

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav primární, preprimární a speciální pedagogiky

Prevence rizikového chování adolescentů

Bakalářská práce

Autor: Aneta Strnadová
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Vedoucí práce: Mgr. Martin Knytl, MCS
Oponent práce: Mgr. Martin Kaliba, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Aneta Strnadová
Studium:	P19P0322
Studijní program:	B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor:	Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Název bakalářské práce:	Prevence rizikového chování adolescentů
Název bakalářské práce AJ:	The Prevention of Risky Behaviour in Adolescence

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá rizikovým chováním v období dospívání a jeho prevencí. Teoretická část charakterizuje období adolescence, vymezuje pojem rizikové chování a uvádí formy rizikových aktivit. Dále se práce věnuje rizikovým a protektivním faktorům ovlivňující výskyt či zamezení rizikového chování, preventivním aktivitám a programům pro adolescenty. Empirická část se zabývá formami rizikového chování a programy primární prevence na základní a střední škole, v nízkoprahovém zařízení a v dětském diagnostickém ústavu s využitím kvalitativní techniky rozhovoru.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu. 2., rozš. české vyd.* Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

KABÍČEK, Pavel, CSĚMY, Ladislav a HAMANOVÁ, Jana. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví.* Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-793-4.

KREJČOVÁ, Lenka. *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3474-3.

MIOVSKÝ, Michal, SKÁCELOVÁ, Lenka a ZAPLETALOVÁ, Jana et al. *Prevence rizikového chování ve školství.* Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. ISBN 978-80-7422-391-4.

MIOVSKÝ, Michal, GABRHELÍK, Roman, CHARVÁT, Miroslav, ŠŤASTNÁ, Lenka, JURYSTOVÁ, Lucie a MARTANOVÁ, Veronika. *Kvalita a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících.* Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. ISBN 978-80-7422-391-4.

Garantující pracoviště:	Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	Mgr. Martin Knytl, MCS
Oponent:	Mgr. Martin Kaliba, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	10.2.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Prevence rizikového chování adolescentů vypracovala pod vedením vedoucího práce Mgr. Martina Knytla, MCS, samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 14. dubna 2022

Aneta Strnadová

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Martinu Knytlovi, MCS, za odborné vedení, cenné rady a ochotný přístup. Poděkování rovněž patří i všem informantům za ochotu spolupracovat během rozhovoru.

Anotace

STRNADOVÁ, Aneta. *Prevence rizikového chování adolescentů*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 70 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce na téma *Prevence rizikového chování adolescentů* se zaměřuje na problematiku rizikového chování v období dospívání a jeho prevencí. Práce charakterizuje období adolescence, uvádí jeho tradiční rozdělení a blíže specifikuje změny v jednotlivých oblastech vývoje. Dále se práce zabývá rizikovým chováním a jeho formami, přičemž autorka blíže popisuje pět vybraných typů (forem) rizikového chování. V poslední kapitole teoretické části jsou uvedeny typy prevence, zmíněna je převážně primární prevence, a organizace zabývající se programy prevence. Empirická část se zabývá aktuálními trendy v primární prevenci z pohledu dotazovaných organizací. Pro výzkumné šetření je využita kvalitativní metoda, konkrétně polostrukturovaný rozhovor se zaměstnanci z příslušných zařízení, kteří se podílejí na realizaci programů primární prevence.

Klíčová slova: rizikové chování, adolescence, prevence, primární prevence

Annotation

STRNADOVÁ, Aneta. *The Prevention of Risky Behaviour in Adolescence*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2022. 70 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor's thesis on the topic of *Prevention of Risky Behavior in Adolescence* focuses on the issue of risky behavior in adolescence and its prevention. The paper describes the period of adolescence, presents its traditional stages and defines changes in particular areas of development. Hereafter the thesis deals with risky behavior and its types, while the author describes five selected types in greater details. The last chapter of the theoretical part states the forms of prevention with predominant focus on primary prevention and discusses organizations with prevention programs. The empirical part of the paper deals with current trends in primary prevention from the perspective of the surveyed organizations. Research investigation utilizes qualitative method, namely a semi-structured interviews with employees of relevant facilities who participate in the implementation of primary prevention programs in praxis.

Keywords: risky behaviour, adolescence, prevention, primary prevention

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis studenta:

Obsah

Úvod	10
1 Charakteristika období adolescence	11
1.1 Raná adolescence	11
1.2 Pozdní adolescence	15
2 Rizikové chování	18
2.1 Vybrané typy rizikového chování	20
2.2 Faktory rizikového chování.....	26
3 Prevence rizikového chování.....	33
3.1 Primární prevence	36
3.2 Sekundární prevence	38
3.3 Terciární prevence.....	38
3.4 Organizace a instituce zaměřující se na prevenci rizikového chování.....	39
4 Aktuální trendy v programech primární prevence z pohledu vybraných organizací.....	47
4.1 Metodologie výzkumného šetření	47
4.2 Formulace hlavního cíle a dílčích výzkumných otázek	48
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku a prostředí.....	51
4.4 Analýza a interpretace výsledků	52
4.5 Shrnutí praktické části	58
Závěr	62
Seznam použitých zdrojů	64
Příloha.....	71

Seznam použitých zkratk

DÚ – diagnostický ústav

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

NZDM – nízkoprahové zařízení pro děti a mládež

ZŠ – základní škola

Úvod

Bakalářská práce se zabývá prevencí rizikového chování adolescentů. Toto téma jsem si vybrala díky praxi v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež, kde jsem později začala pracovat formou brigády. V NZDM jsem měla možnost se setkat s klienty s různými typy rizikového chování a preventivními programy, což mě dovedlo k rozhodnutí se o toto téma více zajímat. Zároveň mě zajímalo, jak se s tímto jevem v současnosti pracuje v dalších zařízeních jako jsou školy a diagnostický ústav, do kterého jsem bohužel neměla možnost se v rámci praxí podívat.

Rizikové chování nepochybně patří do života dospívajících. Dle mého názoru je problematika rizikového chování čím dál více aktuální záležitostí, jelikož jsou v současnosti dostupnější prostředky pro rizikovou či až kriminální činnost.

Dospívání je nejvíce náročným obdobím pro většinu z nás. Adolescent v sobě pociťuje rozpolčené emoce, je vystaven životně náročným situacím a mnohdy neví, jak tyto situace řešit. Děti a dospívající jsou pod neustálým stresem, jelikož jsou vedeni k úspěchu ať už ve škole nebo v zájmových činnostech. Tato tíha tlaku za úspěchem může vést k tomu, že se jedinec dostane do fáze, kdy jako jedinou „úlevu“ vidí v rizikové činnosti, např. v sebepoškození. Na druhou stranu se rizikové chování neobjevuje jen u přetěžovaných lidí, ale i u dětí a dospívajících žijící v rodinném prostředí bez nastaveného řádu a pravidel. Tito jedinci nemají často zábrany, chovají se proti společenským normám a ve většině případů nemají jasnou představu o vlastní budoucnosti.

Bakalářská práce ve třech kapitolách charakterizuje období dospívání, uvádí jeho definici a rozdělení. Dále práce popisuje, definuje a klasifikuje sousloví *rizikové chování* a uvádí rizikové a protektivní faktory rizikového chování. Následně se práce zabývá prevencí rizikového chování, převážně prevencí primární. Součástí této kapitoly je stručný popis organizací a institucí zaměřujících se na prevenci rizikového chování.

Cílem empirické části je zmapovat aktuální trendy v programech primární prevence ve vztahu k formám rizikového chování ve vybraných zařízeních, kterými jsou NZDM, diagnostický ústav, základní škola a střední škola. Výzkumné šetření je provedeno kvalitativní metodou rozhovoru se zaměstnanci oslovených zařízení.

1 Charakteristika období adolescence

Slovo *adolescence* je odvozeno z latinského slovesa *adolescere* (čes. dorůstat, dospívat, mohutnět). Adolescence se definuje jako přechodné období mezi dětstvím a dospělostí, při které dochází k největším fyzickým, duševním a společenským změnám (Vágnerová, 2012; Kabíček, 2014, s. 17). Konkrétněji „dochází k pohlavnímu dozrávání, hormonálním změnám a fyzickém růstu, rozvíjí se schopnost symbolizace, anticipace, sebereflexe a seberegulace, probíhají změny v oblasti sociálního učení“ (Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 26). V češtině se rovněž používají pojmy *dospívající*, *dorost* či *mládež* (Macek, 2003).

V tuzemské literatuře neexistuje pouze jedna varianta členění tohoto období. Například Langmeier a Krejčířová (2006) rozdělují dospívání, jako většina tuzemských autorů, na pubescenci, která přichází začátkem 11. roku života a končí dovršením 15 let, a adolescenci zahrnující následujících pět let života (Krejčová, 2011). Podobná označení používá Vágnerová (2012), která dospívání dělí na ranou a pozdní adolescenci. Dále v publikaci od Macka (2003), ale i od Kabíčka (2014) se setkáváme s rozdělením na adolescenci časnou (10–13 let), střední (14–16 let) a pozdní (17–19 let). Tato práce blíže charakterizuje období dospívání dle Vágnerové (2012).

1.1 Raná adolescence

Raná adolescence (též označována jako pubescence) zahrnuje věkové rozmezí mezi 11.–15. rokem života jedince (s ohledem na individuální variabilitu). Nejvíce charakteristické pro pubescenci jsou tělesné změny, spojené s pohlavním dozráváním. S pohlavním dozráváním souvisí změna zevnějšku, která se stává hlavním podnětem k novému vnímání sebe samotného i okolí. S pubertou dochází též ke změně způsobu myšlení, kdy je dospívající schopen abstraktně uvažovat a taky ke změně emočního prožívání, při které je jedinec ovlivněn aktuálním děním a vnitřní ne/vyrovnaností (Vágnerová, 2012, s. 369).

Langmeier a Krejčířová (2006) toto období rozdělují na dvě fáze:

- a) Fáze prepuberty: Přichází s prvními náznaky pohlavního dospívání. Mezi ně patří objevení prvních sekundárních pohlavních znaků a urychlení růstu. Prepuberta končí první menstruací u dívek (tato fáze je typická pro 11. až 13. rok života), u chlapců první emisí semene – noční poluce (u chlapců se tělesný vývoj dostavuje o něco později než u dívek, asi 1–2 roky později).

- b) Fáze vlastní puberty: Nastává plynule po fázi prepuberty a končí nastolením reprodukční schopnosti. Přicházející menstruace je zpravidla anovulační a často nepravidelná (pravidelnost a ovulace se většinou dostavuje cca po 1–2 letech). U chlapců se reprodukční schopnosti objevují později než u dívek, je to dáno rychlostí růstu pohlavní soustavy. Pubertu lze vymezit mezi věkem 13–15 let.

Bio-psycho-sociální změny v období rané adolescence

Langmeier a Krejčířová tvrdí, že dospívání je ohraničeno z jedné strany prvními známkami pohlavního zrání (růstem sekundárních pohlavních znaků), ze strany druhé dovršením plné pohlavní zralosti (neboli reprodukční schopnosti) a dokončením tělesného růstu (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Vágnerová uvádí, že doba, kdy dítě přechází do fáze dospívání je podmíněno především geneticky (již v prenatálním vývoji) a pravděpodobně se nemůže posunovat do nižšího věku. Dále se zmiňuje o hormonální produkci, ke které nedochází až v pubertě, nýbrž nejméně 2 až 3 roky předtím, než dojde k viditelným fyzickým změnám. Tento začátek hormonálních změn se nazývá *adrenarche* (Vágnerová, 2012). Výzkumy rovněž ukazují, že nástup fyzických změn je kromě genetických dispozic podmíněn i jinými faktory, zejména socioekonomickým původem, výživou, zlepšením kvality zdravotní péče atd. (Dolejš, Skopal, Suchá, 2014).

Do biologických změn u dívek s přicházející pubertou patří růst prsou, zaoblení boků, zrychlení růstu do výšky (svého vrcholu dosahuje asi 2 roky po začátku puberty), růst ochlupení v podpaží a na nohách, růst pubického ochlupení, zvětšení pohlavního orgánu (děloha, pochva, stydké pysky, klitoris) a menstruace (The Nemours Foundation, 2019, online).

Biologické změny u chlapců s přicházející pubertou představuje růst kosterních svalů, tělesný růst (dostavuje se cca o 2 roky později než u dívek), růst pohlavních orgánů (penis, varlata), růst vousů, ochlupení v podpaží a na nohách, růst pubického ochlupení, mutování a produkce spermatu (The Nemours Foundation, 2019, online).

Převážně ve starších publikacích je období dospívání (převážně pubescence) charakterizováno jako období emoční lability, která je domněle podmíněna vnitřními změnami v organismus jedince. Život dospívajícího je nejvíce ovlivněn pudovým tlakem, který spolu s pohlavním dozráváním přivádí jedince až do přecitlivělých nálad. Tyto

emoční konflikty bývají dost intenzivní a zřejmé, proto je toto období nazvané též jako období „bouří a krizí“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 147).

Vágnerová dodává, že u mnohých emočních konfliktů dospívající neví a neznají jejich příčinu a reagují na ně často podrážděně a mrzutě. Dále mezi emoční změny patří kromě podrážděnosti, apatie, impulzivita a nedostatek sebekontroly (Vágnerová, 2012).

Labáth rozděluje proces dospívání do dvou fází, přičemž první fáze vysvětluje psychologické změny v rané adolescenci: negativní, projevuje se při vstupu do puberty nízkou výkonností, motivací, izolací apod. Mezi další projevy patří afektivní reakce, neadekvátní, sociálně nepřiměřené chování. U těchto projevů není specifická doba trvání (týdny až měsíce) (Labáth a kol., 2011). Kon dodává, že je velmi důležité vzít v potaz individuálně typologické rozdíly, které převažují nad rozdíly věkovými. Osobnost jedince rovněž ovlivňují i kulturní a sociální faktory, způsob a styl výchovy (Kon, 1986 in Macek, 2003, s. 47).

Pro období adolescence je rovněž typická „zvýšená sebereflexe – dospívající si uvědomuje sám sebe jako nositele nejrůznějších situací, resp. zažívá zmatek nad vlastními pocity a prožitky. S přibývajícím zkušenostmi se sebou samým jako subjektem jednání a prožívání se v rámci sebereflexe stále větší měrou uplatňuje introspekce (tj. reflexe motivů a prožitků spjatých s vědomím vlastního já) a sebehodnocení“ (Míček, 1988 in Macek, 2003, s. 49).

„Dospívání bývá odznačováno jako doba druhého sociálního narození, spojeného se samostatným vstupem do společnosti“ (Conrea, 2000 in Vágnerová, 2012, s. 395). Sociální postavení je po přechodu do pubescence ovlivněno 2 životními úseky – ukončení povinné školní docházky a získání občanského průkazu (Vágnerová, 2012).

V tomto období se rovněž mění vztah s lidmi, jedinec experimentuje s různými rolami a vztahy. Pubescent odmítá nadřazené postavení autorit jako jsou například rodiče a učitelé. Je k nim často vzdorovitý a kritický, nedokáže výhrady a rozhodnutí akceptovat zcela bezvýhradně, rád o všem diskutuje. Je ochoten jim přiznat autoritu pouze tehdy, pokud je přesvědčen o vlastní chybě či špatném úsudku (Vágnerová, 2012).

Vzdor a neustálou argumentaci k nadřazeným osobám vysvětluje klasik morálního vývoje Lawrence Kohlberg v jednom ze svých šesti stádiích vývoje morálky, přičemž jedinec v období adolescence se vyskytuje v tzv. konvenčním stupni, kdy přechází

postupně z pozice „hodného dítěte“ na pozici stanovenou „řádem a zákonem“ (Nielsen Sobotková a kol. 2014).

Na rozdíl od autorit jako jsou rodiče či učitelé dává dospívající do popředí své vrstevníky, kteří pro něj mají mnohem větší význam. Je to dáno posunem od jednoznačné závislosti na rodičích směrem k emancipaci. Dospívající si vytváří nové citové a sociální vazby, tvoří se tzv. party, které jsou obvykle krátkodobé a často se mění. Pubescent si díky těmto partám formuje svou osobnost, postavení mezi vrstevníky a celkově ve společnosti (Labáth a kol., 2001).

Kognitivní změny v období rané adolescence

Macek (2003) se opírá o teorii kognitivního vývoje J. Piageta, který časnou adolescenci nazývá jako období utváření formálních operací. Dále zmiňuje, že mezi 11.–15. rokem se u mladistvého objevuje abstraktní myšlení – dokáže si představit neexistující věci, pracovat s abstraktními pojmy, hledat různé alternativy řešení problémů, umí reflektovat sebe jako subjekt vlastního myšlení, dochází rovněž ke zvýšení egocentrismu (Inhelder, Piaget, 1958 in Macek, 2003, s. 46).

Výbava abstraktního myšlení podmiňuje i zvládnutí a pochopení některých vyučovacích předmětů, jako je například matematika či fyzika. Adolescent je nově schopný uvažovat kritickým přístupem myšlení. Přemýšlet nad okolnostmi kriticky dovoluje dospívajícímu jedinci vnímat vše zcela jiným způsobem. Dokáže srovnávat momentální stav se stavem ideálním, který si představuje v mysli. To může zapříčinit častou kritičnost a nespokojenost se sebou samým (Kabíček, 2014, s. 22).

Změnou prochází jak krátkodobá, tak i dlouhodobá paměť. Je to dáno tím, že s přibývajícím věkem a tím pádem s přibývajícím zkušenostmi se logicky zvětšuje objem uložených informací v dlouhodobé paměti (Macek, 2003).

Sexualita v období rané adolescence

Sexualita nezačíná teprve v období dospívání, nýbrž již v dětství, a to v určité primitivní formě. V období rané adolescence dochází k nárůstu frekvence sexuálních aktivit a jejich diferenciaci, což je podmíněno hormonálními změnami a fyziologickým procesem ovlivňující míru sexuálního pudu. Způsoby sexuálního chování jsou do značné míry ovlivněny výchovnými a kulturními normami (Kabíček, 2014).

Před samotným pohlavním stykem je obvyklé experimentování s jinými způsoby uspokojování, které nemusí souviset partnerstvím, ale dotyčný si díky nim uvědomuje svou vlastní sexualitu. Mezi zmíněné způsoby uspokojování patří autoerotika, při které jedinec zkoumá své vlastní tělo prostřednictvím masturbace. Dále pak experimentace na homoerotické úrovni, kterou lze chápat jako přeměnu autoerotiky zaměřením na podobný vnější objekt. Jako poslední formu experimentace řadíme heterosexuální erotiku, se kterou mladiství začínají již od rané adolescence (Vágnerová, 2012). Stoupající zájem o opačné pohlaví, vnímání jeho atraktivity, zvědavost a vzrušení přivádí jedince od fáze držení se za ruky, líbání, francouzských polibků, mazlení (necking, petting), orálního sexu až po samotný koitus (Gullotta et al., 2000 in Vágnerová, 2012).

První pohlavní styk má pro dospívající i sociální význam, díky němuž si posilují své postavení ve skupině. Toto období se rovněž označuje jako polygamní stadium sexuálního vývoje, výsledkem je získání zkušeností s různými partnery. V polygamním stadiu je obvyklá promiskuita, partnerské vztahy trvají spíše krátce a nejsou brány za vážné (Vágnerová, 2012).

1.2 Pozdní adolescence

Do pozdní adolescence lze zahrnovat věkové rozmezí mezi 15.–20. rokem, případně 22. rokem života (s ohledem na individuální variabilitu). V této době dochází k dokončování tělesného růstu a pohlavního dozrávání završené prvním pohlavním stykem. Toto období především zahrnuje tzv. komplexnější psychosociální proměny, při kterých se mění osobnost i společenská pozice dospívajícího (Vágnerová, 2012).

Bio-psycho-sociální změny v období pozdní adolescence

U chlapců i dívek se postava postupně formuje do finálních proporcí. Obecně se kromě viditelných prvků zvětšuje vitální kapacita plic, zvětšuje se srdce, mírně stoupá krevní tlak a hematokrit. Dále pak narůstá organická a minerální část kostní hmoty. Tyto vývojové změny jsou více zřejmé u chlapců než u dívek. U dospívajících chlapců se ještě několik let dotváří pubické ochlupení i ochlupení na hrudníku, eventuálně se objevuje řidnutí vlasů, což představuje počínající plešatost (Kabíček, 2014).

Labáth a kol. (2001) charakterizují dospívání v druhé fázi jako: pozitivní, dospívající postupně překonává negativní prvky první fáze, začíná se stabilizovat osobnost, zvyšuje se výkonnost, objevuje se pozitivně motivační, intelektuální a kreativní potenciál, dochází k normalizaci sociálních vztahů.

Ve druhé fázi dospívání postupně odeznívají stavy náladovosti a vysoké lability, naopak přibývají silné prožitky. Zvláštní roli získávají emoce a city související s erotickou oblastí života, s estetickým a mravním citěním. Člověk v adolescenci zažívá fázi tzv. „prvního vystřízlivění“ při střetu reality všedního dne se svými sny a ideály. Tyto konfrontace mohou souviset s volbou střední školy či profese, se vztahy k autoritám či přátelům, s erotickými a sexuálními vztahy (Macek, 2003).

Pro pozdní adolescenci jsou charakteristické komplexnější psychosociální proměny, změna osobnosti dospívajícího i jeho společenské pozice. Projevem je snaha o sebepoznání prostřednictvím vrstevnické skupiny, která poskytuje základní sebedefinici. K tomu patří rovněž experimentace s partnerstvím a i s různými variantami chování, která mohou být až riskantní. Někteří nemají zájem nebo se bojí hledat hranice svých možností, proto dávají přednost prodloužení přechodného období mezi ranou a pozdní adolescencí. Erikson (1963 in Vágnerová, 2012) toto období nazývá „adolescentní psychosociální moratorium“. Pozdní adolescence je vnímána jako období svobody s minimální zodpovědností a má poskytnout jedinci čas porozumět sám sobě, čeho chce v budoucnu dosáhnout a osamostatnit se (Vágnerová, 2012).

Jako již v rané adolescenci je podstatným životním mezníkem ukončení studia, v tomto případě se jedná o ukončení studia na střední škole a nástup do zaměstnání, popř. pokračování v terciárním vzdělávání. Volba jedné z těchto variant předurčuje dosažení či oddálení ekonomické samostatnosti, která je u nás považována za jeden z aspektů dospělosti (Vágnerová, 2012).

Kognitivní změny v období pozdní adolescence

V tomto období pokračuje rozvoj schopnosti ovládat formální operace. Dospívající nově uvažují o mravních konvencích, etickém kodexu, začínají se zabývat i otázkami religiozity a politiky. Myšlení je méně egocentrické a postupně se u nich objevuje cit pro spravedlnost, patriotismus a vztah k historii (Kabíček, 2014).

V druhé polovině dospívání dochází u jedince k další diferenciaci kognitivních schopností. Dotyční, u kterých převládají analytické schopnosti se uplatňují především ve studiu. V profesním životě nemusí být nutně úspěšní, pokud postrádají přijatelnou sociální inteligenci. Vše řeší logicky a systematicky. Lidé s praktickými dovednostmi a sociální inteligencí bývají úspěšnější v každodenním životě, jelikož si umí poradit s běžnými problémy. Dokážou být k lidem empatičtí, umí ovládat své emoce. Jejich

myšlení v běžných situacích nemusí být striktně založeno na systematickosti a logice (Sternberg, 2002; Stiegler et al., 2003 in Vágnerová, 2012, s. 382).

V pozdní adolescenci je charakteristická kognitivní flexibilita a ochota akceptovat nové možnosti řešení. Dospívající ještě nezískali zkušenosti, které by jim mohly pomoci a zároveň je omezit ve smyslu tendence přijímat obvyklá řešení. Nad daným problémem umějí logicky uvažovat, ale neberou v úvahu celistvost situace. Jejich rozhodnutí mohou být nová a netradiční, ale občas unáhlená a zbrklá. To vše je ovlivněno momentálním emocionálním rozpoložením, nedostatkem vlastních zkušeností a odmítáním akceptovat poznatky ostatních (Vágnerová, 2012).

Sexualita v období pozdní adolescence

Ačkoliv se s prvním pohlavním stykem setkáváme již v rané adolescenci, nejčastější věk je v našich podmínkách 17 až 18 let. V německé studii z roku 1971 Schmidt a Sigush ukazují, že motivací prvního pohlavního styku jsou velmi zřídka emoční vztahy (ty jsou celkově přednější pro dívky), nejčastěji se však jedná o pouhou zvědavost (ta je celkově četnější u chlapců) (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Obzvláště v pozdější fázi tohoto období chápou adolescenti své intimní vztahy čím dál více jako lásku a závazek (Kabíček, 2014). Na konci adolescence je člověk více vyzrálý a schopný sdílet své pocity s partnerem, dokáže se občas kvůli němu vzdát věcí, které ho baví a harmonizovat požadavky obou, aniž by to jednoho z nich omezovalo či se jeden z nich cítil být ohrožen (Vágnerová, 2012).

Pro naši společnost je v současnosti typické odkládání manželství a rodičovství do pozdějšího věku. Manželství uzavřená v dospívajícím věku jsou chápána jako předčasná a společensky odsouzená k brzkému rozpadu. Většina dospívajících rovněž netouží ani po předčasném rodičovství, bývají tedy častěji neplánovaná a nechtěná. V této době jsou pro adolescenty důležitější jiné věci jako např. oprostění se od rodiny, vztahy s vrstevníky, zájmy a studium či kariéra (Vágnerová, 2012).

2 Rizikové chování

Definovat a blíže specifikovat termín *rizikový* je stejně obtížné jako termín *adolescence* z předešlé kapitoly. Američtí autoři H. W. Johnson et al. slovem *rizikový* označují více typů ohrožení mládeže. (Labáth a kol., 2001). Tento pojem je chápán jako chování, které přímo či nepřímo ústí v psychosociální nebo zdravotní poškození jedince, jiných osob, majetku nebo prostředí (Macek, 2003).

V české terminologii existují široké a nehomogenní skupiny pojmů označující chování, která nejsou ilegální v rámci trestního zákona, nýbrž porušují normy naší společnosti. Mezi tyto pojmy patří: *rizikové chování*, *problémové chování*, *antisociální chování*, *poruchy chování*, *delikvence* a *predelikventní jednání*. Formy chování, které jsou v rámci společnosti a kultury nepřijatelné až zakázané, nazýváme: *abnormální chování*, *agresivní chování*, *antisociální chování*, *asociální chování*, *disociální chování*, *sociálně patologické jevy*, *delikvence*, *kriminální chování*, *maladaptivní chování*, *návykové chování* či *neprizpůsobivé chování* (Šafařová, 2002 in Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 39).

Širůčková vymezuje sousloví *rizikové chování*, stejně tak i *problémové chování*, jako sociální konstrukt. Poukazuje na určité vzorce chování, které nemusejí být výslovně vymezeny a jejichž vlivem může docházet k prokazatelnému zvýšení zdravotních, sociálních, psychických, edukačních a dalších ohrožení pro jedince a společnost (Mioviský a kol., 2015).

Problémové chování může vést až do projevů poruch chování, které se všeobecně vymezují třemi základními znaky:

- chování, které je v rozporu se sociálními normami;
- neschopnost udržovat přijatelné sociální vztahy;
- agresivita (Hutyrová, 2019).

Rizikové chování patří v určité míře do života dospívajících. „Nasvědčuje tomu skutečnost, že až 50 % adolescentů se během dospívání zapojí alespoň do jedné z forem rizikového chování.“ (Dryfoos, 1990; Smart a kol., 2004 in Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 39). Pro většinu dospívajících je experimentování s rizikovými způsoby chování dočasné a samo s přibývajícím věkem odezní (ve většině případů toto chování nepřekročí hranici trestného činu). Rizikové chování bývá účelové – pomáhá řešit aktuální potřeby (zvýšit sebevědomí, sebedůvěru, „ohromit“ vrstevníky, ...), to však nesnižuje nebezpečí

následků, které mohou nastat. Dospívající jedinec si v období adolescence neuvědomuje, že některé jeho činy mohou být např. právně stíhatelné. Mezi další časté důsledky rizikového chování patří ekonomické zatížení pro celou společnost, nebo i úmrtí v adolescenci. WHO (Světová zdravotnická organizace) považuje dospívající za samotnou rizikovou skupinu, pro níž stanovila *syndrom rizikového chování v dospívání*. Syndrom zahrnuje 3 oblasti, které jsou navzájem propojené, usnadňují svůj vznik a mají společné příčiny (Hamanová, Kabiček, 2001 in Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 45). Jedná se o následující oblasti syndromu rizikového chování:

1. zneužívání návykových látek;
2. **negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje** – do této oblasti řadíme maladaptaci, poruchy chování, agrese, delikvenci, kriminalitu, sociální fobie, sebepoškození a suicidalita;
3. **rizikové chování v oblasti reprodukční** – v této oblasti je zahrnut předčasný sex, předčasné rodičovství, pohlavní choroby, časté střídání partnerů (Nielsen Sobotková a kol., 2014).

Jak již bylo zmíněno výše, pravděpodobnost výskytu rizikového chování je v období adolescence nejvyšší ze všech vývojových etap. Existuje mnoho forem rizikového chování, vyskytující se u dětí i adolescentů. MŠMT v *Národní strategii primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027* aktuální i dřívější uvádí následující formy rizikového chování, na které by se měla školní prevence zaměřit:

- a) „agrese, šikana, kyberšikana a další rizikové formy komunikace prostřednictvím multimedii, násilí, vandalismus, intolerance, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie
- b) záškoláctví,
- c) závislostní chování, užívání všech návykových látek, netolismus, gambling
- d) rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, prevence úrazů
- e) spektrum poruch příjmu potravy,
- f) negativní působení sekt,
- g) sexuální rizikové chování“ (MŠMT, 2010, online).

Nielsen Sobotková a kol. (2014) kromě výše zmíněných uvádí lhaní (není ve společnosti vnímané dostatečně jako rizikové) a obecné kriminální jednání (převážně krádeže).

2.1 Vybrané typy rizikového chování

Zneužívání návykových látek

Sousloví *návyková látka* představuje chemickou látku, která vyvolá změnu psychického stavu a na kterou může vznikat návyk a závislost. K nejčastějším důvodům požívání těchto látek patří povzbuzení, prožívání příjemného stavu, jiným způsobem nedosažitelného a podobně (Fischer, Škoda, 2008).

Konzumace alkoholu, kouření cigaret a v některých případech i zkušenost s drogami (převážně marihuany) patří společně do nejčtetnější skupiny rizikového chování u dospívajících. Zneužívání návykových látek je úzce spojeno například s typem vrstevníků a se způsobem trávení volného času (Nielsen Sobotková a kol., 2014).

1. Alkohol

Česká republika zaznamenala v poslední době vysoký nárůst konzumace alkoholu mladistvými (Moravcová, Podaná, Buriánek a kol., 2015). Ačkoli je podávání alkoholu osobám mladším 18 let zakázané a trestně postižitelné, jsou první zkušenosti dle odpovědí většiny adolescentů již v období mezi 9. a 11. rokem života. Dále si dle výsledků dotazníků adolescenti uvědomují škodlivost a nebezpečnost nadměrného pití alkoholu, přesto jeho konzumování berou jako přirozenou součást společenského života (Macek, 2003). Tento výsledek nasvědčuje vysoké míry tolerance vůči konzumaci alkoholu v naší společnosti (Moravcová, Podaná, Buriánek a kol., 2015).

Mezi důležité ukazatele patří tzv. *binge drinking* (někdy nazýváno i jako *coma drinking*) neboli excesivní pití, představující vypití velkého množství alkoholických nápojů během krátké doby, se snahou opít se. Tato nadměrná konzumace u dospívajících vykazuje závažný problém. Děti a mladiství, kteří za poslední měsíc měli zkušenost s excesivním pitím, častěji zkoušejí i jiné formy rizikového chování, jako např. kouření marihuany nebo záškoláctví (Moravcová, Podaná, Buriánek a kol., 2015).

2. Nikotin

Alkohol i nikotin patří do skupiny návykových látek, jejichž užívání je v České republice od 18 let legální. Jak již bylo zmíněno výše o alkoholu, nese i užívání nikotinu, řadu závažných zdravotních a celospolečenských důsledků. V tabáku je obsaženo více než tisíc různých chemických sloučenin, z nichž má nikotin nejsilnější a nejvýraznější psychoaktivní působení (Fischer, Škoda, 2009).

Rosolová zmiňuje: „Pravidelní kuřáci začínají kouřit v 90 % případů mezi 14.–16. rokem jejich věku. Kouření je proto označováno za *dětskou nemoc*.“ (Rosolová, 2011, s. 97) Mezi nejčastější důvody, proč dospívající začínají kouřit patří zvědavost, snaha dokázat svou „vyspělost“, přitažlivá reklama na kouření. K těmto důvodům patří neodmyslitelně i stres, kterému jsou některé děti vystaveny a jedině v kouření vidí pocit relaxace a uspokojení. Kouření však postupně zhoršuje jejich psychický stav, začínají být na cigaretách závislí a dostávají se abstinenční příznaky jako je stres či deprese (Rosolová, 2011, online).

Kvasová dále ve své studii potvrzuje spojitost kouření cigaret a pití alkoholu s tím, že pravidelní kuřáci mnohem více konzumují pivo, víno a destiláty a denní kuřáci přichází častěji do opileckého stavu (Kvasová, 2003 in Nielsen Sobotková, 2014).

3. Nejčastěji zneužívané drogy mladistvými

Dle výsledků školních dotazníkových studií *Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti* (2020) jsou nejvíce užívanými nelegálními látkami dětmi a dospívajícími konopné látky, extáze (MDMA) a LSD nebo jiné halucinogeny. Csémy, Chomynová, Sadílek (2014) rovněž poukazují na relativně rozšířené zkušenosti dospívajících s užitím léků se sedativními účinky bez doporučení lékaře (10 %) a čicháním rozpouštědel (8 %).

Z rostliny kanabis neboli konopí je možné vytvořit vícero produktů, které obsahují různé množství látky THC (tetrahydrocannabinol). Do nejznámějších forem užívání konopí patří marihuana, která je vytvořena ze sušených nebo jinak upravených listů kanabis, dalším známým produktem je hašiš, který obsahuje mnohem vyšší obsah THC než marihuana (Moravcová, Podaná, Buriánek a kol., 2015). Konopné látky (především marihuana) jsou dospívajícími nejvíce užívanými v porovnání s ostatními drogami. V letech 2011 až 2019 bylo zaznamenáno kolem 30 % studentů (Mravčík a kol., 2020).

Mezi nejznámější představitelé halucinogenů patří dietylamid kyseliny lysergové (LSD) a halucinogenní houby. Halucinogeny nevyvolávají silnou závislost, rychle se však u nich vyvíjí tolerance a člověk si postupně musí zvyšovat dávku (Elliott, Place, 2002). LSD dle výsledků užívá kolem 5 % mladistvých, halucinogenní houby cca 7 % (Csémy, Chomynová, Sadílek, 2014).

Do skupiny halucinogenů můžeme rovněž řadit i MDMA neboli extázi, která je strukturně velmi podobná amfetaminu patřící do skupiny stimulancií (Fischer, Škoda, 2009).

Užívání extáze mezi dospívajícími postupně klesá (3 %), což pravděpodobně souvisí se sociokulturními změnami na taneční sféře a se změnou hudebního stylu a sní souvisejícími vzorci chování. K příčinám také patří celoevropské změny na trhu s MDMA a novými syntetickými drogami (Csémy, Chomynová, Sadílek, 2014).

Agresivní chování

Volavka (2002 in Fischer, Škoda, 2009) definuje agresivitu a násilí jako manifestní, pozorovatelné chování, vedené úmyslem poškodit jiného člověka, zvíře či předmět. Do agresivity a násilí nezahrnuje autoagresivní chování, agresivní představy či nerealizovatelné plány.

„Agresivita (z lat. *aggressivus* – útočný) je vlastnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresi. V širším slova smyslu se takto označuje schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu o dosažení nějakého cíle a schopnost vzdorovat těžkostem.“ (Martínek, 2015, s. 10).

„Agrese (z lat. *aggressio* – výpad, útok) je jednání, které se projevuje násilím vůči některému objektu nebo nepřátelství a útočnost s výrazným záměrem ublížit.“ (Martínek, 2015, s. 23)

Souslovím *agresivní chování* se rozumí porušení sociálních norem, které omezuje práva a narušuje integritu sociálního okolí. Agresivita představuje tendenci či reálný projev útočného a násilného jednání vůči druhé osobě nebo okolí. Pojem *násilí* je často s agresivitou zaměňován. Rozdíl mezi těmito termíny je v jejich používání. Násilí se používá pouze pro lidské jednání a chování, zatímco agresivita je tradičně používána ve studiích zvířat (Fischer, Škoda, 2009).

Agresivní chování je důležité rozdělit z hlediska společenské nebezpečnosti. Rozlišujeme agresivitu obrannou a agresivitu spojenou s nenávisí a touhou ublížit (Fischer, Škoda, 2009). Další klasifikace rozděluje agresi na fyzickou, psychickou verbální, neverbální, přímou, nepřímou, proti lidem, věcem, zvířatům apod. (Harsa, Kertészová, Macák, Voldřichová, Žukov, 2012). S agresivním chováním velmi úzce souvisí termín *šikana*.

S pojmem *šikana* se v poslední době setkáváme především ve školním prostředí. Učitelé stále více hovoří o zhoršení vztahů mezi spolužáky, častěji si ubližují fyzicky i psychicky. (Čáp, 2014).

Rozlišujeme dva základní termíny, kterými jsou šikana a teasing. Teasing označuje chování, které může zdánlivě připomínat šikana a jde tedy především o nevinné škádlení (Martínek, 2015). „Šikana je opakované a záměrné psychické a fyzické ubližování (ponižování, týrání) zaměřené na jedince či skupinu žáků, kteří se těmto útokům nemohou či nedokážou účinně bránit. Cílem takového chování je ponižení, ublížení či týrání“ (Kolář, 2001; Vágnerová et al., 2009; Čáp, 2012 in Čáp, 2014, s. 151–152).

Šikana může nabývat mnoha podob – od zesměšňování, pomlouvání, izolování, ponižování, zastrahování, přes ničení věcí, krádeže peněz a jídla, nepouštění na toaletu až po fyzické ubližování, sexuální obtěžování a zneužívání (Čáp, 2014). Dle výzkumu Havlínové a Koláře (2001) se až 41 % žáků českých základních škol stalo obětí šikany.

Další specifickou formou šikany je *kyberšikana*. O kyberšikaně mluvíme tehdy, jedná-li se o ponižování a zesměšňování prostřednictvím elektronické komunikace (např. sociální sítě) (Vašutová et al., 2010 in Čáp., 2014, s. 152).

Mezi hlavní omyly patří, že se na určité škole nemůže objevit šikana nebo že existuje typický typ oběti a agresora, což samozřejmě není pravda. Kdokoliv z nás se může stát obětí šikany a vlivem okolností se i z každého z nás může stát agresor nebo alespoň účastník šikany. Tento jev se může objevit prakticky v každém kolektivu (Čáp, 2014).

Sebepoškozování

Adolescence je vývojové období, které patří k nejobtížnějším v životě každého člověka. Typická je značná nevyváženost a prudký výbuch emocí (Koutek, 2014). Tato emocionální nerovnováha může vést k vědomému sebepoškozování.

Za sebepoškozování lze považovat chování, při kterém není vědomý nebo cílený záměr zemřít, ale jehož dopadem je poškození tělesné integrity. (Fischer a Škoda, 2009). Favazza (Kriegelová, 2008 in Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 48) uvádí, že záměrné sebepoškozování představuje přímé a úmyslné porušení nebo poškození vlastních tělesných tkání bez záměru zemřít a bez záměru sexuálního nebo dekorativního. Sebepoškozování se nejčastěji objevuje u adolescentů, převážně u dívek, okolo čtrnácti let, může se ale vyskytovat v jakémkoli věku (Fischer, Škoda, 2009, s. 84; Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 48).

Sebepoškozování není vnímáno jako samostatná psychiatrická porucha, jde spíše o jeden z příznaků různých duševních chorob (např. deprese, poruchy chování v kombinaci s emoční poruchou či poruchy osobnosti) (Koutek, 2014).

Nejčastěji jde o pořezávání se za pomoci nože, žiletky nebo skla nejčastěji na zápěstí nebo předloktí, pálení cigaretou či polykání ostrých předmětů. Motivy pro sebepoškozování jsou různé, tím hlavním motivem bývá uváděn pocit vzteku na sebe, potřeba trestu či očekávání úlevy od napětí. Sebepoškozování může být důsledkem hraniční poruchy osobnosti. Autoři rovněž zdůrazňují i návykový charakter sebepoškozujícího chování. Hlavní zdroje, kvůli kterým se mohou lidé dozvídat o sebepoškozování, jsou přátelé a internet. Jedná se o „fenomén“, u kterého je zřejmá jak nakažlivost, tak i později návykovost (Koutek, 2014).

Koutek (2014) rovněž uvádí, že pokud se jedná o sebepoškození nebo sebezraňování motivované psychoticky, například v rámci imperativních auditivních halucinací, nejedná se o sebepoškozování, ale o automutilaci. Sebepoškozování provází afektivní projevy, mající specifickou dynamiku a průběh:

- „přítomnost události, která přináší diskomfort (ztráta, konflikt, narcistické zranění),
- zesílení pocitů dysforie, napětí úzkosti, vzteku,
- potřeba regulovat psychickou rovnováhu, sebepoškození, uvolnění napětí“ (Koutek, 2014, s. 164).

Sebepoškozování mnoho autorů rozlišuje na kulturně přijatelné a deviantní sebepoškozování. Mezi společensky přijatelné patří např. ušní piercing, decentní tetování nebo okusování nehtů. Deviantní se dále dělí dle závažnosti sebepoškození. Mezi možné automutilační chování patří mimo jiné i zneužívání návykových látek, extrémní rizikové chování, bouchání hlavou o stěnu, opařování se atd. (Nielsen Sobotková a kol., 2014). Sebepoškozování je v dnešní době považované za velmi vážný problém, jelikož se výskyt tohoto chování objevuje u mladých lidí čím dál více. Koutek (2014) upozorňuje, že sebepoškozování představuje rizikový faktor pro budoucí suicidální jednání.

Kriminalita a delikvence

Kriminalitu mladistvých obecně zapříčiňuje porucha sociálního chování, zřídka jsou projevem tělesné či závažné duševní nemoci (Knecht, 2008; Suhling, Greve, 2010 in Čírtková, 2014). Pro kriminální chování mladistvých je často užíván pojem *delikvence*.

Tento pojem označuje odchýlné (deviantní) chování, které je v rozporu nejen se sociálními, ale i zákonnými normami. Mladistvý konající trestnou činností není tedy kriminálníkem, ale delikventem (Čírtková, 2014). Delikvence se více přisuzuje chlapcům, nežli dívkám a ve většině případů toto chování postupem času v dospělosti vymizí (Heinz, 2016). Čírtková (2014) poukazuje na různorodost posouzení mladistvé delikvence. Je důležité odlišovat psychologickou skutečnost a především osobnost jedince. Poté lze posoudit, zdali se jedná o pouhý epizodický výpadek, anebo o vážné narušení osobnosti problémového jedince.

Zhruba jednu třetinu trestné činnosti dospívajících tvoří majetková trestná činnost, především krádeže. Jedná se o tzv. prosté krádeže, což představuje kradení peněz, alkoholu, cigaret, spotřební elektroniky, jízdních kol a motorových vozidel. Trestná činnost je nejčastěji konána ve skupině tzv. partách či gancech, málokdy individuálně. Rovněž přibývá násilná trestná činnost, trestné činy spáchané pod vlivem alkoholu či jiných drog, prostituce mladistvých a obchod s pornografií (Macek, 2002).

Matoušek a Matoušková (2011) rozdělují kriminální skupiny na stabilní a nestabilní. *Stabilní a integrované skupiny* vznikají většinou v prostředí, kde je delikvence akceptována dospělými. Dospělí v tomto směru představují jakési učitele. Příkladem mohou být gangy romských kapsářů. *Do nestabilní a neintegrované skupiny* patří jedinci vyrůstající v nestabilním prostředí, kde je běžná vysoká násilnost a dokazování vlastní síly. Tyto skupiny vyvolávají ve společnosti největší obavy. K těmto dvěma skupinám můžeme rovněž řadit i tzv. *pokoutní skupiny*, skládající se z mladých lidí, kteří neuspěli jak ve většinové spořádané společnosti, tak ani u stabilních delikventních skupin. Tento dvojitý neúspěch z nich udělal samostatnou „outsiderskou“ skupinu.

Rizikové sexuální chování

Od šedesátých let minulého století se postupně snižovala věková hranice prvního pohlavního styku, paralelně s tzv. sexuální revolucí a rozvojem antikoncepce. Výsledky výzkumu sexuálního chování naší české populace ukázaly, že k prvnímu pohlavnímu styku nejčastěji dochází mezi 17. a 18. rokem života (Hamanová, 2014).

První pohlavní styk je pro dopívajícího jedním z nejdůležitějších životních mezníků. Tato událost formuje průběh života jedince. Na druhou stranu se může jednat i o potencionálně traumatický zážitek, především u dívek v rané adolescenci (Hamanová, 2014). Trauma se může u jedince objevit z důvodu dřívější zkušenosti se sexuálním zneužíváním.

Většinou se jedná o zneužití vlastním rodičem, což představuje velmi traumatizující událost, která má negativní dopad na osobnost jedince (Nielsen Sobotková a kol., 2014).

První sexuální zkušenost v rané adolescenci se řadí k nejčastějším projevům rizikového sexuálního chování, kam rovněž patří promiskuita, prostituce, nepoužívání anti-koncepčních metod, krvavé sexuální praktiky atd. (Hamanová, 2014). S rizikovým sexuálním chováním se obvykle pojí i jiné formy rizikového chování, nejčastěji užívání alkoholu a marihuany (Lukšík, 2003 in Nielsen Sobotková a kol., 2014, s. 52).

Mezi hlavní rizika sexuálního života dospívajících patří:

- „nechtěné těhotenství, v souvislosti s tím i umělé potraty a jejich následky,
- pohlavně přenosné onemocnění,
- psychosociální poruchy“ (Hamanová, 2014, s. 245).

Předčasný intimní život je nejčastěji motivován tlakem vrstevníků, partnera, ale i tlakem médií, dále momentální osobní nesnází (chybění blízkého citového vztahu), nesprávnou představou „normy“ intimního života mezi dospívajícími. Přetrvávání syndromu rizikového chování může být zapříčiněno i samotným předčasným rodičovstvím (Hamanová, 2014).

Dospívání je období určené pro dozrání bio-psycho-sociálně-spirituální sféry jedince. Proto v této životní etapě není vhodné přivádět na svět novou generaci, to je určené pozdější fázi – dospělosti. „Dospívání má proto především reprodukční zdraví zachovat neporušené pro dospělost, vyvarovat se jeho poruch, jako je neplodnost, mimoděložní těhotenství, předčasné porody jakožto následkem umělých potratů aj.; ty jsou nezřídka následkem právě rizikového chování v dospívání.“ (Hamanová, 2014, s. 248).

2.2 Faktory rizikového chování

Etiologie rizikového či problémového chování je multifaktoriální. Souvisí na vzájemném poměru rizikových faktorů s faktory ochrannými (protektivními). Je však důležité, aby ochranné faktory oslabily možný výskyt rizikových faktorů. Můžeme tedy vidět adolescenta vyskytující se ve velkém riziku, avšak prostřednictvím protektivních faktorů se problémové chování nevyvine (Csémy, Hamanová, 2014).

Protektivní faktory zmírňují dopady a účinky rizikových faktorů a na jejich rozvoj mohou působit buď přímo, anebo ovlivňovat působení rizikových faktorů. Protektivní (ochranné)

faktory nemusí v každém případě jedince od rizikového chování či jeho následků ochránit (Jessor et al., 2005 in Martanová, 2014).

Rizikové faktory označují v primární prevenci činitele nebo předpoklady spojované s vyšší pravděpodobností výskytu rizikového chování u dětí a mládeže. Z přítomnosti rizikového faktoru nemusí vždy nutně vyplývat rozvoj rizikového chování (Jessor et al., 2005 in Martanová, 2014).

Rizikové chování je z části ovlivněno sociálním prostředím a dalšími faktory, které mají přímou či nepřímou spojitost s behaviorálními projevy chování. Výskyt rizikového chování u dítěte a adolescenta může být zapříčiněn samotnou rodinou, výchovným stylem rodičů nebo vztahy v rodině. Nemalý podíl může nést osobnost pedagoga, jeho přístup, erudice a mnoho dalších subjektů (Kaleja, 2020).

Nejobecnější rozdělení rizikových a protektivních faktorů je založeno na působení prostředí a na úrovni individua. Autoři se spíše zaměřují na detailnější rozdělení. Například Jessor (1998 in Miovský a kol., 2012) používá pět hlavních oblastí sdružujících rizikové i protektivní faktory:

Tabulka 1 – Rizikové a protektivní faktory dle Jessora (1998)

Oblast	Rizikové faktory	Protektivní faktory
Biologický systém	alkoholismus v rodině	inteligence v pásmu nadprůměru
Sociální systém	nízký socioekonomický statut, sociální vyloučení a znevýhodnění	zdravá škola, soudržná rodina, příznivá lokalita bydliště, pozitivní vzory mezi dospělými;
Vnímané prostředí	modely rizikového chování, normativní mezigenerační konflikt	modely konvenčního chování, kontrola rizikového chování
Osobnost	uvědomování si snížených životních šancí, nízké sebehodnocení, tendence riskovat	přítomná hodnota zdraví a úspěchu, netolerující postoj k rizikovému chování
Chování	problémové pití alkoholu, školní neúspěch	religiozita, aktivní zapojení do školních akcí a jiných zájmových aktivit

Zdroj: Miovský a kol., 2012, s. 47

Rizikové a protektivní faktory působí v momentě interakce jedince s ostatními a společností kolem sebe. Jedná se o soubor vlastností, které si jedinec přináší do těchto interakcí v aktuálním prostředí a kontextu. Tyto soubory Miovský a kol. (2012) rozděluje do šesti oblastí na individuální, rodinnou, vrstevnickou, školní a pracovní, komunitní a oblast společnosti a životního prostředí.

Tabulka 2 – Rizikové a protektivní faktory

Oblast	Rizikové faktory	Protektivní faktory
Individuální	Nepříznivý genetický profil, neurokognitivní změny, poruchy emocionality, impulzivita, úzkostnost, deprese, vyhledávání zážitků, deficity v sociálních dovednostech, hostilita a agrese, odcizení, nízké sebevědomí a sebehodnocení, negativní životní události a traumatické zážitky, těžkosti s učením, problémy ve vazbě na matku, časně začátky rizikového chování.	Emocionální stabilita, rozvoj sociálních dovedností, pozitivní vztah k sobě, výkonnost ve škole, odolnost vůči zátěži, flexibilita, svědomitost, přívětivost, odolnost vůči skupinovému tlaku, dovednosti zaměřené na cíle a řešení problémů.
Rodinná	Zneužívání alkoholu, drog či gambling u rodičů, slabá rodičovská podpora, nedostatečný zájem a kontrola rodičů, nedůsledná výchova, segregace, chudoba, nezaměstnanost, hrubost a konflikty v rodině, souhlasný postoj k užívání drog.	Pozitivní pouto mezi rodiči a dítětem, emocionální podpora, vysoká rodičovská očekávání, jasná pravidla a hranice, rodičovská kontrola a důslednost.
Vrstevnická	Vrstevnický tlak, členství ve skupině s rizikovým chováním či pozitivními postoji k němu, odmítnutí a vyřazení z vrstevnické skupiny.	Dobrá vrstevnická skupina s přiměřenými zájmy a aktivitami, dobrá interpersonální komunikace, dostatek přátel, vzájemná podpora.
Školní a pracovní	Školní selhání, nezdravé školní klima, nízké očekávání pedagogů, zaměření na výkon, agresivní nebo odtahité chování	Zdravé školní prostředí, dobré vztahy s učiteli, srozumitelná pravidla, včasná systematická a efektivní specifická primární

	ve třídě, odborná nepřípravenost pedagogů.	prevence, participace žáků a rodičů a pozitivní hodnocení.
Komunitní	Ztráta ekonomických a vzdělávacích příležitostí, rozvoj užívání drog, alkoholu a gamblingu, vysoká kriminalita, narušené sousedské vztahy, odcizení lidí a nezáměr o dění, vysoká mobilita lidí, kulturní nesourodost, vytváření uzavřených lokalit, nedostatečná nabídka volnočasových aktivit.	Komunita pečující o životní prostředí, vytvářející sociální a ekonomické příležitosti, podporující aktivity na bázi duchovního rozvoje, sponzorující spektrum aktivit pro děti a mládež, jejíž členové mají vědomí příslušnosti, provádějící evaluaci stavu rizikového chování.
Společnosti a životního prostředí	Nadřazené politické a populistické zájmy, převaha represivních opatření, nedostatek finanční podpory pro preventivní aktivity, malá podpora vzdělávání	Dobré kulturní a ekonomické podmínky, převládající pozitivní hodnoty a normy, funkční a vyvážený systém zákonů a sankcí, stabilní politická situace, finanční podpora preventivních programů a vzdělávání.

Zdroj: SAMHSA/CSAP, 2001; NIDA, 2003; Martanová et al., 2007 in Miovský a kol., 2012, s. 47–48

Krejčová (2011) uvádí rizikové a protektivní faktory ovlivňující výskyt rizikového chování podle Wolfe, Jaffe, Crooks (2006, s. 110). Hlavními činiteli jsou zde uvedeny kulturní vlivy, rodina, škola, individuální charakteristiky a vlivy vrstevníků.

Tabulka 3 – Rizikové a protektivní chování dle Wolfe, Jaffe, Crooks

Kulturní vlivy	Rodina	Škola	Individuální charakteristiky a vlivy vrstevníků
RIZIKOVÉ			
Minimální sousedské vztahy	Nedostatečná rodinná organizace	Nevhodně zvolená škola	Protesty a vzdor
Neorganizovaná komunita	Výskyt zneužívání násilí	Akademické neúspěchy	Akceptující postoje k rizikovému chování
Vysoká míra nezaměstnanosti a kriminality	Zneužívání návykových látek a/nebo násilné	Minimální zapojení do života školy a vzdělávacího procesu	Vnímaná rizika zneužívání drog a násilí

	chování v rodinné anamnéze		
Časté přesunu a stěhování	Akceptující postoje rodičů k rizikovému chování	Minimum příležitostí k ocenění a úspěchu	Interakce s „rizikovými“ vrstevníky
Kulturní normy, které tolerují či podporují rizikové chování			Užívání drog a násilí mezi přáteli jedince
slabá veřejná politika			hledání dobrodružství a vzrušení
prezentace násilí v médiích			ocenění vrstevníků za užívání drog a násilného chování
dostupnost návykových látek			členství v agresivní vrstevnické skupině
			antisociální chování
PROTEKTIVNÍ			
poskytování příležitostí k prosociálnímu chování v rámci komunity	pevné rodinné vazby, vzájemné interakce, komunikace	propojení/vazba se školou	náboženské vyznání
identifikace a ocenění prosociálního chování komunitou	příležitosti k prosociálnímu chování v rámci rodiny	nabídka školy k prosociálním aktivitám	rozvinuté sociální dovednosti
	identifikace a ocenění prosociálního chování rodinou	identifikace a ocenění prosociálního chování školou	rozvinutá morální vědomí

Zdroj: Wolfe, Jaffe, Crooks, 2006, s. 110 in Krejčová, 2011, s. 154–155

Krejčová (2011) poznamenává rozdílnost v názorech autorů, kde někteří jako nejdůležitější sociální strukturu v souvislosti s predikcí rizikového chování vnímají rodinu, jiní naopak dávají do popředí školu a vrstevnickou skupinu. Dle výzkumů

zaměřené na terciární prevenci je pro další vývoj jedince nezbytné mít pozitivní vztahy s dospělým vychovatelem (z rodiny, školy aj).

Michalová (2012) rozděluje možné kauzality problémového chování dětí a dospívajících do tří oblastí:

- „vnitřní kauzální determinanty: duševní zdraví, potíže se sluchem či zrakem, kognitivní schopnosti, sekundární důsledky tělesného postižení, bolest, zneužívání návykových látek, soubory pozorovaných typů chování ad.;
- vnější kauzální determinanty: hluk, teplota, osvětlení, přelidněnost prostředí, nedostatečná/nadměrná stimulace, zasedací pořádek, nedostatečné pochopení druhé osoby, nerespektování soukromí, nerespektování osobního prostoru, restriktivní prostředí ad.;
- mezilidské kauzální determinanty: nedostatečné ocenění, problémy v komunikaci, kulturní zvláštnosti, postoje a jistá očekávání, zkušenosti, strach, naučené chování, nízké/příliš vysoké sebevědomí, frustrace ad.“ (Kaleja, 2020, s. 29–30).

Karnik a kol. (2006) uvádí hlavní tři oblasti zapříčiňující vznik poruch chování:

- sociální faktory: rodinné faktory (kriminální čin v rodinné anamnéze, užívání návykových látek rodiči a konflikty mezi rodiči, nedostatečná péče, nedůslednost ve výchově, konfliktní vztah mezi rodiči a dítětem, nepřátelský vztah rodiče k dítěti, domácí násilí, hyperkinetická porucha, závislosti, psychotické poruchy a poruchy nálady v rodinné anamnéze), vrstevnická skupina vykazující antisociální aktivity;
- psychologické faktory: hyperaktivita, kognitivní deficity a jazyková bariéra, trauma vedoucí k posttraumatické stresové poruše;
- biologické faktory: deficity v autonomním nervovém systému, snížená hladina kortizolu., neurotransmitterové abnormality závislé na aktivitě dopaminu a noradrenalinu, serotoninová dysregulace (Theiner, 2007, s. 87).

Karnik a kol. (2006) za protektivní faktory považují dobrý vztah s rodiči, docházení do školy, které podporuje pocit pospolitosti a posiluje jednotlivce. Dále k ochranným faktorům patří přátelé s prosociálními zájmy. Menší pravděpodobnost vývoje do rizikového chování mají rovněž adolescenti, kteří jsou chytří, úspěšní ve školních

aktivitách, sociálně zapojení a kteří jsou úspěšní i v mimoškolních zálibách (Theiner, 2007, s. 87).

Z teorií je viditelné působení několika hlavních činitelů, kteří nesou biologické, kulturní, sociální a individuální vlastnosti. Konkrétněji se jedná především o rodinu, vrstevníky, školu a osobnostní rysy jedince. Autorka práce rovněž zmiňuje vliv masmédií, se kterými se dospívající dostávají denně do kontaktu. Jedním z problémů je dle autorky obtížné kontrolování nevhodných obsahů, jež jsou sdíleny na sociálních sítích mezi uživateli.

3 Prevence rizikového chování

Jak již bylo zmíněno, rizikové nebo problémové chování se dětí a dospívajících liší v závislosti na mnoha okolnostech. Hlavní roli může mít věk, situace, prostředí, zkušenost, osobnostní charakteristika, motivace a celá řada faktorů. Etiologie rizikového chování je mnohohrstvá a prevalence těžce objektivně měřitelná, jelikož se toho chování může v různých podmínkách a sociálních prostředích měnit (Kaleja, 2020).

Z těchto důvodů je v rámci současného edukačního procesu zahrnuta oblast prevence rizikového chování. Tyto sociálně nežádoucí jevy se v různých formách vyskytovaly a vyskytují prakticky vždy a ve všech společnostech (Kaliba, 2015).

Termín *prevence* dle Rejzkova Etymologického slovníku (2001) vznikl ze středolatinšského slova *praeventio* a latinského slova *praevenire* (předejít, zabránit). V tomto případě se jedná o zabránění vzniku nežádoucích jevů, jako je například rizikové chování (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013).

„Prevenčí rizikového chování (resp. sociálně patologických jevů, sociálních deviací) rozumíme koncepční, komplexní, cílený, plánovitý, flexibilní a efektivní soubor opatření, odborných činností a nabídek, zaměřený na posilování a rozvoj společensky žádoucích postojů, hodnot, zájmů, forem zdravého životního stylu, chování a jednání jednotlivců a skupin“ (Pokorný, Telcová, Tomko, 2001, s. 24 in Kaliba, 2014, s. 97).

MŠMT (2010) ve svém *Metodickém doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* do školního vzdělávacího programu vydaného ředitelem školy začleňuje problematiku prevence rizikového chování u dětí a žáků. Pokud není vydán rámcový vzdělávací program, je tato problematika začleněna do osnov tak, aby se prevence rizikového chování u žáků stala nevyjímatelnou částí školních osnov a výuky jednotlivých předmětů a nebyla pojmána jako nadstandardní aktivita škol.

Kaleja (2020) zmiňuje možnost konzultace pedagogů s pracovníky školního poradenského zařízení o podmínkách, opatřeních a vyučovacích postupech k zajištění vhodné intervence žáků a studentů cílových skupin. Od pedagogických pracovníků profesionálů se očekává aktivní spolupodílení na prevenci, korekci, reedukaci, rehabilitaci, kompenzaci a jiné etopedicky smýšlené speciálně pedagogické činnosti, které obecně přísluší speciálnímu pedagogovi – etopedovi. V současné době není v našich školách pozice speciálního pedagoga – etopeda systémově plošně nastavena, přestože

školy a školská zařízení, vzhledem k projevům chování cílových skupin dětí, žáků, studentů a dospívajících, tuto pozici vnímají jako velmi potřebnou.

MŠMT (2010) rovněž uvádí povinnost každého pedagogického pracovníka, aby dbal na uplatňování prevence, která je zaměřená na všechny oblasti života, jichž se prevence rizikového chování u žáků dotýká a je tak pro jejich další vývoj nepostradatelná:

- a) „Psychosociální dovednosti (soběstačnost, autonomie, důstojnost, seberealizace, spokojenost v rodinných, přátelských a dalších mezilidských vztazích, sociální a kulturní integrovanost, tvořivost, schopnost milovat, pracovat a žít v souladu s rozmanitou kulturou a světem).
- b) Existence (pečuji o sebe, o svůj zevnějšek, volím mezi zdravým a nezdravým způsobem života, jsem nezávislý a mám představu o své budoucnosti, věřím v budoucnost, vnímám, že život má smysl).
- c) Sounáležitost (vnímám se jako součást životního prostředí a Země, cítím se bezpečně ve škole, ve městě, jsem oceňován a ostatní si mě váží, mám kamarády a vážím si jich, umím se o sebe postarat a přijímat zdravotní/sociální pomoc a služby).
- d) Adaptabilita (dávám pozor na sebe a svůj zevnějšek, jsem žák, účastním se sportovních a rekreačních aktivit, setkávám se s lidmi a trávím s nimi volný čas, plánuji si volbu profese nebo zaměstnání, řeším s odvahou své problémy, mám právní povědomí).“ (MŠMT, 2010, s. 8)

Školy mají v dnešní době možnost realizovat preventivní programy komplexně, tj. ve spolupráci s externí organizací (např. střediska výchovné péče, neziskové organizace). Druhou možností je konání prevence prostřednictvím různorodých aktivit přímo v průběhu vyučování. Ideálním řešením je kombinace obou variant. To ovšem školy zavazuje mít kvalitní přípravu pedagogických pracovníků. Ti musí být schopni odpovídajícím způsobem propojit učební látku s preventivními tématy a zároveň kvalitně aplikovat komplexní program celého školního roku, jenž se stává přirozenou součástí vyučovacího procesu (Krejčová, 2011).

Krejčová (2011) stanovuje principy účinných rozvíjejících a preventivních programů:

1. Stanovení hlavního a dílčích cílů preventivního programu s ohledem na vývoj ve skupině a její aktuální potřeby.

2. Spolupráce realizátorů programu (učitelé, výchovní poradci, metodici prevence, školní psychologové nebo speciální pedagogové).
3. Zahrnutí rodičů studentů.
4. Účinnost programu se zvyšuje, pokud je realizace propojena s běžným chodem školy a pedagogové jsou schopni aktivity programu navázat v rámci své výuky.
5. Preventivní programy je třeba přizpůsobit z hlediska zaměření a lokality školy i širšího sociálního kontextu, ve kterém se adolescenti vyskytují.
6. Cílené působení na klima celé školy.
7. Přizpůsobení individuálním charakteristikám třídy i jednotlivým studentům.
8. Podpora vztahů ve vrstevnické skupině a podnítit všechny k aktivnímu přístupu.
9. Programy založeny na principech sociálního učení.
10. Princip generalizace.
11. Podpora a ocenění chování.
12. Posledním principem je rutina.

Pro realizaci preventivních programů existuje mnoho možností, jak dosáhnout stanoveného cíle a jak zvládnout stanovený obsah. Pedagog si tak vybírá metody, které může mezi sebou kombinovat pro dosažení různých cílů. Výběr metod závisí na psychologických zvláštěnostech dané cílové skupiny, učební způsobilosti, hodnotové orientaci, potřebám a zájmům cílové skupiny, jejich životnímu stylu a návykům. Dalším důležitým aspektem jsou praktické zkušenosti pedagoga (Titmanová, 2019).

Miovský a kol. (2015 in Titmanová, 2019, s. 13). rozlišuje tyto hlavní skupiny metod:

- metody slovní – vyprávění, vysvětlování a přednášky. Samostatně se slovní metody nedoporučují;
- metody slovní dialogické – rozhovor, práce s textem a napodobování. Jedná se o výměnu názorů mezi pedagogem a žáky, eventuálně mezi žáky navzájem;
- metody aktivizační – U těchto metod je důraz kladen na myšlení a řešení problému. Do této metody řadíme diskuzi (beseda, výměna názorů, rozprava, ...), řešení problému (vyhledávání, třídění, objevování, kladení otázek), metodu situační (žáci se zapojují do řešení problému; fáze této metody jsou prezentace případu, hledání dalších informací, řešení případu, rozbor variant, diskuze, hodnocení výsledků a závěr), a metodu inscenační (modelové situace);
- metody komplexní – jedná se o kritické myšlení, projektové činnosti apod. Je zde zahrnut Brainstorming a Mediální technologie.

Účelem preventivního programu je nejobecněji brána podpora a ochrana zdraví žáků a realizace aktivit pomáhající předcházet výskytu a rozvoji rizikového chování. Za cíl prevence se považuje ovlivnění chování směrem ke zdravému a vhodnému způsobu. U žáků a studentů je hlavním cílem to, aby byli schopni rozpoznat rizikové situace a nastolit všeobecný rozvoj znalostí, dovedností a postojů, které působí protektivně vůči rizikovému chování. (Titmanová, 2019).

Prevence rizikového chování se tradičně dělí na primární, sekundární a terciární.

3.1 Primární prevence

Primární prevence rizikového chování u nás prošla po roce 1989 velmi rychlými a zásadními změnami. Určité stabilizace a systematizace dosáhla až v prvních šesti letech v počátku nového tisíciletí (2002–2008) (Miovský, 2015).

„Podstatou primární prevence je předcházení vzniku rizikového chování u osob, u kterých se ještě rizikového chování nevyskytlo.“ (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, 2019).

MŠMT ČR dělí primární prevenci rizikového chování na specifickou a nespecifickou. Specifickou primární prevencí rozumíme aktivity a programy, jež jsou zaměřeny specificky na některou z forem rizikového chování u žáků a studentů. Nespecifická primární prevence představuje nabídku volnočasových aktivit, které nejsou zaměřeny na konkrétní formu rizikového chování (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013).

Černý (2010) rozděluje specifickou primární prevenci dle Gallà et al. (2005) do tří úrovní. Tyto úrovně jsou dány v závislosti na intenzitě programu, na prostředcích a nástrojích, které program využívá, na jaké úrovni participace je cílová skupina atd. Podstatné jsou i kapacitní možnosti dané úrovně provádění programu. Obecně platí, že čím větší hloubku a intenzitu má preventivní program, tím více je využito různých speciálně pedagogických, psychologických a psychotherapeutických technik a postupů, což s každou úrovní představuje zvyšující požadavky na vzdělání a celkovou erudici realizátora programu.

- a) **Všeobecná primární prevence** je zaměřena široce na běžnou populaci dětí a mládeže bez zjišťování, zdali se jedná o rizikové skupiny. Bere v úvahu pouze věkové složení a případná specifika daná např. sociálními nebo jinými faktory. Jedná se o programy určené obvykle pro celou třídu nebo menší sociální skupinu.

Jelikož se jedná o základní úroveň prevence, ve většině případů stačí pro realizaci programu úplné vzdělání školního metodika prevence.

- b) **Selektivní primární prevence** je určena pro cílovou skupinu, u které jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a vývoj některé z forem rizikového chování. Z převážné části se jedná o menší skupinky či jednotlivce, pro které jsou realizovány různé intenzivní speciálně-psychologické skupinové programy posilující technicky např. sociální dovednosti, komunikaci, vtahy atd. Jelikož se jedná o cílovou skupiny se zvýšeným rizikem, je zde kladen důraz na odpovídající vzdělání preventisty (speciální pedagog, psycholog, adiktolog atd.).
- c) **Indikovaná primární prevence** se zaměřuje na jedince, na které výrazně působí rizikové faktory, případně u kterých se rizikové chování již vyskytlo. Hlavním cílem je podchytit problém co nejdříve a zahájit specifickou intervencí. S touto skupinou může pracovat pouze speciální pedagog, psycholog nebo jinak vzdělaný preventista (např. adiktolog) či poradenský pracovník, který posuzuje individuální povahu a specifika daného případu a následně navrhuje možnost řešení (Gallà et al., 2005 in Miovský, 2010).

Primární prevence má v jedinci podporovat co nejbezpečnější hledání vlastní identity prostřednictvím rozvíjení tzv. *B–P–S–S* celku:

- Biologický předpoklad: primární prevence v tomto smyslu znamená starost o fyzické zdraví, dbání na vlastní zdraví a výživu, včasnou léčbu nemocí a rehabilitaci fyzických handicapů, prevenci úrazů aj.
- Psychologický předpoklad: primární prevence je zaměřená na učení se intimitě ve vztazích, otevřenost a správná komunikace s druhými lidmi, osvojování asertivity, naplnění volného času atd.
- Sociální předpoklad: primární prevencí rozumíme rozvoj empatie k druhým lidem, starost o sociální integritu, pomoc sociálně potřebným, dobrovolnost a dobročinnost.
- Spirituální předpoklad: primární prevence vede k rozeznávání vnitřní krásy osobnosti, ale i síly a hrubosti u autorit, rozlišení mentální síly od arogance, vytváření rituálů, zdůrazňování stálosti nad pomíjivostí (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013).

3.2 Sekundární prevence

Dle definice MŠMT se sekundární prevence zaměřuje na „předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování. V tomto pojetí je sekundární prevence název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení.“ (MŠMT, 2009, s. 9) Příkladem může být zamezení vzniku závislosti na návykových látkách u osob, které již drogy užívají (Martanová, 2014).

Sekundární prevence je v modelu B-P-S-S chápána následovně:

- Biologické předpoklady: léčba medicínsky ovlivnitelných nemocí (např. léčba nadužívání stimulantů při léčeném bronchiálním astmatu).
- Psychologické předpoklady: zájem o hledání souvislostí mezi psychickými problémy a vznikem rizikového chování, získání náhledu na tyto souvislosti a odpovědnosti za vlastní chování, zájem o biografii z oblasti rizikového chování.
- Sociální předpoklady: reflektovány na úrovni sociální práce, jsou zde zahrnuty např. kontakty s úřady,
- Spirituální předpoklady: odrážejí se v léčebných systémech (např. filosofie Anonymních alkoholiků), hledání smyslu života, otázky lidské existence atd. (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013)

3.3 Terciární prevence

Terciární prevence se zaměřuje na osoby, které už mají s konkrétním problémem osobní negativní zkušenost. V terciární prevenci je cílem pomoci těmto osobám, prostřednictvím resocializace a reintegrace, zamezit dalšímu šíření problému a zamezit recidivě (Bělík, 2014). Zjednodušeně řečeno se snaží předcházet zdravotním nebo sociálním potížím v důsledku rizikového chování (Martanová, 2014).

B-P-S-S model znamená v terciární prevenci takto:

- Biologické předpoklady: elementární péče o zdraví jedince (např. výměny jehel a stříkaček uživatelům drog)
- Psychologické předpoklady: jedná se například o edukaci rodiny z oblasti rizikového chování, prevence relapsu, motivace, poradenství aj.
- Sociální předpoklady: zahrnují konkrétní pomoc (např. hledání chráněného bydlení, zaměstnání, právního poradenství apod.).

- Spirituální předpoklady: pomoc např. osobám v terminálním stádiu AIDS, vyrovnat se s fyzickou bolestí; propojuje se s psychologickou pomocí (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013).

3.4 Organizace a instituce zaměřující se na prevenci rizikového chování

V rámci problematiky rizikového chování je zřízeno široké spektrum různých zařízení, která poskytují své služby. Služby těchto zařízení se řídí příslušnou legislativou a svou dobrou praxí pomáhají k pozitivnímu vývoji a růstu cílové skupiny. Prevencí rizikového chování se zabývají jak státní, tak nestátní organizace. Klíčem pro úspěšnou praxi je spolupráce těchto subjektů (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013).

Aby práce s klienty přinesla co možná největší úspěch, je potřeba poskytnout odpovídající služby, které se zaměřují na specifické potřeby klienta. Aktivita namířené na vymizení negativních vlivů jsou rozeznávány ve třech úrovních: *preventivní*, *intervenční* a *sociálně-rehabilitační* (resocializační). Ke každé úrovni přísluší řada institucí, které mezi sebou spolupracují. (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013).

K nejčastějším institucím v *preventivní* oblasti řadíme školy, pedagogicko-psychologické poradny, neziskové organizace, obce a další instituce jako je například Policie ČR (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013).

Školy a školní poradenské pracoviště

Na základních, středních, dokonce i na vyšších odborných školách je pro odbornou poradenskou činnost pověřen především metodik prevence a výchovný poradce. Na některých školách, které si to mohou po finanční stránce dovolit, působí rovněž speciální pedagog či školní psycholog. Poskytování poradenských služeb na školách má na starost vždy ředitel školy nebo jeho zástupce (Bělík, 2014).

V § 7 vyhlášky č. 72/2005 Sb. *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* je uvedeno: „Ve škole jsou zajišťovány poradenské služby v rozsahu odpovídajícím počtu a vzdělávacím potřebám žáků školy zaměřené zejména na

- a) poskytování podpůrných opatření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami,
- b) sledování a vyhodnocování účinnosti zvolených podpůrných opatření,
- c) prevenci školní neúspěšnosti,

- d) kariérové poradenství spojující vzdělávací, informační a poradenskou podporu k vhodné volbě vzdělávací cesty a pozdějšímu profesnímu uplatnění,
- e) podporu vzdělávání a sociálního začleňování žáků z odlišného kulturního prostředí a s odlišnými životními podmínkami,
- f) podporu vzdělávání žáků nadaných a mimořádně nadaných,
- g) průběžnou a dlouhodobou péči o žáky s výchovnými či vzdělávacími obtížemi a vytváření příznivého sociálního klimatu pro přijímání kulturních a jiných odlišností ve škole a školském zařízení,
- h) včasnou intervenci při aktuálních problémech u jednotlivých žáků a třídních kolektivů,
- i) předcházení všem formám rizikového chování včetně různých forem šikany a diskriminace,
- j) průběžné vyhodnocování účinnosti preventivních programů uskutečňovaných školou,
- k) metodickou podporu učitelům při použití psychologických a speciálně pedagogických postupů ve vzdělávací činnosti školy,
- l) spolupráci a komunikaci mezi školou a zákonnými zástupci,
- m) spolupráci školy při poskytování poradenských služeb se školskými poradenskými zařízeními.“ (vyhláška č. 72/2005 Sb., § 7)

Metodik prevence

Standartní činnost školního metodika prevence je vymezena přílohou č. 3 k vyhlášce č. 72/2005 Sb. a je rozdělena do třech odvětví: *činnost metodická a koordinační, činnost informační a činnost poradenská.*

Do *metodické a koordinační činnosti* patří například realizace *Minimálního preventivního programu*, metodické vedení činností a školení pedagogických pracovníků v oblasti prevence rizikového chování, vyhledávání a nastavení vhodné podpory směřující k odstranění rizikového chování, individuální a skupinová práce se žáky a studenty s problémy, které negativně ovlivňují jejich vzdělávání, spolupráce s odbornými zařízeními na intervenci a následné péči v případě akutního výskytu rizikového chování u žáků a studentů atd. Do *informačních činností* řadíme například informování o problematice rizikového chování, o nabídkách programů a projektů, o metodách a formách specifické primární prevence pedagogickým pracovníkům školy, prezentování výsledků preventivní práce školy, vedení a průběžné aktualizování databáze

spolupracovníků školy pro oblast prevence rizikového chování, informování o realizovaných preventivních programech zákonným zástupcům, pedagogickým pracovníkům školy a školskému poradenskému zařízení, vedení dokumentace a administrativa. *Poradenské činnosti* obsahují vyhledávání a orientační šetření žáků s rizikem či projevy rizikového chování, spolupráce s třídními učiteli při zachycování varovných signálů spojených s možností rozvoje rizikového chování u jednotlivých žáků a tříd, příprava podmínek pro integraci žáků se specifickými poruchami chování ve škole (příloha č. 3 k vyhlášce č. 72/2005 Sb.).

Výchovný poradce

Výchovný poradce pracuje ve škole společně s metodikem prevence. Činnost, kterou vykonává, se dělí na *poradenství* a *metodickou a informační činnost*. Do *poradenské činnosti* patří zejména kariérové poradenství, vyhledávání a orientační šetření žáků, jejichž vývoj a vzdělávání vyžadují zvláštní pozornost, příprava, kontrola a evidence plánu pedagogické podpory pro žáky s potřebou podpůrného opatření v 1. stupni, zprostředkování vstupní a průběžné diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb a mimořádného nadání, spolupráce se školskými poradenskými zařízeními. *Metodické a informační činnosti* zahrnují metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům, poskytování informací o činnosti školy, školských a dalších poradenských zařízení v regionu, shromažďování odborných zpráv a informací o žácích v poradenské péči aj. (příloha č. 3 k vyhlášce č. 72/2005 Sb.)

Školní psycholog

Školní psycholog se zabývá oblastmi *diagnostiky, depistáže, konzultační a intervenční práce, metodické a vzdělávací činnosti*. Je zapojen při vytváření programu poskytování pedagogicko-psychologických poradenských služeb ve škole, včetně programu primární prevence, podílí při zápisu do 1. ročníku základního i při přípravě přijímacího řízení ke vzdělávání na střední škole, poskytuje metodickou podporu a pomoc pedagogům, provádí speciálně pedagogickou a etopedickou diagnostiku a další. (příloha č. 3 k vyhlášce č. 72/2005 Sb.)

Školní speciální pedagog

Do výkonných oblastí školního speciálního pedagoga patří *depistážní, diagnostické a intervenční, metodické a koordinační činnosti*. Podílí se na vytváření programu poskytování pedagogicko-psychologických poradenských služeb ve škole, spolupracuje při zápisu do 1. ročníku základního vzdělávání dle potřeb a možností školy a školního

poradenského pracoviště, vyhledává žáky s rizikem vzniku speciálních vzdělávacích potřeb a zařazení do vhodného preventivního, zejména stimulačního, nebo intervenčního programu, provádí speciálně pedagogickou a etopedickou diagnostiku, stanovuje intervenční podporu při realizaci plánu pedagogické podpory, poskytuje dlouhodobou i krátkodobou individuální speciálně pedagogickou péči, navrhuje preventivní intervenční programy v oblasti školního neúspěchu/výchovných problémů s uplatněním speciálně pedagogických/etopedických přístupů, poskytuje konzultace zákonným zástupcům, metodickou podporu učitelům a asistentům pedagoga atd. (příloha č. 3 k vyhlášce č. 72/2005 Sb.)

Tato pozice stejně jako školní psycholog není obligatorní, i přesto že je zřejmý zájem škol o tuto pozici. Je to dáno zejména vzrůstajícím počtem dětí, žáků a dospívajících se speciálními vzdělávacími potřebami (Kaleja, 2020).

Asistent pedagoga

Asistent pedagoga se podílí na přímé asistenci jiného pedagogického pracovníka, zejména učitele, popřípadě vychovatele. Asistent pedagoga na základě doporučení školního poradenského zařízení slouží jako podpůrný nástroj v procesu kvalitního inkluzivního vzdělávání (Kaleja, 2020). Dle vyhodnocení zpráv metodiků škol zapojených do projektu KIPR (Kvalita-Inkluze-Poradenství-Rozvoj) z listopadu roku 2018 (Nesládek, 2019) se jedná o nejčastější podpůrné opatření pro žáky s poruchami chování, u nichž se vyskytují prvky rizikového chování.

Organizace poskytující primární prevenci

Ke dni 3. ledna 2018 eviduje *Národní ústav pro vzdělávání* (dnes nazývaný *Národní pedagogický institut ČR*) celkem 57 organizací s 89 aktuálně platnými certifikovanými programy primární prevence. Z těchto 89 certifikovaných programů je 56 programů zaměřeno na všeobecnou prevenci, 24 programů na selektivní prevenci a 9 programů na indikovanou prevenci (Národní ústav pro vzdělávání, 2022)

Následující tabulka (viz tabulka 3) nabízí přehled certifikovaných poskytovatelů primární prevence působící v Královéhradeckém kraji.

Tabulka 4 – Certifikovaní poskytovatelé programů primární prevence v Královéhradeckém kraji

Název	Typ primární prevence
Agentura Wenku s.r.o.	všeobecná PP
CENTRUM PODPORY ZDRAVÍ, O.S.	všeobecná PP
CENTRUM PREVENCE RIZIKOVÉ VIRTUÁLNÍ KOMUNIKACE UPOL	všeobecná PP
CESTA INTEGRACE, O.P.S.	všeobecná PP
DO SVĚTA	všeobecná PP
Hope4kids, z.s.	všeobecná PP
JULES A JIM, O.S.	všeobecná, selektivní PP
PROJEKT ODYSSEA	všeobecná, selektivní PP
PROPREV	všeobecná PP
PROSTOR PRO	všeobecná PP
SEMIRAMIS	všeobecná, selektivní PP
SION – NOVÁ GENERACE, O.S.	všeobecná PP
SPOLEČNĚ K BEZPEČÍ	všeobecná, selektivní PP

Zdroj: Národní ústav pro vzdělávání, 2022

Do úrovně intervenční řadíme instituce, které se dále rozdělují dle oblastí, na které jsou zaměřeny. Tyto oblasti se nazývají oblast sociálně-právní ochrany dětí, oblast sociálních služeb, oblast školských poradenských institucí a medicínská oblast (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013). Do oblasti sociálně-právní ochrany dětí řadíme:

Zařízení odborného poradenství pro péči o děti

Dle § 40 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí „zařízení odborného poradenství pro péči o děti poskytuje zejména doporučení zaměřená na řešení vzájemných vztahů rodičů a jejich dětí a na péči rodičů o děti zdravotně postižené. V rámci odborného poradenství se poskytují nebo zprostředkovávají rodičům nebo jiným osobám odpovědným za výchovu dětí rady ve věcech výchovy a výživy dětí a v dalších otázkách týkajících se jejich rodinných, sociálních a mezigeneračních problémů vyplývajících z péče o děti.“ (§ 40 zákona č. 359/1999 Sb.). Zařízení odborného

poradenství pro péči o děti poskytují rovněž poradenství pro osvojitele či pěstouny (§ 40 zákona č. 359/1999 Sb.).

Zařízení poskytující sociálně-výchovné činnosti

„Zařízení sociálně výchovné činnosti jsou určena zejména dětem uvedeným v § 6; těmto dětem nabízí programy rozvíjení sociálních dovedností, výchovných činností a využití volného času.“ (§ 41 zákona č. 359/1999 Sb.)

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Poskytují ochranu a pomoc dítěti, o které není dostatečně pečováno, nebo je-li jeho život a příznivý vývoj vážně ohrožen. Ochrana a pomoc se poskytují pouze na přechodnou dobu, která nepřesahuje zpravidla dobu 6 měsíců (§ 42 zákona č. 359/1999 Sb.).

Další je *oblast sociálních služeb*, kam patří nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM) a sociálněaktivizační služby pro rodiny s dětmi (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013).

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

„NZDM poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služba může být poskytována osobám anonymně.“ (§ 62 zákona č. 108/2006 Sb.)

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Obsahem sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi je bezplatné poskytování poradenství a pomoci rodinám s dětmi žijícím v sociálně vyloučených oblastech nebo rodinám sociálním vyloučením ohroženým. Jedná se o terénní, popřípadě ambulantní služby (§ 65 zákona č. 108/2006 Sb.).

Následující *oblast školských poradenských institucí* je tvořena pedagogicko-psychologickými poradnami, speciálně pedagogickými centry a středisky výchovné péče (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013).

Školská poradenská zařízení

Do školských poradenských zařízení řadíme Pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a Speciálně pedagogická centra (SPC).

SPC nabízí pomoc žákům s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem (§ 6 zákona č. 72/2005 Sb.). Tato podkapitola se více SPC nezabývá, jelikož na rozdíl od PPP nezapadá tematicky do bakalářské práce.

PPP nabízejí ambulantní pomoc žákům a studentům ve věku od 3 do 19 let při výchově a vzdělávání. Jejich hlavní náplní je kromě zajišťování programů primární prevence pro školy, což patří do *úrovně primárně preventivní*, také posuzování připravenosti žáků na povinnou školní docházku, vydají posudek, poskytují poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školních neúspěchů a rovněž poskytují metodickou podporu škole. Dále spolupracují se školami při zápisu, kdy provádí se žáky psychologické vyšetření a podílí se při zařazování žáků do tříd (Bělík, 2014).

Do standartních činností poraden patří komplexní nebo zaměřená psychologická a speciálně pedagogická diagnostika, psychologická a speciálně pedagogická intervence, informační a metodická činnost a příprava podkladů pro vzdělávací opatření a dokumentace (§ 5 zákona č. 72/2005 Sb).

Střediska výchovné péče

Střediska výchovné péče (SVP) patří do sítě školských zařízení preventivně výchovné péče a školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy. Hlavním cílem je předcházet vzniku a rozvoji negativního chování u dětí a mládeže nebo narušení jejich zdravého vývoje, zmírňovat či zcela eliminovat příčiny a důsledky již rozvinutých poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a přispívat k jejich zdravému osobnostnímu růstu (Národní ústav pro vzdělávání, 2022).

„Střediska jsou tedy jednou z forem pomoci dětem, žákům a studentům, jejich rodinám, školám a školským zařízením. Nenahrazují jiná školská výchovná a poradenská pracoviště, ale naopak jejich služby doplňují a zároveň s dalšími zařízeními preventivně výchovné, poradenské a terapeutické péče většiny resortů spolupracují.“ (Národní ústav pro vzdělávání, 2022)

Poslední z intervenční úrovně je *oblast medicínská*, kterou zastupují psychologické a psychiatrické ambulance, popř. neurologické ambulance (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013).

Třetí a zároveň poslední úroveň je tzv. *resocializační*. Pro děti, které se nacházejí v ústavní nebo ochranné výchově, jsou zřízena zařízení, kterými jsou *diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav, detenční ústavy a specializované oddíly pro výkon trestního opatření odnětí svobody pro mladistvé ve vybraných věznicích* (Hutyrová, Růžička, Spěváček, 2013). Zmíněná zařízení sestavují *Minimální preventivní program*, jež vychází z *Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* (MŠMT, 2010).

Diagnostické ústavy

Diagnostický ústav je typ zařízení, jehož pobyt je nařízený buď soudem, nebo může být dobrovolný. Diagnostického ústav splňuje podle potřeb dítěte cíle *diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovné a sociální, organizační a koordinační*. Dětský diagnostický ústav v Hradci Králové (2018) zmiňuje *Systém prevence sociálně rizikových jevů*, který je zaměřen na zvýšení odolnosti dětí vůči rizikovým situacím, chováním a projevům násilí. Pobyt je zpravidla po dobu 2 měsíců. (DDÚ Hradec Králové, 2018, § 5 zákona č. 109/2002 Sb., Matoušek, Matoušková, 2011).

Dětské domovy

Dětský domov pečuje o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Zajišťuje úkoly výchovné, vzdělávací, sociální i preventivní. Do dětského domova jsou umísťovány děti od 3 do 18 let nebo nezletilé matky spolu s jejich dětmi. (§ 12 zákona č. 109/2002 Sb.).

Dětské domovy se školou

Do dětského domova se školou jsou umísťovány děti buď s nařízenou ústavní výchovou, mající závažné poruchy chování, nebo které pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně léčebnou péči nebo děti s uloženou ochrannou výchovou. Do dětského domova se školou jsou umísťovány děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky (§ 13 zákona č. 109/2002 Sb.).

Výchovné ústavy

Výchovný ústav je zřízen pro děti starší 15 let, které mají závažné poruchy chování a byla u nich nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova. Výjimkou jsou děti starší 12 let, u kterých se projevují tak závažné poruchy, že nemohou být umístěny v dětském domově se školou. Výchovný ústav plní ve vztahu k dětem zejména úkoly výchovné, vzdělávací, sociální, ale také preventivní (§ 14 zákona č. 109/2002 Sb.).

4 Aktuální trendy v programech primární prevence z pohledu vybraných organizací

Praktická část se zabývá programy primární prevence ve vztahu k formám rizikového chování ve vybraných zařízeních. Zkoumanými zařízeními jsou základní a střední škola, nízkoprahové zařízení a diagnostický ústav.

4.1 Metodologie výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření byla zvolena **kvalitativní metoda**. Gavora zmiňuje, že na rozdíl od kvantitativního výzkumu, který uvádí zjištění v číselných údajích, metoda kvalitativní pracuje s nečíselnou podobou, tj. slovy. Mezi hlavní rysy kvalitativního výzkumu patří dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis (Gavora, 2010).

„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (Švaříček, 2007, s. 17)

Švaříček zmiňuje, že výzkum orientovaný kvalitativně vychází z indukce. Termín *indukce* definují jako obecnou metodu usuzování, v jejímž závěru je zahrnuta informace, která převažuje nad informace (empirického původu) ve východisku. Při induktivním postupu jsou obecná univerzální tvrzení odvozena ze singulárních výroků. Tato tvrzení jsou však pouze pravděpodobnostního charakteru, jelikož singulární výroky z výsledků šetření nepopisují všechny reálné možnosti (Švaříček, 2007).

Praktická část práce využívá pro sběr dat metodu **interview** neboli rozhovor. Švaříček definuje rozhovor jako „nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu.“ Termín *rozhovor* je doplněn přívlaskem *hloubkový* (in-depth interview), což lze formulovat jako nestandardizované dotazování jednoho informanta obvykle jedním výzkumníkem pomocí několika předem připravených otázek (Švaříček, 2007, s. 159).

Rozhovor tradičně dělíme na 3 druhy: strukturovaný, nestrukturovaný a polostrukturovaný rozhovor. Autorka použila pro své šetření **polostrukturovaný rozhovor**, který představuje jakýsi mezník mezi strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem. U tohoto typu rozhovoru nabízí tazatel informantovi alternativy odpovědí,

ale za předpokladu, že informant svoji odpověď blíže upřesní (Gay, 1980 in Gavora, 2010).

Před samotným realizováním interview s informantem, je potřeba si rozhovor předem připravit. Nejdříve by si měl výzkumník prostřednictvím teoretických znalostí vybavit zkoumané prostředí. Poté přichází vytvoření schématu se základními okruhy, které vycházejí z hlavní výzkumné otázky. Ke každému okruhu (tématu) si badatel vytvoří sadu tazatelských otázek, na které se bude informanta dotazovat. Témata pro rozhovor jsou čerpána především z odborné literatury, pozorování a analýzy dokumentů. Interview by mělo být do určité míry strukturovanou konverzací, kterou výzkumník řídí díky předem připravených hlavních otázek (Švaříček, 2007).

Získaná data z výzkumného šetření byla dále analyzována prostřednictvím **otevřeného kódování**. Otevřené kódování rozebírá, konceptualizuje a skládá novým způsobem získané údaje. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozdělen na části, kterým jsou přidělena označení a s těmito označenými částmi textu poté výzkumník dále pracuje (Šed'ová, 2007). Kódy se budou následně sestavovat do předem zvolených indikátorů.

4.2 Formulace hlavního cíle a dílčích výzkumných otázek

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, **jaké jsou aktuální trendy v programech primární prevence ve vztahu k formám rizikového chování**. K naplnění zmíněného hlavního cíle je nutné definovat dílčí výzkumné otázky (DVO).

DVO 1: Zjistit, jaké jsou aktuální trendy rizikového chování adolescentů pohledem vybraných neziskových organizací.

První dílčí výzkumná otázka bude zjišťovat, jaké formy rizikového chování se u adolescentů ve vybraných zařízeních nejčastěji vyskytují. V teoretické části byly uvedeny formy rizikového chování, které se mohou u dětí a dospívajících projevit. Autorka v teoretické části bakalářské práce uvádí pět vybraných forem rizikového chování, u nichž předpokládá, že budou patřit do výše zmíněných aktuálních trendů rizikového chování. Těmito formami jsou *zneužívání návykových látek, agresivní chování, kriminalita a delikvence, sebepoškozování a rizikové sexuální chování*. Prvním úkolem dílčí výzkumné otázky je zanalyzovat a následně mezi sebou porovnat jednotlivé formy rizikového chování, které se ve vybraných zařízeních aktuálně vyskytují. Druhým úkolem je na základě odpovědí informantů zformulovat typické znaky u adolescentů, u nichž se rizikové chování vyskytuje.

V rámci první dílčí výzkumné otázky budou informantům položeny tři tazatelské otázky:

- TO 1: Co si představujete pod soulovím *rizikové chování*? Vzpomenete si, s jakou formou rizikového chování jste se v minulosti setkali?
- TO 2: S jakými formami rizikového chování se v současnosti u adolescentů setkáváte?
- TO 3: Můžete uvést typické znaky rizikového chování, se kterými se u žáků/klientů setkáváte (např. pohlaví, přesný věk, prostředí, rizikový jev apod.)?

DVO 2: Zjistit, jaké jsou programy primární prevence v současnosti v zařízeních realizovány?

Druhá dílčí výzkumná otázka se zaměřuje na programy primární prevence, které jsou v zařízeních uskutečňovány. Úkolem bude zjistit, na jaká témata jsou programy primární prevence v zařízeních realizovány, v jakých formách a jaká je frekvence poskytování programů.

Mezi tazatelské otázky DVO 2 patří:

- TO 4: Na jaká témata a v jakých formách realizujete programy primární prevence? (pozn.: témata programu primární prevence, forma: za osobní přítomnosti, online, přednáška, projektový den atd.)
- TO 5: Jaká je frekvence poskytování programů primární prevence? Koná se některé z témat během (školního) roku opakovaně?
- TO 6: Závisí realizace programu primární prevence na konkrétní formě rizikového chování, se kterou v danou chvíli (v zařízení) potýkáte?

DVO 3: Zjistit, zdali realizované programy prevence pomáhají ke snížení jevu.

Ve třetí a zároveň v poslední výzkumné otázce bude zjišťována evaluace programů primární prevence. Úkolem bude zjistit, jaká je úspěšnost programů z vícero pohledů – z pohledu organizace a ze subjektivního pohledu informanta. Součástí tohoto zkoumání bude také cílem zjistit, jaká je účinnost zrealizovaných programů u adolescentů, tj. zdali programy primární prevence dopomáhají ke snížení či k eliminaci rizikového chování u dospívajících.

V rámci DVO 3 budou informanti dotazováni na následující otázky:

- TO 7: Jak vnímáte úspěšnost již zrealizovaných programů primární prevence (z pohledu organizace)?
- TO 8: Jak subjektivně vnímáte úspěšnost programů primární prevence?
- TO 9: Má zrealizovaný program primární prevence pro klienty/žáky praktický dopad (tj. dopomohl zrealizovaný program k tomu, že se jedinci nechovají rizikově či méně rizikově)?

Níže jsou pro větší přehlednost transformovány dílčí výzkumné otázky s příslušnými indikátory a tazatelské otázky do tzv. transformační tabulky:

Tabulka 5 – Dílčí výzkumné otázky a tazatelské otázky

Výzkumné otázky	Indikátory	Tazatelské otázky
DVO 1: Jaké jsou aktuální trendy rizikového chování adolescentů pohledem vybraných neziskových organizací?	Trendy rizikového chování u adolescentů	TO 1: Co si představujete pod slovním <i>rizikové chování</i> ? Vzpomenete si, s jakou formou rizikového jste se v minulosti setkali?
		TO 2: S jakými formami rizikového se v současnosti u adolescentů setkáváte?
		TO 3: Můžete uvést typické znaky rizikového chování, se kterými se u žáků/klientů setkáváte (např. pohlaví, přesný věk, prostředí, rizikový jev apod.)?
DVO 2: Jaké programy primární prevence jsou v současnosti v zařízeních realizovány?	Současné programy primární prevence	TO 4: Na jaká témata a v jakých formách realizujete programy primární prevence? (pozn.: témata programu primární prevence, forma: za osobní přítomnosti, online, přednáška, projektový den atd.)

		TO 5: Jaká je frekvence poskytování programů primární prevence? Koná se některé z témat během (školního) roku opakovaně?
		TO 6: Závísí realizace programu primární prevence na konkrétní formě rizikového chování, se kterou v danou chvíli (v zařízení) potýkáte?
DVO 3: Dopomáhá zrealizovaná prevence ke snížení jevu?	Evaluace programů primární prevence	TO 7: Jak vnímáte úspěšnost již zrealizovaných programů primární prevence (z pohledu organizace)?
		TO 8: Jak subjektivně vnímáte úspěšnost programů primární prevence?
		TO 9: Má zrealizovaný program primární prevence pro klienty/žáky praktický dopad (tj. dopomohl zrealizovaný program k tomu, že se jedinci nechovají rizikově či méně rizikově)?

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku a prostředí

Pro výzkumné šetření byli osloveni 4 informanti, kteří se v daných zařízeních věnují programům primární prevence. První informantkou je etopedka z diagnostického ústavu v Hradci Králové, která zároveň vykonává pozici zástupkyně ředitele. Druhou informantkou je sociální pracovníce, která je v současnosti vedoucí střediska v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež v Hradci Králové. Jako třetího informanta jsem oslovila učitelku ze základní školy v Liberci, která zároveň zastává pozici školního metodika prevence. Jako poslední na otázky odpověděla učitelka z šestiletého gymnázia v Hradci Králové, vykonávající rovněž pozici školního metodika prevence.

Informantky byly osloveny prostřednictvím e-mailu v průběhu ledna a února roku 2022, přičemž realizace rozhovorů a návštěva všech zařízení se uskutečnila v druhém únorovém týdnu. Všechny dotazované souhlasily s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon a se zveřejněním výsledků z rozhovoru. Rovněž byla informantkám přislíbena anonymita.

Tabulka 6 – Výzkumný vzorek

Informant	Pohlaví	Věk	Dosažené vzdělání	Pracovní pozice	Doba praxe
I1	žena	55 let	vysokoškolské	zástupkyně ředitele v DÚ/etoped	37 let
I2	žena	27 let	vysokoškolské	vedoucí střediska NZDM/sociální pracovnice	5 let
I3	žena	40 let	vysokoškolské	učitelka druhého stupně ZŠ školní metodik prevence	21 let 5 let
I4	žena	59 let	vysokoškolské	učitelka na gymnáziu školní metodik prevence	34 let 13 let

4.4 Analýza a interpretace výsledků

V této podkapitole budou uvedeny výsledky z rozhovorů, které odpovídají na předem stanovené dílčí výzkumné otázky.

První dílčí výzkumná otázka (DVO 1) měla zjišťovat, jaké jsou aktuální trendy rizikového chování adolescentů pohledem vybraných neziskových organizací.

První dvojice otázek byla konstruována pro úvod rozhovoru k problematice rizikového chování. Otázky byly položeny jak pro navození uklidňujícího dojmu a dodání jistoty dotazovaným, tak i pro upřesnění významu sousloví *rizikové chování*. Otázky zněly následovně: *Co si představujete pod souslovím rizikové chování? Vzpomenete si, s jakou formou rizikového chování jste se v minulosti setkali?*

Na první otázku všechny informantky odpověděly velmi podobně a to tak, že **rizikové chování je chování, kvůli kterému může dojít u jedince či skupiny osob ke zdravotním, sociálním a jiným rizikům**. Například I4 odpověděla, že se jedná o: „(...) *chování které může negativně ovlivňovat život nebo zdraví jedince, nebo sociální skupiny, potažmo celou společnost.*“ U druhé otázky se I1 a I2 shodují tak, že se v zařízení setkali se všemi formami rizikového chování. I2 navíc uvádí: „*Nejčastěji vandalismus, rvačky, ublížení na zdraví, užívání návykových látek, rizikové sexuální chování (...), rizikové*

chování ve smyslu zdravého životního stylu a teď narážím na **poruchy příjmu potravy, sebepoškození, sebevražedné myšlenky**, což už jde do duševní oblasti.“ I1 také dodává: „Máme tu i klienty pro pokus o zabití nebo pro vraždu.“ I3 odpovídá: „Tady je neskutečné množství rizikového chování. Ať už u starších holek od **anorexie**, přes **sebepoškození** po šikanu, kyberšikanu nebo sebevražedné sklony. U mladších žáků je to **nevhodné používání internetu**, převážně se jedná o porno, ale taky o informace k identifikaci v rámci genderu, což může vést do poruchy osobnosti.“ I4 uvádí: „(...) hodně studentů, kteří zkouší alkohol a kouření cigaret a marihuany. Dál řeším například nezdravé vztahy ve třídě, poruchy příjmu potravy a taky **závislost na internetu**.“

Tazatelské otázka č. 2: S jakými formami RCH se v současnosti u adolescentů setkáváte?

Na tuto otázku mi všechny dotazované odpověděly tak, že **navázaly na své předešlé odpovědi o formách rizikového chování z minulosti**. Například I3 odpověděla: „Je to stejné jako u první otázky. **Nic nového se zatím neobjevuje**.“ I1 a I4 vzhledem ke svým dlouholetým zkušenostem kladly důraz na **rozvoj počítačové techniky a sociálních sítí, které přinesly další formy rizikového chování**. „(...) s příchodem počítačů a internetu jsme zaznamenali další jevy jako je třeba kyberšikana nebo pozorování nevhodného (nelegálního) obsahu,“ uvádí informantka 4. Informantka 1 zmiňuje i **distanční výuku**, která přinesla problém, že „se děti nepřipojovaly do on-line hodin.“

Tazatelská otázka č. 3: Můžete uvést typické znaky rizikového chování, se kterými se u žáků/klientů setkáváte (např. pohlaví, přesný věk, prostředí, rizikový jev apod.)?

I1, I2, I3 i I4 se shodují, že **rizikové chování z pohledu pohlaví a prostředí není zřejmé**. I4 se vyjadřuje k prostředí tak, že: „Jediné, co mne napadá jsou akce odehrávající se mimo školy (např. kurzy). Tam se občas s těmito jevy setkáváme.“ „Nedá se říct, jestli je více problémů u děvčat nebo u hochů, ani jestli jsou ze sociálně znevýhodněného prostředí či naopak,“ zmiňuje I4, která rovněž uvedla, že průměrný věk pro vznik rizikového chování na gymnáziu činí 15 let. I1 a I3 uvádí 13 let jako průměrný věk pro vznik rizikového chování. I2 rozděluje klienty na starší a mladší věk, přičemž u mladších dětí se mohou projevy nežádoucího chování objevovat od 8 let. „U těch nejstarších klientů, tj. 16 let a více, je typická romská národnost (...). Ke starší klientele patří i skupinka dospívajících, především děvčat, věkově od 13 let, která žijí zcela jinak než předchozí skupinka. To znamená, že se jedná o stabilní rodiny, kde je nejvíce rizikovým faktorem přetíženost a tlak na výkon ve sportu nebo ve škole.“ I3 popisuje k hlavním

rysům rizikového chování: „*Pokud je viditelné, že je členem nějaké specifické skupiny. Myslím tím třeba aktuální trend LGBT komunita. Na druhou stranu se jedná i o dítě, které je v kolektivu za takového „outsidera“.* K dotazu o typických rizikových jevech informantka 2 odpovídá: „*Mezi typické formy rizikového chování u chlapců patří vandalismus a různé přestupky, u děvčat převážně rizikové sexuální chování, (...) poruchy příjmu potravy a sebepoškození (...).*“ U obou skupinek informantka 2 dodala **rizikové chování na internetu**: „*(...) tím nemyslím jen natáčení nevhodného obsahu, co se týče vulgarismů, urážek a agresivního chování, ale i vzhledem k jejich vlastní osobně. Myslím tím natáčení vlastního soukromí, co v jaký den dělají a kde jsou.*“

Shrnutí DVO 1

Všechny informantky se shodují v definici sousloví *rizikové chování*. V druhé otázce se už odpovědi mírně lišily, konkrétně ve zmíněných formách rizikového chování, se kterými se v zařízení setkali. Informantky z DÚ a NZDM odpověděly jednotně, že se v zařízení setkali se všemi formami rizikového chování. Informantka zastávající pozici školního metodika prevence na ZŠ dává do popředí převážně poruchy příjmu potravy, sebepoškození, suicidální sklony a šikanu ve všech formách. Informantka pracující jako školní metodička prevence na gymnáziu zmiňuje užívání návykových látek (alkohol, cigarety, marihuana), nezdravé vztahy ve třídě, poruchy příjmu potravy a závislost na internetu. Na druhou tazatelskou otázku všechny dotazované odpověděly stejně jako v předešlé otázce. Informantka č. 4 s informantkou č. 1 navíc zmiňují negativní dopad u žáků/klientů příchodem internetu. U třetí otázky bylo všemi odpovězeno, že není zřejmé prostředí, které by bylo pro klienty/žáky více rizikové, to samé platí pro pohlaví. Průměrným věkem pro vznik rizikového chování je 14 a půl let. Z výsledků z rozhovorů se autorce z části potvrdila její domněnka o současných trendech ve formách rizikového chování. Z blíže popsanych typů (forem) rizikového chování v podkapitole 2.1, se nejvíce mezi dospívajícími vyskytuje **agresivní chování a sebepoškození**, k nim navíc přibylo **rizikové chování v kyberprostoru a poruchy příjmu potravy**. Jejich výskyt však nezávisí na současném stavu, nýbrž se vyskytují nepřetržitě od zjištění této problematiky. Pro indikátor TRENDY RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ ADOLESCENTŮ byly stanoveny kódy: **ohrožení života, nevhodné užívání internetu, poruchy příjmu potravy, agresivní chování, sebepoškození, stagnace nových forem rizikového chování**.

Druhou dílčí výzkumnou otázkou (DVO 2) bylo zjistit, jaké programy primární prevence jsou v současnosti v zařízeních realizovány.

Tazatelská otázka č. 4: *Na jaká témata a v jakých formách realizujete programy primární prevence? (pozn.: témata programu primární prevence, forma: za osobní přítomnosti, online, přednáška, projektový den atd.)?*

Témata preventivní programů se už značně lišila. I3 odpověděla, že: „(...) máme každý rok program pro 7. třídu, kde je změna těla v dospívání pro holky a kluky zvlášť.“ Dále jejím cílem bylo letos: „aby v každé třídě proběhlo téma šikana a kyberšikana.“ I4 zase uvádí: „Teď je prevence zaměřena hlavně na návykové látky. Před covidem jsme měli program na prevenci domácího násilí, žáci druhého stupně se zúčastnili programu Hrou proti AIDS. (...) třetí ročník absolvoval program anorexie.“ I2 odpověděla, že: „V tuto chvíli nás pravděpodobně bude provádět celý rok téma duševní zdraví.“ I1 nezmínila konkrétní témata programů primární prevence, jelikož: „(...) my nepořádáme programy prevence pro všechny klienty dohromady. Máme výchovné skupiny, které jsou rozděleny podle vyskytujícího se patologického jevu.“ Všechny informantky uvedly, že se preventivní program pořádá **pouze v prezenční podobě**. Jenom I2 uvádí: „(...) téma je přenášeno do terénu formou časopisu s názvem Oranžák i do online podoby na Instagramu a Tiktoku.“ I4 zmiňuje: „Pro žáky pořádáme programy formou besed, přednášek, různých her (...).“ I3 se dále k formě vyjadřuje: „(...) třídnické hodiny každý pátek čtvrtou vyučovací hodinu s třídním učitelem. V průběhu týdne působí na ZŠ školní etopedové, kteří občas suplují během právě té třídnické hodiny. Oba fungují v rámci one to one, tak i malých skupiny, ale i rodinných setkání a třídních kolektivů. Besed nejsme úplný zastánci. Fungují ale preventivní programy od externistů. **Spolupracujeme s organizacemi Maják, PČR a Advaita.**“ I1 doplňuje, že je nově: „**navázána spolupráce ohledně rybářského kroužku. (...) občas jedeme do Laxusu.**“ I2 uvádí: „Besedy už moc neděláme, jelikož nemůžeme ovlivnit počet klientů na daný den a bylo by zbytečné si sem někoho zvat jen pro pár lidí. Dále konáme události, například City Jam, kde **spolupracujeme se střední zdravotnickou školou nebo hradeckou knihovnou, nebo „přespávačky“**, které jsou taky na určité preventivní téma.“ I4 zmiňuje: „Na škole **působí městská policie** v celoročním nácviku sebeobrany dívek v rámci hodin tělesné výchovy“

Tazatelská otázka č. 5: *Jaká je frekvence poskytování programů primární prevence? Koná se některé z témat během (školního) roku opakovaně?*

I1 na dotaz odpovídá: „My pracujeme s preventivními tématy **každý den.**“ I2 se k frekvenci poskytování preventivních programů vyjádřila: „**Během jednoho kalendářního roku proběhne 6 preventivních programů.**“ I3 odpovídá: „Programy

realizované externisty probíhají **jednou až dvakrát do roka**.“ I4 přesněji dobu poskytování preventivních programů neuvádí: „Kromě adaptačního kurzu, který se koná **pravidelně každý rok v září** a následné sociometrie (za cca půl roku), vycházím z aktuální nabídky.“

Tazatelská otázka č. 6: *Závisí realizace programu primární prevence na konkrétní formě rizikového chování, se kterou v danou chvíli (v zařízení) potýkáte?*

I1 odpovídá: „**Samozřejmě**. Když bych měla uvést příklad, tak včera se v jedné skupině řešily pocity a emoční prožívání, jelikož je tento problém zaznamenaný mezi klienty.“

I2 uvádí: „Témata se opakují ve chvíli, kdy si to **sami klienti přejí nebo pokud je zřejmá stálá aktuálnost daného problému** mezi klienty.“ I3 se k realizaci preventivních programů vyjádřila: „Ano. Opravdu ty **aktuální problémy ve třídě řešíme** v rámci třídnických hodin.“ I4 dodala: „S žádným závažným problémem se nepotýkáme. (...) **Pokud by se něco takové u nás dělo, tak bychom to samozřejmě řešili**.“

Shrnutí DVO 2

Témata programů primární prevence se u všech informantek lišila. Zmíněna byla šikana, návykové látky, domácí násilí, duševní zdraví aj. V DÚ se preventivní témata odvíjejí od patologického jevu, vyskytujícím se ve výchovné skupině. Doba poskytování programů primární prevence se u všech zařízení rovněž lišila. V NZDM se pořádá 6 preventivních programů za rok, na ZŠ 1–2 programy za školní rok konané certifikovanými poskytovateli primární prevence. V DÚ jsou preventivní témata realizována každý den, na gymnáziu mi nebyla dána přesná odpověď. Preventivní programy jsou konány (kromě NZDM, které programy pořádá i přes sociální sítě) pouze v prezenční formě. Ve většině případů se preventivní program pořádá v závislosti na aktuálním dění v kolektivu. Pouze na gymnáziu se s touto záležitostí nepotýkají. Zjištěnými kódy k indikátoru SOUČASNÉ PROGRAMY PRIMÁRNÍ PREVENCE jsou: **aktuální problémy, spolupráce s externisty, pravidelnost poskytování preventivních programů**.

Třetí a zároveň poslední dílčí výzkumná otázka (DVO 3) měl za úkol zjistit, jestli zrealizovaná prevence dopomáhá ke snížení jevu.

Tazatelská otázka č. 7: *Jak vnímáte úspěšnost již zrealizovaných programů primární prevence (z pohledu organizace)?*

Na tuto otázku mi všechny informantky odpověděly **kladně**. I3 a I4 se v odpovědi shodují: „Vždy si zjišťuju **zpětnou vazbu** a tím, že jsou programy od ověřených poskytovatelů a víme po kom šáhnout, tak je zpětná vazba dobrá,“ uvádí I3. I2 odpovídá: „O programy je **velký zájem** ze strany klientů, čemuž pomáhá především motivace, kterou předáváme klientům skrze různé challenge. Dle **našich statistik** je 80% úspěšnost.“ I1 v závěru dodává: „Všechny jsou **úspěšné**. (...) máme průběžné porady se všemi pracovníky, kteří nám řeknou **zpětně**, jak práce s klienty probíhala.“

Tazatelská otázka č. 8: *Jak subjektivně vnímáte úspěšnost programů primární prevence?*

Odpovědi informantek se ve většině případů shodují s odpovědí z předchozí otázky. „**Taky velmi dobře**. Možná bych něco k chtěla změnit, ale jelikož nejsem na programech přítomna, tak mě momentálně nic nenapadá. Moje vize je, aby byla prevence rizikového chování vyučovacím předmětem,“ odpovídá na otázku I3. I2 navíc doplňuje: „Z mého pohledu tím, že reagujeme na to, co momentálně klienti potřebují, tak **se realizace preventivních programů daří** a má **mezi klienty úspěch**. Velmi záleží na přístupu pracovníka, jak dokáže jednotlivce nebo skupinku namotivovat k tomu, aby se zapojili. Klienti chodí jednak za tématem, tak i za samotným pracovníkem, jelikož s ním mají navázaný vztah a dokážou od něj mnohem lépe převzít informace než třeba z internetu. Taky tím, že se jedná o mladý pracovní tým, který rozumí potřebám klientům a nebojí se o nich mluvit, tak i oni přináší úspěšnost preventivních programů.“

Tazatelská otázka č. 9: *Má zrealizovaný program primární prevence pro klienty/žáky praktický dopad (tj. dopomohl zrealizovaný program k tomu, že se jedinci nechovají rizikově či méně rizikově)?*

I3 na poslední otázku odpovídá: „Pochybuji, že by jeden program změnil chování nějakého průšviháře. Většinou **pomůže cílená individuální intervence** (...).“ O cílené individuální intervenci mluví i I2: „Je to velmi **individuální**. Troufám si říct, že to má **pozitivní dopad** (...).“ I1 uvádí: „Má. **Vždycky jim to pomůže**, ať už méně nebo více.“ I4 odpověděla: „Toto nemůžu objektivně zhodnotit, ale asi to jinak **určitě má pozitivní dopad**. (...) **záleží na jednotlivcích**.“

Shrnutí DVO 3

Na otázku ohledně úspěšnosti programů primární prevence z pohledu organizací i ze subjektivního pohledu mi všechny informantky odpověděly, že jsou programy úspěšné. Na ZŠ, gymnáziu a v NZDM se po preventivním programu zjišťuje zpětná vazba od zúčastněných. V DÚ probíhají pravidelně porady zaměstnanců, kde se baví o zrealizované prevenci. Na poslední otázku o praktickém dopadu preventivního programu na klienty/žáky mi školní metodička prevence na ZŠ a sociální pracovnice z NZDM odpověděly, že se jedná o individuální záležitost. V DÚ si jsou vědomi alespoň drobných pozitivních změn v chování klientů. Školní metodička prevence na gymnáziu mi nebyla schopna na otázku pro nedostatek informací přesně odpovědět, nýbrž se domnívá, že preventivní program má na jedince pozitivní dopad. Rovněž souhlasí se školní metodičkou prevence na ZŠ a sociální pracovnící z NZDM, že pozitivní změny v chování (tj. nechování se rizikově) závisí na individuálním přístupu každého jedince. K indikátoru EVALUACE PROGRAMŮ PRIMÁRNÍ PREVENCE byly přiřazeny tyto kódy: **úspěšnost programů primární prevence, zpětná vazba, pozitivní dopad, individuální přístup.**

4.5 Shrnutí praktické části

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, **jaké jsou aktuální trendy v programech primární prevence ve vztahu k formám rizikového chování.** Hlavní cíl byl rozdělen na tři dílčí výzkumné otázky, z nichž se každá skládala ze tří tazatelských otázek. Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda, konkrétně polostrukturovaný rozhovor.

První informantkou byla etopedka z diagnostického ústavu, která rovněž zastává pozici zástupkyně ředitele. Před samotným setkáním bylo patrné, že diagnostický ústav se každodenně setkává s různými formami rizikového chování, a oproti ostatním zařízením se bude s jistotou jednat i o kriminální činnost. Druhou informantkou byla sociální pracovnice z NZDM, která je aktuálně vedoucí střediska. S NZDM má autorka této práce zkušenosti z praxe, proto bylo opět jisté, že se rizikové jevy, a především preventivní programy v tomto zařízení vyskytují. Dalšími dotazovanými byly učitelky ze základní a střední školy (gymnázia), které na škole vykonávají pozici školního metodika prevence.

Z odpovědí, vztahující se k první dílčí výzkumné otázce, která zjišťovala, **jaké jsou aktuální trendy rizikového chování adolescentů pohledem vybraných neziskových**

organizací, autorka práce zjistila, že momentálně mezi dospívajícími existuje široká škála forem rizikového chování, jejíž výskyt není ovlivněn současnou dobou, nýbrž se v zařízeních vyskytují dlouhodobě. Informantky z DÚ a NZDM se shodly, že se v zařízeních setkávají se všemi formami rizikového chování. Sociální pracovnice z NZDM konkrétně uvedla vandalismus, agresivní chování, užívání návykových látek, rizikové sexuální chování, poruchy příjmu potravy, sebepoškození, suicidální myšlenky atd. Školní metodička prevence na ZŠ zmínila poruchy příjmu potravy, sebepoškození, šikanu, suicidální sklony, rizikové chování v kyberprostoru, aj. Na gymnáziu se adolescenti dle školní metodičky prevence potýkají převážně s návykovými látkami, poruchami příjmu potravy, šikanou a závislostí na internetu. Informantky z DÚ a gymnázia, vzhledem k jejich dlouholetým zkušenostem, zdůrazňovali nástup internetu a ním spojené rizikové chování v kyberprostoru.

Po analýze všech odpovědí se nejvíce mezi adolescenty (z oslovených zařízení) vyskytují rizikové jevy: **sebepoškození, agresivní chování, poruchy příjmu potravy a rizikové chování v kyberprostoru**. Průměrný věk pro vznik rizikového chování je 14 a půl let.

Druhá dílčí výzkumná otázka, zjišťující, **jaké programy primární prevence jsou v současnosti v zařízeních realizovány**, přinesla opět velmi různorodé odpovědi. V DÚ jsou preventivní témata realizována každý den a jejich téma se odvíjí od aktuální situace ve výchovné skupině. V NZDM se téma rovněž odvíjí od aktuální situace na klubech nebo je preventivní program na určité téma realizovaný na přání klientů. Dle odpovědí sociální pracovnice je během jednoho kalendářního roku uspořádáno 6 preventivních programů. Momentálně je realizovaný preventivní program na téma **duševní zdraví**. Na základní škole jsou programy primární prevence organizovány jednou až dvakrát do roka certifikovanými poskytovateli programů primární prevence. Kromě toho do školy pravidelně dochází etopedové s preventivními programy pro danou třídu a jsou rovněž organizovány jednou týdně třídnické hodiny. Preventivním tématem pro tento školní rok je **šikana**. Na gymnáziu se každým rokem pořádá adaptační kurz pro první ročníky, ve kterém jsou obsaženy preventivní programy převážně na téma dobré vztahy a spolupráce v kolektivu. Preventivní program je na gymnáziu realizován i formou různých přednášek a besed. Momentálně se školní metodička prevence věnuje tématu **návykové látky**.

Z výsledků je patrné, že realizace preventivních programů probíhá v každém zařízení odlišně. Nejvíce jsou preventivní programy uskutečňovány v DÚ a následně v NZDM. Je

to dáno především cílovou skupinou, kterou jsou právě rizikově se chovající děti a dospívající. Preventivní programy jsou zde logicky uskutečňovány častěji (v DÚ dokonce každý den) a je na jejich působnost dbán mnohem větší důraz, než je tomu na běžných školách.

Prevence rizikového chování na oslovené základní škole je dle autorčina názoru realizována velmi kvalitně. Autorku pozitivně překvapila působnost dvou etopedů, kteří pravidelně navštěvují všechny třídy na škole. Zároveň autorku oslovila myšlenka školní metodičky prevence, která by prevenci rizikového chování pojala jako samostatný vyučovací předmět.

Na gymnáziu jsou programy primární prevence realizovány nejméně. Dle odpovědi metodičky prevence je to z důvodu malého výskytu rizikového chování u žáků. Autorka práce se domnívá, že je pravděpodobným determinantem samotné školní prostředí, které navštěvují převážně žáci, nedostávající se do kontaktu s rizikovými jevy. Pro budoucí výzkum by bylo zajímavé porovnat výsledky z gymnázia s dalšími typy středního vzdělávání, např. z odborných učilišť.

Třetí dílčí výzkumná otázka zjišťovala, **zda-li zrealizovaná prevence dopomáhá ke snížení jevu**. Odpovědi informantek byly opět rozdílné. V diagnostickém ústavu jsou podle informantky přesvědčeni, že zrealizovaný program **má na klienty pozitivní dopad**, ať už v menší nebo větší míře. Informantky z NZDM a ZŠ se shodují, že to je velmi **individuální** a za klíčové považují dlouhodobou cílovou intervenci. Školní metodička prevence z gymnázia nebyla schopna objektivně zhodnotit úspěšnost zrealizovaných programů, avšak se domnívá, že na některé žáky má preventivní program pozitivní dopad.

Hlavní cíl výzkumu, který zjišťoval **aktuální trendy v programech primární prevence ve vztahu k formám rizikového chování** byl splněn, ačkoliv nepřinesl shodné výsledky pro zmapování aktuálních trendů v programech primární prevence. Totožnost můžeme nalézt v aktuálně se vyskytujících formách rizikového chování ve zkoumaných zařízeních, kterými jsou: *sebepoškozování, poruchy příjmu potravy, agresivní chování (šikana) a rizikové chování na internetu*. Z těchto výsledků autorka navrhuje, aby programy primární prevence byly převážně zaměřeny na tyto oblasti, jelikož momentálně představují pro dospívající největší riziko.

Stanoveným indikátorům byly z odpovědí informantek přiřazeny shodující se kódy. Pro větší přehlednost jsou níže uvedeny v tabulce.

Tabulka 7 – Indikátory s kódy

Indikátor	Kódy
Trendy rizikového chování u adolescentů	Ohrožení života
	Nevhodné užívání internetu
	Poruchy příjmu potravy
	Agresivní chování
	Sebepoškozování
	Stagnace výskytu nových forem rizikového chování
Současné programy primární prevence	Aktuální problémy
	Spolupráce s externisty
	Pravidelnost poskytování preventivních programů
Evaluace programů primární prevence	Úspěšnost programů primární prevence
	Zpětná vazba
	Pozitivní dopad
	Individuální přístup

Závěr

Sousloví *rizikové chování* je v dnešní době zastoupeno dalšími příbuznými názvy, např. *problémové chování*, *antisociální chování*, *poruchy chování*, *delikvence* atd. Všechny tyto pojmy představují určité chování, které přímo či nepřímo poškozují jedince v psychické, sociální, zdravotní a jiné oblasti. V současnosti existuje celá řada forem rizikového chování, která se mezi adolescenty vyskytuje. Výskyt rizikového chování je způsobeno řadou determinantů. Jedná se například o individuální, rodinné, sociální, školní a další faktory. Z těchto důvodů je v rámci edukačního procesu zahrnuta prevence rizikového chování (Kaleja, 2020).

Prevenčí rizikového chování rozumíme soubor opatření, které posilují rozvoj společensky žádoucích postojů, hodnot, zájmů, forem zdravého životního stylu, chování a jednání jednotlivců či skupin (Pokorný, Telcová, Tomko, 2001, s. 24 in Kaliba, 2014).

Bakalářská práce s názvem *Prevence rizikové chování adolescentů* přibližovala v první kapitole období dospívání, uváděla jeho definici a rozdělení od Vágnerové (2012) na ranou a pozdní adolescenci, kde jsou zvlášť popsány jednotlivé změny v oblasti bio-psycho-sociální, kognitivní a sexuality. Ve druhé kapitole bylo charakterizováno sousloví *rizikové chování* a popsáno pět vybraných forem. V této kapitole byly také uvedeny rizikové a protektivní faktory rizikového chování. Třetí kapitola se zabývala prevencí rizikového chování. Nejdříve je kapitola věnovaná prevenci obecně, poté se více zaměřuje na jednotlivé typy prevence, kterými jsou primární, sekundární a terciární prevence. Z podstaty hlavního cíle empirické části bakalářské práce je kapitola nejvíce zaměřena na primární prevenci.

Pro empirickou část práce byl zformulován hlavní cíl, který zjišťoval aktuální trendy v programech primární prevence ve vztahu k formám rizikového chování. Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou, konkrétně prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru se zaměstnanci oslovených zařízení. Těmito zařízeními byla základní a střední škola, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež a diagnostický ústav.

Uvedený hlavní cíl byl spolu s dílčími cíli splněn, ačkoliv nepřinesl žádné shodné výsledky pro zjištění aktuálních trendů v oblasti primární prevence ve vztahu k formám rizikového chování. Z odpovědí vyplývá, že rizikové chování adolescentů se v dnešní době vyskytuje ve všech formách, tudíž v tomto ohledu nezáleží na aktuálním dění a současných „trendech“. Shodnými jevy ve všech zařízeních byly: agresivní chování,

sebepoškozování, poruchy příjmu potravy a rizikové chování v kyberprostoru. Témata preventivních programů a jejich frekvence realizování jsou ve všech zařízeních různá. V tomto školním roce se na základní škole věnují problematice šikany, na gymnáziu jsou tématem návykové látky, v NZDM je tento rok probíráno duševní zdraví. DÚ realizuje preventivní témata každý den ve vztahu k současně se vyskytujícím problémům v určité výchovné skupině.

Z výsledků je tedy patrné a nezbytné, aby preventivní programy nebyly v zařízeních dlouhodobě orientované pouze na jeden jev, jelikož množství forem rizikového chování je v současnosti mezi adolescenty opravdu pestré. Každopádně mohu konstatovat, že preventivní programy ve většině oslovených zařízeních fungují na velmi kvalitní úrovni a je pro mě příjemným překvapením, že se za poslední roky dostává prevence rizikového chování do popředí zájmu, zejména na základních školách.

Velmi mě zaujal názor školní metodičky prevence na základní škole, která by si do budoucna představovala, pro zkvalitnění péče o žáky, mít v osnovách školy zahrnutý předmět přímo zaměřený na primární prevenci rizikového chování. Tato myšlenka by mohla oslovit a motivovat další odborníky, kteří se věnují problematice prevence rizikového chování na školách, k realizaci programů primární prevence jako samostatného předmětu.

Tato práce by mohla posloužit studentům pedagogických (zejména studentům speciální pedagogiky) a sociálních oborů, ale i laické veřejnosti, kteří se o problematiku rizikového chování zajímají. Text práce může rovněž vzbudit zájem u těch pedagogů, kteří doposud nejsou dostatečně informováni o problematice rizikového chování a jeho prevenci a mohou tak získat cenné informace pro další praxi s žáky a studenty.

Seznam použitých zdrojů

Monografie

CSÉMY, Ladislav, HAMANOVÁ, Jana. Syndrom rizikového chování v dospívání – teoretické předpoklady a souvislosti. In: KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav, HAMANOVÁ, Jana a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014, s. 32–48. ISBN 978-80-7387-793-4

CSÉMY, Ladislav, CHOMYNOVÁ, Pavla, SADÍLEK, Petr. Epidemiologie – kouření, pití alkoholu a užívání drog mezi českými dospívajícími. In: KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav, HAMANOVÁ, Jana a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014, s. 56–72. ISBN 978-80-7387-793-4

ČÁP, David. Šikana ve školní třídě. In: KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav a HAMANOVÁ, Jana a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014, s. 151–161. ISBN 978-80-7387-793-4.

ČERNÝ, Milan. Základní úrovně provádění primární prevence. In: MIOVSKÝ, Michal, SKÁCELOVÁ, Lenka, ZAPLETALOVÁ, Jana, NOVÁK, Petr et al. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze, Togga, 2010. s. 42–43. ISBN 978-80-87258-47-7

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. Kriminální chování. In: KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav a HAMANOVÁ, Jana a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014, s. 176–186. ISBN 978-80-7387-793-4.

DOLEJŠ, Martin, Ondřej SKOPAL a Jaroslava SUCHÁ. *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4181-8.

ELLIOTT, Julian a Maurice PLACE. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0182-0.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HAMANOVÁ, Jana. Rizikové chování dospívajících v sexuální oblasti. In: KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav a HAMANOVÁ, Jana a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014, s. 136–249. ISBN 978-80-7387-793-4.

HUTYROVÁ, Miluše. *Děti a problémy v chování: etopedie v praxi*. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1523-3.

HUTYROVÁ, Miluše, RŮŽIČKA Milan, SPĚVÁČEK, Jan. *Prevence rizikového a problémového chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3725-5.

KABÍČEK, Pavel. Vývoj v dospívání. In: KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav, HAMANOVÁ, Jana a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014, s. 17–31. ISBN 978-80-7387-793-4

KALEJA, Martin. *Etopedická diagnostika: Distanční studijní text*. 1. vyd. Opava, Slezská univerzita v Opavě, 2020. 145 s. ISBN 978-80-7510-397-0.

KALIBA, Martin. In: BENDO VÁ, Petra, DLOUHÁ, Jana, KALIBA, Martin, KALIBOVÁ, Petra. *"Vybrané kapitoly z psychopedie a etopedie nejen pro speciální pedagogy"*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. s. 97. ISBN 978-80-7435-423-6.

KOUTEK, Jiří. Autoagresivní chování v dospívání. In: KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav a HAMANOVÁ, Jana a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014, s. 162–175. ISBN 978-80-7387-793-4.

KREJČOVÁ, Lenka. *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3474-3.

LABÁTH, Vladimír. *Riziková mládež: možnosti potencionálních zmien*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. Série učebnic pro obor sociální práce. ISBN 80-85850-66-4

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

MACEK, Petr. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.

MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5309-6.

MATOUŠEK, Oldřich a Andrea MATOUŠKOVÁ. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN isbn978-80-7367-825-8.

MIOVSKÝ, Michal. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-89-7.

MIOVSKÝ, Michal, Lenka SKÁCELOVÁ, Jana ZAPLETALOVÁ, et al. *Prevence rizikového chování ve školství*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. ISBN 978-80-7422-391-4.

MIOVSKÝ, Michal, GABRHELÍK, Roman, CHARVÁT, Miroslav, ŠŤASTNÁ, Lenka, JURYSTOVÁ, Lucie, MARTANOVÁ, Veronika. *Kvalita a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. ISBN 978-80-7422-395-2.

MORAVCOVÁ, Eva, Zuzana PODANÁ a Jiří BURIÁNEK. *Delikvence mládeže: trendy a souvislosti*. Praha: Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-860-3.

SOBOTKOVÁ, Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4042-3.

ŠEĎOVÁ, Klára. Analýza kvalitativních dat. In: ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. s. 207–247. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman. Hlubkový rozhovor. In: ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. s. 159–184. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVARŘÍČEK, Roman. Kvalitativní přístup a jeho teoretická a metodologická východiska. In: ŠVARŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. s. 12–27. ISBN 978-80-7367-313-0.

TITMANOVÁ, Michaela. *Prevence rizikového chování: praktická příručka pro práci se třídou*. Praha: Univerzita Karlova, 2019. ISBN 978-80-7603-034-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání druhé, doplněné a přepracované. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

Periodika

HARSA Pavel., KERTÉSZOVÁ Dana., MACÁK Marek, VOLDŘICHOVÁ Ilona, ŽUKOV Ilja. Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Praha: Solen, s. r. o., 2012, roč. 13, č. 1, s. 15–18 [cit. 2022-02-02]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/05.pdf>

ROSOLOVÁ, Hana. Kouření tabáku a individualizovaný přístup v prevenci a léčbě. *Kardiologická revue* [online]. 2011, roč. 13, č. 2, s. 96–98 Praha: [cit. 2022-03-21]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2011-2/koureni-tabaku-a-individualizovany-pristup-v-prevenci-a-lecbe-35129>

THEINER, Pavel. Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, s. r. o., 2007, 7, 2, s. 85–87 [cit. 2022-01-20]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/09.pdf>

Legislativa a legislativní dokumenty

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010–2022 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. In: *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010–2022 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359#cast6>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010–2022 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In: *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010–2022 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>

Internetové zdroje

BĚLÍK, Václav. *Prevence sociálních deviací*: Studijní opora [online]. Hradec Králové, 2014. 68 s. Dostupné z:

http://inpdf.uhk.cz/wpcontent/uploads/2014/03/Prevence_socialnich_deviaci.pdf

Co je prevence. *Klinika adiktologie* [online]. Praha: 1. LF UK, 2019 [cit. 2022-01-28].

Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/co-je-prevence>

Certifikování poskytovatelé. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. Praha: Národní pedagogický institut, 2022 [cit. 2022-02-03]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/modules/catalog//index.php?h=product&id_catalog=15&search%5Bproduct_name%5D=&attributeData%5B40%5D=&filter=filtruj

Growth and Your 13- to 18-Year-Old. *Nemours KidsHealth* [online]. Jacksonville: The Nemours Foundation, c1995–2022 [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://kidshealth.org/content/kidshealth/us/en/parents/articles/growth-13-to-18.html#catgrowth>

HAVLÍNOVÁ, Miluše a KOLÁŘ, Michal. *Sociální klima v prostředí základních škol ČR: Výzkumná studie* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 2001. 67 s. [cit. 2022-01-20]. Dostupné z: <http://www.klimes.us/mojeprace/socialniklima.pdf>.

HEINZ, Wolfgang. Jugendkriminalität – Zahlen und Fakten. *Bundeszentrale für politische Bildung* [online]. Berlin: Bundeszentrale für politische Bildung, 2016 [cit. 2021-12-06]. Dostupné z:

<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gangsterlaeufer/203562/zahlen-und-fakten?p=0>

JÁNSKÝ, Pavel. Vnitřní řád Dětského diagnostického ústavu, střediska výchovné péče, základní školy a školní jídelny, Hradec Králové, Říčařova 277 [online]. Hradec Králové: Dětský diagnostický ústav Hradec Králové, 2012 [cit. 2022-03-18]. Dostupnost z: <https://www.svpkompas.cz/vnitrnirad.pdf>

MARTANOVÁ, Veronika. O primární prevenci rizikového chování: *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2014 [cit. 2022-02-20]. Dostupné z: <https://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani>

MARTANOVÁ, Veronika. Rizikové a protektivní faktory v primární prevenci: *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2014 [cit. 2022-02-20]. Dostupné z: <https://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/rizikove-a-protektivni-faktory-v-primarni-prevenci>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2010 [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>

MRAVČÍK, Viktor a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2020. 273 s. [cit. 2021-11-18]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vyrocnizpravy/VZdrogy2019_v02_s-obalkou.pdf

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2019. 48 s. [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf

NESLÁDEK, Michal. Metodická zpráva č. 4 – vyhodnocení. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2019 [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/148240361-Metodicka-zprava-c-4-vyhodnoceni.html>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009–2012 [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2009 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/116398742-Strategie-prevence-rizikovy-chovani-u-deti-a-mladeze-v-pusobnosti-resortu-skolstvi-mladeze-a-telovychovy-na-obdobi.html>

Střediska výchovné péče (SVP). *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2022 [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/pedagogicko-psychologicke-poradenstvi/strediska-vychovne-pece>

Příloha

Příloha A: Ukázka přepisu rozhovoru se sociální pracovnící (R2)

Jako příklad uvádím rozhovor se sociální pracovnící/vedoucí střediska NZDM, které jsem před osobním setkáním napsala e-mail s prosbou o poskytnutí rozhovoru:

Vážená paní magistro,

jmenuji se Aneta Strnadová, jsem studentkou 3. ročníku oboru speciální pedagogika na Univerzitě Hradec Králové a v současné době se pokouším dokončit mojí bakalářskou práci. Téma mé bakalářské práce je *Prevence rizikového chování adolescentů* a empirická část se zaměřuje na programy primární prevence ve vztahu k formám rizikového chování adolescentů. Chtěla jsem Vás tímto moc poprosit, zdali byste mi poskytla rozhovor k tomuto tématu

Kolik Vám je let?

Je mi 27 let

Jaká je Vaše pracovní pozice v tomto zařízení?

Momentálně zastávám pozici vedoucí střediska.

Jak dlouho vykonáváte tuto pozici?

5 let pracuji zde v NZDM, 1 rok pracuji ve funkci vedoucí.

Co si představujete pod souslovím *rizikové chování*?

Chování, když to stáhnu na naše klienty, u kterého dochází k nárůstu sociálních, zdravotních a dalších rizik. Jedná se o chování, kvůli kterému může dojít například k sociálnímu vyloučení. Což je u nás nejčastější.

Vzpomenete si, s jakou formou rizikového chování jste v minulosti setkala?

Se všemi. Nejčastěji vandalismus, rvačky, ublížení na zdraví, užívání návykových látek, rizikové sexuální chování (sexting, zneužívání antikoncepčních pomůcek, předčasný sex, tedy pod 15 let, přenos pohlavních chorob), rizikové chování ve smyslu zdravého životního stylu a teď narážím na poruchy příjmu potravy, sebepoškozování, sebevražedné myšlenky, což už jde do duševní oblasti.

Když se teď vrátím ke zmíněným drogám. Svěřují se Vám klienti, jaké užívají návykové látky nebo s jakými drogami se setkali?

Drogy se týkají těch starších dětí. Nejčastěji jde o marihuanu a ti, co chodí na diskotéky, tak zkusí i extázi. S tvrdými drogami jako je pervitin nebo heroin jsme se u klientů neseťkali.

Napadá mě teď specifická forma rizikového chování, kterou je gambling. Chodí k vám na klub nějací „gambleři“?

Neseťkali jsme se s gamblerstvím. Je to nejspíše tím, že k nám chodí mladší děti. S gamblingem se dostávají do kontaktu případně později a i proto, že herny nejsou do 18 let přístupné. Můžeme se s tím ale setkat například u rodičů našich klientů.

Navážu teď na Vámi zmíněné rodiče, konkrétně na rodinné prostředí. Ačkoliv jste anonymní služba a bližší informace o klientech nevíte, dokážete odhalit, že se klientovy projevy rizikového chování odráží z rodinného prostředí?

Ano. Naši klienti jsou k nám – pracovníkům velmi otevření. Takže nám sami řeknou, jak to u nich doma probíhá a jaké mají mezi sebou vztahy. I když to děti třeba neumí samy dobře formulovat, my pochopíme, že se u nich něco takového děje. Vliv rodiny je u nás nejčastější. Vím konkrétně o jenom klientovi, jehož maminka je gamblerka. Jelikož se nejčastěji jedná o již zasařované rodiny, probíhá tam pokrytí i jinými organizacemi, například Laxusem.

Nelezete si s těmito dalšími organizacemi tak trochu „do zelí“?

S jinými organizacemi spolupracujeme. Co se týče terénní práce, máme s jinými organizacemi domluveno, jaké rizikové lokality v Hradci v daný ten pokrýváme, abychom se neseťkaly ve stejnou chvíli na jednom místě.

S jakými formami rizikového chování se v současnosti u adolescentů setkáváte?

To se budu trochu opakovat. Agresivní chování, rizikové chování „venku“, ve sportu v dopravě (mám na mysli ježdění nezletilých autem nebo se třeba nechají tahat autem na kole), šikana, závislosti, rizikové sexuální chování, hodně časté je záškoláctví (to je spíše u starších), rasismus atd.

Setkáváte se s rasismem i na klubech? Ptám se úmyslně, jelikož vím, že jeden z vašich klubů navštěvují spíše Romové.

V klubu se to neděje. Historicky se to však dělo velmi často. Dříve byli dvě skupiny rozděleny na Romy a Čechy. Postupem času se začaly skupinky míchat. Momentálně je u nás na klubu skutečně jen pár jedinců, kteří mají s klienty rozdílné barvy pleti problém. Naše pravidla a nastavení klubu však zabraňují tomu, aby se rasismus či jakýkoliv jiný typ rizikového chování na klubu objevoval. Děje se to však v terénu.

Mohla byste mi více přiblížit, co terénní práce obnáší?

Pracovníci poskytují sociální služby v přirozeném prostředí dětí, dospívajících a mladých lidí. Kontaktují potencionální klienty, představují nabídky a služby klubu, případně na místě řeší konkrétní klientův problém. Lidé je v terénu poznají díky velkým batohům, ve kterém mají různé hry. Je důležité říct, že ne každý klient má o službu zájem. Mimo to sbírají použitý injekční materiál a nabízí klientům i preventivní pomůcky, jako jsou například kondomy nebo filtry. Cílem terénu je pracovat tady a teď, to znamená ošetřit momentální zakázku klienta. Terén pracuje i na bázi monitoringu. Monitorujeme lokalitu, kde by mohl být potencionální výskyt klientů. Dostáváme i tipy od magistrátu nebo kraje, jaké lokality by potřebovaly „obhospodařit“.

O jaká místa v Hradci se jedná?

V pondělí působíme v okolí Auparku, hlavního nádraží, terminálu a v Sukových sadech. Ve středu chodíme do Šimkových sadů, Žižkových sadů, kolem Adalbertina a Aldisu. Jedná se především o místa blízko základních a středních škol. Pátky jsou určeny pro lokality v Moravském předměstí, kde se jedná hlavně o sídliště s dětskými hřišti.

Můžete uvést typické znaky rizikového chování, se kterými se u klientů setkáváte (např. pohlaví, přesný věk, prostředí, rizikový jev apod.)?

Co se týče pohlaví, je to opravdu půl na půl. Rozdělím to na starší a mladší děti. U mladších klientů se začínají projevy nežádoucího chování objevovat od 8 let. Typickým znakem je prostředí, odkud dítě pochází – tím myslím rodinné prostředí a vrstevnická skupina. Co se týče rodinného prostředí, je typickým znakem, že má klient mnoho sourozenců, což ho nutí k nějakému vydobývání si pozice. Na to navazuje agresivní chování, případně šikana a záškoláctví. Dalším typickým znakem v rodinném prostředí je, že klient žije jenom s jedním rodičem, v pěstounské péči nebo je jeden z rodičů ve výkonu trestu. Pokud se bavíme o vrstevnické skupině, jedná se o rizikové party – agresivní, hlučné děti, ohrožující ostatní obyvatele. Tyto party rozlišujeme i díky

specifickým věcem a činností, například máme klienty z party „koloběžkářů“ nebo máme klienty z party, kde všichni nosí stejné šátky atd. Typický vzhled jedince zahrnuje neupravené, neznačkové oblečení, které není přizpůsobené počasí. Dále děti neprospívají ve škole, objevuje se nich šikana a záškoláctví. Tyto děti už od pohledu působí jako „outsideri“.

U těch nejstarších klientů, tj. 16 let a více, je typická romská národnost, hlučnost, neslušnost ve smyslu nerozeznávání tykáni/vykání. Mezi typické formy rizikového chování u chlapců patří vandalismus a různé přestupky, u děvčat převážně rizikové sexuální chování. Ke starší klientele patří i skupinka dospívajících, především děvčat, věkově od 13 let, která žijí zcela jinak než předchozí skupinka. To znamená, že se jedná o stabilní rodiny, kde je nejvíce rizikovým faktorem přetíženost a tlak na výkon ve sportu nebo ve škole. Klientky se poté dostávají do rizikových forem jako jsou poruchy příjmu potravy a sebepoškození, což vidím jako ten největší problém. Na co bych u obou skupinek zapomněla je rizikové chování na internetu, tím nemyslím jen natáčení nevhodného obsahu, co se týče vulgarismů, urážek a agresivního chování, ale i vzhledem k jejich vlastní osobně. Myslím tím natáčení vlastního soukromí, co v jaký den dělají a kde jsou.

Na jaká témata a v jakých formách realizujete programy primární prevence? (pozn.: témata programu, forma: za osobní přítomnosti, online, přednáška, projektový den atd.)

U nás se spíše zaměřujeme už na sekundární prevenci. Ale tedy k primární prevenci... Realizujeme pro klienty challenge, což jsou úkoly na určité preventivní téma, které je momentálně zajímavé, případně toto téma vymyslí pracovníci v závislosti na aktuální dění na klubu. Téma je na 2 až 3 měsíce formou různých úkolů za osobní přítomnosti. Toto téma je přenášeno do terénu formou časopisu s názvem Oranžák i do online podoby na Instagramu a Tiktoku. Besedy už moc neděláme, jelikož nemůžeme ovlivnit počet klientů na daný den a bylo by zbytečné si sem někoho zvat jen pro pár lidí. Dále konáme události, například City Jam, kde spolupracujeme se střední zdravotnickou školou nebo hradeckou knihovnou, nebo „přespávačky“, které jsou taky na určité preventivní téma. Taky jsme se v tomto roce zapojili do akce Uklidme Česko, který měl velký úspěch.

Jaká je frekvence poskytování programů primární? Koná se některé z témat během roku opakovaně?

Během jednoho kalendářního roku proběhne 6 preventivních programů. Témata se opakují ve chvíli, kdy si to sami klienti přejí nebo pokud je zřejmá stálá aktuálnost daného

problému mezi klienty. V tuto chvíli nás pravděpodobně bude provádět celý rok téma duševní zdraví.

Závisí realizace programu primární prevence na konkrétní formě rizikové chování, se kterou v danou chvíli v NZDM potýkáte?

Ano, závisí.

Jak vnímáte úspěšnost již zrealizovaných programů primární prevence (z pohledu NZDM)?

Velmi dobře. O programy je velký zájem ze strany klientů, čemuž pomáhá především motivace, kterou předáváme klientům skrze různé challenge. Dle našich statistik je 80 % úspěšnost.

Jak subjektivně vnímáte úspěšnost programů primární prevence?

Z mého pohledu tím, že reagujeme na to, co momentálně klienti potřebují, tak se realizace preventivních programů daří a má mezi klienty úspěch. Velmi záleží na přístupu pracovníka, jak dokáže jednotlivce nebo skupinku namotivovat k tomu, aby se zapojili. Klienti chodí jednak za tématem, tak i za samotným pracovníkem, jelikož s ním mají navázaný vztah a dokážou od něj mnohem lépe převzít informace než třeba z internetu. Taky tím, že se jedná o mladý pracovní tým, který rozumí potřebám klientům a nebojí se o nich mluvit, tak i oni přináší úspěšnost preventivních programů.

Má zrealizovaný program primární prevence pro klienty praktický dopad (tj. dopomohl zrealizovaný program k tomu, že se jedinci nechovají rizikově či méně rizikově)?

Toto je těžká otázka. Je to velmi individuální. Troufám si říct, že to má pozitivní dopad. U klientů, kteří dál klub navštěvují, si pracovníci zaznamenávají, zdali v nich preventivní program něco zanechal. Časem se k tématům vracíme a díky informacím, co nám klienti řeknou se ujišťujeme, že nich pozitivní změna nastala. Bohužel to neovlivníme u všech.