

Zuzana Nováková

Výchova k zdraví ako primárna prevencia negatívnych civilizačných vplyvov

Scientific Bulletin of Chełm - Section of Pedagogy nr 1, 75-82

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

VÝCHOVA K ZDRAVIU AKO PRIMÁRNA PREVENCIA NEGATÍVNYCH CIVILIZAČNÝCH VPLYVOV

ZUZANA NOVÁKOVÁ

Prešovská univerzita v Prešove

ABSTRAKT: Príspevok poukazuje na protichodné tendencie v oblasti súčasnej realizovanej primárnej prevencii v množstve jej preventívnych snažení a stúpajúcej prevalencii negatívnych civilizačných vplyvov. Zdôrazňuje významné postavenie výchovy k zdraviu v oblasti efektívnej primárnej prevencie. Poukazuje na splnenie podmienok efektívnej primárnej prevencie výchovy k zdraviu, ktorých nedostatočné splňanie predstavuje pre väčšinu súčasných preventívnych snažení následok neefektívnosti.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: návykové látky, obezita, prevalencia, primárna prevencia, výchova k zdraviu

Prevalenciu negatívnych civilizačných vplyvov, akými sú pasívny spôsob života, obezita a zneužívanie návykových látok, charakterizuje paradox protichodnej tendencie. Na jednej strane sú všetky preventívne snaženia, ktoré zvyšujú poznanie škodlivosti napr. obezity a užívania návykových látok a zároveň zvyšujú mieru uvedomenia si zodpovednosti za vlastné zdravie. Na druhej strane plynulá incidencia obezity a užívania návykových látok u detí a mládeže a znižujúci vek prvej skúsenosti s návykovými látkami.

Prevalencia obezity a návykových látok u detí a mládeže na Slovensku

Podľa Úradu verejného zdravotníctva (ÚVZ) SR v správe o užívaní drog na základe prieskumov „TAD (Tabak, Alkohol, Drogy)“ u žiakov ZŠ a študentov SŠ v rokoch 1994 – 2010 autori Hamade, Janechová a Nociar konštatujú¹:

¹Por. J. Hamade, H. Janechová, A. Nociar, *Zhodnotenie trendov v užívaní drog na základe prieskumov „TAD (Tabak, Alkohol, A Drogy)“ u žiakov ZŠ a študentov SŠ*, <http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=63&Itemid=70> [dostup: 31.03.2012].

- trend nárastu skúsenosti s legálnymi drogami s pribúdajúcim vekom sa potvrdil najmä u občasného fajčenia cigariet. Nárast skúsenosti s alkoholom, pričom priemerný vek prvého kontaktu je v 10 roku života,
- u študentov SŠ bola preukázaná percepcia alkoholu a tabaku ako neodlučiteľná súčasť obrazu muža a ženy. Občasné aj pravidelné fajčenie u študentov SŠ vzrástlo viac ako dvojnásobne, pitie alkoholu tvorí vo všeobecnosti bežnú súčasť spoločenskej atmosféry, najmä nárazové pitie s cieľom čo najrýchlejšie sa opiť,
- vzťah mládeže k marihuane sa dostáva na hranicu pro-legalizácie, pričom u študentov nastala zmena ponímania uvedenej drogy. V roku 1994 prevládal pocit veľkého ohrozenia, v roku 2010 je to pocit mierneho a stredného ohrozenia,
- prejavuje sa čoraz väčší súhlas s experimentovaním alebo užívaním drog, najmä marihuany a extázy.

Autori poukazujú na rast prodrogovej orientácie mládeže. Autori zdôrazňujú včasnú potrebu primárnej prevencie už vo veku 8 – 10 rokov, kde je na základe zistení prieskumov TAD ešte polovica žiakov bez skúsenosti. Mieru prevalencie a incidencie užívania, nadmerného užívania a napokon závislostí od návykových látok na národnej úrovni Slovenska zabezpečuje tiež školský prieskum ESPAD „*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*“, ktorý v roku 2007 vykonal v poradí štvrté reprezentatívne meranie na 10 822 žiakov ZŠ a študentov SŠ. Výsledky merania prezentujeme na grafických znázorneniach správy².

Obr. prevalencia alkoholu

Obr. prevalencia marihuany

Obr. prevalencia tabak³

Obr. ESPAD Slovakia⁴

Trend zneužívania návykových látok je charakterizovaný aj výskumnými zisteniami podľa WHO:

1. Alkohol

Podľa WHO spôsobí alkohol až 2,5 milióna úmrtí ročne. Celosvetová spotreba alkoholu v roku 2005 bola 6,13 litra čistého alkoholu na osobu vo veku 15 rokov a starší (15+). Na základe zistení možno konštatovať, že nebezpečné a škodlivé vzory pitia alkoholu – pitie k intoxikácii a nárazové pitie sú na vzostupe medzi adolescentmi a mladými dospelými.

² Por. A. Nociar, *Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách (ESPAD) v SR za rok 2007. Záverečná správa*, <http://www.vzbb.sk/sk/projekty/ESPAD_Zav_Sprava.pdf> [dostup: 1.04.2012].

³ Zob. tamže.

⁴ Zob. ESPAD, *Keyresult 2007*, <<http://www.espad.org/slovakia>> [dostup: 1.04.2012].

Uvádžame obrázok zo správy WHO, ktorá konkretizuje percentuálnu spotrebu podľa druhu alkoholu na Slovensku. Podľa uvedeného obrázku je najviac spotrebovaný na Slovensku tvrdý alkohol pre vek 15+⁵.

Obr. alcohol – Slovakia⁶,

2. Tabak

Podľa zistení WHO je užívanie tabaku vedúcou príčinou zbytočných globálnych úmrtí 6 miliónov ľudí ročne. WHO v rámci štúdie poukazuje najmä na efektívizovanie politiky kontroly tabaku so zámerom zníženia spotreby tejto návykovej látky v celosvetovom pôsobení. Z výskumnej správy najviac efektívne prostriedky komplexného programu tabakovej kontroly boli vzdelávanie a komunikácia zamerané na deti, mládež a adolescentov. Tento vek je podľa výskumných zistení najviac pravdepodobný pre prvé kontakty s návykovou látkou. Zároveň však najviac úspešný v anti-tabakovej kampani informovanosti o zdravotných rizikách užívania tabaku prostredníctvom rôznych metód – mediálna kampaň, varovné štítky na obaloch tabakových výrobkov, ale najmä anti-tabakové programy ako súčasť výchovy k zdraviu v školách⁷.

3. Nelegálne drogy

Úrad OSN pre drogy a kriminalitu (UNODC)⁸ vypracoval správu pre analýzu jednotlivých zložiek drogového trhu. Analýza potvrdzuje incidenciu užívania nelegálnych drog v celosvetovom rozmere, z ktorých je kanabis najčastejšie konzumovaná droga. Poukazuje na závažné zistenie v protiklade vysokej spotreby kanabisu – vnímanie kanabisu za najmenej škodlivú drogu, s malým záujmom o verejné zdravie. Výskumná správa zdôrazňuje zistené skutočnosti a dôkazy z lekárskeho výskumu a údajov liečby závislosti z posledných rokov, že užívanie kanabisu má nepriaznivé účinky na zdravie –závislosť, zvýšené riziko nehody pri riadení motorového vozidla, poruchy dýchania, poruchy kardiovaskulárnych funkcií organizmu a najmä nežiaduce účinky na psychosociálny vývoj a duševné zdravie dospelých. Prikladáme obrázok z výskumnej správy reprezentujúci prudkú incidenciu kanabisu v priebehu 12 rokov na Slovensku⁹. Obr. cannabis - Slovakia¹⁰.

⁵ Zob. *WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011a). Global Status Report on Alcohol and Health*, <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf> [dostup: 31.03.2012].

⁶ Zob. tamže.

⁷ Por. *WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011b). WHO Report On The Global Tobacco Epidemic. Warning about the dangers of tobacco*, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf> [dostup: 31.03.2012].

⁸ Zob. UNODC(2010). *World Drug Report 2010*, <http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf> [dostup: 1.04.2012].

⁹ Por. tamže.

¹⁰ Por. tamže.

Ďalším ukazovateľom možných negatívnych civilizačných vplyvov je obezita detí a mládeže. Priemerné hodnoty ako aj nárast prevalencie nadváhy a obezity detí v SR patria k nižším. Tendencie nárastu BMI hodnôt u chlapcov v 9.-15. roku a u dievčat v 7.-11. roku môžu predstavovať vzrastajúce riziko. Zistenia boli získané pri 5.a 6. celoštátnom antropometrickom prieskume detí a mládeže na základe BMI – skrininového ukazovateľa stavu výživy a stupňa obezity¹¹. Autori vyslovujú presvedčenie, že primárna prevencia musí byť zameraná na obdobie detského veku, pretože je závažná nielen pre zdravie dieťaťa, ale predstavuje vyššie riziko obezity v dospelosti spolu s vyšším rizikom vzniku diabetu, kardiovaskulárnych a onkologických ochorení spolu s mnohými psycho-sociálnymi dôsledkami. Prevencia obezity v detskom a dorastovom veku musí byť zameraná na zdravotno-výchovné pôsobenie v zmysle zmien v spôsobe života (výživa, pohybová aktivita) a úprava sociálno-ekonomických podmienok¹².

4. Obezita

Výskumné zistenia WHO poukazujú na skutočnosť, že viac ako 22 miliónov obéznych detí do 5 rokov a 155 miliónov v školskom veku. Negatívne trendy sú zaznamenané nielen v USA, ale aj vo vyspelých krajinách Európskej únie. Obezita podľa WHO dosahuje epidemický rozmer, čím výrazne zdôrazňuje dôležité preventívne úsilie zastaviť rastúci stav detskej obezity. Komplexné a koordinované intervencie podporujú a uľahčujú fyzickú aktivitu a zdravú výživu v rámci sociálno-determinovaného prístupu k zdraviu a predstavujú najlepšiu cestu v prevencii detskej obezity. Prevencia hmotnosti od útleho veku je uznaná ako stratégia, ktorá prejavuje zdravotné výhody v dlhodobom horizonte. Skúsenosti z niekoľkých krajín poukazujú na skutočnosť, že úspešnosť v prevencii obezity a v zmenách správania v detstve možno dosiahnuť kombináciou populačných opatrení na národnej úrovni a miestnych prístupov prostredníctvom škôl a komunitných programov¹³.

Problém efektívnosti primárnej prevencie

Na základe vyššie uvedených ukazovateľov zdôrazňujeme potrebu efektívizovania preventívnych prístupov v prevalencii obezity a zneužívania návykových látok. Prostredníctvom uvedených faktov konštatujeme, že realizované preventívne snaženia sa javia

¹¹ Por. L. Ševčíková i in., *Kritériá pre skríning obezity detí a mládeže v SR*, w: *Životné podmienky a zdravie*, Bratislava 2010, <http://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/ustavy/hygiena/ZPaZ20033.pdf> [dostep: 1.04.2012].

¹² Por. tamže.

¹³ Por. *WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). Global Tuberculosis Control*, http://www.google.pl/books?hl=pl&lr=&id=BxV0zjM7M8oC&oi=fnd&pg=PP2&dq=WORLD+HEALTH+ORGANIZATION+%282010%29&ots=9ThQntJIP4&sig=w4oj8fpYXeuE_jtwK1pTgkxbOmY&redir_esc=y [dostep 01.04.2012 r.]

ako málo účinné. „Prevenencia predstavuje kontinuálny proces zameraný na kladné ovplyvňovanie zdravia prostredníctvom životného štýlu, v rámci ktorého človek rovnomerne uspokojuje svoje fyziologické, psychické a sociálne potreby“¹⁴. V sfére sociálno-patologických javov je nevyhnutné pôsobenie na úrovni primárnej prevencie.

Primárna prevencia je definovaná ako prvotné predchádzanie ohrozujúcim javom, ako systém opatrení, aby problém nevznikol. Predpokladá vytváranie priaznivých podmienok pre telesný, intelektuálny, psychický a sociálny vývoj jednotlivca prostredníctvom získavania a upevňovania zodpovedajúcich vedomostí, zručností, návykov, formovania postojov a hodnôt, smerujúcich k podpore zdravia a zdravého štýlu života¹⁵.

Viacere zistenia prezentované v našom príspevku naznačujú problém efektivity preventívnych snažení a to aj programov pôsobiacich v rámci školského prostredia. Konštatujeme, že v existujúcich preventívnych programoch nedochádza k splneniu požiadavky vytvárania návykov, formovania postojov a hodnôt, ktoré smerujú k podpore zdravia a zamedzeniu rizikového správania.

Miovský¹⁶ uvádza chyby a nedostatky v realizácii preventívnych programov:

- Chybné koncepčné poňatie
Jasné odlišenie preventívnych programov od aktivít pre voľný čas.
- Preberanie neoverených programov, ktoré vznikli v odlišnom kultúrnom a historickom kontexte
Každý program musí byť overený na cieľovej populácii, pre ktorú je indikovaný, a musí byť preukázaná jeho efektivita a možné vedľajšie účinky.
- Chýbajúca/ nedostatočná definícia elementárnych požiadaviek na programy
Jasne a pregnantne stanovené ciele, ktoré sa majú dosiahnuť, cieľová skupina, pre ktorú je program určený, stratégie, metódy a prostriedky, všetky typy nákladov spojených s realizáciou programu, opis obsahovej a formálnej metódy.
- Slabá podpora normatívnej evalvácie preventívnych programov
Evalvácia efektivity sa zameriava na výstupy/výsledky daného preventívneho programu. Vedecky najhodnotnejšie / najviac dôveryhodné a najspoľahlivejšie sú tzv. kontrolné štúdie.
- Nedostatočná kontrola a vyvodzovanie dôsledkov

¹⁴ J. Liba, *Výchova k zdraviu*, Prešov 2010, s. 48.

¹⁵ Por. tamže.

¹⁶ Por. M. Miovský, *Prečo primárna prevencia tak často zlyháva alebo kde sa stala chyba?*, „Sociálna prevencia – Prevencia drogových závislostí“ 2011 nr 3.

Kontrola realizátorov preventívnych programov je na slabej úrovni, vyvodzujú nedostatočné dôsledky. Chýbajú prostriedky na overovanie jednotlivých programov a následné kvalitné vytvorenie tzv. manuálu dobrej praxe - súbor kvalitných a overených programov.

- Nerešpektovanie výsledkov nezávislého výskumu

Neprepájanie výskumu primárnej prevencie s praxou. V školskej prevencii sa jadro preventívnych programov začína sústreďovať na tzv. lifeskills a modely sociálneho vplyvu – vždy však v kombinácii s viac špecifickými (predovšetkým interaktívnymi) programami. Preukázateľné výsledky majú viac-menej dlhodobé a systémovo uskutočňované aktivity.

- Oddeľovanie prevencie od celkového rámca školy

Mylná predstava, že preventívne programy sú niečím „navyšé“ a že ich aplikácia nesúvisí s prostredím školy. Charakter školy, jej prostredie, pravidlá, správanie personálu atď. - sú významné činitele interagujúce s preventívnymi programami.

K Miovskému uvedeniu chýb a nedostatkov prikladáme ešte nasledujúce:

- Základný cieľ preventívnych programov je primárne orientovaný na zvyšovanie odbornej informovanosti žiakov

Spĺňajú tak len časť z požiadavky prevencie – vedomosti a zručnosti, pričom vytváranie návykov, postojov a hodnôt orientovaných na zdravie ostáva v tomto smere poddimenzované.

- Dimenzia času

Mnohé z preventívnych programov sú krátkodobé alebo občasné, čím sa opäť nevytvára priestor pre splnenie požiadavky vytvárania návykov, postojov a hodnôt smerujúcich k zdraviu.

Reflektujúc uvedené tézy konštatujeme nárast významu výchovy k zdraviu ako prostriedku efektívnej primárnej prevencie realizovanej v rámci školskej edukácie. Zdôrazňujeme najmä postavenie primárnej školy.

Liba¹⁷ definuje výchovu k zdraviu ako proces „osvojenia zodpovedajúceho penza informácií, poznatkov, vedomostí, zručností, návykov, spôsobilostí, princípov a kreovania postojov, záujmov a hodnotových noriem zameraných na identifikovanie sa s hodnotami zdravia a na interiorizáciu zásad zdravého životného štýlu. Výsledkom má byť vyvážené formovanie kognitívnej, afektívnej a psychosociálnej stránky osobnosti prostredníctvom

¹⁷ J. Liba, *Výchova...*, dz. cyt., s.18.

aktívnej starostlivosti o vlastné zdravie smerujúce k zmysluplnému životnému štýlu, ktorý reflektuje bio-psychickú a socio-kultúrnu determinovanosť osobnosti a umožňuje primeranú reguláciu a autoreguláciu, vedie k životnej spokojnosti, k osobnej a spoločenskej zodpovednosti, k sebapoznaniu a sebakceptácii“.

Mužiková - Mužík - Kachlík uvádzajú, že podstatou vzdelávania v oblasti výchovy k zdraviu sú poznatky, vedúce k orientácii v otázkach zdravia, k pozitívnemu spôsobu myslenia i voľbe správnych rozhodnutí v prospech zdravia, ďalej spôsobilosti – umožňujúce aktívne ovplyvňovanie telesného a psychického stavu žiaka, rovnako skúsenosti a návyky– získavané a overované v praktických situáciách ich každodenného režimu.

Výchova k zdraviu koreluje s humanistickým ponímaním žiaka, mnohostranným rozvíjaním jeho osobnosti. Jej cieľom je dosiahnuť komplexné ponímanie zdravia prostredníctvom kontinuálneho, cieľavedomého a dlhodobého pôsobenia.

Na základe zistených informácií a faktov uvedených autorov a výskumných organizácií poukazujeme na relevantnú možnosť skvalitnenia a úspešnosti zdravotne-preventívneho pôsobenia prostredníctvom výchovy k zdraviu v pozícii samostatného vyučovacieho predmetu. V primárnej škole by tak boli splnené základné požiadavky efektívnej primárnej prevencie:

5. Dimenzia času

Možnosť dlhodobého realizovania primárnej prevencie, čo je základná požiadavka úspešnosti. Dostatok priestoru pre interiorizáciu cieľov a obsahu predmetu výchovy k zdraviu.

6. Vyvážené formovanie kognitívnej, afektívnej a psychosociálnej stránky osobnosti

Dimenzia času vytvára následne dostatočný priestor na získavanie a upevňovanie zodpovedajúcich vedomostí, zručností, ale najmä návykov, formovanie postojov a hodnôt, smerujúcich k podpore zdravia a zdravého štýlu života. Vytváranie prozdravotných kompetencií.

7. Pôsobenie na národnej úrovni

Súčasná široká škála preventívnych programov je nesúrodá, nejednotná a nepôsobí na celú populáciu detí a mládeže, na ktorú je orientovaná. Realizovaním primárnej prevencie prostredníctvom samostatného predmetu výchovy k zdraviu v primárnej škole by bol obsah a ciele primárnej prevencie výchovy k zdraviu sprostredkované celej populácii detí a mládeže jednotne.

8. Požiadavka veku efektívnej primárnej prevencie

Včasná primárna prevencia je efektívna vo veku 8-10 roku života detí, kedy ešte podľa uvedených zistení polovica detí nemá skúsenosti s návykovými látkami.

9. Zjednotenie prevencie s rámcom školy

Prevencia prostredníctvom predmetu výchovy k zdraviu by sa nekonala izolovane, ale prechádzala by celou realitou školy, čím by sa zdvihlo prozdravotné povedomie aj u širšej verejnosti, nie len u detí a mládeže.

10. Možnosť dostatočnej evalvácie

Tak ako iné predmety v rámci primárnej školy, aj preventívne pôsobenie prostredníctvom predmetu výchovy k zdraviu by podliehalo neustálej evalvácii, čo by poskytovalo neustálu spätnú väzbu a možnosť vyvodzovania dôsledkov.

Zdravie je všeobecne uznávanou najvyššou hodnotou, preto by sa táto skutočnosť mala premietat' vo výchovno-vzdelávajúcom pôsobení školy. Vyjadrujeme presvedčenie, že takto realizovaná výchova k zdraviu by bola efektívnym prostriedkom primárnej prevencie.

HEALTH EDUCATION FOR PRIMARY PREVENTION AS NEGATIVE IMPACTS CIVILIZATION

ZUZANA NOVÁKOVÁ

ABSTRACT: The paper points the opposite trends in current primary prevention implemented in a number of its prevention efforts and the rising prevalence of negative influences of civilization. It underlines the importance of health education on effective primary prevention. It refers to the fulfillment of the conditions for effective primary prevention, health education, which are insufficient for fulfill most current preventive efforts result of inefficiency.

KEY WORDS: addictive drugs, obesity, prevalence, primary prevention, health educatio