ (kombinace maturita a vysoká škola); VLVL (kombinace výuční list a výuční list); VŠVŠ (kombinace vysoká škola a vysoká škola)*

*Organizační forma: BL (bloková a projektová výuka); INT (integrace do vzdělávacích oborů); SA (samostatný vzdělávací obor)*

*Úroveň PA: NE (neprovádím PA); RE (rekreační PA); S (soutěžní sport na všech úrovních)*

*Intenzita PA: K (každodenní); P (střední); N (nízká nebo žádná)*