



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Primární prevence alkoholu u dětí se speciálními
vzdělávacími potřebami

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Autor: Kateřina Dvořáková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Alena Kajanová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Primární prevence alkoholu u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne: 3. června 2020

.....
podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí své bakalářské práce doc. PhDr. Aleně Kajanové, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady k jejímu zpracování. Svým rodičům, dětem a svému příteli za trpělivost a ochotu vydržet s mou maličností.

Primární prevence alkoholu u dětí se speciálně vzdělavacími potřebami

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou konzumace alkoholu u dětí a mládeže. První kapitola popisuje alkohol a jeho vliv na zdraví, poskytuje přehled o pití alkoholu v České republice jak u dospělých, tak u dětí a mládeže. Pojem žáci se speciálními vzdělavacími potřebami je zde vysvětlen a pozornost je zaměřena na žáky s ADHD. Následuje seznámení se systémem primární prevence v České republice. Práce přibližuje metodiky pro práci se žáky se speciálními vzdělavacími potřebami a identifikuje základní dokumenty a metodiky, z kterých lze vycházet při tvorbě preventivních programů pro školské prostředí. Cílem práce bylo navrhnout pro školní prostředí selektivní program primární prevence předcházení užívání alkoholu zaměřený na žáky s ADHD. Vytvořený preventivní program by měl žáky naučit alkohol odmítnout, přinést informace o následcích jeho konzumace a zvýšit celkové povědomí o jeho špatném vlivu na lidský organismus. Jeho cílem je také snaha o zlepšení komunikace a hledání řešení v jejich mnohdy nespokojeném stylu života. Celkově se program snaží o rozvoj komunikace, poznávání druhých lidí, řešení negativních událostí či konfliktu. A hlavně na poznávání sama sebe.

Klíčová slova

Alkohol, závislost, preventivní program, primární prevence, žáci se speciálními vzdělavacími potřebami, žáci s ADHD, žáci s poruchou chování

Primary prevention of alcohol abuse by children with special educational needs

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of alcohol consumption in children and youth. The first chapter describes alcohol and its impact on health, provides an overview of alcohol consumption in the Czech Republic in adults, children and youth. The concept of pupils with special educational needs is explained here and attention is focused on ADHD pupils. The following is an introduction to the primary prevention system in the Czech Republic. The work describes the methodologies for working with pupils with special educational needs and identifies the basic documents and methodologies that can be used in the creation of preventive programs for the school environment. The created preventive program should teach pupils to refuse alcohol, bring information about the consequences of its consumption and raise overall awareness of its poor effect on the human body. Its aim is also to try to improve communication and find solutions in their often dissatisfied lifestyle. Overall, the program strives to develop communication, get to know other people, resolve negative events or conflict. And especially to get to know yourself.

Keywords

Alcohol, addiction, prevention program, primary prevention, pupils with special educational needs, pupils with ADHD, pupils with behavioral disorders

Obsah

Úvod.....	8
1. Alkohol, prevence a žáci se speciálně vzdělávacími potřebami.....	10
1.1 Charakteristika alkoholu	10
1.1.1 Vlastnosti alkoholu a druhy alkoholických nápojů.....	10
1.1.2 Vliv alkoholu na lidský organismus	12
1.1.3 Mládež a alkohol.....	14
1.1.4 Závislost na alkoholu	15
1.2 Současný stav pití alkoholu v České republice	17
1.2.1 Výzkum Státního zdravotnického ústavu	18
1.2.2 Studie ESPAD.....	20
1.2.3 Studie HBSC.....	22
1.3 Žáci se speciálně vzdělávacími potřebami.....	24
1.3.1 Charakteristika, vymezení dle platné legislativy	24
1.3.2 Podpurná a vyrovnávací opatření	25
1.3.3 Žáci s ADHD	27
1.4 Prevence	28
1.4.1 Pojem prevence a charakteristika primární prevence	28
1.4.2 Systém primární prevence v ČR	30
1.4.3 Zásady efektivní primární prevence	35
1.4.4 Prevence v rodině.....	36
1.4.5 Prevence ve škole.....	38
1.5 Metodiky a další stěžejní podklady pro tvorbu preventivních programů a pro práci se žáky se speciálně vzdělávacími potřebami.....	39
1.5.1 Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí.....	39
1.5.2 Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže 40	
1.5.3 Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu	44
1.5.4 Odborná způsobilost preventivního programu	46
1.5.6 Metodiky pro práci se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami	49
1.5.7 Metodiky pro práci se žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního stavu.....	51
1.5.8 Metodika pro práci se žáky s potřebou podpory z důvodu odlišných kulturních a životních podmínek a žáků nadaných.....	53
2. Cíl práce.....	54
3. Metodika práce	54
4. Výsledky	54

4.1	Aktuální nabídka programů primární prevence pro žáky se SVP	55
4.2	Návrh preventivního programu „Kdo si hraje, nezlobí“	56
4.2.1	Popis programu, cílová skupina a časová náročnost.....	56
4.2.2	Cíle programu	59
4.2.3	Obsah programu,„Kdo si hraje, nezlobí“	59
4.3	Ověření zájmu škol o využití programu.....	64
4.3.1	Dotazník a průvodní dopis školám	64
4.3.2	Výsledky a vyhodnocení dotazníkového šetření	66
5.	Diskuze	72
6.	Závěr	75
7.	Seznam použitých zdrojů.....	78
8.	Přílohy.....	84

Úvod

V současné době je otázka alkoholu u populace velmi aktuální. Doba jde rychle kupředu a nároky na člověka nejen v pracovní, ale i osobní sféře každým dnem vzrůstají. Jeho úloha v tomto přetechnizovaném světě není jednoduchá. Velký tlak ze strany zaměstnavatelů se odráží i v soukromém životě. Lidé se bojí o práci, jsou nervózní. Často selhávají i v osobním životě. Někteří jedinci se uchylují svou životní situaci řešit jednodušším způsobem. A tím je právě alkohol. Je to legální droga, která jim v dané situaci přináší útěchu od jejich starostí.

Bohužel tímto posilováním své osobnosti netrpí jen muži. Není výjimkou, že spotřeba alkoholu vzrůstá i díky ženské populaci. To už je jen krůček k tomu, že se časté pití alkoholu v rodině může stát obvyklým jevem a v dětech se tak kvůli špatnému příkladu rodičů zakotví informace, že tyto špatné návyky jsou normální. Děti si pak myslí, že tento životní styl je v souladu s běžnou životní normou a přebírají návyky svých rodičů, kteří jim mnohdy nejsou dobrým příkladem. Proto, když začínají experimentovat s alkoholem od útlého dětství, není to z jejich pohledu nic závažného. Nedokáží odhadnout rizika, která alkohol zákonitě přinese. Samozřejmě původcem nejsou pouze rodiče, je mnoho rizikových faktorů, které děti ke konzumaci alkoholu přivedou.

Stejně tak je to i u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Pro ně má vznik závislosti ještě dalekosáhlejší důsledky. Od útlého dětství mají problémy s intelektem a důsledky svého konání nedokáží odhadnout. Pokud není rodina podnětná, mohou snadno spadnout do tohoto problému. A východisko z něho, je pro tyto děti velmi obtížné. Dítě si nedokáže poradit samo, a i prevence u odborníků je velmi náročná. Odborník musí dítě sám nejdříve co nejlépe poznat, a po té navrhnout vhodnou terapii, která by dotyčného návyku zbavila. Pokud rodina není schopna spolupracovat, je toto snažení velmi složité. Děti se speciálními vzdělávacími potřebami jsou samy o sobě jedinečné, a dostat se do jejich nitra nebývá často jednoduchou záležitostí. Zvláště ohroženou skupinou v souvislosti s konzumací alkoholu mladistvých jsou zejména žáci s ADHD. Je nutné spolupracovat s širší rodinou, a problém řešit právě s jejími členy. I proto je práce velmi náročná. Jelikož přesvědčit některé rodiče, že jejich dítě má závažný problém ohledně alkoholu, je obtížné.

Dětský organismus je ale velmi křehký a závislost vzniká rychleji než u dospělého jedince. Mladistvým konzumace alkoholu přinese euforii, kterou doposud nepoznali, a

tento stav se jim začne líbit. Pokud ale tento stav nepřeklene hranici, kdy se stav euforie změní v agresi a sílu. Toto je jedna z hrozeb, kterou se snaží prevence zamezit. Proto je velmi důležitá spolupráce školy a rodiny, aby k těmto situacím nedocházelo.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitolu představuje teoretická část, kde je věnována pozornost alkoholu, žákům se speciálními vzdělávacími potřebami a je zde vysvětlen pojem prevence, a to především ve školách. Druhá kapitola seznamuje s cílem a metodikou práce. Cílem práce je navrhnout program primární prevence alkoholu pro blíže definovanou skupinu žáků se speciálními vzdělávacími potřebami - pro žáky s ADHD. Tomu je věnována čtvrtá kapitola. Program má reflektovat vybrané metodiky a další zmíněné podklady, které jsou rozebrány ve třetí kapitole.

Cílem práce je navrhnout program primární prevence alkoholu pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami – konkrétně žáky se specifickou poruchou chování – žáky s ADHD, který by mohl být nabídnut školskému zařízení.

1 Alkohol, prevence a žáci se speciálně vzdělávacími potřebami

Cílem první kapitoly je charakterizovat alkohol a nastínit situaci pití alkoholu v České republice. Dále charakterizovat žáky se speciálně vzdělávacími potřebami, zaměřit se na žáky s ADHD a definovat pojem prevence, přičemž pozornost bude věnována zejména prevenci v rodině a ve škole.

1.1 Charakteristika alkoholu

Zde jsou nejprve představeny pojmy alkohol, závislost a opilost a popsány základní skupiny alkoholických nápojů, následně bude přiblíženo, jaký má alkohol vliv na lidský organismus, zejména pak na dětský organismus a podrobněji bude rozebrána závislost na alkoholu.

1.1.1 Vlastnosti alkoholu a druhy alkoholických nápojů

Alkohol byl po světě konzumován od pradávna. Již v antickém Řecku je známo tzv. „symposium“, jak uvádí Bar (2015), jenž představovalo obřadný typ hostiny, při které se nadměrné požívání alkoholu spojovalo s duchaplným diskutováním na určité téma. Staří Peršané, v době Herodota, důležité problémy projednávali nejdříve v rauši, a další den ještě jednou ve střízlivém stavu a naopak. Konzumace omamných nápojů patřila po celém světě ale vždy k soukromým, společenským i náboženským událostem, ačkoli jeho pozitivní i negativní účinky byly známy. V osmdesátých letech minulého století se díky rozvoji dopravy a výrobě lahví objevily první - nyní světoznámé značky alkoholu (Bar, 2015).

Alkohol - chemicky etylalkohol, etanol C_2H_5-OH se, jak uvádí Hosák et al (2015) v malém množství vytváří i v lidském organismu. V tom se dle Rabocha et al. (2012, s. 57): „*odbourává pomocí alkoholdehydrogenázy přes acetylaldehyd, acetát, acetyl CoA až na vodu, CO_2 a uvolněnou energii. Na metabolismu alkoholu se podílí i další enzymatické systémy, např. mikrosomální systém oxidující etanol (MEOS) a kataláza*“.

Je obecně známo, že obsah alkoholu v alkoholických nápojích kolísá přibližně v rozmezí nad 2-3 % až do asi 40 % a vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů, a to buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se pak dosahuje destilací.

Podle §2 odst. f) Zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (Zákon č. 65/2017 Sb.) je alkoholickým nápojem nápoj obsahující více než 0,5 % objemových ethanolu. Z toho lze vyvodit i hlavní charakteristiku nealkoholických nápojů, které tedy smí obsahovat do 0,5 objemových procent alkoholu.

Podle výroby se rozlišují tři hlavní druhy takových nápojů: piva, vína a koncentráty neboli lihoviny. Piva obsahují nejčastěji 1,5 až 5% alkoholu, vína 7 – 18% alkoholu, lihoviny 22,5 a více procent alkoholu.

V současnosti je druhým nejrozšířenějším nápojem lidstva pivo. Výroba piva nebo pivo podobných nápojů má tisíciletou tradici. Princip jeho výroby je stále stejný. Hlavní surovinou pro výrobu piva je pražený ječmen. Slad je třeba umlít na prášek, po smíchání s vodou vzniká sladina, která se vaří s chmelem, který dodá nejen hořkost a aroma, ale také pivo konzervuje a chrání před infekcí. Mladina se smíchá s kvasinkami a nechá se kvasit. Zde se cukry mění na alkohol a oxid uhličitý. U různých typů piva se pak užívá jiný typ kvasinek a různá doba kvašení. Vyhláška č. 248/2018 jasně definuje různé druhy piva a v příloze č. 7 této vyhlášky jsou uvedeny základní kategorie piv, kterými jsou stolní, výčepní, ležák, plné, silné, nízkoalkoholické, nealkoholické a jsou zde odlišeny nápoje na bázi piva, kterými jsou kvašené sladové nápoje, míchané nápoje z piva a atypické pivní nápoje.

U vín je hlavní surovinou pro výrobu kvašená šťáva z hroznů (nebo z jiných plodin, v případě ovocných vín). Dále existují perlivé druhy anebo alkoholizovaná vína jako je sherry, portské, madeira, vermut, jsou kombinace vín s brandy nebo jinými lihovinami a s příchutěmi. Vyhláška č. 248/2018 definuje vlastnosti vín označených jako ovocné víno, sladové víno, bylinné víno, likérové víno, rýžové víno, medovinu atd.

Dalším typem alkoholu jsou lihoviny. Dříve se dělili pouze na destiláty a lihoviny. V dnešní době náš trh nabízí velké množství alkoholových nápojů, jak je rovněž nastíněno v tabulce č. 1. Dle § 21 odst. f vyhlášky č. 248/2018 se do lihovin řadí nápoje obsahující více než 1,2 % objemových a méně než 15% objemových ethanolu (kromě vaječného likéru). Kategorizované lihoviny dle přílohy č. 9 k vyhlášce č. 248/2018 Sb. spíše odpovídají definicím lihovin, jako je např. likér, gin, vodka atp. Kategorie jsou udány touto vyhláškou následovně: ovocný průtahový destilát – Geist, pálenka – ovocný destilát, borovička kvasná, borovička průtahová, Zlatá voda. Zvláštní kategorii pak tvoří konzumní líh, který je dle vyhlášky č. 248/2018 lihem upraveným přidáním

pitné vody na nejvýše 80 % objemových etanolu. Míchané lihoviny pak vznikají smícháním jednoho alkoholického nápoje s jedním či více alkoholickým, ale i nealkoholickým nápojem.

Zvláštní kategorií jsou destiláty, jejichž etanol pochází buď ze zkvašené tekutiny, nebo záparů. Dle § 23 vyhlášky č. 248/2018 mohou být označovány jako destiláty odrůdově čisté pouze ty výrobky, které jsou vyrobené výhradně z označené odrůdy. Přičemž ovocný destilát lze označovat i názvem pálenka.

1.1.2 Vliv alkoholu na lidský organismus

Podle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) je užívání alkoholu škodlivé a má za příčinu předčasně úmrtí a různé druhy onemocnění. Požívání alkoholických nápojů je hlavním rizikovým faktorem pro neuropsychiatrická onemocnění, kardiovaskulární choroby, cirhózu jater a rakovinu. Problémy způsobené alkoholem jsou také spojované s několika infekčními onemocněními. Alkohol také výrazně přispívá k neúmyslným a úmyslným zraněním jako jsou například dopravní nehody nebo sebevraždy. Nadměrné požívání alkoholu během těhotenství může vést k těžkému mentálnímu postižení dítěte (WHO, ©2019).

Jeden z hlavních vlivů alkoholu na lidský organismus, který je všeobecně znám, je opilost. Nejvíce dle Duška a Večeřové (2010) působí alkohol na mozkovou kůru, retikulární systém mozkového kmene a míšní motorické neurony.

Rozlišují se tři druhy opilosti. Prostá podnapilost (*ebrietas simplex*) – je dle Rabocha et al. (2012) nejčastějším projevem akutní intoxikace. Autor upozorňuje, že vedle množství alkoholu samého záleží i na individuálním jedinci, který ho konzumuje. Je třeba brát v potaz jeho věk, aktuální psychické a fyzické rozpoložení a samozřejmě záleží i na celkové toleranci a odolnosti.

Další typ opilosti rovněž charakterizuje Raboch et al. (2012). Jedná se o patickou opilost (*ebrietas pathica*), která se vyskytuje ojedinělým mráкотným stavem. Vlivem některých nepříznivých podmínek (únava, stres, oslabení organismu, apod.) může dojít k intoxikaci po požití malého množství alkoholu. Okolí se takovýto člověk nemusí jevit jako opilý, protože naučené automatismy zůstávají. Stav končí hlubokým spánkem a po probuzení si jedinec moc ze svého konání mnoho nepamatuje – amnézie, a špatně se orientuje v dané situaci. Dle Hosáka et al. (2015, s. 152) „*chování, cíl a čin v patické*

opilosti je naprosto cizí premorbidní struktura osobnosti a dynamice. Chybí zde souvislost motivace a chování postiženého. Dochází k hrubě zkreslenému chápání skutečnosti a situace.“

Třetí typ představuje tzv. kombinovaná podnapilost (Ebrietas complicata). Jedná se o takovou podnapilost, kdy jedinec nepřiměřeně silně reaguje na slabý podnět. Tento typ opilosti v některých případech může být vyvolán působením alkoholu a užitých psychofarmak. Akutní intoxikace alkoholem může být velmi vážným stavem – může končit kómatem, depresí dechového centra, vdechnutím zvratků a mnoha jinými komplikacemi. Čím větší dávku alkoholu jedinec zkonsumuje, mění se i klinický obraz alkoholu (Raboch, et al, 2012).

Při intoxikaci alkoholem v množství od 0,5 ‰ dochází k zarudnutí kůže, ztrátě zábran a k euforii. Od 1 ‰ se objevují poruchy řeči a rovnováhy, nebo také poruchy vnímání. 2 ‰ se značí zmateností, zvracením, pomočováním, rozšířením cév, dokonce až bezvědomím. Dávka nad 5 ‰ může být smrtelná, závisí na jedinci, který alkohol požil (Bydžovský, 2011).

Hosák et al. (2015) navíc poukazuje na to, že alkohol kaloricky velmi zatěžuje lidský organismus. Zcela se vstřebává pomocí látkové výměny (metabolismus) a jen minimální množství se vylučuje plicemi a ledvinami. Alkohol se v těle neukládá. Dále uvádí, že alkohol ulevuje od bolesti, má tlumivé a euforizující účinky. Z trávicího ústrojí se rychle vstřebává, a to zejména z dvanáctníku (duodenum) a lačnicku (jejunum). Ze žaludku se však vstřebává pouze malé množství požitého alkoholu, cca kolem 10 procent.

Alkohol se po požití rychle vstřebává tenkým střevem do krevního oběhu. Pokud se nachází potrava v žaludku, vstřebávání alkoholu se zpomaluje. Část etanolu obsahujícího alkohol může být vylučována potem, močí, či dechem. Jeho většina je však v játrech enzymaticky metabolizována nejprve na acetaldehyd a poté na kyselinu octovou. „*A právě genetická variabilita dehydrogenáz způsobuje značné individuální odlišnosti v účincích etanolu a jeho snášenlivosti*“ (Fischer, Škoda, 2014).

Nadměrné požívání alkoholu působí dle Fischera a Škody (2014) sebedestruktivně na samotného jedince, na jeho rodinu, přičemž má dopad i na celou společnost. Bohužel

stále zůstává tradiční zneužívanou látkou, která se používá při různých příležitostech (formální, neformální, náboženské).

Jak již bylo nastíněno, alkohol také odstraňuje nebo snižuje duševní psychické napětí, zlepšuje náladu, zvyšuje pocit sebejistoty. Často to je důvodem, proč jedinci alkohol vyhledávají. Způsobuje změny chování, které jsou rozdílné v závislosti na množství, tělesné hmotnosti, pohlaví, hladině alkoholu v krvi a době uplynulé od předchozí dávky. Pokud je alkoholu v krvi málo, projevuje se jedinec pouze zvýšenou aktivitou a neklidem. Ke zhoršení kognitivních, percepčních a psychomotorických funkcí dochází pod vlivem vyšších dávek. Vliv na emotivní složku jsou výrazně odlišné v závislosti na organismu (Fischer, Škoda, 2014).

Alkohol má také všeobecně negativní vliv na spánek. Lidé si toto riziko mnohdy neuvědomují. Alkohol je příčinou narušení REM stádia spánku. V tomto stádiu přicházejí sny a člověk si nejvíce odpočine. Přitom toto stadium je nutné pro regeneraci organismu. Po větší konzumaci alkoholu člověk upadne rovnou do hlubokého, bezesného spánku. Teprve až když tělo alkohol odbourá, přicházejí sny. Podnapilému jedinci tak přicházejí sny s REM fází později. A protože z REM fáze se lidé snáz budí, stává se, že se člověk, který večer dost pil, probudí brzy ráno a má pocit únavy z nedospalosti (Mlčoch, ©2003-2019).

1.1.3 Mládež a alkohol

Organismus dětí a dospívajících odbourává alkohol samozřejmě pomaleji. Závisí to také na tom, že mívají menší hmotnost a i menší objem krve. U dětí může těžkou otravu vyvolat i nepatrné množství alkoholu. Při požití stejného množství alkoholu jako u dospělého to následně znamená, že bude mít vyšší koncentraci alkoholu v krvi. Po požití alkoholu klesá i hladina krevního cukru, dojde k hypoglykémii, která může zapříčinit bezvědomí. V průběhu dospívání se vyvíjí mozek a vytvářejí se v něm sítě nových buněk. Užíváním alkoholu se tento proces narušuje. Tyto děti mívají poruchy paměti a učení a ve škole často selhávají. Závislost na alkoholu se u dětí a mladých lidí vytváří podstatně rychleji (Machová, Kubátová, 2015).

Mladí jedinci, kteří nadměrně konzumují alkohol, se vystavují vysokému riziku akutní otravy alkoholem nebo také opilství, které může vést při nedbalosti k závažným zraněním nebo dokonce ke smrti. Mladiství mají také v oblíbě experimentovat s

návykovými látkami, a proto je důležité, aby rodiče měli své děti pod kontrolou (Nešpor, 2011).

Důležité je se pozastavit nad konzumací alkoholu malými dětmi. Lidský organismus se nerodí se schopností metabolizovat alkohol. K rozvoji této schopnosti dochází postupně. Teprve ve věku asi pěti let získává člověk základní výbavu enzymu alkoholdehydrogenázy. Podle toho, kolik této látky má jedinec v těle, je schopen alkohol metabolizovat. Proto je jakákoliv intoxikace alkoholem pro dítě do pěti let velmi nebezpečnou situací. Kabíček et al. (2014) uvádí, že účinek dopadu konzumace alkoholu u dětí a dospívajících je mnohem citlivější než je tomu u dospělých. Požíváním alkoholu nastává snížení aktuálních kognitivních funkcí a snížení rychlé reakce na různé podněty a situace. Proto úrazy a autonehody bývají častou komorbiditou.

Užívání alkoholu v dospívání způsobuje snížení hladiny pohlavních hormonů, u chlapců testosteronu a u děvčat estrogenů a luteinizačního hormonu. U mladistvých pak alkohol způsobuje snížení sekrece růstového hormonu. U chlapců období v dospívání, kteří pijí nadměrně alkohol, bylo prokázáno snížení kostní denzity (hustoty) (Kabíček, Csémy, Hamanová, 2014).

Co se týká psychologických rizik z užívání alkoholu, ty se dle Haley et al. (2019) výrazně u chlapců i dívek neliší.

1.1.4 Závislost na alkoholu

Je známé, že pravidelným užíváním alkoholu vzniká závislost. Nešpor (2011, s. 9 – 10) popisuje syndrom závislosti jako skupinu „*fyzilogických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více*“.

Nešpor (2011) dále ve své knize uvádí, že pro syndrom závislosti je charakteristická touha (často silná, někdy přemáhající) užívat psychoaktivní látky (patří sem i ty na lékařský předpis), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence vede často k rychlejšímu znovuoživení jiných rysů syndromu, než u jedinců, u kterých se závislost nevyskytuje. Konečná diagnóza závislosti by se dle něj měla stanovit pouze tehdy, jestliže v průběhu jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících projevů, které představují Heller a Pecinová (2011).

a) nutková touha látku užívat (craving, bažení) – kdy jedinec má chuť se napít, může mít spojené příjemné okamžiky ve spojení s požíváním alkoholu. Craving není ovlivnitelný vůlí. Dle Hellera a Pecinovské (2011) se ho ale člověk může naučit zvládat a pociťovat tyto nutkové stavy minimálně.

b) potíže v sebekontrolě při užívání látky, a to v začátku a ukončení nebo o množství látky - v tomto případě se člověk snaží mít pití pod kontrolou. Bohužel se ale vždy opije. Pokud je u jedince již závislost rozvinutá, nelze obnovit kontrolu užívání alkoholu. Jedinou možností je dlouhodobá abstinence.

c) tělesný odvykací stav - látka se užívá ve významu zmenšit příznaky vyvolané minulým užíváním této látky, eventuálně dochází k odvykacímu stavu typickému pro tu kterou látku. V některých případech se při odvykacím stavu používají příbuzné látky s podobnými účinky. Při užívání alkoholu je pro jedince příznačný neklid, třes, návaly horka, pocení, děsivé sny, apod.

d) změna tolerance – zde se začne projevovat potřeba vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižší dávkou (jedinci závislí na alkoholu a opiátech denně mohou brát dle Nešpora (2011) takové množství látky, jež by zneschopnilo, nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance).

e) postupná záměna subjektivních zálib a zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a potřeba více času k získání, užívání, nebo zotavení se z jejího účinku

f) stálé pokračování v užívání, ačkoli je prognóza jasná a špatná, plynoucí z užívání - nadměrné pití se dle Nešpora (2011) rovná poškození jater, depresivním stavům, toxickému poškození myšlení.

Dle Hellera, Pecinovské (2011) se v počátečním stadiu užívání alkoholu nevymyká běžné normě. Avšak často se zvyšuje frekvence pití a s tím přibývá zvyšování dávek požitých alkoholických nápojů. Další stadium, pro které je typické, že je pro navození příjemného pocitu nutno zvýšit dávku alkoholu, je hraniční pro kontrolované zvládnutí problémů s alkoholem. Ve třetím neboli rozhodném stadiu člověk snese velmi vysoké dávky alkoholu, pije pravidelně a končí opilostí. Možnost kontrolovaného pití je v této fázi již definitivně ztracena. Čtvrté stadium se označuje jako konečné. Zde často dochází k vážnému poškození jater a je charakteristické oslabením tělesného i

duševního zdraví. Objevují se duševní poruchy a dochází k celkové degradaci osobnosti (Heller, Pecinovská, 2011).

Dále může docházet k psychickým a somatickým komplikacím závislosti. Psychotické poruchy vyvolané alkoholem (alkoholické psychózy) vznikají jako následek dlouhodobého, léta trvajícího chronického pití. Řadí se sem alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence.

Alkoholická halucinóza vysvětluje Heller a Pecinovská (2011) jako psychózu, pro níž jsou typické sluchové halucinace. Jedinec nejčastěji halucinuje pronásledující kroky nebo dva hádající se hlasy. Objevují se nejčastěji po snížení množství konzumovaného alkoholu u jedince, který je 10 a více let závislý. Hosák et al. (2015) dále uvádí, že jedinci s touto psychózou jsou neklidní a mohou být i agresivní. Halucinóza se může objevit jak v době pacientova pití, tak může přetrvávat, i když dotyčný abstinuje.

Dalším zmíněným typem je alkoholická paranoidní psychóza. Zde obtíže z velké části vymizí během několika týdnů poté, co začnou abstinovat. Často se závislost na alkoholu spojuje s jinou duševní poruchou (deprese). Jedná se tedy o souběh dvou duševních poruch. A třetím typem je alkoholická demence, která se vyvíjí řadu let, kdy jsou zřejmé prohlubující se kognitivní poruchy. Dochází k degradaci a rozkladu celé osobnosti, včetně jejich sociálních důsledků. Jedinec není schopen se sám o sebe postarat nebo v některých případech končí jako bezdomovec (Hosák et al., 2015).

Ze somatických komplikací závislosti lze uvést např. kardiovaskulární onemocnění (hypertenze, koronární onemocnění srdce, cerebrovaskulární onemocnění), neuropsychiatrické poruchy (epilepsie, deprese, závislost na alkoholu) nebo např. onemocnění trávicího traktu (zejména alkoholová jaterní cirhóza). Kalina (2015) dále uvádí různá poškození gastrointestinálního traktu, poruchy krvevotvorby, anémie, poškození nervového systému aj.

1.2 Současný stav pití alkoholu v České republice

V této podkapitole bude nejprve věnována pozornost pití alkoholu v České republice celkově a následně bude zaměřena na českou mládež. Za nejvýznamnější zahraniční studie zabývající se vztahem mezi mladými lidmi a alkoholem lze považovat výzkumy ESPAD a HBSC, které poskytují i srovnání na celoevropské úrovni. Sběr dat pro HBSC proběhl v roce 2018, avšak data doposud nebyla interpretována, nejnovější data ze

studie ESPAD jsou očekávány v roce 2019, proto je nutno pracovat s výsledky z posledních studií z roku 2014 (HBSC) a 2015 (ESPAD).

Státní zdravotnický ústav v roce 2018 provedl rovněž výzkum týkající se konzumace alkoholu v České republice, mezi respondenty bylo i 201 osob z věkové kategorie 15 – 24 let, tudíž i tento výzkum je vhodným podkladem pro tuto práci. Navíc velmi významně přispívá k utvoření obrázku o vztahu Čechů k alkoholu jako takovému.

1.2.1 Výzkum Státního zdravotnického ústavu

Ve výzkumu Csémy et al. (2019) vedeném pod Státním zdravotnickým ústavem odpovídalo v roce 2018 celkem 1804 náhodně vybraných respondentů napříč všemi kraji v České republice. Jednalo se o 878 mužů a 926 žen ve věkových kategoriích 15 – 24 let (201), 25 – 44 let (637), 45 – 64 let (554) a v kategorii nad 65 let odpovídalo celkem 412 osob. 75,6 % zkoumaných osob žije ve městě, ostatní na venkově (Csémy et al., 2019).

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že každý den nebo obden pije alkohol 16,7 % všech dotázaných. Podrobněji seznamuje s frekvencí pití alkoholu tabulka č. 4.

Tabulka 1: Frekvence pití alkoholických nápojů z r. 2018- celý vzorek a dle pohlaví

Frekvenční kategorie	Celý vzorek	Muži	Ženy
Každý den nebo téměř každý den	7,8	11,3	4,4
3 – 4 krát týdně	8,9	14,3	3,7
1 – 2 krát týdně	20,8	23,1	18,6
2 – 3 krát za měsíc	18,0	17,5	18,4
Jednou za měsíc	12,9	10,2	15,4
6 – 11 krát za rok	5,0	3,9	5,8
2 – 5 krát za rok	9,0	6,2	11,7
Jednou za rok	5,0	2,9	6,0
Nikdy v posledním roce nepil / a	9,6	7,7	11,5
Nikdy v životě nepil / a	3,7	2,9	4,5

Zdroj: Csémy et al., 2019

V návaznosti na zjištění frekvence pití a obvykle konzumované kvantity podle druhu alkoholického nápoje byla ve výzkumu zjištěna průměrná roční spotřeba alkoholu v litrech čistého lihu na dotázaného. U dotázaných je průměrnou roční spotřebou alkoholu 7,4 litrů čistého lihu na osobu. Pokud se z tohoto ukazatele vynechají abstinenti, vychází spotřeba 8,6 litrů na osobu. Nejvyšší průměrnou spotřebu alkoholu vykázaly věkové skupiny 25 až 44 let a 45 až 64 let. U osob ve věku 15 až 24 let se jedná o 6,6 litrů čistého alkoholu na osobu (Csémy et al, 2019).

Dále z výzkumu Csémy et al. (2019) vyplynulo zastoupení různých forem pití. Výzkum vychází z kategorií pití dle OECD, kdy je jako umírněné pití definován průměrný denní příjem alkoholu do 40 g u mužů a 20 g u žen. Za rizikové pití je považován denní příjem 40 až 60 g pro muže a 20 až 40 g pro ženy a za škodlivé pití se považuje průměrná denní spotřeba více než 60 gramů u mužů a 40 gramů u žen. Kritéria pro rizikové pití splňuje dle výzkumu 7,3 % dotázaných a 8,1 % splňuje kritéria škodlivého pití.

Tento výzkum také ukázal na výskyt častého pití nadměrných dávek především u osob mladšího středního věku (25 až 44 let) – 16,2 % dotázaných (nejnižší pak u osob starších 65 let). Pití nadměrných dávek ve frekvenci jednou týdně a více je považováno za nebezpečné z mnohých hledisek.

Celkově je však pětina české dospělé populace ohrožena negativními zdravotními dopady nadměrné spotřeby alkoholu, jak ukazuje obrázek č. 1.

Obrázek 1: Konzumenti alkoholu dle jednotlivých kategorií



Zdroj: Csémy et. al, 2019

Ve výzkumu dále byly porovnány data s předchozími roky (2012 až 2018) a závěrem bylo zjištění, že většina ukazatelů spotřeby alkoholu nejde o statisticky výrazné odchylky, tudíž se jedná o dlouhodobě stabilizovanou situaci s nahodilým kolísáním.

1.2.2 Studie ESPAD

Největší školní studií v Evropě o alkoholu a návykových látkách je projekt ESPAD (the European Survey Project of Alcohol and Other Drugs) je největší evropskou školní studií o alkoholu a návykových látkách. Studie byla vytvořena Švédskou radou pro informace o alkoholu a drogách (CAN), pod záštitou Pompidou Group Rady Evropy. Uskutečňuje se pravidelně každé čtyři roky. Tento projekt patří mezi nejrozsáhlejší,

neboť se do něho zapojilo kolem 600 000 žáků z celkem 46 zemí, a to alespoň jednou (ESPAD Group, 2016).

Do projektu Česká republika vstoupila hned na jeho začátku. Nejprve se při jeho uskutečnění a sběru dat podílelo Národní centrum podpory zdraví. Tato instituce ale později zanikla a další realizaci převzala Laboratoř pro výzkum závislosti Psychiatrického centra Praha.

Cílem tohoto projektu bylo posbírat spolehlivé a srovnatelné informace ohledně užívání návykových látek u žáků ve věku 15 až 16 let a z co největšího počtu evropských zemí. Jeho výsledky mají posloužit pro utváření politiky týkající se mladistvých a dětí. Sběr dat je realizován pomocí dotazníku, pro který je výchozí modelový dotazník, kde jsou jasně stanoveny základní otázky, tzv. core questions, a otázky rozdělené do fakultativních modulů. Všechny země, které se studie účastní, si mohou do dotazníku zařadit i své vlastní dotazy. Ty se ale do následného vyhodnocení sběru dat nezařazují. V každé vlně sběru dat se určuje, pro jakou věkovou skupinu žáků se budou informace shromažďovat. Všichni žáci daného ročníku z vybraných škol jsou zahrnuti do projektu, vyjma žáků ze speciálních tříd s těžkým zdravotním postižením nebo poruchami učení. V roce 2015 proběhl zatím poslední sběr dat pro žáky narozené v roce 1999 (ESPAD Group, 2016).

Tabulka 2: Výsledky výzkumu ESPAD 2015 pro ČR (v %)

Frekvence	Někdy v životě	V posledních 30ti dnech	Opilost v posledních 30ti dnech	Někdy v životě		V posledních 30ti dnech		Opilost	
				Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
%	96	68	15	95	97	70	67	18	12

Zdroj: ESPAD Group, 2016

Pro srovnání ukazuje další tabulka dle výsledků z průzkumu ESPAD celoevropský průměr. Jak vyplývá z tabulek č. 3 a č. 4, tak mládež v České republice v 96-ti procentech pila alkohol někdy v životě. To je nejvyšší číslo ze zkoumaných zemí. Průměrně někdy v životě pilo alkohol 80% všech dotázaných ze všech zemí. V posledních 30 ti dnech uvedlo opilost 15 % dotázaných, přičemž se jednalo o 18% dotázaných chlapců a 12 % dotázaných dívek.

Tabulka 3: Výsledky výzkumu ESPAD 2015 - evropský průměr (v %)

Frekvence pití alkoholu	Průměr	Min.	Max.
Někdy v životě	80	35	96
V posledních třiceti dnech	48	9	73
Opilost v posledních 30ti dnech	13	3	32

Zdroj: ESPAD, 2016

1.2.3 Studie HBSC

Významným podkladem pro téma alkoholu u mladistvých je zcela zásadní studie HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children), která se začala utvářet již v roce 1983 a uskutečňuje se vždy pod záštitou Světové zdravotnické organizace WHO. První studie byla realizována v letech 1983- 84 a bylo v ní zahrnuto 5 zemí. Nyní je do projektu zahrnuto 42 zemí Severní Ameriky a Evropy. Sběr dat probíhá každé 4 roky (Inchley, Currie, Young, et al., 2016). Česká republika byla prvně do výzkumu zahrnuta v roce 1993.

Do studie jsou zařazeni chlapci a dívky ve věkové kategorii 11, 13 a 15 let. Vychází z pohledu WHO, které konstatuje, že životní styl a chování v dospělosti jen navazuje na vývoj v dětství a dospívání. Proto se HBSC zaměřuje na chování, které si děti osvojují během dospívání a může dále pokračovat i do dospělosti a může ovlivnit zdravotní potíže, duševní zdraví, stravování, užívání alkoholu, apod. Studie se snaží porozumět zdraví teenagerů v jejich sociálním kontextu. Cílem studie je zlepšení života mladých lidí (Inchley, Currie, Young, et al., 2016).

Sběr dat se uskutečňuje pomocí mezinárodního standardního dotazníku, který se pro každý průzkum nově vytváří. Každý účastník se stát musí shromáždit data minimálně od 1 500 respondentů z dané věkové kategorie. V České republice výzkum probíhá v 5., 7. a 9. třídách, ale i na víceletých gymnáziích (např. sekundách a kvartách, které odpovídají 7. a 9. třídě ZŠ), a to ve všech krajích České republiky (HBSC, 2018).

Pro výzkum HBSC byla data sbírána v roce 2018 v měsících březen až červen, výzkumu se účastnilo kolem 13377 školáků z více než 250-ti škol. Dle předběžných výsledků (Kalman, 2018) je oproti roku 2014 patrný výrazný pokles u kategorií jako opakovaná konzumace alkoholu v životě, alkohol 30 dní před průzkumem, opakovaná

opilost aj. Finálně zpracovaná data prozatím nejsou k dispozici. Vybraná data z posledního průzkumu z roku 2014 ve srovnání s daty z průzkumů v letech 2002, 2006 a 2010 ukazují tabulky č. 5 až 7.

Od roku 2002 do roku 2014 došlo k výraznému poklesu dětí, které ve věku jedenácti až patnácti let požívali alkohol ve frekvenci alespoň jednou týdně. Pořád ale platí, že děti v České republice převyšují v pravidelné konzumaci alkoholu poměrně významně evropský standard, jak ukazuje tabulka č. 5.

Tabulka 4: Pití alkoholu jednou týdně a častěji u dětí ve věku 11 až 15 let (v %)

	2002	2006	2010	2014
ČR	34,8	32,5	38,6	17,0
Evropa	26,3	26,1	21,6	12,9

Zdroj: Zdravá generace, 2014

Více než 30% dotázané mládeže se také ve sledované věkové rozmezí dostala do stavu opilosti, to je rovněž více dětí než činí evropský průměr. Tabulka č. 6 dále naznačuje, že zatímco tento ukazatel u evropského průměru klesá, v České republice se vyznačuje spíše kolísavostí a otázkou tak bude, jak dopadnou výsledky z roku 2018.

Tabulka 5: Opakovaná opilost u dětí ve věku 11 až 15 let (v %)

	2002	2006	2010	2014
ČR	33,3	33,5	43,0	30,1
Evropa	35,5	33,2	31,5	22,8

Zdroj: Zdravá generace, 2014

Zatímco první zkušenost s alkoholem před čtrnáctým rokem uvedla dle tabulky č. 7 čtvrtina odpovídajících (jedná se o největší pokles mezi sledovanými zeměmi), tak ve stavu opilosti bylo v tomto věku minimálně jednou 10,7 % odpovídajících.

Tabulka 6: První zkušenost s alkoholem před čtrnáctým rokem (v %)

	2002	2006	2010	2014
ČR	73,6	68,6	57,9	25,0
Evropa	46,2	44,7	38,8	28,0

Zdroj: Zdravá generace, 2014

HBSC je také zaměřena na zjištění druhu alkoholu, s kterou mají mladí zkušenost. V konzumaci piva – a to i u věkové kategorie 11 – 15 let se Česká republika drží nad evropským průměrem, ale pravidelná konzumace piva od roku 2002 u mladých klesá. Pravidelnou konzumaci piva uvedlo v roce 2014 celkem 12,8 % dotázaných. Ze studie také vyplynulo, že u mladých není zdaleka populární víno a co se týká pití tvrdého alkoholu, Česká republika se začala řadit mezi země s podprůměrnou frekvencí pití tvrdého alkoholu.

1.3 Žáci se speciálně vzdělávacími potřebami

V této podkapitole budou stručně charakterizováni žáci se speciálně vzdělávacími potřebami a podpůrná a vyrovnávací opatření, která jsou při práci s těmito žáky využívány. Pozornost bude zaměřena na žáky s ADHD.

1.3.1 Charakteristika, vymezení dle platné legislativy

Dle vyhlášky č. 27/2016 Sb. se pojmem *děti a žáci se speciálními vzdělávacími potřebami* označují v souladu se školským zákonem dle § 16 zákona č. 561/2004 Sb. vzdělávající se osoba, „*která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění a užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebují poskytnutí podpůrných opatření*“.

Kendíková, Vosmik (2013) používají dělení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na žáky se zdravotním postižením (mentálním, tělesným, zrakovým, sluchovým, s více vadami, s autismem, se specifickými poruchami učení), žáky se zdravotním znevýhodněním (dlouhodobě nemocní, se zdravotním oslabením) a žáky se sociálním znevýhodněním (nepříznivé klima v rodině, děti cizinců, s nařízenou ústavní či soudní výchovou).

MŠMT mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami zahrnuje žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního stavu, žáky s vadami řeči (afázie,

dysfázie, dysartrie, dyslalie, mutismus aj.), žáci se specifickými poruchami učení, pozornosti a chování (zejména dyslexie, dysortografie, dysgrafie, dyskalkulie, dysmúzie, dyspraxie, dyspinxie), žáci s poruchami pozornosti (typicky ADD, ADHD), žáci s poruchami chování (kdy nerespektují sociální normy, nejsou schopni udržovat sociální vztahy anebo žáci agresivní), žáci z odlišných kulturních a životních podmínek a žáci, jejichž mateřským jazykem není čeština a žáci nadaní a mimořádně nadaní, pokud mají přidružené speciální vzdělávací potřeby (MŠMT, © 2013-2019).

Vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných se zabývá Školský zákon (Zákon č. 561/2004 Sb. § 16 až 20). Žák se speciálními vzdělávacími potřebami většinou dostává dle tohoto zákona individuální vzdělávací plán.

Vyhláška 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných ukládá, za jakých podmínek a kdy budou podpůrná a vyrovnávací opatření uskutečňována. Podpůrná opatření poskytují školy a školská zařízení bezplatně. Měli by jim předcházet vyrovnávací opatření, kde je kladen důraz na individuální přístup učitele k žákovi. Vyrovnávací opatření tak v ideálním případě představují včasnou intervenci školy. Až když se spolupráce rodiny, školy a pedagoga jeví jako nedostatečná, dochází k vyšetření ve školském poradenském zařízení, které může doporučit podpůrná opatření.

Příklady vyrovnávacích opatření pro první i druhý stupeň základní školy uvádí Fořtová (2013). Z obecných opatření autorka uvádí např. umožnění opravy při selhání v písemné práci, zohlednit obtíže při klasifikaci, ověřovat, zda žák pochopil zadání, zadávání žákovi kratších úloh, domluvit si se žákem signál, pokud nerozumí, posadit žáka do předních lavic, do testů dávat možnost výběru atp.

1.3.2 Podpůrná a vyrovnávací opatření

Podpůrná opatření využívají speciálních forem, metod, postupů a prostředků vzdělávání, učebních, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, speciálních didaktických materiálů a učebnic, zařazení předmětů speciální péče, využití pedagogicko-psychologických služeb, snížení počtu žáků ve třídě, vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu, nebo i jiné uspořádání formy vzdělávání, které berou v úvahu speciální vzdělávací potřeby žáka se zdravotním postižením (Michalík et al., ©2015-2019).

Dle zákona č. 561/2004 Sb. se podpůrnými opatřeními rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách tak, aby odpovídaly zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám žáka. Spočívají dle § 16 zákona č. 561/2004 Sb. např. v poradenské pomoci školy, může dojít k úpravě podmínek pro přijetí či ukončení vzdělávání, nebo k úpravě obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání. Studium na střední nebo vyšší odborné škole dokonce může být prodlouženo až o dva roky. Mohou představovat také možnost využít asistenta pedagoga nebo dalšího pedagogického pracovníka.

Podpůrná opatření se člení do pěti stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti Dle vyhlášky č. 27/2016 Sb. představují podpůrná opatření prvního stupně minimální úpravu metod, organizace a hodnocení vzdělávání a jsou poskytována žákovi, u kterého se projevuje potřeba úprav ve vzdělávání nebo např. v zapojení v kolektivu. Slouží ke kompenzaci mírných obtíží, kdy mají žáci např. potíže se čtením, mají obtíže v koncentraci, nebo mají pomalejší tempo práce. Jedná se o obtíže, které jsou vyvolané buď aktuálním nepříznivým stavem, anebo se jedná o dlouhodobé problémy. Ten, kdo úpravu ve vzdělávacím plánu navrhuje, je vzdělávací pracovník. Může se jednat např. o přímou podporu výuky žáka učitelem, různé změny v metodách výuky, úprava obsahu vzdělávání atp. (Všechna podpůrná opatření jsou uvedena v příloze č. 1 vyhlášky č. 27/2016 Sb.) Pokud jsou pro žáka taková opatření nedostatečná, posuzuje škola využití dalších možností podpůrných opatření, a to 2. až 5. stupně.

Je samozřejmé, že nejvyšší míra podpůrných opatření patří žákům s těžkým zdravotním postižením, do kterého jsou zařazeni žáci s těžkým sluchovým, zrakovým a tělesným postižením, žáci s těžkou poruchou dorozumívacích schopností, žáci hluchoslepí, se souběžným postižením více vadami, s autismem a s těžkým tělesným nebo středně těžkým, těžkým či hlubokým mentálním postižením.

Může však nastat problém určit do jaké kategorie žáka zařadit, zda se jedná o zdravotní postižení či zdravotní znevýhodnění nebo o kombinaci se sociálním znevýhodněním atp. Příkladem mohou být žáci s těžkou epilepsií, kteří se řadí do kategorie sociálního znevýhodnění, ale z hlediska zdravotnictví se řadí do kategorie zdravotního postižení (Oprávilová, 2016).

1.3.3 *Žáci s ADHD*

Kessler et al. zjistili, že lidé s ADHD vykazují trojnásobně vyšší riziko poruchy z užívání návykových látek než lidé, kteří ADHD netrpí. (Kessler, 2006, in Miovský, 2018) Dle Skirrowa et al. dokonce ADHD může předurčovat užívání návykových látek v souvislosti s úzkostí, depresí, emoční labilitou atp., což často bývá doprovodnými symptomy ADHD (Skirrow et al., 2009, in Miovský, 2018). Další problém je následně léčba závislosti, kdy je naděje na vyléčení nižší kvůli obtížím s adaptací v případném terapeutickém programu (Miovský, 2018).

Žáci s ADHD mívají ve škole problém, jak uvádí Capaccio (2008) především s udržení pozornosti, mají problémy s plněním a dokončením úkolů a také s vypracováváním zadání na čas. Studijní výsledky pak jsou horší a to může vést u těchto žáků k nízkému sebevědomí. Mají také problém získávat nové přátele anebo si je následně udržet, pokud se u nich často projevují záchvaty vzteku. (Capaccio, 2008) Goetz a Uhlíková (2009) také upozorňují na možný problém se začlenění žáka s ADHD mezi vrstevníky, neboť mohou být méně připraveni zvládnout zodpovědnost, která plyne z nabyté samostatnosti. Mohou selhávat ve škole, mít horší nálady, nízké sebehodnocení nebo selhávají v sociálních dovednostech atp. Při seznamování je pak problém impulzivita, věčné strhávání pozornosti na sebe atp. (Goetz, Uhlíková, 2009).

Obecně jsou známy tři hlavní symptomy ADHD, jedná se o poruchu pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Goetz a Uhlíková (2009) popisují podrobněji, jak se ADHD projevuje, ale zároveň upozorňují na to, že intenzita projevů kolísá nerovnoměrně a nepředvídatelně.

Děti s ADHD se charakterizují tím, že dělají různé chyby z nepozornosti, dlouho jim trvá navrátit se k činnosti po jakémkoliv vyrušení, z toho plyne také nesoustředěnost, neboť dětem s ADHD velmi rychle činnost zevšední a začnou se nudit. Proto mají problém s vypracováváním domácích úkolů, preferují činnosti, které přinášejí odměnu ideálně ihned. Nepozorní jsou děti s ADHD i venku, proto je pro ně vysoké i riziko úrazů a různých nehod. Specifickým znakem pro ně je také nepořádnost ve všech sférách běžného života, od oblečení až po uspořádání věcí na lavici. Typické je pro ně zapomínání, tudíž jsou často považováni za nespolehlivé. Když si vyberou děti s ADHD činnost sami, dokážou se jí dlouho a se zaujetím věnovat, když však činnost dítě dostane zadanou, trvá určitou dobu, než se dokáží nové činnosti věnovat. A podobně je

tomu tak s řečí. Pokud mluví dítě s ADHD na téma, o kterém začalo samo, nemívá s plynulostí řeči problém. Není tomu tak ale pokud má například odpovědět na něčí otázku. Typickým znakem je dále zaobírání se na detaily, čímž ztratí přehled o celku. Nedokážou se dlouhodobě věnovat zadaným činnostem, a to nejspíše kvůli nedostatečné vytrvalosti. Děti s ADHD také mají zhoršený smysl pro čas a běžně ztrácí nebo resp. spíše někde zapomínají věci. Jejich neposlušnost plyne spíše z toho, že nejsou často schopny postupovat dle pokynů. Někdy také trpí samomluvou. V souvislosti s hyperaktivitou pak je typické, že jim trvá dlouho se zklidnit, nemohou usnout, jsou velmi zbrklé, vykřikují například při vyučování. Mají totiž problém s přiměřeným dávkováním energie, pohybů a rychlosti (Goetz, Uhlíková, 2009).

Fořtová (2012) člení ADHD na tři subkategorie – ADD, což je prostá porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita ADHD s agresivitou nebo bez ní a třetí subkategorií je ODD (Oppositional Defiant Disorder). Dětem s ADHD by dle autorky měl být umožněn dostatek pohybového uvolnění, ideálně střídání činností po 10 až 20-ti minutách, ale vždy trvat na tom, aby byla činnost dokončena. Činnosti by měly být spojeny se změnami polohy. Drobný neklid je třeba řešit jinak než napomínáním. V návaznosti na to upozorňuje, že je vhodné zvláště pochválit za zklidnění. Pro mladší děti je ideální činností např. modelování, vystřihování, dokreslování a další činnosti, co rozvíjí jemnou motoriku. Zcela vhodné je také pracovat s dětmi s ADHD s tématy, které rozvíjí fantazii (Fořtová, 2012).

1.4 Prevence

1.4.1 Pojem prevence a charakteristika primární prevence

Slovo prevence pochází z latinského slova *praeventus*, neboli konání souboru činností. Základní definice je uvedena v Pedagogickém slovníku: „*Soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2013).

Jak uvádí ve své publikaci Ciklová (2016): „*pojem prevence je většinou spojován s aktivitami, které by měly něčemu předcházet: rizikovému chování, některým nemocem, špatným vztahům apod.*“ (Ciklová, 2016).

Prevenci si můžeme představit jako soubor činností nebo systém opatření, které napomáhají k rozvoji kladného chování a potlačení negativních jevů. Proto je při léčbě závislosti na alkoholu prevence velmi důležitá (srov. Hartl, Hartlová, 2000; Ciklová, 2016).

Slomek (2010) pojímá slovo prevence v překladu jako předcházení rizikovému chování. A následně prevenci vymezuje i v užším smyslu na primární, sekundární a terciární. Uvedenou definici lze aplikovat i na prevenci škod způsobených požíváním alkoholu. Primární prevence se dle něj snaží předcházet nemoci dříve, než vznikne (u těch, kteří ještě nezačali škodlivě alkohol užívat). Zatímco sekundární prevence nastupuje až po propuknutí nemoci, která ale ještě nestihla způsobit poškození (poskytnutí správné pomoci těm, kteří již alkohol začali užívat, ale nerozvinula se u nich závislost). A terciární prevence se využívá v té fázi, kdy nemoc způsobila poškození, ale je nutno předejít dalším škodám, které může napáchat - ta působí společně s léčbou a snaží se zmírnit již vzniklé škody (Slomek, 2010).

Nyní bude pozornost věnována především primární prevenci.

Miovský et al. (2015) popisují primární prevenci jako jakýkoliv typ výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí, které se snaží předcházet výskytu jakéhokoliv rizikového chování a zamezovat jeho dalšímu rozvoji, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky. Dále je dle Miovského et al.(2015) pro primární prevenci příznačná mezioborovost, která se promítá i do veřejné politiky, kdy jednotlivé resorty navzájem spolupracují.

V České republice spadá téma primární prevence nejvíce pod MŠMT. Ale samozřejmě zasahuje i do resortu sociálního a zdravotního.

U primární prevence lze dále rozlišovat specifickou a nespecifickou formu.

Klasifikace specifické primární prevence v členských zemích Evropské unie stále více inklinuje k dělení dle amerického Institutu lékařství (Institute of Medicine) z roku 1994. Ten rozlišuje prevenci všeobecnou (univerzální), selektivní a indikovanou. Z tohoto dělení vychází i Národní strategie primární prevence rizikového chování pro roky 2019 až 2020.

Všeobecnou primární prevenci popisuje Kalina (2015) jako prevenci, která je zaměřena na běžnou populaci dětí a nedochází zde k žádnému členění na další více či méně rizikové skupiny. Selektivní prevence je zaměřena na skupiny osob, u nichž jsou zvýšené rizikové faktory, a lze tedy předpokládat zvýšený výskyt rizikového chování, tj.

jsou více ohrožené. Obecně jde o snahu zamezit riziku, popřípadě se snažit užívání oddálit (Gabrhelík, 2015).

Indikovaná prevence je zaměřena na jedince a skupiny, kteří jsou výrazněji vystaveni faktorům rizikového chování, problematickým vztahům v rodině, s vrstevníky, či škole. Je důležité, aby problémy u jedince nebyly plně rozvinuty (Gabrhelík, 2015).

Nespecifická primární prevence má podle Gabrhelíka (2015) víceméně cíl obecný, kterým je výchova ke zdraví a pozitivnímu společenskému chování a zachování osobní integrity ve vývoji dětí a mladistvých. Intervence nejčastěji spadají do oblasti volnočasových aktivit.

Do nespecifických primárně-preventivních programů lze zařadit všemožné aktivity volného času, které nemají na zneužívání těchto látek přímou vazbu, ale celkově pomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje rizikových forem chování. Dá se o nich říci, že mají obecný protektivní potenciál. Patří sem zájmové kroužky a různé sportovní aktivity nebo také programy zaměřené na zlepšení životního stylu (Miovský et al., 2015).

Efektivní primární prevence je obecně charakterizována jako předcházení nezdravému užívání návykových látek nebo alespoň posunutí věkové hranice pro první styk s ní.

1.4.2 Systém primární prevence v ČR

Prevence v České republice je řízena systémově, kdy subjekty mají stanovený rozsah působnosti. Aktivity v oblasti primární prevence rizikového chování mládeže spadají pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Národní strategie 2019-2027 je základním strategickým dokumentem MŠMT, který tvoří/vytváří základní rámec politiky primární prevence rizikového chování v České republice.

Na horizontální úrovni školní prevence ministerstvo aktivně spolupracuje s příslušnými rezorty, kterými jsou: Ministerstvo vnitra, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo obrany, Ministerstvo práce a sociálních věcí. A dále také s nadrezortními orgány: Republikový výbor prevence kriminality při ministerstvu vnitra a Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo financí by se měly do spolupráce co nejdříve připojit.

Při MŠMT byly ustanoveny v rámci této úrovně: Pracovní skupina prevence kriminality a ostatních sociálně patologických jevů a Pracovní skupina specifické primární protidrogové prevence. Jejich složení je ze zástupců věcně příslušných rezortů, krajů, akademické obce, nestátních neziskových organizací, školských poradenských zařízení, vysokých škol, přímo řízených organizací ministerstva a vybraných expertů na danou problematiku. Cílem těchto skupin je koordinace činností v dané sféře napříč rezorty, sjednocení postojů a vzájemná spolupráce (Pilař, Budinská, in Miovský, Bártík, 2010).

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MŠMT zpracovává akční plán, který navazuje na schválené vládní dokumenty v oblasti primární prevence rizikového chování žáků. Problematiku primární prevence koordinuje a metodicky podporuje. Na horizontální úrovni rozvíjí spolupráci v oblasti primární prevence. Výbor pro koordinaci primární prevence je poradním orgánem; na vertikální úrovni je zřízen Výbor krajských školských koordinátorů prevence. Ministerstvo také spolupracuje s Úřadem vlády-Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Republikovým výborem pro prevenci kriminality Ministerstva vnitra. V oblasti metodické a legislativní vytváří podmínky pro realizaci rezortního systému prevence. Na specifickou primární prevenci každý rok vyčleňuje finanční prostředky, podporuje kvalitní certifikované programy a spolupodílí se na certifikačním procesu. Je tvůrcem internetového informačního komunikačního systému, který je odborně garantovaný MŠMT. Nedílnou součástí úlohy ministerstva je i spolupráce s odbornou veřejností, což znamená s nestátním neziskovým sektorem, odbornými fakultami VŠ ČR a pedagogicko-psychologickými poradnami. Snaží se o rozvoj spolupráce v krajích a metodicky podporuje krajské školské koordinátory. Ministerstvo dále spolupracuje s Výzkumným ústavem pedagogickým, Národním institutem pro další vzdělávání, Národním institutem dětí a mládeže a Institutem pedagogicko-psychologického poradenství (Ciklová, 2016).

Ministerstvo zdravotnictví (dále MZ)

Do kompetencí MZ v rámci koordinace primární prevence spadá např. opatření primární prevence zdravotních škod působených užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek. Spolupracujícími subjekty MZ v oblasti primární prevence a podpory zdraví jsou nejvýznamnější Státní zdravotní ústav v Praze, krajské

hygienické stanice, apod. (například koordinátorem programu „škola podporující zdraví“ je Státní zdravotnický ústav).

Ministerstvo vnitra – Republikový výbor pro prevenci kriminality

Republikový výbor pro prevenci kriminality mezirezortní orgán (iniciační, koordinační a metodický). Pro zajištění prevence kriminality je Strategie prevence kriminality.

Úřad vlády České republiky – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Na základě usnesení č. 643 ze dne 19. června 2002, v rámci sekretariátu RVKPP a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, vznikla Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která patří do složky Úřadu vlády České republiky. Jejím úkolem je zřizovat odborné pracovní skupiny a výbory k podpoře mezirezortní koordinace protidrogové politiky. Národní a krajské Strategie a Akční plány jsou nástrojem pro zabezpečení protidrogové politiky (Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018).

Na vertikální úrovni (viz. obrázek č. 2) ministerstvo metodicky řídí a koordinuje síť školských koordinátorů, která se skládá z krajských školských koordinátorů prevence (sem patří pracovníci odboru školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů), metodiků prevence, což jsou pracovníci pedagogicko-psychologických poraden, a školních metodiků prevence - vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních (Pilař, Budinská, in Miovský, Bártík, 2010).

Krajský školský koordinátor prevence

Činnosti krajského školského koordinátora prevence představuje Ciklová (2016) a jsou shrnuty v následujícím odstavci.

Takový koordinátor spolupracuje s krajským protidrogovým koordinátorem, manažerem prevence kriminality a koordinátorem romské problematiky, dále s pracovníky odboru zdravotnictví KÚ a OSPOD. Jeho činností je sběr informací o provádění Preventivních programů a realizaci dalších kontrolních, preventivních represivních opatření v oblasti rizikového chování školách a školských zařízeních na území kraje. Zpracovává a vede také metodiky prevence v pedagogicko-psychologických poradnách zřizovaných krajem při koordinaci preventivních aktivit škol. Mimoto je i součástí Výboru krajských školských koordinátorů. Dále také

kontroluje, zda Preventivní programy z podkladů metodiků prevence jsou naplňovány, provádí přípravu jejich hodnocení. Z výsledků pak dává podněty a návrhy na inovace v krajské koncepci a programu prevence. A v neposlední řadě také vytváří podmínky v regionu pro realizaci Preventivních programů a dalších aktivit, které navazují (Ciklová, 2016).

Metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně

Kompetence školního metodika prevence jsou charakterizovány v příloze č. 1 k vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů dle které jsou shrnuty v následujícím odstavci.

V oblasti působnosti vymezené krajským úřadem se jedná dle Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018 o snahu zajistit za pedagogicko-psychologickou poradnu specifickou prevenci rizikového chování a uskutečnit preventivních opatření. Metodik musí být v neustálém kontaktu s organizacemi, instituty a subjekty, jenž v prevenci figurují. Také organizuje pro metodiky prevence pravidelné porady, poskytuje individuální odborné konzultace a zajišťuje metodickou podporu. Mimoto pomáhá řešit aktuální problémy v oblasti rizikového chování a spolupracuje s krajským školským koordinátorem prevence.

Školní metodik prevence

Školní metodik prevence je pracovníkem školy nebo školského zařízení, který provádí metodické a koordinační činnosti, informační činnosti a poradenské činnosti (Ciklová, 2016).

Oblasti primární prevence se v legislativě dotýkají zejména tyto platné zákony a vyhlášky:

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Zákon č. 109/2002 Sb., o zařízeních ústavní výchovy, ochranné výchovy a zařízeních preventivně výchovné péče.

Zákon č. 65/2017 Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních.

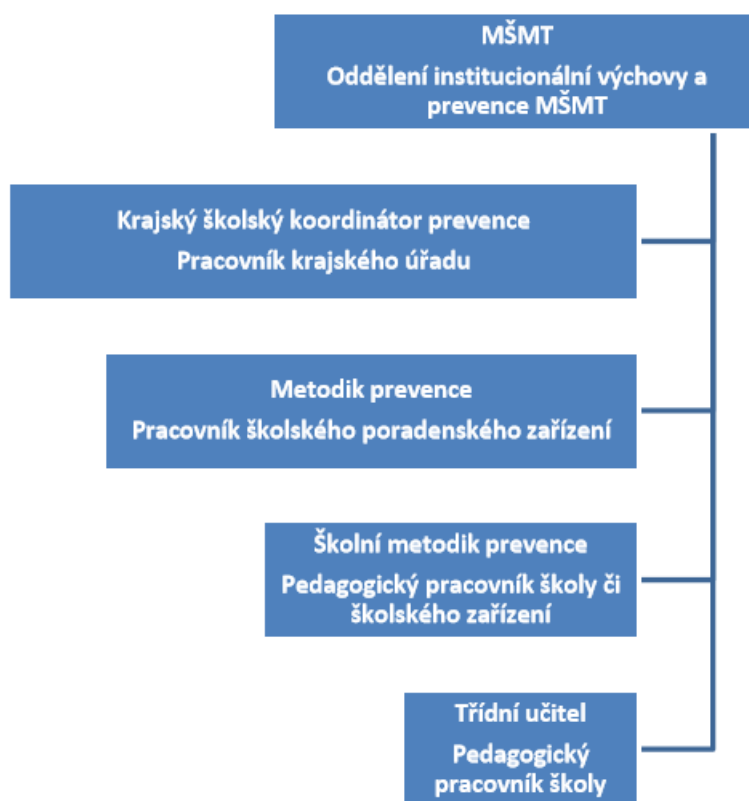
Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků.

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných

Vyhláška č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, v zájmovém vzdělávání vedoucí k prevenci rizikového chování dětí, žáků, studentů.

Obrázek 2: Vertikální úroveň koordinace primární prevence v České republice



Zdroj: Národní strategie 2019 – 2027, MŠMT

1.4.3 *Zásady efektivní primární prevence*

Praktické zkušenosti a různá výzkumná zjištění mohou posloužit jako obecná kritéria, která lze celkově označit jako zásady efektivní primární prevence. Miovský, Bártík (2010) uvádí, že tato kritéria by se měla vztahovat na každý program a současně by měla být i beze zbytku splněna.

Kritéria tak, jak je představuje Miovský, Bártík (2010) jsou shrnuta v následujících několika odstavcích.

Prvním kritériem je kombinace různorodých strategií a komplexnost mající vliv na specifickou cílovou skupinu (škola, vrstevníci, rodina, masmédia). Preventivní programy je třeba navrhovat komplexně jako souhrn více faktorů a také jako koordinovanou spolupráci různých institucí. Dalším kritériem je kontinuita působení a systematickosti plánování. Působení preventivních programů musí být dlouhodobé a systematické. U programů prevence je důležitá návaznost a jejich vzájemné doplňování. Příliš efektivní se nejeví jednorázové aktivity, jako jsou např. přednášky. Také jednostranné informace, které zdůrazňují jenom negativní působení návykových látek, mohou být škodlivé (Miovský, Bártík, 2010).

Cílenost a adekvátnost informací a forem působení vzhledem k cílové skupině je dalším kritériem. Každý preventivní program je určen pro specifický typ skupiny. Také je důležité zohlednit úroveň vědomostí, věk, etnické postoje, sociokulturní zázemí určité skupiny a její postoje ke zneužívání návykových látek. Program musí být pro dané uskupení poutavý - nemůže jen zaujmout a udržet pozornost. Zásadní je také včasný začátek preventivních aktivit. Prevence by se měla realizovat již v předškolním věku. Poukazuje se na to, že výsledek je efektivnější, čím dříve prevence začíná (Miovský, Bártík, 2010).

Autoři dále uvádí, že u každé cílové skupiny by měl být také podporován zdravý životní styl a měli by jim být navrhovány pozitivní alternativy.

Je vhodné využít „KAB“ model, neboli model znalostí-postojů-chování (Knowledge-Attitude-Behaviour). Prevence si klade za cíl ovlivnit chování takovým způsobem, aby došlo ke změně chování a postojů, nabytí relevantních sociálních dovedností a dovedností, kterou jsou pro život potřebné (např. schopnost odmítání, zvyšování zdravého sebevědomí, zkvalitnění sociální komunikace, apod.) Vhodné bývá také

využití „peer“ prvku, důraz na interakci a aktivní zapojení. Vrstevníci a dospívající jsou pro děti mnohdy větší autoritou než rodiče a učitelé. Výrazně zasahují do jejich názorů a postojů a mohou tak přispět ke snížení rizikového chování. V rámci prevence rizikového chování by však měli vystupovat pouze jako iniciátoři a moderátoři než přednášející (Miovský, Bártík, 2010).

Některá z dalších kritérií je např. denormalizace. Programy se mají podílet na vytvoření sociálního klimatu, ve kterém šíření rizikového chování není příhodné a nahlíží se na něj jako na něco nežádoucího, co neodpovídá morálním zásadám dané společnosti. Zcela jistě nesmí chybět podpora protektivních faktorů ve společnosti, vytváření podpůrného a pečujícího prostředí. Takováto podpora, podpůrné a pečující prostředí, umožňuje dětem a mladým lidem navázat uspokojivé vztahy. Řadíme sem i nabídku specializované péče v případě potřeby a kontaktů pro eventuální krizové situace. A posledním kritériem je nepoužívání neúčinných prostředků. Pouhé poskytování informací o určitém rizikovém chování se prokázalo jako neúčinné. Dále také zastrahování, zakazování, či afektivní výchova založená pouze na emocích a pocitech (Miovský, Bártík, 2010).

1.4.4 Prevence v rodině

Rodina je dle Fischera a Škody (2014) považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije. Právě zde dochází k uspokojování fyzických, psychických a sociálních potřeb. Rodina tak poskytuje zázemí potřebné ke společenské seberealizaci, je zdrojem zkušeností, ale také vzorců chování, které nemůže získat v jiném prostředí (Fischer, Škoda, 2014).

Vezmeme-li základní funkci rodiny obecně, tak již od narození ovlivňuje vývoj jedince, podílí se velkou měrou na vzniku citových vazeb, které si dítě v sobě utváří a provází ho celým životem. I modely chování jsou pro jedince v dané rodině důležité. Toto si jedinec do života odnáší jako své vlastní dispozice a sklony. V rodině si člověk osvojuje základní životní stupnici hodnot, která pro něho bude významná pro přípravu na společenský život (Jedlička, R. et al., 2015). To vše ale za předpokladu, že jsou vztahy v rodině zárukou stability a podpory a ochoty kdykoliv poskytnout pomoc.

Život dítěte lze rozčlenit do několika etap, čímž je myšleno dětství, puberta a adolescence. V období dětství (do deseti let) je dítě fixováno na rodinu. Měla by vzniknout pevná vazba mezi rodiči a dítětem. Jestliže v tomto období dojde ke kontaktu

jedince s návykovou látkou, stává se toto závažným problémem celé rodiny (Kabíček et al., 2014), který je nutno řešit a to např. rodinnou terapií, jejímž cílem je motivovat rodiče k aktivitě, která vyvolá potřebnou změnu. V tomto období je pro dítě rodič nejvýznamnější osobou (Kabíček et al., 2014).

Pro období puberty (mezi 10. – 15. rokem) jsou typické pocity napětí a nepochopení, objevují se nové sociální nároky. Dle Kaliny (2015) se jedná o dramatické období neurofyziologického a humorálního zrání, může se projevovat nevyvážeností reakcí nebo emotivitou. Následuje období adolescence, které trvá zhruba od 15 do 22 let. V tomhle období dochází k plné reprodukční zralosti, dokončuje se tělesný růst. Ten již ale pomalejším tempem, než v období puberty. Dítě se osamostatňuje. V tomto období se řadí mezi rizikové momenty dle Kaliny (2015) zejména to, že adolescent opouští svou dětskou roli, ale zároveň má pocit, že on je tím, kdo je opouštěn a tak může hledat nový smysl v návykových látkách. Rizikovým momentem může být také frustrace z nevydařených snah o něco, nebo když potřebuje adolescent ventilovat svou agresivitu.

Kvalita vazby mezi dítětem a matkou, později mezi dítětem a otcem a dalšími členy rodiny, je klíčovým činitelem osobnostního vývoje. Už chování matky po porodu se odráží v chování dítěte a naopak. Pokud rodič dlouhodobě nedokáže reagovat adekvátně na potřebu bezpečí dítěte, nevytvoří si základní důvěru k dospělému (Matoušek, Matoušková, 2011).

Řada faktorů, která vede k tomu, že rodiče nechtějí, nebo nejsou schopni věnovat dostatečnou péči pro zdravý rozvoj dítěte, může vést ke stavu, který se projevuje zjevnými poruchami rodičovské role. Pokud se rodiče o své dítě nemohou starat, bývají hlavním důvodem špatné životní, přírodní podmínky pro vývin dítěte, defektní společnost (bída, chudoba), narušení systému rodiny jako komplexu (úmrť, nemoc, invalidita) a jiné. Další možností je, že se rodiče o své dítě starat nedovedou anebo to neumějí a další skupinu mohou tvořit rodiče, které se o dítě starat nechtějí. Zvláštním typem pak jsou rodiče s nadměrnou a hyperprotektivní výchovou, kdy jsou děti zahrnovány až přehnanou pozorností, která vede k rozmazlování. Ale tyto děti také např. nejsou schopny akceptovat jiné osoby atp. (Fischer, Škoda, 2014).

Dospívající, který nedokáže dodržovat společenské normy, byl pravděpodobně špatně trénován ve smyslu vnitřní disciplíny. Dlouhodobé výzkumy dokazují, že rodiny

mladistvých s delikventním chováním se starají méně o to, aby vytvořily dostatečné zábrany v jejich asociálním chování (Matoušek, Matoušková, 2011).

Rodina by měla využít dobrých vlivů okolí a dítě chránit před vlivy negativními v prevenci problémů působených alkoholem a drogami. Toho lze dosáhnout i tím, že rodiče povedou své děti od mládí ke kvalitním zájmům a tím je přivedou do dobré společnosti. Rodina je místo, kde tráví nejvíce času, takže bezpochyby zde se dítě nejvíce formuje. Dysfunkční rodina je vedle patologické komunikace a hledání sociální identity jednou z nejdůležitějších příčin vzniku abúzu drog (Muhlpachr, 2008).

1.4.5 Prevence ve škole

Štech (in Miovský, Bártík 2010) uvádí socializaci ve škole jako nejvíce ovlivňujícím kulturním činitelem psychického vývoje. Dále konstatuje, že socializaci vlastně málo známe. Z toho vyplývá, že nemůžeme vědět ani mnoho o preventivním potenciálním zvládnutí školní socializace. Prevence, dle Štecha (in Miovský, Bártík, 2010), nastává jakýmkoli výchovným počinem. Záleží na jeho výkladu podání dítětem i okolím, na jeho provedení a zároveň dopad, kterým připravuje jedince na jeho budoucí chování.

I když je úkolem školy vzdělávat jedince, v první řadě slouží jako nástroj sociální integrace, což znamená sjednocování a spojování národností, zvyků, různorodých povah a typů (Jedlička et al., 2015).

Škola by se měla prevenci problémů působených alkoholem neustále a soustavně věnovat. Nešpor poukazuje na to, že dle výzkumu poutavé preventivní programy umožňují vzájemnou komunikaci a aktivitu mezi žáky. Lze při nich nacvičit potřebné dovednosti, jak trávit volný čas, jak se vyrovnat s úzkostí, či strachem nebo smutkem a neuzívat návykové látky. Patnáct hodin v průběhu dvou let je naprosté minimum. V zahraničí se programy prevence zabývají více a zařazují je častěji než je tomu u nás (Nešpor, 2012).

Ve školské primární prevenci se považuje za efektivní zejména dlouhodobá a kontinuální práce s dětmi založená na kombinaci různých strategií. Je třeba, aby programy byly provázané a zaměřené na děti dle jejich věku a reflektovaly rizikovost konkrétní skupiny. Zcela zásadní je začít s preventivními aktivitami včas. Jako vhodné se jeví pracovat v malých skupinách do třiceti účastníků, kde je vyžadována aktivní účast. Preventivní program by měl vždy reagovat na aktuální potřeby, čímž je myšleno,

aby navazoval na aktuální trendy. Vždy by měl nabízet pozitivní alternativy k rizikovému chování. Další tipy pro tvorbu efektivního programu nabízí Národní strategie 2019 – 2027 (Národní strategie 2019 – 2027).

Závěrem této podkapitoly je ještě vhodné upozornit na příloha č. 1 Metodického doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 21291/2010-28, která obsahuje praktický návod pro školy, jak vhodně program primární prevence zvolit a rady, na co si dát pozor. Národní ústav pro vzdělávání od roku 2012 navíc evaluuje odbornou způsobilost poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Aktuálně probíhá revize procesu evaluace, proto jsou momentálně žádosti o schvalování pozastaveny (Národní ústav pro vzdělávání, © 2011 – 2019).

1.5 Metodiky a další stěžejní podklady pro tvorbu preventivních programů a pro práci se žáky se speciálně vzdělávacími potřebami

V této podkapitole budou přiblíženy metodiky, doporučení či jiné zásadní dokumenty, ze kterých lze vycházet při tvorbě preventivního programu pro práci se žáky se SVP. Jedná se nejen o dokumenty související s primární prevencí rizikového chování jako takovou, ale i o dokumenty, které přibližují, jak vhodně pracovat se žáky se SVP.

Z metodik k primární prevenci jsou stěžejními dokumenty Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže – především příloha týkající se alkoholu. V této podkapitole však budou představeny i další podklady.

1.5.1 Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí

Základním strategickým dokumentem MŠMT v oblasti primární prevence je Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí na roky 2019-2027 (dále jen *strategie*). Jedná se o základní rámec politiky primární prevence rizikového chování v České republice, stanovuje hlavní cíle a priority rozvoje v politice primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže, o čemž má také za cíl informovat odbornou a laickou veřejnost.

Strategie nejprve vysvětluje pojem rizikové chování a následně jsou zde popsány principy, z kterých strategie vychází. Za hlavní cíl strategie je označeno snížení míry rizikového chování u dětí a mládeže a minimalizace samotného vzniku rizikového

chování. V oblasti vzdělávání je cílem zkvalitnění a zefektivnění systému vzdělávání pedagogických pracovníků nebo i dalších osob v oblasti primární prevence, který má vést ke zvýšení znalostí a dovedností a kompetencí žáků. Strategie dále informuje o rozdílech všeobecné, indikované a selektivní prevence. A je zde poukázáno na aktuální problém nedostatku školních metodiků (Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí na roky 2019 – 2027, 2019).

Ve strategii je dále popsán systém financování preventivních programů. Mimo financování z rozpočtu MŠMT a dalších možností se hojně využívá dotačních programů. Aktuálně běží dotační program „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“. Představuje tak především nástroj Ministerstva zdravotnictví pro naplňování cílů a priorit k Národní strategii Zdraví 2020. Mezi okruhy dotačního programu je zařazena prevence nadměrného užívání alkoholu a řadí se sem nejen projekty, které mají zvýšit informovanost veřejnosti o rizicích spojených s konzumací alkoholu, ale právě i projekty řešící problematiku nárazového pití nadměrného množství alkoholu u mládeže. V roce 2017 tak byly čerpány dotace ve výši 1 561 000,- Kč na prevenci užívání tabáku a nadměrné spotřeby alkoholu, prevenci úrazů, otrav a rizikového chování v dopravě a na interaktivní preventivní programy komplexního typu zaměřené pouze na děti a mládež. V souvislosti s prevencí alkoholu je také vhodné zmínit dotační program „Péče o děti a dorost“, který podporuje zájem a odpovědnost za vlastní zdraví u dětí (Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí na roky 2019 – 2027, 2019).

Ve strategii je kladen důraz na to, že preventivní programy mají probíhat v přirozeném prostředí pro cílovou skupinu. Preventivní působení ve školách tak je zde považován za efektivní nástroj. Přetrvávající liberalizace v konzumaci alkoholu (a tabáku) je zde identifikována jako jedna z hrozeb v rámci SWOT analýzy publikované ve strategii (Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí na roky 2019 – 2027, 2019).

1.5.2 Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže

Metodické doporučení se skládá z úvodní části a z příloh. Úvodní část se věnuje vymezení pojmů a popisuje systém primární prevence rizikového chování. Je zde také věnován prostor pro informace ohledně začleňování primární prevence do školních

vzdělávacích programů. V souvislosti s tím je popsán minimální preventivní program. Pro tuto práci je však z tohoto dokumentu stěžejní především příloha č. 4.

Příloha č. 4 (Vacek, Šejvl, 2018) k Metodickému doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže je zaměřena právě na alkohol a byla aktualizována naposledy v roce 2018. Příloha v úvodu popisuje podrobněji alkohol, zmiňuje uvolnění stresu jakožto primární motiv užití alkoholu. Také označuje alkohol jako společensky tolerovanou návykovou látku, čímž jsou na veřejnosti fakticky vytěšňovány problémy způsobené konzumací. Hned v úvodu také vytváří obrázek o spotřebě alkoholu a jeho postavení ve srovnání s jinými návykovými látkami v ČR. Je zde věnována pozornost i akutním účinkům alkoholu a různým stadiím opilosti a je zde vysvětleno, že psychoaktivní složkou alkoholických nápojů je etanol, který se ale používá i ve farmaceutickém nebo chemickém průmyslu. Účinky alkoholu vyplývají z charakteristiky konzumenta, množství, které vypil a také ze vzorců jeho užívání. Je zde upozorněno na to, že jediné bezpečné užívání alkoholu u dětí je vlastně abstinence, neboť užívání jakéhokoliv množství dítětem je považováno za psychologicky, zdravotně i sociálně rizikové. Za velmi častý vzorec užívání alkoholu u dospívajících je zde označeno nárazové užívání ve společnosti vrstevníků. Hrozí v tomto případě i tzv. binge drinking – vypítí pěti a více sklenic (např. 0,5 l desetistupňového piva vynásobeno pěti) při jedné epizodě. Je zde definice *škodlivého užívání alkoholu a závislosti na alkoholu*. Dále je tu také upozorněno na užití alkoholu ve vztahu k přímému vlivu na mozek, což negativně ovlivňuje učení - zhoršuje se pozornost a poznávací schopnosti. Často je ovlivněn úsudek, paměť, zhoršení pozornosti, snížení schopnosti koordinace aj. Opilost je spojována se zvýšením rizika úrazovosti. Nejzávažnějším rizikem je předávkování s následkem smrti. Příloha seznamuje také s riziky dlouhodobého užívání alkoholu a upozorňuje na to, že dětský organismus je mnohem zranitelnější. Dočteme se zde také o horní hranici umírněného pití u dospělých, což však ani tak nelze považovat za pití bez rizika. A je zde poukázáno na to, že se mozek vyvíjí až do 25ti let věku. Pro představu je zde nastíněna situace pití alkoholu v ČR v roce 2016 a je zde odkaz na HBSC a ESPAD. Další kapitola se věnuje důvodům užívání alkoholu u dětí a dospívajících. Užívání návykových látek často bývá považováno za symbol nezávislosti a jejím užitím se vymezují proti rodičovské autoritě. Autoři zmiňují školní výlety, pobyty a sportovní události jako příležitosti spojené s vyšším rizikem užívání alkoholu (Vacek, Šejvl, 2018).

Následují rizikové a protektivní faktory a doménu, která v těchto situacích sehrává hlavní roli (rodina, jedinec, vrstevníci atp.). Za první rizikový faktor je považována nedostatečná kontrola rizikového chování, nevhodný výchovný styl, málo času na dítě, špatná komunikace atp. Protektivním faktorem je v tomto případě práce s rodinou a její podpora, určení jasných pravidel chování, vytváření pozitivního rodičovského modelu a dostatek času věnovaný dítěti. Další rizikovým faktorem je prokonzumní orientace skupiny vrstevníků nebo nevhodné vzory (např. hudební skupiny). Protektivním faktorem jsou rozhodně pozitivní vzory v komunitě, které třeba prezentují úspěch v různých oblastech života, např. ve sportu, v práci atp. Rizikovým faktorem jsou také silná pouta na nevhodnou vrstevnickou skupinu. Řešením je skupina s přiměřenými zájmy – různé organizované skupiny např. Junák. Impulzivita, ADHD nebo různé duševní poruchy rovněž jsou zde označeny jako rizikové faktory. Protektivním faktorem tak je vytváření emočně stabilní osobnosti se schopností sebekontroly. Riziko přináší i nízké sebehodnocení, touha po ocenění ze strany vrstevnické skupiny, nebo např. příliš kompetitivní školní prostředí, které opomíjí zdravý životní styl. Ideálně má škola klást důraz na rozvoj vědomostí a rozvoj zdravého životního stylu (Metodické dokumenty - doporučení a pokyny, 2019).

Na toto navazuje síť partnerů spolupráce v komunitě/ kraji: krajští protidrogoví koordinátoři, krajští školští koordinátoři prevence, školská poradenská zařízení (pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra), střediska výchovné péče, zdravotnická centra, orgán sociálně-právní ochrany dětí, Policie, školní metodici prevence, školní psychologové. Také je zde uvedeno, kde hledat odbornou pomoc – příklady dětských adiktologických ambulancí a dalších organizací. Za strategické dokumenty jsou zde označeny: Národní strategie protidrogové politiky, Akční plán, Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže, Krajské strategie, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR. Následuje shrnutí o legislativní úpravě alkoholu - zejména fakt, že učitel nemůže vyzvat žáka k provedení dechové zkoušky nebo, že je nutno umístit při prodeji alkoholických nápojů text týkající se zákazu prodeje alkoholických nápojů pod 18 let atp. (Metodické dokumenty (doporučení a pokyny, 2019).

Následuje definování specifické, všeobecné a selektivní primární prevence a následně příklady neúčinné a účinné primární prevence. Za účinnou primární prevencí je zde považováno:

„interaktivní, soustavné a dlouhodobé, aktivizující a potřebám cílové skupiny přizpůsobené programy, které kromě předávání pravdivých a vyvážených informací (znalostí) aktivně pracují také s postoji a chováním dětí (Miovský et al., 2015). Efektivní programy probíhají v menších skupinách (tj. třídní kolektiv, nikoliv několik tříd nebo celá škola najednou) a zahrnují nácvik sociálních a autoregulačních dovedností, mezi které patří zejm. dovednosti odmítání, zvládnání úzkosti a stresu – relaxační techniky, řešení problémů, zvládnání konfliktů, přiměřeného sebeprosazování, rozhodování, mediální gramotnosti apod.“ (Vacek, Šejvl, 2018).

Naopak za neúčinnou primární prevenci se označuje: *„zstrašování a triviální přístup „prostě řekni ne“, citové apely, pouhé předávání informací, samostatně realizované jednorázové akce, potlačování diskuse, stigmatizování a znevažování osobních postojů žáka/studenta, přednášky, pouhé sledování filmu, besedy s bývalými uživateli (ex-usery) na základních školách, nezapojení žáků/studentů do aktivit a nerespektování jejich názorů, politiku nulové tolerance ve škole a testování žáků jako náhražku za kontinuální primární prevenci. Také hromadné kulturní či sportovní aktivity nebo návštěva historických a kulturních památek s pasivní účastí nejsou považovány za prevenci.“ (Vacek, Šejvl, 2018)*

Jsou zde definovány tři dílčí cíle primární prevence, a to oddálit rozvoj projevů rizikového chování do co nejvyššího věku, motivovat mladé opustit rizikové chování a vrátit se ke zdravému životnímu stylu a zajistit ochranu před dopady rizikového chování (prostřednictvím např. poradenské oblasti) (Vacek, Šejvl, 2018).

Mezi konkrétními doporučeními pro realizaci primární prevence je zejména to, že mladí mají dostávat informace přiměřeně věku, zkušenostem a postojům. Na druhém stupni základní školy je navíc již třeba zabránit pravidelnému užívání alkoholu – posilovat dovednosti k odmítání a schopnost čelit tlaku vrstevníků. Zvláště rizikový může být následně přechod na střední školu (Vacek, Šejvl, 2018).

Nastíněna je dále možnost využití metody krátké intervence, což je rozhovor mezi žákem a učitelem (nejčastěji), čemuž předchází screening. Základem je zde zpětná vazba. Další představenou možností je dotazník CRAFFT (Vacek, Šejvl, 2018).

Následují doporučené postupy z hlediska pedagoga – školy a školského zařízení vs. nevhodné postupy. Rozhovor učitele s žákem má být věcný a má budit zájem o zdraví a

prospěch žáka. Je třeba upozorňovat na to, že pití alkoholu má i jiná rizika než jen závislost. Učitel by měl upozornit rodiče, aby s dítětem mluvily o následcích, naslouchali dítěti a snažili se vytvořit pocit důvěry. Rodiče mohou omezit kapesné dítěti, měli by se vyhnout propadání beznaději atp. Často postačí, když učitel na situaci poukáže, avšak při vážnějších problémech často nebývá prostor pro zásadní intervenci, je však třeba jednat s rodiči, školním psychologem nebo poradnou. Poslední téma zahrnuje informace o tom, kdy, koho a v jakém případě vyrozumět. Jedná se o situace, kdy žák přinese do školy alkohol (kde ho získal?), ve škole pije alkohol, nabízí ho ostatním žákům. Závěrem je uvedena doporučená literatura a odkazy na internetové stránky (Vacek, Šejvl, 2018).

1.5.3 *Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu*

Minimální preventivní program (dále jen *manuál*) který je dostupný například na webových stránkách Centra sociálních služeb Praha vychází z preventivní strategie školy a je součástí školního vzdělávacího programu. Byl poprvé použit v souvislosti s metodickým pokynem č. j. 14514. Zpracovává se na jeden školní rok školním metodikem prevence a podléhá kontrole České školní inspekce. Má obsahovat krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé cíle a je zaměřena na nejvyšší efektivitu. Vyhodnocuje se průběžně a na závěr školního roku je hodnocena kvalita a efektivita zvolených strategií primární prevence. Dané hodnocení je vždy součástí výroční zprávy o činnosti školy (Manuál pro tvorbu Preventivního programu školy, ©2019).

Manuál doporučuje postupovat v pěti krocích. Ke stanovení cíle má dojít až ve třetím kroku, tomu má totiž předcházet nejprve charakteristika školy a analýza výchozí situace. Čtvrtý krok je stěžejní, neboť právě zde má dojít k vytvoření souboru aktivit pro cílové skupiny a závěrem má být provedena evaluace. I v tomto dokumentu jsou nejprve vysvětleny základní pojmy, jako rizikové chování, prevence, primární prevence (specifická/nespecifická, efektivní/neefektivní) aj. (Manuál pro tvorbu Preventivního programu školy, ©2019).

Charakteristika školy má dle manuálu obsahovat informace o tom o jaký typ školy se jedná, o počtu tříd, žáků a pedagogických pracovníků a rovněž by měla obsahovat kontakty na školního metodika prevence, výchovného poradce a školního psychologa. Je třeba také uvést jaké specializační studium metodik prevence či výchovný poradce absolvoval (Manuál pro tvorbu Preventivního programu školy, ©2019).

Ve druhém kroku by mělo dojít k analýze výchozí situace, a to s využitím evaluace z předchozího školního roku. Je třeba zmapovat vnitřní a vnější zdroje školy, provést monitoring pro školu a provést analýzu výchozí situace. Cílem je subjektivní pohled na aktuální realitu a má obsahovat max. 25 vět. Vychází se především z informací od třídních učitelů. U vnitřních zdrojů je vhodné popsat budovu školy, její technické a materiální vybavení, zaměřit se také na sociokulturní a národnostní charakteristiku žáků. Je třeba se také zaměřit na školní řád, rizikové faktory atp. Dle manuálu je nutné se zaměřit i na vnitřní informační zdroje (webové stránky školy, videotéka, odborná literatura, schránka důvěry). Ideální je následně vytvořit přehlednou databázi vzdělávacích, preventivních a volnočasových aktivit, a to nejen pro žáky, ale i pro pedagogické pracovníky (Manuál pro tvorbu Preventivního programu školy, ©2019).

Monitorování názorů žáků, rodičů, učitelů a školy jako takové představuje dle manuálu ideální cestu k získání popisu školy. Patří sem ale např. i zápisy OSPOD nebo zápisy výchovných komisí atp. Následně pro tvorbu analýzy je doporučována SWOT analýza. Manuál dokonce obsahuje podrobné informace, jak SWOT analýzu provést. Avšak analýza může být provedena různými metodami (Manuál pro tvorbu Preventivního programu školy, ©2019).

Třetí krok je, jak již bylo zmíněno, o stanovení dlouhodobých cílů (které jsou více definovány v preventivní strategii školy) a krátkodobých cílů, které již musí být konkrétní pro jednotlivé cílové skupiny. Pro definici cílů je zde doporučeno postupovat metodou SMART. Je třeba také myslet na to, že každý cíl musí mít svůj ukazatel úspěšnosti, kterým lze měřit, zda je cíl splněn či nikoliv (Manuál pro tvorbu Preventivního programu školy, ©2019).

Ve čtvrtém kroku se stanovují aktivity. Informace k aktivitám musí obsahovat stručnou charakteristiku aktivity, jejího realizátora, termín konání aktivity a osoby za program zodpovědné. Manuál následně stručně charakterizuje různé aktivity jako např. blok primární prevence, interaktivní seminář, beseda, pobytová akce, komponovaný pořad aj. Na pátý krok manuál poukazuje jako na základní východisko pro plánování primárně preventivních aktivit na další rok. Hodnocení má být kvalitativní i kvantitativní (Manuál pro tvorbu Preventivního programu školy, ©2019).

1.5.4 Odborná způsobilost preventivního programu

Je v kompetencích škol, aby si vybíraly organizace, které pro ně preventivní programy zajistí. K rozlišení kvality jednotlivých preventivních programů na trhu pomáhá certifikace odborné způsobilosti, prostřednictvím které dochází k evaluaci preventivních programů od roku 2012. To usnadňuje školám volit efektivní a bezpečné preventivní programy. Evaluaci a certifikaci provádí Národní ústav pro vzdělávání. Je však nutné upozornit, že v době psaní této práce je proces certifikace přerušen z důvodu práce na administrativních změnách.

V současné době existuje pro žáky druhého stupně základní školy dle Národního ústavu pro vzdělávání (© 2011 – 2019) celkem 79 certifikovaných preventivních programů v oblasti prevence v adiktologii – kouření, alkohol, nelegální drogy a hráčství.

Aby preventivní program uspěl při certifikaci, musí odpovídat standardům odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování (Běhounková et al., 2012). V tomto dokumentu je nejprve teoretický úvod, následují obecné standardy povinné pro všechny žadatele a třetí část je věnována specifickým standardům pro různé typy preventivních programů. *Kvalitní program* je zde definován jako: „*takový program, který je efektivní, integrovaný do širšího systému preventivního působení a který slouží jednoznačně definovanému cíli, splňuje kritéria stanovená ve standardech prostřednictvím jednotlivých standardů a odpovídá potřebám zájemců o programy a klientům.*“ (Běhounková et al., 2012) V následujících odstavcích budou přiblíženy zásady tak, jak je představuje publikace Běhounkové et al. (2012).

Kritéria jsou zde popsána tři – věkové kritérium, kritérium náročnosti a institucionální kritérium. Věkové členění ve školách je používáno následovně: předškolní věk (3-6 let), mladší školní věk (6-12 let), starší školní věk (12-15 let), mládež (15-18 let), mladí dospělí (18-26 let), dospělá populace (nad 26 let). Co se týká kritéria náročnosti, ty určují možnou zdravotní a sociální zátěž cílové skupiny. V rámci institucionálních kritérií se rozlišují žáci a studenti (mateřských), základních a středních škol, studenti vysokých škol, děti a mladiství v zařízeních institucionální výchovy, nezaměstnaní mladí lidé do 26 let a rizikové profese. Aby byl preventivní program efektivní, je třeba dodržovat zásady, které již byly pospány v podkapitole 1.4.3. Publikace Běhounkové et al. (2012) uvádí právě tyto zásady od Miovského, Bártíka (2010).

Ve třetí části jsou uvedeny deklaráce, v souladu s kterými by preventivní programy měly být viz. tabulka č. 9 a následují předpoklady pro úvodní zhodnocení prostředí a potřeb cílové skupiny.

Tabulka 7: Poslání programů primární prevence

Deklarace
Programy jsou dostupné bez ohledu na pohlaví, věk a rasu klienta, jeho politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav a socioekonomické možnosti.
Poskytovatel realizuje opatření ke zvýšení dostupnosti preventivních programů (šíření informací o svém zařízení, monitorování využívané kapacity, poskytování informací klientům a jejich rodinám o dalších možnostech odborné péče atd.).
Programy jsou přístupné bez zbytečných odkladů
Poslání a cíle programů jsou definovány v písemné podobě a odpovídají odborným a humanistickým principům
Pro každý program je definována cílová skupina
Poskytované programy odpovídají deklarovaným cílům a poslání a jsou poskytovány klientům, kteří odpovídají stanovené cílové skupině. Poskytované programy mají jasně definovaný cíl, poslání a úlohu v systému komplexního preventivního působení na místní, regionální, případně nadregionální úrovni

Zdroj: Běhounková et al., 2012

Pro preventivní program musí být definována pravidla pro informování zájemce o využití programu, dále pravidla o podmínkách programu, o cílech programu, o způsobech jejich poskytování a o cílové skupině. Je třeba mít stanoven plán realizace programu a je třeba definovat cíle, kterých má být dosaženo, prostředky, definována odpovědnost jednotlivých osob při naplňování plánu, termíny hodnocení a revize plánu. Při sestavování dohody poskytovatele programu se školou, je nutné stanovit cíl, obsah, rozsah, podmínky realizace, ale dále např. postupy při nedodržení podmínek, nebo podmínky pro případné změny dohody (Běhounková et al., 2012).

Zásady pro poskytování preventivního programu jsou přehledně zpracovány do tabulky č. 10.

Tabulka 8: Zásady poskytování preventivního programu

Zásady poskytování preventivního programu
Program musí být součástí širšího systému primárně preventivního působení a musí využívat mezioborového přístupu.
Program musí odpovídat potřebám stanovené cílové skupiny a podporovat ji v dosažení optimálního tělesného, duševního a sociálního zdraví a kvality života.
Program musí být pravidelně hodnocen a v případě potřeby modifikován.
Je komplexní a zahrnuje také oblasti úzce související s prevencí daného typu rizikového chování.
Respektuje princip vyváženosti podávaných informací s ohledem na nejnovější odborné poznatky
Zachovává vnitřní (jednotlivá témata na sebe navazují a vzájemně se doplňují) i vnější kontinuitu (např. začlenění programu do systému prevence ve škole nebo regionu),
Respektuje celkový kontext poskytovaných programů primární prevence, vycházejí ze znalosti daného prostředí (např. specifika daného regionu/lokality, atmosféra, převládající postoje).
Je zaměřen na ty protektivní a rizikové činitele, které lze programem skutečně ovlivnit a je flexibilní - reaguje na aktuální potřeby cílové skupiny, přizpůsobuje se novým trendům v oblasti daného rizikového chování.

Zdroj: Běhounková et al., 2012

Pozornost je dále věnována dostupnosti programu a hodnocením kvality programu včetně práv klientů. Další informace v publikaci se týkají personální složky a organizačních aspektů a následují zásady pro jednotlivé druhy preventivních programů (pro programy všeobecné primární prevence, selektivní a indikované). Jelikož praktická část této práce bude vycházet ze selektivních programů primární prevence, bude v následujícím odstavci věnována pozornost zásadám selektivních programů primární prevence tak, jak jsou popsány v publikaci Běhounkové et al. (2012).

Selektivní preventivní program musí být podřízen základním principům selektivní primární prevence, tudíž se musí zaměřovat na předcházení, zmírnění či zastavení rozvoje rizikového chování, podporovat osobnostní rozvoj členů, podporovat zdravý způsob života a nabízet pozitivní alternativy pro trávení volného času ve prospěch řešení aktuálního problému. Žáci musí být do programu aktivně zapojeni. Program musí podporovat získávání adekvátních znalostí a vědomostí a především dovedností a kompetencí, zejména v sociální oblasti a oblasti intrapsychické. Realizátoři musí

respektovat specifika cílové skupiny. Na program by měla následně navazovat možnost kontaktu či návazné péče v jiném zařízení (Běhounková et al., 2012).

Je zde věnována pozornost především personálnímu zabezpečení a požadavkům na pracovníka. Pracovník selektivního preventivního programu musí znát efektivní typy preventivních intervencí a musí být schopen rozlišit specifické formy a projevy rizikového chování u dětí. Je nutné, aby také výborně rozuměl fungování psychiky a odlišnostem ve vnímání, prožívání, jednání a chování v období dětství a dospívání. Pracovník by si měl obnovovat a doplňovat repertoár technik práce se skupinou a musí ovládat efektivní komunikaci v oblasti selektivní primární prevence (Běhounková et al., 2012).

1.5.6 Metodiky pro práci se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami

V publikaci od Fořtové (2013) jsou obecná doporučení pro pedagogy pro práci se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen *SVP*). Za účelem vytvoření obecného pohledu na přístup k žákům se *SVP* lze tuto publikaci označit jako stěžejní. V úvodu se jedná o doporučení dosti obecná zejména v tom smyslu, že by dítě např. nemělo být vystavováno činností, kde nemůže podat optimální výkon a naopak by mělo dostat příležitost v nějaké činnosti vyniknout (uzpůsobit činnost dle jeho silných stránek, hledat, v čem je úspěšný). U těchto žáků je na místě neporovnávat výsledky s jinými žáky a nedávat jim časově omezené úkoly. Další rady se týkají např. kam a s kým dítě posadit do lavice, koho obeznámit o situaci žáka, jak se žákem komunikovat ve smyslu - zda rozumí úkolu atp. Je zde popsán model péče o žáky se *SVP*, který je třístupňový. V prvním stupni by se mělo jednat o individualizovanou pomoc učitele a po dobu (nejčastěji) šesti měsíců monitorování jeho pokroků. Ve druhém stupni dochází k vytvoření strukturovaného plánu pedagogické podpory, zde dochází ke konzultaci se školským poradenským zařízením. Ve třetím stupni specializované diagnostiky a intervence na odborném pracovišti (Fořtová, 2013).

Dále jsou zde konkrétní rady, jak přizpůsobit výuku na prvním i druhém stupni základní školy a to konkrétně při učivu českého jazyka, matematiky, nebo cizího jazyka. V této publikaci je dále návod na tvorbu individuálního vzdělávacího plánu, kde je třeba sledovat cíle vzdálené, dlouhodobé, ale i krátkodobé. A to vždy tak, aby respektovali potřeby dítěte. Je zde popsáno, co má plán obsahovat a rovněž i podrobně rozebráno

schéma plánu. Individuální vzdělávací plán se vypracovává vždy pro předměty, kde se handicap projevuje (Fořtová, 2013).

Fořtová (2013) zde dále rozebírá žáky se specifickými poruchami učení a chování (dále jen *SPUCH*) resp. ty, kteří mají obtíže naučit se číst/ psát/ počítat při běžné výuce za přiměřené inteligence a na to, jak by měl tyto obtíže diagnostikovat pedagog. Jsou zde i konkrétní postupy, které jsou pedagogům ve styku s těmito žáky doporučeny využít. Jednotlivým typům poruch je následně věnován poměrně velký prostor. Vždy jsou zde popsány projevy konkrétní poruchy a následně možnosti ovlivnění. Podrobně rozebrány – a to včetně konkrétních rad jsou zde postupy v jednotlivých skupinách předmětů. Další prostor je v publikaci věnován žákům s poruchami autistického spektra a nadaným dětem.

Až v závěru publikace je věnován prostor skupinové práci se třídou v rámci primární prevence, resp. jak pracovat s třídním kolektivem. Do cílů skupinové práce jsou zahrnuty nácviky sociálních dovedností anebo jejich zlepšení, tolerance k přijímání jiných názorů, zvýšení dovednosti vnímat sociální skutečnosti a zlepšení sebepoznání na interakční úrovni. Skupinová práce může probíhat různými formami jako např. herními prožitkovými aktivitami, intenzivním a záměrně navozeným procesem učení nebo za využití procesů skupinové dynamiky. Stupně skupinové práce jsou tři. V prvním stupni se jedná zejména o navázání méně formálních vztahů s dětmi, hlavním znakem je atraktivní podání učiva a cílem je seznámit je se základními dovednostmi. Druhý stupeň představují pravidelné třídnické hodiny v rozsahu desítek hodin. Základním stavebním kamenem je však osobnostně i odborně silný pedagog. Třetí stupeň spadá do kompetence školního či poradenského psychologa. Cílem je zde obnovit psychickou rovnováhu v kolektivu. Skupinovou práci založenou na prožitku je dle Fořtové (2013) ideální vést u dětí ve věku 12 až 16 let, avšak použít lze již u dětí druhé třídy. Při skupinové práci je vhodné projít fázemi seznámení, komunikace, spolupráce, důvěra, sebepoznání. Z hlediska časového – až teprve od 30ti hodin lze uvažovat efekty rozvoje příslušných dovedností. Je doporučeno sedět v kruhu a jedno sezení by mělo mít 90 minut. Skupinová práce by po úvodním představení měla obsahovat rozehrávací hry, kdy je cílem odpoutat se od školního prostředí, hlavní tematickou hru a nakonec shrnovací „kolečko“. Pozornost je dále věnována úskalím a na závěr jsou shrnuty konkrétní rady pro úspěšné provedení skupinového sezení. Zvláštní kapitolu pak představuje komunikace s rodiči žáků se SVP (Fořtová, 2013).

Na stránkách MŠMT jsou k dispozici odkazy na další metodiky a podklady doporučující postupy pro práci se žáky se SVP, které budou přiblíženy ve dvou následujících podkapitolách. Většina z následně představených metodik však nepředstavuje takto konkrétní a bohatý seznam rad pro práci se žáky se SVP jako právě publikace od Fořtové (2013).

1.5.7 Metodiky pro práci se žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního stavu

K tomuto tématu lze dohledat podstatně více metodik ve srovnání s metodikami pro žáky s potřebou podpory z důvodu odlišných kulturních a životních podmínek. Patří sem především metodiky pro práci se žáky s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním, pro práci se žáky s mentálním postižením, metodika práce se žáky se sluchovým postižením, dále se zrakovým postižením, s narušeným komunikačním systémem, s poruchou autistického spektra (dále jen s PAS) a s poruchami učení a chování.

Metodika pro práci se žáky s tělesným postižením a zdravotním postižením od Čadové et al. (2012) v úvodní části nejprve teoreticky vymezuje kategorii tělesného postižení (lehké, středně těžké a těžké) a další členění z hlediska hybnosti. Mimo omezení pohyblivosti je zde upozorněno i na další možné problémy, které plynou z případného dlouhodobého stresu nebo v souvislosti s psychosociální zátěží a tudíž nedostatečného kontaktu s vrstevníky atp. Dále se sem řadí děti s určitým zdravotním znevýhodněním typu kožních onemocnění, záchvatovitých onemocnění, psychiatrických onemocnění, nádorových onemocnění, s poruchami metabolických procesů aj. A mimoto se sem řadí i děti s chronickým onemocněním. Zvláštní pozornost je zde věnována žákům s epilepsií. Metodika popisuje podmínky vzdělávání dětí a žáků s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním, rozvoj hrubé a jemné motoriky, metodiku rozvoje grafomotoriky, metodiku tělesné výchovy, integrovanou tělesnou výchovu, nebo také metodiku práce se třídou. Rozebrány jsou zde i využitelné vzdělávací, rehabilitační a kompenzační pomůcky (Čadová et al., 2012).

Podobným stylem je vypracována i metodika pro práci se žáky se sluchovým postižením od Potměšila et al. (2012). Navíc je zde kapitola o komunikačních technikách užívaných v integrovaném vzdělávání, což si žádá charakter postižení.

Specifika práce se žákem se sluchovým postižením jsou detailněji rozebrána, jak pro jeho zapojení do mateřské školy, tak pro základní školu.

Baslerová et al. (2012) se věnují problematice žáků se zrakovým postižením. Tato metodika je oproti dvěma předchozím obohacena v úvodní části o vliv zrakového postižení na vývoj dítěte, a to v raném věku (do tří let) a v předškolním věku. Jsou zde přiblíženy jednotlivé zrakové vady a poměrně podrobně jsou popsány metody práce s dítětem a možnosti rozvoje smyslových dovedností.

Pro práci se žáky s mentálním postižením lze vycházet z metodiky Valenty, Petráše et al. (2012). Od vymezení termínu mentální postižení a mentální retardace se lze dostat k podmínkám inkluzivního vzdělávání. Celá kapitola je zde věnována i hodnocení žáků, a to především slovnímu hodnocení. A jako je tomu u již představených metodik výše, i zde nechybí přehled didaktických pomůcek a přístupů k práci se žákem.

Metodika práce se žákem s narušenou komunikační schopností od Vrbové et al. (2012) je zaměřena především na žáky s koktavostí, breptavostí, s elektivním mutismem, s odchylkami ve výslovnosti, s vývojovou dysartrií anebo s vývojovou dysfázií a zaměřuje se na práci s nimi v mateřské škole i na základní škole, kde se projevují např. grafomotorické obtíže nebo pravopisné obtíže. Vrbová et al. (2012) specifikuje práci s těmito žáky v jednotlivých předmětech a věnuje se zvláště poslechu, mluvení, čtení, psaní, slovní zásobě i gramatice.

Metodika pro práci se žáky s poruchou autistického spektra (Čadilová, 2012) je rozsáhlá. Zabývá se např. i náplní volného času ve školním prostředí. Poměrně podrobně jsou zde popsány typické projevy chování, typologie těchto žáků a metodika samotné práce s nimi je nápaditá a je rozdělena na žáky prvního a druhého stupně. V roce 2019 navíc bylo na webové stránce MŠMT publikováno metodické doporučení Zásady přístupu k dětem, žákům, studentům s PAS v rámci vzdělávání (MŠMT, 2019). Tento dokument podrobně rozebírá zásady přístupu při výchově a vzdělávání žáků s PAS. V neposlední řadě je také nutno zmínit metodiku od Fořtové (2013), která žákům s PAS věnuje také podstatný prostor ve své publikaci.

Při hledání metodiky pro práci se žáky se specifickými poruchami učení a chování (SPUCH), kam se řadí ti žáci, kteří trpí dyslexií, dysgrafií, dysortografií, dyskalkulií, dyspinixií, dyspraxií, dysmúzií nebo mají některou z poruch chování – hyperaktivitu či

hypoaktivitu, se lze znovu odkázat na již zmíněnou publikaci Fořtové (2013), která žákům se SPUCH věnuje pozornost a doporučuje postupy učitele při práci se žáky se specifickými poruchami učení a chování.

1.5.8 Metodika pro práci se žáky s potřebou podpory z důvodu odlišných kulturních a životních podmínek a žáků nadaných

MŠMT poskytuje na svých webových stránkách několik podkladů k tomuto tématu. Jedním z podkladů je např. Manuál boje proti segregaci romských dětí v předškolním a základním vzdělávání. Kegye a Morteau (2013) v prvních třech kapitolách vysvětlují pojem segregace a romství a přibližují mezinárodní standardy proti diskriminaci. Publikace spíše shromažďuje znalosti a rozhodovací praxi soudů v Evropě podporující boj proti segregaci romských dětí, konkrétní metodiky pro práci s těmito dětmi v publikaci chybí. Pro pedagogy, kteří hledají informace, jak s romskými dětmi pracovat je obohacující snad jen (z podkladů doporučených MŠMT) publikace od Ivattse (2015), byť je zaměřena na začleňování romských dětí především předškolního věku, ale mírně nastiňuje i situaci na základních školách.

Metodika pro práci s romskými dětmi chybí, byť potřeba po této úpravě je a bude neustále aktuální. Co se však týká vzdělávání žáků cizinců, existuje Rozvojový program Podpora vzdělávání cizinců ve školách v roce 2018. Dokonce Národní institut pro další vzdělávání v rámci projektu Podpora pedagogů pro práci s dětmi-cizinci a žáky cizinci ve školách spustil webové stránky zaměřené právě na tuto problematiku. Pedagogové tam naleznou jak potřebné informace, tak např. i e-poradnu, kde se mohou o práci s cizinci poradit.

Metodiku pro práci se žáky nadanými opět sepsala Fořtová (2013) ve své publikaci, kde definuje tři hlavní přístupy využívané při práci s nadanými dětmi.

2 Cíl práce

Cílem práce je navrhnout program primární prevence alkoholu pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami – konkrétně žáky se specifickou poruchou chování – žáky s ADHD, který by mohl být nabídnut školskému zařízení.

3 Metodika práce

První kapitola je zpracována formou literární rešerše.

V praktické části se jedná zejména o tvorbu návrhu programu primární prevence, a to nejen syntézou získaných informací. Dále je zde metoda dotazování a také letmý průzkum trhu v oblasti nabídky certifikovaných programů primární prevence.

Za účelem zjištění, zda by o navržený program primární prevencejevily školy zájem, byli osloveni metodikové prevence na vybraných pražských základních školách a gymnáziích. Osloveno bylo celkem 22 metodiků prevence pražských škol, kteří obdrželi průvodní dopis a dotazník, jejichž obsahy budou představeny. Na zaslání vyplněných dotazníků nazpět bylo poskytnuto 14 dní. Po sedmi pracovních dnech byl metodikům prevence zaslán připomínkový email. Přesto se vrátilo pouze devět vyplněných dotazníků, to je 40,9 % dotázaných. Dotazníkové šetření probíhalo ve dnech 27. listopadu až 11. prosince 2019.

4 Výsledky

Při tvorbě preventivního programu je vhodné přihlížet k požadavkům na certifikaci odborné způsobilosti preventivních programů, neboť ta, dle mého názoru, je skvělým vodítkem, jak vytvořit „kvalitní“ preventivní program. Cílem preventivního programu mimo jiné také je, aby obohatil a plně korespondoval s komplexním preventivním programem školy. Z toho důvodu byl představen i Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu, který si vytváří školy, aby bylo nastíněno, nad jakými otázkami se škola v souvislosti s primární prevencí musí zamýšlet. Základními dokumenty jsou Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí, kterou je nutno znát, a Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, které se podrobně zaměřuje přímo na primární prevenci alkoholu. Navržený program je v souladu s těmito dokumenty.

Tato kapitola obsahuje návrh programu a následně dotazníkové šetření za účelem ověření zájmu o tento „produkt“ ve školách. Výsledky dotazníku také přináší názory

metodiků prevence z různých škol na preventivní program, které budou také představeny v této kapitole.

4.1 Aktuální nabídka programů primární prevence pro žáky se SVP

Škola si může vybírat nejen z certifikovaných programů primární prevence, ale rovněž i z těch, které certifikovány nebyly. V této práci je však snaha o tvorbu programu, který by se teoreticky mohl ucházet o evaluaci odborné způsobilosti a stát se tak certifikovaným programem.

Certifikovaných poskytovatelů programů školské primární prevence bylo v lednu 2018 dle Národního ústavu pro vzdělávání (© 2011 – 2019) padesát sedm. Tito aktuálně nabízeli společně celkem 89 platných certifikovaných programů primární prevence. Aktuální seznam certifikovaných poskytovatelů je v příloze A. V současné době jich je celkem 63.

Letným průzkumem trhu bylo zjištěno, že selektivní preventivní programy v adiktologii pro druhé stupně základních škol nabízí 20 poskytovatelů, z toho 6 jich má sídlo v hlavním městě. Jedná se o následující:

ANIMA – TERAPIE, O.S. – nabízí program „Závislí na závislých, který je zaměřen na prevenci v adiktologii a pokrývá věkové rozmezí první třídy až žákům středních škol.

JULES A JIM, O.S. – nabízí několik programů prevence různých typů rizikového chování, mimo jiné i preventivní program prevence v adiktologii. Programy nabízí jak dětem předškolního věku, tak i žákům základních i středních škol.

PREV-CENTRUM, z. ú. – pro žáky základních a středních škol nabízí několik preventivních programů včetně prevence v adiktologii.

Stejnou nabídku prezentuje i PREVALIS, z.s. nebo ŽIVOT BEZ ZÁVISLOSTÍ.

PROSPE – nabízí programy žákům od čtvrté třídy až po středoškolské žáky. Mezi programy je i program prevence v adiktologii.

V Praze nebyl dohledán žádný certifikovaný program primární prevence, který by byl primárně zaměřen na žáky s ADHD.

4.2 *Návrh preventivního programu „Kdo si hraje, nezlobí“*

Selektivní preventivní program by měl reflektovat a řešit již konkrétní - specifické potřeby dané skupiny žáků s podobným znevýhodněním. Avšak pokud by byl vytvořen program primární prevence alkoholu pro žáky se SVP bez dalšího výběru, stále by se jednalo o natolik univerzální program, že by jen těžko, anebo jen okrajově mohl pokrývat potřeby např. tělesně postižených v kombinaci s žáky s dyslexií atp. V této práci se proto pokusím vytvořit preventivní program, který bude konkrétněji zacílený. Není vyloučeno, že žáci s poruchami chování (dále jen SPCH) mohou snadno inklinovat k rizikovému chování. Tito žáci mohou být vzhledem k odlišnosti v kolektivu nebo vzhledem k jejich případné impulzivitě, náladovosti, roztržitosti atp. terčem posměchu, mohou se uzavírat do sebe a řešit situaci rizikovými způsoby. Proto návrh programu primární prevence, který bude popsán v následujících podkapitolách, bude zacílen na žáky se SPCH – konkrétněji na žáky s ADHD.

Při tvorbě preventivního programu je vhodné přihlížet k požadavkům na certifikaci odborné způsobilosti preventivních programů, neboť ta, dle mého názoru, je skvělým vodítkem, jak vytvořit „kvalitní“ preventivní program. Cílem preventivního programu mimo jiné také je, aby obohatil a plně korespondoval s komplexním preventivním programem školy. Z toho důvodu byl představen i Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu, který si vytváří školy, aby bylo nastíněno, nad jakými otázkami se škola v souvislosti s primární prevencí musí zamýšlet. Základními dokumenty jsou Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí, kterou je nutno znát, a Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, které se podrobně zaměřuje přímo na primární prevenci alkoholu.

Program dostal název: *KDO SI HRAJE, NEZLOBÍ*. Název pravděpodobně nebude pro mládež v pubertě dostatečně „in“, avšak slovo „nezlobí“ zde má svou opodstatněnou hloubku.

4.2.1 Popis programu, cílová skupina a časová náročnost

Jedná se o selektivní preventivní program, který se zaměřuje na žáky se speciálními vzdělávacími potřebami – na žáky s ADHD, kteří se vzdělávají na 2. stupni základních škol či odpovídajících ročníků víceletých gymnázií, středních škol a učilišť a jsou staršího školního věku, tj. 12 – 15 let. Obsahově by program měl doplňovat Minimální preventivní program školy, školní vzdělávací program a preventivní strategii školy.

Program se uskutečňuje v prostorách poskytovatele v Praze anebo na uzpůsobených místech v okresních městech tak, aby byli žáci s ADHD alespoň prostorově odpoutáni od školní atmosféry, byť je zasedací pořádek podobný klasickému školskému. Volnější atmosféru pak tvoří doplňky v místnosti, kde je koberec, na stěnách ne příliš výrazné obrazy, na stole květiny a místnost tak utváří dojem spíše domácího prostředí. Žáci však sedí v lavicích, aby nedocházelo k situacím, kdy by byl „režisér“ programu k žákům zády, jako tomu je např. při sezení v kruhu atp. To se jeví v tomto případě jako nevhodné. V lavicích sedí žáci po jednom, aby každý žák měl jasně dané své pracovní místo a také aby bylo eliminováno vzájemné rušení při samostatné práci na minimum. Za lavicemi je dostatek prostoru pro hry v pohybu.

Program je uzpůsoben pro skupinu ideálně 10 až 12 žáků, kteří se mezi sebou nemusí znát, neboť může program využít více škol, i z toho důvodu je nutné volit neutrální prostředí. Program je však postaven na skupinové „spolupráci“, resp. těží z přítomnosti ostatních žáků s podobnými potížemi, proto ho není možno realizovat v počtu osmi žáků a méně.

Programu předchází schůzka se školním metodikem prevence za účelem vytvoření si obrázku o povaze potíží zapojených žáků se SVP. Program tak může být dodatečně upraven a poskytnut tzv. na klíč. Pokud jsou již metodikovi prevence známy zkušenosti s alkoholem konkrétního žáka, mohou být následně programové hry konkrétněji zacíleny na určité životní etapy, přičemž žák nebude nikterak znevýhodněn ani na něj nebude zvláštním způsobem poukazováno. Tento program, jak je navržen nyní, je vhodný pro žáky s ADHD, u kterých se doposud problémy s alkoholem neprojevíly.

Pokud se při hrách či jiných činnostech během seminářů bude některý z žáků výrazně odlišovat, bude příliš zakřiknutý, bude se charakterizovat přílišnou pasivitou, či bude nejslabším článkem skupiny, budou se po něm ostatní „vozit“ atp., bude upozorněn školní metodik prevence za účelem navržení případného navazujícího individuálního pohovoru s žákem.

Úspěšnost tohoto programu závisí na míře spolupráce všech účastníků. Proto je třeba mít předem domluven postup se školním metodikem prevence pro případ, že by žák na semináři ignoroval pokyny pro zapojení se do hry atp.

Program je veden formou dvou interaktivních seminářů, jedná se o dvě sezení v rozsahu čtyř hodin. Je preferováno, aby proběhly obě sezení v dopoledních hodinách se začátkem v 8:00 až 8:30 hodin, a to vzhledem k nižší pozornosti žáků s ADHD v odpoledních hodinách. Druhé sezení má za cíl především zakotvit hlavní myšlenky programu hluboko v mysli, proto je nutná účast v obou etapách. Na druhou stranu není možné účastnit se druhého semináře při absenci na prvním.

Semináře se snaží co nejvíce aktivizovat žáka, během nich dochází ke změnám činností, kombinaci pohybu a sedavé činnosti, aby mohla být využita aktivita těchto žáků na maximum a zároveň zde nebyl prostor pro nudu. Forma přednášení zde chybí, informace jsou předávány žákům formou her. Pouze poskytování úvodních informací ke hrám a jejich hodnocení je vedené formou monologu, jinak se jedná spíše o systematické vedení diskuze. Proto je v tomto programu poskytovatel pojmenován jako „režisér“, který zde sehrává zcela zásadní roli. Jedná se o mladého, aktivně a velmi pozitivně naladěného člověka, který působí na žáky spíše jako kamarád. Osobnost a zkušenosti režiséra jsou pro úspěšnost programu zcela zásadní, proto nemůže být režisér nahrazen běžným pedagogem či jinou osobou.

U her a metod, které jsou zařazeny do programu, zásadně není stanoveno žádné časové omezení na vypracování. Režisér určí dle situace, kdy je vhodné již činnost ukončit a přejít dál. Je tedy možné, že nějaká aktivita bude pro nedostatek času vynechána, a to zvláště proto, že se během semináře rozvine diskuze k tématu, pro kterou však musí platit, že je pro všechny přínosem a režisér ji vhodně směřuje a zapojuje všechny účastníky.

Režisér po absolvování seminářů vypracuje pro každého žáka složku s informacemi, jak na režiséra působil, jak se žák chová ve skupině, jakou roli má atp. Žák má toto suportivní hodnocení pro svou potřebu, metodik prevence dostává shrnutí o zapojení žáků do seminářů rovněž k dispozici.

Je třeba, aby rodiče zapojených žáků byli informováni o probíhajícím programu a byli tak aktivně zapojeni. Pravděpodobně tak žáci pohovoří o alkoholu i se svými rodiči a utuží tak nabyté vědomosti z programu.

4.2.2 *Cíle programu*

Program celkově rozvíjí sociální dovednosti jako je sebepoznávání a poznávání druhých, rozvíjí komunikaci a kooperaci a také řešení negativních událostí či konfliktů.

Hlavním cílem je zmírnit rizikové chování, podpořit osobnostní rozvoj žáka a jeho zdravý způsob života.

Má identifikovat, co žáky v nitru duše trápí, jaké jsou jejich nejslabší místa a poukázat na možné způsoby řešení. Cílem je popřít bezvýchodnost jakékoli zdánlivě bezvýchodné situace a doslova „zazdít“ řešení smutku nebo jakékoliv vnitřní nespokojenosti prostřednictvím požití alkoholu či jiných návykových látek. Z programu má vyplynout absurdnost řešení nešťastné situace prostřednictvím požití alkoholu z dlouhodobého hlediska.

Má napomoci lepším komunikačním schopnostem. Snaha o zapojení se do kolektivu, nestát stranou, nebýt sám, mít přátele. To sebou nese větší naději na lepší trávení volného času v partě těch „správných“ přátel.

Má upozornit na hrozby a rizika požívání alkoholu, jaké následky pití alkoholu může mít. V souvislosti s tím je program zaměřen na umění říci ne, doslova zpopularizovat odmítnutí alkoholu.

Program také zprostředkovává nejpodstatnější fakta o užívání alkoholu a dopadech na lidský organismus z dlouhodobého hlediska.

4.2.3 *Obsah programu „Kdo si hraje, nezlobí“*

Do programu je zařazeno několik známých aktivizujících nebo interaktivních metod, které jsou uzpůsobeny dané tematicce. U žáků s ADHD je nutné se opakovaně ujistit, že tito žáci jasně rozumí zadání a přesně ví, co mají dělat. Je tudíž poskytován větší časový prostor pro úvodní vysvětlení hry a také pro závěrečné okomentování hry. Aby žáci během seminářů co nejvíce spolupracovali, je kladen důraz na úvodní fázi, která se snaží co nejvíce „odbourat ledy“.

Seminář je zahájen příchodem režiséra a představením jeho osoby. Režisér se představí neotřele, záměrně vypíchne svou špatnou vlastnost, o které se více rozhovoří, jak mu „komplikuje“ život. Přidá vtipnou vzpomínku na dobu, kdy byl přesně ve věku žáků. A taky vzpomínku na nějakou první přednášku, kdy nenáviděl takové to kolečko

„představte se a řekněte, co od kurzu očekáváte“. Jelikož ale chce, aby se již každý žák rozhovořil, požádá je, aby řekli své jméno a co by si vzali na pustý ostrov (aniž by to odůvodňovali). Směřuje tím k tomu, aby žáky donutil přemýšlet nad něčím jiným, prostým než je soustředění se na případný strach z mluvení v kolektivu. Následně ve stručnosti nastíní obsah programu, co žáky čeká.

Během dvou čtyřhodinových seminářů jsou zařazeny známé hry a metody, jejichž časová posloupnost v programu je představena následně. Je zcela zásadní, aby režisér prováděl dílčí shrnutí – resp. vždy přímo či nepřímo nastínil, co mělo být hrou řečeno. Režisér se touto cestou ujišťuje, zda hra zanechala na žácích dopad tak, jak bylo zamýšleno. Zda po každé hře navíc dá režisér prostor pro diskuzi či rozvine diskuzi až v závěru semináře, to již vyplyne ze situace.

Asociační evokace učiva (Čapek, 2015) – resp. „co Vás napadne, když se řekne *alkohol*?“ „Terčové slovo“ alkohol pak napíše dopředu na tabuli a vyzve žáky, aby vyslovovali to, co je k tématu napadá. Následně pojmy od žáků komentuje a podněcuje žáky, aby se přidali do diskuze. Tuto činnost uzavře „tak co jsme zjistili?“ a shrne tímto způsobem nejdůležitější fakta o alkoholu obohacená o „wow tvrzení“ jako např. „víte, že xx % alkoholiků mělo první konzumní zkušenost s alkoholem již v xx letech?“ atp. Tato fáze programu tak má poskytnout komplexní úvod do problematiky.

Reportéři (Hermochová, Vaňková, 2014) – vytvoří se dvě skupiny a každá z nich dostane šest fotografií s tematikou mladistvých a alkoholu. Na fotografiích budou i citově silné záběry jako například autonehoda, pobyt v nemocnici s končetinami v sádře, pobyt v léčebně závislých atp. Úkolem je vymyslet reportáž k daným fotografiím. Může být vtipná, může být formou rozhovoru, může být zahraná jako scénka – kameraman a komentátor – fantazii se meze nekladou. Při této aktivitě také bude nastíněno, kdo se účastnil zpracování, kdo přebíral iniciativu, kdo se stydí vystupovat atp. pro další práci v semináři. Hra má upozornit zejména na rizika plynoucí z používání alkoholu. Vštěpit takto nepřímo žákům do hlavy, že rizika jsou výrazně větší než je pouze stav po požití alkoholu během následujícího rána.

Strom událostí (Čapek, 2015) - žáci obdrží předkreslený strom, kde je vepsána událost, ze které se vyvinula celá situace. Jde o to, že se situace větví na všechny možné následky. V diskuzi následně bude hodnocena pravděpodobnost, že tato varianta může nastat. Tato hra skvěle poskytuje prostor pro uvědomění si příčin a důsledků nejen

svého chování. Prvotní událostí jsou situace jako např. kamarád, který požil alkohol, mě během oslavy přesvědčuje, abych s ním dojel pro další sud piva na nedaleké místo. Další prvotní událostí může být rodinná oslava, kdy mi podnapilý strýc přináší namíchaný alkoholický nápoj, že už jsem na to dost velký a že to na mě neřekne. Nebo např. událost, kdy je mi během polední pauzy nabídnuta láhev tvrdého alkoholu k napití ve skupině lidí, mezi které chci patřit. Prvotní událost je vhodné vždy přizpůsobit věku účastníků a jejich zkušenostem s alkoholem, pokud jsou známy.

Videoukázka – 4 minutové video na téma *Jak odmítnout alkohol*. Videoukázka je záměrně herci „přehrávaná“ a zábavně laděná, aby žáci udrželi pozornost. Několik scének ukazuje nejčastější situace setkání mladého člověka s alkoholem a stylové varianty odmítnutí. Ze scének jasně vyplývá závěr, že být „in“ znamená být v tomto případě střízlivý, abstinující.

Hry *Hluší a němí* (Hermonchová, Vaňková, 2014) anebo *Pantomima* (Hermonchová, Vaňková, 2014) jsou zařazeny za tím účelem, aby upozornily na situace, kdy při sdělování něčeho důležitého, nemusí (nebo třeba ani nemůže) příjemce sdělované informace pochopit tak, jak jsou původně myšleny. Nebo jim příjemce nedá takovou váhu, jakou sdělovatel informaci příkládá. Žákům tak vysvětluje, že může v komunikaci docházet ke špatnému pochopení mezi vrstevníky, a to bez špatného úmyslu. Tudiž by žáci neměli dělat předčasné závěry z případného odmítnutí. Hra klade důraz na správné vyjadřování – respektive vyjádřit co chci a ujistit se, že mě druhý pochopil, a to dříve než propadnu trdomyslnosti. Hra také evokuje otázky typu: jak složité je překládat to, co vidím (?), nebo pochopil jsem neverbální komunikaci správně (?) atp. U žáků s ADHD, kteří často jednají impulzivně, nebo se charakterizují rčením „co na srdci, to na jazyku“, může zařazení této hry napomoci v komunikaci jako takové a v ideálním případě zabránit budoucím konfliktům plynoucím z nedorozumění.

Ve hře *Hluší a němí* je polovina žáků hluchých a polovina němých. To znamená, že obě skupiny se mezi sebou dorozumívají následovně: hluší mluví na němé a němí odpovídají hluchým gesty a posunky. U hry *Pantomima* odejdou všichni za dveře. Ten, co zůstane, přehraje pantomimou scénku prvnímu příchozímu o podnapilém člověku, který následně řídil auto, usnul a probudil ho až pohled na srnu před jedoucím autem. Příchozí následně přehraje scénku dalšímu příchozímu a tak dále až se vystřídají

všichni. Poslední verze scénky se následně porovnává s první scénkou – na závěr se hledají důvody, proč došlo ke zkreslení informací – co si kdo myslel, že předvádí atp.

Hra *Na draka* (Hermonchová, Vaňková, 2014) – každý žák obdrží papírového draka s instrukcí, že má do něj vepsat cokoliv, co ho trápí, co je dle něj „na draka“. Pokud se jedná o něco, co nechce žák ventilovat mezi ostatní, napíše to na mašličku, tu odváže a dojde ji spláchnout na záchod. Smyslem je alespoň věnovat nějaký čas problému, který nechce žák otevřeně řešit a zkusit se sám zamyslet, jak by situaci řešil při „psaní kuchařky“ (hře, která bude následovat). Hra není časově předem omezena, režisér průběžně zjišťuje, kolik času žáci potřebují a včas upozorní, že se blíží konec hry. Na tuto hru obsahově navazuje „psaní kuchařky“, ale záměrně nejsou tyto hry plánovány za sebou, neboť není vhodné umisťovat dvě vypisovací činnosti za sebe. Proto navazuje pohybové uvolnění.

Všichni žáci si stoupnou do volného prostoru za lavice a režisér představí hru *Bazar* (Hermonchová, Vaňková, 2014) a rozdělí žáky náhodně na dvě skupiny – turisty – žáky na školním výletě a domorodce, kteří chtějí turistům prodat místní alkohol. Role se následně vymění. Režisér si v průběhu hry zapisuje chování a reakce žáků – komu je zboží převážně nabízeno, vystupují žáci individuálně, nebo hovoří za skupinu, vrhnou se všichni prodávající na jednoho (?) – na koho (?), dochází k tělesnému kontaktu nebo je udržován odstup atp. Žáci si následně lehnou na koberec a během odpočinku režisér hru zhodnotí.

Psaní kuchařky (Hermonchová, Vaňková, 2014) – žáci dostanou prázdné lékařské recepty a je na nich, aby vymysleli vlastní způsob a postup jak vyléčit to, co je „na draka“ dle jiného žáka. Je nutno ohlídat, aby nikdo nepsal recept na vlastní komentář, který předtím vepsal do draka. Recepty pak odprezentuje režisér anebo žák, pokud tak chce sám učinit. Výsledkem tak vzniká kuchařka na řešení konkrétních životních otázek (často typické problémy mládeže), u kterých ostatní žáci nedokážou vidět žádné rozumné východisko. Cílem tak je především ukázat žákům, že třeba dočasně mohou vidět konkrétní životní situaci černější, než ve skutečnosti je. Žáci také poznají pohled ostatních na danou situaci. A co především, tato aktivita nabízí zamyšlení se nad různými způsoby řešení konkrétní situace.

Jednou z posledních her ve druhé etapě je *Achilova pata* (Hermonchová, Vaňková, 2014). Zde řekne režisér velmi stručně příběh o Achilovi a poprosí ostatní, aby o sobě

prozradili to, co je činí slabými. A režisér začne u sebe, přičemž své slabé místo více slovně rozvede, aby vzbudil v ostatních odvahu zapojit se do hry. Cílem je nejen obrátit svou pozornost na druhé a podpořit respekt k nim, ale zdůraznit, že nikdo není dokonalý, každý má svou „bolístku“, kterou lze řešit i jinak než alkoholem.

Obsah prvního semináře je přiblížen v tabulce č. 10. Je třeba znovu upozornit na to, že jednotlivé aktivity nejsou během semináře uměle ukončovány – tj. nemají omezenou časovou dotaci, neboť je vycházeno z toho, že časově omezená činnost není pro žáky s ADHD vhodná. Slovo časový *odhad* je tudíž zcela na místě a je nutné brát následující rozpis s rezervou.

Tabulka 9: Obsah a časový odhad aktivit prvního semináře

Aktivita	Časová náročnost - odhad
Úvod a úvodní představení	20 minut
Asociace – terčové slovo alkohol	30 minut
Hluší a němí	30 minut
Reportéři	50 minut
Přestávka	15 minut
Pantomima	40 minut
Strom událostí	40 minut
Závěr, krátké shrnutí	15 minut

Zdroj: Vlastní tvorba.

Aktivity zařazené do druhého semináře včetně jejich časové náročnosti nastiňuje tabulka č. 11.

Tabulka 10: Obsah a časový odhad aktivit druhého semináře

Aktivita	Časová náročnost - odhad
Úvod	20 minut
Videoukázka s diskuzí	20 minut

Na draka	40 minut
Bazar	30 minut
Přestávka	15 minut
Recepty	50 minut
Achilova pata	40 minut
Závěr, shrnutí	25 minut

Zdroj: Vlastní tvorba.

Materiálové potřeby:

- stylizované lékařské recepty ve formátu A4 pro každého
- velký papírový drak pro každého
- nákres stromu – kořeny, kmen a koruna na papíře ve formátu A3 pro každého
- fotografie pro hru Reportéři
- videoukázka a notebook pro přehrání videa

4.3 *Ověření zájmu škol o využití programu*

Tato podkapitole představuje průběh a vyhodnocení dotazníkového šetření.

4.3.1 *Dotazník a průvodní dopis školám*

Dotazník společně s návrhem programu byl zaslán elektronicky jako příloha k následujícímu průvodnímu dopisu:

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s laskavou prosbou o doplnění odpovědí do přiloženého dotazníku a jeho zaslání zpět v odpovědi na tento email. Velmi mi vyplněním pomůžete při studiu a pomůžete mi zjistit, jaký školy zaujmají postoj k navrženému programu primární prevence alkoholu pro žáky s ADHD, který je přiložen. Sekundárně má průzkum zjistit využívání certifikovaných programů primární prevence na školách a počty žáků s ADHD.

Prosím přečtěte si přiložený obsah preventivního programu, který by v budoucnu mohl být nabídnut školám. Na něj navazuje dotazník, který je sestaven z devíti otázek. Jeho vyplnění zabere cca 10 minut času a je zcela anonymní.

Prosím o jeho vyplnění nejpozději do 11. prosince 2019.

Předem velmi děkuji za ochotu.

S přáním pěkného dne

Dotazník byl sestaven z následujících devíti otázek:

1. Studují u Vás ve škole žáci s ADHD?

a) ano b) ne

2. Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku „ano“, kolik z nich je ve věku 12 – 15 let? Vypište.

3. Byl/a jste nucen/a během výkonu Vaší pozice metodika prevence řešit problém žáků ve věku 12 – 15 let s alkoholem?

a) ano b) ne

4. Využívá Vaše škola programů preventivní prevence?

a) ano b) ne

5. Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku „ano“, jsou mezi těmito programy i selektivní preventivní programy?

a) ano b) ne, pouze všeobecné

6. Pokud jste odpověděl/a „ano“ na otázku č. 4, jednalo se vždy o certifikované programy?

a) ano b) ne

7. Co Vás zaujalo na programu „Kdo si hraje, nezlobí“? Prosím, vypište.

8. Je něco, co byste hodnotil/a negativně na programu „Kdo si hraje, nezlobí“? Prosím, vypište.

9. Domníváte se, že by program „Kdo si hraje, nezlobí“ byl přínosem právě pro Vaše žáky s ADHD s přihlédnutím k jejich individualitám? Prosím, okomentujte svou odpověď.

4.3.2 *Výsledky a vyhodnocení dotazníkového šetření*

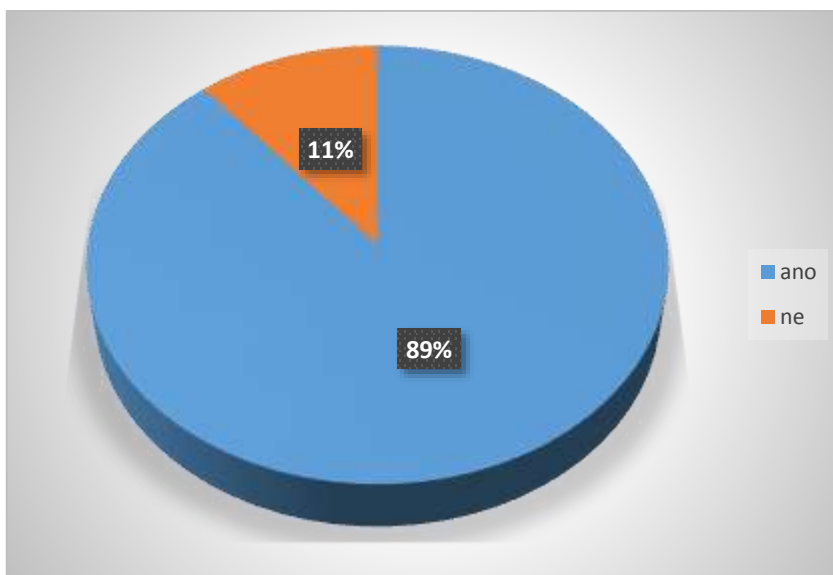
Tabulka č. 11 prezentuje odpovědi, které byly získány od devíti metodiků prevence pražských škol, které byly pro zachování anonymity označeny písmeny A až I.

H	ANO	1	NE	ANO	NE	ANO	Super program	Není to asi pro každého. Nedokáží si představit, že by se konkrétně náš žák aktivně zapojoval do úkolů. Byť osobně by mě to velmi bavilo 😊	Těžko říci. Viz. předchozí odpověď, je celkem stydlivý a snadno se nechá rozhodit.
I	NE	0	NE	ANO	NE	ANO	Mě se to líbí moc. Nejen pro žáky s ADHD. Myslím, že by to bylo pro celou třídu. Proč by ne???	No dvě dopoledne je dost..	-

Zdroj: Vlastní tvorba.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 89% dotázaných škol má mezi svými žáky alespoň jednoho žáka s ADHD viz. obrázek č. 3., který tak ilustruje odpovědi na první otázku.

Obrázek 3: Přítomnost žáka s ADHD na škole (v %)



Zdroj: Vlastní tvorba.

Ve věku 12 až 15 let je na dotázaných školách (viz. tabulka č. 12) nejčastěji pouze jeden žák s ADHD, ve dvou případech, jsou na škole žáci dva. Jedna škola má v tomto věkovém rozmezí dokonce tři žáky s ADHD.

Tabulka 12: Počet žáků s ADHD ve věku 12 - 15 let na zkoumaných školách

Počet žáků s ADHD ve věku 12 – 15 let na škole	Počet odpovědí	Počet odpovědí v % (zaokr.)
0	2	22,22 %
1	4	44,44 %
2	2	22,22 %
3	1	11,11%

Zdroj: Vlastní tvorba.

Jak ilustruje obrázek č. 4, 67% dotázaných metodiků prevence již nějaké problémy žáků s alkoholem na škole řešilo.

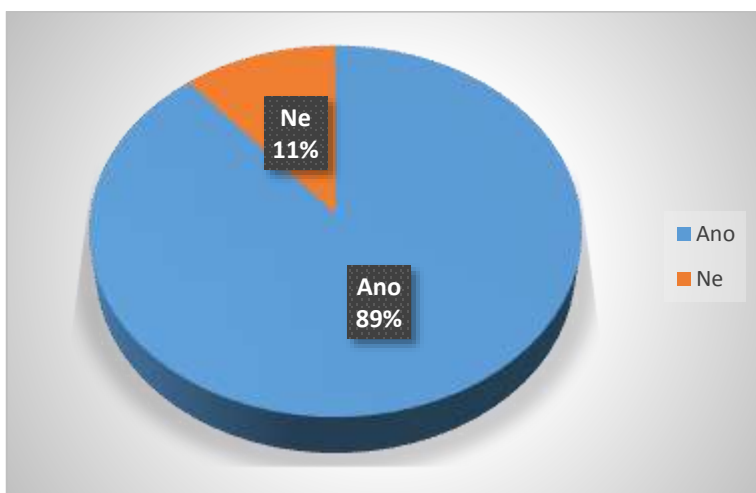
Obrázek 4: Žáci a alkohol – problém zaznamenaný na škole (v %)



Zdroj: Vlastní tvorba.

Většina dotázaných škol programy preventivní prevence využívá. Jak vyplývá z obrázku č. 5, 11% uvedlo, že zkušenost s programy preventivní prevence nemá. Téměř 90% však programů preventivní prevence využívá.

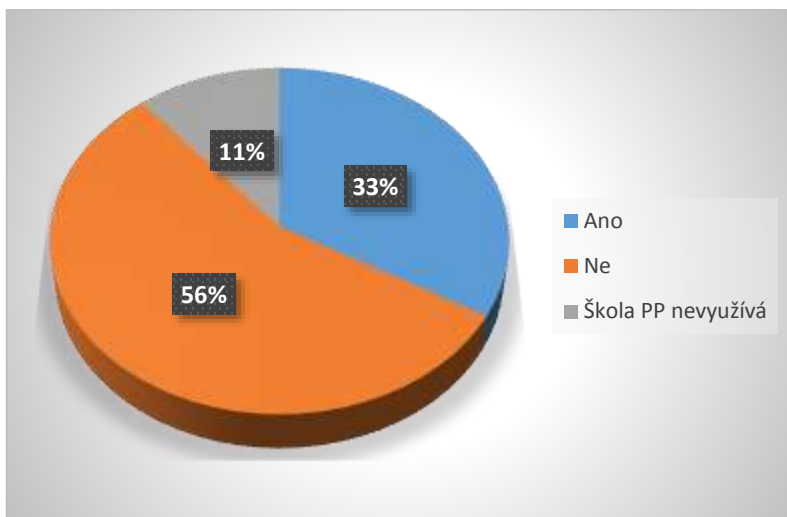
Obrázek 5: Zkušenost škol s programy preventivní prevence (v %)



Zdroj: Vlastní tvorba.

Další otázka se týkala selektivních programů primární prevence, resp. kolik škol využívá (nebo využila) i tento typ programů, které jsou zaměřeny ne všeobecně, ale již na konkrétní rizikové skupiny. Z obrázku č. 6 vyplývá, že selektivních programů již někdy využilo pouze 33% dotázaných škol. 56% z nich tak využívá pouze všeobecné programy preventivní prevence. Zjištění, co je hlavním důvodem pro tuto skutečnost, není obsahem této práce.

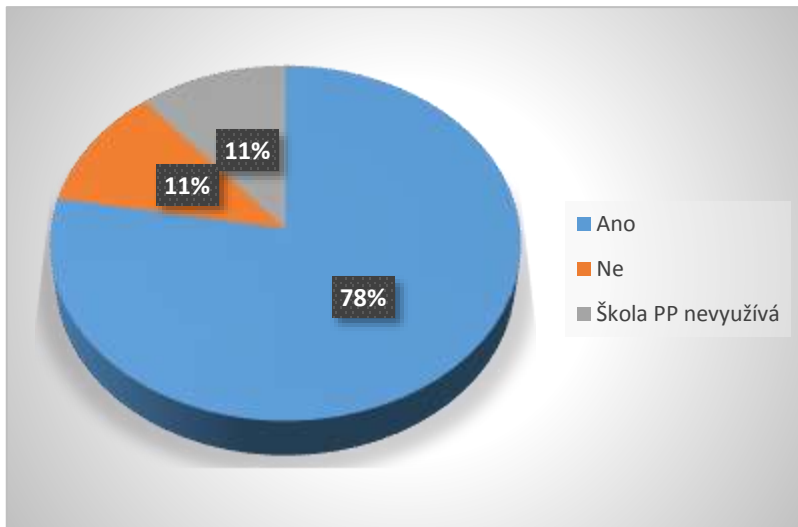
Obrázek 6: Zkušenost škol se selektivními programy primární prevence (v %)



Zdroj: Vlastní tvorba.

Poslední graf (obrázek č. 7) ukazuje, že 78% škol využívá a vždy využívalo pouze certifikovaných programů primární prevence. Pouze jeden metodik prevence má zkušenost i s necertifikovanými programy, které se na škole uskutečnily.

Obrázek 7: : Využívání pouze certifikovaných programů na školách (v %)



Zdroj: Vlastní tvorba.

Z otázky č. 7, jejímž účelem bylo zjistit, co se metodikům na preventivním programu líbí, vyplynulo, že program vidí ve většině případů jako zábavný, v jednom případě byla zmíněna uvolněná forma programu. Jednou byl také pozitivně hodnocen fakt, že je program věnován čistě žákům s ADHD a jednou bylo odpovězeno otázkou, proč by nemohl být program zacílen na celou třídu – nejen na žáky s ADHD.

Naopak z negativního hodnocení preventivního programu vyplynulo (viz. otázka č. 8), že několik metodiků vidí problém s časovou náročností programu – resp. to, že program zasahuje do dvou výukových dní (5 odpovědí z devíti) a také to, že probíhá na pracovišti poskytovatele a tedy nikoliv v místě školy (2 odpovědi z devíti). Jedna odpověď také narazila na individuální osobnostní charakteristiky žáků, neboť právě pro žáka s ADHD, který je žákem stejné školy, jako pracuje jeden z metodiků prevence, hodnotí metodik jako ne zcela vhodného kandidáta pro náš program. Lze tak očekávat, že by pravděpodobně program pro žáka v budoucnu nedoporučil. Jeden metodik na otázku odpověděl slovem „nevím“.

Z odpovědí na poslední otázku lze vyvozovat, že pět metodiků z devíti by navržený preventivní program „Kdo si hraje, nezlobí“ pro své žáky s ADHD pravděpodobně doporučili. Jeden z dotázaných metodiků předpokládá, že by zameškání dalšího učiva příliš neprospělo danému žákovi. V tomto případě by asi účast žáka byla důkladněji zvažována. V jednom případě bylo odpovězeno, že si to situace nevyžaduje. A z jedné

odpovědi vyplývá, že by metodik nejspíše účast žáka na programu nedoporučil, protože by se dle jeho názoru žák nejspíše aktivně nezapojoval.

5 Diskuze

Širůčková a kol. (2012) se ve své publikaci Příklady dobré praxe programů školní prevence rizikového chování zabývá možnostmi evaluace programů primární prevence, mělo by docházet k evaluaci nejen žáků, ale i pedagogů a případně i dalších pracovníků školy a k hodnocení efektivity programu jako takového. Její publikace představuje vyzkoušené, ověřené a delší dobu realizované programy primární prevence, které obsahují známé a již prověřené metody. Výsledky dotazníku je dle mého názoru vhodné porovnat právě s příklady dobré praxe, nakolik je třeba připomínce zjištěné skrze dotazníkový průzkum brát vážně, resp. jakou jí přiřkládat váhu.

Mimo vlastností programu, které jsou předmětem konkurence a tržního prostředí jako je cena, forma prezentace programu, možnosti školy vůbec preventivní programy využívat atp., vplynulo z dotazníku, že k využití preventivního programu žákem s ADHD nemusí dojít vzhledem k různým okolnostem – účast může ovlivnit osobnostní charakteristika konkrétních žáků s ADHD – resp. metodik nebude považovat program pro konkrétního žáka za vhodný, dále zkušenosti nebo problémy s alkoholem v minulosti na dané škole, vlastní hodnocení programu metodikem prevence a jeho vztah a znalost charakteru žáků s ADHD na škole, pravděpodobně i studijní prospěch žáka a schopnosti žáka dohnat zameškanou látku anebo také možnosti školy související s doprovodem žáka na pracoviště poskytovatele či jiné seminářům uzpůsobené místo.

Většina uvedeného v odstavci výše vychází z toho, jak konkrétního žáka s ADHD vnímá metodik prevence. Zajímavé je ale poukázat na výzkum Stixruda a Neda (2019), kde dokázali, že když žák s ADHD dostane veškeré informace a není nucen se rozhodovat pod tlakem, je pak schopný se racionálně sám rozhodnout. Tito autoři zmiňují, že žáci s ADHD dokonce mnohdy velmi pozitivně uvítají nabízenou pomoc. Vzhledem k tomuto by bylo vhodné vsunout do nabídky poznámku v tomto smyslu, aby metodikové probrali s žáky s ADHD, kterých by se program jednal, zda by sami od sebe měli zájem.

Odpovědi z dotazníku tak poukázaly na to, že jsou i další komplikace (mimo těch obecných viz. odstavec výše), které by mohly činit překážky, aby škola pro svého žáka

s ADHD program objednala. Je tak nutno předpokládat, že bude komplikovanější realizovat program – resp. naplnit kapacitu programu v menších okresních městech. Proto je třeba pro konkrétní termín oslovit podstatně více škol. Na druhou stranu, jak uvádí Burdová (2019), jednou z hlavních činností výchovného poradce i metodika prevence je vyhledávání a orientační šetření žáků. Jejich vývoj a úroveň ve vzdělávání vyžaduje zvláštní pozornost a příprava návrhů na další péči o tyto žáky je vysloveně požadavkem na práci metodiků. Výchovní poradci či metodikové prevence taky dle stejného zdroje mají s spolupracovat na přípravě i evidenci plánu pedagogické podpory pro žáky se SVP. Takovým žákem žák s ADHD zcela jistě, aktivní vyhledávání způsobů péče o tyto žáky je tedy dokonce povinností pro tyto pracovníky školy. Při aktivním vyhledávání a následném zjištění minimální konkurence programů primární prevence přímo pro žáky s ADHD se jeví pravděpodobné, že by metodika mohla oslovit nabídka tohoto programu.

Je vhodné se také zamyslet nad možností, kterou nastínil jeden z metodiků, že by preventivní program byl pro celou třídu. Kontakt s žákem s ADHD by pak musel být intenzivnější než s ostatními žáky, anebo by se programu účastnil i druhý režisér, který by byl svou pozorností zaměřen převážně na žáka s ADHD. Náplň programu by tak byla sestavena individuálně, a to dle dohody se školou. Podobně tak je možné zamýšlet se nad zkrácenou verzí programu. Širůčková a kol. (2012) popisuje preventivní programy, které se většinou pořádají pro celou třídu. Takové řešení by zahrnovalo i obavy zmíněné v odstavci výše ohledně naplnění kapacity v menších městech. Jiné řešení by nabízela úprava programu tak, jak popisují Žáčková, Jucovičová (2017), kdy je vhodné se v případě, že je součástí třídy žák s ADHD, zaměřit se nejprve čistě na práci se třídou, zaměřit se na zlepšení vztahů, na zlepšení komunikace a přijímání žáka s ADHD v kolektivu. Tím, že je program velmi interaktivní, by nebyl problém upravit program mírně tak, aby se přidaným cílem stalo zlepšení komunikace žáka s ADHD se spolužáky.

Negativně hodnocena byla časová náročnost programu. Program si však rozdělení do dvou dnů svou povahou žádá. V případě jednodenní verze programu by se muselo jednat o přepracování celého konceptu. Jak ale vyplývá z publikace Širůčkové a kol. (2012) preventivní programy v podobném rozsahu jsou zcela běžné, dokonce bývají v součtu hodin podstatně delší. Navržený program je srovnatelný s programem

Preventure (Širůčková a kol., 2012), kde je rovněž požadavek na dodržení kontinuity a celkového časového intervalu mezi jednotlivými setkáními.

Připomínku na možné zameškání učiva si lze vysvětlit jako pomyslnou váhu, kdy na jedné straně je možnost eliminace rizikového chování za cenu věnování volného času na samostudium za účelem dohnání probírané látky, přičemž na straně druhé se účast na programu nepředpokládá a žák se věnuje plně probírané látce ve škole. Toto je vhodné nastínit do nabídkového dopisu při oslovování škol za účelem nabídky preventivního programu. Preventivní programy z publikace Širůčkové a kol. (2012) mají již určitou tradici, kdy výsledky hovoří sami za sebe. Nabídka preventivního programu, který je nový, „nezkoušený“ tuto výhodu nemá.

Z letního průzkumu nabídek selektivních programů primární prevence bylo zjištěno, že na území Prahy je šest poskytovatelů těchto programů, žádný z nich se však čistě na žáky s ADHD nespécializuje. S přihlédnutím ke konkurenčnímu prostředí, má tedy program nezanedbatelnou šanci na úspěch, proto je nutné nepodcenit kvalitativní složku a prezentaci programu školám.

Pro zajištění co největší efektivity navrženého programu „Kdo si hraje, nezlobí“ je vhodné realizovat program nejprve na testovací skupině „zdravých“ účastníků, která následně vyplní podrobný dotazník. Cílem dotazníku, kteří účastníci dostanou po absolvování obou seminářů, je zjistit nejen spokojenost s celým programem, ale mělo by z něj rámcově vyplynout zejména následující:

- zapamatovali si účastníci fakta o alkoholu? Co konkrétně?
- dokážou účastníci určit, jaké má dlouhodobé či nárazové požívání alkoholu dopad na lidský organismus a na kvalitu života obecně?
- jak odmítnout nabídku ke konzumaci alkoholu?
- co pro ně bylo během semináře nepříjemné?
- hodnotí účastníci program jako zábavný?
- proč může být komunikace s vrstevníky mnohdy obtížná?
- jak lze řešit zdánlivě bezvýhodné situace?
- cítili se během programu účastníci unavení? Upřednostnili by volnější tempo nebo více odpočinku?
- byla účastníkům skupinová spolupráce příjemná nebo by preferovali jiný typ práce?

- pamatují si dobře s odstupem času hlavní myšlenky i z prvního semináře?
- prostor pro jakékoliv připomínky k programu.

Po první aplikaci programu již na samotné účastníky s ADHD, budou žáci po skončení laskavě vyzváni, aby vyjádřili svůj vlastní názor na program. Účastníci dostanou hlavní otázky na papíře a ti, co budou preferovat písemné hodnocení, napíší reakce do dotazníku, ostatní budou vyzváni ke krátkému ústnímu zhodnocení a případné diskuzi.

V neposlední řadě je také nutno zmínit, že efektivnost programu může zásadně ovlivnit míra sympatií účastníků k režisérovi a také vztah účastníka k práci v kolektivu nebo vztahy účastníků mezi sebou (pokud se znají), zřetelné dominantní postavení některého z účastníků a další individuální charakterové vlastnosti. Např. také případné potíže s vyjadřováním se v kolektivu, které pro některé žáky s ADHD mohou být typické. Jak uvádí Miovský (2018), u žáků s ADHD se mohou při vystupování ve skupině vyskytnout následující problémy: nižší oblíbenost žáka ve skupině, problematické navazování interpersonálních vztahů či mohou být v pozici individuálního hráče. Toto však nelze zobecnit na všechny žáky s ADHD.

Vyhodnocení dotazníku od testovací skupiny zcela jistě přinese nové podněty, o které může být program finálně obohacen a nabídnut školám.

6 Závěr

Cílem práce bylo navrhnout program primární prevence alkoholu pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami – konkrétně žáky se specifickou poruchou chování – žáky s ADHD, který by mohl být nabídnut školskému zařízení.

Jak ukázala první kapitola, pití u mladistvých spolu přináší mnoho rizik, a to nejen v souvislosti s tím, že organismus dětí a dospívajících odbourává alkohol pomaleji. V průběhu dospívání se vyvíjí mozek a vytvářejí se v něm sítě nových buněk, pití alkoholu tento proces bezpochyby narušuje. Následkem mohou být poruchy paměti a učení a tak děti ve škole mohou začít selhávat. Co se týká závislosti na alkoholu, tase u mladistvých vytváří podstatně rychleji než u dospělých jedinců. A pokud je pití nárazovou událostí, tak nadměrnou konzumací alkoholu hrozí akutní otravy alkoholem a obecně stav opilství může zapříčinit závažné zranění nebo dokonce smrt.

Z výzkumů představených v první kapitole přitom vyplynulo, že průměrnou roční spotřebou alkoholu je 7,4 litrů čistého lihu na osobu, bez abstinentů dokonce 8,6 litrů na osobu. U osob ve věku 15 až 24 let to je 6,6 litrů čistého alkoholu na osobu. To je vzhledem k uvedeným skutečnostem velmi vysoké číslo. Dokonce 96 % dotázané mládeže pila už někdy v životě alkohol. A co je horší, jedná se o nejvyšší číslo ze zkoumaných zemí (průměr byl 80%). Více než 30% dotázané mládeže se již někdy dostalo do stavu opilosti, to je rovněž více dětí než činí evropský průměr. Pokud se zaměříme na celou českou dospělou populaci, tak celá pětina je ohrožena negativními zdravotními dopady nadměrné spotřeby alkoholu. Otázka konzumace alkoholu tak je zcela jistě aktuální.

S alkoholem se setkávají bohužel i žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, které se potýkají navíc s mnoha dalšími problémy ve srovnání se zdravými jedinci. Pozornost byla v této práci zaměřena na žáky s ADHD, neboť je o nich známo, že vykazují trojnásobně vyšší riziko poruchy z užívání návykových látek než lidé, kteří touto nemocí netrpí. Dokonce bylo zjištěno, že ADHD může předurčovat užívání návykových látek v souvislosti s úzkostí, depresí, emoční labilitou atp., což často bývá doprovodnými symptomy ADHD. Pokud chce následně člověk s ADHD případné závislosti čelit, komplikují mu naději na úspěch obtíže s adaptací v případném terapeutickém programu. Potřeba primární prevence u těchto žáků je jistě silně opodstatněná.

ADHD se charakterizuje poruchou pozornosti, impulzivitou a hyperaktivitou. Žáci s touto anamnézou často nevycházejí se spolužáky v kolektivu, mají nízkou sebedůvěru a alkohol může být cestou, jak si dočasně od problémů „ulevit“. S přihlédnutím k typickým projevům nemoci byl proto navržen preventivní program primární prevence alkoholu právě pro tyto žáky. Preventivní program je sestaven tak, aby nebyl v rozporu s metodikami, které primární prevenci upravují, aby odpovídal zásadám pro tvorbu minimálního preventivního programu, který má definovaný každá škola. Metodiky i minimální preventivní program představila rovněž první kapitola. Kvalitní preventivní program také má projít certifikací odborné způsobilosti, proto byly v práci představeny standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence a metodiky, které upravují postupy prací se žáky se speciálně vzdělávacími potřebami.

Preventivní program „Kdo si hraje, nezlobí“ byl tedy navržen tak, aby reflektoval pravidla vyplývající ze zmíněných podkladů. Nyní je sestaven v takové podobě, aby mohl být otestován první skupinou „zdravých“ účastníků, resp. těch účastníků, kteří netrpí ADHD, od kterých se očekává podrobné hodnocení programu, jak je popsáno v závěru práce. Jejich hodnocení by mělo vygenerovat nové náměty a připomínky a upozornit na případné nedostatky nebo identifikovat slabá místa. Pilotní skupina žáků s ADHD bude rovněž vyzvána k hodnocení programu. Zde bude ale forma zjišťování, zda program splňuje své cíle spíše ústní.

Navržený preventivní program učí žáky v první řadě, jak alkohol odmítnout, jaké následky konzumace alkoholu může mít, zvyšuje povědomí o faktech o alkoholu a jeho vlivu na lidský organismus. Program je ale současně zacílen na zlepšení komunikačních schopností a na hledání možných řešení osobních stavů nespokojenosti. Poukazuje na to, že všichni mají nějaké slabé místo, s kterým se každý musí nějakým způsobem vyrovnat. Toto druhotné zaměření má pomáhat žákům ADHD eliminovat situace, které mohou být často právě oním „spouštěčem“ v sáhnutí po alkoholu. Program má tedy také celkově rozvíjet sociální dovednosti jako je sebepoznávání a poznávání druhých, rozvíjet komunikaci a kooperaci a také rozvíjet řešení negativních událostí či konfliktů.

Navržený program byl představen dvaceti dvěma pražským školám. Prostřednictvím dotazníkového šetření byly obdrženy odpovědi od devíti škol, z jejichž hodnocení vyplynulo několik připomínek, ale program byl vesměs hodnocen kladně. Z negativních připomínek se jednalo o časovou náročnost a připomínky na místo konání. Bylo však zjištěno, že na území Prahy nabízí certifikované programy primární prevence šest poskytovatelů, v žádném z případů se však nejedná o program zaměřený čistě na žáky s ADHD.

7 Seznam použitých zdrojů

1. AUJEZKÁ, A., ŠIRŮČKOVÁ, M., ed. 2012. *Příklady dobré praxe programů školní prevence rizikového chování*. Praha: Togga. ISBN 978-80-87258-91-0.
2. BAR, V., 2015. *Škola opilosti: stručná historie kultivovaného požitku*. Praha: VolvoxGlobator, ISBN 978-80-7511-216-3.
3. BÁRTÍK, P., MIOVSKÝ, M., ed. 2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN. ISBN 978-80-87258-47-7.
4. BASLEROVÁ, P. et al., 2012. *Metodika práce se žákem se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3307-3.
5. BYDŽOVSKÝ, J., 2011. *Předlékařská první pomoc*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2334-1.
6. CAPACCIO, G., 2008. *ADD and ADHD*. New York: MarshallCavendis, ISBN 978-0-7614-2705-6.
7. CIKLOVÁ, K., 2016. *Rizikové chování ve škole s vazbou na legislativní úpravu*. 2. vydání. Ostrava: EconomPress. 207 s. ISBN 978-80-905065-9-6.
8. ČADILOVÁ, V. et al., 2012. *Metodika práce se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3309-7.
9. ČADOVÁ, E. et al., 2012. *Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3308-0.
10. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ, A., 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: GradaPublishing, ISBN 978-80-247-1620-6.
11. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
12. GABRHELÍK, R., 2015. *Systém výkaznictví aktivit školské prevence: SchoolbasedPrevention Reporting System*. Adiktologie: odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí. Tišnov: Scan. ISSN 1213-3841.
13. GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P., 2009. *ADHD - porucha pozornosti s hyperaktivitou: příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-630-4.
14. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., 2011. *Pavučina závislostí: Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga. ISBN 978-80-87258-62-0.

15. HERMOCHOVÁ, S., VAŇKOVÁ, J., 2014. *Hry pro rozvoj skupinové spolupráce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0727-6.
16. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J., et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2998-8.
17. IVATTS, A. *Začleňování romských dětí předškolního věku*. Unicef. ISBN 978-80-87725-31-3.
18. JEDLIČKA, R., 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: Prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-5447-5.
19. KABÍČEK, P., CSÉMY, L., HAMANOVÁ, J., et al., 2014. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-793-4.
20. KALINA, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: GradaPublishing. ISBN 978-80-247-4331-8.
21. KENDÍKOVÁ, J., Vosmik, M., 2013. *Jak zvládnout problémy dětí se školou?: děti se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole – praktická příručka pro rodiče, učitele a další odborné pracovníky*. Praha: Pasparta. 112 s. ISBN 978-80-9055-7604.
22. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.
23. MATOUŠEK, O., MATOUŠKOVÁ, A., 2011. *Mládež a delikvence*. 3. vydání. Praha: Portál. 344 s. ISBN 978-80-7367-825-8.
24. MIOVSKÝ, M., AUJEZKÁ, A., BUREŠOVÁ, I., et al., 2015. *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. ISBN 978-80-7422-391-4.
25. MIOVSKÝ, M., 2018. *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0387-4.
26. MUHLPACHR, P., 2009. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita. 194 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
27. NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost*. 4. vydání. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
28. OPRAVILOVÁ, E., 2016. *Předškolní pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5107-8.

29. POTMĚŠIL, M., et al., 2012. *Metodika práce se žákem se sluchovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3310-3.
30. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J., 2013. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.
31. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P., JANOTOVÁ, D., 2012. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-582-4.
32. SLOMEK, Z., 2010. *Etopedie*. Praha: UJAK Praha. 96 s. ISBN 978-80-86723-84-6.
33. VALENTA, M., PETRÁŠ, P., et al., 2012. *Metodika práce se žákem s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3311-3.
34. VRBOVÁ, R. et al., 2012. *Metodika práce se žákem s narušenou komunikační schopností*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3312-7.
35. *Alcohol use.*, ©2019. [online]. WHO. [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use>
36. BĚHOUNKOVÁ, L., et al., 2012. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Národní ústav pro vzdělávání [online]. Praha: Univerzita Karlova. [cit. 2019-11-17]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/pracoviste_pro_certifikace/Standardy_PPRCH_FINAL_2014.pdf
37. *Certifikování poskytovatelů.*, © 2011 – 2019. [online]. Národní ústav pro vzdělávání. [cit. 2019-11-13]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/modules/catalog//index.php?h=product&id_catalog=15&search%5Bproduct_name%5D=&attributeData%5B40%5D=&attributeData%5B32%5D%5B%5D=97&attributeData%5B33%5D%5B%5D=100&attributeData%5B33%5D%5B%5D=101&attributeData%5B33%5D%5B%5D=102&attributeData%5B30%5D%5B%5D=76&filter=filtruj
38. CSÉMY, L., FIALOVÁ A., KODL, M., SKÝVOVÁ, M., 2019. *Užívání alkoholu a tabáku v České republice 2018*. Státní zdravotní ústav [online]. Státní zdravotní ústav. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_alkoholu_cr_2018.pdf

39. *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2016. [online]. ESPAD. [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf>
40. FOŘTOVÁ, K., 2013. *Metodika pro pedagogy: Jak pracovat s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami* [online]. Základní škola Kunratice. [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1434887210.pdf>
41. Haley A., Rhew, I., Larimer, R., 2019. *Moderation of relation between psychological risk factors and alcohol use by sex*. [online]. Women & Health. [cit. 2019-12-02]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/03630242.2019.1635559?scroll=top&needAccess=true>
42. INCHLEY, J., CURRIE, D., YOUNG, T., et al., 2016. *Growing up unequal. HBSC 2016 study* [online]. HBSC. [cit. 2019-12-02]. ISBN 978-92-890-5136-1. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1
43. KALMAN, M., 2018. *Děti, pohyb a stravování v letech 1994 – 2018 HBSC studie* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: http://www.reformulace.cz/images/Kalman-HBSC_reformulace_pohyb_a_viva_9_2018.pdf
44. KEGYE, A., MORTEANU, C. E., 2013. *Manuál boje proti segregaci romských dětí v předškolním a základním vzdělávání* [online]. Budapešť: Nadace Šance dětem. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/8021098-Manual-boje-proti-segregaci-romskych-deti-v-predskolnim-a-zakladnim-vzdelavani-od-setreni-k-rozhodovani.html>
45. *Manuál pro tvorbu Preventivního programu školy*, ©2019. [online]. Centrum sociálních služeb Praha: Portál prevence rizikového chování [cit. 2019-12-04]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/minimalni-preventivni-program/prilohy-k-manualu-mpp>
46. *Metodické dokumenty (doporučení a pokyny)*., 2019. [online]. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. [cit. 2019-12-04]. Dostupné

z:<http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>

47. MICHALÍK, J., FELCMANOVÁ, L., BASLEROVÁ, P., ©2015-2019. *Charakteristika podpůrných opatření*. [online]. Univerzita Palackého v Olomouci. [cit. 2019-12-02]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/2-podpurna-opatreni-ve-vzdelavani/2-2-charakteristika-podpurnych-opatreni/>
48. MLČOCH, Z., 2010. *Spánek a alkohol: kvalita spánku po požití alkoholu*. [online]. Konec závislosti. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: https://www.alkoholik.cz/zavislost/clanky_a_statistiky/spanek_a_alkohol_kvalita_a_spanku_po_poziti_alkoholu.html
49. *Národní strategie primární prevence dětí a mládeže na období 2019 až 2027.*, 2019. [online]. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. [cit. 2019-10-30]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf
50. *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018.*, 2018. [online]. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. [cit. 2019-12-03]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/28077>
51. *Naše klíčová zjištění., 2014.* [online]. Zdravá generace [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: <https://zdravagenerace.cz/reporty/konzumace-alkoholu/>
52. NEŠPOR, K., 2012. *Alkohol a jiné návykové látky u dětí. Prevence v rodině*. [online]. DrNespor. [cit. 2017-12-01]. Dostupné z <http://drnespor.eu/szurod04.doc>
53. *O studii.*, 2018. [online]. HBSC. [cit. 2019-10-26]. Dostupné z: <https://hbsc.cz/ostudii/>
54. VACEK, J., ŠEJVL, J., 2018. *Alkohol – co dělat když - intervence pedagoga:: Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept*. [online]. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. [cit. 2019-10-31]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/49652/>
55. *Zásady přístupu k dětem, žákům, studentům s PAS v rámci vzdělávacího procesu.*, 2019. [online]. MŠMT. [cit. 2019-11-17]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/49807_1_1/

56. *Závislosti - Programy pro MŠ a I. stupeň ZŠ., 2017.* [online]. Výchova ke zdraví [cit. 2019-12-03]. Dostupné z:
<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zavislosti/doporucene-metodiky.html>
57. *Žáci se speciálně vzdělávacími potřebami., ©2013-2019 .* [online]. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. [cit. 2019-11-08]. Dostupné z:
[file:///C:/Users/Lenka%20ÚČTO/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Žáci%20se%20SVP%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenka%20ÚČTO/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Žáci%20se%20SVP%20(1).pdf)
58. Vyhláška č. 248/2018, o požadavcích na nápoje, kvasný ocet a droždí, 2018. [online]. [cit. 2019-12-03]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 125, s. 248-249. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=63370>
59. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, 2016. [online]. [cit. 2019-10-03]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 10, s. 27. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=39614>
60. Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, 2005. [online]. [cit. 2019-10-07]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 70-74. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4618>
61. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), 2004. [online]. [cit. 2019-11-07]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 190, s. 561 - 563. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4494>
62. Zákon č. 65/2017 Sb. o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, 2017. [online]. [cit. 2019-11-07]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 21, s. 60-65. ISSN: 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=61764>

8 Přílohy

Příloha A: Seznam certifikovaných poskytovatelů programů primární prevence k listopadu 2019

- ACET ČR z.s.
- Advaita, z.ú.
- Agentura Wenku s.r.o.
- Anima – terapie, o.s.
- Arkáda – sociálně psychologické centrum, o.s.
- Centrum podpory zdraví, z.ú.
- Centrum prevence rizikové virtuální komunikace UPOL
- Centrum pro rodinu a sociální péči
- Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s.
- Cesta integrace, o.p.s.
- Diakonie ČCE - Středisko Západní Čechy
- Diecézní charita Brno - Oblastní charita Třebíč
- DO SVĚTA
- Drop In
- Elio, o.s.
- Hope4kids, z.s.
- Jules a Jim, z.s.
- KAPPA-HELP
- Kolpingovo dílo České republiky o.s.
- Krok Kyjov, z. ú.
- Křesťanská akademie mladých, z.s.
- Křesťanská pedagogicko-psychologická poradna
- Madio, o.s.
- Magdaléna, o.p.s.
- MAJÁK o.p.s.

- Metha, z.ú.
- Národní iniciativa pro život, o.p.s.
- Občanské sdružení AVE
- Občanské sdružení LECCOS
- Oblastní charita Žďár nad Sázavou
- Oblastní spolek Českého červeného kříže Litoměřice
- Open House o.p.s.
- P-centrum
- Pedagogicko-psychologická poradna Brno
- Pedagogicko-psychologická poradna Ústí nad Orlicí
- Podané ruce o.p.s.
- Point 14
- PorCeTa, o.p.s.
- Portimo, o.p.s.
- Portus Prachatice
- Prev-Centrum, z. ú.
- Prevalis, z. s.
- Projekt Odyssea
- ProPrev, z.s.
- PROSPE, o.s.
- Prostor plus, o.p.s.
- PROSTOR PRO, o.p.s.
- Proxima Sociale o.p.s.
- R-Ego o.s.
- Renarkon o.p.s.
- Rizika internetu a komunikačních technologií, o.s.
- Semiramis o.s.
- Sion – Nová generace, o.s.
- Sociální služby města Havířova

- Společně k bezpečí
- Spolek psychologických služeb
- Spondea
- Střed z.ú.
- Světlo Kadaň
- THEIA – krizové centrum o.p.s.
- Vrakbar - Centrum primární prevence Jihlava
- WHITE LIGHT I, z. ú.
- ŽIVOT BEZ ZÁVISLOSTÍ