

# Výchova ke zdraví jako součást profese sociálního pedagoga

Bc. Pavlína Slavíková

---

Diplomová práce  
2017/2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Pavlína Slavíková**

Osobní číslo: **H150150**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Výchova ke zdraví jako součást profese sociálního pedagoga**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti základních determinant zdraví, výchovy ke zdraví a kompetencí sociálního pedagoga.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

---

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**BAKOŠOVÁ, Zlatica. Teórie sociálnej pedagogiky: edukačné, sociálne a komunikačné aspekty. Bratislava: Slovenská pedagogická spoločnosť Slovenskej akadémie vied, 2011. ISBN 978-80-970675-0-2.**

**ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.**

**HOLČÍK, Jan. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.**

**KEBZA, Vladimír. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.**

**MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5.**

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

**1. prosince 2017**

Termín odevzdání diplomové práce:

**20. dubna 2018**

Ve Zlíně dne 1. prosince 2017

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

13.4.2018



<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá problematikou možného uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví. Teoretická část práce je zaměřena na vymezení zdraví a jeho základních determinant, oblasti podpory zdraví a konceptu výchovy ke zdraví. Další část pojednává o aspektech výchovy ke zdraví v práci sociálního pedagoga. Poslední kapitola je věnovaná vybraným cílovým skupinám sociální pedagogiky, na které se zaměřuje výzkumné šetření práce. Praktická část je realizována formou kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření. Cílem diplomové práce je zjistit, jakým způsobem se může sociální pedagog uplatnit při podpoře zdraví u následujících cílových skupin sociální pedagogiky – dětí a mládeže, seniorů a osob ohrožených sociálním vyloučením.

Klíčová slova: zdraví, výchova ke zdraví, sociální pedagog

## **ABSTRACT**

The diploma thesis deals with the possible use of social pedagogue in health education. The theoretical part is focused on the definition of health and its basic determinants, areas of health promotion and the concept of health education. The next part deals with aspects of health education in the work of a social pedagogue. The last chapter is devoted to selected target groups of social pedagogy, which are focused on research work. The practical part is realized by means of quantitative research through a questionnaire survey. The aim of this diploma thesis is to find out how social pedagogue can be used to support health in the following target groups of social pedagogy - children and youth, seniors and persons threatened by social exclusion.

Keywords: health, health education, social pedagogue

Děkuji paní PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, které mi při zpracování mé diplomové práce poskytovala.

Dále děkuji své rodině za podporu a trpělivost, kterou mi po celou dobu studia věnovala.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 ZDRAVÍ</b> .....	<b>12</b>
1.1 ZÁKLADNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ .....	13
1.1.1 Životní styl .....	14
1.1.2 Sociální determinanty zdraví.....	16
1.2 ZDRAVÍ A KVALITA ŽIVOTA .....	18
<b>2 PODPORA ZDRAVÍ A VÝCHOVA KE ZDRAVÍ</b> .....	<b>20</b>
2.1 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ JAKO CELOSPOLEČENSKÝ FENOMÉN .....	21
2.2 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ .....	22
<b>3 ASPEKTY VÝCHOVY KE ZDRAVÍ V PROFESI SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA</b> .....	<b>26</b>
3.1 KOMPETENCE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA.....	28
<b>4 CHARAKTERISTIKA CÍLOVÝCH SKUPIN</b> .....	<b>32</b>
4.1 ZDRAVÍ DĚTÍ A MLÁDEŽE .....	32
4.2 ZDRAVÍ SENIORŮ .....	34
4.3 ZDRAVÍ OSOB OHROŽENÝCH SOCIÁLNÍM VYLOUČENÍM .....	36
4.3.1 Problematika romského etnika .....	38
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>40</b>
<b>5 METODIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>41</b>
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	41
5.2 VÝZKUMNÉ CÍLE .....	42
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	42
5.4 POJETÍ VÝZKUMU .....	43
5.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	44
5.6 TECHNIKA SBĚRU DAT .....	44
5.7 METODY ANALÝZY DAT .....	45
<b>6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT</b> .....	<b>46</b>
<b>7 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU</b> .....	<b>65</b>
<b>8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b> .....	<b>70</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>73</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>75</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>80</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>81</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>82</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>83</b>



## ÚVOD

Navzdory velkému rozvoji medicíny a zejména specializace jednotlivých lékařských oborů v současné době přibývá ve společnosti tzv. civilizačních chorob způsobených především nevhodným způsobem života jedinců. Pro naši společnost je charakteristický konzumní životní styl provázaný nadměrnou spotřebou, přemírou podnětů a informací, nedostatkem pohybových aktivit, zhoršováním mezilidských vztahů, a to vše se podepisuje na našem zdraví. Naším cílem by mělo být těmto rizikům předcházet, nikoliv se zaměřovat pouze na jejich redukci.

V oblasti zdraví a jeho posilování má sociální pedagogika nemalé působení, s ohledem na cílové skupiny, na které se činnost sociálního pedagoga zaměřuje. Jedná se jak o jedince ohrožené určitým typem rizikového chování, tak o zdravou populaci v podobě primární prevence. Od dob jejího vzniku neustále dochází k rozvoji v mnoha oblastech a pole jejího zaměření se rozšiřuje. Můžeme pozorovat vývoj nejen na úrovni sociální, ale také zdravotní, edukační, politické aj. Sféry daného oboru nejsou pevně a jasně vymezeny, v praxi se tak setkáváme s různorodou škálou specifického zaměření sociální pedagogiky. Objevují se tendence specializovat obor na jednotlivé oblasti z hlediska věku, cílových skupin či z pohledu konkrétních problémových okruhů.

V oblasti výchovy ke zdraví vidíme její přínos zejména v činnostech zaměřených na kultivaci člověka, pěstování návyků, postojů a hodnot, které vedou k dobrému zdraví jedince, a zároveň i celé společnosti. Sociální pedagogika by se měla podílet na komplexní starostlivosti o jedince a jeho zdraví. Oblasti zdraví a nemoci však poněkud absentují ve vzdělávání sociálních pedagogů, na rozdíl od sociálních pracovníků, kteří mají tuto oblast zakotvenou v minimálním standardu vzdělávání v sociální práci. A tak se zdá, že se nám otevírá nová oblast zkoumání orientovaná na postavení sociálního pedagoga v oblasti zdravotnictví, výchovy ke zdraví a nalezení vazeb sociálně-pedagogické a zdravotní problematiky.

Diplomová práce se opírá o teoretická východiska sociální pedagogiky zaměřené na zdraví, která se orientuje na zlepšení kvality života ohrožených skupin společnosti. Daný přístup má své kořeny v Polsku, v české literatuře se orientuje především na výchovu ke zdravému životnímu stylu. Díky multidimenzionalitě sociální pedagogiky se práce opírá i o poznatky jiných věd, především medicíny, psychologie, pedagogiky či sociální práce, které s naším tématem úzce souvisí a vzájemně se prolínají. Snažíme se však vyzdvihnout právě hledisko sociálně-pedagogické.

V empirické části práce se zaměřujeme na zkoumání uplatnění profese sociálního pedagoga v oblasti výchovy ke zdraví. Zde se snažíme využít rozmanitosti cílových skupin, na které se činnost sociálního pedagoga v praxi zaměřuje. Ve výzkumu se snažíme zjistit, jakým způsobem se může sociální pedagog uplatnit při podpoře zdraví u dětí a mládeže, seniorů a osob ohrožených sociálním vyloučením.

*Zdraví - zdravý duch a zdravé tělo - to je nakonec cílem vší politiky a administrace.*

*Tomáš Garrigue Masaryk (1850-1937), státník, politik, filozof a pedagog*

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ZDRAVÍ

Zdraví je ve společnosti považováno za jednu z nejcennějších hodnot a představuje hlavní determinantu kvality života jedince. Zdraví však není záležitostí ryze medicínských oborů, ale zasahuje do všech oblastí života jedince. V důsledku toho existuje řada pojetí, které se zabývají zdravím, při čemž je velmi obtížné stanovit přesnou definici zdraví. V naší práci budeme vycházet zejména z holistického pohledu na zdraví člověka.

Bártlová a Matulay (2009, s. 86) uvádějí, že v moderní společnosti ubývá onemocnění, které by se daly jednoznačně vysvětlit biologickými faktory, a převažuje stále více nemocí, u kterých pravděpodobně hrají důležitou roli psychické a sociální faktory. V současné době se společnost nezaměřuje pouze na uzdravování člověka od nemoci, ale snaží se zejména o rozvíjení a využívání všech pozitivních vlastností a schopností člověka s cílem udržet si celkové zdraví a osobní pohodu.

Velmi výstižně definuje všechny tři základní složky **bio-psycho-sociálního modelu zdraví** Holčík (2010, s. 14). Duševní zdraví je dle autora chápáno zejména ve smyslu subjektivního hodnocení vlastního zdraví a intelektuálních schopností jedince a zahrnuje také emocionální stránku zdraví. Na druhé straně tělesné zdraví vychází z jednotlivých fyziologických funkcí těla a obvykle je definováno jako nepřítomnost nemoci či určité vady. Pro naši práci je stěžejní vymezení sociálního zdraví jedince. Sociální zdraví jedince je determinováno sociální pozicí, kterou jedinec ve společnosti zastává. Tato pozice pak může do značné míry ovlivňovat jak zdravotní stav jedince, tak jeho možnosti přístupu ke zdravotní péči.

Dle Čeledové a Čevely (2010, s. 19-20) lze na zdraví pohlížet jako na *optimální stav tělesné, psychické, sociální a duchovní pochody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí*.

Holčík (2010, s. 21-22) se dále ve své publikaci věnuje tzv. **ekologicko-sociálnímu modelu zdraví**. Tento model se snaží nahlížet na zdraví jedince v celé jeho šíři a chápe jedince jako člena určitých sociálních skupin (rodina, zaměstnání, společnost apod.). Pro jeho zdraví je velmi podstatné zvládnání plnění sociálních rolí ve společnosti. Model se zaměřuje na všechny sociální charakteristiky zdraví (věk, vzdělání, příjem atd.). Současně bere v úvahu celou řadu zvyků, tradic a způsobů chování, které mohou pozitivně či negativně ovlivňovat zdraví lidí v jednotlivých sociálních skupinách a kulturách. Zabývá se vnímáním hodnoty zdraví v jednotlivých skupinách, aktivitami a činnostmi organizací, veřejné správy apod. Za

základní východiska péče o zdraví považuje rozvíjení pocitů sounáležitosti a vzájemné pomoci ve společnosti a podporu péče o sebe sama a své zdraví.

K definování vztahu mezi identitou, etnicitou a pojetím zdraví přispívá Skarupská (2013). Autorka zdůrazňuje podmíněnost vztahu ke zdraví kulturními vlivy, příslušností k etnickým, náboženským a jiným specifickým skupinám, které si samy vytvářejí pravidla a zvyky k udržování či obnovení lidského zdraví. V každé sociální skupině je vztah ke zdraví podmíněn tím, jakým způsobem členové skupiny zdraví pojmají s ohledem na hodnoty, normy a ideje vytvářené v konkrétní kultuře.

Pozornost věnovaná lidskému zdraví je podmíněna také historicky, jak upozorňuje Holčík (2010, s. 23). V minulých dobách byla důvodem pro ochranu zdraví zejména ekonomická výkonnost a produktivita obyvatelstva a snahy o vytvoření silné armády k obraně státu. V dnešní době by měla být snaha o udržení zdraví zejména osobním zájmem žít plnohodnotný život, převzít odpovědnost za své zdraví a těšit se z něj spolu s ostatními členy komunity. Podcenění a nedostatečná pozornost věnovaná sociální hodnotě zdraví předpovídají pro společnost nepříznivé sociální důsledky.

## 1.1 Základní determinanty zdraví

K popisu a objasnění fungování lidského zdraví je důležité identifikovat faktory, které na zdraví jedince působí. Zdraví jedince je podmíněno souborem vnitřních a vnějších faktorů, které mohou působit na zdraví člověka v pozitivním či negativním smyslu. Tyto faktory se souhrnně označují jako determinanty zdraví.

Systém determinant zdraví je složitý a proměnlivý. Pro péči a podporu zdraví je však žádoucí odhalení všech klíčových faktorů, které mohou na zdraví člověka působit (Marková, 2012, s. 7).

Determinanty zdraví se podle Čeledové a Čevely (2010, s. 27) rozdělují na dvě základní kategorie – vnitřní a vnější. Za vnitřní determinanty se považují dědičné (genetické) faktory, kterými se rozumí genetická výbava získávaná od obou rodičů. Do těchto vlivů však zasahují tzv. vnější faktory prostředí, které členíme do tří základních skupin (životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí a zdravotnické služby). V rámci determinant zdraví rozeznáváme prostředí přírodní a sociální, životní a pracovní.

Marková (2012, s. 9) uvádí, že v 70. letech minulého století definoval kanadský ministr zdravotnictví teorii tzv. zdravotního pole, která seskupuje názory a znalosti o příčinách a

podmínkách zdraví a nemoci člověka do podoby čtyř **základních determinant** působících komplexně na lidské zdraví a to v následujících procentech: zdravotnické služby (10-15 %), biologické faktory (10-15 %), životní prostředí (15-20 %) a životní styl (50-60 %).

Nicméně často bývá ve společnosti vliv zdravotní péče na zdraví člověka přeceňován. Nej důležitější vliv na zdraví člověka má však podle kanadské koncepce stále zdůrazňovaný způsob života. I přes četné aktivity a relativně dobrou informovanost o vlivu životního stylu na zdraví populace se ve společnosti stále setkáváme s negativními trendy. Otázkou je aktuálnost daného modelu v současné době velkého vědeckého a technického rozvoje medicíny a globalizace společnosti.

*Role medicíny se mění nejen v oblasti jejich specifických zásahů a intervencí do lidského zdraví a jeho determinant, ale také ve sféře inspirační, iniciační a edukační ve vztahu k jiným resortům, institucím a subjektům, které se jakkoliv svými aktivitami podílejí na utváření zdravotního stavu lidí, upřesňuje Payne et al., (2005, s. 237).*

Podle Bártlové a Matulaye (2009, s. 88) by mělo zdravotnictví reflektovat všechny dané oblasti, které mohou ovlivňovat zdraví jedince. Velmi potřebná je zde spolupráce nejen všech vládních rezortů, ale i jedinců a všech složek občanské společnosti. Za velmi potřebnou součást se považují nevládní neziskové organizace, které působí v různých oblastech života společnosti (zdravotní, sociální, kulturní, ekologické, sportovní apod.).

Při popisu jednotlivých vlivů působících na lidské zdraví je nezbytné pohlížet na jedince v bio-psycho-sociálním kontextu. Je potřebné o lidském zdraví uvažovat nejen z hlediska jednotlivých determinant zdraví, ale reflektovat především jejich vzájemnou propojenost. Jak jsme již konstatovali, nejpodstatnější vliv na naše zdraví má životní styl, a proto mu věnujeme samostatnou podkapitolu. Člověk svým jednáním a způsobem života může do značné míry své zdraví ovlivnit, z tohoto důvodu by měly být lidé více motivováni k aktivní účasti na péči o své zdraví.

### 1.1.1 Životní styl

Životní styl současného člověka se vyznačuje především uspěchaností, sedavým způsobem života s nedostatkem aktivního pohybu, pracovní vyčizeností a stresem, nedostatkem času na sebe, své zájmy, rodinu, udržování mezilidských vztahů. Ze všech stran na jedince působí rizikové faktory, které mohou zdraví jedince zásadním způsobem ohrozit. Z tohoto důvodu

je důležité o těchto rizicích ve společnosti mluvit a snažit se je eliminovat, pěstovat hodnoty zdravého životního stylu a usilovat o plnohodnotný život ve zdravé společnosti.

Dle Dufkové, Urbana a Dubského (2008, s. 51-52) spadá vymezení pojmu životní styl do multidisciplinární problematiky a není možné ho komplexně vymezit a studovat na základě poznatků jediné vědy. Jedná se o obsahově rozsáhlou oblast, zahrnující v každodenní realitě řadu asociací, spojitostí a představ. V nejobecnějším pojetí představuje životní styl způsob, jakým lidé žijí, neboli jak bydlí, pracují, komunikují, produkují, spotřebovávají, vychovávají děti atd.

O tom, jak bude vypadat náš způsob života, si do jisté míry můžeme rozhodovat sami. Je však podmíněn také našimi životními možnostmi a kulturou konkrétního společenství. Machová a Kubátová et al., (2015, s. 15) podotýká, že na jeho utváření se podepisuje řada faktorů. Vychází z rodinných a společenských tradic, ekonomické situace, hodnotové orientace a postojů člověka. Závisí také na věku, vzdělání, zaměstnání, pohlaví jedince apod. Aby měl člověk možnost správně rozhodovat o svém způsobu života, potřebuje dostatek znalostí a informací o tom, co může jeho zdraví posilovat a co naopak poškozovat. Právě proto je věnována velká pozornost formování dovedností, návyků a postojů v oblasti zdraví u dětí již od útlého věku. V tomto ohledu připadá zásadní vliv na rodinu a školu.

Edelman (2005, cit. podle Bašková et al., 2009, s. 17-18) rozlišuje 3 základní faktory, které se podílí na ovlivňování životního stylu jedince. V první řadě jsou to **vědomosti** potřebné k definování vlivů, které mohou zdraví jedince podpořit či naopak poškodit. Zásadním cílem edukace je vést jedince k uvědomění si důležitosti úlohy zdravého životního stylu a nezaměřovat se ryze na negativní vlivy, ale vyzdvihovat pozitivní možnosti ochrany a rozvoje zdraví. Další důležitou oblastí je vytváření **postojů** ke zdraví. Ty jsou determinovány zejména prostředím, ve kterém jedinec žije, a proto je vždy účinnější zaměřovat se při výchovném působení na celou komunitu. Je důležité vyvarovat se zejména odsuzování, moralizování či násilnému ovlivňování hodnot a návyků, které mohou být typické pro určitou kulturní, náboženskou či jinou sociální skupinu, což by mohlo vést k vytváření negativních postojů jedinců k jakékoliv iniciativě zaměřené na ochranu a rozvoj jejich zdraví. Poslední důležitou složkou, která ovlivňuje chování jedince, je **praxe**. V této oblasti jsou nejefektivnějšími nástroji na změnu životního stylu populace legislativní ustanovení, jako jsou např. vyšší pokuty za porušení dopravních předpisů, vyšší ceny alkoholu a tabákových výrobků apod.

### 1.1.2 Sociální determinanty zdraví

Nezbytnou součástí vlivu na zdraví jedince tvoří sociální determinanty zdraví, které jsou neodmyslitelně spjaty s dobrým fungováním jedince ve společnosti a úrovni kvality života. Je důležité zabývat se nejen přístupem jedinců ke zdravotní péči, ale také sociálními a ekonomickými podmínkami, ve kterých tito jedinci žijí. Nyní se zaměříme na identifikaci nejdůležitějších sociálních determinant zdraví, jejichž vliv se odráží na zdravotním stavu populace.

Sociální determinanty zdraví se podle Holčíka (2010, s. 67-70) považují za základní příčiny zdravotní problémů, které se v populaci objevují, a to jak v historii, tak také v současnosti. I přesto bývá často tato oblast společností ignorována a není jí věnována dostatečná pozornost. Impulsem k řešení těchto problémů bylo v roce 2005 ustanovení Komise pro sociální determinanty zdraví (Commission on Social Determinants of Health) Světovou zdravotnickou organizací. Komise věnuje pozornost velké řadě sociálních témat, které mají vliv na zdraví jedinců (sociální izolaci, segregaci v bydlení, aktivitám ve volném čase, omezením nezaměstnanosti, vhodným podmínkám během dětství a dospívání apod.).

Holčík (2010, s. 72) uvádí, že podle WHO je základním východiskem práce komise *přesvědčení, že společnost, která dokáže vytvářet své sociální podmínky tak, aby vedly k lepšímu zdraví lidí, je lepší společnost. Zdraví je mírou úspěšnosti úsilí, kterým společnost přispívá k dobrému životu svých občanů.*

První zmiňovanou sociální determinantou je podle Čeledové a Čevely (2010, s. 30-31) **sociální gradient**. Sociální gradient reflektuje vlivy ekonomického a sociálního znevýhodnění na zdraví jedinců mezi různými sociálními skupinami. Může se týkat mnoha materiálních či sociálních příčin např. nedostatku rodinného majetku, nejistého zaměstnání, bydlení ve vyložených oblastech, náročných životních situací v rodině apod. S tím úzce souvisí i stresující podmínky, ve kterých lidé žijí.

Bakošová (2011, s. 72) upozorňuje na to, že **stres** a způsob, jakým naše tělo na stres reaguje, je důležitou oblastí, která ovlivňuje zdraví jedince. Tato reakce může být vyvolána jak pozitivní událostí (narození dítěte, svatba, ukončení studia), tak negativními životními událostmi (smrt, rozvod, nemoc, ztráta zaměstnání). Ve výchově ke zdraví je důležité zaměřit se na učení člověka vyrovnávat se s podmínky prostředí tak, aby nedošlo k jeho vyčerpání. Tím můžeme dosáhnout skutečné životní spokojenosti.



Podle Čeledové a Čevely (2010, s. 30-31) se základy pro zdraví člověka v dospělosti formují již v raném věku, a proto považujeme za další důležitou sociální determinantu zdraví **dětství**. Rozumíme tím zejména formování návyků ke zdraví u dětí během dětství. Za důležitý faktor můžeme považovat také podnětné emoční zázemí v rodině či dostatečný biologický vývoj dítěte.

Kaleja (2015, s. 10-11) upozorňuje na to, že sociální prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, zásadně ovlivňuje jeho předpoklady ke vzdělávání, uplatnění ve společnosti a determinuje jeho kvalitu života. U těchto dětí se poté můžeme setkávat s nedostatky v oblasti socializace, hodnotového systému, postojích ke vzdělávání apod.

Čeledová a Čevela (2010, s. 30-31) uvádějí, že na zdravotní stav jedinců se podepisuje také jejich **pracovní prostředí**. Nejisté či neuspokojující zaměstnání, nedostatečné ohodnocení, nemožnost projevit svůj pracovní potenciál, omezené možnosti k osobnímu růstu apod. To vše může negativně působit na zdraví jedince. Zásadní sociální determinantou zdraví je také **sociální vyloučení a chudoba**.

Janečková a Hnilicová (2009, s. 69) podotýkají, že i přes úsilí vlád mnoha vyspělých států můžeme pozorovat silnou determinaci sociálního prostředí. Lidé žijící ve vyloučených lokalitách, ohrožení špatnými hygienickými podmínkami, kriminalitou, nezaměstnaností a jinými sociálními nástrahami vyžadují zvýšenou pozornost všech aktérů společnosti v duchu rozvíjení a naplňování společenských hodnot a cílů.

Agentura pro sociální začleňování (GAC spol. s.r.o., 2015, s. 9-10) identifikovala, že mezi lety 2006 - 2014 se počet sociálně vyloučených lokalit v ČR téměř zdvojnásobil a stejně tak se zvýšil počet obyvatel žijících v těchto lokalitách. Zároveň přibývá lokalit, ve kterých Romové tvoří většinu této populace, jako tomu bylo v letech minulých. Přibývá zde chudých, většinou nezaměstnaných osob, které se vyznačují právě takovými charakteristikami, jenž bývají nesprávně připisované příslušníkům romské menšiny. Podle Skarupské (2016, s. 93) se jedná o klasickou kulturu chudoby, jak je v odborné literatuře popsána. Z výzkumu také vyplývá enormní nárůst lidí, žijících v jiném typu bydlení (zejména na ubytovnách), přičemž velké procento z nich má v péči nezletilé dítě. Podíl nezaměstnaných v daných lokalitách dosahuje až 85 %.

Vliv nezaměstnanosti na lidské zdraví můžeme pozorovat jak v oblasti somatické, tak psychické. Zásadní vliv mají psychické faktory, které jsou spojovány s pocity úzkosti, depresí,

sníženou sebeúctou a mohou vést až ke vzniku psychosomatického onemocnění. Lidé zažívají zvýšený stres, pocity strachu z budoucnosti, jsou odkázáni na pomoc jiných osob a institucí, ztrácí důležité sociální role. (Buchtová, Šmajš, Boleloucký, 2013, s. 104)

Zásadní vliv na zdraví člověka má také **výživa**. Fenomén nadměrné spotřeby nevhodných jídel a špatných stravovacích návyků se podepisuje na zdraví populace v podobě obezity a dalších závažných onemocnění, nejčastěji označovaných jako civilizační choroby. V rámci identifikace sociálních determinant zdraví nelze opomenout problematiku **závislostí**. Veškeré formy závislostí, které lze ve společnosti pozorovat, mají negativní vliv na zdraví jedince a na jeho ekonomický a sociální status. (Čeledová a Čevela, 2010, s. 30-31)

Za významný činitel lidského zdraví považuje Kebza (2005, s. 151- 159) existenci **sociální opory** a dobré sociální vztahy, které mohou významně přispívat ke zdraví jedince, ale i celé společnosti. Sociální opora je jednou z hlavních determinant, která působí na psychickou pohodu a zdraví člověka v případě nepříznivých životních událostí. Díky kvalitním sociálním vztahům k osobám, skupinám či širšímu společenství může člověk z těchto zdrojů, v případě potřeby, čerpat pomoc. Tato pomoc může mít charakter emocionální, hodnotící, informační či instrumentální (praktické) pomoci.

## 1.2 Zdraví a kvalita života

Kvalita života již nesouvisí s ryze medicínskou oblastí, ale začala se využívat jako důležitý faktor hodnocení sociálních a zdravotních podmínek života lidí. Význam tohoto pohledu na zdraví se rozvíjí zejména v posledních dvaceti letech, přesto však není k dispozici všeobecně přijatelná definice kvality života. (Kebza, 2005, s. 57-58)

Ludíková et al., (2013, s. 9) tento fakt objasňuje zejména pronikáním kvality života do mnoha vědních disciplín, které tento pojem definují z různých pohledů.

Mezinárodní zdravotnická organizace v roce 1996 definovala kvalitu života jako *jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám* (Ludíková et al., 2013, s. 10).

Ludíková et al., (2013, s. 11) dodává, že kvalita života se interpretuje ve dvou úrovních, a to v oblasti objektivních podmínek (např. životní podmínky, ekonomické ukazatele atd.) a subjektivních podmínek života.

V poslední době se do popředí zájmu dostává subjektivní vnímání kvality života. Tato oblast zahrnuje jak spokojenost s jednotlivými oblastmi života, tak celkovou spokojenost jedince se svým životem, pocity úspěchu, štěstí, duševní pohody apod. (Marková, 2012, s. 8)

V této oblasti se ujal pojem well-being, který se považuje za nedílnou součást kvalita života jedince, jak uvádí Kebza (2005, s. 62-68). V české terminologii se nahrazuje nejčastěji ekvivalentem „osobní pohoda“, který jednoznačně vystihuje duševní, tělesnou, sociální i spirituální dimenzi tohoto pojmu. V této souvislosti autor definuje čtyři základní složky osobní pohody: psychickou osobní pohodu, sebeúctu (self-esteem), sebeuplatnění (self-efficacy) a osobní zvládnání (personal control).

Oblast subjektivního vnímání kvality života může souviset i s dalšími dílčími oblastmi jako jsou sebehodnocení, vnímání vlastního těla, ale také vnímání smyslu života a naděje. Nalezení smyslu života a preferování osobních cílů mohou jedince dlouhodobě motivovat a řídit jeho život určitým směrem. (Marková, 2012, s. 9)

*Lékaři předepisují léky, o nichž toho málo vědí, proti nemocem, o nichž toho vědí ještě méně, lidem, o kterých nevědí vůbec nic.*

*Voltaire (1694 – 1778), francouzský osvícenec, filosof, básník a spisovatel*

## 2 PODPORA ZDRAVÍ A VÝCHOVA KE ZDRAVÍ

Pojem péče o zdraví je velmi rozsáhlý a zahrnuje širokou škálu zdravotnických, organizačních, výchovných, ekonomických a dalších prostředků a aktivit, jejichž cílem je chránit a upevňovat lidské zdraví. V určité míře se na péči o zdraví podílejí veškeré společenské subjekty. (Holčík, 2014, s. 83)

Holčík (2014, s. 83) podotýká, že *motivace lidí k péči o zdraví je nesnadným a důležitým úkolem, jehož zvládnutí je do značné míry podmíněno širokou škálou sociálních okolností, jako je kultura, politika, ideologická orientace, hodnotový systém, dosavadní zkušenosti apod.*

WHO shrnuje principy strategie péče o zdraví v programu **Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století**, který se stal návodem na komplexní péči společnosti o zdraví a jeho rozvoj podle vlastních regionálních potřeb jednotlivých členských států. Česká republika naplňuje jeho cíle na základě dvou vládou schválených dokumentů, tj. Akční plán zdraví a životního prostředí ČR a Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, Zdraví pro všechny v 21. století, který navazuje na program WHO Zdraví pro všechny do roku 2000 a vychází z jeho zkušeností. Daný program přináší 21 cílů na podporu a ochranu zdraví, ze kterých vychází mimo jiné i obsah školní výchovy ke zdraví. (Machová, Kubátová et al., 2015, s. 291)

**Veřejné zdravotnictví** (ang. public health) je podle WHO definováno jako *věda a umění předcházet nemocím, prodlužovat život, podporovat a rozvíjet fyzické i psychické zdraví a zdatnost prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti...* (Mareš, Hodačová a Býma, 2005, s. 20).

Podle Vurma et al., (2007, s. 11) je cílem tohoto vědního oboru zajištění co možná nejvyšší úrovně zdraví obyvatelstva zejména pomocí opatření na úrovni primární prevence. Veřejné zdravotnictví je tedy podstatnou součástí systému péče o zdraví obyvatelstva.

Mareš, Hodačová a Býma (2005, s. 19-20) definují součásti veřejného zdravotnictví, kterými jsou:

- sociální lékařství,
- zdravotní politika a management zdravotnictví,
- epidemiologie a biostatistika,
- hygiena a environmentální medicína,

- podpora zdraví.

Vurm et al., (2007, s. 12-13) definuje **sociální lékařství** jako vědu, která se zabývá zdravím obyvatelstva v kontextu sociálních problémů společnosti a hraje tak důležitou roli v propojování sociální a zdravotní problematiky. Důležitou oblastí výzkumu je vymezení subjektů, které by se zabývali komplexní zdravotní a sociální starostlivostí o jedince s postižením. V současné době se stále setkáváme s rezortní diverzifikací sociální a zdravotní sféry, avšak potřeba provázanosti obou oblastí vede k mezirezortním opatřením a spolupráci obou stran.

**Podpora zdraví** zahrnuje veškeré aktivity k pozvednutí celkové úrovně zdraví společnosti. Společenská podpora zdraví probíhá za aktivní účasti jednotlivců, rodin, komunit, organizací a společnosti jako celku. Jejím cílem je vytváření podmínek pro zdravý životní styl jednotlivců, ochranu životního prostředí, vytváření dobrých pracovních podmínek či příležitostí pro sportovní a rekreační vyžití občanů. Nedílnou součástí je vzdělávání a zvyšování informovanosti o zdravotní problematice. Zde připadá důležitá role na ženy, které v rozhodující míře ovlivňují utváření zdraví v rodině, zejména pak při výchově návyků a pěstování vztahu ke zdraví u svých dětí. (Machová, Kubátová et al., 2015, s. 12-13)

Vurm et al., (2007, s. 35) ale upozorňuje na to, že zásadním činitelem při podpoře zdraví by měl být sám občan, jelikož pokud není ochoten dodržovat zásady zdravého životního stylu, jsou všechna opatření společnosti bezvýsledná.

Nejvýznamnějším dokumentem pro rozvoj podpory zdraví ve společnosti byla Ottawská charta, přijatá na mezinárodní konferenci v roce 1986, která se stala svým pojetím jednou z nejcennějších součástí evropské zdravotní strategie – Zdraví 21. Vedle ochrany zdraví a prevence zdraví je základní skladební součástí podpory zdraví **zdravotní výchova**. (Holčík, 2009, s. 36)

## 2.1 Výchova ke zdraví jako celospolečenský fenomén

Holčík (2009, s. 34-35) označuje výchovu ke zdraví jako jednu z kategorií zdravotní výchovy, vedle tradiční výchovy ke zdraví zaměřené na edukaci pacientů a zdravotní výchovy zaměřené na rizikové faktory. Tato moderní a dynamicky se rozvíjející orientace zdravotní výchovy předpokládá zejména oboustrannou komunikaci a partnerský dialog mezi svobodnými a odpovědnými občany, kteří společně hledají cestu ke zdraví, při čemž vzájemně respektují rozdílnost svého sociálního postavení, životních cílů, názorové orientace či ekonomické situace.

Liba (2013, s. 193) přitom upozorňuje na skutečnost, že výchova ke zdraví nemůže být uspokojována pouze krátkodobými, izolovanými aktivitami, ale musí se jednat o soustavný cílevědomý proces, na kterém se budou podílet všichni činitelé společnosti na všech stupních působení (rodina, škola, masmédiá, legislativa, zdravotní starostlivost, pojištění, mládežnické organizace, nadace, občanské sdružení, nestátní a neziskové organizace a další).

Strejčková et al., (2007, s. 49) definuje výchovu ke zdraví jako vědní obor, který vychází z poznatků lékařských, sociálních, pedagogických a psychologických věd a je nedílnou součástí státem garantované péče o zdraví obyvatel. Jejím cílem je zajistit lidem informace v oblasti podpory zdraví a nežádoucích faktorů, které by mohly jejich zdraví ohrozit. Pokud jsou lidé v této oblasti dostatečně informováni, jsou schopni mnohem efektivněji chránit své zdraví. Výchova ke zdraví klade důraz zejména na motivaci lidí k aktivní účasti na péči o své zdraví.

Maňák (2010, s. 10) při tom zdůrazňuje, že *jde nikoli o výchovu jako jednorázové verbální působení na jedince, ale o záměrné uspořádání životního prostředí a vytvoření systému vhodných podmínek a podnětů, které na bázi spolupráce společenského zázemí působí směrem k vytyčeným cílům.*

Podle Liby (2013, s. 23) se dnešní výchova ke zdraví soustřeďuje na prevenci zdravotních a sociálně-patologických problémů, upozorňuje však na to, že v praxi se výchova ke zdraví soustřeďuje v největší míře na rozvoj kognitivní stránky osobnosti žáků, prvky výchovy ke zdraví se však nepřenáší do samotného životního stylu jedinců. Je proto žádoucí zaměřovat se při výchově ke zdraví na rozvoj všech stránek osobnosti jedince (kognitivní, afektivní i psychomotorické), jen tak lze totiž dosáhnout efektivních výsledků výchovy.

## 2.2 Výchova ke zdraví ve školním prostředí

Výchovu ke zdraví lze chápat jako jednu z dominantních cílových kategorií výchovného působení školy, která by měla v duchu humanistických ideálů podporovat vzdělanost, toleranci, zodpovědnost, spolupráci a rozvoj pozitivních preferencí a hodnot zdravého životního stylu s cílem zvnitřnění zdraví jako nejvyšší společenské hodnoty. (Liba, 2013, s. 188-189)

Havlíková et al., (2006, s. 27) upozorňuje na to, že škola by se měla problematikou zdraví zabývat na dvou úrovních. V první řadě se má škola soustřeďovat na podmínky a metody vzdělávání, kterými působí na zdraví všech aktérů školy. Druhým hlediskem se jeví obsah a

cíle vzdělávání, které by měly pomáhat žákům rozvíjet zdraví své i celé společnosti, přírody a světa.

Podporu zdraví ve škole má podle Havlínové et al., (2006, s. 88-89) zajistit např. **pohoda věcného prostředí**, která v sobě zahrnuje zejména dodržování hygienické nezávadnosti, bezpečí ve věcném smyslu, funkčnost a účelnost prostředí, její podnětnost, estetičnost, dostupnost všech prostor školy k pohybu a nabídku osobního prostoru pro své věci. Dále pak zdůrazňuje důležitost **pohody sociálního prostředí školy**, které rozvíjí postoje úcty, důvěry, účasti a empatie, otevřenosti, vůle ke spolupráci a pomoci. Za důležité složky podpory zdraví ve škole považuje autorka také správné rozvržení denních činností, zásady zdravého stravování a dostatek zdravého pohybu a tělesné aktivity. Tyto aspekty pomáhají zabezpečit **pohodu organizačního prostředí**.

Dle Fialové et al., (2014, s. 104-106) přinesly do základního vzdělávání zásadní změny nové kurikulární dokumenty, zejména Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV, 2005, 2007), který nabízí školám podklady pro realizaci výchovy ke zdraví. V obecné části dokumentu je oblast zdraví chápána jako jedna z hlavních cílů základního vzdělávání, jako součást cílového zaměření vzdělávacích oblastí a jako jedna z podmínek pro realizaci rámcového kurikula. Odpovědnost za zdraví a jeho ochranu je při tom považována za klíčovou kompetenci, o kterou edukační činnost školy usiluje. Obsah vzdělávacího oboru výchovy ke zdraví má každá škola za úkol implementovat do svých školních vzdělávacích programů.

Havlínová et al., (2006, s. 255-256) uvádí oblasti ve vzdělávacím obsahu RVP ZV, kde lze nalézt prvky podpory zdraví. Na 1. stupni základních škol se jedná o vzdělávací oblast *Člověk a jeho svět* a tematický okruh *Člověk a jeho zdraví*. Na 2. stupni základních škol je to vzdělávací oblast *Člověk a zdraví* a vzdělávací obory *Výchova ke zdraví* a *Tělesná výchova*. Problematika zdraví je však součástí učiva i dalších vzdělávacích oborů, např. Český jazyk a literatura, Cizí jazyk, ICT, Výchova k občanství, Člověk a svět práce a další. Zastoupení výchovy ke zdraví nalezneme i ve všech průřezových tématech.

Liba (2013, s. 196) podrobně navrhuje jednotlivé okruhy výchovy ke zdraví, které by podle něj měly být součástí kurikula školy. Vymezené okruhy mají respektovat humanistické tendence, musí být odvozené od modelů současných základních a středních škol, stejně tak od profesiogramu učitele a zároveň musí reflektovat a přijímat inovační přístupy v zájmu otevřeného modelu školní edukace. Pro představu uvádíme některé z okruhů:

- dynamika a aktuální zdravotní stav obyvatelstva,
- základní znalosti o hygieně školní práce, hygieně prostředí a hygieně domácí přípravy,
- úrazová prevence,
- racionální využívání volného času,
- výchova k ochraně a starostlivosti o přírodu,
- osvojení a kultivace zodpovědné komunikace,
- oblast sexuálního chování apod.

Mohlo by se zdát, že reformní vzdělávací dokumenty poskytují veškeré potřebné předpoklady pro efektivní realizaci výchovy ke zdraví, podle Maňáka (2010, s. 11-14) však některé studie poukazují na nedosahování očekávaných výsledků a objevují rozpory mezi teorií a praxí. V praxi se setkáváme s nefunkčností některých prvků systému, které mohou reformní snahy brzdit. Systém vzdělávání naráží zejména na špatnou připravenost realizátorů výchovy, tj. učitelů. Hlavním cílem se tedy jeví orientace na soustavné další vzdělávání i sebevzdělávání učitelů, podněcování jejich angažovanosti a posilování a rozvíjení inovativního myšlení v prostředí školy.

Šmajš (2010, s. 78-85) upozorňuje také na nutnost rekonstrukce obsahu vzdělávání a výchovy, která by měla být zaměřena zejména na návrat a prohloubení vztahu člověka a přírody. Vzdělávání má reflektovat současnou globální ekologickou krizi, má být vnímáno jako faktor utvářející kulturní systémy lidstva, které se v současné době staví hodnotově nad přírodu. Jako nejlepší návod na zdraví a osobní pohodu se jeví vést žáky při vzdělávání k přemýšlení a probouzení zájmu o problémy, které mohou vznikat při pokusu o řešení dnešního konfliktu kultury s přírodou.

Také Liba (2013, s. 189) klade důraz na potřebu přehodnotit zaběhlé a ověřené návody a scénáře na aplikaci výchovy ke zdraví, které je potřeba přizpůsobit různým podmínkám a dynamice vývoje společnosti.

Dle Machové a Kubátová et al., (2015, s. 287-289) se stal úspěšným projektem podpory zdraví ve školním prostředí na celoevropské úrovni projekt **Škola podporující zdraví** (Health Promoting School). Česká republika figuruje v projektu již od roku 1992 a síť zdravých škol je od roku 2000 trvale otevřená všem novým zájemcům, kteří mají zájem rozvíjet pohodové prostředí, zdravé učení a otevřené partnerství v prostředí své školy. Cílem projektu je ve smyslu holistického pojetí zdraví zařadit podporu zdraví do všech aktivit školy.



Mnoho podnětů a různorodých pohledů na výchovu ke zdraví přinesl podle Řehulky et al., (2011, s. 7) výzkumný záměr ŠKOLA A ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ realizovaný Pedagogickou fakultou Masarykovy university v letech 2005 – 2011. K výzkumnému úkolu přispěly příspěvky odborníků z různých profesních disciplín. V rámci projektu se každoročně konaly mezinárodní konference a další dílčí semináře, jejichž výstupy jsou prezentovány v jednotlivých sbornících. Ve sbornících nalezneme filosofické reflexe, pedagogické studie či obecné didaktické úvahy, které přispívají ke zvýšení zdravotní gramotnosti obyvatel a zefektivnění výchovy ke zdraví. Hlavním představitelem vědecké redakční rady se stal jeden z nestorů sociální pedagogiky prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.

*Zdraví je vzácná věc, je to vpravdě jediná věc, která zaslouží, abychom úsilí o ni obětovali nejen čas, pot, námahu, jmění, ale i život; tím spíše, že bez něho se pro nás život stává trápením a strastí. Není-li zdraví, potěmní a vyprchají i rozkoš, moudrost, učenost a ctnost.*

*Michel De Montaigne (1533-1592), francouzský renesanční myslitel, humanista a skeptik*

### 3 ASPEKTY VÝCHOVY KE ZDRAVÍ V PROFESI SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA

Kapitolu věnovanou zdravému životnímu stylu najdeme ve všech stěžejních publikacích vědního oboru sociální pedagogika, z čehož nepochybně vyplývá, že podpora zdraví a ovlivňování zdravého životního stylu představuje důležitou oblast vlivu sociální pedagogiky. Právě sociální pedagogika uplatňuje holistický přístup ke zdraví člověka a zaměřuje se zejména na ovlivňování prostředí, ve kterém jedinec žije, pracuje, tráví svůj volný čas apod. V současné době se můžeme setkat s výchovou ke zdraví zejména ve školních osnovách. Škola však nemůže toto působení postihnout v plném rozsahu, např. bez podpory rodiny a širšího společenství. Považujeme za velmi žádoucí podporovat zdravotně-výchovné působení právě v rodinách a komunitách. Přestože je toto působení nejučinnější v období dětství a dospívání, mělo by se jednat o celoživotní proces. Sociální pedagogika by se měla zaměřovat právě na kompenzaci negativních vlivů prostředí, které působí na zdraví jedince.

Bakošová (2011, s. 30-31) uvádí, že sociální pedagogika zaměřená na zdraví má své kořeny v Polsku, kde se o ni zasloužili zejména profesor A. R. Winnicki a jeho žákyně E. Syrek, avšak první zmínky o daném přístupu pochází od H. Radlinské, která se zaměřovala na prostředí dětí a mládeže v souvislosti s jejich zdravotním stavem. V současnosti se pedagogika zdraví soustřeďuje na holistický přístup ke zdraví orientovaný na zdravotní výchovu. Zajímavý pohled na výchovu ke zdraví přináší E. Bulska, která vyzdvihuje vliv životního prostředí na zdraví jedince. Autorka se také přiklání k názoru, že výchova a zdraví jsou vzájemně provázané oblasti a právě jejich vzájemnost podporuje u dítěte osvojování vhodných návyků a postojů ke zdraví, životu a spokojenosti ve škole. V ČR se vztahem sociální pedagogiky k problematice zdraví věnoval J. Mareš.

Kraus (2008, s. 170) spatřuje největší přínos výchovy ke zdravému životnímu stylu ve štěpování návyků tělesné a duševní hygieny jednotlivcům a ovlivňování hodnotové orientace společnosti jako celku. Při působení na utváření zdravého způsobu života jedinců by se měly aktivity zaměřovat na následující oblasti:

- *životní rytmus,*
- *pohybový režim,*
- *duševní aktivita,*
- *životospráva a racionální výživa,*
- *zvládání náročných životních situací.*

Podle Krause (2008, s. 171-172) představuje utváření zdravého životního stylu nejúčinnější prevencí vzniku rizikového chování či sociálních deviací. Jeho doménou je posilování odpovědnosti za vlastní jednání a celkové formování osobnosti, která je schopna čelit a vyrovnávat se s nepříznivými vlivy prostředí. Právě tyto snahy by se měly stát součástí kontinuálního výchovného působení všech výchovných pracovníků, a sociálních pedagogů především.

Spojením zdravotně-sociální péče o pacienty/klienty se ve své publikaci zabývají také Gabrielová a Velemínský (2015, s. 20). Autoři považují propojení zdravotní a sociální problematiky za nevyhnutelný krok, poskytující kvalitnější péči a komplexnější pohled na klientovu situaci. Snaží se zejména o vymezení propojení práce lékařů a sociálních pracovníků, které by mohlo umožňovat vytvoření ucelenějšího pohledu na situaci pacienta. Důležitost spolupráce se jeví také v oblasti sekundární prevence, v případech dlouhodobých recidivujících onemocnění vyžadujících komplexní rehabilitaci. Lidé mohou mít často z různých důvodů (mentální či tělesné postižení, nižší úroveň gramotnosti, jazyková bariéra apod.) problémy porozumět svému zdravotnímu stavu či průběhu léčby, s čím může pomoci právě spolupráce se sociálním pracovníkem.

Spojitosti daných oblastí nacházíme také v diamantovém modelu sociální pedagogiky. Model, používaný zejména ve Velké Británii, identifikuje 4 základní principy sociální pedagogiky. Tím hlavním má být well-being a happiness (tedy osobní spokojenost a štěstí), jež vyjadřují dlouhodobý proces udržitelnosti lidské pohody a spokojenosti ve všech oblastech života jedince. Dalším atributem je holistický přístup k učení (holistic learning), který předpokládá celoživotní rozvoj osobnosti, ve všech situacích, které nám život nabízí. Učení by se tedy nemělo omezovat pouze na školní prostředí. Neopomenutelným cílem je vytváření a podpora vztahů jedince s ostatními členy společnosti. Posledním principem je tzv. posílení (empowerment), které se zaměřuje na podporu postavení člověka ve společnosti, rozvoj odpovědnosti za jednání člověka vůči společnosti i sobě samému a budování kontroly nad vlastním životem, s cílem porozumět smyslu svého života. V samém centru diamantového modelu stojí pozitivní zkušenost (positive experiences). Podstatou je orientace na rozvoj všeho pozitivního a zmírňování či eliminace negativního, včetně představ jedince o sobě samém. (ThemPra Social Pedagogy, 2008-2014 cit. podle Andrysová, Martincová a Macháčková, 2014, s. 35-36)

V současné době se zvyšuje potřeba propojení zdravotní a sociální problematiky s cílem působit preventivně v oblasti podpory zdraví občanů, díky čemuž můžeme pozorovat určitou integraci zdravotních a sociálních služeb pro občany. V praxi se ukazuje, že není možné potírat vliv jednotlivých determinant na lidské zdraví. V tomto ohledu hovoří Čeledová a Čevela (2010, s. 48-49) o tzv. **zdravotně sociální prevenci**, která by měla zohledňovat veškeré faktory, které se podílejí na podpoře zdraví jedince a celé společnosti. V rámci zdravotně sociální prevence je vhodné uplatňovat vedle tradičních epidemiologických metod také sociologické metody, které se zaměřují na vliv sociálních determinant na lidské zdraví a mohou nám poskytnout informace např. o sociální soudržnosti komunit, porozumění sociálnímu prostředí, pocitu příslušnosti k určité sociální skupině apod.

Z výše uvedeného usuzujeme, že okruh působení sociální pedagogiky nesporně ovlivňuje zdraví jedince, jeho kvalitu života a osobní spokojenost. Hlavním cílem práce sociálního pedagoga je podpora a ochrana zdraví dětí a mládeže a jejich harmonického, všestranného vývoje. Teorie sociální pedagogiky zaměřená na zdraví dětí a mládeže je bezpochyby významným polem působnosti dané vědy, a to jak v oblasti primární, tak sekundární prevence. Cílem jejího působení však nejsou výhradně aktivity ve školním prostředí, ale naopak se zaměřuje na celou společnost. Jejím stěžejním zájmem je posilování rozvoje a udržování zdravé populace.

### 3.1 Kompetence sociálního pedagoga

V souvislosti se zkoumáním přínosu práce sociálního pedagoga k podpoře zdraví a zlepšení kvality života jedinců, považujeme za účelné přiblížení kompetencí sociálního pedagoga, které ho opravňují vykonávat určité činnosti a aktivity.

Kompetence charakterizuje Kraus (2001, s. 35) jako *požadavky, které v sobě zahrnují určitou výbavu vědomostí, jisté spektrum praktických (sociálních) dovedností, určitou profesionálně etickou identitu.*

Výstižně a komplexně vymezuje kompetence sociálního pedagoga Laca (2011, s. 157). Činnost sociálního pedagoga se podle něj zaměřuje na pomoc dětem, mládeži i dospělým s cílem zkvalitnění života jedinců pomocí preventivního, poradenského a edukačního působení.

Důležitost následujících osobnostních kompetencí při práci všech pedagogických či sociálních pracovníků (tedy i sociálních pedagogů) zdůrazňuje Procházka (2012, s. 77-78). Konkrétně uvádí:

- psychickou odolnost a fyzickou zdatnost,
- empatii a toleranci, osobní postoje a hodnotovou orientaci,
- osobní dovednosti (řešení problémů, kooperace, kritické myšlení),
- osobní vlastnosti (zodpovědnost, důslednost, přesnost aj).

Vymezení klíčových kompetencí sociálního pedagoga dle Bakošové (2005, s. 56) je spojeno se specifickými dovednostmi sociálního pedagoga, jeho činnostmi, schopnostmi a vědomostmi. Klíčové kompetence člení na kompetence edukační, kompetence prevence, kompetence převýchovy a kompetence poradenské a manažerské.

Předchozí model považujeme za výchozí pro aplikaci činnosti sociálního pedagoga na výchovu ke zdraví. Níže se pokusíme nalézt spojitosti s naší oblastí výzkumu.

**Kompetenci výchovy a vzdělávání** považujeme za důležitou zejména v oblasti sebevýchovy a seberozvoje, s cílem orientovat se především na pozitivní stránky osobnosti. Sociální pedagog by se měl zaměřovat na osvojování vhodných postojů a návyků ke zdraví a měl by se podílet na inovaci metod a obsahu výchovy ke zdraví. **Kompetenci převýchovy** doporučujeme zaměřovat na přeučení nevhodných návyků (hygienické návyky, stravovací návyky, rozvoj duševní hygieny apod.), které mohou vést k ohrožení zdraví jedinců. Navrhujeme směřovat působení sociálního pedagoga na rekonstrukci osobnosti ve smyslu resocializace, vštěpování pozitivní hodnoty (prioritně hodnoty lidského zdraví) a vyzdvihování sociální opory a podpůrných sítí, na které se může jedinec obrátit v situacích ohrožující jeho zdraví a pohodu. Za zásadní považujeme **kompetenci preventivní** (v podobě primární i sekundární), zaměřenou zejména na osvětu a zvyšování informovanosti o opatřeních podporujících zdraví, zejména však faktory, které mohou zdraví člověka ohrozit. Nejpodstatnější přínos činnosti sociálního pedagoga spatřujeme v jeho komplexním přístupu ke zdraví jedinců, v rámci něhož zohledňuje jednotlivé determinanty zdraví a snaží se je ve své činnosti pozitivně využít. V **oblasti poradenství** vidíme za vhodné zaměřovat se na posilování efektivní komunikace, na klientovo porozumění situaci, ve které se právě nachází, navrhování vhodných řešení, přiměřených cílů apod. Důležitost spatřujeme také ve vyjadřování pocitů klienta, uvolňování emocí, navrhování různých relaxačních technik a zejména využívání potenciálu prostředí a jeho vhodného ovlivňování. Nedílnou součástí práce sociálního pedagoga je **kompetence manažerská**, díky které je schopen spolupracovat s jinými odborníky a institucemi. V oblasti péče o zdraví by se měl zaměřovat především na kooperaci se školou

a školskými zařízeními, volnočasovými institucemi, zdravotními pracovníky, zařízeními sociální služeb a v rámci osvětové činnosti využívat také mediální komunikaci. (Bakošová, 2005, s. 56)

Inspiraci a nové poznatky můžeme čerpat z projektu realizovaného pod záštitou Univerzity Komenského v Bratislavě. Cílem výzkumné úlohy byla analýza tří studijních oborů z oblasti pomáhajících profesí – sociální práce, sociální pedagogiky a léčebné pedagogiky.

Středa (© 2012) podotýká, že obor léčebná pedagogika (někdy označovaný jako terapeutická pedagogika) v České republice, na rozdíl od jiných evropských zemích či USA, podstatně zaostává. Tento obor se zabývá vzděláváním a výchovou, ale také diagnostikou a terapií jedinců, jejichž situace je ztížena nepříznivými okolnostmi (výchovnými, sociálními, zdravotními apod.), které znemožňují jedincům vést věku přiměřený způsob života a uplatnit se adekvátně ke svým schopnostem. V České republice není tento obor akreditovaný žádnou vysokou školou, lze studovat pouze jeho určité specifika jako je arteterapie, muzikoterapie aj. Na Slovensku se s ním můžeme setkat na Slovenské zdravotnické univerzitě v Bratislavě pod vedením Prof. PhDr. Marty Hornákové, PhD.

Hornáková (2008, s. 199-200) uvádí, že v rámci projektu se podařilo přispět ke zpřehlednění profilů absolventů daných oborů, k vypracování standardů pro jejich vzdělávání, došlo ke zkvalitnění mezioborové spolupráce a výzkumu a v neposlední řadě posloužili poznatky výzkumu k přípravě zákona o pedagogických pracovnících na Slovensku. Při zkoumání spojitostí obsahů jednotlivých porovnávaných oborů se ukázala největší shoda právě mezi sociální pedagogikou a léčebnou pedagogikou, překvapivě mnohem větší než mezi sociální pedagogikou a sociální prací, kde byla shoda naopak nejmenší. Řešitelé se však nepřiklání k vytváření společných modulů vzdělávání, naopak zdůrazňují potřebu svébytnosti obou oborů. Zároveň se ale přiklání k některým formám efektivní spolupráce v rámci studia, jako např. společné projekty či studentské konference, v rámci kterých by měli studenti možnost srovnávat stejná témata studentských prací z pohledu jednotlivých oborů apod.

Sociální pedagog může v praxi pracovat se všemi věkovými kategoriemi od dětí až po seniory a paleta jeho činností je velmi pestrá. V tomto ohledu jsou na sociálního pedagoga kladeny vysoké nároky, a to jak na jeho vědomosti, tak i na jeho osobnostní předpoklady. Požadavky na práci sociálního pedagoga se stále formují a vyvíjí a reagují na aktuální potřeby společnosti a situaci na trhu práce. V naší práci se snažíme upozornit na možnosti aktivit

sociálního pedagoga při podpoře zdraví u vybraných cílových skupin sociální pedagogiky. Jejich charakteristice věnujeme následující kapitolu.

*Má-li být však náprava úspěšná, musí být komplexní a všestranná, neboť "nebude-li současně napravovat všechno, co vzájemně souvisí, nikdy se nedostanete kupředu..."*

*Jan Amos Komenský (1592-1670), moravský biskup Jednoty bratrské, teolog, filozof, pedagog a spisovatel*

## 4 CHARAKTERISTIKA CÍLOVÝCH SKUPIN

Činnosti sociálního pedagoga se zaměřují na utváření životního způsobu jak zdravé populace (oblast primární prevence), tak i na vyhledávání potencionálně sociálně patologicky jednajících lidí (oblast sekundární prevence). Aktivity sociálního pedagoga se soustřeďují na problémy patologického charakteru, marginální skupiny a osoby, které jsou ohroženy ve svém osobnostním rozvoji. Jeho aktivity reagují na aktuální společenskou situaci. Při výkonu činnosti pracuje sociální pedagog nejen s klienty samotnými, ale také spolupracuje s příbuznými klientů (například s rodiči v případě práce s dětmi), pedagogickými pracovníky, sociálními pracovníky, psychology a dalšími odborníky. Nyní se pokusíme identifikovat důležité aspekty, které se týkají podpory zdraví u vybraných cílových skupin sociální pedagogiky, na které se budeme zaměřovat v našem výzkumu. Konkrétně se jedná o skupinu dětí a mládeže, seniorů a osob ohrožených sociálním vyloučením. Tyto vybrané skupiny, dle našeho názoru, dobře reprezentují rozmanitost působení sociálního pedagoga.

### 4.1 Zdraví dětí a mládeže

Jednou ze stěžejních oblastí programu Zdraví 21 je „ZDRAVÍ MLADÝCH“. Za cíl si klade vytváření optimálních podmínek pro zdraví mladých lidí, kteří jsou schopni plnit svou roli ve společnosti, dělat zdravější rozhodnutí a jsou způsobilější ke zdravému životnímu stylu. Stěžejním důvodem, proč se danou problematikou zabývat, je nezdravé socio-environmentální prostředí dětí a mládeže. Tato skupina je nejvíce ohrožena pasivním způsobem života, nedostatkem pohybu, nepříznivým působením prostředí a sociálně-patologickými jevy. (Vyleťal, 2011, s. 97)

Dle Matouška a Pazlarové (2014, s. 143-144) je závažným rizikem pro zdravý vývoj dítěte také nevhodné zacházení s dítětem, spojené s termínem „syndrom CAN“ (child abuse and neglect syndrom). Jedná se o neposkytnutí nutné péče či úmyslné ubližování dítěti rodičem či osobou, která má dítě v péči. Takové jednání může vážně poškodit zdraví dítěte, popř. ohrozit i jeho život. Poškození může mít formu fyzického, psychického a sexuální týrání či emocionálního zanedbávání.

Kabíček, Csémy, Hamanová et al., (2014, s. 32 -33) uvádějí, že období dospívání se v současném moderním světě stává nejrizikovějším vývojovým obdobím, na rozdíl od dob minulých či situaci v současných nerozvinutých společnostech, kde je nejrizikovějším obdobím



pro dosažení zdravé dospělosti časně dětství. Jsou to právě dospívající, kteří častěji podléhají rizikovému životnímu stylu, který jim pomáhá řešit jejich aktuální problémy. V této souvislosti se používá speciální termín **syndrom rizikového chování v dospívání**, jelikož některé z jeho projevů jsou typické pouze pro tuto věkovou skupinu. Rozlišují se tři základní okruhy rizikového chování dospívajících – zneužívání návykových látek, rizikové chování v oblasti psychosociální a rizikové chování v oblasti sexuální. Specifickou oblast rizikového chování adolescentů představují poruchy příjmu potravy, tj. mentální anorexie a mentální bulimie.

Jak uvádí Petrová (2011, s. 129) je období dospívání *obdobím převratných změn biologických, tělesných i duševních. Náš organismus připomíná chemickou továrnu těsně před výbuchem, a tak není divu, že uvnitř nás řešíme konflikt se sebou samým a s prostředím, které nás obklopuje.*

Podle Stanoeva (2010, s. 35) je období dospívání velkou výzvou pro sociální pedagogiku. Při výchovném působení je však potřebné vědět o světě dospívajících dostatečné množství informací. Specifickou oblastí jsou subkultury mládeže, jejichž fungování je pedagogům většinou skryto, pro pochopení světa dospívajících je však jejich poznání nezbytné. Stejně tak by měli být všichni pedagogičtí pracovníci dostatečně vzděláni v problematice zneužívání návykových látek.

Průcha (2015, s. 89) uvádí hlavní okruhy problémů, kterým se sociální pedagogika věnuje ve vztahu k dětem a mládeži:

- *poruchy rodiny a rodičovství,*
- *náhradní rodinná výchova a ústavní výchova dětí a mládeže,*
- *vzdělávání dětí uprchlíků a imigrantů,*
- *týrané, zneužívané a zanedbávané děti,*
- *děti ohrožené drogami a sociokulturní deprivací,*
- *sociální klima školy a psychosociální deviace ve školním prostředí,*
- *školní fobie,*
- *delikvence a agrese mládeže,*
- *kriminogenní skupiny a subkultury mládeže,*
- *dětská prostituce a pornografie,*
- *dodržování práv dítěte.*

Z výše uvedeného vyplývá, že J. Průcha se ve svém konceptu zaměřuje zejména na děti a mládež v krizových situacích. Határ (2009, s. 31) však upozorňuje na to, že sociální pedagogika se nezabývá pouze člověkem v ohrožení, ale i jednotlivci a sociálními skupinami v běžných životních situacích v rámci primární prevence.

Procházka (2012, s. 131) považuje sociálního pedagoga za dostatečně erudovaného odborníka, který může ve velké míře přispět k preventivnímu působení ve školním prostředí. Je kompetentní k organizování vzdělávání učitelů v oblasti prevence, realizaci preventivních kurzů a programů, zprostředkování zkušeností mezi školami či prosazování klíčových témat prevence.

Knotová (2014, s. 71) se při vymezování sociálních deviací inspiroje již zmiňovaným bio-psycho-sociálním modelem zdraví a uvádí praktický příklad hledání příčin problémového chování žáka:

- v biologické oblasti by se měl sociální pedagog zaměřit např. na možné poruchy pozornosti či poruchy učení, které mohou sehrát roli v chování žáka,
- z psychologického hlediska je důležité zvažovat vliv výchovného prostředí rodiny, dynamiku a klima školní třídy,
- v oblasti sociální je potřebné studovat vliv širší komunity, lokálního prostředí žáka, vliv sociálně vyloučených lokalit na jedince apod.

## 4.2 Zdraví seniorů

Mühlpachr (2004, s. 15) upozorňuje na to, že problematika seniorů se v současnosti neprezentuje pouze jako problém medicínský a andragogický, ale také jako problém sociální, ekonomický, právní a v neposlední řadě jako problém sociálně pedagogický a speciálně pedagogický.

Vědu zabývající se stárnutím a stářím, jejich zákonitostmi, příčinami, projevy a vědeckými podklady pro zdravé stárnutí a komplexní péči o seniory nazýváme gerontologií. Tato interdisciplinární, komplexní věda v současné době přesahuje problémy biologického, lékařského, sociálního či demografického charakteru a zásadním způsobem se rozvíjí také v oblasti pedagogické, andragogické a speciálně pedagogické v podobě nově koncipované gerontopedagogiky. (Mühlpachr a Bargel, 2011, s. 7-8)

Pacovský (1994, cit. podle Vágnerová, 2000, s. 449) uvádí, že zdraví ve stáří má odlišnou dimenzi. Velký význam zde hraje subjektivní postoj k vlastním potížím. Přílišná zaměřenost

na zdravotní neduhy může významně ovlivnit i sociální status starého člověka. Důležitým úkolem tohoto období je přizpůsobení se svým možnostem a akceptace svých omezení.

Mezi typické zátěžové situace období pravého stáří řadí Vágnerová (2000, s. 492):

- nemoc a úmrtí partnera,
- zhoršení zdravotní stavu a
- ztrátu jistoty soukromí a vynucenou změnu životního stylu.

Mühlpachr (2004, s. 86-87) považuje seniory také za ohniskovou skupinu sociální patologie. Stejně jako u dětí a mladistvých, jejichž problematika je společností upřednostňována, se u seniorů setkáváme se sociálně patologickými projevy. Staří lidé se relativně snadno stávají oběťmi trestných činů, jako jsou krádeže, podvody, vydírání a specifickým problémem jsou mezigenerační konflikty v rodinách a násilí páchané na seniorech.

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 106) spojují tyto jevy se sociálními aspekty neúspěšného stárnutí. V této souvislosti upozorňují na věkovou diskriminaci seniorů, diskriminaci spojenou s jejich zdravotní a funkční křehkostí, nevhodným jednáním se starými lidmi či chudobou a sociální exkluzí těchto osob.

Oblast „ZRAVÉHO STÁRNUTÍ“ je také nedílnou součástí náplně programu Zdraví 21. Nízká porodnost a zvyšování počtu starých osob v populaci způsobuje od počátku 20. století tzv. stárnutí populace. Pro seniorskou populaci však není důležitý počet dožitých let, ale zejména jejich kvalita. Hlavním předpokladem zdravého stárnutí je zůstat aktivní, zajímat se o dění kolem sebe, neztratit své sociální kontakty a zůstat součástí života společnosti. To ovšem vyžaduje určitou míru spoluodpovědnosti všech složek společnosti v duchu rozvíjení mezigenerační solidarity a úcty ke stáří. (Machová, Kubátová et al., 2015, s. 295-296)

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 129-130) upozorňují na potřebu přizpůsobení politiky státu na sociální a demografické změny společnosti, a to zejména v oblasti politiky zaměstnanosti, důchodové politiky či zdravotnických a sociálních služeb, s cílem integrovat seniory do ekonomického a sociálního rozvoje společnosti. Součástí těchto aktivit by měla být hodnotově zaměřená výchova ke gerontologické gramotnosti, určená všem profesionálům, kteří přicházejí do styku se seniorskou populací.

Jedním z přínosů pro zlepšení kvality života seniorů se podle Adamce, Dana a Haškové (2010, s. 361-362) jeví vzdělávání seniorů, což potvrzuje i výzkum pořádaný Masarykovou univerzitou v akademickém roce 2006/2007. Vzdělávání na univerzitách třetího věku po-

máhá seniorů k účasti na společenském životě, prohlubuje jejich sociální kontakty, vědomosti a získané informace, představuje pro seniory možnost voluntaristického uplatnění a může být jedním z faktorů k dosažení tzv. „moudrosti stáří“.

*Kulturní vyspělost národa se měří různými částečnými, někdy komickými měřidly, spotřebou ústních vod, mýdla, papíru, vody a podobně. Nejlépe je však dokumentována tím, jak se stará o seniory, a jaké je stárnutí seniorů toho kterého národa.* (Muraňová, 2001, cit. podle Mühlpachr a Bargel, 2011, s. 31)

Mühlpachr a Bargel (2011, s. 4) upozorňují na to, že sociální pedagogika je poprvé ve svých dějinách postavena před tvrdou realitu, ve které senioři postupně převyšují skupinu dětí a mladistvých v populaci. To představuje výzvu pro všechny moderní pedagogické disciplíny, sociální pedagogiku nevyjímaje.

Úcta a respekt ke stáří se stává aktuální výzvou pro společnost 21. století. V tomto směru by měla být jednou z hlavní iniciativ gerontologicky orientovaná výchova zaměřená na specifika stárnutí a stáří, jako přirozené součásti lidského života. Cílem takto orientované výchovy je co nejvyšší možné zapojení seniorů do života společnosti, zvyšování mezigenerační solidarity, uspokojování specifických potřeb seniorů a zejména zlepšení kvality jejich životních podmínek. Významný posun v chápání interdisciplinarity sociální pedagogiky přináší publikace prof. Mühlpachra a MUDr. Bargela *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*.

### **4.3 Zdraví osob ohrožených sociálním vyloučením**

Podle Agentury pro sociální začleňování (2016) jsou sociálně vyloučenými osobami ti *občané, kteří mají ztížený přístup k institucím a službám, jsou vyloučeni ze společenských sítí a nemají dostatek vertikálních kontaktů mimo sociálně vyloučenou lokalitu*.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2016-2018 (Zlínský kraj, © 2015, s. 118) do skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením řadí osoby závislé, osoby bez přístřeší, osoby v postpenitenciární péči, osoby propuštěné z ústavní či ochranné výchovy, osoby odcházející z pěstounské péče a osoby žijící ve vyloučených lokalitách.

GAC spol. s r.o. (2006, s. 9) uvádí v analýze sociálně vyloučených romských lokalit, že některé skupiny obyvatel jsou sociálním vyloučením ohroženy více než jiné. Jedná se zejména o:

- *nedostatečně vzdělané osoby,*
- *dlouhodobě nebo opakovaně nezaměstnané,*
- *lidi s mentálním či fyzickým handicapem,*
- *osoby trpící nějakým druhem závislosti,*
- *osaměle žijící seniory,*
- *imigranty, příslušníky různě (etnicky, nábožensky, sexuální orientací aj.) definovaných menšin,*
- *lidi, kteří se ocitli v těžké životní situaci, z níž si sami nedokáží pomoci a další.*

Zlínský kraj (2015, s. 121) dále identifikoval v rámci cílové skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením problémy s uspokojováním následujících potřeb:

- dostupné bydlení,
- zajištění podmínek pro osobní hygienu, praní prádla, zajištění ošacení a stravy,
- podpora při získání zaměstnání,
- odborná rada a pomoc (dluhová problematika, problematika závislostí),
- přenocování,
- pomoc při osamostatňování,
- včasná léčba závislostí.

Misíková (2008, s. 319) upozorňuje na rizika, kterými jsou osoby ohrožené sociálním vyloučením vystaveny. Nejčastěji se jedná o nevyhovující životní podmínky a z toho vyplývající zhoršený zdravotní stav a neuspokojivé naplňování základní životních potřeb, které mohou být spouštěčem rizikového chování těchto jedinců. Takové jednání pak představuje riziko nejen pro tyto jedince, ale také pro celou společnost.

Osoby ohrožené sociálním vyloučením představují akční pole pro sociální pedagogiku, a to jak v oblasti profylaxe, tak v oblasti sociálně-pedagogické kompenzace. V prvním případě se jedná zejména o činnosti zaměřené na utváření životního stylu zdravé populace a vyhledávání potencionálně ohrožených jedinců v rámci aktivit středisek prevence, protidrogových center, linek důvěry apod. Druhá oblast je zaměřena na převýchovné působení a uspokojování potřeb jedinců, kteří jsou nějakým způsobem sociálně znevýhodněni či představují potencionální riziko pro společnost. Toto působení vyžaduje interdisciplinární spolupráci, která se uskutečňuje v nápravných zařízeních, výchovných ústavech, zařízeních ústavní a ochranné výchovy, léčebnách apod. (Kraus, 2014, s. 46-47)

Specifickou oblastí možného působení sociálního pedagoga jsou sociálně vyloučené lokality, které bohužel v současné době představují nedílnou součást české společnosti, jak uvádí Skarupská (2016, s. 87-94). Autorka považuje sociálního pedagoga za kompetentního člena multidisciplinárních týmů, které pracují v sociálně vyloučených lokalitách. Na rozdíl od sociálního pracovníka by zde měl sociální pedagog působit především jako pedagog, který svou výchovnou činností přispívá u jedinců k převzetí zodpovědnosti a kontrole nad podmínkami, ve kterých tito jedinci žijí. Za stěžejní cíl výchovného působení považuje Skarupská narušení zaběhlých kulturních vzorců souvisejících s kulturou chudoby, které se přebírají z generace na generaci a představují tak ohrožení pro děti a mládež žijící v těchto lokalitách.

#### 4.3.1 Problematika romského etnika

Preissová Krejčí (2013, s. 155) poukazuje na to, že v České republice je problematika sociální exkluze spojována se zástupci etnických minorit, zejména s romskou menšinou. Zúžení pohledu na sociální vyloučení jako problém romského etnika potvrzuje i Skarupská (2016, s. 91). Autorka doplňuje, že tímto způsobem bylo sociální vyloučení vnímáno až do prvního desetiletí 21. století. Ke změně dochází až s krizí v letech 2008-2013, která postihuje širokou část obyvatelstva.

Davidová et al., (2010, s. 97) uvádějí, že trend zdravého životního stylu ve společnosti se ve většině případů netýká právě romské populace. Romové zaujímají ke zdraví spíše instrumentální postoj, tj. nedoceňují a nevnímají důležitost zdravotní prevence, což ovlivňuje nejen kvalitu jejich zdraví, ale také předpoklad jejich začlenění do společnosti a zvýšení jejich sociálního statusu.

Davidová et al., (2010, s. 97-98) dále identifikují faktory, které podmiňují zdravotní stav romské populace. Nejpodstatnější vliv mají sociokulturní charakteristiky, které reflektují hodnoty Romů ke zdraví vlastnímu i ke zdraví ostatních. Dalším faktorem je odlišný způsob života zahrnující např. odlišné výživové a stravovací návyky romské minority. Jiný vztah zaujímají také k nemoci a prevenci jejího vzniku, což se poté odráží na jejich chování při nemoci. Zásadní vliv na zdraví Romů má jejich socioprofesionální zařazení, většinou na rizikových a fyzicky náročných pracovních pozicích, popř. také jejich nezaměstnanost.

Moravec (2006, s. 41) doplňuje, že naprostá většina Romů ze sociálně vyloučených lokalit je dlouhodobě nezaměstnaná a je tak závislá pouze na státních sociálních dávkách.

Hajduchová a Urban (© 2014, s. 47) uvádějí ve své studii o sociálních determinantách zdraví u romské minority v České republice, že existují velké rozdíly mezi subjektivním a objektivním hodnocením zdravotního stavu u romské populace. Ačkoliv můžeme pozorovat v romských komunitách vysokou nemocnost a návštěvnost lékařů, časté hospitalizace a nevhodný životní styl, který se podepisuje na zdraví Romů, subjektivně se většina z nich cítí dobře. Tato situace dle autorů představuje široké pole pro uplatnění preventivních aktivit, České republice však chybí plošně realizovaný program, který by se zabýval zlepšováním zdravotního stavu romských komunit.

Péče o zdravotní stav etnických minorit je celoevropským problémem, jehož řešení vyžaduje aktivní spolupráci státních institucí, ale také zapojení samotných představitelů romské komunity. Hlavním cílem zdravotní politiky státu je redukce sociálních rozdílů ve zdraví mezi jednotlivými sociálními skupinami, které podle některých odborníků ve společnosti stále přetrvávají. (Davidová et al., 2010, s. 98)

Vzhledem k tomu, že problematika zdraví a zdravého životního stylu je stále více a více aktuální, narůstá i potřeba vést lidi ke zdraví, působit osvětově na skupiny osob s nízkou informovaností a motivovat jedince, jejichž zdraví je ohroženo nesprávnou životosprávou k dodržování zásad zdravého životního stylu. To by mělo být hlavním úkolem sociální pedagogiky v oblasti výchovy ke zdraví. Je důležité, aby se sociální pedagogika podílela na vnímání zdraví jako nejvyšší lidské i společenské hodnoty. Podcenění prevence v oblasti zdraví a zdravého životního stylu může vést k ohrožení pozice člověka ve společnosti, v horším případě až k jeho exkluzi.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 5 METODIKA VÝZKUMU

V praktické části diplomové práce realizujeme výzkumné šetření. Při zpracování praktické části vycházíme, po stránce metodologické, především z publikace M. Chrástky *Metody pedagogického výzkumu*.

### 5.1 Výzkumný problém

Sociální pedagogika je v České republice poměrně mladým oborem, od svého vzniku však urazila dlouhou cestu. Neustále dochází k rozvoji v mnoha oblastech a pole jejího zaměření se rozšiřuje. Sféry daného oboru nejsou striktně vymezeny, můžeme se tak v praxi setkávat s různorodou škálou specifického zaměření sociální pedagogiky. Vzhledem k transdisciplinaritě oboru a rozdílným přístupům autorů k sociální pedagogice je komplikované vytvoření určitého standardizovaného profesního modelu sociálního pedagoga. Jako složité se jeví také jeho zařazení do katalogu prací, o což již několik let usilují akademičtí pracovníci na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Na druhou stranu tato transdisciplinarity umožňuje absolventům oboru sociální pedagogiky široké uplatnění na trhu práce, a to hned v pěti resortech vlády. Naše práce je snahou o propojení sociálně-pedagogické a zdravotní problematiky. Věříme, že oblast zdraví a jeho posilování není stěžejním tématem pouze pro oblast zdravotnictví, ale měla by být součástí celospolečenského povědomí, a stejně tak součástí otázek sociálně-pedagogických. V teoretické části práce se také snažíme upozornit na skutečnost, že výchova ke zdraví by neměla být pouze záležitostí školy. Je potřebné přehodnotit tento koncept, reagovat na dynamiku vývoje společnosti a podporovat vnímání výchovy ke zdraví jako iniciativy, na které by se podíleli všichni činitelé společnosti. Tato snaha by měla být podpořena adekvátní profesní přípravou nejen učitelů, ale všech vzdělavatelů, kteří se podílejí na výchovném působení, sociálních pedagogů nevyjímaje. Považujeme za žádoucí pěstovat ve společnosti zdraví jako nejvyšší lidskou hodnotu. Jako sociální pedagogové máme možnost přispět k tomuto úkolu svým specifickým odborným působením, přístupem k člověku jako k svébytné individuální bytosti a pohlížením na problémy klientů v celé jejich šíři. V naší práci se snažíme upozornit na možné uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví. Na výzkum podobného charakteru v českém prostředí jsme při pilotáži nenarazili.

## 5.2 Výzkumné cíle

Výzkumné cíle vyjadřují záměr výzkumného šetření, kterého chceme v praktické části dosáhnout. Pro výzkumné šetření jsme stanovili následující výzkumné cíle. Rozlišujeme hlavní a dílčí výzkumné cíle. Dílčí výzkumné cíle jsou interpretovány tak, aby vycházely z cíle hlavního a rozvíjely jej.

### Hlavní výzkumný cíl:

**HVC:** Identifikovat názory respondentů na možné uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví.

### Dílčí výzkumné cíle:

**DVC 1:** Zjistit potřebnost výchovy ke zdraví u vybraných cílových skupin sociální pedagogiky.

**DVC 2:** Popsat způsob, jakým může sociální pedagog přispět ke zdravotně-výchovnému působení u vybraných cílových skupin sociální pedagogiky.

**DVC 3:** Identifikovat kompetence stěžejní pro práci sociálního pedagoga při výchově ke zdraví u vybraných cílových skupin sociální pedagogiky.

**DVC 4:** Zjistit potřebnost výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika.

## 5.3 Výzkumné otázky

Pro výzkumné šetření byly stanoveny následující výzkumné otázky. Rozlišujeme hlavní výzkumnou otázku a dílčí výzkumné otázky.

### Hlavní výzkumná otázka:

**HVO:** Jaký je názor respondentů na možné uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví?

- 1. A Specifická výzkumná otázka:** Existují rozdíly v názorech respondentů na uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví v závislosti na jejich cílové skupině? (otázka č. 1 a č. 8)

**H1:** Předpokládáme, že názory respondentů na uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví se liší v závislosti na jejich cílové skupině.

**Dílčí výzkumné otázky:**

**DVO1:** Jaký je názor respondentů na potřebnost výchovy ke zdraví u jednotlivých cílových skupin?

**DVO 2:** Jakým způsobem může podle respondentů sociální pedagog přispět ke zdravotně-výchovnému působení u jednotlivých cílových skupin?

**DVO 3:** Jaké kompetence jsou podle respondentů stěžejní pro práci sociálního pedagoga při výchově ke zdraví u jednotlivých cílových skupin?

**DVO 4:** Jaký je názor respondentů na potřebnost výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika?

**2. A Specifická výzkumná otázka:** Existují rozdíly v názorech respondentů na potřebnost výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika v závislosti na jejich cílové skupině? (otázka č. 1 a č. 13)

**H2:** Předpokládáme, že názory respondentů na potřebnost výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika se liší v závislosti na jejich cílové skupině.

	<b>Druh dat</b>	<b>Závisle proměnná</b>	<b>Nezávisle proměnná</b>	<b>Testování hypotézy</b>
<b>H1</b>	<b>Nominální/ Nominální</b>	<b>Názor na uplatnění sociálního pedagoga</b>	<b>Cílová skupina</b>	<b>Chí – kvadrát – kontingenční tabulka</b>
<b>H2</b>	<b>Nominální/ Nominální</b>	<b>Názor na potřebnost výchovy ke zdraví při studiu SP</b>	<b>Cílová skupina</b>	<b>Chí – kvadrát – kontingenční tabulka</b>

**Tabulka I Operacionalizace proměnných**

## 5.4 Pojetí výzkumu

Vzhledem k charakteru výzkumného problému byl zvolen kvantitativně orientovaný výzkum za použití anonymního dotazníkového šetření. Přínosem zvoleného pojetí je skutečnost, že nám umožní získat náhled většího počtu respondentů na problematiku uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví. Dále nám umožní porovnat výsledky šetření u vybraných cílových skupin sociální pedagogiky.

## 5.5 Výzkumný soubor

Za základní výzkumný soubor byli zvoleni studenti oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Daná univerzita byla vybrána záměrně, jelikož obor Sociální pedagogika zde nemá další specializaci a je obecně zaměřen na uplatnění v pomáhajících profesích (v České republice lze studovat sociální pedagogiku s různými specializacemi, např. Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních – Univerzita Hradec Králové, Sociální pedagogika se zaměřením na volný čas – Masarykova Univerzita apod.). Lze tedy předpokládat pokrytí všech cílových skupin vybraných v našem výzkumu. Dalším důvodem záměrného výběru je zaměření na poslední ročníky studia (viz. níže), které všechny univerzity ke studiu neposkytují. Dalším záměrem je orientace na studenty kombinované formy studia, kteří pracují v oboru s vybranými cílovými skupinami, konkrétně s dětmi a mládeží, seniory a osobami ohroženými sociálním vyloučením (jejich charakteristice ve vztahu ke zdraví a oboru sociální pedagogiky je věnována kapitola č. 4). Rozdělení cílové skupiny nám umožní porovnat příležitosti sociálně-pedagogického působení v oblasti zdraví u jednotlivých skupin. Zároveň můžeme předpokládat, že díky studiu oboru Sociální pedagogika mají respondenti dostatečné povědomí o profesi sociálního pedagoga a mohou tak svými názory přispět k vyjasnění výzkumného problému. Z důvodu zvýšení našeho předpokladu se dále zaměřujeme pouze na poslední ročníky studia, tj. 3. ročník bakalářského studia a 2. ročník navazujícího magisterského studia. Jedná se tedy o záměrný výběr.

Výběrový soubor tvoří studenti 3. ročníku bakalářského studia a 2. ročníku navazujícího magisterského studia kombinované formy oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

## 5.6 Technika sběru dat

Pro účely diplomové práce byl vytvořen dotazník, který zkoumá názory respondentů na možné uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví u vybraných cílových skupin sociální pedagogiky. Tato metoda byla vybrána především s ohledem na zvolený vzorek a jeho počet. Dotazník je anonymní a neobsahuje žádné demografické údaje (s výjimkou profesního zařazení respondentů). V záhlaví dotazníku uvádíme obecné informace o dotazníku, konkrétně kdo výzkum provádí, co je jeho cílem, k čemu budou výsledky výzkumu určeny a dále jsou zde uvedeny informace o zajištění anonymity dotazníku. Dotazník obsahuje otázky uzavřené, polouzavřené i otázky otevřené. Dotazník se skládá z 16 položek. Otázka č. 1 je otázkou filtrační, jež má za úkol vyloučit dotazované, kterých se výzkumné šetření

netýká. Dále umožňuje rozdělit dotazované na podskupiny, dle jejich cílové pracovní skupiny. Otázka obsahuje upřesnění pro cílovou skupinu osob ohrožených sociálním vyloučením, a to konkrétní typy zařízení (rozdělení dle Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji, 2015), ve kterých může respondent s danou cílovou skupinou pracovat. Otázky č. 2–7 se týkají potřebnosti výchovy ke zdraví u jednotlivých cílových skupin. Otázky č. 8–10 se vztahují ke způsobu, jakým může sociální pedagog u dané cílové skupiny přispět ke zdravotně-výchovnému působení. Otázky č. 11–12 zkoumají důležitost kompetencí sociálního pedagoga při výchově ke zdraví. Otázky č. 13–14 jsou zaměřené na potřebnost výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika. Otázky č. 15–16 jsou doplňující. Otázky jsou totožné pro všechny skupiny respondentů.

## 5.7 Metody analýzy dat

Data získaná dotazníkovým šetřením byla zaznamenána do tabulek v programu Microsoft Excel. Následné vyhodnocení a porovnání bylo pro větší přehlednost doplněno o grafické zpracování a komentář. K zodpovězení výzkumných otázek bylo použito popisné statistiky. Pro testování hypotéz byl použit test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Hladinu významnosti jsme stanovili na 0,05, která nám zajišťuje, že lze tyto výsledky zobecnit na 95 % základního souboru.

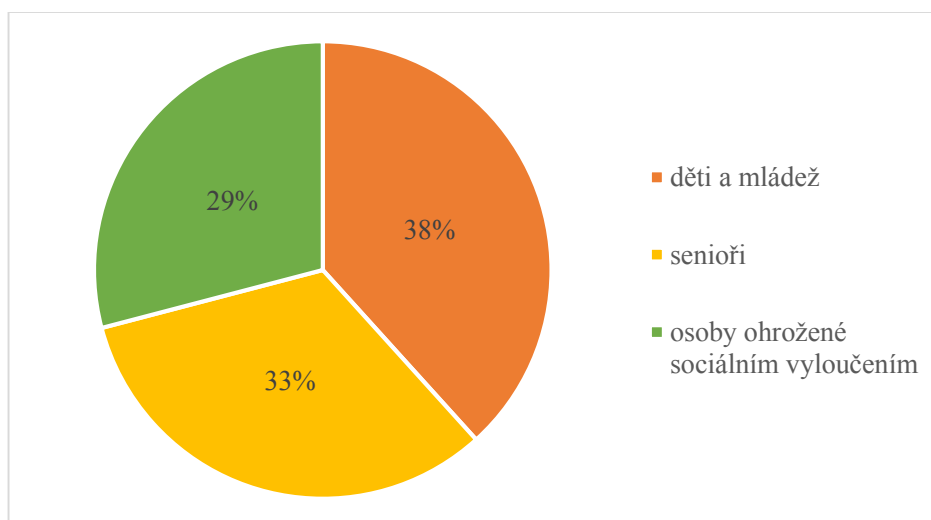
Do kontingenční tabulky byly zaznamenány pozorované četnosti a dopočítány očekávané četnosti. Pomocí vzorce  $\chi^2 = (P-O)^2 / O$  byly vypočítány hodnoty pro každé pole kontingenční tabulky, následně byly tyto hodnoty sečteny. Vypočítané testové kritérium bylo na základě vypočítaných stupňů volnosti pomocí vzorce  $f = (r-1) \cdot (s-1)$  a zvolené hladiny významnosti srovnáno s kritickou hodnotou testového kritéria. Na základě tohoto porovnání byla přijata nulová nebo alternativní hypotéza.

## 6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Na základě dat sesbíraných z dotazníkového šetření prezentujeme v následující kapitole výsledky výzkumu. Analýza dat dosažená výzkumným šetřením je zobrazena pomocí tabulek a grafů. Zpracování dat bylo provedeno v programu Microsoft Excel. Ke každé tabulce či grafu je uvedena interpretace získaných poznatků.

Celkový počet respondentů je 141. U některých položek v dotazníku byla možnost více odpovědí, a proto se nám celková pozorovaná četnost navýšila.

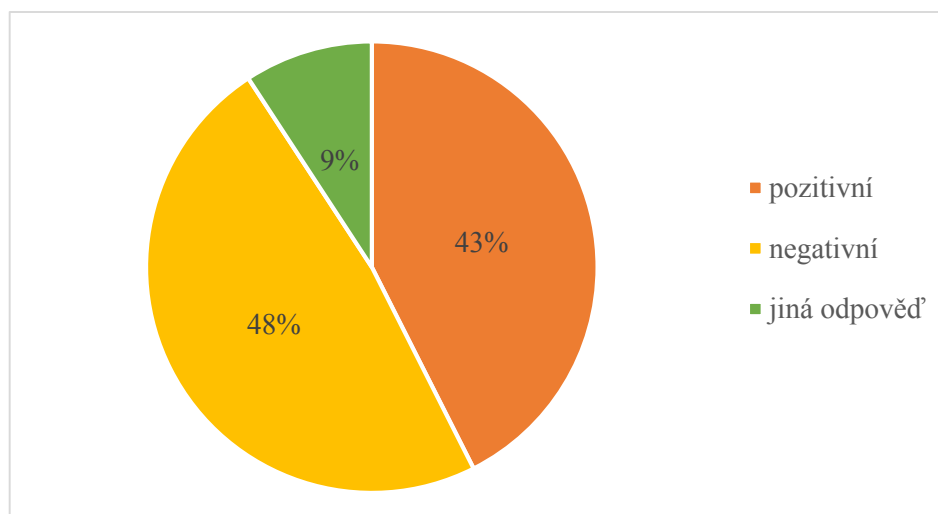
### Otázka č. 1 Ve své praxi pracujete s následující cílovou skupinou:



**Graf I Cílová skupina respondentů**

Otázka č. 1 zkoumala cílovou skupinu, se kterou respondenti ve své praxi pracují. Z výše uvedeného grafu vyplývá, že u 38 % respondentů jsou cílovou skupinou děti a mládež, u 32 % respondentů to jsou senioři a u 29 % respondentů jsou cílovou skupinou osoby ohrožené sociálním vyloučením.

## Otázka č. 2 Jaký vztah má podle Vás Vaše cílová skupina ke zdraví?



Graf II Vztah cílových skupin ke zdraví

Otázka č. 2 se zaměřuje na zjištění vztahu ke zdraví u jednotlivých cílových skupin výzkumu. Celkové shrnutí získaných údajů nám poskytuje výše uvedený graf. 48 % respondentů se domnívá, že jejich cílová skupina má negativní vztah ke svému zdraví a 43 % dotazovaných se přiklonilo k možnosti kladného vztahu ke zdraví. Jiné, otevřené odpovědi využilo 9 % respondentů. Zde se respondenti nejčastěji vyjadřovali ve smyslu individuálního pohledu u jednotlivých klientů, nedokázali na otázku odpovědět nebo se také objevovaly odpovědi neutrálního/lhostejného vztahu ke zdraví.

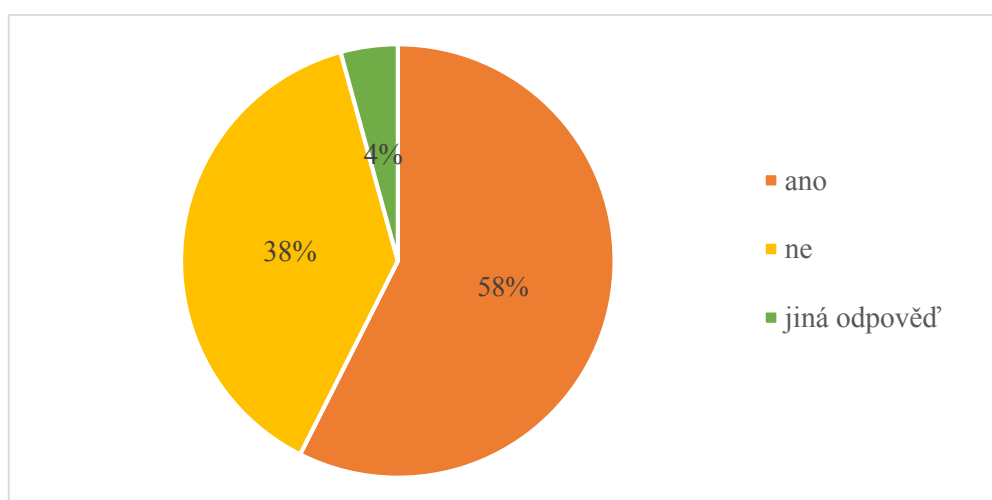
Pro srovnání odpovědí mezi jednotlivými cílovými skupinami jsme vytvořili následující tabulku:

Děti a mládež		Senioři		OOSV	
Škála	Pozorovaná četnost	Škála	Pozorovaná četnost	Škála	Pozorovaná četnost
Pozitivní	<b>38</b>	Pozitivní	<b>18</b>	Pozitivní	<b>5</b>
Negativní	<b>10</b>	Negativní	<b>26</b>	Negativní	<b>32</b>
Jiná odpověď	<b>6</b>	Jiná odpověď	<b>2</b>	Jiná odpověď	<b>4</b>

Tabulka II Vztah cílových skupin ke zdraví

Z výše získaných dat vyplývá, že nejvíce pozitivní vztah ke zdraví zaujímá skupina dětí a mládeže. U ostatních dvou skupin jsme zaznamenali spíše negativní vztah ke zdraví, u skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením je tento názor nejpočetnější, výrazně tak převyšuje pozitivní odpověď. U této skupiny také 4 pracovníci uvádí lhostejný vztah ke zdraví u svých klientů.

**Otázka č. 3 Má podle Vás Vaše cílová skupina dostatek informací o tom, co může podporovat či poškozovat jejich zdraví?**



**Graf III Informovanost o podporování či poškozování zdraví**

Prostřednictvím otázky č. 3 se snažíme zjistit, zda mají cílové skupiny dostatek informací o tom, co může podporovat či poškozovat jejich zdraví. Z výše uvedeného grafu je patrné, že 58 % dotazovaných se domnívá, že jejich cílová skupina má dostatek informací z dané oblasti, zatímco 38 % respondentů zastává opačný názor. Zbylé 4 % respondentů se přiklonilo k otevřené odpovědi. Podle jejich názoru sice mají cílové skupiny dostatek daných informací, ale ty nejsou mnohdy pravdivé a komplexní (celkový pohled na zdraví – tělesné, psychické, emoční, sociální apod.) nebo je klienti nevyužívají.

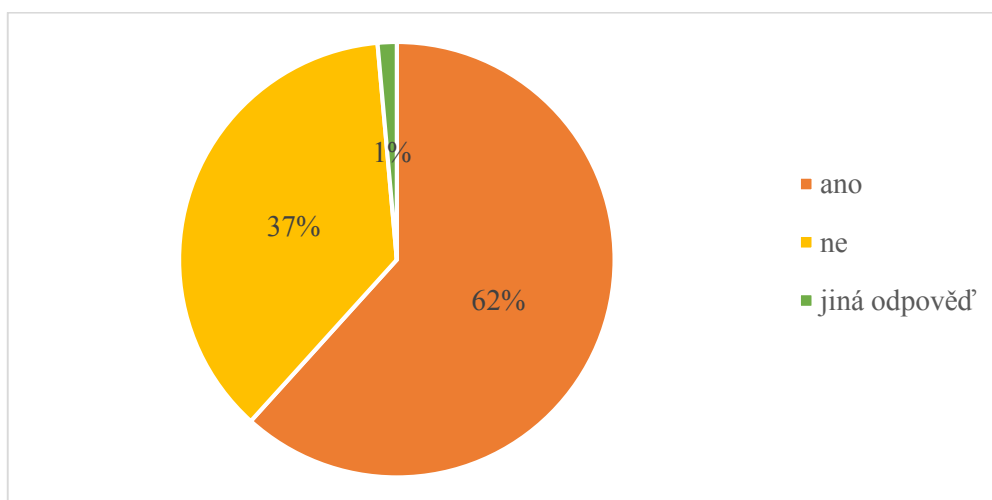


Děti a mládež		Senioři		OOSV	
Škála	Pozorovaná četnost	Škála	Pozorovaná četnost	Škála	Pozorovaná četnost
Ano	38	Ano	20	Ano	23
Ne	13	Ne	25	Ne	16
Jiná odpověď	3	Jiná odpověď	1	Jiná odpověď	2

**Tabulka III Informovanost o podporování či poškozování zdraví**

U této položky jsme zaznamenali rozdíly v odpovědích u jednotlivých cílových skupin. Pro jejich srovnání přikládáme tabulku č. III. Podle respondentů mají nejvíce informací z oblasti zdraví děti a mládež, naopak nejméně informovaní jsou v této oblasti senioři.

**Otázka č. 4 Jsou tyto informace pro Vaši cílovou skupinu dostatečně dostupné?**



**Graf IV Dostupnost informací**

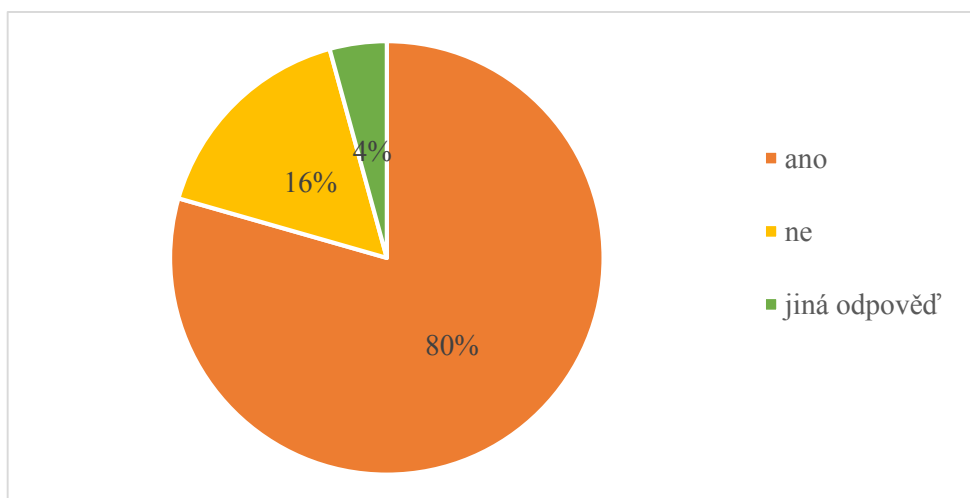
Graf IV zobrazuje odpovědi na otázku dostatečné dostupnosti informací z oblasti zdraví u jednotlivých cílových skupin výzkumu. Z grafu je patrné, že více než polovina dotazovaných se domnívá, že pro jejich cílovou skupinu jsou tyto informace dostatečně dostupné. 38 % respondentů zaujímá opačný názor. Zbylí 2 respondenti uvádí, že ačkoliv jsou informace pro klienty dostupné, nevyužívají je.

Děti a mládež		Senioři		OOSV	
Škála	Pozorovaná četnost	Škála	Pozorovaná četnost	Škála	Pozorovaná četnost
Ano	45	Ano	18	Ano	24
Ne	9	Ne	27	Ne	16
Jiná odpověď	0	Jiná odpověď	1	Jiná odpověď	1

Tabulka IV Dostupnost informací

Pro srovnání odpovědí na otázku č. 4 u jednotlivých cílových skupin uvádíme tabulku výše. Můžeme si všimnout, že stejně jako u otázky č. 3 bylo nejvíce kladných odpovědí zaznamenáno u skupiny dětí a mládeže, stejně tak nejvíce záporných odpovědí u skupiny seniorů.

**Otázka č. 5 Uvítal/la byste podporu při zajišťování výchovy ke zdraví u Vaší cílové skupiny (exkurze, přednášky, projektové dny apod.)?**

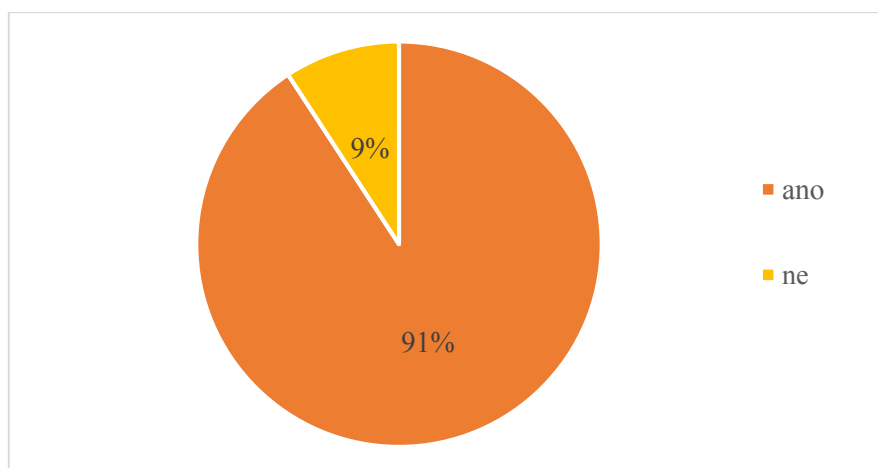


Graf V Podpora při zajišťování výchovy ke zdraví

U otázky č. 5 se většina respondentů shoduje na názoru, že by u své cílové skupiny uvítala podporu při zajišťování výchovy ke zdraví. Největší počet (12) záporných odpovědí jsme zaznamenali u skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením, nejmenší počet u skupiny dětí a mládeže (3). Respondenti se také vyjadřovali formou otevřené odpovědi. U skupiny dětí a mládeže dotyční uvádějí, že tuto podporu mají zajištěnou nebo se jí sami věnují. U

skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením se opět respondenti vyjadřují ve smyslu zbytečnosti dané aktivity realizovat z důvodu nezájmu jejich klientů.

**Otázka č. 6 Považujete za důležité působit v oblasti zdraví a jeho posilování u Vaší cílové skupiny?**



**Graf VI Důležitost působení v oblasti zdraví a jeho posilování**

Otázka č. 6 zkoumala, zda respondenti považují za důležité působit v oblasti zdraví a jeho posilování u své cílové skupiny. Velká většina respondentů se shoduje na názoru, že toto působení je pro jejich cílovou skupinu důležité. Druhou, tedy zápornou možnost ve stejném poměru označovali pracovníci u skupiny seniorů a osob ohrožených sociálním vyloučením.

**Otázka č. 7 Jaký největší problém spatřuje v oblasti zdraví u Vaší cílové skupiny?**

Děti a mládež		Senioři		OOSV	
Škála	PČ	Škála	PČ	Škála	PČ
Vliv rodičů	<b>19</b>	Psychický stav	<b>18</b>	Pasivita	<b>21</b>
Vedení k zodpovědnosti	<b>9</b>	Pasivita	<b>7</b>	Hygiena	<b>8</b>
Strava	<b>8</b>	Dostupnost informací	<b>7</b>	Návykové látky	<b>7</b>
Pohyb	<b>7</b>	Strava	<b>6</b>	Finance	<b>3</b>
Vrstevníci	<b>7</b>	Kvalita života	<b>6</b>	Životní styl	<b>3</b>
Motivace	<b>5</b>	Medikace	<b>6</b>		
Návykové látky	<b>3</b>				

**Tabulka V Největší problém v oblasti zdraví u cílových skupin**

Prostřednictvím otevřených položek v dotazníku (otázka č. 7) zjišťujeme, jaký největší problém v oblasti zdraví respondenti spatřují u své cílové skupiny. Někteří respondenti zde uvádějí více odpovědí, proto se pozorovaná četnost navýšila. Získaná data jsou rozdělena do škál a pro porovnání rozdělena podle cílových skupin.

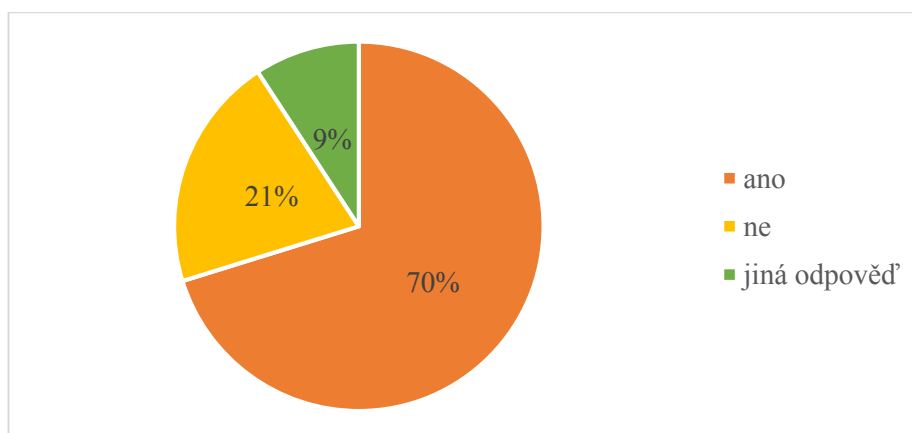
Mezi nejčastější odpovědi u skupiny dětí a mládeže respondenti uvádějí vliv rodičů. Dotazovaní zastávají názor, že na zdraví dětí a mládeže se podepisují nevhodné návyky v rodině (strava, hygiena, motivace), domácí klima, špatný biorytmus a rodiče nejdou dětem a mladistvých v oblasti zdraví dobrým příkladem. S tím také úzce souvisí druhá nejčastější odpověď respondentů, ve které se vyjadřují k nevhodnému či nedostatečnému vedení dětí a mládeže k zodpovědnosti za své zdraví a neuvědomování si negativních následků jejich chování. Dalšími závažnými problémy u dětí a mladistvých se jeví strava a nedostatek pohybu. Respondenti uvádějí, že děti a mladiství jsou ohroženi přílišnou nabídkou nezdravých jídel (fast-food, přemíra sacharidů, tuků, slazených nápojů), vlivem reklamy a v důsledku toho stále rostoucím rizikem vzniku obezity. Nedostatek pohybových aktivit přičítají účastníci výzkumu především vlivu PC, mobilů, tabletů a televizí, u kterých děti tráví podstatnou část

svého volného času. Za další problém respondenti považují vliv vrstevníků, v menší míře také motivaci a ohrožení návykovými látkami.

U druhé cílové skupiny považují respondenti za nejzávažnější problém v oblasti zdraví psychické rozpoložení. Další nejčastější odpovědi dotazovaných je pasivita, která se projevuje zejména neochotou spolupracovat a nezájmem o novinky, v důsledku zažitých stereotypů myšlení. Respondenti zde také zmiňují malou dostupnost informací o zdravém životním stylu, dále také nevhodné stravovací návyky seniorů. Za problém pracovníci považují také zhoršenou kvalitu života spojenou se zhoršováním zdravotního stavu, zejména zde zdůrazňují mobilitu seniorů. Zajímavou oblastí, kterou dotazovaní zmiňují je medikace. Respondenti se vyjadřují k jejímu nevhodnému nastavování, zneužívání léčiv, utlumení rozumových schopností seniorů léky, nadužívání antibiotik apod.

Nejčastěji uváděným problémem v oblasti zdraví u skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením je pasivita, do které jsme zahrnuli odpovědi týkající se apatie, neochoty spolupracovat, něco řešit, rezignace na život či nezájmu o své zdraví. Dalšími častými odpověďmi byly nedostatečná hygiena a problémy týkající se užívání návykových látek. Mezi další odpovědi, které se objevovaly v menší míře, patří nedostatek financí a celkově nevhodný životní styl.

#### Otázka č. 8 Myslíte si, že k řešení výše uvedených problémů by mohl přispět sociální pedagog?



Graf VII Přínos sociálního pedagoga při řešení problémů

Otázka č. 8 zkoumá, zda by mohl sociální pedagog přispět k řešení problémů uvedených v otázce č. 7. Jak vyplývá z grafického znázornění, většina respondentů se přiklání ke kladnému názoru, naopak 21 % zvolilo zápornou odpověď. Zbýlých 9 % dotazovaných využilo možnosti otevřené odpovědi. Většina z těchto respondentů si není jistá, zda by byl k řešení daných problémů sociální pedagog vhodný, nebo se domnívá, že by mohl k řešení přispět pouze částečně. Zápornou odpověď nejčastěji (v 15 případech) označovali respondenti s cílovou skupinou osob ohrožených sociálním vyloučením, nejméně jich bylo zaznamenáno o skupiny dětí a mládeže (6 odpovědí).

U otázky č. 8 nás dále zajímalo, zda se potvrdí následující stanovená hypotéza:

**H1: Předpokládáme, že názory respondentů na uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví se liší v závislosti na jejich cílové skupině.**

H<sub>0</sub>: Mezi cílovou skupinou respondentů a jejich názorem na uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví neexistuje statisticky významná souvislost.

H<sub>A</sub>: Mezi cílovou skupinou respondentů a jejich názorem na uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví existuje statisticky významná souvislost

Cílová skupina	Uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví		Σ
	Ano	Ne	
Děti a mládež	46	6	52
Senioři	32	9	41
OOSV	21	16	37
Σ	99	32	130

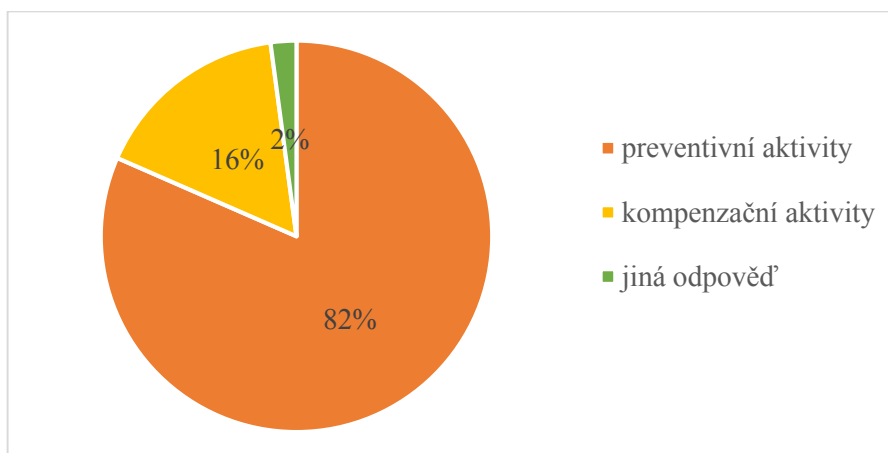
**Tabulka VI Kontingenční tabulka č. 1**

Na základě získaných dat jsme vypočítali testové kritérium  $\chi^2 = 14,35$ , které posuzujeme na hladině významnosti 0,05 při stupni volnosti 2 s tabelovanou hodnotou  $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$ .

$$\text{Porovnání: } \chi^2 = 14,35 > \chi^2_{0,05}(2) = 5,991$$

Na základě výše uvedeného vztahu zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní, kdy mezi názory respondentů na uplatnění sociálního pedagoga a jejich cílovou skupinou existuje statisticky významná souvislost.

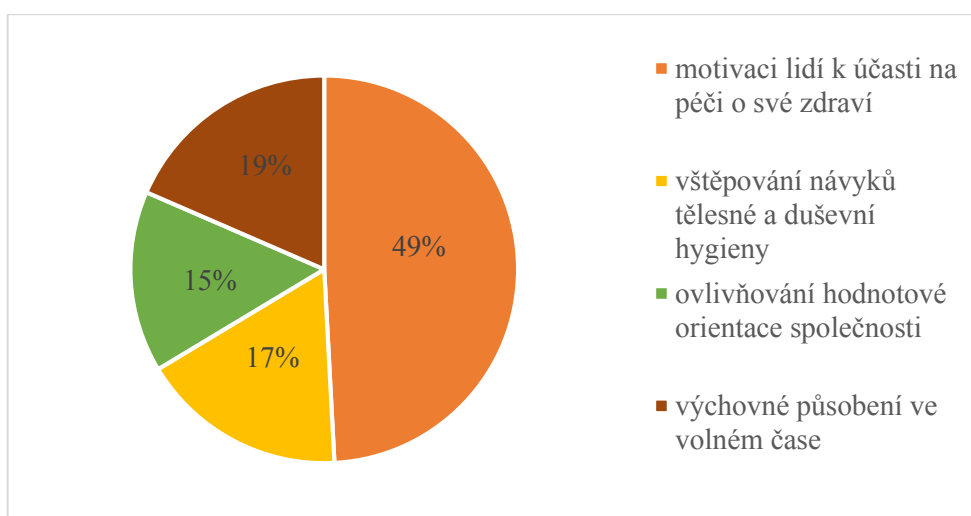
**Otázka č. 9 Práce sociálního pedagoga při výchově ke zdraví by se měla zaměřovat především na:**



**Graf VIII Zaměření sociálního pedagoga při výchově ke zdraví**

U otázky č. 9 se velká většina respondentů (82 %) shoduje na názoru, že sociální pedagog by se měl v oblasti výchovy ke zdraví zaměřovat především na preventivní aktivity, pouze 16 % dotazovaných se domnívá, že by se měl zaměřovat spíše na kompenzační činnosti, spojené s eliminací negativních vlivů prostředí. 3 respondenti se domnívají, že sociální pedagog by měl působit v obou oblastech – preventivní i kompenzační.

**Otázka č. 10 Činnosti sociálního pedagoga při výchově ke zdraví by se měly zaměřovat na:**



**Graf IX Činnosti sociálního pedagoga při výchově ke zdraví**

Výše uvedený graf znázorňuje názory respondentů na činnosti sociálního pedagoga při výchově ke zdraví. Téměř polovina respondentů se domnívá, že sociální pedagog by se měl v této oblasti zaměřovat na motivaci lidí k účasti na péči o své zdraví. Druhou nejčastější odpovědí je výchovné působení ve volném čase a podobný počet odpovědí jsme zaznamenali u možnosti vštěpování návyků tělesné a duševní hygieny. Nejméně procent získala odpověď ovlivňování hodnotové orientace společnosti, avšak ani tuto odpověď nelze považovat za zanedbatelnou.

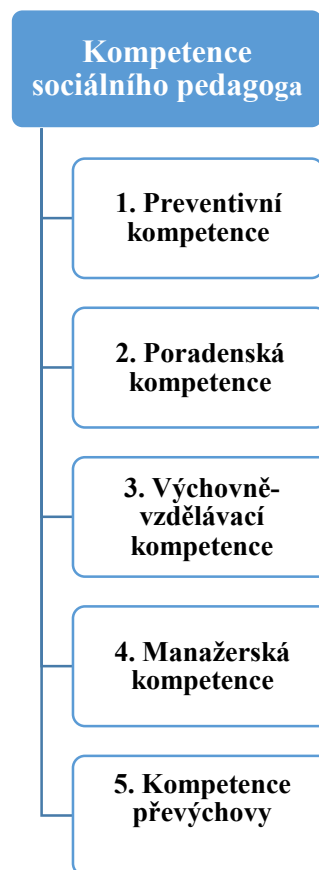
**Otázka č. 11 Posud'te na škále míru důležitosti jednotlivých kompetencí sociálního pedagoga při výchově ke zdraví:**

	Abso- lutně ne- důležité	Spíše ne- důležité	Důležité	Spíše dů- ležité	Absolutně důležité
<b>Výchovně-vzdělávací kompetence</b> (osvojování vhodných návyků a postojů ke zdraví)	0	3	45	48	45
<b>Kompetence převýchovy</b> (přeučení nevhodných návyků, resocializace)	0	28	59	35	19
<b>Preventivní kompetence</b> (osvětová činnost, preventivní programy)	0	0	24	53	64
<b>Poradenská kompetence</b> (orientace v situaci, hledání vhodných řešení, přiměřených cílů)	0	1	33	51	56
<b>Manažerská kompetence</b> (spolupráce a kooperace s odborníky, plánování, hodnocení)	0	9	37	65	30

**Tabulka VII Důležitost kompetencí sociálního pedagoga při výchově ke zdraví**

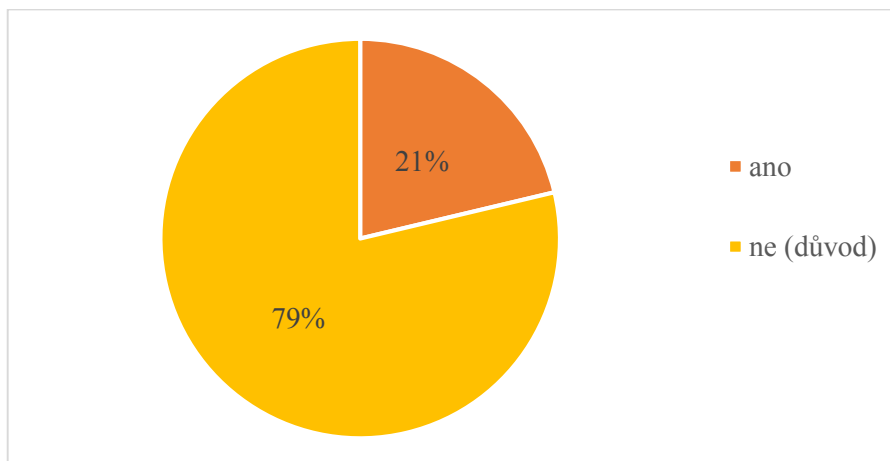


U otázky č. 11 se snažíme zjistit, jaké kompetence sociálního pedagoga považují respondenti za důležité při výchově ke zdraví. Na základě výše získaných dat jsme vytvořili hierarchických kompetenční model sociálního pedagoga při působení v oblasti výchovy ke zdraví. Jednotlivé kompetence jsou seřazeny dle důležitosti na základě poznatků získaných dotazníkovým šetřením. Z obrázku č. I je patrné, že jako nejdůležitější shledávají respondenti kompetenci preventivní, téměř stejně početnou je také kompetence poradenská. Na třetím místě se umístila výchovně-vzdělávací kompetence a jako další důležitou kompetenci spatřují respondenti kompetenci manažerskou. Nejvíce záporných odpovědí jsme zaznamenali u kompetence převýchovy, avšak i zde výrazně převažovaly kladné odpovědi, lze ji tedy považovat za neméně důležitou.



Obrázek I Hierarchický kompetenční model sociálního pedagoga

**Otázka č. 12 Měla by být podle Vás realizace výchovy ke zdraví výhradně v kompetenci školy (zaměřena zejména na děti a mládež)?**



**Graf X Kompetence školy při realizaci výchovy ke zdraví**

U otázky č. 12 se téměř 80 % respondentů shoduje na názoru, že realizace výchovy ke zdraví by neměla být výhradně v kompetenci školy, tedy zaměřena pouze na děti a mládež. U této odpovědi jsme dále zjišťovali opodstatnění tohoto názoru.

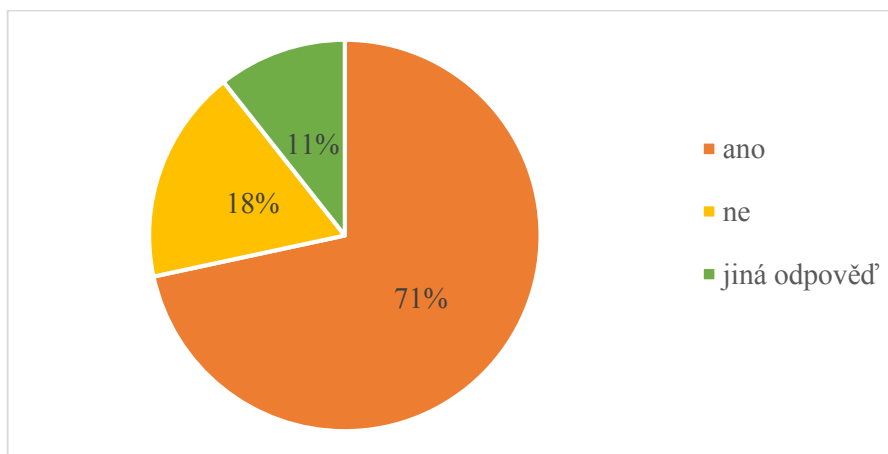
Děti a mládež		Senioři		OOSV	
Škála	PČ	Škála	PČ	Škála	PČ
Rodina	<b>20</b>	Všechny věkové kategorie	<b>12</b>	Rodina	<b>16</b>
Všechny věkové kategorie	<b>11</b>	Rodina	<b>10</b>	Všechny věkové kategorie	<b>10</b>
Externí odborníci	<b>7</b>	Nedostatečné	<b>6</b>	Jiné instituce	<b>8</b>
Volnočasové instituce	<b>5</b>				
Nedostatečné	<b>4</b>				

**Tabulka VIII Kompetence školy při realizaci výchovy ke zdraví**

Prostřednictvím polootevřené otázky v dotazníku nás dále zajímalo, z jakého důvodu respondenti nepovažují školu výhradně kompetentní v oblasti výchovy ke zdraví. Získaná data jsou rozdělena do škál a pro porovnání zpracována podle cílových skupin.

Všechny tři skupiny respondentů se shodují na tom, že pro zdravotně-výchovné působení je podstatný vliv rodiny. U dětí a mládeže zejména zapojení rodičů do vzdělávacích a výchovných aktivit, přebírání vhodných vzorců chování a položení základů zdravotních kompetencí. U všech skupin respondentů se také objevuje názor, že výchova ke zdraví by měla být zaměřena na všechny věkové kategorie, mělo by se tedy jednat o celoživotní edukaci. U dětí a mládeže je další častou odpovědí působení externích odborníků, jelikož tato skupina podle respondentů kladně hodnotí někoho „zvenčí“. Dále jsou uváděny volnočasové instituce, ve kterých děti tráví čas mimo školu. Jiné instituce jsou uváděny i u skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením. Část respondenti z prvních dvou skupin se domnívají, že působení školy v dané oblasti je nedostatečné.

#### Otázka č. 13 Považujete za potřebné zaměřovat se v rámci studia oboru sociální pedagogika na výchovu ke zdraví?



**Graf XI Zaměření na výchovu ke zdraví v rámci studia sociální pedagogiky**

U otázky č. 13 zkoumáme, zda považují respondenti za potřebné zaměřovat se v rámci studia oboru sociální pedagogika na výchovu ke zdraví. Z výše uvedeného grafu je patrné, že přes 70 % respondentů zastává názor, že je potřebné se dané oblasti studia věnovat.

18 % respondentů je názoru opačného. Zbytek dotazovaných využilo otevřené odpovědi. Tito respondenti se domnívají, že zkoumané zaměření by mělo být pouze okrajové, ne prioritní, částečné a někteří z nich nedokázali na otázku odpovědět.

Dále nás zajímalo, zda je tento názor ovlivněn cílovou skupinou respondentů, proto jsme si stanovili specifickou výzkumnou otázku.

**Existují rozdíly v názorech respondentů na potřebnost výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika v závislosti na jejich cílové skupině?**

H<sub>2</sub>: Předpokládáme, že názory respondentů na potřebnost výchovy ke zdraví se liší v závislosti na jejich cílové skupině.

H<sub>0</sub>: Mezi cílovou skupinou respondentů a jejich názorem na potřebnost výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika neexistuje statisticky významná souvislost.

H<sub>A</sub>: Mezi cílovou skupinou respondentů a jejich názorem na potřebnost výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika existuje statisticky významná souvislost.

Cílová skupina	Potřebnost výchovy ke zdraví při studiu SP		Σ
	Ano	Ne	
<b>Děti a mládež</b>	44	9	53
<b>Senioři</b>	30	6	36
<b>OOSV</b>	27	10	37
Σ	<b>101</b>	<b>25</b>	<b>126</b>

**Tabulka IX Kontingenční tabulka č. 2**

Na základě získaných dat jsme vypočítali testové kritérium  $\chi^2 = 1,7$ , které posuzujeme na hladině významnosti 0,05 při stupni volnosti 2 s tabelovanou hodnotou  $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$ .

$$\text{Porovnání: } \chi^2 = 1,7 < \chi^2_{0,05}(2) = 5,991$$

Na základě výše uvedeného vztahu přijímáme nulovou hypotézu a zamítáme hypotézu alternativní, kdy mezi názory respondentů na potřebnost výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika a jejich cílovou skupinou neexistuje statisticky významná souvislost.

**Otázka č. 14 Jaký význam má podle Vás výchova ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika?**

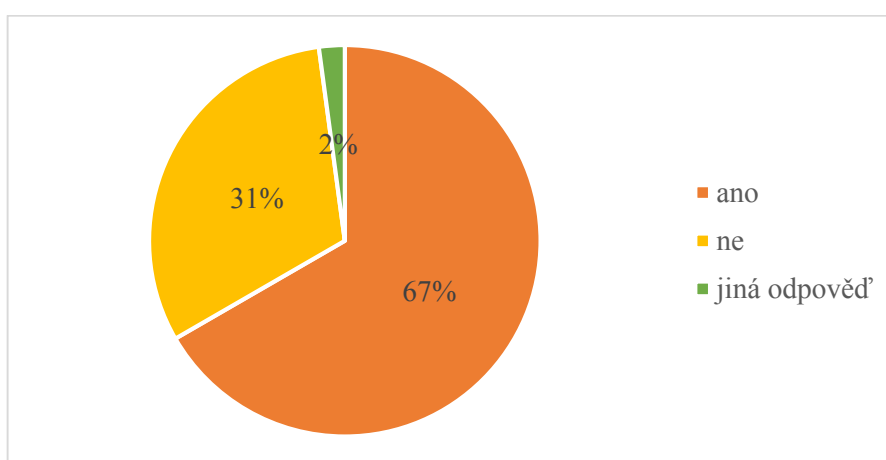
Děti a mládež		Senioři		OOSV	
Škála	PČ	Škála	PČ	Škála	PČ
Získání základních znalostí	<b>15</b>	Rozšíření znalostí	<b>17</b>	Nové poznatky	<b>14</b>
Uplatnění v praxi	<b>11</b>	Uplatnění v praxi	<b>10</b>	Osobnostní rozvoj	<b>11</b>
Osobnostní rozvoj	<b>7</b>	Duševní hygiena	<b>8</b>	Uplatnění v praxi	<b>8</b>
Prospěšné	<b>7</b>	Velký/Důležitý	<b>6</b>	Velký/Důležitý	<b>4</b>
Důležitá součást studia	<b>5</b>	Preventivní	<b>4</b>	Preventivní	<b>3</b>
Součást kompetencí SP	<b>5</b>	Nevýznamný/Žádný	<b>3</b>	Nevýznamný/Žádný	<b>2</b>

**Tabulka X Význam výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika**

Otázka č. 14 zkoumá názory respondentů na význam výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika. Z výše uvedené tabulky vyplývá, že všechny skupiny respondentů se shodují na názoru, že největší význam má výchova ke zdraví pro získávání či rozšiřování nových znalostí a poznatků. Podle dotazovaných patří zmiňovaná oblast ke všeobecnému přehledu a je velmi důležitá pro práci s lidmi, při které by měl být sociální pedagog pro své klienty vzorem. Získané poznatky může sociální pedagog uplatňovat v různých oblastech svého působení, zejména v oblasti poradenství. Zde můžeme vidět souvislost s druhou nejčastější odpovědí dotazovaných, kteří vnímají význam výchovy ke zdraví v uplatnění získaných poznatků v praxi. Respondenti z první a třetí skupiny vnímají význam také v oblasti osobnostního rozvoje. Prostřednictvím výchovy ke zdraví mohou studenti posilovat osobní odpovědnost, osvojovat si zdravé návyky, zvyšovat odolnost vůči vnějším podmínkám a být tak lepším vzorem pro své klienty. U všech skupin se také objevovaly odpovědi ve smyslu

velkého, důležitého, prospěšného či preventivního charakteru. 8 pracovníků s cílovou skupinou seniorů spatřuje význam výchovy ke zdraví v podpoře duševní hygieny a zvládnání emocí. Tato odpověď se u jiných skupin respondentů neobjevovala. 5 respondentů s cílovou skupinou dětí a mládeže se dále domnívá, že oblast výchovy ke zdraví je součástí kompetencí sociálního pedagoga. V menší míře jsme zaznamenaly negativní názory respondentů z druhé a třetí skupiny, kteří se domnívají, že výchova ke zdraví při studiu sociální pedagogiky nemá žádný význam.

**Otázka č. 15 Máte ve své práci prostor k ovlivňování názorů, postojů či návyků klientů k jejich životnímu stylu?**



**Graf XII Ovlivňování názorů, postojů či návyků klientů**

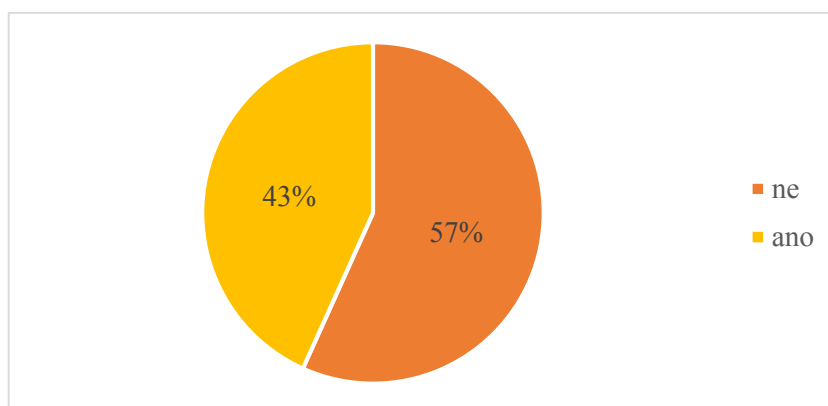
Prostřednictvím otázky č. 15 zjišťujeme, zda mají respondenti ve své práci prostor k ovlivňování názorů, postojů či návyků klientů k jejich životnímu stylu. Z výše uvedeného grafu můžeme vidět, že téměř 70 % dotazovaných má ve své práci tuto možnost. 31 % respondentů zvolilo zápornou odpověď. Zbylí respondenti se domnívají, že mají tento prostor velmi omezený.

Děti a mládež		Senioři		OOSV	
Škála	Pozorovaná četnost	Škála	Pozorovaná četnost	Škála	Pozorovaná četnost
Ano	45	Ano	31	Ano	18
Ne	8	Ne	14	Ne	22
Jiná odpověď	1	Jiná odpověď	1	Jiná odpověď	1

**Tabulka XI Ovlivňování názorů, postojů či návyků klientů**

Výše uvedená tabulka prezentuje rozdíly v odpovědích na otázku č. 15 mezi jednotlivými cílovými skupinami respondentů. Nejvíce prostoru k ovlivňování názorů, postojů či návyků klientů mají ve své praxi pracovníci s cílovou skupinou dětí a mládeže, naopak nejméně možností mají respondenti s cílovou skupinou osob ohrožených sociálním vyloučením.

#### Otázka č. 16 Zajímáte se o předmět výchova ke zdraví ve své profesi?



Graf XIII Zájem o výchovu ke zdraví

Otázka č. 16 zkoumá, zda se respondenti zajímají ve své profesi o výchovu ke zdraví. Z výše uvedeného grafu vyplývá, že dotazovaní se v odpovědích rozcházejí. Více než polovina respondentů uvádí, že ve své profesi se o výchovu ke zdraví nezajímají. 43 % dotazovaných se o danou problematiku ve své profesi zajímá.

Děti a mládež		Senioři		OOSV	
Škála	PČ	Škála	PČ	Škála	PČ
ZŽS	18	Řešení jiných problémů	32	Není prostor	33
Součást profese	10	ZŽS	5	ZŽS	5
Není náplní práce	8	Duševní hygiena	5	Prevence závislostí	3
Není prostor	7	Problémy seniorů	4		
Volný čas	6				
Rizikové chování	5				

Tabulka XII Zájem o výchovu ke zdraví

Otázka č. 16 má další specifikaci. Zajímá nás, zda se objevují rozdíly ve výpovědích mezi jednotlivými skupinami respondentů. U odpovědi za *a) ano* se respondenti vyjadřují k tomu, v jaké oblasti se o výchovu ke zdraví zajímají. U odpovědi za *b) ne* uvádějí důvod, proč se ve své profesi o tuto oblast nezajímají (v tabulce označeno červeně). Výše uvedená tabulka prezentuje získané odpovědi. Z uvedených dat můžeme vidět, že největší zájem o výchovu ke zdraví projevují respondenti s cílovou skupinou dětí a mládeže, a to v oblasti zdravého životního stylu (ZŽS), kam jsme zahrnuly odpovědi typu: zdravé stravování, pohybové aktivity, duševní hygiena apod. Část respondentů zastává názor, že výchova ke zdraví je důležitou součástí jejich profese. Dále se v této oblasti zajímají např. o oblast volného času a prevence rizikového chování. Celkem 15 respondentů z první skupiny se ve své profesi o výchovu ke zdraví nezajímá z důvodu nedostatečného prostoru. Dalším důvodem, který dotazovaní uvádějí je, že oblast výchovy ke zdraví není náplní jejich práce a zaměstnavatel ji nevyžaduje. Odlišná situace se jeví u respondentů s cílovou skupinou seniorů, u kterých převládají negativní odpovědi, a to zejména z důvodu řešení jiných problémů v rámci jejich profese. Pouze 14 dotazovaných z dané skupiny se ve své práci zajímá o výchovu ke zdraví v oblastech zdravého životního stylu, duševní hygieny a specifických problémů seniorů, se kterými se ve své praxi potýkají. Nejvíce negativních odpovědí jsme zaznamenali u respondentů s cílovou skupinou osob ohrožených sociálním vyloučením, kteří se až na několik výjimek shodují na tom, že ve své praxi nemají dostatečný prostor na problematiku výchovy ke zdraví. Respondenti ve své práci čelí velké pracovní zátěži a musí řešit prioritně jiné problémy. 8 pracovníků z poslední skupiny se o výchovu ke zdraví při své práci zajímá v oblastech zdravého životního stylu a prevence závislostí.



## 7 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Hlavním výzkumným cílem diplomové práce bylo zmapovat názory respondentů na možné uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví. Pro účely výzkumného šetření byl vytvořen dotazník, který byl určen pracovníkům, kteří pracují ve své praxi se třemi cílovými skupinami sociální pedagogiky, konkrétně s dětmi a mládeží, seniory a osobami ohroženými sociálním vyloučením. Následně zodpovídáme výzkumné otázky, které jsme si vymezili na počátku diplomové práce.

### 1. Jaký je názor respondentů na možné uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví?

Z dotazníkového šetření vyplývá, že téměř 70 % respondentů má ve své práci prostor k ovlivňování názorů, postojů či návyků klientů k jejich životnímu stylu. Největší pole působnosti v této oblasti mají dotazovaní pracující s dětmi a mládeží. Jiná situace se ale jeví u pracovníků s cílovou skupinou seniorů a zejména se skupinou osob ohrožených sociálním vyloučením, kde je tento prostor značně omezený. Podobné poznatky jsme získali také u otázky zájmu o předmět výchovy ke zdraví ve své profesi. Největší zájem o danou oblast projevovali respondenti s cílovou skupinou dětí a mládeže, a to zejména v oblasti zdravého životního stylu, volného času a prevence rizikového chování. Výchovu ke zdraví vnímají jako důležitou součást jejich profese. Odlišná situace se jeví u respondentů s cílovou skupinou seniorů, kde jsme zaznamenali ve větší míře nezájem o výchovu ke zdraví, na kterou nemají pracovníci ve své profesi prostor, z důvodu řešení jiných problémů. Část z nich se v oblasti výchovy ke zdraví zajímá především o zdravý životní styl s akcentem na duševní hygienu a specifické problémy seniorů. Nejméně pozitivních reakcí jsme zaznamenali u respondentů s cílovou skupinou osob ohrožených sociálním vyloučením, kteří při své práci nemají dostatečný prostor na problematiku výchovy ke zdraví, zejména z důvodu velké pracovní zátěže. Pouze malá část respondentů z poslední skupiny se zajímá ve své profesi o zdravý životní styl a prevenci závislostí.

Potěšujícím zjištěním pro náš výzkum je, že 80 % respondentů by u své cílové skupiny přivítalo podporu při zajišťování výchovy ke zdraví. Tento poznatek respondentů by bylo dobré potvrzovat a nadále upevňovat. Mírně skeptičtí byly v tomto ohledu pracovníci se skupinou osob ohrožených sociálním vyloučením, kteří se vyjadřovali ve smyslu zbytečnosti dané aktivity realizovat z důvodu nezájmu jejich klientů. 70 % dotazovaných se dále domnívá, že k

řešení problémů v oblasti zdraví u jejich cílové skupiny by mohl přispět právě sociální pedagog. Nejvíce negativních názorů na danou otázku jsme zaznamenali opět u skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením. Část dotazovaných si také nebyla jistá, zda by k těmto činnostem byl sociální pedagog vhodný, nebo by k nim mohl přispět pouze částečně.

## **2. Jaký je názor respondentů na potřebnost výchovy ke zdraví u jednotlivých cílových skupin?**

Charakteristice cílových skupin výzkumu ve vztahu ke zdraví věnujeme kapitulu č. 4. Zde se snažíme upozornit na rizika spojená s ohrožením zdraví a hlavní okruhy problémů, kterým se sociální pedagogika věnuje ve vztahu k jednotlivým cílovým skupinám. U skupiny dětí a mládeže poukážeme zejména na nezdravé socio-environmentální prostředí a specifika senzitivních vývojových období, které mají důležitý vliv na zdravý vývoj dítěte. Výsledky výzkumu ukazují, že téměř polovina respondentů označuje vztah ke zdraví své cílové skupiny za negativní. U dětí a mládeže se však tato odpověď objevovala nejméně. Opačná situace byla zaznamenána u skupiny seniorů, u nichž pracovníci označují tento vztah spíše za negativní či lhostejný, u skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením byl tento názor nejmarkantnější. O tom, co může podporovat či poškozovat zdraví jedinců jsou, dle názoru respondentů, nejvíce informováni děti a mladiství, podstatně méně osoby ohrožené sociálním vyloučením a nejméně jsou v této oblasti informováni senioři. Stejný poměr odpovědí jsme zaznamenali také u otázky dostupnosti daných informací pro jednotlivce. Poměrně jednoznačný názor jsme získali u otázky č. 6. Většina respondentů našeho výzkumu se shoduje na názoru, že je důležité působit v oblasti zdraví a jeho posilování u jejich cílové skupiny.

V souvislosti s předchozí otázkou nás dále zajímalo, na jaké problémy v oblasti zdraví je potřebné se u jednotlivých cílových skupin zaměřovat. Za největší problém u skupiny dětí a mládeže považují respondenti vliv rodičů, konkrétněji nevhodné návyky uplatňované v rodinách a nevhodné či nedostatečné vedení dětí a mládeže k zodpovědnosti za své zdraví. Zde se podle nás otevírá velký prostor pro působení sociálního pedagoga, který může dětem a mladistvým ukázat pozitivní vzory, nasměrovat je správným směrem a předcházet u nich přebírání negativních vzorců chování a nevhodného životního stylu jejich rodičů. Na druhé straně je zajisté žádoucí i jeho působení na posilování rodičovských kompetencí. Další důležitou oblastí, která ovlivňuje zdravý vývoj dítěte, se jeví nevhodný životní styl, zejména špatné stravovací návyky a nedostatek pohybu, způsobený nevhodným trávením volného času dětí a mládeže. Za nejvhodnější prostředí, kde by mohl sociální pedagog tyto aktivity realizovat, považujeme školu či školská zařízení, perspektivní se však jeví i volnočasové

organizace. Zde může sociální pedagog působit přímo na děti a mládež, ale také spolupracovat s rodiči a učiteli, kteří mají podstatný vliv na jejich zdravý vývoj.

U skupiny seniorů se dle pracovníků jeví jako podstatný problém psychický stav. Jak popisuje v odborné literatuře Vágnerová (2000, s. 492) období stáří může provázet hned několik typických zátěžových situací, se kterými se musejí senioři vyrovnat. Pracovníci se u seniorů dále setkávají s pasivitou a neochotou spolupracovat. Jako problém se také jeví nedostatek informací o zdravém životním stylu, s tím spojené nevhodné stravovací návyky seniorů a zhoršená kvalita života spojená se zhoršováním zdravotního stavu. Zajímavým názorem je také nevhodně nastavená medikace a její zneužívání vůči seniorům. Zde lehce narážíme na problematiku sociálně patologických jevů páchaných na seniorech, o kterých se vyjadřuje Mühlpachr (2004, s. 86-87).

Největší problém, se kterým se setkávají respondenti u skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením je pasivita, spojená s neochotou spolupracovat a nezájmem starat se o své zdraví. Jak uvádí Misíková (2008, s. 319) tento postoj může souviset s neuspokojivým naplňováním základních životních potřeb, které mohou být spouštěčem rizikového chování těchto jedinců. Problematické se u dané skupiny dále jeví nedostatečná hygiena a užívání návykových látek, což přispívá k jejich nevhodnému životnímu stylu. Ztotožňujeme se tedy s myšlenkou Skarupské (2016, s. 87-94), která doporučuje zaměřovat se u dané cílové skupiny v rámci sociálně-pedagogického působení na výchovné činnosti, které by přispívaly u jedinců k převzetí zodpovědnosti a kontrole nad podmínkami, ve kterých tito jedinci žijí.

### **3. Jakým způsobem může podle respondentů sociální pedagog přispět ke zdravotně-výchovnému působení u jednotlivých cílových skupin?**

Většina dotazovaných v našem výzkumu se shoduje na názoru, že sociální pedagog by se měl v rámci zdravotně-výchovného působení zaměřovat na preventivní aktivity, shodně jako u otázky č. 11 zvolili respondenti jako nejdůležitější kompetenci pro sociálního pedagoga kompetenci preventivní (viz. níže). Výzkumné šetření dále ukazuje, že sociální pedagog by se měl při své činnosti zaměřovat zejména na motivaci lidí k účasti na péči o své zdraví. Druhou nejčastější oblastí se jeví výchovné působení ve volném čase. Respondenti považují za důležité také vštěpování návyků tělesné a duševní hygieny svým klientům a v poslední řadě ovlivňování hodnotové orientace společnosti. V současné době se na výchovu ke zdraví

pohlíží jako na celospolečenský fenomén, na kterém by se měly podílet všichni činitelé společnosti (Liba, 2013, s. 193), proto považujeme i tento bod za neméně důležitý.

#### **4. Jaké kompetence jsou podle respondentů stěžejní pro práci sociálního pedagoga při výchově ke zdraví u jednotlivých cílových skupin?**

Dle odborné literatury jsou na absolventy oboru sociální pedagogiky kladeny vysoké nároky, a to jak na odborné znalosti a dovednosti, tak na osobnostní vlastnosti těchto jedinců. Pro účely našeho výzkumu jsme použili vymezení klíčových kompetencí sociálního pedagoga dle Bakošové (2005, s. 56). Respondenti považují za důležité všechny námi vymezené kompetence, avšak největší důraz kladou na preventivní kompetence a kompetence poradenské. Zjištěné poznatky korespondují s literaturou autorů, kteří se zabývají vymezením profese sociálního pedagoga, podle kterých by se měla činnost sociálního pedagoga zaměřovat zejména na oblast primární a sekundární prevence. Dalšími důležitými kompetencemi se dle dotazovaných jeví výchovně-vzdělávací kompetence a kompetence manažerská. Jako nejméně důležitou pro sociálního pedagoga v oblasti výchovy ke zdraví označují účastníci výzkumu kompetenci převýchovy.

Jelikož se činnosti sociálního pedagoga zaměřují na velmi širokou cílovou skupinu a v rámci své profese pracuje nejen s dětmi a mládeží, ale také s dospělými a seniory, zaměřili jsme se dále na zjištění názoru, zda by měla být realizace výchovy ke zdraví výhradně v kompetenci školy a tudíž zaměřena na děti a mládež. Téměř 80 % účastníků výzkumu se domnívá, že výchova ke zdraví by neměla být zaměřena pouze na děti a mládež. Získané poznatky potvrzují jeden ze základních principů sociální pedagogiky dle Andrysové, Martincové a Macháčkové (2014, s. 35-36) - holistický přístup k učení (holistic learning), který předpokládá celoživotní rozvoj osobnosti ve všech situacích, které nám život nabízí. Učení by se dle něho nemělo omezovat pouze na školní prostředí. Respondenti se domnívají, že pro zdravotně-výchovné působení je nejpodstatnější působení rodiny, ve které mají vznikat základy zdravotních kompetencí a mají se zde přebírat vhodné vzorce chování. Dotazovaní se dále shodují na názoru, že dané aktivity by měly být součástí celoživotní edukace, zdravotně-výchovné působení by tedy mělo být zaměřeno na všechny věkové kategorie. U dětí a mládeže se jeví jako vhodné působení externích pracovníků, na které tato skupina dobře reaguje. Dále by mohly přispět volnočasové či jiné instituce, které působí na cílové skupiny našeho výzkumu.

## **5. Jaký je názor respondentů na potřebnost výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika?**

Většina dotazovaných zastává názor, že je potřebné zaměřovat se v rámci studia oboru sociální pedagogiky na výchovu ke zdraví. Při zkoumání jejího významu při studiu se ve všech skupinách výzkumu nejčastěji objevoval význam v získávání či rozšiřování nových znalostí, které by měly patřit ke všeobecnému přehledu. Získané poznatky pak mohou studenti uplatňovat v různých oblastech svého působení, zejména při přímé práci se svými klienty. Výchova ke zdraví má dle respondentů velký význam pro osobnostní rozvoj, posilování zdravotní gramotnosti a osobní odpovědnosti a zvyšování odolnosti vůči vnějším podmínkám. Po nabytí těchto kompetencí pak může být pracovník pro své klienty lepším vzorem. Část respondentů s cílovou skupinou seniorů dále spatřuje význam výchovy ke zdraví v podpoře duševní hygieny a zvládání emocí. Zde si můžeme všimnout spojitosti s psychickým stavem seniorů, který pracovníci považují za nejtěžejnější problém této skupiny. Těší nás, že několik respondentů ze skupiny dětí a mládeže se domnívá, že oblast výchovy ke zdraví je součástí kompetencí sociálního pedagoga.

## 8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Jedním z inovačních přístupů v sociální pedagogice je také sociální pedagogika zaměřená na zdraví. Vnímáme za důležité propojování zdravotní a sociální péče o klienty nejen v oblasti léčení, ale zejména v oblasti prevence a podpory zdraví. Sociální pedagogika by se dle našeho názoru měla zaměřovat zejména na sociální determinanty zdraví obyvatelstva (vhodné podmínky během dětství a dospívání, aktivity ve volném čase, sociální vyloučení a chudoba, stres apod.) a snažit se je svým výchovným působením usměrňovat. Přínos sociálního pedagoga vidíme zejména ve výchovném působení a poskytování poradenství v oblasti podpory zdraví.

Největší prostor pro působení sociálního pedagoga při výchově ke zdraví spatřujeme u skupiny dětí a mládeže, kde se jeví perspektivní jeho uplatnění ve škole a školských zařízeních. Sociální pedagog by měl prosazovat podporu zdraví jako jeden z hlavních cílů základního vzdělávání a podílet se na inovaci metod a obsahu výchovy ke zdraví. Jeho hlavním zájmem by mělo být vytvoření vhodných podmínek a podnětů pro optimální vývoj jedince.

V současné době se jeví jako potřebné zefektivnění výchovy ke zdraví ve škole, jelikož systém naráží na špatnou připravenost realizátorů výchovy, tj. učitelů. Zde považujeme za klíčové působení na pedagogy, kteří by měli být dětem a mládeži vzorem. Je potřebné ukazovat dětem a mládeži pozitivní vzory, nasměrovat je správným směrem a předcházet u nich přebírání negativních vzorců chování a životního stylu jejich rodičů. Již J. A. Komenský věděl, že *není nic obtížnějšího, než převychovat člověka špatně vychovaného*. Velkým problémem se jeví výchovné působení v rodině. Rodina hraje v socializaci dítěte primární úlohu. V současné době však dochází k proměnám v rodinném životě, které mohou dopadat právě na děti a mládež žijící v těchto rodinách. Můžeme zmínit např. pohled na současnou rodinu dle Krause (2008, s. 83-86), některé zdroje dokonce hovoří o krizi rodiny. Děti jsou vázány na zdravotní gramotnost svých rodičů, považujeme proto za žádoucí zapojení rodičů do různých vzdělávacích kurzů a akcí na podporu zdraví pořádaných školou či jinými vzdělávacími a volnočasovými organizacemi. V rámci sociální pedagogiky také považujeme za žádoucí podporovat komunitní projekty na podporu zdraví (Zdravé město, Zdravý podnik, Zdravá škola apod.).

Jako velmi podnětnou považujeme vizi Hroncové (2014, s. 125) o sociální pedagogice:

*keby sme sa konečne preniesli z pozície „sociálneho hasiča“ a „pedagogiky núdzových stavov“, ktoré boli typické pre sociálnu pedagogiku 19. a 20. storočia, do pozície ofenzívnej sociálnej pedagogiky, ktorá vzniku sociálno-výchovných problémov u detí a mládeže skutočne predchádza a je nápomocná pri pozitívnom rozvoji detí a mládeže (Hroncová, 2014, s. 125).*

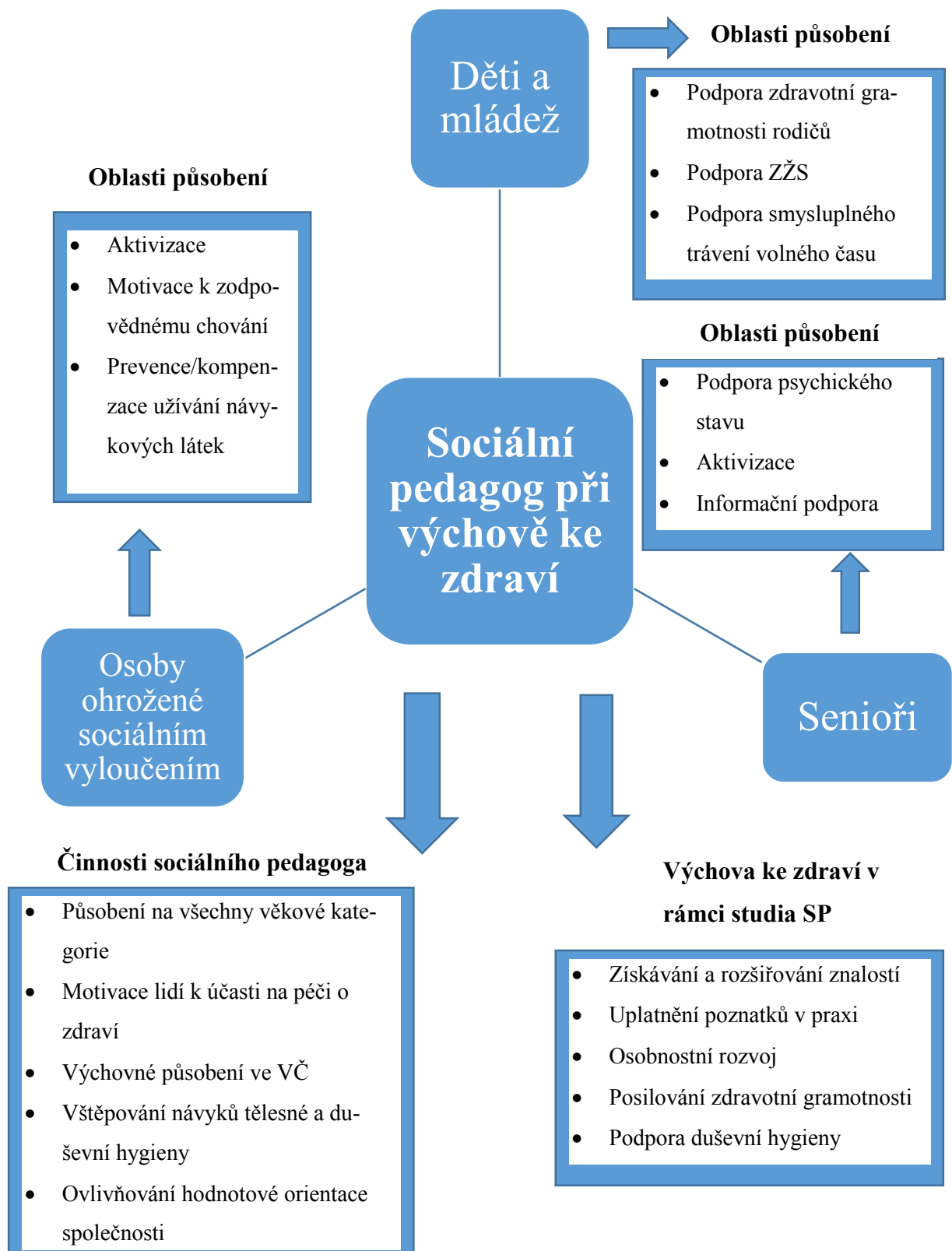
Pravdou je, že senioři začínají postupně převyšovat skupinu dětí a mládeže v populaci, což představuje pro sociální pedagogiku velkou výzvu. Je proto na místě podporovat u sociálních pedagogů hodnotově zaměřenou výchovu ke gerontologické gramotnosti, jak ji definují Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 129-130). U seniorů vnímáme potřebu citlivého, individuálního přístupu ke zdraví a jejich psychickému rozpoložení. Důležitou oblastí, na které se může sociální pedagog u seniorů podílet, je podpora jejich psychického stavu. Zde by se měl sociální pedagog soustřeďovat zejména na efektivní komunikaci, aby nedocházelo k vzájemnému nepochopení a neochotě spolupracovat. Dobrým příkladem mohou být aktivizační metody typu arteterapie, muzikoterapie, pohybové či smyslové terapie apod. Znalosti z dané oblasti mohou studenti sociální pedagogiky načerpat např. v rámci výukového předmětu Sociální práce se seniory, který se vyučuje v rámci studia oboru sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

U skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením doporučujeme zaměřovat se zejména na aktivizaci a motivaci k účasti na péči o své zdraví. Pokud jsou lidé v oblasti podpory zdraví dostatečně informováni, mohou pak efektivněji chránit své zdraví. Cílem by měla být změna kulturních vzorců předávaných z generace na generaci. Sociální pedagog má zajisté vhodné předpoklady pro sociálněvýchovnou činnost v terénu a komunitní práci. Jelikož je vytváření postojů ke zdraví determinováno prostředím, ve kterém jedinci žijí, považujeme za účinné zaměřovat se při výchovném působení na celou komunitu. Vzhledem k tomu, že se pracovníci dané cílové skupiny shodují na názoru, že na zmiňované aktivity nemají dostatek prostoru, mohl by sociální pedagog doplnit tým odborníků svým výchovným působením. Existují již zkušenosti s působením sociálního pedagoga jako člena multidisciplinárních týmů působících ve vyloučených lokalitách.

Věříme, že sociální pedagog má dobré předpoklady, vědomosti a schopnosti pro působení v oblasti výchovy ke zdraví. Práce sociálního pedagoga je však spojována nejen s náročností fyzickou a psychickou, ale i sociální, proto je potřebné se v rámci studia zaměřovat i na

osobnostní rozvoj, psychohygienu a posilování zdravotní gramotnosti. Níže navrhujeme model sociálního pedagoga při výchově ke zdraví odvozený z výsledků výzkumného šetření.

**Obrázek II Model sociálního pedagoga při výchově ke zdraví**





## ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku uplatnění sociálního pedagoga v oblasti výchovy ke zdraví. Cílem práce bylo identifikovat názory studentů sociální pedagogiky, pracujících v oboru s vybranými cílovými skupinami sociální pedagogiky, na možné uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví. Pro výzkumné šetření byly vybrány tři cílové skupiny, které dle našeho názoru dobře reprezentují rozmanitost působení sociálního pedagoga. Data byla získána pomocí dotazníkového šetření.

Teoretická práce byla navržena tak, aby nastínila základní informace o zkoumané problematice a sloužila jako podklad pro vytvoření praktické části práce. Konkrétně jsme se věnovali vymezením zdraví a jeho základních determinant a propojením zdraví s kvalitou života. V druhé kapitole jsme se zabývali systémem podpory zdraví a výchovou ke zdraví jako společenským fenoménem a cílovou kategorií výchovného působení školy. Následující kapitola byla věnována propojením výchovy ke zdraví s profesí sociálního pedagoga. V poslední kapitole jsou charakterizovány cílové skupiny našeho výzkumu ve vztahu ke zdraví.

Z výzkumného šetření vyplývá, že většina dotazovaných by přivítala podporu při zajišťování výchovy ke zdraví u své cílové skupiny a že k řešení problémů v oblasti výchovy ke zdraví u jejich cílové skupiny by mohl přispět právě sociální pedagog. Pracovníci se dále shodují na tom, že dané aktivity by měly být součástí celoživotní edukace, výchova ke zdraví by tedy měla být zaměřena na všechny věkové kategorie. Avšak největší pole působnosti v dané oblasti se dle výzkumu jeví u skupiny dětí a mládeže. Zde spatřujeme jako velmi důležité posilování zdravotní gramotnosti rodičů, zefektivnění výchovy ke zdraví na školách a zaměření se na vhodné trávení volného času dětí a mládeže. Výchova v rodinách dětí a mládeže by měla představovat stěžejní téma pro sociální pedagogiku.

V současné době „stárnutí populace“ považujeme za velkou výzvu pro sociální pedagogiku podporu zdraví a kvality života seniorů. Ze získaných poznatků vyplývá, že vztah seniorů k jejich zdraví je spíše negativní či lhostejný, nejsou dostatečně informováni v oblasti podpory zdraví a v rámci působení je potřebné soustředit se zejména na psycho-sociální podporu starých osob.

U skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením je vhodné zaměřovat se na podporu aktivního postoje ke zdraví a motivaci k účasti na péči o své zdraví, jelikož největším problémem u těchto osob byla zjištěna pasivita spojená s neochotou spolupracovat. Zde považujeme za žádoucí zapojení sociálního pedagoga do multidisciplinárních týmů působících ve

vyločených lokalitách, kde by svým výchovným působením mohl přispět k optimalizaci života jedinců.

Většina dotazovaných v našem výzkumu považuje oblast výchovy ke zdraví za potřebnou součást kompetencí sociálního pedagoga, která by mohla přispívat k jeho osobnostnímu i profesnímu rozvoji. V oblasti výchovy ke zdraví se pro sociálního pedagoga jeví jako nejdůležitější poradenské kompetence a kompetence prevence. Doporučujeme se zaměřovat na rozvoj těchto kompetencí v rámci studia sociální pedagogiky pro zvýšení konkurenceschopnosti studentů na trhu práce.

Považujeme za velmi podnětné rozvíjení sociální pedagogiky orientované na zdraví. Hlavní úkol sociální pedagogiky v oblasti výchovy ke zdraví spatřujeme v osvětovém působení na skupiny osob s nízkou informovaností a motivací jedinců, jejichž zdraví je ohroženo nesprávnou životosprávou, k dodržování zásad zdravého životního stylu. Proto bylo v závěru naší diplomové práce navrženo doporučení, které by mohlo poskytnout poznatky k uplatnění sociálního pedagoga při výchově ke zdraví a které by mohlo podpořit sociální pedagogy ve snaze být pro své klienty pozitivním vzorem.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. ADAMEC, Petr, Jiří DAN a Barbora HAŠKOVÁ. Přínos univerzit třetího věku ke kvalitě života seniorů. In: ŘEHULKA, Evžen. *Škola a zdraví pro 21. století, 2010: výchova ke zdraví: souvislosti a inspirace*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5366-3.
2. ANDRYSOVÁ, Pavla, Jana MARTINCOVÁ a Vendula MACHÁČKOVÁ. *Profesní kontext sociální pedagogiky: motivace studentů k výkonu*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2014. ISBN 978-80-7454-464-4.
3. BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. FF UK Bratislava: STUMUL, 2005. ISBN 80-89236-00-6.
4. BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Teórie sociálnej pedagogiky: edukačné, sociálne a komunikačné aspekty*. Bratislava: Slovenská pedagogická spoločnosť Slovenskej akadémie vied, 2011. ISBN 978-80-970675-0-2.
5. BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-306-6.
6. BAŠKOVÁ, Martina. *Výchova k zdraví*. Martin: Osveta, c2009. ISBN 978-80-8063-320-2.
7. BUCHTOVÁ, Božena, Josef ŠMAJS a Zdeněk BOLELOUCKÝ. *Nezaměstnanost. 2., přeprac. a aktualiz. vyd.* Praha: Grada, 2013. Psyché. ISBN 978-80-247-4282-3.
8. ČELEDVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
9. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
10. DAVIDOVÁ, Eva. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-428-5.
11. DUFFKOVÁ, Jana, Lukáš URBAN a Josef DUBSKÝ. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. Vysokoškolské učebnice. ISBN 978-80-7380-123-6.
12. FIALOVÁ, Ludmila. *Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2885-1.

13. GABRIELOVÁ, Jana, Miloš VELEMÍNSKÝ a Jana STEJSKALOVÁ. *Prevenca v kontexte zdravotno-sociálnej problematiky*. Praha: NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny, 2015. ISBN 978-80-7422-443-0.
14. GAC spol. s r.o. *Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR*. Praha: GAC, 2015. Dostupné také z: [http://www.gac.cz/userfiles/File/nase\\_prace\\_vystupy/Analyza\\_socialne\\_vyloucenych\\_lokalit\\_GAC.pdf](http://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/Analyza_socialne_vyloucenych_lokalit_GAC.pdf)
15. GAC spol. s r.o. *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti*. Praha: GAC, 2006. Dostupné také z: [http://www.gac.cz/userfiles/File/nase\\_prace\\_vystupy/GAC\\_MAPA\\_analyza\\_SVL\\_aAK\\_CJ.pdf?langSEO=documents&parentSEO=nase\\_prace\\_vystupy&midSEO=GAC\\_MAPA\\_analyza\\_SVL\\_aAK\\_CJ.pdf](http://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/GAC_MAPA_analyza_SVL_aAK_CJ.pdf?langSEO=documents&parentSEO=nase_prace_vystupy&midSEO=GAC_MAPA_analyza_SVL_aAK_CJ.pdf)
16. HAJDUCHOVÁ, Hana a David URBAN. *Sociální determinanty zdraví u romské populace* [online]. Kontakt 1, © 2014 [cit. 2017-2-22]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20140321110351310367.pdf>
17. HATÁR, Ctibor. *Sociální pedagogika, sociální andragogika a sociální práce: teoretické, profesijní a vztahové reflexie*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Česká andragogická společnost, 2009. Česká a slovenská andragogika. ISBN 978-80-87306-01-7.
18. HAVLÍNOVÁ, Miluše. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-059-3.
19. HOLČÍK, Jan. Motivace k péči o zdraví. In: ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ et al. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
20. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.
21. HORŇÁKOVÁ, Marta. *Obsahová integrácia a diverzifikácia neučiteľských študijných odborov na PdF UK: liečebná pedagogika, sociálna pedagogika, sociálna práca*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008. ISBN 978-80-223-2435-9.
22. HRONCOVÁ, Jolana. *Rozhovor s prof. Jolanou Hroncovou* [online]. Sociální pedagogika 2014, 2 (2), © 2014 [cit. 2018-2-22]. Dostupné z: [http://soced.cz/wp-content/uploads/2014/11/Rozhovor-2014\\_prof.-Hroncov%C3%A1\\_FINAL.pdf](http://soced.cz/wp-content/uploads/2014/11/Rozhovor-2014_prof.-Hroncov%C3%A1_FINAL.pdf)

23. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
24. KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-793-4.
25. KALEJA, Martin. *(Ne)připravený pedagog a žák z prostředí sociální exkluze*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2015. ISBN 978-80-7510-160-0.
26. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
27. KNOTOVÁ, Dana. *Úvod do sociální pedagogiky: studijní texty pro studenty oboru sociální pedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7077-6.
28. KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.
29. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.
30. LACA, Slavomír. *Sociální pedagogika*. Brno: IMS, 2011. ISBN 978-80-87182-19-2.
31. LIBA, Jozef. *Výchova k zdraví v primární edukácii*. V Prešove: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2013. ISBN 978-80-555-1042-2.
32. LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. Monografie. ISBN 978-80-244-3827-6.
33. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5.
34. MAŇÁK, Josef. Implementace výchovy ke zdraví do praxe škol. In: ŘEHULKA, Evžen. *Škola a zdraví pro 21. století, 2010: výchova ke zdraví: mezinárodní zkušenosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5451-6.
35. MAREŠ, Jiří, Lenka HODAČOVÁ a Svatopluk BÝMA. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. Praha: Karolinum, 2005. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-1062-0.
36. MARKOVÁ, Marie. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-545-7.
37. MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: v kontextu plánování péče*. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0522-7.

38. MISÍKOVÁ, Marta. Sociální vyloučení. In: JANOŤSKOVÁ Klára a Dana NEDĚLNÍKOVÁ. *Profesní dovednosti terénních pracovníků, Sborník studijních textů pro terénní pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7368-503-4. Dostupné také z: [http://projekty.osu.cz/tsp/dokumenty/sbornik\\_tp.pdf](http://projekty.osu.cz/tsp/dokumenty/sbornik_tp.pdf)
39. MORAVEC, Štěpán. Nástin problému sociálního vyloučení romských populací. In: HIRT, Tomáš a Marek JAKOUBEK. *"Romové" v osidlech sociálního vyloučení*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. ISBN 80-86898-76-8.
40. MÜHLPACHR, Pavel a Miroslav BARGEL. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2011. Sociopedie. ISBN 978-80-87182-21-5.
41. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
42. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
43. PETROVÁ, Svĕtlana. Výchova ke zdravému životnímu stylu. In: ŘEHULKA, Evžen. *Studie k výchově ke zdraví: škola a zdraví pro 21. století, 2011*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2011. ISBN 978-80-210-5722-7.
44. PREISSOVÁ KREJČÍ, Andrea. Závěr. In: PREISSOVÁ KREJČÍ, Andrea a Rafael JUÁREZ-TOLEDO. *Sociální exkluze v multikulturních společnostech: komparace současné situace v České republice a v Mexiku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3648-7.
45. PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada, 2012. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3470-5.
46. PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 4., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0872-3.
47. ŘEHULKA, Evžen. *Škola a zdraví pro 21. století, 2010: výchova ke zdraví: souvislosti a inspirace*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5366-3.
48. ŘEHULKA, Evžen. *Studie k výchově ke zdraví: škola a zdraví pro 21. století, 2011*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2011. ISBN 978-80-210-5722-7.
49. SKARUPSKÁ, Helena. *Selected methods of intervention suitable for work social educator with children at risk of social exclusion*. Sociální pedagogika, 2016, 4(1), © 2016 [cit. 2018-2-22]. Dostupné z: [http://soced.cz/wp-content/uploads/2016/04/Article-SocEd\\_Convergent-and-Divergent-Aspects-of-Social-Work.pdf](http://soced.cz/wp-content/uploads/2016/04/Article-SocEd_Convergent-and-Divergent-Aspects-of-Social-Work.pdf)

50. SKARUPSKÁ, Helena. Identita, etnicita a zdraví. In KOPECKÝ, M., KIKALOVÁ, K., TOMANOVÁ J. *Antropologicko-psychologicko-sociální aspekty podpory zdraví a výchovy ke zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3472-8.
51. STANOEVI, Martin. *Cesta k závislosti aneb Výzkum zaměřený na rizikové užívání návykových látek v adolescenci*. In NĚMEC, Jiří. *Výzkum zaměřený na základní směry výzkumu Katedry sociální pedagogiky PdF MU*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. Sociálně pedagogický výzkum. ISBN 978-80-210-5391-5.
52. STREJČKOVÁ, Alice, Hana PINKAVOVÁ, Jana UHROVÁ et al. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Fortuna, 2007. ISBN 978-80-7168-943.
53. STŘEDA, Leoš. *Léčebná pedagogika/Terapeutická pedagogika* [online]. Online revue pro speciální pedagogiky, ©2015 [cit. 2016-12-15]. Dostupné z: <http://www.specialni-pedagogika.cz/news/terapeuticka-pedagogika/>
54. ŠMAJS, Josef, Ivan KLÍMA a Václav CÍLEK. *Tři hlasy: úvahy o povaze konfliktu kultury s přírodou*. Brno: Doplněk, 2010. Společensko-ekologická edice. ISBN 978-80-7239-252-0.
55. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 8071783080.
56. VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.
57. VYLEŤAL, Pavel. *Rámcové vzdělávací programy pro odborné vzdělávání a výchova – vzdělávání ke zdraví*. In: ŘEHULKA, Evžen. *Studie k výchově ke zdraví: škola a zdraví pro 21. století*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2011. ISBN 978-80-210-5722-7.
58. ZLÍNSKÝ KRAJ. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji 2016-2018*. [online] © 2015 [cit. 2017-2-22]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/souvisejici-dokumenty-strednedobeho-planu-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2018-cl-3630.html>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
např.	například
OOSV	Osoby ohrožené sociálním vyloučením
ZŽS	Zdravý životní styl
SP	Sociální pedagogika



## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek I Hierarchický kompetenční model sociálního pedagoga.....	57
Obrázek II Model sociálního pedagoga při výchově ke zdraví.....	72

**SEZNAM TABULEK**

<b>Tabulka I Operacionalizace proměnných .....</b>	<b>43</b>
<b>Tabulka II Vztah cílových skupin ke zdraví .....</b>	<b>47</b>
<b>Tabulka III Informovanost o podporování či poškozování zdraví .....</b>	<b>49</b>
<b>Tabulka IV Dostupnost informací.....</b>	<b>50</b>
<b>Tabulka V Největší problém v oblasti zdraví u cílových skupin.....</b>	<b>52</b>
<b>Tabulka VI Kontingenční tabulka č. 1.....</b>	<b>54</b>
<b>Tabulka VII Důležitost kompetencí sociálního pedagoga při výchově ke zdraví.....</b>	<b>56</b>
<b>Tabulka VIII Kompetence školy při realizaci výchovy ke zdraví.....</b>	<b>58</b>
<b>Tabulka IX Kontingenční tabulka č. 2.....</b>	<b>60</b>
<b>Tabulka X Význam výchovy ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika....</b>	<b>61</b>
<b>Tabulka XI Ovlivňování názorů, postojů či návyků klientů .....</b>	<b>62</b>
<b>Tabulka XII Zájem o výchovu ke zdraví.....</b>	<b>63</b>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Dotazník .....	84
----------------------------	----

**PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

Vážený respondente, jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, kde studuji obor Sociální pedagogika. V rámci své diplomové práce se zabývám uplatněním sociálního pedagoga při výchově ke zdraví. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účely diplomové práce. **Dotazník je určen studentům Sociální pedagogiky, kteří pracují v oboru s následujícími cílovými skupinami – děti a mládež, senioři nebo osoby ohrožené sociálním vyloučením!!!**

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Pavlína Slavíková

1. Ve své praxi pracuji s následující cílovou skupinou:
  - a) děti a mládež
  - b) senioři
  - c) osoby ohrožené sociálním vyloučením \*

\* osoby závislé, osoby bez přístřeší, osoby v penitenciární a postpenitenciární péči, osoby propuštěné z ústavní či ochranné výchovy, osoby žijící ve vyloučených lokalitách, osoby dlouhodobě nezaměstnané, imigranti, etnické minority

2. Jaký vztah má podle Vás Vaše cílová skupina ke zdraví?
  - a) kladný
  - b) záporný
  - c) jiná odpověď.....
3. Má podle Vás Vaše cílová skupina dostatek informací o tom, co může podporovat či poškozovat jejich zdraví?
  - a) ano
  - b) ne
  - c) jiná odpověď.....
4. Jsou tyto informace pro Vaši cílovou skupinu dostatečně dostupné?
  - a) ano
  - b) ne
  - c) jiná odpověď.....
5. Uvítal/la byste podporu při zajišťování výchovy ke zdraví u Vaší cílové skupiny (exkurze, přednášky, projektové dny apod.)?
  - a) ano
  - b) ne
  - c) jiná odpověď.....
6. Považujete za důležité působit v oblasti zdraví a jeho posilování u Vaší cílové skupiny?
  - a) ano
  - b) ne

- c) jiná odpověď.....
7. Jaký největší problém spatřujete v oblasti zdraví u Vaší cílové skupiny?  
.....
8. Myslíte si, že k řešení výše uvedených problémů by mohl přispět sociální pedagog?  
a) ano  
b) ne  
c) jiná odpověď.....
9. Práce sociálního pedagoga při výchově ke zdraví by se měla zaměřovat především na:  
a) preventivní aktivity (zdravý životní styl, osvětová činnost)  
b) kompenzační aktivity (eliminace negativních vlivů prostředí)  
c) jiná odpověď.....
10. Činnosti sociálního pedagoga při výchově ke zdraví by se měly zaměřovat na:  
a) motivaci lidí k účasti na péči o své zdraví  
b) vštěpování návyků tělesné a duševní hygieny  
c) ovlivňování hodnotové orientace společnosti  
d) výchovné působení ve volném čase  
e) jiná odpověď.....
11. Posuďte na škále míru důležitosti jednotlivých kompetencí sociálního pedagoga při výchově ke zdraví: (označte křížkem nejvhodnější variantu)

	Absolutně nedůležité	Spíše nedůležité	Důležité	Spíše důležité	Absolutně důležité
<b>Výchovně-vzdělávací kompetence</b> (osvojování vhodných návyků a postojů ke zdraví)					
<b>Kompetence převýchovy</b> (přeučení nevhodných návyků, resocializace)					
<b>Preventivní kompetence</b> (osvětová činnost, preventivní programy)					

<b>Poradenské kompetence</b> (orientace v situaci, hledání vhodných řešení, přiměřených cílů)					
<b>Manažerské kompetence</b> (spolupráce a kooperace s ostatními odborníky, plánování, hodnocení)					

12. Měla by být podle Vás realizace výchovy ke zdraví výhradně v kompetenci školy (zaměřena zejména na děti a mládež)?
- a) ano  
b) ne, z důvodu.....
13. Považujete za potřebné zaměřovat se v rámci studia oboru sociální pedagogika na výchovu ke zdraví?
- a) ano  
b) ne  
c) jiná odpověď.....
14. Jaký význam má podle Vás výchova ke zdraví při studiu oboru sociální pedagogika?
- .....
15. Máte ve své práci prostor k ovlivňování názorů, postojů či návyků klientů k jejich životnímu stylu?
- a) ano  
b) ne  
c) jiná odpověď.....
16. Zajímáte se o předmět výchova ke zdraví ve své profesi?
- a) ano, uveďte v jakých oblastech.....  
b) ne, protože.....  
c) jiná odpověď.....

Děkuji za Váš čas a přeji hezký zbytek dne ☺