

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Diplomová práce

2017

Linda Dubská

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Linda Dubská

**Programy podpory zdraví na základních
školách v Jihočeském kraji**

Diplomová práce

Praha 2017

Autor práce: Bc. Linda Dubská

Vedoucí práce: Mgr. Anna Zelinková

Rok obhajoby: **2017**

Bibliografický záznam

DUBSKÁ, Linda. *Programy podpory zdraví na základních školách v Jihočeském kraji*. Praha, 2017. 83 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut mezinárodních studií. Katedra ruských a východoevropských studií. Vedoucí diplomové práce Mgr. Anna Zelinková.

Abstrakt

Tato diplomová práce se věnuje tématu podpory zdraví na základních školách v Jihočeském kraji. Pozornost je věnována současné situaci v oblasti podpory zdraví a dále jsou zkoumány jednotlivé programy. Text dále sleduje, jak ředitelé základních škol a pracovníci Státního zdravotního ústavu hodnotí účinnost programů podpory zdraví. Na základě kvalitativního šetření mezi zmíněnými aktéry jsou identifikována jak pozitiva tak i negativa implementace, která se do značné míry liší úrovní propracovanosti. Přínosem práce by mělo být zjištění aktuální situace při implementaci vybraných programů podpory zdraví, zhodnocení efektivnosti a návrhy opatření na zlepšení zjištěné situace.

Abstract

This diploma thesis deals with the topic of health promotion at elementary schools in the South Bohemian Region. Attention is paid to the current situation in the field of health promotion, and the individual programs are examined. The text also monitors how directors of primary schools and staff of the State Health Institute evaluate the effectiveness of health promotion programs. Based on a qualitative survey among the mentioned actors, both the positive and the negative aspects of implementation are identified, which differ to a great extent from the level of sophistication. The benefit of the work should be the identification of the current situation in the implementation of selected health promotion programs, evaluation of effectiveness and proposals for measures to improve the situation.

Klíčová slova

programy podpory zdraví, základní škola, zdraví

Keywords

programs of health promotion, primary school, health

Rozsah práce: 148 938 znaků

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 19.5.2017

Linda Dubská

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své práce Mgr. Anně Zelinkové za její podnětné připomínky, užitečné rady a motivující přístup. Dále děkuji všem dotazovaným respondentům, kteří si ve svém pracovním rozvrhu našli čas na rozhovor.

Teze diplomové práce

Jméno studenta/studentky: Linda Dubská

Název v jazyce práce: Programy podpory zdraví na základních školách v Jihočeském kraji

Název v anglickém jazyce: Health promotion programs of health in primary schools in the South Bohemian Region

Klíčová slova: zdraví, programy podpory zdraví, postoje rodičů, postoje ředitelů

Klíčová slova anglicky: health, promotion programs of health, attitudes of parent, attitudes of directors

Akademický rok vypsání: 2013/2014

Jazyk práce: čeština

Typ práce: diplomová práce

Ústav: Katedra veřejné a sociální politiky

Vedoucí / školitel: Mgr. Anna Zelinková

Obor práce: Veřejná a sociální politika

Vymezení předmětu zkoumání, zdůvodnění výběru výzkumného tématu, návaznost na jiné práce

Předmětem mého zkoumání budou programy podpory zdraví na základních školách v Jihočeském kraji a také to, v jaké míře základní školy tyto programy využívají. Podpora zdraví je záležitostí týkající se celé společnosti a je ukotvena v zákoně číslo 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Na zdraví obyvatel se podílejí nejen dobře fungující zdravotní systém a systém zdravotní péče, ale je nezbytná i účast celé společnosti na všech úrovních veřejné správy. V posledních letech se zvyšuje spolupráce jednotlivých resortů na podpoře a ochraně zdraví. Jedním z těchto resortů je školství, které se aktivně zapojuje do strategie podpory zdraví (program Škola podporující zdraví, projekt Zdravá škola, aj).

V souvislosti s programy podpory zdraví byla napsána již řada studií, diplomových, disertačních či rigorózních prací, které mohou sloužit jako vhodné vodítko při realizaci mé práce (Floriánová 2011, Brůžková 2013).

Ve své práci se prvně chystám popsat podmínky, které stát nastavuje pro programy podpory zdraví. V druhé části se zaměřím na postoje ředitelů k těmto programům

a intenzitu jejich využívání. Poslední část bych věnovala samotným postojům rodičů a jejich přístupu ke zdraví svých dětí.

Cíle diplomové práce

Cílem této diplomové práce je popsání současné právní úpravy dané problematiky (především z. č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví). V souvislosti s cíli práce bylo zjištěno, jak jsou využívány programy podpory zdraví na základních školách v Jihočeském kraji, jaké programy jsou na těchto základních školách nejfrekventovanější a v jaké míře je povědomí o možnosti tyto programy využívat. Dalším cílem bude zhodnocení realizace (implementace) programů podpory zdraví na zkoumaných školách. Posledním cílem práce je posouzení postojů ředitelů a rodičů na účinnost využívání programů podpory zdraví základními školami.

PŘEDBĚŽNÁ NÁPLŇ PRÁCE:

1. Výzkumné otázky a hypotézy

Jaké programy podpory zdraví jsou základním školám nejčastěji nabízeny?

Jak se staví ředitelé a učitelé škol k přijímání konkrétních programů podpory zdraví?

Jaké jsou názory rodičů dětí, které navštěvují zkoumané základní školy?

2. Teoretická východiska

Teorie implementace

Pojem implementace označuje proces uskutečňování veřejné politiky. Jedná se o komplexní proces obsahující stanovení cílů, nástrojů a způsobů uskutečňování a také aktérů, kteří do tohoto procesu vstupují. Teorie implementace zahrnuje čtyři teoretické modely, a to autoritativní model, participativní model, model kulturní změny a model nikdy nekončícího procesu učení. Práce je zaměřena především na zúčastněný (participativní) model, který předpokládá síť relativně autonomních aktérů, kteří přijímají cíle určité veřejné politiky a spolupracují při její realizaci (Lindblom 1999).

Teorie veřejné volby

Teorie veřejné volby se zabývá chováním jednotlivců ve společnosti. Tato teorie vychází jednak z politologie, která předpokládá, že lidé dělají určitá rozhodnutí v rámci veřejného zájmu, a zároveň z ekonomie, kdy lidé činí rozhodnutí pro své vlastní zájmy. Lidé tedy sledují vlastní zájmy, ale jsou i situace, kdy např. obětují určité statky ve

prospěch veřejného zájmu, pokud jim taková investice přinese vyšší zisky či jiný užitek (Holman 2005).

Tato teorie může vysvětlovat chování ředitelů, kteří schvalují a přijímají jednotlivé programy podpory zdraví.

Systém hodnot a přesvědčení

Tato práce vychází ze systému hodnot a přesvědčení, které jsou součástí teorie advokačních koalic. Tato teorie rozlišuje lidské přesvědčení na tři stupně, a to na deep core beliefs, policy core beliefs a secondary aspects. Deep core beliefs jsou postoje, které jsou v nás hluboce zakořeněny, tvoří se v dětství a jsou složkou lidské přirozenosti. Policy core beliefs jsou přístupy, kterými jsou vyjádřeny naše hodnoty a přesvědčení, na základě kterých můžeme vytvářet strategie pro naše jednání. Secondary aspects jsou postoje které formulují možnosti, jak dosáhnout stanoveného cíle (Sabatier 2007, 194-197).

Díky této teorii lze vysvětlit chování rodičů a lépe porozumět jejich stanoviskům ve zkoumané problematice.

3. Metody a zdroje dat

V práci jsou použity techniky kvalitativní metodologie, která je vhodná z důvodu proveditelnosti a z hlediska nejen finančního, ale i časového. V souvislosti s volbou kvalitativního přístupu nelze získané výsledky v práci zobecnit nebo je použít v jiném prostředí (Hendl 2005, 52).

Závěry práce budou výsledkem analýzy primárních i sekundárních kvalitativních dat získaných pomocí polostrukturovaných rozhovorů s vedením základních škol a rodičů dětí navštěvujících zmíněné instituce.

Sekundární data

„Sekundární zdroje dat jsou základním stavebním kamenem většiny analýz“ (Veselý, Nekola 2007, 159). Mezi důležité zdroje dat, použité v této práci, patří dokumenty a písemné prameny především legislativního typu. S jejich pomocí je vytvořen teoretický rámec a strategie státu pro zajištění podpory zdraví. Významnou částí jsou nejen programy podpory zdraví, ale i strategie státu zabývající se touto podporou. Hlavní problémy veřejné politiky spočívají v nedostatečném či nevyhovujícím právním

ukotvení, znalost právního rámce je tedy nezbytnou součástí pro řešení jakéhokoliv veřejně politického problému (Veselý, Nekola 2007, 167).

Hlavní zdroje, které jsou použity, jsou kromě příslušné právní legislativy, veřejně dostupná data Českého statistického úřadu i data Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a údaje ze Státního zdravotního ústavu, kde byla absolvována stáž. Tyto instituce se zabývají problematikou programů podpory zdraví pro základní školy. Z dostupných dokumentů je možné získat konkrétní představu o problematice, na kterou je navázáno i v kvalitativním výzkumu.

Polostrukturované rozhovory

V rámci sběru primárních dat byly realizovány tři sady polostrukturovaných rozhovorů. Jedna sada byla prováděna se zřizovateli programů podpory zdraví ze Státního zdravotního ústavu. Další část rozhovorů byla prováděna s řediteli vybraných základních škol a poslední část se zaměřovala na rodiče dětí docházejících do těchto institucí a jejich názory a postoje k programům podpory zdraví. Díky těmto rozhovorům bylo dosaženo odpovědí na otázky ve strukturovaném pořadí. Tento způsob lepší dovoluje snadněji srovnávat odpovědi mezi jednotlivými respondenty (Hendl 2005, 174).

4. Předpokládaná struktura diplomové práce

- 1) Úvod
- 2) Cíle a výzkumné otázky
- 3) Teoretická východiska
 - a. Teorie implementace
 - b. Teorie veřejné volby
 - c. Systém hodnot a přesvědčení
- 2) Metodologie
- 3) Jednotlivé programy podpory zdraví
- 4) Zajištění programů podpory zdraví
- 5) Strategie ředitelů pro programy podpory zdraví
- 6) Strategie rodičů ve vztahu k programům podpory zdraví
- 7) Příklad dobré praxe
- 8) Závěr
- 9) Literatura

SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY:

- BRŮŽKOVÁ, Lucie. *Možnosti podpory zdraví na základních školách v Jihomoravském kraji*. Brno, 2013. 179 s. Rigorózní práce. Masarykova univerzita. Katedra společenských věd a sportu. doc. PaedDr. Marii Blahutková, Ph.D. Dostupný z WWW: <http://is.muni.cz/th/67454/fsps_r/RP_final.pdf>
- BRŮŽKOVÁ, Lucie. *Komparace podpory zdraví ve školních vzdělávacích programech na vybraných základních školách v Brně*. Brno, 2013. 160 s. Disertační práce. Masarykova univerzita. Katedra sportovních studií. Vedoucí disertační práce doc. PaedDr. Marie Blahutková, Ph.D. Dostupný z WWW: <http://is.muni.cz/th/67454/fsps_d_a2/DP_Bruzkova.pdf>
- FLORIÁNOVÁ, Jana. *Programy podpory zdraví na základních školách v Brně a jejich stav a vývoj*. Brno, 2011. 72 s. Bakalářská práce (Bc.) Masarykova univerzita, pedagogická fakulta. Katedra výchovy ke zdraví. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Mgr. Lenka Procházková. Dostupný z WWW: <http://is.muni.cz/th/322008/pedf_b/Bakalarska_prace.pdf>
- HAVLÍNOVÁ, M. et al. *Program podpory zdraví ve škole*. Praha: Portál, 1998.
- HENDL, J. (2005) „Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace.“ Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLČÍK, J. Základ evropské zdravotní politiky a výchovy ke zdraví. In Řehulka, E., Řehulková, O. *Učitelé a zdraví 6*. Brno: Nakl. Pavel Křepelka, 2004. ISBN 80-902653-9-4.
- HOLMAN, Robert. Dějiny ekonomického myšlení. 3. vyd. Praha: C. H. Beck, 2005. ISBN 80-717-9380-9.
- LINDBLÖM, Ch.E.: Implementation and Bureaucratic Politics. In: Nováčková, Bl.: *Angličtina pro veřejnou a sociální politiku*. Praha, Karolinum 1999, Unit 11, s. 73-74.
- MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar. *Výchova ke zdraví*. Praha: GRADA, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- VESELÝ, A.; NEKOLA, M. „Analýza a tvorba veřejných politik.“ Praha : Slon, 2007, 407 s. ISBN 978-80-86429-75-5.
- SABATIER, Paul (ed.). 2007. *Theories of the Policy Process*. 2. vydání. Boulder (Col.) : Westview Press, 2007.

- SVOBODOVÁ, J. Projekt Zdravá škola – škola podporující zdraví. In STŘELEČEK, S. (ed.) *Studie z teorie a metodiky výchovy I*. Brno: MSD, 2004, s. 70 – 81.
- SVOBODOVÁ, Jarmila. Zdravá škola včera a dnes. Brno: Paido, 1998. 47 s. ISBN 80-85931-53-2.

Obsah

BIBLIOGRAFICKÝ ZÁZNAM.....	5
PROHLÁŠENÍ.....	7
OBSAH.....	15
ÚVOD.....	17
1 VYMEZENÍ POJMŮ	18
1.1 DEFINICE ZDRAVÍ.....	18
1.2 VÝCHOVA KE ZDRAVÍ	18
1.3 ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL.....	19
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	21
3 METODY A ZDROJE DAT	23
3.1 DESK RESEARCH A VLASTNÍ PRAXE VE STÁTNÍM ZDRAVOTNÍM ÚSTAVU.....	23
3.2 EXPERTNÍ ROZHOVORY	24
3.2.1 Výzkumný soubor.....	25
3.2.2 Omezení výzkumu	26
4 HODNOTOVÁ A TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	27
4.1 HODNOTOVÁ VÝCHODISKA	27
4.2 DETERMINANTY ZDRAVÍ	28
4.2.1 Determinanty zdraví u žáků základních škol	28
4.3 TEORIE IMPLEMENTACE	29
4.3.1 Street-level bureaucracy.....	30
4.3.2 Implementační deficit	31
5 POPIS SOUČASNÉ SITUACE	33
5.1 PODPORA ZDRAVÍ V JIHOČESKÉM KRAJI	34
5.2 PODPORA ZDRAVÍ NA ŠKOLÁCH JAKO KOMUNITNÍ PROJEKT	36
5.3 VÝVOJ POLITICKÝCH A PRÁVNÍCH DOKUMENTŮ A STAV PODPORY ZDRAVÍ.....	36
5.4 RÁMCOVÝ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM PRO ZÁKLADNÍ ŠKOLY	38
5.5 STUDIE HEALTH BEHAVIOR IN SCHOOL-AGED CHILDREN.....	39
6 PROJEKTY A PROGRAMY PODPORY ZDRAVÍ.....	41
6.1 ŠKOLA PODPORUJÍCÍ ZDRAVÍ.....	41
6.2 JEDNOTLIVÉ PROGRAMY PODPORY ZDRAVÍ	42
6.2.1 Zdravá školní jídelna.....	42
6.2.2 Ovoce a zelenina do škol	43
6.2.3 Zdravé zuby	45
6.2.4 Hejbej se, nedej se	45
6.2.5 Normální je nekouřit	46
6.3 EFEKTIVITA PROGRAMŮ	47
7. ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ Z ROZHOVORŮ	50
7.1 VÝSLEDKY – ŘEDITELÉ ZŠ.....	50
7.1.1 Pohled ředitelů na účinnost programů podpory zdraví.....	50
7.1.2 Konkrétní programy na zkoumaných školách.....	52
7.1.3 Faktory ovlivňující výběr programů.....	53
7.1.4 Výsledky programů.....	53
7.1.5 Přístup dalších aktérů – žáci	55
7.1.6 Přístup dalších aktérů – rodiče	56
7.2 VÝSLEDKY – PRACOVNÍCI SZÚ.....	58
7.2.1 Jak probíhá implementace na ZŠ.....	58
7.2.2 Jaký je přínos zkoumaných programů	59

7.2.3 Výsledky programů – účinnost	60
7.2.4 Výsledky programů – efektivita	61
7.2.5 Program Zdravá školní jídelna.....	62
7.3 NÁVRHY OPATŘENÍ NA ZLEPŠENÍ	64
8. DISKUSE.....	66
ZÁVĚR	69
SUMMARY	73
POUŽITÉ ZDROJE	74
SEZNAM PŘÍLOH.....	80
PŘÍLOHY	81

Úvod

Zdraví je neodmyslitelnou součástí života a je nezbytné, aby bylo chráněno před nežádoucími dopady prostředí. Jsme vystavováni mnohým vnějším vlivům, které se neustále mění a náš organismus je nucen se těmto změnám přizpůsobit. Za poslední desetiletí stoupá počet úmrtí díky civilizačním onemocněním, a to i u velmi mladých jedinců (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010 dle WHO, 2010). Tyto choroby se mohou projevit až v pozdějším věku i přesto, že je člověk zmiňovaným negativním vlivům vystavován ve věku mladším. Například negativní změny na funkci tělesných struktur jsou znatelné již po vykouření první cigarety či prvního požití vyššího množství alkoholu a při dalším užívání se navyšují (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010). V souvislosti s těmito fakty je výchova ke zdraví jednou z priorit základního vzdělávání. V současnosti se zdravotní výchova a samotná realizace programů podpory zdraví promítá na všech stupních základních škol (Machová, 2009: 11).

Tato práce se tedy zaměřuje na programy podpory zdraví. Výběr tématu byl motivován trvalým zájmem o zdravotní politiku, který mne provázel po celou dobu studia. Ke konkrétnějšímu zaměření mne přivedlo rodinné prostředí.

Jelikož programů zaměřujících se na podporu zdraví existuje nepřeberné množství, musejí si je školy pečlivě zvolit dle svých specifických možností a potřeb. Výběr vhodných programů podpory zdraví je v rukou realizátorů implementace (ředitelé základních škol) a tvůrců programů (pracovníci Státního zdravotního ústavu). Je závislý na jejich hodnotové orientaci, motivaci a na zdrojích, kterými disponují (např. zdroje finanční, organizační či sociální).

Právě programy podpory zdraví v rámci výchovy ke zdraví mohou pomoci zlepšovat zdraví celé populace. Je nezbytné vědět, jak ředitelé základních škol nahlíží na programy podpory zdraví, protože je v jejich rukou, jaké programy se budou na dané základní škole realizovat.

Tato diplomová práce respektuje tradiční strukturu akademického textu. První kapitola se zaměřuje na vymezení základních pojmů. Další dvě kapitoly představují cíle a metody, které byly pro práci zvoleny. Čtvrtá kapitola vytyčuje hodnotová a teoretická východiska, o které se předkládaný text opírá. Následuje kapitola věnující se popisu současné situace a dále konkrétnější seznámení s vybranými programy podpory zdraví. Stěžejní částí práce je kapitola sedmá, ve které jsou zaznamenány výsledky z výzkumného šetření.

1 Vymezení pojmů

1.1 Definice zdraví

Zdraví v sobě zahrnuje mnoho stránek, které jsou důležité a jsou závislé na vývoji jedince, na sociálních podmínkách, rozvoji zdravotnictví, ekonomice a také na kultuře a na historickém vývoji společnosti, kde jedinec vyrůstá (Machová, 2009: 12).

Definice zdraví najdeme hned několik, ale mají však jedno společné a to, že zdraví je určitý stav člověka. Stavem člověka je myšlena jeho pohoda fyzická, psychická a také sociální.

Světová zdravotnická organizace popsala v roce 1948 zdraví jako: „*stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady a v období dospívání i nepřítomnost rizikového chování a úspěšný přechod do dospělosti (definice pro období dospívání byla doplněna později)*“ (WHO, 2016).

Dle Kotulána (1999: 3) je zdraví definováno: „*Stav, v němž organismus ve svém specifickém prostředí přiměřenými a pohotovými adaptačními pochody udržuje úroveň a průběh svých funkcí v normálním rozmezí.*“

Zdraví v kontextu Ottawské charty podpory zdraví 1986 neznamena tedy jen odpovědnost ze strany zdravotnictví, ale vyjadřuje též individuální ovlivnitelnost zdraví a stejně tak i odpovědnost za ně prostřednictvím způsobu realizace jednotlivých součástí životního stylu a jeho reflexe v osobní pohodě (tzv. well-being) a chování.

Z hlediska tématu této diplomové práce stojí za zmínku, že „*definice zdraví pro období dospívání zahrnuje ještě nepřítomnost rizikového chování a úspěšný přechod do dospělosti*“ (Machová, Kubátová, 2015: 10).

1.2 Výchova ke zdraví

Jednou z hlavních priorit základního vzdělávání je výchova ke zdraví, jejímž účelem je pomáhat žákům získávat a rozvíjet důležité kompetence potřebné pro zdravý život – fyzické, psychické a sociální.

Obsah výchovy ke zdraví vychází z programu *Zdraví 21 – Zdraví pro všechny 21. století*, který je výsledkem činnosti Světové zdravotnické organizace. Dalšími důležitými dokumenty pro obsah výchovy ke zdraví jsou *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví pro všechny v 21. století* a *Akční plán zdraví a životního prostředí* (Machová, 2009: 11).

Výchova ke zdraví si klade za cíl, aby se žáci naučili přebírat odpovědnost za své zdraví. Už od útlého dětství si žáci upevňují stravovací, hygienické, pracovní a jiné preventivně zdravotní návyky, učí se, jak předcházet úrazům a také jak se vyhnout škodlivým látkám (Machová, 2009: 11).

Cílem výchovy ke zdraví jako součásti výchovného komplexu školy má proto být osvojení odpovídajícího množství informací, poznatků, vědomostí, dovedností, návyků, principů a vytváření postojů, zájmů a hodnotových norem zaměřených na identifikování se s hodnotami zdraví a na interiorizaci zásad zdravého životního stylu učiteli a žáky. Očekávaným výsledkem je vyvážené formování kognitivní, afektivní a psychomotorické stránky osobnosti prostřednictvím aktivní péče o vlastní zdraví, která reflektuje a akcentuje bio-psychickou a sociálně-kulturní determinovanost osobnosti. Konkretizací je zdravotně vyvážený a smysluplný způsob života jako předpoklad přiměřené regulace a autoregulace, životní spokojenosti, osobní a společenské odpovědnosti, seberealizace a sebeakceptace (Liba, 2007: 58).

Podstatou vzdělávání v této oblasti jsou poznatky vedoucí k orientaci v otázkách zdraví, k pozitivnímu způsobu myšlení i volbě správných rozhodnutí ve prospěch zdraví a dále způsobilosti, umožňující aktivní ovlivňování tělesného a psychického stavu žáka, stejně jako zkušenosti a návyky pořizovány a ověřovány v praktických situacích jejich každodenního režimu (Mužíková, Mužík a Kachlík, 2006: 75). Z výše zmíněného není pochyb o tom, že je výchova ke zdraví neodmyslitelnou součástí výuky na školách, jelikož je podstatnou součástí výchovy člověka a jeho gramotnosti.¹

Výchova ke zdraví spočívá hlavně v tom, že děti často tráví více času ve škole s učiteli a se svými vrstevníky nežli se svými rodiči. Rodiče také mnohdy nevedou své děti k zodpovědnosti za jejich zdraví, a proto je nezbytná role učitelů, kteří umějí (nebo by měli umět) vysvětlit žákům význam zdraví a jeho další stránky.²

1.3 Zdravý životní styl

Životní styl závisí na množství faktorů, jako je osobnost člověka, jeho hodnotový systém, věk, pohlaví, příslušnost k rase, vzdělání, zaměstnání aj. Vliv životního stylu se

¹ VÝCHOVA KE ZDRAVÍ. Informace pro pedagogy [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/informace-pro-pedagogy.html>>

² VÝCHOVA KE ZDRAVÍ. Informace pro pedagogy [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/informace-pro-pedagogy.html>>.

promítá do všech oblastí života člověka, jako je jeho rodina, pracoviště či škola, volnočasové aktivity apod.

Machová (2009: 16) definuje životní styl takto: *„Životní styl obsahuje formy chování, které je dobrovolné v daných životních situacích založených na individuálním výběru z několika možností. Můžeme si vybrat zdravé alternativy, které jsou nabízeny a odmítnout ty, které zdraví poškozují. Životní styl je tedy souhrnem životních situací a dobrovolného chování (možnost vs. výběr).“*

V současnosti se hodně hovoří o zdravém životním stylu. Obecně se dá říci, že zdravý životní styl je dán dobrou životosprávou, správným stravováním, dostatečnou hygienou, absencí nezdravých látek, jako je kouření, alkohol a jiných návykových látek a také dostatečná duševní pohoda (Havlíková, Příbyslavská, 1996: 45 – 53).

Zdravý životní styl je také podmíněn výchovou ke zdraví, jelikož vzdělání a získané informace o zdraví jsou nezbytné pro zajištění budoucího zdravého chování žáků (Zdraví 21, 1999: 66). Toto vzdělávání je zajištěno např. prostřednictvím tělesné výchovy, kdy je žákům zajišťován dostatek pohybové aktivity, která ovlivňuje fyzické zdraví a tělesnou kondici. Účinky tělesné výchovy se mohou projevit např. v zamezení či snižování obezity dětí a zvyšování jejich tělesné zdatnosti (Mužik, 2007: 5). Děti si také osvojují správné stravovací návyky a učí se zdravé výživě, která je součástí formálního kurikula podpory zdraví již od mateřských škol. V neposlední řadě se žáci učí pečovat o své sexuální zdraví a rozeznávat škodlivé návykové látky.

2 Cíle a výzkumné otázky

Pro účely diplomové práce byly stanoveny následující tři cíle a na ně navazující výzkumné otázky, které z vytyčených cílů vyplývají:

1) Popsat současnou situaci implementace programů podpory zdraví na základních školách v Jihočeském kraji. Předmětem tohoto cíle je i představení důležitých veřejněpolitických dokumentů. Popis současného stavu byl zásadní i pro stanovení samotných výzkumných nástrojů. Tento cíl má vyloženě deskriptivní charakter. V návaznosti na výše zmíněné cíle je dále práce zaměřena na seznámení s konkrétními programy podpory zdraví. Dílčím cílem je pak zjištění užitečnosti programu Zdravá školní jídelna v Jihočeském kraji.

Výzkumné otázky:

- Jaké veřejněpolitické dokumenty se věnují tématu podpory zdraví?
- Které programy podpory zdraví jsou realizovány na základních školách v Jihočeském kraji?
- Jakým způsobem jsou programy podpory zdraví implementovány v Jihočeském kraji?
- Existují evidence/zdroje/databáze, které by poskytovaly informace o účinnosti a efektivnosti programů podpory zdraví?

2) Zjistit, jak ředitelé základních škol v Jihočeském kraji hodnotí účinnost zkoumaných programů podpory zdraví.

Výzkumné otázky:

- Jak ředitelé základních škol v Jihočeském kraji vybírají programy podpory zdraví? Jaké faktory ovlivňují tento výběr? Zajímají se o účinnost programů?
- Zjišťují ředitelé účinnost programů na své škole, popř. jak?
- Zajímají se ředitelé o názory dalších aktérů na dané programy?

3) Zjistit, jak pracovníci Státního zdravotního hodnotí účinnost zkoumaných programů podpory zdraví. Podrobněji se zaměřuji na vybraný program Zdravá školní jídelna.

Výzkumné otázky:

- Jak probíhá implementace programů podpory zdraví na základních školách?
- Jaký je podle pracovníků přínos programů?
- Zjišťují pracovníci účinnost programů? Jakým způsobem?
- Zjišťují pracovníci efektivitu programů? Jakým způsobem?
- Jak reálně probíhala implementace programu Zdravá školní jídelna?

Všechny výše uvedené otázky by měly být v následujícím textu zodpovězeny. Otázky systematicky doplňují stanovené cíle práce, za účelem poskytnutí komplexní informace o programech podpory zdraví na základních školách v Jihočeském kraji.

3 Metody a zdroje dat

Tato práce je provázena triangulací metod a dat, což je definováno jako využívání různých typů těchto metod a dat, jejich sběr a následná analýza (Flick, 2009). Metody lze definovat jako různé způsoby, které nám usnadňují cestu při získání odpovědí na výzkumné otázky (Veselý a Nekola, 2007). V práci je využita kvalitativní metoda sběru a analýzy dat, jejíž předností je dle Hendla možnost hlubšího proniknutí do problematiky, což vede k porozumění v celém kontextu (Hendl 2005: 52 – 57).

Sběr dat byl složen ze dvou fází:

- 1) Desk research a vlastní praxe ve Státním zdravotním ústavu
- 2) Polostrukturované rozhovory s experty
 - ředitelé základních škol Jihočeského kraje
 - zaměstnanci Státního zdravotního ústavu

3.1 Desk research a vlastní praxe ve Státním zdravotním ústavu

Pro vytvoření teoretického rámce práce byly využity zdroje sekundárních dat tzv. „desk research“, která se týkají sledované problematiky a která tvoří důležitý základ analýzy (Drhová, Veselý, Nekola, 2007: 159). Podstatou desk research je především schopnost porozumět a interpretovat informace z nejrůznějších zdrojů (Reichel, 2009: 127).

Soubor využívaných zdrojů sekundárního typu obsahuje zákony, vyhlášky, strategické dokumenty, odborné studie a monografie, které usnadnily proniknutí do tématu dále byly využívány jako opora vlastních výzkumných šetření. Situace v České republice je doplněna i zahraničními zdroji zaměřenými na podobnou problematiku, což rozšiřuje informace, které lze v této práci poskytnout.

V souvislosti se zvoleným tématem byla autorce poskytnuta praxe ve Státním zdravotním ústavu v Centru podpory veřejného zdraví, kde autorka měla přístup k interním dokumentům. Tyto dokumenty měly spíše informativní charakter o průběhu přípravy a zpracování finální podoby programů. Hlavními zdroji pro analýzu byly následně zpracované rozhovory s pracovníky SZÚ.

Díky absolvované praxi bylo možné zmapovat postup průběhu implementace politiky podpory zdraví, konkrétně jak jsou programy podpory zdraví vymyšleny a následně realizovány. Při výkonu uvedené praxe bylo umožněno pracovníky SZÚ nahlédnout a analyzovat potřebné dokumenty, které byly následně využity při zpracování této diplomové práce. Dále bylo možné problematiku konzultovat s mnoha odborníky, kteří se zabývají politikou podpory zdraví a od nich získat velice zajímavé informace o realizovaných programech a o samotném chodu instituce. Seznámení s postupem práce zaměstnanců Centra a následně zapojení se do práce konkrétních programech samostatně umožnilo ucelený vhled do problematiky tvorby a koordinace programů. Konkrétně na programu Zdravá školní jídelna, který je následně v této práci popsán v kapitole č. 6.2.1.

Dalším přínosem praxe pro tuto práci bylo zúčastněné pozorování (práce v „terénu“). Jednalo se o školení učitelů střední školy. Školení se týkalo poskytování první pomoci, která umožnila přímý vhled do průběhu praktické implementace programu na podporu zdraví.

Odborná praxe ve Státním zdravotním ústavu byla v souvislosti se zvoleným tématem velice přínosná. Na základě sesbíraných materiálů v rámci praxe bylo následně možné provést vlastní analýzu. Bylo možné se tak lépe zorientovat v celé problematice od návrhů programů, jejich zpracování do finální podoby, přes nabídku jednotlivým dotčeným subjektům, realizaci až po následnou zpětnou vazbu od realizátorů. Díky tomuto procesu bylo možné efektivně navázat v praktické části práce, především v kvalitativním výzkumu.

3.2 *Expertní rozhovory*

Podstatným zdrojem pro tuto práci byly expertní rozhovory s řediteli základních škol a s pracovníky Státního zdravotního ústavu. Rozhovory probíhaly ve dvou vlnách, jelikož po první fázi rozhovorů nebylo dosaženo získání potřebných informací. Z tohoto důvodu bylo nezbytné zrealizovat druhou fázi rozhovorů, díky níž byl rozšířen výzkumný soubor a doplněna chybějící data.

Výzkum byl prováděn prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, aby bylo dosaženo aktuálních výsledků v přímé interakci a s možností pružně reagovat na poskytnuté odpovědi, popřípadě položit doplňující otázky. Rozhovory umožnily v rámci navržené struktury zjistit postoje dotazovaných aktérů v celé šíři, což je pro naplnění

tohoto cíle stěžejní (s ohledem na fakt, že řada jedinců ve svých postojích mírně kolísá či jejich postoj není ani zcela negativní, ani zcela pozitivní a nelze jej tudíž jednoznačně kategorizovat, čímž je nutno rozlišovat nejrůznější nuance v postojích). Předem byl vytvořen scénář rozhovoru (viz příloha č. 1 – scénář pro ředitele a č. 2 – scénář pro pracovníky SZÚ) a data byla následně písemně zaznamenávána vyhodnocena.

Samotná délka rozhovoru se mírně lišila u ředitelů škol a pracovníků SZÚ. Rozhovory s řediteli škol trvaly v rozmezí 45 minut až jedné hodiny dle toho, jak moc byl který ředitel ochotný poskytnout informace. Oproti tomu u pracovníků SZÚ to bylo mezi půl hodinou a hodinou.

3.2.1 Výzkumný soubor

Rozhovorů bylo realizováno celkem 12 mezi řediteli základních škol a 5 mezi pracovníky Státního zdravotního ústavu. Kritériem pro jejich výběr byla tedy specifická profese, tj. ředitel školy či odborný pracovník Státního zdravotního ústavu.

Okruh respondentů je v první části rozhovorů tvořen řediteli základních škol Jihočeského kraje (viz příloha č. 3). Z celkového počtu základních škol v Jihočeském kraji (288) osloveno 68 škol (e-mail, telefonicky). Tyto školy byly vybrány na základě analýzy jejich webových stránek či na základě doporučení, které jsem získala od rodinných příslušníků pracujících ve školství. Nakonec se do vzorku podařilo získat 12 respondentů, jejichž základní charakteristiky jsou uvedeny v příloze.

V zásadě lze shrnout, že výzkumný soubor tvořilo pět mužů a sedm žen, přičemž věkové rozmezí bylo 39-64 let, čemuž pak odpovídala více méně i délka praxe ve školství a do jisté míry i délka praxe na pozici ředitele školy. Délka praxe ve školství se pohybovala mezi 15-35 lety (což je u ředitele relativně logické, neboť obvykle nejprve řadu let pracuje jako řadový pedagog) a délka trvání funkce ředitele školy se pohybovala v rozmezí 1-21 let. Všechny školy, s jejichž řediteli byly rozhovory realizovány, se nacházely v Jihočeském kraji, což bylo s ohledem na zaměření diplomové práce a realizovaného výzkumu základním kritériem jejich výběru.

Druhý okruh respondentů tvoří pět pracovníků Státního zdravotního ústavu (viz příloha č. 4), kteří se v jeho rámci aktivně podílejí na tvorbě programů. Z větší části byl rozhovor prováděn s respondenty v hlavním městě Praze, ale jelikož Jihočeský kraj spadá pod krajská pracoviště v Jihlavě a v Plzni, byly provedeny rozhovory právě v těchto městech. Rozhovory byly realizovány s těmi, kteří byli ochotní a udělali si v předemném období na rozhovor čas, vzhledem k jejich pracovnímu vytížení. Jelikož

jsem ve Státním zdravotním ústavu vykonávala povinnou praxi, nebylo těžké respondenty vyhledat a domluvit se s nimi na rozhovorech.

V rozhovoru jsem se více zaměřila na program Zdravá školní jídelna, jelikož jsem se účastnila jeho realizace z důvodu již zmiňované praxe ve Státním zdravotním ústavu. Díky tomu jsem měla přístup k aktuálním datům a mohla jsem provést rozhovory s konkrétními pracovníky, kteří na programu pracovali.

Ve srovnání s řediteli ZŠ tak bylo respondentů méně, věková struktura byla podobná, nicméně délka praxe v konkrétní instituci byla v SZÚ kratší než u ředitelů ZŠ.

3.2.2 Omezení výzkumu

Expertní šetření se potýká s několika omezeními, které je zapotřebí zmínit. Zaprvé se jedná o velikost vzorku, který se s ohledem na počet základních škol v Jihočeském kraji nemusí jevit jako dostatečný. Velikost výzkumného souboru byla stanovena na základě analýzy webových stránek základních škol Jihočeského kraje. Řada škol na svých webových stránkách uvádí využívané programy či realizované přednášky apod. a podle tohoto kritéria byly školy vybírány. Do vzorku bylo také vybráno několik škol na základě doporučení. Pro účely výzkumu byly oslofovány školy situované převážně v hlavním městě Jihočeského kraje.

Dalším omezením, které se dotýká těchto expertních rozhovorů provedených pro účely diplomové práce, je koncentrace základních škol převážně v Českých Budějovicích v rámci celého Jihočeského kraje. Lze však předpokládat, že ředitelé základních škol v jiných městech Jihočeského kraje se budou setkávat s podobnými problémy a mohou podobně hodnotit výhody a nevýhody programů podpory zdraví. Je důležité si uvědomit, že v některých případech mohou existovat odchylky mezi základními školami z různě rozvinutých krajů v rámci České republiky, které práce nepokrývá.

Další problém je v poskytování finančních prostředků jednotlivým školám jejich zřizovateli a následná možnost těchto škol na zapojení a realizaci programů na podporu zdraví. V této souvislosti je realizován vyšší počet programů ve školách velkých měst, zatím co v menších městech se programy využívají v nižší míře. Finance pro jednotlivé školy se vypočítávají z podílu na výnosech daní vypočítaném podle počtu obyvatel obce a její rozlohy dle zákona č. 243/2000 Sb. Z toho vyplývá, že každá obec disponuje jinými prostředky na svůj provoz a z toho i jinými prostředky na využití programů. Dále je potřeba zohlednit také spádovost obcí, kdy do měst dojíždí žáci z přilehlých obcí a

čerpají tak finanční prostředky školy. Každá škola tak má jiné podmínky a prostředky pro rozhodování, který program zvolit.

4 Hodnotová a teoretická východiska

4.1 Hodnotová východiska

Zdraví je nejvýznamnější hodnotou, jelikož na něm závisí další důležité aspekty lidského života, jako je fungující rodina, pracovní život, ekonomická výkonnost či

mezilidské vztahy. Důležitost zdraví dokazuje i fakt, že je vnímáno jako základní lidské právo nejen v rámci státu, ale i na úrovni mezinárodní.

Na hodnotu zdraví můžeme nahlížet dvojím způsobem. Hodnota zdraví může být *individuální*, kdy je každá osoba sama zodpovědná za svůj zdravotní stav tím, jakým způsobem života žije, jak se stará o své zdraví. Nejen člověk sám má vliv na své zdraví, ale jeho zdraví je ovlivněno i působením společnosti, ve které žije. V tomto případě mluvíme o tzv. *sociální* hodnotě zdraví (Holčík, 2008: 4-5).

4.2 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví můžeme popsat jako osobní, společenské a ekonomické činitele, které mají významný vliv na zdraví jedinců či skupin (Nutbeam, 1998: 5). Tyto faktory ovlivňují lidské zdraví kladně či záporně. Lze je rozdělit na dva typy – vnitřní a vnější. Vnitřními determinantami jsou genetické faktory, které jsou dědičné. Následně se do této genetické výbavy promítá vliv vnějších determinant, které vznikají vlivem společenského prostředí (Machová, 2009: 13). Největší vliv na zdraví má však člověk sám. Je velice důležité, jaký má daná osoba životní styl a v jakém prostředí vyrůstá a také jaká je úroveň a kvalita zdravotní péče.

Na současnou podobu determinant zdraví měla významný vliv tzv. LaLondeova zpráva o zdravotním stavu obyvatel Kanady z roku 1974 (Nový pohled na zdraví Kanadčanů, LaLonde, 1974, cit. dle Machová, 2009: 13), která popisovala charakter proměny nemocnosti a úmrtnosti a podnítila vznik konceptu jako modelu původu neinfekčních onemocnění. Ten představují čtyři základní determinanty, kterými jsou životní a sociální prostředí, genetická výbava, životní styl a zdravotnické služby (SZÚ, 2002). Dle LaLondeho člověk sám v souvislosti se svým životním stylem ovlivňuje své zdraví až z 50 %. S tím je spojena skutečnost, že pokud se dítě/mladý člověk naučí základním zásadám zdravého životního stylu již na základní škole, lze očekávat i v dospělosti lepší zdravotní stav a méně obtíží.

4.2.1 Determinanty zdraví u žáků základních škol

Determinanty zdraví u žáků základních škol vykazují ve vztahu k obecným determinantům zdraví určitá specifika, která jsou dána jak nízkým věkem jedinců, který se vyznačuje obvykle dobrým zdravotním stavem a nízkou mortalitou, ale také řadou rizikových faktorů, se kterými se zejména ve vyšších ročnících základní školy lze běžně

setkat. Je také pravda, že nedostatečné zdraví může významně ovlivnit dosahování životních cílů. V období dětství a dospívání, může mít nedostatečné zdraví významný vliv na naplnění vývojových úkolů spojených s vývojem a dospíváním a vést k řadě dlouhodobých negativních důsledků. Děti a zejména dospívající se v tomto životním období musí vypořádat s řadou výzev, které jsou spojeny s přechodem do dospělosti. Být v dobrém zdravotním stavu - fyzicky, emocionálně a sociálně - napomáhá vyrovnávat se se zmíněnými výzvami na mnohem lepší úrovni. Mezi determinanty zdraví v dětství, popř. v adolescenci, kam lze řadit žáky 2. stupně základní školy, pak vedle obecných determinant patří zejména (Madarasová Gecková eds., 2009):

- Stravování a fyzická aktivita
- Vztahy v rodině a komunikace v rodině
- Vztahy s vrstevníky, šikana
- Úrazy
- Rizikové faktory – kouření, drogy
- Škola – postoj k ní, stresy v ní

4.3 Teorie implementace

Důvodem, proč byla jako základní teoretické východisko zvolena právě teorie implementace je skutečnost, že jedním z hlavních cílů práce je zhodnocení právě zmiňované implementace neboli realizace programů podpory zdraví na základních školách. Teorie implementace je veřejně-politická teorie, která je komplexním procesem obsahujícím stanovení cílů, nástrojů a způsobů uskutečňování tohoto procesu. Implementace jako uskutečňování veřejné politiky předpokládá, že se veřejný program realizuje v rámci jisté posloupnosti jednotlivých činností. Tvůrci programu mají největší vliv na cíle programu, ale postupným průběhem činností, kterými se program (politika) realizuje, může jejich vliv oslabovat. Primárně se zkoumá vzájemný vztah mezi předpokládanými cíli a uskutečněným stavem. Snahou je při implementaci dosáhnout co možná nejmenší odchylky od plánovaného cíle (Winkler, 2002: 11).

„Implementace jako proces realizace veřejných programů je definována jako výsledek vzájemných vztahů a interakcí mezi aktéry celého procesu. Na povaze vztahů mezi aktéry pak závisí výsledky programu. V zásadě jde o to, že implementace je

součástí samotného programu. Počítá se s ní jako s fází, která umožňuje modifikovat výsledky, resp. dosažení cíle.“ (Malý, Pavlík, 2004: 43)

Teorie implementace zahrnuje čtyři teoretické modely a to autoritativní model, participativní model, model koalic aktérů a model nikdy nekončícího procesu učení. Ve své práci se zaměřím hlavně na zúčastněný (participativní) model, který předpokládá síť relativně autonomních aktérů, kteří přijímají cíle určité veřejné politiky a spolupracují při její realizaci (Lindblom, 1999: 73-74). Participativní model vychází z nepřímé formy řízení, založené na důvěře, spolupráci a spontánnosti. Stejně se počítá s vyjednáváním a učením v procesu implementace (Potůček, 2005).

Implementace jako stadium realizace schválené veřejné politiky je fáze, kdy jsou *"[...] politické záměry převáděny na měřitelné činy. Konkrétně to znamená, že zákony, nařízení, programy a předpisy existující dosud jen na papíře jsou aplikovány do praxe."* (Fiala, Schubert, 2000: 82).

4.3.1 Street-level bureaucracy

Tento koncept byl představen Michalem Lipským v roce 1969. Dle jeho pojetí jsou street-level byrokraty zaměstnanci státu v různém postavení (učitelé, sociální pracovníci, lékaři, policisté) a tito zaměstnanci prezentují státní moc v konkrétních přímých interakcích s občany. Tito aktéři v rámci hierarchie v procesu implementace, mají často klíčové kompetence, zejména v důsledku jejich přímého kontaktu s koncovými příjemci. Tuto úroveň implementace můžeme považovat za stupeň, který se nachází mezi koncovými příjemci, tedy občany a tvůrci politik. Právě zaměstnanci veřejných služeb aplikují cíle politik. Analýza implementace by měla zohledňovat vazby mezi těmito zaměstnanci a občany. Při provádění svého povolání si provádějí postupy a mechanismy, jejichž prostřednictvím vykonávají svou práci a zároveň aplikují požadavky, které jsou na ně kladeny. Organizace, ve kterých pracují "street-level bureaucrats" jim poskytují dostatečnou autonomii na vytváření rozhodnutí, podle vlastního uvážení, což může v konečném důsledku pozměnit, případně ovlivnit cíle, kterých má být dosahováno prostřednictvím politiky, kterou uvádějí do praxe. Na základě této teorie je možné klást při tvorbě politiky větší důraz na postupy, které mohou "street-level bureaucrats" uplatňovat při každodenním střetávání se s koncovými příjemci (Lipsky, 2010: 53).

Street-level byrokrat je vyznačován třemi základními charakteristikami:

- 1) Jsou ve stálém kontaktu s občany v rámci svého zaměstnání
- 2) Mají relativně velkou nezávislost a možnosti volby i přestože je součástí byrokratické organizace
- 3) Mají vliv osoby, se kterými pracuje (důsledek vlivu učitelů na žáky) (Lipsky 1969: 2).

V rámci diplomové práce jsou to ředitelé základních škol, kteří splňují všechny tři výše zmíněné podmínky. Tak jako učitelé (avšak ne denně) jsou ve styku se žáky a ti jsou jejich klienty a zároveň uživateli této hrazené služby. Ředitelé základních škol jsou součástí této úřednické struktury školství, jejich postavení a pravomoci jsou jasně vymezeny a jsou poměrně nezávislí a svobodní ve svých volbách.

Tento přístup dále uvádí překážky, se kterými se mohou street-level byrokraté ve své profesi setkat:

- 1) Mají omezené zdroje
- 2) Ohrožení (fyzické i psychické) nebo rozporování autority
- 3) Nereálná očekávání, která je obtížná naplnit

V souvislosti s prvním bodem se při realizaci programů podpory zdraví často naráží na omezené finanční rozpočty jak škol, rodičů dětí a také rozpočty organizací realizující programy podpory zdraví.

U druhého výše zmíněného bodu se s ohrožením jak fyzickým či psychickým spíše nesetkáme, ale může být narušena autorita ředitele např. nedůvěrou učitelského sboru či nedůvěrou rodičů dětí, kteří v programech nemusejí spatřovat pozitivní krok a hlavně finanční zátěž.

Poslední překážkou v rámci street-level byrokracie jsou nereálná či nejasná očekávání.

4.3.2 Implementační deficit

Žádná politika neprobíhá v izolovaném prostředí, kde by na ni nepůsobily různé vnější a vnitřní vlivy a právě z tohoto důvodu se v některých případech při její realizaci nenaplní stanovené cíle tak, jak se původně očekávalo. Jedná se o skutečnost, že

nastolení politiky může být implementováno do praxe jiným způsobem, než který byl původně zamýšlen.

Lipsky (2010: 55) uvádí, že ve většině případů je politika zaváděna do praxe prostřednictvím pracovníků, kteří jsou v přímém kontaktu s občany, v našem případě jde tedy o ředitele, kteří jsou v kontaktu zejména se žáky a rodiči. Právě tato skutečnost může vést k různé míře pochopení, vysvětlení nebo zpracování nastavených cílů a tím pádem i odchylce od očekávaných výsledků. Na základě těchto rozdílů je v procesu implementace možné identifikovat implementační deficit, nebo implementační nedostatečnost. Ta vymezuje rozdíl energie, která je do stanoveného cíle vkládaná ve srovnání s očekáváním (Potůček, 2005: 69).

Za důvod vzniku implementačního deficitu se považuje i vágní definice programových cílů. Netřeba opomenout ani nedostatečné zohlednění personálních podmínek, kde se vyskytuje vysoká míra volnosti rozhodování u zaměstnanců (Sirovátka, 2010: 119). Bohužel lze říci, že i cíle vybraných programů podpory zdraví, jsou ve své podstatě vágní. Také to potvrzují i výsledky výzkumů a studií užitečnosti na půdě celé EU (EU, 2011).

Proces implementace přitom není automatický proces a už v jeho průběhu dochází ke změnám ve stanovených cílech. Dle Potůčka (2005: 70) k odchylce od původního cíle přispívají zejména:

- Nejasné vyjádření cíle a obsahu veřejné politiky
- Konfliktní realizační kritéria
- Selhání realizačních pobídek
- Rozpor s instrukcí
- Omezená kapacita řízení – management

V souvislosti s teorií implementace a aktéry implementace je práce zaměřena na tvůrce programů (Státní zdravotní ústav) a pedagogické pracovníky, jež se s nimi setkávají v praxi ve školách (ředitelé škol), kteří vybírají ze široké škály programů podpory zdraví a následně je využívají. V některých případech školy samy vytvářejí své programy.

Nezbytností je také následné hodnocení veřejněpolitického procesu. Zhodnocení ukazuje, jak byl celý proces úspěšný, zda se naplnily stanovené cíle a kolik zdrojů bylo pro realizaci vynaloženo (Sabatier, 2007:23). Zde je nutné zmínit, že programy podpory

zdraví jsou z velké části financovány z podpory EU, tudíž toto zhodnocení je pochopitelně velmi aktuální. Na tomto základě bude v práci zjišťováno, zda je výše zmínění aktéři provádějí nějaká vyhodnocení zkoumaných programů, aby zjistily jejich účinnost, užitečnost či efektivitu.

5 Popis současné situace

Utváření podpory zdraví začalo od druhé poloviny 80. let minulého století jako reakce na vzrůstající nespokojenost se zdravotní péčí, která byla velmi nákladná (Kebza, 2005, s. 98). V České republice je podpora zdraví ukotvena v Zákoně o ochraně veřejného zdraví číslo 258/2000 Sb. a má celospolečenský význam, jelikož zdraví lidí je ovlivněno působením řady faktorů. Jedná se o faktory biologické, sociální a ekonomické. Podpora

zdraví je zde definována jako: „*Souhrn činností a opatření ve vytváření zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a doзору nad jejich chováním.*“

Pro zajištění dostatečné podpory zdraví společnosti je nezbytná meziresortní spolupráce. Nezáleží tedy pouze na kvalitě zdravotnických služeb, ale důležitá je i role např. potravinářského průmyslu, strategie podpory zdraví na školách, doprava či zemědělství.

Na mezinárodní úrovni je významná role Světové zdravotnické organizace, jejíž činnost směřuje ke zlepšování zdraví všech osob. Její hlavní strategické cíle jsou např. podpora správné životosprávy, předcházení zdravotním rizikům, omezování nemocnosti, omezování úmrtnosti či rozvoj účinných zdravotních systémů (WHO, 2011).

Vedle činnosti WHO je důležitá i činnost Evropské unie, jelikož součástí její politiky je mimo jiné i ochrana a podpora veřejného zdraví. Funkce EU v oblasti veřejného zdraví spočívá zejména v doplňkové a koordinační činnosti zdravotních politik členských států. Politika veřejného zdraví EU je upravena článkem 168 Smlouvy o fungování Evropské unie, kde je hned v prvním odstavci zdůrazněna důležitost hodnoty lidského zdraví a nutnost její ochrany (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016).

Ve srovnání s minulostí se současností se podpora zdraví vyznačuje změnou v chápání péče o zdraví a zdravý vývoj organismu. Podle Kernové (2006: 21) zdraví již není cílem, ale stává se prostředkem k realizaci harmonického vývoje člověka. Aktivní přístup ke zdraví se stává celospolečenskou povinností, ale v první řadě individuální povinností každého jednotlivce. Nutností je uvědomit si přechod z oblasti léčení do oblasti podpory zdraví a prevence nemocí (Liba, 1999: 49).

5.1 Podpora zdraví v Jihočeském kraji

Podpora zdraví („Health Promotion“) je široce pojímaný systém, na kterém spolupracují občané, skupiny, organizace, několik resortů a společnost jako celek. Součástí podpory zdraví je výchova ke zdraví („Health Education“), která je ukotvena v kurikulární dokumentech a obecně ji můžeme definovat jako součást úsilí o podporu zdraví a zlepšování zdravotního stavu současné populace (Průcha, Walterová, Mareš, 2009: 78). Mužíková, Mužík a Kachlík (2006: 101) uvádějí, že podstatou vzdělávání v

oblasti výchovy ke zdraví jsou poznatky, které vedou ke správným rozhodnutím ve prospěch zdraví, způsobilosti, kterými aktivně ovlivňujeme tělesný a psychický stav žáka a v neposlední řadě zkušenosti a návyky pořizovány a ověřovány v praktických situacích v každodenním životě.

V České republice existuje celá řada programů podpory zdraví, které jsou využívány základními školami jako součást primární prevence. Tyto programy vytvářejí různé organizace jako např. Státní zdravotní ústav, Krajská hygienická stanice, Policie České republiky, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, pedagogicko-psychologické poradny nebo některé nadace (Floriánová, 2011: 47).

Státní zdravotní ústav měl dříve pobočky v každém kraji. V roce 2010 došlo k reorganizaci podpory zdraví a počet těchto pracovišť se snížil ze čtrnácti na pouhých sedm. Některá pracoviště se sdružila v Národní síť podpory zdraví a jinde zastávají funkci krajské hygienické stanice.

Jihočeský kraj v rámci Státního zdravotního ústavu spadá pod krajskou pobočku SZÚ kraje Vysočina (diskontované pracoviště Jihlava) a krajskou pobočku Plzeňského kraje. Tyto pobočky stejně jako pražský Státní zdravotní ústav realizují své programy podpory zdraví.

Na realizaci programů, projektů či přednášek v rámci podpory zdraví pro základní školy se nejvíce angažují Policie ČR, Hasiči ČR, různá nezisková sdružení (Tudy o.s., Junák, kontaktní centrum Prevent aj.) (informace z rozhovorů s pracovníky Státního zdravotního ústavu).

Programy podpory zdraví jsou vytvářeny dle aktuálních témat a požadavků škol. Jedná se zejména o správnou výživu dětí, protidrogovou a protialkoholní prevenci, prevenci kouření, pohybové aktivity, prevence nemocí a úrazů aj. (Floriánová, 2011: 47).

V současnosti není známo, kolik programů podpory zdraví vůbec existuje a můžeme pouze hádat či spekulovat, kolik jich vlastně může být. Některé programy si školy vytvářejí samy dle svých preferencí a potřeb. Školy, které si programy samy nevytváří, si mohou vybírat již ze zmíněné pestré škály programů nabízených nejrůznějšími organizacemi (Floriánová, 2011: 47).

Důležitým aspektem realizace programů podpory na základních školách je jejich finanční stránka. Potřebné finance mohou školy získat dotacemi z Evropské unie či z nejrůznějších grantů.

5.2 Podpora zdraví na školách jako komunitní projekt

Komunitní projekty podpory zdraví vznikají v rámci Národního programu zdraví z roku 1991 a již od 90. let má Česká republika s realizací těchto programů dobré zkušenosti.

Realizátoři projektů podpory zdraví pro školy mohou vycházet ze dvou základních modelových programů, kterými jsou: „Mateřská škola podporující zdraví“ a „Škola podporující zdraví“. V souvislosti s komunitními projekty mají školy možnost se na základě výběrových řízení stát součástí projektů „Zdravá mateřská škola“ či „Zdravá škola“.

Projekty, které jsou školám nabízeny, se musejí řídit určitými hodnotami a zásadami, aby pozitivně přispívaly k pozitivnímu sociálnímu klimatu a pohodě prostředí. Hlavním cílem je přispět k pozitivní změně chování ve prospěch zdraví a zdravého způsobu života.

Jednotlivé prvky zdravého způsobu života a rozvíjení pozitivního myšlení by mělo být uplatňováno již od útlého dětství prostřednictvím zmiňovaných komunitních projektů nejen ve školách, ale i mimo ni.³

5.3 Vývoj politických a právních dokumentů a stav podpory zdraví

Důležitým rokem pro rozvoj podpory zdraví v evropském kontextu byl rok 1984, kdy byl zahájen program „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Pro Českou republiku pak podstatný rozvoj podpory zdraví začal kolem roku 1990, kdy se zavázala k implementaci programu HFA2000 (Evropské úřadovny WHO) a usnesením vlády č. 247/1990 byl schválen „Národní program obnovy a podpory zdraví“ (Výchova ke zdraví, 2009).

V roce 1995 bylo stanoveno sedm hlavních problémů v oblasti zdraví v rámci projednané strategie „Národního programu zdraví“, který je realizován v jednotlivých projektech podpory zdraví na celorepublikové úrovni. Je zaměřen zejména na kardiovaskulární a nádorová onemocnění, duševní nemoci, drogové závislosti, HIV/AIDS, zhoršení reprodukce obyvatelstva a změna životního stylu (Výchova ke zdraví, 2009). Jelikož státní politika podpory zdraví chápe zdraví jako základní lidské právo, je jejím cílem nasměrovat zájmy a snahy všech složek společnosti tímto směrem

³ SZÚ. Co je podpora a ochrana zdraví [online]. [cit. 2016-03-03]. Dostupný z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/CINDI/kurz/podpora_20zdravi.pdf>

a vytvářet prostředí, ve kterém budou mít občané zaručeny podmínky pro ochranu svého zdraví, právo na zdravotní péči, dostupnost a rovnost. Pro všechny věkové a sociální skupiny obyvatel se vytvoří rovné podmínky pro udržení zdraví, přičemž platí princip vzájemné solidarity (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016).

Systém kurikulárních dokumentů v České republice prošel před tím, než dospěl do současné podoby (dle Strategie vzdělávání 2020) značnými reformami. Dnes je vzdělávání v ČR zastřešené dokumenty MŠMT ČR s názvem "Národní program rozvoje národního vzdělávání v České republice", označuje se také jako "Bílá kniha". Tento dokument vznikl na základě usnesení vlády č. 227 z dne 7.4.1999 a v konečné podobě byl schválen 7.2.2001. Dalším významným mezníkem v rozvoji podpory zdraví byl rok 2000, kdy byl přijat Zákon o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. V roce 2002 byla schválena usnesením vlády č. 1046/2002 významná strategie v oblasti zdraví, a to Zdraví 21 – „Zdraví pro všechny v 21. století“, což je dlouhodobá strategie zlepšování zdravotního stavu obyvatel (Ministerstvo zdravotnictví, 2002).

Bílá kniha se stala závazným podkladem pro současně platný kurikulární dokument "Rámcový vzdělávací program" (RVP). Zahrnuje vzdělávání dětí a mládeže od 3 do 19 let. Je platný od 1.9.2005 a plošně zaváděn do základních škol od 1.9.2007. RVP podporuje nezávislost škol, protože vzdělávání na jednotlivých školách se realizuje podle školních vzdělávacích programů, které si každá škola vytváří samostatně. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV) vymezuje 9 obecných cílů vzdělávání, 6 klíčových kompetencí, 9 vzdělávacích oblastí a 6 průřezových témat. Rovněž stanoví očekávané výstupy pro každého žáka na konci 5. ročníku základní školy. Tyto výstupy jsou zaměřeny prakticky, pozornost se soustřeďuje na využitelnost učiva v běžném životě.

V roce 2013 došlo k přijetí další strategie s názvem „Zdraví 2020“, což je Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Tato strategie navazuje na „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21“. Hlavním významem strategie je stabilizace systému prevence nemocí, ochrana a podpora zdraví a vznik účinných mechanismů zajišťujících zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva (Ministerstvo zdravotnictví, 2014).

5.4 Rámcový vzdělávací program pro základní školy

Rámcový vzdělávací program pro základní školy (RVP) je vzdělávací dokument, který byl v českých školách nastolen v roce 2007. Při začleňování problematiky zdraví do RVP v ČR bylo nutné brát v úvahu zejména níže uvedené skutečnosti (Tupý, 2004):

- Předškolní vzdělávání je zásadně koncipováno na podkladě Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání a z tohoto důvodu je také pro pedagoga vhodné se seznámit s rozsahem a začleněním otázky podpory zdraví (Tupý, 2004).
- „*Žáci přicházejí do školy s prvotními názory, návyky, způsoby chování a jednání, které ještě nejsou zcela ujasněny a upevněny a nemusí být vždy v souladu s podporou zdraví.*“ (Tupý, 2004)
- Žáci základní školy jsou v době, kdy ZŠ navštěvují ve věku, kdy jsou obvykle relativně zdraví či si případně některé negativní vlivy na své zdraví ještě zcela neuvědomují. Zcela zásadní význam při prosazování podpory zdraví u těchto žáků tak musí mít zejména osobní příklad všech pedagogů a zaměstnanců základní školy, kterou dítě navštěvuje (Tupý, 2004).

Podpora zdraví je na 1. stupni základní školy zakomponována ve vzdělávací oblasti "Člověk a jeho svět", v rámci pěti tematických okruhů. Otázky související se zdravím jsou v této oblasti zaměřené na člověka, rodinu, společnost, ve smyslu sebepoznávání, upevňování si pracovních a režimových návyků, preventivního chování, bezpečného chování v různých životních situacích. Důraz se klade i na získávání dovedností organizovat svůj denní režim a volný čas, osvojování a upevňování základů vhodného chování, tolerance, pomoci a solidarity. Nosným okruhem v souvislosti s otázkami zdraví je tematický celek "Člověk a jeho zdraví". Cílové zaměření vzdělávací oblasti vede k utváření a rozvíjení klíčových kompetencí. V souvislosti s otázkou zdraví jde zejména o kompetenci sociální a personální. Rozvoj klíčových kompetencí významnou měrou přispívá k formování postojů žáků ke zdraví a k přebírání odpovědnosti za své zdraví (RVP ZV, 2005). Vzdělávání v uvedené oblasti je postaveno na zážitkovém učení, propojení s reálným životem a praktickými zkušenostmi žáků. Na tuto vzdělávací oblast navazuje na 2. stupni základní školy vzdělávací obor "Výchova ke zdraví", realizovaný jako samostatný předmět.

Kromě uvedeného je problematika zdraví RVP ZV (2005) zakotvena i ve vzdělávacím oboru Tělesná výchova. Dlouhodobým záměrem tělesné výchovy je vést žáky k pravidelnému pohybu tak, aby ho brali jako nedílnou součást života a zařazovali ho do svého každodenního života jako prvek optimálního vývoje a tělesné zdatnosti, výkonnosti a regenerace sil. Korekce zdravotních oslabení žáků probíhá mimo rámec běžné tělesné výchovy zejména ve specifických formách pohybového učení a to v předmětu Zdravotní tělesná výchova.

V současné době je základním dokumentem v této oblasti především Strategie vzdělávání 2020. Ačkoliv se jedná o obecný dokument zaměřený na vzdělávání, je v celé řadě oblastí patrná podpora zdraví. Strategie dokonce dává do kontextu vyšší vzdělání s úrovní zdraví v pozdějším věku (Strategie vzdělávání 2020, 2014).

5.5 Studie Health Behavior in School-aged Children

Česká republika je již od roku 1994 zapojena do výzkumné studie HBSC („*Health Behavior in School-aged Children*“), do které se zapojilo cca 220 tisíc dětí ze 42 zemí světa. V rámci této studie byly v roce 2016 představeny výsledky, ze kterých je zřejmé, že populace českých dětí ve školním věku se vyznačuje vysokým výskytem konzumace alkoholu a tabákových výrobků, včetně marihuany, velmi častým trávením volného času u počítače a naopak souvisejícím nedostatkem pohybu, jež je charakteristický cca pro 80 % českých dětí školního věku, naopak vynechávají snídani a večeře s rodinou (např. u večeří bylo zjištěno, že cca 70 % dětí nevečeří dohromady s rodinou). Zásadním zjištěním studie je rovněž fakt, že roste také výskyt nadváhy a obezity u dětí a dospívajících v ČR (Univerzita Palackého, 2016).

Zajímavé pak také může být i zjištění, že české děti se sice v mezinárodním srovnání příliš neodlišují v konzumaci ovoce, ale výrazně méně konzumují zeleninu. V konzumaci sladkých nápojů byla pak ČR mírně pod průměrem zemí zařazených do studie HBSC, ze které vyplynulo, že tyto nápoje pravidelně pije méně než 20 % dětí (Univerzita Palackého, 2016).

Výsledkem studie HBSC je pak skutečnost, že české děti školního věku si dlouhodobě v mezinárodním srovnání z hlediska zdravého životního stylu nevedou dobře, což je také důvodem, proč je problematika programů podpory zdraví na základních školách nejen v Jihočeském kraji, ale v celé ČR tak aktuálním tématem. Z toho také vychází Ministerstvo zdravotnictví, které usiluje o změnu této situace, kdy

klíčovými prvky je jednak pohybová aktivita a její podpora, na kterou se zaměřuje celá řada programů podpory zdraví a rovněž podpora zdravého stravování, na níž je rovněž zacíleno poměrně velké množství programů podpory zdraví (Univerzita Palackého, 2016).

S výše uvedeným pak souvisí i zásadní problém, na který se zaměřuje předkládaná diplomová práce, a to jaký je postoj ředitelů základních škol, ale i dalších aktérů (např. pracovníků SZÚ) k uvedeným programům podpory zdraví, které mají řešit či předcházet problémům, na které studie HBSC (i celá řada dalších realizovaných studií) upozorňuje. A zde se také dostáváme k problému, že samotná iniciativa a snaha Ministerstva zdravotnictví bez optimální podpory ze strany ředitelů škol, učitelů, rodičů i bez nadšení a zájmu dětí samotných nemusí být efektivní. To pak předpokládá, že vhodný postoj klíčových aktérů je nezbytnou podmínkou pozitivních výsledků programů podpory zdraví.

6 Projekty a programy podpory zdraví

6.1. Škola podporující zdraví

Školy podporující zdraví je projekt iniciován Světovou zdravotnickou organizací - Úřadovnou pro Evropu, Komisí Evropských společenství a Radou Evropy. Původně se jmenoval „Zdravá škola“, následně byl přejmenován na „Škola podporující zdraví“. Základy hnutí položilo několik konferencí na celoevropské úrovni. Při realizaci je třeba ztotožnit se s koncepcí, mít dobrou vůli a osobní závazné rozhodnutí realizovat příslušné aktivity, plánovat, neustále se vzdělávat a spolupracovat s komunitou v okolí školy. Mottem rezoluce přijaté na první konferenci Evropské sítě Škol podporujících zdraví v Řecku v roce 1997 bylo: „*Každé dítě a mladý člověk v Evropě má právo a má mít příležitost vzdělávat se ve škole podporující zdraví.*“ (Státní zdravotní ústav, 2016)

Jak uvádí k projektu Státní zdravotní ústav, který v ČR projekt koordinuje: „*Program sdružuje školy, pro které zdraví neznamena jen nepřítomnost nemoci, ale vnímají jej jako výsledek vzájemně působících faktorů bio – psycho – sociálních, tzv. holistické pojetí zdraví, které odpovídá i pojetí WHO. Tyto faktory se školy snaží rozvinout pomocí respektu k přirozeným potřebám jednotlivce, podporou komunikace, spolupráce, důrazem na odpovědnost k vlastnímu zdraví a rozvíjením životních kompetencí všech členů školního společenství.*“ (Státní zdravotní ústav, 2016)

Realizace projektu Škola podporujících zdraví (SPZ) poskytuje množství možností s přímým dopadem na konkrétní osoby. Škola podporující zdraví směřuje k dosažení zdravého způsobu života pro všechny, kteří ji navštěvují, ve škole pracují nebo s ní přicházejí do styku. Broniš (2000, s. 18) uvádí, že Školy podporující zdraví usilují zejména o:

- evokovat pocit odpovědnosti za zdraví v žácích, učitelích, rodičích a v komunitě kolem školy,
- vést žáky, zaměstnance školy a rodiče ke zdravému životnímu stylu,
- ukázat širokou paletu reálných a atraktivních možností v rámci zdravého způsobu života,
- vytvářet zdravé prostředí pro práci a učení,
- stanovit jasné zásady podpory zdraví a fyzické a psychické bezpečnosti pro celé

osazenstvo školy,

- integrovat komplexní výchovu ke zdraví do výuky všech předmětů, využívat aktivizující a participační metody výuky,
- působit na žáky nejen během vyučovacích hodin, ale i mimo ně: vytvářet dobrou atmosféru a zajistit neformálnost působení (skryté osnovy),
- podporovat dobré vztahy mezi učiteli, žáky, rodinou a mimoškolní komunitou.

Jejich úkolem je cílevědomé a záměrné poskytování poznatků a návodů s cílem ovlivnit postoje a podnítit každodenní odpovědné chování vůči svému zdraví. Jednotlivé projekty realizované v rámci programu vycházejí z podmínek daného regionu a konkrétní školy. Jednotlivé kroky by se měly prolínat celým pobytem dětí ve škole a celým obsahem edukačního procesu. Úspěšnost realizace závisí na rozpracovanosti projektu a nadšení všech pracovníků školy. Nezanedbatelná je i aktivizace rodičů a spolupráce s okolím (Státní zdravotní ústav, 2016).

V Jihočeském kraji je součástí tohoto programu celkem 6 škol.

Seznam členů:

1. MŠ U pramene, České Budějovice
2. MŠ Prachatice
3. MŠ Tábor
4. ZŠ a MŠ Kubatova, České Budějovice
5. ZŠ a MŠ Lomnice nad Lužnicí
6. ZŠ a MŠ Tábor – Měšice (SZÚ, seznam škol programu Škola podporující zdraví)

6.2 Jednotlivé programy podpory zdraví

6.2.1 Zdravá školní jídelna

Jedná se o nový projekt, který byl spuštěn v roce 2015 a jeho tvůrci jsou z řad Státního zdravotního ústavu a Ministerstva zdravotnictví a iniciativy „Vím, co jím“. Tito odborníci pak spolupracují s lidmi z praxe, s metodičkou, zdravotní sestrou a

šéfkuchařem. Tento projekt může být praktickým příkladem toho, jak mohou být naplněny cíle programu Zdraví 2020 zmíněného v předešlých kapitolách.

Program přináší celou řadu doporučení pro školní jídelny, jak sladit požadavky na zdravou výživu s tím, že je jídlo vařeno ve školní jídelně. Školní jídelny mají možnost své postupy konzultovat s odborníky a mohou dokonce získat certifikát „Zdravá školní jídelna“. Cílem projektu je naučit děti jíst chutně a přitom zdravě a to již v dětství, neboť stravovací návyky si člověk buduje právě v dětském věku, tudíž pokud se dítě naučí jíst zdravě, bude jíst pravděpodobně zdravě i v dospělosti (Zdravá školní jídelna, 2016).

S ohledem na skutečnost, že projekt je poměrně nový, účastní se ho zatím poměrně málo škol (resp. školních jídelen) a to 179 školních jídelen, přičemž z nich jen 50 má certifikát „Zdravá školní jídelna“, který osvědčuje, že školní jídelna splnila určitá projektem stanovená kritéria. Kritéria splňuje taková školní jídelna, která (Zdravá školní jídelna, 2016):

- *Bezchybně plní spotřební koš*
- *Jídelníček plánuje podle Nutričního doporučení ke spotřebnímu koši*
- *Vaří z čerstvých a kvalitních surovin*
- *Vyhýbá se polotovarům a dochucovadlům*
- *Zajišťuje pro děti vhodný pitný režim*
- *Nepřehání to s kořením a solí*
- *Učí děti stravovat se zdravě*
- *Komunikuje s rodiči (Zdravá školní jídelna, 2016).*

6.2.2 Ovoce a zelenina do škol

V současnosti otázka dostatečné konzumace ovoce a zeleniny u dětí a mládeže rezonuje nejen v odborné, ale i laické veřejnosti. Ovoce a zelenina jako přirozené zdroje vitamínů a minerálních látek mají velký význam jako složka správné výživy každého jednotlivce. Strava dětí by měla být pestrá, aby pokrývala vysoké nároky vyvíjejícího se organismu a nemělo by v ní chybět čerstvé ovoce a zelenina. Ovoce a zelenina jsou nedílnou součástí zdravého jídelníčku dospělých i dětí.

Ve výživě mají nezastupitelné místo díky vysokému obsahu vitamínů, minerálních látek, vlákniny a dalších důležitých látek, příznivě ovlivňujících fyziologické procesy organismu. Ovoce a zeleninu se doporučuje konzumovat v pěti porcích denně, zejména v čerstvém stavu. Výživová hodnota zeleniny se však nesnižuje ani dušením, vařením, či restováním. Před každodenní konzumací nesmíme zapomenout na důkladné mytí ovoce a zeleniny. Ovoce i zelenina obsahuje pět nejdůležitějších látek pro lidský organismus, které pozitivně ovlivňují tělesnou a duševní kondici, posilují imunitní systém a jsou výborným zdrojem přírodní energie.

- vitamíny - podporují optimální průběh metabolických procesů v organismu
- vláknina - podporuje funkci žaludku a střev, snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění
- mastné kyseliny - jsou významnými složkami buněčných membrán a prekurzory více látek v organismu nacházejí se v slupkách dužnatých plodů
- fruktóza a jiné jednoduché cukry - dodávají tzv. rychlou energii pro organismus
- minerální látky - zejména draslík - příznivě ovlivňují biochemické procesy

Z výše uvedených důvodů byl zaveden program „Ovoce a zelenina do škol“. Program Ovoce a zelenina do škol je pravidelné zajišťování dodávek ovoce a zeleniny nebo vybraných výrobků z ovoce a zeleniny do škol. Jedná se o program EU a pro 28 členských států vyčlenila EU od školního roku 2014/2015 celkový rozpočet 150 mil. eur na jeden školní rok (Ovoce a zelenina do škol, 2016).

Program byl spuštěn již v roce 2009/2010, přičemž tehdy fungoval pod názvem „Ovoce do škol“, přejmenován na „Ovoce a zelenina do škol“ byl ve školním roce 2014/2015. „*Cílovou skupinou projektu jsou žáci prvního stupně základních škol, včetně dětí z přípravných tříd základních škol, kterým je zdarma dodáváno čerstvé ovoce a zelenina nebo ovocné a zeleninové šťávy nebo ovocné protlaky.*“ (Ovoce a zelenina do škol, 2016)

Cíle programu jsou následující:

- zvýšit spotřebu ovoce a zeleniny u dětí předškolního a školního věku
- změnit stravovací návyky u dětí již v raném školním věku
- snížit výskyt nadváhy a obezity u dětí
- podpořit zdravou výživu a zvýšit informovanost o výživové hodnotě

jednotlivých druhů ovoce a zeleniny (Ovoce a zelenina do škol, 2016).

6.2.3 Zdravé zuby

Dalším programem podpory zdraví na ZŠ je program, který se jmenuje „Zdravé zuby“. Jedná se o komplexní celoplošný výukový program péče o zuby, jehož hlavním cílem je předcházet zubnímu kazu u dětí. Program je určen především dětem na prvním stupni ZŠ a dětem v mateřských školách. Program je realizován již od roku 2000, v současnosti je tudíž v ČR realizován již 16 let. „*Cílem programu Zdravé zuby je zlepšit zubní zdraví u dětí a mládeže, a tak vytvořit předpoklady k zajištění zdravých zubů i u dospělé populace v budoucích letech. Program buduje u dětí pozitivní vztah k zubnímu zdraví a vede je k pravidelným preventivním návštěvám stomatologa.*“ (Zdravé zuby, 2016)

6.2.4 Hejbej se, nedej se

Program vychází z toho, že ačkoli pro malé děti je pohybová aktivita přirozená, ve škole dochází pochopitelně k jejímu utlumování, neboť dítě sedí několik hodin denně v lavici, následně doma píše úkoly apod. K tomu je třeba připočítat čas, který děti dnes tráví u počítače či u televize místo toho, aby byly venku, a vzniká problém s nedostatkem pohybu, který je pak v pozdějším věku příčinou celé řady civilizačních onemocnění (zejména v kombinaci s obezitou či nadváhou). A právě z těchto důvodů vznikl v roce 2008 program s názvem „Hejbej se, nedej se“ (Výchova ke zdraví, 2015).

Jedná se tedy o program, který se zaměřuje na zvýšení pohybové aktivity u žáků na I. stupni ZŠ. Program je realizován v rámci výuky jednotlivých školních předmětů. Cílem programu je zejména pomoc při primární prevenci zaměřené proti důsledkům nadváhy a obezity u dětí. Manuál pro učitele, který obsahuje informace, jak program realizovat, zahrnuje mimo jiné také základy anatomie, fyziologie lidského těla, informace o vývoji dětského organismu a jeho adaptaci na zátěž stejně jako celou řadu informací o dětské nadváze a obezitě, o pyramidě pohybu. Součástí manuálu je také zásobník pohybových her, které jsou určeny do jednotlivých předmětů a také pracovní listy, které jsou určeny pro děti. Součástí zásobníku her a pohybových činností tvoří mimo jiné i jejich metodický popis, ve kterém se učitelé přesně dozvídají, jaké pomůcky jsou potřeba, jaký je způsob realizace konkrétní hry, stejně jako podrobný popis a informace o aplikaci do předmětů a na učivo (Výchova ke zdraví, 2015).

Projekt je pak realizován tím způsobem, že v rámci něj učitelé zařazují do každého vyučovacího předmětu deset minut pohybové aktivity, které však nejsou na úkor vyučovaného předmětu, ale naopak jsou jeho přirozenou součástí. „V celoročním projektu je na začátku využita motivační hra s 12 pracovními listy pro děti. Každý týden děti vyplňují jeden pracovní list, jehož součástí jsou tajenky, doplňovačky a hádanky týkající se tematiky pohybové aktivity, sportů, pyramidy pohybové aktivity v průběhu dne dítěte. Za splnění pracovních listů obdrží děti postavičky sportovců, které si postupně lepí do hrací karty. Na konci motivační hry trvající 12 týdnů dochází k jejímu vyhodnocení a získání diplomů. Bylo zjištěno, že kinestetický styl vyučování dětem vyhovuje a je jim blízký. Díky motivační hře a nenásilnému zapojení do pohybových činností, které se stávaly jejich každodenní součástí si děti postupně měnily životní styl svůj i rodiny. Pomocí správně volené pohybové aktivity si děti vytváří kladný vztah k pohybu a učí se, že by měl být pohyb nedílnou součástí každého dne. Zvýšením pohybu v průběhu dne si zvyšují energetický výdej a předchází vzniku nadváhy a obezity.“ (Výchova ke zdraví, 2015)

6.2.5 Normální je nekouřit

Program s názvem „Normální je nekouřit“, vychází ze skutečnosti, že děti se o cigaretách dozvídají již v raném věku. Tři ze čtyř dětí vědí, co jsou to cigarety, již před dosažením pátého roku života, nezávisle na tom, zda rodiče kouří nebo ne. Do svých 11 let experimentuje s kouřením jedna třetina dětí, do 16 let jsou to již dvě třetiny. Rozsáhlé studie kuřáckých návyků dětí provedeny v různých oblastech, které byly realizovány v šedesátých a sedmdesátých letech, ukázaly, že kouřilo více chlapců než dívek, a že kluci začínali kouřit dříve. Děti mají třikrát vyšší pravděpodobnost, že budou kouřit, pokud kouří oba rodiče; významným faktorem je také schvalování nebo nesouhlas s tímto návykem u dětí ze strany rodičů. Mnohé studie ukázaly, že většinu mladých kuřáků ovlivňuje to, že jejich kamarádi či starší sourozenci kouří (případně i to, že nekouří). Provedené průzkumy ukazují, že děti mají sklon kouřit značky cigaret, které jsou propagovány nejagresivnější, a že reklama posiluje kuřácký návyk (Výchova ke zdraví, 2015).

Tento program vznikl v důsledku spolupráce tří institucí, kterými jsou Pedagogická a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně a Liga proti rakovině Praha. Je určen pro děti ve věku 7-11, tedy pro první stupeň ZŠ. Navazuje na programy,

kteře bojují proti kouření již v mateřských školách (např. se jedná o program „Já kouřit nebudu a vím proč“), dále na něj může na druhém stupni navázat program s názvem „Kouření a já“. Za velkou výhodu tohoto programu lze tedy považovat především jeho výraznou ucelenost, kdy program proti kouření provází děti od mateřské školy až do konce základní školy (Výchova ke zdraví, 2015).

6.3 Efektivita programů

Programů je celá řada, nicméně je potřeba rovněž měřit jejich efektivitu a výsledky. To je v současnosti realizováno prostřednictvím nejrůznějších studií. Například programem Ovoce do škol, který je předchůdcem programu Ovoce a zelenina do škol, se spolu s programem Mléko do škol zabýval v roce 2011 Evropský účetní dvůr, který se ve své studii prováděné v celé EU zaměřil zejména na účelnost obou programů. Přitom zjistil, že při posuzování výsledků a účelnosti u programů chybí přesné cíle a postupy měření, čímž je pak obtížné tyto faktory posuzovat. Nicméně i tak bylo možné konstatovat, že v některých zemích narostla za posledních 10 let spotřeba mléka z podprůměrné na nadprůměrnou. Mimo jiné lze také uvést, že zatímco *„šest členských států s nejvyšší spotřebou mléčných výrobků na obyvatele získává v průměru 3,5krát více podpory Společenství na obyvatele než deset členských států s nejnižší spotřebou,“* naopak *„deset členských států, v nichž je spotřeba mléčných výrobků na obyvatele nejnižší, dostává pouhých 20 % celkové podpory. Devět z nich dostává podporu na obyvatele dvakrát až pětkrát nižší, než je průměr, nebo se programu neúčastní vůbec“* (EU, zvláštní zpráva č. 10/2011).

U programů Ovoce do škol je pak ve zprávě především konstatován jeho pomalý rozjezd v zemích EU. V zásadě se však výsledky shodují, že v zemích, kde je čerpána nejvyšší podpora na tyto programy, vesměs stoupla konzumace mléka a ovoce z podprůměru do lehkého nadprůměru. Výsledek je tedy patrný (EU, zvláštní zpráva č. 10/2011).

Protože však výsledky Evropského účetního dvora nejsou příliš konkrétní, lze se zaměřit i na jiné studie, mezi které patří například studie týkající se programu Food for life, který je inspirací českého programu s názvem „Skutečně zdravá škola“. Zde lze totiž sice na menším výzkumném vzorku zjistit skutečné číselně vyjádřené výsledky. Program totiž dle výsledků výzkumu přinesl pozitivní změny stravovacích návyků u

dětí. Ty spočívají zejména ve skutečnosti, že „*podíl dětí na základních školách, které jedí pět porcí ovoce nebo zeleniny denně, se zvýšil o 5 %, tedy na 21 % (těch, kteří jedí čtyři nebo více porcí denně se zvýšil o 12 %, tedy na 49 %)“* (Vetišková, 2015).

Zřejmým výsledkem tohoto typu programů je rovněž skutečnost, že v programu Food for life lze říci, že „*na základních školách, které jsou do programu Food for Life zapojeny, došlo ke zvýšení o 28 % v počtu dětí, které jedí porci ovoce či zeleniny pětkrát či vícekrát denně“* (Vetišková, 2015). Výsledky programů jsou tudíž v řadě zemí již velmi patrné.

Autorky Hrubá a Žaloudíková (2008) se pak pro změnu zaměřovaly na zkoumání výsledků tehdy ještě pilotní studie programu s názvem „Normální je nekouřit“. Výsledkem jejich zjištění byla zejména skutečnost, že již po dvou letech pilotní studie byla metodou experimentu prokázána efektivita uvedeného programu v první etapě, nicméně ve druhé etapě nikoliv (Hrubá, Žaloudíková, 2008).

Experiment, který autorky realizovaly spočíval v tom, že porovnávaly výsledky u skupiny žáků, na kterých byl testován pilotní projekt programu s kontrolní skupinou, která s programem nepřišla do styku. Autorky realizovaly s dětmi individuální polostrukturovaný rozhovor, tedy se jednalo o kvalitativní sběr dat, který umožnil proniknout do dostatečné hloubky problematiky (Hrubá, Žaloudíková, 2008).

Zatímco v první etapě byla zjištěna efektivita projektu zcela jasně (postoj dětí ke kouření se změnil), ve druhé etapě došlo alespoň k tomu, že statisticky významné rozdíly mezi skupinou žáků, u kterých byl projekt aplikován a kontrolní skupinou spočívaly v nižším počtu těch žáků, kteří již s kouřením experimentovali a rovněž se projevila vyšší konzumace mléčných výrobků u těchto žáků. Další statisticky významný rozdíl, který se autorkám podařilo zjistit spočíval ve skutečnosti, že v experimentální skupině byla patrná horší dostupnost cigaret a méně časté bylo rizikové chování spojené s manipulací s kuřivem (Hrubá, Žaloudíková, 2008).

I zde je tedy zřejmé, že výsledky programu jsou jasně patrné. S ohledem na výše uvedené rozdílné výsledky obou etap pak autorky konstatují, že efektivitu se sice vyloženě prokázat v celkovém šetření nepodařilo, nicméně lze identifikovat alespoň skutečnost, že situace se nehorší, naopak v mnohém bylo zjištěno určité dílčí zlepšení (i ve druhé etapě lze výjimečně hovořit o statisticky významných pozitivních rozdílech mezi žáky, kteří se programu účastnili a žáky, kteří se jej naopak neúčastnili) (Hrubá, Žaloudíková, 2008).

Obecně programy podpory zdraví pak zkoumala v roce 2006 i Světová zdravotnická organizace, jejíž výzkum patřil k těm rozsáhlejším, čímž jej z pohledu statistické významnosti lze označit za přesvědčivější. Zde WHO především dospěla k závěru, že ty programy, které lze považovat za efektivní, tj. že mění chování dětí a mladých lidí v pozitivním smyslu, byly obvykle komplexní a multifaktoriální. Programy, které se zaměřují jen na jednu úzkou oblast podpory zdraví obvykle tak efektivní nebyly. Jinak řečeno stejně jako většina výzkumů WHO nebyla zcela přesvědčivě schopna potvrdit efektivitu programů podpory zdraví obecně, nicméně podařilo se prokázat, že pokud je podpora zdraví realizována v komplexní rovině, zahrnuje více faktorů a více než jednu oblast, je obvykle efektivní, nicméně je možné identifikovat i řadu programů, které efektivní nejsou (WHO, 2006).

Z výše citovaných výsledků studií lze tak dospět k závěru, že efektivita a účinnost programů je jednak posuzována zejména podle změny postoje žáků k chování, které negativně ovlivňuje jejich zdraví, ostatní dopady jsou studiem vyhodnocovány spíše okrajově. Dalším zásadním zjištěním je skutečnost, že nelze zcela jasně říct, že všechny programy podpory zdraví jsou efektivní a mají význam, záleží vždy na konkrétním typu programu a způsobu jeho implementace.

7. Zpracování informací z rozhovorů

V této kapitole jsou prezentována vlastní výzkumná zjištění, která byla získána z rozhovorů s řediteli základních škol a dále s pracovníky Státního zdravotního ústavu. Výzkum byl realizován prostřednictvím řízených rozhovorů s dvanácti řediteli základních škol a pěti pracovníky Státního zdravotního ústavu. Dílčím způsobem jsou rozhovory doplněny vlastními poznámkami, které byly získány analýzou dokumentů ve Státním zdravotním ústavu. S ohledem na to, že výzkumný soubor sestával ze dvou zásadně odlišných skupin osob, je i tato kapitola rozdělena na výsledky rozhovorů s řediteli a výsledky rozhovorů s pracovníky Státního zdravotního ústavu.

7.1 Výsledky – ředitelé ZŠ

7.1.1 Pohled ředitelů na účinnost programů podpory zdraví

Na počátku rozhovoru byl zjišťován názor ředitelů na účinnost programů podpory zdraví ve školách, zda je považují za pozitivní krok či nikoliv. Bylo zjištěno, že oslovení ředitelé se shodli, že programy podpory zdraví ve školách jsou vesměs pozitivní věc, byť každý na problematiku nahlížel trochu jinak. Někteří ředitelé na otázku pohlíželi z hlediska zdraví, jiní z hlediska administrativní náročnosti, další uplatňovali i jiná hlediska.

R4: „Jasně, že to vnímám pozitivně, určitě je to potřeba, to je i vidět, třeba před 20 lety, tak se ještě nesesedělo tolik u počítačů, i když už to docela začínalo, ale ne každý tehdy měl doma počítač s internetem. Je vidět, že děti se míň hýbou, více sedí u počítače, pomalu každé dítě na prvním stupni už má mobil, tablet či něco takového, takže se baví úplně jinak... jenže pak prostě tloustnou a to není dobré. Takže jednoznačně ano, programy podpory zdraví jsou dobrá věc.“

R7: „Určitě to podporuju, o tom žádná, je dobře, že takové programy jsou. Dříve nebyly, ale také nebylo tolik různých nezdravých potravin, děti víc běhaly po venku apod., drogy tady tolik také nebyly, takže to asi nebylo potřeba. Dnes je nutné si uvědomit, že existuje mnoho nástrah, se kterými se dítě setkává už ve velmi mladém věku.“

Oslovení ředitelů základních škol v Jihočeském kraji se tedy shodli, že programy jsou přínosem a mají své opodstatnění. Z rozhovorů byla však zaznamenána i určitá

negativa související např. administrativou či s častými dotazy rodičů. Je tedy nezbytné vědět o programech řadu informací, aby se dalo reagovat na dotazy, což je s programy téměř vždy spojeno. Realizace programů ve školách s sebou nese vedle podpory zdraví i nové úkoly pro ředitele škol, se kterými se dříve příliš nesetkávali (nezávisle na tom, zda se jedná o administrativu, nebo nutnost řešit problémy, odpovídat na dotazy). Ředitelům tímto do jisté míry přibývá práce.

R11: *„Programy jsou pro žáky rozhodně přínosné. Ovšem na druhou stranu pozorují i různé tlaky na nás jako na školu, pokud nejdeme do nějakého programu, tak nejsme „in“, pokud do programu jdeme, je s tím spojeno pro změnu zase plno administrativy, rodiče mají poměrně dost dotazů a ptají se na věci, které leckdy třeba na třídních schůzkách ten učitel ani neumí odpovědět, takže na to musíme být připraveni, řešíme to na poradách, takže to mi trochu vadí, ale jinak si myslím, že podpora zdraví je jednoznačně krok správným směrem.“*

Z rozhovorů bylo dále zjištěno, že některé programy v praxi nefungují vždy tak, jak by měly, čímž vzniká otázka, zda jsou opravdu účinné.

R6: *„To je otázka. Na jednu stranu je to určitě dobrá věc, na druhou stranu to, že si dítě sice dá ve škole ovoce, ale pak si cestou domů koupí párek v rohlíku, nic moc neřeší.“*

R7: *„Já si myslím, že třeba to kouření, to se sice dětem vysvětluje pořád, ale stále je v každé generaci určité procento kuřáků, to asi nezměníme jen nějakými programy. U toho jídla si také myslím, že je to trochu nafouklá bublina, ale něco do sebe to asi má, i když děti s nadváhou nám zatím nijak neubýlo.“*

Na otázku účinnosti nelze zcela jistě nahlížet plošně, jelikož také záleží na tom, jaké konkrétní programy jsou na dané škole realizovány a jaký mají úspěch.

R2: *„Asi záleží program od programu, u některých jsou ty výsledky viditelnější, u jiných méně, nelze to vzít paušálně.“*

Konkrétní účinnost programů podpory zdraví zatím není příliš patrná, na druhou stranu je ředitelé ve většině případů nezatracovali a považovali je za určitou formu předání informace či inspirace k začátku směřujícímu ke zdravému životnímu stylu. Oceňovali rovněž samotnou informační hodnotu programů, děti si totiž takto odnesou znalosti o tom, co je dobré pro zdraví a co nikoliv. Lze tedy spíše usuzovat, že určitý přínos programy podle ředitelů mají, nicméně jednak se přínos liší mezi jednotlivými školami (je také rozdíl, zda má škola mnoho programů, které zdraví podporují

komplexně, nebo zda má škola jeden či dva programy, které jsou ve své podstatě vytrženy z kontextu).

7.1.2 Konkrétní programy na zkoumaných školách

V další části rozhovorů bylo zjišťováno jaké programy ředitelé na svých školách zavedli. Programů je poměrně velké množství, je tedy rozhodně z čeho vybírat. Z odpovědí bylo zjištěno, že na školách se programy liší a liší se i jejich počet. Některé školy využívají programů více, jiné zase méně.

R1: *„Zatím toho nemáme až tolik, máme všehovšudy program Ovoce do škol a pro druhý stupeň je zde také program Spirála, ale plánujeme přidat ještě další programy, ale to je všechno v jednání.“*

R8: *„Máme Ovoce do škol, Zdravé zuby, Kouření a já, Zdravá 5, Čas proměn, Prevence AIDS, Veselé zoubky a jsme součástí projektu Škola podporující zdraví.“*

Na školách v rámci podpory zdraví jsou vedle programů realizovány i jiné aktivity zaměřené podobným směrem.

R3: *„Loni jsme realizovali program Hrou proti AIDS a jinak u nás máme zdravotnické kroužky ve spolupráci s Českým červeným křížem. Dále realizujeme 2 projektové dny – Ochrana člověka za mimořádných situací a BOZP ve spolupráci s Policií ČR, hasiči, záchrankou. Na škole také jsou kroužky aerobiku a malé kopané, které vedou naši učitelé.“*

Mezi dotazovanými školami se našly i školy, které programy podpory zdraví nerealizují v současné době vůbec. Tyto školy byly celkem tři. Nejčastější důvody vedoucí ředitele k rozhodnutí nevyužití nabízených programů bývají administrativní či kapacitní.

R7: *„Některé nabízené programy se mi líbí a rád bych je ve škole realizoval, ale zrovna teď bych potřeboval spíš rozšířit učitelský sbor, než abych je ještě zatěžoval další prací. Prostě nemáme dost zaměstnanců.“*

Jiný respondent uvedl, že výchova ke zdraví se vyskytuje povinně v učebních osnovách, a tudíž mu nepříjde zásadně významné tyto programy přijímat.

V zásadě by bylo tedy možné shrnout, že všechny školy některé programy zaměřené na podporu zdraví ve školách využívají, liší se ovšem jejich počet a zaměření. V podstatě i uvedené školy, kde v současnosti neprobíhá žádný program, mají o zdraví žáků zájem a zatím se věnují pouze výuce předmětů dle osnov pro základní školy.

7.1.3 Faktory ovlivňující výběr programů

Dále bylo zjišťováno, co vede ředitele základních škol k volbě právě těchto konkrétních programů. Byla zjišťována motivace ředitelů a jejich preference, které jednotliví ředitelé mohou projevit při výběru programů. Každý ředitel rozhodoval jinak a ve spolupráci s jinými subjekty – rodiče, kolegové apod.

R2: *„Více méně jsem se rozhodoval na základě toho, co mají ostatní školy v okolí a také podle toho, co považuji za užitečné pro žáky.“*

R3: *„Bylo to tak nějak, co mi přišlo na stůl a zdálo se mi to dobré, nebyl v tom nějaký propracovaný systém rozhodování.“*

R6: *„Řekla bych, že to nebylo jen na mně, ale bylo to kolektivní rozhodnutí pedagogického sboru, kde jsme o tom hlasovali a volili různé možnosti. Vzali bychom toho i více, ale je třeba to zavádět postupně – s ohledem na to, že je třeba se s každým programem seznámit, dojednat dodávky apod.“*

R8: *„Podle toho, na co se nejvíce ptali rodiče, byla uspořádána anketa mezi rodiči, my jsme ji pak jen korigovali a vybrali nejžádanější programy, které považujeme za přínosné.“*

Mezi řediteli škol se tak podařilo v zásadě identifikovat dvě skupiny, jednak ředitele, kteří rozhodovali samostatně a dále ředitele, kteří si při rozhodování nechali poradit. Inspirovali se představou ostatních pedagogů nebo reagovali na zájem rodičů či dětí. Zejména zohlednění zájmů rodičů a dětí je velmi žádoucím jevem, rozhodování o programech je však tímto způsobem dlouhodobější a náročnější, než když ředitel vše řeší sám.

7.1.4 Výsledky programů

V další kategorii bylo zjišťováno, zda ředitelé spatřují nějaký posun po zavedení programů a pokud ano, jaké konkrétní výsledky jsou schopni identifikovat. Řada respondentů se vyjádřila k této věci tak, že hmatatelné výsledky nespátřují. Přínosy zaváděných programů jsou předpokládány, avšak reálně se nezjišťují.

R1: *„Třeba program Spirála vede dívky k tomu, že si dojdou ke gynekologovi na počátku sexuálního života či po první menstruaci, ale reálně o tom přehled nemáme. Jak žijí v rámci svého sexuálního života či zda za mnoho let budou či nebudou mít rakovinu již vůbec nelze odhadovat.“*

R2: „*To záleží na programu, u Ovoce do škol výsledky vidím, děti jedí ovoce více než dříve, ale třeba u Kouření a já je to spíš odhad, ale přijde mi, že to není lepší než třeba před 20 lety. Takže podle mě záleží na programu a ne vždy to lze jednoznačně vyhodnotit.*“

Z rozhovorů bylo také zjištěno, že výsledky plynoucí z programů podpory zdraví také záleží na jejich počtu, tedy na tom, kolik daná škola programů využívá.

R4: „*Popravdě zatím žádné velké výsledky moc nevidím, je to možná tím, že máme programů málo, ale nevidím, že by tam byl nějaký zásadní rozdíl. Samozřejmě, pokud dítě např. dostane ovoce přímo do třídy, je větší pravděpodobnost, že si ho skutečně sní, jenže ta realita je taková, že kdo nechce, stejně to nejí a kdo chce, tu cestu si k tomu najde (resp. u těch rodin, kde se na zdravou stravu dbá, to rodiče stejně ke svačině přibalí).*“

Hmatatelné výsledky sice ředitelé nemají, ale pozitiva, vzniklá díky realizaci programů, vnímají.

R5: „*Ano, děti mi přijdou, že o věcech víc přemýšlejí, zajímají se o zdravý životní styl a mají lepší návyky než dříve, ale neplatí to na 100 %, hodně dělá třeba i výchova v rodině, koho k tomu odmalička vedou, u toho programy určité návyky posílí, kdo k tomu veden není a bere program podpory zdraví jen jako něco nezajímavého ve škole, tam je každá rada drahá.*“

Dále bylo zjištěno, že důležitou skutečností související s tím, co programy přinášejí, jsou nové informace. V zásadě totiž není ani problém, pokud dítě jednorázově sní nezdravé jídlo, ale je problém, pokud neví, že to pro něj může mít řadu důsledků a činí tak bez starostí pravidelně, to je totiž obvykle příčinnou řady onemocnění.

R12: „*Myslím si, že je pozitivem, že děti mají více informací, které mohou využít. Samozřejmě ne každé dítě se tím, co je doporučením programu řídí, ale má to určitě ten informativní dopad, umožňuje to dítěti si některé věci srovnat v hlavě.*“

Již samotná informace, která je vhodně podána a umožní dítěti vyhodnotit všechna rizika nežádoucího chování a zvážit přínosy chování žádoucího, je vlastně určitý výsledek, dítě to posouvá dál a umožňuje na věc nahlížet z více úhlů. Z tohoto důvodu se přikláním spíše k závěru, že i když nemáme z konkrétních škol jasný a přesně výsledek, lze hovořit o tom, že určitý výsledek se i přesto dostavil, což potvrzuje i názor ředitelů stejně jako studie, které se problematikou zabývaly na větším území a větším vzorku (tato studie byla specifikována také v kapitole 6.3).

7.1.5 Přístup dalších aktérů – žáci

Dále bylo od respondentů zjišťováno, jaká je zpětná vazba od žáků základních škol na implementované programy. Zde je pohled na problematiku hůře popsatelný resp. z výsledků je obtížnější určit, jak se žáci k programům reálně staví. Jestli programy vnímají jako prostředek pro zlepšení jejich zdraví nebo k nim přistupují z autoritativního hlediska – jako něco co musejí podstupovat. Na základě rozhovorů bylo identifikováno, že při realizaci programů na školách je odezva ze strany žáků kladná nebo neutrální. Odezva od žáků také závisí na jakém stupni základní školy jsou programy realizovány, jelikož lze předpokládat, že žáci nižších ročníků budou projevovat větší nadšení než žáci navštěvující ročníky vyšší.

R4: *„Když bych měl porovnat první a druhý stupeň je to poměrně rozdíl. První stupeň je ještě poměrně tvárný a programy se jim líbí. Přesto by bylo fajn kdyby šlo zapojit i rodiče, děti vyběhnou ze školy a na nějaké zdravé jídlo zapomenou. Druhý stupeň je sice méně tvárný ale žáci si už tyto problémy sami uvědomují, někteří o nich i sami diskutují na kroužcích, s kamarády i doma. Odezva je pak znát i na zájmu o různé programy. Nejsem si úplně jistý jestli je to pro žáky nějaký velký přínos, mají už jak se říká svoji hlavu a různé věci odmítají jen z principu, že to říká dospělý, učitel nebo policista.“*

Po realizaci určitého programu jsou také často zaznamenány pozitivní změny, jelikož mají děti nové informace čerstvě v hlavě, a tak ředitelé vnímají konverzace mezi žáky o daném tématu či změny v jejich chování.

R3: *„V poslední době se setkáváme i s menším počtem neduhů, které dříve byly časté, děti se více hýbou, tráví čas venku, věnují se kolektivním aktivitám jak ve škole tak ve volném čase.“*

Všechny zmíněné informace vycházejí ze subjektivního vnímání ředitelů, jelikož není nijak oficiálně zjišťováno, jaký měl určitý program vliv. V některých je případech jsou zjišťovány názory dětí pomocí dotazníků. Tyto dotazníky nejsou však vytvářeny školou, ale tvůrci daných programů.

R7: *„Bohužel máme od žáků málo informací o tom, jak na ně absolvování programů působí, jestli je pro ně přínosné a co si z nich odnášejí. Občas proběhne vyhodnocení přes dotazníky ale v podstatě nemáme moc prostředků jak se názoru žáků dostat. Sami si dotazníky netvoříme a těch programových moc není. Asi nejvíc je veden*

v patrnosti žáků program Hrou proti AIDS zatím co Normální je nekouřit nemá velký vliv.“

7.1.6 Přístup dalších aktérů – rodiče

V rámci výzkumu byl zjišťován také přístup rodičů k programům z pohledu ředitelů škol. Ředitelé vesměs vnímali situaci tak, že rodiče o programy zájem často mají, jen málo rodičů se o tyto věci nezajímá, což se vesměs projevuje dotazy rodičů na programy. Výsledky se mezi jednotlivými školami/řediteli příliš nelišily. Je důležité zmínit, že ředitelé se do kontaktu s rodiči nedostanou tak často jako učitelé, a proto nemusejí být obeznámeni s veškerými informacemi, které rodiče sdělují právě třídním učitelům jejich dětí.

R5: „V běžném kontaktu s rodiči jsou spíše třídní učitelé dětí a učitelé obecně, nicméně co vím z porad, případně když se již do kontaktu s rodiči dostanu, vesměs jsou rodiče spokojeni.“

Z rozhovorů vyplynulo, že se k ředitelům někdy dostane kritika programů ze strany rodičů. Tento fakt však neznamená, že rodiče vidí programy negativně. Jde spíše o to, že kladný nebývá ventilován, ale pokud jsou rodiče s něčím nespokojeni, ihned se na školu obrátí se stížností.

R8: „To je těžké, obvykle daleko více slyším o té negativní zpětné vazbě, než o té pozitivní, ke mně se dostane vždy to, že si někdo stěžoval, ale že se někdo zmínil pozitivně, o tom se dozvím málokdy. Takže zpětná vazba je, těch negativních je poměrně málo, ale ke mně se dostanou spíše než ty pozitivní. Ale třídní učitelé říkají, že většina rodičů to spíš chválí.“

R9: „Přijde mi, že lidi to berou trochu jako samozřejmost a moc té pozitivní zpětné vazby není, ale když je problém, tak to je zpětné vazby více než dost.“

Pozitivní či negativní zpětná vazba záleží také na konkrétním programu.

R4: „Samozřejmě se tu a tam něco nepovede nebo se někomu nelíbí z nějakého důvodu program, který většina považuje za užitečný. Jedna paní například velmi hlasitě bojovala proti programu Mléko do škol, protože tvrdila, že z medicínského hlediska jsou názory na mléko minimálně sporné, její dítě se tudíž neúčastní, ale to je výjimečný případ.“

Také požadavky rodičů bývají odlišné, jelikož některý rodič může například preferovat programy zaměřené na pohybové aktivity a jiný rodič klade důraz na dobré stravování apod.

R8: „Samozřejmě se vyskytly určité problémy, např. někdy bylo kritizováno ovoce z programu Ovoce a zelenina do škol, nicméně to se stalo za celou dobu programu asi jen dvakrát a je jasné, že dodavatele nikdy úplně neohlídáme, stejně tak se může něco poškodit při přepravě, takže to k tomu prostě tak nějak patří, taky se nejde zavděčit všem, jeden rodič požaduje vyloženě bio kvalitu, jinému stačí běžné ovoce, to je i otázka nároků a požadavků jednotlivých rodičů.“

Všude ve školách se tedy tu a tam objeví negativní zpětná vazba, nicméně jak je zřejmé z odpovědí, není převažující ani příliš častá, což poukazuje na to, že rodiče vesměs programy hodnotí spíše pozitivně či alespoň neutrálně. Výjimečně se přihodí nepříjemnost, která věc zkomplikuje, ale s tím je nutné počítat.

Ředitelů jsem se dále dotazovala, jestli rodiče projevují iniciativu. Bylo zjištěno, že iniciativních rodičů je minimum, nicméně dotazy na programy se občas vyskytují.

R4: „Rodiče se poměrně často ptají, například když se v médiích hovoří o nějakém programu, který je nový, zda ho budeme zavádět, ale větší iniciativu jsme nezaznamenali.“

R5: „Lidé se spíše ptají, ale nějakou velkou iniciativu jsme nezaznamenali.“

R12: „Většina rodičů moc iniciativních není, ale již se mi stalo, že za mnou přišly maminky z jedné třídy, zda budeme určitý program zavádět, jinak chodí docela dost dotazů na nové programy, rodiče chtějí vědět, zda budou a případně kdy atd.“

Z odpovědí vyplývá, že se mezi rodiči objeví několik aktivních jedinců, nicméně ta iniciativa není taková, aby se souhrnně dalo hovořit o velké iniciativě v globálním pohledu.

R11: „Máme pár rodičů, kteří jsou hodně aktivní a iniciují něco nejen v oblasti programů podpory zdraví, ale i v jiných oblastech. Většina však spíše pasivně přijímá to, s čím přijdeme my jako škola.“

Ve většině případů se tudíž nevyskytovala velká iniciativa ze strany rodičů (ta byla spíše výjimečná), nicméně rodiče se na většině škol na programy, možnosti jejich zavedení ptají, případně se výjimečně najde iniciativní jedinec, který se zasazuje o zavedení určitého programu, což je ale spíše výjimkou. Na druhou stranu je otázkou, nakolik rodiče školu vybírají i s ohledem na programy podpory zdraví, což nebylo výzkumem zjišťováno (bylo by relevantní se ptát především rodičů), nicméně je možné předpokládat, že škola zcela bez programů by dnes pro řadu rodičů nebyla preferovanou variantou.

7.2 Výsledky – pracovníci SZÚ

7.2.1 Jak probíhá implementace na ZŠ

První okruh otázek zjišťoval, jak probíhá implementace programů na základní školy čili to, jaké kroky po vzniku programu realizují, aby se program dostal do základních škol.

Ve Státním zdravotním ústavu vzniká mnoho programů podpory zdraví, které poté využívají základní školy za účelem zlepšit povědomí žáků o dané problematice. Z rozhovorů bylo zjištěno, že po vzniku určitého programu (besedy pro žáky, semináře pro učitele, interaktivní hry) je daný program rozeslán po všech školách v České republice. Pokud je program úplně nový, tak je vyvinuta velká snaha při nabízení programů a oslovování škol pro zajištění jejich realizace. U programů, které jsou zavedeny delší dobu, není již vyvíjena taková snaha program „prodat“ jako u programů nových.

R4: *„Ted' zrovna máme nový projekt „Body Image“ a tak se snažíme o to, aby ho od nás chtělo co nejvíce škol. Rozesíláme nabídku toho programu, kde o něm jsou všechny informace. Pak prostě čekáme až se nějaká škola ozve a objedná si nás.“*

R5: *„Já jsem lektorem u programu, který tady máme několik let a už o něj není až takový zájem. Řada škol už program zkusila a některé z nich i pár let po sobě, ale vidíme, že zájem trochu upadl. Máme v plánu program nahradit zase něčím novějším.“*

Dále bylo zjištěno, že při aplikaci programů záleží na tom, jakého je program typu. Pokud má program formu přednášky či nějaké besedy na určité téma vztahující se ke zdraví, tak v tomto případě při implementaci není zaznamenán sebemenší problém. Škola si danou přednášku objedná a dohodnou s pracovníky termín, kdy přednáška proběhne. Problémy někdy nastávají při projektech, které mají podobu např. interaktivní hry. Důležitým aspektem při realizaci interaktivních her bývá dostatečné personální zajištění, které ne vždy pracovníci SZÚ či ředitelé jsou schopni zajistit.

R4: *„Tehle program je taková interaktivní hra a když ho jedem na danou školu realizovat, musíme tam mít zajištěné minimálně 4 zaškolené moderátory. To jsou třeba učitelé, ale můžou to být i pracovníci krajských hygienických stanic, pracovníci pedagogicko-psychologických poraden atd. Právě kvůli tomu, že je potřeba, aby tam asistovalo tolik lidí, máme někdy problémy to vůbec realizovat.“*

Respondenti dále zmiňovali důležitost navazujících kroků při implementaci programů.

R3: „*Jakákoliv informace, která se k dětem v tomto smyslu dnes dostane a je jim prospěšná je samozřejmě pozitivní. Snažíme se dělat programy tak, aby byly srozumitelné pro děti ale také aby je učitelé mohli hodnotně předat svým žákům. V tomto smyslu je to ale těžký úkol, protože každý učitel má k problematice jiný přístup, stejně jako k formě výuky. Je tedy na nás, abychom svou práci dělali co možná nejuniverzálněji a to si myslím, že se daří.*“

7.2.2 Jaký je přínos zkoumaných programů

Další kategorie zkoumala, jak pracovníci nahlízejí na programy podpory zdraví a jaký v nich spatřují přínos. Bylo zjištěno, že pracovníci SZÚ vnímají programy vesměs pozitivně, byť jsou schopni a ochotni identifikovat určité limity, nicméně pozitivní přístup převažuje, což je vzhledem k jejich povolání a náplni práce logické.

R1: „*Jasně, že to považuji za pozitivní krok, jinak by mi i třeba připadalo, že moje práce nemá žádný smysl. Opravdu si myslím, že je zde ještě hodně prostoru, kde by se podpora zdraví na ZŠ mohla rozvíjet a bylo by to přínosné a také si myslím, že už se toho dost udělalo.*“

Je nutné zmínit, že každý pracovník SZÚ s ohledem na svou profesi bude programy považovat za užitečné a prospěšné. V opačném případě by totiž snižoval hodnotu své práce i vynaložené úsilí a málokdo by patrně setrval v zaměstnání, ve kterém by měl pocit, že jeho povolání nemá smysl. Pracovníci SZÚ jsou tak při odpovědích obecně do určité míry ovlivněni svou profesí, což je patrné i u následujících dvou respondentů.

R1: „*V dnešní době, kdy pomalu každý druhý člověk má v pozdějším věku rakovinu či nějakou jinou závažnou nemoc, které lze předcházet právě zdravým životním stylem, považuji tyto programy ve školách za nezbytné. Je to určitě způsob, jak dalším generacím vštípit určité návyky, které třeba dnešní generace důchodců nemá a nyní bojuje s mnoha nemocemi. Ony ty nemoci nezmizí, vždy jich bude dost, ale i jejich snížení by určitě bylo dobré.*“

R3: „*Ano, určitě je to přínosné, ale musí se to dělat dobře. Děti je třeba zaujmout, aby ty myšlenky, co programy propagují, vzaly za své a právě o to se tady snažíme při přípravě jednotlivých programů.*“

Z výše uvedených odpovědí v zásadě plyne, že pracovníci SZÚ považují programy za přínosné, ale připouštějí i, že je třeba je vhodně nastavit a realizovat, aby

měly efekt. Dále bylo zjišťováno, zda považují pracovníci SZÚ programy za užitečné. Zde se všichni respondenti shodli na tom, že je za užitečné považují, nebyly zde zásadní odchylky ani žádné zásadní či zajímavá sdělení.

7.2.3 Výsledky programů – účinnost

Druhá kategorie pak zjišťovala výsledky, které pracovník SZÚ vidí v praxi a to nejen v rámci profese, ale i v běžném životě, např. u svých dětí, u známých apod. Výsledky byly zjišťovány spíše v obecné rovině. Konkrétní odpovědi tak vyznívaly do značné míry neurčitě, případně subjektivně.

R2: *„Pamatuju si třeba, když já jsem chodil na ZŠ, tak takové programy prakticky nebyly, maximálně byly různé besedy ohledně drog, sexu apod., ale tohle ještě vůbec ne. Ve školních jídelnách se vařilo dost nezdravě, samá bílá mouka, tuky apod., takže vyloženě vidím ten vývoj, jak je to dnes, že je to mnohem lepší. I mají děti víc informací, což je taky super.“*

R5: *„Ano, vidím to třeba u svých dětí, vědí toho hodně o zdravém životním stylu, stravování, prevenci různých chorob a umějí se podle toho zařídit. Jsou zodpovědnější než děti dříve, k čemuž programy určitě přispívají.“*

Odpovědi v některých případech nebyly tak jednoznačné. To samozřejmě odpovídá i tomu, co plyne například ze studie WHO (2006), která uvádí, že pokud se týká efektivity programu, liší se program od programu. Záleží tudíž i na tom, na jakých programech se daný pracovník podílí, což mohlo výrazně ovlivnit výslednou odpověď.

R5: *„Myslím si, že program prevence proti kouření má čím dál větší dopad na dnešní mládež. Mnoho lidí v současnosti trpí dýchacími potížemi právě v důsledku kouření za mlada. Jde tomu naproti také trend poslední doby, kdy začíná být moderní žít zdravě a nekouřit, spíše chodit běhat a následně se se svým výkonem svěřit na sociálních sítích. V dnešní době sdílení prakticky všeho dostane mladý člověk za svůj běžický výkon více laiků než za množství nedopalků v popelníku. Tímto způsobem nám vlastně sociální sítě nahrávají. Proti tomu ovšem jde například reklama na cigarety. Sice se i vláda snaží o určitou osvětu a prevenci v globálním smyslu, přesto si děti cestu k cigaretě najdou. Je to vesměs i zodpovědnost nás všech a z toho se snažíme vycházet i my při tvorbě programů.“*

Při zjišťování názoru na účinnost programů u pracovníků Státního zdravotního ústavu byla zaznamenána shoda s řediteli základních škol. V programech podpory

zdraví spatřují značná pozitiva, která spatřují nejen jako tvůrci těchto programů, ale i jako jejich příjemci.

7.2.4 Výsledky programů – efektivita

Je třeba upozornit na to, že v této oblasti existují výzkumy, které jak bylo uvedeno v kapitole č. 6.3, spíše potvrzují, že výsledky viditelné jsou, nicméně každý program se liší. V současné době není možné sumarizovat plošně pozitivní či negativní využití prostředků na programy. Zdroje těchto informací jsou vedeny jako interní, neveřejné dokumenty jednotlivých poskytovatelů programů. Původní myšlenka byla zkoumat výsledky, které mají pracovníci SZÚ k dispozici v rámci své profese, nicméně se ukázalo, že konkrétní čísla nejsou ochotni pro tyto účely sdělit, neboť je volně sdělovat ani nemohou.

R2: *„Je těžké určit zda byl ten konkrétní program efektivní a jak. Výsledky se projevují v podstatě na spotřebě a spotřebním koši obyvatelstva ale tyto výsledky poskytuje Statistický úřad předběžně až následující rok a přesné výsledky nejdříve po třech letech. Je také důležité sledovat dlouhodobější vývoj předcházejících a navazujících programů a vnímat jejich efektivitu jako celek.“*

Je zřejmé, že efektivitu programů je potřeba vnímat z dlouhodobého hlediska, kdy se výsledky projeví až na reálné spotřebě obyvatelstva např. u ovoce či mléčných výrobků nebo na poklesu prodeje tabákových výrobků. Je však obtížné určit jak velký podíl na této změně mají zmiňované programy nebo nakolik se celkově mění zájem o životospřávu mezi dorostenci a dospělými i v závislosti na moderních trendech.

R4: *„Z našeho pohledu se jedná de facto jen o náklady. Jednotlivé projekty negenerují žádný zisk a ani příjem na pokrytí nákladů. Největší zatížení je především na straně nákladů za zaměstnance, kteří projekt navrhují, realizují a vyhodnocují. Dále jsou to náklady na propagaci ve formě příruček, letáků apod. Další náklady vznikají na straně realizátorů, tedy škol, kterým vzniká náklad za neproběhlou výuku, která byla nahrazena aplikací programu. Od nich samozřejmě žádné informace nemáme a bylo by i velmi obtížné tyto položky sečíst. Celkově by to byla velká suma.“*

Výše uvedená odpověď vypovídá o nákladové bilanci realizace, jejíž suma je také těžko dohledatelná. Konkrétně jsou vymezené prostředky na jednotlivé projekty, které pokrývají stanovené náklady. Další nepřímé náklady však přesně vyčíslit nelze. Příjmy se projevují až k celkové spotřebě obyvatelstva.

7.2.5 Program Zdravá školní jídelna

Poslední část se věnovala již výše charakterizovanému programu v kapitole 5.2.1 Zdravá školní jídelna, na kterém dva z respondentů pracovali. Tento program byl zvolen jednak proto, že se ho účastnila část respondentů, ale také proto, že se jedná o poměrně nový program, který je do řad škol zaváděn od roku 2015 a není příliš rozšířen (aktuálně jej má zavedeno 178 škol). Z odpovědí všech pracovníků SZÚ vyplývá, že jejich subjektivní pohled na program je velmi pozitivní.

R1: *„Ačkoli je dopředu opravdu těžké něco takového posoudit, mám za to, že Zdravá školní jídelna tento potenciál má. Je to určitě něco, co se od ostatních programů liší již tím, že je možné získat certifikát a tím je vyžadována větší aktivita za strany škol. Navíc školní jídelny mají všude, tudíž je to zajímavé pro všechny, protože program nabízí i různé recepty, které lze využít.“*

R2: *„Mně se ten projekt líbí a musím říct, že na to, jak krátce je dostupný, se již zapojilo docela dost škol – okolo 170. Projekt je zajímavý, je to celé propracované, takže věřím, že se to prosadit může, na druhou stranu projektů je dnes strašně moc, takže je to otázka.“*

Tento program, na rozdíl od jiných zmiňovaných programů funguje tak, že školy jsou v neustálém kontaktu s koordinátory projektu a pravidelně probíhá vyhodnocování jídelních lístků. Pokud školy v průběhu této interakce splní předepsaná kritéria, mohou získat certifikát. Rozdíl spočívá právě ve zpětné vazbě od základních škol a pravidelné komunikaci.

V souvislosti s implementací tohoto programu bylo zjištěno, že je program využíván 179 školami a z toho 50 z nich má certifikát „Zdravá školní jídelna“. V Jihočeském kraji najdeme pouze 4 „Zdravé školní jídelny“. Tento fakt je do značné míry způsobem tím, že Jihočeský kraj spadá pod jiná pracoviště Státního zdravotního ústavu či pod Krajskou hygienickou službu.

R1: *„V Jihočeském kraji s moc školami nespolečně pracujeme. Když jsme s projektem začali, tak o něm byly informovány všechny školy. To už pak záleží na nich, jestli se přihlásí.“*

Fakt, že program není v Jihočeském kraji moc využíván je také způsobem tím, že není ještě úplně „zajetý“ a v současnosti se věnuje pozornost hlavně školám, které jsou již jeho součástí. Dá se tedy předpokládat, že absence programu v Jihočeském kraji může být způsobena nedostatečným personálním zázemím. Na tomto příkladu můžeme

vidět vznik implementačního deficitu, tedy to jak se původně zamýšlený cíl odchyluje od reality.

Z rozhovorů dále vyplynulo, že bude třeba udělat určité změny, aby byl program efektivnější a aby se dále rozšiřoval mezi školy. To však bude vyžadovat ještě určitý čas, aby mohly být řádně zhodnoceny dosavadní výsledky.

R2: *„Program by určitě zasloužil větší rozšíření, ale na to jak ho budeme dále upravovat máme zatím malé množství informací k vyhodnocení a vše se ukáže až s delším časovým odstupem.“*

Z výše uvedeného je zřejmé, že pracovníci SZÚ pracující na projektu Zdravá školní jídelna jsou projektem velmi zaujati a jsou přesvědčeni o jeho velkém potenciálu. To může být stejně jako v předchozím případě dáno i tím, že pokud by s projektem, který aktuálně realizují nebyli ztotožněni a považovali by jej za nesmyslný, shazovali by tím i svoji vlastní práci. Ať tak či tak z rozhovorů plyne, že většina pracovníků je přesvědčená, že v budoucnu by tento program mohl fungovat na většině českých škol tedy i v Jihočeském kraji.

Ze srovnání postoje pracovníků SZÚ a postoje ředitelů vybraných základních škol k programům podpory zdraví je zejména patrné, že u pracovníků SZÚ, kteří se programy podpory zdraví zabývají „na plný úvazek“, je zřejmé, že o nich mají více informací, nicméně leckdy vůči nim nejsou příliš kritičtí a nemají k dispozici zpětnou vazbu např. ze strany rodičů či přímo žáků, tedy jejich stanovisko vychází z určitého teoretického konceptu či optimálního projektu, zatímco ředitelé se sice programům nevěnují v takovém rozsahu, tudíž nemohou zhodnotit veškeré aspekty. Tím je pak dáno, že postoj ředitelů ZŠ je spíše realistický, zatímco postoj pracovníků SZÚ je více optimistického rázu.

Vzhledem k implementačnímu deficitu je potřeba zohlednit situaci, kdy může dojít ke zkreslení informací mezi realizátory – řediteli škol a navrhovateli – pracovníky SZÚ. Problém může nastat při toku informačním kanálem „shora – dolů“ tak „zdola – nahoru.“ Problém u přístupu „top – down“ může nastat, když jsou jednotlivé programy předkládány realizátorům ke zpracování a to v případě nepochopení zadání, nejasnosti stanoveného cíle či popisu aplikace programu, jeho implementaci nebo při vyhodnocení. U přístupu „bottom – up“ může nastat problém při nejasné interpretaci výsledků od ředitelů směrem k pracovníkům SZÚ, jelikož je prováděn pouze telefonický rozhovor

nebo jednoduchý dotazník, který nemusí poskytovat adekvátní a hodnotnou zpětnou vazbu.

7.3 Návrhy opatření na zlepšení

Z výsledků provedeného výzkumu bylo zjištěno, že chybí plnohodnotné a přehledné výstupy realizovaných programů. Sběr informací o výsledcích realizace programů a zpětná vazba od ředitelů probíhají nahodile pouze neformální formou v podobě telefonických rozhovorů a jednoduchých dotazníků. Vhodnější podoba pro získání výsledků by byl strukturovaný online dotazník a sběr informací by byl prováděn od všech zúčastněných subjektů. Dotazník by byl tvořen souborem uzavřených otázek, na které by bylo možné odpovědět pouze zaškrtnutím pro snadné základní strojové vyhodnocení a částí otevřených otázek pro možnost specifického vyjádření jednotlivých subjektů a jejich následnou konkrétní analýzu. Vyhodnocení by mělo přesně stanovenou a kategorizovanou podobu. Získané výsledky by bylo možné snadno a efektivně vyhodnotit ve stanovených kategoriích a následně přizpůsobit podobu programu, popřípadě je upravit. Takovýto výstup by poskytoval náhled na aktuální stav vývoje osvěty mládeže a také o úrovni znalostí prevence. Následně by bylo vhodné získávat výsledky i od jiných subjektů než pouze ze sektoru školství, jako například od pracovníků pojišťoven nebo lékařů, popřípadě od Českého statistického úřadu.

Např. u programu Zdravé zuby by byl možné provádět průzkum výsledků u zubních lékařů, kteří přicházejí bezprostředně do kontaktu s dětskými pacienty a mají tedy přehled o tom, zda se mění výskyt zubních kazů u mladých pacientů. Zda mají pacienti povědomí o správných návycích péče o zuby a jestli je dodržují. Jelikož je do tohoto programu zapojeno také Ministerstvo zdravotnictví, poskytující grant tomuto programu, bylo by vhodné využít jejich informačních zdrojů pro lepší analýzu výsledků programu. Jednotliví dotazovaní zubní lékaři by byli vybíráni náhodně v dostatečném časovém odstupu aby bylo možné sledovat vývoj stavu chrupu u pacientů školního věku. Za poskytnutou spolupráci by získali určitou, pravděpodobně finanční odměnu.

Při implementaci jednotlivých programů chybí nebo je nejasná určitá návaznost. Programy jsou prováděny spíše jako jednorázové akce probíhající v jednom nebo i více letech ale bez dlouhodobé návaznosti. Řešením by bylo navrhnout jednotlivé programy pro širší časová spektra, která by na sebe soustavně navazovala a reflektovala dospívání

žáků, jejich získané znalosti v průběhu studia a také v návaznosti na vyučované předměty jako např. výchova ke zdraví. Programy by měly být nastaveny na přesně daný cílový subjekt – první a druhý stupeň základní školy. Každý takový program by probíhal po celou dobu žákova studia – nejdříve na prvním a následně na druhém stupni, kdy na přelomu a na konci by bylo provedeno hlubší hodnocení znalostí. V každém roce by byl proveden jednoduchý průzkum mezi žáky i učiteli a následný výsledek by poskytoval vhled do vývoje stavu a povědomí o dané problematice, popřípadě zda se vyvíjí pozitivně či negativně. Dále by bylo možné dle potřeby implementované programy upravovat a přizpůsobovat získanému zjištění. V některých školách se může více uplatit program na podporu pohybu a jinde například prevence kouření nebo užívání drog, přičemž tento stav se může měnit v závislosti na lokaci, zaměstnanosti rodičů i věku dítěte či mládeže měnit. Zároveň by se mohli samotní žáci účastnit tvorby či aktualizace programů a poskytovali by hodnotnější zpětnou vazbu. Průzkum mezi žáky by byl anonymní aby se předešlo nežádoucímu zkreslení informací. Subjekty provádějící vyhodnocující analýzu by byli z řad tvůrců programů, aby byla zajištěna požadovaná znalost problému a jednodušší zpracování návrhů na změny, popřípadě aby se předešlo nežádoucímu zkreslení výsledků při předávání získaných výsledků. V případě využití soukromého subjektu pro analýzu a vyhodnocení je možné se poučit z problémů spojených například s realizací státních maturit, kdy trvalo několik let, než byla nalezena shodná interpretace s realizační firmou a školskými aparáty.

8. Diskuse

V rámci realizovaného výzkumu bylo zjištěno, že prakticky všichni respondenti byli přesvědčeni o přínosu a užitečnosti programů podpory zdraví na základních školách, přičemž se lišil spíše přístup jednotlivých škol a jednotlivých pracovníků Státního zdravotního ústavu stejně jako i jednotlivých rodičů a dětí. Většina ředitelů základních škol i pracovníků SZÚ je však programům nakloněna a připouští, že jsou jednak užitečné a přínosné, ale také leckdy zajímavé, jak pro děti, tak pro školy a pracovníky SZÚ.

Ačkoli je v ČR v současnosti poměrně velký počet různých programů pro ZŠ, skutečnost je taková, že počet výzkumů a odborných prací, které by se jimi zabývaly, není nejvyšší. Jako určitou výjimku z tohoto pravidla lze uvést například jednotlivé práce autorky Leony Mužíkové, která se problematikou výchovy ke zdraví a souvisejících programů zabývala jak ve své diplomové a rigorózní práci, tak i v některých publikacích, které napsala (Mužíková a kol., 2010).

Nejen Mužíková se věnuje podpoře zdraví na základní škole a výchově ke zdraví. Rovněž v dalších závěrečných pracích nebývají programy podpory zdraví příliš neobvyklým jevem, což potvrzuje například bakalářská práce Jany Floriánové (2011) z Masarykovy univerzity v Brně. Floriánová (2011) se shodně s tématem překládané práce věnuje jednotlivým programům podpory zdraví na ZŠ, přičemž svůj výzkum zaměřuje na Brno (já se obdobně zaměřuji na Jihočeský kraj) a představuje veškeré programy. Tím, že programů je poměrně mnoho, se tato práce věnuje především těm, které jsou použitelné na prvním stupni ZŠ, což odlišuje tuto práci od práce Jany Floriánové. Floriánová se pak v rámci svého vlastního výzkumu, který realizovala na rozdíl od mé práce kvantitativní formou, a to metodou dotazníkového šetření, zabývá výzkumem na větším počtu základních škol v Brně, kdy oslovila všech 184 ZŠ v Brně, nicméně vyplněný dotazník jich vrátila necelá čtvrtina. Rovněž z výzkumu Floriánové plyne, že naprostá většina respondentů nemá s programy špatné zkušenosti, převažují zkušenosti dobré, nicméně se najdou i výjimky z tohoto pravidla, což ostatně potvrzuje i mnou realizovaný výzkum – rozhovory s řediteli, kteří tuto problematiku zmiňují.

Podobně zaměřuje svoji diplomovou práci i Edita Prokopcová (2015) ze Západočeské university v Plzni. Prokopcová popisuje ještě více programů než moje práce či práce Floriánové (2015), nicméně práce se tak stává spíše výčtem programů než textem, který by přinesl souvislosti. V rámci výzkumného šetření je realizován

výzkumný deskriptivní projekt, který spočívá v tom, že byl realizován dotazník, jež byl zaslán osobám realizujícím jednotlivé programy podpory zdraví a uvedeným na oficiálních webových stránkách jako kontaktní osoby. Ve své podstatě se jednalo o rozsáhlou obdobu mé části výzkumu zaměřené na pracovníky SZÚ. Dle mého názoru však Prokopová (2015) do značné míry zkoumá otázky, na něž lze odpovědi z velké části vyčíst i ze souvisejících materiálů či z internetu (respondentů se ptá např. na oblast zaměření či cíl programu), čímž skutečně nových poznatků je ve výzkumu poměrně málo, ačkoliv na první pohled působí výzkumná část rozsáhle.

Co nám však skutečně schází, jsou výzkumy jiného charakteru než závěrečné práce studentů, jejichž úroveň bývá leckdy různorodá a nelze od nich obvykle očekávat převratná zjištění a nějaké zásadní nové poznatky. Výzkumy se na tuto problematiku zatím příliš nezaměřují, byť se nesporně jedná o problematiku velmi zajímavou a aktuální.

S tím pak souvisí i skutečnost, že je poměrně obtížné získat statistiky k jednotlivým programům, které by byly vzájemně srovnatelné, tedy například, aby byly realizovány v obdobném časovém období (např. ve stejném roce) či totožnou metodikou, čímž je velmi obtížné analyzovat kvantitativní data, která jednak leckdy nejsou k dispozici, a pokud již k dispozici jsou, jsou velmi odlišným způsobem zpracována, což je problematičké a může vést k odchylkám ve zjištěných výsledcích. Z tohoto důvodu se také na kvantitativní data v této práci příliš nezaměřujeme.

Tento výzkum je jedním z těch, které lze zařadit mezi výzkumy realizované v rámci závěrečné práce. Jeho výhodou je však skutečnost, že byl realizován ve spolupráci s vybranými pracovníky SZÚ, kteří byli zdrojem vybraných informací a navíc podkladem pro pojednání o vybraných programech podpory zdraví byly vedle oficiálně dostupných zdrojů, například oficiálních webových stránek jednotlivých programů, studií, které se na programy zaměřují či webové stránky SZÚ i zdroje, do kterých jsem měla možnost nahlížet při práci na SZÚ (projekty, metodiky, interní směrnice apod.), což činí výzkum zajímavějším. Další výhodou daného výzkumu je skutečnost, že zkoumá jak pohled pracovníků SZÚ, tak i pohled ředitelů základních škol v Jihočeském kraji. V rámci rozhovorů se také podařilo získat informace o postojích rodičů žáků a žáků samotných, čímž poskytuje poměrně komplexní pohled a zpětnou vazbu k programům podpory zdraví na základních školách v Jihočeském kraji.

Obecně jsem se snažila pracovat s relevantními zdroji, tedy jednak s oficiálními weby jednotlivých programů, kde se obvykle podaří získat nejvíce validních informací o

každém z těchto programů, dále pak také s webem SZÚ, kde je možné najít shrnutí všech programů, které SZÚ zaštiťuje, přičemž zdroj je možné považovat za důvěryhodný. Za velmi důležité zdroje považuji interní zdroje SZÚ, které mají tu výhodu, že poskytují leckdy i informace, které veřejně nejsou dostupné, na druhou stranu je zde nevýhoda, že ne vše, co zdroje obsahují, je možné volně publikovat, čímž je jejich dosah relativně omezený.

Ačkoli výsledky výzkumu jsou velmi zajímavé a zdroje, ze kterých bylo čerpáno jsou relevantní a je jich relativně velký počet, přesto je však nutné konstatovat, že s výsledky tohoto výzkumu je nutné zacházet velice obezřetně, neboť výzkum byl realizován jen s dvanácti řediteli ZŠ pěti pracovníky SZÚ, což je poměrně malý výzkumný vzorek na to, aby na něm bylo možné postavit jakékoliv zásadní závěry. V budoucnu by tak jistě stálo za to realizovat rozsáhlejší výzkum na totožné či velmi podobné téma.

Závěr

Předkládaná diplomová práce je zaměřena na programy podpory zdraví na základních školách v Jihočeském kraji. V práci byla odhalena jak pozitiva, tak i negativa, která jsou s aplikací programů podpory zdraví na základních školách spojena. Pozitiva jsou dána vhodností programu na věkovou skupinu žáků, proveditelností programu ve školách a naplnění cíle programu, což je přínos především v osvětě návyků na zdravý životní styl žáků základních škol. Negativními elementy jsou například špatná informovanost realizátorů programů (ředitelů škol) o existenci programů, dále špatné vyhodnocovací procesy zpět od realizátorů absencí uceleného systému kontroly a vyhodnocení pracovníky organizací, které programy vytvářejí. Za neutrální výsledek se dá považovat určitá nekonzistence programů, kdy je nejasná návaznost mezi programy na prevenci návykových látek a s nimi spojenými nemocemi nebo pohyb a zdravá strava, jelikož jsou tyto programy realizovány odděleně jako samostatné projekty.

Z prostudovaných materiálů a veřejněpolitických dokumentů bylo zjištěno, že k zajištění dostatečné podpory zdraví je nezbytná mezíresortní spolupráce, a proto je aplikace programů podpory zdraví na základních školách nepostradatelná. Jak vyplynulo z textu většina veřejněpolitických organizací se podpoře zdraví přímo pro základní školy věnuje spíše vágně (pokud vůbec) a na velmi obecné úrovni. Především organizace spojené se státní správou by měly mít na této prevenci velký zájem. Prevence proti drogám má vliv na následnou kriminalitu obyvatelstva, kdy tyto programy mohou přímo přispět ke snížení pravděpodobnosti páchaní trestných činů mezi mladými lidmi a i k následné recidivě v užívání drog. Prevence kouření a civilizačních chorob způsobených špatnou životosprávou a nedostatkem pohybu mají vliv na zatížení zdravotnictví a péče o chronicky nemocné jedince. Tito jedinci následně trpí vážnými zdravotními potížemi, které mohou vést až k předčasné smrti.

V předkládaném textu bylo dále zjištěno, že neexistuje žádná centrální databáze programů podpory zdraví, které by mohly základní školy využívat. Absence centrální databáze způsobuje, že ředitelé mají ztížený přehled o možnostech a výběru programů na podporu zdraví. Nemohou snadno volit jejich návaznost zaměření. Také by bylo možné se vyvarovat jejich programové nekonzistenci a případně paralelní duplikaci. Přesto některé programy tyto ambice mají, jako například program „Normální je nekouřit“ nebo „Zdravá školní jídelna“.

Cílem práce bylo dále zjistit, jaký je postoj ředitelů vybraných základních škol v Jihočeském kraji k programům podpory zdraví. Tento cíl se podařilo naplnit aplikovaným výzkumem. Na vybraných školách bylo zjištěno, že všechny tyto školy využívají alespoň dva (obvykle více) programů podpory zdraví a to zejména Ovoce a zelenina do škol, Kouření a já či Hrou proti AIDS. Na jejich realizaci se podílejí jak pracovníci školy (pedagogové i nepedagogičtí pracovníci), tak třetí osoby – např. Městská policie, Hasičský záchranný sbor apod. Ředitelé škol hodnotí tento přesah pozitivně, jelikož žáci přijdou do kontaktu také s jinými subjekty než jsou pouze pracovníci školy, které vídají každý školní den ale také s lidmi „z terénu“ kteří mají k problematice bližší vztah a dokáží mnohem lépe reprodukovat pozitiva daných programů. Lze shrnout, že všechny školy některé programy zaměřené na podporu zdraví ve školách využívají, liší se ovšem jejich počet a zaměření.

Ředitelé podporují programy a mají ochotu je využívat, přestože je to spojeno s další administrativou na úkor učitelů, kteří jsou tak povinni provést časovou úpravu učebních osnov. Organizace a realizace programů ve školách je spojena s dalšími náklady na zdroje – lidské a finanční. Ve využití programů byl negativně hodnocen především přístup k informacím a to hlavně informacím o existenci programů. Zároveň jsou však limitováni rozpočtovými omezeními. Právě rozpočtová omezení jsou jednou ze základních překážek se kterou se setkáváme v souvislosti s teorií Street-level bureaucracy. S lepším povědomím o možnosti volby z většího spektra programů by mohli lépe zvážit vhodnost aplikace projektu a to jak z hlediska finanční a časové náročnosti, tak z hlediska vhodnosti závislé na sociálním složení společnosti dané obce potažmo regionu.

Zásadní při realizaci programů je také přístup dalších aktérů – žáků a rodičů. Postoj rodičů může mít ve své podstatě prohlubující vliv programů na dítě. Pokud se dítě vhodně stravuje doma a vnímá tento vliv také ze strany školy, je pravděpodobné, že se bude tímto způsobem chovat i nadále a zároveň bude ovlivňovat i své okolí. Rodiče se mohou k programům vyjadřovat a vznášet své připomínky, což se v určitých případech také děje. To však znamená reakci na nastalou situaci a případné zvážení návrhu na úpravy programů nebo jejich vylepšení. Také postoj žáků byl v práci zohledněn. Zde je patrný věkový rozdíl žáků na prvním a druhém stupni. Žáci prvního stupně mají tendenci lépe přijímat zprostředkované informace, avšak jejich pozornost se rychleji ztrácí a efekt je následně nižší. Oproti tomu žáci druhého stupně vnímají témata programů mnohem intenzivněji, sami o tématech přemýšlejí a jejich zpětná vazba je

přínosem pro další formování programů.

Pracovníci Státního zdravotního ústavu nahlíží na problematiku programů podpory zdraví pozitivně, a to nejen v souvislosti se svou profesí, ale i jako jejich uživatelé. Zde je zaznamenána shoda s řediteli základních škol, kteří, jak již bylo uvedeno, spatřují v programech také pozitiva. Samotná implementace programů může být však někdy problematická, a to především v závislosti na typu a složitosti programu (beseda, přednáška, interaktivní hra).

Úroveň samotné implementace se do značné míry liší. Některé školy mají implementaci již velmi dobře propracovanou a podílejí se na velkém počtu programů, jiné školy využívají programů jen pár a implementace je méně efektivní. V takových případech lze hovořit o tzv. implementačním deficitu. Každá ze škol (resp. ředitelé) vybírá programy dle vlastního uvážení (v jakém programu vidí smysl, jaké mají personální kapacity apod.), proto je možné na školách najít různé „individuální“ kombinace využívaných programů. Implementační deficit je také následkem již zmiňované nepropracovanosti v propojení nabídky programů na podporu zdraví a informovanosti ředitelů o možnosti implementace navazujících programů.

Je nutné ještě dodat, že blíže zkoumaný program „Zdravá školní jídelna“ není v Jihočeském kraji využíván zásadnějším množstvím škol. Dá se tedy předpokládat, že absence programu v Jihočeském kraji může být způsobena např. nedostatečným personálním zázemím či již několikrát zmiňovanou absencí centrální databáze.

Dalším zaznamenaným problémem je nedostatečné hodnocení účinnosti programů. Bez následného plošného vyhodnocení je zjištění přínosu jednotlivých programů spíše orientační než že by poskytovalo konkrétní hodnoty o přínosech jak školám, jejich ředitelům tak i jejich tvůrcům.

V zásadě lze na podkladě výše uvedených zjištění říct, že programů je celá řada a přístupy ředitelů i pracovníků SZÚ jsou natolik různorodé, že by stálo za to realizovat rozsáhlejší studii spíše kvantitativního typu, aby se dalo na výše uvedené otázky odpovědět tak, aby výsledek měl statistickou relevanci. Nelze však opomíjet skutečnost, že každá skupina má jiný názor i z hlediska svého profesního zaměření, neboť pracovníci SZÚ budou jen těžko připouštět, že jejich práce není optimální či dokonce nemá smysl, čímž pochopitelně uvádějí pozitivní pohled na věc. Oproti tomu ředitelé se více liší v pohledu na věc, ale prakticky všechny školy, které byly zkoumány využívají nějaké programy, tudíž rozhodně nelze hovořit o tom, že by ředitelé programy nějak odmítali, naopak řada z nich je pro ně rovněž velmi nadšená, ale jsou i ředitelé, kteří je

berou spíše jako „nutné zlo“. Podrobnější studie kvantitativního rázu, která by mohla přinést statisticky zpracovatelné výsledky by tudíž byla rozhodně zajímavým navázáním na předkládaný text.

Summary

The diploma thesis focused on health promotion programs in primary schools in the South Bohemian Region. The aim of the study was to find out what is the attitude of directors selected primary schools in the South Region to programs promoting health. In this work it was found that all schools where the research was conducted, use at least two, but generally more health promotion programs, the implementation of which involved both school staff (teachers and non-teaching staff), and third parties - eg. Municipal police, contractors like. it was found that the level of implementation varies widely because headmasters somewhere implementation have been very sophisticated and large number of programs elsewhere is only a few programs and implementation lags.

Another objective was to evaluate the attitudes and assessment of Directors to use the effectiveness of these programs. Here it was found that looking at the effectiveness varies, but in general the directors and not seeing direct results consider themselves to provide information to children and alerts about problems and risks as a great benefit. In principle on the basis of the above findings, say the programs are numerous and approaches directors and employees EAA are so diverse that it would be worth it to realize a wider study of more quantitative type to put the above questions to answer, so that the result was statistical relevance. But it can not ignore the fact that each group has a different point of view and in terms of their professional focus, as workers EAA will hardly admit that their work is not optimal or even pointless, to say, of course, positive point of view. In contrast, managers are more different in looking at things, but virtually all schools that were investigated use any programs, so it certainly can not talk about the fact that the directors of programs somehow refused, on the contrary, many of them find it also very excited, but directors who seem more like a "necessary evil." more detailed studies quantitative in nature, which could produce statistically processed results would therefore definitely interesting building on the present text.

Použité zdroje

BERG, Bruce L. *Qualitative research methods for the social sciences*. 3th ed. Boston: Allyn and Bacon, 2001, 304 p. ISBN 02-051-1836-9.

DRHOVÁ, Zuzana, VESELÝ, Arnošt a Martin NEKOLA (eds.). *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-75-5.

EU, Evropský účetní dvůr. *Jsou programy "Mléko do škol" a "Ovoce do škol" účelné?: zvláštní zpráva č. 10/2011*. Lucemburk: EUR-OP, 2011. ISBN 978-92-9237-285-9.

FIALA, Petr a Klaus SCHUBERT. *Moderní analýza politiky: uvedení do teorií a metod policy analysis*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2000. Studium. ISBN 80-85947-50-1.

FLICK, V. *An Introduction to Qualitative Research*. Londýn: SAGE Publication, 2009. ISBN 9781847873248.

FLORIÁNOVÁ, Jana. *Programy podpory zdraví na základních školách v Brně a jejich stav a vývoj*. Brno, 2011. 72 s. Bakalářská práce (Bc.) Masarykova univerzita, pedagogická fakulta. Katedra výchovy ke zdraví. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Mgr. Lenka Procházková. Dostupný z WWW: https://is.muni.cz/th/322008/pdf_b/Bakalarska_prace.pdf

HALBICHOVÁ, Iveta. *Politika podpory zdraví dětí školního věku v oblasti stravování a pohybu*. Praha, 2014. 148 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Karolína Dobiášová. Dostupný z [www: file:///Users/lindadubska/Downloads/DPTX_2012_2_11230_0_387838_0_137894.pdf](http://www.file:///Users/lindadubska/Downloads/DPTX_2012_2_11230_0_387838_0_137894.pdf)

HAVLÍNOVÁ, M., PŘIBISLAVSKÁ, P., a kol. *Pedagogika IV*. Ostrava: Ostravská univerzita, 1996. Kapitola 5, *Výchova ke zdravému způsobu života*, 44 – 53 s. ISBN 80 – 7042 – 110 – X.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOLČÍK, J. Podpora veřejného zdraví: Teorie a praxe: podpora zdraví a její teoretická východiska. *Hygiena*. 2008, roč. 53, č. 1. ISSN 1802-6281.

HOLMAN, Robert. *Dějiny ekonomického myšlení*. 3. vyd. Praha: C. H. Beck, 2005. ISBN 80-717-9380-9.

HRUBÁ, Drahoslava a Iva ŽALOUĐÍKOVÁ. Výsledky pilotní studie programu „normální je nekouřit“ po dvou letech. *Praxe současné školy a výchova ke zdraví* [online]. 2008, (3) [cit. 2016-05-11].

Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/puv/sb07_praxe_skoly/cz

JANDOUREK, J. *Průvodce sociologií*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-2397-6.

KEBZA, V., *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha, ACADEMIA 2005

KOSTELECKÁ, L. Podpora zdraví v kontextu EU. *Hygiena*. 2008, roč. 53, č. 1. ISSN 1802-6281.

KOTULÁN, J. a kol. *Zdravotní nauky pro pedagogy*. 2. vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2002. 258 s. ISBN 80-210-3844-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 280 s.

LIBA, J. *O zdraví - Zdravý životný štýl*. Prešov: PU FHPV, 1999, 90 s. ISBN 80-88722-45-4.

LIBA, J. *Výchova k zdravíu ako súčasť výchovného komplexu v školách*. *Studie – Pedagogická orientace*. 2008, (3).

LINDBLÖM, Ch.E.: *Implementation and Bureaucratic Politics*. In: Nováčková, Bl.: *Angličtina pro veřejnou a sociální politiku*. Praha, Karolinum 1999, Unit 11, s. 73-74.

LIPSKY, Michael. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. 30th anniversary expanded ed. New York: Russell Sage Foundation, c2010. ISBN 0871545446.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., Výchova ke zdraví. Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2814-8.

MADARASOVÁ GECKOVÁ, A a kol. (eds). Sociálne detrminanty zdravia školákov. Košice: Equilibria, s.r.o, 2009. ISBN 978-80-89284-29-0.

MACHOVÁ, J. KUBÁTOVÁ, D. Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

MALÝ, Ivan a Marek PAVLÍK. Tvorba a implementace veřejné politiky: stručný průvodce studiem. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3562-5.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. str. 4 [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupný z: <http://www.liberec.cz/files/dokumenty/odbory/odbor-strategickeho-rozvoje-dotaci/pp/narodni-strategie-zdravi.pdf>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Národní program zdraví - projekty podpory zdraví pro rok 2016. Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. 2016 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/narodni-program-zdravi-projekty-podpory-zdravi_3330_1.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Zdraví pro všechny v 21. století [online]. 2002 [cit. 2016-03-02]. Dostupný z: <http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Češi žijí déle, trápí je ale civilizační nemoci. Změnit to může Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. 2010 [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/cesi-ziji-deletrapi-je-ale-civilizacni-nemocizmenit-to-muze-narodni-strategi_9418_3030_1.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. str. 4 [online]. 2014 [cit. 201603-02]. Dostupný z: <<http://www.liberec.cz/files/dokumenty/odbory/odbor-strategickeho-rozvoje-dotaci/pp/narodni-strategie-zdravi.pdf>>

MŠMT. Strategie vzdělávání 2020. Ministerstvo školství, práce a tělovýchovy [online]. 2014 [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/uploads/Strategie_2020_web.pdf

MUŽÍK, V. (ed.). Výživa a pohyb jako součást výchovy ke zdraví na základní škole. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-156-0.

MUŽÍKOVÁ, L. et. al. . Výchova ke zdraví v záměru Škola a zdraví 21. In School and Health 21 – Škola a zdraví 21. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-119-7.

MUŽÍKOVÁ, L., a kol. Podněty pro implementaci výchovy ke zdraví do školních vzdělávacích programů. Brno: Masarykova univerzita, 2010.

NUTBEAM, D. Health Promotiong Glossary. In: Health promotion international. Geneva: WHO, 1998, roč. 13, č. 4, s. 349-364.

OVOCE A ZELENINA DO ŠKOL. O programu. Ovoce a zelenina do škol [online]. 2016 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.ovocedoskol.szif.cz/web/Default.aspx?id=1>

PODPORA ZDRAVÍ. Vývoj podpory zdraví, strategické dokumenty, aplikace v ČR [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupný z: http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/kapitola_34_vvoj_podpory_zdrav_strategick_dokumenty_aplikace_v_r.html

PORTÁL. Determinanty zdraví [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=28940>

POTŮČEK, M. Veřejná politika. Upr., dopl. a aktualiz. vyd. v českém jazyce. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-50-4.

PROKOPCOVÁ, Edita. Programy podpory zdraví na základních školách. 2015. zdraví [online]. 2015 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <https://otik.uk.zcu.cz/handle/11025/19915>

PULZL, H., TREIB, O. in FISCHER, Frank (ed). .. Handbook of public policy analysis: theory, politics and methods. Boca Raton [u.a.]: CRC Press, 2007. ISBN 1574445618.

REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

SABATIER, Paul (ed.). 2007. Theories of the Policy Process. 2. vydání. Boulder (Col.): Westview Press, 2007.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. Základní informace [online]. 2011 [cit. 2016-03-05]. Dostupný z: <http://www.who.cz/zaklinfo.html>

SZÚ. *Co je podpora a ochrana zdraví* [online]. 2009 [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CINDI/kurz/podpora_20zdravi.pdf>

SZÚ. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. SZÚ [online], 2015 [cit. 2016-03-04]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a>>

SZÚ. Program Škola podporující zdraví. Státní zdravotní ústav [online]. 2016 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/program-skola-podporujici-zdravi>

TUPÝ, Jan. Začlenění problematiky zdraví do základního vzdělávání - poznámky nejen ke vzdělávací oblasti Člověk a zdraví. Metodické portál inspirace a zkušenosti učitelů [online]. 2004 [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/Z/78/ZACLENENI-PROBLEMATIKY-ZDRAVI-DO-ZAKLADNIHO-VZDELAVANI---POZNAMKY-NEJEN-KE-VZDELAVACI-OBLASTI-CLOVEK-A-ZDRAVI.html>/UPOL. Studie HBSC [online]. 2016 [cit. 2016-10-18]. Dostupné z: <http://hbsc.upol.cz>

VESELÝ, A., NEKOLA, M. Analýza a tvorby veřejných politik. Praha: SLON, 2007, 407 s. ISBN 978-80-867563-75-7.

VETIŠKOVÁ, Kamila Xenie. Pozitivní výsledky programu Food for Life, inspirace programu Skutečně zdravá škola. Skutečně zdravá škola [online]. 2015 [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: <http://www.skutecnezdravaskola.cz/aktuality/novinky/pozitivni-vysledky-programu-food-for-life-inspirace-programu-skutecne-zdrava-skola>

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ. Hejbej se, nedej se. Výchova ke zdraví [online]. 2015 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/vyziva/doporucene-metodiky.html>

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ. Podpora zdraví v ČR [online]. 2009 [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/podpora-zdravi-v-cr.html>

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ. Pojmy [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/pojmy.html>

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ. Informace pro pedagogy [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/informace-pro-pedagogy.html>

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ. Podpora zdraví v ČR [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/podpora-zdravi-v-cr.html>

WHO. Světová zdravotnická organizace. Základní informace [online]. 2011 [cit. 2016-03-05]. Dostupný z: <http://www.who.cz/zaklinfo.html>

WHO. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? World health organization [online]. 2006, [cit. 2016-05-11]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/000

Základní školy, Jihočeský kraj, dostupný z: www.seznamskol.cz

ZDRAVÉ ZUBY. O programu. Zdravé zuby [online]. 2016 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.zdravezuby.cz/o-projektu/o-programu/>

Seznam příloh

Příloha č. 1: scénář rozhovoru – otázky pro ředitele základních škol

Příloha č. 2: scénář rozhovoru – otázky pro pracovníky SZÚ

Příloha č. 3: charakteristika výzkumného souboru – základní školy/ředitelé

Příloha č. 4: charakteristika výzkumného souboru – pracovníci SZÚ

Přílohy

Příloha č. 1: Rozhovor – otázky pro ředitele

- 1) Jak hodnotíte účinnost na programů podpory zdraví na Vaší škole? Považujete realizaci programů za pozitivní krok, nebo nikoliv?
- 2) Jak programy vybíráte? Co konkrétně ovlivňuje Váš výběr?
- 3) Jaké programy využíváte na Vaší škole?
- 4) Co Vás vedlo právě k volbě Vámi uvedených programů? Jaké v nich vidíte přednosti?
- 5) Vidíte reálné výsledky zavedení programů?
(pokud ano, jaké výsledky jste schopni/na identifikovat ve Vaší škole?)
- 6) Jak na programy reagují žáci?
- 7) Zajímají se rodiče o programy, které realizujete? Máte od rodičů zpětnou vazbu?

Příloha č. 2: Rozhovor – otázky pro pracovníky SZÚ

- 1) Jak se díváte na programy podpory zdraví na základních školách? Považujete je za pozitivní krok, nebo nikoliv?
- 2) Vidíte konkrétní přínos programů na podporu zdraví?
- 3) Vidíte reálné výsledky v praxi? Dokážete výsledky konkretizovat?
- 4) Pracujete na programu Zdravá školní jídelna, co si myslíte, že je jeho hlavním přínosem? Proč byste ho doporučil/a?
- 5) Zdravá školní jídelna je poměrně nový program. Jaké je zapojení škol do tohoto programu?

Příloha č. 3: Charakteristika výzkumného souboru – základní školy/ředitelé

	Základní škola
Ředitel 1	ZŠ Matice školské, České Budějovice
Ředitel 2	ZŠ Nerudova, České Budějovice
Ředitel 3	ZŠ Kubatova, České Budějovice
Ředitel 4	ZŠ Grünwaldova, České Budějovice
Ředitel 5	ZŠ Boršov nad Vltavou, okres České Budějovice
Ředitel 6	ZŠ Hluboká nad Vltavou, okres České Budějovice
Ředitel 7	ZŠ J.Š.Baara, České Budějovice
Ředitel 8	ZŠ Rudolfov, okres České Budějovice
Ředitel 9	ZŠ Oskara Nedbala, České Budějovice
Ředitel 10	ZŠ Máj I., České Budějovice
Ředitel 11	ZŠ Máj II., České Budějovice
Ředitel 12	ZŠ T.G.Masaryka, Český Krumlov

	POHLAVÍ	VĚK	DÉLKA PRAXE VE ŠKOLSTVÍ	DÉLKA VE FUNKCI ŘEDITELE
ŘEDITEL Č. 1	MUŽ	46 LET	21 LET	5 LET
ŘEDITEL Č. 2	ŽENA	39 LET	15 LET	1 ROK
ŘEDITEL Č. 3	MUŽ	44 LET	19 LET	3 ROKY
ŘEDITEL Č. 4	MUŽ	51 LET	23 LET	8 LET
ŘEDITEL Č. 5	ŽENA	55 LET	32 LET	14 LET
ŘEDITEL Č. 6	ŽENA	61 LET	36 LET	20 LET
ŘEDITEL Č. 7	ŽENA	53 LET	28 LET	11 LET
ŘEDITEL Č. 8	ŽENA	51 LET	25 LET	9 LET
ŘEDITEL Č. 9	ŽENA	48 LET	24 LET	9 LET
ŘEDITEL Č.10	MUŽ	59 LET	35 LET	21 LET
ŘEDITEL Č.11	ŽENA	58 LET	29 LET	10 LET
ŘEDITEL Č.12	MUŽ	64 LET	29 LET	7 LET

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 4: Charakteristika výzkumného souboru – pracovníci Státního zdravotního ústavu

	Pracoviště
Pracovník 1	Státní zdravotní ústav, Praha
Pracovník 2	Státní zdravotní ústav, Praha
Pracovník 3	Státní zdravotní ústav, Praha
Pracovník 4	Státní zdravotní ústav, Jihlava
Pracovník 5	Státní zdravotní ústav, Plzeň

	POHLAVÍ	VĚK	DÉLKA PRAXE V SZÚ
PRACOVNÍK Č. 1	ŽENA	36 LET	7 LET
PRACOVNÍK Č. 2	ŽENA	41 LET	4 ROKY
PRACOVNÍK Č. 3	ŽENA	48 LET	10 LET
PRACOVNÍK Č. 4	MUŽ	29 LET	1,5 ROKU
PRACOVNÍK Č. 5	MUŽ	53 LET	9 LET

Zdroj: vlastní zpracování