

DISEMINACE EDUKAČNÍHO PROGRAMU „NORMÁLNÍ JE NEKOUŘIT“ DO PRAXE ŠKOL

Iva ŽALOUĐÍKOVÁ, Drahoslava HRUBÁ

Abstrakt: *Primárně preventivní program Normální je nekouřit byl po pěti letech dokončen a jeho evaluace uzavřena jak v pilotní studii na školách v Brně, tak i v širší ověřovací studii v celé ČR. V současné době probíhá jeho rozšíření do praxe zařazením do kurikula školy, respektive do konkrétního školního vzdělávacího programu jednotlivých škol, které projevíly zájem využít jej ve výchově ke zdraví. Uplatňuje se především v primární prevenci rizikového chování, primární onkologické prevenci a prevenci kardiovaskulárního onemocnění, a to komplexní výchovou ke zdravému životnímu stylu.*

Klíčová slova: *protidrogová prevence, školní onkologická prevence, výchova ke zdraví, rizikové chování, školní preventivní program*

Úvod

Program „Normální je nekouřit“ byl dokončen a ověřen v pilotní studii na 10 školách v Brně i v širší ověřovací studii na 50 školách v celé ČR. Po zhodnocení efektivity a provedené evaluaci je další snahou podpořit praktické využití programu v konkrétním školním vzdělávacím programu našich škol. V současné době probíhá diseminace programu do nejširší praxe. Program je školám nabízen prostřednictvím školení pořádaném pedagogicko-psychologickými poradnami (PPP) v rámci protidrogové výchovy nebo v NIDV v každoročních nabídkách pro školení učitelů v rámci výchovy ke zdraví, dále prostřednictvím krajských hygienických stanic, ale také přímo na jednotlivých školách v rámci preventivních aktivit a činností učitelů – preventistů. Každá škola musí každoročně vypracovat tzv. Minimální preventivní program, jehož náplň odpovídá určitým předepsaným požadavkům. Edukační program „Normální je nekouřit“ pomáhá při realizaci prevence rizikových faktorů. Zvláště pak přispívá k onkologické prevenci, k prevenci kardiovaskulárního onemocnění a k výchově ke zdraví především dodržováním a podporou zdravého životního stylu u školních dětí.

Jak by mělo probíhat preventivní výchovné působení na cílovou skupinu? Jak postupovat při vytvoření programu a jeho následné realizaci v praxi? Kdy je program účinný? Těmito otázkami se zabývalo již více autorů. Zde se zmiňujeme o postupu používaném v Holandsku nazvaném „ABC in Health Education and Health Promotion“-Abeceda výchovy ke zdraví a podpory zdraví.

Zavádění a realizace preventivního programu

Výchova ke zdraví může probíhat neplánovaně, živelně, nesystematicky nebo cíleně se systematickým, předem promyšleným přístupem včetně plánování, analýzy současné situace, přípravy zacíleného preventivního programu, jeho ověření, evaluaci a postupného rozšíření prevence. V preventivním působení je možné stanovit tři základní fáze, volně podle H. De Vies, autora ABC' in health education and health promotion, Abeceda výchovy ke zdraví (De Vries, 2008).

Abeceda výchovy ke zdraví a podpory zdraví obsahuje:

- 1) fáze A - Analysis of the problem (analýza problému)
- 2) fáze B - Behavioral change (změna chování)
- 3) fáze C - Continued prevention (pokračování prevence).

A – Analýza problému

- 1) Identifikace zdravotního a sociálního problému, na který je nutné se zaměřit, včetně epidemiologických studií. Zahrnuje sociální diagnostiku, tzn. to, co determinuje vnímání problému lidí, jejich potřeby, kvalitu života aj. a to tak, aby bylo zřejmé, jaké jsou priority sdílené komunity, dále **epidemiologickou diagnózu** ke zjištění konkrétního zdravotního problému.
- 2) Následuje analýza toho, jaké chování a faktory prostředí se vztahují k tomuto zdravotnímu problému. Tato analýza je nazývána **diagnóza prostředí a chování**.
- 3) Následujícím krokem je **identifikace cílové skupiny**, která se nejvíce podílí na rizikovém chování. Tato skupina bude pak následně ovlivněna cíleně zaměřeným preventivním programem, neboť je nejvíce zasažena vysokým rizikem rozvíjející se choroby. Jde o zjištění, ve které skupině obyvatelstva se vyskytuje problém, který pociťují a chtějí řešit i zúčastnění a u kterého požadují změnu.
- 4) Dále je nutné analyzovat, proč lidé podléhají rizikovému chování. Tento krok se nazývá **diagnóza vzdělávání a organizační**. Když nevíme, proč se lidé chovají rizikově, nemůžeme vytvořit edukační program takový, abychom je motivovali ke změně. Je tady nutná analýza motivů směřujících k rizikovému chování, a to před vytvořením vzdělávacího programu. Analýza obsahuje zjištění determinant chování, jako jsou demografická data, fakta prostředí (věk, socioekonomický status, pohlaví,..) a kognitivní faktory, jako postoje, sociální vlivy, očekávání osobní zdatnosti. Je důležité vědět, co ovlivňuje chování a jaká přesvědčení je nutno změnit. (Například: Kuřák může být přesvědčený o výhodách nekouření, ale neví, jak přestat kouřit. To znamená, že potřebuje informace, aby zvýšil osobní schopnost. Informace, jak přestat kouřit, zvýší jeho úroveň sebehodnocení a posílí osobní zdatnost a odhodlání přestat kouřit.)

- 5) Další krok analyzuje, **jak přistupovat k cílové skupině, jak ji ovlivnit**. Obsahuje pečlivou analýzu potřeb cílové skupiny. Podobně to platí i pro ty, kteří program budou realizovat.

Cílem analýzy problému je získat jasnou definici problému, identifikaci problému v chování, jež je s problémem spojeno, a cílovou skupinu, na kterou je nutné se zaměřit.

B – Změna chování

Výsledky analýzy poskytnou informace k **formulování cílů** preventivního programu. V této fázi se provádí výběr, zda chování je nutno změnit výchovou, vzděláváním, jaký typ prevence je potřebný, jaký program zvolit a jaké bude hodnocení efektivity v pilotní studii.

- 1) První krok je zjištění, zda změnu chování je možno realizovat výchovou nebo zaměřením na regulace nebo kombinací obou. Například pasivní kouření je možné změnit regulacemi.
- 2) Dále je nutné se rozhodnout, zda půjde o primární prevenci formou edukace, sekundární prevenci formou včasné detekce nebo terciární prevenci, léčbou.
- 3) Vytvoření programu, efektivní intervence zaměřené na **změnu chování**, hodnocení zdrojů i bariér implementace. Podstatné je zaměřit se na faktory, které determinují přijímání a zpracování informací.
- 4) Vytvořený program je **nutné ověřit**, testovat, neboť je důležité analyzovat, zda splňuje zamýšlené cíle, zda je pozitivně evaluován. Ověření musí proběhnout porovnáním výsledků v intervenované a kontrolní skupině, aby se předešlo rozšíření neúčinného programu. Na takovém programu by měli spolupracovat odborníci z různých oborů zabývající se změnou chování, jako psychologové, sociologové, zdravotničtí pracovníci, lékaři, učitelé.

C- Pokračování programu

Ověřený program je pak následně rozšiřován podle strategie v několika fázích, kterými jsou: rozšiřování programu, jeho přijetí, zařazení do pravidelného užívání např. školy a institucionalizace, popř. zavedením do všech škol.

Schéma ABC ve výchově ke zdraví:

A

ANALÝZA PROBLÉMU

1. potřeby
2. jedinec–prostředí
3. cílová skupina
4. determinanty
5. přístup

B

INTERVENCE ZAMĚŘENÁ NA CHOVÁNÍ, VYTVOŘENÍ PROGRAMU

1. cíle
2. metody
3. ověřování

C

POKRAČOVÁNÍ PROGRAMU

1. spolupráce odborníků
2. rozšíření programu
3. taktika a strategie

Cílem výchovy ke zdraví je změna chování

Psychosociální determinanty chování směřující ke zdraví

Bazálním obsahem edukačních preventivních programů je **změna chování**. Například snaha kuřáků přestat kouřit, jíst zdravě, dodržovat zásady správné výživy, dodržovat zdravé stravovací návyky, dodržovat v denním režimu dostatek pohybové aktivity, atd. Existuje mnoho sociálně psychologických teorií, jak změny chování dosáhnout. Nejvíce byly propacovány A. Bandurou v jeho díle Social Cognitive theory (1986), Ajzenem v publikaci Theory of planned behaviour (1991) i dalšími. Autoři se shodují v tom, že změně chování dochází přes **záměr, plánované chování**, které je možno ovlivňovat a měřit.

POSTOJ – ZÁMĚR – CHOVÁNÍ

De Vries (2002) vytvořil I-Change model, který zahrnuje několik sociálně–kognitivních modelů, kde je chování výsledkem záměru, plánovaného chování a schopností jedince. Při změně záměru v chování považuje za důležité působit na hlavní tři faktory uváděné jako ASE-model - faktory motivační.

ASE-model

A - ATTITUDES, POSTOJE

S - SOCIAL INFLUENCE, SOCIÁLNÍ VLIV

E - SELF-EFFICACY, OČEKÁVANÁ OSOBNÍ ÚČINNOST

Postoje vyjadřují názor jedince na pozitiva a negativa určitého chování, pro a proti ve dvou dimenzích, a to kognitivní, jako je přijímání racionálních hledisek, a afektivnípostihující např. jak se mu líbí materiály se kterými pracuje, jak atraktivní a přitažlivé metody jsou použity v intervenci atd. Je tedy nutné odlišit racionální a emocionální přesvědčení o nově přijímaném chování.

Sociální vlivy je možné přiblížit jako proces, při němž lidé přímo nebo nepřímo ovlivňují myšlenky, pocity a činnost jiných lidí. Radí se k němu sociální normy, přijímání chování jiných lidí, sociální tlak, sociální podpora. Teorie sociálního učení A. Bandury zavádí pojem **observační učení** jako důležitou determinantu chování. Lidé, a zvláště děti, se učí o kouření pozorováním, sledováním svých vrstevníků, a kouřících rodičů. Napodobují tyto modely. Je zde uplatňován přímý sociální tlak rodičů, kouřících vrstevníků a mnohdy i médií. Sociální normy měly výraznou roli v predikci omezení kouření, ale menší než v predikci začátku kouření.

Osobní účinnost, zdatnost vyjadřuje **jedincovo očekávání týkající se jeho schopnosti realizovat žádoucí chování**. Nereflektuje jeho reálné dovednosti, ale přesvědčení o těchto dovednostech. (Jestliže je přesvědčen, že přestane kouřit, podaří se mu to.) Vztahuje se k přesvědčení o schopnosti určitým způsobem se chovat v určité situaci. Chování je determinováno schopnostmi a žádoucím chováním.

Záměr ke změně je možno charakterizovat tak, že **lidé plánují změnu svého chování**. Tento proces prochází stadii přemítání, hloubání o změně aktivního chování a udržení tohoto chování nebo návratem zpět k původnímu chování při neúspěchu. Plánování zahrnuje **schopnost jedince převést záměr v žádoucí chování**. Plánování činností se stává strategickým cílem prevence. Takové plánované činnosti mohou být při omezení kouření například: návštěva praktického lékaře, odstranění popelníků, oznámení svým přátelům o záměru přestat kouřit, atd. Tento model byl úspěšně realizován v Holandsku v prevenci kouření.

Změna chování

Změna chování je realizována ze dvou hledisek.

1. Individuální hledisko, ve kterém je důležité zaměřit se na postoje, sociální vlivy a vnímanou schopnost, takzvané očekávání vlastní osobní zdatnosti, „zda mohu zrealizovat žádoucí chování“.
2. Environmentální hledisko, které je ovlivněno sociálními, ekonomickými, politickými, kulturními a legislativními faktory. Ke změně může dojít, jen pokud jsou změněny tyto faktory.

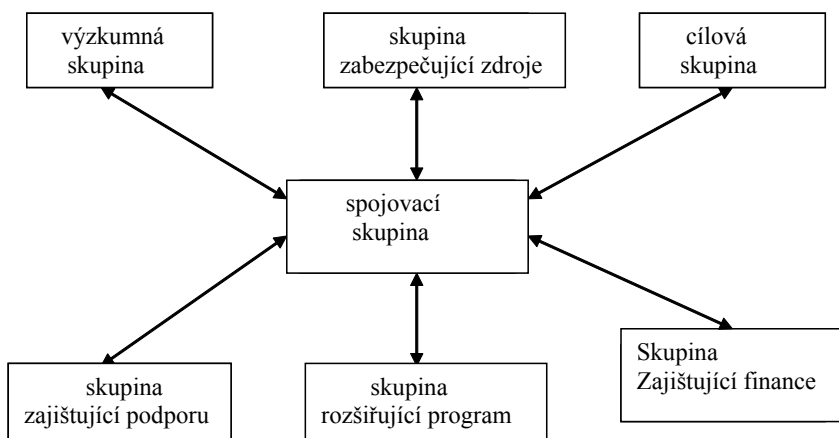
Tato dvě hlediska se vzájemně nevylučují. Podstatné je jejich dobré pochopení.

Změna chování z individuálního hlediska probíhá podle sociálně–psychologických teorií ve čtyřech fázích:

1. opatření informace
2. přijetí informace
3. dekódování informace
4. reakce v chování, nové chování, pokus o nové chování.

Proto je nutné připravit preventivní **program tak, aby inicioval změnu chování**. Sdělení, informace musí být pro recipienty atraktivní, přitažlivá, musí respektovat specifika cílové skupiny. Například u adolescentů by měl využívat komiksů, video-

nahrávky, peer metody, práci ve skupině, hraní rolí, vyvozovat jasné závěry, používat přesvědčování, ale nenásilnou formou, nekuřácké postery, atd. Zpracování přijímané informace probíhá na dvou úrovních: centrální, kognitivní cestou a periferní, afektivní cestou, kde je více pozornosti věnováno přitažlivosti, atraktivitě programu. Osobní schopnost změny je možné podpořit a zvýšit cvičením asertivního chování, výcvikem technik a dovedností odmítání, hraní rolí atd. Důležité je také aktivní zapojení cílové skupiny do programu. Na základě tohoto modelu se vytvoří vzor programu, který se pak dále ověřuje v cílové skupině. Teprve po ověření na pilotní skupině, zda je program efektivní, se program rozšiřuje dále. Projekt je nutné zabezpečit odborníky z různých oblastí. Týmové zabezpečení projektu zahrnuje několik spolupracujících skupin. Viz níže obr. 1.



Obr. 1. Týmové zabezpečení projektu

Podpora zdraví je stále se opakující, nekonečný proces. Podle podmínek a dané situace je možné začít analýzou, pokračovat vytvořením intervence zaměřené na chování a zakončit úsilím o rozšíření a pokračování programu. Neméně důležité je připomenout, že **podpora zdraví a její plánování je kontinuálním procesem.**

Rozšíření programu normální je nekouřit

Program „Normální je nekouřit“ je nabízen školám k využití ve výchově ke zdraví na primárním stupni. V současné době je již používán na 440 školách v celé ČR zvláště ve školách v okrese Česká Lípa, Nový Bor, Pardubice, Chrudim, Lanškroun, Ústí n. Orlicí, Přebouč, Tábor, Hradec Králové, Litoměřice, Terežín, Vlašim, Trutnov, Brno, Slavkov, Žďár n. Sázavou, Moravský Krumlov, Zlín, Vsetín, Opava, Bohumín, Nový Jičín, Karviná, Bruntál, Ostrava, Frýdek-Místek, Hodonín, Břeclav, atd. Při zavádění do praxe jsme využili postupu výše uvedeného v ABC ve výchově ke zdraví podle H. De Vries, viz níže. Zde je uvedeno, jak probíhala analýza problému, vytvoření preventiv-

ního program, ověřování účinnosti a také diseminace konkrétně u programu Normální je nekouřit.

Schéma ABC ve výchově k nekuřáctví a podpoře zdravého životního stylu u programu „Normální je nekouřit“:

A

ANALÝZA PROBLÉMU

1. Potřeby (kouření, počátky experimentování)
2. Jedinec-prostředí (normy společnosti)
3. Cílová skupina (7-11 let)
4. Determinanty (analýza motivů)
5. Přístup (potřeby cílové skupiny)

B

INTERVENCE ZAMĚŘENÁ NA CHOVÁNÍ, VYTVOŘENÍ PROGRAMU

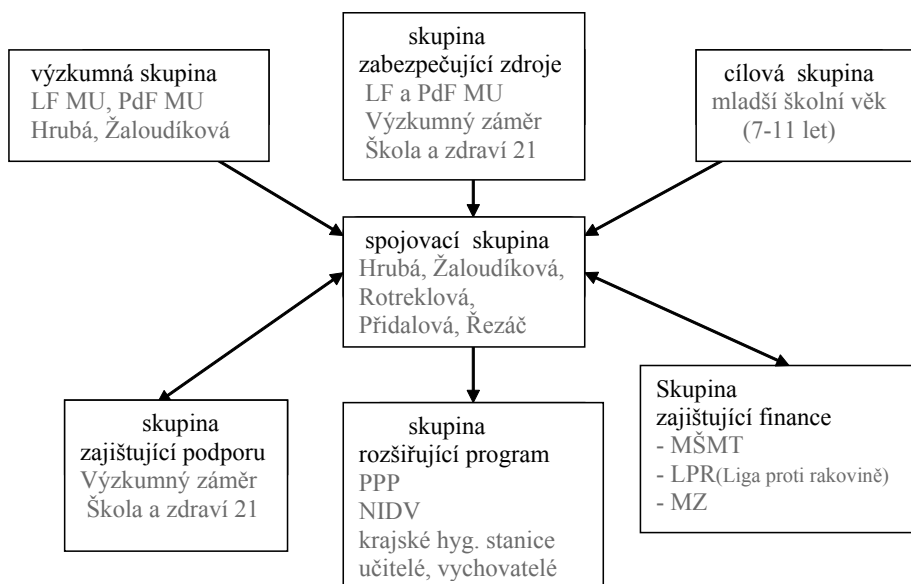
1. Cíle (posunout počátky experimentování, stát se nekuřákem)
2. Metody (výchova/preventivní program, regulace na úrovni státu, omezování kouření na veřejnosti)
3. Ověřování (kontrolní a experimentální skupina)

C

POKRAČOVÁNÍ PROGRAMU

1. Spolupráce odborníků (pedagogové, psychologové, lékaři)
2. Rozšíření programu (PPP, NIDV, hygienické stanice)
3. Taktika a strategie (institucionalizace)

V první části analýzy problému jsme zjistili, že je vhodné se zaměřit na děti mladšího školního věku z důvodu doporučeného přístupu k prevenci kouření, kdy je doporučeno začínat s intervencí 2-3 roky před tím, než se rizikové chování objeví. To znamená v našem regionu v ČR vzhledem k tomu, že k první experimentaci dochází v 10 letech, začínat s prevencí v 7 letech, tj. v první třídě základní školy. Cílová skupina je tedy 7-11 let, děti mladšího školního věku na primárním stupni. Jasná definice problému je definována tak, že cílem intervence je posunout začátky kouření u dětí (experimentování s cigaretou) do staršího věku, omezení pasivního kouření, přijetí rozhodnutí stát se vědomě nekuřákem. Program je zaměřen a na zvýšení znalostí, ovlivnění postojů a chování a využívá metody interaktivního působení, práce ve skupině, diskuse, motivační příběhy, hraní rolí atd. Ověřovali jsme, zda je pozitivně evaluován. Ověření proběhlo porovnáním výsledků v intervenované a kontrolní skupině, aby se předešlo rozšíření neúčinného programu. Program je výsledkem spolupráce odborníků více oborů - pedagogů, psychologů, lékařů a je rozšiřován prostřednictvím NIDV, PPP a hygienických stanic. Učitelé jsou k používání programu proškoleni, procházejí workshopem s udělením certifikátu a přihlašují svého garanta, který zasílá zpětnou vazbu o zavedení do výuky na konkrétní škole. Program byl také zabezpečen týmem spolupracovníků viz obr. 2.



Obr. 2. Týmové zabezpečení projektu výchovy k nekuřáctví a podpoře zdraví „Normální je nekouřit“:

Máme již k dispozici i první informace o implementaci programu do škol. Obvykle učitelé program realizovali v průběhu 2 měsíců, rodiče informovali o programu na třídních schůzkách. Spolupráce s rodiči probíhala nejvíce formou diskuse o kouření doma a 80 procent rodičů jej hodnotilo pozitivně, projevíli zájem o další pokračování ve vyšších ročnících.

Využívali motivačních příběhů a video nahrávky a jednotlivé postavy si pro dramatizaci vyráběli i sami. Často propojovali tematicky učivo prvouky s jinými předměty, jako čtení, Vv, Tv, Hv i matematikou. Dále vyhledávali pojmy v počítači a v encyklopediích, využití ve škole v přírodě a spojovali program s projekty Dětský den bez úrazu, Ovoce do škol, Zdravé zuby, Den Země, protidrogová prevence. Více než polovina učitelů práce dětí založila do jejich portfolia. Líbila se jim forma interaktivní práce v celém programu. V programu je nutné se podpořit a rozvíjet nejen kognitivní dimenzi, ale především afektivní stránku, aby byl program pro děti atraktivní, těšily se na něj a přijaly pozitivní postoj k tématu. Nejvíce jsou však děti motivovány k určitému druhu chování svými rodiči, modely v sociálním učení.

Závěrem je potřeba zmínit, že cílem je podpořit primární prevenci a vytvořit program podpory zdraví a zdravého životního stylu, který bude možno použít na školách a zvýšit zdravotní gramotnost dětí primárního stupně.

Literatura

- AJZEN, I. The Theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991, 50, p. 179-211.
- BANDURA, A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive Theory*. New York: Prentice Hall, 1986.
- DE VRIES, H. *ABC of Health Education and Health Promotion*. Maastricht : sixth edition, University of Maastricht, Department of Health Education and Health Promotion, 2008.
- HRUBÁ, D.; ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Kuřáctví a názory rodičů školních dětí. *Hygiena*, 52, 4, 2007, s. 105-109. ISSN 1802-6281.
- HRUBÁ, D.; ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Úloha rodiny pro vývoj vybraných postojů ke kouření a kuřácké chování dětí. *Hygiena*, 53, 4, 2008. ISSN 1802-6281.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I., HRUBÁ, D. Výchovně-vzdělávací preventivní program pro mladší školní věk „Normální je nekouřit“. *Pedagogika*, 56, 3, UK Praha : 2006, s. 246-257. ISSN 0031-3815.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I.; HRUBÁ, D. Prevence kouření ve škole. *Onkologická péče*, 12, 2008, 1, s. 5-7. ISSN 1802-7407.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I.; HRUBÁ, D. Výchova k onkologické prevenci u dětí na základní škole. *Onkologická péče*, 12, 2008, 1, s. 21-25. ISSN 1802-7407.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I.; HRUBÁ, D. *Normální je nekouřit 4. díl*. Brno : MSD, 2008, 97 s. ISBN 978-80-7392-048-7.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I.; HRUBÁ, D. *Normální je nekouřit 5. díl*. Brno : MSD, 2009, 104 s. ISBN 978-80-210-5021-1.

DISSEMINATION OF THE PROGRAMME „NON-SMOKING IS A NORM“ INTO THE SCHOOL PRACTICE

Abstract: In five years the primary prevention programme „Non-Smoking is a Norm“ has been finished. It was evaluated in a pilot study in schools in Brno and in a wider study in the Czech Republic. Nowadays it has been disseminated into the everyday practise. Schools could implemented it into the school curriculum, It has been used as a tool for health promotion, health education with the focus on drug prevention, cancer education, cardiovascular disease prevention and healthy lifestyle education.

Key words: drug prevention, cancer education, health education, risk behaviour, preventive school programme