

NORMÁLNÍ JE NEKOUŘIT

NON-SMOKING IS A NORM

IVA ŽALOUĐÍKOVÁ¹, DRAHOSLAVA HRUBÁ²

¹Pedagogická fakulta MU, Brno

²Lékařská fakulta MU, Brno

SOUHRN

Nový výchovně vzdělávací program „Normální je nekouřit“ je určen pro žáky 1. až 3. tříd základních škol a měl by vyplnit současnou mezeru v kontinuální primární prevenci proti kouření dětí v České republice. Program rozvíjí aktivní práci dětí ve škole i v rodině pomocí konkrétních úkolů.

Metodika: Program pro první třídu zahrnuje manuál pro 5 lekcí, jako doplněk k němu patří plyšová Veverka Věrka (jako symbol zdraví) a videokazeta s příběhem o Cigaretě Retce (symbol nezdravého způsobu života). Hodnocení efektivity programu bylo provedeno pomocí individuálního strukturovaného rozhovoru s každým dítětem zvlášť v kombinaci s kresbou „Co je zdravé?“. Pretest byl realizován před zahájením programu a posttest po 6 měsících. Byly hodnoceny znalosti dětí o zdravotních rizicích kouření, expozice dětí vlivu kuřáků i kouření, postoje ke kouření, znalosti toho, co je zdravé a nezdravé. Údaje byly stejným způsobem získávány pro intervenovaný/experimentální a kontrolní soubor, rozdíly byly hodnoceny v programu EPI INFO statistickými testy Mantelovým Haenszelovým a Fisherovým.

Výsledky: Soubory s programem (E = 1058 dětí) a kontrolní (K1, K2 = 800 dětí) byly při vstupním vyšetření ve většině sledovaných znaků shodné. Mnoho dětí je v rodinách vystaveno vlivu kuřáctví jejich rodičů a prarodičů (čtvrtina má kouřící matky, více než třetina kouřící otce a prarodiče), cca 15 % pobývá v zakouřeném prostředí, v kuřáckých rodinách má mnoho dětí snadný přístup k cigaretám (10 až 20 %).

Program významně zvýšil znalosti dětí o zdravotních rizicích kouření, o rozlišení zdravých a nezdravých faktorů běžného způsobu života. Program pozitivně ovlivnil žádoucí postoje dětí ke kouření: v intervenovaném souboru významně vzrostl počet dětí s kritickými postoji ke kuřáctví dospělých a naopak klesl počet pozitivních hodnocení kuřáctví mužů a žen. V souboru ovlivňovaném programem se na rozdíl od souborů kontrolních významně zvýšil počet dětí, které nechťejí kouřit v budoucnu. Počet potenciálních budoucích kuřáků se proti vstupnímu vyšetření významně nezměnil, zatímco v kontrolních souborech významně vzrostl.

Závěr: Studie potvrdila, že program „Normální je nekouřit“ je účinnou výchovně-vzdělávací primárně-preventivní metodikou pro žáky prvních tříd základních škol.

Klíčová slova: kouření, primární prevence, program pro základní školy

SUMMARY

The new educational primary preventive school-based programme „Non-Smoking is a Norm“ has been prepared for the 1st to 3rd grades of primary school to complete the continuing series of anti-smoking primary prevention in the Czech Republic. The aim of the programme is to promote the pupils' interest in non-smoking.

Methods: The stage for 1st graders includes a manual with 5 lectures, supplied with Verka the Squirrel (as a symbol of healthy lifestyle) and videotape presenting Retka the Cigarette (symbol of unhealthy lifestyle). Data for evaluation were obtained with the combination of individual structured interview and the expression of the pupils' knowledge by drawing. Data of children's knowledge about health risk of smoking, their exposure to smoking, their attitudes towards smoking and knowledge of „healthy“ and „unhealthy“ lifestyle, was collected prior to the intervention and repeated 6 months later. Both of the experimental and control groups were assessed with the same methods. Differences were evaluated by the EPI INFO statistic programme (Mantel Haenszel and Fisher tests).

Results: In the first inquiry there were 1,058 children in the experimental group and 800 respondents in the control group. Many children were influenced by their smoking relatives (a quarter of them had smoking mothers, more than a third of them had smoking fathers and grandparents), about 15% of them are exposed to ETS at home, 10% to 20% of children living in smoking families could manipulate with cigarettes.

The programme significantly enhanced children's knowledge about health risks of smoking and about „healthy“ and „unhealthy“ components of lifestyle. Critical attitudes towards adults' smoking have significantly increased. In the experimental group, the significant increase of the frequency of those who intend to be a non-smoker in the future has been observed. On the other hand, the number of potential future smokers has remained almost the same in the experimental group, while the number of those considering future smoking was significantly enhanced in the control group.

Conclusion: The study has confirmed the efficacy of the new educational primary preventive anti-smoking programme for the 1st grade of primary schools.

Key words: smoking, primary prevention, programme for primary schools

Úvod

Odborníci zabývající se epidemiologií kuřáctví a jeho zdravotních následků jsou znepokojeni rostoucími trendy kouření dětí a mládeže. V mnoha zemích

jsou úspěšně realizovány programy snižující kouření mezi dospělými: zákaz kouření na pracovištích (5), různé metody odvykání kouření a terapie závislosti (3), či komplexně pojaté programy omezování kouření (11). Naopak, kontrola nad kuřáctvím dětí a mladistvých je

stále nedokonalá, přestože v řadě zemí se již podařilo redukovat či odstranit některé faktory, které kouření dětí podporují: omezení až zákaz reklamy (14), zákaz prodeje tabákových výrobků dětem a mladistvým (13), uvalení zvýšených daní na tabákové výrobky (9).

V zahraničí i v České republice bylo vytvořeno mnoho primárně preventivních programů založených na ovlivnění dětí a dospívajících školou, zaměřených nejen na zvýšení znalostí o zdravotních následcích kouření, ale i na ovlivnění postojů dětí ke kouření a rozvoj procesu aktivního rozhodování stát se nekuřákem (6). Mnohé programy sice vznikají spoluprací pedagogů, psychologů i lékařů, narážejí však na psychologické zvláštnosti pubertálního a dospívajícího období, kdy děti necítí odpovědnost za své chování a neznepokojují se možným poškozením zdraví v několik desítek let vzdálené budoucnosti (7). Profesionální reklama i vliv nejbližší rodiny, populárních osobností i filmových postav ukazuje legální drogy jako přirozenou součást života dospělých, kteří se pro děti stávají modelem. Škola je jednoznačně doporučována jako vhodné prostředí pro výchovu ke zdraví, zahrnující i výchovu k nekouření (2).

Většina školních programů primární prevence kouření se zaměřuje na populaci staršího školního věku, tedy děti 11leté až 15leté, neboť v tomto období nečastěji dochází k prvním kuřáckým pokusům, k jejich opakování, a postupně i k pravidelnému kouření. V České republice je nejvíce rozšířen program Kouření a já (8) a jeho některé modifikace, v zemích Evropské unie se mu nejvíce podobá program ESFA (4); oba programy mají své předchůdce v zámoří, např. Smoking and Me v Minnesotě (16), program PATH v Oregonu (17) a další.

Školní výchovně vzdělávací protikuřácké programy jsou účinnější, pokud osloví děti, které ještě nezačaly kouřit. Je proto vhodné, aby se začínaly používat už v předškolním věku a pokračovaly po celou dobu docházky do základních a středních škol. Pokud jsou jednotlivé programy vytvořeny tak, aby citlivě reflektovaly věkové zvláštnosti jednotlivých vývojových etap dětí, pak jsou jejich výsledky příznivější než programy krátkodobé nebo dokonce jen kampaňové (15).

V České republice jsou relativně hojně rozšířené programy pro mateřské školy a pro 2. stupeň základních škol; k dispozici je i program pro střední školy. Všechny vznikly v rámci Programů podpory zdraví MZ ČR a byly ověřeny v kontrolovaných studiích (8). Mezeru pro věkovou skupinu dětí mladšího školního věku vyplňuje nový program „Normální je nekouřit“. Výsledky první etapy pilotní studie (programu pro 1. třídy ZŠ) ukázaly, že po formální stránce je program vhodný pro tuto věkovou kategorii (18), a proto jeho účinnost byla ověřována v širší studii, jejíž výsledky obsahuje tato práce.

Pilotní studie, ověřující realizovatelnost programu, byla podpořena Ligou proti rakovině a výzkumným záměrem PdF MU „Škola a zdraví 21“, MSM0022421216. Při přípravě videokazety byl adaptován snímek připravený v OHS Blansko v rámci projektu pro mateřské školy „My kouřit nechceme ani pasivně“ (PPZ 2000/2001) s autorským svolením i přispěním MUDr. Gabriely Černohousové.

Soubory a metodika

Program pro první třídu zahrnuje 5 lekcí, jako doplněk k němu patří i maskot programu – plyšová veverka Věrka a videokazeta o Cigaretě Retce a orgánech, kterým v lidském těle nejvíce škodí (Srdíčko, Bratříčci Plíce a Zoubek).

Nabídka účasti v širší studii byla učiněna především školám participujícím na pilotním projektu v Brně, dále pak prostřednictvím prezentace programu na odborných seminářích a konferencích v celé ČR. V některých lokalitách pomáhali s šířením nabídky a koordinací předávání materiálů odborní pracovníci hygienické služby (Klatovy, Pardubice, Zlín) nebo zastupitelských úřadů (Bruntál, Chrudim). Ve Frýdku-Místku byl program rozšířen učitelkou z jedné pilotní školy, spoluautorkou metodiky. Z jiných lokalit se zapojily jen jednotlivé školy.

Ve školách, kde bylo více paralelních prvních tříd, byl výukový program nabídnut jen polovině z nich (třídy experimentální E – s programem), zbylé sloužily jako třídy kontrolní (K1). Podařilo se rovněž zajistit několik kontrolních tříd ze škol, kde program neprobíhal (K2); jejich výsledky byly hodnoceny zvlášť, aby bylo možno posoudit, zda ve škole s programem nedochází k „infiltraci“ výukových postupů mezi děti, které programem neměly být ovlivněny.

Vedení škol dostalo informace o cílech i metodice programu, k prostudování manuálu současně s pretesty. Do kontrolních tříd byly zaslány pouze testové formuláře.

Formuláře pro PRETEST i POSTTEST byly téměř shodné: v posttestu byl vynechán dotaz na kouření prarodičů a nahrazen dotazem na expozici dětí zakouřenému prostředí (doma, na návštěvách, na zastávkách atd.). Formuláře měly několik částí, kterými byly hodnoceny: A. znalosti dětí o zdravotních následcích kouření, B. postoje dětí ke kouření, C. expozice dětí vlivu kuřáků (rodičů, prarodičů); tyto části formuláře byly připraveny písemně a údaje byly získávány pomocí individuálního strukturovaného rozhovoru s každým jednotlivým dítětem.

Dále byly ještě zjišťovány názory dětí na zdravé (část D) a na nezdravé (část E) potraviny, nápoje, činnosti v každodenním životě. V pretestu byly na barevné obrázkové příloze věci a činnosti vyobrazeny, přičemž každé dítě mělo vybrat zobrazení nezdravého a učitel je označil v předtištěném výčtu. Názor, co je naopak zdravé, vyjádřilo každé dítě svou vlastní kresbou. Všechny kresby byly později hodnoceny jediným členem řešitelského týmu, kódovány pro zanesení dat do PC. Sloužily pouze jako doplňková informace.

V posttestu, který byl vyplňován za 4 měsíce po skončení programu, resp. za 6 měsíců po vyplňování vstupních dotazníků v pretestu, byl postup stejný, pouze pro údaje, co je zdravé/nezdravé, už nebyly poskytnuty obrázkové přílohy a děti kreslily jen své nápady. Část E dotazníku (nezdravé) byla graficky označena větším písmem a mohly ji vyplnit děti samy.

Součástí metodiky byly i informativní dopisy rodičům a dotazník zkoumající jejich zapojení do úkolů, spolupráci s dětmi a jejich hodnocení programu.

Pro statistickou analýzu umožňující hodnocení vlivu programu na znalosti, postoje a expozici dětí byly vytvořeny programy v EPI INFO, nalezené rozdíly byly hodnoceny statistickými testy Mantelovým Haenszelovým a Fisherovým (při počtu případů menším než 5).

Výsledky

Do studie se původně zapojilo 71 základních škol. Bohužel se ukázalo, že mnozí vyučující nedodrželi podmínku jednotného postupu při kontrolním šetření. V některých třídách vyplňovaly formuláře děti samy. Závažné chyby, znemožňující využít získaná data, se projevily jak při úvodním pretestu, tak v ještě větší míře v závěrečném posttestu. Proto některé školy či třídy musely být z hodnocení vyloučeny. Pro vyhodnocení vstupních dat bylo v intervenovaném souboru (E) ponecháno 53 tříd s počtem 1058 dětí, kontrolu tvořilo 630 dětí ze škol, kde program probíhal v paralelních třídách (K1), 170 dětí bylo ze škol, kde program neprobíhal (K2). Protože v posttestu došlo k dalšímu úbytku správně vyplněných dotazníků jak v intervenovaném/experimentálním, tak v obou kontrolních souborech na celkový počet 813, byla efektivita programu hodnocena jen podle údajů ze škol, pro které byly získány jak v úvodním, tak v závěrečném šetření.

Údaje poskytnuté v pretestu dětmi z intervenovaného souboru E a kontrolních souborů K1 a K2 se ve většině znaků statisticky významně nelišily. Pod znakem „jiné“ se nejčastěji v pretestu i posttestu vyskytovaly údaje o vztahu kouření ke žloutence a k dalším chorobám. Naopak jen ojedinělé děti uvedly zhoršenou výkonnost či estetické důvody (zápach, žluté prsty) v souvislosti s kouřením.

Porovnáním dat v pretestu a posttestu je zřejmé, že v oblasti znalostí o zdravotních následcích kouření došlo ke zlepšení v všech třech souborech, nejvýraznější úspěch byl jednoznačně v souboru dětí ovlivněných programem (tab. 1). Signifikantní rozdíly jsou mezi intervenovanou/experimentální a kontrolní skupinou nejen u znaku „rakovina“, o které program v první třídě ZŠ explicitně nepojednává, ale zejména u znaků „srdce, plíce, zuby“, na které se program v jednotlivých samostatných lekcích zaměřuje. Mezi oběma kontrolními soubory nejsou ve většině případů rozdíly statisticky významné.

Tab. 1: Znalosti dětí o zdravotních následcích kouření (%)

	Pretest E	Pretest K1	Pretest K2	Post-test E	Post-test K1	Post-test K2
Kouření škodí zdraví	97,8	98,1	98,2	97,9	99	100
Rakovina	23,7	23,2	41,2	55,2****	31,4**	48
Nemoci srdce	6,5	2,7	0,6	64,1****	16,5****	26****
Nemoci plic	26,6	22,1	20	70,5****	30,1**	26 ***
Poškození zubů	2,6	0,2	1,2	26,4****	0,6	0
Jiné	12,6	11,9	15,3	17,9	15,9	28

Rozdíly ve znalostech mezi pretestem a posttestem,

E – experimentální skupina,

K1 – kontrolní skupina, paralelní třída ve škole, kde byl realizován program,

K2 – kontrolní skupina ve škole, kde nebyl program realizován.

Pozn: statistická významnost testována mezi frekvencí odpovědí v pretestu a v posttestu **** p < 0,0001, ** p < 0,01

Rozdíly v posuzování znalostí dětí o tom, „co je zdravé“, podle kreseb nejsou analyzovány. V mnoha třídách

tato část testu nebyla dětem zadána, v řadě dalších tříd byl tento úkol pojat jako výtvarné dílo, s určitým tematickým zaměřením (sporty, příroda), což neumožnilo dětem vyjádřit širší obsah tohoto pojmu.

U všech znaků charakterizujících **názory dětí na to, „co je nezdravé“**, došlo k podstatnému a statisticky vysoce významnému zvýšení znalostí u dětí v souboru s programem. Naopak výjimečně byla frekvence správných výběrů signifikantně zvýšena v kontrolním souboru K1 a u řady znaků došlo dokonce ke snížení frekvence správného výběru v souboru K2; v této skupině byl však na jedné straně lepší výchozí stav, na druhé straně došlo k nejvýraznějšímu poklesu počtu respondentů (tab. 2).

Tab. 2: Znalosti, co je nezdravé (%)

	Pretest E	Pretest K1	Pretest K2	Post-test E	Post-test K1	Post-test K2
Sladkosti	74,9	75,2	75,9	89****	79	60
Uzeniny	45,7	45,2	57,9	57****	45,1	42
Alkohol	89,6	91,1	90,3	94,5****	92,2	84
Cigarety	95,3	95,7	92,4	99****	98,5**	100***
Chipsy	67,2	66,3	82,1	86,2****	75,3***	84*
Opalování	39,4	39,4	73,1	66,5****	56,4****	64

Rozdíly ve znalostech mezi pretestem a posttestem,

E – experimentální skupina,

K1 – kontrolní skupina, paralelní třída ve škole, kde byl realizován program,

K2 – kontrolní skupina ve škole, kde nebyl program realizován.

Statistická významnost **** p < 0,0001, *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05

Vliv programu na **postoje dětí ke kouření dospělých**, které byly vyjádřeny jejich obdivem (známkami 1 nebo 2) nebo naopak zavrhováním kuřáctví (známka 5), byl **patrný výrazněji při posuzování mužů**. Ve všech souborech poklesla frekvence známek vyjadřujících obdiv u kuřáků obojího pohlaví; v souboru s programem byl při hodnocení mužů pokles „obdivovatelů“ statisticky významný. Naopak zvýšení odsuzujících hodnocení (známka 5) bylo nalezeno pro obě pohlaví jen v souboru dětí s programem (výrazněji pro muže) a v kontrolním souboru K2 při hodnocení žen. V kontrolním souboru K1 se počet odsuzujících názorů naopak dokonce snížil u mužů i žen a v souboru K2 bylo snížení názorů odsuzujících kouření hochů/mužů zvláště výrazné (téměř o 8 %). Statistická významnost hodnotící změny ve frekvenci postojů se projevila jen v souboru s programem (tab. 3).

Tab. 3: Postoje dětí ke kouření dospělých

Známka	Pretest E	Pretest K1	Pretest K2	Posttest E	Posttest K1	Posttest K2
1+2 ženy	2	1,9	1,8	1,2	1	0
5 ženy	91,5	90	94	93,6	88,7	98
1+2 muži	3,6	4,6	2,4	1,8*	2,8	2
5 muži	84,8	84,8	91,6	90,2****	84,6	83,7

Hodnoceno známkou 1–5 jako ve škole. Obdiv je vyjádřen známkami 1 a 2, odmítnutí známkou 5. Porovnání

pretestu a posttestu.

E – experimentální skupina,

K1 – kontrolní skupina, paralelní třída ve škole, kde byl realizován program,

K2 – kontrolní skupina ve škole, kde nebyl program realizován.

Pozn. Statistická významnost **** $p < 0,0001$,
* $p < 0,05$

Frekvence dětí, které chtějí v budoucnu kouřit, se zvýšila ve všech skupinách. Ovšem frekvence „budoucích kuřáků“ je ve druhém vyšetření statisticky významně nejnížší v souboru experimentálním, v němž i nárůst potenciálních kuřáků za dobu 6 měsíců byl jen statisticky nevýznamný. Nárůst byl nejvyšší (statisticky významně) v souboru K1, který se i nejvíce lišil od souboru s intervencí. Současně ovšem vzrostl i počet dětí, které uvedly, že jsou rozhodnuty v budoucnu nekouřit; nejvýrazněji v souboru s programem ($p < 0,0001$) (tab. 4).

Tab. 4: Úvahy dětí o kouření v budoucnosti (%)

	Pretest E	Pretest K1	Pretest K2	Posttest E	Posttest K1	Posttest K2
Bude kouřit	2,2	3	4,1	2,8	5,8*	4
Nebude kouřit	86,4	84,9	88,2	91,6****	89,7*	92
Neví	11,2	11,7	7,6	5,4	4,2	4

E – experimentální soubor,

K1, K2 – kontrolní soubory, porovnání výsledků v pretestu a posttestu.

Pozn. Statistická významnost **** $p < 0,0001$,
* $p < 0,05$

Frekvence **rodičů, kteří dle výpovědí dětí kouří**, se v průběhu sledovaného období v podstatě nezměnila. Zvýšil se počet odpovědí svědčících o dostupnosti cigaret takto malým dětem; významně více v kontrolním souboru K1 (tab. 5).

Tab. 5: Expozice dětí pasivnímu kouření v domácím prostředí (%)

	Pretest E	Pretest K1	Pretest K2	Posttest E	Posttest K1	Posttest K2
Matka kouří	24,1	23,5	24,7	24,1	25,9	24
Otec kouří	38,2	40,2	35,9	33,9	36,7	46
Prarodiče kouří	39,4	35,4	47,1			
Nosí cigarety	6,8	7,8	8,9	7,5	12,5**	12
Připaluje cigarety	5,7	5,6	4,1	8*	7,5	8,2

Zahrnuje kouření rodičů a rizikové chování dětí, manipulace dětí s cigaretami.

E – experimentální soubor,

K1, K2 – kontrolní soubory, porovnání výsledků v pretestu a posttestu.

Pozn. Statistická významnost ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Mnoho dětí je vystaveno expozici pasivnímu kouření v domácím prostředí: téměř čtvrtina dětí má kouřící

matku, téměř 40 % dětí má kouřícího otce a kouřící prarodiče. Cca 11 % dětí v souboru s programem a 16 % až 20 % v souborech kontrolních má přístup k manipulaci s cigaretami, které kuřákům nosí a připalují. Je zřejmé, že rodiče malých dětí stále podceňují škodlivé vlivy pasivního kouření na jejich zdraví a nečiní dostatečná opatření na jejich ochranu. Přestože byli před zahájením programu o celém projektu informováni a dostali ještě i další výzvy k zapojení se do práce s dětmi při úkolech formujících jejich zdravý způsob života, zaslalo vyplněné dotazníky jen necelých 12 % rodičů. Ze 125 došlých odpovědí pouze v jednom případě byl vysloven názor, že program by mohl vzbudit nežádoucí zájem o kouření (vyjádřili jej rodiče – nekuřáci), ve dvou případech se rodiče domnívali, že zařazení problematiky kouření do výuky v první třídě je předčasné. Všechny ostatní ohlasy byly jednoznačně kladné; bylo potěšitelné, že všichni kouřící respondenti s protikuřáckou výchovou dětí souhlasili; mnozí zdůrazňovali potřebu, aby děti byly varovány před závislostí.

Diskuse

Učitelé byli velmi podrobně poučeni o nutnosti dodržení jednotného postupu při vyplňování vstupního a výstupního šetření. Naopak při realizaci programu mohli uplatnit tvůrčí doplnění či rozšíření, v jednotlivých lekcích byly dokonce uvedeny některé náměty. Program iniciuje co největší aktivní práci dětí ve škole i v rodině pomocí konkrétních úkolů. Nedodržení podmínek sběru dat v testech nebylo důvodem k odebrání programových materiálů, ale snížilo velikost souboru. V dalším pokračování byly proto přijaty do studie další školy s prvními třídami, jejichž hodnocení bude dodatečně zpracováno tak, aby byly v konečném výsledku splněny podmínky uvedené v záměru projektu.

Znalosti dětí o zdravotních následcích kouření byly v dotazníku zkoumány otázkami, zda kouření škodí zdraví a zda dotazovaný zná nějakou nemoc související s kouřením, případně ví, které orgány se „cigaret bojí“; na tento dotaz děti reagovaly volnou odpovědí. Výpovědi o rakovině, o nemocech plic, srdce a zubů byly hodnoceny samostatně, stejně jako označení estetických důsledků (zápach, žluté prsty), nebo snížení výkonnosti. Ostatní odpovědi byly zahrnuty do znaku „jiné“.

O tom, že kouření může vést k onemocnění rakovinou, vědělo mnoho dětí při obou vyšetřeních, přestože v programu se tento pojem nevyskytoval. Je možné, že tyto souvislosti děti znají z nejčastěji uváděných varovných nápisů na tabákových reklamách a krabičkách cigaret. I když ve školních osnovách je výchova ke zdraví v jistém rozsahu zakotvena, svědčí srovnání vývoje odpovědí dětí před intervencí a po ní o tom, že program výrazně ovlivnil jejich znalosti o zdravotních rizicích kouření, které nejčastěji postihují srdce, plíce a také orgány dutiny ústní; tyto orgány byly pro děti personifikovány loutkami ve videoprogramu. Procento dětí uvádějících v posttestu tyto vztahy v intervenovaném souboru bylo vysoce signifikantně vyšší než v obou kontrolních souborech, které se naopak mezi sebou navzájem významně nelišily.

Spíše ojediněle se vyskytovaly zajímavé údaje, svědčící o mimořádné a správné informovanosti respondentů: „nemůže se přestat“, „chuť na cigarety“, „alergie“, „stárnutí kůže“, „ucpávání cév“, „kratší život“. Děti věděly

i to, že kouření může poškodit i oči, mozek, kosti, žaludek a střeva, ledviny, dásně, krvinky. Nejčastěji dávaly do souvislosti různé infekční choroby: žloutenku, chřipku (i ptačí), AIDS, bacily.

Za příznivý vliv programu je možno považovat ovlivnění postojů dětí ke kouření, vyjádřené významným zvýšením počtu dětí, které odsuzují kouření hochů/mužů a dívek/žen udělením nejhorší známky 5, při srovnání se soubory kontrolními. Také úvahy o budoucím kouření či nekouření vyzněly v souboru s programem příznivěji v porovnání s kontrolami. Bohužel, nepodařilo se programem zaujmout a oslovit rodiče prvňáčků. Nejenže se nezměnila prevalence dospělých kuřáků, ale ani úsilí o zvýšení nedostupnosti kuřiva pro děti. Za závažné je rovněž třeba pokládat, že téměř 15 % dětí bývá exponováno zakouřenému prostředí, i když děti z intervenované skupiny je významně méně. Tyto skutečnosti byly zjištěny už v pilotním souboru, a tato studie je znovu potvrdila.

Analýza znalostí, co je zdravé, s označováním „zdravých“ a „nezdravých“ potravin a činností, ukázala, že většina dětí uvažuje správně. Kromě nabídnutých odpovědí také děti označovaly jako zdravé nápoje (vodu a bylinkový čaj), odpolední spánek, pěší chůze či chůze do schodů, z potravin rýži, kuřecí maso, houby. Zajímavé a nevšední bylo zařazení „života v rodině“ mezi pojmy „zdravé“. Některé děti měly i mylné názory, že zdravé jsou sladké potraviny (med, koláče, koblíhy, piškoty), nebo uzeniny či „brambůrky“.

Odborná literatura hodnotící efektivitu intervenčního zdravotně-výchovného působení na děti předškolního a mladšího školního věku je velmi omezená. Bezesporu má na tom podíl to, že ke sledování vlivů na tuto věkovou skupinu nelze použít běžné dotazníkové šetření, obvyklé pro starší populace dětí a dospělých. Zvolená metoda řízeného strukturovaného rozhovoru se zaškolenými tazateli se nabízela jako přijatelná, i když není zcela bezchybná. Děti v první třídě se mohou snažit podat očekávanou odpověď, kterou učitel bezděčně naznačí intonací či položením důrazu, nebo dokonce ještě jasnější – i když neúmyslnou – nápovědou. Děti v bezprostřední blízkosti tázaného mohou zaslechnout a pak opakovat jeho odpovědi. Také mohou v tomto věku vydávat za skutečnost své představy, např. když vypovídají o kuřáctví rodičů apod. Tyto okolnosti jsme zjišťovat nemohli, ale předpokládáme, že pokud k chybám docházelo, byly činěny jak v intervenovaných, tak i kontrolních souborech. Při kódování odpovědí byla vždy posuzována celá třída a pokud byly uvedené metodické chyby zřetelné, byl celý subsoubor vyřazen z dalšího zpracování a hodnocení.

Kombinace rozhovoru s kresbou byla zvolena především proto, že v literatuře byl tento postup již popsán u souboru dětí ve věku 9–10 let a doporučen jako vhodná metoda („draw and write“) pro šetření u mladších dětí (10). Aby se v maximální míře předešlo chybám při interpretaci kreseb, zpracovával je všechny jediný pracovník. Z výše uvedených důvodů však výpovědi kresbou jsou pokládány jen za orientační.

Dosud nejmladší věkové kategorie dětí ovlivňovaných školní protikuřáckou výchovou, u nichž byla hodnocena efektivita intervence, byli žáci třetích tříd (1) a 4. až 6. tříd (12): obě studie jednoznačně dokumentují pozitivní výsledky v oblasti znalostí o zdravotních rizicích a ve změnách postojů dětí. Také naše výsledky u ještě mladších dětí potvrdily, že cílené a přiměřené výchovné

působení má ve středním časovém horizontu prokazatelný pozitivní vliv v oblasti znalostí i postojů. Protože tento výchovný program je tříletý, bude možno hodnotit i další vývoj.

Závěry

Program „Normální je nekouřit“ zaměřený na věkovou skupinu 6–7letých školáků významně zvýšil znalosti dětí o zdravotních rizicích kouření a rozlišení zdravých a nezdravých faktorů běžného způsobu života. Program pozitivně ovlivnil žádoucí – tedy odmítavé – postoje dětí ke kouření. V intervenovaném souboru významně vzrostl počet dětí s kritickými postoji ke kuřáctví dospělých a naopak klesl počet těch, kteří hodnotili kuřáctví mužů a žen pozitivně. V souboru ovlivňovaném programem se na rozdíl od souborů kontrolních významně zvýšil počet dětí, které nechťejí kouřit v budoucnu, zatímco počet potenciálních budoucích kuřáků se proti vstupnímu vyšetření významně nezměnil a je signifikantně nižší než v kontrolních souborech.

Studie potvrdila, že program „Normální je nekouřit“ je účinnou výchovně-vzdělávací primárně-preventivní metodikou pro žáky prvních tříd základních škol.

Studie byla podpořena Národním programem zdraví, projekty podpory zdraví MZ ČR 2006, č. 9549.

LITERATURA

1. Botvi GJ, Griffin KW, Paul E, Macaulay AP. Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2003;12, (4): 1-17.
2. Centers for Diseases Control and Prevention. Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *MMWR Recomm Rep*. 1994 Feb 25;43(RR-2):1-18.
3. Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, Pabiniak Ch. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a Health Maintenance Organization. In: Warner KE, Isaacs SL, Knickman JR, editors. *Tobacco Control Policy*. San Francisco: J.Wiley; 2006, p. 403-16.
4. De Vries H, Candel M, Engels R, Mercken L. Challenges to the peer influence paradigm: results for 12-13 year old from six European countries from the European Smoking Prevention Framework Approach Study. *Tob Control*. 2006 Apr; 15(2): 83-9.
5. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. In: Warner KE, Isaacs SL, Knickman JR, editors. *Tobacco Control Policy*. San Francisco: J.Wiley; 2006, p. 277-96.
6. Glynn TJ. Essential elements of school-based smoking prevention programs. *J Sch Health*. 1989 May; 59(5): 181-8.
7. Hansen WB, Malotte CK. Perceived personal immunity: the development of beliefs about susceptibility to the consequences of smoking. *Prev Med*. 1986 Jul;15(4):363-72.
8. Hrubá D. Primárně preventivní protikuřácké programy v České republice. *Hygiena*. 2001;46(3):157-64.
9. Lewit EM, Coate D, Grossman M. The effect of government regulation on teenage smoking. In: Warner KE, Isaacs SL, Knickman JR, editors. *Tobacco Control Policy*. San Francisco: J.Wiley; 2006, p. 89-114.
10. Oakley A, Bendelow G, Barnes J, Buchanan M, Husain OA. Health and cancer prevention: knowledge and beliefs of children and young people. *BMJ*. 1995 Apr 22;310(6986):1029-33. Erratum in: *BMJ* 1995 May 13;310(6989):1231.
11. Pierce JP, Gilpin EA, Emery SL, White MM, Rosbrook B, Berry

- CCh, et al. Has the California Tobacco Control Program reduced smoking? In: Warner KE, Isaacs SL, Knickman JR, editors. Tobacco Control Policy. San Francisco: J.Wiley; 2006. p. 467- 85.
12. Price JH, Beach P, Everett S, Telljohann SK, Lewis L. Evaluation of a three-year urban elementary school tobacco prevention program. J Sch Health. 1998 Jan;68(1):26-31.
13. Rigotti NA, DiFranza JR, Chang YCh, Tisdale T, Kemp B, Singer DE. The effect of enforcing tobacco-sales laws on adolescents' access to tobacco and smoking behavior. In: Warner KE, Isaacs SL, Knickman JR, editors. Tobacco Control Policy. San Francisco: J.Wiley; 2006. p. 384-400.
14. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. In: Warner KE, Isaacs SL, Knickman JR, editors. Tobacco Control Policy. San Francisco: J.Wiley; 2006. p. 353- 73.
15. Tengs TO, Osgood ND, Chen LL. The cost-effectiveness of intensive national school-based anti-tobacco education: results from the tobacco policy model. Prev Med. 2001 Dec;33(6):558-70.
16. Walhron W. Minnesota smoking prevention program. In: Glynn TJ. School programs to prevent smoking: the NCI guide to strategies that succeed. NIH publication no. 90-500. Bethesda: National Institutes of Health; 1990.
17. Zoref L. Programs to aquance teen health. In: Glynn TJ. School programs to prevent smoking: the NCI guide to strategies that succeed. NIH publication no. 90-500. Bethesda: National Institutes of Health; 1990.
18. Žaloudíková I, Hrubá D. Výchovně-vzdělávací preventivní program pro mladší školní věk „Normální je nekouřit“. Pedagogika. 2006;56(3):246-57.

PhDr. Iva Žaloudíková
Pedagogická fakulta MU
Poříčí 31
603 00 Brno
E-mail: zaloudikova@ped.muni.cz