

Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví a jejich evaluace v prostředí pedagogické reality

Michaela Hřivnová

Abstrakt

Vzdělávací obor Výchova ke zdraví v rámci nižšího sekundárního vzdělávání je koncipován tak, aby u žáků rozvíjel aktivní přístup ke zdraví, podporoval adekvátní životní styl, minimalizoval rizikové chování a formoval zdravotní gramotnost.

Rozhodnutím MŠMT se v roce 2010 započaly připravovat Standardy pro základní vzdělávání, které jsou pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví od roku 2015 doporučeným dokumentem MŠMT pro edukační realitu základních škol.

V roce 2015 se uskutečnil pedagogický výzkum s užitím kritériálního didaktického testu sestaveného na principu ilustrativních úloh obsažených ve vzdělávacím standardu. Aktéry výzkumu jsou žáci 9. ročníků základních škol; v rámci čtvrté etapy zpracování výsledků výzkumu soubor čítá 910 žáků. Cílem bylo zjištění úrovně dosaženého/rezultátového kurikula ve vzdělávacím oboru Výchova ke zdraví a ověření nastavení minimální úrovně Standardu pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví. Na základě analýzy výsledků didaktického testu lze konstatovat, že průměrná úroveň zvládnutí didaktického testu dosáhla 39 % a mezi výsledky dívek a chlapců nebyly prokázány v míře jeho splnění statisticky významné rozdíly. Podprůměrné skóre zvládnutí testu naznačuje nízkou úroveň rezultátového kurikula ve vzdělávacím oboru Výchova ke zdraví, a tedy i relativně nízkou úroveň zdravotní gramotnosti žáků. Potvrzena také nebyla predikce kalkulující s minimálním nastavením standardu (resp. ilustrativních úloh v něm obsažených) tak, aby jej zvládlo správně splnit 80 % žáků 9. ročníků.

Klíčová slova: výchova ke zdraví, Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví, didaktický test, evaluace.

Standards for elementary education – Health education and its evaluation in an educational setting

Abstract

The educational field of Health education in the context of lower secondary education is designed to develop an active approach to health, support an adequate lifestyle, minimize risk behaviour and shape health literacy in students.

In 2010, the Ministry of Education decided on the preparation of the Standards for elementary education, which have been recommended by the Ministry since 2015 for the educational field of Health education in elementary schools.

In 2015 an educational research study was conducted using a criterion-referenced achievement test based on illustrative tasks contained in the educational standard. The study involved students of grade nine of elementary schools; in the fourth stage of data processing the sample included 910 students. The objective was to identify the level of achieved/resulting curriculum of the educational field of Health education and to verify the setting of the minimum level of the Standard for elementary education – Health education. An analysis of the results of the achievement test suggested that the average level of achievement in the test was 39% and that there were no statistically significant differences between the results of boys and girls.

In conclusion, the average score achieved in the test suggests a low level of the resulting curriculum in the educational field of Health education and a relatively low level of health literacy in students. Similarly, the prediction of successful achievement by 80% of students in grade nine as the minimum setting of the standard (illustrative tasks contained therein) was not confirmed.

Key words: Health Education, Standards for elementary education – Health education, Didactic (Achievement) test, Evaluation.

1 Vzdělávací obor Výchova ke zdraví

Výchova ke zdraví je vzdělávacím oborem v rámci nižšího sekundárního vzdělávání zahrnuta ve vzdělávacím rámci Člověk a zdraví dle všech verzí kurikulárního dokumentu Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV). Cílem vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví je formativní působení na žáky v oblasti aktivní podpory

zdraví a adekvátního životního stylu, prevence rizikového chování a rozvoje zdravotní gramotnosti. Cíle směřem k dosaženým schopnostem kognitivním, afektivním i psychomotorickým žáků 9. ročníků jsou specifikovány v podobě šestnácti očekávaných výstupů (OV) a vycházejí z učiva definovaného v šesti tematických okruzích (RVP ZV, 2013, s. 76–78; RVP ZV, 2016, s. 93–95). V roce 2013 (RVP ZV, 2013, s. 76) byla do očekávaných výstupů a do učiva zahrnuta „nová“ témata, vztahující se zejména k problematice dopravní výchovy a ochraně člověka za mimořádných událostí (OV 15 a 16). V aktuální verzi RVP ZV (2016, s. 94) jsou nově začleněny vybrané očekávané výstupy definované na tzv. minimální úrovni v rámci podpůrných opatření žáků se specifickými vzdělávacími potřebami.

Pojetí výchovy ke zdraví vykazuje vždy multidisciplinární přesah vycházející z řady vědních odvětví (srovnej Fialová, Flemr, Marádová & Mužík, 2014; Hřivnová, 2014, 2016a, 2016b, 2016c; Mužíková, 2010 aj.) s cílenou didaktickou transformací teoretických vstupů do prostředí edukační reality základního vzdělávání.

Teoretická platforma a obsahové zaměření oboru je formováno aktuálními potřebami vedoucími ke zlepšení úrovně zdravotní gramotnosti, která je definována jako „*je schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přejímat a nést svůj osobní podíl odpovědnosti*“ (Holčík, Káňová & Prudil, 2015, s. 59). Ta je v České republice hodnocena u dospělé populace velmi nízké. Kučera, Pelikán & Šteflová (2016, s. 235) uvádí u téměř 60 % obyvatel ČR nedostatečnou zdravotní gramotnost, v porovnání devíti evropských zemí zaujímá ČR předposlední místo (Kickbusch, Pelikan, Apfel & Tsouros, 2013). Akční plán *Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020* (2015) vidí jako jednu z prioritních oblastí umožňující jeho naplnění výchovu a vzdělávání. Vzdělávací obor Výchova ke zdraví je utvářen také nadnárodními strategiemi vycházejícími z programů Světové zdravotnické organizace (WHO), zejména *HEALTH 21* (1999) *HEALTH 2020* (2013), které jsou modifikovány pro potřeby ČR jako *Zdraví 21* (2003) a *Zdraví 2020* (2014). Cílem těchto programů je podpořit mezipředmět (včetně oblasti výchovy a vzdělávání v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy) aktivity směřující ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel.

Časová dotace určená v RVP ZV (2013, s. 2016, s. 140) činí 2 vyučovací hodiny za týden na 4 ročníky (tedy na 6., 7., 8. a 9. ročník), což znamená, že tato dotace neumožňuje kontinuální rozvrstvení obsahové náplně do všech ročníků nižšího sekundárního vzdělávání, pokud ve Školním vzdělávacím programu není časová dotace navýšena z tzv. disponibilních hodin. Hřivnová (2014) uvádí, že přes 50 % základních škol reálně vykazuje vyšší časovou dotaci na Výchovu ke zdraví, než je v RVP ZV vymezeno. Nicméně relativně omezený časoprostor pro realizaci Výchovy ke zdraví může být limitujícím faktorem pro komplexní a efektivní naplnění očekávaných výstupů (Fialová et al., 2014, s. 116).

2 Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví

Detailní rozpracování cílů (očekávaných výstupů) vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví v podobě indikátorů je obsaženo v dokumentu Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví (2015), což je doporučovaný materiál MŠMT pro prostředí edukační reality druhého stupně základních škol a odpovídajících ročníků víceletých gymnázií.

Genezi vzdělávacích standardů od roku 2010 do roku 2014 detailně popisuje Tupý (2014, s. 100–103). Počátky přípravy vzdělávacích standardů pro Výchovu ke zdraví prezentuje Fialová et al. (2014, s. 54–55). Hřivnová (2016a, 2016b, 2016c) specifikuje aktuální tvorbu, strukturu a poslání dokumentu Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví s tím, že vzdělávací standardy byly vytvořeny v souladu s verzí RVP ZV 2013.

Aktuálně jsou standardy pro základní vzdělávání MŠMT (Standardy, 2015) definovány takto: „*Standardy pro základní vzdělávání představují minimální cílové požadavky na vzdělávání. Standardy vycházejí z očekávaných výstupů vzdělávacích oborů stanovených v RVP ZV. Tyto výstupy dále pomocí indikátorů konkretizují a doplňují o ukázky ilustrativních úloh. Očekávané výstupy vymezují předpokládanou způsobilost využívat osvojené učivo na konci 3., 5. a 9. ročníku. Indikátory stanovují minimální úroveň jejich zvládnutí, kterou je třeba dosahovat se všemi žáky na konci 5. ročníku a 9. ročníku. Smyslem standardů je účinně napomáhat především školám a učitelům při naplňování cílů vzdělávání stanovených v RVP ZV.*“

Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví (Fridrichová, Hřivnová, Kubrichtová, Panošová & Tupý, 2015) zahrnují jednu až dvě ilustrativní úlohy umožňující ověření naplnění stanovených indikátorů žáky. Standardy by měly být na tzv. minimální úrovni, tzn., předpokládá se, že zcela správné splnění ilustrativních úloh zvládne minimálně 80 % žáků 9. ročníků. Plošné ověření nastavení minimální úrovně standardu, resp. jeho ilustrativních úloh, při jeho koncipování však nebylo v edukační praxi základních škol ověřeno. Uskutečnilo se, až v rámci níže prezentovaného výzkumu Výstupy výzkumu byly jedním z východisek tvorby doprovodného dokumentu *Metodické komentáře a úlohy ke standardům pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví* (Tupý, Hřivnová & Marádová, 2016). Cílem tohoto dokumentu je vytvořit detailní metodickou platformu pro aplikaci standardů do výchovně-vzdělávacího procesu, specifikovat možné základní postupy při vzdělávání v dané problematice, které vedou k dosažení očekávaných výstupů. Dále představit ilustrativní úlohy k dané problematice na třech úrovních obtížnosti – minimální, optimální, excelentní s uvedením správného řešení ilustrativních úloh i s možnou ukázkou řešení dané úlohy samotným žákem. V neposlední řadě pak předložit metodický komentář k typu úlohy, k obtížnosti úlohy, způsobům řešení, poznatkům ze škol atd. (Tupý, Hřivnová & Marádová, 2016). Tento dokument byl zveřejněn v konečné verzi na Metodickém portálu RVP v lednu roku 2018.

3 Cíle a výzkumné předpoklady

Hlavním cílem tohoto sdělení je předložit dílčí výsledky výzkumného projektu *Výzkum úrovně osvojeného kurikula žáky ZŠ ve Výchově ke zdraví*, a to v rámci čtvrté (finální) etapy jejich zpracování. Cílem výzkumu bylo zjistit úroveň rezulátového kurikula u žáků 9. ročníku základní školy v kontextu vytvořených Vzdělávacích standardů Výchovy ke zdraví a analyzovat výsledky vzhledem k minimální úrovni standardů (splnění 80 % žáků 9. tříd základních škol, viz výše).

Dílčím cílem v rámci tohoto příspěvku je:

- Evaluovat nastavení minimální úrovně doporučeného dokumentu Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví na základě analýzy výsledků výstupního didaktického testu Výchovy ke zdraví, konstruovaném ve shodě s ilustrativními úlohami ve standardech obsaženými, u žáků 9. ročníků základních škol.
- Vyhodnotit splnění didaktického testu žáky s ohledem na pohlaví, a to jak v jeho zcela správném tak průměrném zvládnutí. Na tomto základě analyzovat úroveň dosaženého / rezulátového kurikula žáků 9. ročníků ve vzdělávacím oboru Výchova ke zdraví.
- Vyvodit možné závěry a formulovat doporučení vyplývající ze zjištěných skutečností směrem k pedagogické teorii i praxi v rámci vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví.

4 Metodologie

Výzkum úrovně osvojeného kurikula žáky ZŠ ve Výchově ke zdraví se uskutečnil v rámci projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci *Percepce subjektivního dopadu zdravotního postižení / přítomnosti chronického onemocnění a pojetí zdravotního uvědomění a gramotnosti (IGA_PdF_2015_003)*. Koncepte designu výzkumu, konstrukce výzkumného nástroje a administrace výzkumu se uskutečnili v rámci projektu, stejně jako první tři etapy zpracování získaných dat od aktérů výzkumu. Čtvrtá fáze zpracování dat a jejich detailních vztahových analýz se již realizovala mimo grantovou podporu.

Metodologie byla již popsána Hřivnovou (2016a, 2016b – druhá etapa zpracování výsledků) detailně pak Hřivnovou (2016c, s. 165–168 – třetí etapa zpracování výsledků) v rámci výstupní publikace projektu. Zde jsou zmíněny stěžejní atributy zvolené metodologie v rámci čtvrté etapy zpracování výsledků.

4.1 Výzkumný nástroj

Směrem ke stanoveným cílům byl vytvořen evaluační nástroj vlastní konstrukce – didaktický test pro Výchovu ke zdraví. Jde o didaktický test absolutního výkonu (criterion-referenced), který byl konstruován (k dispozici u autorky článku) s respektováním zásad kritériálního testu (Chráska, 2007). Znamená to, že cílem testu není srovnávat výkon žáka s výkonem jiných žáků (populace), ale výkon testovaného se vyjadřuje vůči všem úlohám, které reprezentují dané učivo (Chráska, 2011, s. 133). Kritériem úspěchu byl obsah výuky, učivo, tj. předem stanovený stupeň jeho zvládnutí. Při hodnocení testu/úloh testu se hodnotí jejich úplné zvládnutí (žák učivo zvládl/zná – nezvládl/nezná). Z hlediska míry specifčnosti učení zjišťovaného testem se jednalo o test výsledků výuky, který měří to „co“ se žáci v dané oblasti naučili. Podle časového zařazení se jednalo o výstupní testování zadávané na konci výukového období, tj. na konci 2. stupně ZŠ žákům 9. ročníku. Jednotlivé úlohy testu přesně akceptují formulované očekávané výstupy Výchovy ke zdraví dle RVP ZV 2013 (s. 76). Očekávaných výstupů je stanovených ve Výchově ke zdraví celkem 16, didaktický test tedy zahrnoval 16 úloh. Jednotlivé testové úlohy byly formulovány na základě ilustrativních úloh uvedených v dokumentu Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví. Konstrukce didaktického testu byla konzultována s odborníky z dalších pedagogických fakult v ČR, s odborníky z Národního ústavu pro vzdělávání a odborníky z pedagogické praxe základních škol. Časová náročnost / časový limit byla nastavena na základě pilotního testování na 60 minutový interval. Vyhodnocení testu bylo realizováno dle zcela správného splnění testových úloh (max. možný zisk tak činil 16 bodů) a s využitím vážených bodů přidělených jednotlivým testovým úlohám (max. možný zisk činil 108 vážených bodů).

4.2 Administrace výzkumu

Výzkum byl realizován v období březen až červen 2015 na náhodně vybraných základních školách na principu proporcionálního výběru u žáků 9. ročníků. Testy byly zadávány autorkou výzkumu i pomocí instruovaných studentů Pedagogické fakulty v Olomouci. Studenti byli proškoleni autorkou výzkumu, obdrželi v písemné podobě instrukce pro zadávání testu, informace o výzkumu pro ředitele základních škol, informovaný souhlas s výzkumem pro ředitele škol, dotazník pro ředitele škol a kopie didaktického testu (vše dostupné u autorky). Do výzkumu byli zapojeni žáci 9. ročníků základních škol, kde ředitel školy vyjádřil písemný souhlas s jeho realizací, a v dohodnutý den testování byli ve škole přítomni. Žákům (i ředitelům ZŠ) byla zaručena anonymita při zpracování, vyhodnocení, interpretaci i prezentaci získaných údajů.

4.3 Zpracování dat

Přímou administrací byla zajištěna 100 % návratnost testů. V rámci prvního a druhého třídění bylo vyřazeno 28 didaktických testů.

Okódované didaktické testy byly hodnoceny dle vytvořené metodiky a získaná data byla transkribována do programu MS Excel. Zpracování dat probíhalo s pomocí standardních postupů (Gavora, 2010; Hendl, 2006). Data byla analyzována s využitím softwaru MS Excel a programu STATISTICA 10.CZ, ve kterém byl ze statistických metod využit test nezávislosti chí–kvadrát a t-test (Chráška, 2007). Tabulky četností a grafy byly též sestaveny v programu STATISTICA 10.CZ.

4.4 Aktéři výzkumu

Aktéry výzkumu jsou žáci 9. ročníků základních škol v České republice. V konečné, tedy ve čtvrté, etapě zpracování výsledků tvoří výzkumný soubor 910 žáků (459 dívek a 451 chlapců) 9. ročníků z 29 základních škol v pěti krajích ČR.

5 Výsledky a diskuse

Na základě analýzy výsledků výstupního kritériálního didaktického testu Výchovy ke zdraví, konstruovaném ve shodě s očekávanými výstupy dle RVP ZV 2013 vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví a dokumentem Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví (2015) lze konstatovat následující zjištění.

Při hodnocení didaktického testu jako celku je patrné, že žádný z žáků 9. ročníku základní školy ve sledovaném souboru ($N = 910$) nezodpověděl zcela správně všech 16 testovacích úloh (zcela správně nebylo zodpovězeno žádným z žáků ani 15, resp. 14 úloh z možných 16). Výsledky prezentuje tabulka 1.

Tab. 1

Kompletní výsledky didaktického testu vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví

Počet bodů v testu	Přepočtený počet bodů na úspěšnost splnění testu v %	Četnost u dívek n	Relativní četnost u dívek %	Kumulativní četnost přepočtených bodů – u dívek	Četnost u chlapců n	Relativní četnost u chlapců %	Kumulativní četnost přepočtených bodů – u chlapců	Četnost u žáků celkem n	Relativní četnost u žáků celkem %	Kumulativní četnost přepočtených bodů u žáků celkem
16	100	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0
15	94	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0
14	88	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0
13	81	3	0,65	39	2	0,44	26	5	0,55	65
12	75	1	0,22	51	8	1,77	122	9	0,99	173
11	69	15	3,27	216	11	2,44	243	26	2,86	459
10	63	29	6,32	506	12	2,66	363	41	4,51	869
9	56	46	10,02	920	47	10,42	786	93	10,22	1706
8	50	59	12,85	1392	63	13,97	1290	122	13,41	2682
7	44	62	13,51	1826	58	12,86	1696	120	13,19	3522
6	38	72	15,69	2258	71	15,74	2122	143	17,71	4380
5	31	60	13,07	2558	58	12,86	2412	118	12,97	4970
4	25	57	12,42	2786	58	12,86	2644	115	12,64	5430
3	19	32	6,97	2882	35	7,76	2749	67	7,36	5631
2	13	20	4,36	2922	17	3,77	2783	37	4,07	5705
1	6	2	0,44	2924	9	2,00	2792	11	1,21	5716
0	0	1	0,22	2924	2	0,44	2792	3	0,33	5716
Σ	–	459	100,00	2924	451	100,00	2792	910	100,00	5716

Pozn. V tabulce 1 je nejprve znázorněn přepočtený počet bodů z didaktického testu na jeho úspěšnost splnění v procentech, poté je zachycena četnost žáků (dívek, chlapců a souboru jako celku) v absolutních a relativních četnostech dle jejich bodového zisku v didaktickém testu ze vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví a také kumulativní četnost přepočtených bodů získaných v testu. * jeden bod v didaktickém testu představuje jednu zcela správně zodpovězenou položku.

Jak je z tabelárního zpracování (tabulka 1) zřejmé, pokud bychom za úspěšné splnění testu brali pouze jeho zcela správné (100 %) splnění, museli bychom konstatovat, že tohoto výsledku nedosáhl ani jeden žák ve sledovaném souboru (N = 910) žáků. Pokud bychom za úspěšné splnění považovali hranici 80 % správných odpovědí, splnilo toto

kritérium $N = 5$ žáků, (tj. 0,55 %). Pokud bychom připustili úspěšné splnění na 75 % (a více) získaných bodů v didaktickém testu, dosáhla tohoto 1,54 % žáků. Při toleranci úspěšnosti na hranici 50 % (a více) získaných bodů „zvládlo“ test splnit $N = 296$ žáků (32,53 %).

Předpoklad úspěšnosti v didaktickém testu konstruovaném v souladu se Vzdělávacími standardy Výchovy ke zdraví, resp. ilustrativními úlohami v něm obsaženými, pracoval však s konstruktem, že zcela správného splnění didaktického testu dosáhne 80 % žáků 9. ročníků základních škol. Předpoklad vycházel ze zadání a požadavků na minimální úroveň standardu a posláním standardů ve vzdělávacím prostředí základních škol tak, jak je deklarováno MŠMT (Tichá et al., 2011; Standardy, 2015).

Na základě získání kumulativního počtu bodů (uvedených v tabulce 1) v kategorii dívek ($N = 459$), chlapců ($N = 451$) a souboru aktérů jako celku ($N = 910$) byl detekován průměrný zisk bodů v didaktickém testu a stanovena průměrná úspěšnost zvládnutí testu (tabulka 2).

Tab. 2

Průměrný zisk bodů a průměrná úspěšnost splnění didaktického testu Výchovy ke zdraví

Průměrný počet zcela správně zodpovězených položek v didaktickém testu	Počet N	Průměr	Přepočet na úspěšnost splnění v %	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Dívky	459	6,37	39,81	2,41	0,00	13,00
Chlapci	451	6,19	38,69	2,47	0,00	13,00
Celkem	910	6,28	39,25	2,44	0,00	13,00

Průměrná úspěšnost zvládnutí didaktického testu u všech tří sledovaných kategorií osciluje okolo 39 % s průměrným ziskem cca 6,28 bodů z možných 16 bodů (tabulka 2). Dosaženou úroveň zvládnutí didaktického testu žáky 9. ročníků lze hodnotit jako podprůměrnou a s velkou pravděpodobností lze konstatovat, že i dosažená úroveň osvojeního/rezultátového kurikula ve vzdělávacím oboru Výchova ke zdraví je ve sledovaném souboru průměrná až podprůměrná.

Z hlediska statistického srovnání průměrného zisku bodů odpovídajícímu výsledkům správných odpovědí v didaktickém testu v kategorii dívek a chlapců nebyl shledán statisticky významný rozdíl (tabulka 3, graf 1).

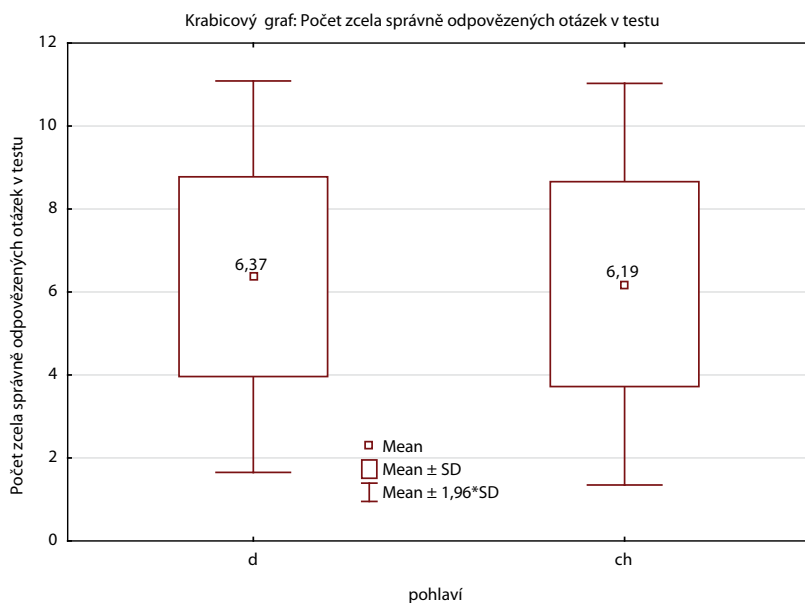
Tab. 3

Srovnání průměrných výsledků didaktického testu Výchovy ke zdraví s ohledem na pohlaví žáků

Proměnná	t-test dle pohlaví										
	Průměr dívky	Průměr chlapci	T	sv	p	Počet dívek	Počet chlapců	Směrodatná odchylka dívky	Směrodatná odchylka chlapci	F-poměr rozptyly	P rozptyly
Počet zcela správně zodpovězených otázek v testu	6,37	6,19	1,11	908	0,27	459	451	2,41	2,47	1,05	0,59

Graf 1

Průměrný počet zcela správně zodpovězených otázek v didaktickém testu Výchovy ke zdraví s ohledem na pohlaví žáků

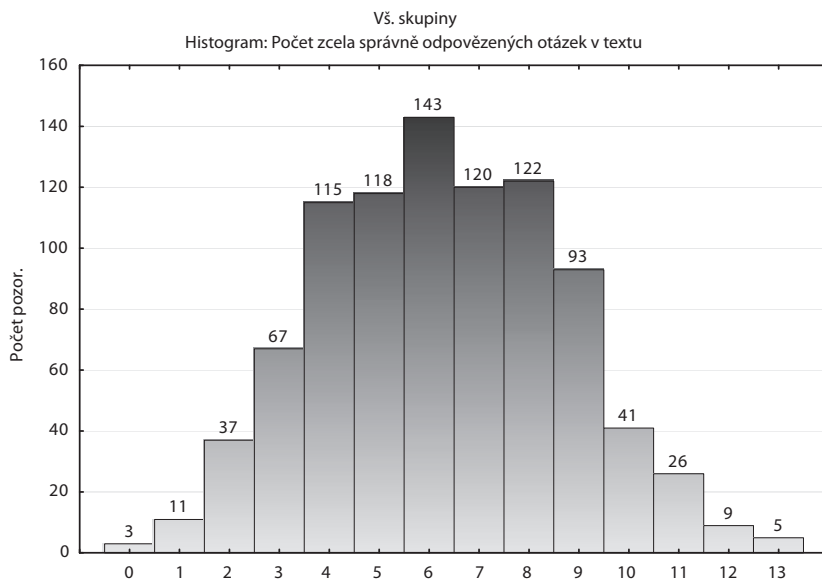


(d = dívky, ch = chlapci)

Rozložení počtu zcela správně zodpovězených položek v didaktickém testu prezentuje graf 2 v podobě histogramu.

Graf 2

Histogram počtu zcela správných odpovědí v didaktickém testu (N=910)



Rozložení počtu zcela správně zodpovězených testových úloh, však se zdůrazněním skutečnosti, že nejlepší zachycený výsledek dosáhl 13 z možných 16 správně zodpovězených úloh, je odpovídající struktuře normálního rozvrstvení, což bylo potvrzeno testem normality (tabulka 4).

Tab. 4

Test normality rozložení počtu zcela správně zodpovězených položek v didaktickém testu Výchova ke zdraví

Rozložení počtu zcela správně zodpovězených úloh v didaktickém testu	Počet N	Max D	K-S p	Lilliefors p	W	p
Divky	459	0,09	p < ,01	p < ,01	0,98	0,00
Chlapci	451	0,09	p < ,01	p < ,01	0,98	0,00
Celkem	910	0,09	p < ,01	p < ,01	0,98	0,00

V aktuálním čase a prostoru není možné provést srovnání s výsledky získanými v obdobně zaměřených pedagogických výzkumech. Výzkumy jednotlivých úrovní kurikula (projektového, implementovaného, realizovaného a dosaženého/osvojeného/rezultátového) lze hodnotit jako sporadické, u rezultátového kurikula dokonce jako absentující. Implementovaným a realizovaným kurikulem Výchovy ke zdraví, s aktéry výzkumu ředitelů/pedagogů základních škol, se zabývá Hřivnová (2014), Mužíková (2010), Marádová (2005), obsahovou analýzou ŠVP směrem k implementovanému kurikulu Výchovy ke zdraví pak Fialová et al (2014, s. 134–140). Svoboda (2015) hodnotí realizované kurikulum s aktéry výzkumu žáků základních škol. Dílčí evaluace jednotlivých tematických celků v kontextu kognitivních a afektivních schopností žáků bývá předmětem výzkumu v závěrečných pracích studentů bakalářských a navazujících magisterských oborů výchovy ke zdraví.

Závěr a doporučení pro pedagogickou teorii a praxi

Na základě výsledků *Výzkum úrovně osvojeného kurikula žáky ZŠ ve Výchově ke zdraví* a jejich čtvrté etapy zpracování je možné poukázat na disharmonii mezi projektovým a dosaženým kurikulem vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví. Jde o nesoulad mezi formulovanými očekávanými výstupy v RVP ZV (2013) a jejich rozpracovanou podobou ve formě indikátorů v dokumentu Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví, resp. schopností žáků správně splnit ilustrativní úlohy v dokumentu obsažené.

Rozpoznání příčin tohoto stavu tak bude předmětem následujících fází analýz a zpracování výsledků výzkumu. Jednou z možných predikcí je kontext časové dotace na vzdělávací obor Výchova ke zdraví a také aprobovanost pedagoga (odborná profilace) pro vzdělávací obor Výchova ke zdraví. V následujících výzkumech by měla být pozornost věnována kvalitě výuky vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví (jak z pohledu žákovských tak pedagogických aspektů), neboť realizované kurikulum formuje úroveň dosaženého/osvojeného/rezultátového kurikula.

Pokud budeme kalkulovat se zjištěnými výsledky směrem k hodnocení minimálního nastavení ilustrativních úloh v dokumentu Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví (2015), byla detekována nutnost jejich úpravy směrem k optimalizaci na minimální úroveň obtížnosti. V současné době se již tak událo v doprovodném dokumentu *Metodické komentáře a úlohy ke standardům pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví* (Tupý, Hřivnová & Marádová, 2016) čemuž dopomohly i výsledky zde prezentovaného výzkumu.

K úpravě formulace (směrem ke snížení požadavků) očekávaných výstupů RVP ZV (2013, resp. 2016) a indikátorů v dokumentu Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví by však nemělo docházet. Sekundárním dopadem by mohla být minimalizace požadavků na schopnosti a dovednosti žáků a následně ještě nižší úroveň dosaženého kurikula. Ve svém důsledku by se mohl projevit i klesající efekt zdravotní gramotnosti, jejíž formování je jedním z cílů výchovy a vzdělávání ve Výchově ke zdraví.

Seznam literatury

- Fialová, L., Flemr, L., Marádová, E., & Mužík V. (2014). *Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole*. Praha: Karolinum.
- Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.
- Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series; No. 6)*. (1999). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*. (2013) Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
- Holčík, J., Káňová, P. & Prudil, L. (2015). *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vydání druhé upravené. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Hřivnová, M. (2014). The Conception of Health Education at Primary Schools in the Czech Republic. In *SGEM Conference on Psychology & Psychiatry, Sociology & Healthcare Education*. Volume 2. (s. 899–912). Albena: International Multidisciplinary Scientific Conferences on Social Sciences & Arts.
- Hřivnová, M. (2016a). Evaluation of educational standards in Health education with an emphasis on sexually reproductive health. In *3rd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2016*. Book 1. Vol. 2. (s. 479–490). Albena: International Multidisciplinary Scientific Conferences on Social Sciences & Arts.
- Hřivnová, M. (2016b). Health Literacy in Pupils in the Context of Research of Resulting Curriculum of Health Education. *The Anthropologist – International Journal of Contemporary and Applied Studies of Man*. 24(1), 277–283. Dostupné z <http://krepublishers.com/02-Journals/T-Anth/Anth-24-0-000-16-Web/Anth-24-0-000-16-Contents/Anth-24-0-000-16-Contents.htm>
- Hřivnová, M. (2016c). Výchova ke zdraví – úroveň rezulátového kurikula v kontextu vzdělávacích standardů a zdravotní gramotnosti. In J. Chrástina (ed.) et al. *Percepce subjektivního dopadu zdravotního postižení / přítomnosti chronického onemocnění a pojetí zdravotního uvědomění a gramotnosti – výzkumy, teorie a jejich využití v práci s klientem*. (s. 160–182). Olomouc: Univerzita Palackého.

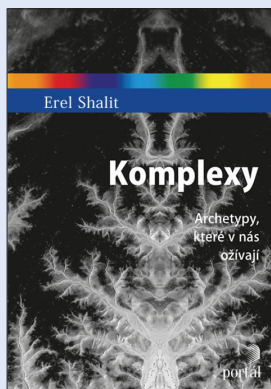
- Chráška, M. (2011). Testy v pedagogickém výzkumu. In M. Skutil (Ed.) et al. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. (s. 127–152). Praha: Portál.
- Chráška, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D. (Eds.). (2013). *Health literacy. The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization.
- Kučera, Z., Pelikan, J. & Šteflová, A. (2016). Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis Lékařů českých*. 2016; 155 (5): 233–241
- Marádová, E. (2005). Na cestě od „rodinné výchovy“ k „výchově ke zdraví“. In J. Slavík (Ed.) *Obory ve škole: Metaanalýza empirických poznatků oborových didaktik matematiky, chemie, výtvarné výchovy, hudební výchovy a výchovy ke zdraví z let 1990–2004*. (s. 134–158). Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
- Mužiková, L. (2010). *Škola a zdraví pro 21. Století. Podněty pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů*. Brno: Masarykova univerzita.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Verze platná od 1. 9. 2013. (2013). Dostupné z <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/upraveny-ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani>.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Verze platná od 1. 9. 2016. (2016). Dostupné z <http://www.nuv.cz/t/rvp-pro-zakladni-vzdelavani>.
- Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020. Akční plán č. 12. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. (2015). Praha: Ministerstvo zdravotnictví. Dostupné z http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf
- Salavcová, M., & Maršák, J. (2011). *Evaluační standardy*. Dostupné z <http://clanky.rvp.cz/clanek/s/Z/13333/EVALUACNI-STANDARDY.html/>
- Standardy. (2015). Dostupné z <http://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=9832>
- Standardy pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví. 2015. Praha: Národní ústav pro vzdělávání. Dostupné z <http://digifolio.rvp.cz/artefact/file/download.php?file=67503&view=9832> [cit. 2017-02-16].
- Švoboda, M. (2015). Přínos vzdělávacího oboru Výchova ke zdraví z pohledu žáků základních škol. In Šafránková, D., Podroužek, L., & Slowik, J. (Eds.) *Etické a sociální aspekty v oblasti vzdělávání a pedagogického výzkumu: sborník XXIII. konference České asociace pedagogického výzkumu* (s. 371–380). Plzeň: ZČU v Plzni. [CD-ROM].
- Tupý, J. (2014). *Tvorba kurikulárních dokumentů v České republice: historicko-analytický pohled na přípravu kurikulárních dokumentů pro základní vzdělávání v letech 1989–2013*. Brno: Masarykova univerzita.
- Tupý, J. (Ed.), Hřivnová, M., Marádová, E., & Panošová, O. (2016). Metodické komentáře a úlohy ke standardům pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví. Praha: NÚV. Dostupné z http://clanky.rvp.cz/wp-content/upload/prilohy/21331/metodicke_komentare_a_ulohy_ke_standardum_zv_vychova_ke_zdravi.pdf
- Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. (2014). Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
- Zdraví 21. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. *Zdraví pro všechny v 21. století*. (2003). Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Kontakt:

Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.
Katedra antropologie a zdravotvědy
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Žižkovo nám. 5, 771 40 Olomouc
E-mail: michaela.hrivnova@upol.cz

Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D. působí na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci jako vedoucí Centra výzkumu zdravého životního stylu a odborná asistentka Katedry antropologie a zdravotní vědy, kterou v letech 2013 až 2015 vedla. Ve své pedagogické i vědeckovýzkumné činnosti se věnuje problematice kurikula výchovy ke zdraví, didaktice výchovy ke zdraví či zdravotní gramotnosti. Je autorkou koncepce studijních oborů Výchova ke zdraví na PdF UP, v roce 2012 zde založila tradici vzdělávacích akcí Den zdraví a Vánoce a zdraví. Aktivně spolupracuje na několika projektech s tematikou podpory zdraví, je členkou předsednictva odborných společností (APROZ, SPRSV), podílí se na tvorbě Standardů pro základní vzdělávání – Výchova ke zdraví a dalších dokumentech ve spolupráci s NÚV a MŠMT.

SHALIT, Erel. *Komplexy. Archetypy, které v nás ožívají*. Překlad: Ivo Müller. Praha: Portál, 2017. 152 s. ISBN 978-80-262-1312-3.



Komplex, jako pojítka mezi vědomým já a archetypy, přebývá v našem nevědomí. Pokud je odštěpený, nepřístupný vědomí, může být autonomní, nezávislý na egu a může výrazně ovlivňovat naše jednání bez naší kontroly. Porozumět vlastním komplexům znamená rozpoznat jejich archetypální jádro, shluky životních zkušeností, které se kolem něj utvářejí, a emoční tón, jenž je rozpoznatelným pojítkem těchto zkušeností. Z praktického hlediska to znamená porozumět spojení mezi archetypálními silami, které tvoří naši nevědomou lidskou podstatu, a osobními životními zkušenostmi, které utvářejí naše individuální vnímání této energie. Naše bytostné Já, stejně jako vědomé já je vždy doprovázeno stínem, v němž přebývají odštěpené (vytěsněné, potlačené) komplexy. S tím, jak se odvíjí dialog vědomého já s nevědomím, dochází k integraci komplexů do já a hranice já se

stávají pružnějšími. Autor srozumitelně rekapituluje vývoj pojmu od Freuda, Junga, Adlera až k současným pojetím, objasňuje podstatu konceptu a dokresluje svá pozorování s použitím citací z prací svých předchůdců, beletrie a své klinické praxe při práci se sny.

Erel Shalit je izraelský jungiánský analytik, autor mnoha knih jungiánské orientace (česky: *Cykly života*, Portál 2017).