JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Dostatečnost poskytovatelů primární prevence rizikového chování v městě Příbram

Bakalářská práce

Autor:
Hana Švůgerová

Vedoucí práce:
Mgr. Pavel Vácha

2011

ABSTRAKT

Název mé bakalářské práce zní Dostatečnost poskytovatelů primární prevence rizikového chování v městě Příbram. Primární prevence si klade za cíl předcházet vzniku rizikového chování nebo první zkušenost s ním oddálit do co nejpozdějšího věku. Cílem je zabránit zvyšování výskytu rizikového chování. Primární prevence je ve školním prostředí zajišťována školními metodiky prevence, kteří vybírají pro své žáky a studenty preventivní aktivity, jimiž se snaží zlepšit jejich sociální dovednosti. Rizikové chování je takové chování, v jehož důsledku dochází k nárůstu sociálních, zdravotních a dalších rizik. Primární prevence by se měla zaměřit zejména na tyto oblasti: užívání návykových látek, šikana a kyberšikana, netolismus, gambling, HIV/AIDS či poruchy příjmu potravy. Dalšími jevy, kterým se snaží prevence předcházet, jsou politický a náboženský extremismus, projevy rasismu a xenofobie.

K zajištění primární prevence využívají školy služeb poskytovatelů, kteří nabízí prevenci pomocí různých forem. Aby byla primární prevence efektivní, měla by být dlouhodobá a kontinuální. Její působení by se mělo objevit 2 – 3 roky před prvním kontaktem s konkrétním jevem. Mezi méně účinné formy patří jednorázové aktivity, jako jsou například přednáška či beseda, které v programu nevyužívají potenciálu cílové skupiny.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit dostatečnost poskytovatelů primární prevence vybraného rizikového chování a provést evaluaci primární prevence na školách v městě Příbram. Vlastní výzkum byl proveden kvantitativně a doplněn pro ověření dat a údajů kvalitativně, metodou dotazování technikou polořízeného rozhovoru. Hlavní část výzkumu byla zajištěna prostřednictvím obsahové analýzy dat z minimálních preventivních programů ve vybraných základních a středních školách.

Za stěžejní výsledky považuji fakt, že školy v městě Příbram nerealizují prevenci všech typů rizikového chování dle metodického pokynu MŠMT ČR. Nejčastěji je prevence zajištěna v oblastech užívání návykových látek a onemocnění HIV/AIDS. Naopak minimálně je prevence prováděna v případech kyberšikany, netolismu, gamblingu a poruch příjmu potravy. Na základních školách přichází prevence pozdě.

Z rozhovoru se školními metodiky prevence jsem zjistila, že nejčastější důvod, proč školy v těchto oblastech nedělají prevenci, je domněnka nepotřebnosti tématu či představa zbytečnosti a pozdního zásahu preventivních aktivit. Na nedostatek poskytovatelů primární prevence v Příbrami upozornili pouze dva metodici prevence, což se týká především problematiky šikany a kyberšikany, alkoholu a rasismu a xenofobie. Na tomto základě se domnívám, že skutečnost, že školy nedělají primární prevenci všech typů rizikového chování, není způsobena nedostatkem poskytovatelů.

Jako možné řešení stávající situace na školách vidím zejména pevnější zakotvení primární prevence v legislativě České republiky.

Výsledky mojí práce mohou posloužit jako podklad pro zkvalitnění primárně preventivního dění na jednotlivých školách v městě Příbram, pro potřeby dalšího výzkumu či jako materiál pro laickou veřejnost zajímající se o prevenci.

ABSTRAKT

My bachelor thesis is called "Sufficient Number of Providers of Primary Prevention of Risky Behaviour in the Town of Příbram". The aim of the primary prevention is to prevent occurrence of risky behaviour or to postpone the first experience with it as latest as possible. The aim is to prevent from increasing occurrence of risky behaviour. Primary prevention is provided by school methodologists of prevention who choose prevention activities which are used to improve social skills at schools for their pupils and learners. Risky behaviour is such behaviour leading to increase in social, health and other risks. Primary prevention should focus on the following areas, in particular: addictive drug use, bullying and cyber-bullying, netolism, gambling, HIV/AIDS and eating disorders. Other phenomena that should be prevented are political and religious extremism, manifestations of racism and xenophobia.

Schools use services rendered by providers offering prevention of various forms to ensure primary prevention. In order primary prevention is efficient it should be long-term and continuous. It should be started with the prevention 2 – 3 years before the first contact with a particular phenomenon. Single activities such as lectures or discussions which do not use the potential of the target group within the programme are less efficient.

The goal of my bachelor thesis is to find out whether there are a sufficient number of providers of primary prevention of selected risky behaviour and to do evaluation of primary prevention at the schools in Příbram. The research in question was conducted on a quantitative basis and completed with the method of questioning using a semi-structured interview in order to verify the data on a qualitative basis. The main part of the research was done using content analysis of data of the minimum preventive programmes at the selected primary and secondary schools.

I consider the fact that the schools in Příbram do not implement prevention of all types of risky behaviour in accordance with the guideline of the Ministry of Education, Youth and Sport of the Czech Republic as the fundamental result. It is most common to ensure prevention in the area of addictive drug use and diseases of HIV/AIDS. On the

contrary, the minimum prevention is implemented in case of cyber-bullying, netolism, gambling and eating disorders. Prevention is dealt at the primary schools late with. The interviews with the school methodologists of prevention suggest that the most common reason for not doing prevention in these areas at schools is the assumption the matter is not necessary or image of uselessness and late impact of preventive activities. Only two methodologists of prevention notified of lack of providers of primary prevention, which relates to the issue of bullying and cyber-bullying, alcohol and racism and xenophobia in particular, in Příbram. On the basis of this I believe that the fact the schools do not do primary prevention of all types of risky behaviour is not caused due to lack of providers.

In my opinion, an eventual solution to the current situation at schools could be, in particular, if primary prevention is embodied in the laws of the Czech Republic more firmly.

The results of my thesis can be used as a basis for improving the quality of primary preventive activities at the individual schools in Příbram, for the needs of further research, or as material for lay public interested in prevention.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Dostatečnost poskytovatelů primární prevence rizikového chování v městě Příbram“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou- elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4.5.2011.

.....

podpis studenta

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Pavlu Váchovi za jeho odborné vedení, užitečné rady a připomínky, které mi během zpracování bakalářské práce poskytl.

OBSAH

ÚVOD 10
1 SOUČASNÝ STAV 12
1.1 Rizikové chování 13
1.1.1 Užívání návykových látek 14
1.1.2 Poruchy příjmu potravy 15
1.1.3 Šikana 16
1.1.4 Závislost na virtuálním prostředí 18
1.1.5 Extremismus, závislost na sektách 20
1.1.6 Xenofobie, rasismus 21
1.1.7 Kriminalita a delikvence 22
1.1.8 Sexuální rizikové chování, onemocnění HIV/AIDS 23
1.2 Primární prevence 24
1.2.1 Cíle primární prevence 24
1.2.2 Vývoj primární prevence v ČR 25
1.2.3 Nespecifická primární prevence 25
1.2.4 Specifická primární prevence 26
1.2.5 Efektivní primární prevence 27
1.2.6 Preventivní programy s nižší účinností 28
1.2.7 Formy primární prevence 29
1.2.8 Členění primární prevence dle věku cílové populace 30
1.3 Poskytovatelé primární prevence 31
1.4 Systém organizace a řízení primární prevence 32
1.5 Základní dokumenty týkající se prevence 33
1.5.1 Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 2009-2012 33
1.5.2 Metodické pokyny MŠMT ČR 33
1.5.3 Minimální preventivní program 34
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY 36
2.1 Cíle práce 36

2.2 Hypotézy práce 36
3 METODIKA 37
3.1 Použité metody 37
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku 38
4 VÝSLEDKY 39
5 DISKUZE 61
6 ZÁVĚR 69
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ 72
8 KLÍČOVÁ SLOVA 78

ÚVOD

Název bakalářské práce obsahuje pojem, na který je možno se dívat z několika úhlů pohledu. Téma zní Dostatečnost poskytovatelů primární prevence rizikového chování v městě Příbram. Flexibilním slovem dostatečnost jsem chtěla vyjádřit nejen množství poskytovatelů, se kterými školy v městě Příbrami v rámci primární prevence vybraných typů rizikového chování spolupracují, ale také to, do jaké míry jsou programy primární prevence nabízené těmito institucemi dostatečné. Tedy, zdali nabízejí širokou škálu všech rizikových chování, na které je dle MŠMT ČR nutno se při primární prevenci zaměřit, a to především v dostatečném předstihu před objevením se první zkušenosti s těmito jevy u dětí a také dostatečnými (efektivními) metodami.

Stále větší množství lidí v našem okolí si stěžuje na nevychovanou mládež, jejíž životní náplň tvoří užívání návykových látek, nesmysluplné a pasivní trávení volného času se sklony k hazardu či záškoláctví nebo zvrácená zábava v podobě šikanování. Klíčem ke změně takového chování by měla být primární prevence. Primární prevencí se rozumí působení vhodnými způsoby a prostředky na jedince tak, aby k možnému projevu rizikového chování nedošlo vůbec, případně aby byla tato první zkušenost posunuta do co nejvyššího věku. To by měla v první řadě zajišťovat rodina. V dnešní uspěchané době, kdy je mnoho rodin neúplných, pracovní tempo některých rodičů je příliš vysoké nebo naopak nulové, kdy rodiče sami jsou mnohdy oběťmi závislostí, není tato rodičovská povinnost tak lehce splnitelná. Proto zde svou nezastupitelnou roli hraje škola, která by se měla snažit působit na děti tak, aby si vytvořily hodnotový systém, ve kterém by na prvních místech nebyla zábava v podobě vandalismu, kriminality či neustálém trávení volného času na internetu. Školy a jejich pracovníci mají v rukou obrovský nástroj – primární prevenci. Primární prevence by měla působit na cílovou skupinu dlouhodobě a kontinuálně. Měla by přicházet včas, tedy před vlastním experimentem s rizikovým chováním. Na všechny tyto požadavky by měla škola brát ohled.

Nemá-li ale ve svém městě instituci či orgán, na který by se mohla při realizaci prevence obrátit nebo neposkytují-li naopak tyto organizace široké množství programů

a nabídek, ve kterém by byly zařazeny všechny kategorie rizikového chování, vede tato situace často ke stagnaci či nechuti ze strany školy se primární prevenci souvisle a zodpovědně věnovat.

Cílem mé práce je tedy zjistit, zdali poskytovatelé primární prevence v městě Příbrami jsou a jestli pokrývají širokou škálu druhů rizikového chování, případně zjistit, z jakého důvodu s těmito poskytovateli školy spolupracují nebo naopak nespolupracují. Můj zájem během práce bude orientován také na celkovou situaci primární prevence na školách v městě Příbrami.

1 SOUČASNÝ STAV

Z jednotlivých výzkumů vyplývá, že školy ve Středočeském kraji se v rámci zprostředkování a realizace primární prevence začínají spoléhat spíše na vlastní činnost v této oblasti, než na činnost poskytovanou prostřednictvím externích spolupracovníků. 62,9 % dotázaných škol počítá s vnitřním zajištěním primární prevence, 37,1 % pak přenechává tyto aktivity vyškoleným odborníkům pozvaným do škol za účelem realizace specifické prevence. Co se vnějších subjektů týče, prevence na školách je prováděna nejvíce prostřednictvím Policie ČR, a to především z důvodu snadné dostupnosti této instituce v každém městě. Hojné využívání tohoto subjektu ovšem ještě nemusí svědčit o jeho efektivitě a kvalitě. Druhými nejvíce využívanými externími poskytovateli jsou pedagogicko-psychologické poradny. Na další pozici se pak objevují jednotlivá centra zabývající se drogovou problematikou (Broža, Miovský, 2006).

Analýza jednotlivých druhů preventivních aktivit na základních školách ve Středních Čechách prokázala, že prevence je zajišťována nejčastěji formou distribuce informačních materiálů (22,9 %) nebo jednorázové besedy (17,1 %). Další místo pak zaujala s 11,4% informační přednáška bez besedy. Série besed stejně tak jako pouštění dokumentu s následnou diskuzí je také poměrně častou formou primární prevence na základních školách (obojí 10% zastoupení). Z výzkumů dále vyplývá, že tyto preventivní aktivity si zajišťují školy většinou samy pomocí vlastního zaměstnance, v menší míře se pak obrací na vnější zdroj (Adámková a kol., 2009).

Jako nejvíce problematická se v rámci primární prevence dětí a mládeže považuje zejména spolupráce s rodiči a celková absence prevence v rodinách. Nedostatečné se jeví i pregraduální a postgraduální vzdělávání pedagogů a to především v oblasti komunikace a sociálně patologických jevů. Zásadní slabou stránkou je pravděpodobně kontraproduktivnost mediální politiky v otázkách primární prevence spolu se zakotvením prevence v legislativě a nedostačující financování nestátních neziskových organizací fungujících jako vnější poskytovatel..Prevence na školách se často setkává s nechutí pedagogů realizovat něco, co nepřináší okamžitý a viditelný výsledek (Netolická, 2008).

Dle výzkumu provedeném na základních školách ve Středočeském kraji se žáci s některými oblastmi rizikového chování v rámci prevence setkávají jen velmi zřídka. Co se týče preventivních aktivit v oblasti internetu a komunikačních programů, nesetkalo se s takovou 71,6 % žáků. Problematiku patologického hráčství a její prevenci probíralo ve škole 48,4 % dotázaných. Nejvíce se preventivní aktivity zaměřují na účinky a rizika spojená s užíváním ilegálních drog. S touto prevencí se ve škole setkalo celých 81% respondentů. Preventivní činnost v oblasti šikany a agresivního chování a jednání je realizována nejen prostřednictvím školy, kde se s ní setkalo 74,3 % žáků, ale zejména v rámci rodiny. Co se týče preventivních programů spojených s riziky v oblasti sexuálního života žáků, zastupuje škola poměrně důležitou roli. O této problematice se v ní dozvědělo 84 % dotázaných. Věk respondentů, ve kterém se s jednotlivými preventivními aktivitami setkali poprvé a vědomě je následující: 10,1 let u alkoholu, 9,8 let tabákové výrobky, 12,9 let ilegální drogy, 13,3 let internet, 13,2 let počítačové hry, 13,8 let primární prevence gamblingu, 9,8 let problematika šikany a 13,2 let prevence v sexuální oblasti (Suchelová, 2009).

1.1 Rizikové chování

Rizikové chování je definováno jako takový způsob chování, v jehož důsledku dochází k růstu zdravotních, sociálních, výchovných i jiných rizik, které jsou u jedince i v celé společnosti prokazatelně měřitelné. Tato rizika se mohou ověřovat vědecky a je možné je ovlivnit pomocí preventivních, případně následných léčebných aktivit (Miovský, Zapletalová in Martanová, 2007).

MŠMT ČR (2007a) jmenuje výčet následujících oblastí sociálně patologických jevů, které by se měly objevit v rámci primární prevence ve školách :

- záškoláctví,
- šikana,
- rasismus a xenofobie,
- vandalismus,

- kriminalita a delikvence,
- užívání návykových látek,
- onemocnění HIV/AIDS a dalšími infekčními nemocemi souvisejícími s užíváním návykových látek,
- závislost na politickém a náboženském extremismu,
- netolismus a patologické hráčství,
- poruchy příjmu potravy (MŠMT ČR, 2007a).

1.1.1 Užívání návykových látek

Za drogu jsou pokládány veškeré látky, které mají rychlý a výrazný účinek na lidskou psychiku. Nejčastěji se drogou rozumějí psychoaktivní látky, které ať již přirozené nebo syntetické, vyvolávají závislost (Marhounová, Nešpor, 1995). Opakované užívání drog škodí jednak uživateli samotnému, ale také jeho okolí a je doprovázeno nepřekonatelnou touhou drogu konzumovat a opatřovat si ji jakýmkoliv způsobem. Typická je stále se zvyšující tolerance na návykovou látku a fyzická či psychická závislost na účincích takové drogy (Kraus, Hroncová, 2007). Věková hranice zneužívání návykových látek stále klesá, a tak se drogy stávají obrovskou hrozbou současné civilizace (Sochůrek, 2009).

Primární prevence v rámci drogové problematiky usiluje o to, aby se z uživatele potencionálního nestal uživatel reálný. Jde především o dosažení stavu, ve kterém jedinec drogy nejen nekonzumuje, ale ve svém životě je vůbec nevyhledává. Tato idea ovšem nebývá často naplňována, proto se za úspěch považuje alespoň oddálení prvního kontaktu s drogou do co nejpozdějšího věku. „U dětí a velmi mladých teenagerů mají totiž drogy na rozvoj osobnosti a sociální integraci velmi destruktivní vliv.“ (Bém, Kalina in Kalina a kol., 2003).

Dle celostátní studie ESPAD zkoušelo někdy v životě kouřit 78 % studentů. Více jak čtvrtina dotázaných pak uvedla, že první zkušenost s cigaretou měla v 11 letech a dříve. Denní kuřáctví se nejvíce objevuje u dětí ve věku 14-15 let. Průzkum také ukázal, že 60 % všech dotázaných studentů se může řadit mezi pravidelné

konzumenty alkoholu. K nejčastějším pravidelným konzumentům alkoholu patří studenti ze Středočeského kraje. Při celkovém regionálním srovnání patří Středočeský kraj spolu s dalšími mezi nejvíce exponované kraje ČR co se alkoholu a tabáku týče. Nejrozšířenější drogou v ČR mezi dospívajícími je marihuana, jejíž zkušenost s užíváním přiznalo 45 % mladých lidí. K prvním zkušenostem s marihuanou dochází ve věku mezi 14-15 lety. Nelegální drogy, které mladí lidé rádi užívají a k jejichž zkušenosti se přiznali, byli léky se sedativním účinkem (9,1 %), těkavé látky (7 %), LSD či jiné halucinogeny (4,9 %), anabolika (4,2 %), extáze (4,1 %) a v neposlední řadě také pervitin (užilo 3,5 %) či opiáty (2,0 %) (Csémy a kol., 2009). Ve Středočeském kraji má zkušenost s alkoholem více jak 96 % mladých lidí, přičemž jejich první vědomá zkušenost nastala v 11,2 věku. 90,7 % žáků základních škol se hlásí k tomu, že již někdy kouřilo tabákové výrobky, jejich věk při prvnímu experimentu byl 11,2 let. K pravidelnému kouření se žáci hlásí od věku 13,2 let. S marihuanou má zkušenost 37,2 % žáků. Mezi oblíbené drogy se zařadila skupina přírodních drog, kde se k jejich konzumaci přihlásilo 6,9 % žáků (Suchelová, 2009).

1.1.2 Poruchy příjmu potravy

Jak upozorňuje Krch (2005), hraje jídlo v našem životě významnou roli a to jak v oblasti somatické, tak i z hlediska psychiky. Mentální anorexii, jako jeden z typů onemocnění poruch příjmu potravy, definuje jako poruchu, pro kterou je typické úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Způsoby, kterými nemocný nízké hmotnosti dociluje jsou například nadměrné cvičení, užívání projímadel, vlastní vyvolávání zvracení nebo vyhýbání se jídlu celodenně. Osobní vnímání těla je zkreslené a požadovaná váha většinou velice nízká. Mentální bulimie, jako další onemocnění tohoto typu, je dle Nešpora (2007) syndrom, pro který je charakteristické taktéž přehnané kontrolování vlastní váhy. Tato nemoc především ale spočívá v záchvatech přejídání, které se obvykle střídají se snahami výživný účinek jídla potlačit. Takovými metodami mohou být hlavně zvracení či užívání projímadel nebo nadužívání některých léků (anorektika, diuretika). Mezi typické znaky patří konzumace velkého množství jídla

během krátké doby. Krch (2005) spatřuje nebezpečí v tom, že stále přibývá pacientů, kteří nesplňují všechna kritéria výše uvedených onemocnění, takže jejich problém v podstatě není vidět a neřeší se.

Cooper (1995) uvádí, že tímto velice závažným onemocněním trpí v drtivé většině dívky, které si začínají uvědomovat své tělo již v poměrně nízkém věku. Dle Marádové (2007) mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 13-18 let, mentální bulimie pak o trochu později (mezi 15. a 25. rokem). Jsou to onemocnění, kterými trpí ve větší míře ženy. Kolem 6 % dospívajících děvčat má sklony k mentální anorexii.

Jako vhodná primární prevence ve školách se jeví především snaha o změnu postojů. Nutné je klást důraz na nebezpečí jednostranných nebo extrémních postojů ve výživě nebo třeba ve sportu. O poruchách příjmu potravy by pak v rámci prevence měli být informováni nejen žáci, ale také jejich rodiče. Tyto informace mohou být doplněny o přednášky týkající se neúčinnosti některých redukčních diet. Jako důležitá součást prevence se jeví především předcházení strachu z tloušťky. Tento jev je však značně v rozporu se stále se zvyšujícím procentem obézních osob. Proto je nutné najít kompromis mezi nepřirozenou vyhublostí a obezitou. V dětech je nutno budovat pocit sebedůvěry a hodnoty vlastního zdraví. Významnou roli hraje výchova ke zdravým stravovacím návykům (Marádová, 2007).

1.1.3 Šikana

„Šikanování je jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit, zastrašit nebo ohrožovat žáka, případně skupinu žáků. Spočívá v cílených a opakovaných fyzických a psychických útocích jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině žáků, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit.“ (MŠMT ČR, 2008a). Šikana může být fyzická, tvořena ubližováním nejrůznějšího charakteru a nebo psychická, kterou nejčastěji tvoří ignorace, přehlížení ostatními, pomluvy a nadávky či vyhrožování. Častým a poměrně novým typem je pak šikana majetková, kdy je oběť nejčastěji napadána kvůli tomu, že nemá například značkové oblečení a obuv, nevlastní mobilní telefon a další moderní výdobytky dnešní společnosti (Haškovcová, 2004). Šikana se

objevuje v zárodečných fázích takřka na každé škole. Její nebezpečí spočívá zvláště v závažnosti, dlouhodobosti a nezřídka v celoživotních následcích na duševní a tělesné zdraví oběti (MŠMT ČR, 2008a).

Do primární prevence šikany na školách se musí zapojovat i širší okolí, které by mělo být v první řadě tvořeno rodiči. O šikaně jako takové by se mělo začít více mluvit, jako forma prevence se nejlépe jeví začlenění do běžných vyučovacích hodin. Na základních školách by se měl do tohoto boje zapojit třídní učitel, který by se měl snažit stmelovat třídní kolektiv, posilovat pozitivní sociální chování a klást důraz na negativa šikany (Fieldová, 2007). Při primární prevenci šikanování je nedílnou součástí také spolupráce s odbornými institucemi, kterými jsou například pedagogicko-psychologická poradna, středisko výchovné péče či orgán sociálně právní ochrany dětí (MŠMT ČR, 2008a). Ve Středočeském kraji se s šikanou setkalo 27,9 % žáků základních škol a to nejčastěji ve věku kolem 11 let (Suchelová, 2009).

Kyberšikana – je šikana, která je útočníky realizována přes moderní technologická zařízení, nejčastěji prostřednictvím internetu nebo mobilního telefonu. Tento jev souvisí jistě také se skutečností, že stále více dětí začíná vlastnit mobilní telefon a to ve velmi brzkém věku. Mezi nejznámější typy této novodobé šikany patří zejména textové a obrazové zprávy, telefonní hovory, email, chat či další komunikační portály nebo prezentace obrázků a videí na internetu. Jedním z nepříjemných rysů, kterým se kyberšikana odlišuje od šikany klasické je, že oběť v mnoha případech nemůže této šikaně uniknout ani v relativně jinak bezpečném prostředí. Dalším rizikem je šíře potencionálního publika, která může být, vzhledem ke zveřejňování prostřednictvím internetu, mnohonásobně vetší, než u tradiční šikany. Útočníky kyberšikany jistě nejvíce láká neviditelnost a anonymita, kterou jim virtuální svět poskytuje. To souvisí také s tím, že útočník nevidí následky, které kyberšikanováním své oběti způsobuje a nemusí si být tedy vědom toho, že dělá druhému něco opravdu nepříjemného a nepřípustného. Spolu s útočníkem nevidí dopady této šikany ani nezúčastnění pozorovatelé, což snižuje možnost potenciálního pomocného zásahu právě ze strany okolí (Slonje, Smith, 2008). Kyberšikaně je nutno předcházet a to tím

způsobem, že bude začleněna do prevence na školách. Důležité proto je, aby se o kyberšikaně ve škole mluvilo. V rámci prevence na školách je také nezbytná kontrola žáků během práce na internetu. Žáci by si měli uvědomovat a být informováni o tom, kde jsou hranice kyberšikany a co vše vlastně tato „moderní šikana“ obsahuje (Kopecký, Krejčí, 2010).

46,8 % českých dětí je vystavováno kyberšikaně. Nejčastějšími projevy kyberšikany mezi dětmi jsou nadávky, urážky a ponižování v sms zprávě, emailu, chatu nebo diskuzi (15,8 %), dále napadení elektronického účtu (muselo řešit již 13,5 % dětí) a v neposlední řadě jsou to také výhružky a zastrašování (8,9 %). Četnost kyberšikany je pravděpodobně zakotvena ve vysokém počtu útočníků. 27,8 % českých dětí přiznalo, že si kyberšikanu vyzkoušelo (Krejčí, Kopecký, 2010). S kyberšikanou začínají mít děti zkušenosti již ve věku 8 let. Mobilní telefon vlastní v tomto věku až 66 % dětí. Ve věku 11 – 13 let je to dokonce 92 % dětí. 83 % dětí ve věku 8 – 10 let také potvrdilo, že má neomezený přístup k internetu (Admin, 2010).

1.1.4 Závislost na virtuálním prostředí

Závislost na internetu (*netolismus*) - Goldberg (in Kalina a kol., 2008) uvádí, že závislý uživatel upřednostňuje internet za všech okolností na úkor ostatních plnohodnotnějších aktivit, což vede ke sníženému fungování ve všech oblastech života. Zejména pak v oblasti psychologické, fyziologické, pracovní, profesionální, ale i sociální, finanční či rodinné. Pokorný, Telcová, Tomko (2002) se domnívají, že závislost na internetu je primárně psychickou záležitostí a je srovnatelná svými rysy se závislostí na hracích automatech. Následky propadnutí internetu jsou velmi závratné. Především dochází k přetěžování organismu jedince v důsledku zahlcování přemírou informací, čímž klesá celková kvalita lidské pozornosti. Počítač nahrazuje vzájemnou lidskou interakci, což vede k neosvojení si určitých sociálních dovedností, sloužících k běžné komunikaci s okolním světem. Jedním z největších problémů dnešní doby je informační závislost uživatelů na internetu a skutečnost, že to, co potřebují, si neumí najít z jiných „neinternetových“ zdrojů. Bukovská a kol. (2010) upozorňují na to, že

největším problémem závislosti je jakási bezbřehost, což znamená, že se člověk nikdy nemůže „proklikat“ tak obrovským množstvím informací, které jsou na internetu k nalezení. Jako účinná primární prevence se jeví především znalost internetu rodiči a jejich umění předat informace svým potomkům. Závislost na internetu by se měla objevit také v prevenci ve školách.

Z průzkumu Bukovské a kol. (2010) vyplývá, že 91 % Čechů-studentů využívá internet jako příležitost k odesílání a přijímání elektronické pošty, 60 % pak k chatování a k online komunikaci. 37 % dětí ve věku 14-15 let komunikuje na internetu s cizími lidmi, které znají právě pouze z virtuálního prostředí a více jak 1/3 dětí v tom stejném věku pak sděluje své kontaktní a osobní údaje bez dostatečného ověření. Přibližně ½ dětí sdílí své fotografie a videa na internetu. Na druhou stranu pouze 17 % rodičů pravidelně kontrolují své děti v době, kdy jsou na internetu. Zbytek dělá jen jakési namátkové kontroly. Suchelová (2009) upozorňuje na to, že žáci devátých tříd základních škol Středočeského kraje uvedli, že na internetu stráví kvůli komunikaci a chatování přibližně 18,4 hod týdně. Tento druh zábavy je mezi respondenty ve srovnání s ostatními aktivitami na počítači nejoblíbenější. 88,4% žáků má doma počítač, který může používat bez omezení, což může vést k potenciální závislosti. Dle Studie ESPAD bylo sledováno mimo jiné také trávení volného času studentů, kdy bylo zjištěno, že až 56,6 % tráví svůj volný čas surfováním po internetu (Csémy a kol., 2009).

Patologické hráčství (gambling) - je možno definovat jako opakované epizodní hraní jedince narušující jeho hodnoty a to zejména materiální, rodinné, sociální a pracovní. Klíčovými symptomy bývají opakující se hraní i přes nepříznivé sociální důsledky, časté půjčování si peněz či neodolatelná touha hrát (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002). Gambling je řazen mezi návykové a impulzivní poruchy. Tato porucha se častěji objevuje u mužů a začíná se projevovat již v adolescenci či mladé dospělosti (Vágnerová, 2002). Dospělému člověku trvá přibližně 3 roky, než se stane závislým na hracích automatech, mladému jedinci se tato doba však zkracuje na několik měsíců, mnohdy i týdnů (Pokorný, Telcová, Tomko, 2002). Kalina a kol. (2008) upozorňují na to, že léčebné protigamblerské programy jsou stále více zaplňovány mládeží, která v

hráčství hledá snadnou vidinu zlepšení své ekonomické situace anebo se v osobním nenaplněném životě nudí a tak vyhledává zábavu právě u hracích automatů.

Kraus a Hroncová (2007) tvrdí, že primární prevence je v oblasti patologického hráčství významná ve všech rovinách společnosti. Nejlépe je prevence vykonávána pomocí fungující rodiny, kde je potřeba o této problematice s dětmi mluvit. Rodiče by si měli sehnat vhodné informace, ale především se snažit předcházet tomu, aby se dítě nudilo a hledalo uspokojení právě touto formou. Oznamovací prostředky by určitě neměly hazardní hry propagovat nebo k jejich hraní dokonce vybízet. Prevence patologického hráčství je nutno začlenit do preventivních programů školy za aktivní účasti žáků.

Suchelová (2009) uvádí, že 4,7 % žáků základních škol Středočeského kraje se přihlásilo k tomu, že příležitostně hraje hrací automaty. 36 % pak uvedlo hru na hracím automatu jako zkušenost v rámci experimentu. Průměrný věk pro první hru na hracím automatu je 13,8 let. Dle Šmatlákové (2008) se ke zkušenostem s gamblingem přihlásilo dokonce 38 % žáků základních škol v městě Příbram. Studie ESPAD ČR (Csémy a kol., 2009) uvádí, že 11,3 % dětí občas hraje nebo někdy v životě hrálo na výherních automatech.

1.1.5 Extremismus, závislost na sektách

Chmelík (in Sochůrek, 2009) definuje extremismus jako souhrn sociálně patologických jevů objevujících se ve spojitosti s příznivci více či méně organizovaných skupin, kteří odmítají základní normy a hodnoty platné v dané společnosti. Charvát (2007) se domnívá, že většina ideologií, ze kterých extremismus vychází, je přitažlivá zejména pro mladou generaci, pravděpodobně díky svými odkazy na historické souvislosti či mýty. Sochůrek (2009) vidí jako nejvíce nebezpečnou formu extremismu - extremismus náboženský. Pokorný, Telcová a Tomko (2003) popisují, že takový pobyt v sektě (neboli v hnutí, kde jedinec stojící v čele, začne svou uvědomovanou moc zneužívat ve svůj prospěch) nabízí únik od problémů okolního světa, přináší pocit naplnění a smyslu života, sounáležitosti a lásky, které mohou nahrazovat neuspokojené

pocity z primární rodiny. Kulty a sekty jsou pro mladé lidi velice přitažlivé a stávají se takřka fenoménem dnešní doby. Mladí lidé často raději přejímají již hotový hodnotový systém, který vezmou za vlastní, než aby se na jeho vytváření výrazněji podíleli sami (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003).

Samotná prevence spočívá především v kvalitní nabídce trávení volného času na škole i mimo ni. Jako významné se jeví také zvýšení informovanosti pedagogických pracovníků v rámci náboženského extremismu. Prevence by měla být vykonávána prostřednictvím profesionálů, aby nedošlo ze strany cílové skupiny spíše ke zvýšenému zájmu (Kraus, Hroncová, 2007). V městě Příbrami bylo spácháno za rok 2008 8 trestných činů s extremistickým podtextem. Toto číslo je mezi městy ve Středočeském kraji nejvyšší. Procentuálně se Středočeský kraj podílí 13,4 % na trestné činnosti extremistického charakteru (Teichmanová, Pětioký, Beneš, 2009).

1.1.6 Xenofobie, rasismus

Xenofobie bývá označována jako strach z cizího, z nového a tvoří základ dalších nenávistných ideologií, jakými je mimo jiné i rasismus (Šišková, 1998). Tento poměrně moderní fenomén doby v sobě nese myšlenku nadřazenosti jedné rasy nad druhou. V současnosti se u nás nejvíce setkáváme s nadřazeností bílého etnika nad lidmi s odlišnou barvou pleti (Charvát, 2007). Jak dále uvádí Šišková (1998), je rasismus stále častěji vnímán jako celospolečensky sdílená norma. Tento postoj může kdykoliv vyústit v agresivní a veřejně uznávanou ideologii, projevující se zejména fyzickým násilím. S ideologií rasismu či s projevy xenofobního chování se stále více ztotožňují také děti. Rasistické projevy se objevují již ve věku 13 let.

MŠMT ČR (1999) upozorňuje na to, že Ústava ČR, Listina základních práv a svobod či Úmluva o právech dítěte obsahují informace, ze kterých jasně vyplývá, že vzhledem ke shora uvedeným informacím je nutné těmto projevům předcházet pomocí účinné primární prevence. Jako vhodné se jeví využití tohoto tématu v rámci uměleckých děl, životních příběhů, literatury, filmů, doplněné o následnou besedu. Je dobré používat takovou výuku, ve které by docházelo k pozitivním postojům ve vztahu

k jiným národnostem, proto by žáci během vyučování měli být seznámeni s národnostními a etnickými menšinami nacházejícími se na našem území. Správná multikulturní výchova by měla vzbuzovat spíše zájem a obdiv žáků k určité minoritě, nežli nenávist a intoleranci. Žáci by měli být s tématem seznamováni přiměřeně vzhledem ke svému věku a za základě dalších zkušeností by měli být podněcováni k diskuzi. Diskuze by se měla zaměřovat na uskutečněné besedy, přednášky, návštěvy filmových a divadelních představení, které mají co dočinění s popisovanou problematikou. Metodický pokyn přímo vybízí, aby školy „využívaly programů a nabízené spolupráce v oblasti vzdělávání s nestátními subjekty, které mají v programu multikulturní výchovu, vzdělávání Romů, uprchlíků a různých národností a etnik.“ (MŠMT ČR, 1999).

1.1.7 Kriminalita a delikvence

Kriminalitou jako takovou se rozumí soubor činů, které se v trestním zákoníku dají označit jako trestné. Delikvencí se pak rozumí činy, které jsou nejen protiprávní, ale především protispolečenské a nemorální. Pojem delikvence bývá spojován s mládeží a nese v sobě znaky všech druhů rizikových chování, od méně závažných jako jsou kázeňské přestupky ve škole či záškoláctví, ale zahrnovat může také krádeže, loupeže nebo vandalství. Impulsem pro delikvenci či kriminalitu může být také užití návykové látky, která může vzbuzovat agresivitu či nepřiměřené reakce na určitou situaci (NICM NIDM MŠMT ČR, 2011).

Věkové rozmezí, ve kterém osoby páchají nejvíce trestných činů je v rozmezí od 20 do 30 let (34,6 %). Děti do 18 let se podílejí na kriminalitě v ČR v 7% zastoupení, stejně tak jako věková skupina mladých dospělých (18-20 let). Z tohoto důvodu je na mládež jako takovou (mimo jiné) zaměřena ve Strategii prevence kriminality na rok 2008-2011 zvýšená pozornost. V rámci prevence je nutné se zaměřit na začlenění prevence kriminality do škol a školských zařízení (MV ČR, 2007). Mezi pachateli provinění se mohou objevit také děti. Jejich věkové složení činí ¼ dětí do věku 12 let a ¾ z nich jako pachatelé starší 12 let (Marešová, 2008).

1.1.8 Sexuální rizikové chování, onemocnění HIV/AIDS

Časné sexuální chování vede ke zvýšenému počtu sexuálních partnerů, ale především zvyšuje riziko pohlavně přenosných chorob (Bukovská, 2010). Mezi nejnebezpečnější smrtelné onemocnění patří nákaza virem HIV. Tento vir proniká do lidského organismu a ničí bílé krvinky, což způsobuje rozvrat a následné selhání imunitního systému, tedy onemocnění AIDS. Proto je velice důležité vědět, jak se onemocnění přenáší, aby mohl každý člověk, pokud je to v jeho silách, šíření viru zabránit. Cesty přenosu jsou jednoznačně krví (intravenózní uživatelé drog). Dále je možný přenos z infikované těhotné ženy na plod. Nejrizikovějším způsobem přenosu však zůstává nechráněný pohlavní styk s infikovaným jedincem. Ještě rizikovějším je styk anální, k přenosu může ale dojít také orálním stykem (Holub a kol., 1993).

Z důvodu závažnosti onemocnění AIDS se jednoznačně vyplácí investovat do prevence v této oblasti. Účinnou formu poskytuje škola, kde by se dítě mělo naučit respektovat svoje zdraví. Principem je vytváření a posilování motivace pro budoucí zodpovědné sexuální chování nebo alespoň pro změnu chování stávajícího. Důležité jsou dostatečné informace o viru HIV a onemocnění AIDS, o rizicích, možnostech nákazy, cestách přenosu, o nabídce ochrany (Lukšík, Mayer, 2004).

Ve Středočeském kraji má 32,6 % žáků zkušenost s pohlavním stykem. Přičemž průměrný věk těchto dotázaných osob činí 14,3 let. Celých 90 % však uvádí, že jejich pohlavní styk byl chráněný, přičemž za ochranu je v tomto případě považován prezervativ (Suchelová, 2009). Na základních školách v Příbrami se k pohlavním styku přihlásilo až 44 % respondentů základních škol a to v průměrném věku již 13,9 let (Šmatláková, 2010). Sexuální zkušenosti také mohou souviset s konzumací návykových látek, kdy je zvýšené riziko, že dojde k sexuálnímu kontaktu bez ochrany. Tento přiznalo po užití alkoholu 13,4 % středoškoláků a 7,7 % dětí ze základních škol. 14,8 % středoškolských studentů dokonce uvádí, že po konzumaci alkoholu prožili pohlavní styk, kterého druhý den litovali (Csémy a kol., 2009).

1.2 Primární prevence

Pojem prevence pochází z latinského slova „praeventus“ a znamená zákrok předem. Prevencí se tedy myslí „předcházení nežádoucímu jevu a ochrana před ním“ (Štablová a kol, 1999). Za prevenci jsou považovány jakékoliv výchovné, sociální i zdravotní či jiné intervence, které směřují především k předcházení vzniku určitého rizikového chování (Martanová, 2007).

Pokud se primární prevence ať již ve škole nebo v rodině bude podceňovat nebo dokonce zanedbávat, bude to mít do budoucna pro společnost velké negativní dopady. Vždy je dobré si uvědomit, proč je prevence v konkrétní oblasti důležitá či potřebná, na co má být orientována, co od ní očekáváme a především jakého cíle chceme a jsme vůbec schopni dosáhnout (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003).

1.2.1 Cíle primární prevence

„Cílem primární prevence není předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale to, aby se cílová populace chovala zdravěji.“ (Nešpor, 2007). Účelem je v první řadě zamezení vzniku určitého nežádoucího jevu nebo chování, a tedy snaha, aby takový jev nenastal vůbec. V dalším případě se prevence pak alespoň pokouší, aby se výskytu takových jevů zamezilo a zabránilo se jejímu šíření. Naplňování tohoto velmi náročného hlavního cíle se děje především prostřednictvím jednotlivých dílčích cílů, díky kterým je prevence realizována (MŠMT, 2007b).

Mnohdy se ale nepovede naplnit hlavní cíl, tedy zabránit, aby ke vzniku možného rizikového chování vůbec nedošlo, a proto je třeba vždy usilovat alespoň o to, aby se zkušenosti v rámci konkrétního projevu rizikového chování oddálily do co nejpozdějšího věku. Pokud se i přes to nepodařilo zabránit výraznému výskytu rizikového chování, je i nadále nutné na tuto cílovou skupinu působit a snažit se, aby se její chování posunulo zpět ke zdravému životnímu stylu (Miovský, 2010).

1.2.2 Vývoj primární prevence v ČR

Historie prevence byla do jisté míry ovlivněna zahraničními trendy, ale především politickými či společenskými událostmi této doby. Jednotlivé oblasti rizikového chování se vyvíjely odlišným tempem. Nejrychlejší vývoj byl, a stále ještě dnes je, zaznamenán u problematiky užívání návykových látek. U ostatního rizikového chování jsou spíše až v poslední době snahy o větší koncentraci autorů a intervencí do této oblasti. Před rokem 1989 prakticky neexistovala nějaká jednotná koncepce primární prevence (Miovský, 2010). Ta byla z historického hlediska do 50. let 20. století spojována nejvíce se zdravotnictvím (Štablová a kol., 1999). Pokud před rokem 1989 nějaké snahy o prevenci na školách probíhaly, bylo to spíše formou jednorázových přednášek, realizovaných většinou ve vyšších ročnících a prováděných od starších zkušených lékařů či jiných odborníků. Způsob spočíval především v zastrašování žáků nebo v pouhém přednesu potřebných informací bez jakékoliv možnosti zapojení se do diskuze.

Po roce 1989 se situace začala měnit, protože společnost si díky expertům na jednotlivá témata začala plně uvědomovat, že škola je po rodině tou nejdůležitější institucí, která by měla na děti preventivně působit (MŠMT, 2007b).

1.2.3 Nespecifická primární prevence

Taková prevence zahrnuje především aktivity, které celkově podporují zdravý životní styl. Pozornost je zaměřena na adekvátní trávení a vhodné rozvrhnutí volného času. Proto sem patří veškeré zájmové, sportovní a jiné činnosti, které nutí člověka si nějak smysluplně zorganizovat svůj čas a nastavuje do jeho života pravidla, jejichž dodržování je pro rozvoj osobnosti přínosné (MŠMT, 2007a).

Nespecifická prevence obsahuje veškeré metody a techniky, které nemají přímou souvislost s některým z rizikových chování. Může jít o rozvíjení nadání či o pohybové aktivity. Tedy takové činnosti, které přispívají ke snížení rizik vzniku nežádoucích forem chování (Úřad vlády, 2003). „Cílem nespecifické prevence je naučit jedince řešit

konflikty, nejrůznější problémy a předcházet řadě jevů, které lze považovat za patologické vzhledem k udržení zdraví.“ (Němec, Bodláková, 1996).

1.2.4 Specifická primární prevence

Specifickou prevenci tvoří takové aktivity, které již mají přímou vazbu na některé rizikové chování, kterému se proto dle svého názvu snaží specificky předcházet nebo jeho výskyt omezit (MŠMT ČR, 2007a). Velmi dobře lze podstatu specifické prevence vyjádřit pomocí tzv. ekonomické negativní definice, která tvrdí, že programy této prevence by neexistovaly, pokud by neexistovaly konkrétní nežádoucí jevy, na které jsou zaměřeny. Cílové skupiny pak tvoří osoby ohroženější a rizikovější než ostatní (Úřad vlády ČR, 2003). Aktivity by proto měly být zaměřeny na osoby, u kterých se předpokládá buď absence prevence, nebo pokračující negativní vývoj v oblasti sociálně patologických jevů (Martanová, 2007). Specifická prevence bere v potaz to, že budou vždycky existovat děti, mladí lidé, ale i dospělí, pro které nebude nabídka volnočasových aktivit příliš atraktivní nebo z nějakého důvodu dostupná a pro které je proto nutno vytvořit prevenci s ohledem na určité konkrétní téma (Miovský, 2010).

Všeobecná prevence - zaměřuje se obecně na celou populaci, ve které není předem zjišťován rozsah daného problému (MŠMT ČR, 2007a). V potaz bere pouze věkové složení, případně další faktory (například sociální či ekonomické). Programy jsou realizovány při větším počtu osob a plně postačí, pokud je se svým vzděláním vede školní metodik prevence.

Selektivní prevence - zaměřuje se na osoby, které jsou z nějakého důvodu potencionálně více ohroženy než zbytek populace. Zde se již pracuje s menší skupinkou jedinců, případně dokonce s jednotlivci.

Indikovaná prevence - odpovídá programům, které jsou zaměřeny na cílovou skupinu, kde se již konkrétní projevy rizikového chování vyskytly nebo tam, kde jsou takovému působení lidé vystaveni (Miovský, 2010).

Haškovcová (2004) dodává, že každá prevence má logicky své klady a zápory. Všeobecná prevence se například může jevit jako poměrně nákladná, vzhledem k tomu, že by měla postihnout každého člena celé populace. (McGrath a kol., 2007) říká, že u selektivní či indikované prevence může naopak ze strany veřejnosti docházet k jakému si nálepkováni či stigmatizaci cílové skupiny, a to z toho důvodu, že právě oni jsou těmi, kdo potřebují tu či onu konkrétní prevenci, a proto jsou to také oni, kteří například užívají drogy (McGrath a kol., 2007).

1.2.5 Efektivní primární prevence

Mezi nejdůležitější kritéria pro efekt, neboli dopad na cílovou skupinu, patří především to, že ho lze měřit. Dále musí být dostatečně ověřeno a prokázáno, že daný program skutečně směřoval k pozitivním výsledkům v konkrétní oblasti.

Charakteristika efektivní primární prevence:

- komplexnost a kombinace mnohočetných strategií prevence,
- návaznost,
- dlouhodobost,
- provázanost,
- včasný začátek (obecně platí, že čím dříve prevence začíná, tím efektivnější se ve výsledku jeví) (Miovský, 2010).

Pro daný efekt je dále důležitá:

- atraktivnost a přitažlivost jednotlivých programů pro konkrétní cílovou skupinu,
- vědecky a statisticky ověřená data a skutečnosti,
- znalost cílové skupiny (zkušenosti, hodnoty, názory) (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003).

1.2.6 Preventivní programy s nižší účinností

Charakteristika těchto programů:

- jednorázové a nárazové programy,
- obecný a nijak specifický charakter,
- program nebere v úvahu věk,
- orientace na předávání informací než na efektivní nácvik sociálních dovedností, komunikace, odmítání a podobných sebezkušenostních výcviků.

Jedna z častých chyb je spatřována také v nespolupráci a nekomunikaci mezi poskytovateli preventivních programů a skupinou, pro které jsou tyto určeny a to z toho důvodu, že se mezi sebou jednotlivé subjekty většinou neznají. Často je to dáno velkým počtem cílových osob v jedné skupině. Mnohdy se stává, že program je neosobní, protože jeho pracovníci nejsou motivováni jinak, než čistě z finančního hlediska, tudíž k cílové skupině mají minimální pozitivní vztah. Programy bývají izolované a chybí zde návaznost jak na školu či školské zařízení, tak především na celkovou společnost. V neposlední řadě je jako velký problém a chyba ze strany poskytovatelů spatřováno vlastní přeceňování a to v kontrastu s nevhodnou nebo dokonce žádnou odbornou kvalifikací (Nešpor, Provazníková, 1997).

MŠMT ČR (2007a) poskytuje výčet forem nepříliš úspěšné prevence, kde na prvních místech vyzdvihuje zastrašování, triviální přístup a citové apely. Jako neúčinné se jeví také stigmatizování a znevažování osobních postojů žáků. Problém se může nacházet i v nerespektování jejich názorů. Hromadné akce a návštěvy kulturních zařízení by neměly samy o sobě tvořit náplň prevence, ale měly by být pouze doplňkem či zpestřením. Kalina (2003) uvádí jako špatný přístup, pokud je diskuse jakýmkoli způsobem potlačována nebo je vedena specialisty, kteří nejsou odborně vyškoleni přímo v oblasti primární prevence.

Pokorný, Telcová, Tomko, (2003) považují za důležité, aby se realizátoři preventivních programů oprostili od takových aktivit, které jsou často pouze výsledkem vlastních dojmů a představ. Podstatné je nepoužívat programy pouze jako nástroj či

reakci na určitý jev, ale pracovat dlouhodobě, komplexně a s pomocí multidisciplinárního přístupu. Kontraproduktivním se může stát, pokud budou lektoři své žáky výrazně upozorňovat na některé nežádoucí jevy, protože to spíše zvyšuje atraktivitu a zájem o ně, než aby se jednalo o vhodnou formu prevence. V těch horších případech pak může prevence působit dokonce jako návod (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003).

1.2.7 Formy primární prevence

Jednorázové preventivní akce - pro školy méně nákladné, časově nenáročné a nejrychleji uspokojí pocit, že se v oblasti prevence „něco“ udělalo. V dnešní době mezi odborníky převládají různé názory, které tyto jednorázové akce buď skepticky odsuzují nebo je považují pouze za jakési doplnění či zpestření dlouhodobého programu. Nejčastěji jsou realizovány jako přednášky a besedy, po kterých následuje obvykle diskuze či prostor pro dotazy, nebo jako tzv. komponované pořady, kam patří promítnutí tematického filmu, spojené s besedou či s pouhými odpověďmi na dané otázky.

Dlouhodobé preventivní programy - jsou pak shodné s charakteristikou efektivní primární prevence, lišící se hlavně v aktivním zapojování žáků do daného programu (Nováková in Kalina a kol., 2003).

Peer programy - tyto programy jsou založeny na spolupráci s vrstevníky, kteří jsou předem speciálně vyškoleni. Základním principem, se kterým se zde pracuje, je především to, že „peeři“ jsou si s cílovou skupinou daného programu blízcí a to nejen věkově, ale také proto, že zažívají obdobné situace v každodenním životě. Díky „peerům“ si pak žáci osvojí některé dovednosti a postoje, které později uplatní sami ve svém životě a to proto, že mají možnost se s „peery“ ztotožnit. Z těchto výše jmenovaných důvodů patří peer programy, vzniklé v USA, mezi nejúspěšnější formy primární prevence (Dočkal, 2000). Tyto programy jsou velmi náročné na přípravu i realizaci, protože se musí myslet nejen na výběr vhodné metodiky, ale také na konkrétní vlastnosti jednotlivých peer aktivistů (Skácelová in Kalina a kol., 2003).

1.2.8 Členění primární prevence dle věku cílové populace

V předškolním věku (3-6 let) hraje nejvýznamnější roli nespecifická prevence, která se orientuje zejména na životní hodnoty jako je zdraví a také na rozvoj pozitivních vztahů mimo rodinu dítěte. V mladším školním věku (6-12 let) je pak na programu hlavně specifická prevence zaměřená na alkohol a tabák, na kterou pak navazují ve starším školním věku (12-15 let) programy orientované na užívání návykových látek a dále na rozvoj sociálních dovedností, schopností čelit sociálnímu tlaku společnosti či efektivní řešení problémů. U mládeže (15-18 let) je pak důležité nabízet kvalitní volnočasové aktivity. Dospělá populace by zase měla být objektivně informována o dané problematice, kam může patřit také odbourávání mýtů spojených například s užíváním návykových látek (Trapková, 2003).

Nováková (in Kalina a kol., 2003) ale návykové látky jako alkohol, kouření a drogy zavádí již u předškolních dětí. Přičemž stejně je tomu tak i u dětí raného školního věku a ostatních věkových kategorií, ovšem s ohledem na vyšší náročnost. Autorka navíc upozorňuje, že drogová problematika spolu s adekvátním nácvikem takových sociálních dovedností, jako je odmítání drog, by měla být zařazena mezi děti ve 4. a 5. třídách základních škol. Obecně ale platí, jak uvádí Martanová (2007), čím má cílová skupina nižší věk, tím obecnější prevence se užívá. Čím naopak věk jedinců stoupá, stává se prevence konkrétnější a je specifická.

Miovský (2010) upozorňuje na to, že věkové kritérium musí být pro efektivitu primární prevence navíc doplněno o kritéria další, protože samo o sobě je poněkud nedostatečné. Vždy je nutné přihlížet také ke vzdělání a to z důvodu intelektuální náročnosti některých preventivních programů. Zapomínat se nesmí ani na příslušnost k určité sociální skupině nebo na konkrétní projevy rizikového chování. Svou roli může hrát i náboženské vyznání, příslušnost k neformální skupině nebo třeba zdravotní stav. Jak uvádí Nešpor (2003), účinnost každé primární prevence se zvýší, je-li 2-3 roky před prvním kontaktem s drogou či jiným rizikovým chováním (Nešpor, 2003).

1.3 Poskytovatelé primární prevence

Primární prevence v sobě nese řadu spolupracujících složek. Těmi jsou jednak rodina, školy a školská zařízení, ale také další subjekty, jako jsou zájmové organizace, občanská sdružení, zdravotnická zařízení, kulturní střediska, policie, apod. (MŠMT ČR, 2008c).

Vzhledem k tomu, že rodina hraje v životě jedince velmi důležitou roli a jako první se podílí na utváření hodnotového systému dítěte, jeho postojů a dovedností, měla by se objevit na prvním místě také v rámci primárně preventivního působení na dítě. V pozdějším věku dítěte je nutné, aby rodina spolupracovala se školou a do celého procesu prevence se aktivně zapojila (MŠMT ČR, 2007b). V dnešní době ovšem stále více dochází ke zvyšující se rozvodovosti a stoupajícímu počtu neúplných rodin, změně hodnotové orientace jednotlivých členů či k nedostatečné informovanosti rodičů o svých dětech, plynoucí často z nezájmu. Proto význam rodiny jako preventivního činitele klesá. Svou roli sehrávají také média, která často vliv publikovaných informací podceňují nebo naopak přeceňují a tak se zdá, že nejdůležitější práce v oblasti primární prevence připadá školám a školským zařízením (Štablová a kol., 1999). Vedle klíčové rodiny a škol mají právo se na prevenci podílet i jiné instituce. Orientace by se měla stočit také na volnočasové aktivity, a tudíž i na nízkoprahová zařízení, která pomáhají dětem a mladým lidem jejich volný čas smysluplně využít (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003).

Nejčastěji se v praxi setkáváme s nestátními neziskovými organizacemi (dále jen NNO). NNO hrají zásadní roli hlavně v poskytování specializačních programů v rámci specifické prevence. Nezastupitelné jsou tyto organizace právě při selektivní a indikované prevenci. Vysokým přínosem mohou být také v oblasti vzdělávání pedagogických pracovníků, kde jsou jim významným zdrojem informací a dovedností. Z tohoto důvodu je spolupráce škol s NNO nezbytnou (Miovský, 2010). Ovšem je nutné si v souvislosti s poskytovateli uvědomit, že „primární prevence není žádnou zájmovou činností nebo dokonce pouze něčím, co lze provádět s nadšeneckým zápalem, bez potřebné teoretické a praktické kvalifikace.“ Proto je nutné, aby byla prevence

prováděna profesionály, kteří mají jasně definované prostředky své práce. „Na jejich činnost na základě realizované politiky prevence rizikového chování přispívá stát nezanedbatelným množstvím finančních prostředků.“ Důležité je, aby vynaložené finanční prostředky byly poskytovány organizacím, poskytujícím specifickou prevenci kvalitní služby a jejichž programy jsou certifikovány. Vždy je nutné v souvislosti s primární prevencí myslet především na odbornost a ne na originální, ale často iracionální myšlenku „dělat prevenci“ (MŠMT, 2008c).

1.4 Systém organizace a řízení primární prevence

Na vrcholu organizace a řízení primární prevence stojí Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Jeho hlavním úkolem je legislativní a metodologická činnost na národní úrovni. Dílčími úkoly jsou pak koordinační činnost, přerozdělování financí a certifikace v rámci jednotlivých poskytovatelů prevence. Podřazeným orgánem je krajský úřad a krajský metodik prevence. Ten „koordinuje činnosti jednotlivých institucí systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy na krajské úrovni“. Další roli sehrává při vytváření podmínek pro realizaci a při kontrole minimálních preventivních programů (MŠMT ČR, 2007a).

Okresní metodik, nazýván dle svého sídla často také jako metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně, je dalším článkem, stojícím instančně níže než předchozí instituce. Ten zastřešuje systém školních metodiků prevence, poskytuje jim koordinaci a metodickou podporu, organizuje vzdělávací semináře a nabízí možnosti odborných konzultací. Se školními metodiky prevence spolupracuje také při řešení závažnějších problémů z oblasti sociálně patologických jevů. Stejně tak udržuje kontakt se všemi poskytovateli PP v oblasti daného regionu (MŠMT ČR, 2007a).

V oblasti primární prevence na školách hraje důležitou úlohu již zmiňovaný školní metodik prevence. Nejen, že se svou činností podílí na tvorbě a kontrole realizace minimálního preventivního programu, ale také by měl dohlížet na ostatní pedagogy, kterým by měl být schopen nabídnout rady, týkající se prevence ve všech oblastech rizikových chování. Metodik sbírá všechny podklady a informace týkající se plánů a

projektů, ale také konkrétní data nasbíraná v rámci školního roku, například jaké problémy se na škole vyskytly, jaké byly návrhy jejich řešení (to vše samozřejmě s ohledem na ochranu osobních údajů), jakožto doklad své práce nebo pro případnou kontrolu (MŠMT ČR, 2006).

Z výzkumů vyplývá, že na školního metodika prevence by se s problematikou užívání návykových látek obrátilo 56 % žáků. 31 % žáků by za školním metodikem prevence zašlo v případě problémů s vrstevníky, jako jsou například šikana nebo obtěžování. 10,3 % pak uvedlo, že by metodika navštívilo, pokud by se jednalo o problémy kamaráda nebo spolužáka (Miovský, 2010).

1.5 Základní dokumenty týkající se prevence

1.5.1 Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 2009-2012

Tato strategie vychází z poznatků, že vzdělávání je velice důležité pro život jednotlivce i celé společnosti, a proto dává jedinečnou příležitost, podílet se na formování osobnosti jedince také prostřednictvím primární prevence. Na té se podílí všechny složky, tedy ministerstvo, kraje i obce. Jejich společným cílem je předejít nežádoucím jevům, které by se mnohem obtížněji řešily v dospělosti žáků. Cílovou skupinou této strategie ovšem nejsou jen žáci sami. Pozornost je zaměřována také na pedagogické pracovníky, zákonné zástupce dětí, i na celou širokou veřejnost. Hlavními cíly této strategie jsou především kvalitní spolupráce na meziresortní i mezinárodní úrovni a efektivnější fungování provázanosti programů právě v oblasti primární prevence (MŠMT ČR, 2009).

1.5.2 Metodické pokyny MŠMT ČR

Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních vymezuje základní terminologii z oblasti primární prevence a oblasti sociálně patologických jevů, kterých se prevence dotýká.

Vytváří ucelený přehled o systému organizace prevence v ČR. Ve svých přílohách pak nabízí konkrétní doporučení a postup při zjištění projevů určitého rizikového chování (MŠMT ČR, 2007a). Metodický pokyn k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení charakterizuje šikanu a její projevy, upravuje postupy při řešení šikanování a dává doporučení, jak šikaně na školách předcházet (MŠMT ČR, 2008a). Metodický pokyn k výchově proti projevům rasismu, xenofobie a intolerance uvádí, co vše může přispět při prevenci v této oblasti a jaké chování pedagogických pracovníků je vhodné. Dále uvádí dokumenty, ze kterých zákaz diskriminace, intolerance, xenofobie a projevy rasismu přímo či nepřímo vychází (MŠMT ČR, 1999). Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví popisuje způsoby omlouvání nepřítomnosti žáků ve škole a postupy při jejich neplnění (MŠMT ČR, 2002).

1.5.3 Minimální preventivní program

Je konkrétní dokument školy, který je zaměřený na osobnostní a sociální rozvoj žáků, včetně sociálně komunikativních dovedností. Podporuje samostatnost žáků, dbá na pestrosti forem preventivní práce a do celého programu se snaží zapojit jak pedagogický sbor školy, tak i zákonné zástupce žáků. Je vypracováván školním metodikem prevence a to obvykle na dobu jednoho školního roku. Zároveň podléhá kontrole České školní inspekce a je průběžně vyhodnocován (MŠMT ČR, 2007a).

Minimální preventivní program vždy vychází z aktuální situace na škole, jejíž specifika by měl odrážet, stejně tak jako specifika celého daného regionu (Skácelová, 2007). Žáci by měli mít možnost se na tvorbě programu podílet, nebo alespoň být s jeho obsahem seznámeni a vznést případná doplnění, připomínky či stížnosti. To, že se sami mohou realizovat v něčem, co je stejně primárně vytvořeno právě pro ně, jim dává pocit spoluzodpovědnosti, což zvyšuje efektivitu celého programu (Slavíková, 2007). Postup při zpracování vychází vždy z potřeb konkrétní školy a jejích zdrojů. Pro tvorbu jsou klíčové vnější zdroje, kterými se míní především instituce, odborníci, informace a služby, které pomáhají školnímu metodikovi prevence při tvorbě minimálního

preventivního programu. Součástí sestavování je monitoring výchozí situace (Miovský, 2010). Součástí takového minimálního preventivního programu je Program proti šikanování. Ten by se měl zaměřovat na oblast komunikace a vztahů v kolektivu a to bez ohledu na to, zda se na škole šikana objevila či nikoliv (MŠMT ČR, 2008a.). Škola může v rámci zahájení a rozvinutí prioritních preventivních programů ve vlastním minimálním preventivním programu využít dokonce dotačního řízení v rámci „Programů na podporu aktivit v oblasti prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže“ v působnosti resortu MŠMT ČR na daný rok (zpravidla se jedná o Program I – preventivní programy realizované školami), který vyhlašuje příslušný krajský úřad (MŠMT, 2007a).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem této práce je zjistit dostatečnost poskytovatelů primární prevence vybraného rizikového chování a provést evaluaci primární prevence na školách v městě Příbrami.

Dílčím cílem je zjištění realizace konkrétních oblastí primární prevence vybraného rizikového chování. Z této práce vyplývá také seznam organizací provádějících specifickou primární prevenci včetně jednotlivých témat rizikového chování.

2.2 Hypotézy práce

Na základě stanovených cílů, s pomocí odborné literatury a dle vlastního pohledu na danou problematiku jsem stanovila hypotézy.

H1: Kapacita externích poskytovatelů specifické primární drogové prevence je dostatečná oproti preventivním programům nedrogových závislostí.

H2: Více jak 1/3 škol neplní rozsah specifické primární prevence vymezený metodickými pokyny MŠMT ČR pro primární prevenci ve školách.

H3: Primární prevence ve školách není poskytována dříve, než 3 roky před vlastním zapojením žáků do rizikového chování.

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Vlastní výzkum byl proveden kvantitativně a doplněn pro ověření dat a údajů kvalitativně, metodou dotazování technikou polořízeného rozhovoru. Hlavní část byla zajištěna prostřednictvím obsahové analýzy dat z minimálních preventivních programů ve vybraných základních a středních školách v městě Příbrami.

Obsahová analýza dat je výzkumná technika, jejímž předmětem je analýza textu či dokumentu na základě nějakého kritéria. Její výhodou je především široké uplatnění v mnoha vědních oborech a snadná dostupnost dokumentace (Jandourek, 2003).

V návaznosti na zjištěné údaje byl dále proveden kvalitativní výzkum, tedy evaluace preventivní činnosti metodou dotazování, prostřednictvím techniky položízeného rozhovoru s jednotlivými školními metodiky prevence na vybraných základních a středních školách. Rozhovor byl tvořen otevřenými otázkami, z důvodu upřesnění a doplnění informací.

„Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu.“ Polostrukturovaný rozhovor je jedním z typů hloubkového rozhovoru a vychází z předem připravených témat a otázek (Švaříček, Šeďová, 2007).

Cílem rozhovorů bylo ověření validity získaných dat na základě obsahové analýzy minimálních preventivních programů. V průběhu uskutečňovaných rozhovorů byla zkoumána především dostatečnost, včasnost a obsahovost primární prevence ve školách. Taktéž byla sledována dostatečnost a využitelnost poskytovatelů primární prevence a nabízených preventivních témat. V návaznosti na zjištěné údaje byly dále sledovány důvody, pro které se primární prevence na školách neuskutečňuje v plném rozsahu dle MŠMT ČR.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Jako výzkumný soubor jsem zvolila 5 základních škol v městě Příbrami, což odpovídá 83,3 % z celkového počtu základních škol . Jedna škola nebyla z důvodu odmítnutí spolupráce do výzkumného vzorku zařazena. A dále taktéž 5 středních škol v městě Příbram, což odpovídá 71,4 % všech středních škol. 2 střední školy nebyly do výzkumu zahrnuty z důvodu nemožnosti vyhodnocení minimálního preventivního programu.

U každé ze zmíněných škol jsem zkoumala minimální preventivní program pro současný školní rok 2010/2011 vytvořený školními metodiky prevence. Z těchto minimálních preventivních programů jsem analyzovala, na jaké oblasti (témata) se základní a středních školy v rámci specifické primární prevence zaměřují a jakou formu primární prevence nejvíce využívají. Obsahovou analýzou minimálních preventivních programů bylo dále zjišťováno, kterými poskytovateli (konkrétními organizacemi) je primární prevence na školách realizována. Zkoumána byla také včasnost zahájení specifické primární prevence ve školách vztahující se k vybranému rizikovému chování na základě statistických údajů výzkumů uskutečňovaných na území ČR. Takto získané informace z obsahové analýzy dat minimálních preventivních programů byly následně předloženy jednotlivým školním metodikům prevence, za účelem ověření jejich validity a reliability a doplněny o případné nejasnosti. Taktéž na základě vedeného rozhovoru probíhalo zjišťování využití nabízených programů specifické primární prevence jednotlivými poskytovateli a zjištění objektivních příčin vedoucích k nevyužívání nabízených preventivních služeb.

4 VÝSLEDKY

Z tabulky č. 1 vyplývá, že hlavním poskytovatelem primární prevence v oblasti užívání nealkoholových drog v městě Příbrami je Centrum adiktologických služeb o.p.s., Příbram. Služeb tohoto centra využívá 8 z 10 zkoumaných škol. 2 zbývající školy (SŠ 3, SŠ 5) využívají v rámci prevence vlastních možností a to spolupráce s třídním učitelem (SŠ 5) nebo studenty školy (SŠ 3). Všechny zkoumané školy tedy zajišťují žákům primární prevenci v oblasti užívání nealkoholových drog.

Prevence je poskytovateli uskutečňována jak opakovaně, tak jednorázově. 5 z 10 škol využívá jako formu prevence možnost exkurze a 3 z 10 škol zajišťuje žákům zážitkový a taktéž dlouhodobý program. Mezi formami se objevuje dále přednáška (ZŠ 1), videoprojekce (SŠ 5) a peer program (SŠ 3).

Na základních školách přichází prevence užívání nealkoholových drog průměrně ve věku 13 – 14 let. Na středních školách je prevence situována do průměrného věku 15 – 16 let.

Tabulka č. 1: Užívání nealkoholových drog

Školy	Poskytovatelé PP	Formy PP	Frekvence PP	Věk zahájení PP
ZŠ 1	CAS Magdaléna, o.p.s.	Exkurze, přednáška	Jednorázově	12 – 13 let
ZŠ 2	CAS Magdaléna, o.p.s., Školní metodik prevence	Exkurze, Zážitkový program	Jednorázově, Opakovaně	13 – 14 let 13 – 14 let
ZŠ 3	CAS Magdaléna, o.p.s.,	Dlouhodobý program, exkurze	Opakovaně	13 – 15 let
ZŠ 4	CAS Magdaléna, o.p.s.	Dlouhodobý program	Opakovaně	13 – 15 let
ZŠ 5	CAS Magdaléna, o.p.s.	Zážitkový program	Opakovaně	13 – 14 let
SŠ 1	CAS Magdaléna o.p.s.,	Exkurze, zážitkový program,	Jednorázově	1 15 – 16 let
SŠ 2	CAS Magdaléna, o.p.s.	Exkurze	Jednorázově	15 – 16 let
SŠ 3	Studentky ze 4. ročníků	Peer program	Opakovaně	15 – 18 let
SŠ 4	CAS Magdaléna, o.p.s.	Dlouhodobý program	Opakovaně	15 – 17 let
SŠ 5	Třídní učitel	Videoprojekce filmu Katka + diskuze	Jednorázově	15 – 16 let

Zdroj: Vlastní výzkum

PP = primární prevence (viz. ostatní tabulky)

Tabulka č. 2: Tabákové výrobky, závislost na nikotinu

Školy	Poskytovatelé PP	Formy PP	Frekvence PP	Věk zahájení PP
ZŠ 1	Interní pedagog	Přednáška,	Jednorázově,	10 – 11 let
ZŠ 2	Školní metodik prevence	Beseda „Škodlivost kouření“	Jednorázově	9 – 10 let
ZŠ 3	Interní pedagog	Přednáška „Prevence kouření“	Jednorázově	13 – 14 let
ZŠ 4	Školní metodik prevence	Projekt „Nekuřátka“	Opakovaně	8 – 9 let
ZŠ 5	Školní metodik prevence	Seminář	Opakovaně	12 – 13 let
SŠ 1	----------	----------	----------	----------
SŠ 2	Interní pedagog	Projekt	Opakovaně	16 – 17 let
SŠ 3	MUDr. Brodníček (plicní ambulance nemocnice Příbram)	Přednáška	Jednorázově	15 – 16 let
SŠ 4	----------	----------	----------	----------
SŠ 5	----------	----------	----------	----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 2 ukazuje komplexní primární prevenci kouření. Tu zajišťuje žákům 7 z 10 škol. Nejčastěji je primární prevence realizována pomocí interních pracovníků školy. Tuto možnost zvolilo 6 ze 7 škol, které prevenci závislosti na nikotinu realizují. 1 ze 7 škol (SŠ 3) si prevenci zajistila pomocí externího odborníka na prevenci kouření.

Prevence je na školách poskytována jak jednorázově, tak i opakovaně. Mezi jednotlivými formami prevence se objevuje přednáška (3 ze 7 škol, ZŠ 1, 3, SŠ 3), projekt (1 ze 7 škol, SŠ 2), beseda (1 ze 7, ZŠ 2) a seminář (1 ze 7 škol, ZŠ 5).

Průměrný věk, ve kterém přichází primární prevence závislosti na tabákových výrobcích do základních škol je 10 – 11 let. Prevenci kouření realizují pro své žáky pouze 2 střední školy (SŠ 2,3) a to v průměrném věku 16 let.

Tabulka č. 3 Alkohol

Školy	Poskytovatelé PP	Formy PP	Frekvence PP	Věk zahájení PP
ZŠ 1	Interní pedagog	Přednáška, videoprojekce	Jednorázově	11 – 12 let
ZŠ 2	Školní metodik prevence (proškolen v rámci projektu EUDAP)	Seminář	Jednorázově	12 – 13 let
ZŠ 3	Interní pedagog	Začlenění do výuky	Opakovaně	13 – 15 let
ZŠ 4	Školní metodik prevence (proškolen v rámci projektu EUDAP)	Seminář	Jednorázově	12 – 13 let
ZŠ 5	Školní metodik prevence	Přednáška, diskuze	Jednorázově	14 – 15 let
SŠ 1	----------	----------	----------	----------
SŠ 2	----------	----------	----------	----------
SŠ 3	----------	----------	----------	----------
SŠ 4	----------	----------	----------	----------
SŠ 5	----------	----------	----------	----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 3 ukazuje, že se v Příbrami nenachází žádná instituce, která by poskytovala specifickou primární prevenci v oblasti užívání alkoholu. Základní školy si prevenci zajišťují sami a to buď pomocí školního metodika prevence (3 z 5 škol, ZŠ 2, 4, 5) nebo pomocí jiného interního pedagoga školy (2 z 5 škol, ZŠ 1, 3). Střední školy prevenci užívání alkoholu do primárně preventivního dění nezařazují.

Prevence závislosti na alkoholu je na základních školách realizována jednorázově a to nejčastěji formou semináře či přednášky doplněné o videoprojekci nebo diskuzi. Průměrný věk, ve kterém se žáci na základních školách poprvé setkávají s primární prevencí užívání alkoholu je 12 – 13 let.

Tabulka č. 4: Šikana

Školy	Poskytovatelé PP	Formy PP	Frekvence PP	Věk zahájení PP
ZŠ 1	Školní metodik prevence	Beseda „Neubližuj mi“	Jednorázově	12 – 13 let
ZŠ 2	Školní metodik prevence	Přednáška	Jednorázově	12 – 13 let
ZŠ 3	Divadlo Ve Tři	Komponovaný pořad „Chování a vztahy mezi dětmi“	Jednorázově	8 – 9 let
ZŠ 4	Výchovný poradce	Přednáška, diskuze	Jednorázově	13 – 14 let
ZŠ 5	Třídní učitel	Přednáška	Opakovaně	13 – 14 let
SŠ 1	----------	----------	----------	----------
SŠ 2	----------	----------	----------	----------
SŠ 3	Třídní učitel	Začlenění do výuky	Opakovaně	15 – 16 let
SŠ 4	Školní metodik prevence	Přednáška	Jednorázově	16 – 17 let
SŠ 5	----------	----------	----------	----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 4 znázorňuje primární prevenci šikany. Tu zajišťuje 7 z 10 škol. 6 ze 7 těchto škol si prevenci zajišťují sami. 1 (ZŠ 3) ze 7 škol pak využila nabídky Divadla Ve Tři, které zpracovává téma šikany v rámci komponovaného pořadu. V Příbrami se nenachází žádný poskytovatel, který by poskytoval specifickou primární prevenci šikany. Většina těchto preventivních aktivit je realizována jednorázově, jak uvedlo 5 ze 7 škol. Průměrný věk, se kterým se žáci na základních školách poprvé s prevencí šikany setkávají je 12 – 13 let. Střední školy prevenci tohoto rizikového chování zařazují pouze ve 2 z 5 středních škol (SŠ 3, 4) a to v průměrném věku 16 let.

Tabulka č. 5: Kyberšikana

Školy	Poskytovatelé PP	Formy PP	Frekvence PP	Věk zahájení PP
ZŠ 1	Školní metodik prevence	Přednáška „Neubližuj mi“	Jednorázově	12 – 13 let
ZŠ 2	----------	----------	----------	----------
ZŠ 3	----------	----------	----------	----------
ZŠ 4	----------	----------	----------	----------
ZŠ 5	Třídní učitel	Diskuze	Jednorázově	13 – 14 let
SŠ 1	----------	----------	----------	----------
SŠ 2	----------	----------	----------	----------
SŠ 3	Interní pedagog	Projekt „Bezpečná práce a komunikace na internetu“	Opakovaně	15 – 16 let
SŠ 4	Školní metodik prevence	Přednáška „Pozor – internet“	Jednorázově	16 – 17 let
SŠ 5	Třídní učitel	Informační materiál	Opakovaně	Volně přístupný

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 5 ukazuje, že na primární prevenci kyberšikany se zaměřuje 5 z 10 škol. Jako poskytovatelé jsou ve všech 5 případech uvedeni samotní interní pracovníci školy. V Příbrami se nenachází instituce, která by nabízela program zaměřený na primární prevenci kyberšikany. Školy nabízejí svým žákům tuto prevenci formou přednášky (ZŠ 1, SŠ 4), projektu (SŠ 3) či pomocí volně dostupného informačního materiálu (SŠ 5). Nabídka prevence je prováděna jednorázově i opakovaně. Průměrný věk, ve kterém přichází primární prevence kyberšikany do základních škol je 13 let. Střední školy pak zařazují prevence do věku 16 let.

Tabulka č. 6: Xenofobie, rasismus

Školy	Poskytovatelé PP	Formy PP	Frekvence PP	Věk zahájení PP
ZŠ 1	Interní pedagog	Začlenění do výuky	Opakovaně	14 – 15 let
ZŠ 2	----------	----------	----------	----------
ZŠ 3	Český helsinský výbor (Praha)	Seminář „Nedívej se na to černobíle“	Jednorázově	13 – 14 let
ZŠ 4	Školní psycholog	Beseda „Cesta kolem světa“	Jednorázově	12 – 13 let
ZŠ 5	Interní pedagog	Začlenění do výuky	Opakovaně	13 – 14 let
SŠ 1	Interní pedagog	Začlenění do výuky	Opakovaně	15 – 16 let
SŠ 2	----------	----------	----------	----------
SŠ 3	Interní pedagog	Předmět Multikulturní výchova	Opakovaně	15 – 16 let
SŠ 4	Interní pedagog	Předmět Multikulturní výchova	Opakovaně	15 – 16 let
SŠ 5	----------	----------	----------	----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 6 zobrazuje primární prevenci rasismu a xenofobie. Tu realizuje 7 z 10 škol. Prevence je uskutečňována výhradně za pomoci vlastních zdrojů, tedy interními pracovníky školy (třídní učitelé, školní metodici prevence). Mezi poskytovateli na školách v městě Příbram se také objevila nestátní nezisková organizace Český helsinský výbor se sídlem v Praze (ZŠ 3).

Prevence rasismu a xenofobie je nejčastěji zařazena do předmětu výuky (ZŠ 1, 5, SŠ 1, 3, 4) nebo je realizována pomocí semináře (ZŠ 3) či besedy (ZŠ 4). Průměrný věk, ve kterém se žáci setkávají s prevencí xenofobie a rasismu na základních školách je 13 – 14 let. Na středních školách je to ve věku 15 – 16 let.

Tabulka č. 7 ukazuje, že všechny školy se v rámci primárně preventivního dění na své škole zaměřují na prevenci sexuálního rizikového chování a onemocnění HIV/AIDS. V městě Příbrami se touto problematikou zabývá jako poskytovatel Centrum adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s. Příbram, které nabízí prevenci sexuálního rizikového chování v rámci svého dlouhodobého programu. Do tohoto jsou zapojeny 3 z 10 škol (ZŠ 3, 4, SŠ 4). Ostatní zkoumané školy si prevenci rizikového sexuálního chování zajišťují buď sami (ZŠ 1, 5, SŠ 3, 5) nebo spolupracují s odborníky z hlavního města Prahy (ZŠ 2, 4, SŠ 1, 2).

Primární prevence je poskytována jak jednorázově, tak opakovaně. Jako formy primární prevence se na školách objevují jak přednáška či beseda (ZŠ 2, 3, 4, SŠ 1, 3) , tak také exkurze (SŠ 2) nebo distribuce informačního materiálu (SŠ 5). SŠ 3 navíc využívá schopností a dovedností vlastních studentů školy, které zapojuje v rámci prevence do tzv. peer programu.

Průměrný věk, ve kterém je primární prevence rizikového sexuálního chování zařazována na základní školy je 13 – 14 let. Na středních školách je pak věkově řazena do 16 – 17 let.

Tabulka č. 7: Rizikové sexuální chování, HIV/AIDS

Školy	Poskytovatelé PP	Formy PP	Frekvence PP	Věk zahájení PP
ZŠ 1	Interní pedagog	Začlenění do výuky, občanská a rodinná výchova	Opakovaně	13 – 15 let
ZŠ 2	CEVAP Praha	Beseda „Bezpečné dospívání“	Jednorázově	10 – 11 let
ZŠ 3	CAS Magdaléna, o.p.s.	Dlouhodobý program	Opakovaně	14 – 15 let
ZŠ 4	CAS Magdaléna, o.p.s., CEVAP Praha	Dlouhodobý program Přednáška „Čas proměn“	Opakovaně Jednorázově	14 – 15 let 12 – 13 let
ZŠ 5	Interní pedagog	Začlenění do výuky	Opakovaně	13 – 14 let
SŠ 1	Organizace ACET Praha	Beseda, diskuze	Jednorázově	16 – 17 let
SŠ 2	Dům světla (Praha)	Exkurze	Jednorázově	17 – 18 let
SŠ 3	Studenti 4. ročníků,	Peer program „Hrou proti AIDS“	Opakovaně	15 – 16 let
SŠ 4	CAS Magdaléna, o.p.s.	Dlouhodobý program	Opakovaně	16 – 17 let
SŠ 5	Třídní učitel	Informační materiál	Opakovaně	Volně k dispozici

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 8: Poruchy příjmu potravy

Školy	Poskytovatelé PP	Formy PP	Frekvence PP	Věk zahájení PP
ZŠ 1	----------	----------	----------	----------
ZŠ 2	----------	----------	----------	----------
ZŠ 3	----------	----------	----------	----------
ZŠ 4	----------	----------	----------	----------
ZŠ 5	----------	----------	----------	----------
SŠ 1	----------	----------	----------	----------
SŠ 2	Anabell o.s.	Přednáška	Jednorázově	15 – 16 let
SŠ 3	----------	----------	----------	----------
SŠ 4	----------	----------	----------	----------
SŠ 5	----------	----------	----------	----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 8 znázorňuje primární prevenci poruch příjmu potravy. Tu realizuje 1 z 10 škol. Primární prevenci této formy rizikového chování provádí Občanské sdružení Anabell, kontaktní centrum Příbram a to formou jednorázové přednášky, která je žákům poskytována v 1. ročníku střední školy.

Prevence je zařazena do věku 15 – 16 let. Zbývajících 9 škol nevěnuje prevenci poruch příjmu potravy pozornost.

Tabulka č.9: Kriminalita, delikvence

Školy	Poskytovatelé PP	Formy PP	Frekvence PP	Věk zahájení PP
ZŠ 1	Policie ČR	Přednáška, beseda, diskuze	Opakovaně	14 – 15 let
ZŠ 2	Policie ČR	Beseda, diskuze	Jednorázově	14 – 15 let
ZŠ 3	Policie ČR	Přednáška	Jednorázově	14 – 15 let
ZŠ 4	Policie ČR	Beseda	Jednorázově	13 – 14 let
ZŠ 5	Policie ČR	Beseda	Jednorázově	12 – 13 let
SŠ 1	Policie ČR	Beseda, diskuze	Jednorázově	17 – 18 let
SŠ 2	----------	----------	----------	----------
SŠ 3	Policie ČR	Beseda	Opakovaně	16 – 17 let
SŠ 4	----------	----------	----------	----------
SŠ 5	----------	----------	----------	----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 9 ukazuje, že primární prevence kriminality a delikvence je v městě Příbrami zajišťována prostřednictvím Policie ČR. Prevence je uskutečňována na 7 z 10 zkoumaných škol, přičemž nejčastější formou je beseda (ZŠ 1, 2, 4, 5, SŠ 1, 3). Primární prevence kriminality a delikvence je poskytována jednorázově.

Průměrný věk, ve kterém přichází prevence kriminality a delikvence na základní školy je 13 – 14 let. Na středních školách se žáci do prevence kriminality zapojují v průměrném věku 17 let.

Tabulka č. 10: Netolismus

Školy	Poskytovatelé PP	Formy PP	Frekvence PP	Věk zahájení PP
ZŠ 1	----------	----------	----------	----------
ZŠ 2	----------	----------	----------	----------
ZŠ 3	CAS Magdaléna, o.p.s.	Dlouhodobý program	Opakovaně	14 – 15 let
ZŠ 4	CAS Magdaléna, o.p.s.	Dlouhodobý program	Opakovaně	14 – 15 let
ZŠ 5	----------	----------	----------	----------
SŠ 1	----------	----------	----------	----------
SŠ 2	----------	----------	----------	----------
SŠ 3	Interní pedagog	Projekt „Bezpečná práce a komunikace na internetu“	Opakovaně	15 – 16 let
SŠ 4	CAS Magdaléna, o.p.s.	Dlouhodobý program	Opakovaně	15 – 17 let
SŠ 5	----------	----------	----------	----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 10 znázorňuje, že primární prevenci netolismu zajišťuje 1 organizace - Centrum adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s. Příbram. Do preventivního dění se zapojují 4 z 10 škol (ZŠ 3, 4, SŠ 3, 4), ostatních 6 škol prevenci netolismu nezajišťuje. Prevence je na školách realizována formou dlouhodobého programu (ZŠ 3, 4 a SŠ 4). Pokud jsou školy do těchto programů zapojeny, je na ně působeno opakovaně. 1 škola (SŠ 3) si prevenci zajišťuje sama pomocí vlastního projektu s názvem. Průměrný věk, ve kterém přichází primární prevence netolismu na základní školy přichází je 14 – 15let. Na středních školách je pak na žáky preventivně působeno již od 1. ročníku střední školy, tedy od 15 let.

Tabulka č. 11: Gambling

Školy	Poskytovatelé PP	Formy PP	Frekvence PP	Věk zahájení PP
ZŠ 1	----------	----------	----------	----------
ZŠ 2	----------	----------	----------	----------
ZŠ 3	CAS Magdaléna, o.p.s.	Dlouhodobý program	Opakovaně	14 – 15 let
ZŠ 4	CAS Magdaléna, o.p.s.	Dlouhodobý program	Opakovaně	14 – 15 let
ZŠ 5	----------	----------	----------	----------
SŠ 1	----------	----------	----------	----------
SŠ 2	----------	----------	----------	----------
SŠ 3	----------	----------	----------	----------
SŠ 4	CAS Magdaléna, o.p.s.	Dlouhodobý program	Opakovaně	15 – 16 let
SŠ 5	----------	----------	----------	----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 11 ukazuje, že pro primární prevenci gamblingu (patologického hráčství), existuje Příbrami poskytovatel, kterým je Centrum adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s. Příbram. Tato prevence je centrem nabízena v rámci dlouhodobého programu. Primární prevenci gamblingu do svého programu zařadily 3 z 10 škol.

Na žáky základních škol je opakovaně preventivně působeno a to ve věkovém rozmezí 14 – 15 let. Na středních školách je prevence zařazena do věku 15 – 16 let.

Tabulka č. 12: Politický a náboženský extremismus

Školy	Poskytovatelé PP	Formy PP	Frekvence PP	Věk zahájení PP
ZŠ 1	----------	----------	----------	----------
ZŠ 2	Tilius o.s.	Přednáška, diskuze	Opakovaně	13 – 15 let
ZŠ 3	CAS Magdaléna, o.p.s. ,	Dlouhodobý program,	Opakovaně,	14 – 15 let
	Tilius o.s.	Přednáška, diskuze	Jednorázově	14 – 15 let
ZŠ 4	Tilius, o.s. ,	Přednáška, diskuze,	Jednorázově,	14 – 15 let
	CAS Magdaléna, o.p.s.	Dlouhodobý program	Opakovaně	14 – 15 let
ZŠ 5	----------	----------	----------	----------
SŠ 1	----------	----------	----------	----------
SŠ 2	----------	----------	----------	----------
SŠ 3	Tilius, o.s.	Přednáška, diskuze,	Jednorázově,	17 – 18 let
	CAS Magdaléna, o.p.s.	Dlouhodobý program	Opakovaně	15 – 17 let
SŠ 4	Tilius, o.s.	Přednáška, diskuze	Jednorázově	15 – 16 let
SŠ 5	----------	----------	----------	----------

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 12 znázorňuje primární prevenci politického a náboženského extremismu v Příbrami. Prevenci zajišťuje Občanské sdružení Tilius. To nabízí prevenci extremismu formou jednorázové přednášky a následné diskuze. Druhým poskytovatelem je Centrum adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s. Příbram. Centrum poskytuje preventivní dlouhodobý program, ve kterém je problematika politického a náboženského extremismu zařazena.

Primární prevence tohoto rizikového chování je zajišťována jak jednorázově, tak i opakovaně. O primární prevenci má zájem a její realizaci vykonává 5 z 10 škol. Průměrný věk, ve kterém prevence přichází je 14 – 15 let (základní školy) a 17 let (školy střední).

Tabulka č. 13 nabízí přehled poskytovatelů, kteří jsou využíváni základními a středními školami v rámci primární prevence vybraných rizikových jevů v městě Příbrami. Nenachází se zde poskytovatel na specifickou primární prevenci užívání alkoholu, šikany, kyberšikany a na primární prevenci xenofobie a rasismu. U ostatních druhů rizikového chování je v Příbrami vždy minimálně 1 zařízení či osoba, (tedy poskytovatelé), kteří nabízí ve svém programu specifickou primární prevenci ve školách a školských zařízeních

Tabulka č. 13: Riziková chování a poskytovatelé primární prevence v městě Příbram – souhrn

Rizikové chování	Poskytovatel PP
Užívání nealkoholových drog	CAS Magdaléna, o.p.s. Příbram
Tabákové výrobky	MUDr. Brodníček (plicní ambulance nemocnice Příbram)
Alkohol	CHYBÍ POSKYTOVATEL
Šikana	CHYBÍ POSKYTOVATEL
Kyberšikana	CHYBÍ POSKYTOVATEL
Xenofobie, rasismus	CHYBÍ POSKYTOVATEL
Rizikové sexuální chování, HIV/ADIS	CAS Magdaléna o.p.s. Příbram
Poruchy příjmu potravy	Občanské sdružení Anabell, kontaktní pracoviště Příbram
Kriminalita, delikvence	Policie ČR
Netolismus	CAS Magdaléna, o.p.s. Příbram
Gambling	CAS Magdaléna, o.p.s. Příbram
Politický a náboženský extremismus	Občanské sdružení Tilius, CAS Magdaléna, o.p.s. Příbram

Zdroj: Vlastní výzkum

Rozhovor se školními metodiky prevence:

Z jakého důvodu neprovádíte primární prevenci konkrétních oblastí rizikového chování ve vaší škole?

ZŠ 1 – ŠMP: (*škola nezajišťuje primární prevenci poruch příjmu potravy, netolismu, gamblingu a politického a náboženského extremismu*)
Myslím si, že téma poruch příjmu potravy není pro naši školu aktuální, s touto problematikou se na škole nesetkáváme a navíc nevím o tom, že by se zde v Příbrami nacházel poskytovatel, který by se specializoval na výše zmiňovanou oblast. Co se týče oblastí netolismu a gamblingu, jsou tyto druhy rizikového chování zařazeny pouze v rámci dlouhodobých programů od Magdalény (*Centrum adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s. – vlastní poznámka*), které jsou organizacemi poskytovány za finanční poplatek, na který naše škola nemá peníze. Navíc je nutné, aby se při žádosti o primární prevenci a účast v dlouhodobém programu Centra adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s. napsal projekt, který bude následně vyhodnocen, a který pak dostane také grant, tedy finanční příspěvek. Pokud ale škola v projektu neuspěje, žáci by si primárně preventivní program museli platit sami, s čímž nesouhlasí především rodiče, kteří odmítají přispívat na tyto aktivity. Problematika politického a náboženského extremismu se naší školy netýká, nepovažuji za nutné, aby zde byla tedy prováděna její prevence. Ve škole se nenachází žádný příslušník nějaké sekty či extremistické skupiny.

ZŠ 2 – ŠMP: (*škola nezajišťuje primární prevenci v oblasti kyberšikany, xenofobie a rasismu, netolismu, gamblingu a poruch příjmu potravy*)
Primární prevenci netolismu a gamblingu je možné v Příbrami nechat zajistit pouze Centrem adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s., se kterými nemám dobré zkušenosti. Centrum není flexibilní a odmítá přizpůsobit svůj striktně nastavený preventivní program požadavkům naší školy, proto s touto organizací odmítám v rámci primární prevence spolupracovat. Vyjadřuji ovšem pouze svůj osobní názor, ostatní školy to samozřejmě mohou vidět jinak. Oblast kyberšikany je problém, který se na naší škole

objevuje, ale zatím jsme jeho prevenci do školního roku nezařadili. Rádi bychom si primární prevenci zajišťovali spíše sami, protože někteří kantoři naší školy podstupují školení v rámci projektu EUDAP, ale ještě jsme se k tomuto blíže nedostali. Poruchy příjmu potravy se na naší škole nevyskytují a proto si myslím není nutné, abychom jejich prevenci zařazovali. Vzhledem k tomu, že jsme fotbalová škola, navštěvují ji spíše hoši, u kterých se tato problematika vyskytuje minimálně. Taktéž oblast rasismu a xenofobie, není problémem naší školy.

ZŠ 3 – ŠMP: (*škola nezajišťuje prevenci v oblasti kyberšikany a poruch příjmu potravy*)

Škola se zaměřuje na širokou škálu typů rizikových chování. Poruchy příjmu potravy není nutno dle mého názoru do prevence na naší škole zařazovat, dosud nebyl zaznamenám jediný případ z této oblasti. Kyberšikana je poslední dobou velice často skloňovaný pojem, nenapadá mne však v Příbrami instituce či organizace, která by se zabývala vyloženě prevencí kybešikany.

ZŠ 4 – ŠMP: (*škola nezajišťuje primární prevenci kyberšikany a poruch příjmu potravy*)

U poruch příjmu potravy neshledávám potřebu, zařazovat toto rizikové chování do prevence na naší škole. Pokud by se nějaké problémy objevily, samozřejmě bychom situaci adekvátně řešili. Kyberšikana je zmiňována spolu s klasickou šikanou.

ZŠ 5 – ŠMP: (*škola nezajišťuje primární prevenci v oblasti poruch příjmu potravy, netolismu, gamblingu a politického a náboženského extremismu*)

Myslím si, že prevence v oblasti gamblingu ani extremismu není na naší škole potřeba. Poruchy příjmu potravy mě v rámci prevence ani nenapadly. Vím, že v Příbrami existuje pobočka občanského sdružení Anabell, ale abych řekla pravdu, tak ani nevím, zdali toto sdružení poskytuje také služby v oblasti primární prevence na školách, nebo se zaměřuje výhradně na práci s lidmi, které těmito onemocněními trpí.

SŠ 1 – ŠMP: (*škola nezajišťuje primární prevenci v oblasti závislosti na nikotinu, užívání alkoholu, šikany, kyberšikany, poruch příjmu potravy, netolismu, gamblingu a politického a náboženského extremismu*)

Myslím si, že mi sama dáte za pravdu, že vzhledem k tomu, kolik je žákům na středních školách let, je absolutně zbytečné dělat prevenci v oblasti užívání alkoholu nebo kouření cigaret. Děti dnes s těmito neřestmi začínají velice brzo, takže si myslím, že na střední škole je na takovou prevenci již pozdě. Většina ostatních oblastí prevence je zpoplatněna poskytovateli, kteří ji nabízejí. Tento problém se netýká, dle mého názoru pouze naší školy. Důvody jsou tedy většinou finančního charakteru.

SŠ 2 – ŠMP: (*škola nezajišťuje primární prevenci v oblasti užívání alkoholu, šikany, kybešikany, xenofobie a rasismu, kriminality a delikvence, netolismu, gamblingu a politický a náboženský extremismus*)

Minimální preventivní program by měl reagovat na aktuální potřeby školy a dle toho posléze volit konkrétní preventivní strategie. Naše škola se vzhledem ke svému orientaci na zdraví, zaměřila na prevenci infekčních onemocnění, kouření a užívání drog a taktéž na poruchy příjmu potravy, což považuji v současné době pro probíhající školní rok dostačující.

SŠ 3 – ŠMP: (*škola nezajišťuje primární prevenci v oblasti užívání alkoholu, poruch příjmu potravy a gamblingu*)

Dáte mi jistě za pravdu, že na střední škole dávno studenti pijí alkohol a proto mi přijde trochu zbytečné, působit na ně preventivně. Většina z nich se nám akorát vysměje, protože mají mnohdy větší zkušenosti s opilostí než někteří kantoři nemají za celý život. Prevenci poruch příjmu potravy neprovádíme proto, že mi (jako školní metodičce prevence) dosud nikdo nenabídl konkrétní preventivní program, který by se této problematiky týkal. Co je to gambling a jaká jsou jeho rizika děti jistě uslyší alespoň na jedné z hodin základů společenských věd nebo obdobných předmětů. Působit však v této oblasti preventivně na více žáků nepokládám s ohledem na současnou situaci naší školy za nutné.

SŠ 4 – ŠMP: (*škola nezajišťuje primární prevenci v oblastech tabákových výrobků a alkoholu, poruch příjmu potravy a v oblasti kriminality a delikvence*)
Prevenci kouření a pití alkoholu si myslím, že na střední škole je již zbytečnou záležitostí, na děti by v tomto ohledu bylo působeno příliš pozdě. Mnoho z dětí kouří již dávno doma se svými rodiči, kteří jim cigarety dokonce i kupují a sami s dětmi kouří, proto by dle mého názoru nebylo příliš efektivní, kdyby se škola snažila v této oblasti působit preventivně, pokud nemá podporu ze strany rodičů. Poruchy příjmu potravy jsou velice specifickým tématem, pokud by se takový problém na naší škole vyskytl, řešil by se pravděpodobně individuálně, než aby bylo působeno plošně na větší množství žáků. Kriminalita a delikvence by se na škole řešila, až po té, co bychom se o nějakém případu dozvěděli. Ovšem s našimi žáky nejsou výraznější problémy.

SŠ 5 – ŠMP: (*škola nezajišťuje primární prevenci v oblasti užívání tabákových výrobků a alkoholu, šikany, rasismu a xenofobie, poruchy příjmu potravy, kriminality a delikvence, netolismu, gamblingu a politického a náboženského extremismu*)
Nechci tvrdit, že primární prevence na středních školách je zbytečná, jistě by měla svůj význam, pokud by žáci na našich školách neměli zkušenosti s jednotlivými formami rizikového chování. Skoro všechno si ale vyzkoušeli a zažili již na základní škole (mnohdy ještě na prvním stupni), a z tohoto důvodu mi přijde působení na žáky v rámci primární prevence na střední škole pozdní. Naše škola se spíše zaměřuje na řešení již vzniklých problémů, protože v podstatě již nemůže dělat moc proto, aby dávno vzniklé jevy, nevznikaly. Problematika rasismu a xenofobie mne zajímá, myslím si, že je i potřebná, jen nevím, od koho čerpat nebo kdo by takovou prevenci v Příbrami nabízel.

Tabulka č. 14: Důvody nezajišťování primární prevence některých druhů rizikových chování

Důvod nezajištění PP	Rizikové chování	Počet škol
Nedostatečná informovanost ŠMP o možnostech prevence	Poruchy příjmu potravy	4
Finanční situace školy	Netolismus, gambling	2
Nepotřebnost tématu	Poruchy příjmu potravy, Xenofobie a rasismus, politický a náboženský extremismus, gambling	6
Pozdní zásah PP	Tabákové výrobky, alkohol (SŠ)	4
Nepodpůrné rodinné prostředí	Tabákové výrobky, alkohol	2
Nespokojenost s poskytovatelem PP	Netolismus, gambling	1
Postrádání poskytovatele PP	Kyberšikana, xenofobie a rasismus	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č. 14 vyplývá, že důvody pro nezařazování některých typů rizikového chování do primární prevence na školách v městě Příbrami jsou různé. Nejčastěji je to zdánlivá nepotřebnost tématu. Takový názor má 6 školních metodiků prevence (ZŠ 1, 2, 3, 4, 5 a SŠ 3). Nejvíce uváděnými tématy v této oblasti jsou poruchy příjmu potravy, xenofobie a rasismus či problematika politického a náboženského extremismu.

Dalším důvodem je nedostatečná informovanost školních metodiků prevence, kteří ve 4 případech nevědí nebo si nejsou jisti, zdali v Příbrami instituce zabývající se primární prevencí konkrétního jevu vůbec existuje nebo zdali prevenci poskytuje. Nedostatečná informovanost se týká zejména primární prevence rizikového chování poruch příjmu potravy a kybešikany (ZŠ 1, 3, 5 a SŠ 3).

3 školní metodici (SŠ 1, 4, 5) souhlasně uvádí, že považují za zbytečné, zaměřovat se v rámci primární prevence na oblasti užívání tabákových výrobků a alkoholu a prevenci těchto typů rizikového chování považují za pozdní.

2 školní metodici prevence jako důvod uvádějí finanční situaci školy (ZŠ 1, SŠ 1). To, že město Příbram postrádá poskytovatele v oblastech specifické prevence kyberšikany nebo v případě rizikového chování xenofobie a rasismu konstatovali a všimli si 2 školní metodici prevence (ZŠ 3, SŠ 5).

Mezi důvody, kvůli kterým není primární prevence některých forem rizikového chování prováděna se dále objevila neadekvátní podpora ze strany rodiny (SŠ 4) nebo nespokojenost školy se stávajícím poskytovatelem primární prevence (ZŠ 2).

5 DISKUZE

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou primární prevence. Hlavním cílem bylo zjistit dostatečnost poskytovatelů primární prevence vybraného rizikového chování a následně provést celkovou evaluaci primární prevence na školách v městě Příbrami. Na základě těchto cílů byly stanoveny 3 hypotézy. Hypotéza H1: Kapacita externích poskytovatelů specifické primární drogové prevence je dostatečná oproti preventivním programům nedrogových závislostí. Dále hypotéza H2: Více jak 1/3 škol neplní rozsah specifické primární prevence vymezený metodickými pokyny MŠMT ČR pro primární prevenci ve školách. A naposledy hypotéza H3: Primární prevence ve školách není poskytována dříve, než 3 roky před vlastním zapojením žáků do rizikového chování. Abych hypotézy potvrdila nebo vyvrátila, použila jsem kvantitativní metodu a obsahovou analýzu dat minimálních preventivních programů jednotlivých vybraných škol v městě Příbram. Po analýze programů jsem výzkum doplnila o kvalitativní rozhovor se školními metodiky prevence ze škol, se kterými jsem diskutovala nad minimálními preventivními programy a dále jsem se zajímala o to, z jakého důvodu není na školách zastoupena primární prevence všech témat, které doporučuje metodický pokyn MŠMT ČR.

V městě Příbrami chybí poskytovatelé, kteří by se zabývali specifickou primární prevencí rizikového chování šikany, kyberšikany, užívání alkoholu a problematiky rasismu a xenofobie (tabul.č.13). Na ostatní vybrané rizikové jevy existuje vždy alespoň jedno zařízení, které se na primární prevenci daného jevu zaměřuje. Nejvýznamnějším poskytovatelem specifické primární prevence je Centrum adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s., které se zaměřuje na prevenci užívání nealkoholových drog, rizikového sexuálního chování a s tím spojené pohlavně přenosné choroby, na problematiku gamblingu, netolismu a také nabízí v rámci primární prevence téma politického a náboženského extremismu (tabul.č.1 – 12).

Prevenci užívání nealkoholových drog provádí v Příbrami všech 10 škol (viz. tabul.č.1). Tento výsledek se shoduje s názorem Miovského (2010), který říká, že nejrychlejší vývoj v rámci prevence byl a stále dnes ještě je, v oblasti problematiky

užívání návykových látek. Taktéž Suchelová (2009) ve svém výzkumu uvádí, že nejvíce je primární prevence ve školách zaměřena na účinky a rizika spojená s užíváním ilegálních drog. Polovina škol (5 z 10) realizuje prevenci pomocí jednorázových aktivit, kterými jsou nejčastěji přednáška či exkurze (tabul.č.1). Jak ale uvádí Nešpor a Provazníková (1997), jsou tyto jednorázové aktivity neúčinné. Taktéž MŠMT ČR (2007a) upozorňuje na to, že jednorázové hromadné akce či návštěvy kulturních zařízení, by sami o sobě neměly tvořit samotnou náplň primární prevence, ale měly by být spíše zpestřením či doplňkem dlouhodobého programu. Jak je možno vidět i u ostatních sledovaných jevů (tabul.č.1 – 12), tvoří právě jednorázové aktivity převážnou formu primární prevence v příbramských školách. V mnoha případech byla uvedena jako forma prevence diskuze, která byla připravena a vedena třídními učiteli či školními metodiky prevence (tabul.č.1 – 12). Kalina a kol. (2003) uvádí, že pokud je diskuze vedena specialisty, kteří nejsou v dané oblasti přímo proškoleni, nemusí být primární prevence příliš efektivní. Aby byla prevence účinná, je nutné, jak říká Miovský (2010), aby na sebe programy navazovaly, vzájemně se doplňovaly a jejich působení bylo dlouhodobé. Takové programy jsou dle Novákové (in Kalina a kol., 2003) shodné s kritérii efektivní primární prevence, protože do celého programu jsou aktivně zapojováni především sami žáci. Přesto jsou do dlouhodobého programu v městě Příbrami zapojeny jen 3 z 10 škol. Pouze jediná škola (viz.tabul.č.1 - SŠ 3), využívá v rámci prevence užívání nealkoholových drog peer programu. Přitom, jak uvádí Dočkal (2000), se peer program řadí mezi nejúspěšnější programy primární prevence vůbec. Skácelová (in Kalina a kol., 2003) však upozorňuje na to, že tyto programy jsou velice náročné na přípravu a realizaci, protože se musí předem myslet nejen na výběr vhodné metodiky, ale také na vlastnosti konkrétních peer aktivistů. Ti využívají svých dobrých vlastností a přirozeného vlivu na žáky. Proto se domnívám, že ostatní školy peer programy nerealizují, protože se obávají mylně zvolených peer aktivistů, kteří by na děti mohli působit nevhodně. Primární prevence užívání nealkoholových drog je na základních školách soustředěna poprvé do věku 13 – 14 let (tabul.č.1). Tato skutečnost se shoduje s názorem Trapkové (2003), že programy orientované na užívání návykových látek by měly být zařazeny zhruba do věku od 12 do 15 let. Já osobně

souhlasím s Novákovou (in Kalina a kol., 2003) která říká, že drogová problematika by spolu s vhodným nácvikem příslušných sociálních dovedností měla být řazena již do 4. – 5. třídy, tedy klidně do věku od 9 – 10 let. Ztotožňuji se s názorem Nešpora (2003), který uvádí, že účinnost prevence se výrazně zvýší, pokud bude zahájena 2 – 3 roky před samotným prvním experimentem s drogou. Žáci začínají zkoušet návykové látky ve věku 14 – 15 let (Csémy a kol., 2009), takže prevence užívání nealkoholových drog přichází v tomto případě pozdě.

Závislost na nikotinu realizuje 7 z 10 škol a to formou méně efektivních převážně jednorázových aktivit. Pouze 1 škola (viz.tabul.č.2) si v rámci prevence kouření pozvala odborníka z plicního oddělení příbramské nemocnice. Ostatní školy si prevenci nikotinismu zajišťují samy (což odpovídá 85,7 %). Tato skutečnost souhlasí s výzkumem Broži a Miovského (2006), kteří uvádějí, že až 62,9 % škol ve Středočeském kraji se spoléhá na vlastní činnost a na vnitřní zajištění prevence na škole. 37,1 % přenechává aktivitu na straně vyškolených pracovníků a odborníků v dané oblasti. Tato skutečnost může být způsobena tím, že školy neví, na koho se při realizaci primární prevence užívání alkoholu nebo tabákových výrobků obrátit nebo se na nikoho obrátit nemohou, jak je tomu co se alkoholu týče právě v městě Příbrami (viz.tabul.č.3). Primární prevence užívání alkoholu se realizuje pouze na základních školách. Střední školy tuto prevenci nedělají vůbec. Při samotných rozhovorech se školními metodiky prevence jsem zjistila, že největší příčinou toho, že se prevence na středních školách v oblasti užívání alkoholu nedělá je názor, že na prevenci je na střední škole příliš pozdě (viz.tabul.č.14). Tento názor odpovídá výzkumu Suchelové (2009), která uvádí první vědomou zkušenost s alkoholem ve věku 11, 2 let. Já osobně se přikláním k názoru Miovského (2010), který říká, že i přesto, že se nedokázalo nějakým způsobem zabránit výraznému výskytu rizikového chování, je i nadále nutno působit na konkrétní cílovou skupinu a snažit se, aby se její chování posunulo zpět ke zdravému životnímu stylu. Naopak všechny základní školy realizují prevenci užívání alkoholu i tabáku. První zkušenosti s kouřením mají děti, dle Csémy a kol. (2009) v 11 letech a dříve. Na základních školách v městě Příbrami přichází prevence kouření ve věku 10 – 11 let (tabul.č.2), což ovšem není, jak by dle Nešpora (2003) mělo, alespoň o 2 – 3 roky dříve.

Stejně tak je tomu i u alkoholu, jehož prevence přichází na základních školách ve věku 12 – 13 let, což je vzhledem k výzkumům Suchelové, která uvádí jako věk první vědomé zkušenosti s alkoholem 11, 2 let, pozdě.

Prevencí šikany se zabývá 7 z 10 škol (viz.tabul.č.4). Stále však zbývají 3 školy, které prevenci šikany vůbec nerealizují a to i přes to, že dle metodického pokynu MŠMT ČR (2008a) se šikana objevuje v zárodečných fázích takřka na každé škole. V městě Příbrami se nenachází žádné specifické centrum, které by se přímo zaměřovalo na primární prevenci šikany, což je jeden důvodů nerealizace prevence šikany na těchto třech školách. Fieldová (2007) považuje za důležité, aby se problematika šikany začlenila do běžných vyučovacích hodin, což cíleně dělá pouze 1 střední škola (SŠ 3). Průměrný věk, ve kterém je prevence šikany zařazována do základních škol je 12 – 13 let. Dle Suchelové (2009) se se šikanou poprvé setkaly děti již ve věku kolem 11 let. Se šikanou úzce souvisí problematika kyberšikany (tabul.č.5). Její primární prevenci realizuje pouze polovina škol. Zbývajících 5 škol nerealizuje primární prevenci kyberšikany vůbec a to i přes to, že Krejčí a Kopecký (2010) uvádějí, že 46,8 % českých dětí je vystavováno kyberšikaně a 27,8 % českých dětí přiznalo, že si kyberšikanu vyzkoušelo. Školní metodici prevence v tomto případě postrádali poskytovatele v oblasti problematiky kyberšikany. Ten v Příbrami chybí. Školy nabízejí svým žákům prevenci pouze formou přednášky, projektu či pomocí volně dostupného informačního materiálu (viz.tabul.č.5). Informační materiál se jako forma prevence v mém výzkumu objevuje pouze ve dvou případech u jedné a té samé střední školy (SŠ 5). Tato skutečnost je poměrně zajímavá a neslučuje se s výzkumem Adámkové a kol. (2009), kde analýza jednotlivých druhů preventivních aktivit na základních školách ve Středních Čechách prokázala, že primární prevence je zajišťována nejčastěji formou distribuce informačních materiálů (22,9 %).

Prevenci rasismu a xenofobie provádí 7 z 10 škol a zajišťována je výhradně pomocí interních zdrojů školy. Ve většině případů je tato problematika začleňována do vyučovacích hodin (viz.tabul.č.6-SŠ 3, 4). Poskytovatel nabízející specifickou prevenci na téma rasismus a xenofobie se v Příbrami nenachází.

Všechny školy se v rámci primárně preventivního dění zaměřují na prevenci sexuálního rizikového chování a onemocnění HIV/AIDS (viz.tabul.č.7). V tomto případě rozhodně souhlasím s autory Lukšík a Mayer (2004), kteří upozorňují na to, že z důvodu vysoké závažnosti a nebezpečnosti onemocnění AIDS se mnohem více vyplatí tomuto smrtelnému onemocnění předcházet vhodnými způsoby primární prevence. V Příbram se touto problematikou zabývá jako poskytovatel Centrum adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s. Příbram, které nabízí prevenci sexuálního rizikového chování v rámci svého dlouhodobého programu. Do toho jsou zapojeny 3 z 10 škol (tabul.č.7-ZŠ 3, 4, SŠ 4). Ostatní zkoumané školy si prevenci rizikového sexuálního chování zajišťují buď sami (tabul.č.7-ZŠ 1, 5, SŠ 3, 5) nebo spolupracují s odborníky z hlavního města Prahy (tabul.č.7-ZŠ 2, 4, SŠ 1, 2). Průměrný věk, ve kterém je primární prevence rizikového sexuálního chování zařazována na základní školy je 13 – 14 let. Jak uvádí Suchelová (2009) ve Středočeském kraji má 32,6 % žáků devátých tříd základních škol mělo pohlavní styk. Přičemž průměrný věk respondentů činí 14,3 let. Šmatláková (2010) dokonce vyzkoumala, že na základních školách v Příbrami se k pohlavním styku hlásí 44 % respondentů základních škol a to v průměrném věku již 13,9 let. V tomto případě přichází prevence na základní školy v Příbrami pozdě.

Prevenci poruch příjmu potravy dělá pouze 1 z 10 zkoumaných škol (viz.tabul.č.8), a to i přes to, že Marádová (2007) upozorňuje na to, že až 6 % dospívajících dívek trpí mentální anorexií a toto onemocnění se nejvíce projevuje ve věku kolem 13 až 18 let. V Příbrami se přitom nachází kontaktní pracoviště občanského sdružení Anabell, které prevenci v oblastech poruch příjmu potravy, alespoň formou jednorázové přednášky, nabízí. Velmi mě překvapilo, že školní metodici prevence považují prevenci poruch příjmu potravy za zbytečné a nepotřebné téma.

Primární prevenci v oblasti kriminality a delikvence zajišťuje žákům 7 z 10 škol (viz.tabul.9), přičemž všechny školy spolupracují s Policií ČR. Policie ČR je hojně zmiňovaným subjektem ve školách, což souhlasí s výzkumem Broži a Miovského (2006), kteří uvádí, že co se vnějších subjektů při poskytování specifické prevence týče, je ve Středočeském kraji prevence realizována nejvíce prostřednictvím Policie ČR. Mám obdobný názor jako sami autoři, kteří uvádí, že důvodem je snadná dostupnost

této instituce v každém městě, což ale nemusí nutně souviset s kvalitou a efektivitou prevence této instituce. Prevence kriminality je prováděna jednorázově (5 ze 7 škol), formou besedy. Prevenci kriminality se zaměřují pouze 2 střední školy, přestože věkové rozmezí, ve kterém páchají lidé nejvíce trestných činů je v rozmezí od 20 do 30 let (34,6 %). Dětí do 18 let se pak na kriminalitě podílejí v 7 % zastoupení (MV ČR, 2007). Z tohoto důvodu se domnívám, že není pozdě působit na studenty preventivně v oblasti kriminality a delikvence během studia na střední škole.

Prevenci netolismu dělají v Příbrami pouhé 4 školy z 10 (viz.tabulkač.10). Přestože z průzkumu studie ESPAD (Csémy a kol. 2009) vyšlo najevo, že 56,6 % studentů tráví svůj volný čas právě surfováním na internetu. Myslím si, že problematika závislosti na internetu je v současné době aktuální problém, jemuž by se mělo předcházet, protože z výzkumu Suchelové (2009) vyplývá, že žáci tráví kvůli komunikaci a chatu na internetu až 18,4 hodin týdně. Dle mého názoru by si škola měla více uvědomovat možná nebezpečí internetu. Pokorný, Telcová a Tomko (2002) na ně jasně upozorňují. Dle těchto autorů nebezpečí spočívá v celkovém přetěžování organizmu z důvodu zahlcování obrovským množství informací. Největším problémem závislosti na internetu je dle autorů informační závislost žáků a neschopnost nalézt informace z „neinternetových zdrojů“. Proto mě udivuje, že školy prevenci netolismu takto podceňují. Na základních školách je problematika netolismu zařazována do průměrného věku 14 – 15 let (viz.tabul.č.10). V tomto věku, jak upozorňuje Bukovská a kol. (2010), ale celých 37 % dětí komunikuje na internetu s cizími lidmi a více jak 1/3 sdílí své kontaktní a osobní údaje bez patřičné ochrany. Proto je prevence do základních škol řazena dle mého výzkumu pozdě. Důvody, kvůli kterým školní metodici prevence toto téma do minimálního preventivního programu své školy nezařazují, jsou především finanční situace školy (tabul.č.14-ZŠ 1, SŠ 1), která brání škole zapojit se do dlouhodobého programu Centra adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s., nabízející prevenci netolismu.

Jak tvrdí Pokorný, Telcová, Tomko (2002) je závislost na internetu některými rysy srovnatelná s patologickým hráčstvím (gambling). Jeho prevenci dělají pouze 3 z 10 škol (viz.tabul.č.11). Zbývající školy prevenci patologického hráčství nerealizují i

přes to, že dle studie ESPAD (Csémy a kol. 2009) 11,3 % dětí hraje nebo někdy v životě hrálo výherní automaty. Suchelová (2009) dokonce uvádí, že 4,7 % žáků základních škol Středočeského kraje se přihlásilo k příležitostnému hraní. 36 % dětí uvedlo hru na hracím automatu jako zkušenost v rámci experimentu. Z mého pohledu tedy není důvod, proč by téma gamblingu nebylo pro školy aktuální a významné. Z uskutečněného rozhovoru jsem ale zjistila, že nejčastějším důvodem pro nezařazení prevence gamblingu do škol je právě zdánlivá nepotřebnost tématu (viz.tabul.č.14). Prevence gamblingu je v Příbrami uskutečňována ve věku 14 – 15 let. Dle výzkumu Suchelové (2009) průměrný věk první zkušenosti s hraním na výherních automatech je 13,8 let. Tato skutečnost neodpovídá Nešporovo (2003) tvrzení, se kterým se ztotožňuji, že účinná prevence by měla přicházet 2 – 3 roky před prvním experimentem s daným jevem.

Prevence politického a náboženského extremismu je v Příbrami realizována v polovině škol (tabul.č.12). Prevence je zajištěna prostřednictvím dvou poskytovatelů (Centrum adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s. a Občanské sdružení Tilius). Žádná ze škol nezajišťuje primární prevenci extremismu interně. Tato skutečnost by dle mého názoru mohla souviset s názorem Krause a Hroncové (2007), kteří říkají, že prevence extremismu by měla být vykonávána prostřednictvím profesionálů, aby ze strany cílové skupiny nedošlo spíše ke zvýšenému zájmu. Zbývající polovina nedělá prevenci z důvodu nepotřebnosti tématu. Tento důvod uvedli všichni dotázaní (viz.tabul.č.14). S tímto úsudkem školních metodiků prevence ovšem nemohu souhlasit. Zvlášť pokud vezmu v potaz názor Pokorného, Telcové a Tomka (2003), že kulty a sekty jsou pro mladé lidi velice lákavé a postupně se stávají fenoménem dnešní doby.

Z komparace výsledků vlastního výzkumu spolu s odbornou literaturou z oblasti primární prevence a rizikového chování jsem došla k následujícím závěrům. Hypotéza H1: „Kapacita externích poskytovatelů specifické primární drogové prevence je dostatečná oproti preventivním programům nedrogových závislostí“byla dle mého názoru vyvrácena. V rámci prevence nealkoholových drog je kapacita v městě Příbrami plně dostačující (viz.tabul.č.1 a tabul.č.13). Ovšem společensky tolerované drogy, mezi které patří tabák a alkohol, nejsou kapacitně plně zastoupeny. V Příbrami se nenachází

žádné specializované centrum, které by nabízelo komplexní a dlouhodobou primární prevenci užívání alkoholu a kouření (viz.tabul.č.2, 3 a 13).

Hypotéza H2: „Více jak 1/3 škol neplní rozsah specifické primární prevence vymezený metodickými pokyny MŠMT ČR pro primární prevenci ve školách“ se potvrdila. Ani jedna ze zkoumaných škol se nezaměřuje na všechny typy rizikového chování (viz.tabul.č.1 – 12).

Poslední hypotéza H3: „Primární prevence ve školách není poskytována dříve, než 3 roky před vlastním zapojením žáků do rizikového chování“ se také potvrdila, protože prevence mnou sledovaných oblastí rizikového chování je do škol zařazována souběžně s věkem prvního experimentu nebo dokonce až po prvních zkušenostech s daným rizikovým chováním. Témata užívání nealkoholových drog, tabáku a alkoholu, problematika šikany, netolismu, gamblingu a rizikové sexuální chování spolu s problematikou HIV/AIDS jsou blíže rozpracována v diskuzi. Tyto poznatky dále doplňuje také pozdní nástup prevence kyberšikany na základních školách (viz.tabul.č.5), který do základních škol přichází dle mého vlastního výzkumu ve věku 13 let, ačkoliv výzkum občanského sdružení Aisis společně s Nadací O2 (ADMIN, 2010) ukázal, že mobilní telefon začínají vlastnit děti již ve věku od 8 let (66 %). Neomezený přístup k internetu pak uvedlo 83 % dětí ve věku od 8 do 10 let. Prevence poruch příjmu potravy je dle mého výzkumu zařazena pouze v jedné střední škole a to ve věku 16 let (tabul.č.8), což je vzhledem k výzkumům Marádové (2010), která uvádí první projevy poruch příjmu potravy již ve věku od 13 let, jednoznačně pozdě. Dalším jevem, který jsem v rámci primární prevence na školách zkoumala, byly projevy rasismu a xenofobie. I přes to, že se dle Šiškové (1998) mohou objevit ve věku 13 let, jsou do základních škol v Příbrami tato témata řazena ve věku 14 – 15 let. Oblast prevence kriminality a delikvence je v Příbrami zajištěna od 13 – 14 let (viz. tabul.č.9). Jak uvádí Marešová (2008), objevují se mezi pachateli provinění i přes pokles počtu těchto činů dětští pachatelé. Jejich věkové složení je ¼ pachatelů mladších 12 let a ¾ pachatelů starších 12 let. Z výše diskutovaného jsem tedy došla k názoru, že hypotéza H3 byla potvrzena.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit dostatečnost poskytovatelů primární prevence vybraného rizikového chování a provést evaluaci ve školách města Příbrami. Abych oba tyto cíle byla schopna naplnit, použila jsem při svém výzkumu jak kvantitativní metodu, kterou byla obsahová analýza minimálních preventivních programů vybraných škol, tak také metodu kvalitativní, tedy rozhovor se školními metodiky prevence na těchto školách.

Mým zájmem bylo sledovat hned několik souběžných jevů. Jednak jsem se zabývala tím, zdali se v Příbrami nachází dostatečné množství organizací, institucí, zařízení, center, tedy poskytovatelů, se kterými by základní a střední školy mohly v rámci primární prevence spolupracovat. Z výzkumu vyplývá, že jednoznačným a hojně využívaným poskytovatelem je v oblasti primární prevence Centrum adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s. Příbram. To nabízí primární prevenci v oblastech nealkoholových drog, netolismu, gamblingu, politického a náboženského extremismu a sexuálního rizikového chování. Pokud školy ale nechtějí nebo z finančních důvodů nemohou se zařízením spolupracovat, nenachází se v městě Příbram na oblast netolismu a gamblingu žádné jiné centrum, které by se touto problematikou zabývalo. Jev, který není v Příbrami podpořen žádnou konkrétní organizací přestože je známo, že se na školách poměrně často vyskytuje, je šikana a kyberšikana. Malá pozornost je dle mého názoru věnována také obecně společensky tolerovaným drogám, kterými jsou alkohol a tabák. Z výše uvedených důvodů si tedy troufám tvrdit, že primární prevence rizikového chování v městě Příbram není dostatečná.

Ovšem při provedeném kvalitativním rozhovoru se školními metodiky prevence jsem došla k názoru, že většině z nich tato situace v Příbrami nevadí, nebo respektive, i kdyby se zde poskytovatel výše zmiňovaných oblastí rizikového chování nacházel, není zcela jisté, zdali by školy jeho nabídky využily. Mají totiž mnohdy jiné důvody pro nezařazení primární prevence konkrétních oblastí rizikového chování do primárně preventivního dění ve své škole. Jsou jimi finanční důvody, domněnka nepotřebnosti

tématu, neadekvátní rodinné zázemí a celková nespolupráce s rodinou, pozdní zásah prevence či nedostatečná informovanost o možnostech využití služeb poskytovatelů.

Co se týče celkové situace primární prevence ve školách v Příbrami, není tato dle mého názoru zcela uspokojivá. Školy nedělají prevenci všech typů rizikového chování, které jsou doporučeny v metodickém pokynu MŠMT ČR. Pokud již prevenci některého konkrétního jevu dělají, přichází prevence v zásadě pozdě. Tedy buď v obdobném věku, ve kterém děti začínají s příslušným jevem přicházet do styku, či déle. Aby měla primární prevence ten správný efekt a výsledek, mělo by se na žáky působit kontinuálně, komplexně, dlouhodobě a vhodnými metodami, které by děti naučily osvojit si určité sociální dovednosti. Prevence na školách v městě Příbrami ovšem probíhá nejčastěji formou jednorázových přednášek či besed. Tyto ale nemohou mít na žáky vliv trvalejšího charakteru. Přes všechny známé zásady efektivity primární prevence, o kterých je napsáno mnoho odborné literatury, využívají školy s oblibou jednorázových hromadných akcí.

Z vyposlechnutých názorů jednotlivých školních metodiků prevence jsem získala dojem, že mnohým z nich spíše vyhovuje následná intervence a řešení jednotlivých problémů, které se na jejich škole vyskytnou. V těchto případech ví většina metodiků, co má dělat, na koho se má obrátit a s kým spolupracovat, případně jaké dokumenty jsou k dané situaci potřeba vyplnit. Ovšem mnoho z nich naopak vůbec neví, na koho se obrátit v případě zajištění primární prevence jako na poskytovatele, kde je možno si prevenci objednat, kdy by zhruba měla prevence přicházet, aby byla včas a jaké formy prevence jsou z důvodu dlouhodobého úspěchu efektivní.

Jako možné řešení vidím zejména pevnější zakotvení primární prevence v legislativě České republiky. Z této oblasti jsou k dispozici pouze metodické pokyny, které fungují jako jakási doporučení, jak by se školy v rámci prevence měly chovat a co by měly znát. Obávám se ale, že pokud nebude problematika prevence přímo legislativně zakotvena v zákoně, situace na českých školách se nezmění. Upevněním prevence v zákoně nemyslím pouze to, co všechno školy musí v souvislosti s prevencí brát v potaz a dělat, ale také to, jak mají primární prevenci skloubit s naplněním témat učebních osnov v rámci vyučovacích hodin nebo co mají dělat, pokud na daný program

nemají finance. Myslím si, že situace by se dala vyřešit pokud by existovala třeba školská či poradenská zařízení, která by se věnovala pouze poskytování primární prevence všech typů rizikového chování, své služby by poskytovala zdarma a financována by byla ze státního rozpočtu, mohlo by v budoucnu dojít ke zlepšení situace v oblasti primární prevence.

Za nejdůležitější výsledky mé práce považuji fakt, že primární prevence na školách se nedělá v takovém rozsahu, který doporučuje MŠMT ČR prostřednictvím metodických pokynů. Dále skutečnost, že primární prevence přichází do škol stále pozdě a je zajišťována většinou formami a metodami, které jsou v rozporu se zásadami efektivní primární prevence. Za zajímavé poznatky, vyplývající z této bakalářské práce dále považuji zejména názory jednotlivých školních metodiků a z nich následně vyplývající důvody, kvůli kterým nejsou požadavky metodických pokynů MŠMT ČR na zapojení všech oblastí rizikového chování naplněny.

Výsledky práce mohou posloužit jako podklad pro zkvalitnění primárně preventivního dění na jednotlivých školách v městě Příbrami, pro potřeby dalšího výzkumu či jako materiál pro laickou veřejnost zajímající se o prevenci.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADÁMKOVÁ, T. a kol. (2009) Primární prevence na školách zapojených do projektu EUDAP 2. *Adiktologie: odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum drogových závislostí,* 2009, roč. 9, č. 2, 87-94 s. ISSN 1213-3841.

ADMIN (2010). Kyberšikana na českých školách [online]. *Aisis o.s. a Nadace O2*. 2010 [cit.2011-03-24]. Dostupné z: http://www.minimalizacesikany.cz/sikana-a-mobily/199-kybersikana-na-ceskych-skolach.

BROŽA, J.,MIOVSKÝ, M. (2006) *Poskytování specifické primární prevence ve školách Středočeského kraje: závěrečná zpráva č. 6 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji* [online]. Liberec: NTI – consulting, s.r.o., 2006 [cit.2011-03-24]. Dostupné z: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:T2jf27RxhikJ:fondyeu.kr-stredocesky.cz/viewDocument.asp%3Fdocument%3D8338+z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1+zpr%C3%A1va+%C4%8D.+6,+Poskytov%C3%A1n%C3%AD+specifick%C3%A9+prim%C3%A1rn%C3%AD+prevence+na+%C5%A1kol%C3%A1ch+st%C5%99edo%C4%8Desk%C3%A9ho+kraje,+2006&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&source=www.google.cz.

BUKOVSKÁ, L. a kol. (2010) *Děti a jejich problémy III: sborník studií*. Praha: Sdružení Linky bezpečí, 2010. ISBN 978-80-254-6840-1.

COOPER, P., J. (1995) *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. 207 s. ISBN 80-85885-97-2.

CSÉMY, L. a kol. (2009) *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. 171 s. ISBN 978-80-87041-94-9.

DOČKAL, J. *Člověk a drogy*. (2000) [3. vyd.?]. Praha: Éthum, 2000. 84 s.

FIELDOVÁ, E., M. (2007) *Jak se bránit šikaně: praktický rádce pro děti rodiče a učitele.* 1. vyd. Praha: Euromedia Group, [2007?]. 312 s. ISBN 978-80-249-176-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. (2004) *Manuálek o násilí.* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů v Brně, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.

HOLUB, J. a kol. (1993) *AIDS a my: aneb co je třeba vědět o Aids*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 144 s. ISBN 80-7169-068-6.

CHARVÁT, J. (2007) *Současný politický extremismus a radikalismus*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-098-6.

JANDOUREK, J. (2003) *Úvod do sociologie.* 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 232 s. ISBN 80-7178-749-3.

KALINA, K. a kol. (2003) *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup.* 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 344 s. ISBN 80–86734–05–6.

KALINA, K. a kol. (2008) *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KOPECKÝ, K., KREJČÍ, V. (2010) *Kyberšikana a prevence* [online]. 2010 [cit.2011-03-24]. Dostupné z: http://cms.e-bezpeci.cz/content/view/29/39/lang,czech/.

KOZLOVÁ L., KUBELOVÁ V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci.* 2. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2009. 55 s. ISBN 978-80-7394-155-0.

KRAUS, B., HRONCOVÁ, J. (2007) *Sociální patologie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 325 s. ISBN 978-80-7041-896-3.

KREJČÍ, V., KOPECKÝ, K. (2010) *Kyberšikana u českých dětí - závěry z výzkumného šetření projektu E-Bezpečí a Centra PRVOK (září – listopad 2009)* [online]. 2010 [cit.2010-12-02]. Dostupné z: http://prvok.upol.cz/index.php/vyzkum/37-kyberikana-u-eskych-dti-zavry-z-vyzkumneho-eteni-projektu-e-bezpei-a-centra-prvok-zai-listopad-2009.

KRCH, F. D. a kol. (2005) *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha : Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

LUKŠÍK, I., MAYER, V. (2004) *Sociokultúrne otázky AIDS*. 1. vyd. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca. 2004. 112 s. ISBN 80-89185-01-0.

MAREŠOVÁ, A. (2008) Současný stav kriminality mládeže. *České vězeňství*. 2008. roč.16, č.2, ISSN 1213-9297.

MARÁDOVÁ, E. (2007) *Poruchy příjmu potravy.* Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.

MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. (1995) *Alkoholici, feťáci a gambleři*. 1. vyd. Praha : Empatie, 1995. 112 s. ISBN 80-901618-9-8.

MARTANOVÁ, V. (2007) Primární prevence užívání návykových látek – základní vymezení problematiky a terminologie. In *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. 23-31 s. ISBN 978-80-254-0525-3.

MCGRATH, Y. a kol. (2007) *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi:přehled dostupných informací:nejnovější výzkumné poznatky*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2007. 70 s. ISBN 978-80-87041-16-1.

MIOVSKÝ, M. a kol. (2010) *Primární prevence rizikového chování ve školství.* 1. vyd. Praha: SCAN, 2010. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.

MŠMT ČR. (2006) *Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* **[**online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. 2006 [cit.2011-02-25]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb 1?highlightWords=Vyhl%C3%A1%C5%A1ka+%C4%8D.+72%2F2005.

MŠMT ČR. (2007a) *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže ve školách a školských zařízeních* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. 2007 [cit.2010-10-10]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/socialni-programy/metodicky-pokyn-k-primarni-prevenci-socialne-patologickych-jevu-u-deti-a-mladeze-ve-skolach-a-skolskych-zarizenich-nabyva-ucinnosti-dnem-zverejneni-ve-vestniku-msmt-cr-sesit-11-2007.

MŠMT ČR. (2007b) *Vybrané termíny primární prevence* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. 2007 [cit.2010-11-18]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/socialni-programy/vybrane-terminy-primarni-prevence?lchan=1&lred=1.

MŠMT ČR. (2008a) *Metodický pokyn k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. 2008 [cit.2010-10-10]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/pro-novinare/metodicky-pokyn-k-prevenci-a-reseni-sikanovani-mezi-zaky.

MŠMT ČR. (2008b) *Přehled vybraných platných předpisů pro oblast prevence sociálně patologických jevů* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. 2008 [cit.2011-02-18]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/socialni-programy/prehled-vybranych-platnych-predpisu-pro-oblast prevence?highlightWords=p%C5%99ehled+platn%C3%BDch+pr%C3%A1vn%C3%ADch+p%C5%99edpis%C5%AF.

MŠMT ČR. (2008c) *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. 2008 [cit.2011-03-25]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/11704.

MŠMT ČR. (2002) *Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. 2002 [cit.2010-10 10]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/socialni-programy/metodicky-pokyn-k-

jednotnemu-postupu-pri-uvolnovani-a-omlouvani-zaku-z-vyucovani-prevenci-a-postihu-zaskolactvi.

MŠMT ČR. (1999) *Metodický pokyn k výchově proti projevům rasismu, xenofobie a intolerance* [online] Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. 1999 [cit.2010-11-10]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/socialni-programy/metodicky-pokyn-msmt-k-vychove-proti-projevum-rasismu-xenofobie-a-intolerance.

MŠMT ČR. (2009) *Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012* [online]. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. 2009 [cit.2010-02-25]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/socialni-programy/strategie-prevence-socialne-patologickych-jevu-u-deti-a.

MV ČR. (2007) *Strategie prevence kriminality na léta 2008 až 2011* [online] 2007 [cit.2011-03-28]. Dostupné z: http://www.mvcr.cz/clanek/programy-prevence-kriminality.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d.

NĚMEC, J., BODLÁKOVÁ, I. (1996) *Prevence zneužívání návykových látek.* Praha: POLY, 1996. 87 s.

NEŠPOR, K. (2007) *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby.* 3. dopl. a opr. vyd. Praha : Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. (2003) *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, včas je rozpoznat a jak je zvládat* [online]. 5. revidované vyd. Praha: MZ ČR, 2003 [cit.2011-03-28]. Dostupné z: http://www.drnespor.eu/addictcz.html.

NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. (1997) *Slovník prevence problémů způsobených návykovými látkami.* 2. vyd. Praha : 1997. 58 s. ISBN 80-7071-050-0.

NETOLICKÁ, D. (2008) *Koncepce primární prevence Středočeského kraje 2007-2013* [online]. 2008 [cit.2010-11-10]. Dostupné z: http://www.krstredocesky.cz/portal/odbory/Skolstvi/prevence/koncepce-primarni-prevence-stredoceskeho-kraje-na-leta-20072013.htm.

NICM NIDM MŠMT (Národní informační centrum pro mládež, oddělení národního institutu dětí a mládeže Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy). (2011) *Kriminalita a delikvence – charakteristika* [online]. 2011 [cit.2011-03-28]. Dostupné z: http://www.icm.cz/kriminalita-a-delikvence-charakteristika.

POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. (2003) *Prevence sociálně patologických jevů: manuál praxe.* 3. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s., 2003. 186 s. ISBN 80-86568-04-0.

POKORNÝ,V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. (2002) *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s., 2002. 194 s. ISBN 80-86568-0204.

SKÁCELOVÁ, L. (2007) Standardní činnosti školního metodika prevence (ŠMP). In *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. 23-31 s. ISBN 978-80-254-0525-3.

SLAVÍKOVÁ, I. (2007) Primární prevence v podmínkách školy-tvorba a realizace minimálního preventivního programu. In *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. 23-31 s. ISBN 978-80-254-0525-3.

SLONJE, R., SMITH, P.,K. (2008) Cyberbullying: Another main type of bullying? *Scandinavian Journal of Psychology* [online]. 2008, vol. 49, p. 147-154. [cit.2010-10-10]. Dostupné z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9450.2007.00611.x/abstract. ISSN 0036-5564.

SOCHŮREK, J. (2009) *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2009. 186 s. ISBN 978-80-7372-448-1.

SUCHELOVÁ, M. (2009) *Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí základních škol: diplomová práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 2009. 145 s. Vedoucí diplomové práce Aleš Novotný.

ŠIŠKOVÁ,T. (1998) *Výchova k toleranci a proti rasismu: zdroje a formy rasismu a netolerance, informace o národnostních menšinách, hry a cvičení pro žáky a studenty*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 200 s. ISBN 80-7178-285-8.

ŠMATLÁKOVÁ, I. (2008) *Evaluace primární prevence rizikového chování na základních školách: bakalářská práce.* České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 2008. 80 s. Vedoucí bakalářské práce Pavel Vácha.

ŠMATLÁKOVÁ, I. (2010) *Hodnocení primárně preventivního působení na základních školách v regionu Příbramsko : diplomová práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 2010. 130 s. Vedoucí diplomové práce Pavel Vácha.

ŠTABLOVÁ, R. (1995) a kol. *Drogy, kriminalita a prevence*. 2. vy. Praha: Policejní akademie České republiky, 1999. 205 s. ISBN 80-7251-018-5.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. a kol. (2007) *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TEJCHMANOVÁ, L., PĚTIOKÝ, J., BENEŠ, J. (2009) *Strategie boje proti extremismu* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra ČR:odbor bezpečnostní politiky, 2009 [cit.2010-10-10]. Dostupné z: http://www.google.cz/#sclient=psy&hl=cs&site=&source=hp&q=TEJCHMANOV%C3%81%2C+L.%2C+P%C4%9ATIOK%C3%9D%2C+J.%2C+BENE%C5%A0%2C+J.+Strategie+boje+proti+extremismu.+1.+vyd.+Praha%3A+Ministerstvo+vnitra+%C4%8CR%3Aodbor+bezpe%C4%8Dnostn%C3%AD+politiky%2C+2009.+&aq=f&aqi=&aql=&oq=&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.&fp=a5b806ea6a00125f.

TRAPKOVÁ, B. (2003) *Cíle primární prevence podle věku cílové skupiny* [online]. 2003-2004 [cit.2010-11-18]. Dostupné z: http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&sess=&disp=texty&offset=183&list=183&shw=100009.

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. (2003) *Základní pojmy z oblasti primární drogové prevence-souhrn* [online]. 2003 [cit.2010-10-10]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/prevence/zakladni_pojmy_z_oblasti_primarni_drogove_prevence_souhrn.

VÁGNEROVÁ, M. (2002) *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

- Rizikové chování
- Primární prevence
- Školní metodik prevence
- Minimální preventivní program
- Metodický pokyn
- Poskytovatel služeb