

ZRUČNOSTI PRE ZDRAVIE

Skills for Health

Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností vrátane životných zručností – dôležitý prvok školy priateľskej deťom/školy podporujúcej zdravie



UNICEF



WHO



UNESCO



UNFPA



WORLD BANK



Zásady a politika každej z vyššie uvedených organizácií vychádzajú z relevantných rozhodnutí ich riadiacich orgánov; každá z nich vykonáva činnosti opísané v tomto dokumente v súlade s týmito zásadami a politikou a v rozsahu svojej pôsobnosti.

Tento dokument bol pripravený s technickou podporou Carmen Aldingerovej a Cheryl Vince Whitmanovej z Health and Human Development Programmes (HHD) pri Education Development Center, Inc. (EDC). HHD/EDC je spolupracujúcim strediskom SZO na podporu zdravia prostredníctvom škôl a komunit.

Na prípravu a finalizáciu tohto dokumentu dohliadali Amaya Gillespie zo Sekcie pre vzdelávanie UNICEF-u a Jack T. Jones z odboru pre prevenciu neprenosných ochorení a podporu zdravia v ústredí SZO.

Táto práca vychádza z rôznych výskumných zdrojov a z konzultácií s expertmi, ktorí vypracovali už skôr uverejnenú štúdiu, *Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Development* (Mangrulkar, L., Vince Whitman, C. a Posner, M., ktorú uverejnila Panamerická zdravotnícka organizácia), z dotazníkového prieskumu množstva medzinárodných agentúr na globálnej, regionálnej a národnej úrovni a z materiálov UNICEF a SZO. Návrh tejto práce posudzoval široký okruh organizácií sponzorujúcich UNAIDS a ďalší nižšie uvedení partneri:

PRISPIEVATELIA:

David Clarke, Department for International Development, Londýn, Spojené kráľovstvo

Don Bundy a Seung Lee, Svetová banka, Washington, DC, USA

Celia Maier, Partnership for Child Development, Londýn, Spojené kráľovstvo

Neill McKee a Antje Becker a kol., Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA

Isolde Birdthistle, Sara Gudyanga, Diane Widdus, Margareta Kimzeke, Peter Buckland, Elaine Furniss, Noala Skinner, Andres Guerrero, Aster Haregot, Onno Koopmans, Elaine King, Nurper Ulkuer, Anna Obura, Changu Mannathoko, Paul Wafer, ústredie, regionálne úrady a národné úrady UNICEF

Francisca Infante, PAHO, Washington, DC, USA

Cecilia Moya a Kent Klindera, Advocates for Youth, Washington, DC, USA

Brad Strickland a Joan Woods, USAID, Washington, DC, USA

V. Chandra-Mouli, Child and Adolescent Health, ústredie SZO, Ženeva, Švajčiarsko

Charles Gollmar, CDC, Atlanta, GA, USA

Delia Barcelona, ústredie UNFPA, New York, NY, USA

Anna-Maria Hoffmann, UNESCO, Paríž, Francúzsko

Preklad – Úrad vlády Slovenskej republiky

Vydalo Ministerstvo školstva Slovenskej republiky v spolupráci s Kanceláriou Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku a OZ Papilion ako študijný materiál.

Preklad neprešiel jazykovou úpravou.

Nepredajné.

OBSAH

PREDHOVOR

1. ÚVOD

- 1.1. Medzinárodná podpora zdravia na školách.....
- 1.2. Prečo bol vypracovaný tento dokument?
- 1.3. Pre koho je určený tento dokument?
- 1.4. Čo je zdravotná výchova založená na rozvoji zručností a životných zručností?.....
- 1.5. Aká je ústredná téma tohto dokumentu?.....

2. CHÁPANIE ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY ZALOŽENEJ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ A ŽIVOTNÝCH ZRUČNOSTÍ

- 2.1. Obsah.....
- 2.2. Metódy výučby a učenia sa v zdravotnej výchove založenej na rozvoji zručností.....

3. TEÓRIE A PRINCÍPY PODPORUJÚCE ZDRAVOTNÚ VÝCHOVU ZALOŽENÚ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ

- 3.1. Teórie vývoja detí a adolescentov
- 3.2. Viacnásobné inteligencie
- 3.3. Teória sociálneho učenia alebo sociálna kognitívna teória
- 3.4. Teória problémového správania
- 3.5. Teória sociálneho ovplyvňovania a teória sociálneho očkovania – imunizácie
- 3.6. Kognitívne riešenie problémov.....
- 3.7. Teória pružnosti.....
- 3.8. Teória zdôvodneného konania a model názorov na zdravie
- 3.9. Teória štádií zmien alebo transteoretický model

4. VYHODNOTENIE DÔKAZOV A ZÍSKANÉ PONAUCENIA

- 4.1. Hlavné vedecké dôkazy týkajúce sa účinnosti zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností.....
- 4.2. Ktoré faktory prispievajú k efektívnosti programov?.....
- 4.3. Ktoré faktory môžu byť prekážkou efektívnej zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností?...

5. PRIORITNÉ OPATRENIA NA ZABEZPEČENIE KVALITY A ROZSAH

- 5.1. Prechod k rozsahu
- 5.2. Zdravotná výchova založená na rozvoji zručnosti ako súčasť komplexného programu zdravia na školách
- 5.3. Účinné zaradenie do učebného plánu
- 5.4 Lepšie využívanie exstujúcich materiálov
- 5.5. Prepojenie obsahu s pôsobením na správanie sa
- 5.6. Odborný rozvoj učiteľov a podporných tímov

6. PLÁNOVANIE A HODNOTENIE ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY ZALOŽENEJ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ

6.1. Analýza situácie

6.2 Účasť a vlastníctvo programu všetkými zainteresovanými účastníkmi

6.3. Zámery a ciele programu

6.4. Získavanie podpory pre váš program

6.5. Hodnotenie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností

DODATOK 1: MATERIÁLY V INFORMAČNÝCH EDÍCIÁCH SZO O ZDRAVÍ NA ŠKOLÁCH

DODATOK 2: ZDROJE

DODATOK 3: VYBRANÉ INTERVENCIE ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY ZALOŽENEJ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ

LITERATÚRA

PREDHOVOR

Na začiatku 21. storočia je v každej krajine sveta ohrozená potenciálna schopnosť mnohých detí a mladých ľudí učiť sa. Hlad, podvýživa, nedostatok mikroživín, parazitárne infekcie, užívanie drog a alkoholu, násilie a ubližovanie na zdraví, predčasné a neplánované tehotenstvo, infekcia HIV a ďalšie sexuálne prenosné choroby ohrozujú zdravie a život detí a mladých ľudí (UNESCO, 2001). Tento stav a spôsoby správania však možno zlepšiť. Je dokázané, že zdravotná výchova založená na rozvoji zručností môže významne prispieť k zdravému vývoju detí a mládeže a pozitívne ovplyvniť konanie, ktoré môže vážne ohroziť zdravie.

Na primeranom stupni vývoja, od predškolského veku až po mladý dospelý vek, sa mladí ľudia môžu na vlastnej skúsenosti naučiť predchádzať chorobám a poškodzovaniu zdravia a vytvárať si zdravé vzťahy. Môžu si tak osvojiť vedomosti a zručnosti potrebné napr. v súvislosti so základnými hygienickými a sanitárnymi požiadavkami, s vyjednávaním a prijímaním správnych rozhodnutí v oblasti pohlavného života a reprodukčného zdravia, alebo so schopnosťou načúvať a dobre komunikovať v partnerskom vzťahu. Po vstupe do dospelosti potom môžu hrať úlohu lídrov pri vytváraní zdravého prostredia – môžu napr. získavať verejnú podporu pre školu alebo komunitu bez tabaku.

Školy majú významnú úlohu pri vstúpaní poznatkov, postojov a zručností, ktoré deti potrebujú na ochranu svojho zdravia. Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností je súčasťou rámca FRESH (Focusing Resources on Effective School Health), ktorý navrhli a podporujú Svetová zdravotnícka organizácia (SZO), UNICEF, UNESCO, Populačný fond OSN (UNFPA) a Svetová banka. V tomto dokumente, ktorý spoločne uverejnili organizácie podporujúce iniciatívu FRESH, sa síce zdôrazňuje úloha škôl, ale je relevantný aj pre mimoškolské prostredie. Jeho cieľom je posilniť snahy o kvalitnú zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností na národnej úrovni a v celosvetovom meradle.

Pekka Puska

riaditeľ, prevencia neprenosných ochorení a podpora zdravia,
Ústredie SZO, Ženeva, ŠVAJČIARSKO

Cream Wright

vedúci, sekcia vzdelávania,
UNICEF, New York, USA

Cheryl Vince-Whitman

riaditeľka, spolupracujúce stredisko SZO na podporu zdravia prostredníctvom škôl a komunít
Education Development Center Inc. Newton, Massachusetts, USA

Mary Joy Pigozzi

riaditeľka, odbor pre podporu kvalitného vzdelávania,
UNESCO, Paríž, FRANCÚZSKO

Mari Simonen

riaditeľka, odbor pre technickú podporu,
UNFPA, New York, USA

Ruth Kagia

riaditeľka pre vzdelávanie,
Human Development Network,
Svetová banka, Washington DC, USA

Fred Van Leeuwen
generálny tajomník,
EI, Education International,
Brusel, BELGICKO

Leslie Drake
koordinátorka,
Partnership for Child Development,
Londýn, SPOJENÉ KRÁĽOVSTVO

1. ÚVOD

Cieľ: opísať dôvody na vypracovanie tohto dokumentu a jeho cieľové publikum; vymedziť kľúčové pojmy; a vysvetliť, ako zdravotná výchova založená na rozvoji zručností, vrátane životných zručností, zapadá do širšieho kontextu potenciálu škôl prispievať k zlepšeniu vzdelávania a zdravia.

Základnou súčasťou efektívneho systému vzdelávania je zabezpečiť, aby deti boli zdravé a schopné učiť sa. Mnohé výskumy dokazujú, že vzdelávanie a zdravie sú navzájom neoddeliteľné. Stav výživy dieťaťa ovplyvňuje jeho kognitívny výkon a prospech; parazitárne choroby majú za následok zvýšenú absenciu v škole, a tým aj neprospievanie a predčasné ukončenie školskej dochádzky (Vince Whitman a i., 2001). Rovnako dôležité sú aj štruktúry a podmienky prostredia pre vzdelávanie, ktoré sa musia riešiť samostatne. Tečúca voda a sanitárne podmienky na škole môžu ovplyvniť dochádzku dievčat. Deti nemôžu chodiť do školy a nedokážu sa sústrediť, ak sú emocionálne narušené alebo sa obávajú násilia. Na druhej strane deti, ktoré majú za sebou úspešnú dlhšie trvajúcu školskú dochádzku, sa zvyčajne tešia lepšiemu zdraviu a otvárajú sa pred nimi širšie životné príležitosti. Ak mladým ľuďom umožníme osvojiť si poznatky, postoje a zručnosti, je to podobné, ako keby sme ich zaočkovali proti zdravotným rizikám. Výchova k zdraviu je významnou zložkou každého programu vzdelávania a verejného zdravia. Chráni mladých ľudí pred behaviorálnymi a environmentálnymi rizikami a doplnia a podporuje zmeny v oblasti politiky, služieb či životného prostredia.

Zdravotná výchova už celé desaťročia predstavuje dôležitú stratégiu na predchádzanie chorobám a poškodzovaniu zdravia. Tento prístup vo veľkej miere čerpá z oblastí, ako sú verejné zdravie, sociálne vedy, komunikácia a pedagogika. V prvých vzdelávacích experimentoch sa veľký dôraz kladol na informácie a fakty. Vzdelávacie prístupy sa postupne začali väčšmi orientovať na rozvíjanie zručností a na celý súbor aspektov zdravia, vrátane telesnej, sociálnej, emocionálnej a duševnej pohody. Prostredníctvom vzdelávania si deti a mladí ľudia môžu osvojiť pozitívne zdravotné návyky už v ranom veku a môže sa tak zabrániť rizikám a predčasným úmrtiam. Zároveň sa tak môžu vychovávať informovaní občania, ktorí sú schopní vyhľadávať služby a získavať podporu v súvislosti s politikami a faktormi prostredia ovplyvňujúcimi ich zdravie. Hoci na priblíženie sa deťom a mládeži je nevyhnutné využívať školské aj mimoškolské prostredie, v tomto dokumente sa dôraz kladie na aktivity vykonávané na školách. Výchova k zdraviu je významným a nevyhnutným prvkom účinného programu zdravia na školách a jej účinnosť môže znásobiť jej prepojenie so zdravotníckou politikou a službami a so zdravým prostredím.

1.1. MEDZINÁRODNÁ PODPORA ZDRAVIA NA ŠKOLÁCH

Na Svetovom vzdelávacom fóre, ktoré sa konalo v apríli 2000 v senegalskom Dakare, sa SZO, UNICEF, UNESCO a Svetová banka dohodli, že budú spolupracovať na podpore implementácie účinného programu zdravia na školách: Tento rámec, označovaný ako **FRESH - Focusing Resources on Effective School Health** (Zacielenie zdrojov na účinné zabezpečenie zdravia na školách), znamená spoločné uplatňovanie nasledujúcich štyroch kľúčových komponentov vo všetkých školách:

- školské politiky zamerané na zdravie
- zabezpečenie zdravotne nezávadnej vody a sanitárnej vybavenosti ako základných prvých krokov k vytvoreniu zdravého prostredia pre učenie sa
- zdravotná výchova založená na rozvoji zručností
- zdravotnícke služby a služby zdravej výživy na školách.

Tieto komponenty by sa mali podporovať a uplatňovať prostredníctvom účinného partnerstva medzi učiteľmi a zdravotníckymi pracovníkmi a medzi sektorom školstva a zdravotníctva, prostredníctvom účinných komunitných partnerstiev a prostredníctvom zvyšovania informovanosti a účasti študentov.

(Z dokumentu UNESCO/UNICEF/SZO/Svetová banka, 2000.)

1.2. PREČO BOL VYPRACOVANÝ TENTO DOKUMENT?

Tento dokument spolu s doplňujúcim Inštruktážnym balíčkom sa môže použiť na orientáciu pedagogického a zdravotníckeho personálu v oblasti zlepšovania zdravia mládeže prostredníctvom zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností, vrátane životných zručností. Predkladá ho UNICEF, SZO, Svetová Banka a UNFPA a dopĺňajú ho ďalšie materiály, ktoré možno nájsť na webových stránkach týchto organizácií:

<http://www.unicef.org/programme/lifeskills/>,

<http://www.who.int/school-youth-health/>,

<http://www.schoolsandhealth.org>, <http://www.unfpa.org>.

Organizácie, ktoré podporili a spoločne pripravili tento dokument, t. j. *UNICEF, SZO, Svetová Banka a UNFPA*, si predsavzali zvýšiť záujem škôl a komunít o zavádzanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností vrátane životných zručností, ktorá slúži ako metóda na zlepšovanie zdravia a výchovy. Spoločne sa usilujú o podporu účinných programov zdravia na školách, prostredníctvom ktorých sa zabezpečuje zdravotná výchova založená na rozvoji zručností, spolu s ďalšími opatreniami na podporu zdravia na školách, o vytváranie zdravého a podporujúceho prostredia a o poskytovanie zdravotníckych služieb vo všetkých školách.

Všetky uvedené organizácie zdieľajú spoločný záujem o zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností. Táto je dôležitým základom, ktorý si má osvojiť každé dieťa. Spolu so svojimi partnermi v rámci iniciatívy FRESH považujú zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností za nevyhnutný prvok nákladovo efektívnych programov zdravia na školách.

Iniciatíva FRESH podporuje záväzok Vzdelanie pre všetkých (Education for All – EFA) prijatý v thajskom meste Jomtien, kde sa v marci 1990 zišli svetoví lídri na prvej Svetovej konferencii EFA zvolanej s cieľom vyhlásiť obnovenú celosvetovú iniciatívu na zabezpečenie základných vzdelávacích potrieb pre všetky deti, mládež a dospelých. Tento záväzok sa opätovne potvrdil počas Svetového vzdelávacieho fóra v senegalskom Dakare v apríli 2000. Následne prijatý Dakarský akčný rámec (2000) hovorí o životných zručnostiach v rámci cieľa 3 („zabezpečiť služby, politiky a kódexy správania, ktoré posilňujú telesné, psychosociálne a emocionálne zdravie učiteľov aj učiacich sa; obsah výučby a vzdelávacie metódy, ktoré vedú k osvojeniu si poznatkov, postojov, hodnôt a životných zručností, ktoré študenti potrebujú na získanie a udržanie si sebaúcty, pevného zdravia a osobnú bezpečnosť. Iniciatíva FRESH podporuje tieto ciele zabezpečením prístupu mladých ľudí aj dospelých k primeraným programom vzdelávania a životných zručností“), v rámci cieľa 6 („zlepšiť všetky aspekty kvality vzdelávania a zabezpečiť vynikajúce výsledky pre všetkých, aby každý človek dosiahol uznávané a merateľné študijné výsledky, najmä v oblasti gramotnosti, matematických vedomostí a základných životných zručností“) a v rámci stratégie 8. Ako sa uvádza na obr. 1, v rámci stratégie 8 Dakarského rámca by krajiny mali vytvárať bezpečné, zdravé a inkluzívne prostredie pre vzdelávanie so spravodlivo rozdelenými zdrojmi. Takéto prostredie pre vzdelávanie zahŕňa všetky štyri kľúčové komponenty iniciatívy FRESH. Dakarský akčný rámec (2000) uvádza tento opis uvedených komponentov: adekvátne zásobovanie vodou a primeraná sanitárna vybavenosť; prístup k zdravotníckym službám a zdravej výžive a ich vzájomná prepojenosť sa ďalej podporuje prostredníctvom programu „škôl podporujúcich zdravie“ (Health-Promoting Schools) a „škôl priateľských deťom“ (Child-Friendly Schools), ako aj ich sietí na celom svete. V časti 5.2.2. kapitoly 5 sa uvádza opis škôl podporujúcich zdravie; školy priateľské deťom sa opisujú v časti 5.2.3.

1.3. PRE KOHO JE URČENÝ TENTO DOKUMENT?

Tento dokument je určený pre záujemcov o zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností vrátane životných zručností, ktorí prijali tento prístup k zdravotnej výchove za svoj, a ktorí chcú preň získať podporu, iniciovať ho a posilňovať.

- (a) **Pre predstaviteľov vládnych a rozhodovacích orgánov**, tvorcov programov a koordinátorov na miestnej, okresnej, krajskej a národnej úrovni – najmä na ministerstvách zodpovedných za oblasť školstva, zdravotníctva, obyvateľstva, žien, mládeže, komunitného rozvoja a sociálnej starostlivosti.
- (b) **Pre pracovníkov mimovládnych organizácií** a ďalších organizácií zodpovedných za plánovanie a implementáciu programov opisovaných v tomto dokumente, vrátane programových pracovníkov a konzultantov z národných a medzinárodných zdravotníckych, vzdelávacích a rozvojových agentúr pracujúcich v oblasti podpory zdravia prostredníctvom škôl.
- (c) **Pre komunitných lídrov a ďalších členov komunit**, ako sú napr. miestni obyvatelia, popredné osobnosti náboženského života, predstavitelia médií, poskytovatelia zdravotníckej starostlivosti, sociálni pracovníci, poradcovia pre duševné zdravie, asistenti pre rozvoj a členovia organizovaných skupín, ako sú napr. mládežnícke skupiny alebo ženské skupiny zamerané na zlepšovanie zdravia, vzdelávanie a vytváranie dobrého ovzdušia na školách a v komunitách.
- (d) **Pre členov školskej komunity** vrátane učiteľov a ich reprezentatívnych organizácií, poradcov, študentov, administrátorov, personálu, rodičov a pracovníkov služieb poskytovaných na školách.

1.4. ČO JE ZDRAVOTNÁ VÝCHOVA ZALOŽENÁ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ A ŽIVOTNÝCH ZRUČNOSTÍ?

Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností predstavuje prístup k vytváraniu alebo udržiavaniu zdravého životného štýlu a podmienok prostredníctvom rozvíjania vedomostí, postojov a najmä zručností, pri ktorom sa využívajú rôzne spôsoby učenia na základe vlastných skúseností s dôrazom na participatívne metódy.

Životné zručnosti znamenajú schopnosť adaptabilného a pozitívneho správania, ktorá človeku umožňuje účinne reagovať na požiadavky a výzvy každodenného života (definícia SZO). Životné zručnosti tvorí predovšetkým súbor psychosociálnych spôsobilostí a interpersonálnych zručností, vďaka ktorým môže človek robiť informované rozhodnutia, riešiť problémy, kriticky myslieť a efektívne komunikovať, budovať si zdravé vzťahy, mať empatiu voči iným, a zdravo a produktívne riadiť svoj vlastný život. Životné zručnosti môžu byť zamerané na osobné konanie alebo konanie vo vzťahu k iným osobám, ako aj na konanie, ktorého cieľom je zmeniť okolité prostredie a urobiť ho zdravším.

Zdravie je stavom úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody (definícia SZO).

Po mnohé desaťročia sa výučba o zdraví a o zdravých spôsoboch správania opisovala ako „zdravotná výchova“. V tomto širokom ponímaní má zdravotná výchova mnohé podoby. Zdravotná výchova je definovaná ako „každá kombinácia metód učenia sa na základe vlastnej skúsenosti s cieľom podporiť dobrovoľné prispôsobovanie správania sa smerom k zdravému správaniu sa“ (Green a i., 1980). V škole má podobu plánovaných sekvenčných učebných osnov pre deti a mládež, ktoré zabezpečujú kvalifikovaní facilitátori, a ktorých cieľom je podporiť rozvíjanie poznatkov o zdraví, *zručností súvisiacich so zdravím* a pozitívnych postojov k zdraviu a k osobnej pohode. V typickom prípade sa zdravotná výchova zameriava na široký okruh obsahových oblastí, ako je napr. emocionálne a duševné zdravie, výživa, užívanie alkoholu, tabaku a iných drog; reprodukčné a sexuálne zdravie, poškodzovanie zdravia a ďalšie témy, pričom dôležitými prierezovými či základnými princípmi sú ľudské práva a rodová rovnosť. Rozvoj zručností bol vždy súčasťou zdravotnej výchovy. Ústredný

význam majú psychosociálne a interpersonálne zručnosti, medzi ktoré patrí komunikácia, rozhodovanie a riešenie problémov, zručnosti potrebné na zvládanie problémov a riadenie vlastného života a vyhýbanie sa správaniu ohrozujúcemu zdravie. Dôležitým znakom výchovy založenej na zručnostiach je *súčasný* dôraz na vedomosti, postoje a zručnosti (s dôrazom na zručnosti), ktorý ju odlišuje od iných foriem výučby o zdravotných otázkach.

Vzhľadom na vývoj, ktorý nastal v oblasti zdravotnej výchovy a životných zručností v uplynulom desaťročí, sa čoraz väčšmi uznáva a potvrdzuje úloha psychosociálnych a interpersonálnych zručností vo vývoji mládeže, a to od útleho veku cez detstvo, dospievanie až po mladý dospelý vek. Tieto zručnosti majú vplyv na schopnosť mladých ľudí chrániť sa pred zdravotnými rizikami, posilňovať schopnosť prijímať pozitívne vzorce správania sa a podporovať zdravé vzťahy. Životné zručnosti sú prepojené s konkrétnymi rozhodnutiami súvisiacimi so zdravím, ako je rozhodnutie nefajčiť, zdravo sa stravovať alebo uplatňovať bezpečnejšie a informovanejšie praktiky v osobných vzťahoch. V závislosti od cieľa a témy sa zdôrazňujú rôzne životné zručnosti. Napr. zručnosti potrebné na kritické myslenie a rozhodovanie sú dôležité pre analýzu a odolávanie tlaku rovesníkov a médií na užívanie tabaku a zručnosti potrebné na interpersonálnu komunikáciu sú zasa dôležité pre schopnosť dohodnúť sa o použití alternatív k rizikovým sexuálnym praktikám. Mladí ľudia si môžu osvojiť aj zručnosti potrebné na získanie podpory s cieľom ovplyvniť širšie politiky a prostredia, ktoré majú dopad na ich zdravie, vrátane snahy vytvárať zóny bez tabaku a zbraní, budovať prípojky zdravotne nezávadnej vody a latríny v školských areáloch, alebo zabezpečiť prístup k službám reprodukčného a sexuálneho zdravia vrátane dostupnosti kondómov s cieľom predchádzať HIV.

Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností sa do učebných osnov zaraďuje najrôznejším spôsobom. Niekedy je kľúčovým predmetom v rámci širšieho kurikula. Inokedy sa vyučuje v kontexte súvisiacich zdravotných a sociálnych otázok v rámci nosného predmetu, napr. prírodovedy. Môže sa vyučovať aj v rámci mimoškolského programu (pozri časť 5.3). Bez ohľadu na to, kde je zaradená zdravotná výchova založená na rozvoji zručností, musia sa do nej zapojiť učitelia a ostatní pedagogickí pracovníci vyučujúci rôzne ďalšie predmety a aktivity, aby sa posilnila výučba v širšom školskom prostredí.

Poznámka k výchove založenej na rozvoji životných zručností a zručností potrebných na zabezpečenie živobytia

Výraz **výchova založená na rozvoji životných zručností** sa často používa takmer rovnocenne s výrazom zdravotná výchova založená na rozvoji zručností. Rozdiel medzi týmito dvoma prístupmi spočíva len v obsahu alebo témach, ktorých sa týkajú. Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností sa zameriava na „zdravie“. Výchova založená na rozvoji životných zručností sa môže zameriavať na výchovu k mieru, ľudským právam, k občianstvu alebo na iné sociálne otázky vrátane zdravia. Oba prístupy predpokladajú využívanie základných poznatkov, postojov a zručností v reálnom živote a pri oboch sa využívajú interaktívne metódy výučby a učenia sa.

Výraz **zručnosti potrebné na zabezpečenie živobytia** sa vzťahuje na schopnosť, prostriedky a príležitosti na dosahovanie vlastných ekonomických cieľov aj cieľov svojej domácnosti (Population Council, Keňa); inými slovami, ide o tvorbu príjmov. Zručnosti potrebné na zabezpečenie živobytia zahŕňajú technické aj odborné schopnosti (tesárstvo, krajčírstvo, počítačové programovanie atď.); zručnosti potrebné na hľadanie si zamestnania ako je napr. stratégia pri pracovnom pohovore; a zručnosti potrebné na riadenie podniku, na podnikanie a finančné riadenie. Hoci zručnosti potrebné na zabezpečenie živobytia majú zásadný význam pre prežitie, zdravie a rozvoj, nie sú súčasťou ústrednej témy tohto dokumentu.

1.5. AKÁ JE ÚSTREDNÁ TÉMA TOHTO DOKUMENTU?

Ústrednou témou tohto dokumentu je zdravotná výchova založená na rozvoji zručností, ktorej cieľom je naučiť deti a dospievajúcu mládež osvojiť si alebo posilňovať zdravý životný štýl. Zameriava sa na poznatky, postoje, zručnosti a podporu, ktoré potrebujú na to, aby sa mohli správať zdravo, nadväzovať zdravé vzťahy, vyhľadávať relevantné služby a vytvárať zdravé prostredie.

Tento dokument konkrétne:

- vymedzuje pojem zdravotná výchova založená na rozvoji zručností, vrátane životných zručností;
- uvádza opis jeho teoretického základu;
- podáva prehľad vzdelávacích prístupov k zdravotnej výchove založenej na rozvoji zručností;
- prezentuje dôkazy získané pri hodnotení a praktické skúsenosti s cieľom zdôvodniť potrebu zaradenia zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností do efektívneho programu zdravia na školách;
- skúma kritériá na vypracúvanie účinných programov a vzdelávanie ľudí, ktorí ich majú realizovať;
- uvádza opis dostupných zdrojov.

Školské prostredie: Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností a životných zručností môže byť a aj býva zaradená do rôznych programov, ktoré sú určené pre široký okruh cieľových skupín. V tomto dokumente sa zameriavame na školské programy. V rámci školskej reformy je zdravotná výchova založená na rozvoji zručností zaradená do učebného plánu aj do rôznych mimoškolských aktivít. Osobitné programy pre študentov a rodičov, programy rovesníckej výchovy a poradenstva a programy prepojenia školy s komunitou ponúkajú študentom rôzne možnosti aplikovať a vyskúšať si v praxi to, čomu sa naučili.

Prostredníctvom aktívneho učenia sa môžu posilňovať vzťahy medzi žiakmi a učiteľmi, zlepšovať ovzdušie v triede, pričom sa prihliada na odlišné štýly učenia sa a možnosť použiť alternatívne formy. Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností môže a mala by sa využívať na diskusiu o otázkach súvisiacich so zdravím, s ktorými sa deti a mládež môžu stretávať v školskom prostredí, vrátane užívania alkoholu, tabaku a iných drog, helmintiáz a iných parazitárnych ochorení, výživy, reprodukčného a sexuálneho zdravia a predchádzania násiliu a HIV/AIDS.

Obr. 1: Prepojenie medzi EFA, FRESH, školami podporujúcimi zdravie, školami priateľskými deťom, zdravotnou výchovou založenou na rozvoji zručností a životnými zručnosťami

VZDELÁVANIE PRE VŠETKÝCH (EFA)				
Globálna iniciatíva za základné vzdelanie				
Stratégia 8 Dakarského rámca: „Vytvárať bezpečné, zdravé, a inkluzívne vzdelávacie prostredie so spravodlivo rozloženými zdrojmi...“				
FRESH (ZACIELENIE ZDROJOV NA ÚČINNÉ ZABEZPEČENIE ZDRAVIA NA ŠKOLÁCH)				
Základné komponenty programov zdravia na školách v celosvetovom meradle				
ŠKOLSKÉ POLITIKY ZAMERANÉ NA ZDRAVIE	ZDRAVOTNE NEZÁVADNÁ VODA A SANITÁRNA VYBAVENOSŤ A ZDRAVÉ PROSTREDIE	ZDRAVOTNÁ VÝCHOVA ZALOŽENÁ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ	SLUŽBY V OBLASTI ZDRAVOTNÍCTVA A VÝŽIVY	
ŠKOLY PRIATEĽSKÉ DEŤOM Zahŕňajúce všetky deti, vytvárajúce ochranné a zdravé prostredie pre deti	VEDOMOSTI	POSTOJE	ZRUČNOSTI, VRÁTANE ŽIVOTNÝCH ZRUČNOSTÍ	ŠKOLY PODPORUJÚCE ZDRAVIE Podporujúce zdravie a učenie sa so všetkými opatreniami, ktoré majú k dispozícii

2. CHÁPANIE ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY ZALOŽENEJ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ A ŽIVOTNÝCH ZRUČNOSTÍ

Cieľ: vymedziť obsah a metódy zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností a príklady.

Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností znamená kvalitné vzdelávanie všeobecne a kvalitnú zdravotnú výchovu konkrétne. Je založená na relevantnom a účinnom obsahu a participatívnych alebo interaktívnych¹ metódach výučby a učenia sa.

Pri plánovaní zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností je dôležité v prvom rade prihliadnuť na jej všeobecné aj konkrétne ciele a ďalej jej obsah a metódy (pozri obr. 2). V rámci všeobecných cieľov zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností sa uvádza *všeobecný* opis určitej zdravotnej alebo súvisiacej sociálnej otázky, ktorú by táto výchova mala nejakým spôsobom ovplyvniť. V rámci konkrétnych cieľov sa *konkrétnym spôsobom* opisuje správanie sa alebo podmienky (pozri obr. 3 a 4), ktoré – v prípade, že sa ich podarí pozitívne ovplyvniť – budú mať významný dopad na všeobecné ciele. Na správanie sa a podmienky pôsobia mnohé faktory, pričom zdravotná výchova založená na rozvoji zručností je jedným z nich.

Obsahom zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností je jednoznačné vymedzenie konkrétnych vedomostí, postojov a zručností vrátane životných zručností, ktoré sa mladým ľuďom pomôže získať, s cieľom umožniť im osvojiť si správanie alebo vytvoriť podmienky opísané v konkrétnych cieľoch. Po vymedzení obsahu sa zvolia metódy, ktoré najlepšie zodpovedajú danému obsahu. Napr. vhodnou metódou pomáhajúcou študentom osvojiť si potrebné vedomosti sú *prednášky*, zatiaľ čo *diskusie* sú vhodné na ovplyvňovanie postojov a *hranie rôl* je vhodné na rozvíjanie zručností. V úsilí pomôcť študentom osvojiť si vedomosti, postoje a zručnosti by sa mohla a mala využívať celá škála metód výučby a učenia sa (pozri príklad v rámečku).

PRÍKLAD:

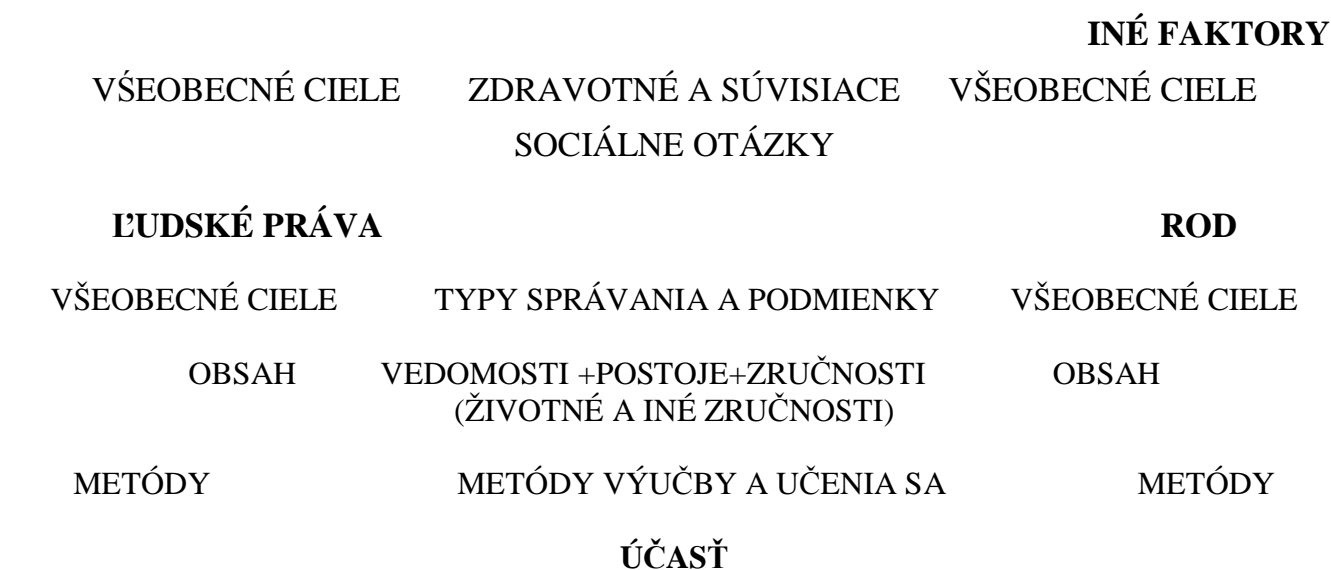
Všeobecné a konkrétne ciele určujú obsah a metódy zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností. Predpokladajme, že všeobecným cieľom je predchádzať zdravotným problémom spojeným s fajčením. Konkrétne ciele v rámci tohto všeobecného cieľa môžu zahŕňať znižovanie spotreby tabakových výrobkov medzi mládežou a zmenu podmienok ovplyvňujúcich ich užívanie, ako napr. počet nefajčiarskych zón a cena a dostupnosť cigariet. V rámci obsahu by sa potom mohla venovať pozornosť (1) oboznamovaniu sa so zdravotnými rizikami fajčenia; (2) rozpoznávaniu rafinovaných taktík používaných tabakovým priemyslom s cieľom nabádať mladých ľudí na fajčenie a vybudovať u nich závislosť; (3) postojom, ktoré chránia pred poškodzovaním vlastného zdravia a zdravia ostatných; (4) zručnostiam potrebným na kritické myslenie a rozhodovanie, podporujúcim rozhodnutie nefajčiť; komunikačným zručnostiam a schopnosti povedať nie, ktoré pomáhajú odolávať tlaku rovesníkov; a zručnostiam potrebným na získanie podpory pre nefajčiarske prostredie. Metódy výučby v rámci tohto obsahu by mohli zahŕňať (1) výklad, ktorý jasne a presvedčivo vysvetlí škodlivé účinky fajčenia a to, ako spoločnosti využívajú marketing s cieľom predstaviť fajčenie v atraktívnom svetle; (2) diskusiu a prácu v malých skupinách s využitím audiovizuálnych materiálov na sprostredkovanie informácií o rizikách spojených s fajčením; (3) cvičenie zamerané na skúmanie stratégií, ktoré používa tabakový priemysel s cieľom získať mladých ľudí pre fajčenie ako náhradu za dospelých, ktorí prestali fajčiť; (4) hranie rôl zamerané na nácvik schopnosti povedať nie; a (5) celoškolskú aktivitu zameranú na získanie podpory pre nefajčiarske prostredie v škole. Ukázalo sa, že samotná zdravotná výchova založená na rozvoji zručností pomohla mnohým mladým ľuďom

¹ Slová „participatívne“ a „interaktívne“ sa v tejto práci používajú v rovnakom význame. Označujú vyučovacie metódy, prostredníctvom ktorých sa študenti aktívne zapájajú do procesu výučby.

vyhnúť sa zdravotným rizikám, ako je napr. pobyt v zafajčenom prostredí. V mnohých komunitách sa však uplatňuje sociálno-ekonomická politika a praktiky, ktoré oslabujú dosahovanie všeobecných cieľov zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností, alebo ktoré glorifikujú rizikové spôsoby správania. Na dosiahnutie plného efektu zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností je potrebné prijať stratégie na národnej aj miestnej úrovni s cieľom potláčať vplyv uvedených politík a praktík.

Obr. 2. Pyramída plánovania zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností

PLÁNOVACIA PYRAMÍDA



INÉ VPLYVY

2.1. OBSAH

V zdravotnej výchove založenej na rozvoji zručností sa **obsah** vzťahuje na konkrétne vedomosti o zdraví a postoje k sebe a k ostatným, ako aj na zručnosti potrebné na ovplyvňovanie správania a podmienky spojené s konkrétnou zdravotnou otázkou. Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností by mala mladému človeku umožniť aplikovať vedomosti a rozvíjať postoje a zručnosti potrebné na prijímanie pozitívnych rozhodnutí a robenie krokov smerujúcich k podpore a ochrane vlastného zdravia a zdravia ostatných.

Vedomosti znamenajú určitý okruh informácií a ich pochopenie. Na sprostredkovanie týchto vedomostí môžu učitelia kombinovať výklad faktov s vysvetlením, ako tieto fakty navzájom súvisia (Greene a Simons-Morton, 1984). Učiteľ môže napr. opísať spôsob prenosu infekcie HIV a potom vysvetliť, že pohlavný styk s vnútrožilovým užívateľom drog zvyšuje riziko infekcie HIV.

Postoje sa vzťahujú na osobné predsudky, preferencie a subjektívne hodnotenia, ktoré človeka predisponujú k tomu, aby konal alebo reagoval istým predvídateľným spôsobom. Postoje určujú, či sa človeku niečo páči, alebo nepáči, či niečo považuje za dobré alebo zlé, dôležité alebo nedôležité, alebo za také, na čom záleží alebo nezáleží. Napr. rodová citlivosť, rešpektovanie ostatných alebo rešpektovanie vlastného tela a názor, že je dôležité sa oň starať, to sú postoje, ktoré sú dôležité pre zachovanie zdravia a dobrého fungovania (prispôsobené podľa Greene a Simons-Morton, 1984). Na účely tohto dokumentu je do oblasti postojov zaradený široký okruh pojmov vrátane hodnôt,

presvedčenia, sociálnych noriem, práv, úmyslov a motivácií.

Zručnosti sú v tomto dokumente rozdelené medzi životné zručnosti (vymedzené nižšie) a ostatné zručnosti. Všeobecne možno zručnosti označiť za schopnosť človeka správať sa určitým spôsobom. Výraz **ostatné zručnosti** označuje praktické zdravotnícke zručnosti alebo techniky, ako je napr. schopnosť poskytnúť prvú pomoc (napr. aplikácia obväzu, oživovanie, sterilizácia nástrojov), hygienické návyky (napr. umývanie rúk, umývanie zubov, príprava orálnej rehydratačnej terapie), alebo vedomosti o sexuálnom zdraví (napr. správne používanie kondómov).

Životné zručnosti predstavujú schopnosť prispôsobivého a pozitívneho správania, ktorá človeku umožňuje účinne sa vyrovnávať s požiadavkami a výzvami každodenného života (definícia SZO). Životné zručnosti sú najmä psychosociálne spôsobilosti a interpersonálne zručnosti, ktoré ľuďom pomáhajú robiť informované rozhodnutia, riešiť problémy, kriticky a tvorivo rozmyšľať, efektívne komunikovať, budovať si zdravé vzťahy, prejavovať empatiu voči iným, a zdravo a produktívne si riadiť vlastný život. Životné zručnosti môžu byť zamerané na osobné konanie alebo konanie vo vzťahu k iným, alebo sa môžu uplatňovať vo vzťahu ku konaniu meniacemu okolité prostredie smerom k podpore zdravia.

Jednotlivé zdravotnícke, vzdelávacie a mládežnícke organizácie a výskumníci zaoberajúci sa mládežou vymedzili kľúčové zručnosti a zoradili ich do rozdielnych kategórií. Napriek týmto rozdielom sa experti aj praktici zhodujú v tom, že výraz „životné zručnosti“ v typickom prípade zahŕňa zručnosti uvedené v predchádzajúcej definícii. Pridali sme k nim aj zručnosti potrebné na získavanie podpory, ktoré majú veľký význam v osobnom aj kolektívnom úsilí, ktorého cieľom je predložiť presvedčené argumenty v prospech správania sa a podmienok podporujúcich zdravie. (Prípadovú štúdiu o zručnostiach potrebných na získavanie podpory pozri v časti 2.2.)

Proces kategorizácie jednotlivých životných zručností môže nevdojak navodiť dojem, že medzi nimi existujú rozdiely (pozri obr. 3). Mnohé životné zručnosti sú však navzájom prepojené a v rámci jednej učebnej aktivity je možné vyučovať viaceré z nich.

Obr. 3. Životné zručnosti pre zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností

KOMUNIKAČNÉ A INTERPERSONÁLNE ZRUČNOSTI	ZRUČNOSTI POTREBNÉ NA ROZHODOVANIE A ZRUČNOSTI POTREBNÉ NA KRITICKÉ MYSLENIE	ZRUČNOSTI POTREBNÉ NA ZVLÁDANIE PROBLÉMOV A NA RIADENIE VLASTNÉHO ŽIVOTA
--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Interpersonálne komunikačné zručnosti - verbálna/neverbálna komunikácia - aktívne počúvanie - vyjadrovanie pocitov, poskytovanie spätnej väzby (bez obviňovania) a prijímanie spätnej väzby • Zručnosti potrebné na vyjednávanie/schopnosť povedať nie - vyjednávanie a zvládanie konfliktov - asertivita - schopnosť odmietnuť • Budovanie empatie - schopnosť počúvať, pochopiť potreby a situáciu iného človeka, a vedieť toto pochopenie dať najavo • Spolupráca a tímová práca - prejavovať úctu voči názorom a odlišnému štýlu iných ľudí - hodnotenie vlastných schopností a prispievanie k skupine • Zručnosti potrebné na získavanie podpory - schopnosť ovplyvňovať a presviedčať - schopnosť vytvárať siete a motivovať 	<ul style="list-style-type: none"> • Zručnosti potrebné na rozhodovanie/riešenie problémov - zručnosti potrebné na získavanie informácií - hodnotenie budúcich dôsledkov dnešného konania pre seba aj pre iných – nachádzanie alternatívnych riešení problémov - schopnosť analyzovať vplyv hodnôt a postojov k sebe samému a k ostatným na motiváciu • Zručnosti potrebné na kritické myslenie - analýza vplyvov rovesníkov a médií – analýza postojov, hodnôt, sociálnych noriem, názorov a faktorov, ktoré na ne vplyvajú - zisťovanie relevantných informácií a informačných zdrojov 	<ul style="list-style-type: none"> • Zručnosti potrebné na zvyšovanie sebadôvery a schopnosť získať kontrolu nad situáciou, prijímať zodpovednosť, robiť veci inak alebo navodiť zmenu - budovanie sebaúcty / sebadôvery - budovanie schopnosti uvedomiť si samého seba vrátane uvedomovania si práv, vplyvov, hodnôt, postojov, práv, silných a slabých stránok - stanovovanie cieľov - schopnosť sebahodnotenia / sebamonitorovania • Zručnosti potrebné na ovládanie svojich pocitov - zvládanie hnevu - zvládanie žiaľu a úzkosti - vyrovnávanie sa so stratou, zneužívaním a traumou • Zručnosti potrebné na zvládanie stresu - time manažment - pozitívne myslenie - relaxačné techniky
--	---	---

Na účel dosiahnutia konkrétneho vplyvu na správanie sú programy zamerané na rozvíjanie životných zručností mladých ľudí bez konkrétneho kontextu, napr. bez previazanosti na zdravie alebo zdravotný stav, menej účinné ako programy výslovne zamerané na využívanie životných zručností pri konkrétnom rozhodnutí správať sa určitým spôsobom relevantným z hľadiska vlastného zdravia (Kirby a i. 1994). Na zabezpečenie účinného vplyvu na správanie je nevyhnutné používať zručnosti v konkrétnej súvislosti, napr. v súvislosti s aktuálnou zdravotnou problematikou. Netreba však zabúdať ani na dôležitosť budovania životných zručností pre iné aspekty vývoja mladých ľudí, ako je napr. udržiavanie pozitívnych medziľudských vzťahov s učiteľmi, ostatnými študentmi a s členmi rodiny.

Obr. 4 ukazuje, ako študenti môžu aplikovať jednu alebo viacero životných zručností pri nácviku pozitívneho správania sa a pri vytváraní zdravých podmienok v reakcii na rôzne zdravotné riziká.

Obr. 4. Životné zručnosti špecificky zacielené na dôležité zdravotné témy

ZDRAVOTNÉ TÉMY	KOMUNIKAČNÉ A INTERPERSONÁLNE ZRUČNOSTI	ZRUČNOSTI POTREBNÉ NA ROZHODOVANIE A KRITICKÉ MYSLENIE	ZRUČNOSTI POTREBNÉ NA ZVLÁDANIE PROBLÉMOV A RIADENIE VLASTNÉHO ŽIVOTA

<p>ALKOHOL, TABAK A INÉ DROGY</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Komunikačné zručnosti: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako: <ul style="list-style-type: none"> - informovať ostatných o negatívnych zdravotných a sociálnych dôsledkoch a osobných dôvodoch rozhodnutia neužívať alkohol, tabak alebo drogy - požiadať rodičov, aby nefajčili v aute, keď sa v ňom vezú aj oni • Schopnosť empatie: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako: <ul style="list-style-type: none"> - počúvať a prejavíť pochopenie pre dôvody rozhodnutia svojho priateľa užívať drogy - navrhnúť príťažlivé a presvedčivé alternatívy k tomuto rozhodnutiu • Zručnosti potrebné na získavanie podpory: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako: <ul style="list-style-type: none"> - presvedčiť riaditeľa, aby prijal a uplatňoval politiku školy bez tabaku - dosiahnuť podporu na miestnej úrovni pre školy a verejné budovy bez tabaku • Zručnosti potrebné na vyjednávanie/schopnosť povedať nie Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako: <ul style="list-style-type: none"> - odolávať opakovanému naliehaniu priateľa na užívanie žuvacieho tabaku či cigariet bez toho, aby stratili tvár alebo priateľov • Interpersonálne zručnosti: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako: <ul style="list-style-type: none"> - podporiť tých, čo sa snažia prestať fajčiť alebo užívať iné drogy 	<ul style="list-style-type: none"> • Zručnosti potrebné na rozhodovanie: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako: <ul style="list-style-type: none"> - získavať informácie o dôsledkoch užívania alkoholu a tabaku - zvažovať dôsledky a porovnávať ich s dôvodmi, ktoré mladí ľudia bežne udávajú na zdôvodnenie užívania alkoholu alebo tabaku - identifikovať vlastné dôvody pre rozhodnutie neužívať alkohol alebo iné drogy a vysvetliť tieto dôvody aj ostatným - navrhnúť, aby sa prijalo rozhodnutie piť nealkoholické nápoje na večierku, na ktorom sa podáva alkohol - urobiť a dodržiavať rozhodnutie prestať užívať tabak alebo iné drogy a vyhľadať pomoc na podporu tohto rozhodnutia • Zručnosti potrebné na kritické myslenie Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako: <ul style="list-style-type: none"> - analyzovať reklamy, ktorých cieľom je propagovať fajčenie mládeže a všimnúť si, ako sa reklamy snažia využiť potrebu byť „cool,“ zaujať dievčatá alebo v prípade dievčat byť atraktívne pre chlapcov - vymyslieť odkazy v opačnom duchu, ktoré upozorňujú aj na cenu cigariet a na iné možnosti použitia peňazí - vyhodnotiť, ako tlak na užívanie tabaku využíva nevýhodné postavenie chudobných - analyzovať dôvody, ktoré 	<ul style="list-style-type: none"> • Zručnosti potrebné na zvládanie stresu: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako: <ul style="list-style-type: none"> - analyzovať faktory prispievajúce k stresu - redukovat' stres prostredníctvom aktivít ako je cvičenie, meditácia a time manažment - nadväzovať priateľské vzťahy s osobami, ktoré ich môžu podporiť a pomôcť im relaxovať
--	---	---	---

po kr.

ZDRAVOTNÉ TÉMY	KOMUNIKAČNÉ A INTERPERSONÁLNE ZRUČNOSTI	ZRUČNOSTI POTREBNÉ NA ROZHODOVANIE A KRITICKÉ MYSLENIE	ZRUČNOSTI POTREBNÉ NA ZVLÁDANIE PROBLÉMOV A RIADENIE VLASTNÉHO ŽIVOTA
ZDRAVÁ VÝŽIVA	<p>• Komunikačné zručnosti: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - presvedčiť rodičov a priateľov, aby sa rozhodli pre zdravé jedlá a stravovanie <p>• Schopnosť povedať nie: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - odolávať sociálnemu tlaku na osvojenie si nezdravých stravovacích návykov <p>• Zručnosti potrebné na získavanie podpory: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prezentovať myšlienku zdravej výživy prostredníctvom plagátov, reklám, vystúpení a prezentácií s cieľom získať podporu vplyvných dospelých osôb, ako sú riaditelia škôl, učitelia alebo miestni lekári, pre podávanie zdravých jedál v školskom prostredí 	<p>• Zručnosti potrebné na rozhodovanie: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dávať prednosť zdravým jedlám a pochúťkam pred menej zdravými - presvedčivo prejavíť pochopenie dôsledkov nevyváženej stravy (ochorení z nedostatku živín) <p>• Zručnosti potrebné na kritické myslenie Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vyhodnocovať tvrdenia o výživnej hodnote v reklame a v novinových článkoch týkajúcich sa výživy 	<p>• Sebauvedomenie si a schopnosť sebakontroly: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rozpoznať súvislosť medzi poruchami výživy a psychologickými a emocionálnymi faktormi - identifikovať osobné preferencie vo vzťahu k zdravým jedlám a pochúťkam - vypestovať si obraz zdravého tela
SEXUÁLNE A REPRODUKČNÉ ZDRAVIE A PREVENCIA HIV/AIDS	<p>• Komunikačné zručnosti: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - účinne vyjadriť, že si neželajú pohlavný styk - vplývať na druhých, aby 	<p>• Zručnosti potrebné na rozhodovanie: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vyhľadávať a nachádzať spoľahlivé zdroje informácií o 	<p>• Zručnosti potrebné na zvládanie stresu: Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vyhľadávať služby poskytujúce pomoc v oblasti reprodukčného

	<p>sa zdržali sexu alebo aby v opačnom prípade praktizovali bezpečný sex a používali kondómy</p> <p>- prejavovať podporu pre prevenciu diskriminácie v súvislosti s HIV/AIDS</p> <p>• Zručnosti potrebné na získavanie podpory:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <p>- prezentovať argumenty o dostupnosti informácií, služieb a poradenstva pre mladých ľudí v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia</p> <p>Vyjednávanie / schopnosť povedať nie:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <p>- odmietnuť pohlavný styk alebo dohodnúť sa na použití kondómu</p>	<p>ľudskej anatómii, puberte, počatí a tehotenstve; sexuálne prenosných chorobách, HIV/AIDS, a o ich výskyte v danej lokalite; a o dostupných metódach antikoncepcie, analyzovať rôzne potenciálne situácie sexuálnych interakcií a identifikovať rôzne možnosti správania a ich možné dôsledky</p> <p>• Zručnosti potrebné na kritické myslenie:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <p>- analyzovať mýty a falošné predstavy, ktoré médiá šíria o HIV/AIDS, antikoncepcii, rodových úlohách a o tom, ako by mali vyzerat'</p>	<p>a sexuálneho zdravia, ako je napr. antikoncepcia, používanie kondómov na zabránenie HIV alebo neplánovaného tehotenstva, sexuálne zneužívanie, vykorisťovanie, diskriminácia, (rodové) násilie alebo iné emocionálne traumy</p> <p>• Zručnosti potrebné na zvýšenie sebadôvery a schopnosť získať kontrolu nad situáciou, prijímať zodpovednosť, robiť veci inak alebo navodiť zmenu:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <p>- presadzovať osobné hodnoty pod tlakom rovesníkov alebo inými tlakmi</p>
--	---	---	---

pochr.

ZDRAVOTNÉ TÉMY	KOMUNIKAČNÉ A INTERPERSONÁLNE ZRUČNOSTI	ZRUČNOSTI POTREBNÉ NA ROZHODOVANIE A KRITICKÉ MYSLENIE	ZRUČNOSTI POTREBNÉ NA ZVLÁDANIE PROBLÉMOV A RIADENIE VLASTNÉHO ŽIVOTA
SEXUÁLNE A REPRODUKČNÉ ZDRAVIE A PREVENCIA HIV/AIDS	<p>• Interpersonálne zručnosti:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <p>- prejavovať záujem o iných a aktívne ich počúvať</p> <p>- dávať najavo starosť o iných a pochopenie, a to aj pri interakcii s osobou s infekciou HIV</p>	<p>- analyzovať kultúrne vplyvy na sexuálne správanie</p>	
ZNIŽOVANIE VÝSKYTU	<p>• Komunikačné zručnosti:</p>	<p>• Zručnosti potrebné na rozhodovanie / riešenie</p>	<p>• Zručnosti potrebné na</p>

<p>HELMINTIÁZ</p>	<p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oznámiť informácie o helmintiázach ochoreniach rodinám, rovesníkom a členom komunity - nabádať rovesníkov, súrodencov a členov rodiny, aby sa podrobili antihelmintickej liečbe a vyhli opakovanej nákaze <p>• Zručnosti potrebné na získavanie podpory:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - získavať podporu pre vytváranie prostredia a pre konanie, ktoré nepodporuje vznik helmintiáz - podeliť sa o pozitívne výsledky antihelmintickej liečby 	<p>problémov:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikovať typy správania sa a podmienky prostredia, ktoré by mohli zapríčiniť infekciu, ako je napr. prehltnutie kontaminovanej pôdy alebo kontakt s takouto pôdou, vyhýbať sa takémuto správaniu a podmienkam a správať sa tak, aby sa predchádzalo nákaze, napr. zabrániť znečisteniu povrchových alebo podzemných vôd ľudskými výkalmi - používať zdravotne nezávadnú vodu a neznečistené potraviny 	<p>sebamonitorovanie:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konať tak, aby si neprivodili parazitárne ochorenia, napr. vyhýbať sa znečistenej vode
<p>PREDCHÁDZANIE NÁSILIU ALEBO VÝCHOVA K MIERU</p>	<p>•Komunikačné zručnosti:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jasne a pokojne vysvetliť svoje stanovisko bez toho, aby zvaľovali vinu na iného - vypočuť si názory ostatných - komunikovať pozitívne posolstvá - robiť vyhlásenia v prvej osobe a neobviňovať iných <p>• Zručnosti potrebné na vyjednanie:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zasiahnuť a zastaviť vznikajúci konflikt skôr, ako by sa mohol vyostriť 	<p>• Zručnosti potrebné na rozhodovanie:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pochopiť úlohu útočníka, obete a náhodného pozorovateľa <p>• Zručnosti potrebné na kritické myslenie:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikovať konfliktné situácie a vyhýbať sa im - vyhodnotiť násilné aj nenásilné riešenia, ktoré sa podľa ich opisu v médiách zdajú byť úspešné - analyzovať svoje vlastné stereotypy, názory a attributions podporujúce násilie 	<p>• Zručnosti potrebné na zvládanie stresu</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikovať a používať metódy pokojného riešenia konfliktov - odolávať tlaku rovesníkov a dospelých na zapájanie sa do násilného konania

	<p>• Zručnosti potrebné na získavanie podpory:</p> <p>Študenti môžu pozorovať a nacvičovať si, ako:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sa zapájať do komunitných aktivít podporujúcich nenásilné správanie sa - pripojiť sa, podporovať a informovať ostatných o nenásilných aktivitách a organizáciách - získavať podporu pre programy odkupovania zbraní alebo vytvárania zón bez zbraní - odrádzať od pozerania násilných televíznych filmov alebo od násilných videohier 	<p>- pomôcť zmiernovať predsudky a zvyšovať toleranciu pre rozmanitosť</p>	
--	---	--	--

V optimálnom prípade sa zdravotná výchova založená na rozvoji zručností zavádza v širokom okruhu obsahových oblastí. Usmernenia týkajúce sa viacerých z týchto obsahových oblastí obsahuje WHO Information Series for School Health (pozri prílohu 1).

Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností a ľudské práva

Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností podporuje základné ľudské práva zahrnuté v Dohovore o právach dieťaťa, najmä tie, ktoré sa týkajú prístupu k zdravotníckym službám najvyššieho štandardu (článok 24) a práva na vzdelávanie umožňujúceho rozvoj osobnosti dieťaťa v čo najväčšej miere (články 28 a 29). Deti majú všeobecné a nedeliteľné práva vrátane práva na prežitie, na ochranu pred škodlivými vplyvmi, zneužívaním a vykorisťovaním a právo na plné zapojenie sa do rodinného, kultúrneho a spoločenského života. Okrem toho majú deti právo na informácie, vzdelávanie a služby, na čo najvyšší dosiahnuteľný štandard telesného aj duševného zdravia, a na formálne aj neformálne vzdelávanie o otázkach populácie a zdravia, vrátane otázok sexuálneho a reprodukčného zdravia (International Conference on Population and Development, 1999). Štáty majú zodpovednosť za rešpektovanie, ochranu a uplatňovanie práv detí. Pri vzdelávaní sa musí sledovať najlepší záujem a trvalý rozvoj celej osobnosti dieťaťa bez diskriminácie a s prihliadnutím na názory a účasť dieťaťa. Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností je cestou k tomuto cieľu.

2.2. METÓDY VÝUČBY A UČENIA SA V ZDRAVOTNEJ VÝCHOVE ZALOŽENEJ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ

Aby metódy výučby a učenia sa umožnili dosiahnuť všeobecné aj konkrétne ciele zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností, musia byť relevantné a účinné. Účinná zdravotná výchova založená na rozvoji zručností imituje prirodzené procesy, prostredníctvom ktorých si deti osvojujú spôsoby správania. Patrí k nim používanie modelov, pozorovanie a sociálne interakcie.

Neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností sú interaktívne alebo participatívne metódy výučby a učenia sa.

Študenti si najlepšie osvoja zručnosti vtedy, ak ich majú možnosť pozorovať a precvičovať. Počúvať učiteľa, ktorý tieto zručnosti opisuje, alebo o nich číta či prednáša, ešte neznamená, že si ich mladí ľudia skutočne osvoja. Učitelia musia v triede používať metódy, ktoré mladým ľuďom umožnia pozorovať uplatňovanie zručností v praxi a sami si ich vyskúšať. Výskumníci tvrdia, že ak mladí ľudia majú možnosť nacvičiť si zručnosti v bezpečnom prostredí svojej triedy, významne sa tým zvyšuje pravdepodobnosť, že ich budú pripravení použiť v škole alebo mimo nej.

Úlohou učiteľa pri zabezpečovaní zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností je uľahčiť participatívne učenie sa (t. j. prirodzený proces učenia sa) popri prednáškach a iných primeraných a účinných metódach na dosiahnutie cieľov výučby. V participatívnom učení sa využívajú skúsenosti, názory a vedomosti členov skupiny, vytvára sa tvorivý kontext pre skúmanie a rozvíjanie možností a alternatív a vytvára sa ovzdušie vzájomnej pohody a istoty, ktoré napomáha procesu učenia sa a rozhodovania (CARICOM a UNICEF, 1999).

Teória sociálneho učenia sa ponúka niektoré teoretické zdôvodnenia účinnosti participatívnych techník výučby. Bandurov výskum ukazuje, že ľudia sa učia, čo majú robiť a ako majú konať tým, že pozorujú iných. Pozitívne správanie je posilnené pozitívnymi alebo negatívnymi dôsledkami, ktoré učiaci sa mohol odpozorovať alebo sám zažiť. Správanie sa ľahšie stabilizuje vtedy, ak si ľudia modelové vzorce správania sa mentálne nacvičia alebo ich prakticky použijú (Bandura, 1977).

Ďalšie zdôvodnenie ponúka konštruktivistická teória. Vygotsky tvrdí, že sociálne interakcie a aktívne zapájanie dieťaťa do riešenia problémov s rovesníkmi a dospelými sú základom pre rozvíjanie myslenia (Vygotsky, 1978). Mnohé programy využívajú silné pôsobenie rovesníkov pri ovplyvňovaní sociálnych noriem a individuálneho konania. Dospelí aj mladí ľudia majú tendenciu konať spôsobom, ktorý považujú za normatívny, alebo robiť to, čo robí väčšina ľudí v ich veku. Ak mladí ľudia vidia veci tak (správne alebo nesprávne), že väčšina mladých ľudí rieši problémy použitím násilia, potom sa to stane normou alebo typickým spôsobom, ako bude reagovať väčšina mladých ľudí v danej situácii. A naopak, ak študenti vnímajú ako normu to, že sa o problémoch hovorí, a že náhodní svedkovia zasiahnu s cieľom zabrániť násiliu namiesto toho, aby ho povzbudili, väčšina z nich sa prikloní k takejto norme správania. Práca s rovesníckymi skupinami zameraná na podporu pro-sociálneho správania mení normatívnu rovesnícku štruktúru smerom k uprednostňovaniu zdravého a pozitívneho správania; niektorých vysoko rizikových rovesníkov, u ktorých je vyššia pravdepodobnosť deštruktívneho správania, môže ovplyvniť smerom k osvojeniu si pro-sociálnych noriem (Wodarski a Feit, 1997). Kľúčový význam má vytváranie pozitívnych noriem v školskom prostredí, oboznámenie žiakov s týmito normami a ich následné modelovanie. Môže sa tak zvýšiť počet žiakov, ktorí sa správajú spôsobom podporujúcim zdravie (upravené podľa Mangrulkara a i., 2001, s. 27).

Obr. 5 opisuje model rozvíjania zručností, ktorý môže slúžiť ako usmernenie pri štruktúrovaní vyučovacích hodín.

Obr. 5. Cyklus rozvoja zručností

Definovanie a prehľbovanie špecifických zručností

- Definovanie zručností: Ktoré zručnosti sú najrelevantnejšie z hľadiska ovplyvňovania cieľového správania alebo stavu; čo sa študent naučí robiť v prípade úspešného cvičenia na budovanie zručností?
- Generovanie pozitívnych aj negatívnych príkladov možného používania zručností
- Povzbudzovanie verbálneho nácviku a konania
- Korekcia nesprávnych predstáv o tom, v čom spočíva a ako sa vykonáva určitá zručnosť

Podpora nadobúdania a vykonávania zručností

- Vytváranie príležitostí na pozorovanie efektívneho uplatňovania zručností
- Vytváranie príležitostí na nácvik s podporou koučingu a spätnej väzby
- Vyhodnotenie výkonu
- Poskytnutie spätnej väzby a vypracovanie odporúčaní na nápravné opatrenia

Podpora udržiavania zručností/zovšeobecnenie

- Vytvorenie príležitostí na osobné precvičovanie
- Podpora sebahodnotenia a prispôsobovania zručností

(Text na obr. 5 bol upravený podľa Mangrulkara a i., 2001, s. 27.)

Štúdie prístupov k zdravotnej výchove ukázali, že aktívne participatívne metódy učenia sa sú najúčinnjším spôsobom rozvíjania vedomostí, postojov a zručností žiakov, ktorých zároveň učia rozhodovať sa pre zdravé riešenia (napr. Wilson a i., 1992; Tobler, 1998).

Medzi konkrétne výhody aktívnych participatívnych metód výučby a učenia sa a práce v skupinách patrí:

- prehĺbenie sebazpoznania účastníkov a poznania iných
- podpora spolupráce namiesto súťaživosti
- vytváranie príležitostí pre členov skupiny a ich trénerov/učiteľov na rozpoznávanie a ocenenie individuálnych zručností a posilnenie sebaúcty
- umožniť účastníkom navzájom sa lepšie spoznávať a prehľbovať vzájomné vzťahy
- podporovať schopnosť počúvať a komunikovať
- lepšie riešiť citlivé otázky
- podporovať toleranciu a chápanie jednotlivcov a ich potrieb
- povzbudzovať inovácie a tvorivosť

(z: CARICOM, 2000; CARICOM a UNICEF, 1999)

Medzi participatívne metódy výučby zamerané na budovanie zručností a ovplyvňovanie postojov patrí:

- diskusia v rámci triedy
- brainstorming
- ukážky a usmerňovaný nácvik
- hranie rôl
- malé skupiny
- vzdelávacie hry a simulácie
- prípadové štúdie
- rozprávanie príbehov
- diskusie
- nácvik životných zručností relevantných pre konkrétny kontext spolu s ostatnými študentmi
- audiovizuálne aktivity, napr. výtvarné umenie, hudba, divadlo, tanec

- mapovanie rozhodovania alebo stromy riešenia problémov.

V efektívnych programoch sa tieto participatívne a aktívne metódy dopĺňajú informáciami a postojmi súvisiacimi s určitým kontextom (Kirby a i., 1994). Obr. 6 opisuje obsah, výhody a spôsoby používania niektorých hlavných participatívnych vyučovacích metód. V nasledujúcej prípadovej štúdii študenti využili zručnosti potrebné na získanie podpory a akčné schopnosti na zmenu podmienok okolitého prostredia a na podporu zdravia.

PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA

Študenti základnej školy v mestečku Hibbing v americkom štáte Minnesota sa zúčastnili programu Skills for Growing Up (Zručnosti pre dospievajúce) navrhnutého v rámci iniciatívy Lions-Quest. Cieľom tejto iniciatívy Lions Clubs International/Lions Clubs International Foundation je učiť mládež životným zručnostiam. Študenti sa rozhodli, že cigaretová žuvačka „Hey Man Cool“ s červenou špičkou, z ktorej sa vyfukujú obláčiky cukrového „dymu“, by sa mohla ľahko pomýliť so skutočnou cigaretou, a že výrobca takto navodzuje prítlačivý obraz fajčenia. Dosiahli, že dva miestne obchody so sladkosťami stiahli tento produkt z regálov. Následne svoje argumenty predložili výrobcovi, the Philadelphia Chewing Gum Corporation. Spoločnosť súhlasila s tým, že zmení obal, odstráni červenú špičku a zmení aj tvar žuvačky. Podľa učiteľov študenti pod dojmom tohto úspechu teraz upriamili pozornosť na spoločnosť vyrábajúcu hovädzie sušené mäso, ktorej produkt pripomína žuvací tabak.

Z <http://www.quest.edu/content/OurProgrammes/EvaluationReport/evalreport.html>

Obr. 6: Participatívne vyučovacie metódy

Každá z metód výučby na obr. 6 sa môže použiť na výučbu životných zručností.

VYUČOVACIA METÓDA	OPIS	PRÍNOS	PROCES
DISKUSIA V TRIEDE (v malých alebo veľkých skupinách)	Trieda skúma aktuálny problém alebo tému s cieľom lepšie pochopiť danú otázku alebo zručnosť, nájsť čo najlepšie riešenie, alebo navrhnúť nové myšlienky alebo smery pre skupinu.	Táto metóda študentom poskytuje príležitosť na to, aby sa učili jeden od druhého a aby sa navzájom radili pri riešení problémov. Študentom umožňuje prehĺbiť pochopenie danej témy a vytvoriť si k nej osobný vzťah. Pomáha rozvíjať schopnosť počúvať, asertivitu a empatiu.	<ul style="list-style-type: none"> • Rozhodnite, ako sa bude sedieť počas diskusie • Určite cieľ diskusie a jasne ho všetkým oznámte • Klad'te zmysluplné otázky s otvoreným koncom • Robte záznam o priebehu diskusie
BRAIN-STORMING	Študenti aktívne produkujú najrôznejšie nápady týkajúce sa konkrétnej témy alebo otázky vo vymedzenom, často krátkom čase. Hlavným cieľom brainstormingu je vyprodukovať čo najviac nápadov. Hodnotenie	Umožňuje rýchlo a spontánne produkovať nápady. Pomáha študentom využívať svoju predstavivosť a oslobodiť sa od zaužívaných vzorcov reagovania. Dobrý úvod do diskusie, pretože trieda môže tvorivo produkovať	<ul style="list-style-type: none"> • Vymenujte vedúceho a zapisovateľa • Určite otázku alebo problém a požiadajte o produkovanie nápadov • Študenti môžu povedať čokoľvek, čo im zide na um • Nediskutujte

	nápadov alebo diskusia o nich nasleduje neskôr.	nápady. Veľmi dôležité je vyhodnotiť kladné aj záporné stránky každého nápadu alebo zoradiť nápady podľa istých kritérií.	o myšlienkach hneď, ako ich vyslovíte <ul style="list-style-type: none"> • Zaznamenajte myšlienky tak, aby na ne všetci videli • Po brainstormingu vyhodnoťte nápady, pridajte nové, vyhod'te nehodiace sa, zarad'te do kategórií
HRANIE RÔL	Obsahom hrania ról je neformálna dramatizácia, v ktorej študenti zahrajú situáciu.	Vynikajúca stratégia na nácvik zručností, na odskúšanie riešenia potenciálnej situácie v reálnom živote; posilnenie empatie voči iným ľuďom a ich názorom; prehĺbenie vhl'adu do vlastných pocitov.	<ul style="list-style-type: none"> • Opíšte situáciu, ktorá sa má zahrať • Určite predstaviteľ'ov jednotlivých úloh • Dajte im pokyny • Začnite hrať • Diskutujte o tom, čo sa udialo

po kr.

VYUČOVACIA METÓDA	OPIS	PRÍNOS	PROCES
MALÁ SKUPINA/ TEMATICKÁ SKUPINA	Na prácu v malých skupinách sa veľká trieda rozdelí na menšie šesťčlenné skupiny, ktoré dostanú krátky čas na splnenie úlohy, vykonanie nejakej aktivity, alebo prediskutovanie konkrétnej témy, problému alebo otázky.	Táto metóda je užitočná v prípade veľkých skupín a krátkosti času. Maximalizuje príspevok každého študenta. Umožňuje študentom lepšie sa spoznať a zvyšuje pravdepodobnosť, že budú brať do úvahy to, čo si myslí ten druhý. Študentom pomáha počúvať ich rovesníkov a učiť sa od nich.	<ul style="list-style-type: none"> • Uved'te, aký je cieľ diskusie a koľko času máte k dispozícii • Utvorte malé skupiny • Usporiadajte stoličky tak, aby sa študenti navzájom dobre počuli • Požiadajte skupinu o určenie zapisovateľa • V závere požiadajte zapisovateľ'ov, aby opísali diskusie v skupinách
HRY A SIMULÁCIE	Študenti hrajú hry ako aktivity, ktoré sa môžu využiť na výučbu obsahu, kritického myslenia, riešenia problémov a rozhodovania, ako aj na preverenie a posilnenie týchto spôsobilostí. Simulácie sú aktivity štruktúrované tak, aby zodpovedali skutočnému zážitku.	Hry a simulácie sú zábavné, podporujú aktívne učenie a podnecujú diskusiu v triede, keď sa účastníci zo všetkých síl snažia presadiť svoj názor alebo získať body. Vyžadujú si kombinované použitie vedomostí, postojov a zručností a študentom umožňujú otestovať si predpoklady a schopnosti	<p>Hry:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pripomínajte študentom, že táto činnosť má byť pre nich príjemná, a že nezáleží na tom, kto vyhrá <p>Simulácie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Najúčinnnejšie sú vtedy, keď sú krátke a keď sa okamžite prediskutujú • Študenti by mali dostať úlohu predstaviť si sami

		v relatívne bezpečnom prostredí.	seba v istej situácii, alebo zahrať štruktúrovanú hru či aktivitu s cieľom vyskúšať si, aký pocit by asi mali v inom prostredí
SITUAČNÁ ANALÝZA A PRÍPADOVÉ ŠTÚDIE	Aktivity v rámci situačnej analýzy umožňujú študentom rozmyšľať o situáciách, s ktorými by sa mohli stretnúť, analyzovať ich a diskutovať o nich. Prípadové štúdie sú príbehy zo života, v ktorých sa podrobne opisuje niečo, čo sa stalo v komunite, rodine, škole alebo jednotlivcovi.	Situačná analýza študentom umožňuje skúmať problémy a dilemy a bezpečne otestovať riešenia; poskytuje príležitosť na vzájomnú spoluprácu, výmenu myšlienok a na uvedomenie si, že ľudia niekedy veci nevnímajú rovnako. Prípadové štúdie sú účinným katalyzátorom myšlienok a diskusie. Študenti diskutujú o silách, ktorých spoločné pôsobenie má za následok, že človek alebo skupina sa správa určitým spôsobom, a potom vyhodnotia dôsledky. Účasťou na tomto procese uvažovania si študenti môžu zdokonaľiť svoje vlastné zručnosti potrebné na rozhodovanie. Prípadové štúdie možno prepojiť s konkrétnymi aktivitami s cieľom pomôcť študentom nacvičovať si správne reakcie pre prípad, že budú konfrontovaní so zdravotným rizikom.	<ul style="list-style-type: none"> • Navádzajúce otázky sú užitočné na podnietenie rozmyšľania a diskusie • Facilitátori musia vedieť zo žiakov šikovne vytiahnuť kľúčové myšlienky a potom sa stiahnuť do úzadia a položiť niekoľko „širších“ preklenujúcich otázok • V prípade situačnej analýzy a prípadových štúdií je potrebný dostatok času na ich spracovanie a tvorivé rozmyšľanie • Učiteľ musí vystupovať v úlohe facilitátora a musí žiakov skôr usmerňovať (koučovať) než byť jediným zdrojom „odpovedí“ a vedomostí

po kr.

VYUČOVACIA METÓDA	OPIS	PRÍNOSY	PROCES
ROZPRAVA²	V rámci rozpravy sa triede zadá určitý problém alebo otázka a jej úlohou je zaujať stanovisko k riešeniu tohto problému alebo otázky. Trieda môže viesť rozpravu ako celok alebo v malých skupinách.	Príležitosť na hlboké a tvorivé preniknutie do konkrétneho problému. Otázky zdravia sú na tento účel veľmi vhodné: študenti môžu diskutovať napr. o tom, či by sa na verejnosti malo zakázať fajčenie. Študenti majú možnosť obhajovať stanovisko, ktoré pre nich môže byť veľmi dôležité. Príležitosť na precvičovanie schopností vyššieho myslenia.	<ul style="list-style-type: none">• Dovoľte študentom, aby obhajovali stanovisko, ktoré si sami vyberú. Ak si rovnaké stanovisko vyberie priveľa žiakov, požiadajte, aby sa prihlásili dobrovoľníci na obhajobu opačného stanoviska. Poskytnite študentom dostatok času na získanie informácií o danej téme.• Nedovoľte, aby niektorí študenti dominovali na úkor ostatných rečníkov.• Uistite sa, že študenti prejavujú rešpekt voči názorom a myšlienkam ostatných účastníkov rozpravy.• Zachovávajúte si kontrolu nad triedou a dbajte o to, aby sa rozprava neodchýlila od témy.
ROZPRÁVANIE PRÍBEHOV³	Inštruktor alebo študenti vyrozprávajú skupine nejaký príbeh. Rozprávania môžu doplniť obrázkami, kreslenými fejtónmi alebo fotonovelami, filmovými ukázkami alebo diapozitívmi. Po vyrozprávaní príbehu by študenti mali rozmýšľať a rozprávať o dôležitých bodoch alebo metódach (súvisiacich so zdravím), ktoré vyplynuli z príbehu.	Môže študentom pomôcť premýšľať o miestnych problémoch a rozvíjať zručnosti potrebné na kritické myslenie. Študenti môžu využívať svoje tvorivé schopnosti a pomáhať písať príbehy, alebo skupina môže príbeh vytvoriť interaktívnym spôsobom. Rozprávania príbehov je vhodným prostriedkom na robenie analógií alebo porovnaní a pomáha ľuďom hľadať zdravé alternatívy.	<ul style="list-style-type: none">• Dbajte o to, aby bol príbeh jednoduchý a jasný. Zdôraznite jeden alebo dva hlavné body.• Dbajte o to, aby príbeh (a obrázky, pokiaľ sú pripojené), mali súvislosť so životom žiakov.• Príbeh musí byť dostatočne dramatický na to, aby žiakov zaujal. Snažte sa zaradiť situácie spojené s pocitmi šťastia, smútku, so vzrušením, odvahou, vážnymi myšlienkami, rozhodovaním a riešením problémov.

² Prameň: Meeks, L. a Heit, P. (1992). *Comprehensive School Health Education*. Blacklick, OH: Meeks Heit Publishing.

³ Prameň: Werner, D. a Bower, B. (1982). *Helping Health Workers Learn*. Palo Alto, CA: Hesperian Foundation.

3. TEÓRIE A PRINCÍPY PODPORUJÚCE ZDRAVOTNÚ VÝCHOVU ZALOŽENÚ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ⁴

Účel: sumarizácia teórií a princípov, ktoré slúžia ako základ pre zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností, a zdôraznenie spôsobov ich uplatňovania.

Významný súbor teoretických a výskumných prác podáva zdôvodnenie prínosu a používania zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností. V tejto časti sa uvádza výber z týchto teórií s krátkymi anotáciami zvyčajne ich závery pre plánovanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností. Tieto teórie zdieľajú mnoho spoločných tém a všetky prispeli k rozvoju zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností a životných zručností.

Hlavným zdrojom týchto podkladových teórií a princípov je behaviorálna veda a disciplíny z oblasti výchovy a vývoja detí umiestnené do kontextu princípov ľudských práv. Výskumníci pôsobiaci v týchto disciplínach získali poznatky – po desaťročiach výskumov a pokusov – o tom, ako ľudia, najmä deti a adolescenti dozrievajú a učia sa, získavajú vedomosti, osvojujú si postoje a zručnosti, a ako sa správajú. Výskum a experimenty poukázali aj na mnohé faktory ovplyvňujúce spôsob, akým sa deti a adolescenti vyvíjajú v rôznych prostrediach, od rodiny a rovesníckych skupín až po školu a komunitu.

Väčšinu ďalej uvedených teórií vytvorili západoeurópski alebo severoamerickí sociálni vedci. Tieto teórie môžu, ale nemusia byť rovnako relevantné pre iné kultúry a praktiky. Preto by tvorcovia programov mali posúdiť relevantnosť týchto myšlienok a svoju vlastnú kultúrnu bázu pri navrhovaní programov spoločne s miestnymi sociálnymi a behaviorálnymi vedcami, pediatriami, antropológmi, pedagógmi a ďalšími odborníkmi skúmajúcimi vývoj detí a adolescentov.

3.1. TEÓRIE VÝVOJA DETÍ A ADOLESCENTOV

Základom väčšiny teórií vývoja človeka je skúmanie komplexných biologických, sociálnych a kognitívnych zmien, rodového povedomia a morálneho vývoja, ku ktorému dochádza od detstva po dospelosť.

Nástup puberty znamená zásadnú biologickú zmenu pri prechode od detstva k ranej adolescencii. Významnou zložkou sociálnej kognície pri prechode od adolescencie k dospelosti je proces pochopenia samého seba, iných a vzťahov. Schopnosť pochopiť príčinné vzťahy sa rozvíja v prvých rokoch adolescencie, keď sa začínajú uplatňovať vyspelejšie spôsoby riešenia problémov. Adolescent je schopný naraz konceptualizovať mnohé premenné, abstraktne uvažovať a vytvárať si pravidlá pre rozhodovanie (Piaget, 1972). V tomto období sa sociálne interakcie stávajú čoraz zložitejšie. Adolescenti trávia viac času s rovesníkmi, zvyšuje sa počet ich interakcií s rovesníkmi opačného pohlavia a trávia menej času doma a s členmi rodiny. V tomto období dochádza aj k morálnemu vývoju. Adolescenti si začínajú racionalizovať rôzne názory a posolstvá, ktoré dostávajú z rôznych zdrojov, a začínajú si vypracúvať hodnoty a pravidlá na dosiahnutie rovnováhy medzi protichodnými záujmami – tak svojimi vlastnými ako aj záujmami ostatných.

► Závery pre plánovanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností:

(1) V školskom prostredí je najdôležitejším momentom na budovanie zručností a pozitívnych návykov neskorý detský vek a skorá adolescencia (6 – 15 rokov). V tomto období si deti rozvíjajú schopnosť abstraktného myslenia, schopnosť chápať dôsledky, nadväzovať iný typ

⁴ Väčšina tejto kapitoly je súhrnom druhej kapitoly "The Theoretical Foundations of the Life Skills Approach" autorov Mangrulkar, L., Vince Whitman, C., a Posner, M. (2001), *Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Human Development*, Washington, DC: Pan American Health Organisation.

vzťahov s rovesníkmi a riešiť problémy, pretože sa stávajú nezávislejšie od rodičov a získavajú väčšiu kontrolu nad vlastným životom.

(2) V širšom sociálnom kontexte ranej a strednej adolescencie sa vyskytujú rôzne situácie, v ktorých je možné praktizovať nové zručnosti a rozvíjať pozitívne návyky vo vzťahu k rovesníkom a iným jedincom mimo rodiny.

(3) Rozvoj postojov, hodnôt, zručností a kompetencií sa uznáva ako faktor zásadného významu pre rozvoj seba percepce dieťaťa ako autonómneho jedinca a pre celkový proces učenia sa v škole.

(4) V tomto vekovom rozpätí môžu existovať veľmi veľké rozdiely medzi zručnosťami mladých ľudí rovnakého alebo rozdielneho veku. Aktivity musia byť primerané stupňu vývoja.

3.2. VIACNÁSOBNÉ INTELIGENCIE

Táto teória, ktorú vypracoval Howard Gardner (1993), hovorí o existencii ôsmich ľudských inteligencií, ktoré odrážajú širokú škálu ľudských spôsobilostí. Patrí k nim jazyková, logicko-matematická, hudobná, telesne-pohybová, naturalistická, interpersonálna a intrapersonálna inteligencia. Podľa tejto teórie sa všetci ľudia rodia so všetkými ôsmimi inteligenciami. Tieto sa však u každého človeka rozvíjajú v odlišnej miere a pri rozvoji spôsobilostí alebo riešení problémov jedinci využívajú svoje inteligencie rozdielnym spôsobom.

► Závery pre plánovanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností:

(1) Širší pohľad na ľudskú inteligenciu poukazuje na potrebu používať rozličné metódy výučby s cieľom zapájať rôzne štýly učenia sa a využívať ich rôzne silné stránky.

(2) Schopnosť ovládať svoje emócie a schopnosť porozumieť vlastným pocitom aj pocitom iných má pre rozvoj človeka kritický význam. Adolescenti si tieto schopnosti môžu osvojiť práve tak, ako sa môžu naučiť čítať alebo počítať.

(3) Študenti majú mimo školy len málo príležitostí zúčastňovať sa na rozvíjaní týchto ďalších schopností, akými sú napr. sociálne zručnosti, a osvojovať si ich. Preto je dôležité využiť školské prostredie aj na výučbu iného než tradičného učiva.

3.3. TEÓRIA SOCIÁLNEHO UČENIA ALEBO SOCIÁLNA KOGNITÍVNA TEÓRIA

Táto teória do veľkej miery vychádza z prác Alberta Banduru (1977), ktorý na základe svojho výskumu dospel k záveru, že deti sa učia správať prostredníctvom formálnej výchovy aj prostredníctvom pozorovania. Formálna výchova spočíva v tom, že rodičia, učitelia a iné authority a rolové vzory hovoria deťom, ako sa majú správať; pozorovanie spočíva v tom, ako mladí ľudia vnímajú správanie sa dospelých a svojich rovesníkov. Správanie sa detí sa posilňuje alebo mení v závislosti od dôsledkov ich konania a reakcií ostatných na ich správanie.

► Závery pre plánovanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností:

(1) Pri výučbe zručností sa musia reprodukovať prirodzené procesy, prostredníctvom ktorých sa deti učia správať: modelovanie, pozorovanie a sociálne interakcie.

(2) Posilňovanie má pre učenie sa a utváranie správania veľký význam. Pozitívne posilňovanie sa používa vtedy, ak treba demonštrovať správne správanie sa a zručnosti, zatiaľ čo negatívne alebo nápravné posilňovanie sa používa v súvislosti so správaním sa alebo zručnosťami, ktoré treba zmeniť s cieľom dosiahnuť pozitívnejšie správanie.

(3) Učiteľia a ostatné dospelé osoby sú dôležitými rolovými vzormi, určujú normy a pôsobia ako zdroj vplyvu.

3.4. TEÓRIA PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA SA

Jessor a Jessor (1977) vnímajú správanie sa adolescentov (vrátane rizikového správania) ako produkt zložitých interakcií medzi ľuďmi a ich prostredím. Teória problémového správania sa zaoberá vzťahmi medzi tromi kategóriami psychosociálnych premenných. Do prvej kategórie, osobnostného systému, patria hodnoty, očakávania, názory a postoje k sebe a k spoločnosti. Do druhej kategórie, ktorú predstavuje vnímanie okolitého prostredia, patrí vnímanie postojov priateľov alebo rodičov k správaniu sa a k fyzickým činiteľom okolitého prostredia, ako sú návykové látky alebo zbrane. Do tretej kategórie, behaviorálneho systému, patrí sociálne akceptovateľné a neakceptovateľné správanie. V jednej a tej istej osobe sa môže stretnúť viacero problémových správání, napr. kombinácia užívania alkoholu a tabaku alebo iných drog a sexuálne prenosnej choroby.

► Závery pre plánovanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností:

(1) Na správanie sa človeka pôsobia jeho hodnoty, názory a postoje a spôsob, akým jeho správanie vnímajú priatelia a rodina. Významnou súčasťou zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností a životných zručností sú preto aj zručnosti potrebné na kritické myslenie (vrátane schopnosti sebahodnotenia a hodnotenia hodnôt sociálneho prostredia). Transformovanie interakcií tohto typu do aktivít umožňujúcich nacvičiť si tieto zručnosti je dôležitou súčasťou procesu učenia sa.

(2) Mnohé zdravotné a sociálne otázky a faktory, ktoré ich podmieňujú, sú navzájom prepojené. Intervencie zamerané na jednu oblasť je možné navzájom prepájať, aby sa vzájomne posilňovali.

(3) Intervencie musia byť navrhnuté tak, aby pôsobili na personálny, environmentálny a behaviorálny systém zároveň.

3.5. TEÓRIA SOCIÁLNEHO OVPLYVNŔOVANIA A TEÓRIA SOCIÁLNEHO OČKOVANIA – IMUNIZÁCIE

Tieto dve teórie sú navzájom úzko prepojené. Teória sociálneho ovplyvňovania vychádza z prác Banduru (pozri vyššie) a z teórie sociálnej imunizácie, medzi ktorej autorov patrí napr. McGuire (1964, 1968). Po prvý raz ju v programoch predchádzania fajčeniu použil Evans (1976; a i., 1978). Podľa teórie sociálneho ovplyvňovania sú deti a adolescenti vystavení tlaku, ktorý ich nabáda správať sa rizikovým spôsobom, napr. aby fajčili alebo praktizovali predčasný a nechránený sex. Programy sociálneho ovplyvňovania a imunizácie anticipujú takéto tlaky a učia mladých ľudí ako im odolávať ešte skôr, než sú im v skutočnosti vystavení. Tieto programy sú zvyčajne zamerané na veľmi konkrétne riziká a poukazujú na súvislosť medzi schopnosťou odolávať tlaku rovesníkov a určitým rizikovým správaním a vedomosťami. Výcvik sociálneho odolávania býva ústredným prvkom programov sociálnych zručností a životných zručností.

► Závery pre plánovanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností:

(1) Rovesnícke aj sociálne tlaky nabádajúce na nezdravé správanie sa je možné zmierniť tak, že sa im venuje pozornosť ešte skôr, než im je dieťa alebo adolescent vystavený. Pozornosť sa tak

zameriava skôr na včasnú prevenciu než na neskoršiu intervenciu.

(2) Ak sú mladí ľudia vopred upozornení na tieto tlaky, môžu s predstihom identifikovať typy situácií, v akých by sa mohli ocitnúť.

(3) Výučba detí zameraná na osvojenie si *zručností potrebných na odolávanie* je pre redukovanie problémového správania účinnejšia ako púhe poskytovanie informácií alebo vyvolávanie strachu z dôsledkov určitého konania.

3.6. KOGNITÍVNE RIEŠENIE PROBLÉMOV

Tento model utvárania spôsobilostí v rámci primárnej prevencie vychádza z teórie, že výučba sociálno-kognitívneho riešenia problémov v ranom veku môže zlepšiť interpersonálne vzťahy a pomôcť ovládať impulzívne konanie, podporovať samoochranné a vzájomne prospešné riešenia medzi rovesníkmi a obmedzovať alebo zamedzovať negatívne správanie „ohrozujúce zdravie“. Vzhľadom na súvislosť medzi nedostatočnou schopnosťou riešiť problémy a problematickým sociálnym správaním sa do zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností musia zaradiť aj zručnosti potrebné na riešenie problémov a ďalšie zručnosti.

► Závery pre plánovanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností:

(1) Výučba interpersonálnych zručností a zručností potrebných na riešenie problémov už v ranom štádiu vývojového procesu (detstvo, raná adolescencia) výrazne posilňuje základy pre učenie sa v ďalšom období.

(2) Zacielenie pozornosti na zručnosti potrebné na sebauvedomovanie si a sebakontrolu, napr. pri zvládaní hnevu alebo impulzívnosti, a tvorba *alternatívnych riešení* interpersonálnych problémov môže obmedziť alebo zamedziť problémové správanie sa. Sústreďenie sa na schopnosť konceptualizácie alebo schopnosť predvídať dôsledky rôznych typov správania sa alebo riešení môže deťom pomôcť rozhodnúť sa pre pozitívne riešenia.

3.7. TEÓRIA PRUŽNOSTI

Táto teória vysvetľuje proces podmieňujúci pravdepodobnosť, že niektorí ľudia sa budú správať skôr spôsobom, ktorý podporuje zdravie, než spôsobom, ktorý ohrozuje zdravie. Skúma interakcie medzi faktormi v živote mladého človeka, ktoré ho chránia a povzbudzujú, vrátane podmienok v rodine, v škole a v komunite, a ktoré umožňujú pozitívnu adaptáciu mladých ľudí vystavených riziku. Význam tejto teórie spočíva v tom, že zdôrazňuje potrebu modifikovať a podporovať mechanizmy na ochranu zdravého vývoja detí. V teórii pružnosti sa tvrdí, že existujú interné aj externé faktory, ktoré sú vo vzájomnej interakcii a ktoré ľuďom umožňujú prekonávať nepriaznivé okolnosti. Medzi interné ochranné faktory patrí sebaúcta a sebadôvera, viera v schopnosť ovplyvňovať svoj život a pocit zmyslu života. Externé faktory zahŕňajú predovšetkým sociálnu podporu zo strany rodiny a komunity. Patrí sem starostlivá rodina, ktorá určuje jasne stanovené a netrestajúce hranice a normy, absencia zneužívania alkoholu a násilia v rodine, silné väzby a napojenosť na školskú komunitu, dobrý prospech a vzťahy s rovesníkmi uplatňujúcimi pozitívne modely správania (Kirby 2001; Infante, 2001; Luthar, 2000; Kirby 1999; Kass, 1998; Blum a Reinhard, 1997; Luthar a Ziegler, 1991; Rutter, 1987). Podľa Bernarda (1991) patrí k charakteristikám mladých ľudí patriacich do tejto kategórie sociálna spôsobilosť, zručnosti potrebné na riešenie problémov, autonómia a cieľavedomosť. Zdá sa, že dnes existuje zhoda názorov na súbory faktorov, ktoré sú prítomné v pružnom spôsobe správania sa. Výskum sa zameriava na identifikáciu typov interakcií medzi týmito faktormi umožňujúcimi pružné prispôsobenie sa aj napriek nepriaznivým podmienkam.

► **Závery pre plánovanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností:**

(1) Sociálno-kognitívne zručnosti, sociálne spôsobilosti a zručnosti potrebné na riešenie problémov môžu pôsobiť ako *mediátori* správania.

(2) Špecifické zručnosti, ktoré sa rozvíjajú v rámci zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností a výchovy založenej na rozvoji životných zručností v iných oblastiach, sú súčasťou interných faktorov, ktoré mladým ľuďom pomáhajú reagovať na nepriaznivé podmienky, a ktoré zodpovedajú črtám charakterizujúcim „pružných“ mladých ľudí.

(3) Dôležité je to, aby si rovnaké zručnosti osvojili aj učitelia a rodičia, ktorí by mali vytvárať starostlivé rodinné a školské prostredie a pôsobiť ako vzory takého správania, aké by chceli docieľať u mladých ľudí.

(4) Predmetom pozornosti v teórii pružnosti je dieťa, rodina a komunita, pričom učiteľ alebo opatrovník môže vystupovať ako facilitátor tohto procesu.

Aj keď zručnosti môžu mať ochranný význam pre mladých ľudí, svoju úlohu zohrávajú aj mnohé širšie faktory okolitého prostredia, ktorým treba taktiež venovať pozornosť pri výchove k zdravému spôsobu správania.

3.8. TEÓRIA ZDÔVODNENÉHO KONANIA A MODEL NÁZOROV NA ZDRAVIE

Teória zdôvodneného konania a model názorov na zdravie obsahujú podobné koncepty. Teória zdôvodneného konania, vychádzajúca z výskumov Fishbeina a Ajzena (1975), vníma úmysel jedinca správať sa istým spôsobom ako kombináciu jeho *postoja* k danému typu správania a jeho *subjektívnych normatívnych názorov* na to, ako by sa mal podľa ostatných správať. Podľa modelu názorov na zdravie, ktorý ako prvý vypracoval Rosenstock (1966; Rosenstock a i., 1988; Sheehan a Abraham, 1996), pri zvažovaní prínosu a bariér ovplyvňujúcich správanie sa vo vzťahu k zdraviu väčšiu úlohu hrajú vnemy ako reálne fakty, vrátane vnímania náchylnosti na ohrozenie zdravia alebo vnímania jeho dôsledkov. Medzi ovplyvňujúce faktory patria demografické premenné a signály na určité konanie, ktoré môžu vysielat' ľudia, politiky alebo prostredie.

► **Závery pre plánovanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností:**

(1) Ak človek vníma dôsledok istého typu správania ako pozitívny, bude mať k tomuto typu správania pozitívny postoj. Opak platí v prípade, že správanie považuje za negatívne.

(2) Ak relevantné iné osoby (napr. rodičia, učitelia, rovesníci) vnímajú isté správanie ako pozitívne a jednotlivec je motivovaný splniť očakávania relevantných iných osôb, potom možno očakávať, že sa bude správať pozitívnym spôsobom. To isté platí pre negatívne normy správania.

3.9. TEÓRIA ŠTÁDIÍ ZMIEN ALEBO TRANSTEORETICKÝ MODEL

Táto teória založená na modele, ktorý vypracoval Prochaska (1979; a DiClemente, 1982), opisuje štádiá, ktoré označujú, kde sa jedinec nachádza vo vzťahu k zmene svojho správania. Ide o šesť hlavných štádií, a to: prekontemplácia (absencia snahy o zmenu správania), kontemplácia (úmysel zmeniť svoje správanie ä), príprava (úmysel dosiahnuť zmenu správania v priebehu ďalšieho mesiaca), konanie (0 až 6 mesiacov práce na zmene správania), udržiavanie (udržiavanie zmeny správania v čase po 6 mesiacoch až po dobu niekoľkých rokov) a ukončenie (natrvalo osvojené žiaduce správanie).

► **Závery pre plánovanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností:**

(1) Dôležité je pochopiť a identifikovať štádium, v ktorom sa študent práve nachádza z hľadiska vedomostí, postojov, motivácie a skúseností s reálnym svetom, a prispôbiť aktivity a očakávania týmto štádiám.

(2) Intervencie orientované na štádium, ktoré nie je pre študentov relevantné, nemajú veľkú

šancu na úspech. Napr. protifajčiarsky program určený pre osoby, ktorých väčšia časť nefajčí, alebo ktoré fajčia a nemajú záujem prestať, pravdepodobne nepovedie k tomu, že prestanú fajčiť.

Bližšie pozri kapitolu II v *Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Development* od autorov Mangrulkar, L., Vince Whitman, C., a Posner, M., ktorú v roku 2001 uverejnila Pan American Health Organisation. Je prístupná na adrese:

<http://www.paho.org/English/HPP/HPF/ADOL/Lifeskills.pdf>

4. VYHODNOTENIE DŔKAZOV A ZÍSKANÉ PONAUCENIA

Účel: vymedziť súbor získaných vedeckých dôkazov a nazhromaždených skúseností o účinnosti zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností.

4.1. HLAVNÉ VEDECKÉ DŔKAZY TÝKAJÚCE SA ÚČINNOSTI ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY ZALOŽENEJ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ⁵

Vzdelávanie mladých ľudí o otázkach zdravia sa označuje ako zdravotná výchova, zdravotná výchova založená na rozvoji zručností alebo prístup životných zručností. Hodnotiace výskumy z posledného desaťročia priniesli nové poznatky o stratégiách na osvojenie si žiaducich vedomostí, postojov, zručností a dôsledkov pre správanie sa, ktoré redukovávajú rizikové správanie sa a zlepšujú zdravie. Pre tvorcov politiky a programov sú dôležité tri zistenia:

(1) Pravdepodobnosť dosiahnutia žiadúceho výsledku zvyšuje taká zdravotná výchova, ktorá sa *popri* rozvíjaní vedomostí, postojov, hodnôt, služieb a poskytovaní podpory v súvislosti so zdravím zameriava aj na rozvíjanie zručností potrebných na výber zdravých alternatív v živote.

(2) Pravdepodobnosť, že rozvoj zručností povedie k žiaducemu zdravému správaniu, sa zvyšuje, keď je nácvik zručnosti prepojený s obsahom konkrétneho správania alebo rozhodnutia súvisiaceho so zdravím.

(3) Najúčinnjšou metódou rozvíjania zručností je učenie sa vykonávaním (learning by doing) – pri ktorom sa ľudia zapájajú do aktívnych, participatívnych, zážitkových metód učenia sa namiesto pasívneho učenia sa.

(UNESCO/UNICEF/WHO/Svetová Banka, 2000; Tobler, 1998 návrh; SZO, 1997; WHO/UNFPA/UNICEF, 1995; Burt, 1998; Vince Whitman a i., 2001)

Výskum ukazuje, že zdravotná výchova založená na rozvoji zručností podporuje zdravý životný štýl a redukuje rizikové typy správania. Meta-analýza 207 programov drogovej prevencie na školách zoskupila prístupy k prevencii do deviatich kategórií: len vedomosti samotné; len pocity samotné; vedomosti spolu s pocitmi, rozhodnutia, hodnoty a postoje, nácvik generických zručností, sociálne vplyvy, komplexné životné zručnosti, „iné“ programy a zdravotná výchova K-12. Autor zistil, že „najúčinnjšie sú programy vyučujúce komplexné životné zručnosti“ (ktoré sa opisujú v častiach 1.4. a 2.1. tohto dokumentu). Programy boli zoskupené aj podľa toho, či sa pri nich používajú alebo nepoužívajú interaktívne metódy. Štúdia dospela k záveru, že „najúspešnejšími interaktívnymi programami sú komplexné programy výchovy založenej na rozvoji životných zručností, ktorých súčasťou je osvojenie si schopnosti povedať „nie“ v rámci programov sociálneho ovplyvňovania, a ktoré zahŕňajú aj také zručnosti ako asertivita, zvládanie problémov, komunikačné zručnosti atď.“ (Tobler, 1992). Meta-analýzy Kirbyho (1997, 1999, 2001) potvrdili, že popri iných faktoroch metódy aktívneho učenia umožnili účinne preniknúť k študentom a viedli

⁵ Časti tejto kapitoly boli prevzaté z publikácie: Vince Whitman, C., Aldinger, C., Levinger, B., a Birdthistle, I. (2000). *Education For All 2000 Assessment. Thematic Studies: School Health and Nutrition*. Paris: UNESCO.

k pozitívnym behaviorálnym výsledkom. Aj výskumy v rozvojových krajinách dokázali účinnosť interaktívnych a participatívnych metód zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností (napr. Wilson a i., 1992). Súbor týchto zistení jednoznačne poukazuje na to, že v zdravotnej výchove by sa mal klásť dôraz práve na tento prístup.

Výskum dokázal, že zdravotná výchova založená na rozvoji zručností:

- znižuje pravdepodobnosť **delikvencie** (Elias, 1991), **násilia** (Tolan a Guerra, 1994) a **kriminálneho správania** mladých ľudí (Englander-Goldern a i., 1989)
- zvyšuje vek prvého užívania **alkoholu, tabaku a iných drog** (Griffin a Svendsen, 1992; Caplan a i., 1992; Werner 1991; Errecart a i., 1991; Hansen, Johnson, Flay, Graham, a Sobel, 1988; Botvin a i., 1984, 1980).

Príklady:

> Austrália, Chile, Nórsko a Swazijsko spolupracovali na pilotnej štúdií o účinnosti prístupu sociálneho ovplyvňovania v protialkoholickú výchovu na školách. Údaje svedčia o tom, že vzdelávanie, ktoré vedú rovesníci, znižuje užívanie alkoholu v rôznych prostrediach a kultúrach (Perry a Grant, 1991).

> Školy v oblasti Kapského mesta realizovali program predchádzania fajčeniu odvodený zo sociálnej kognitívnej teórie v Juhoafrickej republike. V priebehu intervencie sa zvýšila sebadôvera detí a znížilo sa užívanie tabaku v porovnaní s deťmi v kontrolných školách. Toto hodnotenie viedlo k prijatiu odporúčania, aby ministerstvo pre vzdelávanie a odbornú prípravu zvážilo začlenenie tohto programu do oficiálneho školského kurikula (Hunter a i., 1991).

> V Spojených štátoch bolo do výskumu zapojených takmer 6 000 študentov z 56 škôl, v ktorých sa realizoval program Výcvik životných zručností (VŽZ), založený na interaktívnom modeli „osoba – prostredie“. Tento model vychádza z predpokladu, že k užívaniu tabaku, alkoholu a drog môže viesť viacero ciest. Výsledky trojročného výskumu intervencií svedčia o významnom dopade VŽZ na obmedzovanie fajčenia cigariet a marihuany a užívania alkoholu. Výsledky šesťročného následného výskumu (follow-up) ukázali, že efekt programu pretrvával až do konca dvanásteho ročníka (CDC, 1999).

- Znižuje **sexuálne aktivity s vysokou mierou rizika**, ktorých výsledkom môže byť otehotnenie, sexuálne prenosné ochorenie či infekcia HIV (Kirby, 1997 a 1994; WHO/GPA, 1994; Postrado a Nicholson, 1992; Scripture Union, n.d., Zabin a i., 1986; Schinke, Blythe and Gilchrest, 1981).

Príklady:

> Program prevencie HIV/AIDS na základných školách v Ugande zdôrazňoval zlepšenie prístupu k informáciám, rovesníckym interakciám a kvalitné fungovanie existujúceho systému zdravotnej výchovy na školách. Po dvoch rokoch intervencií kleslo percento žiakov, ktorí udávali, že sú sexuálne aktívni, zo 42,9% na 11,1%. Metódy sociálnej interakcie dokázali svoju účinnosť. Študenti v intervenčnej skupine mali tendenciu častejšie hovoriť s rovesníkmi aj s učiteľmi o sexuálnych záležitostiach. Dôvody udávané pre sexuálnu abstinenciu boli prepojené s modelom racionálneho rozhodovania a nie s modelom trestania (Shuey a i., 1999).

> Kirby a DiClemente (1994) zistili, že zručnosti potrebné na vyjednávanie zvyšujú schopnosť študentov používať kondómy. Wilson a kolegovia (1992) dospeli k záveru, že interaktívne metódy výučby „zvyšujú užívanie kondómov a dôveru v užívanie kondómov a znižujú počet sexuálnych partnerov“ účinnejšie než prednášky. Pri svojom hodnotení zistili, že učiteľky zapojené do intervencie zameranej proti AIDS v Zimbabwe, založenej na rozvoji zručností, boli lepšie

informované o kondómoch a ich správnom používaní, mali vyššiu mienku o vlastnej efektívnosti, menej vecí vnímali ako bariéry, a štyri mesiace po intervencii udávali nižší počet sexuálnych partnerov než ich kolegyne, ktoré sa zúčastnili len na prednáške.

- predchádza **odmietaniu** (Mize a Ladd, 1990) a šikanovaniu (Oleweus, 1990) **zo strany rovesníkov**
- učí **zvládať hnev** (Deffenbacher, Oetting, Huff a Thwaites, 1995; Deffenbacher, Lynch, Oetting a Kemper, 1996; Feindler a i. 1986)
- podporuje pozitívne **sociálne prispôsobovanie** (Elias, Gara, Schulyer, Brandon-Muller a Sayette, 1991) a redukuje emocionálne poruchy (McConaughy, Kay a Fitzgerald, 1998)
- zlepšuje správanie sa vo vzťahu k zdraviu a zvyšuje **sebadôveru** (Young, Kelley a Denny, 1997)
- zlepšuje **prospech** (Elias, Gara, Schulyer, Brandon-Muller a Sayette, 1991).

Matica hodnotiacich štúdií v prílohe 3 podáva súhrn získaných dôkazov. Matica uvádza vybrané výskumy, ktoré sa zameriavali na zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností, a vyústili do zmien vo vedomostiach, postojoch, zručnostiach alebo správani. Výskumy dokazujúce vplyv na správanie sa zvyčajne zameriavajú na komplexnejšie intervencie, ktoré zahŕňajú zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností. V ďalšej časti opisujeme kľúčové faktory úspešnosti programov na školách a uvádzame prekážky k dosiahnutiu úspechu zoradené do kategórií.

4.2. KTORÉ FAKTORY PRISPIEVAJÚ K ÚČINNÝM PROGRAMOM?

Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností najúčinnejšie ovplyvňuje správanie vtedy, keď sa aplikuje ako súčasť komplexného prístupu pozostávajúceho z viacerých stratégií, ktorý dlhodobo vysielala systematické odkazy. Stratégie musia byť šité na mieru v súlade s diskretnými aspektmi a štádiami správania. Príliš úzky záber zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností nemá veľkú nádej na udržanie dlhodobejšej zmeny správania. Výraznejšie a trvalejšie výsledky sa zvyčajne dosiahnu vtedy, keď sa zdravotná výchova založená na rozvoji zručností koordinuje s politikami, službami, rodinnými a komunitnými partnerstvami a s mediálnymi a inými stratégiami. Výskum napr. ukazuje, že učebný plán v kombinácii s verejnoprospešnou (komunitnou) činnosťou mládeže znižuje rizikové správanie, ako je násilné konanie, predčasný pohlavný život alebo užívanie návykových látok, účinnejšie než učebný plán samotný (O'Donnell a i., 1998).

Iniciatíva FRESH (Focusing Resources on Effective School Health) vlastne vznikla v reakcii na potrebu komplexnejších programov namiesto jednostranne zameraných prístupov, ktoré sa často spájajú s neprimerane vysokými očakávaniami. Bližšie informácie o iniciatíve FRESH pozri v časti 1.1. a 5.1.2. Faktory úspešnosti zobrazené na obr. 7 sú odvodené z výskumov a skúseností v rozvojových a vyspelých krajinách. Kapitola 5 tohto dokumentu uvádza, ako by sa tieto výsledky mohli pretransformovať do podoby účinných programov.

Obr. 7: Kritické faktory úspešnosti prístupov uplatňovaných na školách

Získanie podpory

Hneď v úvodných fázach plánovania je nevyhnutné intenzívne pracovať na získavaní podpory s cieľom vyvíjať vplyv na kľúčových štátnych predstaviteľov, mobilizovať komunitu k tomu, aby zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností zaradila do svojho programu, a brať komunitu na zodpovednosť za uplatňovanie vnútroštátnych aj medzinárodných dohôd. Používanie presných a aktuálnych údajov pri získavaní podpory môže štátnych predstaviteľov a spoločnosť presvedčiť

o dôležitosťi prevencie už od útleho veku. Môže tiež pomôcť zabezpečiť, aby sa programy zameriavali na skutočné potreby v oblasti zdravia, na skúsenosti, motiváciu a silné stránky cieľovej populácie namiesto toho, aby ich zameranie určovalo to, ako problémy vidia iní^{6,7}. Pri získavaní podpory môže pomôcť, keď sa predložia dôkazy, keď sa vypočujú a vyriešia obavy predstaviteľov komunity a ocenia ich názory. Účinná mobilizácia zdrojov na druhej strane zvýrazní úspešnosť tohto úsilia^{8,9}. Na úrovni školy sa pri účinných programoch zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností zasa kladie dôraz na širší pohľad na podporu zdravia, v rámci ktorého sa do reformy vzdelávania začleňuje aj problematika zdravia. Tieto programy závisia aj od miery, do akej samotná škola pripisuje prioritu podpore zdravia, t. j. či svoju vlastnú zdravotnú politiku a služby prepája so zdravotnou výchovou založenou na rozvoji zručností a či vytvára zdravé psychosociálne a fyzické školské prostredie.

Teoretické základy

„Efektívne programy sú založené na teoretických prístupoch, ktoré dokázali svoju efektívnosť pri ovplyvňovaní správania sa ohrozujúceho zdravie“¹⁰ (pozri príklady v kapitole 3). Tieto jednotlivé teórie majú viaceré spoločné prvky, vrátane dôležitosťi personalizácie informácií a pravdepodobnosťi rizík, zvýšenia motivácie a pripravenosťi na zmenu/konanie, pochopenia a ovplyvňovania rovesníkov a sociálnych noriem, posilňovania osobných zručností a postojov a akcieschopnosťi, a vytváranie prostredia umožňujúceho sebauplatnenie¹¹ prostredníctvom podporných politík a poskytovania služieb. Teórie sociálneho učenia hovoria, že konkrétne správanie ovplyvňujú tieto prvky: pochopenie toho, čo treba urobiť (poznanie), viera v predpokladaný prínos (motivácia), viera, že konkrétne zručnosťi môžu priniesť dobrý výsledok (očakávanie výsledku) a viera v schopnosť účinne použiť tieto zručnosťi (vlastná efektívnosť)¹².

Obsah programov

Informácie, postoje a zručnosťi, ktoré tvoria obsah programu, by sa mali vyberať z hľadiska ich relevantnosťi pre konkrétne zdravotné riziká a ochranné správanie sa, napr. odolávanie tlaku rovesníkov nabádajúcich na fajčenie alebo užívanie drog, odkladanie prvého pohlavného styku alebo používanie antikoncepcie, alebo nájdenie dôveryhodnej dospeljej osoby, ktorá môže poskytnúť podporu v prípade depresie. Na ovplyvnenie správania sa ako najúčinnnejšie ukázali byť programy, ktoré vyváženým spôsobom sprostredkujú vedomosťi, postoje a zručnosťi – ako je napr. komunikácia, vyjednávanie alebo schopnosť povedať „nie“. Programy, ktoré kladú veľký dôraz na (biologické) informácie, majú obmedzenejší vplyv na posilňovanie postojov a zručností a na redukciu rizikového správania¹³. Účinné programy sa úzko zameriavajú na malý počet

⁶ UNICEF. (2000). *Involving People, Evolving Behaviour*. Zostavil McKee, N., Manoncourt, E., SaikYoon, C. a Carnegie, R.

⁷ Webb, D. a Elliott, L., v spolupráci s britským ministerstvom pre medzinárodný rozvoj a UNAIDS. (2000). *Learning to Live – Monitoring and evaluating HIV/AIDS programmes for young people*. Save the Children Fund.

⁸ UNESCO, PROAP Regional Clearinghouse on Population Education and Communication, UNFPA. (2001). *Communication and Advocacy Strategies: Adolescent Reproductive and Sexual Health: Booklet 3, Lessons Learned and Guidelines*. Bangkok, Thajsko: UNESCO, UNFPA.

⁹ Ministerstvo zdravotníctva a ministerstvo školstva Juhoafrickej republiky. (1998). *Life Skills Programme Project Report 1997/98*.

¹⁰ Kirby, D. (2001). *Emerging Answers: Research Findings on Programmes to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, D.C.: National Campaign to Reduce Teen Pregnancy.

¹¹ UNICEF. (2000). *Involving People, Evolving Behaviour*. Edited by McKee, N., Manoncourt, E., Saik Yoon, C. a Carnegie, R.

¹² Kirby, D. (2001). *Emerging Answers: Research Findings on Programmes to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, D.C.: National Campaign to Reduce Teen Pregnancy (s. 29).

¹³ Wilson, D., Mparadzi, A., a Lavelle, E. (1992). An experimental comparison of two AIDS prevention interventions among young Zimbabweans. *Journal of Social Psychology*, 132(3), s. 415 - 417.

konkrétnych cieľov správania a prostredníctvom neprestajného posilňovania pozitívneho a zdravie podporujúceho pohľadu na takéto správanie vysielajú jasnú správu so zdravotným obsahom¹⁴. Všeobecné programy a programy, ktoré sa snažia pokrývať široké spektrum tém, hodnôt a zručností bez vzájomného prepojenia sa všeobecne neodporúčajú vtedy, ak cieľom je zamedziť konkrétne rizikové správanie¹⁵.

Metódy

Účinné programy využívajú najrôznejšie participatívne vyučovacie metódy, zameriavajú sa na odolávanie sociálnym tlakom a modelovanie zručností a poskytujú presné základné informácie. Účinné participatívne vyučovacie metódy aktívne zapájajú študentov a zameriavajú sa na konkrétne zdravotné otázky¹⁶. Príklady participatívnych vyučovacích metód pozri v časti 2.2 tohto dokumentu. Hoci programy s veľkým dôrazom na informácie môžu rozšíriť vedomosti, zvyčajne nebývajú účinné z hľadiska posilňovania postojov, zručností alebo samotného správania¹⁷. Účinné programy musia poskytovať niektoré presné základné informácie, ktoré môžu študenti využiť pri hodnotení rizík a vyhýbaní sa rizikovému správaniu¹⁸.

Časový rámec a postupnosť

Efektívne programy vzdelávania sú intenzívne a začínajú sa ešte pred prvými prejavmi rizikového správania^{19,20}. Orientačne možno ročný počet hodín potrebný na dostatočné oboznámenie sa študentov s problematikou a nácvik praktických zručností stanoviť na minimálne 8 hodín intenzívnej praktickej prípravy a minimálne 15 hodín výučby v triede. Na posilnenie dosiahnutých výsledkov sú potrebné aj následné udržiavacie hodiny^{21,22,23,24}. Odporúča sa zaviesť plánované a odstupňované kurikulum počas celej výučby na základnej aj strednej škole. Treba prihliadať aj na vek a úroveň učiacich sa. Pojmy by sa mali vysvetľovať od jednoduchých k zložitým, pričom nasledujúce hodiny by mali vychádzať z predchádzajúceho učiva a upevňovať ho. Vzdelávacie a ďalšie preventívne aktivity by sa mali realizovať trvalým spôsobom, aby sa zabezpečila ochrana každej následnej kohorty detí a mladých ľudí.

Viacnásobná stratégia na dosiahnutie maximálneho výsledku

Programy treba systematicky koordinovať s ostatnými konzistentnými stratégiami, napr. s koncepciami v oblasti zdravia a komunitných služieb, komunitného rozvoja a mediálnych prístupov.

¹⁴ Kirby, D. (2001). *Emerging Answers*.

¹⁵ Kann, L., Collins, J. L., Pateman, B. C., Small, M. L., Ross, J. G., a Kolbe, L. J. (1995). The School Health Policies and Programmes Study (SHPPS): Rationale for a Nationwide Status Report on School Health. *Journal of School Health*, 65, s. 291 - 294.

¹⁶ Kirby, D. (2001). *Emerging Answers*.

¹⁷ Wilson, D., Mparadzi, A., a Lavelle, E. (1992). An experimental comparison of two AIDS prevention interventions among young Zimbabweans. *Journal of Social Psychology*, 132(3), s. 415 - 417.

¹⁸ Kirby, D. (2001). *Emerging Answers: Research Findings on Programmes to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, D.C.: National Campaign to Reduce Teen Pregnancy (s. 30).

¹⁹ Kirby, D. a DiClemente, R. J. (1994). School-based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents. In R. J. DiClemente a J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioural intentions* (s. 117 - 139). New York: Plenum Press.

²⁰ Botvin, G. J. (2001). Life Skills Training: Fact Sheet. Adresa: <http://www.lifeskillstraining.com/facts.htm>

²¹ Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., a Fong, G. T. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviours among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health*, 82(3), s. 372 - 377.

²² Kirby, D. a DiClemente, R. J. (1994). School-based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents.

²³ Wilson, D., Mparadzi, A., a Lavelle, E. (1992). An experimental comparison of two AIDS prevention interventions among young Zimbabweans. *Journal of Social Psychology*, 132(3), s. 415 - 417

²⁴ Botvin, G. J. (2001). Life Skills Training: Fact Sheet. Adresa: <http://www.lifeskillstraining.com/facts.html>

Rovnako dôležitá je koordinácia v rámci darcovských organizácií a medzi nimi aj medzi regionálnymi a národnými programami. Keďže determinanty správania sú rôznorodé a komplexné a dosah jednotlivých programov (napr. na školách) bude obmedzený, nie je pravdepodobné, že by úzko zameraný program udržateľným spôsobom ovplyvnil správanie v dlhodobom meradle. Len prístupy koordinovaných kombinovaných stratégií môžu byť základom pre dostatočne intenzívne úsilie, ktoré povedie k udržateľnej zmene správania v dlhodobom meradle^{25,26}.

Vzdelávanie učiteľov a odborný rozvoj

Učiteľia alebo rovesnícki lídri efektívnych programov veria v program a dostanú primeranú prípravu. Učiteľia aj rovesníci by mali absolvovať prípravu, v rámci ktorej dostanú informácie o programe aj o praktickom využívaní stratégií vyučovania v učebnom pláne²⁷. Výskum potvrdil, že odborná príprava učiteľov zameraná na implementáciu komplexného učebného plánu zdravotnej výchovy na strednej škole má pozitívny vplyv na pripravenosť učiteľov učiť zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností, a že pozitívne ovplyvňuje aj implementáciu učebného plánu a študijné výsledky^{28,29}.

Relevantnosť

Programy musia byť relevantné pre konkrétnu realitu a vývojový stupeň mladých ľudí a musia byť zamerané na riziká, ktoré by mohli potenciálne spôsobiť najväčšie škody jednotlivcom aj spoločnosti. Otázky, ktoré priťahujú pozornosť médií a vyvolávajú obavy verejnosti, nemusia byť práve tie, ktoré sú najzávažnejšie, alebo najškodlivejšie. Mali by medzi ne byť zaradené aj otázky rodu a násilia spolu s ostatnými faktormi života mladých ľudí. Presadzovanie jasne stanovených hodnôt pred rizikovým správaním sa a posilňovanie individuálnych hodnôt a skupinových noriem musí v programoch prevencie zohrávať ústrednú úlohu. Ciele programu, vyučovacie metódy a materiály musia byť primerané veku, skúsenostiam a kultúre detí a mladých ľudí a komunit, v ktorých žijú a musia odrážať to, čo učiaci sa už vedia, poznajú a dokážu robiť³⁰.

Účasť

Vypracovať mechanizmy umožňujúce zapojenie študentov, rodičov a širšej komunity do programov vo všetkých etapách. Kolaboratívny prístup môže posilniť žiaduce správanie tým, že vytvorí podporujúce prostredie pre školské programy. Účasť učiacich sa, rodičov, komunitných pracovníkov, rovesníckych vzdelávateľov a ostatných na príprave a realizácii školských zdravotných programov môže pomôcť zabezpečiť, aby sa potreby a záujmy všetkých týchto zainteresovaných strán uspokojovali kultúrne aj sociálne primeraným spôsobom. U účastníkov, ktorých záujmy sa berú do úvahy, existuje oveľa vyššia pravdepodobnosť, že sa zangažujú do programu a osvoja si ho, čo na druhej strane posilňuje udržateľnosť a efektívnosť^{31,32}.

²⁵ UNESCO, PROAP Regional Clearinghouse on Population Education and Communication, UNFPA. (2001). Communication and Advocacy Strategies: Adolescent Reproductive and Sexual Health: Booklet 3, Lessons Learned and Guidelines. Bangkok, Thajsko UNESCO, UNFPA.

²⁶ Ministerstvo zdravotníctva a Ministerstvo školstva Juhoafrickej republiky (1998). Life Skills Programme Project Report 1997/98.

²⁷ Kirby, D. (2001). Emerging Answers: Research Findings on Programmes to Reduce Teen Pregnancy. Washington, D.C.: National Campaign to Reduce Teen Pregnancy.

²⁸ Kann, L., Collins, J. L., Paterman, B. C., Small, M. L., Ross, J. G., a Kolbe, L. J. (1995). The School Health Policies and Programmes Study (SHPPS): Rationale for a Nationwide Status Report on School Health. Journal of School Health, 65, s. 291 – 294.

²⁹ Ross, J. G., Luepker, R. V., Nelson, G. D., Saavedra, P., a Hubbard, B. M. (1991). Teenage Health Teaching Modules: Impact of Teacher Training on Implementation and Student Outcomes. Journal of School Health, 61(1), s. 31 - 34.

³⁰ Kirby, D. (2001). Emerging Answers:

³¹ UNICEF (2001). The Participation Rights of Adolescents: A Strategic Approach. Vypracoval R. Rajani.

Bližšie informácie o efektívnych programoch pozri:

UNICEF na: <http://www.unicef.org/programme/lifeskills/index.html>

SZO na: <http://www.who.int/school-youth-health>

Life Skills Training Center, Inc. na: <http://www.lifeskillstraining.org>

4.3. KTORÉ FAKTORY MOŽU KLÁŠŤ PREKÁŽKY EFEKTÍVNEJ ZDRAVOTNEJ VÝCHOVE ZALOŽENEJ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ?

Hoci je dôležité využiť faktory úspešnosti efektívnych programov, rovnako užitočné je uvedomovať si a snažiť sa vyhýbať prekážkam efektívnej zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností.

Medzi prekážky v oblasti *zamerania* zvyčajne patrí:

- rozptýlenosť otázok súvisiacich so zdravím v širokom okruhu predmetov bez toho, aby sa poskytli pevné základy v rámci jediného predmetu, čo by umožnilo prepájať vedomosti, postoje a rozvíjať ich prostredníctvom sekvenčnej upevňujúcej stratégie
- nedostatočná orientácia a príprava organizačných pracovníkov, učiteľov a ďalšieho podporného personálu
- všeobecné programy, ktoré nie sú dostatočne zacielené na konkrétne kontexty alebo rizikové správanie. V týchto programoch sa môže využívať napr. model, v ktorom sa síce prezentujú generické kroky pri rozhodovaní, ale bez aplikácie na konkrétny kontext, alebo sa aplikujú na širší okruh tém, ktoré nie sú vždy navzájom prepojené.
- snaha pokryť široké rozpätie škálu tém, hodnôt a zručností bez toho, aby sa zdôraznili jednotlivé fakty, hodnoty, normy a zručnosti, ktoré študenti potrebujú na zníženie rizika alebo na podporu konkrétneho správania. Program môže zahŕňať napr. fyziológiu reprodukčného zdravia a hodnotu pozitívnych osobných vzťahov, ale môže vynechať také oblasti, ako je udržateľné rozhodnutie vyhýbať sa nechránenému pohlavnému styku, vyjednávanie s partnerom s cieľom zdržať sa pohlavného styku, používanie kondómu alebo odolávanie tlaku rovesníkov na užívanie alkoholu alebo drog.
- prezentácie, ktoré sú príliš nabité informáciami, najmä fyziologického charakteru, ale venujú príliš malú alebo žiadnu pozornosť pocitom, vzťahom zručnostiam a miestnej situácii
- príliš málo času vyhradeného na učenie sa.

Medzi prekážky v oblasti *koordinácie a konzistentnosti* patrí:

- nedostatočné vodcovské schopnosti, absencia skutočného angažovania sa a koordinácie ministerstva zdravotníctva a školstva a funkcionárov škôl, napr. neexistencia presne vymedzených národných stratégií na podporu, propagáciu, koordináciu a riadenie programov na školách a nedostatok personálu na ministerstve školstva a zdravotníctva povereného úlohou posilňovať zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností a programy životných zručností
- nedostatočná infraštruktúra pre vzdelávanie učiteľov
- nedostatok kvalitných učebných materiálov a participatívne metódy
- nedostatočná koordinácia z hľadiska časového rámca a plánov, čo má za následok izolované a vertikálne programy

³² Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., a Fong, G. T. (1998). Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American Adolescents: A randomized controlled trial. JAMA, 279(19) (20. mája 1998), s. 1529 – 1536.

- konkurencia iných zdravotných tém alebo programov v rámci školského prostredia alebo nekonzistentné posolstvá a učebné skúsenosti

Medzi prekážky v oblasti *intenzity a rozsahu* patrí:

- neprítomnosť plánu na rozšírenie alebo plánu po prekročení pilotnej fázy
- nedostatočné financovanie
- nevenovanie dostatočnej pozornosti vedľajším stratégiám, ktoré znásobujú pravdepodobnosť úspechu, ako sú účinné politiky, prístup k zdravotníckym službám a prepojenie na komunitu a ostatné rezorty. Napr. účinné stratégie predchádzania zneužívania alkoholu na škole možno prepojiť s politikami, ktoré komunita uplatňuje s cieľom obmedziť prístup maloletých k alkoholu, a s partnerstvami medzi komunitou a školou, ktoré pomáhajú presadzovať takúto politiku
- nedostatočné mechanizmy dohľadu, monitorovania a hodnotenia programov vrátane nedostatku podrobnej dokumentácie.

(Predchádzajúce informácie o prekážkach efektívnej zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností sú sčasti prispôsobené podľa Mangrulkara a i., 2001, s. 41 a prevzaté z prác medziinštitucionálnej pracovnej skupiny UNAIDS, 2001.)

Aplikácia osvedčených a úspešných metód a používanie existujúcich usmernení a nástrojov, napr. publikácií Informačnej edície SZO o zdraví na školách (WHO Information Series on School Health) uvedených v prílohe 1, môže pomôcť riešiť mnohé z týchto výziev.

5. PRIORITNÉ OPATRENIA NA ZABEZPEČENIE KVALITY A ROZSAHU

Účel: zamerať sa na súbor kľúčových akcií, ktoré môžu významne zvýšiť kvalitu a rozsah programov zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností.

Prínosy zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností podporujú veľmi významné dôkazy. Primálo škôl však zavádza dobré kvalitné programy a primálo programov sa zavádza v celoštátnom rozsahu.

Nasledujúca tabuľka uvádza odporúčané prioritné kroky na presunutie úsilia z neefektívnych stratégií na prístupy, ktorých zameranie a intenzita sú typické pre úspešné programy. (K výskumu, z ktorého tieto odporúčania vychádzajú, pozri kapitola 4 tohto materiálu.)

<p>Odísť od... 1. malých pilotných projektov...</p>	<p>Smerom k...rozsahu • tvorba programov v celoštátnom rozsahu</p>
<p>Odísť od... 2. vzdelávacích programov vypracovaných a poskytovaných izolovane od ostatného úsilia vyvíjaného v súvislosti so zdravím...</p>	<p>Smerom ku... komplexnému prístupu • komplexné a účinné školské zdravotné programy, ktoré kombinujú zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností s podpornými politikami na školskej resp. celoštátnej úrovni, kde je prvým krokom čistá voda a sanitárna vybavenosť v zdravom okolitom prostredí, súvisiace zdravotné služby a partnerstvá medzi školou a komunitou</p>

<p>Odísť od... 3. pokusov plytko zapracovať zdravotnú problematiku do mnohých predmetov...</p>	<p>Smerom k...efektívnemu zaradeniu do učebných plánov</p> <ul style="list-style-type: none"> • riešenie obmedzeného počtu vysokoprioritných zdravotných problémov a výučba potrebných znalostí, postojov a zručností v rámci jedného existujúceho predmetu (niekedy sa nazýva nosný predmet) v kontexte iných súvisiacich otázok a procesov
<p>Odísť od... 4. tvorby nových vyučovacích a materiálov a učebníc od základov</p>	<p>Smerom k...lepšiemu využívaniu existujúcich materiálov</p> <ul style="list-style-type: none"> • lepšie distribuovanie a prispôsobovanie mnohých kvalitných materiálov, ktorých efektívnosť potvrdzujú výskum a hodnotenia
<p>Odísť od... 5. všeobecných programov životných zručností, ktoré nie sú napojené na žiadne konkrétne ciele a zámery</p>	<p>Smerom k ...prepojeniu obsahu s behaviourálnymi cieľmi a zmenami v podmienkach súvisiacich so zdravím</p> <ul style="list-style-type: none"> • uplatňovanie metód výučby a učenia sa vychádzajúcich zo zručností na rozvoj znalostí, postojov a zručností potrebných na dosiahnutie cieľov z hľadiska správania a podmienok, ktoré budú viesť k zdraviu a súvzťažných sociálnych cieľov
<p>Odísť od... 6. prezentácie nepripravenými dospelými ...</p>	<p>Smerom ku...konzistentnému, trvalému profesionálnemu rozvoju pre učiteľov a podporné tímy</p> <ul style="list-style-type: none"> • k využívaniu kľúčových útvarov pracovníkov v rámci ministerstiev, škôl a komunít vyčlenených na trvalé vzdelávanie učiteľov, podporu realizácie a spolupracujúce stratégie ako sú partnerstvá s mladými ľuďmi

5.1 PRECHOD K ROZSAHU

Prechod k rozsahu“ znamená realizáciu intervencií na celoštátnej úrovni. Zahŕňa zohľadnenie rozmanitých modelov rozširovania a organizácií, aby sa dostali k čo najväčšiemu počtu škôl a študentov. Takéto úvahy treba zohľadňovať po pochopení významu a realizovateľnosti zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností od samého začiatku plánovacieho procesu. Zvýšenie akčného rádiusu kvalitných programov na celoštátnu a miestnu úroveň sa potom stáva prioritou.

Keďže množstvo dôkazov podporuje efektívnosť zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností, sa v prípade ďalších pilotných projektov na rozdiel od programov s celoštátnym rozsahom, ktoré môžu koordinovať viaceré modelov, facilitátorov a organizácií, potreba znižuje.

Vzdelávacie organizácie, ktoré sa usilujú o prechod k rozsahu, môžu prispôbiť niektoré používané aktivity, a tým rozšíriť komunitne koncipované programy pre mladých ľudí. Smith a Colvin (2000) rozlišujú štyri hlavné prístupy k rozširovaniu programov pre mladých dospelých. (1) Plánovaná expanzia znamená rovnomerný proces rozširovania počtu miest a mládeže, ktorej je určený konkrétny program po pilotnom otestovaní. (2) Združovanie pozostáva zo zväčšovania veľkosti programu a pokrytia prostredníctvom siete organizácií. (3) Štepenie znamená pridanie novej iniciatívy k existujúcemu programu. (4) Explózia predstavuje náhlu realizáciu programu pre mládež vo veľkom rozsahu.

Z rozširovania programov reprodukčného zdravia mladých dospelých vyplynuli nasledujúce poučenia:

- **Programy sa pripravujú na rozšírenie tak, že zamerajú na inštitucionalizáciu.** Neodmysliteľnou súčasťou inštitucionalizácie je podpora vo forme učebných plánov školení a skupina vyškolených a zaniatených poskytovateľov služby. Môže si vyžadovať zmenu bakalárskeho a magisterského štúdia na vysokých školách a univerzitách.
- **Politika formuje rozvoj programov.** Politické štruktúry môžu predstavovať podporu úsilia sledovaného programami. Avšak hybná sila pre rozšírenie sa môže nazhromaždiť dokonca aj bez podporujúceho politického prostredia, najmä keď témy môžu zviditeľniť spojenecké skupiny. I keď niektoré programy musia zapájať politickú úroveň viac ako druhé a pilotné projekty môžu stimulovať rozvoj politiky, v negatívnom politickom prostredí môžu byť zraniteľné dokonca aj vládne programy.
- **Aktivisti a navrhovatelia programov by mali pri rozširovaní vychádzať z existujúcich inštitúcií a infraštruktúry.** Mimovládne organizácie, ktoré často ako prvé iniciujú programy reprodukčného zdravia mladých dospelých, môžu dopĺňať a posilňovať vládne iniciatívy. Programy môžu využívať existujúcu infraštruktúru tým, že nadväzujú a prehĺbujú spoluprácu s partnerskými organizáciami. Programy so silnými väzbami na miestnej úrovni dokážu lepšie prežiť zmenu, takže vybudovanie sociálnej marketingovej stratégie je dôležité na vytváranie a udržanie prívržencov v komunite.
- **Na podporu, vedenie a garantovanie procesu rozšírenia sú potrební zaniatení lídri.** Úsilie o rozšírenie pre svoj úspech vyžaduje veľa času a energie vedúcich osobností ako aj formálne riadiace štruktúry.
- **Spravte rozširovanie participatívnym a zapracujte doň flexibilitu.** Úspech programov zameraných na mladých ľudí závisí na ich vklade.
- **Predvídajte prekážky a výzvy.** Podobu programu a úsilie o jeho rozšírenie ovplyvňuje prostredie, v ktorom sa program vypracúva, a dostupnosť zdrojov. Najmä navrhovatelia programov a stúpeni politiky musia byť citliví na tieto otázky. Patrí sem vypracovanie dlhodobých stratégií financovania.

Pre efektívne rozšírenie programov **sú kritické údaje, výskum a systémy monitorovania a hodnotenia.** Údaje a výskum sú mimoriadne dôležité pre vypracovanie programov, ich rozšírenie, presadzovanie a zabezpečenie akceptácie a podporu programov.

(Tieto odporúčania sa prevzali zo Smith & Colvin, 2000, a z Stage Five: Going to Scale, <http://eric-web.tc.columbia.edu/families/TWC/stg5idx.html>, 18. december 2001.)

Prechod k rozšíreniu a vytvorenie udržateľnej zmeny vo vyučovacej praxi sa opisuje v súvislosti s zdravotnou výchovou založenej na rozvoji zručností na nasledujúcich príkladoch.

Príklad: Opatrenia na úrovni systémov a podpora udržateľnej zmeny vo vyučovacej praxi

Hodnotenie odborného vzdelávania ukázalo, že na dosiahnutie dopadu na učiteľov v triede musí po úvodnom školení nasledovať pokračujúci koučing a technická pomoc. Absencia administratívnej podpory na školách a v triedach spolu s absenciou pokračujúcej podpory od odborných učiteľov vo vecných otázkach niekedy bránia dosiahnutiu udržateľnej zmeny.

Z projektu UNICEF-u Mekong vo východnej Ázii vzišli nasledujúce poznatky pre dosiahnutie udržateľnej zmeny vo výučbe v triedach.

1. Hneď od začiatku plánujte namiesto malých pilotných projektov veľký rozsah.
2. Hneď od začiatku plánujte sériu súvisiacich školení; vyhnite sa jednotlivým, nesúvisiacim školeniam.
3. Modelujte interaktívne metódy vo všetkých aspektoch školenia a vytvorte pre učiteľov príležitosti precvičovať nové zručnosti počas školenia i po ňom.
4. Pre mentoring medzi učiteľmi povzbudzujte odborné rovesnícke vzdelávacie podporné skupiny a koučing.
5. Zabezpečte trvalú, dlhodobú realizačnú podporu odborníkmi alebo skúsenými učiteľmi.
6. Pracujte so školskými správami a školskými komunitami pri získavaní podpory a povzbudzujte k poskytovaniu podpory učiteľom, aby efektívne zavádzali nové metódy.

(UNICEF/EAPRO, 1998).

5.2. ZDRAVOTNÁ VÝCHOVA ZALOŽENÁ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ AKO SÚČASŤ KOMPLEXNÉHO PROGRAMU ZDRAVIA NA ŠKOLÁCH

Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností je efektívnejšia, ak sa nevyučuje osamotene ale ako súčasť komplexného prístupu k zdraviu na školách. Rámce FRESH-u a Školy podporujúcich zdravie (pozri obrázok 1) ponúkajú prístupy pre zavádzanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností ako súčasť efektívnych programov zdravia na školách.

5.2.1 RÁMEC FRESH

Focusing Resources on Effective School Health (FRESH) /Zacielenie zdrojov na účinné zabezpečenie zdravia na školách/, ktorý iniciovali SZO, UNESCO, UNICEF a Svetová banka v roku 2000, je akčným rámcom, ktorý navrhuje štyri zložky ako východisko pre vypracovanie efektívneho programu zdravia na škole ako súčasť širšieho úsilia vytvárania škôl, ktoré podporujú zdravie a sú priateľské deťom. Ak by všetky školy zaviedli tieto štyri komponenty, zdravie študentov a pracovníkov by zaznamenalo okamžitý, významný prínos a vytvoril by sa základ pre budúce rozširovanie. Cieľom je zamerať sa na intervencie, ktoré sa dajú reálne uskutočniť.

Ďalej uvádzané štyri komponenty FRESH-u majú byť k dispozícii spoločne na všetkých školách naraz:

- **Školské politiky zamerané na zdravie.** Zdravotné politiky na školách môžu pomôcť zaručiť bezpečné a isté fyzické a psychosociálne prostredie; riešte otázky ako zneužívanie študentov, sexuálne obťažovanie a násilie na školách; zaručte ďalšie vzdelávanie gravidných žiačok a mladých matiek; a posilnite zdravotnú výchovu pre učiteľov a študentov.
- **Zabezpečenie zdravotne neškodnej vody a sanitárnej vybavenosti ako základných prvých krokov k vytvoreniu zdravého prostredia pre učenie sa.** Vo väčšine krajín je zabezpečenie prístupu k čistej vode a sanitárnej vybavenosti na všetkých školách realistickým cieľom. Školy môžu ich zabezpečením posilniť zdravotné a hygienické posolstvá a slúžiť ako príklad pre študentov a širšiu komunitu. Oddelené zariadenia pre dievčatá, najmä adolescentky, významne prispievajú k znižovaniu predčasného odchodu zo školy.

- **Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností.** Tento prístup k výchove k zdraviu, hygiene a výžive sa zameriava na rozvoj znalostí, postojov, hodnôt a životných zručností, ktoré mladí ľudia potrebujú, aby prijímali najvhodnejšie a pozitívne rozhodnutia týkajúce sa zdravia a podľa nich konali. V tomto kontexte zdravie prekračuje fyzické zdravie a zahŕňa psychosociálne a environmentálne otázky. Je pravdepodobnejšie, že osoby, ktoré majú tieto vlastnosti, príjmu a zachovávajú si zdravý životný štýl počas školskej dochádzky a po zvyšok svojho života.
- **Zdravotnícke služby a služby zdravej výživy na školách.** Zdravotnícke služby a služby zdravej výživy môžu efektívne poskytovať školy alebo sa môžu poskytovať prostredníctvom škôl za predpokladu, že služby sú jednoduché, bezpečné, dobre známe a že riešia problémy, ktoré sú v komunite rozšírené a považované za dôležité. Napríklad nedostatok mikroživín a hlístové infekcie sa dajú efektívne riešiť občasnou orálnou liečbou; a krátkodobý hlad - dôležité obmedzenie učenia sa – sa dá riešiť zmenou času podávania jedál alebo poskytnutím občerstvenia. Ak školy nemôžu poskytovať služby v školských priestoroch, môžu sa obrátiť na služby, ktoré sú neďaleko v komunite.

Zavádzanie štyroch komponentov FRESH-u sa môže podporiť viacerými stratégiami:

- Efektívne partnerstvá medzi učiteľmi a zdravotníkmi a medzi sektorom školstva a zdravotníctva
- Efektívne komunitné partnerstvá
- Uvedomelosť a participácia žiakov

(Súhrn z UNESCO/UNICEF/SZO/Svetová banka, 2000, trojjazyčná brožúra vysvetľujúca FRESH.)

5.2.2. ŠKOLY PODPORUJÚCE ZDRAVIE

Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností je dôležitým komponentom škôl podporujúcich zdravie. SZO prostredníctvom svojej Globálnej iniciatívy zdravia na školách, koncepcie, ktorú v plnej miere vítajú UNICEF a ostatné medzinárodné organizácie, nabáda k tvorbe škôl podporujúcich zdravie na celom svete. Školy podporujúce zdravie posilňujú zdravie a učenie všetkými opatreniami, ktoré sú k dispozícii, a zapájaním zdravotníkov a pracovníkov školstva, učiteľov, študentov, rodičov, poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti a komunitných lídrov do úsilia o zlepšenie zdravia študentov, zamestnancov škôl, rodín a členov spoločenstva. Školy podporujúce zdravie sa usilujú o spojenie zdravého životného prostredia, zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností a školských zdravotníckych služieb so školskými/komunitnými projektmi a aktívnym vyhľadávaním, programami na podporu zdravia pre zamestnancov, programami výživy a potravinovej bezpečnosti, telesnej výchovy a rekreácie, reprodukčného a sexuálneho zdravia a podpory duševného zdravia s príležitostami na poradenstvo a sociálnu podporu (WHO, 1998).

5.2.3 ŠKOLY PRIATEĽSKÉ DEŤOM

SZO podporuje rozvoj škôl podporujúcich zdravie ako krok smerom k dosiahnutiu širšej koncepcie UNICEF-u škôl priateľských deťom. Oddanosť UNICEF-u koncepcii škôl priateľských k deťom stimuluje a podporuje zdravé, zdravo živené deti, ktoré sú pripravené učiť sa a ktoré majú podporu svojich rodín a komunity, ako aj kvalitné vyučovanie a učebné procesy, ktoré sa orientujú na dieťa a obsahujú životné zručnosti. Školy priateľské deťom podporované kvalitným učebným prostredím s primeraným vybavením, politikami a službami zahrňujú všetky deti, ochraňujú ich, pre ne zdravé a vo všetkých aspektoch sú rodovo citlivé. Riešia kvalitu učenia sa s rešpektovaním zamerania, skúseností a potrieb študujúceho; relevantnosť obsahu učebných plánov a procesov; kvalitu triedy a širšieho školského prostredia; primeranosť hodnotenia gramotnosti, matematickej gramotnosti, znalostí, postojov, životných zručností a ďalších oblastí; a dosiahnutie výstupov učenia sa.

5.3. ÚČINNÉ ZARADENIE DO UČEBNÉHO PLÁNU

Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností sa zavádza do škôl tromi základnými spôsobmi:

- **Kľúčový predmet zdravotná výchova** – zdravotná výchova založená na rozvoji zručností môže byť kľúčovým (alebo samostatným) predmetom v širšom učebnom pláne školy.
- **Nosný predmet** – zdravotná výchova založená na rozvoji zručností sa niekedy zaraďuje do kontextu súvisiacich zdravotných a sociálnych otázok v rámci existujúcich tzv. nosných predmetov, ktoré sú relevantné pre tému. Takýmto predmetom môžu byť prírodné vedy, občianska výchova, štúdium spoločnosti.
- **Zpracovanie do mnohých predmetov** – zdravotné témy môžu učitelia vyučujúci v triede zahrnúť do všetkých alebo mnohých existujúcich predmetov.

Obrázok 8 opisuje prínosy a nevýhody všetkých troch prístupov, i keď jednotlivé lokality môžu mať rôzne potreby.

Obr. 8 Za a proti jednotlivých spôsobov zaradenia zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností do učebného plánu

1. Zdravotná výchova ako kľúčový predmet: Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností (napr. zdravotná výchova alebo výchova k rodinnému životu) sa vyučuje ako kľúčový predmet na riešenie dôležitých otázok. Ide o dlhodobú možnosť, ktorá si vyžaduje silnú zanosť počas dlhého časového obdobia.

ZA	PROTI
<ul style="list-style-type: none"> - Pravdepodobne ich vyučujú učitelia, ktorí sa zameriavajú na zdravie a u ktorých je vyššia pravdepodobnosť, že sú konkrétne vyškolení v zdravotnej výchove a životných zručnostiach. - Pravdepodobne umožní zhodu medzi obsahom a vyučovacími metódami. - Je pravdepodobnejšie, že pritiahne pozornosť študentov a učiteľov v porovnaní s prezentáciou popri inom obsahu vyučovacej hodiny. - Inklinuje k vysokej podpore zo strany učiteľov vďaka konkrétnemu zameraniu na zdravie a pocitu profesionálnej zodpovednosti učiteľa za zdravotnú výchovu a rozvoj životných zručností. -Umožňuje plynulé usporiadanie zdravotných pojmov od základnej úrovne po stredoškolskú úroveň, upevnenie predchádzajúcich skúseností z učenia a vytvoriť prepojenia na nové učenie sa. -Čas je konkrétne vyčlenený na otázky zdravia a súvisiace témy, čo lepším spôsobom zabezpečuje efektívne plánovanie, zavádzanie a hodnotenie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností. -Učitelia môžu zapracovať zručnosti a materiály z iných predmetov, čo vytvára podporu a zaangažovanie ostatných učiteľov. - Predmet sa ľahšie skúma, ako keď je zapracovaný do iného predmetu, a preto je pravdepodobnejšia vysoká motivácia učiteľov dobre ho vyučovať. 	<ul style="list-style-type: none"> - Je možné, že predmetu sa pripisuje veľmi nízky status a hľadá sa naň ako na nedôležitý. - Problémom je nájsť v učebnom pláne primeraný čas na predmet.

Obrázok 8. Za a proti jednotlivých spôsobov zaradenia zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností do učebného plánu (pokračovanie)

2. Nosný predmet: Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností sa umiestňuje do existujúceho predmetu vypracovaného na iný účel ale relevantného pre tému. Takýto predmet môže

byť občianska výchova/štúdium spoločnosti alebo náuka o ľuďoch. -Je to dobré krátkodobé riešenie.

ZA	PROTI
<ul style="list-style-type: none"> - Podpora učiteľov je lepšia než pri zapracovaní do všetkých predmetoch. - Je pravdepodobné, že učitelia nosných predmetov spravia prepojenie relevantných aspektov problematiky s inými predmetmi. -Vyškolenie učiteľov je rýchlejšie a menej nákladné než v prípade zapracovania do iných predmetov. - Je rýchlejšie a zaintegrovane zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností do materiálov jedného hlavného predmetu stojí menej ako jej zapracovanie do všetkých. -Nosný predmet možno posilniť zapracovaním do iných predmetov. 	<ul style="list-style-type: none"> - Výber nosného predmetu môže byť nevhodný; napríklad biológia nemusí byť vhodným nositeľom, ak sa v biológii nedajú preberať sociálne a osobné témy a zručnosti. - Učitelia môžu ale nemusia poznať zdravotný obsah alebo im môže byť nepríjemný. - Na zdravotné témy môže ostať menej času, ako potrebujú, ak ich zatieňuje nosná téma.

3. Zapracovanie do ostatných predmetov: Učitelia vyučujúci v triede zapracúvajú aspekty zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností do mnohých existujúcich predmetov. -Tento prístup sa neodporúča, pretože ak je jediný, neprináša dobré výsledky.

ZA	PROTI
<ul style="list-style-type: none"> - Ponúka sa na celoškolský prístup. - Zapojení sú mnohí učitelia, dokonca aj tí, ktorí sa zvyčajne nezúčastňujú na úsilí zaviesť zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností. - Potenciál na posilnenie. 	<ul style="list-style-type: none"> -Témy sa môžu stratiť medzi prvkami z ostatných predmetov, ktoré majú vyšší status. -Primálo času sa venuje zdravotnému obsahu a rozvoju zručností. -Učitelia môžu zostať pod silným informačným ovplyvnením v obsahu aj v metódach používaných na vyučovanie obsahu, ako tomu býva vo väčšine predmetov. -Učitelia zvyčajne nie sú primerane odborne pripravení. -Úloha získať prístup k všetkým učiteľom a ovplyvniť všetky texty je veľmi nákladná a časovo náročná. - Niektorí učitelia nevidia relevantnosť témy pre ich predmet. - Zriedkavo sa využije potenciál na posilnenie v dôsledku iných prekážok.

Obrázok 8. Za a proti jednotlivých spôsobov zaradenia zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností do učebného plánu (pokračovanie)

4. Kombinácia prístupov: Ďalšia možnosť je kombinované použitie nosného predmetu v krátkodobom horizonte s osobitným predmetom v dlhodobom časovom horizonte. -Toto je veľmi dlhodobá alternatíva.

ZA	PROTI
<ul style="list-style-type: none">- Učenie sa a zmeny sa dajú komplexne riešiť prostredníctvom nosného predmetu vyučovaného vyškolenými učiteľmi, a potom sa dajú posilniť v druhom predmete.- Mal by sa dosiahnuť intenzívnejší prístup a výstup.- Umožňuje študentom, ktorí potrebujú znalosti a zručnosti teraz, aby ich v čase kým sa vypracúva osobitný predmet, nadobudli.	<ul style="list-style-type: none">- Naraz sa má toho dosiahnuť priveľa; tento prístup treba starostlivo naplánovať.- Môže vyžadovať ďalší čas.

Nech sa vyberie ktorákoľvek možnosť, je dôležité pochopiť, že úsilie ovplyvniť správanie a podmienky súvisiace so školskými prioritnými zdravotnými, vzdelávacími a rozvojovými otázkami je dlhodobý a významný záväzok. Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností najlepšie ovplyvňuje správanie tam, kde sú vytvorené posilňujúce stratégie. Treba sa so všetkých síl usilovať o skombinovanie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností s komplementárnymi stratégiami, ako sú vypracovanie politiky, zdravotníckej služby a podporné psychosociálne prostredie. Ak si uvedomíme, koľko faktorov súperi o získanie pozornosti mladých ľudí, bolo by nerozumné veriť, že jediná pozitívna stratégia by mohla prevážiť nad mnohými navzájom súťažiacimi vplyvmi. Dôležité je pomôcť zabezpečiť, že učitelia modelujú správanie podporujúce zdravie a že školské prostredie podporuje toto správanie. Zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností treba považovať len za jeden zo štyroch základných komponentov FRESH-u v účinnom programe zdravia na školách. Takéto programy sú najúčinnnejšie, keď ich dopĺňajú komunitné, celoštátne a medzinárodné stratégie na podporu ich zdravotných, vzdelávacích a rozvojových cieľov.

DÔKAZY PROTI ZAPRACOVANIU

- Skúsenosti so zapracovaním zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností v Spojených štátoch ukazujú, že keď učitelia vyučujú programy všeobecných zručností pre život, často nepreberajú konkrétne zdravotné problémy, pred ktorými stoja adolescenti, do hĺbky. Hodnotenie programov, ktoré zdôrazňovali generické rozhodovacie zručnosti, všeobecnú komunikáciu a asertivitu, v Spojených štátoch nezistilo žiaden účinok na zdravie adolescentov, najmä na sexuálne správanie (Kann et al., 1995).
- Štúdiá uskutočnená Centers for Disease Control (CDC – Centrá pre kontrolu ochorení) v Spojených štátoch (Kann et al., 1995) ukázala, že v porovnaní so „zdravotníckymi pedagogickými pracovníkmi“ je u učiteľov vyučujúcich prevenciu HIV/AIDS spôsobom, kde je problematika zapracovaná do ostatných predmetov, pravdepodobnejšie, že majú menšiu mieru odbornej prípravy, že ich školia v menšom počte relevantných tém; je pravdepodobnejšie, že nepokrývajú potrebné témy, najmä citlivejšie a relevantné témy týkajúce sa prevencie; pravdepodobne

viac pokrývajú vedeckú a biologickú stránku HIV/AIDS než prvky prevencie; a je pravdepodobnejšie, že nezahrnú rodinné a komunitné prvky do svojich programov. Menej času venujú predmetu, je pravdepodobnejšie, že nebudú využívať odporúčané zdroje (vrátane formálnych učebných plánov); používajú menej interaktívnych metodík, a pokrývajú menej zručností a ponúkajú menej precvičovania zručností než „zdravotní pedagogickí pracovníci“.

- Prehodnotenie programov prevencie HIV/AIDS založených na rozvoji zručností, ktoré sa konkrétnejšie zameriavalo na rozvojové krajiny a ktoré podporoval UNICEF vo východnej a južnej Afrike (Gachuhi, 1999) zistilo, že prístupy využívajúce zapracovanie neprinášali očakávaný dopad často aj preto, že učitelia zvyčajne nie sú dostatočne vyškolení a nerealizujú programy správne; učitelia najmä prehliadajú citlivé témy a realistické situácie, ktoré by personifikovali riziko, ktorému sú mladí ľudia vystavení. Ďalšou prekážkou účinného zavádzania je nevyčlenenie konkrétneho času v rozvrhu.
- Uganda a Mozambik potom, čo zistili, že prístup využívajúci zapracovanie nemá často z rovnakých dôvodov, ako sú tie uvedené vyššie (UNICEF, 2000, osobné rozhovory) vplyv na sexuálne správanie a zručnosti adolescentov, sa začínajú od neho odkláňať smerom k takým konkrétnejším prístupom, ako je nosný predmet.
- Prehodnotenie uskutočnené v Zimbabwe spochybňuje integračný prístup. Odborná príprava učiteľov sa ukazuje ako neprimeraná, čo uškodilo kvalite realizácie (Ndlovu & Kaim, 1999; Kaim et al., 1997).

NEFORMÁLNE MODELY

V mnohých krajinách sú formálne učebné plány preťažené a vypracovali sa alternatívy, ktoré sa nespoliehajú na formálny čas učebného plánu, ako napr. neformálne programy alebo programy mimo učebných plánov. Tieto programy sa môžu osloviť školskú ako aj mimoškolskú populáciu. Môžu fungovať na školách, pri nich, alebo oddelene od škôl. Pri ich výučbe sa zvyčajne nespoliehajú na učiteľov, ide napr. o programy realizované mimovládnyimi pracovníkmi, rovesníckymi vzdelávateľmi, komunitnými skupinami, mládežníckymi organizáciami (napr. Girl Guides, Boys Scouts) alebo náboženským organizáciami. Ministerstvo školstva často zodpovedá za formálne aj neformálne mechanizmy pre priblíženie sa k deťom a mladým ľuďom, aby sa tieto rôzne mechanizmy mohli koordinovať za účelom dosiahnutia maximálnej kvality a pokrytia. Ďalej uvádzaná prípadová štúdia predstavuje príklad úspešného programu, ktorý vyučoval životné zručnosti ako súčasť neformálneho školského predmetu.

PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA

SHAPE je neformálny školský predmet v Myanmar. Vyučuje sa od 2. po 9. ročník a využíva participatívne metódy výučby a učenia sa zamerané na študenta. Povzbudzuje študentov k praktizovaniu toho, čo sa naučili v triede, doma a v svojich komunitách. SHAPE si kladie za cieľ vybaviť mladých ľudí znalosťami, postojmi a zručnosťami, ktoré potrebujú na podporu zdravého života, prostredníctvom aktívnej účasti a zapojenia učiteľov, študentov, riaditeľov škôl, pracovníkov rezortu školstva, rodičov a ostatných členov komunity. Obsah programu sa zameriava na rad zdravotných a spoločenských otázok relevantných pre deti a mladých ľudí vrátane osobného zdravia a hygieny, rastu a rozvoja, výživy, alkoholu, drog a HIV/AIDS. Najmenej

polovica obsahu sa venuje aktivitám vytvoreným na rozvoj životných zručností, ako sú komunikácia, spolupráca, vyrovnanie sa s emóciami a stresom, rozhodovanie, riešenie problémov a poradenstvo. Tieto životné zručnosti sa potom uplatňujú konkrétnym spôsobom na každý zdravotný a sociálny problém. Okrem toho dôležité stratégie SHAPE-u sú rovesnícke vzdelávanie, rozširovanie informácií od dieťaťa k rodičom a spolupráca medzi školami a komunitami. Tento program úspešne stimuloval deti k tomu, aby sa podelili o to, čo sa naučili v triede, so svojimi rodičmi a ostatnými rodinnými príslušníkmi a aby zlepšili zdravotné podmienky v svojej komunite. Napríklad v jednej malej dedine deti povedali svojim rodinám, čo sa naučili o potrebe jodizovanej soli. Rodičia sa pod silným dojmom z odhodlania svojich detí učiť sa spojili a vyvinuli dostatočný tlak na majiteľa obchodu, aby zmenil druh predávanej soli, a celá komunita mala ošoh z dostupnosti a používania jodizovanej soli. V inom okrese deti povedali svojim rodinám, čo sa naučili o význame používania zdravotne neškodnej vody a hygienických latrín. Po rozšírení tejto informácie v komunite sa rodiny a členovia spoločenstva spojili a vybudovali dostatočný počet latrín, aby výrazne skvalitnili hygienu v svojej komunite.

(V tejto prípadovej štúdii sme vychádzali z informácií poskytnutých Tin Mar Aung, UNICEF Myanmar.)

5.4 LEPŠIE VYUŽÍVANIE EXISTUJÚCICH MATERIÁLOV

Často je možné pracovať s existujúcimi zdrojmi a netreba začínať odznovu s tvorbou materiálov vhodných pre zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností.

Pri výbere existujúcich materiálov by sa mohli zväžiť nasledujúce aspekty.

- Obsahujú materiály ciele, ktoré jasne opisujú zdravotné a súvisiace spoločenské otázky, ktoré sa majú ovplyvňovať konkrétnym spôsobom? Opisujú jasným spôsobom ciele správania alebo podmienky, ktoré možno ovplyvniť, aby mali výrazný dopad na ciele? Sú tieto relevantné pre potreby našich študentov?
- Kto je cieľové publikum?
- Koľko času sa odporúča vyčleniť (počet a dĺžka sedení)?
- Sú materiály vhodné pre dostupné prostredie?
- Použil sa najvhodnejší jazyk pre cieľovú skupinu/používateľov materiálov?
- Hodnotili sa materiály? Ak áno, s akým publikom a v akom prostredí? Aký je dôkaz účinnosti? Čo je podobné medzi „osvedčeným programom“ a zamýšľaným publikom a kultúrnym prostredím?
- Nakoľko sú znalosti relevantné pre riešenie zdravotnú otázku? Sú informácie jasné? Poskytuje presné, aktuálne znalosti k zdravotnej otázke?
- Nakoľko sú postoje relevantné pre riešenie zdravotnú otázku?
- Nakoľko sú zručnosti relevantné pre správanie, ktoré sa zamýšľa ovplyvniť?
- Nakoľko sú metódy primerané pre dosiahnutie cieľov vzdelávania (napr. zvýšenie znalostí, posilnenie postojov podporujúcich zdravie, budovanie zručností)?
- Sú obsah, metódy a jazyk materiálov rodovo citlivé?
- Sú materiály relevantné pre potreby a záujmy študentov?
- Nakoľko budú prispôsobenie a realizácia materiálov pre učiteľov, rodičov a študentov nenáročné?
- Obsahujú materiály na dosiahnutie cieľov dostatočnú mieru skúseností s učením sa?

Existujúce materiály sa dajú získať od miestnych alebo regionálnych kancelárií organizácii OSN, ako sú UNICEF alebo SZO a od vládnych a mimovládnych organizácií, vzdelávacích inštitúcií

a súkromného sektoru. Mnoho materiálov týchto organizácií je k dispozícii na celosvetovej sieti; napríklad www.who.int, www.unicef.org, www.unesco.org, www.ei-ie.org, www.cdc.gov, www.unfpa.org a www.edc.org.

5.5. PREPOJENIE OBSAHU S PÔSOBNÍM NA SPRÁVANIE SA

Programy zamerané na pomoc mladým ľuďom pri rozvíjaní životných zručností bez osobitného kontextu sú menej účinné pri dosahovaní konkrétneho výsledku pôsobenia na správanie. Je dôležité, aby navrhovatelia programov stanovili ciele a vybrali obsah na základe toho, čo je najrelevantnejšie z hľadiska pôsobenia na správanie a ovplyvňovania podmienok, ktoré sa spájajú s prioritnými zdravotnými problémami (pozri obrázok II v kapitola 2).

Čo: Ústrednou otázkou je, aké správanie alebo podmienky treba udržať alebo zmeniť, aby sa dosiahol vplyv na zdravie. Potom, ktoré znalosti, postupy a zručnosti je najužitočnejšie riešiť vzhľadom na správanie a podmienky, ktoré sa majú zmeniť? Odpovede na tieto otázky sa potom využívajú pri vypracovaní cieľov programov. Dôležité je stanovenie cieľov pre prevenciu alebo zníženie rizikového správania a rizikových podmienok a pre podporu ochranného správania a podmienok. Takéto ciele sa požadujú na jasné vymedzenie obsahu programu vrátane znalostí, postojov a zručností, ktoré sú dôležité pre dosiahnutie cieľov v správaní a podmienkach. Je potrebné preskúmať fyzické, mentálne, emocionálne a sociálne dimenzie znalostí, postojov a zručností, aby sa uľahčilo informované rozhodovanie, schopnosť v praxi používať zdravé správanie a tvorba podmienok napomáhajúcich zdravie. Potrebné je zohľadniť aj miestne faktory a podmienky, ktoré ovplyvňujú schopnosť človeka konať; napríklad správne používanie kondómov nemusí byť reálnou ochrannou metódou, ak kondómy nie sú k dispozícii.

Informácie z hodnotenia situácie by mali odhaliť najrelevantnejšie otázky pre zdravie a rozvoj mladých ľudí, ktorí sa zúčastnia na programe. V procese stanovovania priorít môže pomôcť najmä používanie týchto informácií na identifikovanie priamych a nepriamych faktorov ovplyvňujúcich morbiditu (a v menšej miere mortalitu). Problémy, ktoré vyvstávajú pred školákmi a mladými ľuďmi na celom svete, sú otázky súvisiace s rodinou; mládež a násilie v osobnom styku a konflikt a snaha o mier; alkohol, tabak a užívanie iných drog; neúmyselné zranenia; depresie a duševné zdravie; strava a fyzická činnosť; hygiena a infekčné choroby, neželané tehotenstvo, HIV/AIDS/pohlavne prenášané infekcie a malária. Aspekty týchto otázok sa menia podľa veku mladého človeka.

Kedy: Potreby a schopnosti vývoja mladých ľudí sa menia s ich vekom; a teda programy musia zohľadniť tieto faktory. Toto sa zvyčajne označuje ako „programovanie primerané vývoju“. Napríklad pojmy v učebných plánoch sa musia plynulo usporiadať od základnej úrovne po stredoškolskú úroveň, aby sa upevnili predchádzajúce skúsenosti s učením sa, a aby sa pripravili prepojenia na nové učenie sa. Tento proces sa niekedy označuje ako „špirálový učebný plán“. Pri citlivých otázkach, ako sú HIV/AIDS, pohlavné a reprodukčné zdravie, má vzdelávanie začať s nástupom rastúceho záujmu o ne, ale skôr ako sa cieľová skupina zapojí do rizikového správania. Už na samom začiatku vzdelávania detí musia byť vytvorené moduly na riešenie takýchto citlivých tém. Medzi takéto moduly patria sebaúcta, pozitívne hodnoty spolupráce a tímovej práce, ochrana a podpora zdravia a spoločensky orientované správanie. Avšak aby sa pomohlo mladým ľuďom vytvoriť pozitívne správanie a vyhnúť sa rizikám, musia sa tieto témy vyučovať spôsobom, ktorý je špecifický pre ich aktuálnu životnú situáciu.

Obrázok 9 opisuje dôležité ciele v znalostiach, postojoch a zručnostiach pre HIV/AIDS a ostatné zdravotné otázky pre tri vývojové etapy: ranné detstvo, preadolescencia a adolescencia. Prehľad je len ilustratívny. Pri tvorbe programu treba vždy zvážiť miestne podmienky a faktory. Podobné informácie o zdravotných a spoločenských otázkach sú tiež v materiáloch SZO v prílohe 1.

Obrázok 9. Príklady cieľov zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností

RANNÉ DETSTVO		
ZNALOSTI	POSTOJE	ZRUČNOSTI
<p>Účastníci budú vedieť:</p> <ul style="list-style-type: none"> • že pasívne fajčenie môže byť škodlivé • čo je prínosom stravy pozostávajúcej z celého radu výživných potravín (alebo vyváženej stravy) a kde sa tieto potraviny v danej lokalite nachádzajú • že násilné správanie je naučené a dá sa odučiť • ako sa HIV prenáša a ako sa neprenáša 	<p>Účastníci preukážu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • úctu voči sebe a ostatným • pochopenie rodových úloh a sexuálnych rozdielov • vieru v pozitívnu budúcnosť • empatiu s ostatnými • pochopenie povinnosti v súvislosti so sebou a ostatnými • ochotu preskúmať postoje, hodnoty a presvedčenia • uznanie správania, ktoré sa považuje za primerané v kontexte spoločenských a kultúrnych noriem • podporu rovnosti, ľudských práv a čestnosti 	<p>Účastníci budú schopní:</p> <ul style="list-style-type: none"> • demonštrovať praktické a pozitívne metódy zvládania emócií a stresu • preukázať základné zručnosti zdravej medziľudskej komunikácie

Obrázok 9. Príklady cieľov zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností (pokračovanie)

PREDADOLESCENCIA		
ZNALOSTI	POSTOJE	ZRUČNOSTI
<p>Účastníci sa naučia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o telesných zmenách, ktoré sa vyskytujú počas puberty – a že sú to prirodzené a zdravé javy v živote mladých ľudí • o tom, ako sa dá zabrániť helmintom a iným infekciám používaním zdravotne neškodnej vody a uskutočnením ďalších preventívnych opatrení • aký je účinok tabaku, alkoholu a ostatných drog na sústavu ľudského tela • akými spôsobmi identifikovať výživné potraviny, ktoré sú dostupné v ich lokalite 	<p>Účastníci preukážu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oddanosť stanoveniu etických, morálnych noriem a noriem správania pre seba • pozitívny vlastný obraz definovaním pozitívnych osobných vlastností a pozitívnou akceptáciou telesných zmien, ktoré sa vyskytujú počas puberty • zobrazenie ľudskej sexuality ako zdravej a normálnej súčasť života • dôveru v zmenu nezdravých zvykov • ochotu prevziať zodpovednosť za svoje vlastné správanie • pochopenie vlastných hodnôt a noriem • záujem o spoločenské otázky a ich význam pre spoločenské, kultúrne, 	<p>Účastníci budú schopní:</p> <ul style="list-style-type: none"> • komunikovať posolstvá o prevencii HIV, o zdravom stravovaní a kontrole tabaku rodinám, rovesníkom a členom komunity • aktívne vyhľadávať informácie a služby súvisiace so sexualitou, užívaním návykových látok alebo s inými otázkami • rozoznať a zvládať rovesnícke a spoločenské vplyvy na ich osobný hodnotový systém • využiť kritické myslenie na analyzovanie zložitých situácií a rôznych možností • využiť zručnosti riešenia problémov na

	<p>rodinné a osobné ideály</p> <ul style="list-style-type: none"> • zmysel pre starostlivosť a sociálnu podporu tých v ich spoločenstve alebo národe, ktorí potrebujú pomoc • úctu k vedomostiam, postojom, presvedčeniam a hodnotám ich spoločnosti, kultúry, rodiny a rovesníkov 	<p>identifikovanie radu rozhodnutí a ich dôsledkov vo vzťahu k zdravotným otázkam, s ktorými sa stretávajú mladí ľudia</p> <ul style="list-style-type: none"> • prediskutovať sexuálne správanie a ďalšie osobné otázky s dôverou a pozitívnou sebaúctou so zodpovednými dospelými a rovesníkmi • využiť vyjednávaciu zručnosť na odolanie tlaku rovesníkov nabádajúceho k pitiu alkoholu, požívaniu tabaku alebo drog alebo k pohlavnému životu
ADOLESCENCIA		
ZNALOSTI	POSTOJE	ZRUČNOSTI
<p>Účastníci budú vedieť:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ktoré správanie vystavuje osoby zvýšenému riziku nakazenia HIV alebo maláriovou infekciou • aké preventívne opatrenia môžu znížiť riziko HIV, pohlavne prenášaných infekcií, hlístových a maláriových infekcií a neželaných tehotenstiev • ako získať testovanie a poradenstvo na zistenie HIV/pohlavne prenášaných infekcií ako aj pomoc pri poruchách stravovania a problémoch s nadmerným požívaním alkoholu • ako správne používať antikoncepciu • ako pripraviť vyvážené jedlo • aké sú úlohy agresora, obeť a okolostojaceho 	<p>Účastníci preukážu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pochopenie rozdielov v morálnych kódexoch ich spoločnosti • realistické vnímanie rizika • pozitívne postoje voči alternatívam pohlavného styku • zodpovednosť za osobné, rodinné zdravie a zdravie komunity • podporu zdrojom školy a komunity, ktoré poskytujú informácie a služby o protirizikových preventívnych opatreniach • stimulovať rovesníkov, súrodencov a členov rodiny k účasti na preventívnych aktivitách • povzbudzovať ostatných k zmene nezdravých zvykov 	<p>Účastníci budú schopní:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hodnotiť riziko a vyjednávať menej rizikové alternatívy • správne používať zdravotné výrobky • vyhľadávať a identifikovať zdroje pomoci pri problémoch s užívaním návykových látok vrátane zdrojov čistých ihlíc alebo výmeny ihlíc • získavať podporu pre školy bez tabaku a drog a budovať miestnu podporu

Vyššie uvedené ciele zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností sa prevzali z dokumentov informačnej edície SZO o zdraví na školách.

5.6. ODBORNÝ ROZVOJ UČITEĽOV A PODPORNÝCH TÍMOV³³

Zaručenie úspešnej realizácie takýchto programov si vyžaduje vyškolenie jednotlivých osôb zapojených do zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností. Odborne pripravení pedagogickí pracovníci budú skôr realizovať programy tak, ako sa o tom uvažovalo, než tí, ktorí nie sú konkrétne vyškolení pre túto oblasť. Znamená to, že budú učiť celý požadovaný obsah a používať účinné, vysokokvalitné metódy výučby a učenia sa (Kann et al., 1995). Učiteľia zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností musia mať zmes odborných a osobných vlastností.

Niektorí ľudia prichádzajú do práce už s týmito vlastnosťami, iní musia prejsť školením, aby ich nadobudli. Ak sú správne vyškolení, tak samotní študenti (rovesníci), pracovníci komunitnej agentúry, poradcovia alebo konzultanti, sociálni pracovníci a psychológovia alebo ostatní poskytovatelia zdravotníckej starostlivosti ako aj učiteľia môžu prispievať k realizácii zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností.

Ďalej sa uvádza prehľad postojov a vlastností, odborných zručností a spôsobilostí, ktoré musia učiteľia rozvíjať, aby mohli vyučovať zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností, spolu s niekoľkými návrhmi formy školenia pre tieto požiadavky.

5.6.1. POSTOJE A VLASTNOSTI

Nasledujúce charakteristiky určujúce najlepších facilitátorov programov.

- model pre zdravé správanie
- dôveryhodný a rešpektovaný
- zručný a spôsobilý
- schopný prístupu k zdrojom, lídrom a inštitucionálnej podpore

5.6.2. ODBORNÉ ZRUČNOSTI A SPÔSOBILOSTI

Učiteľia a ďalší facilitátori učenia sa v súvislosti so zdravotnou výchovou založenou na rozvoji zručností musia používať interaktívne vyučovacie metódy. Z tohto dôvodu musia mať alebo si musia vybudovať nasledujúce charakteristiky:

- Schopnosť zohrávať rôzne úlohy – na podporu, zameranie alebo usmernenie skupín podľa požiadaviek (Tobler, 1992)
- Schopnosť sprevádzať skupinu na rozdiel od jej dominovania (Tobler, 1992)
- Rešpektovanie adolescenta a jeho alebo jej slobody výberu a individuálneho sebaurčenia (Tobler, 1992)
- Teplo, podpora a entuziazmus (Ladd a Mize, 1983)
- Schopnosť riešiť citlivé otázky ako sú hygiena, pohlavné a reprodukčné zdravie, prevencia HIV/AIDS, randenie, priateľstvá, závislosť na návykových látkach a ťažké rozhodnutia o budúcnosti. Sú to témy, o ktorých musí byť učiteľ alebo facilitátor pripravený diskutovať buď odpovedaním na otázky alebo tak, že vie, kde sa nachádzajú informácie. Toto si vyžaduje odbornú prípravu o adolescentných etapách vývoja, obraze tela, sexualite a dostupných zdrojov spoločenstva.

³³Časti tejto sekcie sa prevzali z kapitoly 3, „Programme Providers and Training“, v Mangrulkar, L., Vince Whitman, C., & Posner, M. (2001): *Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Human Development*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.

- Primerané osobné a odborné postoje a prax. Od učiteľov a facilitátorov sa často očakáva, že budú pracovať s adolescentmi na rozvoji zručností, ktoré sami možno nemajú, ako sú asertivita, zvládanie stresu a riešenie problémov. Okrem toho učitelia a facilitátori môžu potrebovať pomoc so svojimi vlastnými problémami v oblasti pohlavného zdravia, stratégií zvládania HIV/AIDS, problémov závislosti na návykových látkach alebo rodinného násillia. Štúdie programov podpory zdravia pre učiteľov ukázali, že odborná príprava môže znamenať konkrétne zdravotné prínosy pre poskytovateľov ako aj lepšiu dochádzku, morálku a kvalitu učenia sa (Allegrante, J, 1998). Niektoré zásahy zamerané na rodičov riešili tento problém tým, že pomáhali rodičom (ako poskytovateľom programov) rozvinúť v ich deťoch zručnosti (Shure & Spivack, 1979), pričom aj rodičom pomohli zlepšiť ich riešenie problémov, rodičovstvo a zručnosti zvládania stresu.
- Robte, čo kázate. Učitelia a ostatní facilitátori potrebujú rozsiahle príležitosti na praktizovanie študentských participatívnych metód učenia sa, ako sú diskusia, hranie rolí a spolupracujúca skupinová práca. Majú tiež modelovať správanie, za ktoré ich školenie agituje.
- Presné znalosti o mnohých riešených problémoch a primeraná osobná pohoda nimi, schopnosť odkázať na iné zdroje odborných znalostí tam, kde to je potrebné.

Mnohí dospelí, aby sa stali efektívnymi poskytovateľmi programov, sa budú musieť odnaučiť autoritárske prístupy k učeniu. Nasledujúca prípadová štúdia opisuje pozitívny dopad zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností na učiteľov a študentov v 85 školách v Spojených štátoch.

5.6.3 ŠTRUKTÚRA ŠKOLENIA

Prístup ku kvalitnej odbornej príprave a podpore je základom pre rozvoj charakteristík opísaných v predchádzajúcej časti.

Učitelia a ostatní facilitátori by ideálne mali absolvovať kvalitné školenie pred výkonom ako aj počas neho. Odborná príprava podporovaná administratívou na úrovni školy a neustálou podporou expertov na posilnenie a udržanie participatívnych metód vyučovania a učenia sa, musí vystaviť učiteľov participatívnym metódam vyučovania a učenia sa a umožniť im získať v nich skúsenosti. Odborná príprava pre zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností by mala odrážať zásady výučby a učenia sa programov, ktoré sa majú realizovať. Odborná príprava má obsahovať metodiky aktívnej výučby a učenia sa, ktoré zohľadňujú známe veci o štýloch učenia sa u dospelých. V skutočnosti učitelia v mnohých krajinách nedostávajú ani kvalitnú odbornú prípravu pred výkonom ani stále vzdelávanie počas výkonu a taktiež sa môže stať, že majú malú podporu pri riešení citlivých a zložitých otázok, ktoré si vyžadujú konkrétne zručnosti.

Bez ohľadu na to, či učitelia mali možnosť profitovať z kvalitnej prípravy v minulosti, kvalitná odborná príprava môže podporiť vývoj pozitívnych vlastností a výrazne skvalitniť spôsobilosti požadované pre výučbu založenú na rozvoji zručností. Stratégie využívané vo výučbe založenej na rozvoji zručností sú známe v tradícii učenia sa existujúcej v miestnych kultúrach po generácie. Medzi tieto tradície patrí učenie sa v skupine, od starších medzi generáciami, cez ženské siete, cez rovesnícke skupiny a medzi dievčatami a chlapcami; informácie a kultúra sa odovzdávali týmto spôsobom počas celej histórie.

Kľúčové prvky efektívnej odbornej prípravy pre učiteľov a ostatných facilitátorov:

- široká inšpirujúca účasť a skutočná interakcia
- uplatňovanie participatívnych vyučovacích metód; napríklad budovanie spôsobilostí v skupinovom procese, hranie rolí, dramatizácie, debaty, práca v malých skupinách a otvorené diskusie
- modelovanie zručností riešených v učebnom pláne
- zameranie sa na celé dieťa a adolescenta a nielen napríklad na účinok jednej konkrétnej zdravotnej otázky

- analyzovanie vnímania adolescentov a adolescencie dospelými, stereotypy a mýty dospelých, objasnenie hodnôt dospelých okolo otázok relevantných pre mladých ľudí budujúcich zručnosti v spojení s poskytovaním informácií
- riešenie citlivých otázok adolescentov
- poskytovanie konštruktívnej kritiky a pozitívneho posilnenia a spätnej väzby
- prístup k zdrojom výučby a učenia sa a hodnotenie ich kvality
- prístup k odporúčajúcim a podporným sieťam a styčným miestam v komunite a ich hodnotenie, napomáhanie miestnej účasti
- nastavenie odbornej prípravy na úroveň zručností poskytovateľov (Gingiss, 1992)
- poskytovanie dostatočných príležitostí účastníkom odbornej prípravy na preukázanie a precvičovanie svojich nových zručností a na nepretržité koučovanie vrátane ďalšej odbornej prípravy a posilňovacích školení (Hansen, 1992; Botvin, 1986)
- umožniť aktívnu účasť účastníkov školenia na rozhodovaní o prijatí programu spárovanie skúsených pedagógov zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností s novými účastníkmi školení (Dusenbury & Falco, 1995)

PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA

Tvorcovia vyučovacích modulov zdravie tínedžerov (THTM), čo je učebný plán zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností v USA, účinne školili poskytovateľov programov vo:

- vytváraní programového prostredia, v ktorom sa oceňuje otvorená komunikácia a pozitívna reakcia rovesníkov a v ktorom sa problémy riešia konštruktívne
- využívaní participatívnych stratégií výučby
- modelovaní zručností a ich aplikácii na konkrétne správanie vrátane toho, ako podporovať a oceňovať s cieľom posilnenia pozitívnych sociálnych noriem (O'Donnell, 1998)
- vyučovaní komplexných sociálnych zručností;
- poskytovaní zdrojov pre informácie o zdraví a pre nasmerovanie
- k nim zaobchádzaní s citlivými otázkami (Blaber, 1999)

Štúdia, do ktorej bolo zapojených 85 škôl, zistila, že predrealizačné školenie v THTM pozitívne ovplyvnilo pripravenosť učiteľov vyučovať THTM ako aj výsledky študentov. Odborne pripravení učitelia realizovali učebný plán s výrazne vyšším stupňom vernosti než nevyškolení učitelia. Odborná príprava učiteľov mala tiež pozitívny vplyv na výsledky študentov. Znalosti a postoje študentov boli výrazne lepšie v triedach, kde učili odborne pripravení učitelia, než v triedach s nevyškolenými učiteľmi. Vo vyšších ročníkoch stredných škôl mali vyškolení učitelia aj zásluhu na znížení užívania nezákonných drog, ktoré udávali študenti (Ross et al., 1991).

6. PLÁNOVANIE A HODNOTENIE ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY ZALOŽENEJ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ

Účel: identifikovanie kľúčových krokov efektívneho plánovania a získavanie podpory pre zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností a objasnenie prvkov štruktúry a hodnotenia.

Dokument nazvaný Local Action: Creating Health-Promoting Schools, ktorý nedávno vypracovala Svetová zdravotnícka organizácia, obsahuje nástroje, ktoré môžu previesť vás alebo váš tím zdravia na školách cez jednotlivé kroky plánovania opísané v tejto kapitole.

6.1. ANALÝZA SITUÁCIE

Analýza situácie sa vykonáva, aby sa zaručilo, že intervencie sú relevantné pre miestne podmienky a kultúry. Pozostáva z uskutočnenia hodnotenia potrieb a zdrojov a zberu údajov pred naplánovaním a realizáciou intervencií. Do hodnotenia potrieb patrí zber presných a aktuálnych údajov, ktoré umožnia preniknúť do podstaty zdravotných otázok a správania v komunite. Hodnotenie zdrojov poskytne znalosti o dostupných kapacitách a zdrojoch na školách a v komunitách.

Možno uvažovať o nasledujúcich typoch informácií:

- zdravotný stav vrátane miestnych údajov verejného zdravia o chorobnosti a úmrtnosti
- zdravotné priority detí a adolescentov
- správanie a zdravotné podmienky, ktoré ovplyvňujú prioritné zdravotné otázky
- znalosti, postoje, presvedčenia, hodnoty, zručnosti a služby súvisiace s prioritnými zdravotnými otázkami pre mladých ľudí a ich súvisiace správanie a podmienky
- relevantné politiky
- dostupné ľudské, finančné a materiálne zdroje a existujúce programy, ktoré riešia zdravotné a sociálne otázky

Zbieranie dôkazov z dôveryhodných zdrojov môže poskytnúť cenné informácie o tom, čo mladí ľudia vedia, čo si myslia, cítia a aké zdravotné podmienky na nich vplyvajú. V tomto procese sa dá využiť mnoho zdrojov informácií vrátane:

- fókusových skupín alebo hĺbkových pohovorov so skutočným cieľovým publikom alebo podobnou skupinou poslucháčov
- súvisiacej literatúry a výskumu
- výsledkov prieskumu
- odborných expertíz
- rodičov, opatrovateľov a komunitných skupín
- epidemiologických údajov zo zdravotných oddelení a miestnych kliník

Treba sa podeliť o názory rôznych zainteresovaných strán, spolu ich posúdiť a nakoniec sa musí dosiahnuť dohoda. Kde je dohoda ťažko dosiahnuteľná, tam sa stávajú potreby poslucháčov základom rozhodnutia o tom, čo sa zahrnie.

Ďalšie informácie pozri dodatok 2.

6.2 ÚČASŤ A VLASTNÍCTVO PROGRAMU VŠETKÝMI ZAINTERESOVANÝMI ÚČASŤNÍKMI

Školy môžu zapájať príslušníkov školy a komunity do plánovania zámerov a cieľov intervencií. Takéto zapojenie môže pomôcť zaručiť, že intervencie riešia potreby poslucháčov a že sa v priebehu času sa zachovajú.

Školské tímy môžu byť zložené z riaditeľov, učiteľov, študentov, poskytovateľov služieb na škole ako sú sestričky alebo poradcovia, rodičov a podporných zamestnancov. Členovia školských tímov majú zastupovať rôznorodé prostredia pôvodu a názorov, majú byť oddaní myšlienke podpory zdravia, majú mať záujem o zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností, majú dobre fungovať v tíme, majú byť schopní a ochotní venovať čas. Členovia tímu spolupracujú na zachovaní a podpore zdravia všetkých ľudí, ktorí pracujú a učia na škole, a na plánovaní zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností.

Komunitní poradcovia môžu doplniť školský tím a poskytovať nepretržité poradenstvo a podporu prichádzajúcu z komunity. Medzi partnerov z komunitného sektora môžu patriť funkcionári miestnych samospráv, náboženskí vodcovia, predstavitelia médií a podnikateľských kruhov, obyvatelia komunity a členovia mládežníckej agentúry, poskytovatelia zdravotných a sociálnych služieb a zástupcovia mimovládnych organizácií.

Školské tímy spolu s komunitnými poradcami vyhodnotia potreby a vypracujú zámery a ciele programu a môžu spolupracovať na realizácii a hodnotení intervencií.

6.3. ZÁMERY A CIELE PROGRAMU

Školské tímy študentov, učiteľov a rodín s výsledkami analýzy situácie v svojich rukách, najmä s identifikovanými potrebami a dostupnými zdrojmi, a s podporou od ostatných komunitných poradcov môžu zohrávať aktívnu úlohu pri definovaní zámerov a cieľov programu.

Zámer opisuje všeobecnými pojmami, čo sa očakáva, že intervencia dosiahne z dlhodobého hľadiska. **Zámer** je pomerne ambiciózne vyhlásenie zamerané na zmenu v zdravotnom stave, ako je zníženie počtu samovrážd tínedžerov alebo nechcených tehotenstiev tínedžerov. Na dosiahnutie výstupov na tejto úrovni sa požaduje mnoho stratégií.

Ciele výstupu miera na rizikové správanie alebo podmienky súvisiace so zámerom. Napríklad, ak je zámerom zníženie samovrážd tínedžerov alebo nechcených tehotenstiev tínedžerov, môže medzi cieľové správanie alebo podmienky patriť odloženie začiatku pohlavného styku na neskôr a zvýšenie počtu učiteľov, ktorí vystupujú ako dôveryhodní dospelí, za ktorými môžu študenti ísť, keď sa cítia deprimovaní.

Čiastkové ciele (procesné ciele) definujú konkrétnymi, merateľnými a dosiahnuteľnými pojmami, čo sa má spraviť, aby sa pomohlo dosiahnuť ciele výstupu. Pre zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností to znamená opísanie činností a intervencií, ktoré sa majú realizovať v danom časovom období na ovplyvnenie znalostí, postojov, zručností a ostatných faktorov spájaných s cieľmi výstupu a v konečnom dôsledku so zámerom. Napríklad medzi čiastkové ciele môže patriť zvyšovanie znalostí o tom, ktoré faktory tvoria depresiu, alebo rozvíjanie zručností vyjednávania alternatív k pohlavnému styku.

Obrázok 10. Očakávaná výstupu pre tri úrovne programovania

ÚROVEŇ	ZAMERANIE	PRÍKLADY STRATÉGIÍ POŽADOVANÝCH NA DOSIAHNUTIE CIEĽOVÝCH ZÁMEROV
<p>ZÁMER Na dosiahnutie výstupov na tejto úrovni sa požaduje mnoho stratégií.</p>	<p>Zmena v zdravotnom výsledku alebo zdravotnom stave: Zníženie miery HIV, pohlavne prenášaných infekcií a tehotenstiev týnedžerov, zníženie samovrážd týnedžerov, zníženie autonehôd spôsobených jazdou pod vplyvom alkoholu, zvýšenie stravovania týnedžerov podľa štátnych nutričných zásad atď.</p>	<p>Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností ... Verejná politika a politika na úrovni školy, právne predpisy a zákonné pohnútky, kampane v masmédiách, prístup k priateľským službám a potrebným dodávkam, partnerstvá medzi školou a komunitou atď.</p>
<p>ZÁMER Na dosiahnutie výstupov na tejto úrovni sa požaduje mnoho stratégií.</p>	<p>Zmena v zdravotnom výsledku alebo zdravotnom stave: Zníženie miery HIV, pohlavne prenášaných infekcií a tehotenstiev týnedžerov, zníženie samovrážd týnedžerov, zníženie autonehôd spôsobených jazdou pod vplyvom alkoholu, zvýšenie stravovania týnedžerov podľa štátnych nutričných zásad atď.</p>	<p>Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností ... Verejná politika a politika na úrovni školy, právne predpisy a zákonné pohnútky, kampane v masmédiách, prístup k priateľským službám a potrebným dodávkam, partnerstvá medzi školou a komunitou atď.</p>
<p>CIEĽ Na dosiahnutie týchto zložitejších a širších výstupov sa požaduje mnoho stratégií.</p>	<p>Zníženie rizikového správania: Odloženie pohlavného života na neskôr; zvýšenie používania antikoncepcie; zníženie spotreby alkoholu, tabaku a ostatných drog u mladých osôb; zvýšenie stravovania vyváženými jedlami; zníženie šikany na škole atď.</p>	<p>Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností plus... Školské politiky, väzby na zdravotnícke a sociálne služby, školské prostredie podporujúce zdravie, partnerstvá medzi školou a komunitou atď.</p>

<p>ČIASTKOVÉ CIELE</p> <p>Na dosiahnutie týchto relatívne konkrétnych okamžitých výstupov sú potrebné vzdelávacie stratégie.</p>	<p>Posilnenie znalostí, postojov a zručností: Väčšie znalosti o prenose a prevencii HIV; mierové riešenia konfliktov; zložky zdravej stravy; účinky alkoholu, tabaku a ostatných drog. Posilnené postoje týkajúce sa vlastného obrazu a zníženie stigmatizácie. Zlepšené zručnosti preukázané prostredníctvom aktivít v triede v schopnostiach súvisiacich s presadzovaním, vyjednávaním, rozhodovaním a objasnením hodnôt aplikovaných na konkrétne otázky ako HIV/AIDS, násilie a požívanie alkoholu, tabaku a drog.</p>	<p>Praktická zdravotná výchova*, dobre pripravenými a podporujúcimi učiteľmi a facilitátormi.</p> <p>*Hoci čiastkové ciele sa dajú dosiahnuť aj samotnou zdravotnou výchovou založenou na rozvoji zručností, vždy je vhodnejšie posilniť ju inými stratégiami, aby sa maximalizovali výstupy – ako sú podporujúce školské politiky, školské zdravotné služby a podporujúce okolie.</p>
---	---	---

6.4. ZÍSKAVANIE PODPORY PRE VÁŠ PROGRAM

Prvým krokom pri uvádzaní programu do života je získanie podpory a zdrojov. Na získanie podpory môže byť potrebná agitácia pre program.

Tvorcovia politik potrebuju dobré dôvody na zvýšenie podpory pre akékoľvek zdravotné a vzdelávacie úsilie. Musia byť schopní zdôvodniť svoje rozhodnutia. Získavanie podpory je umenie pôsobenia na druhých, aby podporili myšlienku, zásadu alebo program.

Agitátor za zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností musí presvedčiť tvorcov školskej politiky a tých, čo rozhodujú, ako aj komunity, že úsilie vychádzajúce zo školy na podporu takejto výchovy je primerané a realizovateľné a že toto úsilie môže pomôcť dosiahnuť všeobecne podporované zábery pre mladých ľudí. Cieľom je presvedčiť tých, čo rozhodujú, aby uskutočnili kroky, ktoré sú investíciou do programov zdravia na školách a posilňujú ich. Argumenty o význame a efektívnosti zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností sa môžu použiť ako časť tohto agitačného úsilia (pozri kapitola 4 a ďalšiu časť).

Presvedčovanie ľudí môže byť ľahšie, ak sa najprv odpovie na nasledujúce dve otázky: Aké faktory spôsobujú, že jedna osoba povie áno druhej osobe? a Aké metódy vedú k dosiahnutiu tohto výsledku? I keď nemôžeme ľudí nútiť, aby mysleli alebo konali určitým spôsobom, naše predstavy a znalosti môžu formovať prostredie, v ktorom uvažujú.

Napríklad, nasledujúcich šesť zásad presvedčovania môže spôsobiť, že človek chce povedať áno druhému človeku:

- Oddanosť a dôslednosť: Dokonca aj malé činy dokážu získať oddanosť, a keď sa ľudia zaviazú, tak majú tendenciu správať sa spôsobom, ktorý je v súlade s ich záväzkom.
- Spoločenský dôkaz: Ľudia často používajú informácie o správaní ostatných pre svoje rozhodnutie o tom, čo robiť.
- Nedostatok: Ľudia budú skôr konať, ak príležitosť tak urobiť existuje len raz a nečinnosť sa spája so stratou.
- Opätovanie: Ľudia sa zvyčajne snažia vrátiť vo vecnej podobe to, čo dal druhý.

- Autorita: Ľudia s titulmi a významnými znalosťami dokážu dosiahnuť veľký vplyv.
- Mať rád: Ľudia radšej hovoria áno na žiadosti od tých, ktorých poznajú alebo majú radi. (Cialdini, 1993)

Uplatňovanie týchto zásad na získavanie podpory pre zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností vyžaduje, aby agitátor odovzdal publiku posolstvo. Je dôležité zistiť, či a na akej úrovni publikum rozumie problematike a či si s tým dokáže nejako poradiť. Efektívne posolstvá publiku majú niektoré spoločné vlastnosti: Sú jednoduché, zdôrazňujú tri kľúčové body a akcie, ktoré chce predkladateľ sprostredkovať. Fakty vyvažujú emóciami a ľudskými príbehmi. Vyhýbajú sa žargónu a zložitým údajom a používajú konkrétne príklady, analógie, metafory, vtipné poznámky, živý jazyk a obrazy, s ktorými sa publikum dokáže ľahko identifikovať (Vince Whitman, 2001).

Dodatok 2 uvádza odkazy na príručky, ktoré môžu byť pri príprave úsilia na získavanie podpory užitočné.

Pri získavanie podpory pre zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností a životných zručností nie je vždy jasné, ktoré argumenty alebo prístupy najlepšie fungujú pri ktorom publiku. To, čo sa zdá hneď samozrejmé alebo čo najlepšie oslovuje koncepcných pracovníkov z oblasti zdravotníctva a vzdelávania, nemusí byť v prípade druhých najpresvedčivejším argumentom. Napríklad, policajný veliteľ v areáli vysokej školy v USA uvádzal, že vedenie školy neprimárne konal, keď ich konfrontoval so štatistikou uvádzajúcou vysoký výskyt pitia, vandalizmu, sexuálnych útokov a súvisiacich autonehôd medzi študentmi. Zmenu spôsobila správa veliteľa, že veľký počet študentov nedokončil štúdiá z dôvodu problémov súvisiacich s alkoholom, čo spôsobovalo univerzite hospodársku stratu (Mangrulkar at al., 2001).

Skúsenosti z praxe

Existujúce programy zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností a životných zručností v Latinskej Amerike a karibských krajinách priniesli nasledujúce kľúčové poznatky zo získavanie podpory, ktoré môžu byť užitočné pri usmerňovaní nových iniciatív:

- Silné získavanie podpory si vyžaduje jasné argumenty a jasné pochopenie prístupu postavenom na životných zručnostiach prispôbolených konkrétnemu publiku a prostrediu.
- Údaje o miestnych potrebách ako aj o situácii detí a adolescentov (napr. z demografických prieskumov zdravia) môžu predstavovať silný základ pre získavanie podpory a môžu byť rozhodujúce pre určenie cieľov programu.
- Buy-in a zapojenie miestnych poskytovateľov programov od počiatočnej etapy hodnotenia potrieb je kľúčom k účinnosti a udržateľnosti programu.
- Samotní poskytovatelia programov majú zdravotné potreby, ktoré treba pri realizácii programu zohľadniť a ktoré sa dajú potenciálne riešiť prostredníctvom programov životných zručností.
- Zdravotná výchova založená na rozvoji zručností môže slúžiť ako zjednocujúci rámec pre mnohé konkurujúce si a duplicitné zdravotné programy pre adolescentov v danom prostredí.
- Na regionálnej alebo štátnej úrovni je pri vypracovaní učebného plánu, ktorý môže obsahovať prispôbenie častí existujúceho učebného plánu alebo vypracovanie nového učebného plánu, potrebná podpora a technická pomoc .
- Pre dosiahnutie udržateľnosti je rozhodujúce plánovanie všetkých etáp od hodnotenia potrieb po inštitucionalizáciu programu.

6.5. HODNOTENIE ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY ZALOŽENEJ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ

Od samotného počiatku a počas celého programu je dôležité nezabúdať na hodnotenie. Keď na samotnom začiatku hodnotíte potreby (uskutočňujete analýzu situácie), stanovujete ciele a plánujete aktivity (vypracúvate akčný plán), vytvárate základy pre hodnotenie. Súčasne potrebujete formálny plán hodnotenia, aby ste sledovali pokrok a potrebujete mať istotu, že vaša forma hodnotenia sa dá realizovať.

Komplexné formy hodnotenia obsahujú hodnotenie procesu ako aj hodnotenie výstupu. Počas realizácie monitoruje proces hodnotenia pokrok a poskytuje spätnú väzbu, takže svoj program môžete podľa potreby upraviť alebo opraviť. Hodnotenie výstupu hodnotí výsledky a dopad intervencií a určuje, či a do akej miery boli intervencie efektívne pri dosahovaní očakávaných cieľov. Cyklus potom znova začína s otázkou, čo je žiaduce ešte zmeniť alebo zachovať ako nový cieľ.

6.5.1. HODNOTENIE PROCESU

Hodnotenie procesu odpovedá skôr na otázky, ako sa program uskutočňoval, než čo program ako taký dosiahol, a monitoruje, či sa program vykonával podľa plánu. Dve dôležité dimenzie sú pokrytie a kvalita programu. Pokrytie hodnotí mieru, v akej sa program skutočne dostal k plánovanému publiku. Kvalita sa týka primeranosti odbornej prípravy a spokojnosti zainteresovaných s odbornou prípravou a realizáciou programu. Zabezpečenie kvality by však išť oveľa ďalej. Hodnotenie procesu môže obsahovať formujúce hodnotenie učebných materiálov a hodín. Takto môžeme zistiť, ako sa dá program a jeho výstupy zlepšiť. Hodnotenie procesu môže tiež monitorovať zmeny v prechodných faktoroch, akú sú vzory komunikácie, vzťahy, zdroje informácií, sociálne normy a normy medzi rovesníkmi, zmeny u poskytovateľov programu a zmeny v súvislosti s komunitou, rodinou, rodičmi alebo školou.

Hodnotenie procesu je dôležité na zabezpečenie rovnakej realizácie vo všetkých lokalitách programu a na získanie dôkazu, že sa dá spraviť skutočná súvislosť medzi pozorovanými výstupmi a intervenciami a nie nejakými inými vplyvmi. Obrázok 11 uvádza vzorky ukazovateľov procesu na úrovni programu.

Obrázok 11. Výberové oblasti zisťovania pre hodnotenie procesu

Pokrytie: Oslovilo sa plánované publikum? Kto sa neoslovil?

- Ponúka sa program vo všetkých plánovaných prostrediach? Napríklad na školách?
- % škôl, ktoré ponúkajú formálne i neformálne programy
- Oslovuje program plánované publikum facilitátorov/učiteľov?
- % vyškolených učiteľov/facilitátorov
- Oslovuje program plánované publikum detí a mladých ľudí?
- % dievčat/chlapcov (vidiek/mesto; etnické skupiny, iní...)

Kvalita: Realizujú facilitátori/učitelia program podľa noriem kvality?

Možné normy kvality programu

- Rieši program relevantné zdravotné a sociálne problémy?
- Existujú ciele pre ovplyvňovanie správania?
- Existuje zmes znalostí, postojov a zručností?
- Používajú sa participatívne metódy výučby a učenia sa?
- Je program orientovaný na účastníka a je rodovo citlivý?
- Existujú politiky na podporu programu (napr. príprava učiteľov, podpora počas priebehu a trvalá podpora)?
- Existujú súvisiace podporné služby dostupné pre publikum/účastníkov?

- Konzultujú sa zainteresovaní? Sú zapojení?
- Školia sa na tento účel facilitátori/učitelia?
- Dostávajú v realizačnej fáze facilitátori/učitelia podporu?
- Sú facilitátori/učitelia spokojní s realizáciou programu?
- Sú účastníci spokojní s realizáciou programu?
- Má program dostatočné trvanie na dosiahnutie plánovaných cieľov?
- Využívajú sa relevantné vzdelávacie materiály (presné, rodovo citlivé, premerané veku, dostupné, s primeraným jazykom, trvanlivé ...)?
- Je program postavený na relevantných, aktuálnych, presných informáciách a metódach?
- Je vytvorené monitorovanie a hodnotenie dopadu programu a jeho procesu?
- Koľko program stojí?

Odporúča sa pokračovať s určitým stupňom hodnotenia alebo monitorovania procesu počas celej doby programu, dokonca aj po začlenení do bežného vyučovania, aby ste mohli zhodnotiť, či je aktuálny, či nie sú po čase potrebné zmeny a či sa v priebehu času udržala kvalita programu.

6.5.2. HODNOTENIE VÝSTUPU³⁴

Hodnotenie výstupu hodnotí, či program dosiahol svoje ciele a či to, čo sa spravilo, prinieslo zmenu, najmä z hľadiska vplyvu na zacielené správanie, podmienky,

³⁴Výraz „dopad“ a „výstup“ niekedy označujú krátkodobé a dlhodobé zmeny. V tomto materiáli výraz „výstup“ obsahuje oba významy.

a znalosti, postoje a zručnosti, ktoré ich majú ovplyvniť. Hodnotenie výstupu sa vykonáva, aby sa určil akýkoľvek dopad alebo zmeny, ktoré intervencia v priebehu času vyvolala. Prvé kroky začínajú dlho pred intervenciou. Obsahujú vytvorenie určitej východiskovej hodnoty alebo referenčnej hodnoty pre porovnanie a majú pokračovať aj dlho po realizácii.

Tento druh hodnotenia musí byť pomerne podrobný, rigorózný a vedecký. Jeho snahou je hodnotiť veľkosť účinku alebo zmeny, často aby sa „dokázalo“, že uplatňované stratégie skutočne fungujú. Programy, ktoré už dokázali svoju účinnosť pri dosahovaní plánovaných zručností alebo správania, nepotrebujú pri každej svojej realizácii podrobné hodnotenie výstupu. Tam, kde môžu byť také zdroje ako čas, pracovníci a rozpočet na hodnotenie obmedzené, môže postačovať a je reálnejšie uskutočniť hodnotenie procesu a nie výstupu. Navrhovatelia programov sa pričasto ponáhľajú študovať dopad na mládež bez toho, aby úplne porozumeli, či a ako dobre sa uskutočnili intervencie. Avšak skôr, ako sa pokúsi prejsť k rozšíreniu, je podstatné určiť účinnosť, a informácie z hodnotenia procesu môžu byť mimoriadne užitočné pri identifikovaní možných prekážok pre zopakovanie intervencií na inom mieste alebo vo väčšom rozsahu.

Otázky pri hodnotení výstupu obsahujú:

- Do akej miery sa dosiahli ciele?
- Do akej miery sa ovplyvnili znalosti, postoje, zručnosti a správanie študentov a pracovníkov?
- Ktoré konkrétne intervencie alebo komponenty vášho programu sa osvedčili najlepšie? Ktoré prvky sa neosvedčili?

Ukazovatele výstupu, ktoré sa zvolia pre program, závisia od očakávaných výsledkov programu. Očakáva sa, že zdravotná výchova založená na rozvoji zručností, ktorá sa dobre realizuje, ovplyvní zmeny v správaní a podmienkach a súvisiacich znalostiach, postojoch, presvedčeniach a zručnostiach.

Dopad zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností sa dá hodnotiť na rôznych úrovniach a je nevyhnutné, aby očakávania stanovené pre program boli v primeranom súlade s použitými

stratégiami. Keď sa zdravotná výchova založená na rozvoji zručností realizuje samostatne, je veľmi pravdepodobné, že sa dosiahnu výsledky na prvej úrovni (okamžite); avšak keď sa realizuje s rastúcim počtom koordinovaných stratégií, možno očakávať výstupy na úrovni 2 (strednodobé) a 3 (dlhšia doba). Ide o tieto tri úrovne:

1. Okamžité výstupy: rozvoj znalostí, postojov a zručností. Táto úroveň predstavuje hlavný záujem facilitátorov alebo učiteľov v triede, i keď budú mať záujem aj o strednodobé výstupy súvisiace so správaním a podmienkami, ktoré sa majú ovplyvniť.
2. Strednodobé výstupy: zmeny alebo zachovanie cieľového správania a podmienok, ktoré budú mať dopad na ciele. Táto úroveň predstavuje hlavný záujem koordinátorov alebo manažérov zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností, hoci títo majú záujem aj o okamžité výstupy.
3. Dlhodobejšie výstupy: dosiahnutie cieľov programu, zmien v zdravotnom stave alebo spoločenských výstupov. Táto úroveň predstavuje hlavný záujem vládnych navrhovateľov politik a rozhodovacích subjektov, hoci títo majú záujem aj o strednodobé a okamžité výstupy.

Obrázok 12 uvádza príklad otázok na všetkých troch úrovniach.

Obrázok 12. Výberové oblasti pre kladenie otázok na všetkých troch úrovniach výstupov v súvislosti s prevenciou HIV/AIDS/pohlavne prenášaných infekcií

ÚROVEŇ HODNOTENIA	VÝSTUPY
<p>Úroveň 1. Okamžité výstupy: znalosti, postoje a zručnosti (úroveň hodiny alebo triedy)</p> <p>- Hodnotenú facilitátorom/učiteľom keď sa vzdelávacie aktivity skončili alebo rýchlo po nich.</p> <p>*Výraz „postoje“ sa tu používa na obsiahnutie širokej škály presvedčení; pocitov o sebe (napr. sebadôveru) a o ostatných (napr. diskriminácia); hodnôt; myšlienok; a sociálnych, náboženských a kultúrnych zásad a etiky.</p>	<p>Znalosti z učenia sa: Naučili sa študenti, že...</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIV je vírus, ktorý niektorí ľudia dostali? • HIV sa ťažko chytí a nedá sa prenášať bežným kontaktom? • ľudia môžu byť nakazení infekciou HIV roky bez toho, aby vykazovali príznaky tejto infekcie? <p>Naučili sa ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ako sa HIV prenáša a ako sa neprenáša? • rozdiel medzi HIV a AIDS? • ktoré správanie vystavuje osoby zvýšenému riziku nakazenia sa infekciou HIV? • aké preventívne opatrenia môžu znížiť riziko HIV, pohlavne prenášaných infekcií, a neželaných tehotenstiev? • ako získať testy a poradenstvo na určenie stavu HIV? <p>Postoje:* Preukazujú študenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • akceptáciu ľudí s HIV a AIDS nie strach z nich? • pochopenie rodových úloh a sexuálnych rozdielov? • empatiu s ostatnými? • pochopenie povinnosti v súvislosti so sebou

a ostatnými?

- oddanosť stanoveniu etických, morálnych noriem a noriem správania pre nich?
- pozitívny obraz o sebe definovaním pozitívnych vlastností a pozitívnym akceptovaním osobných telesných zmien, ktoré prichádzajú počas puberty?
- ochotu prevziať zodpovednosť za svoje vlastné správanie?
- porozumenie toho, ako hodnoty ich rodiny podporujú správanie alebo presvedčenie, ktoré môžu zabrániť infekcii HIV?
- starosť o sociálne otázky a ich význam pre spoločenské, kultúrne, rodinné a osobné ideály?
- pochopenie rozdielov v morálnych kódexoch v ich spoločnosti?
- realistické vnímanie rizika?
- podporu rovesníkov, súrodencov a členov rodiny k účasti na prevenčných aktivitách HIV?
- porozumenie toho, ako hodnoty ich rodiny podporujú správanie alebo presvedčenie, ktoré môžu zabrániť infekcii HIV?
- starosť o sociálne otázky a ich význam pre spoločenské, kultúrne, rodinné a osobné ideály?
- pochopenie rozdielov v morálnych kódexoch v ich spoločnosti?
- realistické vnímanie rizika?
- podporu rovesníkov, súrodencov a členov rodiny k účasti na prevenčných aktivitách HIV?

Zručnosti*:

Sú študenti presvedčení, že dokážu ...

*Výraz „zručnosti“ sa tu používa ako odkaz na životné zručnosti, psychosociálne a interpersonálne zručnosti, ktoré sa dajú uplatňovať na prevenciu AIDS a súvisiace otázky. Tieto zručnosti sú dôležité, pretože ak sa podporujú komplexným spôsobom, napomáhajú zmenu správania a môžu k nej viesť.

- nadobudnúť praktické a pozitívne metódy zaobchádzania s emóciami a stresom?
- aktívne vyhľadávať informácie a služby súvisiace so službami reprodukčného a pohlavného zdravia a požívania pohlavne prenášaných infekčných látok, ktoré sú relevantné pre ich zdravie a pohodu vrátane identifikovania zodpovedného dospelého alebo rovesníka?
- využitie zručností kritického myslenia na analyzovanie zložitých situácií, ktoré si vyžadujú rozhodnutie z radu možností?
- využitie zručností potrebných na riešenie problémov na identifikovanie radu rozhodnutí a ich dôsledkov vo vzťahu k zdravotným otázkam, s ktorými sa stretávajú mladí ľudia?
- diskutovať sexuálne správanie a ostatné osobné otázky s dôverou a pozitívnou sebaúctou?
- komunikovať jasne a účinne želanie odložiť začiatok pohlavného styku (napr. vyjednávanie, asertivita)?
- hodnotiť riziko a vyjednávať menej rizikové

	<p>alternatívy?</p> <ul style="list-style-type: none"> • správne používať zdravotné výrobky (napr. prezervatívy)? <p>(Príklady v tejto časti sú prevzaté z SZO, 1999, str. 19-21.)</p>
<p>Úroveň 2 Strednodobé výstupy: Úroveň správania sa</p> <p>- Hodnotené krátko po intervencii.</p> <p>- Predpokladá sa, že dosiahnutie výstupov úrovne 1 povedie k výsledkom na tejto úrovni.</p> <p>Úroveň 3. Dlhodobé výstupy: Dlhodobé zdravotné a spoločenské výstupy na úrovni epidemiológie spoločenského zdravia.</p>	<p>Výstupy v správaní sa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Používal sa pri poslednom pohlavnom styku prezervatív? • Znížil sa počet sexuálnych partnerov? • Zvyšuje sa vek pri prvom pohlavnom styku? (Predstavuje partner malé riziko? Aký je vekový rozdiel medzi partnermi?) • Znižuje sa intravenózne podávanie drog? • Čistí väčší počet užívateľov drog vnútrožilovým spôsobom ihly? • Používa menší počet užívateľov drog vnútrožilovým spôsobom spoločné ihly? • Zaobchádza sa s účastníkmi (a ostatnými) postihnutými HIV/AIDS rovnako ako s ostatnými? • Prechádza viac ohrozených tehotných dievčat/mladých žien prednatálnymi testami a liečbou? <p>Zdravotné a spoločenské výstupy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Znižuje sa výskyt pohlavne prenášaných infekcií? (Skracuje sa priemerné trvanie pohlavne prenášanej infekcie? Zvýšil sa prístup k zdravotným službám/je skôr)? • Zvyšuje sa vek prvého tehotenstva? • Zvyšuje sa vek pri vstupe do prvého manželstva? • Klesá počet osôb infikovaných HIV? • Sú osoby postihnuté HIV/AIDS zdravšie? Žijú dlhšie ako predtým? • Zlepšuje sa duševné zdravie (napr. sebaúcta, sebadôvera, výhľad, spolupatričnosť/pocit príslušnosti ku komunite)? • Znižuje sa drogová závislosť? • Zostáva viac detí postihnutých HIV/AIDS v škole?

Nasledujúca prípadová štúdia ukazuje spoločnú prac a nedostatky foriem hodnotenia.

<p>PRÍPADOVÁ ŠTÚDIA</p> <p>Hodnotenie výstupu v dvanástich štúdiách hodnotenia zdravia na školách uskutočnených v Európe sa vyjadrovalo v mierach správania, znalostí a postojov. V ostatných rokoch viac štúdií obsahovalo meranie normatívnych presvedčení (spoločenský vplyv), očakávaní vlastnej účinnosti a očakávaní týkajúcich sa budúceho výkonu (úmysel). Väčšina hodnotení používala údaje poskytnuté respondentmi (dotazníky). Fyzické vyšetrenia a biomedicínske miery sa použili ako kontrola spoľahlivosti týchto údajov uvádzaných respondentmi. Väčšina intervencií, na ktoré sa tieto merania vzťahovali, sa zameriavala na stredoškolských</p>

študentov a všetky mali formu aktivít v triede, niekedy v kombinácii so zapojením rodičov alebo intervenciami komunity. Skúmané zdravotné otázky obsahovali fajčenie, požívanie drog, obezitu, zdravie chrupu, AIDS a všeobecné zdravie. Väčšina programov dosiahla zmeny vo vedomostiach a niekoľko behaviorálnych účinkov, ale dlhodobé účinky sa nehodnotili alebo vo väčšine štúdií sa nedali nájsť. Analýza týchto štúdií naznačuje, že hodnotenie by sa mohlo skvalitniť vypracovaním rigoróznejšej formy hodnotenia; zvýšením počtu subjektov v štúdiách; vrátane nástrojov hodnotenia dlhodobého výstupu ako sú behaviourálne miery; vytvorenie jasných postupov merania a zaručením zapracovania procesných mier, ako je monitorovanie faktorov v triede a posúdenie, či sa program realizoval tak, ako sa zamýšľalo.

(Z Peters, L. & Paulussen, T. (1994). *School health - a review of the effectiveness of health education and health promotion.*/Zdravie na školách – posúdenie účinnosti zdravotnej výchovy a podpory zdravia./ Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education. Podľa citácie Hubleyho, J. (2000). *School Health Promotion in Developing Countries: A literature review.* Leeds, UK: John Hubley.)

Ďalšie informácie o forme hodnotenia pozri dodatok 2.

6.5.3. HODNOTENIE ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY ZALOŽENEJ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ A ŽIVOTNÝCH ZRUČNOSTÍ

Táto časť ilustruje, že hodnotenie zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností môže byť normálnou súčasťou vzdelávacích systémov a že životné zručnosti sa dajú hodnotiť v triede.

Predchádzajúca časť sa zameriavala na meranie výstupov v správaní ako na výstup alebo výsledok programov v priebehu času. Takéto rozsiahle prieskumy môžu byť užitočné na meranie strednodobých výstupov na školách, v regiónoch alebo štátoch. Iné úrovne merania však môžu ponúknuť väčšiu podrobnosť. V školskom prostredí je hodnotenie pravidelnou súčasťou sledovania pokroku študenta počas jeho vzdelávacím systémom a mnohé metódy používané na úrovni triedy môžu dopĺňať rozsiahle prieskumy. Presne tak, ako sa dá na základe kritérií hodnotiť zručnosť skoku do výšky na hodinách telesnej výchovy alebo obväzovania na hodinách prvej pomoci, tak sa dajú hodnotiť životné zručnosti ako sú asertivita, vyjednávanie alebo spolupráca. Okrem toho, zladenie podrobnej úrovne spätnej väzby o znalostiach, postojoch a zručnostiach s údajmi o vzoroch správania sa umožňuje lepšie pochopiť, ktoré aspekty programu sa osvedčujú a ktoré by sa mohli zdokonaľiť.

Trieda je ideálne prostredie pre zdravotnú výchovu založenú na rozvoji zručností vrátane životných zručností. Poskytuje relatívne bezpečné prostredie, v ktorom sa môže preskúmať, pozorovať a hodnotiť uplatňovanie informácií a rozvoj postojov a zručností použitím hrania rolí, diskusií, simulácií a iných cvičení.

HODNOTENIE POMOCOU PAPIERA A CERUZKY

Znalosti, postoje a zručnosti sa dajú robiť sebahodnotením (rovesníkmi alebo študentmi) alebo ich môžu hodnotiť učitelia, ostatní facilitátori, rodičia a ostatní členovia komunity. Hodnotenie pomocou papiera a ceruzky si vyžaduje pracovné listy, testy, kvízy a domáce úlohy. Môžu obsahovať položky núteného výberu ako:

- výber z viacerých možností
- zosúladenie
- alternatívny výber
- pravdivý-falošný
- viacnásobné odpovede
- vyplnenie prázdnych miest

- stupnice
(z UNICEF/CARICOM, 2001.)

Odpovede podľa poradia alebo odpovede podľa núteného výberu vyžadujú, aby študent zoradil výpovede, alebo si ich vybral podľa prítlačivosti alebo nejakej inej priority. Jedno zo zadaní môže vyžadovať jednoduché usporiadanie od vysokého po nízke (napr. Nakoľko je pre Vás dôležité, aby bolo na škole vôbec neboli drog?) Stupnica vyžaduje od študentov, aby si na stupnici vybrali bod, ktorý zodpovedá odpovedi študenta na otázku. Študenta môžu požiadať, aby na otázku odpovedal áno alebo nie (dvojbodová stupnica), alebo aby vyznačil stupeň súhlasu (päťbodová stupnica). (Od Annette Wiltshireovej pre Trainer of Trainers Workshop Facilitators Programme, projekt CARICOM HFLE, máj 2000.)

Formalizované hodnotenia pomocou papiera a ceruzky obsahujú Social Skills Rating System – Systém hodnotenia sociálnych zručností (SSRS) (Gresham a Elliot, 1990), čo je jedna z mnohých rôznych hodnotiacich stupníc, ktoré sa používajú na hodnotenie sociálnych zručností študentov vrátane spolupráce, asertivity, empatie a sebakontroly, sebahodnotením ako aj pomocou učiteľov a rodičov. Spoločenské a emocionálne prispôsobenie sa dá merať pomocou rôznych stupníc vrátane prieskumu adaptačných úloh stredných škôl (Elias et al., 1992). Tento prieskum sa pýta učiteľov, rodičov a študentov na prispôsobenie na strednej škole (v Spojených štátoch zvyčajne vo veku od 10 do 14 rokov). Ďalšia stupnica je profil sebavnímania pre deti, ktorý meria vnímanie osobnej spôsobilosti deťmi (Harter, 1985). V oblasti prevencie násillia sa pomocou viacerých mier udávaných respondentom hodnotia postoje adolescentov k násilliu a ich znalosti o ňom. Napríklad stupnica presvedčení podporujúcich agresiu (Slaby & Guerra, 1988) meria normatívne presvedčenia o agresii a stupnica postojov ku konfliktu (Lam, 1989) meria, aké majú mladí ľudia pocity z rôznych metód riešenia konfliktov.

Okrem hodnotenia núteným výberom môže hodnotenie pomocou papiera a ceruzky obsahovať aj eseje alebo krátke písomné odpovede. Prostredníctvom esejí študenti dávajú do súvislosti to, čo vedia o obsahu, a svoju schopnosť myslieť a zdôvodňovať preukazujú argumentáciou, úsudkami alebo riešením problémov. Eseje sú tiež užitočné pre hodnotenie sily a zrozumiteľnosti zručností potrebných pre písomnú komunikáciu. Krátke písomné odpovede sú ako minieseje, v ktorých študenti odpovedajú na otázky ako „Opíšte jednu alebo dvomi vetami...“ alebo „Stručne odpovedajte na nasledujúce...“ Odpovede sa používajú na hodnotenie študentovho pochopenia obsahu a do určitej miery poskytujú pohľad do schopnosti uvažovať a zdôvodňovať (UNICEF/CARICOM, 2001).

ALTERNATÍVNE METÓDY HODNOTENIA

Pri hodnotení emočných domén, ako sú city, postoje, presvedčenia a hodnoty alebo zručnosti ako asertivita, zručnosť odmietnuť, centrum kontroly, rozhodovanie a riešenie problémov nie sú metódy využívajúce papier a pero vždy vhodné. Medzi tvorivé spôsoby hodnotenia zručností patrí rad navzájom spolupracujúcich metód, ako je spätná väzba o výkone od rovesníkov, skupinové hodnotenie demonštrácie alebo hrania role ba základe dopredu určených kritérií alebo komunitné projekty alebo zácvik.

V niektorých prípadoch, najmä pri hodnotení zručností, ktoré sa pre svoj charakter najlepšie chápu, ak sa demonštrujú, môže byť vhodný mnohostranný systém hodnotenia zložený z radu hodnotiacich metód. Do mnohostranného hodnotenia môže patriť:

- výstavy
- výkon v laboratóriu
- eseje
- časopisy
- časti s krátkymi odpoveďami
- časti s výberom z viacerých možností

- projekty
- portfólia
- pohovory
- referáty
- mapovanie chápania
- systematické pozorovanie
- dlhodobé vyšetovanie
- manipulatívne zručnosti

(Z VISMT-Vermont Institute of Science, Matematika a technika, citované v UNICEF/CARICOM, 2001.)

Ďalej stručne opisujeme niektoré alternatívne metódy hodnotenia, ktoré kombinovali výstupy okolo znalostí, postojov a zručností.

Pozorovanie – Učítelia priamo pozorujú každý deň svojich študentov v rôznych prostrediach vo všetkých typoch podmienok. Pozorovanie umožňuje na mieste okamžite hodnotiť také správanie, ako je spolupráca. Každodenné pozorovanie (napr. učiteľský denník) počas dlhšieho obdobia umožňuje získať bezprostrednejšie, spoľahlivejšie referencie o vzoroch správania než údaje z jediného spracovania písomného materiálu; je to však časovo náročnejšie. Pozorovanie poskytuje najkonzistentnejšie hodnotenia v prípadoch, kde ho dopĺňajú kontrolné zoznamy vychádzajúce z noriem či kritérií alebo spätná väzba v písomnej podobe.

Pohovor – Neformálne pohovory sú obmenou pozorovania učiteľom. Učiteľ sa pýta študenta rad zisťovacích otázok, aby zhodnotil, čo študent vie, čomu rozumie a aké má študent pocity a správanie v súvislosti s relevantnými zdravotnými problémami. Pre toto priame osobné stretnutie musí mať učiteľ starostlivo vypracovaný dotazník či už v štruktúrovanej alebo neštruktúrovanej podobe. Skúsenosti ukazujú, že pri spracúvaní citlivého obsahu ako je sexuálne správanie, užívanie drog alebo iné rizikové správanie, uskutoční efektívnejší pohovor skôr niekto z prostredia mimo školy než riadny učiteľ. Osoba uskutočňujúca pohovor musí zaručiť, že s odpoveďami sa bude zaobchádzať dôverne.

Pozorovanie rovesníkmi – Študenti sa môžu naučiť pozorovať a dávať spätnú väzbu spolužiakom pri prezentácii alebo zapájaní sa do hrania rolí alebo pri diskusiách. Rovesnícki pozorovatelia musia vedieť, čo sa od nich ako pozorovateľov očakáva a čo sa očakáva od študentov, ktorých pozorujú.

Samohodnotenie študenta – Toto hodnotenie je priamo od študenta. Pri procese vlastného hodnotenia sa študenti zamýšľajú nad svojou prácou a vytvárajú nové ciele učenia sa.

Ústna prezentácia a správy - Študenti si prostredníctvom ústnych prezentácií usporiadajú svoje vedomosti o obsahu a preukážu svoju schopnosť myslieť a zdôvodňovať. Táto forma umožňuje študentom preukázať rôzne aspekty svojich komunikačných zručností. Do určitej miery možno považovať hry, paródie, hranie rolí, prednášky a debaty za variácie ústnych prezentácií a správ.

Portfólio - Portfólio je zbierkou alebo výkladnou skriňou príkladov najlepšej práce človeka v konkrétnej oblasti. Portfólia majú tú výhodu, že obsahujú práce (produkty) študentov za určité časové obdobie ako aj ich úvahy (proces) o realizovaní práce. Portfólia môžu poskytnúť dôkaz o náraste znalostí a zručností študentov a môžu dokumentovať ich pokrok ako učiacich sa.

Nevtieravé metódy – Ide o súvisiacu pozorovaciu metódu, ktorá môže obsahovať prieskum školských záznamov, knižničných výpožičiek, záznamov o dochádzke, zošitov študentov a fyzické dôkazy ako dobrovoľné rozsadenie. Od učiteľa vyžaduje vynaliezavosť a tvorivosť.

(Z UNICEF/CARICOM, 2001, a z Annette Wiltshireovej pre Trainer of Trainers Workshop Facilitators Programme, projekt CARICOM HFLE, máj 2000.)

DODATOK 1: MATERIÁLY V INFORMAČNÝCH EDÍCIÁCH SZO O ZDRAVÍ NA ŠKOLÁCH

Nasledujúce dokumenty sa dajú stiahnuť alebo objednať u World Health Organisation – Svetovej zdravotníckej organizácii, Department of Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion – Odbor prevencie neinfekčných chorôb a podpory zdravia, 20 Avenue Appia, 1211 Ženeva 27, Švajčiarsko, tel. +41-22-791-2582 alebo 3581; online na <http://www.who.int/school-youth-health/>

Local Action: Creating Health-Promoting Schools, WHO/SCHOOL/98.7, vydané v roku 2000 ako spoločná publikácia SZO, UNESCO, a EDC, pomáha osobám, ktoré pracujú na miestnej úrovni plánovať, realizovať a vyhodnocovať úsilie o zlepšenie zdravia prostredníctvom škôl. Poskytuje praktické usmernenia, nástroje a tipy zo škôl na celom svete. Uvádza návrhy, ako môžu školské správy, učitelia, študenti, rodičia a členovia komunity spolupracovať na realizácii štyroch komponentov účinného programu zdravia na školách: (1) školské zdravotné politiky; (2) zdravotne neškodná voda a sanitárna vybavenosť ako prvý krok vo vytváraní zdravého školského prostredia, (3) zdravotná výchova založená na rozvoji zručností a (4) školské zdravotnícke služby a služby zdravej výživy, ako k tomu vyzýva SZO, UNICEF, UNESCO a Svetová banka v svojej spoločnej iniciatíve Zacielenie zdrojov na účinné zabezpečenie zdravia na školách (FRESH).

Preventing HIV/AIDS/STI and Related Discrimination: An important responsibility of a Health-Promoting School, WHO/SCHOOL/98.6, vydané v roku 1999 ako spoločná publikácia SZO, UNESCO, UNAIDS, a Education International na pomoc pri agitácii pre prevenciu HIV/AIDS/pohlavne prenášaných infekcií a pri jej realizácii prostredníctvom škôl. Opisuje silné argumenty v prospech riešenia prevencie HIV/AIDS/pohlavne prenášaných infekcií prostredníctvom škôl; koncepcie a charakteristiky škôl podporujúcich zdravie; a konkrétne spôsoby, akými môžu školy využiť svoju celú organizačnú kapacitu na prevenciu infekcie HIV. Dokument opisuje, ako každá zo štyroch zložiek FRESH-u sa dá využiť na prevenciu HIV/AIDS/pohlavne prenášaných infekcií.

Tobacco Use Prevention: An important responsibility of a Health-Promoting school, WHO/SCHOOL/98.5, spoločne vydané SZO, UNESCO, a Education International v roku 1999 na pomoc pri agitácii pre úsilie zamerané na prevenciu požívania tabaku prostredníctvom škôl a jej realizáciu. Opisuje silné argumenty v prospech riešenia prevencie užívania tabaku prostredníctvom škôl; koncepcie a charakteristiky škôl podporujúcich zdravie; a konkrétne spôsoby, akými môžu školy využiť svoju celú organizačnú kapacitu na prevenciu požívania tabaku. Dokument opisuje, ako každý zo štyroch komponentov FRESH-u sa dá využiť na prevenciu požívania tabaku.

Violence Prevention: An important element of a Health-Promoting School, WHO/School/98.3, spoločne vydané SZO, UNESCO, a Education International v roku 1999 na pomoc pri agitácii pre úsilie zamerané na prevenciu násillia prostredníctvom škôl a jej realizáciu. Opisuje silné argumenty v prospech iniciovania úsillia na riešenie násillia prostredníctvom škôl; koncepcie a charakteristiky škôl podporujúcich zdravie; a konkrétne spôsoby, akými môžu školy využiť svoju celú organizačnú kapacitu na prevenciu násillia.

Violence Prevention: An important element of a Health-Promoting School, WHO/SCHOOL/98.4, spoločne vydané SZO, FAO a Education International v roku 1998 na pomoc pri agitácii pre úsilie zamerané na podporu zdravej výživy prostredníctvom škôl a jej realizáciu. Opisuje silné argumenty v prospech iniciovania úsillia na riešenie výživy a zdravého stravovacieho správania; koncepcie a charakteristiky škôl podporujúcich zdravie; a konkrétne spôsoby, akými môžu školy využiť svoju organizačnú kapacitu na zlepšenie výživy medzi mladými

ľuďmi, školským personálom a rodinami. Dokument opisuje, ako každý zo štyroch komponentov FRESH-u sa dá využiť na zlepšenie stravovacích zvykov.

Strengthening Interventions to Reduce Helminth Infections: An entry point for the development of Health-Promoting Schools, WHO/SCHOOL/96.1, vydané SZO v roku 1996 na pomoc ministerstvám zdravotníctva a školstva pri vypracúvaní politík, poskytovaní zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností, vytváraní zdravého životného okolia a poskytovaní školských zdravotníckych služieb, ktoré znižujú výskyt helmintových infekcií medzi študentmi, v ich rodinách a v komunite. Dokument opisuje, ako každý zo štyroch komponentov FRESH-u sa dá využiť na prevenciu helmintových nákaz.

Creating an Environment for Emotional and Social Well-being: An important responsibility of a Health-Promoting and Child Friendly School, spoločne vydá v roku 2003 SZO a UNICEF na pomoc školským pracovníkom vyhodnotiť rozsah, v ktorom ich školské prostredie podporuje emocionálnu a sociálnu pohodu. Tento materiál obsahuje kontrolný zoznam a pokyny k bodovaniu, aby pomohol školským pracovníkom identifikovať tie charakteristiky okolitého prostredia, ktoré podporujú emocionálnu a spoločenskú pohodu medzi študentmi a pracovníkmi školy. Dokument pomáha školským pracovníkom určiť rozsah, v ktorom tieto vlastnosti existujú na ich vlastných školách.

Sun Protection: An essential element of a Health-Promoting School, WHO/NPH/02.6, spoločne vydané SZO/PHE, WHO/NPH a UNESCO-m v roku 2002 na pomoc školským pracovníkom pri hodnotení rozsahu, v ktorom ich školské prostredie informuje študentov a pracovníkov o škodlivých účinkoch slnka a umožňuje im chrániť sa pred nimi.

Alcohol Abuse Prevention: An important element of a Health-Promoting School, vydá v roku 2003 spoločne SZO/MNH a SZO/NPH na pomoc školám pri využívaní štyroch základných komponentov FRESH-u na prevenciu návyku na alkohol medzi študentmi

Active Living: An essential element of a Health-Promoting School, vydá v roku 2003 SZO na pomoc pri agitácii pre úsilie presadzovať aktívny život (fyzická aktivita, šport a rekreácia) prostredníctvom školy a pre jeho realizáciu. Opisuje silné argumenty v prospech riešenia aktívneho života; koncepcie a charakteristiky škôl podporujúcich zdravie; a konkrétne spôsoby, akými môžu školy využiť svoju celú organizačnú kapacitu na podporovanie aktívneho života medzi študentmi a pracovníkmi školy.

Model School Tobacco Control Intervention, spoločne vydá v roku 2004 SZO/NPH a SZO/TFI na pomoc školám realizovať školské programy kontroly tabaku, ktoré sa zreteľne líšia od programov tabakového priemyslu a ktoré zapájajú mládež do globálneho, štátneho a miestneho úsilia v oblasti prevencie užívania tabaku. Materiál kladie dôraz na opatrenia, ktoré môžu uskutočniť študenti na podporu rámcového dohovoru SZO o kontrole tabaku.

Creating a Health Supportive School Environment: An important responsibility of a Health-Promoting School, spoločne vydá v roku 2003 SZO/PHE a SZO/NPH na pomoc školským pracovníkom pri vytváraní bezpečného a chráneného prostredia pre študentov a školských pracovníkov a zapájajú študentov do úsilia vytvárať bezpečnejšie a zdravšie prostredie pre všetkých.

Family Life, Reproductive Health and Population Education: Important responsibilities of a Health-Promoting School, spoločne vydá v roku 2003 SZO/NPH, SZO/RHR, UNESCO a EDC na pomoc školským pracovníkom pri riešení sporov a problémov spätých s úsilím vyvíjaným školou na riešenie týchto problémov. Pomôže školským pracovníkom pracovať s členmi komunity pri rozhodovaní o najvhodnejších spôsoboch vzdelávania študentov o týchto otázkach.

DODATOK 2: ZDROJE

AGITÁCIA

Communication and Advocacy Strategies: Adolescent Reproductive and Sexual Health. Booklet 2: Advocacy and IEC Programmes and Strategies. Booklet 3: Lessons Learned and Guidelines (2001), vydané spolu s UNESCO a UNFPA, dá sa získať z UNESCO Principal Regional Office for Asia and the Pacific, P.O. Box 967, Prakanong Post Office, Bangkok 10110, Thajsko. Brožúra 2 obsahuje agitačné stratégie, ako sú vytváranie záujmu a záväzku rozhodovacích subjektov, získanie podpory rôznych sektorov a vypracovanie odporúčaní a ďalších dokumentov. Brožúra 3 sumarizuje získané poučenia pre agitáciu a komunikáciu ako aj diskusiu o faktoroch, ktoré pomáhajú získavať podporu alebo brzdia jej získavanie.

After Cairo: A Handbook on Advocacy for Women Leaders (1994), available from the Centre for Development and Population Activities (CEDPA), 1717 Massachusetts Ave. NW, Suite 200, Washington, DC 20036, USA. Táto príručka opisuje ako plánovať a realizovať agitačné stratégie v týchto kapitolách: „Plánovanie agitácie“, „Odovzdanie vášho posolstva verejnosti“, „Vytváranie spojeníctiev“, „Získavanie podpory pre zdroje“, a „Profily agitácie“.

TBC Advocacy: A Practical Príručka (1998), WHO/TB/98.239, dá sa získať od Global Tuberculosis Programme vo Svetovej zdravotníckej organizácii, Ženeva, Švajčiarsko. Hoci je táto praktická príručka písaná z pohľadu inej témy, obsahuje užitočné informácie pre každý krok plánovania agitácie: zdokumentovanie podmienok, spracovanie posolstva, práca s médiami a mobilizovanie ostatných.

Why should we invest in adolescents, od Martha Burt (1996), vydané Pan American Health Organisation (PAHO) (1998), Washington, DC. Tento materiál, ktorý sa zameriava na Latinskú Ameriku a Karibik, zdôvodňuje význam investovania do zdravia a ostatných podporných zdrojov v živote adolescentov, aby sa posilnili budúce zdravotné výsledky a produktivita. Poskytuje rámec pre prácu s dospelými, skúma okolnosti a potreby latinskoamerickej a karibskej mládeže, diskutuje o očakávaných prínosoch z investícií do aktivít, ktoré podporujú zdravie adolescentov a ponúka odporúčania na formovanie a zacielenie investícií do adolescentov.

Communications Briefings: 101 Ways to Influence People on the Job (1998), vydal Briefings Publishing Group, 1101 King Street, Suite 110, Alexandria, VA 22314, USA. Je to praktická príručka o tom, ako ovplyvňovať ľudí. Poskytuje usmernenie o úlohe ovplyvňujúcej osoby, posolstvách a publiku a obsahuje taktiku presvedčovania ostatných najmä na pracoviskách.

Influence: The Psychology of Persuasion (1993), by Robert B. Cialdini, vydal William Morrow, New York City. Táto knižka vysvetľuje šesť psychologických zásad, ktoré vyvolávajú naše silné nutkanie poddať sa tlaku ostatných a ukazuje, ako možno využiť tieto zásady, aby pracovali v náš prospech a chránili nás pred manipuláciou.

PLÁNOVANIE A HODNOTENIE

Coming of Age: From Facts to Action for Adolescent Sexual & Reproductive Health, WHO/FRH/ADH/97.18, WHO (1997), dá sa získať od Adolescent Health & Development Programme, Family & Reproductive Health, Svetová zdravotnícka organizácia, Ženeva, Švajčiarsko. Tento manuál obsahuje kroky na plánovanie, uskutočňovanie a využívanie analýzy situácie konkrétne pre pohlavné a reprodukčné zdravie adolescentov. Kroky na uskutočnenie analýzy zahŕňajú zber existujúcich informácií; zber nových informácií; spravovanie informácií; analyzovanie zozbieraných informácií a údajov a vypracovanie záverov.

Tips for Developing Life Skills Curricula for HIV Prevention Among African Youth: A Synthesis of Emerging Lessons. Technical Paper No. 115 (2002), vydala U.S. Agency for International Development, Bureau for Africa, Office of Sustainable Development. Pre informácie alebo výťažky kontaktujte Africa Bureau Information Center, 1331 Pennsylvania Avenue NW, Suite 1425, Washington, DC 20004-1703; alebo e-mail na abic@dis.csdiie.org. Tento dokument ponúka praktické usmernenie pre ľudí, ktorí plánujú, realizujú alebo posilňujú učebné plány zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností a životných zručností pre mladých ľudí v subsaharskej Afrike. Časť I uvádza východiskové informácie pre otázky sexuality a zraniteľnosti adolescentov ako aj pre realizáciu prevencie HIV medzi mladými ľuďmi. Časť II ponúka praktické tipy na realizáciu programov životných zručností pre mladých ľudí rozdelené na „Tipy pre navrhovateľov,“ „Tipy pre tvorcov učebných plánov,“ „Tipy pre školiteľov učiteľov a vedúcich učiteľov,“ a „Tipy pre školské správy“. Časť III je bibliografiou preštudovaných materiálov a príloha A obsahuje zoznam príkladov učebných plánov pre životné zručnosti a kontaktné informácie.

Getting to Scale in Young Adult Reproductive Health Programmes (2000), vydal FOCUS on Young Adults, dá sa získať prostredníctvom Pathfinder International, 9 Galen Street, Watertown, MA 02472, telefón: 1-617-924-7200; fax: 1-617-924-2833; <http://www.pathfind.org/focus.htm>. Tento dokument opisuje štyri modely rozširovania a uvádza štyri konkrétne príklady z rôznych krajín ako aj kľúčové myšlienky a získané poučenia. Dopĺňa ho časť o praktických nástrojoch, medzi ktoré patrí desať pracovných hárkov na pomoc manažérom pri rozširovaní programov reprodukčného zdravia mladých dospelých.

Learning to Live: Monitoring and Evaluating HIV/AIDS Programmes for Young People, od Webb, D. & Elliott, L. v spolupráci s Ministerstvom pre medzinárodný rozvoj Spojeného kráľovstva a UNAIDS, vydal Save the Children Fund, pojené kráľovstvo (2000). Dá sa získať od: Save the Children UK, 17 Grove Lane, London SE5 8RD UK; telefón: 00 44 20 7703 5400; fax: 00 44 20 7793 7626. Je to praktická príručka na rozvíjanie, monitorovanie a hodnotenie praxe v programoch súvisiacich s HIV/AIDS pre mladých ľudí na základe skúseností z projektov vo svete. Zameriava sa na nedávne poučenia z práce s mladými ľuďmi v: rovesníckom vzdelávaní; školskej výchove; a poskytovaní klinických služieb, práci najmä so zraniteľnými deťmi a deťmi postihnutými HIV/AIDS. Uvádza príklady dobrej praxe.

A Guide to Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Programmes(2000), vydal FOCUS on Young Adults, dá sa získať od Pathfinder International, 9 Galen Street, Watertown, MA 02472, telefón: 1-617-924-7200; fax 1-617-924-2833; <http://www.pathfind.org/focus.htm>. Tiež k dispozícii v španielskom jazyku: FOCUS on Young Adults/Pan American Health Organization (2002). Manual de monitoreo y evaluación. Washington, DC. Dokument sa dá pozrieť na <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/monitoreo.htm>. Tento 450-stranový dokument rozoberá ako monitorovať a hodnotiť. Vysvetľuje ako vypracovať a monitorovať plán hodnotenia, pokrýva ukazovatele, formu hodnotenia a vzorkovania ako aj zber a analýzu údajov. Tiež obsahuje 15 rôznych nástrojov a dotazníkov, ktoré sa dajú prispôsobiť konkrétnym potrebám monitorovania a hodnotenia.

DODATOK 3: VYBRANÉ INTERVENČIE ZDRAVOTNEJ VÝCHOVY ZALOŽENEJ NA ROZVOJI ZRUČNOSTÍ

CIEĽ/ KRAJINA/ REFERENCIE	INTERVENČIE METODIKA	HODNOTENIE METÓDA	DOSIAHNUTÝ DOPAD
<p>Adolescenti navštevujúci desať stredných škôl v dvoch regiónoch v Namíbii</p> <p>Fitzgerald, A. M., Stanton, B. F., Terreri, N., Shipena, H., Li, X., Kahihuata, J., Ricardo I.B., Galbraith, J. S., a DeJaeger, A. M. (1999). Použitie intervencií na zníženie rizika HIV podľa západného vzoru zamerané na adolescentov v africkom prostredí. <i>Journal of Adolescent Health</i> 25, 52-61. Reference ID: 8586.</p>	<p>Obsah: Program pozostával zo 14 dvojhodinových sedení počas siedmich týždňov, ktoré sa zameriavali na základné fakty o reprodukciu a rizikovým správaní, ako je alkohol, užívanie drog a násilie.</p> <p>Zručnosti: Sedenia sa odvádzali od ochrannej motivačnej teórie a zdôrazňovali komunikačné a rozhodovacie zručnosti.</p> <p>Participatívne metódy: Sedenia facilitoval v čase po vyučovaní dobrovoľník-učiteľ a mladý človek po skončení školy (študent pedagogiky alebo mladý človek, ktorý vychodil 12 tried) v triede pre rodovo zmiešané skupiny 15 až 20 študentov.</p>	<p>Žiakov požiadali, aby sa dobrovoľne zúčastnili na štúdiu. 80% súhlasilo; 515 mladých (stredný vek 17 rokov; stredný ročník 11) dostalo východiskový dotazník, ktorý sami vyplnili, a náhodne ich zaradili do kontrolnej skupiny alebo do skupiny, kde sa uskutočňovali intervencie. Hneď po intervencii sa zadal následný dotazník. Dotazník meral znalosti, postoje, úmysle, a HIV rizikové správanie. Po dotazníku zadanom po intervencii sa vykonali intervencie v kontrolnej skupine.</p>	<p>Znalosti výrazne vzrástli v skupinách s intervenciami v porovnaní s kontrolnou skupinou mládeže (88% proti 82%; správne odpovede, $p < 0001$). Pri následnom preverovaní po intervencii viac respondentov s intervenciou než respondentov z kontrolnej skupiny bolo presvedčených, že môžu mať intímny vzťah bez pohlavného styku ($p < 0.05\%$), že môžu mať priateľku alebo priateľa dlhú dobu bez pohlavného styku ($p < 0.01$), že dokáže vysvetliť proces oplodnenia ($p < 0.05$), že vie, ako používať kondóm ($p < 0.0001$) a že môže požiadať o kondómy v ambulancii ($p < 0.05$). Menej respondentov s intervenciou než respondentov z kontrolnej skupiny bolo presvedčených, že ak dievča odmietne pohlavný styk so svojim priateľom, je prípustné, aby ju udrel ($p < 0.01$) a že kondómy ukracujú chlapcov o rozkoš. Viac respondentov s intervenciou než respondentov z kontrolnej skupiny predpokladalo používanie kondómov, keď mali pohlavný styk ($p < 0.05$), a menej ich očakávalo, že bude piť alkohol ($p < 0.05$). Nakoniec po intervencii sa objavil trend k zvýšenému používaniu kondómov (ale nie významný). Na východiskovej úrovni boli výrazné rodové rozdiely, i keď intervenčná metóda mala podobný dopad na obe pohlavia.</p>

CIEĽ/KRAJINA/ REFERENCIE	INTERVENCIE METODIKA	HODNOTENIE METÓDA	DOSIAHNUTÝ DOPAD
<p>80 000 študentov na 800 stredných školách v KwaZulu, Južná Afrika</p> <p>Harvey, B., Stuart ,J., & Swan, T. (2000). Hodnotenie vzdelávacieho programu s dramatickým prvkom na zvýšenie povedomia o AIDS na juhoafrických stredných školách: Náhodný komunitný intervenčný test. Int. J. STD AIDS 11, 105-111. Reference ID: 8726.</p>	<p>Obsah: prevencia HIV/AIDS</p> <p>Zručnosti: Komunikačné a rozhodovacie zručnosti.</p> <p>Participatívne metódy: Tímy zložené z kvalifikovaných učiteľov/herecov a ošetrovateliek zahrli v prvej fáze hru, do ktorej bola zapracovaná problematika súvisiaca s HIV a AIDS. V druhej etape členovia tímu viedli na školách dramatické semináre s učiteľmi a študentmi, kde využívali participatívne metódy, ako je hranie rolí. Program končil „dňom otvorených dverí na škole“, ktorý sa zameriaval na HIV a AIDS prostredníctvom drámy, piesne, tanca, poézie a plagátov. Všetko pripravili a prezentovali samotní študenti.</p>	<p>V každom z piatich regiónov sa vybrali dve školy vzdialené od seba viac ako 10 km (štyri vidiecke a jedna mestská) za školy s intervenciou (kde sa uskutočnil program s dramatickým prvkom) a kontrolné školy (ktoré dostali desaťstranovú brožúrku o AIDS). Ten istý východiskový dotazník, ktorý sami vyplnili, dostali tí istí žiaci štandardnej 8. triedy pred (n=1080) a 6 mesiacov po intervencii (n=699) – priemerný vek 18,3 v rozpätí 13-25 rokov. V dotazníku boli časti o znalostiach o HIV/AIDS, postojoch súvisiacich s osobnou náchylnosťou, bezprostrednosťou hrozby a vnímanou vážnosťou, postojoch k ľuďom s AIDS, vlastnej účinnosti a oznamovanom správaní vrátane toho, či mali pohlavný styk, či používali kondómy a koľko mali partnerov.</p>	<p>Došlo k väčšiemu nárastu ($p<0,0002$) v priemernom percentuálnom hodnotení postojov súvisiacich s HIV/AIDS; nárast z 38,1 (n=491) na 50,5 (n=305) na školách s intervenciou v porovnaní s kontrolnými školami (50,0, n=585 to 51,8, n=394). Tiež došlo k väčšiemu nárastu ($p<0,0000$) v priemernom percentuálnom hodnotení postojov na školách s intervenciou (38,1, n=491 pred a 50,5, n=305 po) v porovnaní s kontrolnými školami (40,5, n=586 a 40,3, n=392). Došlo k o niečo väčšej zmene správania medzi sexuálne aktívnymi študentmi v intervenčnej skupine, ale nárast bol významný len pre zvýšené používanie kondómov ($p<0,01$). Nezistil sa dôkaz zvýšenej sexuálnej aktivity ako výsledku vzdelávacieho programu. Hlavné obmedzenia tejto štúdie, ktoré si autori všimli, bolo chýbajúce prepojenie obdobia pred a po teste (pretože dotazníky boli anonymné), použitie výstupov vychádzajúcich z informácií uvádzaných respondentmi a strata žiakov z pôvodnej predtestovej vzorky. Je však potrebné si uvedomiť, že merané výsledky sa udržali počas šesťmesačného obdobia od predtestovacieho obdobia po potestovacie obdobia, čo ukazuje, že intervencie dosiahli viac ako krátkodobé zlepšenie.</p>
<p>CIEĽ/KRAJINA/ REFERENCIE</p>	<p>INTERVENCIE METODIKA</p>	<p>HODNOTENIE METÓDA</p>	<p>DOSIAHNUTÝ DOPAD</p>
<p>Základne školy v regióne Soroti v Ugande</p>	<p>Obsah: Školský učebný plán s prevenciou AIDS.</p>	<p>Prierezová vzorka desiatich študentov (päť chlapcov/päť dievčat) na školu, s priemerným</p>	<p>Percento študentov, ktorí uviedli, že boli sexuálne aktívni, kleslo z 42,9% (123 z 287) na 11,1% (31 z 280) v</p>

<p>Shuey, D. A., Babishangire, B. B., Omiat, S., & Bagarukayo, H. (1999). Zvýšená sexuálna abstinencia medzi adolescentmi navštevujúcimi školu ako výsledok zdravotnej výchovy na škole v regióne Soroti, Uganda. Health Education Research: Theory and Practice 14, 411-419. Reference ID: 8437.</p>	<p>Zručnosti: Rozhodovacie zručnosti.</p> <p>Participatívne metódy: Založenie a stretnutia školského klubu zdravia, uplatňovanie zdravotných vzdelávacích metód od dieťaťa k dieťaťu (rovesnícke vzdelávanie), a súťaže v dráme, esejach, básňach a piesňach so zdravotnou tematikou.</p>	<p>vekom 14 rokov, v poslednom roku základnej školy, sa vybrala z 38 náhodne zvolených škôl. Dostali v angličtine dotazník, ktorý sami vyplnili (ale otázky sa im vysvetlili v miestnom jazyku). Dotazník sa rozdal podobnej vzorke detí dva roky po intervencii.</p>	<p>intervenčnej skupine ($p < 0.001\%$), pričom v kontrolnej skupine sa nezaznamenala žiadna významná zmena. Zmeny zostali významné, keď sa uskutočnilo členenie podľa pohlavia alebo podľa vidieckej či mestskej lokality. Študenti v intervenčnej skupine mali sklon častejšie hovoriť s rovesníkmi a učiteľmi o sexuálnej problematike ($p = 0,34$). Nárast v dôvodoch pohlavnej zdržanlivosti uvádzaný študentmi počas skúmaného obdobia sa spájal s modelom racionálneho rozhodovania a nie so strachom z trestu. Projekt mal za cieľ dosiahnuť udržateľnosť prostredníctvom práce cez existujúce štruktúry a zamestnala sa preň len jedna ďalšia osoba na plný úväzok.</p>
<p>Egyptské deti navštevujúce základnú školu</p> <p>Kotb, M., Al-Teheawy, M., El-Setouhy, M., & Hussein, H. (1998). Hodnotenie modelu školskej zdravotnej výchovy o schistosomóze: Náhodný komunitný test. Eastern Mediterranean Health Journal 4, 265-275. Reference ID: 8384.</p>	<p>Obsah: Zdravotná výchova obsahovala tri moduly, ktoré sa odprezentovali počas troch dní a siahali od rizík, ktoré predstavuje kontaminovaná voda, cez životný cyklus motolice z rodu schistosoma po charakter a význam preventívneho správania v oblasti zdravia.</p> <p>Zručnosti: Zručnosti pre preventívne správanie v oblasti zdravia vrátane skríningu.</p> <p>Participatívne metódy: Medzi metódy patrili rozhovory o zdraví, príbehy o zdraví, konkrétne zdravotné prípady, hranie rolí a divadlo.</p>	<p>Uskutočnil sa náhodný komunitný test troch párov porovnateľných škôl vo vidieckych oblastiach. Pri každom páre škôl sa na jednej z nich uskutočnil skrínig, liečba a zdravotná výchova a na druhej len liečba a skrínig. Výhodisková štúdia sa uskutočnila s 422 deťmi z troch intervenčných a 378 deťmi z troch kontrolných škôl. Prvý pointervenčný prieskum sa uskutočnil mesiac po zdravotnom vzdelávacom programe s 212 deťmi na intervenčných školách. Druhý pointervenčný prieskum sa uskutočnil rok po intervencii s 394 deťmi z intervenčných a 360 deťmi z kontrolných škôl.</p>	<p>Štúdia dokázala významné zlepšenie v znalostiach a postojoch ako aj zníženie schistosomózne infekcie jeden rok po intervencii na intervenčných školách párov 1 a 2 ($p < 0,05\%$). Avšak zlepšenie v znalostiach v intervenčnej škole páru 3 neboli sprevádzané významnými zmenami v postoji alebo v schistosomózne infekcii.</p>

CIEĽ /KRAJINA/ REFERENCIE	INTERVENCIE METODIKA	HODNOTENIE METÓDA	DOSIAHNUTÝ DOPAD
<p>Školáci v Brazílii</p> <p>Albandar, J. M., Buischi, Y. A., Oliveira, L. B., & Axelsson, R (1995). Účinnosť nedostatočnej odbornej prípravy v oblasti ústnej hygieny na vývoj periodontálnych ochorení počas troch rokov v adolescencii. <i>Journal of Periodontology</i> 66, 255-260. Reference ID: 6135.</p>	<p>Obsah:</p> <p>Hodnotili sa dva programy školenia v oblasti ústnej hygieny na potlačenie ústneho povlaku a prevenciu zápalu ďasna u adolescentov. Prvá skupina prešla komplexným programom vychádzajúcim z individuálnych potrieb, ktorý zahŕňal informačné sedenia o etiológii a prevencii zubných ochorení.</p> <p>Zručnosti:</p> <p>Zručnosti potrebné pre sebiagnostiku a ústnu hygienu.</p> <p>Participatívne metódy:</p> <p>Výcvik v zručnostiach. Okrem toho sa usporiadalo informačné sedenie pre rodičov a učiteľov týchto detí.</p>	<p>Východiskovou úrovňou bolo klinické vyšetrenie 227 brazílskych školákov, ktorých potom vyšetrovali každý rok v priebehu troch nasledujúcich rokov (1984-1987), aby vyhodnotili zubný povlak a krvácanie ďasien. Údaje sa analyzovali viacúrovňovou analýzou vplyvu zložky a rozdelili sa do troch skupín: kontrola (n=76), test 1 (n=79), test 2 (n=72); 4% vzorky opustili program.</p>	<p>Počas trvania štúdie vykazovali všetky deti trvalé zlepšenie ústnej hygieny a stavu ďasna. Pozorované zlepšenia v komplexnej skupine boli významne lepšie než výsledky v kontrolnej skupine. Výsledky z menej komplexných skupín sa významne nelíšili od výsledkov v kontrolnej skupine. Zdalo sa, že dlhšia expozícia programom prináša väčšie zlepšenie; výsledky detí so silnejším zubným povlakom a zápalom ďasien pred programom boli menej priaznivé; dievčatá vykazovali lepšie výsledky ako chlapci. Dopad na konci trojročného obdobia bol väčší ako po jednom roku, čo poukazuje na význam trvania. Väčší dopad sa dosiahol u dievčat.</p>
<p>Deti navštevujúce základnú školu v Tanzánii</p> <p>Nyandindi, U., Milen, A., Palin-Palokas, T., & Robison, V. Dopad vzdelávania o orálnom zdraví na deti navštevujúce základnú školu pred a po vyškolení učiteľov v Tanzánii. <i>Health Promotion International</i> 11(3):193-201, 1996. Reference ID: 4160.</p>	<p>Obsah:</p> <p>V jednom regióne uskutočnil tím špecializovaný na dentálnu problematiku v spolupráci so školskou správou upravené vzdelávanie o ústnom zdraví a odborné školenia učiteľov.</p> <p>Zručnosti:</p> <p>zručnosť čistenia zubov; uskutočňovanie vhodného stravovacieho výberu.</p> <p>Participatívne metódy:</p> <p>Žiaci aktívne študovali pojmy a praktické zručnosti výberu stravy a čistenia zubov.</p>	<p>Hodnotil sa dopad sedení na žiaka z hľadiska zmien znalostí o orálnom zdraví, postojov k nemu a praxe. Uskutočnili sa pohovory a vyšetrenia troch náhodných vzoriek po 300 žiakov vrátane konvenčných upravených skupinových sedení a referenčnej skupiny bez vzdelávania o orálnom zdraví na škole.</p>	<p>Skupina, ktorá mala modifikované vzdelávanie o orálnom zdraví, dosahovala lepšie znalosti o orálnom zdraví (p<0.001), uvádzala zníženú spotrebu sladkých potravín (p<0.01) a zvýšené vlastné hlásenie o frekvencii čistenia zubov (p<0.001) a lepšie zručnosti výroby „mswaki“ (žuvacia tyčinka) (p<0.001) a o niečo lepšiu ústnu hygienu v porovnaní s referenčnými. Skupina s konvenčným vzdelávaním o orálnom zdraví mala lepšie znalosti o orálnom zdraví, ale ich prax nebola lepšia než u referenčných.</p>

CIEĽ /KRAJINA/ REFERENCIE	INTERVENCIE METODIKA	HODNOTENIE METÓDA	DOSIAHNUTÝ DOPAD
<p>Študentky pedagogiky v Zimbabwe</p> <p>Wilson, D., Mparadzi, A., & Lavelle, E. (1992). Experimentálne porovnanie dvoch intervencií v prevencii AIDS medzi mladými Zimbabwečanmi. <i>Journal of Social Psychology</i>, 132(3), 415–417.</p>	<p>Intervencia v oblasti AIDS vychádzajúca zo zručností</p> <p>Obsah: HIV/AIDS a pohlavné zdravie.</p> <p>Zručnosti: Zameranie na vzťahové zručnosti a používanie kondómov. Participatívne metódy: Jedna skupina zažila pasívnu lekciiu o téme a druhá zažila interaktívnu skupinovú prácu</p>	<p>Porovnanie medzi lekciiou a interaktívnou skupinou v znalostiach a zručnostiach pred a po intervencii.</p>	<p>Študentky pedagogiky, ktoré sa zúčastnili na intervencii týkajúcej sa AIDS s využitím zručností, vedeli štyri mesiace po intervencii viac o kondómoch a ich správnom používaní, mali vyšší zmysel pre vlastnú efektívnosť, vnímali menej bariér, a informovali o menšom počte sexuálnych partnerov, ako ich kolegyne, ktoré sa zúčastnili na prednáške. Výskumní pracovníci usúdili, že interaktívne vyučovacie metódy sú „pre zvyšovanie používania kondómov a dôvery v používanie kondómov a pre znižovanie počtu sexuálnych partnerov vhodnejšie než prednášky.“</p>
<p>6 000 študentov z 56 škôl v Spojených štátoch</p> <p>Viaceré štúdie Botvin, G. J.; Pozri http://www.lifeskillstraining.com/LST1.html a http://www.cdc.gov/ncdpdp/dash/rte/eval6.htm</p> <p>Kontaktné informácie: National Health Promotion Associates, Inc., 141 S. Central Ave. Suite 208, Hartsdale, NY 10530; USA tel. +1-914-421-2525 alebo 1-800-293-4969; fax +1-914-683-6998</p>	<p>Obsah: Prevencia závislosti na návykových látkach/program posilnenia spôsobilosti vytvorený tak, aby sa v prvom rade zameral na hlavné spoločenské a psychologické faktory podporujúce závislosť na návykových látkach. Pozostáva z 15 hodín, ktoré sa dajú realizovať v prvom roku strednej školy. Tiež obsahuje desať posilňovacích hodín v prvom a päť posilňovacích hodín v druhom nasledujúcom roku.</p> <p>Zručnosti: Medzi zručnosti patrí odolávanie spoločenskému (rovesníckemu) tlaku k fajčeniu, pitiu a užívaniu drog; vyrovnanie sa so spoločenskou úzkosťou a hnevom; rozhodovacie zručnosti; komunikačné zručnosti; a sociálne zručnosti.</p>	<p>Študentov náhodne zaradovali do programu výcviku v životných zručnostiach (VZZ) (podmienka liečenia) alebo do kontrolných podmienok. Štúdia začala, keď boli študenti v treťom ročníku a pokračovala s posilňovacími hodinami VZZ v ôsmom a deviatom ročníku. Užívanie tabaku, alkoholu a iných drog ako aj ďalšie faktory spájajúce sa s rizikom závislosti na návykových látkach sa hodnotili pomocou dotazníka na začiatku semestra pred realizáciou programu a na konci semestra. Odoberali sa dychové vzorky, aby sa zvýšila spoľahlivosť hlásení udávaných samotnými účastníkmi. Realizáciu programu monitorovali pracovníci projektu počas náhodne vybraných hodín, ktoré vyučovali učitelia v intervenčnej skupine.</p>	<p>Výsledky tretieho roka intervenčnej štúdie ukázali, že VZZ má významný dopad na znižovanie fajčenia, užívania marihuany a alkoholu u tých študentov, ktorých ich učitelia vyučovali najmenej 60% programu. Výsledky pokračujúceho šesťročného sledovania ukazujú, že účinky programu trvali najmenej do konca dvanásteho ročníka. Konkrétne o 44% menej VZZ študentov v porovnaní s kontrolnou skupinou, užívalo tabak, alkohol a marihuanu raz alebo viackrát za mesiac a o 66% menej VZZ študentov hlásilo užívanie všetkých troch látok raz alebo viackrát do týždňa. Najsilnejšie prevenčné účinky sa dosiahli u študentov, ktorí prešli najkompletnejšou realizáciou programu VZZ vrátane dvoch posilňovacích sedení. Medzi ďalšie dôležité zistenia patrí: VZZ znižovalo</p>

	<p>Participatívne metódy: Učebný plán vychádza z interakčného modelu osobného okolia, ktorý predpokladá, že existujú viacnásobné cesty vedúce k</p>	<p>V treťom roku intervenčnej štúdie sa analyzovali údaje, aby sa určili rozdiely prevalencie vo fajčení,</p>	
CIEĽ /KRAJINA/ REFERENCIE	INTERVENČIE METODIKA	HODNOTENIE METÓDA	DOSIAHNUTÝ DOPAD
	<p>užívaniu tabaku, alkoholu a drog. Učebný plán má dopad na spoločenské rizikové faktory vrátane vplyvu tlače a rovesníkov ako aj osobné rizikové faktory, ako sú; strach a malá sebaúcta. Zahŕňa tréning zručností a precvičovanie vyššie uvedených zručností.</p>	<p>užívaní alkoholu a drog medzi liečenou a kontrolnou skupinou. Neskôr sa údaje analyzovali, aby sa určila dlhodobá účinnosť prevencie.</p>	<p>použitie prchavých látok, narkotík a halucigénov. VŽZ zvýšil úroveň asertivity, sebaovládania, osobnej kontroly, sebadôvery a sebaspokojnosti.</p>
<p>Študenti K-6 ročníkov v Spojených štátoch http://www.ed.gov/public/EP/TW/eptw9/eptw9d.html 1 Kontaktná informácia: The American Health Foundation, 800 Second Avenue, New York, NY 10017; USA tel. +1-212-551-2507 alebo 551-2509.</p>	<p>Obsah: Program podpory zdravia na škole Poznaj svoje telo (PST) pozostáva z piatich základných zložiek: (1) učebný plán zdravotnej výchovy založenej na rozvoji zručností (2) školenie učiteľa/koordinátora, (3) biomedicínsky skrining, (4) aktivity mimo učebného plánu, a (5) vyhodnotenie programu. Program môže pomôcť znížiť užívanie drog a násilie prostredníctvom svojich modulov o zneužívaní drog, zdravých vzťahoch a zručností. Koordinátori programu sa ako súčasť školiaceho programu učia ako zlepšiť stravovacie služby na ich škole, ako aj to, ako dosiahnuť nefajčiarsky areál školy a tak vytvoriť prostredie napomáhajúce učenie.</p> <p>Zručnosti: Program zdôrazňuje osobnú zodpovednosť za zdravie a poskytuje</p>	<p>Viacero longitudinálnych hodnotení preukázalo účinok programov PST. Ministerstvo školstva USA ho v roku 1995 označilo za „Vzdelávací program, ktorý funguje“.</p>	<p>Výsledky hodnotenia preukázali, že program v PST má významný pozitívny účinok na znalosti študentov súvisiace so zdravím, správaním a biomedicínskymi rizikovými faktormi, ako sú hladina sérového cholesterolu, krvný tlak, kardiovaskulárna výdrž, fajčenie a strava.</p>

	<p>základ pre uskutočňovanie rozhodnutí podporujúcich zdravie a zabraňujúcich ochoreniam. Zručnosti súvisia s výsledkami primeranými veku, ako sú príprava zdravých raňajok a výber občerstvenia a požiadanie dospelých, aby nefajčili v prítomnosti mladých ľudí.</p> <p>Participatívne metódy: Moduly zručností primeraných veku vrátane aktivitných zošitov študentov a súprav bábiek.</p>		
CIEĽ/KRAJINA/REFERENCIE	INTERVENCIE METODIKA	HODNOTENIEME TÓDA	DOSIAHNUTÝ DOPAD
<p>Študenti 9 a 10 ročníka v Spojených štátoch</p> <p>http://www.ed.gov/public/EP/TW/eptw9.eptw9g.html</p> <p>Kontaktné informácie: Stanford Centre for Research in Disease Prevention Stanford University School of Medicine 1000 Welch Road Palo Alto, CA 94304-170 1885; USA tel. +1-415-723-1000</p>	<p>Obsah: Stanfordský učebný plán srdcového zdravia je učebný plán viacfaktorového znižovania/prevenencie rizika kardiovaskulárnych chorôb pre adolescentov. Zameriava sa na faktory životného štýlu ako sú fajčenie, strava, fyzická aktivita, stres a osobné riešenie problémov.</p> <p>Zručnosti: Učebný plán sa riadi sociálnou kognitívnou teóriou a zdôrazňuje rozvoj samoregulačnej zručnosti, budovanie vnímania vlastnej účinnosti a tréning odolávania spoločenskému tlaku. Každý modul poskytuje študentom informácie o zdravotných účinkoch, normatívne informácie o prevalencii nezdravého správania a kognitívne a behaviorálne zručnosti, ktoré im</p>	<p>V roku 1995 ho ministerstvo školstva USA označilo za „Vzdelávací program, ktorý funguje“.</p>	<p>Študenti zúčastňujúci sa na programe majú významne lepšie výsledky v testoch o rizikových faktoroch kardiovaskulárnych ochorení vypracovaných pre program a s referenčnou hodnotou podľa validovaného kritéria; vykazujú pozitívne fyziologické/ antropometrické účinky na pulz srdca v kľude, hrúbku kožnej riasy tricepsu a je pravdepodobnejšie, že si vyberú občerstvenie, ktoré je zdravé pre srdce, než porovnávacía skupina. V porovnaní so študentmi z porovnávaciej skupiny sa vyšší počet osôb zúčastnených na programe, ktoré sa pri určovaní východiskových hodnôt zaradili k necvičiacim, zaradil dva mesiace po skončení učebného plánu medzi osoby pravidelne cvičiace aerobic; vyšší počet osôb, ktoré sa pri určovaní východiskových hodnôt zaradili k „skúšajúcim fajčenie“, uvádzal pri dosledovaní, že prestali fajčiť; a menší počet uvádzal, že prešli k pravidelnému fajčeniu.</p>

	<p>umožnia zmeniť osobné správanie; konkrétne zručnosti pre odolávanie spoločenským vplyvom na prijatie nezdravých zvykov; a cvičenie používania zručnosti na zlepšenie výkonu.</p> <p>Participatívne metódy: Učebný plán obsahuje simulácie usmerňovaného hrania rolí, úvodnú video dramaturgiu zameranú na osobnú voľbu a dôsledky, diskusné sedenia a študentské zošity osobnej zmeny.</p>		
--	--	--	--

CIEĽ/KRAJINA/REFERENCIE	INTERVENČIE METODIKA	HODNOTENIEME TÓDA	DOSIAHNUTÝ DOPAD
<p>Študenti 6-8 ročníka v Spojených štátoch</p> <p>http://www.projectalert.best.org</p> <p>Kontaktné informácie: BEST Foundation For a Drug-Free Tomorrow 725 S Figueroa Street, Suite 970 Los Angeles, CA 90017; USA tel. +1-213-623-0580; fax +1-213-623-0585</p>	<p>Dvojročný učebný plán prevencie drogovej závislosti pre študentov v 6, 7 a 8 ročníku, ktorý sa nazýva Project Alert (Ostražitosť). 14 lekcí má takú formu, aby zabránili alebo potlačovali začatie užívania drog a prechod k pravidelnému užívaniu. Učebný plán sa zameriava na latky, ktoré adolescenti užívajú ako prvé a ktoré sú najrozšírenejšie: alkohol, tabak, marihuana a prchavé látky.</p> <p>Zručnosti: Medzi zručnosťami patria zručnosť brániť sa tlaku navádzajúceho na drogy a zručnosť komunikácie s rodičmi.</p> <p>Participatívne metódy: Projekt ALERT využíva participatívne aktivity a videá, aby pomohol študentom vytvoriť zo života bez drog normu, aby vypracoval dôvody na neužívanie drog a na</p>	<p>Pôvodný program sa skúšal na 30 stredných školách v obciach v Kalifornii a Oregone, ktoré boli z rôznych geografických oblastí, príjmových skupín a hustoty obyvateľstva a rasových/etnických skupín. Jeden z vedúcich amerických výskumných ústavov uskutočnil longitudinálne terénne testovanie učebného plánu projektu ALERT a vykonal prísne vedecké hodnotenie. Longitudinálne testovanie zahŕňalo 6 000 študentov z tridsiatich stredných škôl. V roku 2001 ministerstvo školstva USA označilo projekt ALERT za „Ukážkový program“.</p>	<p>Projekt ALERT je vysokoúčinný u adolescentných stredoškôlkov vo veku 11 až 14 rokov z veľmi rozdielnych prostredí a komunít. Bol úspešný u vysokorizikovej i nízkorizikovej mládeže z mestských, vidieckych a prímestských komunít, u mládeže z rôznych socioekonomických úrovní a u bielych Američanov, Afroameričanov, Latinoameričanov a Ázioameričanov. Longitudinálne hodnotenie ukázalo, že projekt ALERT:</p> <ul style="list-style-type: none"> — znižuje začatie užívania marihuany a tabaku o 30% — znižuje o 50 až 60% silné fajčenie u experimentátorov — je účinný u vysoko-ako i nízkorizikových študentov vrátane menších — rovnako dobre sa osvedčuje v rôznom socioekonomickom

	<p>odolávanie tlaku užívať drogy. Aktivity na budovanie zručností využívajú modelovanie, precvičovanie a stratégiu spätnej väzby. Usmerňovaná diskusia v triede a malé skupinové aktivity stimulujú interakciu medzi rovesníkmi a predstavujú pre študentov výzvu, a intenzívne hranie rolí povzbudzuje študentov k precvičovaniu a zvládnutiu zručností odolávania. Domáce úlohy so zapojením rodičov rozširujú proces učenia sa.</p>		prostredí
--	--	--	-----------

CIEĽ/KRAJINA/ REFERENCIE	INTERVENČIE METODIKA	HODNOTENIEME TÓDA	DOSIAHNUTÝ DOPAD
<p>Predškólační a mladší stredoškólační v Spojených štátoch</p> <p>http://www.cfchildren.org/violence.htm</p> <p>Kontaktné informácie: Committee for Children 2203 Airport Way South, Suite 500 Seattle, WA 98134, USA; tel. +1-206-343-1223 alebo 1-800-634-4449; fax +1-206-343-1445</p>	<p>Obsah:</p> <p>Second Step (Druhý krok) je školský učebný plán pre sociálne zručnosti, ktorý učí deti zmeniť postoje a správanie prispievajúce k násiliu. Zahŕňa členov školy a rodiny ako súčasť komplexného prístupu k znižovaniu násilie.</p> <p>Zručnosti:</p> <p>Učivo učí sociálne zručnosti na zníženie impulzívneho a agresívneho správania detí a zvyšuje ich úroveň spoločenskej spôsobilosti. V každom ročníku sa riešia tie isté tri zručnosti spôsobom, ktorý je primeraný veku: empatia, ovládanie impulzívnosti a kontrola hnevu.</p> <p>Participatívne metódy:</p> <p>Hlavnou formou hodiny je fotografická karta hodiny. Učebné metódy zahŕňajú diskusie, modelovanie zručností</p>	<p>Jednoročné hodnotenie zahŕňalo 12 škôl, ktoré sa náhodne zaradovali do experimentálnej alebo kontrolnej skupiny. Výskumní pracovníci skúmali dopad program na agresiu a pozitívne spoločenské správanie medzi žiakmi základnej školy. V roku 2001 ministerstvo školstva USA označilo Second Step za „Ukážkový program“.</p>	<p>Pozorovanie správania ukazuje, že fyzická agresia sa od jesene do jari znížila medzi študentmi, ktorí boli v programe Second Step, a zvýšila sa medzi študentmi v kontrolných triedach. Priateľské správanie vrátane prosociálnych a neutrálnych interakcií vzrástlo od jesene do jari v triedach s programom Second Step, ale nezmenili sa v kontrolných triedach. Študenti, ktorí absolvovali program, si udržali vyššiu úroveň pozitívnej interakcie aj o šesť mesiacov neskôr. Výskumní pracovníci usúdili, že Second Step vedie k miernemu poklesu agresie a zvýšeniu neutrálneho a prosociálneho správania v škole. Bez Second Step by sa správanie študentov zhoršilo a v priebehu školského roka by sa stalo fyzicky i verbálne</p>

	<p>učiteľom a hranie rolí. Lekcie sú rozdelené na základné lekcie a dve úrovne budovania zručností, medzi ktoré patria diskusie a video z akcie naživo. Tieto tri úrovne umožňujú komplexný, viacročný tréning v prosociálnych zručnostiach.</p>		<p>agresívnejšie. Hodnotenia formovania Second Step ukázali pozitívne zmeny v postojoch študentov k agresii na stredných školách ako aj zlepšenie sociálnych zručností a znalostí u študentov ročníkov pred/K-9.</p>
<p>Žiaci vo veku 10-15 rokov v Kolumbii</p> <p>Maria Luisa Vazquez Navarrete. (1999). Regionálna štúdia o zdraví a výžive na škole v Latinskej Amerike a Karibiku. Výcvik v životných zručnostiach v Kolumbii: Prípadová štúdia. Washington,</p>	<p>Obsah:</p> <p>Tento program vykonávaný MVO Fe y Alegria v mene ministerstva zdravotníctva sa zameriava na kultúrne korene násilia a nezdravého správania.</p> <p>Zručnosti:</p> <p>Moduly výcviku životných zručností riešia také zručnosti, ako je zvládanie emócií</p>	<p>Neuskutočnilo sa žiadne písomné formálne hodnotenie, ale pohovory s účastníkmi programu odhalili nasledujúce ukazovatele úspechu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pozitívne zmeny v správaní študentov • zvýšené riešenie problémov • zvýšené zvládanie emócií 	<p>Rodičia si všimli pozitívne zmeny na svojich deťoch, čo malo pozitívny vplyv na rodinné vzťahy. Dieťa dokázalo zastaviť boj medzi svojimi rodičmi používajúc výrazy zo školenia. Úroveň agresie v triede klesla. Deti</p>
CIEĽ/KRAJINA/REFERENCIE	INTERVENČIE METODIKA	HODNOTENIEME TÓDA	DOSIAHNUTÝ DOPAD
<p>DC: Svetová banka Panamerická organizácia.</p>	<p>riešenie problémov a účinná komunikácia.</p> <p>Participatívne metódy:</p> <p>Participatívna metodika sa používa na každej úrovni; patria sem aj workshopy s rodičmi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • zmeny v postojoch a správaní učiteľov • spontánny dopyt po školení v životných zručnostiach • zvýšené zvládanie náročných situácií, zapájanie učiteľov, študentov, riaditeľov škôl, vzdelávacích pracovníkov, rodičov a ostatných členov komunity (podrobnosti hodnotenia sa neposkytli) 	<p>sa naučili hovoriť na verejnosti a vyjadrovať svoje emócie. Učitelia zvýšili svoju schopnosť počúvať a stali sa voči študentom citlivejší. Študenti, ktorí sa nezúčastňovali na výcviku, žiadali o školenie v životných zručnostiach. Po masakri pomohol workshop životných zručností vyrovnať sa s náročnou situáciou.</p>
<p>Žiaci základnej a strednej školy v Myanmar</p> <p>Správa poskytnutá UNICEF-om Myanmar o riešení problémov a efektívnej komunikácii.</p>	<p>Obsah:</p> <p>SHAPE (school-based Healthy Living and HIV/AIDS Prevention Education - výchova k zdravému životu a prevencii HIV/AIDS) je školský predmet, ktorý sa vyučuje od 2. až po 9. ročník so špirálovo vypracovaným učebným plánom, ktorý</p>	<p>Vyhodnocovacie stretnutia, pravdepodobne so zapojením učiteľov, študentov, riaditeľov škôl, vzdelávacích pracovníkov, rodičov a ostatných členov komunity (podrobnosti hodnotenia sa neposkytli)</p>	<p>Úspech SHAPE-u ovplyvnil celé komunity. V jednom prípade konzumuje teraz celá komunita jodizovanú soľ ako výsledok toho, čo sa žiaci naučili v SHAPE-e a o čo sa podelili so svojimi rodičmi, ktorí sa zas dali dokopy a presvedčili majiteľa obchodu, aby zmenil druh predávanej soli. V inej komunite uznali</p>

	<p>zabezpečuje kontinuitu. Učebný plán sa snaží dať ľuďom znalosti a zručnosti na podporu zdravého života a prevenciu prenosu HIV/AIDS.</p> <p>Zručnosti: Podporujú sa životné zručnosti ako komunikácia, spolupráca, vyrovnanie sa s emóciami, rozhodovanie ako aj poradenstvo.</p> <p>Participatívne metódy: SHAPE využíva metódy participatívneho vyučovania a učenia sa orientované na študenta, ktoré povzbudzujú študentov k praktizovaniu toho, čo sa naučili v triede a doma. Rovesnícke vzdelávanie, rozširovanie informácií od dieťaťa k rodičom a spolupráca medzi školami a komunitami sú dôležité stratégie v programe SHAPE-u.</p>		<p>úplnú AIDS sirotu za plnoprávneho člena dediny potom, ako sa žiaci dozvedeli pravdu o AIDS a podelili sa o ňu. Tieto príklady ilustrujú dlhodobý dopad, ktorý môže SHAPE dosiahnuť, a ukazujú, že jeden či dvaja ľudia, ktorí zmenili svoje správanie ako výsledok toho, čo sa naučili, môžu v priebehu času ovplyvniť správanie väčšej komunity. Bezprostrednou výzvou je porozumieť, aké podmienky podporujú „pozitívnu odchýlku“ a kopírovať tieto podmienky.</p>
--	--	--	---

LITERATÚRA

Allegrante, J. (1998). School-Site Health Promotion for Staff. In E. Marx, S. F. Wooley, and D. Northrop (Eds.), *Health is academic: A guide to coordinated school health programmes*. New York: Teachers College Press.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bernard, B. (1991). *Fostering resilience in kids: Protective factors in the family, school and community*. Portland, OR: Western Centre Drug-Free Schools and Communities.

Blaber, C. (1999). *Teenage health teaching modules: Lessons learned and challenges*. Prednesené na stretnutí Life Skills Experts at the Pan-American Health Organization (PAHO), Washington, DC.

Blum, R. M. & Rinehard, R M. (1997). Reducing the risk: Connections that make a difference in the lives of youth. Bethesda, MD: Add Health Project. Pôvodne vyšlo v *Journal of the American Medical Association*, 10. sept. 1997.

Botvin, G. J. (2001). Life skills training: fact sheet. K dispozícii na on-line at <http://www.lifeskillstraining.com/facts.html>

Botvin, G. J. (1986). Substance abuse prevention research recent developments and future directions. *Journal of School Health*, 56(9). 369-373.

Botvin, G. J., Eng., A., & Williams, C. L. (1980). *Preventing the onset of cigarette smoking through Life Skills Training*. Preventative Medicine, 9, 135-143.

Botvin, G. J., Baker, E., Botvin, E. M., Filazzola, A. D., & Millman, R. B. (1984). Alcohol abuse prevention through the development of personal and social competence: A pilot study. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 550-552.

Botvin, G. J., Renick, N. E., Filazzola, A. D., & Botvin, E. M. (1984). A cognitive-behavioural approach to substance abuse prevention. *Addictive Behaviors*, 9, 137-147.

Burt, M. R. (1998). *Why Should We Invest in Adolescents?* Washington, D.C.: Pan American Health Organization (PAHO), W. K. Kellogg Foundation. Tiež k dispozícii on-line at http://www.paho.org/english/hpp/adol_burt.htm.

Caribbean Community (CARICOM). (2000). Multi-Agency HFLE programme manual for facilitators of life skills based HFLE programmes in the formal and non-formal sectors. Georgetown, Guyana: CARICOM. Cited in *Health and Family Life Education (HFLE) Life Skills Training, Barbados, March/April 2001*, zostavené HHD/EDC, Newton, Mass.

CARICOM & UNICEF. (1999). *Health and Family Life Education: Empowering Young People with Skills for Healthy Living*. Informačný balíček. Bridgetown, Barbados

Caplan, M., Weissberg, R., Grober, J., Sivo, P., Grady, K., & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with Inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 56-63.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1999). Adolescent and school health. K dispozícii on-line: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/>.

Cialdini, R. (1993). *Influence: The psychology of persuasion*. New York: William Morrow.

Dakar Framework for Action. *Education for all: Meeting our collective commitments (2000)*. World Education Forum, Dakar, Senegal, 26-28 April 2000. Paríž: UNESCO. K dispozícii on-line at: http://www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/dakfram_eng.shtml

Deffenbacher, J., Lynch, R., Oetting, E., & Kemper, C. (1996). Anger reduction in early adolescents. *Journal of Counselling Psychology*, 41 (2) 149-157.

Deffenbacher, J., Oetting, E., Huff, M., & Thwaites, G. (1995). Fifteen-month follow-up of social skills and cognitive-relaxation approaches to general anger reduction. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3): 400-405.

Dusenbury, L. & Falco, M (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65(10): 420-425

Elias, M., Gara, M., Schulyer, T., Brandon-Muller, L., and Sayette, M. (1991) The promotion of social competence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(13). 409-417.

Elias, M. J. (1991). An action research approach to evaluating the impact of a social decision-making and problem-solving curriculum for preventing behaviour and academic dysfunction in children. *Evaluation and Programme Planning*, 14(4).

Englander-Goldem, R., Jackson, J., Crane, K., Schwarzkopf, A., & Lyle, R (1989). Communication skills and self-esteem in prevention of destructive behaviours. *Adolescence*, 14, 481-501.

Errecart, M.T., Walberg, H.J., Ross, J.G., Gold, R.S., Fiedler, J.L., & Kolbe, L.J. (1991). Effectiveness of teenage health teaching modules. *Journal of School Health*, 61(1), 26-30.

Evans, R., et al. (1978). Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate physiological effects and coping with peer pressure, media pressure and parent modelling. *Journal of Applied Social Psychology*. 8.

Evans, R.I. (1976). Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5.

Feindler, E., Ecton, R., Kingsley, D., & Dubey, D. (1986). Group anger-control training for institutional psychiatric male adolescents. *Behaviour Therapy*, 17, 109-123.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Gachuhi, D. (1999). The impact of HIV/AIDS on education systems in the Eastern and Southern Africa Region and the response of education systems to HIV/AIDS: *Life skills programmes*. Pripravené pre UNICEF ESARO.

Gardner, H. (1993). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.

Gingiss, R (1992). Enhancing programme implementation and maintenance through a multiphase approach to peer-based staff development. *Journal of School Health*, 62(5): 161-176.

Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., & Partridge, K. B. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing.

Greene, W. H. & Simons-Morton, B. G. (1984). *Introduction to Health Education*. Prospect Heights, IL: Waveland Press.

- Gresham, F., & Elliott, S. (1990). Social skills deficits are a primary learning disability. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 120-124.
- Griffin, T. & Svendsen, R. (1992). *Promising prevention strategies for the 90s*. Piscataway, N.J: New Jersey Alcohol/Drug Abuse Resource Centre and Clearinghouse.
- Hansen, W. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7(3), 403-430.
- Hansen, W., Johnson, C., Flay, B., Graham, J., & Sobel, J. (1988). Affective and social influence approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: *Results from Project SMART*. *Preventive Medicine*, (17), 135-188.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile of children*. Nevydaný rukopis, University of Denver.
- Hubley, J. (2000). *School health promotion in developing countries: A literature review*. Leeds, UK: J. Hubley. K dispozícii tiež on-line at <http://www.hubley.co.uk/#leeds>.
- Hunter, S.M., Steyn, K., Yach, D., & Sipamla, N. (1991). Smoking prevention in black schools: A feasibility study. *South African Journal of Education*, 11, 137-141. Ako uvádzané v Hubley, 1998.
- Infante, F. (2001). *Five open questions to resilience: A review of recent literature*. Vypracované pre the Bernard van Leer Foundation.
- Jessor, R. & Jessor, S. (1977). *Problem behaviour and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jemmott, J.B., Jemmott, L.S., & Fong, G.T. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviours among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health*, 82(3), 372-7.
- Jemmott, J., Jemmott, L., & Fong, G. (1998). Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American Adolescents: A randomized controlled trial. *JAMA*, 279(19), 1529-1536.
- Kaim, B. (1997). *Adolescent reproductive health project: Report on initial findings from four schools in Mashonaland East*. Pracovný materiál, apríl 1997. Training and Research Support Centre.
- Kann L., Collins, J. L., Paterman, B. C., Small, M. L., Ross, J. G., & Kolbe, L. J. (1995). The School Health Policies and Programmes Study (SHPPS): Rationale for a nationwide status report on school health. *Journal of School Health*, 65, 291-294.
- Kass, J.D. (1998). The inventory of positive psychological attitudes. In: C. R Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress. A book of resources*. Zv. 2, s. 153-184. Lanham, Md, & London: Scarecrow Press.
- Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., et al. (1994). School based programmes to reduce sexual risk behaviours: A review of effectiveness. *Public Health Reports*, 109, 339-361.
- Kirby, D. (1994). *School-based programmes to reduce sexual risk-taking behaviours: Sexuality and HIV/AIDS education, health clinics, and condom availability programmes*. Prednáška na výročnej schôdzi American Public Health Association, San Diego, Calif., 31. október 1994.
- Kirby, D. (1997). *No easy answers: Research findings on programmes to reduce teen pregnancy*. Washington, D.C.: National Campaign to Reduce Teen Pregnancy.

- Kirby D. (1999). Looking for reasons why: The antecedents of adolescent sexual risk-taking, pregnancy, and childbearing. Washington DC. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby, D. (2001). *Emerging answers: New research findings on programmes to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Summary k dispozícii on-line at: <http://www.teenpregnancy.org/resources/data/pdf/emerswsum.pdf>
- Kirby, D. & DiClemente, R. J. (1994). School-based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioural intentions*, s. 7-139. New York: Plenum Press.
- Ladd, G. & Mize, J. (1983). A cognitive-social learning model of social skill training. *Psychological Review* 90, 127-157.
- Lam, J. (1989). *School mediation programme evaluation kit*. Neverejnený rukopis.
- Luthar, S. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Journal of Child Development*, 71 (3), 543-558.
- Luthar, S. & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- Mangrulkar, L., Vince Whitman, C., & Posner, M. (2001). *Life skills approach to child and adolescent healthy human development*. Washington, D.C.: Pan American Health Organisation.
- McConaughy, S. H., Kay, R. J., & Fitzgerald, M. (1998). Preventing SED through parent-teacher action research and social skills instruction: First-year outcomes. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 6(2).
- McGuire, W (1964). Inducing resistance to persuasion: Some contemporary approaches. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experiential social psychology*. New York: Academic Press.
- McGuire, W. J. (1968). The Nature of Attitudes and Attitude Change. In: G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Meeks, L. & Heit, R (1992). *Comprehensive school health education*. Blacklick, OH: Meeks Heit Publishing.
- Mize, J. & Ladd, G. (1990). A cognitive-social learning approach to social skill training with low-status preschool children. *Developmental Psychology* 26(3), 388-397.
- Ndlovu, R. & Kaim, B. (1999). Adolescent Reproductive Health Education Project: Lessons from "Auntie Stella" reproductive health education in Zimbabwe's secondary schools. Part One. Ministerstvo školstva, športu a kultúry a Školiace a výskumné stredisko, Harare, s podporou Kráľovského dánskeho veľvyslanectva (DANIDA).
- O'Donnell, L., Stueve, A., San Doval, A., et al. (1998). Violence prevention and young adolescents' participation in community youth service. *Journal of Adolescent Health*, 24(1), 28-37.
- Oleweus, D. (1990). *A national campaign in Norway to reduce the prevalence of bullying behaviour*. Prednáška prednesená na dvojročnom zasadnutí Society for Research on Adolescence, Atlanta, 10.-12. december. Ako uvádzané vo WHO, 1994.
- Perry, C.L. & Grant, M. (1991). A cross-cultural pilot study on alcohol education and young people. *World Health Statistics Quarterly- Rapport*. Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales, 44, 70-73. Ako uvádzané v Hubley, 2000.

- Peters, L. & Paulussen, T. (1994). *School health -A review of the effectiveness of health education and health promotion*. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education. Ako uvádzané v Hubley, 2000.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15: 1-12.
- Postrado, L. T. & Nicholson, H. J. (1992). Effectiveness in delaying the initiation of sexual intercourse of girls aged 12-14: Two Components of the Girls Incorporated Preventing Adolescent Pregnancy Programme. *Youth and Society*, 23(3).
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19(3), 276-288.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-124.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Ross, J. G., Luepker, R. V., Nelson, G. D., Saavedra, P., & Hubbard, B. M. (1991). Teenage health teaching modules: Impact of teacher training on implementation and student outcomes. *Journal of School Health*, 61 (1), 31-34.
- Rutter, M. (1987) . Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* 57(3), 316-331.
- Webb, D. & Elliott, L., in collaboration with UK Department for International Development and UNAIDS. (2000). *Learning to live: Monitoring and evaluating HIV/AIDS programmes for young people*. Spojené kráľovstvo: Save the Children Fund.
- Schinke, S., Blythe, B., & Gilchrest, L. D. (1981). Cognitive-behavioural prevention of adolescent pregnancy. *Journal of Counselling Psychology*, 28, 451-454.
- Scripture Union. (n.d.). *All the right moves: Lifeskills for an Aids-free generation: Twelve to fifteen year programme*. Rondebosch, South Africa: Scripture Union. Ako uvádzané vo WHO, 1994.
- Sheeran, R & Abraham, C. (1996). The health belief model. In M. Connor & R Norman (Eds.), *Predicting health behaviour*, s. 23-61. Bristol, PA: Open University Press.
- Shuey, D. A., Babishangire, B. B., Omiat, S., & Bagarukayo, H. (1999). Increased sexual abstinence among in-school adolescents as a result of school health education in Soroti district, Uganda. *Health Education Research: Theory and Practice*, 14, 411-419.
- Shure & Spivack. (1979). Interpersonal cognitive problem-solving and primary prevention: Programing for preschool and kindergarten children. *Journal of Clinical Child Psychology*, leto 1979.
- Slaby, R. & Guerra, N. (1988). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders. *Developmental Psychology*, 24, 580-588.
- Smith, J. & Colvin, C. (2000). *Getting to scale in young adult reproductive health programmes. Focus tool series 3*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults. K dispozícii on-line at <http://www.pathfind.org/guides-tools.htm>.

- South Africa Ministry of Health and Ministry of Education. (1998). *Life skills programme project report 1997/98*.
- Tobler, N. (1998). *A meta-analysis of school-based prevention programmes*. Koncept, 28. august 1998. (Autor skonal po vypracovaní konceptu.)
- Tobler, N. (1992) Drug prevention programmes can work: Research findings. *Journal of Addictive Diseases*. 11(3).
- Tolan, R & Guerra, N. (1994). what works in reducing adolescent violence: An empirical review of the field. Boulder, Colo.: Center for the Study and Prevention of Violence. UNAIDS Inter-agency Working Group on HIV/AIDS, Schools and Education. (2001). HIV/AIDS, schools and education, global strategy framework. Koncept, júl 2001.
- UNESCO/UNICEF/WHO/The World Bank. (2000). Focusing Resources on Effective School Health: A *FRESH* start to enhancing the quality and equity of education. World Education Forum 2000, Záverečná správa. Dakar, Senegal.
- UNESCO PROAP Regional Clearinghouse on Population Education and Communication, UNFPA. (2001). *Communication and advocacy strategies: Adolescent reproductive and sexual health*. Booklet 3, lessons learned and guidelines. Bangkok, Thailand: UNESCO, UNFPA.
- UNICEF. (2000). McKee, N., Manocantour, E., Saik Yoon, C., & Carnegie, R (Eds). *Involving people, evolving behaviour*. ISBN 983-9054. Penang, Malaysia: Southbound a UNICEF.
- UNICEF/CARICOM. (2001). *Alternative student assessment for HFLE*. October 23-26, 2001. Jolly Beach Resort, Antigua. zložka pre seminár, UNICEF.
- UNICEF/EAPRO. (1998). The Mekong Project. A pilot life skills approach for HIV/AIDS prevention education in schools. Lifeskills Education: Collected materials on Lifeskills Education and its application for promotion of healthy lifestyles and HIV/AIDS prevention. K dispozícii od UNICEF/HQ alebo UNICEF East Asia a Pacific Regional Office, alebo <http://www.unicef.org>.
- UNICEF. (2001). *The Participation rights of adolescents: A strategic approach*. Prepared by R. Rajani. Objednaná práca pre UNICEF. K dispozícii od UNICEF, alebo na http://www.unicef.org/programme/youth_day/assets/participation.pdf
- Vince Whitman, C. (2001). *Advocating for school health: Presenting an effective case to decision makers*. Workshop počas Mega Country Meeting: School Health Component, at IUHPE, Paris, Francúzsko, 15. júl 2001.
- Vince Whitman, C., Aldinger, C., Levinger, B., & Birdthistle, I. (2001). *Education For All 2000 assessment. Thematic studies: School health and nutrition*. Paríž: UNESCO.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Werner, M. (1991). *Adolescent substance abuse: Risk factors and prevention strategies*. *Maternal & child health technical information bulletin*. Washington, D.C: National Center for Education in Maternal and Child Health.
- Werner, D. & Bower, B. (1982). *Helping health workers learn*. Palo Alto, CA: Hesperian Foundation.
- Wilson, D., Mparadzi, A., & Lavelle, E. (1992). An experimental comparison of two AIDS prevention interventions among young Zimbabweans. *Journal of Social Psychology*, 132 (3), 415-417.

- Wodarski, J. S. & Feit, M. D. (1997) Adolescent preventative health: A social and life group skills paradigm. *Family Therapy*. 24(3), 191-208.
- World Bank. (1993). *World development report 1993*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization [WHO]. (1997) *Coming of age: From facts to action for adolescent sexual and reproductive health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (1997). *Life skills education in schools*. WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2. Ženeva: WHO
- World Health Organisation [WHO]. (1998). WHO's Global School Health Initiative: Health-Promoting Schools. WHO/HPR/HEP/98.4. Ženeva: WHO.
- World Health Organisation [WHO]. (1999). WHO Information Series on School Health. Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: *An important responsibility of Health-Promoting Schools*. WHO/HPR/HEP/98.6. Ženeva: WHO.
- WHO/GPA. (1994). School health education to prevent AIDS and STD: *A resource package for curriculum planners*. World Health Organisation/Global Programme on AIDS, Geneva. Ako uvádzané vo WHO, 1994.
- WHO/UNFPA/UNICEF. (1995). Programing fore adolescent health. Discussion paper prepared for the Study Group on Programing for Adolescent Health. Saillon, Švajčiarsko, 29. november – 4. december 1995.
- Young, M., Kelley, R., & Denny, G. (1997). Evaluation of selected life-skills modules from the contemporary health series with students in grade 6. *Perceptual and Motor Skills*. 84, 811-818.
- Zabin, L. S., Hirsch, M. B., Smith, E. A., Streett, R., & Hardy, J. B. (1986). Evaluation of a pregnancy prevention programme for urban teenagers. *Family Planning Perspectives*, 18, 119-126.