

# NORMÁLNÍ JE NEKOUŘIT PRO 2. TŘÍDU ZŠ – II. ETAPA

Iva ŽALOUĐÍKOVÁ, Drahoslava HRUBÁ

## Abstrakt:

Projekt Normální je nekouřit pro 2. třídu ZŠ navazuje II. etapou na primárněpreventivní program podpory zdraví, který proběhl loni v prvních třídách. Uvádí východiska, cíle, metodiku i obsah, nabízí pracovní listy pro děti a metodiku pro učitele a stejně jako v I. etapě se zaměřuje na spolupráci s rodiči. Účinnost byla zjišťována metodou experimentu s experimentální a kontrolní skupinou. Pro ověření postojů a chování dětí bylo využito metody individuálního strukturovaného rozhovoru pro děti a dotazníku pro rodiče. Pro rozhodnutí dětí stát se v budoucnu nekuřákem je nutná dlouhodobá intervence. Proto bude program pokračovat v dalších letech, abychom zjistili změny v nekuřáckých postojích a posun v chování vedoucímu ke zdraví.

**Klíčová slova:** výchova k nekouření, primárně preventivní program, výchova ke zdraví, zdravý životní styl, závislosti, drogová prevence

## Úvod

Ve 20. století se výrazně změnila struktura nemocí, které vedou k úmrtí. Lidský život se prodloužil. Na počátku století se více umíralo na nakažlivé, infekční nemoci, na **začátku 21. století jsou to nemoci, které úzce souvisí se stylem života.** Je ověřeným faktem, že ve vyspělých zemích je nejvyšší úmrtnost u kardiovaskulárního onemocnění a nádorových chorob. **To jsou onemocnění, která lze výrazně snížit ovlivněním životního stylu každého jedince,** změnou postojů a každodenního chování podporujícího zdraví. Zde se prokázala velice účinně prevence, a to primární prevence především u dětí a mládeže. Cílem primární prevence je snížit nárůst počtu nových onemocnění, tj. snížit incidenci nemoci. Specifická prevence je zaměřena proti určitým konkrétním onemocněním (očkování, fluorizace pitné vody), nespecifická je zaměřena proti zdravotním rizikům obecně. Primární prevence nespecifická zahrnuje aktivity vedoucí k posilování a rozvíjení zdraví výchovou či zdravotně žádoucím životním stylem. Zde se tedy primární prevence setkává na společném poli s výchovou obecně pojatou. Specifická výchova, **výchova ke zdraví, tak realizuje cíle nespecifické primární prevence a životní styl je zde klíčovou determinantou zdraví.** Hlavní dimenze jsou výživa, fyzická aktivita, sexuální chování, vztahy k okolí, zvládání zátěže a stresu, osobní duševní pohoda, či prevence závislostí, atd. Rozhodující vliv na zdravotní stav člověka má právě životní styl. Odhady uvádějí, že ovlivňuje zdravotní stav až z 50%.

Životní prostředí a životní podmínky zahrnují celý soubor faktorů, které působí na zdraví v trvalém komplexu. Základním ukazatelem kvality životního prostředí jsou především úroveň bydlení a pracoviště, úroveň zásobování nezávadnou pitnou vodou, čistota ovzduší, hluk, radiační a elektromagnetické záření, sluneční záření, aj. Součástí determinant zdraví jsou klimatické podmínky,

ale také výchova a vzdělání. Obecně ve světě je úroveň zdraví určována dostatkem pitné vody a vzdělaností žen /matek a babiček/, které zdraví udržují v rámci rodin. Zcela zásadní podmínkou je i socioekonomický status, který je zahrnován do sociálních faktorů. Prostředí a podmínky jsou předpokladem, aby člověk zvolil optimální způsob života, který je nejdůležitější ze všech oblastí ovlivňujících zdraví. Na základě výsledků mnoha expertních studií stanovila Světová zdravotnická organizace (WHO) žebříček faktorů životního prostředí, podmínek a způsobu života, které se nejčastěji vyskytují mezi příčinami úmrtí. Na první místo zde řadí kouření, dále nadměrnou konzumaci alkoholu, nadváhu, pracovní rizika, nedostatek zeleniny a ovoce ve výživě, chudobu, nezaměstnanost, závislost na drogách, dopravní úrazy, nedostatek pohybu, přemíru živočišných tuků ve výživě, exhalace v ovzduší, atd. Zdraví významně ovlivňují podmínky existence člověka ve společnosti, tedy podmínky sociální. Materiální nedostatek, nejistota, úzkost, nedostatek přátel, nezaměstnanost, sociální izolace jsou rovněž často příčinami mnoha nemocí, a často i smrtí.

Kouření je nejvýznamnější relativně samostatnou determinantou zdraví, výrazný preventabilní rizikový faktor, který je možno ovlivnit výchovou a správnou dobře zacílenou prevencí. V České republice umírá předčasně na nemoci kouření asi 22 tisíc osob ročně. (Kozák, 2000: 5). Kouření je hlavní rizikový faktor ovlivňující výrazně zdraví a délku života. Od devadesátých let se projevuje celkový pokles prevalence kuřáctví, avšak stále ještě v současné době asi třetina populace kouří. Podle posledních studií je to 26% dospělé populace, ale největší výskyt se stabilně objevuje u mládeže. U dospívajících byl zaznamenán zvýšený výskyt kuřáků, asi 35% mezi žáky 13-15 let. (Sovinová et al., 2003: 10) S určitostí lze konstatovat zřetelný nárůst kuřáctví u naší dospívající mládeže. Odhaduje se, že každý rok **zemře na nemoci způsobené kouřením kolem 5 milionů lidí na světě**. (13. světová konference Tobacco or Health, 2006) Jeden ze dvou kuřáků zaplatí svým životem. Bez jakékoli preventivní aktivity se zvýší počet úmrtí v příštích 10 letech o 20% a kouření zabije více než 9 milionů lidí. Kouření tabáku je možno chápat jako nejzávažnější preventabilní příčinu nemocí. Tabák je nebezpečný v každé podobě, v každém způsobu užívání. Mnoha výzkumy je prokázáno, že jak aktivní, tak i pasivní kouření poškozuje zdraví, a proto je nutná prevence.

**Kouření tabáku je naučené chování, zahrnuje rituály**, je zařazeno do stereotypu všedního běžného dne kuřáka. Jen velice těžko a obtížně se mění, neboť mimo jiné ovlivňuje i metabolismus a u většiny kuřáků se po určité době kouření komplikuje fyzickou i psychickou závislostí na nikotinu. **Kouření je nemoc, je závislostí**. Je klasifikováno podle Mezinárodní klasifikace nemocí jako toxikománie pod kódem F17.2. Nikotin ovlivňuje náladu, výkonnost, snižuje pocit hladu a urychluje metabolismus. Nikotin inhalovaný v tabákovém kouři se dostává během 7 až 10 sekund do CNS, kde se váže na acetylcholinové receptory a pak se uvolňuje dopamin. Ten utváří podmínky pro vyplavení endorfinu, který zlepšuje soustředění, způsobuje pocit pohody, snadnějšího řešení úkolů a podporu paměti. Vedle zmíněných účinků tzv. pozitivního posilování snižuje také úzkostnost, tenzi, práh bolestivosti a pocit hladu. V tomto smyslu je možné chápat **tabák jako psychoaktivní drogu a cigaretu** chápat jako prostředek, **nástroj, jak co nejrychleji dopravit drogu do CNS**. Jde o drogu legální, všeobecně rozšířenou, sociálně akceptovanou a státem podporovanou.

S kouřením začíná většina kuřáků experimentovat už v dětském věku, kdy je organismus více vnímavý ke vzniku závislosti na nikotinu i k poškození různých orgánů škodlivinami přijímanými při užívání tabáku. Proto je nutné působit na děti už v předškolním a mladším školním věku: vždyť v České republice začíná každý den kouřit 100 dětí. Kouření je zahrnováno nejen jako jeden z ovlivnitelných faktorů životního stylu, ale také je chápáno jako významný rizikový faktor vnějšího

prostředí tzv. ETS (Environmental Tobacco Smoke) především pro děti. Tabákový kouř byl v roce 1986 WHO zařazen mezi prokázané humánní karcinogeny.

**Světová zdravotnická organizace (WHO) vyhlásila úsilí za celosvětové snížení kuřáctví.** V současné době je přijímán jednotlivými státy komplexní dokument WHO FCTC Rámcová úmluva o kontrole tabáku. (Framework Convention on Tobacco Control). Je to poprvé, kdy je závažný zdravotní problém řešen globálně všemi zeměmi světa. Rámcová úmluva už byla ratifikována ve 132 státech, což je 80 % všech států světa, bohužel Česká republika mezi nimi není. V Evropě byla ratifikována všemi státy kromě tří, a to Itálie, Polsko a Česká republika. Cílem této úmluvy je ochránit současnou a budoucí generaci před poškozením zdraví, sociálními, environmentálními a ekonomickými důsledky užívání tabáku. I když Česká republika byla mezi prvními státy, které v roce 2003 smlouvu podepsaly, zatím s ratifikací dosud váhá. Politikům se nepodařilo smlouvu prosadit a schválit v parlamentu ČR. Lidé stále vnímají omezení kouření jako omezení osobní svobody. Politici většiny zemí Evropy mají větší zájem o zdraví obyvatel, které zastupují a hlásí se k přijetí globálních opatření, která zdraví populace pomohou zajistit. Cílem je, aby se **ne kouření stalo společenskou normou.**

## Program

Lidé většinou nekouří proto, že chtějí, ale proto, že nemohou přestat. Náš program je tedy zaměřen na to, aby děti nezačaly kouřit vůbec. Primárně preventivní program **Normální je ne kouřit** pokračuje druhou etapou ve druhých třídách ZŠ a **navazuje na výchovu k podpoře zdraví**, prevenci kouření a výchově ke zdravému způsobu života, jak bylo započato v prvních třídách v loňském roce. Opět se zaměřuje na široké spektrum faktorů zdravého životního stylu, kam se řadí nejen ne kouření, ale i důraz na zdravou výživu, dostatek pohybové aktivity, duševní hygienu, aj. Tento primárně preventivní program poskytuje potřebné zdravotní informace, chce přispět k pochopení hodnoty zdraví a rozhodnutí pro zdravou volbu životního způsobu. **Cílem programu je ovlivnit chování dětí k podpoře a rozvíjení zdravého životního stylu a zvýšení zdravotní gramotnosti dětí a mládeže.** Program „Normální je ne kouřit“ pro 2. třídy byl podpořen Ligou proti rakovině Praha, výzkumným záměrem Pedagogické fakulty MU, MSM0021622421 a projektem podpory zdraví MZ ČR 9549.

Cílem našeho programu je formovat odpovědný přístup dětí ke svému zdraví, pozitivní postoj ke zdravému životnímu stylu, snížit počet dětí vystavených účinkům pasivního kouření, **působit tak, aby děti nezačaly vůbec kouřit, aby se vědomě staly nekuřáky.** Program zahrnuje i aktivní účast a spolupráci rodičů a usiluje o snížení expozice dětí pasivnímu kouření v domácím prostředí.

Obsah programu je **zaměřen komplexně na ovlivňování chování dětí ke zdravému způsobu života**, na denní režim s dostatkem aktivního pohybu, na získávání základních znalostí o lidském těle a jeho funkci, na dodržování hygienických návyků a zásad zdravé výživy. Chce také zvýšit informovanost o důsledcích kouření a o nebezpečnosti pasivního kouření.

Program obsahuje pracovními listy a motivační příběhy a úkoly pro děti. Dále metodiku, manuál pro učitele, která je otevřená dalším nápadům a dává možnost tvůrčího doplňování podle lokálních podmínek škol a tvůrčí invence učitelů, aby si adaptovali /ušili/ program přímo na míru své třídy a program tak sami obohatili o své zkušenosti. Důraz je kladen na spolupráci a úzké vztahy s rodiči, bez jejichž součinnosti by program nedosáhl dostatečné účinnosti. Stejně jako v prvním ročníku byla navázána spolupráce s rodiči formou informačních dopisů a společně vyplňovaných domácích úkolů. Cílem této aktivity bylo zapojit rodiče do diskusí a rozhovorů doma s dětmi na téma zdraví i ovlivnění běžného každodenního chování v rodině směrem k upřednostnění zdravého životního stylu. Neboť

nejen rodiče mají zásadní vliv na své děti v přijetí určitého způsobu života, ale i děti ovlivňují zpětně své rodiče. Rodičům byla rovněž předána informativní brožura pomáhající pochopit nebezpečnost aktivního i pasivního kouření pro jejich děti.

Pro zvýšení účinnosti je v našem programu využito **prožitku dítěte - metoda her, omalovánků, hraní rolí, vyprávění příběhů**. Program je stejně jako v 1. třídě rozdělen do 5 lekcí. Děti se s problematikou kouření seznamují formou pohádkového příběhu veverky Věrky a dalších lesních zvířátek. Zábavnou formou se tak seznamují s tím, že kouření není normální součástí našeho životního stylu, o tom, co je zdravé, o orientaci v rizicích, se kterými se mohou setkat a účinné prevenci tak, aby byly připraveny uchovat si své zdraví i v dospělém věku.

Připravené primárně preventivní programy jsou ve školách vítaným pomocníkem a zpestřením edukačního působení učitele. Celý program je možné využít jako **projektové vyučování**. Avšak je nutné, aby byl připraven tak, aby učiteli práci ve třídě nekomplikovaly náročnou přípravou, byly zahrnuty do školního vzdělávacího programu a tématicky zapadaly do zaměření a plánu školy.

## Metodika

Program byl, po úvodním prověření metodiky zkušeným pedagogem, ověřen na již loni participujících dvanácti pilotních základních školách v Brně a Frýdku-Místku. Ve spolupráci se zaškolenými studenty PdF MU byl program realizován. V lednu 2006 proběhla výuka 5 lekcí podle navržené metodiky, která pak byla modifikována podle zkušeností lektorů, učitelů a rodičů do konečné podoby. Účinnost programu byla sledována pedagogickým experimentem. Byl vypracován **individuální strukturovaný rozhovor**, kterými byly vyšetřeny děti ve třídách s programem (experimentálních) a porovnány pak se skupinami kontrolními (bez programu, obvykle ze stejných škol). Skupiny experimentální a kontrolní zahrnovaly respondenty stejného věku, vycházely ze stejného prostředí a byly přibližně stejně početné. Šetření bylo provedeno zaškolenými tazateli, studenty PdF MU. První vyšetření intervenovaných i kontrolních skupin dětí bylo uskutečněno před zahájením lekcí a další vyšetření obou skupin se uskutečnilo za čtyři měsíce po intervenci. V lednu 2006 byl realizován pre-test a v červnu 2006 post-test.

Po ukončení pětihodinové intervence byli **rodiče experimentálních tříd osloveni dotazníkem**, kde posuzovali závažnost rizika pasivního kouření na své děti.

Získaná data jsou v současné době zpracovávána v programu EPI INFO (verze 3.3.2).

## Proč děti kouří

V České republice začíná každý den kouřit až 100 dětí. To je alarmující skutečnost. Co vše děti ovlivňuje při rozhodování stát se kuřákem/nekuřákem, zkusit si zakouřit? Určitě je to **vzor a příklad dospělých a rodičů, hrdinů oblíbených filmů, ale také zvědavost, pubertální revolta a sociální tlak vrstevníků** a je prokázáno, že zvlášť na malé děti má velký vliv i **televizní reklama**. Proto jsou protikuřácké reklamy v televizi důležitou součástí boje proti kouření. Ve studii (Hyland et al., 2006) bylo prokázáno, že se zvýšeným počtem státem podporovaných protikuřáckých reklam v médiích zvýšil i počet lidí v populaci, kteří chtěli skončit s kouřením. **Stát může významně ovlivňovat zdraví občanů**. Efektivním státním zásahem je kromě ovlivnění reklam i zvýšení daní na tabákové produkty a **změna sociální normy** bojem za čisté ovzduší uvnitř budov (smoke free environment).

Významný je **pohled na kouření, jako výchovu k normám, k hodnotám** společnosti prosazovaným. Amonini, Donovan, (2006) se zabývali morálními a zákonnými normami a jejich dodržováním a zjistili, že úcta, čest, altruismus, smysl pro fair play hrají významnou roli v užívání drog. Nejvíce byl užíván alkohol pak cigarety a marihuana. 97% respondentů ve věku 14-17 let okusilo někdy alkohol, 67% někdy kouřilo, 48% zkusilo marihuanu. Studie prokázala, že braní drog je u dospívající mládeže považováno za morálně nesprávné chování, ale **kouření a konzumace alkoholu je morálně přijatelné**. Užívání cigaret, alkoholu a marihuany stoupá s věkem u žen i mužů. K alkoholu byli mladí dospívající nejvíce tolerantní. Byly zjištěny signifikantní rozdíly v gender přístupu. Muži byli tolerantnější k alkoholu a ženy ke kouření. Obě pohlaví se shodovala v morálním odsouzení marihuany. Mladší respondenti vnímali více jako nesprávné chování užívání alkoholu a marihuany než starší respondenti, ale u tabáku to takto nevnímali. Objevil se věkový rozdíl v sociálně morálním zdůvodnění, který dokazuje Kohlbergova teorie stádií morálního vývoje. Byly prokázána spojitost mezi morálním odsouzením a užíváním všech třech látek. Projevila se **tolerance k alkoholu jako sociálně normativnímu schvalovanému chování**. Mladí lidé se morální normy teprve učí postupně zvnitřňují, a proto je možné správným způsobem v tomto období normy ovlivnit. Učí se morálce a dodržování zákonům, což je úzce spojeno i s chováním vzhledem ke zdraví. Morální a právní normy by měly být součástí školního kurikula už v raném věku. Edukační programy by měly obsahovat i etická dilemata. Výchova ke správnému chování, hodnotám vede k přijetí sociálních norem společnosti. **Proto by se měl správný životní styl a potažmo i nekouření stát normou společnosti.**

Dalším aspektem počátků kouření je sociální sounáležitost se skupinou kuřáků. Kouření je **příležitostnými kuřáky** chápáno více v souvislosti se **sociálními aspekty**, vidí kouření jako záležitost sociálního kontaktu. Jestliže nekouří, jsou vyřazeni se skupiny kuřáků. Kouření pro ně znamená příjemné relaxované popovídání, posezení s přáteli. Tento pohled se však výrazně liší u **pravidelných a závislých kuřáků**, kteří hodnotí **kouření více jako individuální záležitost**, bez sociálních souvislostí (Amos et al., 2006). Důležitým momentem v rozhodování, zda dítě bude kouřit má i sebepojetí dítěte, vnímaná vlastní osobní zdatnost, schopnost samostatně řešit problémy, autonomie (Křivohlavý, 2001). Na ní záleží, zda se nechá strhnout skupinou vrstevníků, neboť tlak vrstevnické skupiny v období dospívání je velmi vysoký. To, že děti kouří, může být i důsledkem jejich nízkého sebevědomí, sebehodnocení, neadekvátního sebepojetí. I na podporu sebepojetí dítěte by školní preventivní nekuřácké programy měly myslet a tato témata zařadit.

### **Primárně preventivní programy ve škole**

Medicínské a psychologické poznatky se stávají osou preventivních aktivit, které organizuje škola ve spolupráci s dalšími institucemi. V současné době jsou již vypracovány mnohé preventivní programy pro mateřské, základní školy a střední školy, které se soustřeďují na oblast zdravého životního stylu. Školní preventivní programy mají ráz plánovaných, oficiálně provozovaných aktivit, jsou obvykle zařazeny do **oficiálního kurikula** školy. Kromě toho mezi učiteli a žáky, mezi spolužáky a vrstevníky navzájem, mezi rodiči a dětmi probíhají děje neoficiální, které se také týkají medicínských poznatků. Např. negativně ovlivňuje kouření dospělých, nabízení drog, nabízení alkoholu, svádění, vyhrožování, projevy násilí a šikanování. To všechno jsou jevy, s nimiž se děti a dospělí setkávají před školou i v prostorách školy. Musejí se s nimi nějak vyrovnat. V těchto situacích se jedinec učí, učí se tím, že situace zakouší na vlastní kůži, tím, že se nějak zachová. Jde o způsoby chování, o postoje, o životní hodnoty a normy chování jež nejsou součástí oficiálních snah. Naopak tvoří ono reálně

existující, avšak pro nezúčastněné osoby **skryté kurikulum, nezáměrná výchova** ve škole (Mareš, 2002: 141). Proto je nutné trvat na tom, aby všichni zaměstnanci školy dodržovali zásady zdravého životního stylu. To však v úkol nelehký, v praxi těžko splnitelný.

Přesto bychom se měli o takový přístup pokusit.

Školy na Novém Zélandu zavádějí pravidla o omezení kouření (Darling et al., 2006). Využívají nejen edukační programy podporující ukončení kouření, ale uplatňují i tresty pro studenty, kteří byli přistiženi při kouření. Ve studii bylo zjištěno, že **tresty nevedly ke snížení počtu kuřáků**, ale efektivnější se ukázala výchova k nekouření. Důležité je i dodržování pravidel nekouření všemi zaměstnanci školy, kteří ovlivňují svým chováním i studenty. To prokazuje **nutnost nekuřáckých vzorů (nejen učitelů a vychovatelů, ale i správních zaměstnanců)** pro formování postojů dětí k nekouření. **Sebelepší program může pouze prodloužit začátek kouření, nebudou-li tam vzory požadovaného nekuřáckého chování.**

Je všeobecně předjímaným předpokladem, že primárně preventivní program ve škole by měl být efektivní, účinný. Důležitou funkci ve zvýšení efektivity programu **hraje, jak už bylo výše zmíněno, zapojení rodiny a rodičů do školního preventivního programu** (Gingiss et al., 2006). V Holandské studii (Huver et al., 2006) se ukázalo, že nepůsobí pouze rodiče na své děti, ale i děti ovlivňují své rodiče. Zdá se, že v mladším věku může dojít u dětí ke **změně chování beze změny v kognitivním přijetí, bez internalizace, zvnitřnění**. K tomu dochází až ve vyšším věku kolem 14-15 let. Některé výzkumy dosvědčují, že výuka medicínských poznatků, (žákovo pojetí učiva – soubor subjektivních představ žáka o učivu) zejména na základní škole nebývá příliš účinná (Mareš, 2002). Proto je nutné využít v preventivních programech, při předávání medicínských poznatků, zvláště u malých dětí metodu prožitku, účast emocionálního zabarvení nové informace, her, dramatizace, modelové situace. Tedy vyzkoušení si situace na vlastní kůži, získání vlastních zkušeností. O tom jsme se v našem programu také pokusili.

Preventivní programy ve škole mohou pomoci učitelům s výukou, mohou poskytnout učitelům nejnovější aktuální medicínské informace, upozornění, rizika, doporučení, jakými aktivitami podporovat a posilovat zdraví dětí. Medicínské informace rychle zastarávají a zde se nabízí **spolupráce školy s lokálními zdravotními ústavy a hygienickými stanicemi**. Zdravotní ústav může pravidelně poskytovat nejnovější medicínské informace a učitel je po didaktickém zpracování předá vhodnou formou dětem. Je totiž obecně známým faktem, že většina učitelů nerada vyučuje těmto poznatkům, což bylo potvrzeno i v zahraničních výzkumech. Problémem je pro ně právě získávání nejnovějších odborných medicínských přístupů a preventivních doporučení. Tyto informace naopak velice pozorně sledují a jsou pro tuto činnost odborně připraveni hygienici. Na každé škole pracuje učitel - preventista, který je pověřen a zodpovídá za preventivní programy na každé škole. **Spolupráce preventisty a pověřeného pracovníka na hygienických ústavech** by mohla zajistit vysoce kvalitní, flexibilní a efektivní výchovu ke zdraví na každé škole.

## Využití programu

Je ověřeným faktem, že dlouhodobá intenzivní protikuřácká výchova a výchova ke zdravému životnímu stylu, zapracovaná do kurikula školy, má lepší výsledky, než krátkodobé kampaně a jednorázové projekty. Proto doporučujeme zahrnout program Normální je nekouřit do vlastního školního vzdělávacího programu jednotlivých škol a **řešit tak tento problém komplexně**.

Mnohé programy doporučují **působit na děti ve čtyřech úrovních**, a to:

- a) úroveň individuální – výuka ve škole, školení učitelů
- b) úroveň školní – nekuřácké školní prostředí, všichni zaměstnanci školy
- c) úroveň rodičovská – pomoci rodičům, jak s dětmi hovořit o kouření, pomoc rodičům, jak přestat kouřit, schůzka s rodiči
- d) úroveň mimoškolní – publikace v lokálních médiích, akce komunity pro děti, spolupráce školy s místními organizacemi.

Tento přístup je především doporučován evropským programem (European Smoking Prevention Framework Approach) ESFA. (De Vries et al., 2006). Program je první evropskou integrovanou snahou o spolupráci v této problematice ve školním prostředí. Program byl započat v únoru 1997 jako randomizovaná kontrolní studie, kde participovaly tyto země EU: Finsko, Holandsko, Německo, Velká Británie, Španělsko a Portugalsko. Mnohé země vypracovaly vlastní Národní program kuřácké prevence, který k projektu přispěl svým systematickým pojetím. Evaluace byla hodnocena po 12, 24 a 30 měsících po intervenci. Některé země vykazovaly pozitivní efekt (Finsko, Španělsko), některé negativní (VB, Holandsko, Portugalsko, Německo). Školy, které vykazovaly vyšší efekt programu připravily pro učitele více hodin proškolení a zajistily vyšší motivaci učitelů.

### **Zařazení do školního vzdělávacího programu**

Náš nový program pro 2. třídy je možno využít k navázání a rozvíjení zdravotní tematiky komplexně v kurikulu školy. Motivovat děti k zdravému životnímu stylu a ne jen jako část výuky přírodovědy, ale jako celý komplexní přístup k výchově ke zdraví obecně v nejširších souvislostech. Tento přístup se při naší intervenci nepodařilo z důvodu krátkodobého působení zajistit. Předpokládáme, že však v ruce tvůrčího učitele může být mnohem více rozvinut a tvořivěji použit, může mít co nejširší uplatnění a v působení na děti ještě efektivnější účinek. Program je možné zahrnout do projektového vyučování. A je možné jej doporučit školám k **zařazení do jejich školního vzdělávacího programu**. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV) zavádí **vzdělávací oblast „Člověk a jeho svět“ pro 1. stupeň základní školy**, do jejíž vzdělávacího obsahu se řadí i **tématický okruh „Člověk a jeho zdraví“**. Tento obsah je realizován ve vyučovacím předmětu prvouka a přírodověda. Pro I. období (1.-3.třída ZŠ) jsou závazné výstupy, které **projekt „Normální je nekouřit“** svým obsahem plně pokrývá, nebo k nim velkou měrou přispívá. Jedná se především o **tyto VÝSTUPY**:

- žák dodržuje zásady bezpečného chování tak, aby neohrožoval zdraví své a zdraví jiných
- žák uplatňuje základní hygienické, režimové a zdravotně preventivní návyky s využitím elementárních znalostí o lidském těle
- projevuje vhodným chováním a činnostmi vztah ke svému zdraví

### **Tématický okruh „Člověk a jeho zdraví**

zahrnuje učivo, které je **obsaženo i v projektu „Normální je nekouřit“**. Je tedy možné jej využít ke splnění cílů tohoto tématického okruhu.

Žáci:

- poznávají sebe a své nejbližší okolí (v průběhu výuky všech pěti lekcí, hodin)
- při osvojování poznatků a dovedností v programu se učí vyjadřovat své myšlenky, prožitky, poznatky a dojmy, reagovat na myšlenky, názory a podněty jiných (v diskusích nad motivačními příběhy a videem v každé lekci)

- opírají se o vlastní prožitky vycházející z konkrétních nebo modelových situací přímo v hodině, tak si osvojují potřebné dovednosti a způsoby jednání a rozhodování (hraní rolí, povídání příběhů, hry, vlastní zkušenosti)
- poznávají, co je pro člověka vhodné a nevhodné z hlediska denního režimu, hygieny, výživy, mezilidských vztahů
- učí se odmítat návykové látky
- získají poznatky o zdraví, zdravé výživě, denním režimu, pitném režimu, pohybovém režimu
- doplní si základní poučení o zdraví a nemocech, o zdravotní prevenci
- dochází k poznání, že zdraví je nejcennější hodnota v životě
- postupně si uvědomují, jakou odpovědnost má každý člověk za své zdraví i zdraví jiných

Projekt „Normální je nekouřit“ rovněž utváří a **rozvíjí KLÍČOVÉ KOMPETENCE** tím, že vede žáky k:

- samostatné i týmové činnosti (kompetence pracovní)
- orientaci ve světě informací (kompetence komunikativní)
- přirozenému vyjadřování pozitivních citů ve vztahu k sobě i k okolnímu prostředí (kompetence sociální a personální)
- objevování a poznávání všeho, co jej zajímá (kompetence k učení)
- poznávání podstaty zdraví a příčin nemocí (kompetence sociální a personální)
- upevňování preventivního chování, účelného rozhodování a jednání v různých situacích ohrožení vlastního zdraví a bezpečí i zdraví druhých (kompetence občanské)

Normální je nekouřit **rozvíjí i PRŮŘEZOVÁ TÉMATA**

### 1) Osobnostní a sociální výchova

- udržování psychického zdraví, psychohygiena
- sebepoznávání, poznávání vlastního těla, sebepojetí
- komunikace, mezilidské vztahy, kooperace
- hodnota zdraví a chování vedoucí ke zdraví

### 2) Výchova demokratického občana

- obhajování pozitivního postoje ke zdravému životnímu stylu
- správné rozhodování s vědomím vlastní zodpovědnosti za své zdraví
- podporuje komunikativní, formulační, argumentační schopnosti a dovednosti
- vychovává k úctě k životu a ke zdraví
- motivuje k empatii, ohleduplnosti, ochotě pomáhat nemocným, slabším
- učí k sebeúctě, sebedůvěře
- rozvíjí disciplinovanost

### 3) Výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech

- orientuje žáky v globálních problémech souvisejících se zdravím (WHO – světová zdravotnická organizace, program Zdraví 21)
- podporuje pozitivní postoje k tradičním evropským hodnotám – zdraví nejcennější hodnota



#### 4) Multikulturní výchova

- vede k respektování odlišností
- tolerance, spolupráce
- jedinečnost každého člověka a jeho individuální zvláštnosti

#### 5) Enviromentální výchova

- vliv prostředí na zdraví
- důležitost péče o přírodu, ochrana přírody
- vede k uvědomování si podmínek života a možnosti jejich ohrožování
- vnímání života jako nejvyšší hodnoty – zdraví, nemoc, kvality života nemocného člověka
- utváření zdravého životního stylu zahrnujícího životní prostředí
- nezbytnost udržitelného rozvoje, udržování zdravého životního prostředí pro zdraví lidí
- vztah člověka a prostředí

#### 6) Mediální výchova

- vytváření kritického odstupu od mediálních sdělení propagující zdravou výživu, reklamy na potraviny, cigarety, nápoje (coca cola,...), kritický přístup k reklamě
- komunikační schopnosti dětí vyjádřit své myšlenky, veřejné vystupování v diskusi
- uvědomování si hodnoty vlastního života (volného času), smysluplné využití, denní režim,
- uvědomění si možnosti svobodného vyjádření vlastních postojů v diskusích nad tématem zdraví, nemoc, kvalita života
- tvorba mediálního sdělení - plakátu, koláže, (co je zdravé, nezdravé)

### Závěr

**Cílem** projektu bylo pokračovat v edukačním programu pro děti první třídy. **Připravit navazující pětihodinový program pro děti druhé třídy, realizovat jej v praxi a ověřit jeho efektivitu.** Dlouhodobým cílem programu bylo pak ovlivnění dětí tak, aby se zdraví stalo jejich prioritní hodnotou, aby se dokázaly rozhodnout ve prospěch svého zdraví a postupně se připravit na převzetí odpovědnosti za své vlastní zdraví. Hlavním dlouhodobým cílem programu je, **aby se děti vědomě staly nekuřáky.** Jak už bylo uvedeno, **na utváření a přijetí zdravého způsobu života** dětí má majoritní vliv rodina. Je známo, že význam rodičů, jejich přijímané hodnoty a vzorce chování v každodenním životě jsou pro děti determinující. Nemalý vliv na chování podporující zdraví mají u dětí i vrstevníci. Postupně se začíná jejich vliv s věkem a utvářením vrstevnických vztahů zvyšovat. Nezastupitelnou úlohu má rovněž škola svým výchovným působením. Může být významným činitelem v tomto procesu a proto primárně preventivní programy zde mají nezastupitelné místo. Ovlivňování hodnot, postojů a chování zaměřeného k zdravému způsobu života je dlouhodobý a systematický proces a nemůže být jednoznačně zjištěno jejich ovlivnění v průběhu našeho výzkumu. Proto chceme pokračovat v dalších letech po dobu pěti let do ukončení vzdělávání na 1. stupni základní školy. Až pak se snad může částečně projevit, zda dítě bude upřednostňovat zdravý způsob života.

Závěry loňského výzkumu byly zohledněny při přípravě tohoto programu pro 2. třídy základních škol. V letošním projektu jsme se více zaměřili na ovlivnění rodičů směrem k uvědomění si nebezpečnosti pasivního kouření v domácím prostředí. Nebezpečnosti expozice dětí pasivnímu kouření

(ETC-Environment Tobacco Smoke) doma. Výše zmíněný program chce přispět k utváření hodnot, postojů a chování upřednostňujících zdravý životní styl. Jestliže se podaří zafixovat zdravý životní styl v dětském věku, bude větší pravděpodobnost, že dítě bude v dospělosti automaticky tento styl dodržovat. To je hlavním záměrem dlouhodobého působení komplexní výchovy ke zdraví ve školních vzdělávacích programech a školním oficiálním i skrytém kurikulu obecně.

## Literatura

1. AMONINI, C.; DONOVAN, R. J. The relationship between youths moral and legal perception of alcohol, tobacco and marijuana and use of these substance. *Health Educational Research*, 21, 2, 2006, s. 276-286.
2. AMOS, A.; WILTSHIRE, S.; HAW, S.; MCNEILL, A. Ambivalence and uncertainty: experiences of and attitudes towards addiction and smoking cessation in the mid-to-late teens. *Health Education Research*, 21, 2, 2006, s. 181-191.
3. Centers for Diseases Control and Prevention: Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. MMWR No. RR-2, 1995, 174 s.
4. DE VRIES, H.; FROUKJE, D.; WETZELZ, J.; MUDDE, A.; KREMERS, S.; ARIZA, C.; DUARTE VITORIA, P.; FIELDER, A.; HOLM, K.; JANSSEN, K.; LEHTOVUOURI, R.; CANDEL, M. The European Smoking prevention Framework Approach (ESFA): effects after 24 and 30 months. *Health Educational Research*, 21, 1, 2006, s. 116-132.
5. DUASO, M. J.; DE IRALA, J.; CANGA, N. Employees perceived exposure to environmental tobacco smoke, passive smoking risk beliefs and attitudes towards smoking: a case study in a university setting. *Health Educational Research*, 21, 1, 2006, s. 26-33.
6. GINGISS, P.; BOERM, M.; ROBERTS-GRAY, C. Follow-up comparison of intervention and comparison schools in a state tobacco prevention and control initiative. *Journal of School Health*, 76, 3, 2006, s. 98-103.
7. HOLČÍK, J. Zdraví 21 – základ evropské zdravotní politiky a výchovy ke zdraví. In *Učitelé a zdraví 6*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-093-X.
8. HRUBÁ D. Kouření a já – projekt výchovy žáků základních škol. III. Celkové hodnocení pilotní studie. *Hygiena*, 41, 1996, s. 262-269.
9. HRUBÁ, D. Programy výchovy dětí k nekouření a specifická role učitele. In *Učitelé a zdraví 6*. Brno : Paido, 2004, s. 229-313. ISBN 80-7315-093-X.
10. HUVER, M. E.; ENGELS, M. E.; DE VRIES, H. Are antismoking parenting practices related to adolescent smoking cognition and behavior? *Health Education Research*, 21, 1, 2006, s. 66-77.
11. HYLAND, A.; WAKEFIELD, M.; HIGBEE, CH.; SZCZYPKA, G.; CUMMINGS, K. M. Anti-tobacco television advertising and indicators of smoking cessation in adults: cohort study. *Health Education Research*, 21, 2, 2006, s.296-302.
12. KOZÁK, J. T. Onkologické riziko: kouření. *Klinická onkologie*. Ročník 13, zvláštní číslo, 2000, s. 5-7. ISSN 0862-495-X.

13. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
14. MACKAY, J. et al. *The Tobacco Atlas*. Second Edition, Hong Kong : American Cancer Society, Myriad Edition Limited, 2006, 128 s. ISBN 0-944235-58-1.
15. MAREŠ, J. Medicína a pedagogika: jejich vzájemné ovlivňování a vzájemný průnik. *Pedagogika*, 2002, 52, č. 2 , s. 138-159. ISSN 3330-3815.
16. MŠMT ČR. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Praha : 2005.
17. MZ ČR. *Zdraví 21 – Výklad základních pojmů*. Úvod do evropské zdravotní strategie. Praha : 2004. ISBN 80-85047-33-0.
18. National Cancer Institute: School programs to prevent smoking: The NCI Guide to strategies that succeed. DHHS Publication No NIH 90-500, 1990.
18. SOVINOVÁ, H.; CSÉMY, L. et al. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha : 2003, 92 s. ISBN 80-7071-230-9.
19. ŽALOUĐÍKOVÁ, I.; HRUBÁ, D. *Normální je nekouřit, 1. díl*. Brno : Paido, 2005, 72 s. ISBN 80-7315-105-7.
21. ŽALOUĐÍKOVÁ, I.; HRUBÁ, D. *Normální je nekouřit, 2. díl*. Brno : Paido, 2006, 92 s. ISBN 80-7315-128-6.
22. 13th World Conference on Tobacco or Health, Library of abstracts, Washington, D.C.: 2006

***Kontakt na autory:***

---

**PhDr. Mgr. Iva ŽALOUĐÍKOVÁ**

PdF MU Brno

Poříčí 31, 609 00 Brno

E-mail: [zaloudikova@ped.muni.cz](mailto:zaloudikova@ped.muni.cz)

tel: 549 496 688

fax: 549 491 620

**Prof. MUDr. Drahoslava HRUBÁ, CSc.,**

Lékařská fakulta MU,

Komenského náměstí 2

662 43 Brno,

[hruba@med.muni.cz](mailto:hruba@med.muni.cz),

tel. 420- 54 949 4068