

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ JAKO SOUČÁST
VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH

Bakalářská práce

Drahuše Ronešová Maříková
Specializace v pedagogice: Výchova ke zdraví (2013-2016)

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Michal Svoboda, Ph.D.

Plzeň, 2016

Čestné prohlášení

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.“

V Plzni 26. března 2016

Drahuše Ronešová Maříková

Poděkování

„Děkuji touto cestou PhDr. Mgr. Michalu Svobodovi, Ph.D. za jeho velmi profesionální a odborný přístup, za jeho ochotu, při vedení realizace této bakalářské práce. Poděkovat bych chtěla i celé Katedře psychologie, oddělení psychologie zdraví a výchovy ke zdraví, že jsem se mohla vědomostně dostat na takovou úroveň, abych si dokázala poradit s tak náročným úkolem, jako je vypracování této práce.“

V Plzni 26. 3. 2016

Drahuše Ronešová Maříková

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V
PLZNI Fakulta pedagogická
Akademický rok: 2015/2016**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Drahuše RONEŠOVÁ MAŘÍKOVÁ**
Osobní číslo: **P13B0165P**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Výchova ke zdraví**
Název tématu: **Výchova ke zdraví jako součást vzdělávání dospělých**
Zadávající katedra: **Katedra psychologie**

Zásady pro vypracování:

1. Prostudování literatury
2. Analýza a komparace odborných informací
3. Stanovení cíle bakalářské práce
4. Vypracování osnovy
5. Zpracování bakalářské práce, teoreticko-aplikační charakter
6. Praktické závěry a doporučení pro praxi

Rozsah grafických prací:

Rozsah průvodní zprávy: **60**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

1. **MUŽÍK, Jaroslav, 1998. Andragogická didaktika. Praha: CODEX Bohemia. 271 s. ISBN 80-85963-52-3.**
2. **MUŽÍK, Jaroslav, 2004. Androdidaktika. Praha: ASPI Publishing. 146 s. ISBN 80-7357-045-9.**
3. **ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav, 2010. Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.**
4. **BENEŠ, Milan, 2008. Andragogika. Praha: Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-2580-2.**
5. **MACHOVÁ, Jitka a KUBÁTOVÁ, Dagmar, 2009. Výchova ke zdraví. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.**
6. **MAYEROVÁ, Marie, 1997. Stres, motivace a výkonnost. Praha: Grada. 132 s. ISBN 80-7169-425-8.**
7. **KREJČÍ, Milada, 2011. Výchova ke zdraví - strategie výuky duševní hygieny ve škole. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 256 s. ISBN 978-80-7394-262-5.**

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Mgr. Michal Svoboda, Ph.D.
Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2016**



RNDr. Miroslav Randa, Ph.D.
děkan



Mgr. Vladimíra Lovasová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Plzni dne 1. října 2015

Obsah

ÚVOD	2
I. TEORETICKÁ ČÁST	4
1. PODPORA STÁTU V RÁMCI VÝCHOVY KE ZDRAVÍ	4
1.1 Zdraví 21 - Zdraví pro všechny do 21. století	4
1.2 Národní strategie Zdraví 2020	5
2. VÝCHOVA KE ZDRAVÍ DOSPĚLÝCH	6
2.1 Zdravotní gramotnost	6
2.2 Vymezení pojmu zdraví	9
2.3 Determinanty zdraví	10
2.4 Shrnutí - základní obsahová materie výchovy ke zdraví dospělých	16
3. FORMY A METODY VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH	17
3.1 Formy vzdělávání	17
3.2 Metody vzdělávání	19
II. PRAKTICKÁ ČÁST	20
4. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	20
4.1 Charakteristika výzkumného šetření	20
4.2 Postup v rámci výzkumného šetření	21
4.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření, diskuse	23
ZÁVĚR	35
RESUMÉ	37
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH PRAMENŮ	I
SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH STRÁNEK	I
PŘÍLOHY	II

ÚVOD

Zdraví je to nejcennější co máme, proto bychom měli znalosti o něm neustále prohlubovat. Jak řekl řecký filozof a lékař Hérakleitos z Efesu již před dvěma a půl tisíci lety: „*Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství bezcenné a důvtip bezmocný.*“

Vzdělávání v oblasti lidského zdraví a tím posilování zdravotní gramotnosti osob i společnosti jako takové, jsou důležitou součástí života celé lidské společnosti. Pokud se na zdraví podíváme komplexněji, musíme v něm spatřovat nejen společenskou, ale i důležitou ekonomickou hodnotu. Jinak řečeno, dobré zdraví jedince, potažmo celé společnosti, je zásadním předpokladem pro sociální a ekonomický rozvoj společnosti. Naopak špatný zdravotní stav neumožňuje plné využití potenciálu člověka a navíc přináší nemalé finanční náklady nejen pro jednotlivce, ale i pro celou společnost. Je tak, vedle obecné vzdělanosti, dalším klíčovým aspektem v rámci konkurenceschopnosti v dnešním světě.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) „moderní“ společnosti aktivně propagují nezdravé životní styly a vzdělávací systémy selhávají v tom, aby jedince vybavily adekvátními dovednostmi, jak získat, porozumět, vyhodnotit a využít informace, jak zlepšit jejich zdraví. Uvedený paradox tak vyústil v krizi zdravotní gramotnosti v Evropě i jinde ve světě. Téměř polovina dospělých v evropských zemích má neadekvátní nebo problematické návyky, které negativně ovlivňují zdravotní gramotnost (Health Literacy - Solid Facts, WHO, 2013). S ohledem na tyto závěry je jistě žádoucí pečovat o zdraví lidí s cílem zlepšit kvalitu života a rozvíjet lidského společenství, což ve svém důsledku přináší nejen zlepšení životní situace lidí, ale i zlepšení ekonomické situace celé společnosti. Zdraví tak přispívá ke zvýšení produktivity a efektivity práce (tedy k vyšším daňovým příjmům) a zároveň k nižším výdajům ohledně nemocí či sociálních dávek. Vyžaduje to však aktivní zapojení nejen celé veřejné správy, ale i samotných občanů.

Bakalářská práce je členěna na teoretickou část (první až třetí kapitola) a praktickou část (čtvrtá kapitola). Cílem teoretické části práce bude nejen vysvětlení pojmu zdravotní gramotnosti, výkladu toho, co by měl dospělý vědět o zdraví a jeho determinantech v kontextu stanovení základní obsahové materie výchovy ke zdraví dospělých, ale i specifikace forem a metod vzdělávání dospělých, čemuž bude předcházet (ve smyslu teoretického východiska pro cíle a obsah vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke

zdraví) exkurs do strategických materiálů podpory státu v rámci výchovy ke zdraví v České republice.

Cílem praktické části práce bude zjištění a zhodnocení současného stavu vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví z hlediska účasti, zájmu a preferencí dospělých.

Na základě výše stanovených cílů byla zvolena struktura práce. První kapitola bakalářské práce je věnována podpoře státu v rámci výchovy ke zdraví, kde ukazují důležitou roli státu při formování veřejného zdraví pomocí jednotlivých strategií a akčních plánů. Druhá kapitola se týká meritu výchovy ke zdraví, a to zdravotní gramotnosti dospělých, specifikaci pojmu zdraví a jeho determinantům, tedy faktorům, které zásadním způsobem ovlivňují naše zdraví, a to z hlediska stanovení základní obsahové materie výchovy ke zdraví dospělých. Třetí kapitola práce je pak věnována samotnému procesu vzdělávání dospělých, a to jeho specifikám v rámci přípravy vzdělávacího modulu, organizace výuky a způsob komunikace ze strany samotného lektora či takovým okolnostem, jako je motivace a potřeby dospělých v rámci jejich vzdělávání, jejich znalosti a životní zkušenosti, a to v kontextu jednotlivých forem a metod vzdělávání dospělých.

Praktická část bakalářské práce je obsažena ve čtvrté kapitole. Tato kapitola představuje východiska výzkumného šetření, cíle výzkumu, formulaci výzkumného problému, definici proměnných, formulaci výzkumných otázek, výzkumný soubor a realizaci sběru dat. Dále obsahuje vyhodnocení dotazníkového šetření včetně diskuse, kde se souhrnně prezentují a interpretují výsledky vlastního výzkumného šetření, včetně komparace s výchozími poznatky obsaženými v teoretické části bakalářské práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. PODPORA STÁTU V RÁMCI VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

Zdraví jako takové není konstruováno v lékařských zařízeních, ale především v rodinách, školách a na pracovištích, tedy všude tam, kde lidé žijí či pracují. Na zdraví mají vliv takové okolnosti, které na lidi působí v rámci jejich běžného života, tam je třeba hledat těžiště péče o zdraví. Nicméně lze jistě přisvědčit, že vedle individuální péče každého jedince o své zdraví, je třeba sdílet odpovědnost za péči o zdraví v rámci všech složek společnosti, veřejnou správu či podnikatelskou sféru nevyjímaje.

Dosavadní zkušenosti vyspělých států i ČR ukazují, že prevence nemocí a ochrana a podpora zdraví mají reálný přínos pro zlepšování zdravotního stavu populace a přinášejí významné úspory nákladů na zdravotní služby a další ekonomické přínosy¹.

Prevence nemocí a podpora (ochrana) zdraví jsou tak důležitými prioritami České republiky, neboť dobrý zdravotní stav obyvatel je přínosem pro celou společnost.

1.1 Zdraví 21 - Zdraví pro všechny do 21. století

Vzhledem k tomu, že zdraví (resp. právo na ochranu zdraví) patří mezi základní lidská práva², je z hlediska státní politiky jeho zlepšování hlavním cílem v rámci zdravotní politiky státu. Základní principy strategie péče o zdraví a jeho zlepšení formulovala a shrnula Světová zdravotnická organizace do programu s názvem Zdraví 21 - zdraví pro všechny do 21. století. Jedná se o model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj, který vychází ze zkušeností a navazuje na předchozí program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny do roku 2000. U programu Zdraví 21 nevyjadřuje číslo 21 pouze století, v rámci kterého je realizován, ale i počtu cílů v něm stanovených. Tematicky k zadání této bakalářské práce odpovídá nejvíce Cíl 11 Zdravější životní styl, který deklaruje potřebu v celé společnosti osvojit si zdravější životní styl, neboť zdravý životní styl ovlivňuje zdraví nejvýznamnějším způsobem. Nejvíce se utváří v rodině, systematicky by jej měla vychovávat škola a ovlivňuje jej i společenské prostředí. Sekundárně pak jde o Cíl 5 Zdravé stárnutí nebo Cíl 20 Získávání partnerů pro zdraví s potřebou zapojení

¹ Hodnotící zpráva cílů Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003-

2012 a Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013

² Čl. 31 Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku ČR,
Čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech,
Čl. 11 Evropské sociální charty.

jednotlivců, skupin a organizací jak veřejného a soukromého sektoru, tak i občanských sdružení pro zdraví.

Pro jednotlivé členské státy Světové zdravotnické organizace je program Zdraví 21 podkladem resp. návodem k řešení jednotlivých okruhů a oblastí péče o zdraví podle vlastních potřeb, kdy v kontextu srovnání evropských zemí, mají východoevropské země oproti vyspělým západoevropským zemím, obecně řečeno, co dohánět.

Na strategii Zdraví 21 navazuje program Zdraví 2020, který byl schválen na 62. zasedání Regionálního výboru Světové zdravotnické organizace pro Evropu v září 2012 a je praktickým strategickým rámcem umožňujícím specificky zaměřené přístupy.

1.2 Národní strategie Zdraví 2020

V roce 2013 předložilo Ministerstvo zdravotnictví vládě České republiky materiál ke schválení „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ (dále Národní strategie), který je rámcovým souhrnem opatření pro rozvoj veřejného zdraví v ČR. Národní strategie vychází z programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020 a navazuje na Zdraví 21 podpořený vládou ČR v roce 2002. Představuje nástroj pro implementaci programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020 v ČR a je určena nejen institucím veřejné správy, ale také ostatním složkám společnosti. Má za úkol přispět k řešení složitých zdravotních problémů 21. století, se kterými se ČR potýká, spojených s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem, a to zejména cestou prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví³.

Postup implementace programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020 cestou Národní strategie byl projednán Výborem pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu Parlamentu ČR, který mu vyjádřil podporu svým usnesením č. 50 ze dne 26. listopadu 2013. Realizaci Národní strategie podpořila vláda České republiky svým Usnesením č. 23 ze dne 8. ledna 2014 a následně i Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky usnesením č. 175 ze dne 20. března 2014.

Národní strategie naplňuje předběžnou podmínku (ex-ante kondicionalitu), kterou Česká republika musí splnit k uvolnění finančních prostředků Evropských a strukturálních fondů (ESIF) ze strany Evropské komise. Národní strategie Zdraví 2020 je tak důležitou strategií i v kontextu využívání prostředků ESIF pro sektor zdravotnictví.

Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020

³ Souhrnná zpráva o meziresortním naplňování strategických dokumentů v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví za rok 2013, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2014.

Účelem Národní strategie Zdraví 2020 je především nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Hlavním výstupem je vytvoření tzv. akčních plánů, které blíže specifikují konkrétní cíle, odpovědnost a termíny plnění pro klíčová prioritní témata Národní strategie Zdraví 2020, a to včetně rámcových rozpočtů. Jsou materiálem, který by měl zajistit kontinuitu směřování péče o zdraví. V současnosti existuje celkem třináct akčních plánů (dále také „AP“), některé z nich obsahují dílčí akční plány; podle rozsahu jednotlivých témat jde např. o podporu pohybové aktivity (AP 1), správnou výživu a stravovací návyky (AP 2), omezení zdravotně rizikového chování (AP 4) či rozvoj zdravotní gramotnosti (AP 12).

Akční plány byly dne 20. srpna 2015 předloženy vládě, která je vzala na vědomí usnesením č. 671. Podporu akčním plánům vyslovil i Výbor pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR na svém 23. jednání dne 2. září 2015.

Navrhovaná opatření v akčních plánech jsou v současné době dále diskutována a projednávána v rámci jednotlivých věcně příslušných ministerstev, dále pak institucemi a ostatními zástupci z řad odborné veřejnosti, neziskového a soukromého sektoru, odborných společností, vzdělávacích a dalších institucí tak, aby byly stanoveny priority a rozpracovány jednotlivé projekty, včetně identifikace konkrétních zdrojů financování pro vybrané aktivity.

2. VÝCHOVA KE ZDRAVÍ DOSPĚLÝCH

2.1 Zdravotní gramotnost

Primárním cílem výchovy ke zdraví v rámci vzdělávání dospělých je dosažení zdravotní gramotnosti takové úrovně, která odpovídá možnostem konkrétního jednotlivce (dospělého). Nelze jen ve smyslu „vzdělávání“ vymezit pojem zdraví a jeho determinanty (faktory významné pro podporu zdraví), ale je třeba ve smyslu „výchovy“ působit na osvojení si zdravotní gramotnosti v kontextu každodenního života.

Světová zdravotnická organizace definuje zdravotní gramotnost jako soubor kognitivních a sociálních dovedností, které určují motivaci a schopnost lidí získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je způsobem, který rozvíjí a udržuje zdraví jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozuměli jim a využívali je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví (WHO, 1998). Stručně řečeno, zdravotně gramotný je člověk, který je schopný o svém zdraví kvalifikovaně rozhodovat (Holčík, 2010).

V kontextu výše uvedeného je třeba dodat, že potřebné kompetence se mění v průběhu života. Podle neziskové nezávislé organizace Národní síť podpory zdraví (2015) lze definovat z pohledu zdravotní gramotnosti čtyři klíčové věkové kategorie:

1. *Dítě na počátku školní docházky (cca 7 let)*. Je to věk postupného přebírání základní zodpovědnosti za sebeobsluhu, hygienickou péči, denní režim. Dítě se začíná postupně samostatně pohybovat a rozhodovat ve vnějším prostředí mimo rodinu. Současně poprvé vstupuje do instituce – základní školy – jejímž hlavním cílem není pečovat, ale vzdělávat (i když výchova ke zdraví je významnou součástí školních vzdělávacích plánů, není ani nemá být jejich hlavní náplní).

2. *Mladý dospělý (cca 15-25 let)*. Dospívání a mladá dospělost je nejen věkem dokončení fyzického, psychického a sociálního vývoje, ale také věkem postupného osamostatňování včetně ekonomické soběstačnosti a přejímání plné zodpovědnosti za svou osobu i za své chování ve vztahu ke zdraví.

3. *Dospělý člověk*. Dospělost zahrnuje široké věkové rozmezí. Je to věk plné zodpovědnosti za sebe sama a současně je pro většinu populace věkem, kdy člověk přejímá plnou či částečnou zodpovědnost i za blízké osoby, o které pečuje: své děti, ale i staré rodiče a případně další osoby.

4. *Člověk na prahu stáří - senior (cca 65 let)*. Již ve středním věku člověka se do značné míry rozhoduje o zajištění přiměřeného zdraví, dobrého funkčního stavu a o udržení soběstačnosti v nadcházející životné etapě. Tato „příprava na stáří“ by měla mj. vyústit v dosažení kompetencí zdravotní gramotnosti ve věku, který je definován jako počátek seniorské životní etapy.

Při definování rozsahu zdravotní gramotnosti se obecně vychází z modelu WHO, který dělí zdravotní gramotnost na 3 oblasti (viz také tabulka č. 1 níže):

1. *Oblast podpory zdraví*. Jde o souhrn činností pomáhajících lidem posilovat a zlepšovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad determinantami zdraví. Zahrnuje činnosti k zajištění příznivých sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek pro rozvoj zdraví, zdravotního stavu a životního stylu. Týká se aktivit fyzických osob, činností státu, samosprávy i dalších složek společností⁴. Zdravotně gramotný jedinec tak ví, co vše zahrnuje pojem „správný životní styl“ (životospráva). Uvědomuje si zásadní význam

⁴ Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014.

životního stylu pro zdraví. Uvědomuje si a přijímá skutečnost, že životní styl je především jeho volba a zodpovědnost. Je schopen se dlouhodobě chovat podle zásad správné životosprávy. Životní styl zásadním způsobem ovlivňuje zdraví člověka. Jeho jednotlivé faktory budou podrobněji probrány v následující podkapitole (2.3 Determinanty zdraví).

2. *Oblast prevence nemocí.* Zdravotně gramotný jedinec plně chápe, že být zdravý není samozřejmé, že o zdraví je třeba pečovat. Uvědomuje si, že svými názory a postoji ke zdraví a zdravotní péči a příkladem je schopen ovlivnit své okolí. Je si vědom, co pro něj i jeho okolí znamená nemoc ve smyslu sociálním. V případě potřeby pomáhá blízkým osobám, o které pečuje, zorientovat se v informacích o prevenci nemocí. Tato oblast zahrnuje nejen prevenci infekcí, neinfekčních chorob a úrazů, ale také postoje k medicíně založené na důkazech (Evidence Based Medicine).

3. *Oblast zdravotní péče.* Do této oblasti patří kompetence ošetrovatelské péče a neodkladné první pomoci. Zdravotně gramotný jedinec umí v rámci ošetrovatelské péče vyhodnotit základní příznaky nemoci, orientovat se v základních skupinách volně prodejných léků včetně zásad jejich užívání. Ví jak se zachovat v rámci svépomoci při poruše zdraví a v nemoci. V případě nemoci zná a dodržuje požadavky léčebného režimu a zodpovědně přistupuje k navrženým způsobům léčby a k rekonvalescenci. Uvedené principy uplatňuje v péči o své děti a blízké. V rámci neodkladné první pomoci rozumí reálným rizikům vzniku úrazu v běžném životě i při mimořádných činnostech a chová se zodpovědně. Dovede se správně zachovat v situaci ohrožení zdraví a života svého nebo jiných.

Tabulka č. 1: Propracovaný model zdravotní gramotnosti dle Akčního plánu č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015-2020⁴

Zdravotní gramotnost	Dostupnost zdravotních informací	Porozumění zdravotně relevantním informacím	Vyhodnocení zdravotně relevantních informací	Aplikace či využití zdravotně relevantních informací
Zdravotní péče	1. Schopnost získat informace o medicínských tématech	2. Schopnost porozumět medicínským informacím a pochopit jejich smysl	3. Schopnost interpretovat a vyhodnotit medicínské informace	4. Schopnost činit poučená rozhodnutí u medicínských problémů
Prevence nemocí	5. Schopnost získat informace o rizikových faktorech	6. Schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech a pochopit jejich smysl	7. Schopnost interpretovat a vyhodnotit informace o rizikových faktorech	8. Schopnost posoudit relevanci informací o rizikových faktorech
Podpora zdraví	9. Schopnost získávat nové zdravotně relevantní informace	10. Schopnost porozumět zdravotně relevantním informacím a pochopit jejich smysl	11. Schopnost interpretovat a vyhodnotit zdravotně relevantní informace	12. Schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky

2.2 Vymezení pojmu zdraví

O zdraví (člověka) existuje řada obecně přijímaných představ a omylů, které mají dopad nejen na teoretické vymezení pojmu zdraví, ale i na každodenní chování lidí. Velmi častá (a mylná) představa, že každý ví, co je zdraví (v kontextu představy být zdrav), vyplývá z příliš úzkého a povrchního pohledu na tento pojem, který pak evokuje představu, že všichni si představují pod pojmem zdraví to samé. Realita je však jiná. Stav „být zdrav“ je ve skutečnosti více relativní, neboť každý jedinec má své jedinečné zdraví a s tím spojené potřeby. Pokud pomineme přijímání potravy, existují například jedinci s potřebou společenského uznání, bez něhož strádají a naopak, s potřebou zaměstnání, bez kterého si neumí představit svůj život a naopak, apod. Zajímavé další konsekvence má i jednoduchá otázka, co je pro člověka v životě nejdůležitější. Většinová odpověď bude jistě obsahovat slova „být zdrav“, což bude evokovat představu, že pro člověka je zdraví to nejdůležitější. Ovšem pokud se zeptáme, čeho by chtěl člověk v životě dosáhnout resp. co je smyslem jeho života, jistě nebude převažovat odpověď „být zdrav“. Z toho vyplývá, že zdraví ve většině nechápou lidé jako cíl, nýbrž jako prostředek k dosažení životního cíle. Lze tedy souhrnně konstatovat, že zdraví člověka utváří jak subjektivní, tak i objektivní složky (Zvírotsky, 2010).

Stejně složité je to i s vymezením definice zdraví. Z velkého množství koncepcí resp. teorií zdraví vznikla řada definic pojmu zdraví. Je třeba též přisvědčit, každá taková teorie jistě byla ovlivněna sociálním a kulturním prostředím, ve kterém vznikla, neboť zdraví není jen hodnotou individuální, ale zajisté i hodnotou společenskou, potřebnou pro sociální, kulturní i hospodářský rozvoj každé společnosti.

Světová zdravotnická organizace definovala zdraví takto, cit.: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*“ (WHO, 1998). Tato definice vychází z pojetí zdraví jako ideálu ze tří oblastí pohledu na člověka (tělesné, duševní a sociální), což je podrobena kritice, neboť takový ideál zdraví se jeví jako nereálný a těžko dosažitelný a dále se kritika týká i absence duchovní oblasti člověka. Jinými slovy řečeno, člověk s marginální tělesnou vadou nebude splňovat definici zdraví a naopak, člověk s poruchou v oblasti duchovní (spirituální) ano. Další kritika je například věnována důrazu na subjektivní pocity člověka, včetně neurčitěho avšak důležitého slova „pohoda“ v této definici zdraví. Oproti tomu dnes již klasická definice vytvořená Davidem Seedhousem: „*Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky*

zvolené a biologické potenciály.“⁵. Tato definice se na jednu stranu vypořádává s nedostatky té předchozí, na druhou stranu je trochu zavádějící, neboť za relativně zdravého podle ní může být považován i invalida upoutaný na vozík. Co ale lze z výše uvedeného jistě konstatovat je nezadatelnost subjektivního pohledu každého člověka na své zdraví. Je tak upřednostňován subjektivní pohled na vlastní zdraví před medicínským přístupem. Pokud shrneme výše uvedené, je patrné, že vytvořit jednu definici zdraví, která bude akceptovatelná pro široký okruh odborníků, bude nereálné. Lze však přisvědčit obecnému závěru, aby taková přijatelná definice byla především ideální a nikoliv normativní, a dále aby brala v potaz různorodost lidí včetně všude přítomné dynamice životních změn, např. z pohledu pohlaví či jednotlivých fází životního cyklu.

2.3 Determinanty zdraví

Zdraví člověka je podmíněno působením množství činitelů, a to jak v kladném, tak i v záporném slova smyslu. Tyto faktory můžeme nazývat determinanty zdraví. Lze je rozdělit na faktory vnitřní a vnější. Jako vnitřní faktor můžeme označit dědičnou nebo také genetickou výbavu, kterou získáváme od svých předků již na základě splynutí pohlavních buněk svých rodičů. K tomu se následně nabalují další vnější faktory, nejčastěji rozřazené do tří skupin (Machová, 2009):

- životní styl - způsob života v obecném měřítku ovlivňuje zdravotní stav nejvíce, jde vlastně o určitý způsob chování v daných životních situacích, jež jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Otázkou je, zda je rozhodování člověka o jeho chování v kontextu jeho zdraví, zcela svobodné resp. nezávislé. Zajisté nikoliv, neboť je třeba brát v potaz další vlivy a návyky v kontextu např. rodinných zvyklostí, tradic a obyčejů společnosti, sociální pozicí, ekonomické situace vlastní, rodiny i společnosti. Určitě je třeba vnímat jako důležité aspekty např. věk, vzdělání, zaměstnání, příslušnost k rase či etniku, pohlaví, hodnotová orientace a především postoj ke zdravému způsobu života. Umět si zvolit zdravý styl života a zároveň chtít si ho zvolit je zcela zásadní pro zdravý způsob žití. Zde hraje klíčovou roli vnímání svého já. Je důležité naučit se poslouchat své tělo, umět vnímat jeho signály tak, abychom mohli využít a aplikovat v praxi své teoretické znalosti o tom, co zdraví podporuje a upevňuje, a co naopak zdraví škodí.

⁵ Seedhouse 1995, cit. in Křivohlavý 2001, str. 39.

- životní prostředí - zde je třeba podotknout, že člověk je s životním prostředím opravdu úzce spjat, nežije a ani nemůže žít v nějakém vakuu, potřebuje ke svému životu dýchat okolní vzduch, přijímat potravu a pít vodu. V porovnání se životním stylem je třeba si uvědomit, že životní prostředí můžeme ovlivnit pouze do určité míry, zdravé životní prostředí nelze ovlivnit jen z pozice jedince, čím větší část společnosti bude chtít něco udělat pro zdravé životní prostředí a jeho trvale udržitelný rozvoj, tím větší šance pro naplnění tohoto cíle. Pokud bude společnost akceptovat společenský vývoj na úkor zdravého životního prostředí, tím méně s tím může jedinec udělat. A právě z hlediska ovlivnitelnosti podmínek životního prostředí člověkem, lze rozlišit čtyři základní sféry životního prostředí, které se ovšem v rámci vlivu na člověka vzájemně prolínají:
 - Regionální prostředí - jde o geografické a klimatické podmínky dané oblasti (regionu), jako je například nadmořská výška, klimatické pásmo, geologické poměry atd., které není v moci člověka zásadním způsobem ovlivnit, a tak se jim přizpůsobuje se snahou o eliminaci negativních dopadů (způsobem provádění staveb, oblékáním, způsobem příjmu potravy a tekutin apod.).
 - Komunální prostředí - jde o prostředí v blízkém okolí místa, kde člověk žije (obec resp. jejich intravilán či extravilán z pohledu např. hustoty zástavby, dopravy, zeleně v kontextu dopadů na stav a míru znečištění vody, půdy, ovzduší, míru hluku atd. V současné době lze pozorovat primární zájem společnosti (státu či územních samosprávných celků) o revitalizaci komunálního prostředí s kladným dopadem na životní prostředí a pohodu obyvatel, což se pak úměrně zobrazuje i ve zdraví společnosti, což je základním stavebním prvkem pro její další rozvoj.
 - Pracovní prostředí - jde o podmínky na pracovišti, které ve svém součtu hrají důležitou roli v ochraně zdraví člověka, ať už se jedná o ochranné pracovní pomůcky, protiúrazové zábrany, čistotu a hygienu (v širším slova smyslu) na pracovišti apod. Zde hraje důležitou roli stát a jeho kontrolní instituce, aby pod hrozbou sankcí kontrolovaly, zda zaměstnavatel či podnikatel dodržují předpisy a z toho plynoucí podmínky pro zdraví neohrožující pracovní prostředí.

- Rodinné (intimní) prostředí - toto prostředí nejvíce ovlivňují sociální, ekonomické či kulturní aspekty. Z jistého úhlu pohledu se dá říci, že je individuálně podmíněné a ovlivnitelné. Například z pohledu člena domácnosti lze říci, že dospělý jedinec, který je „hlavou“ rodiny má tuto možnost asi největší, na druhou stranu vychovávané dítě naopak minimální, neboť nemá možnost v rodině rozhodovat, nemůže zásadním způsobem ovlivnit např. sociální či ekonomickou úroveň rodiny. I zde je tak třeba, aby v odůvodněných případech existovala možnost zásahu společnosti (např. prostřednictvím orgánů vykonávajících sociálně právní ochranu dětí) do tohoto prostředí v zájmu zdravého vývoje dítěte tak, aby takový jedinec byl v pozdějším věku pro společnost co nejvíce prospěšný.
- zdravotní péče - v případě péče o zdraví nejde jen úroveň, technické a materiální vybavení zdravotnických služeb, ale o celkovou snahu o podporu zdraví s úzkým propojením na podporu prevence nemocí. V rámci společenské podpory jsou vytvářeny podmínky pro možnou realizaci zdravého životního stylu, například vytvářením příležitostí pro sportovní a rekreační aktivity, podporou vzdělávání ke zdravému způsobu života (ať už v rámci školního či mimoškolního vzdělávání) nebo podporou šíření informací, které mají pozitivní vztah ke zdraví a zdravému způsobu života. Ovšem zde je třeba zdůraznit, že výsledky lze předpokládat (vedle vytvoření společensky potřebného ekonomického a sociálního zázemí) pouze za podmínky samotné aktivní účasti jednotlivých občanů, komunit atd., neboť nejdůležitějším činitelem v péči o zdraví je samotný jedinec (člověk), na kterém záleží, zda je ochoten si osvojit zdravý životní styl.

Závěrem k této pasáži je třeba připomenout, že jednotlivé, výše uvedené faktory (determinanty zdraví) se vzájemně ovlivňují a mohou se tak navzájem posilovat či oslabovat. Neovlivňují tak člověka izolovaně, ale naopak ve vzájemné interakci. Vzhledem k tomu, že životní styl nejvíce ovlivňuje zdraví, bude faktorům tohoto druhu věnována další pozornost.

Výživa

Lze jistě konstatovat, že správná výživa posiluje tělesné a duševní zdraví, zlepšuje výkonnost a prodlužuje život. Organismus potřebuje prostřednictvím stravy energii k fungování a látky k výstavbě tkání a správné činnosti orgánů. Dále platí, že racionální výživa musí být vyvážená po stránce kvalitativní i kvantitativní, zaměřená na pestrost,

snižování spotřeby tuků, cukrů, alkoholu, soli, a naopak na zvyšování podílu ovoce a především zeleniny, včetně dostatečného příjmu tekutin (Machová, 2009).

Z kvantitativního hlediska je třeba brát v potaz základní pravidlo, že příjem energie by měl odpovídat jejímu výdeji. V praxi je tak třeba rozlišit případy, kdy díky energeticky méně náročnému způsobu života (sedavé zaměstnání) stačí zajistit menší energetický příjem, na rozdíl od těžce fyzicky pracujícího jedince, kde je třeba zajistit větší energetický příjem. Pokud energetický příjem převyšuje výdej, v těle se ukládá tuk a navenek se to projevuje nadváhou až obezitou.

Z kvalitativního hlediska je třeba respektovat potřebu vyvážené a pestré stravy, aby byl zajištěn přísun všech potřebných živin, vitamínů a minerálů.

Z pohledu jednotlivých složek živin je třeba zmínit bílkoviny, tuky a sacharidy. Obecně doporučený denní poměr živin lze stručně rozdělit takto: bílkoviny 10-15 %, tuky 30 % a cukry 55 % (Machová, 2009).

V duchu zásady a contrario pak platí, že nesprávná výživa člověku škodí. Proto je důležité s ohledem na špatné stravovací návyky dospělých stanovit základní doporučení pro stravovací režim (Machová, 2009):

- V rámci správného stravovacího režimu dodržovat pravidlo rozdělení denní stravy na pět dávek s pauzami cca tři hodiny mezi jednotlivými jídly.
- Dodržovat pitný režim s denním příjmem cca 1,5 - 2 l tekutin (v případě zvýšené tělesné námahy, či zvýšené okolní teplotě prostředí i více) a preferovat tekutiny s co nejmenším obsahem cukrů, včetně umělých sladidel.
- Konzumaci alkoholických nápojů minimalizovat tak, aby denní dávka ideálně nepřekročila cca 20 g čistého lihu, tedy např. 2 dcl vína, 0,5 litru piva apod.
- Neodbyvat jídlo ve spěchu či nevynechávat snídani (včetně ohledu na kvalitu jídla a nutnost klidné atmosféry při jídle).

Pohybové aktivity

Pro zachování a další upevňování zdraví je nezbytným a důležitým předpokladem aktivní pohyb. Obecně lze říci, že význam pohybu spočívá v tom, že (Machová, 2009):

- zvyšuje tělesnou zdatnost,
- snižuje hladinu cholesterolu a krevního tlaku,
- přispívá k duševní pohodě a eliminaci stresu,
- pomáhá proti bolestem (ztuhlosti) zádoových partií,

- zpevňuje kosti, vazivo, zvláště ve vyšším věku,
- zlepšuje prokrvení (nejen) kůže,
- je prevencí tzv. civilizačních chorob.

K výše uvedenému je ovšem třeba dodat, že v některých případech může být pohybová aktivita kontraproduktivní. Např. u jedince, který váží přes 100 kilo, nebude běh vhodnou pohybovou aktivitou. Naopak může vést ke zdravotním problémům pohybového aparátu, srdeční příhodě apod. V těchto případech (a nejen v nich) se doporučuje rychlá chůze přibližně v délce 45 min., která má lepší účinek na zdraví, než samotný běh. Ve výše uvedeném případě lze doporučit například i kondiční plavání. Podstatou je, aby člověk vnímal své tělo a zdravotní stav, a podle toho vybral vhodnou pohybovou aktivitu.

Denní režim

Dospělý jedinec svůj čas tráví většinou prací a odpočinkem a tak mu na ostatní činnosti nezbyvá moc času. Povolání má tak zásadní vliv na zdraví, je hlavním zdrojem spokojenosti i frustrace. Člověk však nesmí zapomínat na odpočinek a věnování volného času sobě či rodině. Musí umět hospodařit s časem resp. režim práce podřídít ostatním potřebám. Paradoxně, pokud se zaměří, resp. vrhne všechn zájem a síly jen do zaměstnání, což ve svém důsledku bude znamenat rezignaci na správné stravovací návyky, zdravý pohyb, potřebnou duševní hygienu či potřebnou interakci v rodině, dříve či později dojde k poruše zdraví, což povede v konečném důsledku ke ztrátě (nemožnosti výkonu) zaměstnání, a tedy ztrátě všeho doposud podstatného. Proto je důležité umět si nastavit denní režim tak, aby s ohledem na zdravý životní styl, bylo pracovní zatížení v symbióze s ostatními výše uvedenými denními potřebami (Zvírotský, 2010).

Spánek

Spánek je základní biologickou potřebou člověka. Dochází v něm k útlumu kůry mozkové a snížení většiny životních pochodů. Dochází tak k nezbytnému odpočinku. Dostatečně dlouhý a hluboký spánek je tak základním předpokladem pro zachování a udržování zdraví. Podle Zvírotského (2010) hygiena spánku tak spočívá v dodržování několika zásad:

- spát by měl člověk v čisté, vyvětrané místnosti s optimální teplotou okolo 18° C, ideálně na lůžku se zdravotní matrací,
- dodržovat pravidelnou optimální dobu spánku a hodinu usínání,
- usínat v tichu a v prostoru bez světelného znečištění,
- před spánkem navodit stav uklidnění s eliminací stresu,

- dostatečnou dobu před usínáním nejíst či nadměrně přijímat tekutiny.

Stres

V současné době stres je chápán převážně negativně, především jako rizikový faktor pro řadu chorob. Existuje tak i snaha se stresu vyhnout, což je v dnešní době nemožné, ale i neúčelné.

Se stresem se naopak musíme naučit žít a především jej zvládat. Stres můžeme chápat jako způsob odpovědi organismu na zátěž. Postupně se pod pojem stres podřadila i sama zátěž (tzv. stresor). Mezi tyto stresory lze počítat časovou tíseň v rámci pracovního procesu či zrychleného životního stylu, digitalizací a trvalou mobilitou (dostupností). Počítat také musíme s každodenním řešením starostí, potřebou konat malá či velká rozhodnutí v osobním i rodinném životě. Ve většině případů je ideální protiváhou důsledné dodržování správné životosprávy. Jako ideální se jeví tělesná aktivita, relaxační činnosti apod. V případě chronického stresu pak existují speciální antistresové programy (Zvírotský, 2010).

Vybrané patologické jevy

Kouření

Kouření tabáku je jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu, neboť je nejčastější příčinou předčasných onemocnění a úmrtí. Hodně látek vyskytujících se v tabákovém kouři je prudce jedovatých a karcinogenních. Omezením kouření jde podstatně snížit nemocnost a úmrtnost na srdeční a cévní nemoci, výskyt zhoubných nádorů a chronických nemocí dýchacího ústrojí (Machová, 2009).

Další úhel pohledu, rozvíjející se v západním civilizovaném světě, je náhled na kouření jako na činnost, která je negativně vnímána v rámci společnosti. Například ve spojení s pasivním kouřením. Řada států výrazně omezuje možnost kouření na veřejných prostranstvích a v uzavřených prostorách, a to včetně pohostinských zařízení. Řada společností upřednostňuje zaměstnance nekuřáky apod. Lze tak konstatovat, že kouření nemá se zdravým životním stylem nic společného.

Alkohol

V případě alkoholu a jeho vlivu na zdraví je třeba odlišovat požívání v přiměřeném (malém) malém množství, které naopak může lidskému organismu za jistých okolností a s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu i prospívat. Oproti tomu nadměrná či dlouhodobá konzumace alkoholu vede nejen k poškození mentálního a fyzického zdraví, narušení

sociálních vztahů v pracovním a osobním životě, ale i k závislosti, neboť alkohol patří mezi návykové látky. Alkoholismus tak vede k řadě závažných chorob, jako je cirhóza jater, záněty trávicího ústrojí, choroby věnčitých tepen či psychickým poruchám (Machová, 2009). V daném kontextu je třeba také vnímat spojení alkoholu s pácháním řady deliktů, od dopravních přestupků po trestné činy, při kterých dochází velmi často k újmě na zdraví. Léčba závislosti spočívá v trvalé abstinenci, což velmi často končí recidivou. Jinými slovy řečeno, alkoholismus jde potlačit, nikoliv vyléčit. V tom tkví nebezpečnost tohoto patologického jevu.

Drogy

Za drogu (v odborné terminologii mluvíme o omamných a psychotropních látkách) lze podle Kubátové (2009) obecně považovat každou látku (přírodní či syntetickou), která má psychotropní účinky, tedy působí na psychiku, a zároveň může vyvolat závislost (potenciál závislosti je různý a odvíjí se od druhu drogy). Mluvíme zde především o tzv. nelegálních drogách, kdy jde omamné a psychotropní látky, jejichž výroba, přechovávání a distribuce je trestná.

Hlavní rysy drogové závislosti podle Kubátové (2009):

- trýznivá touha brát drogu opakovaně a neustále, bez přerušení,
- pokračování ve zneužívání, byť si je dotýčný vědom škod, které droga působí na jeho zdraví, v sociální oblasti, ve vztazích apod.,
- postupné zvyšování dávek v kontextu vzniku tolerance organismu na účinky drogy,
- potlačení ostatních zájmů, snížení sociální interakce, snížení schopnosti pracovat,
- toxikománie na plný úvazek - vytěsnění všech ostatních činností.

Drogová závislost vede v konečném důsledku k rozpadu osobnosti a trvalému poškození zdraví, případně i smrti. Proto z hlediska tak závažných následků, je výroba, přechovávání a distribuce drog trestná.

2.4 Shrnutí - základní obsahová materie výchovy ke zdraví dospělých

V současné době globalizovaného světa zpráv a internetu lze jistě předpokládat určitou zdravotní gramotnost u každého průměrného jedince společnosti, což ovšem automaticky neznamená, že jednání takového jedince nemůže v praxi vykazovat opačné chování, tzv. autodestruktivní sklony (Zvírotsky, 2010).

Pro úspěšné uplatnění zdravotní gramotnosti v každodenním životě a především, z pohledu této bakalářské práce, také v rámci vzdělávání dospělých k výchově ke zdraví je třeba vzít v potaz algoritmus „Chci – Umím – Mohu“ (Národní síť podpory zdraví, 2015):

1. *Chci*. Vnitřní motivace je nezbytná v každém věku.
2. *Umím*. Kromě motivace (zájmu) musí jedinec disponovat základními znalostmi, kterých nebude nadbytek, a zároveň budou jeho věku přiměřené a dostatečné pro správné rozhodování v rozsahu jeho odpovědnosti. Potřebné informace by měl umět najít (také vnímat, přijímat), porozumět jim a vyhodnotit je v konkrétních situacích. Nedílnou součástí je následná schopnost chovat se podle těchto informací a znalostí v každodenním životě.
3. *Mohu*. Vytvoření nezbytných podmínek pro to, aby člověk mohl své znalosti, schopnosti i zájmy uplatnit v denním životě, závisí na mnoha proměnných, z nichž ovšem pouze část lze ovlivnit a zajistit jím samým.

Výše uvedený algoritmus včetně koncipovaného modelu zdravotní gramotnosti a aspektů zdraví a jeho determinantů, včetně životního stylu v předchozích podkapitolách této práce je možné využít v rámci vzdělávání dospělých. Cílem nebylo vytvořit mnohastránkovou odbornou publikaci, ale pokusit se vytvořit stručný a srozumitelný seznam toho, co lze považovat za zásadní podkladový materiál pro koncepci obsahu vzdělávacího materiálu výchovy ke zdraví v rámci vzdělávání dospělých. Následující kapitola pak doplňuje výše uvedené v rámci samotného procesu vzdělávání dospělých, a to v kontextu možných (ideálních) forem a metod vzdělávání.

3. FORMY A METODY VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH

„Vzdělávání dospělých je proces, v kterém se dospělý člověk aktivně, systematicky a kontinuálně učí za účelem změny znalostí, názorů, hodnot, schopností a dovedností. Dospělým ve smyslu vzdělávání dospělých je osoba, která ukončila svou vzdělávací dráhu ve formálním vzdělávacím systému. Institucionalizované učení není v tomto pojetí hlavní náplní životní činnosti účastníka vzdělávání dospělých. Vzdělávající se dospělý není redukován na žáka nebo studenta, jeho hlavní sociální role jsou ty, které vyplňuje v práci, rodině a v sociálním životě“ (Průcha 2006, s. 159).

3.1 Formy vzdělávání

„Didaktickou formou většinou rozumíme určitý organizační rámec výuky, tj. vyučování a učení“ (Mužík, 2004, s. 55). Z pohledu kritéria didaktického a ekonomického

rolišujeme pět základních didaktických forem, a to přímou výuku, kombinovanou výuku, korespondenční vzdělávání (distanční studium), terénní vzdělávání a sebevzdělávání (Mužík, 2005).

Přímá výuka

Vyznačuje se přímým a osobním kontaktem lektora s účastníkem, kdy účastník je v plném rozsahu uvolněn ze svých pracovních i osobních povinností. Organizace přímé výuky se skládá ze tří fází (Mužík, 2005):

- přípravná fáze - zahrnuje zpracování projektu vzdělávací práce. Jde o souhrn odpovědí na otázky: Proč vzdělávat? Koho vzdělávat? Co bude obsahem vzdělávání? Kdy vzdělávat? Jak vzdělávat? (formy a metody) Kdo bude vzdělávat? (lektori) Kde se bude vzdělávat? (prostory) Za kolik? (kolik to bude stát).
- Realizace - zahrnuje vzájemnou komunikaci vysílací organizace, organizátora, lektora a účastníků. Jde rozdělení a plnění jednotlivých úkolů, kdy organizátor poskytuje účastníkům v dostatečném předstihu nezbytné informace ke kursu, při vlastní realizaci kursu pak organizátor nese hlavní odpovědnost za průběh akce, dále musí vytvořit potřebné podmínky pro lektora, včetně technického servisu (didaktická technika). Při interním vzdělávání v podniku je organizátor zároveň vysílací (pořádající) organizací se všemi povinnostmi a pravomocemi (ekonomické zajištění, pořádek). Lektor a účastníci jsou v partnerském vztahu vycházejícího z potřebné erudice a autority lektora a profesionálních zájmů a zkušeností účastníků.
- Vyhodnocení - základním principem je, že hodnocení by mělo odpovídat cílům, obsahu, charakteru, úrovni a délce vzdělávání.

Kombinovaná výuka

Kombinovaná výuka vznikla ze snahy zvýšit podíl individuálního studia na celkovém objemu vzdělávání, skládá se ze vstupního semináře, individuálně řízeného studia, výcvikového semináře a závěrečného semináře (Mužík, 2005)

Korespondenční studium (distanční studium)

Korespondenční studium se řadí k formám, které jsou označovány jako dálkové (distanční vzdělávání). Jeho hlavní charakteristikou je skutečnost, že účastník je z pohledu geografického odloučen od svého lektora. Komunikace probíhá jednak prostřednictvím studijních materiálů a jednak přes řešení zkušebních úloh, případně přes krátkodobé

konzultace. Jde o klasickou formu vzdělávání dospělých, která vznikla v Německu a je prováděna již od roku 1856. Výhodou pro účastníka je především možnost studovat ve svém volném čase a volit individuálně svůj postup (Mužík, 2005).

Terénní vzdělávání (kursy, semináře)

Terénní vzdělávání zahrnuje všechny prvky výše uvedené formy přímé výuky, avšak ve specifických podmínkách, převážně mimo rámec standardních vzdělávacích zařízení, tedy v terénu (Mužík, 2005). Lze tímto způsobem z hlediska kritéria ekonomického vyslat lektora za skupinou účastníků za předpokladu, že jde o všechny účastníky z jednoho místa popř. podniku, což jistě bude levnější, než aby všichni účastníci cestovali za lektorem. Pro potřebu výchovy ke zdraví se bude jednat především o formu kursů, konferencí, seminářů či jednodenních školení.

Sebevzdělávání

Sebevzdělávání (autodidaxe) je formou vzdělávání, v níž se ztotožňují v rámci výukového procesu v jedné osobě účastník a lektor. Je orientováno zejména na politické, náboženské, pracovní-kvalifikační problémy či na rozšíření všeobecného vzdělání například cestou prohloubení zájmově orientovaných znalostí a dovedností. Hlavním didaktickým problémem sebevzdělávání je možnost porovnávání dosažených pokroků v učení se stanoveným cílovým stavem. Tuto funkci v jiných formách studia plní lektor. Jednou z cest řešení tohoto problému přináší e-learning, který přináší do tohoto procesu systematické ověřování studijních výsledků pomocí testování (Mužík, 2005).

3.2 Metody vzdělávání

Didaktickou metodu lze vnímat „*jako prostředek, který stimuluje učení dospělého, vede ho k určitému cíli a činí učební proces efektivním*“ (Mužík, 1998, s. 149). Při členění didaktických je třeba vycházet z didaktického principu vztahu k praxi dospělého účastníka výuky. Z tohoto hlediska je možné metody rozdělit na teoretické, teoreticko-praktické a praktické (Mužík, 2005).

Teoretická metoda

Teoretickými metodami lze nazvat ty, jež zcela či převážně spočívají ve verbálním projevu lektora. Jedná se o tradiční didaktickou metodu, kde aktivní role účastníka je dána relativně přísnými pravidly. Vhodná bude v případě přednášky, konference či semináře (Mužík, 2005). Roli pro výběr této metody také může sehrát i absence znalosti problematiky výchovy ke zdraví ze strany účastníků.

Teoreticko-praktická metoda

Teoreticko-praktické metody mají za cíl nejen o problémech hovořit, diskutovat, ale též vést účastníka k přímému jednání, řešení a rozhodování, a to na praktických příkladech blížících se nejvíce praxi daného účastníka (Mužík, 2005). Tyto diskusní či problémové metody se uplatní v rámci problematiky výchovy ke zdraví u účastníků s určitou znalostí této problematiky, kdy v rámci řízené diskuze či případové studie lze skupinově řešit zadaný problém v rámci příkladného nastavení postupů ke zlepšení zdravotního stavu určitým způsobem naprofilovaného jedince, například pomocí nastavení vzorce životního stylu, výživy apod.

Praktická metoda

Praktická metoda je založená na vzdělanostní a znalostní základně a sleduje rozvoj nových individuálních hodnot, dovedností a pracovních návyků. Odehrávají se přímo v praxi - ve firmách či speciálních výcvikových institucích. Do této skupiny lze zařadit instruktáž, koučink, asistování, rotace práce, exkurze či létající tým (Mužík, 2005). Tyto praktické metody lze uplatnit v rámci problematiky výchovy ke zdraví u účastníků s dobrou teoretickou znalostí této problematiky, jejichž praktické ověření (naplnění) bude probíhat některou z výše uvedených praktických metod.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Charakteristika výzkumného šetření

Praktická část této bakalářské práce má charakter výzkumu. Jde o kvantitativně orientovaný výzkum, navazující na problematiku teoretické části bakalářské práce. „Výzkum je systematický způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí dosavadní poznatky, anebo se získávají nové poznatky“ (Gavora, 2010, s. 13). Oproti tomu vědecký výzkum už je pak založen na systematickém, kontrolovaném, empirickém a kritickém zkoumání hypotetických výroků o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy (Kerlinger, 1972).

Cílem výzkumného šetření bude zjistit stav vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví z hlediska informovanosti, zájmu a preferencí dospělých.

4.2 Postup v rámci výzkumného šetření

Formulace výzkumného problému

Na počátku výzkumného šetření je potřeba stanovit výzkumný problém. Úkolem výzkumného problému je zjistit odpovědi na výzkumné otázky, které se respondentům předkládají. Pro moji práci jsem upřednostnila deskriptivní výzkumný problém, který zjišťuje a popisuje situaci, stav či výskyt určitého jevu. Vzhledem k tematickému zaměření práce a v kontextu cíle výzkumu, jsem deskriptivní výzkumný problém stanovila takto:

Jaký je vztah respondentů ke vzdělávání v oblasti výchovy ke zdraví z hlediska jejich informovanosti, zájmu a preferencí?

Definice proměnných

Z hlediska jednoznačnosti výzkumu je třeba definovat proměnné. „*Proměnnou se označuje prvek zkoumání, který nabývá různé hodnoty*“ (Gavora, 2010, s. 61). Proměnná je tedy nějaký jev, vlastnost, činitel, apod. Takový prvek zkoumání nabývá různých hodnot, které je třeba definovat. Gavora (2010) rozlišuje dva základní druhy proměnných, a to měřitelné proměnné (u kterých je možné určit počet, míru (stupeň) určitého jevu či vlastnosti) a kategoriální proměnné (které nelze kvantifikovat, jen zařadit do kategorií). V případě mé práce jsem použila ze základních druhů proměnných kategoriální proměnné dichotomické - např. pohlaví a nedichotomické - např. vzdělání respondentů.

Výzkumné otázky

Výzkumné otázky patří k důležitým atributům plánování výzkumu. Aby bylo možné čerpat z výzkumných otázek relevantní odpovědi, musí být jasné a srozumitelné, testovatelné (ověřitelné) a musí odpovídat parametrům zadání, tedy nestanovovat příliš široké otázky z hlediska odpovědí na ně. Nejprve je třeba stanovit hlavní výzkumné otázky (tzv. key research question). Na ně pak navazují jednotlivé dílčí výzkumné otázky. Stanovila jsem tři hlavní výzkumné otázky:

1. Jaká je informovanost respondentů o vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví?
2. Jaký je zájem respondentů o vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví?
3. Jaké jsou preference respondentů ve vztahu ke vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví?

Výzkumný soubor

Předmětem výzkumu, zjednodušeně řečeno, jsou lidé. „*Všichni lidé, o kterých chce výzkum získat informace, tvoří základní soubor (populaci)*“ (Gavora, 2010, s. 73). K tomu Gavora říká, že „*Základní soubor bývá poměrně rozsáhlý.*“ (Gavora, 2010, s. 73). Základní soubor, tedy v mém případě subjekty výzkumu, by dle výše uvedeného tvořili dospělí lidé v České republice. Dále Gavora říká, že „*V takovém případě musí výzkumník ze základního souboru vybrat jistou část subjektu, která se nazývá výběrový soubor*“ (Gavora, 2010, s. 74).

Pro moji bakalářskou práci jsem tedy zvolila výběrový soubor, kde subjekty jsou dospělí lidé od 18 let z prostředí mé školy, zaměstnání a širší rodiny.

Realizace sběru dat - dotazník

K vypracování bakalářské práce byl použit anonymní dotazník, který jsem rozdělila do dvou částí, a to dotazníkovou část obecnou a dotazníkovou část ke vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví. Obecná dotazníková část obsahuje pět otázek, a to:

- *Jste muž nebo žena?*
- *Do jaké věkové kategorie patříte?*
- *Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*
- *Váš hrubý měsíční příjem?*
- *Současné povolání?*

Dotazníková část ke vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví obsahuje dalších 12 otázek, a to:

- *Víte o možnosti vzdělávání dospělých zaměřeného na výchovu ke zdraví (podpora zdraví, prevence nemocí, zdravotní péče)?*
- *Pokud ano, kde jste se především dozvěděl/a o možnosti vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví?*
- *Absolvoval/a jste kurs či seminář týkající se výchovy ke zdraví (BOZP, první pomoc, podpora zdraví, prevence nemocí, zdravotní péče)?*
- *Byl/a byste ochoten/na absolvovat kurs či seminář zaměřený na oblast výchovy ke zdraví, pokud by se naskytla příležitost?*
- *V jaké oblasti výchovy ke zdraví byste se chtěl/a vzdělávat především?*

- *Byl/a byste ochoten/na investovat své prostředky do absolvování kursu či semináře zaměřeného do oblasti výchovy ke zdraví, pokud by se naskytla příležitost?*
- *Co je podle Vás nejčastější důvod, proč se rozhodnout vzdělávat v oblasti výchovy ke zdraví?*
- *Jaký je podle Vás nejčastější důvod, proč se nezúčastnit vzdělávání v oblasti výchovy ke zdraví?*
- *Koho byste preferoval/a v roli garanta (školitele) kursů či seminářů v oblasti výchovy ke zdraví?*
- *Jaký způsob/typy vzdělávání dospělých (pro oblast výchovy ke zdraví) preferujete?*
- *Jaké formy vzdělávání dospělých v rámci výchovy ke zdraví preferujete?*
- *Jaké metody vzdělávání dospělých v rámci výchovy ke zdraví preferujete?*

4.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Distribučováno bylo celkem 100 dotazníků se 100% návratností.

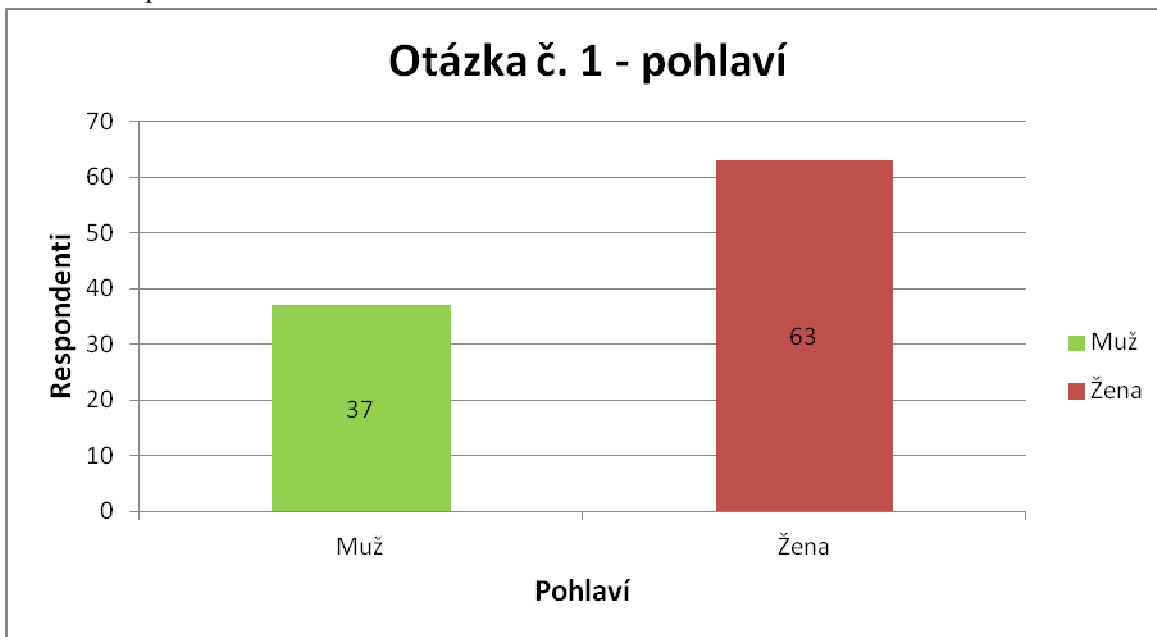
Shromážděné dotazníky byly před vlastním vyhodnocením kontrolovány z pohledu úplnosti vyplnění a jeho správnosti (zda je u otázky zaznamenána pouze jedna odpověď, resp. v případě více možných odpovědí, zda se navzájem nevyklučují). Nebyly zjištěny vady, pro které by musel být některý vyplněný dotazník vyřazen z výzkumu. Návratnost a využitelnost dotazníků je tak stoprocentní.

Dotazníková část obecná

V následující části práce je zpracována obecná část dotazníků. Otázky jsou zpracovány do sloupcových grafů, které znázorňují odpovědi respondentů.

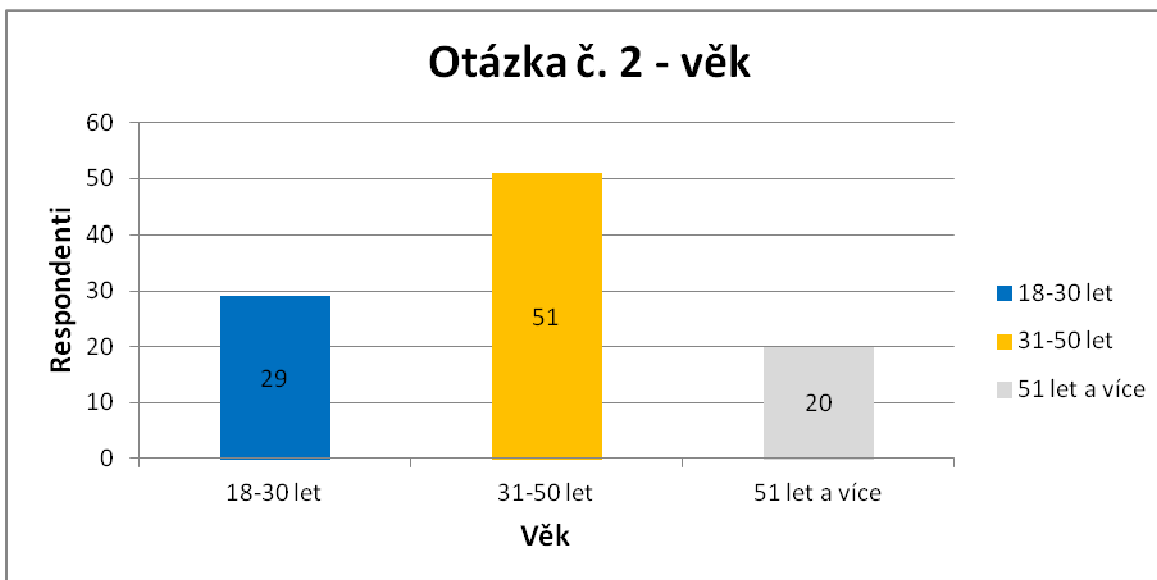
První otázka z obecné části dotazníku se týká pohlaví. Otázka byla položena ve znění – jste muž nebo žena?

Otázka č. 1 - pohlaví - GRAF 1



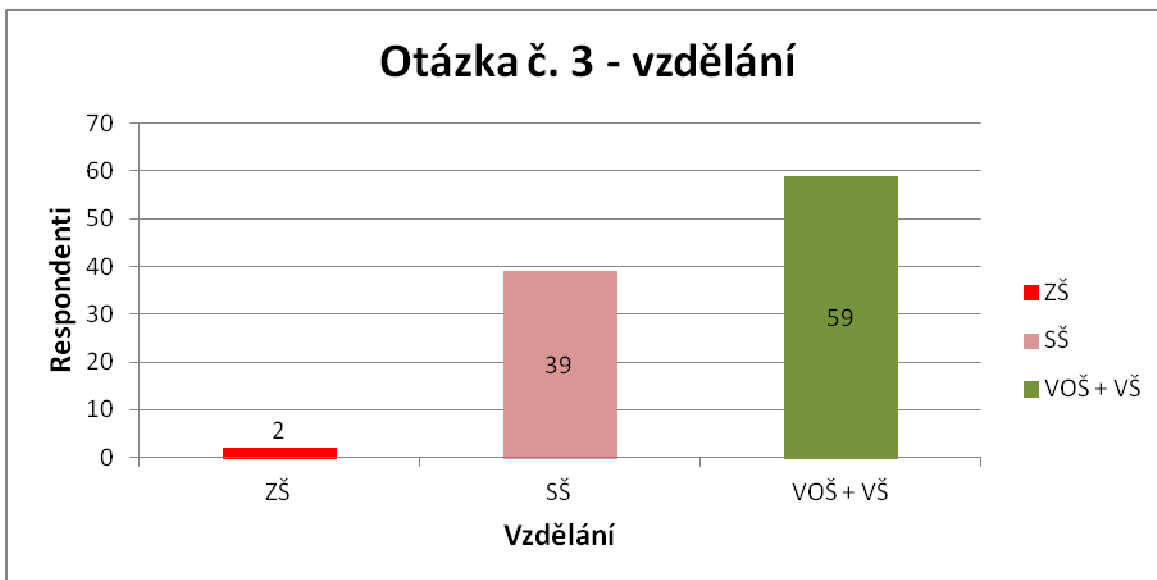
Druhá otázka z obecné části dotazníku se týká věku. Respondenti měli na výběr z kategorií: 18 – 30 let, 31 – 50 let a 51 let a více.

Otázka č. 2 - věk - GRAF 2



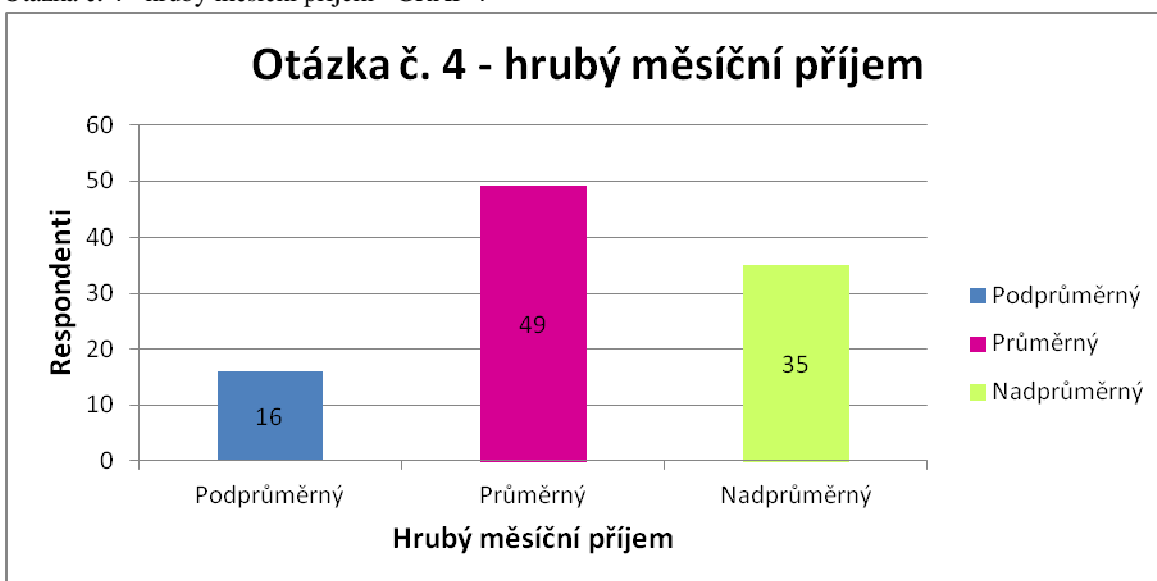
Třetí otázka z obecné části dotazníku se týká vzdělání. Respondenti měli na výběr z kategorií: ZŠ, SŠ a VOŠ + VŠ.

Otázka č. 3 - vzdělání - GRAF 3



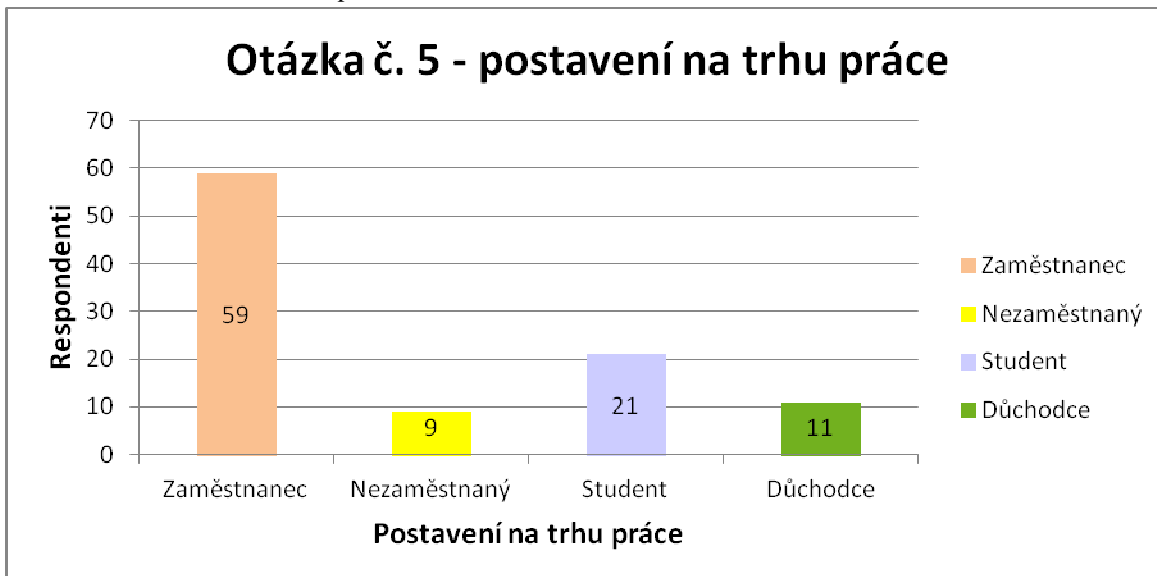
Čtvrtá otázka z obecné části dotazníku se týká hrubého měsíčního příjmu. Respondenti měli na výběr z kategorií: podprůměrný, průměrný a nadprůměrný (průměrný hrubý měsíční příjem v ČR činí cca 27.000,- Kč).

Otázka č. 4 - hrubý měsíční příjem - GRAF 4



Pátá otázka z obecné části dotazníku se týká postavení na trhu práce. Respondenti měli na výběr z kategorií: zaměstnanec (OSVČ), nezaměstnaný, student a důchodce (nebo mateřská dovolená).

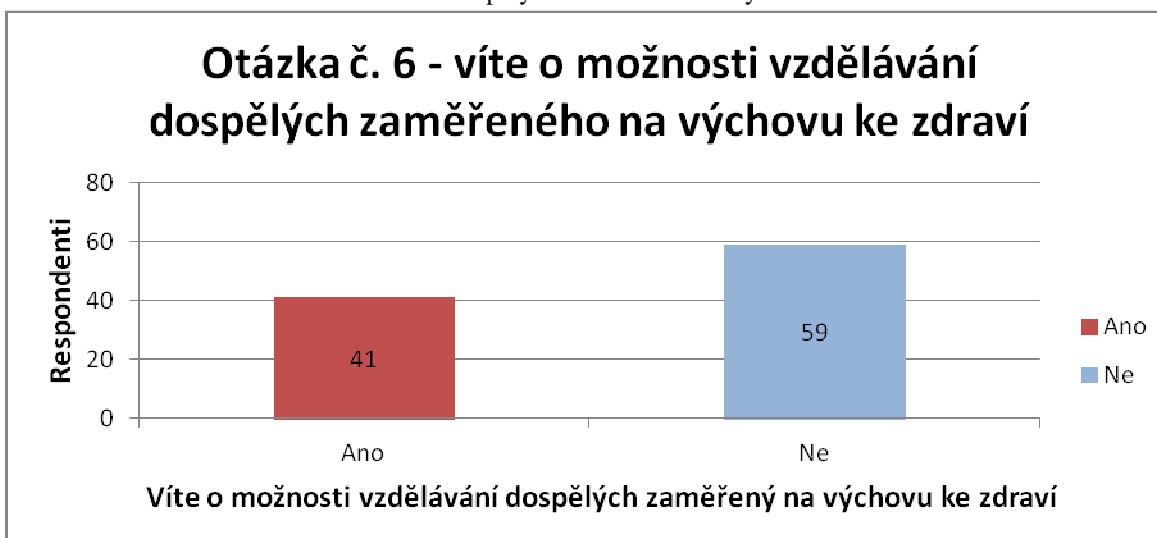
Otázka č. 5 - Postavení na trhu práce - GRAF 5



Dotazníková část ke vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví

Šestá otázka se týká přehledu o možnostech vzdělávání dospělých se zaměřením na výchovu ke zdraví. Respondenti měli na výběr z kategorií: ano a ne.

Otázka č. 6 – Víte o možnosti vzdělávání dospělých zaměřeného na výchovu ke zdraví - GRAF 6



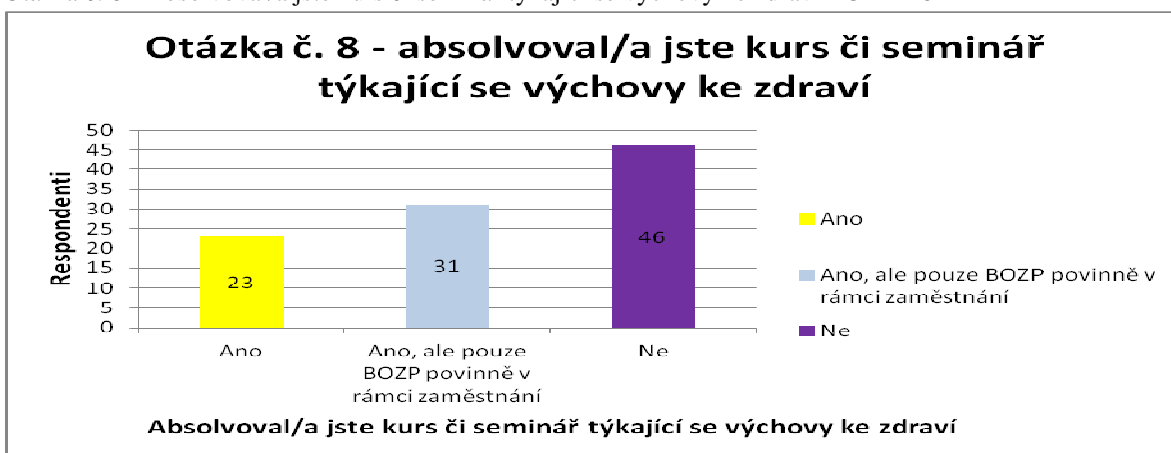
Sedmá otázka se týká pouze těch, kteří zodpověděli v předešlé otázce ANO. Otázka se tedy ptá, kde se respondent dozvěděl/a o možnosti vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví. Respondenti měli na výběr z kategorií: blízké okolí (známí, rodina), média (internet, TV, tisk, rádio), pracoviště, vzdělávací zařízení a instituce veřejné správy.

Otázka č. 7 - Pokud ano, kde jste se dozvěděl/a o možnosti vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví - GRAF 7



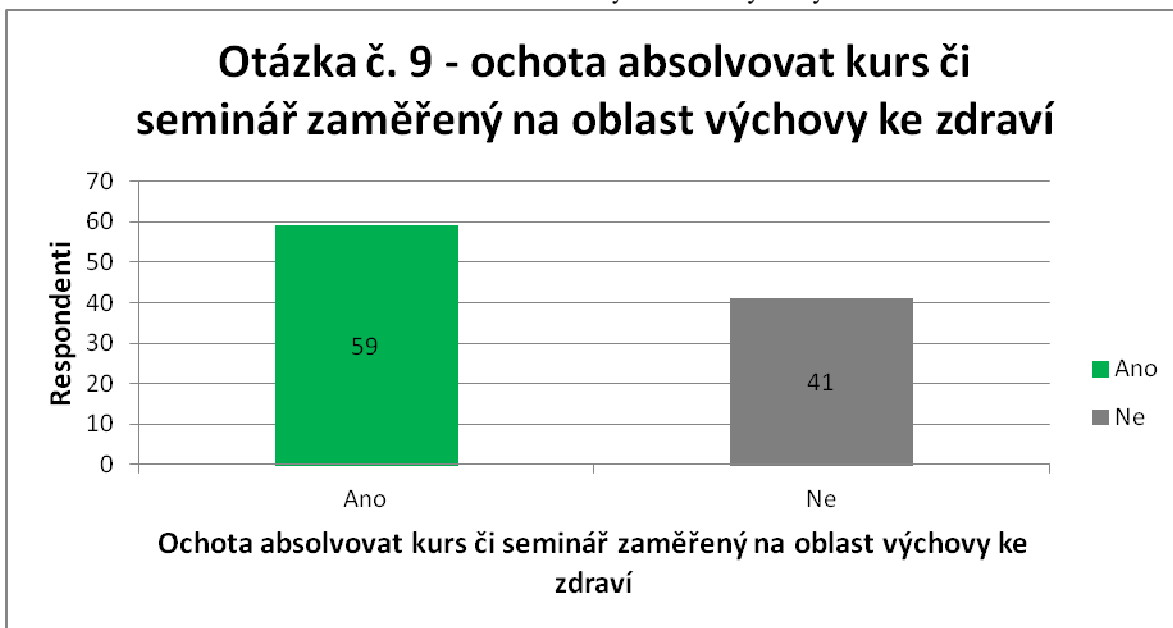
Osmá otázka se týká absolvování kursu či semináře týkajícího se výchovy ke zdraví. Respondenti měli na výběr z kategorií: ano, ano ale pouze BOZP povinně v rámci zaměstnání a ne.

Otázka č. 8 - Absolvoval/a jste kurs či seminář týkající se výchovy ke zdraví - GRAF 8



Devátá otázka se týká ochoty absolvování kursu či semináře zaměřeného na oblast výchovy ke zdraví. Respondenti měli na výběr z kategorií: ano a ne.

Otázka č. 9 - Ochota absolvovat kurs či seminář zaměřený na oblast výchovy ke zdraví - GRAF 9



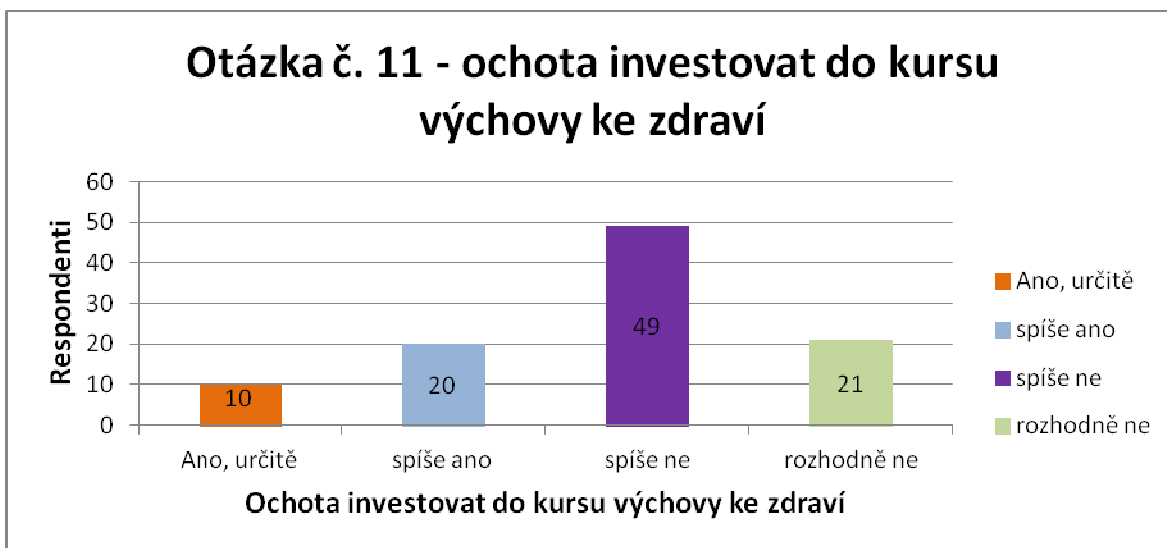
Desátá otázka se týká určení oblasti výchovy ke zdraví, ve které by se chtěl/a respondent vzdělávat. Respondenti měli na výběr z kategorií: oblast podpory zdraví (příznivé sociální, ekonomické a environmentální podmínky pro rozvoj zdraví, aktivita společnosti a jedince, životní styl), oblast prevence nemocí (prevence infekcí, neinfekčních chorob, úrazů) a oblast zdravotní péče (kompetence ošetrovatelské péče a neodkladné první pomoci).

Otázka č. 10 - V jaké oblasti výchovy ke zdraví byste se chtěl/a vzdělávat - GRAF 10



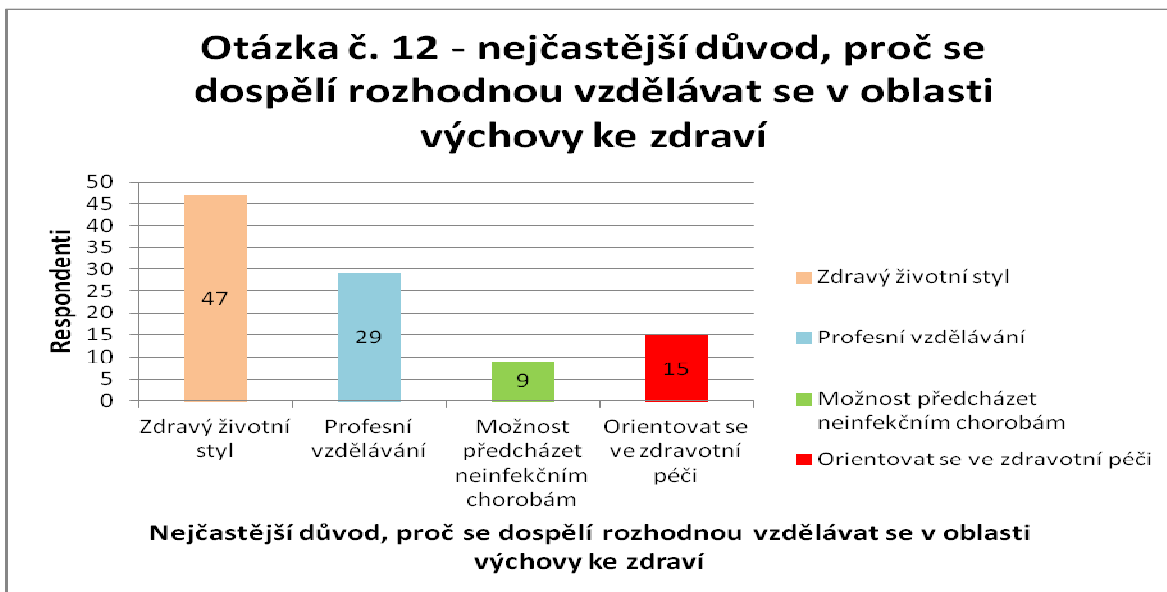
Jedenáctá otázka se týká ochoty investovat své prostředky do absolvování kursu či semináře zaměřeného do oblasti výchovy ke zdraví, pokud by se naskytla příležitost. Respondenti měli na výběr z kategorií: ano, určitě, spíše ano, spíše ne a rozhodně ne.

Otázka č. 11 - Ochota investovat do kursu výchovy ke zdraví - GRAF 11



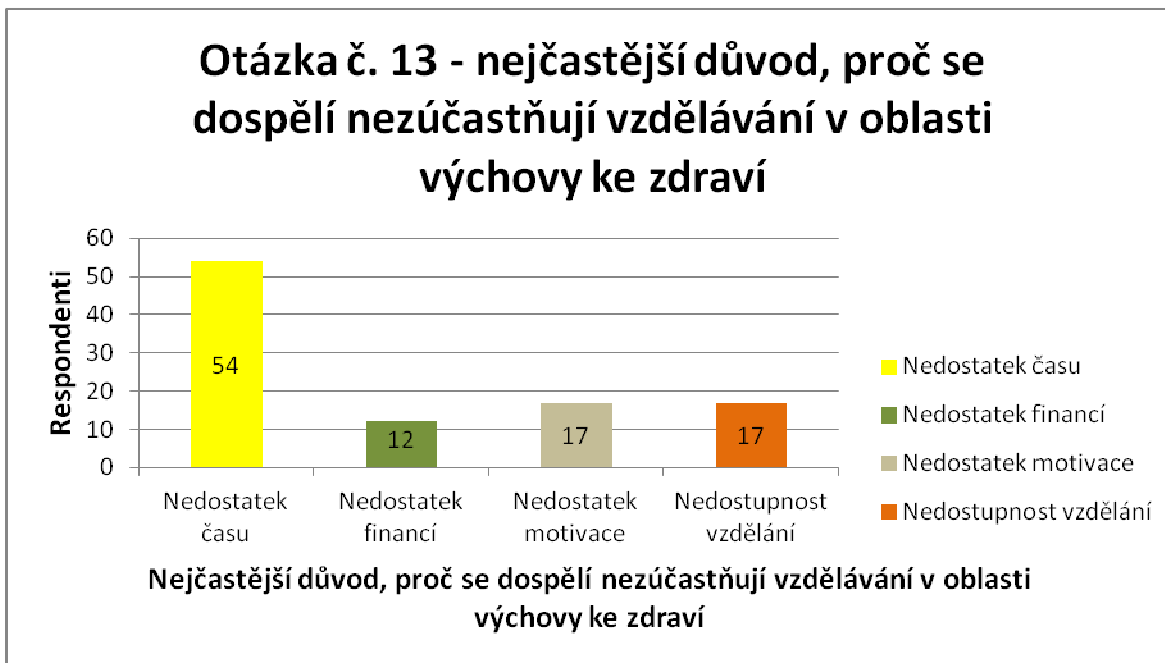
Dvanáctá otázka se týká nejčastějšího důvodu, proč se dospělí rozhodnou vzdělávat se v oblasti výchovy ke zdraví. Respondenti měli na výběr z kategorií: zdravý životní styl, profesní vzdělávání, možnost předcházet neinfekčním chorobám a orientovat se ve zdravotní péči.

Otázka č. 12 - Nejčastější důvod, proč se dospělí rozhodnou vzdělávat se v oblasti výchovy ke zdraví - GRAF 12



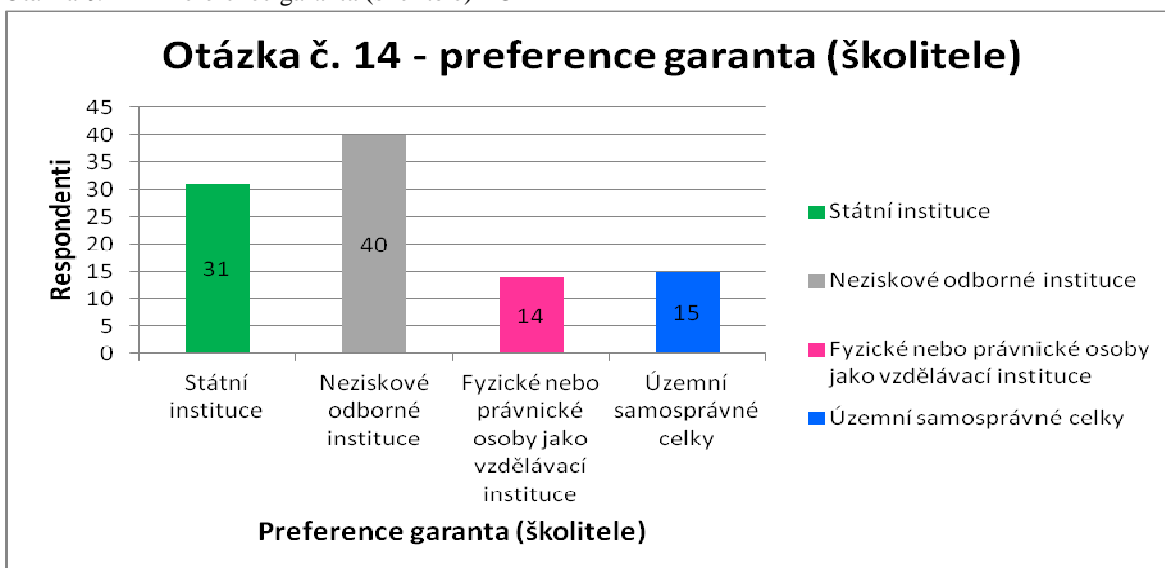
Třináctá otázka se týká nejčastějšího důvodu, proč se dospělí nezúčastňují vzdělávání v oblasti výchovy ke zdraví. Respondenti měli na výběr z kategorií: nedostatek času, nedostatek financí, nedostatek motivace a nedostupnost vzdělání.

Otázka č. 13 - Nejčastější důvod, proč se dospělí nezúčastňují vzdělávání v oblasti výchovy ke zdraví - GRAF 13



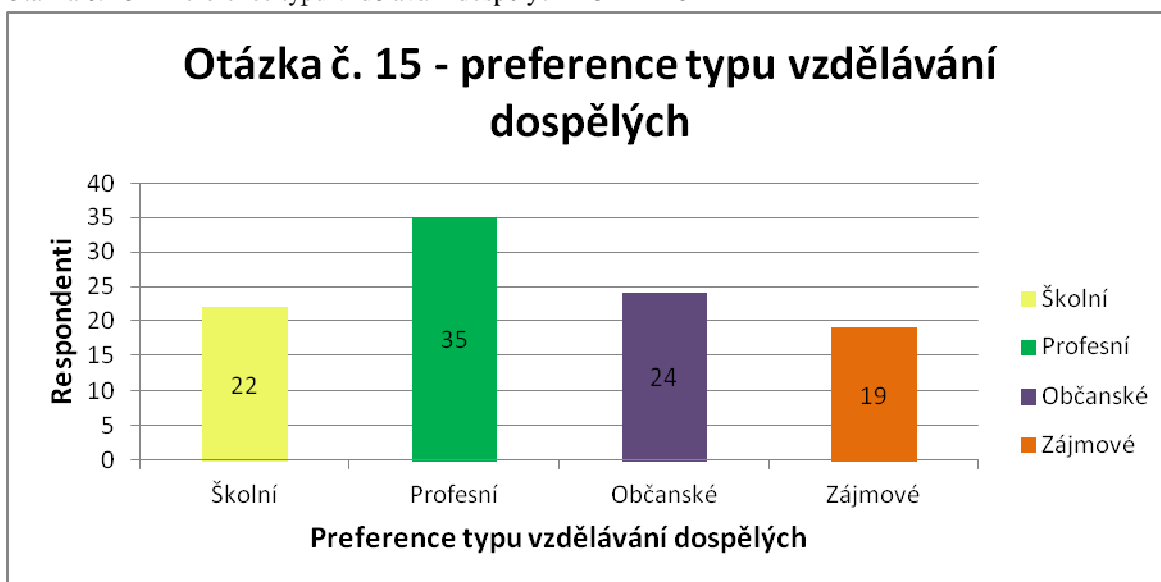
Čtrnáctá otázka se týká preference garanta (školitele). Respondenti měli na výběr z kategorií: státní instituce (např.: Ministerstvo zdravotnictví), neziskové odborné instituce (např.: Český červený kříž), fyzické nebo právnické osoby jako vzdělávací instituce a územní samosprávné celky (obce, kraje).

Otázka č. 14 - Preference garanta (školitele) - GRAF 14



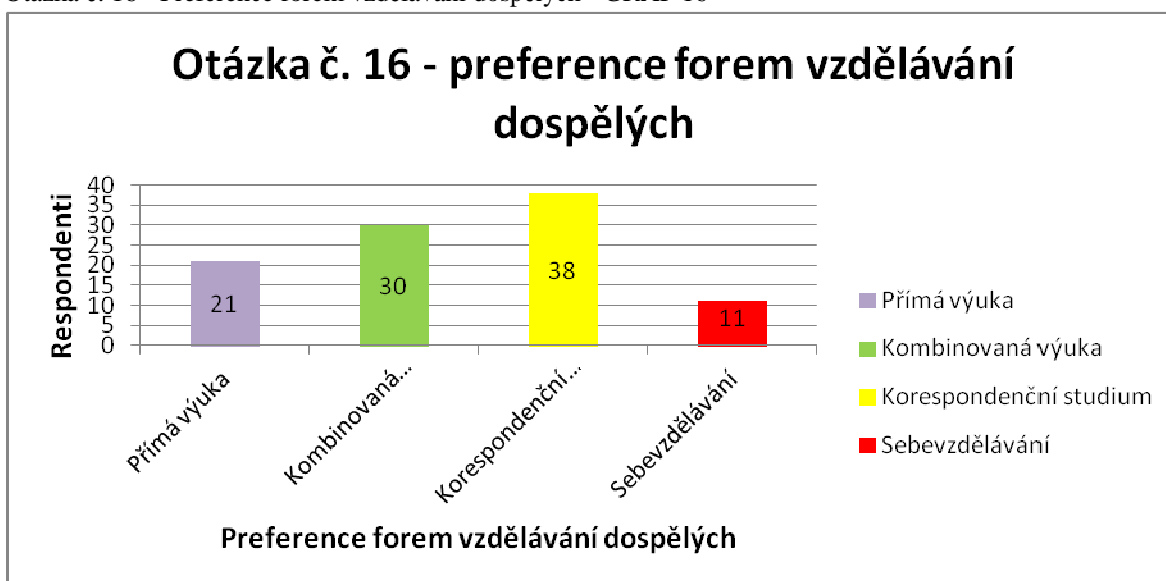
Patnáctá otázka se týká preference typu vzdělávání dospělých (pro oblast výchovy ke zdraví). Respondenti měli na výběr z kategorií: školní vzdělávání (jako součást formálního vzdělávání), profesní vzdělávání (v rámci svého pracovního života), občanské vzdělávání (v rámci uspokojování společenských potřeb) a zájmové vzdělávání (zájmová sdružení, organizace).

Otázka č. 15 - Preference typu vzdělávání dospělých - GRAF 15



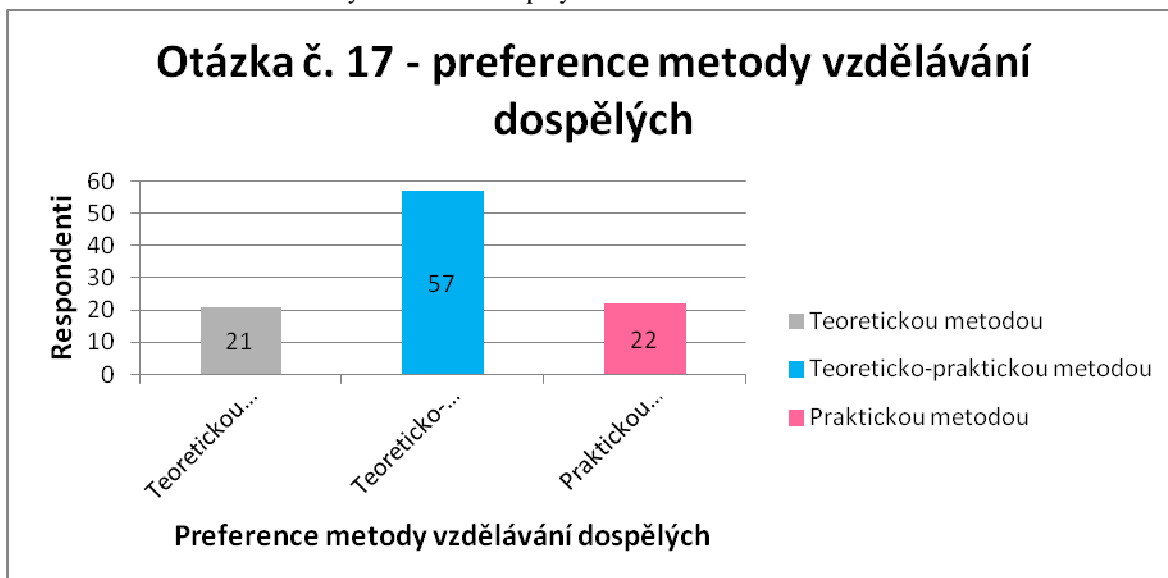
Šestnáctá otázka se týká preference forem vzdělávání dospělých v rámci výchovy ke zdraví. Respondenti měli na výběr z kategorií: přímá výuka, kombinovaná výuka, korespondenční studium a sebevzdělávání.

Otázka č. 16 - Preference forem vzdělávání dospělých - GRAF 16



Sedmnáctá otázka se týká preference metody vzdělávání dospělých v rámci výchovy ke zdraví. Respondenti měli na výběr z kategorií: teoretickou metodu, teoreticko-praktickou metodu a praktickou metodu.

Otázka č. 17 - Preference metody vzdělávání dospělých - GRAF 17



Vyhodnocení odpovědí na výzkumné otázky, diskuse

Před distribucí dotazníků mezi respondenty byly stanoveny tři hlavní výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zněním: Jaká je informovanost respondentů o vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví? Druhá výzkumná otázka se zněním: Jaký je zájem respondentů o vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví? Třetí výzkumná otázka: Jaké jsou preference respondentů ve vztahu ke vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví?

V obecné dotazníkové části bylo položeno celkem pět otázek. První otázka byla položena ve znění: *Jste muž nebo žena?* Na tuto otázku odpovědělo 37 mužů a 63 žen. Druhá otázka byla položena ve znění: *Do jaké věkové kategorie patříte?* Na tuto otázku odpovědělo 29 respondentů ve věku 18-30 let, 51 respondentů ve věku 31-50 let a 20 respondentů ve věku 51 let a více. Třetí otázka byla položena ve znění: *Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?* Na tuto otázku odpověděli 2 respondenti se základním vzděláním, 39 respondentů se středním vzděláním a 59 respondentů s vyšším resp. vysokoškolským vzděláním. Čtvrtá otázka byla položena ve znění: *Váš hrubý měsíční příjem?* Na tuto otázku odpovědělo 16 respondentů s podprůměrným příjmem, 49 respondentů s průměrným příjmem a 35 respondentů

s nadprůměrným příjmem. Pátá otázka byla položena ve znění: *Postavení na trhu práce?* Na tuto otázku odpovědělo 59 respondentů výdělečně činných, 9 respondentů nezaměstnaných, 21 studentů a 11 důchodců resp. osob na mateřské dovolené).

S výše uvedenou první výzkumnou otázkou souvisely celkem tři otázky. Šestá otázka byla položena ve znění: *Víte o možnosti vzdělávání dospělých zaměřeného na výchovu ke zdraví?* 41 respondentů odpovědělo ano a 59 respondentů odpovědělo ne. Sedmá otázka (v závislosti na šestou otázku) byla položena ve znění: *Pokud ano, kde jste se především dozvěděl/a o možnosti vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví?* Na tuto otázku odpovědělo celkem 41 respondentů. 8 respondentů se o této možnosti dozvědělo z blízkého okolí (známí, rodina), 22 respondentů se o této možnosti dozvědělo z médií (internet, TV, tisk, rádio), 4 respondenti se o této možnosti dozvěděli na pracovišti, 5 respondentů se dozvědělo o této možnosti ze vzdělávacího zařízení a 2 respondenti se dozvěděli o této možnosti z instituce veřejné správy (úřady). Osmá otázka byla položena ve znění: *Absolvoval/a jste kurs či seminář týkající se výchovy ke zdraví (BOZP, první pomoc, podpora zdraví, prevence nemocí, zdravotní péče)?* 23 respondentů odpovědělo ano, 31 respondentů odpovědělo ano (ale pouze BOZP povinně v rámci zaměstnání) a 46 respondentů odpovědělo ne.

S druhou výzkumnou otázkou souviselo celkem pět otázek. Devátá otázka byla položena ve znění: *Byl/a byste ochoten/na absolvovat kurs či seminář zaměřený na oblast výchovy ke zdraví, pokud by se naskytla příležitost?* 59 respondentů odpovědělo ano a 41 respondentů odpovědělo ne. Desátá otázka byla položena ve znění: *V jaké oblasti výchovy ke zdraví byste se chtěl/a především vzdělávat?* 45 respondentů odpovědělo, že by se chtěli vzdělávat v oblasti podpory zdraví (příznivé sociální, ekonomické a environmentální podmínky pro rozvoj zdraví, aktivita společnosti a jedince, životní styl), 23 respondentů odpovědělo, že by se chtěli vzdělávat v oblasti prevence nemocí (prevence infekcí, neinfekčních chorob, úrazů), 32 respondentů odpovědělo, že by se chtěli vzdělávat v oblasti zdravotní péče (kompetence ošetrovatelské péče a neodkladné první pomoci). Jedenáctá otázka byla položena ve znění: *Byl/a byste ochoten/na investovat své prostředky do absolvování kursu či semináře zaměřeného do oblasti výchovy ke zdraví, pokud by se naskytla příležitost?* 10 respondentů si myslí, že určitě ano, 20 respondentů si myslí, že spíše ano, 49 respondentů si myslí, že spíše ne a 21 respondentů si myslí, že určitě ne. Dvanáctá otázka byla položena ve znění: *Co je podle Vás nejčastější důvod, proč se dospělí rozhodnou vzdělávat v oblasti výchovy ke zdraví?* 47 respondentů si myslí, že je to

z důvodu zdravého životního stylu, 29 respondentů si myslí, že je to z důvodu profesního vzdělávání, 9 respondentů si myslí, že je to z důvodu možnosti získat vědomosti, jak předcházet neinfekčním chorobám a 15 respondentů si myslí, že je to z důvodu možnosti získat vědomosti, jak se orientovat ve zdravotní péči. Třináctá otázka byla položena ve znění: *Jaký je podle vás nejčastější důvod, proč se dospělí nezúčastňují vzdělávání v oblasti výchovy ke zdraví?* 54 respondentů si myslí, že není dostatek času, 12 respondentů si myslí, že není dostatek financí, 17 respondentů si myslí, že není dostatek motivace a 17 respondentů si myslí, že není dostupnost vzdělávání.

Se třetí výzkumnou otázkou souvisely celkem čtyři otázky. Čtrnáctá otázka byla položena ve znění: *Koho byste preferoval/a v roli garanta (školitele) kursů či seminářů v oblasti výchovy ke zdraví?* 31 respondentů odpovědělo, že by preferovali státní instituce (např.: Ministerstvo zdravotnictví), 40 respondentů odpovědělo, že by preferovali neziskové odborné instituce (např.: Český červený kříž), 14 respondentů odpovědělo, že by preferovali fyzické nebo právnické osoby jako vzdělávací instituce a 15 respondentů odpovědělo, že by preferovali územní samosprávné celky (obce, kraje). Patnáctá otázka byla položena ve znění: *Jaký způsob/typy vzdělávání dospělých (pro oblast výchovy ke zdraví) preferujete?* 22 respondentů odpovědělo, že preferují školní vzdělání (jako součást formálního vzdělání), 35 respondentů odpovědělo, že preferují profesní vzdělávání (v rámci svého pracovního života), 24 respondentů odpovědělo, že preferují občanské vzdělávání (v rámci uspokojování společenských potřeb) a 19 respondentů odpovědělo, že preferují zájmové vzdělávání (zájmová sdružení, organizace). Šestnáctá otázka byla položena ve znění: *Jaké formy vzdělávání dospělých v rámci výchovy ke zdraví preferujete?* 21 respondentů odpovědělo, že preferují přímou výuku, 30 respondentů odpovědělo, že preferují kombinovanou výuku, 38 respondentů odpovědělo, že preferují korespondenční (distanční) studium a 11 respondentů odpovědělo, že preferují sebevzdělávání. Sedmnáctá otázka byla položena ve znění: *Jaké metody vzdělávání dospělých v rámci výchovy ke zdraví preferujete?* 21 respondentů odpovědělo, že preferují teoretickou metodu, 57 respondentů odpovědělo, že preferují teoreticko-praktickou metodu a 22 respondentů odpovědělo, že preferují praktickou metodu.

Výsledky, které vyplynuly z dotazníkového šetření, ukazují, že více jak polovina respondentů není informována o možnosti vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví. Co se týče těchto informací, jsou nejvíce získávány z médií (internet, TV, rádio, tisk). Většina respondentů také neabsolvovala žádný kurs či seminář k výchově ke zdraví.

Na druhou stranu většina respondentů projevila ochotu absolvovat kurs či seminář k výchově ke zdraví, nicméně ochotu si takový kurs či seminář platit, projevila výrazně menší část respondentů. Nejvíce by se respondenti vzdělávali v oblasti podpory zdraví. Za nejčastější důvod pro vzdělávání ke zdraví označuje nejvíce respondentů snaha o zdravý životní styl a jako největší překážku ke vzdělávání ke zdraví vidí respondenti v nedostatku času. Jako garanta kursů či seminářů preferují respondenti nejčastěji neziskové odborné instituce (např. Český červený kříž). Z pohledu způsobu, formy a metody vzdělávání dospělých v rámci výchovy ke zdraví respondenti nejvíce preferují profesní vzdělávání, korespondenční (distanční) výuku a teoreticko-praktickou metodu.

ZÁVĚR

Vzdělávání v oblasti lidského zdraví a získávání zdravotní gramotnosti osob i společnosti jako takové, jsou důležitou součástí života celé lidské společnosti. Pokud se na zdraví podíváme komplexněji, musíme v něm spatřovat nejen společenskou, ale i důležitou ekonomickou hodnotu. Jinak řečeno, dobré zdraví jedince, potažmo celé společnosti, je zásadním předpokladem pro sociální a ekonomický rozvoj společnosti. Naopak špatný zdravotní stav neumožňuje plné využití potenciálu člověka a navíc přináší nemalé finanční náklady nejen pro jednotlivce, ale i pro celou společnost. Je tak, vedle obecné vzdělanosti, dalším klíčovým aspektem v rámci konkurenceschopnosti v dnešním světě.

Zdraví tak přispívá ke zvýšení produktivity a efektivitu práce (tedy k vyšším daňovým příjmům) a zároveň k nižším výdajům ohledně nemocí či sociálních dávek. Vyžaduje to však aktivní zapojení nejen celé veřejné správy, ale i samotných občanů. V rámci České republiky je v poslední době této problematice věnováno mnoho pozornosti, např. již v rámci zmíněné Národní strategie Zdraví 2020.

Tyto teoretické poznatky rozebírané v teoretické části práce byly podrobeny výzkumnému šetření, do jaké míry v České republice funguje vzdělávání v oblasti výchovy ke zdraví dospělých a jakým způsobem a zdali vůbec na něm samotní dospělí spolu participují, popř. co všechno v rámci výchovy ke zdraví preferují.

Dotazníkové šetření ukázalo, že více jak polovina respondentů nemá informace ke vzdělávání dospělých k výchově ke zdraví, případné informace pak nejvíce čerpají z médií (internet apod.). Tohoto závěru by se mělo využít v rámci naplňování Národní strategie Zdraví 2020, kdy by se měla informační kampaň co nejvíce přiblížit k občanovi, nejlépe

přes média. Dále je třeba vycházet ze zjištění, že sice většina respondentů má zájem se vzdělávat, nicméně většina z nich se nechce na takovém kursu či semináři finančně spolupodílet. Tohoto zjištění by se mělo využít s tím, že budou pořádány kursy či semináře s dotací ČR nebo EU, neboť zdravotně gramotný člověk znamená pro společnost větší přínos, jak již je uvedeno výše. Při koncipování vzdělávání dospělých v rámci akčního plánu pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020 by se také měl brát ohled na skutečnost, že jako překážku k absolvování kursu či semináře k výchově ke zdraví vidí respondenti nejvíce v nedostatku času, přičemž jako nejpřijatelnější formu vzdělávání vidí korespondenční a kombinovanou formu výuky. Účelem a snahou náš všech, tedy celé společnosti, by tak mělo být především nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace, čehož bez potřebné zdravotní gramotnosti občanů nelze dosáhnout.

RESUMÉ

Tématem této bakalářské práce je problematika výchovy ke zdraví se zaměřením na vzdělávání dospělé populace. Úvod bakalářské práce se zabývá vzděláváním v oblasti lidského zdraví a jeho důležitou rolí v rozvíjení zdravotní gramotnosti jednotlivců i celé společnosti, pro kterou zdraví představuje nejen společenskou, ale též důležitou ekonomickou hodnotu. Další, teoretická část práce se věnuje podpoře státu v oblasti výchovy ke zdraví ve formě národních strategií a akčních plánů, dále pak formám a metodám vzdělávání dospělých, a v neposlední řadě i samotnému obsahu oboru vzdělávání dospělých. Praktická část práce se zaměřuje na zjištění, jaká je účast, preference a zájem respondentů v oblasti výchovy ke zdraví. V závěru práce jsou pak shrnuty výsledky praktické části v komparaci s teoretickou částí práce za účelem doporučení pro futuro vzdělávání dospělých v daném oboru.

SUMMARY

The topic of my bachelor thesis is health education targeted at the adult population. The thesis introduction deals with health education and its essential role in developing health literacy of individuals as well as that of the entire society. It is crucial to understand that health is not just a social value but also a key economic factor. The theoretic section of the thesis is dedicated to the state support in health education in the form of national strategies and action plans, as well as to adult education techniques and methods and to the actual content of adult education. The empirical section focuses on analysing the respondents' participation, preference and interest in health education. In the conclusion I summarize the results of the empirical research in comparison with the theoretical part in order to draft recommendations for future health education of the adult population.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH PRAMENŮ

BENEŠ, Milan, 2008. Andragogika. Praha: Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-2580-2.

ČELEDOVÁ, Libuše a ČVELA, Rostislav, 2010. Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

KREJČÍ, Milada, 2011. Výchova ke zdraví - strategie výuky duševní hygieny ve škole. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 256 s. ISBN 978-80-7394-262-5.

MACHOVÁ, Jitka a KUBÁTOVÁ, Dagmar, 2009. Výchova ke zdraví. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

MAYEROVÁ, Marie, 1997. Stres, motivace a výkonnost. Praha: Grada. 132 s. ISBN 80-7169-425-8.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2014. Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. 118 s. ISBN 978-80-85047-47-9

MUŽÍK, Jaroslav, 1998. Andragogická didaktika. Praha: CODEX Bohemia. 271 s. ISBN 80-85963-52-3.

MUŽÍK, Jaroslav, 2004. Androdidaktika. Praha: ASPI Publishing. 146 s. ISBN 80-7357-045-9.

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH STRÁNEK

KLUB PEVNÉHO ZDRAVÍ (VZP ČR): *Zdravý životní styl* [online]. 2016. Dostupné z: <https://klubpevnehozdravi.cz/zdravy-zivotni-styl/>

NÁRODNÍ SÍŤ PODPORY ZDRAVÍ: *Zdravotní gramotnost* [online]. 2015. Dostupné z: <http://nspz.cz/wordpress/wp-content/uploads/2015/10/ZG-dospěli-fin.pdf>

SURVIO, s.r.o.: *Tvorba dotazníku a kvantitativní výzkum* [online]. 2016. Dostupné z: <http://www.survio.com/cs/blog/rubrika/serialy/page/4>

VÍM, CO JÍM A PIJU, o.p.s.: *Zdravá výživa* [online]. 2016. Dostupné z: <http://www.vimcojim.cz/cs/spotrebitel/zdrava-vyziva>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Vážený respondente,

jmenuji se Drahuše Ronešová Maříková a jsem studentkou 3. ročníku Západočeské univerzity v Plzni. Studuji na Fakultě pedagogické obor Výchova ke zdraví. Dovoluji si Vás tímto požádat o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Výchova ke zdraví jako součást vzdělávání dospělých“.

Dotazník je anonymní a údaje v něm uvedené budou použity výhradně pro potřebu výše uvedené bakalářské práce. Odpovězte, prosím, na všechny uvedené otázky. V rámci vyplňování označte u každé otázky vždy jen jednu odpověď, pokud není stanoveno jinak.

Předem děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku.

Ilustrativní příklad způsobu vyplňování dotazníku dle dispozice (fyzicky - zakroužkováním, elektronicky - zvýrazněním).

0. Hraje zdraví ve Vašem životě nejdůležitější roli?

a) fyzické vyplnění

rozhodně ANO	spíše ANO	spíše NE	rozhodně NE
--------------	-----------	----------	-------------

b) elektronické vyplnění

rozhodně ANO	spíše ANO	spíše NE	rozhodně NE
--------------	-----------	----------	-------------

DOTAZNÍKOVÁ ČÁST - OBECNÁ

1. Jste muž nebo žena?

MUŽ	ŽENA
-----	------

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

18 - 30 let	31 - 50 let	51 let a více
-------------	-------------	---------------

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

základní	střední	vyšší odborné nebo vysokoškolské
----------	---------	----------------------------------

4. Váš hrubý měsíční příjem (pozn.: v současnosti činí průměr v rámci ČR cca 27 tisíc korun)?

podprůměrný	průměrný	nadprůměrný
-------------	----------	-------------

5. Postavení na trhu práce?

zaměstnanec (OSVČ)	nezaměstnaný	student	důchodce nebo mateřská dovolená
--------------------	--------------	---------	---------------------------------

DOTAZNÍKOVÁ ČÁST - VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH V OBLASTI VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

6. Víte o možnosti vzdělávání dospělých zaměřeného na výchovu ke zdraví (podpora zdraví, prevence nemocí, zdravotní péče)?

ANO	NE
-----	----

7. Pokud ano, kde jste se především dozvěděl/a o možnosti vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví?

blízké okolí (známí, rodina)	média (internet, TV, tisk, rádio)	pracoviště	vzdělávací zařízení	instituce veřejné správy (úřady)
------------------------------	-----------------------------------	------------	---------------------	----------------------------------

8. Absolvoval/a jste kurs či seminář týkající se výchovy ke zdraví (BOZP, první pomoc, podpora zdraví, prevence nemocí, zdravotní péče)?

ANO, absolvoval/a	ANO, ale pouze BOZP povinně v rámci zaměstnání	NE, neabsolvoval/a jsem
-------------------	--	-------------------------

9. Byl/a byste ochoten/na absolvovat kurs či seminář zaměřený na oblast výchovy ke zdraví, pokud by se naskytla příležitost?

ANO	NE
-----	----

10. V jaké oblasti výchovy ke zdraví byste se chtěl/a vzdělávat především?

<i>oblast podpory zdraví</i> (příznivé sociální, ekonomické a environmentální podmínky pro rozvoj zdraví, aktivita společnosti a jedince, životní styl)	<i>oblast prevence nemocí</i> (prevence infekcí, neinfekčních chorob, úrazů)	<i>oblast zdravotní péče</i> (kompetence ošetrovatelské péče a neodkladné první pomoci)
--	--	--

11. Byl/a byste ochoten/na investovat své prostředky do absolvování kursu či semináře zaměřeného do oblasti výchovy ke zdraví, pokud by se naskytla příležitost?

ANO, určitě	spíše ANO	spíše NE	rozhodně NE
-------------	-----------	----------	-------------

12. Co je podle Vás nejčastější důvod, proč se rozhodnout vzdělávat v oblasti výchovy ke zdraví?

zdravý životní styl	profesní vzdělávání	možnost předcházet neinfekčním chorobám	orientovat se ve zdravotní péči
---------------------	---------------------	---	---------------------------------

13. Jaký je podle Vás nejčastější důvod, proč se nezúčastnit vzdělávání v oblasti výchovy ke zdraví?

nedostatek času	nedostatek financí	nedostatek motivace	nedostupnost vzdělávání
-----------------	--------------------	---------------------	-------------------------

14. Koho byste preferoval/a v roli garanta (školitele) kursů či seminářů v oblasti výchovy ke zdraví?

Státní instituce (Ministerstvo zdravotnictví)	Neziskové odborné instituce (např. Český červený kříž)	Fyzické nebo právnické osoby jako vzdělávací instituce	Územní samosprávné celky (obce, kraje)
---	--	--	--

15. Jaký způsob/typy vzdělávání dospělých (pro oblast výchovy ke zdraví) preferujete?

ŠKOLNÍ vzdělávání (jako součást formálního vzdělávání)	PROFESNÍ vzdělávání (v rámcí svého pracovního života)	OBČANSKÉ vzdělávání (v rámcí uspokojování společenských potřeb)	ZÁJMOVÉ vzdělávání (zájmová sdružení, organizace)
---	--	--	---

16. Jaké formy vzdělávání dospělých v rámci výchovy ke zdraví preferujete?

přímá výuka	kombinovaná výuka	Korespondenční (distanční) studium	sebevzdělávání
-------------	-------------------	---------------------------------------	----------------

17. Jaké metody vzdělávání dospělých v rámci výchovy ke zdraví preferujete?

teoretickou metodu	teoreticko-praktickou metodu	praktickou metodu
--------------------	------------------------------	-------------------

Ještě jednou děkuji za Váš čas, který jste věnoval/a vyplnění tohoto dotazníku.